



[DESMOTIVAÇÃO]



[ALÍVIO]



[CONTROLE]



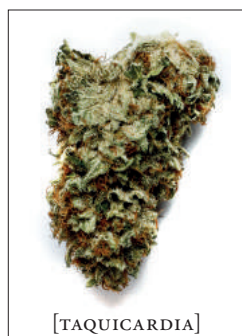
[PÂNICO]



[PRAZER]



[FOME]



[TAQUICARDIA]



[CALMA]



[PUBLICIDADE]



[SENSIBILIDADE]

PLATÔ

Drogas & Políticas



[DEPRESSÃO]



[INTERESSE]



[CRIATIVIDADE]



[PARANOIA]



[AUTOCULTIVO]



[RELAXAMENTO]



[LUCRO]



[CURA]



[PSICOSE]



[VIOÊNCIA]

PLATÖ

Drogas & Políticas

[v.2_n.2]

NOVEMBRO_2018

EXPEDIENTE

EDITOR Mauricio Fiore

**CONSELHO EDITORIAL
(COMPOSIÇÃO INICIAL)** Andréa Gallassi, Beatriz Labate, Camila Magalhães Silveira, Cristiano Maronna, Dartiu Xavier, Francisco Inácio Bastos, Henrique Carneiro, Luciana Boiteux, Luciana Zaffallon, Luiz Fernando Tófoli, Marcelo da Silveira Campos, Paulo Pereira, Sidarta Ribeiro e Taniele Rui.

**PROJETO GRÁFICO E
DIREÇÃO DE ARTE** Carol Godefroid [Pirô de Imagem]

TRADUÇÃO Daniela Sequeira

**REVISÃO TÉCNICA
DA TRADUÇÃO** Andréa Gallassi, Luiz Fernando Tófoli e Mauricio Fiore

REVISÃO DE TEXTO Carlos Inada

DESIGN Flavia Hashimoto

CAPA Carol Godefroid

REALIZAÇÃO Plataforma Brasileira de Política de Drogas [PBPD]
Instituto Brasileiro de Ciências Criminais [Ibccrim]
Rua Onze de Agosto, 52 - São Paulo (SP),
CEP 01018-010. mauricio@pbpd.org.br

APOIO Centro Brasileiro de Análise e Planejamento [Cebap]

APOIO FINANCEIRO Open Society Foundations



SUMÁRIO

[07] — Apresentação

MAURICIO FIORE

[09] — Diretrizes para redução de riscos no uso de *Cannabis*: uma atualização abrangente de evidências e recomendações

BENEDIKT FISCHER, CAYLEY RUSSELL, PAMELA SABIONI,
WIM VAN DEN BRINK, BERNARD LE FOLL, WAYNE HALL,
JÜRGEN REHM, ROBIN ROOM

[55] — Dinâmicas periféricas na cidade de São Paulo: mortes, consumos, moralidades e mercados

RUBENS DE CAMARGO FERREIRA ADORNO, THIAGO
NAGAFUCHI, SELMA LIMA DA SILVA, REGINA CAPELLARI,
PATRÍCIA ALVES MARTINS, JOSUÉ DE CASTRO FILHO

[79] — A maconha como estratégia contra a fissura de crack em usuários de um programa de assistência social do estado de Pernambuco

JOSÉ ARTURO COSTA ESCOBAR

APRESENTAÇÃO

Passado um ano do seu lançamento, a *Platô* está de volta. Demorou um pouco mais do que era previsto, pois não são pequenos os desafios de uma revista que pretende, simultaneamente, promover e veicular conhecimento científico e atuar na qualificação do debate mais amplo sobre políticas de drogas. Mantendo o padrão do seu primeiro número, a *Platô* inicia essa edição com uma tradução exclusiva para língua portuguesa. Trata-se de uma importante revisão acerca de diretrizes para redução de riscos e de danos associados ao uso de cannabis e derivados, publicada, no ano passado, pelo *American Journal of Public Health*. Em um momento histórico de transição da ilegalidade para a regulação da produção e da distribuição dessa droga, processo que já ocorre no Uruguai, em algumas partes dos Estados Unidos e no Canadá, trata-se de um relevante esforço de sistematização de evidências sobre diferentes tipos de riscos associados ao consumo de cannabis (por exemplo, riscos à saúde mental, ao aparelho respiratório e na condução de veículos automotores). O trabalho, que foi liderado por Benedikt Fischer, da Universidade de Toronto, e tem entre seus autores grandes especialistas em política de drogas, como Wayne Hall e Jürgen Rehm, apresenta as evidências de acordo com o nível de consenso científico e, portanto, trata-se de um importante subsídio para o planejamento regulatório dos mercados de cannabis e derivados para uso não medicinal.

Nesse novo número, a *Platô* também apresenta dois artigos que foram produzidos com o apoio de bolsas oferecidas pela Plataforma Brasileira de Política de Drogas (PBPD), no âmbito de uma chamada para pesquisadores que atuam no campo. O primeiro deles, produzido por uma equipe coordenada pelo professor Rubens Adorno, da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, esmiúça a relação entre drogas, juventude e violência em um bairro periférico da capital paulista. Combinando um levantamento de registros de óbitos e uma investigação de natureza etnográfica junto a mães e irmãs de jovens assassinados, o artigo apresenta um quadro explicativo das mortes violentas em duas perspectivas: a ação da polícia e de grupos de extermínio contra jovens que estariam envolvidos em



furtos e roubos e as mortes acidentais associadas ao consumo de substâncias psicoativas, notadamente o álcool, a cocaína e o lança-perfume. Assim, o artigo se contrapõe ao peso explicativo normalmente atribuído ao tráfico de drogas como gerador de homicídios nessa região, seja no confronto entre traficantes, seja pela ação da polícia. Os autores também discutem as valorações morais atribuídas pelas mulheres às diferentes drogas e aos seus mercados, apresentando as suas ambíguas relações com o que ficou conhecido na literatura como “mundo do crime”.

O segundo artigo, também apoiado pela PBPD, foi produzido pelo psicólogo e biólogo Arturo Escobar, do Grupo de Estudos sobre Álcool e outras Drogas da Universidade Federal de Pernambuco, e se baseia em uma sondagem objetiva sobre os impactos do consumo de maconha na redução da ansiedade e da fissura em usuários de crack atendidos pelo Programa Atitude, em Recife. Seguindo a trilha já aberta por alguns estudos pioneiros, o trabalho apresenta mais um forte indicativo de que a maconha é consumida por usuários de crack também como forma pragmática de minimizar as consequências adversas da cocaína fumada, inclusive a fissura gerada pela abstinência. Evidentemente – como ficará claro na leitura do artigo – também deve ser considerado o impacto de um contexto de acolhimento, como o proporcionado pelo Programa Atitude, e da melhora na condição de vida desses usuários. Além de apresentar uma perspectiva promissora no campo da redução de danos, o artigo de Escobar levanta alguns dos fatores inescapáveis no cuidado e no tratamento de usuários de crack em situação de alta vulnerabilidade.

Com essa nova edição, a *Platô: drogas e políticas* completa seu segundo passo no caminho almejado desde o seu lançamento: contribuir para um debate político qualificado e responsável sobre drogas, seus usos e seus mercados, um debate abrangente que não ignore nenhuma de suas facetas, nem tampouco as diversas formas de produção de conhecimento. Boa leitura!

MAURICIO FIORE
EDITOR DA *PLATÔ: DROGAS E POLÍTICAS*



DIRETRIZES PARA REDUÇÃO DE RISCOS NO USO DE *CANNABIS*:

uma atualização abrangente de
evidências e recomendações¹

• BENEDIKT FISCHER

• CAYLEY RUSSELL

• PAMELA SABIONI

• WIM VAN DEN BRINK

• BERNARD LE FOLL

• WAYNE HALL

• JÜRGEN REHM

• ROBIN ROOM

CONTEXTO

O uso de *Cannabis* é comum na América do Norte, especialmente entre os jovens, e está associado ao risco de diversas consequências adversas para a saúde, agudas e crônicas. Os regimes de controle de *Cannabis* estão evoluindo, por exemplo, para uma política nacional de legalização no Canadá, com o objetivo de melhorar a saúde pública, e, assim, intervenções baseadas em evidências são necessárias. Como os efeitos à saúde relacionados à *Cannabis* podem ser influenciados por comportamentos que o usuário é capaz de modificar, as Diretrizes para Redução de Riscos no Uso de *Cannabis* baseadas em evidências (DRRUC)² – semelhantes a orientações de outras áreas da saúde – oferecem uma valiosa ferramenta de prevenção focada em bons resultados em saúde pública.

