



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

LEONARDO CARNEIRO HOLANDA

EFEITOS DO USO DA CANNABIS E DA GUERRA ÀS DROGAS SOBRE A SAÚDE
DOS USUÁRIOS

FORTALEZA

2023

LEONARDO CARNEIRO HOLANDA

EFEITOS DO USO DA CANNABIS E DA GUERRA ÀS DROGAS SOBRE A SAÚDE
DOS USUÁRIOS

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do Título de Doutor em Psicologia. Área de concentração: Processos Psicossociais e Vulnerabilidades Sociais.

Orientador: Prof. Dr. Walberto Silva dos Santos

FORTALEZA

2023

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Sistema de Bibliotecas

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- H669e Holanda, Leonardo Carneiro.
Efeitos do uso da Cannabis e da Guerra às Drogas sobre a saúde dos usuários / Leonardo Carneiro
Holanda. – 2023.
146 f.
- Tese (doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Humanidades, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Fortaleza, 2023.
Orientação: Prof. Dr. Walberto Silva dos Santos.
1. Cannabis. 2. Ansiedade. 3. Depressão. 4. Política de Drogas. 5. Guerra às Drogas. I. Título.
CDD 150
-

LEONARDO CARNEIRO HOLANDA

EFEITOS DO USO DA CANNABIS E DA GUERRA ÀS DROGAS SOBRE A SAÚDE
DOS USUÁRIOS

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do Título de Doutor em Psicologia. Área de concentração: Processos Psicossociais e Vulnerabilidades Sociais.

Aprovada em: 30/01/2023.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Walberto Silva dos Santos (Orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Emerson Diógenes de Medeiros
Universidade Federal do Delta do Parnaíba (UFDPAr)

Profa. Dra. Estefânea Élide da Silva Gusmão
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Giovana Veloso Munhoz da Rocha
Universidade Tuiuti do Paraná (UTP)

Profa. Dra. Liana Rosa Elias
Universidade Federal do Ceará (UFC)

À Dona Raimunda Carneiro, eterna Amunda,
que, antes de mim, sonhou com este momento.

AGRADECIMENTOS

Dez anos atrás, iniciei minha carreira acadêmica aprendendo uma lição, uma das mais valiosas desde então: não se faz ciência sozinho. De início, pensei que isso significava simplesmente fazer contatos, estar acompanhado de grandes pesquisadores e aprender, com eles, tudo que pudesse. De fato, esse é um ponto muito importante a se considerar. Contudo, ao longo dessa década, entendi que fazer ciência, em especial no Brasil, requer uma compreensão mais ampla dessa máxima. Fazer ciência não é fácil. Fazer ciência é, muitas vezes, frustrante. Um ato de persistência, de resistência. É preciso acreditar que cada pequeno avanço nos traz para mais perto de um mundo melhor, mesmo sendo tão difícil contemplar isso por vezes. Nesse sentido, é preciso reconhecer aqueles que, não só nos ajudam evoluir tecnicamente, mas que nos ajudam a continuar acreditando, em nós e na ciência. Que aplacam nossas frustrações com um sorriso e uma perspectiva de que a luta está só começando (e isso é bom!).

Dito isso, agradeço ao Deus que me acompanha há tanto tempo e só recentemente pude vê-lo para além de dogmas e doutrinas que nos afastam da Sua essência, da nossa essência, e da possibilidade de viver para além do que os nossos olhos podem ver. Agradeço à minha mãe, Eliene, pela vida e tudo mais quanto precisei para chegar até aqui. Sem você, eu não seria nada, minha mãe! Obrigado por tudo! Estendo esses agradecimentos à minha avó, Raimunda (em memória), cuja vida me ensinou que a fé, por mais pragmático que você seja, é a base de tudo; cuja partida me ensinou que sempre é tempo de novos começos e cuja lembrança me mantém firme no propósito de viver uma vida melhor e mais significativa a cada dia.

Agradeço, em especial, à minha esposa, Mariana Abbate, uma luz e uma esperança que não se apagam, um anjo de Deus que esteve, está e estará comigo nos momentos mais sombrios e mais felizes da minha vida. Muito obrigado, meu amor! Com você as dores têm sentido, as conquistas são mais prazerosas e, os fardos, mais leves. A vida não tem a mesma graça sem você. Nós dois contra o mundo, sempre!

A minha gratidão aos de sempre, meus grandes amigos, os poucos e bons: Harpias, muito obrigado! Obrigado pelos conselhos, pelos choques de realidade, pela parceria, pelo riso e pelo choro compartilhados. Erick Ali, Alex Martins, Vavo, nós por nós até o fim! *Semper Fi!*

Meu obrigado ao Laboratório Cearense de Psicometria, na figura daqueles lhe deram o nome que tem e que me tornaram o pesquisador que sou. Glysa Meneses, obrigado por ter salvado minha vida tantas vezes que perdi a conta. Minha eterna gratidão! Você sempre vai ser uma referência para mim. Mariana Farias, obrigado por me ensinar tanta coisa, com essa

paixão pela vida e pela ciência que é tão contagiante. Sua energia e seu exemplo sempre me põem para cima! Roger Sousa, minha gratidão por me mostrar o significado de força, competência, humildade e companheirismo. Você tem uma luz gigante, meu amigo! Obrigado!

Sophia Lóren, obrigado por tornar a caminha mais divertida (sou um fã incondicional do seu humor!). Meu enorme respeito pela mulher e grande pesquisadora que você é! Thicianne Malheiros, desde o início da minha caminhada acadêmica, você foi, para mim, uma bastião da constância, da tranquilidade e da eficiência. Você me ensinou sobre todas as coisas essenciais para a vida e para a pesquisa. Por isso, muito obrigado!

Eva Cristino, obrigado por ter me aguentado todos esses anos e até hoje me permitir a paz do seu abraço! Muitíssimo obrigado pela amizade, pelas inestimáveis conversas, sobre ciência ou não, e por me mostrar que a estima supera a distância. Alex Grangeiro, um dos meus primeiros exemplos a seguir na academia que, por felicidade da vida, se tornou um grande amigo. Obrigado por me mostrar que é possível “ser calmo igual o Alex”. E, ao meu amigo e orientador, Walberto Santos. Obrigado, professor, por tudo aquilo que me ensinou, direta ou indiretamente, sobre vida e sobre pesquisa. Obrigado por não ter desistido de mim quando eu me perdi pelo caminho.

Não menos importante, agradeço à banca, Profa. Dra. Liana Rosa, Prof. Dr. Emerson Diógenes, Profa. Dra. Giovana Munhoz e Prof. Dr. Luís Carlos Valois Coelho, pelas inestimáveis contribuições, por compreender a trajetória para além da obra e por se fazerem presentes no momento mais importante da minha trajetória até aqui. Em especial, agradeço à Prof. Giovana e Dr. Valois pela imensurável contribuição na divulgação da pesquisa, que me permitiu alcançar a amostra almejada. Agradeço ainda à minha prima, Fabíola Baraúna por aparar as arestas deste texto, com a camaradagem e a maestria que lhe são tão abundantes.

Por fim, agradeço àqueles que desacreditaram e que me fizeram, por vezes, também duvidar de mim. Não há nada que instigue mais um pesquisador do que a dúvida. E agradeço a você, leitor, por dedicar seu tempo a ler esta tese. Espero que este trabalho possa engrandecê-lo e convidá-lo a renovar perspectivas sobre esse assunto tão relevante em nossos tempos.

Quando os negros vieram de África, trouxeram uma planta para fazer defumação. Faziam a limpeza no templo interior, usando esta planta como forma de oração. E assim trabalhavam na força da terra, com a mãe natureza e meditação”.

(Ponto de Equilíbrio)

RESUMO

As plantas do gênero *Cannabis*, conhecidas popularmente como Maconha, Marijuana, Ganja, dentre outras denominações, têm sido cultivadas e consumidas, em suas diferentes formas, séculos antes da emergência das leis proibicionistas que caracterizam o atual cenário mundial das políticas sobre drogas. O cultivo de *Cannabis* é tido como um dos mais antigos do mundo, tendo acompanhado os primeiros esforços humanos de domesticação de espécies vegetais. Entretanto, durante o processo de difusão da planta ao redor do mundo, esta passou a ser criminalizada e proibida em muitos países. Nos últimos anos, ao contrário, tem-se constatado a falência do proibicionismo, mesmo este ainda prevalecendo algumas partes do mundo. Mesmo com toda conotação negativa, é preciso reconhecer que o consumo dos princípios ativos da *Cannabis* pode fornecer benefícios à saúde geral e mental, ainda que existam estudos que demonstram possíveis riscos e malefícios associados ao seu uso. Diante de evidências e argumentos contraditórios, o principal objetivo desta tese foi compreender os impactos psicológicos relacionados ao uso da *Cannabis*, frente à atual política de drogas no Brasil. Para tanto, foram construídos três capítulos teóricos, nos quais se discutiu o uso e a produção da *Cannabis* na história; a evolução das políticas de drogas no Brasil e no mundo, e os efeitos físicos e psíquicos de seu uso. Além disso, conduziu-se um estudo empírico que avaliou os efeitos psicológicos relacionados ao uso da *Cannabis*, no que compete à ansiedade e à depressão, bem como os impactos das políticas de repressão sobre esses fatores, em uma amostra da população geral do Brasil, incluindo a comparação entre usuários e não-usuários. Não foram encontradas diferenças significativas entre os indicadores de saúde mental entre usuários e não-usuários, mas constatou-se que os usuários sofrem mais abordagens e violências por parte da polícia. Observou-se, preliminarmente, que a frequência do uso foi capaz de prever negativamente os níveis de ansiedade e que a dosagem, ao contrário, predisse positivamente esses sintomas. Quanto à depressão, o modelo testado não se mostrou significativo. Ademais, a frequência de abordagens policiais apresentou associação negativa com os parâmetros de saúde mental. Os resultados foram discutidos à luz da literatura recente. Inobstante às limitações apresentadas, conclui-se que foram cumpridos os objetivos propostos, proporcionando evidências relevantes acerca das implicações relacionadas ao uso de *Cannabis* e dos impactos das práticas decorrentes da atual política de drogas brasileira.

Palavras-chave: *Cannabis*; ansiedade; depressão; política de drogas; guerra às drogas.

ABSTRACT

Plants of the Cannabis genus, popularly known as Weed, Marijuana, Ganja, among other names, have been cultivated and consumed in different forms centuries before the emergence of prohibitionist laws that characterize the current world scenario of drug policies. Cannabis cultivation is considered one of the earliest forms of agriculture in the world, following the first human efforts to domesticate plants. However, during its diffusion, it became criminalized and prohibited all over the world. Although prohibitionism has been showing its failure in recent years, even though it still prevails in some parts. Despite the negative connotation, it is recognizable that the consumption of cannabinoids can provide benefits to physical and mental health, even though there are studies that demonstrate possible risks and harms associated with its use. Faced with contradictory evidence and arguments, the main objective of this thesis was to understand the psychological impacts related to the use of Cannabis, in view of the current drug policy in Brazil. For that, three theoretical chapters were built, in which the use and production of Cannabis in history, the evolution of drug policies in Brazil and around the world, as well as the physical and psychological effects of marijuana use were discussed. In addition, an empirical study was carried out to evaluate the psychological effects related to the use of Cannabis, in terms of Anxiety and Depression, as the impacts of repression policies on these constructs in a sample of the general population of Brazil, including the comparison between users and non-users. No significant differences were found between mental health indicators between these groups, but it was observed that users suffer more police stops and violences from the police. Results also showed preliminary evidence that the frequency of use was able to negatively predict anxiety levels, and that the dosage, on the contrary, positively predicted these symptoms. As for Depression, the tested model was not significant. Furthermore, the frequency of police stops had a negative association with mental health parameters. The results were discussed in light of recent literature. Notwithstanding the limitations of this research, the proposed objectives were met, providing relevant evidence about the implications related to the use of Cannabis and the impacts of practices resulting from the current Brazilian drug policy.

Keywords: Cannabis; anxiety; depression; drug policy; war on drugs.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Estatísticas descritivas da amostra	91
Tabela 2 – Análises descritivas e comparação de médias dos impactos entre usuários e não-usuários	94
Tabela 3 – Estatísticas descritivas da variável Abordagem Policial	95
Tabela 4 – Estatísticas descritivas da variável Tipos de Violência Sofridas	95
Tabela 5 – Estatísticas descritivas das variáveis relacionadas ao uso de Cannabis	96
Tabela 6 – Resumo do teste de Hipóteses	97

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	O USO E A PRODUÇÃO DA CANNABIS NA HISTÓRIA	20
2.1	Produção e Uso da Cannabis na Antiguidade	22
2.2	Produção e Uso da Cannabis da Idade Média ao Século XIX	25
2.3	Produção e Uso da Cannabis nos Séculos XX e XXI	31
3	A PROIBIÇÃO DA CANNABIS NO MUNDO E NO BRASIL	39
3.1	A proibição da Cannabis no Mundo	40
3.2	A proibição da Cannabis no Brasil	50
4	EFEITOS DO USO DA CANNABIS SOBRE A SAÚDE FÍSICA E MENTAL ...	61
4.1.	Efeitos do uso da Cannabis sobre a saúde física	63
4.2.	Efeitos do uso da Cannabis sobre a saúde mental	75
5	AVALIAÇÃO DOS EFEITOS ASSOCIADOS AO CONSUMO DE CANNABIS E À GUERRA ÀS DROGAS	88
5.1	Método	89
<i>5.1.1</i>	<i>Delineamento</i>	90
<i>5.1.2</i>	<i>Participantes</i>	90
<i>5.1.3</i>	<i>Instrumentos</i>	91
<i>5.1.4</i>	<i>Procedimentos</i>	93
<i>5.1.5</i>	<i>Análise de dados</i>	93
5.2	Resultados	94
<i>5.2.1</i>	<i>Comparação dos indicadores de saúde mental e convivência com os mecanismos de repressão entre usuários e não-usuários de Cannabis</i>	94
<i>5.2.2</i>	<i>Efeitos do uso de Cannabis e da convivência com os mecanismos de repressão sobre a saúde mental dos usuários</i>	95
5.3	Discussão	98
6	CONCLUSÃO	104
	REFERÊNCIAS	109
	APÊNDICES	133
	Apêndice A. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	134
	Apêndice B. Modelo de Questionário	137

1 INTRODUÇÃO

As plantas do gênero *Cannabis*, conhecidas popularmente como Maconha, Marijuana, *Ganja*, dentre outras denominações, têm sido cultivadas e consumidas, em suas diferentes formas, séculos antes da emergência das leis proibicionistas que caracterizam o atual cenário mundial das políticas sobre drogas (CARNEIRO, 2019). O gênero botânico tem sido utilizado há milênios, com vista à extração de princípios ativos, não apenas como uma substância recreativa, mas para diversos outros fins, como o medicinal e o ritualístico; além disso, o material vegetal extraído da *Cannabis* também era, desde a antiguidade, utilizado para a confecção de produtos como papel e tecidos (ZUARDI, 2006).

Estima-se que a planta tenha surgido há milhões de anos, no continente asiático, mais especificamente na região dos Himalaias; contudo, sua domesticação se iniciou por volta de 10.000 a.C. O cultivo de *Cannabis* é tido como um dos mais antigos do mundo, tendo acompanhado os primeiros esforços humanos de domesticação de espécies vegetais. Entende-se, desse modo, que o cultivo da *Cannabis* favoreceu a mudança dos meios de vida baseados na caça e no extrativismo, para os assentamentos baseados na agricultura (LONG *et al.*, 2017). É possível reconhecer, assim, que a *Cannabis* figura como uma das bases da construção das sociedades humanas modernas.

Dentre as sociedades antigas da Ásia, a *Cannabis* era utilizada tanto em função das suas propriedades psicoativas e medicinais, quanto por razão da sua fibra ser muito útil na confecção de papel, roupas, redes e velas em embarcações, além de constituir-se como importante reserva nutricional para esses povos (LONG *et al.*, 2017). No âmbito da medicina oriental, diversas preparações à base de *Cannabis* há muito já eram utilizadas para o tratamento da dor, da constipação e das infecções (ZUARDI, 2006), havendo registros de processos cirúrgicos utilizando, como anestésico, um preparado a base de cannabis e outras substâncias. O uso psicoativo da planta era praticado por líderes religiosos, que acreditavam que os efeitos obtidos a partir do consumo da *Cannabis* permitiam a comunicação com planos espirituais (JOHNSTAD, 2020).

Séculos se passaram e a *Cannabis* se difundiu por praticamente todo o mundo, sendo utilizada para fins medicinais, industriais, ritualísticos e hedonísticos. Apesar dos milênios em que o cultivo e o consumo da maconha eram tidos como uma prática comum e, em alguns casos, desejável, no séc. XX, a maconha passou a ser conhecida com contornos marginais, até o ponto em que foi proibida e criminalizada em boa parte do mundo (TORCATO, 2016). Foi apenas

após a colonização e a influência cultural e política imposta pelos europeus na Ásia, África e Américas, assim como a partir das influências neocolonialistas exercidas pelos Estados Unidos da América, que a Cannabis foi deposta de sua representação curativa e mística e relegada à marginalização, principalmente por estar associada aos costumes e tradições dos povos dominados pelos invasores europeus (TORCATO, 2016).

As motivações explícitas para a proibição da Cannabis, atualmente, revolvem em torno dos supostos danos à saúde, decorrentes de sua utilização. Desse modo, não fica claro para a população em geral que essas legislações nasceram em contextos de discriminação e preconceito frente às populações marginalizadas que faziam uso da planta (CARNEIRO, 2019). Evidentemente, essas mesmas populações, são as que, historicamente, mais sofreram com a proibição da maconha (BARCELOS; DOMENICI, 2019).

É fato que as políticas proibicionistas não conseguiram inibir a proliferação e o uso da planta, que continua sendo a droga ilícita mais consumida em todo o mundo (UNODC, 2021). Por outro lado, diante dessa falha, o proibicionismo impôs a criação do mercado paralelo de venda e distribuição da Cannabis, que detém a maior parte do mercado internacional de drogas ilícitas, correspondendo a mais de duas vezes o faturamento das vendas de cocaína/crack no mundo (SILVA; LIMA; TEIXEIRA, 2016). Atrelado a isso, o tráfico de drogas emerge como um dos principais problemas de segurança pública em todo o planeta. Em especial nas Américas, o crime organizado, potencializado pelas receitas provenientes do tráfico de drogas, tem aumentado seu poder bélico e político e diversificado suas atividades criminosas, operando extorsões, homicídios, roubos, entre outros delitos (BERGMAN, 2018).

Em contrapartida, o Estado tem procurado alternativas para a contenção do tráfico e do crime organizado, direcionando crescentes esforços para esse fim. Constatase isso a partir do crescimento dos investimentos direcionados aos fundos de repressão ao tráfico, à polícia federal (principal responsável pelo controle do tráfico internacional) e às iniciativas específicas voltadas para o combate ao crime organizado, incluindo incursões militares e serviços de inteligência (FBSP, 2019). Ainda assim, mesmo com as crescentes apreensões (POLÍCIA FEDERAL, 2019) e os diversos confrontos entre policiais e traficantes, as organizações criminosas, responsáveis pelo tráfico de drogas, têm se expandido por novas regiões no país e demonstrado sua gerência em diversas circunstâncias, protagonizando rebeliões e atentados (SOUZA, 2019; EXAME, 2019).

Adicionalmente, o esforço policial voltado para a repressão às drogas tem impulsionado um crescimento vertiginoso da população carcerária no Brasil. Segundo boletim

institucional do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), após a promulgação da Lei nº 11.343/2006, nomeada popularmente como Lei de Drogas, a população carcerária no Brasil, teve um crescimento de 86%, chegando a 726 mil pessoas em 2016, atingindo a terceira maior população carcerária do mundo. Dentre o total de presos, 26% respondem por crimes relacionados a drogas e, considerando somente a população carcerária feminina, esse número chega a 62% (IPEA, 2018).

Essa situação agrava consideravelmente uma crise já existente no sistema penitenciário brasileiro, que hoje enfrenta, além de um déficit de mais de 100% no número de vagas necessário para acomodar sua população, um quase total facionamento de suas unidades, servindo como base de operações para atividades criminosas fora dos estabelecimentos penais (LESSING; WILLIS, 2019). Essas questões apontam para a ineficiência e o desgaste do modelo antidrogas, que tem provocado o encarceramento em massa; muitos confrontos de policiais e traficantes, com altas taxas de mortalidade em ambos os lados e a marginalização de usuários casuais, que por não terem acesso legalizado às substâncias, acabam por financiar o tráfico e as organizações criminosas. Essa realidade, gerada pela política de drogas, poderia, por si só, ter impactos significativos sobre a saúde mental daqueles envolvidos nesse imbróglio: sejam os usuários, que se submetem a esses ambientes, na maioria das vezes, arriscados, em função da guerra imprevisível entre policiais e traficantes ou pela possibilidade de serem criminalmente processados por portarem uma substância que, por vezes, buscam por razões medicinais; sejam aqueles que se envolvem nessas facções criminosas e vivem sob a mira do Estado; sejam os policiais, cuja função os colocam diariamente em situações de violência, vivida ou presenciada; sejam os moradores das comunidades, que vivem sob o fogo cruzado entre policiais e traficantes.

Diante disso, nos últimos anos, tem-se constatado a falência do proibicionismo (EARP *et al.*, 2021). Dentre os países que tem passado por mudanças significativas em suas políticas de drogas, destaca-se a presença de nações que fazem parte do grupo dos países desenvolvidos, sendo os Estados Unidos da América a principal influência política global para a revisão das políticas de drogas. Mesmo que outros países já tenham adotado a descriminalização e a legalização da Cannabis antes dos EUA, citando como exemplo o vizinho Canadá, a influência estadunidense sobre a questão acabou se tornando mais relevante em função do protagonismo que esse país adotou na difusão dos ideais proibicionistas, à frente da cúpula das Nações Unidas ou, antes disso, da Liga das Nações (TORCATO, 2016). Esse fato,

somado aos estudos recentes sobre os benefícios medicinais da planta, tem possibilitado novas discussões acerca do tema.

Desde o final da década de 1990, alguns estados estadunidenses têm discutido e modificado as tratativas a respeito da Cannabis, sendo a Califórnia o primeiro a legalizar o uso medicinal da erva, bem como o uso adulto, regulado pelo Estado. Mais recentemente, o estado do Colorado também atualizou suas políticas no mesmo sentido. Após essas mudanças, foi possível observar uma tendência para a legalização ou, pelo menos, para a descriminalização do uso da maconha em diversos países (TORRATO, 2019; MANEO, 2020; G1, 2021)¹.

Essa tendência, nos últimos anos, tem ressoado de forma mais expressiva. Em dezembro de 2020, uma votação realizada em Assembleia das Nações Unidas retirou a Cannabis de lista de drogas mais perigosas do mundo, reconhecendo seus potenciais medicinais em diversos campos (KWAI, 2020). Essa decisão impacta não só a nível político em todo o mundo, mas também abre portas para que novos estudos sejam conduzidos sobre o tema, no campo das ciências da saúde, sociais e humanas. Apesar dos avanços, a maconha permanece como um tema controverso em boa parte do mundo, tanto no quesito de seus possíveis usos medicinais, quanto na questão da sua liberação para o uso adulto. Em muitos casos, como no Brasil, a maconha é discutida a partir de argumentos moralistas e de cunho religioso que interferem em uma avaliação mais pragmática da política de drogas e suas implicações (SOUZA; DE MORAES, 2018).

No Brasil, a Lei de Drogas (BRASIL, 2006), que engloba o uso e a distribuição da Cannabis, despenalizou o uso e o plantio para consumo pessoal da maconha, ou seja, manteve esses atos como crime, mesmo isentando os usuários de penas como multas ou a privação de liberdade. Não obstante, apresenta problemáticas consideráveis na sua elaboração, em especial na diferenciação entre a condição de usuário e a tipificação do crime de tráfico. Em consequência disso, fica ao encargo do agente da lei, em especial à polícia militar, que realiza o policiamento ostensivo em todo o território nacional, decidir se a quantidade de droga encontrada de posse de um indivíduo ou a forma como ela estava sendo portada caracteriza ou não o crime de tráfico (BATISTA, 2019). Essa prática tem contribuído para a manutenção das práticas culturais de discriminação e opressão, em especial, sobre pessoas pretas e empobrecidas.

¹ Para fins de clarificação, entende-se que a descriminalização compete à abdicação de sanções penais diante de um ato ilícito, passando a ser considerado como ilícito civil ou administrativo, para o qual são ainda previstas sanções como multas ou prestação de serviços; por outro lado, a legalização constitui-se como a concessão de permissão, por força de lei, para o ato em questão, não sendo previstas sanções penais, civis ou administrativas (TJDFT, 2018).

Com efeito, desde a promulgação da lei, a população jovem, negra e pobre tem sido a mais afetada por essa realidade (BARCELOS; DOMENICI, 2019), contribuindo para o agravamento das tensões raciais já marcantes no país. Tem-se apontado que a maioria das prisões por tráfico são realizadas com base na apreensão de pequenas quantidades de droga e tendo como única prova o testemunho do policial que efetivou a prisão (JESUS *et al.*, 2011), dando margem a excessos e a vieses pessoais. Por esse motivo, o usuário comum, ainda que não tenha envolvimento com o tráfico ou problemas com a justiça, passa a ser marginalizado.

Outrossim, a obtenção da Cannabis por meio do tráfico ilegal também levanta questões como a qualidade da maconha e as condições nas quais ela é consumida. A falta de regulamentação acerca do cultivo, processamento, armazenamento, transporte e comercialização, acarreta o acesso a produtos de baixa qualidade ou com propriedades adulteradas, impondo um aumento nos riscos à saúde do usuário (GONZÁLES, 2018). Boa parte da maconha consumida no Brasil é obtida na forma de agregados prensados da erva (MAXX, 2017). Essa forma de consumo é preparada visando reduzir o volume do material transportado, a despeito da qualidade de seu conteúdo, sendo esse preparo, muitas vezes, realizado sem os cuidados quanto à sua higiene e conservação. Quando muito, substâncias como o amoníaco, tóxicas ao consumo humano, são adicionadas ao material vegetal para evitar a proliferação de fungos e pragas (MAXX, 2017).

Nos produtos com maior valor agregado, comercializados em proporções muito inferiores, a planta é comercializada em sua forma natural. Contudo, a baixa disponibilidade desse tipo de produto acaba impondo a necessidade de aumentar o seu poder psicoativo. Estima-se que a Cannabis consumida nas décadas de 1960 e 1970 tinha apenas uma fração da quantidade de Tetrahydrocannabinol (THC), principal canabinóide psicoativo da Cannabis, encontrada no produto apreendido nos últimos anos (SMYTH *et al.*, 2020). Esse fato levantou preocupações na comunidade científica mundial, acerca do potencial psicopatogênico da Cannabis. A grande quantidade de THC encontrada na maconha moderna, sem um nível aceitável de canabidiol (CBD), outro canabinóide encontrado em grandes proporções na planta, está associado a um aumento nos casos de psicopatologias, em especial aquelas relacionadas ao espectro da esquizofrenia, assim como transtornos de ansiedade e depressivos, destacando o caráter dose-dependente das substâncias canabinóides e uma relação intrínseca entre a proporção de canabinóides na dose consumida e seus efeitos sobre o corpo (BOGGS *et al.*, 2018).

Contudo, é importante destacar que o proibicionismo, como mencionado, reduzindo o acesso a fontes regulamentadas e confiáveis da planta, acaba por aumentar o risco associado ao consumo de doses não indicadas de certos canabinóides, em especial, para indivíduos com predisposições orgânicas ao desenvolvimento de determinadas patologias. Apesar de a ciência já ter descoberto diversos usos de substâncias canabinóides para o enfrentamento de diversas psicopatologias (TZADOK *et al.*, 2016; MOSTAFAVI; GAITANIS, 2020; BOUGEA *et al.*, 2020; ÜBERALL, 2020), o fato de o usuário não ser capaz de escolher ou mesmo ter conhecimento acerca das dosagens dessas substâncias na maconha que consome, acaba por favorecer os efeitos negativos em detrimento das aplicações positivas, principalmente em grupos de risco para o uso daquelas substâncias. Essas situações também ilustram o efeito marginalizante da política proibicionista atualmente em voga no Brasil.

Mesmo com toda conotação negativa, é preciso reconhecer que o consumo dos princípios ativos da Cannabis pode fornecer benefícios à saúde geral e mental (GARCÍA-GUTIÉRREZ *et al.*, 2020; HOCH *et al.*, 2019). A análise de estudos de revisão na literatura internacional aponta que o uso dos canabinóides, em sua forma completa, está associado à melhoria do sono de pacientes com Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT; LOWE *et al.*, 2019). Também é notável que o uso do canabidiol (CBD) isolado apresenta ação anticonvulsivante e neuroprotetora, bem como é capaz de aliviar sintomas em quadros demenciais (SHAKYA *et al.*, 2021); está relacionado com melhoria de sintomas positivos e negativos, em pacientes esquizofrênicos (HOCH *et al.*, 2019); do funcionamento cognitivo, em pacientes com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, e de quadros de Ansiedade Social, insônia, Ansiedade Generalizada, TEPT e Síndrome de Tourette (KAHN *et al.*, 2020). Outras revisões apontaram que o uso de medicamentos com THC isolado também foi capaz de aprimorar o funcionamento cognitivo, desta vez, em modelos animais com Alzheimer (NITZAN *et al.*, 2022), e os tiques em pacientes com Síndrome de Tourette (PICHLER *et al.*, 2019); além de proporcionar o ganho de peso em pacientes anoréxicas e aumentar o bem-estar e reduzir os pesadelos em pacientes com TEPT (HOCH *et al.*, 2019).

Por outro lado, é fato que existem estudos que demonstram possíveis riscos e malefícios associados ao uso da Cannabis. Revisões apontam a relação entre o uso de Cannabis e a indução de quadros de Esquizofrenia e Transtorno Bipolar, assim como o aumento de sintomas de ansiedade, depressão e TEPT (MEMEDOVICH *et al.*, 2018; LOWE *et al.*, 2019; KANCHERLA *et al.*, 2021). Além disso, já foram documentadas relações entre o uso de maconha e a ideação suicida em pacientes depressivos (HUDSON; HUDSON, 2021;

KANCHERLA *et al.*, 2021), piores quadros de mania em indivíduos com Transtorno Bipolar e rebaixamento dos níveis atencionais e de memória (MEMEDOVICH *et al.*, 2018), ainda que outros autores apontem que os prejuízos nessas funções cognitivas não são permanentes, sendo recuperados após períodos de abstinência (KROON *et al.*, 2019).

Outro aspecto significativo apontado em diversos estudos é a correlação entre o uso de Cannabis e a presença, no geral, de diagnósticos de transtornos mentais (HALL *et al.*, 2018; LOWE *et al.*, 2019; WEINBERGER *et al.*, 2019; HUDSON; HUDSON, 2020). Tal aspecto deve ser levado em conta cuidadosamente, haja vista os estudos não apontarem a direção dessa relação, de modo que não se pode precisar se a Cannabis é responsável por induzir esses estados de adoecimento psicológico ou se pessoas com quadros psicopatológicos prévios são, por algum motivo, mais inclinadas a utilizar Cannabis. Observa-se também que o uso de Cannabis é mais comum entre pessoas com menor nível socioeconômico (HUDSON; HUDSON, 2020; SHAKYA *et al.*, 2021), demonstrando que podem existir outros fatores de adoecimento psicológico que incidem sobre os usuários. Adicionalmente, nota-se que diversas variáveis podem influenciar nessa relação, tais como a idade em que se inicia o uso, fatores genéticos e sociais (HURD *et al.*, 2019; SHAKYA *et al.*, 2021), demandando a realização de novos estudos.

Diante de evidências e argumentos contraditórios, tratar da Cannabis ou, efetivamente, de qualquer outra droga ilícita, é tratar não só dos efeitos diretos que o uso dessas substâncias pode ter sobre o bem-estar individual, mas impõe discussões complexas sobre saúde pública, segurança e economia. Estima-se que a regulamentação do seu uso acarretaria ganhos econômicos significativos, além de contrapor o acelerado crescimento de organizações criminosas, sustentadas pelo tráfico ilegal (SILVA; LIMA; TEIXEIRA, 2016). Ademais, a legalização e a regulamentação da Cannabis abriria portas para a pesquisa e o uso condizente de suas substâncias ativas, contribuindo para a difusão dos canabinóides, inclusive, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), proporcionando alternativas de tratamento para diversas patologias, muitas vezes resistentes ou refratárias aos tratamentos convencionais (PAIVA JÚNIOR; FARIAS, 2021; FERREIRA; SANTOS., 2021; MATIAS *et al.*, 2022) e impondo consideravelmente menos efeitos colaterais (MATIAS *et al.*, 2022; NUNES; ANDRADE, 2021). Apesar dessa perspectiva histórica, que rejeita completamente a possibilidade de tais substâncias terem potenciais e usos benéficos, estar em modificação em diversas partes do mundo (FÉLIX; PORTUGAL; TAVARES, 2017; GAVRILOVA; KAMADA; ZOUTMAN; 2017), em contexto brasileiro as discussões sobre a temática ainda carecem de uma fundamentação histórica, social e científica mais aprofundada, levando em conta que os

argumentos sobre o controle do uso parecem não levar em consideração o real cenário acerca da Cannabis.

Com base no exposto, levantam-se alguns questionamentos iniciais: Quais são os efeitos, sobre a saúde mental, implicados pelo uso da Cannabis? De que modo a atual política nacional de drogas impacta a saúde mental dos usuários de Cannabis? Nessa direção, o principal objetivo desta tese foi compreender os efeitos psicológicos relacionados ao uso da Cannabis, frente à atual política de drogas no Brasil. Especificamente, pretende-se: (1) avaliar o efeito do uso da Cannabis sobre a saúde mental dos usuários; (2) estimar o efeito das ações de repressão ao consumo e comercialização de drogas sobre a saúde mental dos usuários; e (3) explorar possíveis diferenças nos níveis de Depressão e Ansiedade entre usuários e não usuários.

Nesse deslinde, apresentam-se três capítulos teóricos, nos quais se discutirá: o uso e a produção da Cannabis na história, com vistas à compreensão do leitor acerca das diversas possibilidades do uso da Cannabis ao longo da História e contextualização da longa e diversa relação entre a humanidade e a referida planta, antes da emergência do proibicionismo (Capítulo 2); a evolução das políticas de drogas, voltadas à Cannabis, nos contextos mundial e brasileiro, com o fim de aclarar os principais fundamentos políticos, econômicos e sociais dessas políticas, de modo que se possa compreender as resistências ainda existentes frente aos movimentos pró-legalização (Capítulo 3); e, os efeitos físicos e psíquicos de seu uso, oferecendo uma visão ampla das evidências favoráveis e contrárias ao uso, medicinal ou recreativo, da Cannabis (Capítulo 4). Além disso, descrevem-se o método e os resultados de um estudo empírico, cujos objetivos são: (1) avaliar os efeitos do uso da Cannabis sobre a Ansiedade e a Depressão; (2) compreender quais os impactos dos mecanismos de repressão ao tráfico e ao uso da Cannabis sobre esses mesmos indicadores; (3) avaliar se há diferenças significativas entre a saúde mental dos usuários e não-usuários. Em seguida, os resultados são discutidos à luz da literatura recente e do marco teórico estabelecido.

2 O USO E A PRODUÇÃO DA CANNABIS NA HISTÓRIA

A *Cannabis sativa* tem sido, ao longo da história, uma planta de considerável importância, perpassando eras, desde que os primeiros humanos abandonaram a caça e a coleta e passaram a se instalar em locais fixos, sustentados pela prática da agricultura e da domesticação dos primeiros animais (LONG *et al.*, 2017). A primeira evidência arqueológica do uso da Cannabis por povos antigos remonta ao período paleolítico, tendo sido evidenciado o uso das fibras dessas plantas para a produção de cestos trançados, utilizados na agricultura (ADOVASIO *et al.*, 1996). Desse modo, se reconhece que o uso da Cannabis resiste a mais de 10 mil anos de história (BONINI *et al.*, 2018).

A maconha, como é popularmente conhecida em língua portuguesa, é categorizada como uma planta herbácea, de ciclo anual, dióica (apresenta separação entre plantas masculinas e femininas), da família *Cannabinaceae*, a qual também pertence o lúpulo, componente utilizado na produção de cervejas. A planta apresenta tamanho variável, podendo chegar, em genéticas e condições ambientais específicas, a até 5 metros de altura (FARAG; KAYSER, 2017). Outra característica relevante é que a planta é recoberta, em suas folhas, flores e caule, por tricomas. Essas protuberâncias glandulares encapsulam substâncias denominadas fitocanabinóides, que apresentam função de proteção para a planta contra pestes e desidratação; e terpenos, substâncias aromáticas que conferem o cheiro característico da Cannabis e que também podem ser encontradas em outras plantas, atraindo os agentes responsáveis pela sua polinização e provendo defesas contra os ataques bacterianos e fúngicos (MCPARTLAND, 1997).

É possível identificar mais de 100 substâncias fitocanabinóides nas plantas de maconha (em especial, naquelas do sexo feminino), muitas das quais apresentam efeitos relevantes quando consumidas por humanos e outros animais. Dentre os fitocanabinóides mais relevantes encontram-se o canabidiol (CBD) e o Δ^9 -tetrahydrocannabinol (THC). O THC, especificamente, é a principal substância psicoativa encontrada na Cannabis, sendo responsável pela sensação de “alta”, geralmente buscada por seus usuários. O CBD, por outro lado, não apresenta efeitos psicoativos significativos, mas, ainda assim, apresenta diversos efeitos sobre o corpo (DOS SANTOS; HALLACK; CRIPPA, 2021). Não obstante muitos estudos tratarem exclusivamente dessas duas substâncias, estudos mais recentes têm apresentado a relevância de outros canabinóides encontrados em menor quantidade nessas plantas, tais como o canabinigerol (CBG) e o Δ^8 -tetrahydrocannabinol (CALAPAI *et al.*, 2022; TAGEN; KLUMPERS, 2022).

Um detalhe importante é que o conteúdo de fitocanabinóide encontrado nos tricomas apresenta relação com diversas variáveis ambientais, como temperatura, disponibilidade hídrica, umidade e incidência de luz solar (PATE, 1994). Aponta-se que os climas mais secos e a alta incidência solar estão relacionados a uma maior concentração de substâncias psicoativas, em especial o THC, nas plantas de Cannabis. Essa questão, pode estar atrelada à existência de variantes da Cannabis que se distinguem em termos da constituição de seus canabinóides (BONINI *et al.*, 2018).

Uma das distinções possíveis se dá na subdivisão do gênero Cannabis em três espécies distintas, a partir do tamanho da planta e a composição de fitocanabinóides encontrada nesses vegetais. Nessa classificação, descreve-se a maconha nos termos *Cannabis sativa* Linnaeus, *Cannabis indica* Lamarck e *Cannabis ruderalis* Janisch. Outra classificação a descreve como constituindo apenas uma espécie, subdivida em um conjunto de três subespécies. Desse modo, o que se conhece hoje como Cannabis Sativa, na verdade, se trata de um conjunto de subespécies de Cannabis que abarcam uma série de variedades de plantas, espontaneamente encontradas na natureza, denominadas subespécies ruderais (ou *ruderalis*); e as domesticadas pelo homem ao longo da história (MACPARTLAND, 2020).

Dentre essas variedades, existem aquelas que são cultivadas para a extração de suas fibras ou propriedades alimentícias, que apresentam pouca aplicabilidade medicinal, haja vista que são constituídas por uma baixíssima quantidade de substâncias canabinóides, em especial o THC, encontrado em proporções iguais ou menores a 0,3% do peso total seco (TANG *et al.*, 2016). Essa subespécie é denominada Cannabis sativa subsp. Sativa e é conhecida popularmente como cânhamo (ou *hemp*). As fibras encontradas nas folhas e nos caules dessa variedade são utilizadas na confecção de diversos produtos, tais como papel, tecidos, cordas, compostos plásticos e materiais de construção, como concreto e tijolos. Além disso, das sementes é possível extrair óleos utilizados na confecção suplementos alimentares e cosméticos e as próprias sementes podem ser consumidas como alimento, sendo uma significativa fonte de proteínas (SORRENTINO, 2021).

Por outro lado, a subespécie que recebe maior atenção é aquela denominada *Cannabis sativa subsp. Indica* e suas variedades. Essa subespécie de Cannabis é aquela à qual se remete a maior parte dos estudos acerca da planta, por apresentar tricomas ricos em fitocanabinóides, principalmente o THC e o CBD, mas também o Canabigerol (CBG), o Canabicromeno (CBC), o Canabinodiol (CBND) e o Canabitriol (CBT) (KINGHORN *et al.*, 2017).

Essas diferentes variações de Cannabis remontam a origens distintas e a diversidade de suas propriedades implicou em uma multiplicidade de usos ao longo da história. Adiante, mesmo reconhecendo que a presente tese não se volta à discussão aprofundada dos elementos históricos envolvidos nesses processos, serão discutidos aspectos voltados à origem e aos usos da Cannabis em diferentes momentos históricos e espaços geográficos. Nesse deslinde, serão discutidas suas origens e seus usos tradicionais, assim como a evolução de sua produção e aplicações, desde os tempos antigos, até a contemporaneidade.

2.1 Produção e Uso da Cannabis na Antiguidade

Estima-se que a Cannabis tenha se originado na Ásia, havendo ainda discordâncias sobre a exata região de seu aparecimento, alternando-se entre a região central e a porção sudeste do continente (STEVENS *et al.*, 2016). Inicialmente, a planta era utilizada em função de suas fibras, para a produção de tecidos, cordas, redes e outros utensílios, e obtida em sua forma selvagem, antes da sua domesticação (LI, 1974). Apenas em um momento posterior foi que as propriedades psicoativas da Cannabis foram apropriadas pelos povos antigos. Clarke e Merlin (2013) sugerem que essas qualidades da maconha podem ter sido descobertas por acaso, quando a planta foi acidentalmente exposta ao fogo, provocando efeitos, até então, inesperados àqueles adjacentes.

Diante dessa descoberta, iniciou-se o processo de domesticação da Cannabis, a partir da seleção artificial das plantas que, por um lado, apresentassem fibras de qualidade, para a produção de produtos têxteis, e, por outro, demonstrassem efeitos psicoativos, direcionadas ao uso em rituais religiosos (BONINI *et al.*, 2018). De fato, a Cannabis foi considerada sagrada por muitas religiões, sendo uma via de conexão espiritual com suas divindades ou uma forma facilitar a meditação e a comunicação com espíritos e outras entidades, como no caso das tradições hinduístas, budistas e entre os xamãs chineses (SCHULTES; HOFFMAN; RATSCH, 1992).

A partir da íntima relação entre os aspectos religiosos e medicinais nas culturas antigas, centradas nas figuras de xamãs, gurus e sacerdotes, a utilização da Cannabis parece ter se expandido para além dos usos ritualísticos, em usos seculares, no tratamento de doenças físicas e psicológicas. Há evidências de que a planta tenha sido usada para fins medicinais há mais três milênios antes de Cristo. Se origina nessa época a primeira farmacopeia chinesa, na qual os preparos derivados da planta eram indicados para o tratamento da fadiga, malária e

reumatismo (ABEL, 2013). Ao longo da história chinesa, outros usos também foram propostos, tais como analgésico, anestésico, anti-inflamatório, antiemético, para doenças de pele, úlceras e contra a queda de cabelo (MECHOULAM, 2019).