OBJETIVO

Revisar, atualizar e avaliar qualitativamente e de forma sistemática os fatores comportamentais que determinam as consequências adversas relacionadas ao uso de *Cannabis* que podem ser modificados pelo usuário e traduzir essas evidências em DRRUC revisadas, para que sejam uma ferramenta de intervenção em saúde pública baseada em um processo de consenso de especialistas.

MÉTODOS DE PESQUISA

Usamos termos de pesquisa médica pertinentes e estratégias de pesquisa estruturadas para pesquisar as bases de dados MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, Cochrane Library e referências bibliográficas, principalmente para as revisões sistemáticas e as meta-análises, além de evidências adicionais sobre fatores de risco passíveis de modificação para as consequências adversas do uso de *Cannabis*.

CRITÉRIO DE SELEÇÃO

Incluímos estudos que se concentraram em fatores com potencial de mudança baseados em comportamento de risco ou que podem causar danos à saúde pelo uso de *Cannabis* e excluímos estudos nos quais o uso de *Cannabis* foi avaliado para fins terapêuticos.

COLETA E ANÁLISE DE DADOS

Selecionamos os títulos e resumos de todos os estudos identificados por nossa estratégia de busca e avaliamos os textos completos de todos aqueles com potencial para inclusão

[1] “Lower-Risk Cannabis Use Guidelines: A comprehensive update of evidence and recommendations”, American Journal of Public Health, ago.,107(8): e1-e12. doi: 10.2105/AJPH.2017.303818. Tradução de Daniela Sequeira, com revisão técnica de Mauricio Fiore, Andrea Gallassi e Luis Fernando Tófoli.

[2] A sigla original do artigo é *Lower-Risk Cannabis Use Guideline*. Para adaptá-la à língua portuguesa, optou-se por esta tradução porque ela se aproxima dos objetivos dos autores, que é apresentar, com base na revisão de evidências científicas, os princípios fundamentais para orientar o desenho de regimes de controle da maconha. (Nota do Editor)

em nosso estudo. Dois dos autores extraíram de maneira independente os dados de todos os estudos incluídos nesta revisão. Criamos fluxogramas dos “Principais itens para relatar revisões sistemáticas e meta-análises” para cada um dos tópicos da pesquisa. Posteriormente, resumimos as evidências de acordo com o fator comportamental tópico, avaliando-as de acordo com os critérios GRADE1³ [*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*] e as traduzimos nas recomendações das DRRUC de acordo com os autores especialistas em um processo de consenso iterativo.

RESULTADOS PRINCIPAIS

Para a maioria das recomendações, havia pelo menos uma evidência “substancial” (ou seja, de boa qualidade). Desenvolvemos dez recomendações principais para o uso de menor risco: 1) a maneira mais eficaz de evitar riscos à saúde relacionados ao consumo de *Cannabis* é a abstinência; 2) o início do uso precoce de *Cannabis* deve ser evitado (ou seja, definitivamente antes dos dezesseis anos); 3) o tetraidrocanabinol de baixa potência (THC) ou os produtos de *Cannabis* com a proporção de THC/canabidiol (CBD) equilibrada devem ser priorizados; 4) os canabinoides sintéticos devem ser evitados; 5) a inalação de *Cannabis* queimada deve ser evitada e deve-se dar preferência aos métodos não inalantes; 6) as práticas de inalação profunda ou outras práticas de risco devem ser evitadas; 7) o uso de *Cannabis* em alta frequência (por exemplo, diariamente ou quase diariamente) deve ser evitado; 8) o ato de dirigir sob efeito de *Cannabis* deve ser evitado; 9) as parcelas da população com maior risco de problemas de saúde relacionados ao consumo de *Cannabis* devem evitar seu uso por completo; e 10) a combinação de comportamentos de risco mencionados anteriormente (por exemplo, início precoce e uso em alta frequência) deve ser evitada.

CONCLUSÕES DOS AUTORES

As evidências indicam que uma extensão significativa do risco de consequências adversas à saúde causadas pelo uso de *Cannabis* pode ser reduzida a partir de escolhas informadas de comportamento por parte dos usuários. As DRRUC baseadas em evidências servem como uma ferramenta de educação para a população em geral e de intervenção, informando os usuários sobre escolhas possíveis para melhores resultados em termos de saúde pública. No entanto, as DRRUC devem ser veiculadas sistematicamente e apoiadas por medidas-chave de

[3] Optou-se por manter a sigla no original. Mais detalhes em <http://www.gradeworking-group.org/> (N. do E.)

regulação (por exemplo, rotulagem de produtos de *Cannabis*, regulação de conteúdo) para serem eficazes. Todas essas medidas são concretamente possíveis nos regimes emergentes de legalização e devem ser implementadas ativamente pelas autoridades reguladoras. O impacto das DRRUC na população para a redução dos riscos à saúde relacionados ao consumo de *Cannabis* deve ser avaliado.

IMPLICAÇÕES EM SAÚDE PÚBLICA

Os regimes de controle de *Cannabis* estão evoluindo, incluindo a legalização na América do Norte, com impactos ainda incertos na saúde pública. As DRRUC com base em evidências oferecem uma ferramenta de potencial valioso para reduzir o risco de consequências adversas à saúde causadas pelo consumo de *Cannabis* entre os usuários (especialmente os jovens) em contextos de legalização e, consequentemente, para contribuir para melhores resultados na saúde pública. (Am J Public Health. Publicado *on-line* antes da versão impressa em 23 de junho de 2017; e1 - e12. Doi: 10.2105/AJPH. 2017.303818)

RESUMO EM LINGUAGEM NÃO ESPECIALIZADA

Os produtos com *Cannabis* (por exemplo, maconha) são usados por muitas pessoas (especialmente jovens), mas esse uso vem acompanhado de vários riscos à saúde. Como o uso e a distribuição de *Cannabis* estão se tornando legais em diferentes países (por exemplo, o Canadá), são necessários esforços para reduzir os riscos à saúde decorrentes. Assim, um grupo de especialistas internacionais desenvolveu as Diretrizes para Redução de Riscos no Uso de Cannabis (DRRUC). As DRRUC baseiam-se em evidências científicas, identificando comportamentos que influenciam o risco de efeitos à saúde pelo uso de *Cannabis* e que são passíveis de serem controlados pelos usuários. Nosso grupo de especialistas revisou sistematicamente as evidências atualizadas e transformou-as em recomendações concretas sobre como reduzir objetivamente tais riscos. Um total de dez recomendações concretas são apresentadas (semelhantes às diretrizes em outras áreas da saúde) e envolvem, por exemplo, desde a idade de início do uso de *Cannabis*, passando pela frequência ou pelos padrões de uso, pelos produtos de *Cannabis* (ou seja, baixo *versus* alto teor de tetraidrocanabinol), até a associação de Cannabis com o ato de dirigir. Formuladas principalmente para os locais onde o consumo de *Cannabis* é legal e regulamentado, as DRRUC podem ser distribuídas pelas autoridades de saúde como uma

ferramenta de informação baseada em evidências científicas, para que os usuários de *Cannabis* modifiquem seu uso com o intuito de reduzir alguns riscos à saúde. Assim, as DRRUC podem funcionar como uma ferramenta valiosa para reduzir as consequências negativas à saúde causadas pelo consumo de *Cannabis* em lugares onde seu uso é legal.

A *Cannabis* é a droga ilícita mais consumida globalmente, e o Canadá tem uma das maiores taxas de uso.^{1,2} Cerca de 10% a 15% dos adultos e de 25% a 30% dos adolescentes ou jovens adultos relatam consumo recente de maconha (ou seja, no último ano).³ Embora os danos à saúde pública em função do consumo de maconha sejam claramente menores que os do álcool, tabaco, e de outras drogas ilícitas, ele está associado a riscos de inúmeras consequências adversas à saúde, embora a causalidade não esteja estabelecida para todos eles (para revisões importantes, ver Degenhardt et al.,² Volkow et al.,⁴ Hall e Degenhardt,⁵ Organização Mundial da Saúde,⁶ e National Academies of Science, Engineering and Medicine).⁷ Existem fortes evidências para as seguintes correlações: deficiências cognitivas e psicomotoras agudas, acidentes automobilísticos, e desenvolvimento e funcionamento cerebral de longo prazo,⁴ dependência e psicose, problemas no sistema pulmonar ou brônquico e desfechos piores na gravidez.⁴⁻¹² Um número expressivo desses problemas acontece com usuários que iniciaram o uso na adolescência ou continuaram a usar com frequência na idade adulta.^{4,13-17} No restante do mundo, a dependência foi avaliada como fator único para a recorrência de doenças passíveis de serem associadas à *Cannabis*.^{2,18} No Canadá, os principais fatores identificados foram acidentes automobilísticos e outros agravos (por exemplo, dependência).^{19,20}

A proibição do consumo recreativo de *Cannabis* tem sido o modelo de política dominante,^{21,22} e, no entanto, tem sido progressivamente reconhecido como ineficaz. Como consequência, um número crescente de jurisdições tem implementado reformas na política de *Cannabis*, incluindo legalização completa para produção, distribuição e consumo. A legalização foi implementada em vários estados dos Estados Unidos e no Uruguai,²³⁻²⁶ e a implementação de uma política nacional no Canadá – o primeiro país do G7⁵ a legalizá-la – deve ser promulgada em breve.^{27,28} O conceito canadense da legalização enfatiza resultados na saúde pública, embora as experiências de legalização de estados dos Estados Unidos sugiram que os resultados nesse campo não necessariamente melhoraram ao longo do tempo.²⁵

[4] A expressão original – *chronic functioning* – refere-se a problemas crônicos no funcionamento cerebral a longo prazo. (N. do E.)

[5] O G7 é um grupo fundado em 1976 pelos países que, então, tinham as maiores economias globais. Hoje, mesmo que nem todos liderem o ranking das potências econômicas, ainda é um grupo de referência para potências econômicas e com alta renda (Estados Unidos, Japão, Alemanha, Reino Unido, França, Itália e Canadá). (N. do E.)

Um vasto conjunto de dados sugere que muitos danos associados ao uso de *Cannabis* – ou pelo menos a gravidade deles – são influenciados por fatores comportamentais, bem como por escolhas dos usuários que poderiam ser modificadas. Além disso, em ambientes de legalização, há oportunidades de intervenção que podem modificar o comportamento dos usuários de *Cannabis* e minimizar os impactos na saúde pública. As avaliações das evidências por especialistas geraram intervenções semelhantes para usuários de álcool^{29,30} e também em outras áreas da saúde (por exemplo, nutrição, saúde sexual e atividade física).³¹⁻³⁵ Assim, as Diretrizes para Redução de Riscos no Uso de *Cannabis* (DRRUC) podem ser uma intervenção em saúde pública válida para a *Cannabis*, particularmente após sua legalização. Embora uma versão inicial das DRRUC tenha sido desenvolvida para o Canadá há alguns anos,³⁶ as evidências científicas acerca do consumo de *Cannabis* e de suas consequências evoluíram substancialmente desde então. Este artigo apresenta uma atualização abrangente de evidências e de revisões correspondentes das recomendações originais das DRRUC. Elas se destinam principalmente a indivíduos, inicialmente no contexto do Canadá, que fizeram a opção de usar *Cannabis* e servem como uma ferramenta baseada em evidências para diminuir riscos e danos. Como tal, as DRRUC constituem um recurso baseado em evidências a serem implementadas por governos e outras organizações relevantes; elas podem ser adaptadas para aplicação em outros contextos socioculturais, e não somente na América do Norte.

MÉTODO

Há dois componentes metodológicos principais subjacentes às DRRUC revisadas: 1) um conjunto de revisões sistemáticas de fatores de risco passíveis de modificações no que diz respeito aos danos à saúde relacionados ao uso de *Cannabis*; e 2) a avaliação qualitativa dessa evidência e a revisão das recomendações das DRRUC pelo consenso entre autores especialistas. Conduzimos as revisões sistemáticas de acordo com o padrão Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis Guidelines (PRISMA).^{6 37}

Para identificar as revisões sistemáticas e meta-análises relevantes sobre os diferentes fatores de risco, pesquisamos estudos publicados em qualquer idioma (entre 1º de janeiro de 2010 e 30 de dezembro de 2016) nas seguintes bases de dados: MEDLINE, EMBASE, PsycINFO e a Cochrane Library for Systematic Reviews. Desenvolvemos estratégias de pesquisa separadas para cada tópico de revisão e estas se basearam na estratégia desenvol-

vida para o MEDLINE, mas revisada de acordo com cada banco de dados (para mais detalhes, ver Apêndice A, disponível como suplemento da versão *on-line* deste artigo em <http://www.ajph.org>). Além disso, consultamos como fontes de revisão sistemática relevantes as recentes revisões seminais sobre *Cannabis* e saúde da Organização Mundial da Saúde⁶ e da National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine dos Estados Unidos.⁷ Verificamos as referências bibliográficas de todos os estudos importantes e procuramos fisicamente artigos relevantes que não haviam sido detectados nas buscas eletrônicas.

Critérios de inclusão e exclusão

Incluímos estudos que se concentravam em comportamentos de risco ou nocivos, potencialmente modificáveis, relacionados ao uso de *Cannabis* e excluímos aqueles nos quais a *Cannabis* era utilizada para fins terapêuticos. Desenvolvemos critérios específicos de inclusão e exclusão para cada tópico dessa revisão (para detalhes, ver Apêndice B, disponível como suplemento da versão *on-line* deste artigo em <http://www.ajph.org>).

Dois dos autores (Cayley Russell e Pamela Sabioni) selecionaram, de forma independente, os títulos e resumos de todas as publicações identificadas pela estratégia de busca. Recuperamos todos os estudos potencialmente pertinentes, como artigos completos, e os avaliamos de maneira independente para inclusão e exclusão. Em casos de dúvida ou discordância, os autores da revisão discutiram os dados e chegaram a um consenso para todos esses casos, sem a necessidade de arbitragem. Sabioni e Russell extraíram dados de todos os estudos incluídos nessa revisão sistemática de maneira independente (para os fluxogramas do padrão PRISMA para cada pesquisa de subtópicos, ver Figura A, disponível como complemento da versão *on-line* deste artigo em <http://www.ajph.org>).

Avaliação de qualidade de evidências e desenvolvimento de recomendações

Avaliamos a qualidade das evidências resultantes de acordo com um mecanismo de avaliação de qualidade amplamente utilizado^{38,39} em um processo de duas etapas. Quatro dos autores (Benedikt Fischer, Jürgen Rehm, Cayley Russell e Pamela Sabioni) fizeram isso primeiro, individualmente, e em seguida buscou-se o consenso do grupo completo de autores. As avaliações de qualidade atribuídas às evidências estão incluídas nas recomendações (Quadro 1). Uma versão mais extensa das recomendações, com explicações detalhadas acerca das avaliações de

[6] Por tratar-se de uma referência importante e conhecida no jargão científico, optou-se pela grafia original, em língua inglesa. (N. do E.)

qualidade atribuídas às evidências, está disponível como complemento da versão on-line deste artigo (disponível em <http://www.ajph.org>). Os estudos selecionados foram classificados de acordo com as seguintes avaliações de qualidade de evidência (ou seja, os mesmos critérios usados pela National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine dos Estados Unidos⁷):

1) Conclusivo: baseado em estudos de boa qualidade e sem resultados opostos críveis.

2) Substancial: baseado em várias descobertas de estudos de boa qualidade com poucos estudos de resultados opostos.