Também na Índia, o uso medicinal da maconha foi por muito tempo relacionado aos aspectos religiosos, mas existem registros de seus preparos (como o *Bhang*, uma espécie de infusão da mistura de diversas partes da planta, como folhas, ramos e flores; ou os *Charas*, preparação semelhante ao que se compreende hoje a partir do termo *haxixe*) sendo utilizados como tratamento para cólicas menstruais, convulsões em crianças, dores de cabeça, febre, dores de dente, bronquite e asma (MECHOULAM, 2019). Segundo Mechoulam (2019), os usos tradicionais da *Cannabis* na Índia já se aproximavam da compreensão contemporânea da planta, na medida em que se reconhecia seus usos medicinais para diversas condições físicas, mas também mentais, como estresse e o cansaço por este causado.

Mais adiante, o termo *Cannabis* também aparece em diversas passagens nas escrituras judaicas tradicionais, demonstrado seu uso como incenso e como óleo sagrado pelo povo hebreu (BENNET, 2011). Esse fato advoga a favor da ideia de que a *Cannabis* se proliferou para além do continente asiático ainda antes da Era Cristã. Aponta-se que a *Cannabis* é mencionada originalmente em diversas passagens da Torá, que também fazem parte da bíblia cristã, ainda que a sua posterior tradução tenha excluído o termo nas versões ocidentais (RUBIN, 2011). Possivelmente, o contato do povo hebreu com os antigos assírios e egípcios, dos quais há registros e evidências do uso da *Cannabis*, pode ter influenciado significativamente sua cultura e costumes, sendo assim assimilado o uso da planta, tanto no aspecto medicinal, quanto hedonístico e ritualístico (MECHOULAM, 2019).

Segundo Vavilov (1926), a *Cannabis* teve sua primeira proliferação para além de ambiente natural seguindo os caminhos de peregrinação dos humanos em direção aos continentes adjacentes. De fato, as rotas de comércio e migração entre territórios europeus e africanos e o continente asiático, parecem ter sido o caminho pelo qual a planta chegou até esses locais (WARF, 2014), ainda que outros autores discutam que a *Cannabis* se difundiu, antes disso, sem a intervenção humana, por meio de fatores ambientais (como a água) e pela ação de animais (CLARKE; MERLIN, 2016).

No continente africano, há relatos do uso de *Cannabis* no Egito Antigo, datadas de milênios antes de Cristo (BENNET, 2011). Nessa época, a queima da *Cannabis* servia a propósitos ritualísticos, enquanto preparações envolvendo *Cannabis*, outras ervas e ingredientes (como mel, por exemplo), eram utilizados como medicamentos para inflamações no trato ocular

e em ferimentos; para problemas ginecológicos, como cólicas e hemorragias perinatais; e enemas (BROCKBANK, 1954). Seu uso para a confecção de outros produtos, derivados de suas fibras também é mencionado em textos antigos, talhados nas pirâmides e escrito em papiros (EPSTEIN, 2010).

Outros relatos também foram encontrados no continente africano e no Oriente próximo. O uso de preparados de Cannabis, fumados, ingeridos ou inalados, juntamente com outras ervas, foi constatado desde os primeiros assentamentos europeus e identificado como um antigo costume dos povos pastores do sudeste africano (CHANDRA *et al.*, 2019). O *Dagga* (ou *Dakka*), nome dado pelos povos da região à Cannabis, era cultivado e comercializado, junto a outros produtos dentre os povos da região, principalmente entre as comunidades de agricultores e caçadores. Estes últimos, são considerados como os primeiros a utilizarem o *Dagga* de forma fumada naquela localidade. O grupo obtinha o produto a partir do escambo, trocando penas, caças e outros produtos de origem animal pelo *Dagga* (ABEL, 2013). Esses mesmos relatos pontuam que esses indivíduos se utilizavam de cachimbos ou outros instrumentos como o narguilé (VAN DER MERWE, 1975), que consiste em um aparato no qual a fumaça da erva incinerada passa por um vaso de água, resfriando a fumaça e, em partes, filtrando os resíduos decorrentes da queima. Segundo Duvall (2019), esse aparato, também é encontrado na região do Egito e Pérsia (território onde hoje é o Irã).

O Oriente Médio também é uma região cuja história foi profundamente marcada pela Cannabis. Escritos antigos, traduzidos de povos árabes e persas, deslindavam sobre os efeitos psicoativos da planta (ROSENTHAL, 2015). Ademais, a cultura e a produção do haxixe, ainda hoje prevalente no Oriente Médio e difundida em diversos países europeus, deriva de costumes de antigos, possivelmente datados de antes do séc. IX. Registra-se que árabes, e outros povos de influência islâmica, já tinham conhecimento dos usos medicinais desses preparados para o tratamento de problemas digestivos, dores e caspa. Por outro lado, apontavam que o consumo demasiado da planta poderia provocar impotência, transtornos mentais e amnésia (MARINO, 2019), sendo um dos poucos registros dos potenciais malefícios da Cannabis datados daquela época.

Atribui-se esse conhecimento, no entanto, aos gregos, cuja literatura médica já apontava seus usos e benefícios. A mescla cultural desses povos, potencialmente, difundiu a Cannabis e os conhecimentos sobre ela por boa parte do Velho Mundo. Os romanos foram outro povo que absorveram esses conhecimentos, mesmo que o uso da planta naquela época se desse, principalmente, em função de suas fibras. Ainda assim, o uso hedonístico entre aristocratas e

indivíduos de classes sociais mais abastadas também é reconhecido. Aponta-se que esses indivíduos tinham o costume de finalizar suas refeições consumindo sobremesas a base de Cannabis (BUTRICA, 2002).

Mesmo que não haja consenso sobre como a Cannabis se difundiu para o continente europeu, seja pela ação de elementos naturais, tendo sua domesticação ocorrido de forma independente do continente asiático; ou por meio das movimentações humanas, que trouxeram a Cannabis da Ásia para a Europa já em sua forma domesticada, parece mais consistente a hipótese de que os romanos tenham sido os principais responsáveis pela proliferação, não somente do uso, mas da produção da Cannabis, desde o Mar Mediterrâneo até a Península Ibérica (RULL *et al.*, 2022). No entanto, diferente dos gregos, durante o domínio romano, o uso da Cannabis se restringiu, majoritariamente, às suas aplicações em manufatura de tecidos, cordas e outros materiais (MECHOULAM, 2019).

Indiscutivelmente, o Império Romano exerceu grande influência na constituição dos costumes no continente europeu, e no mundo ocidental como um todo. Todavia, é notável que o uso da Cannabis no mundo antigo se deu de variáveis formas, a partir de espécies e aplicações distintas, desde o uso prático, na produção de utensílios e ferramentas, que contribuíram para o desenvolvimento econômico de muitos povos; até seu uso espiritual e recreativo. Nota-se, nesse sentido, uma concepção muito distinta daquela hoje admitida, em boa parte do mundo, sobre a planta. Efetivamente, foi apenas após a Idade Média, que o uso e a produção da Cannabis passaram a ser desencorajados e, posteriormente, criminalizados ao redor do mundo.

2.2 Produção e Uso da Cannabis da Idade Média ao Século XIX

Após a derrocada do Império Romano, já na Era Cristã, a Igreja Católica Apostólica Romana emerge como um grande poder político e cultural em toda a Europa. Durante esse período, considera-se que houve pouco desenvolvimento no que se refere ao conhecimento dos diferentes usos da Cannabis (MECHOULAM, 2019). Contudo, ao contrário do que se pode imaginar, durante esse período, a planta continuou a se expandir por aquele continente, sendo cultivada, principalmente, para a produção de fibras têxteis.

A literatura aponta que essa produção, no entanto, passou por modificações significativas ao longo desse período. Rull e Vegas-Villarúbia (2021) descrevem, por exemplo que, ainda no séc. VII, parte significativa dos cultivos de cereais foram progressivamente

substituídos por plantações de Cannabis, até meados do séc. VII, quando a influência árabe, já direcionada a um pensamento ideológico contrário ao uso das propriedades psicoativas da planta, fez decrescer as áreas direcionadas a tal fim, em favor de pastos e outros cultivos. No século seguinte, no entanto, o cultivo retorna à região.

Mechoulam (2019) discute sobre as mudanças na concepção acerca da Cannabis na sociedade árabe medieval. A análise de escritos antigos aponta uma contradição. Ao passo que o uso da Cannabis se demonstrou discriminado, apontando-se que a utilização de seus derivados seria capaz de provocar mudanças de comportamento, o anuviamento da mente e até mesmo a morte; outros registros da época declaram que seu uso nunca foi tão comum como naquele período. Seus efeitos medicinais, ora negligenciados, são ao mesmo tempo reconhecidos, havendo registros do seu uso para o tratamento de quadros de epilepsia e problemas no trato auditivo. Nesse sentido, compreende-se que, apesar de controverso, o uso da Cannabis persistiu entre os séculos V e XV, expandindo-se não só a presença da planta pelo território europeu, mas também o seu cultivo.

Godwin (1967) discute evidências da presença e do cultivo da Cannabis do noroeste europeu. O autor aponta, a partir da análise de vestígios arqueológicos do pólen da planta, a presença crescente do gênero botânico ao longo do período anglo-saxão no território que hoje corresponde à Inglaterra. Reed *et al.* (2022) também apontam achados arqueológicos da Cannabis nos territórios correspondentes à atual Croácia, que demonstram o uso de seu óleo e fibras nesse território. Evidências similares também são encontradas em lagos na Polônia (WACNIK *et al.*, 2014), no sul da Suécia (LARSSON; LAGERÅS, 2014), na República Tcheca e na Eslováquia (OPRAVIL, 1990), e na Alemanha (HELLWIG, 1990) assim como outras evidências arqueológicas, como tecidos e peças de tapeçaria feitos de Cannabis, também foram encontradas e associadas aos povos escandinavos do Norte e aos vikings (SKOGLUND; NOCKERT; HOLST, 2013).

Destaca-se, no entanto, os arredores do mar Mediterrâneo como a região europeia mais expressiva em relação a esse cultivo. As condições climáticas mais amenas, diferente do clima temperado, predominante no continente, favoreceram a primeira produção e operação de comércio em larga escala na Europa (BONINI *et al.*, 2018). Mercuri *et al.* (2002) apontam que seu cultivo se tornou tradicional, desde os antigos romanos, persistindo por toda a idade média.

Ainda que, como mencionado, os usos da Cannabis se voltassem ao emprego de suas fibras na manufatura, Bonini *et al.* (2018) aponta que os usos mágicos e terapêuticos também eram conhecidos pelos europeus a partir dos relatos de viajantes, comerciantes e

sacerdotes que percorriam as rotas de comércio entre a Europa e os países orientais que, por sua vez, detinham os conhecimentos tradicionais sobre a planta no campo espiritual e medicinal. Há escritos que indicavam os efeitos euforizantes, sedativos, indutores de apetite, alucinógenos e afrodisíacos da Cannabis. A exploração desses efeitos, contrários à doutrina da Igreja Católica, motivou a publicação de uma bula papal em 1484, por Inocêncio VIII, condenando a bruxaria e o uso da Cannabis (KORS *et al.*, 2000).

No final da idade média, os navegadores também emergiram como atores importantes na difusão da planta no continente europeu e, posteriormente, nas Américas. Até então, a maconha se encontrava restrita ao Velho Mundo, mas, a partir das grandes navegações, ocorridas no séc. XV, nos anos finais da Idade Média, é reconhecida a chegada da planta ao continente americano.

Estima-se que o primeiro contato dos povos americanos com a Cannabis teria se dado com a chegada de Cristóvão Colombo ao continente, trazendo consigo 80 toneladas de velas e cordas feitas da fibra do cânhamo. A partir dos primeiros assentamentos espanhóis, elegeu-se o cultivo do cânhamo como proposta viável para o desenvolvimento econômico da região. Aponta-se que Hernán Cortés tenha sido o pioneiro na importação da Cannabis, tanto na sua subespécie Sativa, quanto a Indica, para as colônias espanholas. Contudo, o cultivo era feito, inicialmente, pelos europeus, em solo americano (LEAL-GALICIA *et al.*, 2018).

Paradoxalmente, as missões católicas, em especial, as de ordenação jesuíta, é que foram responsáveis pela difusão do cultivo do cânhamo frente aos povos nativos. Era do interesse da metrópole que os índios produzem outras espécies de plantas, para além daquelas pertinentes à sua subsistência, tendo em vista a cobrança de impostos e a comercialização de seus derivados (LEAL-GALICIA *et al.*, 2018). Com isso, somado ao conhecimento em agricultura desses povos originários, foi possível o cultivo em larga escala de variedades mais adaptadas ao clima e solo da região (GARCÍA-VALLEJO, 2010). Posteriormente, os nativos também passaram a ser submetidos ao trabalho de processamento e beneficiamento do cânhamo, no âmbito dessas missões, incorporando o processo produtivo ao cotidiano das colônias. Por outro lado, os jesuítas também foram responsáveis pela difusão dos usos medicinais da Cannabis em algumas das colônias espanholas, como no México (GARCÍA-VALLEJO, 2010). Preparados de semente de maconha eram utilizados no tratamento da gonorreia, como tranquilizante e para dor de dente (SCHULTES, 1982).

Na América do Norte, a introdução do cânhamo e da maconha também se deu pelas rotas dos colonizadores, nesta região, pelos ingleses e franceses. Essa cultura teve início, no

Canadá, por volta de 1606, abrangendo, tanto a vertente fibrosa, quanto a psicoativa da planta. Aponta-se Louis Herbert com o pioneiro na produção e no uso medicinal da Cannabis em território canadense (CLARKE; MERLIN, 2013). No espaço das Trezes Colônias Inglesas, território base que deu origem aos Estados Unidos da América, o plantio do cânhamo foi imposto pela coroa britânica, ainda em 1611, na colônia da Virgínia, sendo seguido, pouco tempo depois, por Massachusetts e Connecticut (GODWIN, 1967). Entende-se, no entanto, que se explorou não só o potencial de matéria-prima têxtil, mas também seus usos medicinais, tendo em que vista que, pouco mais de dois séculos depois, em 1851, a maconha foi introduzida na farmacopeia estadunidense, como um medicamento analgésico e hipnótico (LEAL-GALICIA *et al.*, 2018).

Não obstante, o uso ritualístico e hedonístico da Cannabis só fora introduzido nas Américas a partir da chegada dos africanos escravizados, com vistas ao trabalho agrícola. O contrabando de sementes de variantes de Cannabis, ricas em efeitos psicoativos, pelos negros trazidos da África, por volta do séc. XVII, possibilitou outros usos para além do industrial e medicinal. Com o contato desses indivíduos com os povos nativos, também frequentemente escravizados durante a colonização, propagou-se seu uso religioso para os indígenas da região da América do Norte e Central. As medicina-ritual com o uso de Cannabis, na região do México, por exemplo, era realizada pelas curandeiras, as quais se dava o nome de “Marias” ou “Juanas”. Por conta disso, eventualmente, surgiu o termo “Marijuana” para se referir à Cannabis, muito utilizado até os dias de hoje (GARCÍA-VALLEJO, 2010).

A fusão de culturas na região também permitiu que a maconha encontrasse novas formas de utilização, inclusive a fumada, por meio de cachimbos ou cigarros, prática comum ao consumo do tabaco pelos europeus. Aponta-se que tal prática ajudou a proliferar o uso da Cannabis, principalmente de forma recreativa, assim como a medicina popular, praticada pelos xamãs e curandeiras levou a Cannabis às populações mais pobres (ASTORGA, 2015).

No Brasil, o processo de difusão da Cannabis seguiu caminho parecido. França (2022) defende que há pelos menos três meios de propagação da maconha no país. A primeira, mais documentada, se deu pelo incentivo da coroa portuguesa para a produção do cânhamo na colônia por volta do séc. XVIII. O intuito dessa prática era de produzir fibras, utilizadas na fabricação de materiais em atendimento à demanda das aplicações navais, utilizadas pelos colonizadores em seus navios. Apesar das dificuldades na obtenção de sementes e na prática do cultivo pelos colonos, a Cannabis se espalhou por parte considerável do território brasileiro, incluindo o Rio de Janeiro e o sul do país (FRANÇA, 2022). Essas iniciativas promoveram, em

1783, a criação da Real Feitoria do Linho Cânhamo, na região de Pelotas (hoje pertencente ao estado do Rio Grande do Sul). O empreendimento não foi bem-sucedido, mas, ainda assim, participou do processo de difusão da planta (PATRIOTA; SÁ; SATO, 2021).

O uso medicinal também foi introduzido no Brasil, a partir do séc. XIX, por farmacêuticos e cientistas que conheciam essas aplicações a partir da experiência dos europeus (FRANÇA, 2022). Foi somente nesta época que reconheceram, no Velho Mundo, os usos medicinais da Cannabis, registrados na obra clássica de William O'Shaughnessy, que apontava a eficiência da variedade *Indica* no tratamento da cólera, tétano, convulsões, entre outros quadros (WARF, 2014). Nesse período, passaram a ser produzidos e comercializados, no Brasil, diversos produtos, com finalidades digestivas e antiasmáticas, por exemplo, despontando em comerciais de jornais e revistas (PATRIOTA; SÁ; SATO, 2021).

No entanto, a rota mais antiga que trouxe a Cannabis ao Brasil se deu por meio dos navios negreiros. Ainda no séc. XVI, com a chegada dos primeiros escravizados, provenientes da região da Angola, a maconha e os hábitos de consumo chegaram à então colônia portuguesa. Há indícios que apontam que os indivíduos escravizados trazidos para o país carregavam consigo sementes da planta, escondidos em bonecas de pano que eram amarradas às vestimentas (COSTA; GONTIÈS, 1997). Por outro lado, há também indícios de que os próprios navegadores portugueses, em especial aqueles que já haviam participado em outras expedições passando pelo continente africano, também tenham participado na introdução desse cultivo e seu conseqüente uso em território brasileiro (WARF, 2014).

Haja vista a atividade comercial implantada pelos portugueses nas primeiras décadas de colonização ter acontecido primordialmente na Bahia, relata-se que os primeiros cultivos de Cannabis também se deram nesse território, por volta do ano de 1549. A maconha era plantada em meio aos cultivos de cana-de-açúcar, nos quais trabalhavam os negros escravizados, muitas vezes em consonância com indivíduos de povos nativos. Desse modo, a produção se espalhou por todo o nordeste brasileiro e, eventualmente, chegou ao lugar onde hoje se compreende o estado do Amazonas. Esses indivíduos faziam uso da Cannabis primordialmente em função das suas propriedades intoxicantes, diferenciando-se, portanto, dos usos realizados pelos portugueses, que seriam posteriormente implantados e incentivados, na colônia, pela metrópole (WARF, 2014).

Desde essa época, o consumo da Cannabis se difundiu profundamente no país, atingindo, para além dos africanos escravizados que trouxeram a planta para a região, comunidades indígenas, vilas de pescadores e, de um modo geral, a população mais pobre, nas

diversas regiões do país. O uso hedonístico da planta se proliferou a tal ponto que ficou popularmente conhecida como “pito de Angola” ou “o ópio dos pobres” (MOTT, 1986). Esse fato se mostra relevante na medida em que as primeiras políticas proibicionistas no Brasil, assim como em boa parte da América, se iniciam por meio da perseguição cultural aos costumes trazidos e mantidos pelos negros e nativos, que compunham a maior parte das populações mais pobres nessas localidades, conforme será discutido no capítulo seguinte.

Entretanto, a *diamba* (nome de origem angolana para a Cannabis) também encontrou espaço nas práticas religiosas dos povos que habitavam o Brasil no período colonial. Os povos indígenas nativos, que já detinham conhecimentos sobre diversas outras substâncias alteradoras da consciência, após os contatos com os negros escravizados nos campos de trabalho forçado, passaram também a adotar a maconha como parte de seus rituais. Além disso, religiões de matriz africana, como o candomblé, também passaram a adotar o uso ritualístico da maconha como parte integrante da cultura religiosa dessas comunidades (WARF, 2014).

O hábito de consumir a Cannabis, principalmente em sua forma fumada, mas também em outros preparos, não foi restrito aos negros e nativos. Existem registros que expõem que, após a transferência da corte portuguesa para o Brasil, em 1808, em decorrência da invasão napoleônica à península Ibérica, o consumo da Cannabis era um hábito reconhecido da Rainha Carlota Joaquina, esposa de Dom João VI. A história conta de um escravizado, chamado Felisbino, que lhe fornecia a *diamba do Amazonas*. Próximo de sua morte, a rainha pediu a Felisbino uma infusão de Cannabis e arsênico, que lhe proporcionou uma morte sem dor, enquanto cantava e tocava seu violão (FRANÇA, 2022). Considerando esse fato, é possível considerar que o uso da Cannabis tenha se difundido também aos estratos mais elevados da sociedade colonial brasileira.

As guerras napoleônicas também foram responsáveis pela difusão da Cannabis, em seus usos hedonísticos, na Europa. Após a guerra, os soldados que retornaram do Egito trouxeram consigo o hábito de consumir o haxixe (ou *hashish*), uma extração derivada da Cannabis com alta concentração de substâncias psicoativas. Em Paris, fundou-se o *Club des Hachichins*, que acolhia os adeptos da prática e incluía nomes famosos da classe artística francesa, como Charles Baudelaire e Alexandre Dumas (ABEL, 2013). Não demorou até que a prática se difundisse entre outros grupos, como a classe trabalhadora, os estudantes e os imigrantes, que, por fim, estenderam a prática para outras partes do continente.

Nesse sentido, é coerente considerar que a Cannabis, desde o início da Idade Média até boa parte do séc. XIX, encontrou seu maior período de disseminação, tanto no aspecto da

sua proliferação geográfica, se espalhando para outros continentes além-Ásia e Europa; quanto no aspecto da adoção de suas propriedades, medicinais, recreativas, ritualísticas e industriais, por diferentes povos ao redor do mundo. Até esse ponto, nota-se que sua utilização, ainda que em certos momentos tida como parte de culturais marginais e, portanto, discriminadas, era tida com certa normalidade, alcançando espaços de prestígio, em círculos restritos e elevados na hierarquia social da época, entre clérigos e nobres; e também no meio científico.

A mudança no status social da Cannabis, da compreensão de seus diversos usos e efeitos, à perspectiva proibicionista, só se inicia de fato no séc. XX, como se discutirá a seguir. Esse fato impactou diretamente no modo como se produz e se consome a maconha ao redor mundo, assim como promoveu mudanças sociais significativas que, apenas nos últimos anos, têm implicado em acaloradas discussões de ordem política, econômica e científica.

2.3 Produção e Uso da Cannabis nos Séculos XX e XXI

A transição do séc. XIX para o XX foi profundamente marcada pela ação imperialista dos países europeus, em especial a Inglaterra, ao redor do mundo. Essas políticas também influenciaram outros países, para além das colônias, no que diz respeito às suas políticas internas e externas. Esse fato, marcadamente, interfere na história da Cannabis ao redor do mundo, uma vez que decorrem dessas políticas os primeiros esforços de restrição ao uso e à produção da Cannabis (MILLS, 2005). Nesse sentido, discutir a história recente da Cannabis envolve, necessariamente, o deslinde sobre as políticas encabeçadas pela Inglaterra e pelos Estados Unidos que, pouco tempo antes conquistara a independência da metrópole inglesa.

Mills (2005) discute que a proibição da Cannabis se inicia por uma política imperialista, não a partir de discussões racionais e científicas de seus usos. Com a expansão do império britânico, que conquistou o mercado do ópio no Oriente, os ingleses passaram a dominar a produção e a venda do ópio, que se torna um dos seus produtos mais lucrativos. Com isso, a produção de produtos derivados de Cannabis passa a sofrer grande taxaço nas colônias britânicas, desaquecendo o mercado que, até então, continuava em expansão, haja vista a alta demanda de produtos têxteis de Cânhamo por toda a Europa. Os produtores locais, especialmente na Índia, passaram a buscar recursos para se livrar da taxaço sobre a Cannabis que já era uma fonte de lucro significativa para a colônia no início do séc. XX (MILLS, 2004).

Com isso, a produção e o uso de Cannabis passou a ser associada à criminalidade, haja vista que aqueles envolvidos com sua produção e comércio buscavam esconder da coroa

os seus ganhos. Somado a isso, com o aprofundamento do imperialismo inglês na Ásia, diversas revoltas eclodiram nas principais colônias, com a China e a Índia. Com o intuito de justificar o comportamento dos colonos, os ingleses associaram a Cannabis à loucura e à violência, principalmente considerando que esses países apresentavam um longo histórico do uso da planta, com os mais variados fins.

É importante ilustrar que as pressões capitalistas também deram margem à perseguição à Cannabis em outras partes de mundo. No Caribe, por exemplo, onde a produção da maconha era naturalizada e existiam, até mesmo, empresas locais que comercializam esse produto, passou-se a buscar ativamente a sua exclusão, tendo em vista que outro produto produzido em larga escala pela metrópole sofreu uma queda significativa de preço, em função do excedente produtivo na região: o rum. Com isso, políticas foram instauradas visando a redução da produção e do consumo da planta para dirimir a rivalidade dos produtos no mercado local. Contou-se também com a participação dos missionários cristãos na região, que pregavam contra o consumo da erva (COMITAS, 1975).

Os Estados Unidos, que havia, pouco tempo antes, conquistado sua independência da Inglaterra e formava suas primeiras elites comerciais, também teve participação nessa empreitada. Com a revolução mexicana no início do século XX, muitos imigrantes chegaram ao território estadunidense trazendo os costumes do uso da erva, principalmente com fins hedonísticos, em sua forma fumada. O consumo se tornou, então, popular no sul do país, em especial na região de Nova Orleans, berço do Jazz. A planta se tornou parte da cultura do meio artístico e, junto com a música, se espalhou por outros estados, chegando até o Velho Mundo (LEAL-GALICIA *et al.*, 2018).

A associação da Cannabis aos imigrantes mexicanos e caribenhos, assim como às populações negras e, conseqüentemente, ao extrato mais pobre da organização social da época, no âmbito de uma sociedade profundamente racista, de tradição escravocrata, fez associar-se ainda mais o uso da Cannabis à violência, concebendo-se que seus usuários eram assassinos e vagabundos (SCHULTES, 1982). Por outro lado, os grandes produtores de algodão da região buscavam a rentabilidade de seus negócios. Após a derrota dos escravistas na guerra civil americana, temiam a expansão da Cannabis como concorrente na indústria têxtil (GALLIHER; WALKER, 1977). Nessa toada, o governo daquele país desenvolveu uma máquina de propaganda visando a estigmatização da Cannabis e seus usuários (outros detalhes sobre as políticas proibicionistas e como elas se desenvolveram serão discutidos no capítulo seguinte).

A proibição estadunidense, assim como a ideologia acerca dos malefícios sociais e defecção moral de seus usuários se alastrou a diversos países, tais como o México e o Brasil (LEAL-GALICIA *et al.*, 2018; DE SOUZA, 2015). O chefe do Departamento Federal de Narcóticos (Federal Bureau of Narcotics – FBN), Henry Anslinger, responsável por toda a propaganda, nacional e internacional, sobre efeitos nefastos da Cannabis, associou o sofrimento da Segunda Guerra Mundial e, posteriormente, da Guerra Fria, ao uso da Cannabis como arma de guerra contra os norte-americanos, ora pelo Japão Imperial, ora pelos comunistas soviéticos. O pânico internacional decorrente desse arranjo impulsionou o argumento proibicionistas pelo mundo (ABEL, 2013).

Nesse momento, em meados do séc. XX, estima-se que se inicia uma fase distinta de tudo que existira, em termos de Cannabis, no mundo, haja vista que a planta produzida e consumida, das mais variadas formas, ao longo de milênios, agora se tornara proibida e, seus usuários, eleitos inimigos dos Estados. Diante da demanda popular quase que generalizada e o vazio de produção provocado pela proibição, surge a produção clandestina. Assim, o cultivo da maconha, que era antes realizado em zonas produtivas importantes, foi relegado a outros espaços, os quais não disputariam lugar com outras culturas que agora detinham maior valor econômico, mas também que estivessem menos sujeitas aos mecanismos de repressão do Estado (FRAGA; IULIANELLI, 2011).

Essas zonas geralmente eram servidas de pouca infraestrutura e geralmente ocupada por indivíduos de menor poder aquisitivo. Em função da proibição da produção de Cannabis, o valor agregado dos produtos dela derivados aumentou vertiginosamente, de modo que se tornou uma opção de produção aos pequenos camponeses. Um menor volume do produto, a despeito do precário acesso aos meios de escoamento de produção, ainda poderia ser transportado e atingir um retorno igual ou superior a um volume de vezes maior de produtos legais (PATRIOTA; SÁ; SATO, 2021).

No Brasil, por exemplo, a região que hoje se conhece como “polígono da maconha”, localizada no nordeste do país, em territórios pertencentes aos estados de Pernambuco e Bahia, é, já há algumas décadas, a região de maior produção de Cannabis no território brasileiro. O estado do Pernambuco, durante o período colonial era um dos maiores produtores agrícolas do país e, dentre os cultivos realizados na região, também se plantava a Cannabis, desde o período da chegada dos negros escravizados ao local. Com a proibição, o cultivo da planta saiu das regiões exportadoras, mais próximas à costa e se instalou no vale do Rio São Francisco, principal bacia hidrográfica do Estado e uma das mais importantes do país. Nessa localidade, o

consumo da Cannabis já era conhecido e constituía uma prática comum aos povos ribeirinhos da região (OLIVEIRA, ZAVERUCHA & RODRIGUES, 2009).

Diante do cenário proibicionista e o pouco suporte do Estado brasileiro para o desenvolvimento econômico desse território, antes privilegiando os grandes produtores com os programas governamentais de irrigação, muitos pequenos agricultores aderiram ao plantio da Cannabis ou foram cooptados por indivíduos que, reconhecendo o potencial de produção daquela região, considerando o clima e o solo propícios, e o potencial lucrativo do produto, pagavam a esses trabalhadores até cinco vezes mais, pela mesma jornada de trabalho, nas lavouras de maconha. Caso semelhante também pôde ser registrado no norte do Marrocos, onde diversas famílias migraram para o cultivo ilegal de Cannabis com vistas à lucratividade da produção, aumentando, inclusive, o IDH da região, mesmo sendo uma localidade com pouca infraestrutura e amparo estatal (FRAGA; IULIANELLI, 2011).

Considerando que as regiões consumidoras de Cannabis no mundo não apresentam igual potencial produtivo para o seu cultivo, seja em função do clima ou do aparato repressivo imposto sobre essa prática, muito mais efetivo e presente nos países desenvolvidos, também emerge a problemática do tráfico internacional. Enquanto em regiões, como nos Estados Unidos ou na Europa, aumentavam, ano após ano, as apreensões sobre a Cannabis, o número de usuários não parou de crescer. Os governos passaram então a atacar as formas de transporte desses produtos, derivadas, principalmente, de países da América Latina, África e Ásia (UNODC, 2018). Nessas regiões, em especial na América Latina, os responsáveis pela produção, transporte e comercialização da Cannabis (e posteriormente, de outros entorpecentes) formavam organizações criminosas internacionais, que deram origens aos atuais cartéis do narcotráfico.

Na década de 1960 e início da década de 1970, nos Estados Unidos, a Cannabis já deixava de ser apenas uma droga de uso das camadas menos abastadas da população e assumiu lugar cativo entre os intelectuais, os artistas e os escritores, em sua maioria, de classe média e altamente escolarizados. Segundo Warf (2014), a geração do pós-guerra, os *baby boom hippies*, alinhada aos ideais da defesa dos direitos civis, das mulheres e do meio ambiente, assumiram a maconha como parte do movimento de Contracultura, tendo seu consumo associado à resistência perante a alienação da classe média.

Essa apropriação cultural e política da Cannabis, fez com que o volume de mercadorias de Cannabis, majoritariamente importado de maneira ilegal, se tornasse cada vez mais expressivo (UNODC, 2018). Com isso, a partir de 1972, quando se inicia a política de

Guerra às Drogas, nomeada e instituída por Richard Nixon, inicia-se uma postura ostensiva e militarmente ofensiva frente ao narcotráfico que, naquela época, ainda tinha na Cannabis seu produto mais lucrativo. A iniciativa contou, inclusive, com a intervenção do governo estadunidense em outros territórios, direta ou indiretamente, difundindo as políticas proibicionistas em escala nunca antes vista. Mesmo em países em que a Cannabis já havia passado pelo processo de proibição no início do século, como no México e na Colômbia, houve intervenções estadunidenses, aparatando os estados na tentativa de sufocar os grupos de narcotraficantes localizados nessas regiões (CRAIG, 1980).

A tática, contrariando o esperado, não foi capaz de dissolver tais grupos. Ao contrário, teve duas consequências: a primeira consistiu na substituição da Cannabis por outros produtos de maior valor agregado, como a cocaína, de modo que se pudesse atingir as mesmas cifras em vendas, mesmo com menos produto transportado; e a mudança do modo de produção extensivo e em locais abertos (*outdoor*), para cultivos intensivos em espaços confinados e de mais difícil detecção pelas forças do Estado (*indoor*) (WARF, 2014). Esse processo também influenciou o melhoramento e seleção genética das plantas, que passaram a apresentar teores muito superiores das substâncias psicoativas da Cannabis, haja vista que a demanda por suas fibras já havia sido suprida por outros produtos, principalmente sintéticos. Esse melhoramento decorreu da necessidade de um produto de maior valor agregado, exigindo menos esforços no transporte e comercialização.

A despeito disso, a proibição limitou consideravelmente o acesso à pesquisa e ao desenvolvimento de medicamentos à base da planta, que já havia tido seus efeitos terapêuticos reconhecidos pela ciência (e muitas vezes ignorados pela classe política) desde o início do séc. XX. Nesse sentido, no referido período histórico, os usos da Cannabis estiveram muito mais restritos ao campo recreativo e, em menor escala, às práticas de medicina ritual em contextos tradicionais específicos.

Em contraste a essa realidade, o movimento pelo uso medicinal da Cannabis teve importante papel na modificação da opinião pública e, mais recentemente, para a mudança nas políticas relacionadas à Cannabis. Apesar da proibição, alguns esforços científicos para a compreensão da Cannabis em seu potencial terapêutico foram conduzidos, com destaque para a obra de Raphael Mechoulam. Esse pesquisador foi um dos principais responsáveis pelo isolamento dos compostos fitocanabinóides, tendo isolado os principais deles, o Canabidiol (CBD) e o Δ^9 -Tetrahydrocannabinol (THC), ainda na década de 1960 (MECHOULAM; SHVO, 1963; GAONI; MECHOULAM, 1964). Posteriormente, prosseguiu-se no estudo e isolamento

de outros fitocannabinóides, mas foi só na década de 1990 que se chegou à descoberta do sistema endocannabinóide (MECHOULAM *et al.*, 1995). Esses autores identificaram que, no corpo humano, assim como no de outros animais, existe a produção endógena de compostos cannabinóides (tais como a anandamida) e que as substâncias presentes na Cannabis, modulam diversos sistemas do corpo, assim como existem receptores específicos aos quais essas substâncias podem se ligar (HOWLETT; QUALY; KHACHATRIAN, 1986).

O trabalho de Mechoulam inaugura um novo interesse da ciência sobre o uso dos derivados de Cannabis e sobre os potenciais terapêuticos desses compostos. A partir de então, um volume expressivo de artigos científicos foi publicado, explorando os efeitos e meandros do uso terapêutico da Cannabis, como se apresenta em Mechoulam e Parker (2013). A expressividade científica e medicinal da planta acabou por chamar atenção dos órgãos reguladores e da mídia, à qual se atribui uma parte considerável no processo de mudança da opinião pública a respeito do uso medicinal da maconha, o que impactou também nas atitudes dos indivíduos sobre as políticas de drogas vigentes (WARF, 2014).

Um dos movimentos mais importantes no processo de descriminalização da Cannabis, atualmente em voga, se deu a partir da legalização do uso medicinal da Cannabis no estado da Califórnia nos Estados Unidos, em 1996. Essa foi a primeira experiência de retorno à legalização da Cannabis no mundo, sendo seguido, anos depois pelo Canadá, em 2001 (BEWLEY-TAYLOR; BLICKMAN; JELSMA. 2014). Nas décadas seguintes, diversos outros estados naquele país também adotaram a permissão para o uso medicinal, a exemplo do Colorado, Oregon e Alaska. Tempos depois, essa tendência também foi integrada por outros países ao redor do mundo.

Aponta-se que as mudanças na opinião popular, acompanhadas pelos movimentos sociais da luta pelos direitos das minorias, as quais apresentam longa tradição no uso da planta em suas diversas potencialidades, assim como as principais afetadas pelas políticas proibicionistas, estimularam modificações ainda mais profundas nas políticas sobre a Cannabis. Apesar de existirem casos isolados, como a Holanda, nos quais já se havia despenalizado o uso recreativo da maconha, apenas nas últimas décadas que se tem observado o afrouxamento das medidas restritivas quanto ao uso hedonístico em diversas partes do mundo (BEWLEY-TAYLOR; BLICKMAN; JELSMA. 2014).

Hoje, mais da metade dos estados dos EUA já legalizaram oficialmente o uso de Cannabis, seja apenas de forma medicinal ou também incluindo o uso adulto (GUIMARÃES, 2022). No Canadá, o uso adulto foi legalizado em 2018, enquanto no Uruguai, desde 2013, o

uso e a produção da Cannabis já são regulamentados, sendo o primeiro país do mundo a revogar completamente suas políticas de proibição (BEWLEY-TAYLOR; BLICKMAN; JELSMA, 2014). A mudança nas leis de drogas por todo o mundo, resultou na alteração dos protocolos das Nações Unidas na compreensão acerca do uso da Cannabis. No final de 2020, a organização reconheceu os potenciais terapêuticos da planta, retirando-a da lista das drogas mais perigosas e sem potencial de exploração medicinal (KWAI, 2020). Essa medida tem impacto mundial, na feita que o órgão tem participação e influência em praticamente todos os países do mundo.

Em suma, contrariando as políticas instituídas mundialmente há dois séculos, o cenário atual da produção e consumo da Cannabis aponta para um processo de retorno às esferas legais, pelo menos em parte considerável dos países ocidentais. Atualmente, a Cannabis ainda é a substância recreativa mais consumida no mundo (UNODC, 2021) e, progressivamente, tem ganhado espaço, como uma aliada da ciência, no tratamento de diversas patologias e ordem física e psíquica (como se demonstrará no Capítulo 4). A produção, em muitos países, é feita por empresas especializadas, que passam pelo crivo das regulações específicas de cada governo, mas que oferecem produtos de alta qualidade, por meio do cultivo *indoor* e/ou *outdoor*, tanto para fins de consumo adulto, medicinal e industrial, como na produção de cosméticos e suplementos. Em menor escala, existem ainda iniciativas do uso do Cânhamo como um substituto ecológico na produção de tecidos e materiais de construção (JAMI; RAWTANI; AGRAWAL, 2016). Além disso, em alguns locais, como em parte dos EUA, no território canadense e no Uruguai, o plantio e cultivo próprios, para o consumo pessoal, também é permitido, com certas limitações (BEWLEY-TAYLOR; BLICKMAN; JELSMA, 2014).

A opinião pública, em diversos locais, também parece apresentar-se cada vez mais favorável, tanto ao uso medicinal, quanto adulto da maconha, refletindo-se nas medidas adotadas pelos seus governantes. No ano de 2022, o presidente estadunidense Joe Biden concedeu anistia presidencial a todos os indivíduos presos nos EUA por porte ou consumo de Cannabis, dando o primeiro passo significativo para a legalização em escala federal no país que foi o berço e força motriz da Guerra às Drogas no mundo (ZANFER, 2022).

Não obstante, no Brasil, o debate parece não avançar na mesma proporção. Mesmo que a posse da maconha (assim como de outras substâncias psicoativas ilícitas) tenha sido, teoricamente, despenalizada desde a Lei de Drogas, promulgada em 2006, os projetos para regulamentação da Cannabis não têm encontrado avanço expressivo. O uso medicinal foi regulamentado, para certas condições médicas, a partir do ano de 2015, mas os pacientes ainda dependem da aprovação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) para a

importação dos produtos derivados de Cannabis que, em geral, só contém o Canabidiol (CBD), podendo conter concentrações mínimas (>0,3%) de THC. A produção local, seja por empresas ou indivíduos, para quaisquer fins, ainda é proibida. Nos últimos anos, contudo, algumas associações e pessoas físicas tem conseguido, na justiça, a autorização para o cultivo e a produção de produtos medicinais de Cannabis (MAIA, 2021; G1, 2022).

De todo modo, pode-se considerar que o acesso para fins terapêuticos ainda é muito restrito em todo o território nacional, seja por conta da grande burocracia necessária para obter os produtos de forma legal; seja pelo custo desses medicamentos que, por serem, em sua maioria, importados, ainda são inacessíveis para boa parte da população; ou pela dificuldade no acesso a profissionais habilitados a realizar esse tipo de prescrição que, hoje, são apenas 0,5% dos profissionais no país. Apesar disso, a ANVISA já liberou mais de 70 mil autorizações de importação desde o ano de 2015 e esse mercado mais do que duplicou no país nos últimos anos (SERRANO, 2022). Quanto ao uso recreativo, o acesso ainda é feito, basicamente, por meio do mercado ilegal, apesar do grande número de usuários no país.

Diante do exposto, compreende-se que a Cannabis apresenta um longo e controverso passado, perpassando eras, civilizações e culturas ao longo da História. Ao contrário do que foi construído em torno dela, na mídia e na política, a maconha apresenta uma ampla variedade de usos, desde as aplicações industriais e religiosas, comuns nos princípios de sua história; até as utilizações medicinais e hedonísticas modernas, pautadas pela tecnologia e pela compreensão científica de suas potencialidades, favorecendo melhores experiências e resultados aos seus usuários e pacientes. Mesmo assim, em alguns locais, como no Brasil, apesar dos avanços científicos que comprovam o grande potencial terapêutico da Cannabis, assim como estudos demonstrando o potencial econômico e de desenvolvimento social atrelado à sua regulamentação, as políticas de proibição seguem existindo, assim como suas consequências, no mínimo, controversas (SILVA; LIMA; TEIXEIRA, 2016).

É preciso compreender, portanto, as raízes das políticas proibicionistas no Brasil e em outras regiões do mundo, de modo que se possa desanuviar os entraves que ainda existem para devida regulamentação da Cannabis nesses territórios. Para tanto, se explorará mais a fundo, no capítulo seguinte, os elementos históricos, econômicos, políticos e sociais envolvidos na emergência das políticas proibicionistas no mundo e, em seguida, no Brasil.

3 A PROIBIÇÃO DA CANNABIS NO MUNDO E NO BRASIL

Como discutido no capítulo anterior, a Cannabis se mostrou, ao longo da História, como uma cultura e uma prática basicamente inerente à existência humana. Apesar disso, em especial durante o séc. XX, a maconha passou a ser relegada a um estado de marginalidade, tendo havido grande esforço governamental para erradicar sua produção e uso. Essa iniciativa, contudo, não apresentou os efeitos esperados, haja vista que o número de usuários continuou a subir a cada ano. Com efeito, a maconha segue sendo a “droga” mais consumida em todo o mundo (UNODC, 2021).

Nos anos recentes, as mudanças de política relacionadas à Cannabis têm sido uma tendência em várias partes do mundo (MIZELLE, 2022; PAXHIA, 2022; SABAGHI, 2022). Muito disso se deu em decorrência dos estudos científicos a respeito de seu potencial terapêutico, iniciados ainda na segunda metade do século passado, que foram seguidos pelos movimentos sociais em prol da Cannabis Medicinal (BEWLEY-TAYLOR; BLICKMAN; JELSMA. 2014). Por outro lado, estudos que deslindam sobre os aspectos raciais e sociais relacionados à emergência das políticas proibicionistas também tem ganhado destaque, atingindo cobertura midiática e, por conseguinte, influenciando a opinião pública. O custo econômico e humano da Guerra às Drogas parece ganhar mais destaque nos países onde a maconha ainda é ilegal, na mesma medida em que diversos países reconsideraram suas leis a respeito da Cannabis (GUIMARÃES; BUONO, 2021).

Mais do que isso, a experiência dos diversos países que regulamentaram o uso e a produção da planta tem demonstrado ganhos reais a partir dessa mudança, em especial no campo econômico. Nos EUA, o mercado legal de Cannabis deve movimentar, sozinho, mais de 106 bilhões de dólares em impostos até 2025, além de criar 1 milhão de empregos, somente naquele país, segundo levantamento da *New Frontier Data* (SONG, 2018). Em muitos casos, parte desses recursos tem sido aplicada para a melhoria de serviços públicos, assim como em políticas de reparação para as comunidades mais atingidas com a proibição (O’HARA, 2022). Ademais, a mudança não teve os impactos negativos esperados pelos críticos da legalização. Hall e Lynskey (2020), por exemplo, constatam que a legalização da Cannabis não apresentou impactos significativos na taxa de uso dessa substância por parte dos jovens, assim como não aumentou consideravelmente a prevalência de transtornos mentais tradicionalmente associados ao uso da planta.

Warf (2014) discute que os esforços na tentativa de diminuir ou evitar o uso da Cannabis refletiu, ao longo do tempo, agendas políticas e morais, em detrimento do conhecimento científico sobre a planta. Por esse motivo, é razoável pensar que o processo de reabertura, a nível mundial, para os canabinóides, também se dá devido a questões de ordem política, econômica e social. Esse mesmo autor aponta, nesse sentido, que “o uso aberto e legal da maconha é menos uma questão de equivalência moral do que um retorno à norma histórica” (WARF, 2014, p. 433).

Desse modo, convém retornar à História e aprofundar a conjuntura que levou a Cannabis de um lugar de aliada, à posição de inimiga pública, e de volta à legalidade, alcançando lugar de promessa da medicina contemporânea nos últimos anos. Esse apanhado também auxilia na compreensão das resistências frente a esse movimento, encontradas em lugares como o Brasil, que fez, no ano de 2022, o Conselho Federal de Medicina proibir a prescrição de terapias baseadas em derivados da Cannabis, mesmo já havendo certo consenso da sua efetividade no tratamento de diversas condições de saúde.

Adiante, sem a pretensão de esgotar os elementos constituintes da prática proibicionista, haja vista as particularidades inerentes à sua instituição em cada país ou região, bem como os discursos ainda conflitantes sobre o tema, realizar-se-á um levantamento dos principais fatores políticos, econômicos e sociais que deram base à promulgação da proibição frente à Cannabis. Essa análise será conduzida em dois momentos: inicialmente, a proibição será discutida em seus aspectos globais, considerando a influência das grandes potências mundiais na imposição da proibição generalizada e, subsequentemente, no movimento de retorno à legalidade; e, posteriormente, serão considerados os elementos particulares da proibição no Brasil.

3.1 A proibição da Cannabis no Mundo

Segundo o relatório do Comitê Especial do Senado sobre Drogas Ilegais no Canadá (SSCID, 2002), mais do que toda a questão moral, política e racial que imperou sobre as leis acerca da Cannabis no decorrer do século XX, os primeiros esforços de controle sobre as substâncias psicoativas a nível internacional, de uma maneira geral, se iniciaram como um reflexo da geopolítica das relações Norte-Sul no planeta no início do século. Nesse contexto, as práticas imperialistas das principais potências mundiais estavam em pleno desenvolvimento. Como parte desse sistema, essas potências atuavam em um processo de desaculturação das

populações nos territórios dominados, privilegiando seus costumes e suas tradições, mas, de maneira mais incisiva, criando oportunidade de lucro sobre os produtos importados da Europa e da América do Norte para esses locais (WARF, 2014).

Nesse sentido, as primeiras iniciativas para o controle de substâncias psicoativas ocorreram sobre produtos que eram incorporados na cultura e utilizados em larga escala pelos povos nativos dos territórios em que europeus e norte-americanos exerciam sua influência econômica e política, a exemplo da papoula (da qual se extrai o ópio), da planta de coca (de onde provém a cocaína) e da própria Cannabis. Enquanto essas substâncias, que apresentam raízes profundas na cultura dos povos asiáticos, africanos e sul-americanos, foram proibidas, o álcool e o tabaco, prevalentes na tradição cultural europeia e norte-americana, não foram reguladas, pelo menos na maioria dos locais ou por tempo considerável. Tampouco os fármacos sintéticos que, aos poucos, substituem as práticas da medicina tradicional, foram embargados (BEWLEY-TAYLOR; BLICKMAN; JELSMA. 2014).

Contudo, não só as elites globais empreenderam em favor da proibição da maconha. Em verdade, as primeiras regulamentações contrárias à produção e ao uso da Cannabis se deram em nível local. Hoje, não é um fator obscuro de que, em diversas localidades, a Cannabis foi proibida como uma ferramenta de controle social de parcelas específicas da população, como os mais pobres e minorias políticas (BEWLEY-TAYLOR; BLICKMAN; JELSMA. 2014).

Como mencionado no capítulo anterior, desde a idade média, no mundo árabe, já se tinha conhecimento dos usos psicoativos da Cannabis, sendo esta utilizada para fins medicinais e recreativos (MECHOULAM, 2019). No entanto, as opiniões acerca dessa prática eram controversas, ora saindo em defesa, ora impondo-lhe fortes críticas. Esse caso, no entanto, decorre do fato de que o uso da Cannabis era mais prevalente dentre os Sufis, grupo político e economicamente minoritário nessa sociedade (BALLOTTA; BERGERON; HUGHES, 2009), o que levou a Cannabis a um status de marginalização.

No Egito, tentou-se proibir a Cannabis ainda em 1868, mesmo que o cultivo da planta tenha se tornado passível de sanção criminal apenas em 1884. De modo semelhante, seu uso era atribuído à parcela mais pobre da população, os *fellahin* (KOZMA, 2011). Casos parecidos ocorreram em diversas partes do mundo, como na África do Sul, Grécia e Brasil. No país africano, atribuía-se à Cannabis uma ameaça ao domínio da elite branca; na Grécia, considerou uma ameaça à sociedade, estando atrelada aos *manges*, juventude pobre e radicalizada dos grandes centros urbanos (STEFANIS; BALLAS; MADIANOU, 2011); e no

Brasil, era conhecida como a droga dos escravos, haja vista que os costumes do uso foram trazidos pelos negros escravizados durante a colonização do país (DE SOUZA, 2009).

Sob a bandeira da “temperança”, iniciativas locais para a proibição da Cannabis foram tomando força. Tais iniciativas, no entanto, iam de encontro às recomendações científicas, desde essa época. Um relatório da Comissão de Drogas do Cânhamo Indiano (*Indian Hemp Drugs Commission*), por exemplo, apontava que o uso da Cannabis não era um hábito prejudicial. Ainda assim, na Câmara dos Comuns Inglesa, se discutia a preocupação de que a maconha poderia levar à loucura, desconsiderando o relatório por completo (GELLER, 2009). Contudo, mesmo que, no início do séc. XX, muitos governos locais já discutissem a proibição da planta ou mesmo já tivessem proibido a maconha em suas jurisdições, o caminho para a proibição internacional da Cannabis não seguiu um curso rápido e livre de obstáculos.

Muitas eram as preocupações de diversos países, haja vista que se acreditava que a proibição da Cannabis poderia levar os usuários a utilizar outras substâncias mais pesadas (MILLS, 2003). Por outro lado, mesmo nos países em que já havia leis proibindo sua utilização, o mercado ilegal, seja local ou internacional, já conseguia absorver a demanda, de modo que apesar do aparato legal, não se podia garantir seu cumprimento (KOZMA, 2011). Esse fato, cada vez mais, apontava que não seria possível banir a Cannabis sem o controle internacional da droga, pois as discrepâncias legais entre os países permitiam, em certos locais, a existência de uma produção que supria a demanda dos outros países em que essa produção era proibida (BEWLEY-TAYLOR; BLICKMAN; JELSMA, 2014).

Nesse sentido, alguns países, sendo os Estados Unidos o mais expressivo exemplo, passaram a tentar incluir a maconha dentre as pautas das convenções e discussões internacionais sobre o controle de narcóticos. Já em 1911, na Conferência Internacional do Ópio, que se direcionava apenas a discutir medidas acerca do controle do ópio e seus derivados, a delegação italiana buscou incluir a Cannabis na pauta do controle internacional, visando o impedimento do tráfico de haxixe em suas colônias no norte da África, o que contou com apoio exclusivamente dos EUA (BEWLEY-TAYLOR; BLICKMAN; JELSMA, 2014). Essa posição encontrou forte resistência de outros países, que defendiam que a Cannabis não fazia parte do problema em questão naquela oportunidade. Essa objeção foi alavancada, principalmente, em favor da indústria farmacêutica europeia, que já se utilizava da planta em muitos de seus preparos. Em função disso, a pauta não avançou nesta convenção (MILLS, 2003). Entretanto, a discussão teve outros impactos locais, levando, por exemplo, à proibição da planta na Jamaica (CHEVANNES, 2001).

A partir dessa convenção, instituiu-se a premissa de que o controle sobre a questão das drogas deveria partir do combate aos fornecedores, o que perdurou até a instituição da Liga das Nações (LN), em 1919, quando essas iniciativas começaram a tomar forma de maneira mais objetiva. A LN constituiu o Comitê Consultivo sobre Tráfico de Ópio e Outras Drogas Perigosas (*Advisory Committee on Traffic in Opium and Other Dangerous Drugs*) para articular políticas de controle internacional de drogas, considerando o ópio, a morfina e a cocaína, até que, por pedido do governo sul-africano, a Cannabis foi novamente incluída na pauta, levando a Cannabis ao centro da discussão na segunda Conferência Internacional do Ópio. Segundo eles, a maconha era a mais importante droga na discussão, já que esta levaria ao consumo de outras drogas. A causa foi apoiada por outros países que também já haviam instituído políticas locais para o controle da planta, ainda que sem sucesso efetivo, como a Turquia, Egito, Grécia e Brasil (MILLS, 2003).

Nessa oportunidade, o representante do Egito discursou sobre a inclusão da maconha na pauta, mesmo com objeção de outros países, alegando que Cannabis era responsável por 30 a 60% dos casos de insanidade naquele país, ainda que registro oficiais mostrassem que os casos de internação em instituições psiquiátricas atribuídos ao uso do haxixe não ultrapassassem 3% do total (KENDELL, 2003). Nessa oportunidade, a maioria dos países foram favoráveis à pauta estabelecida pelo egípcio, de modo que se votou em favor da total proibição da Cannabis. Contudo, a convenção estabeleceu diretrizes apenas voltadas para o tráfico internacional, se recusando a passar decisões que interferissem nas políticas locais (PIETSCHMANN *et al.*, 2009).

A convenção de 1925, novamente, teve impactos locais, influenciando muitos países europeus a aprovar leis que proibiam o porte e o consumo de Cannabis em seus respectivos territórios. As iniciativas locais, por sua vez, aumentaram a pressão para o controle internacional, até que, a partir de 1930, o Comitê Consultivo da Liga das Nações, sob forte influência dos Estados Unidos e do Canadá, passou a advogar sobre a necessidade de aprovar acordos internacionais mais rígidos sobre a Cannabis (MILL, 2013).

Nessa época, os EUA já viviam a proibição do álcool. Com a imigração mexicana, muitos jornais também passaram a publicar casos sensacionalistas relacionando a Cannabis a casos de violência, numa clara tentativa de voltar a opinião pública contra essa população. Assim, o Departamento Federal de Narcóticos (*Federal Bureau of Narcotics – FBN*), sob o comando de Harry Anslinger, passou a ser pressionado para que medidas mais graves sobre o controle da maconha fossem implementadas. Esse movimento levou os EUA a promover

novamente a pauta da proibição internacional na Conferência para a Supressão do Tráfico Ilícito de Drogas Perigosas, em 1936. A proposta previa o estabelecimento de penas severas para todos os envolvidos no plantio, produção, manufatura e comércio de quaisquer produtos derivados da planta de coca, da papoula e da Cannabis para fins que não fossem científicos ou medicinais (MCWILLIAM, 1990). A ideia era que a proibição internacional daria base para uma completa proibição da Cannabis em nível nacional naquele país (BEWLEY-TAYLOR, 2002).

A proposta foi rejeitada por outros países, mas fez com que Anslinger retornasse ao seu país obstinado a fazer algo a esse respeito. A partir de 1937, o FBN iniciou campanhas midiáticas expressivas para construir uma imagem nociva associada à maconha. Defendia-se que a planta era capaz de lançar as pessoas à insanidade e à criminalidade, como nenhuma outra substância. No entanto, a partir das declarações do secretário, era possível constatar claros vieses racistas e xenofóbicos, que apelavam para o conservadorismo estadunidense em prol da pauta. Segundo Anslinger,

A maioria dos fumantes de maconha são negros, hispânicos, jazzistas e artistas. Sua música satânica é impulsionada pela maconha, o ato de fumar maconha por mulheres brancas as faz querer buscar relações sexuais com negros, artistas e outros. É uma droga que causa insanidade, criminalidade e morte – a droga mais violenta da história da humanidade (tradução livre, GERBER, 2004, p. 9)

Tais falas eram reproduzidas nos principais meios de comunicação da época, levando a população a um pânico moral expressivo. Além disso, diversas outras peças publicitárias foram criadas, como cartazes e filmes, com destaque para o histórico Reefer Madness (“Loucura do Baseado”, em tradução livre). No filme, o uso da Cannabis é retratado como um hábito perigoso entre os jovens, levando à violência, à promiscuidade e à loucura (ANSLINGER; COOPER, 1937).

O grande alarde promovido pela máquina de propaganda de Anslinger direcionou a pressão popular para aprovação de leis mais duras frente à Cannabis. Esse processo culminou na aprovação, em agosto de 1937, da Lei Fiscal da Maconha (*Marijuana Tax Act*). A lei efetivamente proibiu todo e qualquer uso da Cannabis, mesmo que não apresentasse qualquer embasamento científico para tal proibição (MCWILLIAM, 1990). Diante disso, os EUA levaram a pauta novamente para a discussão internacional, argumentando que o uso estava relacionado ao crime (incluindo crimes sexuais) e às demências. Desta época também data a teoria de que a maconha seria a porta de entrada para outras drogas, fomentando a ideia de que o uso da planta estaria relacionado ao vício em heroína (ANSLINGER, 1938). Tais alegações, no

entanto, não passaram sem objeções. Em 1944, foi publicado um relatório de uma pesquisa, conduzida interdisciplinarmente durante 5 anos, demonstrando que a Cannabis não apresentava relação com o crime, não tinha efeito sobre o comportamento sexual e não oferecia risco de adição (NYAM, 1944). O relatório de La Guardia, como ficou conhecido, foi fortemente atacado por Anslinger e desconsiderado diante dos debates sobre a planta.

Mesmo com esses esforços, a comunidade internacional não aderiu à tese estadunidense, na medida em que se apresentaram evidências contrárias aos argumentos apresentados pelos Estados Unidos. Inclusive, demonstrou-se que a proibição da Cannabis estaria relacionada ao aumento do consumo de drogas sintéticas, consideradas mais perigosas. Ainda assim, com a eclosão da Segunda Guerra Mundial e a participação ativa dos EUA no cenário internacional, a capacidade de influência desse país aumentou expressivamente, mediante o estabelecimento da convenção das Nações Unidas (BEWLEY-TAYLOR; BLICKMAN; JELSMA. 2014).

A partir de 1948, com influência estadunidense, buscou-se unificar os tratados sobre drogas, incluindo a Cannabis, visando o controle da produção e instituição de aparatos capazes de garantir as leis antidrogas nos diferentes países. Nesse interim, discutiram-se duas alternativas: a proibição completa dos ativos de Cannabis por um lado e, por outro, a restrição do uso exclusivamente médico e científico. Na oportunidade, não houve consenso, já que se alegou que essas resoluções não consideravam os usos tradicionais em muitos países (MILLS, 2013).

Entretanto, com a substancial influência norte-americana, a regulamentação internacional, eventualmente foi aprovada. Com ela, entendeu-se, além da necessidade de banir completamente o uso recreativo da Cannabis, que o uso medicinal da planta também deveria ser desprezado, desconsiderando as evidências científicas postas. Assim, em 1961, na Convenção Única da ONU sobre Entorpecentes, a Cannabis foi oficialmente proibida internacionalmente, apesar da objeção de algumas nações nas quais o uso de Cannabis era intimamente ligada a aspectos culturais, como na Índia (BEWLEY-TAYLOR; JELSMA, 2011).

De todo modo, basicamente todos os usos da maconha foram banidos a partir da convenção, incitando esforços para o banimento até mesmo dos usos tradicionais da planta. Ao mesmo tempo, outras substâncias e seus usos culturais foram proibidos, como a mastigação de folhas de coca pelos povos nativos na América Latina (BEWLEY-TAYLOR; JELSMA, 2011). A Cannabis foi então classificada com uma droga de *Schedule I* e *IV* pela ONU, indicando que

esta seria uma substância com alto poder viciante e nocivo, assim como sem qualquer potencial de exploração medicinal, sugerindo aos países que a Cannabis deveria ser banida nos usos recreativos e medicinais, aprovando-se apenas uma pequena produção para uso em pesquisas (BEWLEY-TAYLOR, 2012). Nesse deslinde, a Cannabis foi proibida localmente em praticamente todos os países do mundo.

Na época, contudo, existia pouco conhecimento científico sobre os compostos específicos encontrados na Cannabis. Somente em 1963, a partir do trabalho do médico e pesquisador israelense Raphael Mechoulam, os primeiros canabinóides foram descobertos. O primeiro fitocanabinóide a ser isolado e sintetizado por Mechoulam e sua equipe foi o CBD, sendo seguido brevemente pelo THC. Essa última foi identificada como a responsável pelos efeitos psicoativos da Cannabis (MECHOULAM; SHVO, 1963; GOANI; MECHOULAM, 1964). Com a descoberta, passou-se a debater acerca da regulação diferencial dos canabinóides. Assim, em 1971, na Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas, o THC e seu análogo sintético, o Dronabinol, foram incluídos no *Schedule I* da ONU (BEWLEY-TAYLOR; BLICKMAN; JELSMA. 2014).

Essa medida implicou na instalação de um poderoso aparato de controle estatal sobre a produção e o uso da Cannabis. Por outro lado, durante esse período, a maconha já alcançara espaço central entre os movimentos de contracultura. Essa dualidade levou ao aprisionamento em massa de usuários, mesmo com quantidades ínfimas de maconha. O problema social gerado fez levantar o debate doméstico em alguns países e a criação de comissões específicas para discutir a questão (BEWLEY-TAYLOR; BLICKMAN; JELSMA. 2014). Ao passo que esses grupos reafirmavam as posições do relatório de La Guardia, o aparato repressivo era reforçado, ignorando os dados científicos. A expressão mais concreta disso se deu com a instituição da Lei de Substâncias Controladas e a efetivação da Guerra às Drogas, encabeçada pelo presidente estadunidense Richard Nixon, no início da década de 1970, que foi levada adiante e aprofundada pelo presidente Ronald Reagan (JELSMAN; BLICKMAN, 2009).

Nixon estabelece o combate às drogas como missão nacional e aparata as forças de segurança para repressão direta ao uso, porte e produção da maconha em nível nacional por meio da recém-criada Administração de Repressão às Drogas (Drug Enforcement Administration – DEA). Tal política, nos anos que se seguiram, resultou no aumento vertiginoso da população carcerária naquele país, sendo a maioria das condenações por crimes de drogas

voltadas pelo uso ou porte de pequenas quantidades de Cannabis. Não coincidentemente, as comunidades mais afetadas pela Guerra às Drogas foram os negros e latinos (ACLU, 2022).

Ao mesmo tempo, o debate acerca da desproporcionalidade das penas sentenciadas aos usuários de Cannabis levou à descriminalização da posse em estados como Oregon (em 1973), Califórnia e Alaska (em 1975); bem como a instituição da política dos *coffeeshops* na Holanda. Essa iniciativa permitia o consumo de Cannabis em espaços dedicados, sem, contudo, descriminalizar a uso fora desses espaços, amenizando os conflitos internos naquele país, ainda mantendo o compromisso com os tratados internacionais (DE KORT, 1994).

Nesse interim, a pesquisa médica sobre esses canabinóides ainda era permitida, mas a exploração farmacêutica era proibida. Pesquisas esparsas sobre os canabinóides e seus usos medicinais fomentavam o corpo de conhecimento sobre a Cannabis. Com base nesse conhecimento, a indústria farmacêutica imprimiu seu lobby sobre os governos locais para a reclassificação da Cannabis no *Schedule II*, reconhecendo assim a possibilidade de uso medicinal dos canabinóides. Em 1982, os EUA requisitaram a modificação da classificação da Cannabis (BEWLEY-TAYLOR; BLICKMAN; JELSMA, 2014). Considera-se que esse foi o primeiro passo para o processo de retorno da maconha às esferas legais.

Esses mesmos autores (BEWLEY-TAYLOR; BLICKMAN; JELSMA, 2014) apontam que o movimento em favor da Cannabis medicinal contribuiu significativamente para o processo de reabertura legal frente à maconha. Sustentado pelo crescente corpo de estudos sobre os efeitos terapêuticos da Cannabis, o movimento se espalhou pelo mundo, inclusive nos EUA. Em 1996, a Califórnia se tornou o primeiro território estadunidense a relegalizar o uso medicinal da planta. A chamada Lei do Uso Compassivo (*Compassionate Use Act*) permitiu a posse, o cultivo e o transporte de maconha para fins medicinais, mediante recomendação médica, não havendo necessidade de prescrição formal (JELSMA; BLICKMAN, 2009).

Essa abertura legal incitou a criação de clubes e dispensários voltados ao fornecimento de produtos para fins terapêuticos, ainda que, na prática, fosse muito simples a obtenção da recomendação médica sem a comprovada necessidade para tal (SAMUELS, 2008). O modelo californiano influenciou a abertura para a Cannabis medicinal em vários outros estados nos EUA, ao passo que outros países do mundo, a exemplo do Reino Unido e da Austrália, também amenizavam suas políticas de repressão frente ao consumo de Cannabis, reduzindo as penas atribuídas aos seus usuários (ROSMARIN; EASTWOOD, 2012).

Essas iniciativas, entretanto, não passaram sem críticas. O Conselho Internacional de Controle de Narcóticos (*International Narcotics Control Board – INCB*), durante o decurso

das décadas de 1990 e 2000, manteve a posição de defender o controle sobre a produção, transporte e o uso da Cannabis, a despeito das novas evidências científicas que afluíam sobre a potencialidade medicinal da maconha, assim como os debates locais a respeito dos impactos sociais da proibição. A comissão atacava, ainda que indiretamente, os novos modelos de regulamentação. Essa instituição defendia a noção de que a flexibilização da conduta dos Estados sobre a maconha seria um entrave ao combate ao tráfico internacional e às iniciativas de controle das drogas. Mais do que isso, a postura adotada pelo Conselho era insistente na concepção de que o retraimento da máquina proibicionista nesses locais seria responsável por “passar a ideia errada” de que a maconha era uma droga menos perigosa do que outras, levando a um aumento do consumo e dos supostos problemas associados, em especial pela juventude (INCS, 1999). Nesse sentido, defendiam que os Estados seguissem tomando ações em cumprimento aos tratados internacionais assinados nas décadas de 1960 e 1970. Desse modo, a crítica, sem embasamento científico claro, sobre o modelo adotado na Califórnia, bem como ao sistema de *coffeeshops* holandês e a nova tratativa de países, tais como Reino Unido e Suíça, considerando a Cannabis como um problema de saúde, ao invés de um problema criminal; se tornou a principal bandeira desse grupo.

Claramente, essas iniciativas não foram capazes de suprimir as discussões locais sobre a questão. Esse fato se constata pelos processos de legalização em vários locais do mundo, que passaram a ocorrer e se desenvolver nas primeiras décadas do séc. XXI. De fato, ainda que existam leis de certo modo proibindo etapas do processo produtivo da Cannabis (como o plantio, transporte e comercialização), muitos países passaram a incluir mecanismos de não repressão à maconha de formas variadas, a partir da flexibilização da interpretação dos tratados internacionais (BEWLEY-TAYLOR; BLICKMAN; JELSMA. 2014).

Desde essa época, em locais como Egito, Paquistão, Índia e Marrocos, apesar de haver uma proibição institucional sobre a Cannabis, as políticas de garantia do cumprimento dessas leis não era capaz de, efetivamente, impedir o crescimento do mercado local ou mesmo o tráfico internacional a partir desses países. As forças de segurança locais, frequentemente, acabam por fazer vista grossa a essas práticas, haja vista os usos tradicionais da maconha nessas regiões e, principalmente, o desenvolvimento econômico atribuído à sua produção. Em outros, o próprio governo, declaradamente, estabelece normas para as forças policiais e instâncias jurídicas visando a não perseguição direta dos usuários e produtores, haja vista o impacto social provocado pelas medidas proibitivas, ainda que as leis gerais do país ainda estejam de acordo com os tratados internacionais (EVANS, 2015).

Adicionalmente, muitos países passaram a argumentar pela descriminalização do porte, uso e, em alguns casos, da produção, para uso pessoal. Essas iniciativas se baseiam na noção de que os tratados internacionais visavam, principalmente, atacar a questão das drogas a partir da redução da capacidade produtiva internacional. Nesse sentido, mantendo as leis contrárias ao tráfico, abre-se a possibilidade do uso pessoal como uma alternativa à já então considerada falida política proibicionista internacional. A política dos *coffeeshops* na Holanda, e os Clubes de Cannabis na Espanha ilustram bem essa perspectiva. Nos clubes espanhóis é permitido o uso pessoal por seus membros, assim como tornou-se legal o cultivo para uso pessoal, seja de maneira individual ou coletiva (ARANA; SÁNCHEZ, 2016).

Outras iniciativas voltaram-se para o reconhecimento do potencial medicinal da Cannabis, que deixou de ser considerada como uma droga com alto poder de abuso, para uma solução medicamentosa para a indústria farmacêutica. Governos locais começaram a desclassificar a maconha como uma droga de abuso e sem fins medicinais, e passaram a incluí-la como um medicamento em potencial, abrindo margem, a partir de pesquisas científicas, para a discussão da Cannabis no âmbito do consumo adulto (PUTRI, 2020). A expressão mais eminente desse impacto se deu com a legalização da Cannabis para o uso adulto nos estados do Colorado e Washington, nos EUA, em 2012 (WARF, 2014).

Mais recentemente, a alternativa pela construção de um mercado legal de Cannabis passou a ser vista como uma proposta válida. O Uruguai foi o pioneiro no mundo frente a essa proposta. O governo uruguaio instituiu, desde 2013, o controle estatal na produção e distribuição da Cannabis, além de permitir o porte e a produção de maconha para uso pessoal, regulado por normas estatais (SENADO DE URUGUAY, 2013). Com essa medida, o governo uruguaio visou a redução do tráfico ilegal, reduzindo o poder das organizações criminosas responsáveis pelo suprimento da demanda de Cannabis no país; assim como a diminuição da busca por outras substâncias mais perigosas, notadamente, a cocaína, que já se constituía como um problema nacional.

Com o decurso da década, tais iniciativas não pararam de avançar. No país onde nasceu a guerra às drogas, atualmente, 21 estados já regulamentaram o mercado de Cannabis, permitindo o uso adulto e medicinal (HANSEN; ALAS; DAVIS JR, 2022). Recentemente, em outubro de 2022, o presidente dos EUA, Joe Biden, concedeu perdão presidencial àqueles condenados por porte de Cannabis, fomentando ainda mais o debate sobre a legalização da maconha na esfera nacional (ZANFER, 2022). Diversos outros países também aliviaram suas

políticas relativas à Cannabis seja para uso medicinal e recreativo, a exemplo do México (JAEGGER, 2022), Alemanha (ALKOUSAA, 2022) e Chile (BBC, 2015).

Atualmente, a Cannabis ainda segue proibida em parte considerável do mundo, assim como ainda há restrições decorrentes de tratados internacionais. Contudo, com a expansão do conhecimento científico acerca dos usos medicinais da Cannabis, bem como do reconhecimento da planta como uma substância psicoativa com potencial nocivo expressivamente menor, tem trazido à baila a discussão sobre a revisão das políticas proibitivas ao redor do mundo. Mais do que isso, as novas experiências de relegalização da maconha tem demonstrado uma expressiva contribuição na lida com problemas sociais e econômicos antigos e complexos (O'HARA, 2022). Nesse sentido, é inevitável cogitar, seja na esfera privada ou pública, se os supostos benefícios da proibição realmente superam seus prejuízos econômicos, sociais e humanos.

Ainda que hoje se debata e, até mesmo, se critique o modo como esse processo tem sido executado, é notório que os mercados regulamentados de Cannabis tem tido expressiva contribuição na arrecadação dos países em que a legalização já foi instituída, na produção de empregos (SONG, 2018) e na construção de alternativas menos custosas e mais eficientes para o tratamento de diversas condições de saúde (MOUHAMED et al., 2018). Não obstante, em locais como o Brasil, a revisão das políticas proibicionista e, de certo modo, a discussão pública sobre a Cannabis ainda caminha a passos lentos. Se a Cannabis apresenta um longo histórico de uso, se as evidências de seu uso medicinal/terapêuticos continuam a emergir, mesmo diante da severa perseguição sofrida nas últimas décadas, questiona-se o porquê de a Cannabis seguir proibida no Brasil. Para compreender essa questão, é necessário conhecer os elementos particulares que envolvem a proibição no país.

3.2 A proibição da Cannabis no Brasil

Como mencionado, esforços locais já tinham sido feitos no Brasil, desde o séc. XIX, para a repressão da Cannabis, mais especificamente no território da cidade do Rio de Janeiro. Em 1830, a Câmara Municipal da referida cidade promulgou código de posturas que estabelecia penas de multa para pessoas livres que fossem identificadas fazendo uso, vendendo ou plantando, como então era conhecido, o “pito de pango”. As medidas tomadas frente aos escravos, por outro lado, eram bem mais rígidas, sendo determinada a prisão desses indivíduos por até oito dias (CÂMARA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO, 1854). Nessa época, não

se contemplavam aspectos relacionados à saúde dos usuários ou qualquer argumento científico que lhe justificasse. Ao contrário, a base dessas primeiras iniciativas emerge a partir de um proselitismo cultural das classes dominantes.

Anos antes que medida fosse estabelecida, a corte real portuguesa havia se estabelecido no Brasil, modificando de maneira radical a sociedade brasileira. Com a vinda da corte metropolitana ao país, em 1808, aparatos de vigilância e segurança foram construídos com o intuito de garantir a ordem social da colônia. Em 1809, foi instituída a Guarda Real de Polícia que, em meios às suas atribuições oficiais, tinha a utilidade prática de servir como “polícia de costumes”. Desde esse momento, essa força policial atuava reprimindo práticas que eram consideradas indesejáveis que, não coincidentemente, eram aquelas atribuídas aos costumes dos negros escravizados. Ataques em quilombos eram constantes e responsáveis pelo aprisionamento daqueles considerados “vadios” e “ociosos”, perseguindo-se as festas e práticas religiosas, dentre as quais a Cannabis se fazia constantemente presente (BARROS; PERES, 2011).

Esse fato revela que, desde o princípio, a proibição da maconha no Brasil tem, em suas raízes, um viés racial, direcionado à repressão dos costumes e, conseqüentemente, à dominação de minorias raciais e políticas, com destaque para as pessoas pretas e empobrecidas. Anos depois do retorno da família real portuguesa à metrópole, a repressão na colônia pareceu seguir a tendência contrária das reformas ocorridas em Portugal, que ocorria sob o viés do despotismo esclarecido, de modo que em 1830, foi instituída a primeira legislação penal no Brasil, que reforçava os mecanismos de repressão sobre as classes marginalizadas. Tal medida, resultou na promulgação da proibição da Cannabis mencionada acima (FRANÇA, 2022).

Foi com o fim do regime escravocrata, em 1888, que a proibição ganharia contornos mais científicos, pelo menos, a partir da concepção de ciência considerada na época. Com o fim da escravidão, as classes mais abastadas passaram a buscar medidas que pudessem garantir a manutenção da estrutura social colonial, sob a bandeira da garantia da “paz social” (FRANÇA, 2022). Nesse contexto, especificamente na transição entre os sécs. XIX e XX, o discurso médico emergia como uma força de intervenção em condutas cotidianas, a partir do ideal eugênico (REZENDE; FERRAZZA, 2022).

O movimento eugenista partia da tese darwiniana da seleção natural, compreendendo as sociedades humanas também estavam suscetíveis a esse processo evolutivo. Segundo essa perspectiva, os aspectos biológicos eram os principais determinantes do comportamento humano, de modo que aqueles que tivessem os “bons genes” deveriam ser

selecionados artificialmente, para que a sociedade pudesse evoluir (CARLOS; FRANZOLIN; ALVIM, 2022).

No final do séc. XIX, o pensamento eugenista era bastante prevalente no meio científico, exercendo influência considerável nas ciências médicas e jurídicas nesse período. Para esses pensadores, os transtornos mentais, a prática de crimes e, com efeito, certos hábitos e costumes, eram atrelados à “degenerescência” da natureza humana e assim, a partir de uma abordagem higienista frente à sociedade, seus defensores advogavam pela supressão dos indivíduos e das práticas que se enquadrassem em um tipo humano considerado “primitivo”. Dentre as hipóteses que compreendiam os fatores por trás da degeneração do gênero humano estava a “degenerescência por intoxicação” (MOREL, 2008). Nesse sentido, o consumo de substâncias, como o álcool e a Cannabis, era considerado como uma prática patológica que, para autores como Cesare Lombroso, poderia culminar na criminalidade (LOMBROSO, 2013).

Comumente, no entanto, as práticas consideradas degeneradas eram, na maioria das vezes, associadas à população negra e pobre dos grandes centros urbanos. O próprio Lombroso, a partir da sua Antropologia Criminológica, identificava traços e características das populações negras como elementos determinantes para a prática de crimes, assim identificando a etnia africana como a forma mais primitiva de existência (CARLOS; FRANZOLIN; ALVIM, 2022; ALVAREZ, 2002). Baseadas nessa proposta, diversas medidas foram tomadas ao final do séc. XIX para suprimir práticas culturais da população negra, como a prática do candomblé e da capoeira, bem como o uso da Cannabis, tradicionalmente presente entre os negros escravizados. Defendia-se, portanto, o embranquecimento da população como uma forma de impulsionar o desenvolvimento social, desprezando práticas e costumes dos povos minoritários e, mais do que isso, reprimindo esses indivíduos, seja por meio da internação compulsória ou pelo aprisionamento dessas massas (BARROS; PERES, 2011).

Com essa pretensão científica, o pensamento eugenista ganhava força a partir da criação de sociedades e ligas acadêmicas dedicadas ao seu estudo e difusão. Como exemplo, é possível citar a criação da Liga Brasileira de Higiene Mental, fundada em 1923 com o intuito de discutir práticas manicomiais e profiláticas frente a essas práticas sociais indesejadas (RIBEIRO, 2016). Essa perspectiva acabou por influenciar não somente as práticas médicas e jurídicas, mas também o campo das políticas públicas, que culminou na proibição da Cannabis em todo o território nacional (REZENDE; FERRAZZA, 2022).

Compreende-se que a proibição da Cannabis no Brasil apresenta dois principais momentos, ambos com forte influência dos pensamentos de caráter eugênico: o momento da

medicalização e o momento da criminalização. Nesse primeiro momento, é necessário destacar a influência do médico Rodrigues Dória, pioneiro na legitimação do discurso médico contra a Cannabis.

Dória era um acadêmico e político influente à sua época, sendo responsável pela criação da Faculdade de Direito da Bahia, assim como ocupando cadeiras no campo da medicina legal e toxicomania. Com influências eugenistas, Dória encabeçava projetos de voltados à saúde e à educação, afim de legitimar o saber médico frente às práticas da medicina tradicional e difundir os seus ideais civilizatórios (ADIALA, 2011). Em 1915, o médico publicou um trabalho no qual descrevia a prática do consumo da Cannabis, em especial pelas populações do Norte e Nordeste do país, atribuindo aos negros a responsabilidade por difundir essa prática, considerada por ele um vício e um hábito degenerativo. Para ele, a maconha era responsável por provocar o vício, a violência e a loucura e, nesse sentido, teorizava que os negros haviam deliberadamente espalhado a maconha na sociedade, como uma forma de “vingança da raça inferior” por ter sido escravizada pelos brancos (DÓRIA, 1958).

Segundo De Souza (2015), no final do séc. XIX e início do séc. XX, as classes dominantes no Brasil passaram a adotar essa tese com vistas a manter o controle social sobre a classe subalterna, haja vista o fim do aparato de controle colonial, com a Proclamação da República. Assim, pode-se considerar que o trabalho de Dória, ainda que não tenha colocado em vias de fato a proibição do uso e comercialização da Cannabis, lançou as bases para que a regulamentação acontecesse anos depois.

Em 1921, os primeiros passos foram dados para a proibição *de facto*. Nesse ano, foi promulgado o Decreto n.º 4.294, que estabelecia que drogas como a cocaína e o ópio (e seus derivados) fossem criminalizados, não só em sua comercialização, mas também no seu uso, classificando-as como “substâncias venenosas”. Também foi criminalizado o seu uso, tornando o usuário, chamado “intoxicado” ou “toxicômano”, um misto de doente e criminoso. Essas medidas seguiram os apontamentos realizados na primeira Conferência Internacional do Ópio, mesmo que o Brasil não tivesse qualquer participação no encontro. Aponta-se esse movimento como uma tentativa de aproximar o Brasil dos fóruns internacionais (DE SOUZA, 2015).

Até então, a Cannabis não havia sido incluída nos decretos. No entanto, na segunda Conferência Internacional do Ópio, em 1925, que contou com a participação do brasileiro Dr. Pernambuco Filho, orientado sob a mesma ótica de Dória, levantou-se a questão da Cannabis que foi definida pelo médico como uma substância ainda mais perigosa que o ópio (PERNAMBUCO FILHO; BOTELHO, 1924; BARROS; PERES, 2011). A partir de então, o

Brasil passou a manter relações internacionais com outros países sobre a questão, sobretudo com os EUA, e, nesse deslinde, em 1932, durante o governo de Getúlio Vargas, a Cannabis foi oficialmente proibida em todo o território nacional, ficando restrito seu uso, produção e distribuição, exceto para fins farmacêuticos, a partir de autorização específica do governo. Ao contrário da tendência internacional, no entanto, o foco dessa política era sobre o consumo, não tanto sobre o tráfico, sob a égide do pensamento eugenista (BRASIL, 1932).

Nessa década, diversas outras medidas foram tomadas para o controle social dos usuários, a exemplo do estabelecimento da Delegacia de Costumes, Tóxicos e Mistificações (DCTM), que além de ser responsável por suprimir o consumo da maconha, também perseguia costumes como rodas de samba, capoeira e prática das religiões de matriz africana (LUNARDON, 2015). Também foi criada a Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes, que viria a ser órgão centralizador no estudo e implementação de políticas voltadas ao controle de substâncias psicoativas (CARVALHO, 2013).

A partir desse período, o país passou a atuar nas conferências internacionais, levantando a bandeira da proibição, orientado pela perspectiva dos Estados Unidos. Como discutido na seção anterior, no âmbito das convenções internacionais sobre drogas, promovidas pela Liga das Nações, ainda não existia consenso acerca da proibição da Cannabis, que só haveria de ser alcançado em 1961. Nesse intervalo, os Estados Unidos já buscavam implementar a política proibicionista em âmbito internacional, ainda sem sucesso, mas mantinham com o Brasil profundas relações de trocas a respeito de mecanismos repressivos, em especial após a promulgação do Marijuana Tax Act em 1937 (DE SOUZA, 2015). Não por acaso, naquele país, as raízes do proibicionismo também tinham profundas raízes raciais.

Em vista disso, é preciso reconhecer que o processo de proibição da maconha no Brasil tenha tido forte direcionamento internacional, especialmente, dos Estados Unidos, principalmente se considerando que o recrudescimento dessa política e a judicialização da questão tenha tido influência direta daquela país, como se discutirá adiante. Por outro lado, essa interferência não é suficiente para a compreender o processo como um todo. Na década em que foi instaurada a primeira lei que de fato proibia a Cannabis no Brasil, havia como pano de fundo um projeto de desenvolvimento social interno que, como mencionado, tinha o saber médico, ancorado nos ideais civilizatórios de viés eugenista, como principal força motriz.

A chamada Era Vargas, iniciada na década de 1930, instaurou-se sob uma premissa autoritária. O novo governo, na tentativa de angariar as massas em prol do novo regime, instituiu uma forte máquina de propaganda em prol da construção de um ideal social de

conciliação entre as classes dominantes e subordinadas. Assim, o governo de Vargas trabalhou na modelagem do “cidadão saudável, trabalhador e patriota” (DE SOUZA, 2015, p. 63). Para tanto, por um lado avançou na concessão de direitos trabalhistas, ao passo que esperava do povo a contrapartida da colaboração com o regime (NEGRO, 2004). Nesse sentido, o Departamento de Imprensa e Propaganda (DIP) propagava Getúlio como uma referência, um líder que pudesse nortear a nação em direção ao progresso, baseado na unidade e fortalecimento interno, se utilizando da ocupação massiva dos meios de comunicação e das produções artísticas (VIEIRA, 2019).

Nessa direção, quaisquer comportamentos, temáticas e expressões populares que estivessem em desacordo com esse novo ideal civilizatório eram censurados ou demonizados a partir da máquina de propaganda do Estado. O corpo saudável e disciplina era o símbolo mais propagado à época e, assim, buscou-se a marginalização e a perseguição a qualquer tipo de vício ou hábito capaz de, nessa visão, degenerar o indivíduo. Com base nessa proposta é que foi instituído o novo código penal, em 1940, que reafirmava a proposta de medicalização e marginalização dos usuários de entorpecentes, dentre os quais estava a Cannabis (DE SOUZA, 2015).

Obviamente, o interesse em suprimir esses comportamentos, por meio da medicalização da questão, recaía de maneira bem mais intensa sobre os indivíduos negros e periféricos, na medida em que os usos permitidos eram sempre destinados à classe dominante, representada pelos farmacêuticos e boticários, enquanto o uso fumado, tradicional dentre a classe trabalhadora, era condenado. O direcionamento da política criminal para essa população pode ainda ser ilustrado pelo fato de que, nessa mesma época, os produtos de Cannabis eram remédios de presença obrigatória nas farmácias, além de que o governo brasileiro buscava estruturar a exploração comercial das fibras de cânhamo (BRASIL, 1939; BRASIL, 1933). Percebe-se, portanto, que durante o período aqui chamado de fase da medicalização, havia certa ambiguidade na forma como se concebiam os usos da Cannabis.

Essa prerrogativa caracterizou a postura do governo por parte considerável do séc. XX, até que um marco histórico importante viria a mudar significativamente a forma como a maconha era tratada no Brasil. Em 1964, a partir do golpe civil-militar, um novo governo se instalava no país e, com ele, novos modos de controle social foram instituídos. A propaganda foi sendo paulatinamente substituída pelo controle coercitivo e direto do Estado, agora extremamente militarizado (MACRAE; SIMÕES, 2004). Com isso, inicia-se o período que aqui foi denominado de fase da criminalização.