3) Moderado: baseado em várias descobertas de estudos de boa qualidade com poucos ou nenhum resultado oposto crível; uma conclusão geral pode ser feita, mas limitações, incluindo acaso, viés e fatores de confusão, não podem ser descartadas.

4) Limitada: descobertas ancoradas em estudos de qualidade razoável ou resultados mistos, a maioria favorecendo uma conclusão, ou nenhuma conclusão clara. E

5) Nenhum ou insuficiente: baseado em conclusões mistas, em um único estudo ruim ou com desfecho não investigado, com incerteza substancial atribuível ao acaso, viés ou fatores de confusão.

É importante ressaltar que a maioria dos estudos revisados é de natureza transversal e naturalista, ressaltando-se, assim, a importância da cautela quanto a interpretações causais e conclusões sobre a magnitude dos efeitos.

Em seguida transformamos as evidências revisadas em recomendações revisadas, usando processos estabelecidos.³⁹⁻⁴² Isso envolveu, mais uma vez, um processo em duas etapas: dois dos autores (Benedikt Fischer e Jürgen Rehm) formularam recomendações preliminares (revisando as recomendações originais ou elaborando novas), e os autores discutiram e revisaram coletivamente as recomendações até que chegassem a um consenso. Tanto as revisões de evidências tópicas como as recomendações correspondentes são apresentadas em ordem sequencial relacionada ao *continuum* do uso de *Cannabis*.

RESULTADOS

Os resultados são apresentados por subtópicos de evidências que informam as recomendações das DRRUC.

INICIAÇÃO PRECOCE

Existem evidências substanciais de que o início precoce (antes dos dezoito anos, por exemplo) do uso de *Cannabis* está associado a um maior risco de dependência e ao desenvolvimento posterior de outros problemas. Isso pode acontecer porque o

consumo de *Cannabis* na adolescência prejudica vários aspectos do desenvolvimento cerebral, especialmente se for intenso e contínuo durante a fase em que esse processo acontece (até meados dos vinte anos).⁴³⁻⁴⁶ Por exemplo, usuários de *Cannabis* com iniciação precoce mostraram alterações nas massas branca e cinzenta do cérebro, assim como na espessura cortical,⁴⁷⁻⁴⁹ na redução da conectividade funcional, do QI e do funcionamento cognitivo;⁵⁰ e na maior impulsividade comportamental.⁵¹ Tais alterações podem refletir fatores que explicam tanto o início precoce do uso de *Cannabis* como as consequências posteriores.

Associações entre o início precoce do uso de *Cannabis* e problemas de saúde mental e relações de dependência estão bem estabelecidas.⁵²⁻⁵⁴ Comparados aos com início tardio, usuários com início precoce usavam *Cannabis* mais intensamente e subsequentemente apresentavam pior funcionamento cognitivo e operacional.⁵⁵ O risco de dependência de *Cannabis* foi quase o dobro em usuários precoces quando comparado aos tardios (um em seis *versus* um em cada dez, respectivamente).⁵⁶ Entre os usuários dependentes de *Cannabis*, o início precoce está associado, posteriormente, à perda na capacidade de atenção, de aprendizagem verbal e de memória, de controle de impulsos e de eficácia no funcionamento executivo.^{57,58}

Estudos individuais documentaram outras correlações associadas ao uso precoce, como o risco elevado de desenvolver problemas de saúde mental, incluindo sintomas depressivos^{59,60} e sintomas psicóticos.^{61,62} Por outro lado, não foram encontradas correlações entre uso de *Cannabis* e psicose,⁶¹ ou QI reduzido,⁶³ entre aqueles que iniciaram o uso depois dos dezoito anos. Em um longo estudo com duplas de irmãos, aqueles que iniciaram o uso antes dos dezesseis anos tinham risco ampliado de psicose não afetiva (razão de chance [RC] = 2,2; intervalo de confiança de 95% [IC⁸] = 1,1-4,5), delírios (RC = 4,2; IC 95% = 4,2-5,8), e vivenciavam alucinações (RC = 2,8; IC 95% = 1,9-4,1). A correlação persistiu quando examinada em duplas de irmãos.⁶⁴ Os usuários precoces (aos catorze anos) tinham quatro vezes mais probabilidade de desenvolver dependência de *Cannabis* e três vezes mais probabilidade de sofrer acidente automobilístico do que aqueles que começaram a usar após os 21 anos.⁶⁵ Em uma subamostra de gêmeos do sexo masculino discordantes quanto ao uso de maconha, os usuários de início precoce tinham risco elevado para uso posterior de outras substâncias e de dependência de álcool e de drogas ilícitas, em comparação com o grupo controle.^{66,67} Em uma meta-análise de estudos longitudinais, aqueles que nunca utilizaram *Cannabis* antes dos dezoito anos apresenta-

[7] Do original *odds ratio*. (N. do E.)

[8] Do original *confidence interval*. (N. do E.)

ram maiores chances de conclusão do ensino médio e da universidade, comparados aos que começaram a usar antes dos quinze anos.⁶⁸ Outros estudos demonstraram resultados educacionais mais fracos, incluindo risco de evasão escolar precoce ou não conclusão do ensino superior.^{17 69}

ESCOLHA DE PRODUTOS DE CANNABIS

Nos últimos anos, com a evolução das técnicas de produção, as propriedades psicoativas dos produtos de *Cannabis* mudaram substancialmente. Embora a *Cannabis* contenha muitos canabinoides, observou-se nas últimas décadas um sólido aumento nos níveis de tetraidrocanabinol (THC) – o principal agente psicoativo – na *Cannabis*,⁷⁰ chegando a até 20%-25% ou mais em alguns lugares.^{6,71-73} Enquanto isso, os concentrados de *Cannabis* ou os produtos canabinoides sintéticos podem conter até 80%-90% de THC ou agonistas canabinoides mais potentes.^{6,71,74}

O alto conteúdo de THC na *Cannabis* foi identificado como um fator de risco para consequências adversas agudas e crônicas, incluindo problemas de saúde mental e dependência.^{4,5,75} Por exemplo, o uso frequente de *Cannabis* de alta potência (skunk) tem sido associado a efeitos marcantes na memória, aumento da paranoia e maior gravidade da dependência em usuários (especialmente os mais jovens) do Reino Unido.⁷⁶ Em um estudo de caso-controle, o uso de *Cannabis* com alto teor de THC foi associado a um risco três vezes mais elevado de transtorno psicótico, portanto, com um caso em cada quatro usuários.⁷⁷ O uso de bongs para concentrados de alta potência (wax dabs) tem sido associado à psicose induzida pela *Cannabis* entre indivíduos sem história psiquiátrica.⁷⁸

Há evidências de que usuários de produtos de *Cannabis* com maior potência de THC manipulam as doses (ou seja, usam menos produtos de maior potência para alcançar os efeitos psicoativos desejados).^{5,79} Entre os usuários experientes, uma associação positiva entre concentração de THC e *Cannabis* foi observada em um “baseado”, mas a concentração de THC foi negativamente associada ao volume de inalação, levando a uma manipulação parcial da dose (ou seja, usuários de produtos com alto teor de THC ainda obtiveram mais THC que usuários de produtos de baixo teor de THC). Em outro estudo naturalista, a quantidade de *Cannabis* por “baseado” foi negativamente associada às concentrações de THC, estimando uma redução de 0,1 grama na quantidade de *Cannabis* usada se o teor de THC fosse de 14%, em comparação com a de 4% de THC.⁸¹

Além do THC, outros canabinoides podem influenciar

as consequências adversas da *Cannabis*. Especificamente, o canabidiol (CBD) é cada vez mais entendido como um canabinoide que pode atenuar alguns dos efeitos adversos do THC.⁸²⁻⁸⁶ Vários ensaios clínicos randomizados e revisões sistemáticas sugerem que o CBD pode bloquear os efeitos psicogênicos do THC^{83,87-90} e mitigar os efeitos intoxicantes, sedativos e cardiovasculares do THC.⁸⁶ No entanto, uma revisão sistemática concluiu que são necessárias altas doses de CBD para inibir os efeitos de doses baixas de THC.⁹¹