Nesse período, concomitantemente ao mecanismo de censura e perseguição aos opositores, instituiu-se uma norma penal consideravelmente mais rígida, em relação aos períodos anteriores (MACRAE, 2017). A política de drogas que antes se voltava para a caracterização do usuário enquanto um doente, agora se volta para identificar-lhe como criminoso, em especial, após a imposição do Ato Institucional nº5 (MACRAE; SIMÕES, 2004). Aliado a isso, na década de 1970, inaugurava-se nos Estados Unidos a política de Guerra às Drogas, que direcionava as forças do estado ao combate bélico diante da questão das drogas, que acabou por influenciar, por meio da política internacional daquele país, a política interna de vários outros Estados, incluindo o brasileiro (REZENDE; FERRAZZA, 2022). É válido ressaltar que tal influência não se restringiu ao âmbito ideológico, mas é sabido que, desde o início do século, o Brasil recebeu dos EUA treinamento policial, sob a égide dos métodos e ideais proibicionistas americanos, a tal ponto que, em 1968, quase metade do contingente policial brasileiro já passara por treinamento sob esses moldes (COELHO, 2021). Ao mesmo tempo, os tratados internacionais de 1961 e 1971, conforme descritos acima, arraigaram, no cenário internacional, as políticas proibicionistas.

Nessa linha, o usuário, durante a ditadura militar, passou a ser equiparado à figura do traficante, sendo o uso criminalizado e as penas tornadas mais duras. Mais do que isso, seguindo os moldes da proibição internacional, o traficante passa a ser considerado um dos grandes inimigos da nação (REZENDE; FERRAZZA, 2022). Não havendo distinção clara entre usuário e traficante, as apreensões de usuários negros eram muito mais frequentemente configuradas como acusações de tráfico, do que quando o mesmo acontecia com pessoas brancas (VIANA; NEVES, 2011). Contraditoriamente, o período de maior repressão sobre a Cannabis também marcou uma maior difusão da maconha em segmentos da classe média urbana, majoritariamente branca (MACRAE; SIMÕES, 2004).

Pode-se afirmar que o recrudescimento da política de drogas aconteceu majoritariamente durante o período da ditadura, mas não se resumiu a ele. Desde a redemocratização até os anos 2000, no entanto, a política de drogas praticamente não foi alterada, exceto pela promulgação da lei de crimes hediondos, de 1990, que incluiu nesse rol o crime de tráfico de drogas, tornando as penas ainda mais agravadas (BRASIL, 1990). O efeito dessas medidas é reconhecido a partir do aumento vertiginoso da população carcerária durante essas décadas, tendo relegado, principalmente, pessoas pretas e pobres ao encarceramento e marginalização, sem, porém, ter sido capaz de reduzir o consumo ou mesmo a atuação das organizações criminosas responsáveis pelo tráfico ilegal (REZENDE; FERRAZZA, 2022).

Tal situação tornou-se mais calamitosa na medida em que as políticas econômicas neoliberais implementadas durante a década de 1990 acabaram por prejudicar ainda mais as classes menos abastadas. Segundo Rezende e Ferrazza (2022),

Além de dificultar a garantia de direitos sociais, a adoção de uma política neoliberal, levou ao agravamento da desigualdade social e econômica, o que fez com que o tráfico se apresentasse como uma das poucas possibilidades de acesso aos benefícios da sociedade de consumo para populações pobres. Nesse contexto, as áreas pobres e periféricas das grandes cidades brasileiras passaram a ser apresentadas pela imprensa como dominadas pelo tráfico, o que justificaria ações repressivas e violentas do Estado nessas localidades (...) (p. 35)

Diante disso, percebe-se que, apesar do movimento de redemocratização do país, as medidas proibitivas seguiam praticamente inalteradas, assim como permaneciam os mesmos os principais afetados, mesmo que a lei de drogas tenha sofrido modificações em 2002, durante o governo do presidente Fernando Henrique Cardoso. Nessa época, ainda que efetivamente se tenha extinguido a pena de privação de liberdade para os usuários, a conduta seguiu sendo classificada como crime, bem como se seguiram as campanhas com o intuito de atribuir à questão das drogas a responsabilidade pela criminalidade (RODRIGUES, 2006).

Até o governo seguinte não houve mudanças significativas no tocante a essa questão. A eleição do presidente Luís Inácio “Lula” da Silva marcou a ascensão de um governo de esquerda no Brasil, assim como uma fase de criação de políticas sociais relevantes no país. No tocante às políticas de drogas, destaca-se que nessa época, houve a incorporação, em 2005, da premissa de redução de danos à política proibicionista que, mesmo não tendo operado mudanças significativas quando à judicialização da questão, pode ser considerada como avanço. Apesar de não ter operado modificações relevantes no que tange à judicialização do combate ao uso de drogas, de certo modo, abriu espaço para que se discutissem alternativas à política que estava posta há décadas (REZENDE; FERRAZZA, 2022). A partir disso, no ano de 2006, promulgou-se a nova política de drogas, a partir da lei 11.343/06, que permanece praticamente inalterada até os dias de hoje.

A nova lei, efetivamente, despenalizou o uso e a posse de substâncias entorpecentes, incluindo a Cannabis, impossibilitando a prossecução penal dos usuários que, quando flagrados de posse dessas substâncias teriam como pena máxima a assinatura do Termo Circunstanciado de Ocorrência (TCO). Essa política também formalizou a adoção das práticas de redução de danos, marcando, em tese, uma mudança de uma perspectiva judicialista, para uma que encara a questão das drogas como uma questão de saúde, não de polícia (BRASIL, 2006).

Na prática, entretanto, a lei apresenta falhas significativas e, por esse motivo, marcadamente contribui para a perpetuação e não para a solução do problema. A mais expressiva dessas falhas decorre do fato de que a lei, ainda que tenha despenalizado o uso, não define parâmetros claros para a distinção entre usuários e traficantes. Isso soma-se à prescrição de penas mais severas aos traficantes e à negação de liberdade provisória para aqueles enquadrados sob o artigo de tráfico (BRASIL, 2006). Tal configuração escancara o óbvio viés racial e de controle social impregnado nas políticas proibicionistas. A falta de clareza nos critérios definidores do crime de tráfico termina por estabelecer o relato do policial que realizou o flagrante como, basicamente, o único critério para a tipificação do crime (REZENDE; FERRAZZA, 2022).

Constata-se assim que, no âmbito jurídico, desde o processo de criminalização da Cannabis na década de 1930, poucos avanços foram realizados na prática. Por outro lado, certos movimentos ainda foram capazes de articular mudanças de menores dimensões frente a atual política de drogas. Destaca-se, assim como no âmbito internacional, que o movimento em prol do uso medicinal da Cannabis é um dos atuais responsáveis pelas modificações regulatórias sobre a Cannabis no Brasil (ELIAS JUNIOR; DE OLIVEIRA, BARBOSA, 2020).

Com a implementação da Lei de Drogas de 2006, também ficou previsto que era dever do Estado a regulamentação tangente a substâncias com potencial terapêutico, dentre as quais a Cannabis está incluída (BRASIL, 2006). Entretanto, até o ano de 2015, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) não havia pautado as regulamentações pertinentes à Cannabis medicinal. Nesse ano, sob pressão da população, foi publicada a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº17 que definia os critérios para a importação de produtos à base de Canabidiol (CBD) por pessoas físicas, unicamente para uso próprio e com fins medicinais, mediante a prescrição profissional. Com isso, o CBD deixa de integrar a lista de substâncias proibidas no Brasil e passa a ser classificada como substância controlada. A normativa, contudo, mantém em caráter proibitivo à produção local da matéria-prima e o registro de medicamentos em território nacional (ANVISA, 2015).

Apesar de limitada, tanto em termos de aspectos voltadas à produção e à regulação farmacológica local, quanto em termos da diversidade de canabinóides reconhecidos em termos de seus potenciais terapêuticos, essa regulamentação abriu canal para o acesso de muitos pacientes a tratamentos alternativos, especialmente em casos de doenças refratárias e poucas opções terapêuticas. Não obstante, o acesso a esses produtos permaneceu restrito à maior parte da população, haja vista que muitos pré-requisitos para a importação eram difíceis de se obter,

assim como o preço final dos produtos se manteve na cifra dos milhares de reais, impossibilitando, na prática, o acesso da população mais pobres a essa forma de tratamento (CONTE, 2020).

Novamente, sob o protesto de associações de pacientes e militantes pró-Cannabis, no ano de 2019, a ANVISA publicou o RDC nº262, com o objetivo de facilitar a importação de medicamentos à base de Cannabis pelo Sistema Único de Saúde (SUS – ANVISA, 2019), o que facilitou o acesso em ocasiões específicas, mas não foi capaz de fornecer acesso em larga escala para a população. Já em 2020, a Agência buscou a facilitação das importações dos medicamentos baseados em Cannabis, desta vez incluindo a possibilidade de importação de compostos com a presença do THC (ainda que de forma muito restrita), agilizando o processo e flexibilizando parte das exigências para tal (ANVISA, 2020; SANTOS; VASCONCELOS, 2020).

Nota-se, nesse sentido, que os avanços alcançados nas últimas décadas têm partido de demandas populares significativas, representadas por associações pautadas pela defesa do uso medicinal da Cannabis, a exemplo da Associação Brasileira de apoio a Cannabis Esperança (ABRACE). É válido ressaltar que essa associação foi a primeira a conseguir, na justiça, a prerrogativa do cultivo de Cannabis e da produção nacional de extratos e outros produtos baseados nos canabinóides, até então proibidas (RÔMANY, 2019). Nesse deslinde, também tem sido notável, nos últimos anos, diversas iniciativas particulares para conseguir o direito de cultivar a Cannabis para uso pessoal. Apesar de diversas iniciativas terem logrado êxito, o entendimento do poder judiciário ainda é contraditório, sendo a decisão relegada ao entendimento pessoal de cada juiz responsável (PENHA et al., 2019).

A despeito dos recentes achados científicos acerca do potencial medicinal da Cannabis, assim como das experiências de regulamentação da maconha de uso adulto pelo mundo, os debates sobre a legalização no Brasil seguem a passos lentos. Percebe-se, a partir das regulamentações instituídas pela ANVISA, que os achados acerca dos usos médicos da maconha ainda são recebidos com muitas ressalvas, além do fato de que outros órgãos importantes nesse debate, como o Conselho Federal de Medicina, órgão de classe da única profissão habilitada para fornecer prescrição para o uso terapêutico de Cannabis, se mostra contrário a essa prática, ainda que seja regulamentada pela legislação federal.

Essa resistência se reflete em tentativas de coibir o uso medicinal da Cannabis e a prática da medicina canábica, ignorando por completo os achados científicos sobre o tema, bem como as experiências bem sucedidas já registradas no tratamento de diversas patologias como

o uso de derivados de maconha, como a partir da Resolução 2324, do ano de 2022, já revogada, após intensa oposição popular (VILELA, 2022). Além disso, até o momento, são tímidas as iniciativas que abordam a temática do uso recreativo da Cannabis, assim como o cultivo para uso pessoal, que permanecem proibidos e, este último, ainda passível de sanções criminais, indo na contramão dos debates e decisões internacionais sobre a questão.

Tendo em vista que o discurso médico, em especial no que tange aos efeitos nocivos do uso da Cannabis sobre a saúde física e mental, ainda persiste como uma justificativa diante de políticas e tratativas jurídicas em favor do proibicionismo, é de suma importância realizar o levantamento e a discussão dos principais achados recentes sobre a temática, com vistas a dar base para a realização de estudos acerca das potencialidades e riscos inerentes aos diferentes usos da maconha, como aquele que será descrito em capítulos posteriores desta tese. Adiante, serão discutidas pesquisas que se voltam para a avaliação dos benefícios e riscos atrelados ao uso da Cannabis. Haja vista o campo de estudos no qual se insere o presente trabalho, será dada especial ênfase à literatura que aborda implicações psicológicas do uso da planta e seus derivados, mas também serão discutidos seus principais efeitos no campo da saúde física.

4 EFEITOS DO USO DA CANNABIS SOBRE A SAÚDE FÍSICA E MENTAL

Como demonstrado, a Cannabis tem uma longa história de cultivo e uso direcionado a diversas aplicações medicinais. Contudo, é notório que as políticas proibicionistas, incluindo aquela em voga atualmente no Brasil, baseiam-se na noção de que o uso das drogas, dentre as quais se encontra a Cannabis, é deletério à saúde do usuário. A Lei 11343/2006 (BRASIL, 2006), que dá diretrizes sobre as tratativas acerca do uso, produção e comercialização de drogas no Brasil, destaca que o certame visa prevenir o “uso indevido de drogas”, definindo políticas para reduzir os efeitos nocivos à saúde e ao convívio social do usuário.

Assim, é possível compreender que esses danos, supostamente, incluem efeitos sobre a saúde física e mental do usuário. Contudo, não há definição clara sobre quais seriam os danos produzidos pelas drogas de modo geral, tampouco aqueles que ocorrem de forma específica para cada substância psicoativa incluída na lista de restrições. Neste ponto, parece incoerente incluir no mesmo grupo substâncias cujos efeitos sobre o organismo, assim como sua estrutura química, são sabidamente diferentes, podendo ser citado o exemplo dos compostos presentes na Cannabis em comparação com a cocaína e seus derivados.

Assim como qualquer outro tipo de substância que apresente notáveis efeitos sobre o organismo, incluindo os fármacos largamente utilizados pela população em geral e legalmente produzidos pela indústria farmacêutica, é necessário que seja desenvolvido um conjunto amplo de estudos, específicos para cada substância, visando demonstrar detalhadamente seus efeitos sobre o corpo, os potenciais riscos do seu uso, assim como os grupos de risco para o uso dessas substâncias. Entretanto, como consequência direta das políticas proibicionistas, o desenvolvimento de estudos acerca dos princípios ativos da Cannabis, assim como de outras substâncias reguladas pelas leis de drogas, encontra barreiras para a sua realização.

Por esse motivo, até a segunda metade do séc. XX, pouco era conhecido, em termos de evidências científicas, sobre os efeitos dos princípios ativos da Cannabis. Destaca-se, no entanto, o trabalho de Raphael Mechoulam, pesquisador israelense, radicado na Universidade Hebraica de Israel, pioneiro nos estudos sobre os canabinóides, substâncias ativas presentes na *Cannabis Sativa*. Mechoulam foi um dos responsáveis pela síntese do Δ^9 -Tetrahydrocannabinol, substância responsável pelos efeitos psicotrópicos da Cannabis, em meados da década de 1960 (MECHOULAM; SHVO, 1963; GAONI; MECHOULAM, 1964). No Brasil, cita-se Elisaldo Carlini, uma das figuras mais importantes da psicofarmacologia nacional, que estudou, dentre outros compostos, o uso do Canabidiol (CBD) para o tratamento da epilepsia infantil (CUNHA

et al., 1980). Entretanto, apesar do trabalho desses e de outros pesquisadores, o alcance de suas pesquisas parece ter sido limitado ao longo dos anos, considerando que apesar dos achados promissores sobre o uso dessas substâncias para o tratamento de diversas patologias, a prescrição desses medicamentos por parte dos médicos não se tornou corrente até pouco tempo atrás.

Por outro lado, estudos como o de Heath (1973), que apresentavam resultados favoráveis à tese proibicionista receberam ampla divulgação por parte da mídia e se constituem, em alguma medida, base para a defesa do proibicionismo. Ainda que seus achados se constituam como mitos, comumente reproduzidos no senso comum, suas conclusões já foram questionadas por estudos mais recentes. Nesse estudo, os pesquisadores expuseram um grupo de macacos à fumaça produzida pela queima da maconha e realizaram diversos eletroencefalogramas com vistas a compreender os efeitos produzidos pelos seus compostos. Como resultado, o estudo relatou diversas modificações cerebrais, indicando que o uso da maconha seria responsável por ocasionar comprometimentos significativos ao cérebro, incluindo a morte neural. Contudo, o modo como o estudo foi conduzido acabou por invalidar seus resultados.

O artifício utilizado para administrar a fumaça gerada pela queima da Cannabis aos macacos, assim como a dose utilizada pelo estudo, levaram à hipótese de que a morte neural observada nos macacos decorreria de um erro no procedimento (NELSON, 1993). Heath utilizou uma câmara, especialmente desenvolvida para o estudo, na qual as vias respiratórias do animal ficavam totalmente cobertas pela fumaça. Além disso, a quantidade de maconha administrada era equivalente a cerca de 60 cigarros de maconha médios em um curto espaço de tempo. Nesse sentido, o mais provável é que os danos cerebrais documentados na pesquisa tenham sido decorrentes da asfixia gerada pela inalação de grande quantidade de fumaça em curto período, promovida pelo próprio pesquisador. Esse estudo tem exemplificado o modo como muitas pesquisas foram conduzidas, sob circunstâncias duvidosas, para defender a tese proibicionista.

Além disso, diversas peças de propaganda acerca dos efeitos da Cannabis foram desenvolvidas ao longo do período proibicionista, sem qualquer embasamento científico. O caso mais representativo está relacionado à obra audiovisual intitulada “Tell Your Children” (“Conte às suas crianças”, em tradução livre), conhecida popularmente como “Reefer Madness” (“Loucura do Baseado”). Nesta obra ficcional, são retratados os efeitos decorrentes do uso da maconha, elencada nos momentos iniciais como “o inimigo número 1 da América”. No filme,

os efeitos vão desde ataques incontroláveis de riso, intensas alucinações, incapacidade de governar os pensamentos, promiscuidade sexual e distúrbios emocionais, seguidos de violência e loucura irreversível. Segundo a própria película, as cenas apresentadas são inspiradas em estudos científicos, os quais jamais são citados durante toda a sua extensão (STRINGER; MAGGARD, 2016).

Atualmente, diversos países têm promovido mudanças significativas nas políticas proibicionistas com relação à Cannabis. Com isso, o acesso dos pesquisadores à planta tem sido facilitado, de modo que muitos estudos têm sido realizados, utilizando métodos comprovadamente científicos, visando compreender a interação das substâncias presentes na planta e os diversos sistemas do corpo humano e de outros animais.

Desse modo, se faz necessário levantar os estudos mais recentes sobre os efeitos decorrentes do uso da Cannabis, tanto relacionados ao seu uso medicinal, quanto ao seu uso adulto, com intuito de esclarecer os efeitos das substâncias presentes na planta. Nessa direção, discutir-se-ão, a seguir, os estudos atuais sobre os efeitos da Cannabis, tanto no campo físico, quanto na esfera psicológica. Para tanto, esses efeitos serão tratados em duas seções. A primeira buscará explorar as bases biológica das influências dos canabinóides sobre o corpo humano, assim como elencar os princípios ativos presentes na maconha e os efeitos orgânicos desses canabinóides, enquanto a segunda será dedicada a expor os efeitos da Cannabis sobre a saúde mental.

4.1. Efeitos do uso da Cannabis sobre a saúde física

O que se conhece hoje como *Cannabis Sativa*, na verdade, se trata de um conjunto de subespécies de Cannabis, que abarcam uma série de variedades da planta, espontaneamente encontradas na natureza, denominadas subespécies ruderais (ou *ruderalis*) e domesticadas pelo homem ao longo da história (MACPARTLAND, 2020). A planta consumida hoje, seja aquela utilizada para fins medicinais, recreativos ou industriais, se encontra dentre as variedades domesticadas pela humanidade ao longo de vários séculos para utilização em fins específicos.

A subespécie que recebe maior atenção é aquela denominada *Cannabis Sativa subsp. Indica* e suas variedades. Essa subespécie de Cannabis é aquela à qual se remetem os estudos acerca da planta, por existir nela um conjunto de substâncias que apresentam atividade em múltiplos sistemas do corpo humano, assim como de outros animais, nomeadas canabinóides. Neste grupo, destacam-se duas substâncias que têm apresentado especial

relevância no campo médico e farmacológico, a saber: o Canabidiol (CBD) e o Tetrahydrocannabinol (THC). Entretanto, atualmente já é documentada uma longa lista de 150 substâncias presentes na Cannabis com possíveis efeitos sobre o corpo, como o Canabigerol (CBG), o Canabicromeno (CBC), o Canabinodiol (CBND) e o Canabitriol (CBT) (KINGHORN *et al.*, 2017).

Não obstante a lista de canabinóides presentes nas plantas da referida espécie, existem substâncias naturalmente encontradas no corpo humano e animal, que se assemelham àquelas derivadas da maconha (MECHOULAM; PARKER, 2013). Essas substâncias são denominadas endocanabinóides, visando ressaltar as diferenças com seus análogos externos, então chamados de fitocanabinóides. Nesse sentido, a ação dos fitocanabinóides é embasada na sua semelhança química com seus análogos endógenos. Assim, visando prover o leitor de uma melhor compreensão acerca dos efeitos da Cannabis, realizar-se-á uma breve exposição acerca do funcionamento do sistema endocanabinóide.

A descoberta do sistema endocanabinóide é um achado científico muito mais recente do que aqueles relacionados às propriedades psicoativas da Cannabis. Até a década de 1980, compreendia-se que o THC, principal componente psicoativo da Cannabis, se constituía como uma substância estranha ao corpo, capaz de se ligar à membrana celular das células nervosas, produzindo seus efeitos (FONSECA *et al.*, 2013). Entretanto, no final dessa década, Devane *et al.* (1988) identificaram um receptor capaz de se ligar ao THC, que havia há pouco sido sintetizado por Mechoulam e Gaoni (1964).

Esse receptor foi denominado CB1 e é mais abundantemente encontrado no sistema nervoso central (SNC), em especial, nas regiões cerebrais relacionadas ao sistema sensorial e motor (MECHOULAM; PARKER, 2013). Segundo Mechoulam e Parker (2013), o padrão de distribuição desses receptores no cérebro acaba por revelar um papel importante na ação dos canabinóides na mediação de processos de motivação e da cognição, modulando a ação de neurotransmissores como o ácido gama-aminobutírico (GABA) e o glutamato, dois dos mais abundantes neurotransmissores nos mamíferos, que atuam, respectivamente, nas funções inibitórias e excitatórias no SNC. Além disso, esse receptor parece estar envolvido no desenvolvimento neuronal, devido a sua intensa atividade nas primeiras fases da vida (FRIDE *et al.*, 2009).

Além do receptor CB1, um outro receptor também pôde ser identificado, inicialmente de forma específica ao sistema imunológico. Este receptor foi nomeado como CB2. Estudos posteriores demonstraram, no entanto, que esses receptores, ainda que em menor

quantidade do que os do tipo CB1, também podem ser encontrados no SNC. Segundo Pacher e Mechoulam (2011), os receptores CB2 estariam envolvidos em um sistema de defesa, específico dos mamíferos, que atua ativamente na proteção do organismo contra os ataques baseados em proteínas e outros patógenos.

Seguidamente à descoberta dos receptores canabinóides, foram identificadas substâncias endógenas capazes de se ligar a eles, sendo elas denominadas de 2-araquidonilglicerol (2-AG) e anandamida (AEA) (MECHOULAM; PARKER, 2013). Essas substâncias atuam como moduladores pré-sinápticos de diversos neurotransmissores, de modo que é possível afirmar que o sistema endocanabinóide (SEC) atua na regulação e homeostase de diversos outros sistemas biológicos.

De forma sintética, o sistema endocanabinóide está envolvido na regulação do apetite, da dor e dos sistemas cardiovascular, endócrino, reprodutor e nervoso (FONSECA *et al.*, 2013). É possível notar que os receptores canabinóides se ocupam de funções vitais no organismo, que podem estar afetadas por diversas condições, sejam de origem genética, congênita ou ambiental, a partir do efeito de patógenos ou de hábitos pessoais. Assim, é crescente o interesse farmacológico nas substâncias de origem vegetal – os fitocanabinóides – que sejam capazes de suplementar, complementar ou alterar a ação do sistema endocanabinóide, em especial por esses compostos apresentarem, em geral, menos efeitos colaterais que outros medicamentos empregados para o mesmo fim (MATIAS *et al.*, 2022; NUNES; ANDRADE, 2021). Sem a pretensão de esgotar a discussão acerca de todas as substâncias encontradas na Cannabis, serão discutidos, nesta seção, apenas os achados mais prevalentes relacionados ao CBD e ao THC, principais substâncias de interesse médico e científico no presente momento. Do mesmo modo, em prol de resguardar a parcimônia, serão discutidos os efeitos mais comuns na literatura.

O Canabidiol (CBD) tem sido o principal foco de estudos sobre a Cannabis. Essa condição se dá, principalmente, pelo fato de o CBD não apresentar propriedades psicoativas (MECHOULAM; PARKER, 2013), sendo, portanto, uma substância mais segura quanto aos seus efeitos secundários sobre o corpo, dado que a ativação dos receptores CB1 produzem os efeitos típicos da Cannabis, como euforia, modificação da percepção, estimulação de apetite, dentre outros efeitos (PERNONCINI; DE OLIVEIRA, 2014). Essa questão expande a possibilidade do uso do CBD com grupos nos quais tais efeitos são indesejáveis ou mesmo prejudiciais.

Isso se deve ao fato de o CBD, apesar de ser um fitocanabinóide, não atuar a partir da ativação dos receptores CB1 ou CB2, tal como o THC, por exemplo. Senn, Cannazza e Biagini (2020) apontam que, na verdade, o mecanismo de ação do CBD ainda não foi totalmente esclarecido. De todo modo, é sabido que o CBD apresenta atividade biológica em diversos organismos. Nesse sentido, numerosos estudos já foram realizados, especialmente considerando modelos animais, demonstrando a efetividade do CBD (CONSROE; WOLKIN, 1977; LAZARINI-LOPES *et al.*, 2020; GOERL *et al.*, 2021), como se demonstrará a seguir. Mais recentemente, com a flexibilização das políticas de drogas em diversos países, estudos com humanos têm se tornado mais frequentes.

As pesquisas mais tradicionais acerca do uso do CBD exploram a sua ação anticonvulsivante. Provavelmente, o interesse proeminente nos efeitos do composto sobre os transtornos epilépticos decorre do fato de que pelo menos um terço dos pacientes não conseguem controlar as convulsões a partir das medicações tradicionais (LAZARINI-LOPES *et al.*, 2020). Os primeiros estudos sobre o poder anticonvulsivante dessa substância aconteceram ainda na década de 1970.

Consroe e Wolkin (1977) demonstraram a capacidade anticonvulsivante do CBD em comparação com outros métodos de intervenção, incluindo medicações anticonvulsivantes normalmente utilizadas para o tratamento de quadros epilépticos, tais como a fenitoína, o fenobarbital, a carbamazepina e o clonazepam. O estudo foi conduzido com uma amostra de ratos e demonstrou que o canabidiol apresentou eficiência e uma ação relativamente forte no controle das convulsões nos testes de eletrochoque máximo e crises audiogênicas. Adicionalmente, os autores buscaram avaliar a efetividade do uso conjunto da substância derivada da Cannabis e dos diversos anticonvulsivantes tradicionais considerados no estudo. Ficou demonstrando que as atividades da fenitoína e do fenobarbital foram significativamente aumentadas a partir do uso conjugado com o CBD.

Estudos mais recentes também demonstraram os efeitos anticonvulsivantes dessa substância. Lazarini-Lopes e seus colaboradores (2020) demonstraram que o CBD apresentou, em diversos modelos animais, a capacidade de reduzir as convulsões decorrentes de diversas etiologias. Além disso, o canabidiol apresenta outra vantagem frente às drogas tradicionais, na medida em que manifesta capacidades neuroprotetoras. Desse modo, o uso do composto, além de reduzir as convulsões, combate os efeitos neurodegenerativos da epilepsia crônica. Essa característica se constitui como uma vantagem expressiva, considerando que as convulsões, se

não controladas, podem levar a outros acometimentos neurológicos, como danos no hipocampo, disfunções cognitivas e do humor (UPADHYA *et al.*, 2018).

Por sua vez, Goerl e colaboradores (2021) destacaram que outros compostos relacionados ao CBD também apresentam ação anticonvulsivante. Nesse estudo em específico, os autores avaliaram a efetividade do Ácido Canabidiólico (CBDa), um precursor do CBD, considerado um canabinóide menor (*minor cannabinoid*) na literatura específica (GOERL *et al.*, 2021). Segundo os autores, o CBDa apresenta efeitos anticonvulsivantes comparáveis ao CBD em modelos animais. Além disso, sua interação com outros canabinóides menores é capaz de aumentar a sua eficiência anticonvulsivante, a partir do chamado “efeito comitiva”. Tal efeito é observado não somente entre o CBDa e outros canabinóides menores, mas entre várias outras substâncias do mesmo gênero, como será explorado mais adiante neste capítulo. Vale também ressaltar que Schleicher *et al.* (2019) demonstram, a partir de um estudo com animais, que o tratamento a longo prazo com CBD não apresentou efeitos negativos sobre a memória ou a aprendizagem nesses sujeitos.

Em humanos, também são demonstrados os efeitos anticonvulsivantes do CBD. Devinsky e seus colaboradores (2018), em seu estudo duplo cego, controlado por placebo, com uma amostra de crianças com síndrome de Dravet (uma forma grave de epilepsia que provoca quadros convulsivos resistentes a medicamentos tradicionais e relacionada a uma alta taxa de mortalidade), demonstraram que o uso do CBD, em crianças que já realizavam tratamento convencional para o quadro, reduziu a frequência das crises convulsivas pela metade em 43% da amostra (comparado aos 27% no grupo tratado com placebo). Além disso, a qualidade de vida dos pacientes tratados com CBD aumentou significativamente em 62% da amostra (em comparação aos 34% no grupo controle) e as crises convulsivas de 5% do grupo experimental cessaram completamente, o que não aconteceu em nenhum dos casos no grupo controle.

Caso semelhante se deu no estudo, com duplo cego e grupo controlado por placebo, relatado em Devinsky *et al.* (2018a) em que os pesquisadores realizaram o tratamento, baseado no uso de canabidiol, de crianças com Síndrome de Lennox-Gastaut, um tipo de encefalopatia grave, que leva a quadros epiléticos resistentes, além de provocar déficits cognitivos e alterações nos padrões de funcionamento cerebral (DEVINSKY *et al.*, 2018a). Os resultados demonstraram que houve uma redução de 41,9% na mediana da frequência de episódios convulsivos em pacientes tratados com altas doses de CBD e 37,2% nos pacientes tratados com doses baixas do composto, enquanto houve redução de 17,2% no grupo controle.

Por outro lado, o CBD também tem sido testado para o tratamento de quadros de epilepsia focal, como no caso do estudo conduzido por Thiele *et al.* (2021). Nesse estudo, os pesquisadores trataram, com CBD, 199 pacientes com transtornos do complexo da esclerose tuberosa. As crises convulsivas relacionadas aos transtornos tiveram uma redução média de 54-68% em diferentes indivíduos, margem consideravelmente maior do que a obtida mediante a administração do placebo. Nesse sentido, parece haver certo consenso nos benefícios do uso do CBD no tratamento de síndromes e sintomas epiléticos, que se confirma a partir de múltiplas revisões sistemáticas (LATTANZI *et al.*, 2018; LI *et al.*, 2020; TALWAR *et al.*, 2022).

Outrossim, o CBD parece ser um aliado potencial para o tratamento de outras condições neurológicas e reumatológicas. Nesse contexto, Capono, Weaver e Burkman (2020) realizaram um estudo com 131 pacientes com dor crônica, que faziam uso de opioides há pelo menos um ano. O uso do óleo rico em CBD, em um tratamento de 8 semanas, foi capaz de reduzir, ou mesmo eliminar, o uso de opioides em 53% dos pacientes. Além disso, 94% dos participantes relataram melhoria na qualidade de vida, além do que o uso do óleo apresentou relação estatisticamente significativa com a redução da dor e a melhoria na qualidade do sono. Eskander *et al.* (2020), na mesma direção, demonstrou que o uso do CBD por meio de um creme transdermal incidiu em ação antinociceptiva e anti-inflamatória em pacientes com dor neuropática.

Além disso, Hegazy e Platnick (2019) apontaram que o CBD manifesta ação promissora no controle da dor e transtornos do humor relacionados à neurofibromatose, uma doença genética que compromete a produção da proteína neurofibromina, responsável pela modulação do crescimento e diferenciação celular (DE SOUZA *et al.*, 2009). Em concordância, em sua revisão sistemática, Urits *et al.* (2020) atestam que o uso do CBD se apresenta promissor no controle da dor crônica, ainda que sejam necessários estudos adicionais para compreender sua ação de maneira isolada (desassociada ao THC), bem como a dosagem adequada para casos específicos.

Nesse deslinde, outros estudos têm semelhantemente acusado a atividade do canabidiol na redução de dores relacionadas à fibromialgia. Essa patologia se caracteriza por dores crônicas generalizadas, além de sintomas secundários como fadiga, problemas de sono e comprometimentos cognitivos (BERGER *et al.*, 2020). Ferrarini *et al.* (2022) apontaram que a administração do óleo de Cannabis de espectro amplo (ou seja, contendo diversos canabinóides, incluindo o CBD) foi capaz de reduzir as reações de hiperalgesia mecânica e térmica em ratos com sintomas análogos à fibromialgia, induzidos por reserpina.

Com humanos, Boehnke *et al.* (2021), a partir de sua pesquisa com 2701 colaboradores, observaram que a maioria dos usuários relatou melhora dos sintomas a partir do uso de CBD. Na mesma toada, Giordi *et al.* (2020), em seu estudo com pacientes com fibromialgia não respondentes ao tratamento tradicional, após administração de extrações de Cannabis contendo CBD associado ao THC, apontaram que 33% dos participantes relataram melhora geral nos sintomas da doença, 44% apontaram melhorias significativas da qualidade do sono, além da melhora dos sintomas de ansiedade e depressão em 50% dos casos. Apenas um terço dos pacientes apresentaram efeitos adversos que, segundo os autores, não foram de magnitude significativa. Berger e seus colaboradores (2020) apresentam uma revisão sistemática na qual discutem que, apesar de não haver evidências conclusivas da possibilidade de tratar a fibromialgia a partir dos compostos de Cannabis, a perspectiva tem se mostrado promissora, com evidências que apontam a redução da dor crônica associada à fibromialgia, a partir desse tipo de tratamento.

Adicionalmente, intervenções por meio de canabinóides também têm sido empregadas para o tratamento da espasticidade, em especial nos casos de Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA). Meyer *et al.* (2019) relataram, a partir do estudo com 44 pacientes com ELA, que o uso do medicamento Sativex (associação CBD:THC administrada por via nasal) foi capaz de reduzir sintomas de espasticidade, em especial naqueles com sintomas moderados a graves. Fernández *et al.* (2014), por sua vez, demonstraram que 80% dos 50 pacientes com ELA incluídos no estudo, apresentaram melhora significativa nos sintomas de espasticidade, com efeitos adversos leves a moderados, a partir do uso do mesmo medicamento.

Ainda no âmbito das patologias de ordem neurológica, também se tem demonstrado as potencialidades do CBD no enfrentamento à doença de Parkinson. A revisão conduzida por Ferreira e colaboradores (2022) mostrou que o uso do CBD incorre em efeitos neuroprotetores, anti-inflamatórios e antioxidantes em pacientes com Doença de Parkinson. Esses efeitos se emparelham àqueles observados em estudos voltados a outras patologias, o que dá margem para novos estudos incluindo doenças cujo tratamento perpassa esses processos. O efeito neuroprotetor também foi demonstrado na revisão apresentada por Crippa *et al.* (2019). Além disso, os autores apontaram que o CBD foi bem tolerado por pacientes com Parkinson, resultando significativamente na redução de sintomas não-motores como distúrbios de sono e melhora na execução de atividades diárias.

Não obstante, o uso desse composto extrapola o campo do tratamento de transtornos neurológicos, como na remediação de sintomas em síndromes respiratórias (como na COVID-

19), bem como no tratamento de diferentes tipos de câncer, apresentando efeito antitumoral. Salles *et al.* (2020) apontaram que a administração do CBD, em ratos com síndrome respiratória aguda grave (SRAG) induzida por intervenção, foi capaz de reduzir os sintomas a níveis normais, assim como reduzir a concentração de apelina, um importante indicador de complicações derivadas de problemas respiratórios, tanto no sangue, quanto no tecido pulmonar. Adicionalmente, McGrail, Martín-Banderas e Durán-Lobato (2022) apontam, em sua revisão, que o CBD tem apresentado importantes efeitos imunoregulatórios, anti-inflamatórios e antivirais em casos de COVID-19, destacando-se como uma alternativa promissora no combate à doença.

No que tange aos seus efeitos antitumorais, Likar *et al.* (2019) apontaram que a ingestão do Canabidiol, concomitantemente ao tratamento convencional por radioterapia, em pacientes com tumores cerebrais, foi capaz de aumentar significativamente a expectativa de vida, em comparação ao protocolo tradicional. Wang e Multhuff (2021), por sua vez, apontam, em revisão, que há claras evidências da eficácia do CBD no que diz respeito à sua ação antitumoral, participando na ativação complexa de processos biológicos responsáveis pela redução no crescimento de tumores e na atenuação de processos inflamatórios associados; assim como na sua alta aceitabilidade por pacientes humanos.

Ao mesmo tempo, Seltzer *et al.* (2020), afirmam a participação do CBD em processos relacionados à redução da progressão de diversos tipos de câncer, tais como glioblastoma, leucemia, prostático, gástrico e cervical. Além disso, levantaram evidências de que os pacientes geralmente não demonstram tolerância ao uso continuado do CBD e que os efeitos colaterais mais comumente relatados são tontura e náusea, não considerados graves.

Uma rápida revisão da literatura demonstra que o Canabidiol tem importantes funções terapêuticas em diversos quadros patológicos que, aliás, frequentemente encontram casos nos quais os tratamentos convencionais não são efetivos. Além disso, os efeitos adversos associados ao uso do CBD isolado, quando mencionados, são de magnitude leve a moderada (DOS SANTOS *et al.*, 2020). Segundo Dos Santos *et al.* (2020), os efeitos adversos mais intensos são raros e incluem letargia e sonolência que, de modo geral, não interferem no funcionamento geral do paciente de maneira tão expressiva.

Por outro lado, Herbst e Musgrave (2020) publicaram um estudo de caso no qual um paciente pediátrico foi socorrido com quadro de deficiência respiratória após o uso de um medicamento à base de CBD. No entanto, o estudo relata que o paciente em questão apresentou alta concentração de THC no sistema, o que levanta a tese de que os principais efeitos adversos

associados ao CBD, na realidade, derivam da “contaminação” por THC que, em casos particulares, pode ser problemática, haja vista a existência de grupos de risco frente ao uso dessa substância, como será discutido adiante. Outros autores também defendem essa tese, como se observa em Lachenmeier *et al.* (2019).

Entretanto, o THC não deve ser compreendido como um vilão nos tratamentos à base de Cannabis. Com efeito, diversas aplicações medicinais desse composto também têm sido elencadas em estudos atuais. Em parte, o THC também é capaz de ajudar em casos nos quais o CBD também se faz útil, como em quadros de fibromialgia, esclerose e diversos tipos de câncer, mas também demonstra efetividade na terapêutica de outras patologias.

No estudo de van Ameringen *et al.* (2017), apresentam-se os efeitos do THC no tratamento da dor e da espasticidade em pacientes com Esclerose Múltipla Progressiva. O estudo demonstrou que a formulação à base de THC foi bem tolerada pelos pacientes, assim como se observou um perfil farmacocinético estável, atestando a segurança do tratamento. A dor, bem como a espasticidade autopercebida, foram reduzidas imediatamente após a administração do medicamento. É válido ressaltar que os autores não identificaram alterações cognitivas e/ou outras alterações clínicas significativas quando comparado o grupo intervenção com o grupo placebo. Jones e Vlachou (2020), de certo modo, confirmam os achados do estudo supracitado, na medida em que apontam que a administração dos canabinóides (THC + CBD) é capaz de reduzir moderadamente os níveis de espasticidade, tal como os tratamentos convencionais, mas apresentam consideravelmente menos efeitos colaterais.

No que tange à fibromialgia, Chaves *et al.* (2020), em estudo realizado no Brasil, encontrou como resultado que a administração de óleo medicinal, rico em THC, implicou na redução significativa da dor, além da melhoria da qualidade de vida das pacientes incluídas no estudo. Semelhantemente, os participantes do estudo de Mazza (2021) apresentaram melhoria na dor e na intensidade geral dos sintomas de fibromialgia a partir do consumo de preparados de Cannabis ricos em THC. Além disso, foi possível constatar que, quando apresentados, os efeitos adversos foram leves, tais como confusão mental, tontura e náusea. Berger *et al.* (2020) discute, nesse sentido, que ainda existem poucos ensaios clínicos randomizados que apresentam a efetividade do THC no tratamento da fibromialgia, essa modalidade de tratamento se mostra promissora.

Adicionalmente, a aplicação do THC também tem sido estudada no tratamento do câncer. Tomko, Whynot e Dupré (2021) encontraram evidências de que o THC (assim como o CBD e outros canabinóides), apresentam propriedades antitumorais e interagem com outros

medicamentos utilizados em protocolos convencionais para o câncer de bexiga. A depender da dosagem, as substâncias derivadas da maconha podem atuar como antagonistas ou sinérgicos frente a essas medicações, o que destaca o aspecto dose-dependente das interações dos fitocannabinóides com a fisiologia humana. Além disso, foi possível perceber a ação sinérgica do THC e do CBD com outros cannabinóides menores, como o canabigerol e a canabivarina, no tratamento deste tipo de câncer. Essas evidências se somam às informações trazidas por Afrin *et al.* (2020) que demonstram, em revisão, que o uso de cannabinóides, tanto naturais, quanto sintéticos, incluindo formulações com THC, auxilia na redução da viabilidade de células cancerosas, na redução do volume e na inibição do crescimento de tumores.

Outrossim, aplica-se o THC no tratamento de condições nas quais o uso do CBD não costuma ser utilizado ou não demonstra a mesma efetividade. Nesse âmbito, seus efeitos cardioprotetores têm sido observados por diversos autores. Maslov *et al.* (2016) discorre sobre a ação cardioprotetora desse cannabinóide, a partir da ativação dos receptores CB2, inclusive sendo capaz de reduzir os efeitos da lesão por reperfusão, ou seja, a morte celular a partir da restauração do fluxo sanguíneo em áreas que passaram por isquemia vascular. Nesse mesmo sentido, Waldman e colaboradores (2013) constataram que a administração de uma dose baixa de THC em pacientes pré-isquêmicos é capaz de reduzir os danos decorrentes da isquemia no miocárdio, aumentando a função cardíaca e reduzindo o tamanho da área infartada, assim como processos inflamatórios decorrentes. Zhang e colaboradores (2020) discorrem que o THC também pode ajudar em casos de hipertrofia, fibrose e disfunção contrátil cardíacas.

Esse composto também aparece como alternativa para o tratamento de síndromes respiratórias. Em estudos com ratos, Mohammed e colaboradores (2020) verificaram que a administração de solução alcoólica, rica em THC, teve efeitos antimicrobicos e anti-inflamatórios, capazes de reduzir a gravidade de síndromes de estresse respiratórias, a partir do fortalecimento da microbiota pulmonar. Na mesma direção, Mohammed *et al.* (2020a) identificaram que o THC é capaz de reduzir a mortalidade em casos de COVID-19 em animais. Adicionalmente, Nagarkatti, Miranda e Nagarkatti (2020) sugerem que devido às células imunes apresentarem receptores cannabinóides e os compostos dessa natureza exibirem considerável ação anti-inflamatória, o tratamento da COVID-19 a partir do uso dos cannabinóides é uma alternativa promissora.

Por outro lado, pesquisas expuseram possíveis efeitos adversos do uso do THC, devendo-se considerar seu consumo a partir das restrições e grupos de risco apontados pela literatura. Landucci *et al.* (2022), por exemplo, indica que a exposição prolongada ao THC pode

provocar modificações na expressão de proteínas sinápticas e alterações morfológicas em neurônios e astrócitos, importantes coadjuvantes no funcionamento do sistema nervoso, ainda que não tenham provocado morte celular em modelos animais. Tais alterações foram especialmente relevantes no hipocampo, área cerebral envolvida nas funções de memória. Nesse sentido, os autores destacam que o uso prologado da substância deve ser considerado com os devidos cuidados, especialmente dentre os adolescentes, haja vista que o processo de maturação neural está em pleno desenvolvimento nesta fase da vida.