Uma novidade tem sido a disponibilidade de potentes produtos de canabinoides sintéticos (por exemplo, Spice e K2). Eles têm farmacologia e toxicologia distintas e foram associados a uma série de efeitos colaterais adversos graves, incluindo comprometimento cognitivo agudo, psicose e ansiedade, acidentes vasculares cerebrais e convulsões, infarto do miocárdio, taquicardia, náusea e outros episódios fatais.⁹²⁻⁹⁴ Esses efeitos são comumente mais severos do que os do uso de *Cannabis* orgânica.^{95,96} Outra revisão sistemática semelhante encontrou efeitos mentais adversos agudos e crônicos (por exemplo, ansiedade, psicose e dependência), comuns entre usuários regulares de produtos de canabinoides sintéticos.⁹⁷ Os setores de emergência dos hospitais têm recebido, nos últimos anos, um maior número de jovens em episódios relacionados ao uso de canabinoides sintéticos.⁹⁸⁻¹⁰⁰

PRÁTICAS DE USO DE CANNABIS

Embora existam práticas de uso alternativo, o fumo queimado (combustão) da *Cannabis* continua a ser a via de administração mais comum na América do Norte,^{101,102} comumente associada ao tabaco.^{6,103} Essas práticas de uso estão associadas a uma série de riscos.

Revisões sistemáticas e estudos importantes identificaram vários problemas pulmonares ou brônquicos (por exemplo, tosse, escarro excessivo, chiado no peito e falta de ar), bem como bronquite aguda e danos ao funcionamento respiratório associados ao fumo da *Cannabis*.^{11,104-108} Embora muitos desses sintomas pareçam estar associados à intensidade de uso, eles podem ser revertidos após a sua interrupção.^{109,110} As conclusões são mais ambíguas em relação a outras doenças respiratórias. Por exemplo, foram detectadas bolhas pulmonares enfisematosas entre jovens fumantes de *Cannabis*.¹¹¹ Há evidências mistas para a associação entre fumar *Cannabis* e câncer de pulmão, com apenas alguns estudos relatando correlações; entre os que apresentam correlações, o risco é moderadamente elevado (1,5 a 4 vezes),^{108,112-114} e eles ainda são inconclusivos, principalmente pela confusão gera-

da pelo uso concomitante do tabaco.^{113,114}

Algumas práticas específicas de fumar *Cannabis* podem aumentar de forma aguda os riscos para a saúde respiratória. Por exemplo, práticas de inalação longa ou profunda – destinadas a intensificar a absorção de componentes psicoativos – aumentam a ingestão de subprodutos perigosos (por exemplo, carcinógenos, alcatrão e outras toxinas, e monóxido de carbono).^{113,115-118} Esses efeitos são ampliados pelo consumo simultâneo de *Cannabis* e tabaco.

Várias vias de administração alternativas para o uso de *Cannabis* surgiram, mas elas acarretam riscos próprios. Por exemplo, bongs ou canos de água podem reduzir a inalação de partículas queimadas, mas aumentam o consumo de alcatrão ou material particulado. Houve também relatos de transmissão de doenças infecciosas (por exemplo, a tuberculose pulmonar) entre os usuários.¹¹⁹⁻¹²¹ Quanto às opções mais recentes, os vaporizadores eliminam a combustão de *Cannabis* e, assim, reduzem o consumo de compostos tóxicos e os problemas pulmonares relacionados.^{122,123} Em dois estudos experimentais, os problemas respiratórios (incluindo bronquite) apresentaram melhora significativa entre os usuários. No entanto, não existem estudos rigorosos sobre os efeitos a longo prazo do uso de vaporizadores.¹²⁶ No caso dos “cigarros eletrônicos” ou e-cigarros de *Cannabis*, voltagens de partículas de formaldeído foram detectadas em níveis mais altos, o que pode expor os usuários a toxinas de risco.¹²⁷ O dabbing (a inalação de concentrados vaporizados de *Cannabis*) tem sido associado a riscos elevados pela queima de hidrocarbonetos e inalação de solda, ferrugem e benzeno, além de estar associado a um maior comprometimento, tolerância e sintomas de abstinência.^{71,128,129}

Produtos de *Cannabis* para ingestão (por exemplo, comestíveis, líquidos ou óleos) eliminam os riscos de inalação de fumaça ou vapor de *Cannabis* em combustão.¹¹⁵ Há a preocupação, no entanto, de que os “comestíveis” diminuam a percepção de risco do uso de *Cannabis* (por exemplo, levando à iniciação precoce ou ao aumento do uso). Outros riscos agudos incluem a absorção demorada de THC e, conseqüentemente, o atraso no início dos efeitos psicoativos, o que reduz a capacidade dos usuários de controlar as doses.¹²⁸ Isso pode resultar na ingestão de maiores quantidades de THC do que o desejado, possivelmente contribuindo para um aumento nos envenenamentos e nas hospitalizações nos locais onde os itens comestíveis de *Cannabis* estão disponíveis (por exemplo, no estado do Colorado).^{130,131} Além disso, produtos comestíveis de *Cannabis* também podem ser acidentalmente ingeridos por crianças, que, então, precisarão de tratamento.¹³²

FREQUÊNCIA OU INTENSIDADE DE USO

A frequência ou a intensidade de uso é um forte indicador de problemas relacionados à *Cannabis*, tanto agudos como crônicos. A intensidade ou frequência de uso é uma medida de substituição epidemiológica comum, tipicamente definida como o uso (quase) diário e comparada com o uso menos frequente. Idealmente, esses indicadores devem ser complementados por outras medidas, como dose ou potência, mas isso raramente acontece.¹³³ O uso frequente de *Cannabis* aumentou substancialmente entre usuários (especialmente mais jovens) nos Estados Unidos.¹³⁴

Revisões sistemáticas encontraram correlações entre a frequência ou a intensidade de consumo de *Cannabis* e vários efeitos adversos à saúde, incluindo problemas de saúde mental,^{5,10,135,136} problemas cardiovasculares,¹³⁷ acidentes automobilísticos,¹³⁸ propensão ao suicídio,¹³⁹ mudanças estruturais do cérebro e efeitos neurocognitivos.^{140,141} Estudos de imagens neurológicas, mais especificamente, encontraram alterações cerebrais morfológicas e efeitos neurocognitivos em adolescentes e adultos relacionados à intensidade do uso de *Cannabis*.^{140–142} Em estudos de caso-controle, a intensidade de uso teve uma associação inversa ao volume e à integridade estrutural do cérebro.^{143–146} Assim, a magnitude das anomalias cerebrais e a persistência do comprometimento agudo de funções operacionais (por exemplo, cognição, memória e controle psicomotor) podem ser influenciadas pela intensidade de uso.^{9,147,148} Ao mesmo tempo, há evidências de efeitos de tolerância que resultam na redução do comprometimento cognitivo entre usuários frequentes ou crônicos.^{148,149}

Importantes estudos epidemiológicos complementam as conclusões das revisões mencionadas anteriormente sobre saúde mental e outras consequências. Por exemplo, estudos de vários países identificaram a frequência do uso de *Cannabis* como indicador de psicose,^{150–152} de sintomas depressivos, de mania e de suicídio.^{153–155} Em um corte longitudinal, o uso diário de *Cannabis* foi associado a transtornos de ansiedade (RC = 2,5; IC 95% = 1,2–5,2) e dependência de *Cannabis* (RC = 2,2; IC 95% = 1,1–4,4); aqueles com uso diário de *Cannabis* persistente aos 29 anos permaneceram com chances elevadas de transtorno de ansiedade (RC = 3,2; IC 95% = 1,1–9,2).¹⁵⁶ O risco de dependência de *Cannabis* foi cinco vezes maior entre usuários diários comparados aos não diários na Austrália.¹⁵⁷ Em um estudo no Reino Unido, o uso frequente foi associado à dependência severa entre usuários adultos.⁷⁶ Uma exceção é um estudo holandês em que a frequência de uso não estava associada ao nível de dependên-

cia; no entanto, esse estudo envolveu apenas usuários frequentes selecionados por idade.¹⁵⁸ Em análises combinadas de cortes longitudinais, os usuários diários de *Cannabis* aos dezessete anos tiveram reduções significativas na taxa de conclusão do ensino médio e no nível de escolarização alcançado (RC = 0,4; IC 95% = 0,2-0,7), e aumentaram as probabilidades de dependência de Cannabis (RC = 18,0; IC 95% = 9,4-34,1), de uso de outras drogas ilícitas (RC = 7,8; IC 95% = 4,5-13,6) e de tentativas de suicídio (RC = 6,8; IC 95% = 2,0-22,9).¹⁵⁹ Correlações similares com consequências educacionais, socioeconômicas e de uso de outras substâncias também foram demonstradas.^{5,17,160-162} Vários estudos descobriram que o risco de acidentes automobilísticos é ampliado entre usuários frequentes.^{163,164} A frequência também estava relacionada a problemas gerais e específicos mais elevados no ASSIST (Teste de Rastreamento de Envolvimento com Álcool, Tabagismo e Substância⁹); os usuários diários ou quase diários tinham probabilidade pelo menos nove vezes maior de enfrentar problemas quando comparados a usuários menos frequentes.¹⁶⁵