Pabon *et al.* (2021) discutem que alguns dos efeitos agudos da exposição ao THC também podem estar relacionados a repercussões consideradas adversas do uso da substância. Esse composto, imediatamente após o seu uso, pode gerar, dentre outros efeitos, o aumento da frequência cardíaca que, segundo o autor, poderia estar relacionado à ansio gênese, que é muitas vezes associada a esse canabinóide. Em parte, os efeitos adversos também podem ser atribuídos a interações medicamentosas ou a características específicas do usuário. Brown (2020) aponta que os metabolitos decorrentes do THC apresentam diversas interações medicamentosas, o que tem potencial de alterar seus efeitos sobre o corpo.

Além disso, polimorfismos genéticos podem alterar a biodisponibilidade do THC, o que também pode incidir na exacerbação de efeitos indesejáveis, associados a altas dosagens desse composto que, sem uma compensação decorrente de outros canabinóides, é capaz de resultar em desfechos inconvenientes ou até mesmo perigosos. É importante considerar que essas alterações genéticas são mais frequentes em certos grupos de pessoas. No caso em questão, Brown (2020) comenta que indivíduos caucasianos tem uma probabilidade consideravelmente maior de apresentar tais condições, o que deve ser sopesado na ocasião de prescrições de tratamentos a base desse canabinóide ou mesmo do uso recreativo, sendo recomendado que as dosagens sejam progressivamente ajustadas para que obtenha os efeitos desejados.

Nessa medida, ressalta-se o aspecto dose-dependente dos canabinóides, principalmente considerando os componentes psicoativos como o THC. Adicionalmente, é necessário considerar possíveis grupos de risco na utilização dos canabinóides, como adolescentes ou pessoas com determinadas predisposições genéticas. Contudo, como discorre Ribeiro (2018), é também preciso levar em conta as interações entre os canabinóides na administração de compostos de Cannabis, haja vista que muitos dos efeitos colaterais mais significativos, documentados em estudos com canabinóides isolados, podem ser reduzidos ou

até mesmo eliminados a partir do uso de preparados com espectro completo, ou seja, utilizando todas as substâncias encontradas na planta.

Nesse sentido, ressalta-se que os canabinóides, bem como outras substâncias encontrados na planta, a exemplo dos terpenos, podem e têm sido utilizados em conjunção, apresentando efeitos diferentes daqueles obtidos por meio do uso isolado de seus componentes. Diversos autores têm defendido que o uso conjunto dos compostos da maconha apresenta benefícios específicos, a partir do que se convencionou chamar de efeito comitiva (*entourage effect*).

Ainda que o efeito comitiva possa ser encontrado mediante a utilização de diferentes princípios ativos, este tem ganhado especial atenção no campo dos estudos sobre Cannabis, uma vez que diferentes conjunções de canabinóides e terpenos resultam em ações e aplicações diferentes. Ribeiro (2018) discute que o CBD e o THC apresentam efeitos contrários, que podem ser tidos como complementares em aplicações medicinais. Enquanto o CBD apresenta funções de relaxamento e antipsicóticas (como se discutirá na seção seguinte), o THC demonstra efeitos excitativos e pró-psicóticos. No processo de cultivo e seleção das plantas de Cannabis, dentre as mais de 700 espécies hoje existentes pelo mundo, encontram-se aplicações múltiplas e distintas, decorrentes, em especial, da proporção entre esses dois canabinóides principais (RIBEIRO, 2018).

Isso posto, deve-se considerar o uso desses preparados de Cannabis, seja para fins medicinais, ou aliás com quaisquer finalidades, mediante a análise dessa combinação entre canabinóides específicos, haja vista que o uso dessas substâncias de maneira isolada, em especial quando se inclui o THC somente, pode oferecer riscos e consequências adversas que, em combinação com o CBD, não seriam identificados. Adicionalmente, o uso de compostos de Cannabis ricos em THC e CBD ou de amplo espectro, ou seja, apresentando integralmente as substâncias presentes na planta, canabinóides, terpenos e fenóis; tem demonstrado efeitos desejáveis mais significativos, bem como menos reações colaterais, como no caso da dor crônica (ANAND *et al.*, 2021), inflamação, epilepsia, câncer e infecções fúngicas e bacterianas (RUSSO, 2021).

Os efeitos dessa interação também são encontrados em aplicações voltadas para o âmbito psicológico, tal como em transtornos de humor e ansiedade (FERBER *et al.*, 2020). Nesse deslinde, serão discutidos na seção seguinte as aplicações dos compostos de Cannabis no campo da saúde mental.

4.2. Efeitos do uso da Cannabis sobre a saúde mental

Nos últimos anos, estudos têm sido publicados a respeito das possíveis relações entre o uso da Cannabis e o diagnóstico de diversos transtornos mentais, assim como sobre aplicações dos canabinóides no tratamento dessas condições. Nesse campo, uma das discussões mais tradicionais envolve a relação entre o uso da Cannabis e os transtornos psicóticos. Sobre o tema, Hasan *et al.* (2019) realizaram uma extensa revisão, apontando que a literatura demonstra que os diagnósticos de transtornos psicóticos ocorrem mais frequentemente dentre os usuários de maconha, quando comparados aos não-usuários, assim como estes diagnósticos costumam ocorrer antecipadamente neste grupo, que também demonstra sintomas positivos (como delírios e alucinações) mais agravados, o que se relaciona com uma maior incidência de hospitalizações.

Sideli *et al.* (2020) apresentam evidências semelhantes, além de apontarem que tais riscos são mais acentuados para os consumidores de variantes mais potentes de Cannabis ou de canabinóides sintéticos. É válido ressaltar que, nesses dois estudos, as evidências sugerem que os riscos de transtornos psicóticos são mais frequentes em pessoas que iniciaram precocemente o uso da maconha (na adolescência). Ademais, a relação entre Cannabis e psicose parece ser condicionada à dose consumida e à composição de canabinóides presente no produto, de modo que os usuários que fazem uso frequente de altas quantidades de maconha rica em THC, e pobre em CBD, apresentam os maiores riscos. Nesse sentido, não se pode apontar uma relação direta entre o uso da Cannabis e os transtornos psicóticos, assim como se deve necessariamente considerar a frequência, a dosagem e o tipo de produto consumido, haja vista que diversos outros estudos indicam que, ao contrário, a Cannabis rica em CBD pode auxiliar na redução dos sintomas psicóticos, em especial em casos de esquizofrenia (LOWE *et al.*, 2019; CRIPPA *et al.*, 2018; PATEL *et al.*, 2020; HOCH *et al.*, 2019; KAHN *et al.*, 2020; BATALLA *et al.*, 2021).

Outro campo no qual tem se pesquisado o uso da Cannabis na área dos transtornos mentais é na sua relação com o Transtorno Bipolar (TB). A revisão empreendida por Lowe *et al.* (2019) aponta que os estudos têm demonstrado a relação entre o consumo de Cannabis e o TB, bem como o aumento da duração dos episódios afetivos, aceleração da alternância entre estados de humor e menores taxas de remissão.

Publicações mais recentes, entretanto, apresentam evidências contrárias. Denissoff *et al.* (2022), por exemplo, em um estudo longitudinal com adolescentes finlandeses, com vistas

à identificação da relação entre o uso da maconha e surgimento do transtorno bipolar, deslindam que o uso de Cannabis na adolescência está associado a um risco aumentado para o desenvolvimento do transtorno bipolar, a despeito do sexo, da estrutura familiar e do histórico psiquiátrico dos pais, somente quando não são controlados os efeitos do uso de outras substâncias lícitas e ilícitas. Desse modo, a relação entre o uso precoce de maconha e o TB parece ser mediada por outras variáveis. Jepsen *et al.* (2020), por sua vez, apontam que, ao contrário, fatores de risco genético para o TB estão associados a um aumento na probabilidade do uso de Cannabis ao longo da vida, mas os fatores de risco genético para o uso Cannabis durante a vida não se associam ao risco aumentado de TB.

A partir disso, é válido considerar que as pesquisas acerca da associação entre Cannabis e TB, assim como evidências acerca da possibilidade do uso terapêutico dos canabinóides para o tratamento desse transtorno, apresentam inconsistências. Não é possível apontar uma associação direta entre o uso de maconha e o diagnóstico de TB, tendo em conta que, assim como há estudos que apontam que o uso da Cannabis rica em CBD ajuda a melhorar sintomas depressivos e maníacos em pacientes com TB (KAHN *et al.*, 2020), outros demonstram a associação entre uso de Cannabis e o histórico de tentativas de suicídio em pacientes com esse transtorno, associadas à piora dos sintomas característicos dessa condição (BARTOLI; CROCAMO; CARRÀ, 2019).

Sem desconsiderar a importância desses resultados, salienta-se que os transtornos anteriormente discutidos são quadros pouco prevalentes em comparação a outras psicopatologias, tais como ansiedade e depressão. Segundo a Organização Mundial de Saúde, mais de 320 milhões de pessoas ao redor do mundo sofrem de depressão, enquanto quase 255 milhões padecem de ansiedade, de modo que esses transtornos se configuram como um dos principais problemas de saúde pública no planeta (OMS, 2017). Nesse sentido, parece coerente que qualquer discussão no campo da saúde mental leve em consideração tais transtornos, destacando-lhes em função dos impactos sociais e individuais de sua prevalência.

Nesse sentido, boa parte dos estudos que consideram o uso da Cannabis em sua relação com os transtornos mentais, o fazem destacando a ansiedade e a depressão como variáveis principais, abarcando, por vezes, os impactos decorrentes desses transtornos, como a ideação suicida e os transtornos de sono. Nesse contexto, também se destaca que, segundo Aggarwal *et al.* (2012) e Grella *et al.* (2014), a depressão figura com um dos principais motivos para o consumo de Cannabis com fins terapêuticos, juntamente com a ansiedade.

A esse respeito, a revisão apresentada por Scherma *et al.* (2018) discute que uma deficiência no sistema endocanabinóide estaria relacionada a uma das potenciais etiologias da depressão, de modo que a administração de fitocanabinóides poderia ser uma alternativa viável para o tratamento desse transtorno. Do mesmo modo, esse déficit estaria associado ao desenvolvimento do transtorno bipolar. Nesse sentido, os autores relatam estudos pré-clínicos que indicam a possibilidade do uso da Cannabis para o tratamento daquele transtorno.

Denson e Earleywine (2006), por sua vez, indicam que pessoas que usam maconha todos os dias, ou mesmo ocasionalmente, apresentam menos sintomas de depressão no cotidiano do que aqueles que nunca experimentaram Cannabis. Adicionalmente, Walsh *et al.* (2017) relata outros sete estudos que apresentam evidências da efetividade da Cannabis no tratamento da depressão. Dentre esses achados, avulta-se que Bonn-Miller, Babson e Vandrey (2014) relata que a redução dos sintomas desse transtorno figura como um dos principais efeitos do uso terapêutico de Cannabis entre os participantes, havendo especial atividade em indivíduos com histórico de trauma e níveis mais baixos de bem-estar subjetivo. Concomitantemente, Nunberg *et al.* (2011) relata que o alívio da depressão foi um dos principais efeitos apresentado pelos respondentes do estudo. Outro aspecto interessante é que os autores mencionam que a Cannabis ocorreu como um substituto para o consumo de álcool nos pacientes entrevistados.

Aditivamente, é válido mencionar os resultados apresentados por Li *et al.* (2020), que descrevem que, pelo menos a curto prazo, a maioria dos pacientes que utilizam Cannabis alcançam efeitos antidepressivos, ainda que estes possam variar em função da composição dos canabinóides presentes na planta. Ainda, o estudo conduzido por Lake *et al.* (2020), mesmo que de forma preliminar, descreve que o consumo de Cannabis é capaz de enfraquecer a relação entre o Transtornos de Estresse Pós-Traumático e a depressão severa, bem como a ideação suicida.

Não obstante, Feingold e Weinstein (2021) alegam que tais evidências ainda são bastante limitadas, existindo estudos que apresentam perspectivas contrárias a essa possibilidade. Baborik *et al.* (2018), por exemplo, indicam que pacientes psiquiátricos que usam Cannabis medicinal exibem piores indicadores de saúde mental e física, em comparação a não usuários. Esses mesmos autores também manifestam que o uso não-medicinal de Cannabis se correlacionou a piores indicadores de saúde mental e ideação suicida. Feingold e Weinstein (2021) discutem ainda que o uso de Cannabis estaria relacionado a piores desfechos no tratamento da Depressão. Para além, Schmidt *et al.* (2020) acusam uma relação expressiva entre o consumo de Cannabis e o comportamento suicida em adolescentes. Nesse sentido, é notável

que o período de início do uso, assim como a composição dos canabinóides presentes na planta, como mencionado acima, pode influenciar nos efeitos decorrentes do uso de maconha, sendo a adolescência o desenvolvimento frequentemente mencionado como um grupo de risco para o consumo.

Ademais, os estudos apresentados por Lowe *et al.* (2019) levantam evidências de que o uso crônico de maconha fortalece a relação entre o uso da Cannabis e depressão. Entretanto, observa-se que a literatura não é clara a respeito da intensidade do consumo que estaria associada à depressão, haja vista que pesquisas discorrem sobre essa relação apenas em pacientes que apresentam Transtorno por Uso de Cannabis (TUC) – caracterizado pelo consumo em quantidades ou períodos superiores ao pretendido, além de outros sintomas como fissura e o comprometimento da atividade cotidianas em função do uso da substância (APA, 2014) –, enquanto outras apontam que consumir semanalmente já seria suficiente para se constatar a relação com a depressão.

Outrossim, os autores discutem que algumas pesquisas, ao controlar os efeitos de outras variáveis, como o uso de outras drogas ilícitas e o nível educacional, não foram capazes de encontrar relações significativas entre o uso de Cannabis e a depressão. Desse modo, enseja-se a realização de pesquisas que considerem a frequência do uso e a composição dos canabinóides presentes na maconha consumida.

Por outro ângulo, Gorfinkel, Stohl e Hasin (2020) exploraram a influência da depressão sobre o uso de maconha. O estudo conduzido por essas autoras demonstrou que pacientes com depressão tem uma maior tendência a fazer uso excessivo de Cannabis. Nessa perspectiva, parece razoável questionar se a Cannabis estaria, de fato, relacionada a pior sintomatologia depressiva ou se, ao contrário, pacientes mais graves tendem a utilizar a maconha como alternativa ao tratamento convencional, seja a partir do uso medicinal, seja mediante o uso não-medicinal, como indicam Sideli *et al.* (2019). Hodgson *et al.* (2019) apresentam que a presença de fatores de risco genéticos frente ao uso de Cannabis está relacionada à depressão e aos comportamentos autolesivos, ao passo que afirmam que os mesmos fatores de risco associados à Depressão e a esses comportamentos também as associam ao uso de maconha, ressaltando que as análises conduzidas não são capazes de estabelecer causalidade ou mesmo a direção da relação entre as variáveis, padrão que se repete em outros estudos que preconizam a associação da Cannabis à depressão e à ideação suicida (GORFINKEL; STOHL; HASIN, 2020; BAHORIK *et al.*, 2018; HOSSEINI; OREMUS, 2019).

Ainda nesse contexto, Young-Wolff *et al.* (2020) demonstram que a probabilidade do uso de Cannabis em mulheres grávidas na Califórnia aumenta segundo a existência de diagnósticos de depressão, ansiedade e trauma, novamente esclarecendo a possibilidade de que a relação entre a Cannabis e a Depressão pode também ser considerada a partir da influência desta sobre aquela. Esses mesmos autores ainda relatam que essas mulheres costumam utilizar a maconha para manejar o humor e o estresse. Nesse ponto, ressalta-se ainda que existem paciente que fazem uso da Cannabis não-medicinal, como na sua forma fumada, com fins terapêuticos, ainda que esse uso não seja usualmente classificado como medicinal.

Além disso, D'Souza e Ranganathan (2015) alertam que a relação entre Cannabis e depressão deve ser levada em conta à luz de outros fatores, tais como a frequência do uso, dosagem, tempo de uso, forma de administração, além de características pessoais do usuário. Nessa direção, Schoeler *et al.* (2017) observaram em seu estudo, que o uso de Cannabis está atrelado ao diagnóstico de transtorno depressivo maior apenas no grupo que iniciou o consumo antes dos 18 anos de idade. Ademais, Boggs *et al.* (2018) apontam, assim como em outros estudos já mencionados, o caráter dose-dependente dos canabinóides, compreendendo-se, a partir disso, que o uso das mesmas substâncias pode implicar em diferentes efeitos a partir de sua dose. Outrossim, a interação entre os canabinóides também tem de ser considerada no caso da avaliação de seus efeitos, sendo o uso das substâncias isoladas potencialmente mais arriscado em muitos casos, como aponta Ribeiro (2018).

Adiante, outras pesquisas demonstram a utilização da Cannabis no alívio dos sintomas de ansiedade. A metanálise conduzida por Kosiba, Maisto e Distre (2019) apontou que a ansiedade está entre os motivos mais frequentemente relatados para justificar o uso de Cannabis, o que é confirmado a partir da pesquisa realizada por Walsh *et al.* (2017). Nesse deslinde, a revisão conduzida por van Ameringen *et al.* (2019) indica que os estudos direcionados a essa temática, ainda que reduzidos, apresentam evidências, no geral, favoráveis ao uso dos canabinóides para o tratamento da Ansiedade.

Além disso, dentre os artigos levantados por esses autores, indica-se que o CBD é efetivo na redução dos sintomas de ansiedade usualmente provocados pelo THC, especialmente em altas dosagens (ZUARDI *et al.*, 1982; KARNIOL *et al.*, 1974). Nesse ponto, é preciso mencionar que a distinção entre os efeitos ansiogênicos e ansiolíticos, do THC e do CBD, respectivamente, já são longamente conhecidos pela literatura, como discorrem Sharpe *et al.* (2020) e Ribeiro (2018). Avulta-se que a relação entre o uso de Cannabis e a ansiedade também

é dependente da composição dos canabinóides presentes no produto consumido, assim como foi discutido acima, quanto à depressão.

Ameringen *et al.* (2019) descrevem que a ação ansiolítica é observada tanto em pacientes saudáveis, quanto em pessoas com Transtorno de Ansiedade Social. Tais achados se confirmam em Wright, Di Ciano e Brands (2019) que, por sua vez, demonstram estudos pré-clínicos que retratam efeitos ansiolíticos, antiestresse, anticomulsivos e panicolíticos, bem pesquisas clínicas, abrangendo participantes com e sem transtorno de ansiedade social, que descrevem efeitos ansiolíticos. Esses resultados foram confirmados por Berger, Li e Amminger (2020). Adicionalmente, Bergamaschi *et al.* (2011) demonstram que administração de uma dose única CBD foi capaz de reduzir os níveis de ansiedade, mediante a exposição a situações sociais, também em pacientes com Transtorno de Ansiedade Social.

Na mesma direção, O'Sullivan, Stevenson e Laviolette (2021) apontaram, em revisão, que os ensaios clínicos randomizados incluídos no estudo mencionam a capacidade do CBD em reduzir a Ansiedade em indivíduos com fobia social, bem como em pacientes com alto risco clínico de transtornos psicóticos e sujeitos com Parkinson. Ainda segundo esses autores, pesquisas observacionais demonstraram efeitos semelhantes do CBD, tanto em pacientes saudáveis, quanto em pessoas diagnosticadas com transtornos de ansiedade e do sono, depressão e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT).

Crippa *et al.* (2011) observaram ainda que o CBD é útil na redução dos sintomas subjetivos de ansiedade, bem como dos comprometimentos cognitivos associados ao Transtorno de Ansiedade Generalizada. Ademais, Shannon *et al.* (2019) acusam que o uso do CBD não só foi capaz de reduzir os sintomas ansiosos da maior parte dos pacientes incluídos no estudo, já no primeiro mês de tratamento, mas pôde também melhorar a qualidade do sono dos participantes nesse mesmo período, ainda que os efeitos tenham flutuado com o passar do tempo.

A despeito dessas evidências, basicamente todas as revisões citadas apontam a necessidade de outros estudos clínicos que possam confirmar, ou refutar, os resultados apresentados nos trabalhos correlacionais existentes. Tal apontamento se mostra relevante uma vez que outros estudos levantam evidências contrárias ao uso medicinal da Cannabis para os transtornos de ansiedade, assim como outros associam o uso à emergência de sintomas ou transtornos dessa natureza. Botsford, Yang e George (2020), em revisão, mencionam evidências que associam o uso de maconha ao aparecimento de sintomas de Ansiedade Social, mesmo ao se controlar o efeito de variáveis intervenientes, incluindo transtorno por uso de outras

substâncias. Ainda, o uso de Cannabis foi associado a menores taxas de remissão em transtornos ansiosos.

Apesar disso, os autores apresentam diversos outros estudos em que essas relações não foram observadas ou, quando foram, ocorreram somente entre os participantes com Transtorno por uso de Cannabis. De todo modo, os efeitos negativos do consumo de maconha também são apresentados por Kancherla *et al.* (2021), ainda que outras revisões demonstrem inconsistências semelhantes as já mencionadas (PRATT *et al.*, 2019; SHAKYA *et al.*, 2021).

Nota-se, portanto, que de forma similar ao estado da arte apresentado quanto à depressão, indícios concernentes à relação entre Cannabis e ansiedade ainda se encontram em estado preliminar. Ressalta-se que, ainda que se apresentem evidências da associação entre essas variáveis, tal relação é influenciada por fatores como a frequência de consumo, a dose consumida, o uso de outras substâncias, a prevalência dos canabinóides no produto, assim como outras variáveis sociodemográficas. Considerando a dimensão do sofrimento psíquico implicado por esses transtornos, bem como sua relevância no campo da Saúde Mental, é mister que outros estudos sejam realizados visando aclarar a dinâmica dessas relações.

Para mais, estudos envolvendo Cannabis e condições como Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), Transtornos Alimentares, Transtornos do Sono e Síndrome de Tourette também podem ser encontrados na literatura, ainda que sejam menos numerosos. Quanto ao TEPT, a revisão apresentada por O'Neil *et al.* (2017) demonstrou que as evidências são contraditórias a respeito dos efeitos da Cannabis sobre esse transtorno. Enquanto parte dos estudos apontou que o uso de maconha favorece a redução dos sintomas de TEPT, outra parte demonstrou que esse uso está atrelado à sua piora, enquanto outras pesquisas não encontraram qualquer associação, quando o efeito de outras variáveis, tais como uso de álcool e a severidade de sintomas depressivos, foram controlados. Em contrapartida, Cogle *et al.* (2011) foram capazes de encontrar indícios da relação contrária. No estudo realizado pelos autores, a presença do diagnóstico de TEPT apresentou associação significativa com o consumo de Cannabis no último ano e ao longo da vida.

Em uma revisão mais recente, Orsolini *et al.* (2019) indicaram que o uso de fitocannabinóides, assim como de canabinóides sintéticos, estão associados à melhoria dos quadros de TEPT, na medida em que contribui para a redução da ansiedade e na melhoria do sono em pacientes com o transtorno. Nesse sentido, é provável que ainda que medidas específicas sobre TEPT possam não apresentar uma melhoria geral do quadro, associada ao uso de Cannabis, sintomas secundários possam ser atenuados por esse consumo.

No que concerne aos transtornos alimentares, as pesquisas têm se voltado sobretudo à Anorexia Nervosa (AN). Jardim (2022), em revisão sistemática, descreve que a literatura apresenta indícios, mesmo que preliminares, favoráveis ao uso da Cannabis para o tratamento da AN e da Anorexia-Caquexia em pacientes com câncer. Tais estudos demonstram que o extrato de Cannabis completo, assim como soluções de THC isolado, puderam aumentar o apetite de pacientes com câncer (STRASSER *et al.*, 2006; SARID *et al.*, 2018), assim como se apresentou relacionada ao aumento dos comportamentos de autocuidado e na redução da sensação de ineficácia em pacientes anoréxicas (AVRAHAM *et al.*, 2017). De outro modo, Nathan *et al.* (2019) não foram capazes de observar a melhoria do apetite no estudo conduzido em idosos com câncer.

Além disso, considerou-se os efeitos do uso da Cannabis sobre o sono. Primeiramente, é importante reconhecer que a melhoria do sono figura entre as motivações comuns para o uso de Cannabis. Tal fato se constata em estudos como o de Winiger *et al.* (2021). Segundo esses autores, o uso atual de Cannabis, entre os participantes da pesquisa, relaciona-se significativamente às expectativas de que a maconha seria um fator relevante na melhoria do sono. Contudo, neste mesmo estudo, demonstrou-se que esse uso se correlacionou a piores indicadores subjetivos de qualidade de sono; e o uso por meio de comestíveis, associou-se negativamente, além de aos indicadores subjetivos de qualidade do sono, ao tempo e à qualidade geral do sono.

Ao mesmo tempo, Diep *et al.* (2022) relata que essa relação pode não ser tão simples. Em seu estudo, os usuários de Cannabis se associaram a ambos os extremos no contínuo do tempo de sono, ou seja, em geral, apresentaram períodos de sono mais curtos ou mais longos do que os não-usuários. Os autores discutem que, possivelmente, haja uma relação dose-dependente entre essas variáveis. De todo modo, existem outras pesquisas que demonstram que o consumo de Cannabis, especificamente as variantes ricas em THC, podem promover o aumento do sono não-REM (MONDINO *et al.*, 2021); e ainda se associa à melhoria da qualidade do sono em pacientes com TEPT (LOWE *et al.*, 2019).

Sucessivamente, tem-se investigado a possibilidade do uso terapêutico de Cannabis sobre a Síndrome de Tourette. Essa condição, que normalmente tem início durante a infância, se caracteriza pela presença de tiques motores e vocais (SZEJKO *et al.*, 2022). Esses mesmos autores apresentaram em revisão, que a literatura sobre o assunto, apesar de limitada, demonstra-se, no geral, favorável ao uso da Cannabis nesse tipo de caso. A exemplo, cita-se o estudo Pichler *et al.* (2019), demonstrando a efetividade do THC, em especial, na melhoria dos

sintomas de Tourette. Ressalta-se, no entanto, que essa pesquisa se trata de um estudo de caso com sujeito único. Outro estudo desse tipo foi capaz de confirmar esses achados, com o destaque de que o tratamento também se relacionou ao aumento da qualidade de vida dos pacientes (MÜLLER-VAHL *et al.*, 2021). Efeitos semelhantes foram apresentados por Milosev *et al.* (2019) e Barchel *et al.* (2022), desta vez com amostras consideravelmente maiores.

Nessa perspectiva, é preciso ainda aclarar os efeitos da Cannabis sobre aspectos da saúde mental para além de diagnósticos específicos. Outras evidências relacionam o uso de maconha e a satisfação com a vida. Segundo a literatura, a satisfação com a vida se refere à avaliação subjetiva que os indivíduos têm sobre a vida como um todo (MARGOLIS *et al.*, 2018). Ari *et al.* (2020) concebe esse construto ainda como um estado psicológico associado ao bem-estar subjetivo. Dessa forma, altos níveis de satisfação com a vida se relacionam a menores níveis de estresse, bem como menos sintomas depressivos e ansiosos (LOPES; NIHEI, 2021), de tal modo que é coerente avaliar os efeitos da Cannabis sobre esse construto, que poderia influenciar sua relação com outros efeitos já mencionados.

Nesse contexto, Lew *et al.* (2019) demonstraram que baixos níveis de satisfação com a vida estão relacionados a mais elevados níveis de consumo de Cannabis, além de álcool e tabaco. Essa condição ainda aumenta, segundo o estudo, a probabilidade do uso concomitante dessas substâncias. Maccagnan, Taylor e White (2020), por sua vez, indicaram que nunca ter consumido Cannabis está associado a maiores escores de satisfação com a vida. Nesse aspecto, convém avaliar tais resultados à luz dos aspectos discutidos por Glodosky e Cuttler (2019).

Esses autores apontaram que os motivos para o uso de Cannabis são capazes de moderar a relação entre o estresse e a depressão, bem como a ansiedade. Nesse sentido, segundo eles, consumir maconha como uma forma de lidar com os problemas faz agravar a relação entre o estresse e os transtornos supracitados. Na mesma direção, o estudo de Spradlin e Cuttler (2019) demonstra que os níveis de estresse se associam à probabilidade de usar Cannabis como uma estratégia de enfrentamento, o que por sua vez estaria vinculado ao uso problemático de Cannabis, responsável por muitos dos efeitos nocivos já descritos acima. Nesse deslinde, mesmo que possa provocar um alívio de certos sintomas aversivos a curto prazo, a utilização da Cannabis como um mecanismo de *coping* tende a reforçar a relação entre eventos estressores e a sintomatologia depressiva e ansiosa, o que não necessariamente ocorre quando o uso é motivado por outros fatores. Essa conjuntura poderia, assim, justificar a relação negativa entre a satisfação com a vida e o uso de Cannabis.

Por fim, é válido considerar as evidências que discorrem sobre a relação entre a Cannabis e o funcionamento das funções cognitivas, em especial, da memória e da atenção. A partir da revisão de Kroon, Kuhns e Cousijn (2021), observam-se que, de forma aguda, o uso de maconha implica em deficiências na aprendizagem e na memória, de modo dependente da dose, o que também se demonstra em Memedovich *et al.* (2018). Tais efeitos, no entanto, são reversíveis mediante um período relativamente curto de abstinência (no estudo de Schuster *et al.* [2018] se reconhece a melhoria do funcionamento da memória após período de um mês sem o uso). No campo da atenção, esses autores informam que os prejuízos também se mostram dependentes da dose de THC contida no produto consumido.

Ainda, Blest-Hopley, Giampietro e Bhattacharyya (2020) discorrem, conforme revisão sistemática realizada, que os usuários de maconha performam de maneira inferior aos não usuários em avaliações de memória, principalmente quanto às tarefas de natureza verbal. As pesquisas levantadas também sugerem uma relação causal da exposição aos canabinóides sobre os prejuízos cognitivos. Salienta-se que tais déficits são proporcionais aos níveis de consumo, podendo ser ainda mais expressivos quando este se dá em períodos críticos do desenvolvimento, como na adolescência. Outro aspecto considerável nota-se em Kloft *et al.* (2020), no qual se demonstra que a exposição aguda aos canabinóides está associada à maior formação de falsas memórias. Destaca-se, em contrapartida, que em seu estudo com ratos, Blaes *et al.* (2019) retratam que o uso inalado de Cannabis com altas doses de THC puderam melhorar significativamente a precisão da memória de trabalho nos sujeitos experimentais. Por outro lado, a administração do THC isolado ou do seu análogo sintético provocou prejuízos no funcionamento da memória, enfatizando que diferenças na composição da Cannabis podem apresentar efeitos cognitivos distintos.

Em suma, o campo de estudo sobre a Cannabis, em sua relação com a saúde mental, ainda é bastante limitado. Mediante o exposto, é possível observar que boa parte dos estudos, quando considerados individualmente, são inconclusivos ou apresentam evidências limitadas. Além disso, muitas vezes, essas pesquisas não conseguem discriminar o sentido da relação entre o uso de Cannabis e aspectos de saúde mental, ainda que outros reconheçam a possibilidade da existência da causalidade reversa. Assim sendo, é possível questionar se, de fato, a Cannabis implica em prejuízos na saúde, ou se os pacientes com transtornos mentais utilizam, consistentemente, a maconha com fins terapêuticos, mesmo sem indicação médica. Nesse ponto, parece coerente indagar-se se são distintos os efeitos objetivos e subjetivos do uso,

podendo estes serem influenciados por características pessoais e aspectos sociodemográficos, por exemplo.

Em um plano mais amplo, se considerando as pesquisas em cada uma das áreas citadas, os resultados obtidos apresentam contradições importantes, que limitam a compreensão objetiva dos efeitos decorrentes do uso da Cannabis. Sobre essa questão, é possível que a falta de padronização na composição dos canabinóides presentes na Cannabis utilizada para o estudo, bem como nos meios de administração, na dosagem e na forma de avaliação dos efeitos, seja responsável pelas inconsistências encontradas na literatura. É preciso, contudo, destacar o prejuízo de não se considerar a proporção e a variedade dos canabinóides em pesquisas dessa natureza.

Nota-se, a partir da revisão empreendida neste capítulo, que esse é um aspecto de suma importância quando se analisa os potenciais efeitos da Cannabis sobre a saúde. É sabido que, mesmo se considerando unicamente os canabinóides principais, a saber o CBD e o THC, diferentes composições no produto final implicam em efeitos distintos. Ainda mais, estudos recentes mencionam que a presença de canabinóides secundários, como o CBG e o CBN; e de certos terpenos, também podem interferir na presença de efeitos positivos ou negativos da maconha sobre o corpo (RUSSO, 2011). Em contrapartida, o uso dos canabinóides isolados, ou mesmo de análogos sintéticos, parece não ser uma alternativa apropriada, uma vez que cada vez mais estudos demonstram que além de mais seguro, o uso medicinal ou mesmo hedonístico de compostos de Cannabis de espectro completo (ou seja, que incluem os canabinóides maiores, menores e terpenos) é responsável por mais efeitos benéficos do que a contrapartida realizada com compostos isolados (NAMDAR *et al.*, 2020).

Consequentemente, fica evidente que as relações da maconha com indicadores de saúde são dose-dependentes. Por esse motivo, a frequência da administração também se torna uma variável de grande relevância, uma vez que, em tese, o intervalo de consumo modifica a biodisponibilidade dos canabinóides no corpo, alterando os efeitos provocados. Não obstante, essas variáveis não influenciam indicadores de saúde de maneira regular ao longo da vida. Levando em conta que o sistema endocanabinóide está implicado nos processos envolvidos no desenvolvimento, a exposição aos canabinóides exógenos, em certos momentos, pode causar prejuízos, que não se observam a partir do mesmo padrão de exposição em outras faixas etárias. Nos estudos apresentados, a adolescência figura como o período mais crítico nesse aspecto, uma vez que, nessa faixa de idade, ocorre parte importante do desenvolvimento do sistema nervoso central (FRIDE, 2009).

Essa limitação decorre, possivelmente, pelo menos nos estudos de autorrelato, da impossibilidade de discernir o tipo de produto consumido em função da proibição ainda existente em boa parte do mundo. Infelizmente, esta restrição ocorrerá invariavelmente no presente estudo, considerado o método empregado e o contexto no qual foi realizado. No entanto, haja vista o estado precoce dos estudos e evidências sobre a temática, essa limitação não deve impedir a proposição de novas pesquisas.

Em se tratando dos impactos psicológicos decorrentes da convivência com mecanismos de repressão, arraigados nas políticas proibicionistas, poucos estudos foram encontrados. O único estudo que avalia diretamente essa relação é descrito por Martínez e Atuesta (2018), por meio do qual se conclui que nas comunidades mexicanas onde o tráfico de drogas está presente, os moradores apresentam maiores níveis de depressão. Tal relação é agravada conforme aumentam os confrontos entre policiais e traficantes, assim como as execuções, principalmente quando é maior o nível de brutalidade envolvida nesses eventos. Ademais, artigos teóricos discutem aspectos relevantes sobre a questão. Em resumo, aponta-se que as políticas proibicionistas impõem aos usuários o risco aumento de sanções criminais, incluindo o encarceramento. Esta, por sua vez, está relacionada a piores indicadores de saúde física e mental, bem como menor expectativa de vida, reduzido nível educacional, desemprego, além da degradação de suas relações interpessoais, o que agrava ainda mais o problema (MALLIORI *et al.*, 2015; EARP *et al.*, 2021).

Mesmo sem se considerar a condição de encarceramento, o próprio fato de se estar sob vigilância de outras pessoas e a aumentada frequência de abordagens pela polícia, em tese, comum entre os usuários, também pode afetar negativamente a saúde mental desses indivíduos (EARP *et al.*, 2021). Os autores ainda apontam que a proibição perpetua o estigma associado ao uso de drogas e desencoraja a busca por tratamento médico e psicológico dentre os usuários. Para além, Stone (2022) aponta que a lógica proibicionista pode ter enviesado o campo dos estudos sobre o uso de substâncias, inculcando em profissionais e pesquisadores a ideia de que nada de bom pode decorrer do uso desses compostos e que a única forma saudável de viver é não as utilizando. Nesse sentido, são necessários outros estudos que possam aferir objetivamente os impactos dos mecanismos de repressão sobre a saúde mental dos usuários.

Diante do exposto, fica claro que existe uma ampla gama de possibilidades de investigação na relação entre a Cannabis e a saúde mental. Contudo, na impossibilidade de abranger todas, a escolha das variáveis do presente estudo se fundamenta na tentativa de contemplar os efeitos mais frequentemente apresentados pela literatura, considerando a revisão

realizada neste capítulo. Em função do campo de estudos no qual se insere a presente pesquisa, apesar de terem sido discutidos os efeitos sobre a saúde física, estes não serão considerados no estudo descrito adiante. Tendo em vista as especificidades dos métodos de avaliação das condições mencionadas, entende-se que estes não são adequados à perspectiva metodológica adotada na presente pesquisa.

Quanto aos efeitos psicológicos, compreende-se que alguns dos transtornos e condições apresentadas são de difícil verificação, havendo necessidade de um processo de avaliação mais complexo, que está para além do escopo do estudo. Por outro lado, tendo em vista a alta prevalência, o agravado nível de sofrimento envolvido nesses processos, a variedade de condições de adoecimento deles decorrentes e o conseqüente impacto na área da saúde pública e, especificamente, no campo da saúde mental, optou-se por limitar o escopo do estudo aos construtos depressão e ansiedade.

Ademais, tendo em conta as limitações apresentadas nos estudos revisados, buscou-se contemplar, na avaliação do uso de Cannabis, a frequência e a quantidade média de produto consumido. Quanto às variáveis referentes aos indicadores de saúde mental, serão aferidas por meio de instrumentos devidamente traduzidos e adaptados ao contexto da pesquisa, apresentando adequadas evidências psicométricas e a possibilidade de aplicação por meio do autorrelato.

Já as variáveis que competem à avaliação das vivências frente aos mecanismos de repressão foram operacionalizadas pela frequência de abordagens, os possíveis tipos de violência sofridos nesses eventos e aspectos associados a sanções sofridas em função dos hábitos de consumo, alinhando-se às pesquisas prévias. A partir disso, estrutura-se o estudo empírico apresentado a seguir, visando a avaliação dos efeitos decorrentes do uso da Cannabis e dos mecanismos de repressão às drogas sobre a saúde mental, em uma amostra da população geral brasileira.

5 AVALIAÇÃO DOS EFEITOS ASSOCIADOS AO CONSUMO DE CANNABIS E À GUERRA ÀS DROGAS

Este estudo teve como objetivos: (1) avaliar se há diferenças significativas entre a os níveis de ansiedade e depressão entre usuários e não-usuários; (2) comparar usuários e não-usuários quanto à convivência com os mecanismos de repressão; (3) avaliar os efeitos do uso da Cannabis e da frequência de abordagens policiais sobre a ansiedade e a depressão no grupo de usuários. Nesse sentido, serão consideradas as seguintes hipóteses:

H1. Existirão diferenças significativas quanto aos níveis médios de depressão entre usuários e não-usuários.

H2. Existirão diferenças significativas quanto aos níveis médios de ansiedade entre usuários e não-usuários.

Na Hipótese 1, considerando que a literatura, alternadamente, indica relações positivas e negativas entre as variáveis (LI *et al.*, 2020; FEINGOLD; WEINSTEIN, 2021), parece não ser possível a construção de uma hipótese unidirecional nesse contexto. Contudo, considerou-se relevante averiguar se, mediante o relato do uso de maconha, é possível observar diferenças significativas quanto aos níveis de depressão, seja para mais ou para menos, quando se compara àqueles apresentados por não-usuários. Desse modo, seria possível aclarar a direção dessa relação, aspecto que é ainda controverso nas pesquisas sobre a temática.

Lógica semelhante foi empregada para a construção da Hipótese 2. Admitindo que as evidências sobre a relação entre Cannabis e ansiedade não são conclusivas (BOTSFORD; YANG; GEORGE, 2020; O'SULLIVAN; STEVENSON; LAVIOLETTE, 2021), pretende-se observar qual dos grupos apresenta maior média em termos dos níveis de ansiedade, de modo que se compreenda se o uso da Cannabis está atrelado a níveis mais altos ou mais baixos dessa variável.

H3. A frequência de abordagens policiais será maior em usuários do que em não-usuários.

H4. Usuários sofrem mais violência policial do que não usuários.

Seguindo a linha do comparativo entre os grupos considerados no estudo, buscou-se observar se os mecanismos de repressão estatais incidem, de fato, mais frequentemente sobre

os usuários de maconha e se, nessas oportunidades, há diferenças no tratamento empregado pelos agentes da lei. Dado que as pessoas que fazem uso de Cannabis terem maior tendência a estarem, mais frequentemente, em locais onde existe a venda de drogas, também se espera que esses indivíduos sejam mais frequentemente abordados e violentados, uma vez que as ações decorrentes da proibição são muitas vezes direcionadas também aos usuários (JESUS et al., 2011). Como é sabido, esses fatores podem contribuir para o comprometimento de indicadores de saúde mental (EARP et al., 2021), cuja avaliação se alinha aos objetivos do presente estudo.

H5. A frequência e a dosagem do consumo predizem positivamente os níveis de ansiedade.

H6. A frequência e a dosagem do consumo predizem positivamente os níveis de depressão

Ainda que não seja possível conceber com clareza a relação entre depressão, ansiedade e o uso da Cannabis, diversos estudos demonstram que é necessário considerar o efeito dose-dependente dos canabinóides na determinação desses fenômenos (D'SOUZA; RANGANATHAN, 2015; BOGGS et al., 2018). Nessa direção, aponta-se que dosagens maiores, em especial do THC, estão relacionadas a piores indicadores de saúde mental. Do mesmo modo, pressupõe-se que uma maior frequência do consumo, aumentando a quantidade de canabinóides presentes no corpo em um dado período, é capaz de aumentar a sintomatologia ansiosa, como apresentado nas Hipóteses 5 e 6.

H7. Maiores frequências de abordagens policiais implicam em maiores níveis de ansiedade.

H8. Maiores frequências de abordagens policiais implicam em maiores níveis de depressão.

Alinhado ao que é discutido por Earp et al. (2021), estimou-se que a convivência frequente com as abordagens policiais contribui para a degradação dos indicadores de saúde. No contexto de um país onde o uso da Cannabis ainda é proibido, é conveniente avaliar se os efeitos supostamente impostos pelo uso da maconha não são, na verdade, decorrentes ou agravados pelas ações decorrentes das políticas proibicionistas.

5.1 Método

Visando verificar as hipóteses acima, utilizou-se o método descrito a seguir.

5.1.1 Delineamento

Trata-se de um estudo correlacional, transversal, de natureza *ex post facto*, que se dividirá em dois momentos distintos, correspondentes a duas fases analíticas. Na primeira, foram considerados todos os participantes da amostra, com vistas a avaliar possíveis diferenças nos indicadores de saúde e na convivência com os mecanismos de repressão, entre usuários e não-usuários.

Objetivamente, considerou-se como não-usuários aqueles que relataram nunca ter consumido maconha ao longo da vida, bem como os participantes que apontaram ter apenas experimentado; já os usuários foram identificados mediante o relato de terem recorrentemente utilizado a Cannabis (“Uso esporadicamente”, “Uso com frequência”), mesmo que não consumam atualmente (“Já usei algumas vezes, mas deixei de usar”). No segundo momento, avaliou-se os impactos do uso da Cannabis sobre a saúde mental dos usuários, considerando os participantes que afirmaram ter consumido Cannabis ao longo da vida; assim como se avaliará o impacto da convivência com os mecanismos de repressão sobre a saúde dos usuários.

Na primeira fase, o grupo do qual participam os respondentes (usuário/não usuário) será considerado como variável preditora e os indicadores de saúde, bem como a frequência dos contatos com a polícia, como variáveis de resposta. Na fase seguinte, as variáveis relacionadas ao uso de Cannabis (frequência de uso atual, dose média) serão adotadas como variáveis preditoras e os indicadores de saúde como variáveis de resposta. Por fim, também se considerará as variáveis referentes ao contato com mecanismos de repressão (frequência de abordagens sofridas, formas de violência sofrida nas abordagens) como variáveis preditoras e, como variáveis de resposta, os indicadores de saúde dos usuários.

5.1.2 Participantes

Contou-se com a participação de 895 pessoas, brasileiras, com idade variando entre 18 e 72 anos ($M = 33,71$, $DP = 11,93$), a maioria identificada com o gênero feminino (55,8%), pós-graduados (36,7%), com renda familiar entre 4-10 salários-mínimos (35,4%), brancos (62,7%) e residentes no estado do Ceará (37,6%). Quase 60% (59,9%) da amostra informou fazer uso de Cannabis atualmente ou já ter usado recorrentemente em algum momento da vida, enquanto os demais indicaram nunca ter usado (27,5%) ou ter apenas experimentado (12,6%). Outros detalhes da amostra, considerando os grupos de usuários e não-usuários, podem ser

observados na Tabela 1. O processo de amostragem foi não-probabilístico, considerando os indivíduos que aceitaram participar voluntariamente da pesquisa, por meio do questionário online, mediante a concordância com as condições descritas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), presente no Apêndice A.

Tabela 1 – Estatísticas descritivas da amostra

Variável	Categorias	Não-Usuários		Usuários	
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Gênero	Masculino	109	31,0	273	51,7
	Feminino	241	68,5	249	47,2
	Não Binário	2	0,6	6	1,1
Faixa Etária*	18 – 24 anos	113	32,7	118	22,8
	25 – 31 anos	73	21,1	146	28,2
	32 – 41 anos	73	21,1	131	25,3
	42 – 72 anos	87	25,1	123	23,7
Cor da pele	Branco(as)	205	58,7	340	65,4
	Pardos(as)	118	33,8	141	27,1
	Pretos(as)	26	7,4	39	7,5
Escolaridade	Ensino Fundamental incompleto	1	0,3	2	0,4
	Ensino Fundamental completo	1	0,3	36	6,8
	Ensino Médio incompleto	4	1,1	156	29,5
	Ensino Médio completo	28	8,0	138	26,1
	Ensino Superior incompleto	111	31,5	196	37,1
	Ensino Superior completo	81	23,0	2	0,4
Região de Moradia	Pós-Graduado(a)	126	35,8	36	6,8
	Norte	10	2,8	23	4,4
	Nordeste	211	59,6	212	40,2
	Centro-oeste	19	5,4	45	8,5
	Sudeste	73	20,6	171	32,4
Renda Familiar	Sul	41	11,6	77	14,6
	Até 1 salário-mínimo (menos de R\$1.212,00)	21	6,0	19	3,6
	1-2 salários-mínimos (R\$1.212,01 à R\$2.424,00)	53	15,1	57	10,8
	2-4 salários-mínimos (R\$2.424,01 à R\$4.848,00)	66	18,8	97	18,4
	4-10 salários-mínimos (R\$4.848,01 à R\$12.120,00)	118	33,6	194	36,7
	10-20 salários-mínimos (R\$12.120,01 à R\$24.240,00)	63	17,9	95	18,0
+ de 20 salários-mínimos (mais de R\$24.240,00)	30	8,5	66	12,5	

Nota: *As idades foram divididas em faixas etárias conforme os quartis da amostra.

5.1.3 Instrumentos

Os respondentes foram convidados a responder a um questionário (Apêndice B) dividido em quatro partes. Na primeira, os participantes responderam questões de caráter sociodemográfico, tais como gênero, idade, renda familiar, escolaridade, etnia, religião e estado de residência. Em um segundo momento, foram contempladas três escalas referentes a variáveis de saúde mental. Para o presente estudo, considerou-se apenas a Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21). Abaixo, descreve-se o instrumento.

Escala de Depressão, Ansiedade e Stress (DASS-21). O instrumento foi inicialmente desenvolvido por Lovibond e Lovibond (1996), com o intuito de ser uma ferramenta breve de avaliação simultânea de Ansiedade, Depressão e Estresse. Foi inicialmente traduzida e adaptada por Vignola e Tucci (2014) e, posteriormente, teve seus parâmetros psicométricos reavaliados por Martins *et al.* (2019). O instrumento conta com 21 itens, distribuídos em três fatores, a saber: Depressão (itens 3, 5, 10, 13, 16, 17, 21), Ansiedade (itens 2, 4, 7, 9, 15, 19, 20) e Estresse (1, 6, 8, 11, 12, 14, 18). O instrumento é respondido por meio de uma escala Likert de quatro pontos, que varia entre 0 (não se aplicou de maneira alguma) e 3 (aplicou-se muito ou na maioria do tempo). Martins *et al.* (2019) demonstraram adequados parâmetros de validade, por meio do procedimento da Análise Fatorial Confirmatória, da Invariância Fatorial e da Validade Convergente, que apontaram parâmetros adequados. Quanto à precisão, utilizou-se a Confiabilidade Composta e coeficiente alfa ordinal, os quais indicaram adequados níveis de precisão. No presente estudo, a escala geral apresentou $\alpha = 0,94$, além de 0,88, 0,84 e 0,88, para os fatores Depressão, Ansiedade e Estresse, respectivamente. Ainda que se tenha aplicado a escala completa, para fins do presente estudo, serão utilizados somente os fatores Depressão e Ansiedade.

Na terceira parte, incluíram-se perguntas relativas aos contatos com a polícia e problemas com a justiça, tais como: frequência de abordagens policiais ao longo da vida e possíveis violências sofridas (física, psicológica, racial, de gênero). Os participantes também foram indagados sobre já terem assinado Termo Circunstância de Ocorrência por porte de Cannabis ou outras drogas e se já foram indiciados por crime de drogas.

Finalmente, na última parte, as perguntas direcionaram-se ao uso de Cannabis. Contemplou-se: idade em que se iniciou o uso de Cannabis, frequência de uso atual, dose média, tipo de produto consumido, forma de uso e fonte do produto (boca de fumo, produtor/*grower* local, compra pela internet, importação legalizada). Os usuários também foram questionados

sobre sua percepção sobre a melhora ou piora das condições de saúde anteriormente relatadas, relacionadas ao consumo de Cannabis.

5.1.4 Procedimentos

Primeiramente, os participantes foram solicitados a ler e concordar com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que pôde ser baixado integralmente na página inicial da pesquisa, expressando concordância com o termo ao clicar em “Prosseguir”. Nessa oportunidade, foram enfatizados os potenciais riscos inerentes à participação na pesquisa, a saber, o possível constrangimento em responder aos itens propostos; e o caráter sigiloso das informações fornecidas, destacando que todas as informações seriam analisadas somente pelo pesquisador e/ou membros do grupo de pesquisa, não havendo possibilidade de identificação do respondente. Também foi garantido ao participante a oportunidade de desistir a qualquer momento. Os questionários foram aplicados por meio da internet, construídos na plataforma *LimeSurvey* e divulgados via redes sociais (Facebook, Instagram, Whatsapp, Twitter). Cada aplicação durou em torno de 15 minutos. O estudo está cadastrado no Conselho de Ética em Pesquisa (CEP), da Universidade Federal do Ceará (CAAE 65374222.7.0000.5054).

5.1.5 Análise de dados

Além das estatísticas descritivas, como medidas de tendência central e de dispersão, realizou-se, inicialmente, testes *t* para amostras independentes, visando comparar os níveis de ansiedade e depressão entre usuários e não-usuários. Para comparar a frequência de abordagens policiais entre os grupos, considerando a natureza ordinal daquela variável, utilizou-se o U de Mann-Whitney. Para mais, empreendeu-se um qui-quadrado (χ^2), teste de independência, para verificar se os usuários sofrem estatisticamente mais violência policial do que os não-usuários. Para tanto, as pessoas que relataram nunca ter sofrido nenhum tipo de violência foram agrupadas, assim como aqueles que responderam ter sofrido qualquer tipo de violência foram coligados em outro grupo.

No segundo momento, foram ajustados modelos de regressão linear múltipla (método *Enter*) visando compreender o poder explicativo da frequência de uso atual e da dose média de uso sobre a Depressão e a Ansiedade. Além disso, também se utilizou essa análise para avaliar a relação entre frequência de abordagens sofridas e os indicadores de saúde mental.

As análises foram empreendidas por meio do *Statistical Package for the Social Sciences* – SPSS (versão 21). A seguir, são apresentados os resultados.

5.2 Resultados

Os resultados serão apresentados em dois momentos, correspondentes às fases analíticas inicialmente descritas.

5.2.1. Comparação dos indicadores de saúde mental e convivência com os mecanismos de repressão entre usuários e não-usuários de Cannabis

Inicialmente, computou-se a pontuação dos participantes nos fatores Depressão e Ansiedade da DASS-21, conforme Martins *et al.* (2019). Em seguida, calcularam-se as estatísticas descritivas dessas variáveis, bem como da frequência de abordagens policiais.

Posteriormente, realizaram-se os testes *t* para amostras independentes com vistas a comparar, entre usuários e não-usuários, os níveis de depressão e ansiedade. Nessa oportunidade, não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos, refutando as Hipóteses 1 e 2. Os resultados estão dispostos na Tabela 2.

Tabela 2 – Análises descritivas e comparação de médias dos impactos entre usuários e não-usuários

Variáveis	Grupos				Dif. Médias	I. C. (95%)***		<i>t</i>	<i>d^a</i>
	Não-usuários		Usuários			Mín.	Max.		
	M	DP	M	DP					
Depressão	1,76	0,73	1,78	0,73	0,05	-0,12	0,08	-0,39*	0,014
Ansiedade	1,54	0,61	1,57	0,61	0,04	-0,11	0,04	-0,68**	0,049

Nota: **p* = 0,692 ***p* = 0,497 ***Intervalo de Confiança. ^a *d* de Cohen.

Seguidamente, calculou-se o U de Mann-Whitney visando comparar a frequência de abordagens policiais sofridas entre usuários e não-usuários. Observou-se diferença significativa entre os grupos ($U = 62279,00$, $p < 0,0001$) que, conjuntamente à análise das estatísticas descritivas da variável (Tabela 3), permite constatar que os usuários são mais frequentemente abordados do que os não-usuários, confirmando-se a Hipótese 3.

Tabela 3 – Estatísticas descritivas da variável Abordagem Policial

Frequência de Abordagens Policiais	Grupos			
	Não-usuários*		Usuários**	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Nunca	249	70,5	220	41,7
Apenas uma vez	54	15,3	97	18,4
De 2 a 4 vezes	37	10,5	127	24,1
5 vezes ou mais	13	3,7	83	15,7

Nota: *Mediana = 1 (Nunca) **Mediana = 2 (Apenas uma vez)

Quanto à comparação da violência policial sofrida por usuários e não-usuários, o qui-quadrado realizado indicou associação significativa entre estar no grupo de usuários e ter sofrido algum tipo de violência policial [$\chi^2(1) = 25,18, p = 0,000001$], confirmando-se a Hipótese 4. A Tabela 4 mostra a frequência dos tipos de violência policial sofridas por cada um dos grupos.

Tabela 4 – Estatísticas descritivas da variável Tipos de Violência Sofridas

Tipos de Violência Sofridas*	Grupos			
	Não-usuários		Usuários	
	<i>f</i>	%**	<i>f</i>	%**
Não sofreu violência	81	77,9	152	49,5
Violência física (tapas, socos, chutes etc.)	7	6,7	53	17,3
Violência psicológica (ameaças, xingamentos, intimidação etc.)	17	4,8	135	44,0
Violência sexual (tocar de maneira sexual nas suas partes íntimas, insinuações de cunho sexual etc.)	1	1,0	7	2,3
Violência racial (comentários ofensivos envolvendo a cor da pele ou traços físicos, piadas de cunho racista etc.)	1	1,0	17	5,5
Discriminação por razão da orientação sexual	2	1,9	4	1,3

Nota: *Foi possível relatar ter sofrido mais de um tipo de violência. **Foram consideradas as porcentagens válidas. 70,6% do grupo de não-usuários e 42% do grupo de usuários deixaram de responder a esta questão.

5.2.2. Efeitos do uso de Cannabis e da convivência com os mecanismos de repressão sobre a saúde mental dos usuários

Adiante, ajustaram-se modelos de regressão linear múltipla para compreender a influência do uso de Cannabis sobre a ansiedade e a depressão. Para tanto, considerou-se apenas aqueles indivíduos que informaram usar Cannabis atualmente ou recorrentemente em algum momento da vida. Antes disso, é importante apresentar as estatísticas descritivas acerca das variáveis relacionadas ao consumo de Cannabis. Tais informações são dispostas na Tabela 5.

Tabela 5 – Estatísticas descritivas das variáveis relacionadas ao uso de Cannabis

Variável	Categorias	<i>f</i>	%	<i>M</i>	<i>DP</i>
Idade de início*		-	-	19,52	5,24
Frequência de Uso	Não faço uso atualmente**	252	39,6	-	-
	Uma vez na semana ou menos	113	17,7	-	-
	Dois vezes na semana	34	5,3	-	-
	Três vezes na semana	26	4,1	-	-
	Quatro vezes na semana	11	1,7	-	-
	Cinco vezes na semana	14	2,2	-	-
	Seis vezes na semana	8	1,3	-	-
	Todos os dias	79	12,4	-	-
Dosagem	Mais de uma vez ao dia	100	15,7	-	-
	Faço o uso prescrito pelo médico	14	2,3	-	-
	Menos 1g de planta seca ou equivalente (1 cigarro pequeno puro)**	336	55,9	-	-
	Por volta de 1g da planta seca ou equivalente (1 cigarro médio puro)	125	20,8	-	-
	Por volta de 2g da planta seca ou equivalente (2 cigarros médios puros)	61	10,1	-	-
	Por volta de 3g da planta seca ou equivalente (3 cigarros médios puros)	31	5,2	-	-
	Mais de 3g da planta seca ou equivalente (mais de 3 cigarros médios puros)	34	5,7	-	-
	Tipo de Produto	Erva seca – Prensado	304	50,2	-
Erva seca – “Solto”		118	19,5	-	-
Erva seca – <i>Skunk</i>		73	12,1	-	-
Erva seca – Outras <i>strains</i> de alta qualidade		51	8,4	-	-
Óleo de CBD		6	1,0	-	-
Óleo de CBD + THC		3	0,5	-	-
Óleo <i>Full Spectrum</i>		3	0,5	-	-
Haxixe/Extrações (com ou sem solvente, ex.: ice-o-lator, bubble hash, BHO, rosin etc.)		9	1,5	-	-
Método de Consumo	Comestíveis (Bebidas, chás, doces, bolos etc.)	38	6,3	-	-
	Fumado	529	89,5	-	-
	Vaporizado	24	4,1	-	-
	Em preparações alimentícias ou bebidas	37	6,3	-	-
	Em cosméticos/suplementos	1	0,2	-	-

Nota: *Mínimo = 10, Máximo = 55. **Mediana

Quanto à ansiedade, o modelo incluindo a frequência e a dosagem média do uso demonstrou-se significativo ($F = 5,45$, $p = 0,005$), porém, com baixo poder preditivo (R^2

ajustado = 0,017). A frequência do uso apresentou β padronizado = -0,13 ($t = -2,74$, $p = 0,006$), enquanto a dosagem apresentou β padronizado = 0,13 ($t = 2,70$, $p = 0,007$). Compreende-se, assim, que o uso mais frequente de Cannabis está associado a menores níveis de ansiedade, ao passo que o acréscimo da dosagem se relaciona ao seu aumento. Nesse sentido, refuta-se a Hipótese 5. Por outro lado, no que concerne à depressão como variável dependente, nem a frequência, nem a dosagem, foram capazes de predizer os níveis daquela variável ($F = 0,73$, $p = 0,480$). Rejeita-se, desse modo, a Hipótese 6.

Por fim, também se utilizou de regressões lineares para a avaliar a influência da frequência de abordagens policiais sobre as variáveis de saúde mental. O modelo em que se considerou a ansiedade como variável dependente apresentou-se significativo ($F = 6,03$, $p = 0,014$) e com R^2 ajustado = 0,009. Ao contrário do esperado, o β padronizado da frequência de abordagens apresentou valor negativo, a saber -0,11 ($t = 2,45$, $p = 0,014$), indicando que maiores frequências de abordagens policiais predizem a redução dos níveis de ansiedade; refutando assim a Hipótese 7.

Quando se considerou a Depressão como variável dependente, o modelo também apresentou significância aceitável ($F = 7,88$, $p = 0,005$), tendo a variável independente demonstrado β padronizado = -0,12 ($t = -2,81$, $p = 0,005$), que indica a redução da Depressão mediante maiores frequências de abordagens policiais. Nesse sentido, também se refutou a Hipótese 8. Na Tabela 6, apresenta-se um resumo dos resultados referentes a cada uma das hipóteses. Tais resultados são discutidos na seção a seguir.

Tabela 6 – Resumo do teste de Hipóteses

HIPÓTESE	RESULTADO
<i>Hipótese 1. Existem diferenças significativas quanto aos níveis médios de Depressão entre usuários e não-usuários.</i>	Refutada
<i>Hipótese 2. Existem diferenças significativas quanto aos níveis médios de Ansiedade entre usuários e não-usuários.</i>	Refutada
<i>Hipótese 3. A frequência de abordagens policiais é maior em usuários do que em não-usuários.</i>	Corroborada
<i>Hipótese 4. Usuários sofrem mais violência policial do que não usuários.</i>	Corroborada
<i>Hipótese 5. A frequência e a dosagem do consumo predizem positivamente os níveis de Ansiedade.</i>	Refutada
<i>Hipótese 6. A frequência e a dosagem do consumo predizem positivamente os níveis de Depressão</i>	Refutada
<i>Hipótese 7. Maiores frequências de abordagens policiais implicam em maiores níveis de Ansiedade.</i>	Refutada
<i>Hipótese 8. Maiores frequências de abordagens policiais implicam em maiores níveis de Depressão.</i>	Refutada

5.3 Discussão

O presente estudo objetivou avaliar os efeitos decorrentes do uso da Cannabis e da convivência com os mecanismos de repressão sobre a saúde mental de uma amostra da população brasileira. Além disso, buscou-se comparar os indicadores de saúde mental e a frequência dessas vivências entre os grupos de usuários e não-usuários. Para tanto, elaborou-se um conjunto de hipóteses que, uma vez testadas, serão discutidas a seguir.

Os resultados obtidos ensejaram a refutação da Hipótese 1, que sugeria diferenças significativas quanto aos níveis médios de depressão entre usuários e não-usuários. Esse achado aparece em discordância com a maior parte dos estudos encontrados na literatura, haja vista que, em sua maioria, discutem a existência de algum efeito do uso de Cannabis sobre os níveis de depressão, seja para mais (BAHORIK *et al.*, 2018; LOWE *et al.*, 2019) ou para menos (WALSH *et al.*, 2017; LI *et al.*, 2020). Desse modo, esperava-se que o grupo de usuários apresentasse média significativamente diferente do grupo de não-usuários, o que não foi observado neste caso.

Nesse contexto, é possível cogitar que a amostra demonstrou comportamento semelhante àquele que foi descrito por Degenhardt, Hall e Lynskey (2003). A revisão apresentada por esses autores descreve poucas evidências no que se refere ao uso moderado de Cannabis enquanto relacionado à depressão. Ao contrário, pessoas que fazem uso pesado parecem ter maiores chances de apresentarem maiores níveis dessa variável. Desse modo, estima-se que a frequência e dosagem média informada pelos participantes, em sua maioria utilizando a Cannabis alguma vez na semana e consumindo até 1 grama de produto por vez, geralmente de maconha prensada, cuja concentração de canabinóides costuma ser bem inferior a produtos de melhor qualidade (COUTO, 2020), não seja capaz determinar uma alteração no nível de sintomas depressivos como normalmente se esperaria. Nessa linha, ressalta-se a tese de que ação dos canabinóides apresenta forte caráter dose-dependente, como apontado por Boggs *et al.* (2018).

Outrossim, como apontado por Lowe *et al.* (2019), a relação entre o uso de maconha e a Depressão também parece ser influenciada por fatores sociodemográficos, incluindo a escolaridade. Como mencionado no Capítulo 4, esses autores descrevem que nos estudos em que se controlou os efeitos dessa variável, a relação entre o uso e a Depressão não se mostraram significativas. Nota-se que a amostra do estudo apresenta um alto nível educacional, tanto entre os usuários, quanto entre aqueles que não consomem Cannabis. Considerando-se que a amostra

do presente estudo apresenta certa homogeneidade quanto a essa variável, de modo que parte considerável de ambos os grupos apresenta, pelo menos, o ensino superior incompleto, é possível que a relação não significativa encontrada possa também se dever a esse fato. Dado que a amostra obtida apresentou baixa variabilidade nesta variável, não foi possível controlar seus efeitos nesta ocasião.

Ademais, Bjelland *et al.* (2008) sugerem que o nível educacional atua como um fator protetivo, que se acumula ao longo do tempo, frente à depressão e à ansiedade. Assim, considera-se pertinente utilizar o mesmo pensamento para justificar a refutação da Hipótese 2, que sugeria, do mesmo modo, haver diferenças significativas quanto aos níveis médios de ansiedade entre usuários e não-usuários. No mesmo sentido, a relação entre Ansiedade e o uso de Cannabis parece também estar condicionada à extensão do uso. Botsford, Yang e George (2020), por exemplo, apresentam pesquisas nas quais a ansiedade é maior em usuários de Cannabis apenas quando se avaliam aqueles com Transtorno do Uso de Cannabis (TUC), que por sua vez, apresenta seus próprios fatores de risco, como baixo nível socioeconômico e fracasso acadêmico (APA, 2014). Ao se analisar as estatísticas descritivas da amostra, observa-se que esses fatores de risco não são prevalentes no grupo de participantes incluídos no estudo, nem tampouco se mostram os critérios para a caracterização do TUC, tendo em vista o padrão de uso apresentado pelos respondentes.

É sabido que o THC costuma apresentar efeitos ansiogênicos que podem ser contrabalanceados pela ação ansiolítica do CBD. Assim, os efeitos dos canabinóides sobre a Ansiedade são dependentes da distribuição dos compostos encontrados em cada produto (SHARPE *et al.*, 2020). Ainda que não se tenham dados exatos acerca da composição dos canabinóides presentes na maconha prensada, é possível que o nível de THC encontrado nesse produto não seja comparável a outros produtos de Cannabis existentes, seja em função do processo produtivo ser bem menos cuidadoso (MAXX, 2021), o que implica que este pode ser degradado pela exposição ao oxigênio e outras condições ambientais (BÜTTENBENDER, 2020), tornando-se em outros canabinóides cuja ação seja menos atrelada aos efeitos produtores de ansiedade.

Segundo Büttенbender (2020), o principal produto de degradação do THC, o Canabinol (CBN), pode ser abundantemente encontrado nas amostras de Cannabis apreendidas no Brasil. Por sua vez, Bailey *et al.* (2022) discutem que o CBN tem sido estudado como uma substância indutora do sono e demonstram que a administração do composto em ratos não induziu efeitos colaterais, o que, em geral, era esperado pelo uso do THC. Desse modo, é

possível que o estado de degradação normalmente encontrado na Cannabis majoritariamente comercializada e utilizada no Brasil, possa ter contribuído para os resultados observados. Não se objetiva com isso apontar, no entanto, que a maconha prensada seja uma alternativa de menor impacto, haja vista que, em geral, apresenta contaminantes que podem ser danosos à saúde, como se discute em González (2018), mas que, em função da composição dos canabinóides presentes, pode incidir em menos consequências de ordem psicológica.

No que concerne às Hipóteses 3 e 4, os resultados indicaram uma realidade, de certo modo esperada, na qual os usuários de Cannabis sofrem mais abordagens e violências por parte das forças policiais. Tendo como base o longo histórico de repressão decorrente das políticas de drogas, que historicamente tem sido imposto não só àqueles envolvidos no processo de produção e distribuição da maconha, mas também aos seus usuários (REZENDE; FERRAZZA, 2022), antecipou-se que isso se refletisse nos dados coletados.

É de se destacar, no entanto, que esses resultados se apresentam mesmo que a maior parte da amostra seja composta por pessoas autodeclaradas brancas e com nível socioeconômico relativamente alto. Outros estudos, discutem que essa realidade é mais frequente entre as populações negras (OWUSU-BEMPAH; LUSCOMBE, 2021; FRAGA, 2022; MATTINGLY *et al.*, 2022). Desse modo, é possível notar que, pelo menos no contexto recente, as práticas de repressão têm se estendido para além do grupo que tradicionalmente tem sofrido com essas ações, ainda que, ao que se parece, tem implicado em efeitos distintos nos diferentes grupos, como se discutirá mais adiante.

No que tange à Hipótese 5, que versava sobre a determinação positiva da frequência e da dose de Cannabis consumida sobre os níveis de ansiedade, obtiveram-se resultados aparentemente contraditórios: enquanto a frequência do uso esteve associada à redução dos níveis de ansiedade, o aumento da dose se relacionou a uma maior sintomatologia ansiosa. Nota-se que, apesar de contrastantes entre si, tais apontamentos fazem sentido à luz daquilo que é discutido por Berger, Li e Amminger (2020).

Segundo os autores, há evidências relativamente numerosas a respeito dos efeitos ansiolíticos de certos compostos de Cannabis, como o CBD, sendo esses efeitos observados tanto em pacientes saudáveis, quanto em pessoas diagnosticadas com certos transtornos de ansiedade. Nesse sentido, é esperado que o uso frequente, quando moderado, possa reduzir esses sintomas. Quando, porém, a dose se torna mais expressiva, o sentido da relação é invertido. Sharpe *et al.* (2020) também discutem a característica bifásica dos efeitos provocados, em especial, pelo THC, indicando que, em altas doses, este pode provocar o

aumento dos sintomas ansiosos, o que não acontece quando é consumido em baixas doses, quando, na verdade, pode apresentar efeitos ansiolíticos, como o CBD. Além disso, Pabon *et al.* (2021) indicam que o THC, imediatamente após o seu uso, pode gerar, dentre outros efeitos, o aumento da frequência cardíaca. Levando em conta que esse é um sintoma característico de quadros de ansiedade (APA, 2014), além de ser um aspecto, em geral, facilmente percebido pelas pessoas, parece coerente que o aumento da dose se relacione ao aumento dos níveis de ansiedade em um instrumento de autorrelato. Isso posto, ilustra-se que os estudos explorando os efeitos do uso de Cannabis, no campo da saúde mental, devem considerar não apenas se os sujeitos consomem maconha ou não, mas com que frequência o fazem e quanto consomem a cada vez, haja vista que variações nesses fatores implicam em efeitos diferentes ou, até mesmo, opostos.

Seguidamente, a conjectura que sugeriu a relação entre o perfil de uso da Cannabis e depressão, a saber, a Hipótese 6, também foi refutada, haja vista que não foi possível encontrar evidências da associação da frequência do consumo, ou da dose consumida, com o aumento dos níveis de depressão. Apesar de vários estudos descreverem a associação entre Cannabis e depressão, essa relação comumente se mostra de maneira mais evidente em indivíduos que fazem uso crônico e pesado de maconha (LOWE *et al.*, 2019). Constata-se que esse padrão de consumo não foi frequentemente apresentado na amostra obtida, tampouco foram frequentes os relatos do uso de Cannabis ter se iniciado durante o período da adolescência, o que se reconhece, pela literatura, como um aspecto importante na determinação da relação entre Cannabis e depressão (SCHMIDT *et al.*, 2020). Nesse sentido, os dados parecem reforçar a ideia de que a associação entre o consumo de canabinóides e o aumento de sintomas depressivos está condicionada ao uso pesado de Cannabis, em especial em períodos específicos do desenvolvimento, como na adolescência.

Por outro lado, também não foram encontradas evidências de que o uso de Cannabis se associa a uma redução de sintomas depressivos. Tais achados contrariam o disposto por várias pesquisas (DENSON; EARLEYWINE, 2006; NUNBERG *et al.*, 2011; BONN-MILLER, BABSON; VANDREY, 2014; WALSH *et al.*, 2017; LI *et al.*, 2020). No entanto, é possível levar em conta um aspecto mencionado por Bonn-Miller, Babson e Vandrey (2014), segundo os quais os efeitos antidepressivos dos canabinóides são mais expressivos em pessoas com histórico de trauma e baixos níveis de bem-estar subjetivo. Tais construtos não foram avaliados na presente oportunidade, de modo que há possibilidade de que, não havendo participantes que se encaixem nessas condições, a relação possa não ter sido identificada.

Salienta-se que certas características da amostra estão associadas a maiores níveis de bem-estar subjetivo, como um alto nível socioeconômico e maiores níveis de escolaridade (TAN *et al.*, 2020). De todo modo, são necessários outros estudos que possam esclarecer essa relação, principalmente levando em conta o efeito de variáveis sociodemográficas, como renda e escolaridade; e psicológicas, como o bem-estar subjetivo.

Por fim, as Hipóteses 7 e 8 foram igualmente rejeitadas, mediante a constatação de que, ao contrário do esperado, a maior frequência de abordagens policiais, na presente amostra, associou-se negativamente tanto à depressão, quanto à ansiedade. Earp *et al.* (2021) apontam que uma maior frequência de abordagens policiais se associa negativamente a indicadores de saúde. Essa premissa também se baseia no estudo de Del Toro *et al.* (2019), que avaliou longitudinalmente os efeitos desses eventos sobre o estresse psicológico e o cometimento de crimes em adolescentes negros e latinos nos EUA. Os autores apontaram que as abordagens policiais foram capazes de prever o comportamento delitivo desses adolescentes entre 6 meses e um ano e meio após o evento, sendo esses efeitos parcialmente mediados pelo estresse psicológico.

Nesse ponto, há de se destacar a diferença existente entre a amostra analisada por Del Toro *et al.* (2019) e aquela que se apresenta no presente estudo. Sabe-se que as populações negras, além de ser mais frequentemente alvo de intervenções policiais, principalmente em função de aspectos relacionados a drogas (VIANA; NEVES, 2011; BARCELOS; DOMENICI, 2019), também se associam, em lugares como os EUA e o Brasil, a diversos outros fatores de risco para o adoecimento psicológico (NAZROO; BHUI; RHODES, 2020). Nesse sentido, considerando-se a presença majoritária de indivíduos autodeclarados brancos na amostra desta tese, há chances de que os efeitos decorrentes das abordagens policiais se mostrem distintamente do normalmente esperado nesta ocasião.

Adicionalmente, ao realizar um qui-quadrado 2x2, considerando as variáveis etnia (brancos X não-brancos, a saber, pretos e pardos) e violência policial (sofreu violência X não sofreu violência), constatou-se que há uma associação significativa [$\chi^2(1) = 8,43, p = 0,004$] entre estar no grupo de pessoas brancas e não ter sofrido violência policial. Nota-se, portanto, que os usuários de Cannabis sofrem mais abordagens e violências policiais, como se demonstrou na testagem das Hipóteses 3 e 4, mas os danos potencialmente provocados por esses eventos, supostamente, são permeados por aspectos relacionados à cor da pele, haja vista que essa variável parece determinar, em alguma medida, o sofrimento de violências por parte da polícia. Essa realidade parece um reflexo lógico diante dos fundamentos históricos e

políticos da proibição no Brasil, tendo em vista o caráter racial inculcado na prática efetiva dessas políticas (VIANA; NEVES, 2011). Contudo, é necessária a realização de outros estudos que possam avaliar os impactos desses mecanismos de repressão sobre a saúde mental dos consumidores de Cannabis, sobretudo em amostras nas quais haja maior diversidade racial.

6 CONCLUSÃO

A presente tese objetivou compreender os efeitos psicológicos relacionados ao uso da Cannabis, frente à atual política de drogas no Brasil. Para tanto, buscou-se integrar uma revisão sobre os principais elementos históricos e sociais do percurso conjunto entre Cannabis e humanidade; os constituintes sociais e políticos da proibição, a nível nacional e internacional; e os principais achados científicos sobre os efeitos decorrentes do uso de maconha sobre a saúde física e mental, com a realização de um estudo empírico que avaliou a dimensão desses efeitos e os impactos do convívio com os mecanismos de repressão em uma amostra da população geral brasileira. Comparou-se os indicadores de ansiedade e depressão e da frequência de abordagens e violências policiais sofridas entre usuários e não-usuários; assim como se avaliou o poder preditivo da frequência e dosagem do uso de maconha, além das abordagens policiais, sobre esses indicadores de saúde mental.

Nesse sentido, considera-se que foram cumpridos os objetivos propostos, na medida em que a pesquisa, em seus constituintes teóricos, pôde prover um relato conciso dos principais elementos que envolvem a história da Cannabis, desde seu aparecimento, domesticação e principais usos, até alguns dos fatores mais relevantes que influenciaram sua proibição e seu processo de retorno às esferas legais, atendendo a uma deficiência da literatura em apresentar estudos, em língua portuguesa, que contemplem sistematicamente essas informações. No campo empírico, foi capaz de levantar evidências preliminares acerca da relação entre Cannabis e saúde mental, considerando a depressão e a ansiedade, em uma amostra brasileira, cujos estudos em território nacional ainda são pouco frequentes; além de avaliar aspectos relevantes acerca dos efeitos dos mecanismos repressivos sobre a saúde mental dos usuários de maconha, feito, até onde se tem notícia, inédito em território brasileiro e pouco presente na literatura internacional.

Tais evidências demonstraram não haver diferenças entre usuários e não-usuários de Cannabis nos parâmetros de saúde mental abarcados. Este achado ressalta que o uso de Cannabis deve ser considerado, em seus efeitos, para além de uma escolha dicotômica, tendo em vista que aspectos como o padrão de uso, assim como características pessoais, podem ser determinantes importantes na relação entre os canabinóides e a saúde mental. Nessa direção, relatou-se mais adiante que a frequência e a dose de consumo predizem de maneiras contrárias os níveis de ansiedade. Enquanto uma maior frequência associa-se a menores níveis de ansiedade, o aumento da dose parece ter impactos ansiogênicos, fortalecendo-se a tese de que

padrões de uso distintos, impactam diferentemente na saúde mental. É preciso, no entanto, admitir esses resultados com a devida cautela, tendo em conta o baixo poder preditivo apresentado pelo modelo.

Sobre a depressão, nem a frequência, nem a dosagem tiveram poder preditivo significativo. Estimou-se que esses indícios divergem da literatura na medida em que se consideram, do mesmo modo, as características sociodemográficas e o padrão de uso da amostra. Ainda foi possível observar que, em sua maioria, as pessoas entrevistadas utilizavam Cannabis de amplo espectro e não substâncias isoladas, o que pode ser um argumento em favor da segurança de seu consumo, em concordância com Ribeiro (2018).

Ademais, acerca dos impactos provenientes dos contatos com os mecanismos de repressão e suas diferenças entre usuários e não usuários, o presente estudo demonstrou, como esperado, que os usuários de Cannabis sofrem mais abordagens e violências por parte das forças policiais. Entende-se que tal evidência é um reflexo da atual política de drogas brasileira, que ainda relega àqueles que consomem as substâncias consideradas ilícitas a um processo de marginalização, que ainda carece de maior aprofundamento acerca dos seus efeitos, imediatos e a longo prazo. Ainda assim, observou-se que a maior frequência de abordagens policiais se associou, no grupo de usuários, a um decréscimo nos níveis de ansiedade e depressão.

Nessa ocasião, discorreu-se acerca de como, levando em conta o perfil da amostra em termos da cor da pele, apresentando uma maioria de pessoas autodeclaradas brancas, suscita-se questionamento acerca do modo como os efeitos das políticas proibicionistas são perpetrados diferentemente em função da etnia, ainda mais quando se ressalta que estar no grupo de pessoas brancas apresentou relação estatisticamente significativa com não ter sofrido violência. De fato, diante de mais de meio século de proibição, cujas bases remontam a princípios eugênicos e mesmo abertamente racistas, não parece um despautério admitir que pessoas pretas sejam mais frequentemente vítimas dessas violências e suas consequências.

Não obstante, ainda que se admita o cumprimento dos objetivos da pesquisa, bem como as suas contribuições prestadas ao campo, assim como qualquer empreendimento científico, a presente demonstra limitações a serem destacadas, bem como as possibilidades de estudos futuros frente a essas considerações. Em primeiro lugar, estima-se que a composição da amostra tenha impactado alguns dos resultados. Apesar desta ter alcançado um número considerável de participantes, assim como uma proporção equilibrada entre usuários e não-usuários, a alta prevalência de pessoas brancas, de alta escolaridade e com renda familiar relativamente alta, a afasta consideravelmente dos parâmetros populacionais brasileiros,

segundo o último censo realizado (IBGE, 2011). Tal limitação decorre do processo de amostragem por conveniência empregado na pesquisa, bem como do meio de coleta digital, que favorece a participação de pessoas com maior familiaridade e acesso a essas tecnologias. Nesse sentido, sugere-se que outros estudos sejam conduzidos, utilizando processos de amostragem mais específicos, visando abarcar de maneira mais expressiva pessoas pretas e pardas, principalmente, aquelas de menor escolaridade e nível socioeconômico, adequando a amostra à realidade brasileira, com o objetivo de controlar as possíveis influências que a super-representação de pessoas do grupo mencionado acima tenha exercido.

Além disso, o instrumento utilizado para a avaliação da ansiedade e da depressão, mesmo apresentando adequados parâmetros psicométricos, não é uma escala para fins diagnósticos. Entende-se que a possibilidade de identificar, a partir dos dados coletados, a existência dos critérios para os transtornos possibilitaria uma compreensão mais detalhada acerca dos efeitos dos canabinóides em grupos de pessoas reconhecidamente depressivas ou ansiosas. Isso por sua vez, poderia prover vantagem significativa na descrição de como o uso da maconha afeta aspectos críticos relacionados a essas condições, assim como permitiria a identificação de possíveis grupos de risco para o uso de Cannabis, haja vista que, como se observam em Gorfinkel, Stohl e Hasin (2020), o diagnóstico de certas patologias pode estar associado ao uso mais intenso de Cannabis, que por sua vez, é potencialmente mais danoso; assim como o padrão de funcionamento das pessoas com diagnóstico prévio, pode implicar em efeitos diferentes condicionados ao uso.

Outrossim, é salutar que outras pesquisas possam ainda explorar a relação entre o uso da maconha e outras condições e patologias de ordem psicológica que não puderam ser incluídas no estudo atual, o que representa uma limitação dado que, até o momento, não se sabe se comorbidades entre essas condições podem também interferir nos efeitos decorrentes do uso. A revisão apresentada demonstra indícios dessa relação com esquizofrenia (PATEL *et al.*, 2020), TEPT (LOWE *et al.*, 2019), Transtorno Bipolar (DENISSOFF *et al.*, 2022), Transtornos Alimentares (JARDIM, 2022), Transtornos do Sono (DIEP *et al.*, 2022), dentre outros que, apesar de menos prevalentes do que a ansiedade e a depressão, também podem impor intenso sofrimento a uma parcela significativa da população.

Ademais, acredita-se que a inclusão de outras variáveis, como os motivos para o uso da Cannabis e medidas precisas acerca da composição dos canabinóides presentes no tipo de produto consumido teriam sido adições valiosas ao estudo. Segundo Glodosky e Cuttler (2019), os motivos pelos quais as pessoas fazem uso de Cannabis interferem na relação entre o

consumo e variáveis psicológicas, em especial quando o uso é feito como uma estratégia de enfrentamento. Desse modo, recomenda-se que esse aspecto possa ser explorado em estudos posteriores.

Já na questão da composição dos canabinóides nos produtos consumidos pelos participantes, destaca-se que a natureza do método empregado nesta tese inviabiliza a investigação desse efeito nos indicadores de saúde mental. Outrossim, conhecer a composição química de amostras de Cannabis é uma atividade que demanda conhecimentos e técnicas que fogem à alçada do autor. Além do que, ainda que convênios com as forças de segurança, com fins de pesquisa, como o relato por Büttenbender (2020) já tenham se tornado possíveis, a obtenção dessas amostras é dificultada pelo status ilícito que a planta ainda resguarda atualmente. Entretanto, a presente pesquisa, assim como outras evidências levantadas internacionalmente (TOMKO, WHYNOT; DUPRÉ, 2021; BOGGS *et al.*, 2018) evidenciam a importância de se levar em conta a proporção entre os canabinóides consumidos em cada dose. Nesse sentido, a possibilidade de analisar, a partir de estudos multidisciplinares, os efeitos de amostras controladas de Cannabis, cujo conteúdo é previamente analisado pelos pesquisadores, sobre as variáveis de saúde mental; é um direcionamento futuro conveniente.

Conclui-se apontando que, numa época em que se busca, cada vez mais, a integração de alternativas no tratamento de diversas patologias físicas e mentais, principalmente em função da longa lista de efeitos colaterais relevantes impostos pelas medicações tradicionais (MATIAS *et al.*, 2022; NUNES; ANDRADE, 2021), a Cannabis pode futuramente, a partir do fundamento científico que se tem construído, a duras penas, ao longo das últimas décadas, despontar como uma proposta viável, segura, barata e sustentável para o tratamento de diversas condições de saúde, que assolam parte considerável da população, não só no Brasil, mas ao redor do mundo. Em vista disso, é mister a realização de pesquisas que investiguem esse potencial, bem como discutam aspectos adjacentes ao campo, como questões raciais e sociais atreladas à proibição da maconha, haja vista a necessidade de explorar mais afundo os impactos decorrentes das práticas vinculadas a ela, assim como a forma que certas variáveis sociodemográficas, como a etnia, a renda e a escolaridade, interferem a relação da maconha com fenômenos de caráter físico e psicológico.

Espera-se que a presente tese possa ensejar o desenvolvimento de novas pesquisas que abordem os múltiplos aspectos vinculados à Cannabis, contribuindo para o desenvolvimento dessa área de estudos em território nacional. Especialmente no que concerne ao campo da Psicologia brasileira, estudos sobre maconha e a saúde mental ainda são escassos,

de modo que a construção de uma linha de pesquisa nessa área é desejável, mas ainda incipiente. É mister, portanto, que sejam conduzidas novas pesquisas e meios de divulgação científica de seus resultados, com fins de uma mudança nos preconceitos e mitos ainda existentes no senso comum e uma ampliação da perspectiva científica a respeito da Cannabis, reconhecendo os diversos e importantes potenciais dessa planta milenar, na indústria, na saúde e na sociedade.