O USO DE CANNABIS E O ATO DE DIRIGIR

O uso de *Cannabis* prejudica gravemente as principais funções executivas fundamentais para o ato de dirigir, entre elas a cognição, a atenção, a memória, a tomada de decisão e o funcionamento psicomotor. Isso ocorre de acordo com a dose, embora a intensidade e o tempo de duração dessas condições variem de acordo com padrões de uso, concentração de THC, tolerância, metabolismo e outros fatores.^{9,147,148,166} Alguns desses comprometimentos continuam depois de uma intoxicação aguda, particularmente em usuários crônicos.⁹

Após a ingestão de *Cannabis*, o pico de concentração plasmática de THC (cerca de 100 ng/mL) é alcançado geralmente cerca de cinco a trinta minutos depois, e costuma desaparecer cerca de duas a quatro horas depois.^{149,167-170} Entretanto, intoxicações e comprometimentos cognitivos podem persistir além dos picos de concentração plasmática do THC, mas geralmente terminam cerca de três a seis horas depois.^{149,170-173} Alta concentração de THC ou de outros canabinoides ou produtos “comestíveis” de *Cannabis* (com um período de absorção prolongado) podem ter efeitos mais acentuados e persistentes.^{171,174} Embora esses efeitos estejam baseados na farmacocinética típica do THC, eles podem variar com a intensidade da inalação, a capacidade pulmonar e outros fatores.

Estudos epidemiológicos estabeleceram claramente que o comprometimento agudo causado pela *Cannabis* aumenta o

[9] O ASSIST é o mais conhecido e utilizado instrumento para investigações a respeito do uso de substâncias, do original Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test. (N. do E.)

risco de envolvimento em acidentes automobilísticos, incluindo colisões fatais (uma exceção importante: estudo da Administração Nacional de Segurança Rodoviária dos Estados Unidos).¹⁷⁵ Várias meta-análises e revisões concluíram que há um aumento de aproximadamente 1,3 a 3 vezes (de baixa a média intensidade) no risco de acidentes automobilísticos após o uso de *Cannabis*.^{8,163,164,176} Um recente estudo canadense com casos cruzados revelou que o uso de *Cannabis* estava associado a um número quatro vezes maior de episódios de acidentes automobilísticos.¹⁷⁷ O risco de envolvimento em acidentes aumenta proporcionalmente com a dose de concentração de THC ou a frequência do uso de *Cannabis*.^{163,164} Esse risco é substancialmente maior quando o uso de *Cannabis* está associado ao álcool.¹⁷⁸⁻¹⁸²

Na medida em que dirigir intoxicado por *Cannabis* tem se tornado mais comum, especialmente entre motoristas jovens,¹⁸³⁻¹⁸⁷ houve tentativas para definir níveis-limite de concentração sanguínea de THC, equivalentes aos limites de teor de álcool. Isso tem sido um desafio metodológico e não existe um limite padrão-ouro. Alguns estudos concluíram que concentrações de THC no sangue entre cerca de 2 a 8 nanogramas por mililitro (ng/mL; sangue total) afetaram a capacidade de dirigir de modo equivalente a 0,05 g/L de teor de álcool no sangue,^{164,179,188} ao passo que as recomendações finais do estudo *Driving Under the Influence of Drugs, Alcohol, and Medicines* eram de 1 ng/mL no sangue total ou na saliva.¹⁸⁹ Alguns estados dos Estados Unidos têm leis próprias que estabelecem limites de concentração de THC no sangue de 5 ng/mL (sangue total), enquanto alguns países europeus (por exemplo, Noruega, Holanda) possuem limites abaixo de 5 ng/mL,¹⁸⁹⁻¹⁹¹ e outros (por exemplo, a Austrália) definiram qualquer uso recente detectável como prejudicial.¹⁹² Esses limites legais, que não podem ser autoavaliados de maneira confiável pelos usuários, podem, portanto, se transformar em restrições mais severas ao ato de dirigir do que os parâmetros comportamentais descritos anteriormente.

POPULAÇÕES ESPECIAIS DE RISCO

Alguns usuários com condições preexistentes devem provavelmente se abster de usar *Cannabis*. Por exemplo, vários estudos concluíram que uma parcela substancial de psicose atribuída à *Cannabis* acontece entre usuários com histórico familiar ou pessoal de psicose, e que uma predisposição genética a essa condição pode ser desencadeada ou aumentada pelo uso de *Cannabis*.^{5,193-197} Assumindo que o risco de psicose em função de histórico familiar e o uso de *Cannabis* se potencializam, uma pessoa com um parente

de primeiro grau com histórico de psicose tem um risco de base de 10%, porcentagem que é duplicada caso se torne um usuário regular.^{62,198} Não está claro se tais dinâmicas existem também para outros riscos em saúde mental, como depressão, ansiedade ou suicídio, para os quais correlações com *Cannabis* foram apontadas.^{154,155,199-202} No entanto, experiências anteriores ou histórico familiar de transtornos em função do uso de substâncias devem estimular a prudência em relação ao uso de *Cannabis*.

Uma revisão sistemática descobriu que mulheres que usaram *Cannabis* durante a gravidez tiveram aumentado o risco de anemia (RC agrupada = 1,4; IC 95% = 1,1-1,7), baixo peso do feto ao nascer (RC agrupada = 1,8; IC 95% = 1,0-3,0), e precisaram passar por unidade de cuidados neonatais (RC agrupada = 2,0; IC 95% = 1,3-3,2).¹² O uso de *Cannabis* por gestantes tem sido associado à redução do crescimento fetal e à diminuição do peso em recém-nascidos,²⁰³ assim como a problemas de desenvolvimento e de comportamento, mau desempenho escolar e uso de drogas ilícitas por crianças.²⁰⁴⁻²⁰⁷ Estudos de caso-controle encontraram correlações para diferentes tipos de câncer entre crianças em caso de uso de maconha pela mãe durante a gravidez, mas fornecem fracas evidências de correlações causais.^{137,208-210}

Discussão

A política de controle da *Cannabis* no Canadá, refletindo o que aconteceu em outros lugares, está caminhando para a legalização do uso recreativo e a disponibilidade para venda, com o claro objetivo de melhorar os resultados no campo da saúde pública.^{27,28} Experiências de outras jurisdições sugeriram que a legalização – pelo menos no curto prazo – não se traduz necessariamente em melhorias consistentes na saúde pública, mas pode aumentar problemas específicos.^{24,25,211,212} No entanto, uma das claras vantagens da legalização é que ela permite que os usuários sejam informados aberta e diretamente sobre comportamentos de risco e características do produto, com o objetivo de reduzir os efeitos prejudiciais do uso.^{22,213,214} As diretrizes baseadas em evidências para reduzir os riscos de danos agudos e crônicos do uso de *Cannabis*, se amplamente adotadas, podem reduzir a extensão dos danos tanto para indivíduos como para a população em geral, e assim tornar-se um valioso instrumento de saúde pública. Com esse pressuposto, atualizamos, de forma abrangente e baseada numa revisão sistemática de novas evidências, as DRRUC anteriormente desenvolvidas para o Canadá.³⁶ Elas foram desenvolvidas quando a *Cannabis* ainda era criminalizada;

no entanto, a legalização iminente agrega fortes razões para uma atualização das DRRUC.

Como os dados mostram, o consumo de *Cannabis* está associado a uma variedade de riscos para a saúde, incluindo vários para os quais as evidências são “substanciais”. O principal desafio para a política de *Cannabis* voltada para a saúde pública é prevenir que usuários de *Cannabis* adolescentes ou jovens desenvolvam problemas de saúde severos – agudos ou crônicos – por conta do uso.^{4,16,215} Nossa revisão identificou múltiplos fatores de risco concretos para problemas de saúde relacionados à *Cannabis* que são passíveis de serem modificados pelos usuários, trazendo a possibilidade de redução de danos com base nas recomendações apresentadas nas DRRUC. A maior parte das evidências sobre os fatores de risco e as consequências subjacentes às recomendações é “substancial”, de acordo com os padrões estabelecidos pela avaliação de qualidade de evidências.^{7,39}

Por exemplo, o consumo frequente ou intenso de *Cannabis* é um determinante bem documentado para inúmeras consequências prejudiciais à saúde e é um comportamento passível de ser modificado pelos usuários. Da mesma forma, as evidências de riscos associados ao início precoce do uso de *Cannabis* são fortes. Abordar com sucesso esse fator de risco depende de esforços efetivos de prevenção (por exemplo, pais, professores e colegas) para retardar a iniciação. Em relação aos efeitos que o uso traz para o ato de dirigir, a forte evidência do risco de acidentes justifica a recomendação categórica de que os usuários se abstenham de conduzir veículos automotores pelo menos durante o período agudo de comprometimento identificado pelas evidências científicas atuais. Para outros fatores de risco – por exemplo, o uso de métodos alternativos de inalação/ingestão de *Cannabis* com o intuito de evitar danos à saúde relacionados ao fumo –, as evidências são mais fracas, devido à ausência de estudos rigorosos. Nesse quesito, mais e mais investigações rigorosas para produção de dados são urgentemente necessárias. Da mesma forma, a base de evidências para populações de risco para garantir a abstinência do uso de *Cannabis* é relativamente incipiente e, portanto, limitada aos dois subgrupos já indicados. Outras bases empíricas podem estender no futuro as recomendações a outros subgrupos (por exemplo, pacientes cardíacos ou com predisposições para outros problemas de saúde específicos).

Tendo como fundamento nossa metodologia de revisão rigorosa e a avaliação de qualidade de evidências baseada no consenso de especialistas e no desenvolvimento de recomendações, estamos confiantes quanto à qualidade e à relevância geral das re-

comendações apresentadas. Ao mesmo tempo, os fatores específicos de risco relacionados ao uso de *Cannabis* são influenciados por outros fatores, intrínsecos e extrínsecos (por exemplo, perfis genéticos, comportamento concomitantes e fatores socioambientais). Dessa forma, a aplicabilidade das recomendações certamente varia individualmente entre os usuários.^{6,216-220} Também não está clara a extensão dos danos concretos à saúde que podem ser evitados em cada uma das recomendações. É importante que intervenções de saúde pública voltadas para o comportamento, como as DRRUC, requeiram implementação e absorção efetivas para terem impacto.^{221,222} Além disso, elas precisam ter o apoio de informações para os usuários – por exemplo, sobre os detalhes específicos do conteúdo dos produtos de *Cannabis*, por meio de medidas como testagem e rotulagem.²¹⁴ A implementação de intervenções como as DRRUC não está no campo da ciência, mas exige esforços sistemáticos de instituições governamentais e não governamentais, bem como de outras partes interessadas. A evidência para o impacto de esforços similares em outras áreas (por exemplo, orientações relacionadas ao álcool, à alimentação e à nutrição e ao sexo seguro) é mista.^{33-35,223,224} Em função da legalização iminente, há uma grande necessidade de ferramentas de saúde pública para estender as metas de prevenção no Canadá, e essa é a razão para a elaboração das DRRUC. Elas podem ser adaptadas para uso em outros ambientes socioculturais fora da América do Norte. Seu impacto deve ser avaliado, idealmente, em relação a uma base de evidências relacionadas a intervenções efetivas de saúde pública dentro do paradigma emergente da política de legalização de *Cannabis*.

RECOMENDAÇÕES

RECOMENDAÇÃO 1: A maneira mais eficaz de evitar qualquer risco relacionado ao uso de *Cannabis* é abster-se de usá-la. Aqueles que decidem usá-la precisam reconhecer que isso acarreta riscos – agudos e de longo prazo – de consequências adversas, tanto sociais como individuais. Esses riscos variam em sua probabilidade e gravidade de acordo com as características do usuário, os padrões de uso e a qualidade do produto e, portanto, podem não ser os mesmos para usuários ou episódio de uso distintos. (Grau de evidência: não se aplica).

COLABORADORES

B. Fischer coordenou o estudo geral e a redação do artigo. B. Fischer, J. Rehm e P. Sabioni elaboraram a estratégia de busca e análise de dados. J. Rehm coordenou a avaliação de qualidade das evidências. P. Sabioni e C. Russell realizaram as pesquisas de dados, extração e resumos. Todos os autores (incluindo W. van den Brink, B. Le Foll, W. Hall e R. Room) igualmente contribuíram de modo substancial para a análise e a interpretação dos dados, colaboraram para a avaliação da qualidade das evidências para o artigo e redigiram e revisaram as recomendações, bem como aprovaram a versão final do artigo.

AGRADECIMENTOS

B. Fischer agradece ao Instituto Canadense de Pesquisa em Saúde para a Iniciativa de Pesquisa Canadense/Ontário acerca do Uso Indevido de Substâncias (SMN-139150) pelo financiamento e apoio ao presente trabalho. Os autores dedicam este trabalho ao falecido Elliot Goldner, médico, mestre em Ciências da Saúde e colega especial que contribuiu substancialmente para as diretrizes originais da redução de risco no uso de *Cannabis* e que faleceu repentinamente ao final de 2016.

PROTEÇÃO AOS PARTICIPANTES HUMANOS

A aprovação do conselho de revisão institucional não foi necessária para este estudo, pois ele não envolveu participantes humanos.

RECOMENDAÇÃO 2: O início precoce do consumo de *Cannabis* (ou seja, mais claramente antes dos dezesseis anos) está associado a múltiplos efeitos adversos subsequentes para a saúde e para aspectos sociais da vida de jovens adultos. Esses efeitos são particularmente significativos em usuários que começam a usá-la precocemente e que também fazem uso intensivo e frequente. Isso pode ocorrer, em parte, porque o uso frequente de *Cannabis* afeta o cérebro em desenvolvimento. As mensagens de prevenção devem enfatizar que, quanto mais tarde ocorrer o uso de *Cannabis*, menores serão os riscos de efeitos adversos para a saúde geral e o bem-estar do usuário durante toda a vida adulta. (Grau de evidência: substancial.)

RECOMENDAÇÃO 3: Os produtos com alta concentração de THC são geralmente associados a riscos maiores de inúmeras consequências mentais e comportamentais adversas (agudas e crônicas). Os usuários devem conhecer a natureza e a composição dos produtos de *Cannabis* que usam e, idealmente, usar produtos de *Cannabis* com baixo teor de THC. Dada a evidência dos efeitos atenuantes do CBD em alguns resultados relacionados ao THC, é aconselhável o uso de *Cannabis* com índices elevados na relação CBD/THC. (Grau de evidência: substancial.)

RECOMENDAÇÃO 4: Revisões recentes sobre canabinoides sintéticos indicam efeitos adversos à saúde acentuadamente mais graves e agudos causados pelo uso desses produtos (incluindo casos de morte). O uso desses produtos deve ser evitado. (Grau de evidência: limitado.)