REFERÊNCIAS

- ABEL, E. L. **Marihuana: the first twelve thousand years**. Springer Science & Business Media, 2013.
- ACLU. American Civil Liberties Union. **Marijuana arrests by the numbers**. Disponível em <https://www.aclu.org/gallery/marijuana-arrests-numbers>. Acessado em 04 de dez. 2022.
- ADIALA, J. C. *et al.* **Drogas, medicina e civilização na primeira república**. 2011. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.
- ADOVASIO, J. M.; SOFFER, O.; KLÍMA, B. Upper Palaeolithic fibre technology: interlaced woven finds from Pavlov I, Czech Republic, c. 26,000 years ago. **Antiquity**, v. 70, n. 269, p. 526-534, 1996.
- AFRIN, Farjana *et al.* Can hemp help? Low-THC cannabis and non-THC cannabinoids for the treatment of cancer. **Cancers**, v. 12, n. 4, p. 1033, 2020.
- AGGARWAL, S. K. *et al.* Prospectively surveying health-related quality of life and symptom relief in a lot-based sample of medical cannabis-using patients in urban Washington State reveals managed chronic illness and debility. **American Journal of Hospice and Palliative Medicine®**, v. 30, n. 6, p. 523-531, 2013.
- ALBUQUERQUE, A. S.; TRÓCCOLI, B. T. Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 20, p. 153-164, 2004.
- ALKOUSAA, R. Germany to legalize cannabis use for recreational purposes, 26 de out. 2022. Disponível em: <https://www.reuters.com/world/europe/germany-legalize-cannabis-use-recreational-purposes-2022-10-26/>. Acesso em 04 de dez. 2022.
- ALVAREZ, M. C. A criminologia no Brasil ou como tratar desigualmente os desiguais. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 4, p. 677-704, 2002.
- ANAND, U. *et al.* Cannabis-based medicines and pain: a review of potential synergistic and entourage effects. **Pain Management**, v. 11, n. 4, p. 395-403, 2021.
- ANSLINGER, H. J. **Enforcement of the Narcotic Drug Laws in the USA**, statement to League of Nation's Opium Advisory Committee, 1938.
- ANSLINGER, H. J.; COOPER, C. R. **Marijuana: Assassin of youth**. Crowell Publishing Company, 1937.
- ANVISA. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. RESOLUÇÃO - RDC Nº 335, DE 24 DE JANEIRO DE 2020. Define os critérios e os procedimentos para a importação de Produto derivado de Cannabis, por pessoa física, para uso próprio, mediante prescrição de profissional legalmente habilitado, para tratamento de saúde. Brasília, 2020.
- ANVISA. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Resolução da diretoria colegiada – RDC Nº 17, DE 06 de maio de 2015**. Define os critérios e os procedimentos para

a importação, em caráter de excepcionalidade, de produto à base de Canabidiol em associação com outros canabinóides, por pessoa física, para uso próprio, mediante prescrição de profissional legalmente habilitado, para tratamento de saúde. Brasília, 2015.

ANVISA. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Resolução da diretoria colegiada – RDC nº 262, de 1º de fevereiro de 2019**. Altera o item 8, Capítulo XXXVII da Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 81, de 5 de novembro de 2008, que dispõe sobre o Regulamento Técnico de Bens e Produtos Importados para fins de Vigilância Sanitária. Brasília, 2019.

APA. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**, Fifth Edition (DSM-V). Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2014.

ARANA, X; SÁNCHEZ, V. M. Cannabis cultivation in Spain The case of cannabis social clubs. In: **WORLD Wide Weed**. Routledge, 2016. p. 183-198.

ARI, Ç. *et al.* Mindfulness, healthy life skills and life satisfaction in varsity athletes and university students. **Progress in Nutrition**, v. 22, n. 2, p. 1-8, 2020.

ASTORGA, L. **Drogas sin fronteras**. Debolsillo, 2015.

AVRAHAM, Y. *et al.* The Impact of Δ 9-THC on the Psychological Symptoms of Anorexia Nervosa: A Pilot Study. **Isr J Psychiatry**, v. 54, n. 3, 2017.

BAHORIK, A. L. *et al.* Medical and non-medical marijuana use in depression: longitudinal associations with suicidal ideation, everyday functioning, and psychiatry service utilization. **Journal of affective disorders**, v. 241, p. 8-14, 2018.

BAILEY, M. M. *et al.* The effects of subacute exposure to a water-soluble cannabinol compound in male mice. **Journal of Cannabis Research**, v. 4, n. 1, p. 1-12, 2022.

BALLOTTA, D.; BERGERON, H.; HUGHES, B. **Cannabis control in Europe**. EMCDDA MONOGRAPHS, v. 99, 2009.

BARCELOS, I.; DOMENICI, T. **São Paulo Condena Mais Negros por Tráfico, Mesmo que Portem Menos Drogas**. 06 de mai. 2019. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2019/05/06/sao-paulocondena-mais-negros-por-trafico-mesmo-que-portem-menos-drogas.html>. Acesso em: 07 ago. 2019.

BARCHEL, D. *et al.* Use of Medical Cannabis in Patients with Gilles de la Tourette's Syndrome in a Real-World Setting. **Cannabis and Cannabinoid Research**, 2022.

BARROS, A.; PERES, M. Proibição da maconha no Brasil e suas raízes históricas escravocratas. **Periferia**, v. 3, n. 2, 2011.

BARTOLI, F.; CROCAMO, C.; CARRÀ, G. Cannabis use disorder and suicide attempts in bipolar disorder: a meta-analysis. **Neuroscience & Biobehavioral Reviews**, v. 103, p. 14-20, 2019.

BATALLA, A. *et al.* The potential of cannabidiol as a treatment for psychosis and addiction: who benefits most? A systematic review. **Journal of clinical medicine**, v. 8, n. 7, p. 1058, 2019.

BATISTA, G. **Diferenciação entre tráfico e porte de drogas para uso**. Dezembro de 2019. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/78646/diferenciacao-entre-trafico-e-porte-de-drogas-para-uso>. Acesso em: 13 de mar. 2021.

BBC. **Chile lawmakers approve marijuana decriminalisation bill**, 8 de jul. 2015. Disponível em <https://www.bbc.com/news/world-latin-america-33438405>. Acesso em -4 de dez. 2022.

BENNETT, C. Early/Ancient History, in HOLLAND, J. **The Pot Book-A Complete Guide to Cannabis: Its Role in Medicine, Politics, Science, and Culture**. Park Street Press: Rochester, 2011.

BERGAMASCHI, M. M. *et al.* Cannabidiol reduces the anxiety induced by simulated public speaking in treatment-naive social phobia patients. **Neuropsychopharmacology**, v. 36, n. 6, p. 1219-1226, 2011.

BERGER, A. A. *et al.* Cannabis and cannabidiol (CBD) for the treatment of fibromyalgia. **Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology**, v. 34, n. 3, p. 617-631, 2020.

BERGER, M.; LI, E.; AMMINGER, G. P. Treatment of social anxiety disorder and attenuated psychotic symptoms with cannabidiol. **BMJ Case Reports CP**, v. 13, n. 10, p. e235307, 2020.

BERGMAN, M. Criminal diversification and corruption in the drug business. *In: Illegal Drugs, Drug Trafficking and Violence in Latin America*. Springer, Cham, 2018. p. 63-72.

BEWLEY-TAYLOR, D. R. **International drug control: Consensus fractured**. Cambridge University Press, 2012.

BEWLEY-TAYLOR, D. R. **United States and international drug control, 1909-1997**. A&C Black, 2002.

BEWLEY-TAYLOR, D.; BLICKMAN, T.; JELSMA, M. The rise and decline of cannabis prohibition. **The history of cannabis in the UN drug control system and options for reform**. Amsterdam/Swansea: Global Drug Policy Observatory/Transnational Institute, 2014.

BEWLEY-TAYLOR, D.; JELSMA, M. Fifty years of the 1961 Single Convention on Narcotic Drugs: A reinterpretation. **Series on legislative reform of drug policies**, v. 12, p. 1-20, 2011.

BJELLAND, I. *et al.* Does a higher educational level protect against anxiety and depression? The HUNT study. **Social science & medicine**, v. 66, n. 6, p. 1334-1345, 2008.

BLAES, S. L. *et al.* Enhancing effects of acute exposure to cannabis smoke on working memory performance. **Neurobiology of learning and memory**, v. 157, p. 151-162, 2019.

BLEST-HOPLEY, G.; GIAMPIETRO, V.; BHATTACHARYYA, S. A systematic review of human neuroimaging evidence of memory-related functional alterations associated with cannabis use complemented with preclinical and human evidence of memory performance alterations. **Brain Sciences**, v. 10, n. 2, p. 102, 2020.

BOEHNKE, K. F. *et al.* Cannabidiol use for fibromyalgia: prevalence of use and perceptions of effectiveness in a large online survey. **The Journal of Pain**, v. 22, n. 5, p. 556-566, 2021.

BOGGS, D. L. *et al.* Clinical and preclinical evidence for functional interactions of cannabidiol and Δ 9-tetrahydrocannabinol. **Neuropsychopharmacology**, v. 43, n. 1, p. 142-154, 2018.

BONINI, S. A. *et al.* Cannabis sativa: A comprehensive ethnopharmacological review of a medicinal plant with a long history. **Journal of ethnopharmacology**, v. 227, p. 300-315, 2018.

BONN-MILLER, M. O.; BABSON, K. A.; VANDREY, R. Using cannabis to help you sleep: Heightened frequency of medical cannabis use among those with PTSD. **Drug and alcohol dependence**, v. 136, p. 162-165, 2014.

BOTSFORD, S. L.; YANG, S.; GEORGE, T. P. Cannabis and cannabinoids in mood and anxiety disorders: impact on illness onset and course, and assessment of therapeutic potential. **The American journal on addictions**, v. 29, n. 1, p. 9-26, 2020.

BOUGEA, A. *et al.* Medical cannabis as an alternative therapeutics for Parkinsons' disease: Systematic review. **Complementary therapies in clinical practice**, v. 39, p. 101154, 2020.

BRANDÃO, M. D. Ciclos de atenção à maconha no Brasil. **Revista da Biologia**, 2014.

BRASIL. **Decreto N° 9761 de 11 de Abril de 2019**. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2019/decreto-9761-11-abril-2019-787968-publicacaooriginal-157741-pe.html>. Acesso em: 13 de mar. 2021.

BRASIL. **Lei n° 11.343, de 23 de agosto de 2006**. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Brasília, 2006.

BRASIL. **Lei n° 8.072, de 25 de julho de 1990**. Dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do art. 5º, inciso XLIII, da Constituição Federal, e determina outras providências. Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério das Relações Exteriores. Arquivo Histórico do Itamaraty. **Ofício do Ministério das Relações Exteriores à Legação do Brasil em Cuba**. Rio de Janeiro, 21 mar. 1933.

BRASIL. Ministério das Relações Exteriores. Arquivo Histórico do Itamaraty. **Instruções para a execução do Decreto-Lei n° 891 de 25 de novembro de 1938**. Rio de Janeiro, 1 fev. 1939.

BROCKBANK, W. **Ancient Therapeutic Arts**. W. Heinemann Medical Books: London, 1954.

BROWN, J. D. Potential adverse drug events with tetrahydrocannabinol (THC) due to drug–drug interactions. **Journal of clinical medicine**, v. 9, n. 4, p. 919, 2020.

BUTRICA, J. L. The medical use of cannabis among the Greeks and Romans. **Journal of Cannabis Therapeutics**, v. 2, n. 2, p. 51-70, 2002.

BÜTTENBENDER, S. L. **Canabinóides**: perfil qualitativo em amostras apreendidas e avaliação da fragmentação por espectrometria de massas com ionização por eletrospray. 2020. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) – Faculdade de Farmácia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2020.

CALAPAI, F. *et al.* Pharmacological Aspects and Biological Effects of Cannabigerol and Its Synthetic Derivatives. **Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine**, v. 2022, 2022.

CÂMARA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO. Código de Posturas da Ilustríssima Câmara Municipal. Rio de Janeiro: Emp. Typ. Dous de Dezembro, 1854.

CAPANO, A.; WEAVER, R.; BURKMAN, E. Evaluation of the effects of CBD hemp extract on opioid use and quality of life indicators in chronic pain patients: a prospective cohort study. **Postgraduate medicine**, v. 132, n. 1, p. 56-61, 2020.

CARLOS, A. R.; FRANZOLIN, F.; ALVIM, M. H. Eugenia à Moda Brasileira: Problematizações Históricas para o Ensino de Genética. **Revista Brasileira de Pesquisa em Educação em Ciências**, p. e37910-26, 2022.

CARNEIRO, H. Proibição da Maconha: racismo e violência no Brasil. **Cahiers des Amériques latines**, n. 92, p. 135-152, 2019.

CARVALHO, J. C. **Regulamentação e criminalização das drogas**: A Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes e a internalização do proibicionismo no Brasil (1936-1946). 2013. Dissertação (Mestrado em História Política) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

CHANDRA, S. *et al.* New trends in cannabis potency in USA and Europe during the last decade (2008–2017). **European archives of psychiatry and clinical neuroscience**, v. 269, n. 1, p. 5-15, 2019.

CHAVES, C.; BITTENCOURT, P. C. T.; PELEGRINI, A.. Ingestion of a THC-rich cannabis oil in people with fibromyalgia: a randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial. **Pain Medicine**, v. 21, n. 10, p. 2212-2218, 2020.

CHEVANNES, B. Crime and drug-related issues in Jamaica. **Souls**, v. 3, n. 4, p. 32-38, 2001.

CLARKE, R. C.; MERLIN, M. D. Cannabis domestication, breeding history, present-day genetic diversity, and future prospects. **Critical reviews in plant sciences**, v. 35, n. 5-6, p. 293-327, 2016.

CLARKE, R.C., MERLIN, M.D. **Cannabis, Evolution and Ethnobotany**. Berkeley: University of California press, 2013.

COELHO, L. C. V. O direito penal da guerra às drogas. Belo Horizonte: Editio D'Plácido, 2021.

COMITAS, L. The social nexus of ganja in Jamaica. In RUBIN, V. **Cannabis and Culture**, Mouton Publishers: Paris, 2011.

CONSROE, Paul; WOLKIN, Andrea. Cannabidiol--antiepileptic drug comparisons and interactions in experimentally induced seizures in rats. **Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics**, v. 201, n. 1, p. 26-32, 1977.

CONTE, J. Obtenção de cannabis medicinal sofre com burocracia, 11 de ago. 2020. Disponível em <https://drauziovarella.uol.com.br/drogas-licitas-e-ilicitas/obtencao-de-cannabis-medicinal-sofre-com-burocracia/>. Acesso em 05 de dez. 2022.

COSTA, M. R. S.; GONTIÈS, B. Maconha: aspectos farmacológicos, históricos e antropológicos. **Revista Unipê**, v. 1, n. 2, p. 13-24, 1997.

COUGLE, J. R. *et al.* Posttraumatic stress disorder and cannabis use in a nationally representative sample. **Psychology of Addictive Behaviors**, v. 25, n. 3, p. 554, 2011.

COUTO, A. C. Fronteiras e estrutura espacial do narcotráfico na Amazônia. **Boletim Gaúcho de Geografia**, v. 47, n. 1, 2020.

CRAIG, R. B. Operation intercept: The international politics of pressure. **The Review of Politics**, v. 42, n. 4, p. 556-580, 1980.

CRIPPA, J. A. *et al.* Translational investigation of the therapeutic potential of cannabidiol (CBD): toward a new age. **Frontiers in immunology**, v. 9, p. 2009, 2018.

CRIPPA, J. A. S. *et al.* Is cannabidiol the ideal drug to treat non-motor Parkinson's disease symptoms?. **European archives of psychiatry and clinical neuroscience**, v. 269, n. 1, p. 121-133, 2019.

CRIPPA, J. A. S. *et al.* Neural basis of anxiolytic effects of cannabidiol (CBD) in generalized social anxiety disorder: a preliminary report. **Journal of psychopharmacology**, v. 25, n. 1, p. 121-130, 2011.

CUNHA, J. M. *et al.* Chronic administration of cannabidiol to healthy volunteers and epileptic patients. **Pharmacology**, v. 21, n. 3, p. 175-185, 1980.

DE KORT, M. The Dutch cannabis debate, 1968–1976. **Journal of Drug Issues**, v. 24, n. 3, p. 417-427, 1994.

DE SOUZA, J. E. L. **Sonhos da diamba, controles do cotidiano: uma história da criminalização da maconha no Brasil republicano**. Edufba: Salvador, 2015.

DE SOUZA, J. F. *et al.* Neurofibromatose tipo 1: mais comum e grave do que se imagina. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 55, p. 394-399, 2009.

DEGENHARDT, L.; HALL, W.; LYNSKEY, Michael. Exploring the association between cannabis use and depression. **Addiction**, v. 98, n. 11, p. 1493-1504, 2003.

DEL TORO, J. *et al.* The criminogenic and psychological effects of police stops on adolescent black and Latino boys. **Proceedings of the National Academy of Sciences**, v. 116, n. 17, p. 8261-8268, 2019.

DENISSOFF, A. *et al.* Is early exposure to cannabis associated with bipolar disorder? Results from a Finnish birth cohort study. **Addiction**, 2022.

DENSON, T. F.; EARLEYWINE, Mitchell. Decreased depression in marijuana users. **Addictive behaviors**, v. 31, n. 4, p. 738-742, 2006.

DEVANE, W. A. *et al.* Determination and characterization of a cannabinoid receptor in rat brain. **Molecular pharmacology**, v. 34, n. 5, p. 605-613, 1988.

DEVINSKY, O. *et al.* Effect of cannabidiol on drop seizures in the Lennox–Gastaut syndrome. **New England Journal of Medicine**, v. 378, n. 20, p. 1888-1897, 2018a.

DEVINSKY, O. *et al.* Randomized, dose-ranging safety trial of cannabidiol in Dravet syndrome. **Neurology**, v. 90, n. 14, p. e1204-e1211, 2018.

DIEP, C. *et al.* Recent cannabis use and nightly sleep duration in adults: a population analysis of the NHANES from 2005 to 2018. **Regional Anesthesia & Pain Medicine**, v. 47, n. 2, p. 100-104, 2022.

DÓRIA, R. Os fumadores de maconha: efeitos e males do vício. In: **MACONHA**: coletânea de trabalhos brasileiros. 2. Ed. Rio de Janeiro: Serviço Nacional de Educação Sanitária. 1958.

DOS SANTOS, R. G. *et al.* Serious adverse effects of cannabidiol (CBD): a review of randomized controlled trials. **Expert Opinion on Drug Metabolism & Toxicology**, v. 16, n. 6, p. 517-526, 2020.

DOS SANTOS, R. G.; HALLAK, J. E. C.; CRIPPA, J. A. S. Neuropharmacological effects of the main phytocannabinoids: a narrative review. **Cannabinoids and neuropsychiatric disorders**, p. 29-45, 2021.

D'SOUZA, D. C.; RANGANATHAN, M. Medical marijuana: is the cart before the horse? **JAMA**, v. 313, n. 24, p. 2431-2432, 2015.

DUVALL, C. S. The African roots of Marijuana. **American Historical Review**, v. 125, n. 5, p. 351, 2019.

EARP, B. D. *et al.* Racial justice requires ending the war on drugs. **The American Journal of Bioethics**, v. 21, n. 4, p. 4-19, 2021.

ELIAS JUNIOR, J. S.; DE OLIVEIRA, B. M. J. F.; BARBOSA, M. N. R. Anseios e devaneios: a memória social envolta ao progresso de legalização da maconha para fins medicinais no Brasil. **Perspectivas em Ciência da Informação**, v. 25, p. 63-81, 2020.

EPSTEIN, H. A. A natural approach to soothing atopic skin. **Skinmed**, v. 8, n. 2, p. 95-97, 2010.

ESKANDER, J. P. *et al.* Cannabidiol (CBD) as a treatment of acute and chronic back pain: A case series and literature review. **J Opioid Manag**, v. 16, n. 3, p. 215-8, 2020.

EVANS, M. Police are 'turning a blind eye' to cannabis across the country, experts claim, 22 de jul. 2015. Disponível em <https://www.telegraph.co.uk/news/uknews/law-and-order/11755995/Police-are-turning-a-blind-eye-to-cannabis-across-the-country-experts-claim.html>. Acesso em 04 de dez.

EXAME. REBELIÃO deixa 52 mortos em presídio de Altamira, no Pará. Exame, São Paulo, 29 de jul. 2019. Disponível em: <https://exame.abril.com.br/brasil/rebeliao-deixa-52-mortos-em-presidio-de-altamira-no-para/>. Acesso em: 13 de mar. 2021.

FARAG, S.; KAYSER, O. The cannabis plant: botanical aspects. *In: Handbook of cannabis and related pathologies*. Academic Press, 2017. p. 3-12.

FBSP. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. **Anuário brasileiro de segurança pública**. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2019.

FEINGOLD, D.; WEINSTEIN, A. Cannabis and depression. *In: Murillo-Rodriguez, E.; PANDI-PERUMAL, S.R.; MONTI, J. M. Cannabinoids and Neuropsychiatric Disorders*, p. 67-80, 2021.

FÉLIX, S.; PORTUGAL, P.; TAVARES, A. S. Going after the Addiction, Not the Addicted: The Impact of Drug Decriminalization in Portugal. **Institute of Labor Economics**, 2017.

FERBER, S. G. *et al.* The “entourage effect”: terpenes coupled with cannabinoids for the treatment of mood disorders and anxiety disorders. **Current neuropharmacology**, v. 18, n. 2, p. 87-96, 2020.

FERNÁNDEZ, L. L. *et al.* Clinical experiences with cannabinoids in spasticity management in multiple sclerosis. **Neurología (English Edition)**, v. 29, n. 5, p. 257-260, 2014.

FERRARINI, E. G. *et al.* Broad-spectrum cannabis oil ameliorates reserpine-induced fibromyalgia model in mice. **Biomedicine & Pharmacotherapy**, v. 154, p. 113552, 2022.

FERREIRA, G. *et al.* Efeitos positivos do uso de canabidiol em pacientes com Doença de Parkinson. **Brazilian Journal of Development**, v. 8, n. 2, p. 9051-9059, 2022.

FERREIRA, K. A.; SANTOS, K. C. **Uso de óleo de cannabis em pacientes com insônia e ansiedade noturna refratários em uso prolongado de benzodiazepínicos e não-benzodiazepínicos**. 2021. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Biomedicina) – Curso de Biomedicina, Faculdade Una, Pouso Alegre, 2021.

FONSECA, B. M. *et al.* O Sistema Endocanabinóide – uma perspectiva terapêutica. **Acta Farmacêutica Portuguesa**, v. 2, n. 2, p. 37-44, 2013.

FRAGA, P. C. P.; IULIANELLI, J. A. S. Plantios ilícitos de ‘cannabis’ no Brasil: Desigualdades, alternativa de renda e cultivo de compensação. **Dilemas-Revista de Estudos de Conflito e Controle Social**, v. 4, n. 1, p. 11-40, 2011.

FRAGA, P. V. R. *et al.* “**Tá normal! tá normal! a saúde chegou**”: etnografia da atuação do consultório na rua de Belo Horizonte nas cenas de uso. 2022. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Centro de Pesquisas René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz, Belo Horizonte, 2022.

FRANÇA, J. M. C. **História da maconha no Brasil**. São Paulo: Editora Jandaíra, 2022.

FRIDE, Ester *et al.* The endocannabinoid system during development: emphasis on perinatal events and delayed effects. **Vitamins & hormones**, v. 81, p. 139-158, 2009.

CÂMARA dos Deputados do México aprova a legalização da maconha. **G1**, 10 mar. 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/mundo/noticia/2021/03/10/camara-dos-deputados-do-mexico-aprova-a-legalizacao-da-maconha.ghtml>. Acesso em: 13 de mar. 2021.

MÃE consegue na Justiça direito de plantar maconha em casa para uso medicinal da filha com condição rara, no Ceará. **G1**, 25 de mai. 2022. Disponível em <https://g1.globo.com/ce/ceara/noticia/2022/05/25/mae-consegue-na-justica-direito-de-plantarmaconha-em-casa-para-uso-medicinal-da-filha-com-condicao-rara-no-ceara.ghtml>. Acesso em: 01 de dez. 2022.

GALLIHER, J. F.; WALKER, A. The puzzle of the social origins of the Marihuana Tax Act of 1937. **Social Problems**, v. 24, n. 3, p. 367-376, 1977.

GAONI, Y.; MECHOULAM, R.. Isolation, structure, and partial synthesis of an active constituent of hashish. **Journal of the American chemical society**, v. 86, n. 8, p. 1646-1647, 1964.

GARCÍA-GUTIÉRREZ, M. S. *et al.* Cannabidiol: a potential new alternative for the treatment of anxiety, depression, and psychotic disorders. **Biomolecules**, v. 10, n. 11, p. 1575, 2020.

GARCÍA-VALLEJO, J. P. **La disipada historia de la marihuana en México, 1492-2010**. Eterno Femenino Ediciones, 2010.

GAVRILOVA, E.; KAMADA, T.; ZOUTMAN, F. Is legal pot crippling Mexican drug trafficking organizations? The effect of medical marijuana laws on US crime. **The Economic Journal**, v. 129, n. 617, p. 375-407, 2017.

GELLER, T. Cannabinoids: a secret history. **Chemical Heritage Newsmagazine**, v. 25, n. 2, 2007.

GERBER, R. J. **Legalizing marijuana: Drug policy reform and prohibition politics**. Greenwood Publishing Group, 2004.

GIORDI, V. *et al.* Adding medical cannabis to standard analgesic treatment for fibromyalgia: a prospective observational study. **Clinical and Experimental Rheumatology**, v. 38, n. 1, p. 53-59, 2020.

GLODOSKY, N. C.; CUTTLER, C. Motives Matter: Cannabis use motives moderate the associations between stress and negative affect. **Addictive behaviors**, v. 102, p. 106188, 2020.

GODWIN, H. Pollen-analytic evidence for the cultivation of Cannabis in England. **Review of Palaeobotany and Palynology**, v. 4, n. 1-4, p. 71-80, 1967.

GODWIN, H. The ancient cultivation of hemp. **Antiquity**, v. 41, n. 161, p. 42-49, 1967.

GOERL, B. *et al.* Cannabidiolic acid exhibits entourage-like improvements of anticonvulsant activity in an acute rat model of seizures. **Epilepsy research**, v. 169, p. 106525, 2021.

GONZÁLEZ, M. **Perfil químico de amostras de canábis apreendidas no Estado do Rio Grande do Sul**. 2018. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) – Faculdade de Farmácia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018.

GORFINKEL, L. R.; STOHL, M.; HASIN, D. Association of depression with past-month cannabis use among US adults aged 20 to 59 years, 2005 to 2016. **JAMA network open**, v. 3, n. 8, p. e2013802-e2013802, 2020.

GRELLA, C. E.; RODRIGUEZ, Luz; KIM, Tina. Patterns of medical marijuana use among individuals sampled from medical marijuana dispensaries in Los Angeles. **Journal of psychoactive drugs**, v. 46, n. 4, p. 263-272, 2014.

GUIMARÃES, H.; BUONO, R. **O custo da guerra às drogas**, 29 de mar. 2021. Disponível em <https://piaui.folha.uol.com.br/o-custo-da-guerra-as-drogas/>. Acesso em 03 de dez. 2022.

GUIMARÃES, L. **38 Estados dos EUA autorizam algum tipo de uso da maconha**, 25 jun. 2022. Disponível em <https://www.poder360.com.br/internacional/38-estados-dos-eua-autorizam-algum-tipo-de-uso-da-maconha/>. Acesso em: 01 de dez. 2022.

HALL, K. E. *et al.* Mental health–related emergency department visits associated with cannabis in Colorado. **Academic Emergency Medicine**, v. 25, n. 5, p. 526-537, 2018.

HALL, W.; LYNKEY, M. Assessing the public health impacts of legalizing recreational cannabis use: the US experience. **World Psychiatry**, v. 19, n. 2, p. 179-186, 2020.

HANSEN, C.; ALAS, H; DAVIS JR., D. **Where Is Marijuana Legal? A Guide to Marijuana Legalization**, 09 de nov. 2022. Disponível em <https://www.usnews.com/news/best-states/articles/where-is-marijuana-legal-a-guide-to-marijuana-legalization>. Acesso em 04 de dez. 2022.

HASAN, A. *et al.* Cannabis use and psychosis: a review of reviews. **European archives of psychiatry and clinical neuroscience**, v. 270, n. 4, p. 403-412, 2020.

HEATH, R. G. Marijuana: Effects on deep and surface electroencephalograms of rhesus monkeys. **Neuropharmacology**, v. 12, n. 1, p. 1-14, 1973.

HEGAZY, O.; PLATNICK, H.. Cannabidiol (CBD) for treatment of neurofibromatosis-related pain and concomitant mood disorder: A case report. **Cureus**, v. 11, n. 12, 2019.

HELLWIG, M. Paläoethnobotanische Untersuchungen an mittelalterlichen und frühneuzeitlichen Pflanzenresten aus Braunschweig. 1990.

HERBST, J.; MUSGRAVE, G. Respiratory depression following an accidental overdose of a CBD-labeled product: A pediatric case report. **Journal of the American Pharmacists Association**, v. 60, n. 1, p. 248-252, 2020.

HOCH, E. *et al.* How effective and safe is medical cannabis as a treatment of mental disorders? A systematic review. **European archives of psychiatry and clinical neuroscience**, v. 269, n. 1, p. 87-105, 2019.

HODGSON, K. *et al.* Cannabis use, depression and self-harm: phenotypic and genetic relationships. **Addiction**, v. 115, n. 3, p. 482-492, 2020.

HOSSEINI, S.; OREMUS, M. The effect of age of initiation of cannabis use on psychosis, depression, and anxiety among youth under 25 years. **The Canadian Journal of Psychiatry**, v. 64, n. 5, p. 304-312, 2019.

HOWLETT, A. C.; QUALY, JAMES M.; KHACHATRIAN, LEILI L. Involvement of Gi in the inhibition of adenylate cyclase by cannabimimetic drugs. **Molecular pharmacology**, v. 29, n. 3, p. 307-313, 1986.

HUDSON, A.; HUDSON, P.. Risk factors for cannabis-related mental health harms in older adults: a review. **Clinical Gerontologist**, v. 44, n. 1, p. 3-15, 2021.

HURD, Y.L. *et al.* Cannabis and the developing brain: insights into its long-lasting effects. **Journal of neuroscience**, v. 39, n. 42, p. 8250-8258, 2019.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010**. 2011. Disponível em <<http://censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em 05 de jan. 2023.

INCS. INTERNATIONAL NARCOTICS CONTROL BOARD. **Report of the International Narcotics Control Board for 1998**. United Nations, 1999.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Boletim de Análise Político-Institucional: Política de Drogas**. Brasília: Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, 2018.

JAEGER, K. **Mexico Is ‘Falling Behind’ Other Countries On Marijuana Legalization, Top Senator Says, But Congress Will Prioritize Reform In New Session**, 31 de ago. 2022. Disponível em <https://www.marijuanamoment.net/mexico-is-falling-behind-other-countries-on-marijuana-legalization-top-senator-says-but-congress-will-prioritize-reform-in-new-session/>. Acesso em 04 de dez. 2022.

JAMI, T.; RAWTANI, D.; AGRAWAL, Y. K. Hemp concrete: carbon-negative construction. **Emerging Materials Research**, v. 5, n. 2, p. 240-247, 2016.

JARDIM, B. F. **Investigação do potencial terapêutico da cannabis sativa no tratamento de transtornos do comportamento alimentar: uma revisão sistemática**. 2022. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Nutrição) – Departamento de Biociências, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Santos, 2022.

JEFSEN, Oskar Hougaard *et al.* Bipolar disorder and cannabis use: A bidirectional two-sample Mendelian randomization study. **Addiction Biology**, v. 26, n. 6, p. e13030, 2021.

JELSMA, M.; BLICKMAN, T. Drug Policy Reform in Practice Experiences with alternatives in Europe and the US. **Transnational Institute**, 2009.

JESUS, M. G. M, *et al.* **Prisão Provisória e Lei de Drogas: um estudo sobre os flagrantes de tráfico de drogas na cidade de São Paulo**. São Paulo: Núcleo de Estudo da Violência da USP. E-book, 2011.

JOHNSTAD, P. G. Cannabis as entheogen: Survey and interview data on the spiritual use of cannabis. **Journal of cannabis research**, v. 2, n. 1, p. 1-17, 2020.

JONES, É.; VLACHOU, S. A critical review of the role of the cannabinoid compounds Δ 9-tetrahydrocannabinol (Δ 9-THC) and cannabidiol (CBD) and their combination in multiple sclerosis treatment. **Molecules**, v. 25, n. 21, p. 4930, 2020.

KHAN, R. *et al.* The therapeutic role of Cannabidiol in mental health: a systematic review. **Journal of cannabis research**, v. 2, n. 1, p. 1-21, 2020.

- KANCHERLA, N. *et al.* Cannabis associated mental health effects: A review. **Journal of**
- KARNIOL, I. G. *et al.* Cannabidiol interferes with the effects of Δ 9-tetrahydrocannabinol in man. **European journal of pharmacology**, v. 28, n. 1, p. 172-177, 1974.
- KENDELL, R. Cannabis condemned: the proscription of Indian hemp. **Addiction**, v. 98, n. 2, p. 143-151, 2003.
- KHAN, R. *et al.* The therapeutic role of Cannabidiol in mental health: a systematic review. **Journal of cannabis research**, v. 2, n. 1, p. 1-21, 2020.
- KINGHORN, A. D. *et al.* **Phytocannabinoids**. Berna: Springer International Publisher Switzerland, 2017.
- KLOFT, L. *et al.* Cannabis increases susceptibility to false memory. **Proceedings of the National Academy of Sciences**, v. 117, n. 9, p. 4585-4589, 2020.
- KORS, A. *et al.* (Ed.). **Witchcraft in Europe, 400-1700: A documentary history**. University of Pennsylvania Press, 2001.
- KOSIBA, J. D.; MAISTO, S. A.; DITRE, J. W. Patient-reported use of medical cannabis for pain, anxiety, and depression symptoms: systematic review and meta-analysis. **Social science & medicine**, v. 233, p. 181-192, 2019.
- KOZMA, L. Cannabis prohibition in Egypt, 1880–1939: From local ban to league of nations diplomacy. **Middle Eastern Studies**, v. 47, n. 3, p. 443-460, 2011.
- KROON, E. *et al.* Heavy cannabis use, dependence and the brain: a clinical perspective. **Addiction**, 2020.
- KROON, E.; KUHNS, L.; COUSIJN, J. The short-term and long-term effects of cannabis on cognition: recent advances in the field. **Current Opinion in Psychology**, v. 38, p. 49-55, 2021.
- KWAI, I. U.N. Reclassifies Cannabis as a Less Dangerous Drug. 2 dez. 2020. Disponível em: <https://www.nytimes.com/2020/12/02/world/europe/cannabis-united-nations-drug-policy.html>. Acesso em: 13 de mar. 2021.
- LACHENMEIER, D. W. *et al.* Are adverse effects of cannabidiol (CBD) products caused by tetrahydrocannabinol (THC) contamination?. **F1000Research**, v. 8, 2019.
- LAKE, S. *et al.* Does cannabis use modify the effect of post-traumatic stress disorder on severe depression and suicidal ideation? Evidence from a population-based cross-sectional study of Canadians. **Journal of psychopharmacology**, v. 34, n. 2, p. 181-188, 2020.
- LANDUCCI, E. *et al.* Neuronal and Astrocytic Morphological Alterations Driven by Prolonged Exposure with Δ 9-Tetrahydrocannabinol but Not Cannabidiol. **Toxics**, v. 10, n. 2, p. 48, 2022.
- LARSSON, M.; LAGERÅS, P. New evidence on the introduction, cultivation and processing of hemp (*Cannabis sativa* L.) in southern Sweden. **Environmental Archaeology**, v. 20, n. 2, p. 111-119, 2015.

LATTANZI, S. *et al.* Efficacy and safety of cannabidiol in epilepsy: a systematic review and meta-analysis. **Drugs**, v. 78, n. 17, p. 1791-1804, 2018.

LAZARINI-LOPES, Willian *et al.* The anticonvulsant effects of cannabidiol in experimental models of epileptic seizures: From behavior and mechanisms to clinical insights. **Neuroscience & Biobehavioral Reviews**, v. 111, p. 166-182, 2020.

LEAL-GALICIA, P. *et al.* Breve historia sobre la marihuana en Occidente. **Rev Neurol**, v. 67, p. 133-140, 2018.

LESSING, B.; WILLIS, G. D. Legitimacy in criminal governance: Managing a drug empire from behind bars. **American Political Science Review**, v. 113, n. 2, p. 584-606, 2019.

LEW, D. *et al.* Examining the relationships between life satisfaction and alcohol, tobacco and marijuana use among school-aged children. **Journal of Public Health**, v. 41, n. 2, p. 346-353, 2019.

LI, H. *et al.* Overview of cannabidiol (CBD) and its analogues: Structures, biological activities, and neuroprotective mechanisms in epilepsy and Alzheimer's disease. **European journal of medicinal chemistry**, v. 192, p. 112163, 2020.

LI, H. An archaeological and historical account of cannabis in China. **Economic Botany**, v. 28, n. 4, p. 437-448, 1974.

LI, X. *et al.* Focus: Plant-based Medicine and Pharmacology: The Effectiveness of Cannabis Flower for Immediate Relief from Symptoms of Depression. **The Yale journal of biology and medicine**, v. 93, n. 2, p. 251, 2020.

LIKAR, R. *et al.* Concomitant treatment of malignant brain tumours with CBD—a case series and review of the literature. **Anticancer Research**, v. 39, n. 10, p. 5797-5801, 2019.

LOMBROSO, C. **O homem delinquente**. São Paulo: Ícone, 2013.

LONG, T. *et al.* Cannabis in Eurasia: origin of human use and Bronze Age trans-continental connections. **Vegetation History and Archaeobotany**, v. 26, n. 2, p. 245-258, 2017.

LOPES, A. R.; NIHEI, O. K. Depression, anxiety and stress symptoms in Brazilian university students during the COVID-19 pandemic: Predictors and association with life satisfaction, psychological well-being and coping strategies. **PLoS One**, v. 16, n. 10, p. e0258493, 2021.

LOVIBOND, S. H.; LOVIBOND, P. F. **Manual for the depression anxiety stress scales**. Psychology Foundation of Australia, 1996.

LOWE, D. J. E. *et al.* Cannabis and mental illness: a review. **European archives of psychiatry and clinical neuroscience**, v. 269, n. 1, p. 107-120, 2019.

LUNARDON, J. A. Maconha, Capoeira e Samba: a construção do proibicionismo como uma política de criminalização social. In: **I Seminário Internacional de Ciência Política**. Porto Alegre. Anais do I Seminário Internacional de Ciência Política. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2015.

MACCAGNAN, A.; TAYLOR, T.; WHITE, M. P. Valuing the Relationship Between Drug and Alcohol Use and Life Satisfaction: Findings from the Crime Survey for England and Wales. **Journal of Happiness Studies**, v. 21, n. 3, p. 877-898, 2020.

MACRAE, E. Maconha e o Proibicionismo. In: FIGUEREDO, R; FEFFERMANN, M; ADORNO, R. (Org). **Drogas & sociedade contemporânea**: perspectivas para além do proibicionismo. São Paulo: Instituto de Saúde, 2017.

MACRAE, E.; SIMÕES, J. A. **Rodas de fumo**: o uso da maconha entre camadas médias urbanas. Salvador: Edufba. 2004.

MAIA, D. **Justiça dá aval para plantação de maconha por associação com habeas corpus coletivo**, 8 de fev. 2021. Disponível em <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2021/02/justica-da-aval-para-plantacao-de-maconha-por-associacao-com-habeas-corpus-coletivo.shtml>. Acesso em 01 de dez. 2022.

MALLIORI, M. *et al.* Mental health impact of the war on drugs. **BJPsych international**, v. 12, n. 3, p. 53-54, 2015.

MANEO, A. Políticas de uso medicinal puxam avanço da maconha nas Américas e Caribe. **Folha de São Paulo**, Brasília, 6 set. 2020. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/mundo/2020/09/politicas-de-uso-medicinal-puxam-avanco-da-maconha-nas-americas-e-caribe.shtml>. Acesso em: 13 de mar. 2021.

MARGOLIS, S. *et al.* A new measure of life satisfaction: The Riverside Life Satisfaction Scale. **Journal of personality assessment**, v. 101, n. 6, p. 621-630, 2019.

MARINO, D. Hashish and Food: Arabic and European Medieval Dreams of Edible Paradises. In: **Insatiable Appetite: Food as Cultural Signifier in the Middle East and Beyond**. Brill, 2019. p. 190-213.

MARTÍNEZ, I. F.; ATUESTA, L. H. Mourning our dead: The impact of Mexico's war on drugs on citizens' depressive symptoms. **International Journal of Drug Policy**, v. 60, p. 65-73, 2018.

MARTINS, B. G. *et al.* Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse: propriedades psicométricas e prevalência das afetividades. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 68, p. 32-41, 2019.

MASLOV, L. N. *et al.* Prospects for creation of cardioprotective drugs based on cannabinoid receptor agonists. **Journal of cardiovascular pharmacology and therapeutics**, v. 21, n. 3, p. 262-272, 2016.

MATIAS, G. F. S. *et al.* Uso de Cannabis para tratamento da dor crônica: uma revisão sistemática. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 3, p. e25411326586-e25411326586, 2022.

MATTINGLY, D. T. *et al.* Change in distress about police brutality and substance use among young people, 2017–2020. **Drug and alcohol dependence**, v. 237, p. 109530, 2022.

MAXX, M. Como nasce o “prensado”. A pública, 21 de agosto de 2017. Disponível em: <https://apublica.org/2017/08/como-nasce-o-prensado/>. Acesso em: 13 de mar. 2021.

MAZZA, M.. Medical cannabis for the treatment of fibromyalgia syndrome: a retrospective, open-label case series. **Journal of Cannabis Research**, v. 3, n. 1, p. 1-18, 2021.

MCGRAIL, J.; MARTÍN-BANDERAS, L.; DURÁN-LOBATO, M. Cannabinoids as Emergent Therapy Against COVID-19. **Cannabis and Cannabinoid Research**, v. 7, n. 5, p. 582-590, 2022.

MCPARTLAND, J. Cannabis: the plant, its evolution, and its genetics—with an emphasis on Italy. **Rendiconti Lincei. Scienze Fisiche e Naturali**, v. 31, n. 4, p. 939-948, 2020.

MCPARTLAND, J. M. Cannabis as repellent and pesticide. **Journal of the International Hemp Association**, v. 4, n. 2, p. 87-92, 1997.

MCWILLIAMS, J. C. **The Protectors: Harry J. Anslinger And The Federal Bureau Of Narcotics, 1930-1962**. The Pennsylvania State University, 1990.

MECHOULAM, R. (Ed.). **Cannabinoids as therapeutic agents**. CRC Press, 2019.

MECHOULAM, R. *et al.* Identification of an endogenous 2-monoglyceride, present in canine gut, that binds to cannabinoid receptors. **Biochemical pharmacology**, v. 50, n. 1, p. 83-90, 1995.

MECHOULAM, R.; PARKER, L. A. The endocannabinoid system and the brain. **Annu rev psychol**, v. 64, n. 1, p. 21-47, 2013.

MECHOULAM, R.; SHVO, Y. The structure of cannabidiol. **Tetrahedron**, v. 19, n. 19, pp. 2073–2078, 1963.

MEMEDOVICH, K. A. *et al.* The adverse health effects and harms related to marijuana use: an overview review. **Canadian Medical Association Open Access Journal**, v. 6, n. 3, p. E339-E346, 2018.

MEYER, T. *et al.* Real world experience of patients with amyotrophic lateral sclerosis (ALS) in the treatment of spasticity using tetrahydrocannabinol: cannabidiol (THC: CBD). **BMC neurology**, v. 19, n. 1, p. 1-13, 2019.

MILLS, J. H. **Cannabis Britannica: Empire, trade, and prohibition 1800-1928**. Oxford University Press: London, 2005.

MILLS, J. H. Cannabis in Colonial India: Production, State Intervention, and Resistance in the Late Nineteenth-century Bengali Landscape. In STEINBERG, Michael K.; HOBBS, Joseph J.; MATHEWSON, Kent (Ed.). **Dangerous harvest: drug plants and the transformation of indigenous landscapes**. Oxford University Press, 2004.

MILLS, J. H. **Cannabis nation: control and consumption in Britain, 1928-2008**. Oxford University Press, 2013.

MILOSEV, L. M. *et al.* Treatment of Gilles de la Tourette syndrome with cannabis-based medicine: results from a retrospective analysis and online survey. **Cannabis and cannabinoid research**, v. 4, n. 4, p. 265-274, 2019.

MIZELLE, S. **Legalização da maconha recreativa será votada em 5 estados dos EUA**, 07 de nov. 2022. Disponível em <https://www.cnnbrasil.com.br/internacional/legalizacao-da-maconha-recreativa-sera-votada-em-5-estados-dos-eua/>. Acesso em 03 de dez. 2022.

MOHAMMED, A. *et al.* Protective effects of Δ 9-tetrahydrocannabinol against enterotoxin-induced acute respiratory distress syndrome are mediated by modulation of microbiota. **British Journal of Pharmacology**, v. 177, n. 22, p. 5078-5095, 2020.

MOHAMMED, A. *et al.* Δ 9-tetrahydrocannabinol prevents mortality from acute respiratory distress syndrome through the induction of apoptosis in immune cells, leading to cytokine storm suppression. **International Journal of Molecular Sciences**, v. 21, n. 17, p. 6244, 2020a.

MONDINO, A. *et al.* Effects of cannabis consumption on sleep. **Cannabinoids and Sleep**, p. 147-162, 2021.

MOREL, B. A. Tratado das degenerescências na espécie humana. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 497-501, 2008.

MOSTAFAVI, M.; GAITANIS, J. Autism Spectrum Disorder and Medical Cannabis: Review & Clinical Experience. In: **Seminars in Pediatric Neurology**. WB Saunders, 2020. p. 100833.

MOTT, L. A maconha na história do Brasil. In: HENMAN, A; PESSOA JR., O. **Diamba sarabanda**: coletânea de textos brasileiros sobre a maconha. São Paulo: Ground, 1986.

MOUHAMED, Y. *et al.* Therapeutic potential of medicinal marijuana: an educational primer for health care professionals. **Drug, healthcare and patient safety**, v. 10, p. 45, 2018.

MÜLLER-VAHL, K. Case in context: Tourette syndrome. **Cannabis and Cannabinoid Research**, v. 6, n. 2, p. 88-91, 2021.

NAGARKATTI, P.; MIRANDA, K.; NAGARKATTI, M. Use of cannabinoids to treat acute respiratory distress syndrome and cytokine storm associated with coronavirus disease-2019. **Frontiers in Pharmacology**, v. 11, p. 589438, 2020.

NAMDAR, D. *et al.* Chronological review and rational and future prospects of cannabis-based drug development. **Molecules**, v. 25, n. 20, p. 4821, 2020.

NATHAN, R. A. *et al.* Use of medical cannabis in treating anorexia and nausea in elderly cancer patients. **Journal of Clinical Oncology**, v. 37, n. 31, 2019.

NAZROO, J. Y.; BHUI, K. S.; RHODES, J. Where next for understanding race/ethnic inequalities in severe mental illness? Structural, interpersonal and institutional racism. **Sociology of Health & Illness**, v. 42, n. 2, p. 262-276, 2020.

NEGRO, A. L. Paternalismo, populismo e história social. **Cadernos AEL**, 2004.

NELSON, P. L. A critical review of the research literature concerning some biological and psychological effects of cannabis. **Cannabis and the Law in Queensland: A Discussion Paper**, Criminal Justice Commission, Brisbane, Australia, p. 113-152, 1993.

NEW YORK ACADEMY OF MEDICINE. The Marihuana Problem in the City of New York, Mayor's Committee on Marihuana, City of New York (La Guardia Committee Report), 1944. Disponível em <http://drugtext.org/Table/LaGuardia-Committee-Report/>

NITZAN, K. *et al.* An Ultra-Low Dose of Δ 9-Tetrahydrocannabinol Alleviates Alzheimer's Disease-Related Cognitive Impairments and Modulates TrkB Receptor Expression in a 5XFAD Mouse Model. **International Journal of Molecular Sciences**, v. 23, n. 16, p. 9449, 2022.

NUNBERG, H. *et al.* An analysis of applicants presenting to a medical marijuana specialty practice in California. **Journal of drug policy analysis**, v. 4, n. 1, 2011.

NUNES, L. J.; ANDRADE, L. G. Aplicabilidade do canabidiol no tratamento do transtorno do espectro autista. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, [S. l.], v. 7, n. 10, p. 853–873, 2021.

O'HARA, S. **The 'failed war on drugs' and how Illinois uses marijuana tax money to heal communities harmed by it**, 18 de nov. 2022. Disponível em <https://www.wcia.com/news/the-failed-war-on-drugs-and-how-illinois-uses-marijuana-tax-money-to-heal-communities-harmed-by-it/>. Acesso em 03 de dez. 2022.

OLIVEIRA, A.; ZAVERUCHA, J.; RODRIGUES, E. Polígono da maconha: contexto socioeconômico, homicídios e atuação do Ministério Público. **Coleção Segurança com Cidadania.**, 1997.

O'NEIL, M. E. *et al.* Benefits and harms of plant-based cannabis for posttraumatic stress disorder: A systematic review. **Annals of Internal Medicine**, v. 167, n. 5, p. 332-340, 2017.

OPRAVIL, E. Die Vegetation in der jüngeren Burgwallzeit in Prerov. **Cas. Slez. Muz., ser. A**, v. 39, p. 1-32, 1990.

ORSOLINI, L. *et al.* Use of medicinal cannabis and synthetic cannabinoids in post-traumatic stress disorder (PTSD): a systematic review. **Medicina**, v. 55, n. 9, p. 525, 2019.

O'SULLIVAN, S. E.; STEVENSON, C. W.; LAVIOLETTE, S. R. Could cannabidiol be a treatment for coronavirus disease-19-related anxiety disorders?. **Cannabis and Cannabinoid Research**, v. 6, n. 1, p. 7-18, 2021.

OWUSU-BEMPAH, A.; LUSCOMBE, A. Race, cannabis and the Canadian war on drugs: An examination of cannabis arrest data by race in five cities. **International Journal of Drug Policy**, v. 91, p. 102937, 2021.

PABON, E. *et al.* Acute effects of oral delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) on autonomic cardiac activity and their relation to subjective and anxiogenic effects. **Psychophysiology**, v. 59, n. 2, p. e13955, 2022.

PACHER, P.; MECHOULAM, R. Is lipid signaling through cannabinoid 2 receptors part of a protective system?. **Progress in lipid research**, v. 50, n. 2, p. 193-211, 2011.

PAIVA JÚNIOR, W. S.; FARIAS, M. R. A eficácia terapêutica da Cannabis no tratamento da Epilepsia: uma revisão sistemática. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 7, p. 70956-70963, 2021.

PATE, D. W. Chemical ecology of Cannabis. **Journal of the International Hemp Association**, v. 2, n. 29, p. 32-37, 1994.

PATEL, S. *et al.* The association between cannabis use and schizophrenia: causative or curative? A systematic review. **Cureus**, v. 12, n. 7, 2020.

PATRIOTA, R. C.; SÁ, L. A. C. M.; SATO, S. S. Origem, Características e Distribuição Espacial da Cannabis do Polígono da Maconha no Estado de Pernambuco. **Anuário do Instituto de Geociências**, v. 44.

PAXHIA, M. This Week in Cannabis Investing: Weed Legalization in Germany Could Trigger Changes Across Europe, 02 de dez. 2022. Disponível em <https://www.kiplinger.com/investing/stocks/this-week-in-cannabis-investing-weed-legalization-in-germany-could-trigger-changes-across-europe>. Acesso em 03 de dez. 2022.

PENHA, E. M. *et al.* A regulamentação de medicamentos derivados da Cannabis sativa no Brasil. **Brazilian Journal of Forensic Sciences, Medical Law and Bioethics**, v. 9, n. 1, p. 125-145, 2019.

PERNAMBUCO FILHO, P.; BOTELHO, A. **Vícios sociais elegantes**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1924.

PERNONCINI, K. V.; DE OLIVEIRA, R. M. M. W. Usos terapêuticos potenciais do canabidiol obtido da Cannabis sativa. **Uningá Review**, v. 20, n. 3, 2014.

PICHLER, E. *et al.* Pure delta-9-tetrahydrocannabinol and its combination with cannabidiol in treatment-resistant Tourette syndrome: A case report. **The International Journal of Psychiatry in Medicine**, v. 54, n. 2, p. 150-156, 2019.

PIETSCHMANN, T. *et al.* A century of international drug control. **Bulletin on narcotics**, v. 59, n. 1, p. 1-167, 2009.

POLÍCIA FEDERAL. Estatística de Drogas Apreendidas - Atualizados até maio/2019. Ministério da Justiça e Segurança Pública, 2019. Disponível em: <http://www.pf.gov.br/imprensa/estatistica/drogas>. Acesso em: 13 de mar. 2021.

PRATT, M. *et al.* Benefits and harms of medical cannabis: a scoping review of systematic reviews. **Systematic reviews**, v. 8, n. 1, p. 1-35, 2019.

PUTRI, D. Cannabis rescheduling: A global introduction. **Policy**, 2020.

REED, K. *et al.* Food and agriculture in Slavonia, Croatia, during the Late Middle Ages: the archaeobotanical evidence. **Vegetation History and Archaeobotany**, v. 31, n. 4, p. 347-361, 2022.

REZENDE, M. A. P.; FERRAZZA, D. A. Apontamentos genealógicos sobre a criminalização da maconha no Brasil: das bases históricas aos desdobramentos atuais. **ECOS-Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, v. 12, n. 1, p. 27-39, 2022.

RIBEIRO, S. Whole organisms or pure compounds? Entourage effect versus drug specificity. *In: Plant medicines, healing and psychedelic science*. Springer, Cham, 2018. p. 133-149.

RIBEIRO, T. M. **Governo ético-político de usuários de maconha**. Curitiba: Prismas. 2016.

RODRIGUES, L. B. F. **Controle penal sobre as drogas ilícitas: o impacto do proibicionismo no sistema penal e na sociedade**. 2006. Tese (Doutorado em Direito) – Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

RÔMANY, I. Conheça a única instituição que pode cultivar maconha medicinal no país, 31 de jul. 2019. Disponível em <https://tab.uol.com.br/noticias/redacao/2019/07/31/conheca-a-unica-instituicao-que-pode-cultivar-maconha-medicinal-no-pais.htm>. Acesso em 05 de dez. 2022.

ROSENTHAL, F. The herb: hashish versus medieval muslim society. *In: Man versus society in medieval Islam*. Brill, 2015. p. 131-334.

ROSMARIN, A.; EASTWOOD, N. A quiet revolution: drug decriminalisation policies in practice across the globe. **Drugs, the Law and Human Rights (Release, London,, 2012)**, 2012.

RUBIN, V. (Ed.). **Cannabis and culture**. Mouton Publishers: Paris, 2011.

RULL, V *et al.* Historical biogeography of Cannabis in the Iberian Peninsula: palynological evidence. **bioRxiv**, 2022.

RULL, V.; VEGAS-VILARRÚBIA, T. Conifer Forest Dynamics in the Iberian Pyrenees during the Middle Ages. **Forests**, v. 12, n. 12, p. 1685, 2021.

RUSSO, E. B. Taming THC: potential cannabis synergy and phytocannabinoid-terpenoid entourage effects. **British journal of pharmacology**, v. 163, n. 7, p. 1344-1364, 2011.

SABAGHI, D. Ireland Aims To Legalize Cannabis For Personal Use, 28 de nov. 2022. Disponível em <https://www.forbes.com/sites/dariosabaghi/2022/11/28/ireland-aims-to-legalize-cannabis-for-personal-use/?sh=4e3d951168b1>. Acesso em 03 de dez. 2022.

SALLES, É. L. *et al.* Cannabidiol (CBD) modulation of apelin in acute respiratory distress syndrome. **Journal of Cellular and Molecular Medicine**, v. 24, n. 21, p. 12869-12872, 2020.

SAMUELS, D. Dr. Kush: How medical marijuana is transforming the pot industry, 21 de jul. 2022. Disponível em <https://www.newyorker.com/magazine/2008/07/28/dr-kush>. Acesso em 04 de dez. 2022.

SANTOS, M. J. L. S.; VASCONCELOS, Beto. Breve histórico da recente regulamentação da Cannabis para fins medicinais e científicos no Brasil. **Revista do Advogado**.(146), p. 96-104, 2020.

SARID, N. *et al.* Medical cannabis use by hodgkin lymphoma patients: experience of a single center. **Acta haematologica**, v. 140, n. 4, p. 194-202, 2018.

SCHERMA, M. *et al.* New perspectives on the use of cannabis in the treatment of psychiatric disorders. **Medicines**, v. 5, n. 4, p. 107, 2018.

SCHLEICHER, E. M. *et al.* Prolonged cannabidiol treatment lacks on detrimental effects on memory, motor performance and anxiety in C57BL/6J mice. **Frontiers in behavioral neuroscience**, v. 13, p. 94, 2019.

SCHMIDT, K. *et al.* A systematic review: adolescent cannabis use and suicide. **Addictive Disorders & Their Treatment**, v. 19, n. 3, p. 146-151, 2020.

SCHOELER, T. *et al.* Developmental sensitivity to cannabis use patterns and risk for major depressive disorder in mid-life: findings from 40 years of follow-up. **Psychological medicine**, v. 48, n. 13, p. 2169-2176, 2018.

SCHULTES, R. E. *Marihuana. The first twelve thousand years: Ernest L. Abel; published by Plenum Publishing Corporation, New York, NY, 198x; xii+ 289 pp., price \$17.95. 1982.*

SCHULTES, R.E., HOFFMAN, A., RATSCH, C. **Plants of the Gods – Their Sacred, Healing and Hallucinogenic Powers.** Healing Arts Press: Rochester, pp. 92–101, 1992.

SCHUSTER, R. M. *et al.* One month of cannabis abstinence in adolescents and young adults is associated with improved memory. **The Journal of clinical psychiatry**, v. 79, n. 6, p. 2484, 2018.

SELTZER, E. S. *et al.* Cannabidiol (CBD) as a promising anti-cancer drug. **Cancers**, v. 12, n. 11, p. 3203, 2020.

SENADO DE URUGUAY. **Informe en mayoría:** Debate sobre Cannabis en el Senado. 2013. Disponível em https://www.tni.org/files/download/informe_en_mayoria_uruguay_debate_sobre_cannabis_en_el_senado.pdf. Acesso em 04 de dez. 2022.

SENN, L.; CANNAZZA, G.; BIAGINI, G. Receptors and channels possibly mediating the effects of phytocannabinoids on seizures and epilepsy. **Pharmaceuticals**, v. 13, n. 8, p. 174, 2020.

SERRANO, A. *Uso de Cannabis Medicinal no Brasil mais que dobrou em 2021, 19 de mai. 2022. Disponível em https://www.em.com.br/app/noticia/saude-e-bem-viver/2022/05/19/interna_bem_viver,1367639/uso-de-cannabis-medicinal-no-brasil-mais-que-dobrou-em-2021.shtml. Acesso em 01 de dez. 2022.*

SHAKYA, D. R. *et al.* Considerations for the use of medical cannabis: an overview of benefits and harms. **Biomed J Sci Tech Res**, v. 36, n. 4, p. 28746-28753, 2021.

SHANNON, S. *et al.* Cannabidiol in anxiety and sleep: a large case series. **The Permanente Journal**, v. 23, 2019.

SHARPE, L. *et al.* Cannabis, a cause for anxiety? A critical appraisal of the anxiogenic and anxiolytic properties. **Journal of translational medicine**, v. 18, n. 1, p. 1-21, 2020.

SIDELI, L. *et al.* Cannabis use and the risk for psychosis and affective disorders. **Journal of dual diagnosis**, v. 16, n. 1, p. 22-42, 2020.

SILVA, A. N.; LIMA, P. G. C.; TEIXEIRA, Luciana da Silva. Impacto econômico da legalização da Cannabis no Brasil. **Consultoria Legislativa**, p. 1-40, 2016.

SKOGLUND, G.; NOCKERT, M.; HOLST, B. Viking and early Middle Ages northern Scandinavian textiles proven to be made with hemp. **Scientific reports**, v. 3, n. 1, p. 1-6, 2013.

SMYTH, B. P. *et al.* Would decriminalising personal use of cannabis lead to higher rates of mental illness?. **BMJ**, v. 368, 2020.

SONG, B. **Cannabis Taxes Could Generate \$106 Billion, Create 1 Million Jobs by 2025**, 13 de mar. 2018. Disponível em <https://newfrontierdata.com/cannabis-insights/cannabis-taxes-generate-106-billion-create-1-million-jobs-2025/>. Acesso em 03 de dez. 2022.

SORRENTINO, G. Introduction to emerging industrial applications of cannabis (*Cannabis sativa* L.). **Rendiconti Lincei. Scienze fisiche e naturali**, v. 32, n. 2, p. 233-243, 2021.

SOUZA, A. T.; DE MORAES, P. R. B. O evolucionismo na proibição da maconha. **Geographia Opportuno Tempore**, v. 4, n. 1, p. 133-148, 2018.

SOUZA, F. **Ceará sob ataque**: como facções locais e nacionais se juntaram para dominar o crime no Estado. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-46789403>. Acesso em: 13 de mar. 2021.

SPRADLIN, A.; CUTTLER, C. Problems associated with using cannabis to cope with stress. **Cannabis**, v. 2, n. 1, p. 29-38, 2019.

SSCID. SENATE SPECIAL COMMITTEE ON ILLEGAL DRUGS. **Cannabis**: Our Position for a Canadian Public Policy, 2002. Disponível em <https://publications.gc.ca/site/eng/246855/publication.html>. Acesso em 05 de dez. 2022.

STEFANIS, C.; BALLAS, C.; MADIANOU, D. Sociocultural and epidemiological aspects of hashish use in Greece. In RUBIN, V. **Cannabis and Culture**, Mouton Publishers: Paris, 2011, p. 306-326.

STEVENS, C. J. *et al.* Between China and South Asia: A Middle Asian corridor of crop dispersal and agricultural innovation in the Bronze Age. **The Holocene**, v. 26, n. 10, p. 1541-1555, 2016.

STONE, Bryant M. The War on Drugs has Unduly Biased Substance Use Research. **Psychological Reports**, p. 00332941221146701, 2022.

STRASSER, F. *et al.* Cannabis-In-Cachexia-Study-Group. Comparison of orally administered cannabis extract and delta-9-tetrahydrocannabinol in treating patients with cancer-related anorexia-cachexia syndrome: A multicenter, phase III, randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial from the Cannabis-In-Cachexia-Study-Group. **J Clin Oncol**, v. 24, n. 21, p. 3394-400, 2006.

STRINGER, R. J.; MAGGARD, Scott R. Reefer madness to marijuana legalization: Media exposure and American attitudes toward marijuana (1975-2012). **Journal of Drug Issues**, v. 46, n. 4, p. 428-445, 2016.

SZEJKO, N. *et al.* Cannabis-based medicine in treatment of patients with Gilles de la Tourette syndrome. **Neurologia i neurochirurgia polska**, v. 56, n. 1, p. 28-38, 2022.

TAGEN, M.; KLUMPERS, L. E. Review of delta-8-tetrahydrocannabinol (Δ 8-THC): Comparative pharmacology with Δ 9-THC. **British journal of pharmacology**, v. 179, n. 15, p. 3915-3933, 2022.

TALWAR, A. *et al.* Clinical efficacy and safety of cannabidiol for pediatric refractory epilepsy indications: A systematic review and meta-analysis. **Experimental Neurology**, p. 114238, 2022.

TAN, J. J. X, *et al.* The association between objective and subjective socioeconomic status and subjective well-being: A meta-analytic review. **Psychological Bulletin**, v. 146, n. 11, p. 970, 2020.

TANG, K. *et al.* Comparing hemp (*Cannabis sativa* L.) cultivars for dual-purpose production under contrasting environments. **Industrial Crops and Products**, v. 87, p. 33-44, 2016.

TEIXEIRA, A. **Do sujeito de direito ao estado de exceção: o percurso contemporâneo do sistema penitenciário brasileiro.** Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2007.

THIELE, E. A. *et al.* Add-on cannabidiol treatment for drug-resistant seizures in tuberous sclerosis complex: a placebo-controlled randomized clinical trial. **JAMA neurology**, v. 78, n. 3, p. 285-292, 2021.

TJDFT. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios. **Descriminalização X Legalização.** Editorial, 2018.

TOMKO, A. M.; WHYNOT, E. G.; DUPRÉ, D. J. Anti-cancer properties of cannabidiol and Δ 9-tetrahydrocannabinol and potential synergistic effects with gemcitabine, cisplatin and other cannabinoids in bladder cancer. **bioRxiv**, 2021.

TORCATO, C. E. M. **A história das drogas e sua proibição no Brasil: da Colônia à República.** 2016. Tese (Doutorado em História) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

TORRATO, S. **A indústria da cannabis medicinal floresce na Colômbia.** Sogamoso, 10 jun. 2019. Disponível em: https://brasil.elpais.com/brasil/2019/06/06/internacional/1559819085_182292.html. Acesso em: 13 de mar. 2021.

TZADOK, M. *et al.* CBD-enriched medical cannabis for intractable pediatric epilepsy: the current Israeli experience. **Seizure**, v. 35, p. 41-44, 2016.

ÜBERALL, M. A. A review of scientific evidence for THC: CBD oromucosal spray (nabiximols) in the management of chronic pain. **Journal of pain research**, v. 13, p. 399, 2020.

UNODOC. United Nations Office on Drugs and Crime. **World Drug Report.** United Nations publication, 2018.

UNODOC. United Nations Office on Drugs and Crime. **World Drug Report.** United Nations publication, 2021.

UPADHYA, D. *et al.* A model of chronic temporal lobe epilepsy presenting constantly rhythmic and robust spontaneous seizures, co-morbidities and hippocampal neuropathology. **Aging and disease**, v. 10, n. 5, p. 915, 2019.

URITS, I. *et al.* Use of cannabidiol (CBD) for the treatment of chronic pain. **Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology**, v. 34, n. 3, p. 463-477, 2020.

VAN AMERINGEN, M. *et al.* The role of cannabis in treating anxiety: an update. **Current opinion in psychiatry**, v. 33, n. 1, p. 1-7, 2020.

VAN AMERONGEN, G. *et al.* Effects on spasticity and neuropathic pain of an oral formulation of Δ 9-tetrahydrocannabinol in patients with progressive multiple sclerosis. **Clinical therapeutics**, v. 40, n. 9, p. 1467-1482, 2018.

VAN DER MERWE, Nikolaas J. Cannabis smoking in 13th-14th century Ethiopia: Chemical evidence. **World anthropology: Cannabis and culture**, p. 77-80, 1975.

VAVILOV, N. I. **The origin, variation, immunity and breeding of cultivated plants**. LWW, 1951.

VIANNA, P. C.; NEVES, C. E. A. B. Dispositivos de repressão e varejo do tráfico de drogas: reflexões acerca do Racismo de Estado. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, v. 16, n. 1, p. 31-38. 2011.

VIEIRA, A. P. L. **O Departamento de Imprensa e Propaganda e a política editorial do Estado Novo (1937-1945)**. 2019. Tese (Doutorado em História) – Programa de Pós-Graduação em História, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

VIGNOLA, R. C. B.; TUCCI, A. M. Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. **Journal of affective disorders**, v. 155, p. 104-109, 2014.

VILELA, P. R. **MPF abre investigação sobre norma do CFM para o canabidiol**, 10 de out. 2022. Disponível em <https://agenciabrasil.ebc.com.br/justica/noticia/2022-10/mpf-abre-investigacao-sobre-norma-do-cfm-para-o-canabidiol>. Acesso em 05 de dez. 2022.

WACNIK, A. *et al.* The environmental and cultural contexts of the late Iron Age and medieval settlement in the Mazurian Lake District, NE Poland: combined palaeobotanical and archaeological data. **Vegetation history and archaeobotany**, v. 23, n. 4, p. 439-459, 2014.

WALDMAN, M. *et al.* An ultra-low dose of tetrahydrocannabinol provides cardioprotection. **Biochemical pharmacology**, v. 85, n. 11, p. 1626-1633, 2013.

WALSH, Z. *et al.* Medical cannabis and mental health: A guided systematic review. **Clinical psychology review**, v. 51, p. 15-29, 2017.

WANG, F.; MULTHOFF, G. Repurposing cannabidiol as a potential drug candidate for anti-tumor therapies. **Biomolecules**, v. 11, n. 4, p. 582, 2021.

WEINBERGER, A. H. *et al.* Serious psychological distress and daily cannabis use, 2008 to 2016: Potential implications for mental health? **Drug and alcohol dependence**, v. 197, p. 134-140, 2019.

WHO. World Health Organization. Other common mental disorders: global health estimates. **Geneva: World Health Organization**, v. 24, 2017.

WINIGER, E. A. *et al.* Cannabis use and sleep: expectations, outcomes, and the role of age. **Addictive behaviors**, v. 112, p. 106642, 2021.

WRIGHT, M.; DI CIANO, P.; BRANDS, B. Use of cannabidiol for the treatment of anxiety: a short synthesis of pre-clinical and clinical evidence. **Cannabis and cannabinoid research**, v. 5, n. 3, p. 191-196, 2020.

XAVIER, A. S. **Programa breve de prevenção indicada do suicídio em adolescentes**. 2017. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Departamento de Psicologia Clínica e Psicobiologia, Universidade de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, 2017.

YOUNG-WOLFF, Kelly C. *et al.* Association of depression, anxiety, and trauma with cannabis use during pregnancy. **JAMA network open**, v. 3, n. 2, p. e1921333-e1921333, 2020.

ZANFER, G. **Biden concede perdão a condenados por porte de maconha nos EUA**, 06 de out. 2022. Disponível em <https://www.cnnbrasil.com.br/internacional/biden-concede-perdao-a-condenados-por-porte-de-maconha-nos-eua/>. Acesso em 01 de dez. 2022.

ZHANG, B. *et al.* Novel PGC-1 α /ATF5 Axis Partly Activates UPRmt and Mediates Cardioprotective Role of Tetrahydrocurcumin in Pathological Cardiac Hypertrophy. **Oxidative medicine and cellular longevity**, v. 2020, 2020.

ZUARDI, A. W. *et al.* Action of cannabidiol on the anxiety and other effects produced by Δ^9 -THC in normal subjects. **Psychopharmacology**, v. 76, n. 3, p. 245-250, 1982.

ZUARDI, A. W. History of cannabis as a medicine: a review. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 28, n. 2, p. 153-157, 2006.

APÊNDICES

Apêndice A. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

PESQUISA: DO MEDICINAL AO SOCIAL: EFEITOS DO USO DA CANNABIS E DA GUERRA ÀS DROGAS SOBRE A SAÚDE DOS USUÁRIOS

Coordenador: Leonardo Carneiro Holanda

Prezado(a) colaborador(a),

Você é convidado(a) a participar desta pesquisa, que tem como finalidade conhecer os do uso da Cannabis sobre a saúde, além de avaliar os impactos da política de drogas sobre os usuários.

1. PARTICIPANTES DA PESQUISA: Pessoas de ambos os sexos, maiores de 18 anos, provenientes da população geral. Esta será, inevitavelmente, amostra de conveniência, não-probabilística, participando da pesquisa somente os voluntários que, convidados a colaborar, concordem.

2. ENVOLVIMENTO NA PESQUISA: Ao participar deste estudo você deve responder a um livreto composto por quatro partes, envolvendo questionários com questões de caráter sociodemográfico, além de escalas objetivas envolvendo indicadores de saúde, contatos com a polícia e a justiça; além de perguntas sobre os hábitos de consumo de Cannabis. Lembramos que você tem a liberdade de se recusar a participar e pode ainda deixar de responder em qualquer momento da pesquisa, sem nenhum prejuízo. Além disso, ainda tem o direito de ficar com uma das vias do termo de consentimento. Sempre que quiser você poderá pedir mais informações sobre a pesquisa. Para isso, poderá entrar em contato com o coordenador da pesquisa.

3. RISCOS E DESCONFORTOS: A participação nesta pesquisa não traz complicações, talvez, apenas, algum constrangimento ou desconforto que algumas pessoas sentem quando estão fornecendo informações sobre si mesmas. Os procedimentos utilizados nesta pesquisa seguem as normas estabelecidas pelas Resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, e não oferecem risco a sua integridade física, psíquica e moral. Nenhum dos procedimentos utilizados oferece riscos à sua dignidade.

4. CONFIDENCIALIDADE DA PESQUISA: Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Apenas os membros do grupo de pesquisa terão conhecimento

das respostas. Seu nome não será mencionado em nenhum momento. Todos os dados serão analisados em conjunto, garantindo o caráter anônimo das informações. Os resultados poderão ser utilizados em eventos e publicações científicas.

5. BENEFÍCIOS: Ao participar desta pesquisa você não deverá ter nenhum benefício direto. Entretanto, espera-se que a mesma nos forneça dados importantes acerca dos efeitos da Cannabis e das políticas de drogas sobre a saúde de seus usuários, o que poderá servir de base para possíveis políticas de saúde, além de debates acerca do modo como a Cannabis deve ser compreendida pela sociedade.

6. PAGAMENTO: Você não terá nenhum tipo de despesa por participar desta pesquisa. E nada será pago por sua participação. Entretanto, se você desejar, poderá ter acesso a cópias dos relatórios da pesquisa contendo os resultados do estudo. Para tanto, entre em contato com o pesquisador responsável no endereço abaixo.

Endereço do responsável pela pesquisa:

Doutorando responsável: Leonardo Carneiro Holanda

Orientador: Prof. Dr. Walberto Silva Santos

Instituição: Universidade Federal do Ceará – Depto. de Psicologia

Endereço: Av. da Universidade 2762 – Benfica – Fortaleza - CE

Telefones p/contato: 33667723 ou 33667724

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ:**

Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344/46.

Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira.

O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

Eu, _____, _____ anos,

RG: _____, declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Fortaleza, ____/____/____

Assinatura do participante

Nome da testemunha (se o voluntário não souber ler)

Assinatura da testemunha

Data

Nome do pesquisador

Assinatura do pesquisador

Data

Apêndice B. Modelo de Questionário

Universidade Federal do Ceará
Centro de Humanidades
Departamento de Psicologia
Av. da Universidade 2762 - Benfica
60020-181 Fortaleza, CE – Brasil
Tel. 55 85 33667723 / Fax 55 85 33667724

Prezado colaborador,

Estamos realizando uma pesquisa com o propósito de conhecer os impactos psicológicos do uso de Cannabis, assim como os efeitos dos mecanismos de repressão sobre a saúde mental dos usuários. Por isso, gostaríamos de contar com sua colaboração respondendo este questionário. Contudo, antes de prosseguir, de acordo com o disposto na resolução 446/12 do Conselho Nacional de Saúde, referente aos procedimentos éticos em pesquisa com seres humanos, faz-se necessário o seu consentimento. Por favor, leia todas as informações que constam no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido apresentado e fique à vontade para decidir se deseja ou não participar do estudo.

Desde já, agradecemos sua colaboração

Q - _____

Inicialmente, a fim de caracterizar a amostra de participantes, gostaríamos de saber algumas informações sobre você.

Com qual gênero você se identifica?

- Masculino
- Feminino
- Não-binário
- Outro: _____

Qual a sua data de nascimento? __/__/____ (dd/mm/aaaa)

Qual o seu nível de escolaridade?

- Ensino Fundamental incompleto
- Ensino Fundamental completo
- Ensino Médio incompleto
- Ensino Médio completo
- Ensino Superior incompleto
- Ensino Superior completo
- Pós-Graduado

Qual a sua renda mensal?

- Até 1 salário-mínimo (menos de R\$1.212,00)
- 1-2 salários-mínimos (R\$1.212,01 à R\$2.424,00)
- 2-4 salários-mínimos (R\$2.424,01 à R\$4.848,00)
- 4-10 salários-mínimos (R\$4.848,01 à R\$12.120,00)
- 10-20 salários-mínimos (R\$12.120,01 à R\$24.240,00)
- + de 20 salários-mínimos (mais de R\$24.240,00)

Considerando todas as pessoas que moram com você, qual a renda mensal da sua família?

- Até 1 salário-mínimo (menos de R\$1.212,00)
- 1-2 salários-mínimos (R\$1.212,01 à R\$2.424,00)
- 2-4 salários-mínimos (R\$2.424,01 à R\$4.848,00)
- 4-10 salários-mínimos (R\$4.848,01 à R\$12.120,00)
- 10-20 salários-mínimos (R\$12.120,01 à R\$24.240,00)
- + de 20 salários-mínimos (mais de R\$24.240,00)

Quanto à sua etnia, você se considera:

- Branca (o) Parda (o) Preta (o)
- Outra: _____

Qual a sua altura e peso? _____ cm _____ kg

Em qual estado brasileiro você mora? (*dropdown* com os estados)

As próximas partes deste questionário se referem à forma de pensar, sentir e fazer comuns em cada um de nós. Leia atentamente a cada um dos itens ou perguntas e indique a resposta que melhor identifica você. **Lembre-se, não existem respostas certas ou erradas, o que importa é a sua opinião sincera e verdadeira; todos os dados serão tratados em conjunto, não sendo possível qualquer identificação das (os) participantes.**

Agora, **considerando a última semana**, leia as afirmativas abaixo e marque a resposta que melhor indique o quanto cada uma delas se aplica a você. Para tanto, utilize a escala de resposta a seguir:

1 = Não se aplica de maneira alguma

2 = Aplica-se em algum grau, ou por pouco de tempo

3 = Aplica-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo

4 = Aplica-se muito, ou na maioria do tempo

01. ____ Achei difícil me acalmar.
02. ____ Senti minha boca seca.
03. ____ Não consegui vivenciar nenhum sentimento positivo.
04. ____ Tive dificuldade em respirar em alguns momentos (ex. respiração ofegante, falta de ar, sem ter feito nenhum esforço físico).
05. ____ Achei difícil ter iniciativa para fazer as coisas.
06. ____ Tive a tendência de reagir de forma exagerada às situações.
07. ____ Senti tremores (ex. nas mãos).
08. ____ Senti que estava sempre nervoso.
09. ____ Preocupe-me com situações em que eu pudesse entrar em pânico e parecesse ridículo (a).
10. ____ Senti que não tinha nada a desejar.
11. ____ Senti-me agitado.
12. ____ Achei difícil relaxar.
13. ____ Senti-me depressivo (a) e sem ânimo.
14. ____ Fui intolerante com as coisas que me impediam de continuar o que eu estava fazendo.
15. ____ Senti que ia entrar em pânico.
16. ____ Não consegui me entusiasmar com nada.
17. ____ Senti que não tinha valor como pessoa.
18. ____ Senti que estava um pouco emotivo/sensível demais.
19. ____ Sabia que meu coração estava alterado mesmo não tendo feito nenhum esforço físico (ex. aumento da frequência cardíaca, disritmia cardíaca).
20. ____ Senti medo sem motivo.
21. ____ Senti que a vida não tinha sentido

Agora você encontrará algumas frases que podem identificar opiniões que você tem sobre a sua própria vida. Por favor, para cada afirmação, indique o número que expressa o mais fielmente possível sua *opinião* sobre sua vida atual. Não existe resposta certa ou errada, o que importa é a sua sinceridade.

1 Discordo Plenamente	2 Discordo	3 Não sei	4 Concordo	5 Concordo Plenamente
-----------------------------	---------------	--------------	---------------	-----------------------------

48. ___ Estou satisfeito com minha vida
 49. ___ Tenho aproveitado as oportunidades da vida
 50. ___ Avalio minha vida de forma positiva
 51. ___ Sob quase todos os aspectos minha vida está longe do meu ideal de vida
 52. ___ Mudaria meu passado se eu pudesse
 53. ___ Tenho conseguido tudo o que esperava da vida
 54. ___ A minha vida está de acordo com o que desejo para mim
 55. ___ Gosto da minha vida
 56. ___ Minha vida está ruim
 57. ___ Estou insatisfeito com minha vida
 58. ___ Minha vida poderia estar melhor
 59. ___ Tenho mais momentos de tristeza do que de alegria na minha vida
 60. ___ Minha vida é “sem graça”
 61. ___ Minhas condições de vida são muito boas
 62. ___ Considero-me uma pessoa feliz

Também gostaríamos de saber o quanto você concorda com cada uma das afirmações abaixo. Semelhante às anteriores, utilize os números de 1 a 4, mas considere:

- 1 = Discordo totalmente
 2 = Discordo em parte
 3 = Concordo em parte
 4 = Concordo totalmente

1. ___ Aquelas pessoas que dependem de mim, na realidade não dependem de mim para nada.
 2. ___ Creio que não encontrarei coragem suficiente para enfrentar a vida.
 3. ___ Para impedir que as coisas piorem, acredito que suicidar-me é a solução.
 4. ___ Penso na morte como uma forma de resolver todos meus problemas.
 5. ___ A morte significaria para mim nunca mais voltar a sentir-me mal ou solitário(a).
 6. ___ Vejo-me esperando as coisas piorarem até o ponto em que eu me mate.

Atualmente, você faz acompanhamento com psicólogo?

- Não
 Já fiz, mas atualmente não faço
 Sim

Atualmente, você faz acompanhamento com médico psiquiatra?

- Não
- Já fiz, mas atualmente não faço
- Sim

Nesses atendimentos, você tem ou teve algum diagnóstico psicológico/psiquiátrico? (Marque quantas opções forem necessárias)

- Não
- Depressão
- Ansiedade ou Transtorno de Pânico
- Esquizofrenia
- Transtorno Bipolar
- Transtorno de Estresse Pós-Traumático
- Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH)
- Transtorno do Espectro Autista (TEA)
- Outro: _____

Há quanto tempo você tem esse diagnóstico?

_____ anos _____ meses

Você apresenta alguma das doenças físicas listadas abaixo? (Marque quantas opções forem necessárias)

- Diabetes
- Hipertensão (pressão alta)
- Fibromialgia
- Dor crônica
- Câncer
- Insônia
- Epilepsia
- Outra: _____

Há quanto tempo você tem esse diagnóstico?

_____ anos _____ meses

Em que medida você sente dificuldade para se concentrar ou prestar atenção nas tarefas do dia a dia?

- Nem um pouco
- Um pouco
- Moderadamente
- Bastante
- Extremamente

Em que medida você tem dificuldade para lembrar-se de coisas no dia a dia, tais como compromissos, datas importantes, nomes de pessoas ou lugares etc.?

- Nem um pouco
- Um pouco
- Moderadamente
- Bastante
- Extremamente

Você já fez uso de maconha?

- Nunca fiz.
 Apenas experimentei.
 Já usei algumas vezes, mas deixei de usar.
 Uso esporadicamente.
 Uso com frequência.

Você faz uso de outros tipos de drogas? Responda utilizando a escala abaixo.**1 – Nunca usei.****2 – Apenas experimentei.****3 – Já usei algumas vezes, mas deixei de usar.****4 – Uso esporadicamente (sozinho ou socialmente, com amigos).****5 – Uso com frequência.**

Álcool	1	2	3	4	5
Tabaco (Cigarro)	1	2	3	4	5
Cocaína	1	2	3	4	5
Crack ou derivados	1	2	3	4	5
Cogumelos alucinógenos	1	2	3	4	5
LSD (“doce”)	1	2	3	4	5
MDMA (“bala”, MD)	1	2	3	4	5
Cola, solvente ou outros inalantes	1	2	3	4	5
Morfina, heroína, codeína (“lean”) ou outros opioides	1	2	3	4	5
Ketamina	1	2	3	4	5
Anfetamina, metanfetamina ou derivados	1	2	3	4	5

Nesse momento, gostaríamos de saber um pouco sobre as suas experiências com a polícia e a justiça.

2.1. Quantas vezes você já passou por uma abordagem policial?

- Nunca
 Apenas uma vez
 De 2 a 4 vezes
 5 vezes ou mais

2.2. Durante essas abordagens, você sofreu algum tipo de violência? (Marque quantas opções forem necessárias)

- Não
 Violência física (tapas, socos, chutes etc.)
 Violência psicológica (ameaças, xingamentos, intimidação etc.)
 Violência sexual (tocar de maneira sexual nas suas partes íntimas, insinuações de cunho sexual etc.)

- Violência racial (comentários ofensivos envolvendo a cor da pele ou traços físicos, piadas de cunho racista etc.)
- Discriminação por razão da orientação sexual

2.3. Você já assinou um Termo Circunstanciado de Ocorrência (TCO) por estar portando drogas?

- Não
- Sim, apenas uma vez
- Sim, mais de uma vez

2.4. (Pergunta condicional) Você já foi acusado de tráfico de drogas por estar portando drogas para uso pessoal?

- Não
- Sim, mas não respondi a processo judicial
- Sim, mas fui inocentado em processo judicial
- Sim, fui condenado em processo judicial

Sobre o consumo de maconha:

Com que idade você experimentou maconha pela primeira vez? (Por favor, informe apenas um número)

_____ anos.

Com que frequência você usa maconha? Considere a frequência de qualquer forma de uso (fumada, comestíveis, óleo medicinal etc.)

- Uma vez na semana ou menos
- Duas vezes na semana
- Três vezes na semana
- Quatro vezes na semana
- Cinco vezes na semana
- Seis vezes na semana
- Todos os dias
- Mais de uma vez ao dia

Em média, quantas vezes ao dia?

_____ vezes

Há quanto tempo você mantém esse padrão de consumo?

_____ anos e _____ meses (Por favor, informe apenas um número)

Como você considera seu uso atual?

- Medicinal/Terapêutico (para o tratamento de alguma condição de saúde; para o aumento do bem-estar)
- Recreativo (pela sensação provocada pelo uso)

Quando você faz uso de Cannabis, quanto em média você consome?

- Faço o uso prescrito pelo médico
- Menos 1g de planta seca ou equivalente (1 cigarro pequeno puro)

- Por volta de 1g da planta seca ou equivalente (1 cigarro médio puro)
- Por volta de 2g da planta seca ou equivalente (2 cigarros médios puros)
- Por volta de 3g da planta seca ou equivalente (3 cigarros médios puros)
- Mais de 3g da planta seca ou equivalente (mais de 3 cigarros médios puros)

Que tipo de produto de Cannabis você costuma comprar?

- Erva seca - Prensado
- Erva seca - “Solto”
- Erva seca - Skunk
- Erva seca – Outras *strains* de alta qualidade
- Óleo de CBD
- Óleo de CBD + THC
- Óleo Full Spectrum
- Haxixe/Extrações (com ou sem solvente, ex.: ice-o-lator, bubble hash, BHO, rosin etc.)
- Comestíveis (Bebidas, chás, doces, bolos etc.)

De que modo você costuma utilizar o produto?

- Fumado
- Vaporizado
- Em preparações alimentícias
- Em cosméticos/suplementos

No que se refere ao consumo fumado, qual das sedas abaixo representa melhor o tamanho do baseado que você geralmente fuma?

a. () b. ()



Normalmente, com essa seda, qual o diâmetro do “baseado” fumado?

○	○	○	○	○	○
1	2	3	4	5	6

Como você costuma obter o produto?

- Boca de fumo
- Traficante em local externo (ex. Entrega em domicílio, ponto de encontro em local público)
- Grower*/Produtor local
- Cultivo próprio
- Por meio da internet
- Compra com permissão da Anvisa

Qual o preço médio (por grama) que você costuma pagar no produto que consome? (Por favor, informe apenas números)

R\$ _____

Você percebe que sua atenção ou memória sofreram alguma alteração após ter começado a fazer uso de maconha?

- Não
- Sim, percebo que houve uma pequena melhora
- Sim, percebo que houve uma grande melhora
- Sim, percebo que houve uma pequena piora
- Sim, percebo que houve uma grande piora

Acima, você mencionou ter uma ou doenças físicas. Você acredita ter melhorado de alguma dessa(s) doença(s) após começar a fazer uso de maconha?

- Nem um pouco
- Um pouco
- Moderadamente
- Bastante
- Extremamente

Acima, você mencionou apresentar algum diagnóstico de transtornos mentais. Você acredita ter melhorado de alguma dessa(s) doença(s) após começar a fazer uso de maconha?

- Nem um pouco
- Um pouco
- Moderadamente
- Bastante
- Extremamente

Obrigado pela sua participação!