RECOMENDAÇÃO 5: A inalação regular de *Cannabis* em combustão afeta adversamente a saúde respiratória. Embora métodos de consumo alternativos (por exemplo, utilizando vaporizadores ou produtos comestíveis de *Cannabis*) também apresentem seus próprios riscos, é preferível evitar, de um modo geral, vias de administração que envolvam fumar material de *Cannabis* em combustão. A ingestão de produtos comestíveis de *Cannabis* elimina os riscos respiratórios, mas o início tardio do efeito psicoativo pode resultar no uso de doses maiores do que a pretendida e, conseqüentemente, no aumento dos efeitos adversos (principalmente os comprometimentos agudos, por exemplo). (Grau de evidência: substancial.)

RECOMENDAÇÃO 6: Os usuários devem evitar práticas como “inalação profunda”, retenção da respiração ou a manobra de Valsalva¹⁰ para aumentar a absorção de ingredientes psicoativos ao fumar *Cannabis*, pois essas práticas aumentam desproporcionalmente o consumo de material tóxico pelo sistema pulmonar. (Grau de evidência: limitado.)

RECOMENDAÇÃO 7: O consumo frequente ou intensivo (por exemplo, diariamente ou quase diariamente) de *Cannabis* está fortemente associado a riscos mais elevados de efeitos adversos à saúde, bem como conseqüências sociais negativas. Os usuários devem estar atentos e vigilantes para manter seu uso de maconha – e de amigos, colegas ou usuários conhecidos –, no máximo, como ocasional (por exemplo, usar apenas semanalmente, ou aos finais de semana etc.). (Grau de evidência: substancial.)

[10] Genericamente, é a ação de tentar expelir o ar para fora do corpo mantendo narinas e boca fechadas. (N. do E.)

RECOMENDAÇÃO 8: Dirigir sob efeito de *Cannabis* está associado a um aumento do risco de envolvimento em acidentes automobilísticos. Recomenda-se que os usuários se abstenham categoricamente de dirigir (ou utilizar outras máquinas e dispositivos de mobilidade) durante pelo menos seis horas após o uso de *Cannabis*. Pode ser necessário um tempo de espera maior, dependendo do usuário e das propriedades do produto específico de *Cannabis* consumido. Para além dessas recomendações comportamentais, os usuários estão sujeitos aos limites legais aplicáveis em relação a dirigir sob efeito de *Cannabis*. O uso concomitante de *Cannabis* e de álcool resulta em aumento do comprometimento e dos riscos para dirigir e deve ser expressamente evitado. (Grau de evidência: substancial.)

RECOMENDAÇÃO 9: Existem algumas populações com probabilidade de risco mais elevado para efeitos adversos relacionados à *Cannabis* que devem se abster de consumi-la. Nelas se incluem indivíduos com predisposição ou com histórico familiar de transtornos de psicose pelo uso de substâncias, bem como mulheres grávidas (principalmente para evitar efeitos adversos ao feto ou ao recém-nascido). Essas recomendações são parcialmente baseadas no princípio da precaução. (Grau de evidência: substancial.)

RECOMENDAÇÃO 10: Embora os dados sejam escassos, é provável que a combinação de alguns dos comportamentos de risco listados anteriormente aumente o risco de resultados adversos do uso de *Cannabis*. Por exemplo, o uso precoce e frequente de *Cannabis* de alta potência muito provavelmente aumentará consideravelmente os riscos de problemas agudos e/ou crônicos. Tais padrões combinados de alto risco de uso devem ser evitados pelos usuários e devem ser o foco das políticas públicas. (Grau de evidência: limitado.)

Nota: justificativas detalhadas para cada grau de evidência são apresentadas como suplemento à versão *on-line* deste artigo em <http://www.ajph.org>.

SOBRE OS AUTORES

Benedikt Fischer, Cayley Russell, Pamela Sabioni e Jürgen Rehm: Instituto de Pesquisa de Políticas de Saúde Mental do Centro de Dependência e Saúde Mental, Universidade de Toronto (Canadá). Wim van den Brink: Instituto de Pesquisa de Dependência de Amsterdã, Departamento de Psiquiatria, Centro Médico Acadêmico, da Universidade de Amsterdã (Holanda). Bernard Le Foll: Laboratório de Pesquisa de Dependência Translacional, Instituto de Pesquisa de Saúde Mental da Família Campbell, Centro de Dependência e Saúde Mental, em Toronto (Canadá). Robin Room: Centro de Pesquisa de Políticas sobre Álcool da Universidade La Trobe, em Melbourne (Austrália). Correspondências devem ser enviadas para Benedikt Fischer, Ph.D., Institute for Mental Health Policy Research, Centre for Addiction and Mental Health, 33 Russell St., Toronto, Ontário, M5S 2S1, Canadá (e-mail: benedikt.fischer@utoronto.ca). Reimpressões podem ser encomendadas em <http://www.ajph.org>, clicando no link “Reprints”.

Este artigo foi aceito em 25 de março de 2017. doi: 10.2105 / AJPH.2017.303818

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. WORLD DRUG REPORT 2015. Viena: United Nations Office on Drugs and Crime, 2015.
2. DEGENHARDT, L.; FERRARI, A. J.; CALABRIA, B. et al. The global epidemiology and contribution of cannabis use and dependence to the global burden of disease: results from the GBD 2010 Study [correction in PLoS One. 2016;11(10): e0165221]. PLoS One. 2013;8(10): e76635.
3. CANADIAN ALCOHOL AND DRUG USE MONITORING SURVEY (CADUMS): Summary of Results for 2012. Ottawa: Health Canada, 2014.
4. VOLKOW, N. D.; BALER, R. D.; COMPTON, W.M.; WEISS, S. R. B. Adverse health effects of marijuana use. *N Engl J Med*, 370(23): 2219-27, 2014.
5. HALL, W.; DEGENHARDT, L. Adverse health effects of non-medical cannabis use. *Lancet*, 374(9698): 1383-91, 2009.
6. *The health and social effects of nonmedical cannabis use*. Geneva: World Health Organization, 2016.
7. NATIONAL ACADEMIES OF SCIENCES, ENGINEERING, AND MEDICINE. *The Health Effects of Cannabis and Cannabinoids: The Current State of Evidence and Recommendations for Research*. Washington, D. C.: The National Academies Press, 2017.
8. ROGEBERG, O.; ELVIK, R. The effects of cannabis intoxication on motor vehicle collision revisited and revised. *Addiction*, 111(8): 1348-59, 2016.
9. BROYD S. J.; VAN HELL, H. H.; BEALE, C.; YUCEL, M.; SOLOWIJ, N. Acute and chronic effects of cannabinoids on human cognition – a systematic review. *Biological Psychiatry*, 79(7): 557-67, 2016.
10. MARCONI, A.; DI FORTI, M.; LEWIS, C.M.; MURRAY, R. M.. VASSOS, E. Meta-analysis of the association between the level of cannabis use and risk of psychosis. *Schizophr Bull.*, 42(5): 1262-9, 2016.
11. TETRAULT, J. M.; CROTHERS, K.; MOORE, B. A.; MEHRA, R.; CONCATO, J.; FIELLIN, D. A. Effects of marijuana smoking on pulmonary function and respiratory complications. *Arch Intern Med.*, 167(3): 221-8, 2007.

12. GUNN, J. K.; ROSALES, C. B.; CENTER, K. E. et al. Prenatal exposure to cannabis and maternal and child health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 6(4): e009986, 2016.
13. RUBINO, T., PAROLARO, D. Long lasting consequences of cannabis exposure in adolescence. *Mol Cell Endocrinol.*, 286(1-2 suppl 1): S108-S113, 2008.
14. JAGER, G.; RAMSEY, N. F. Long-term consequences of adolescent cannabis exposure on the development of cognition, brain structure and function: an overview of animal and human research. *Curr Drug Abuse Rev.*, 1(2): 114-23, 2008.
15. BAVA, S.; TAPERT, S. F. Adolescent brain development and the risk for alcohol and other drug problems. *Neuropsychol Rev.*, 20(4): 398-413, 2010.
16. MACLEOD J.; OAKES, R.; COPELLO, A. et al. Psychological and social sequelae of cannabis and other illicit drug use by young people: a systematic review of longitudinal, general population studies. *Lancet*, 363(9421): 1579-88, 2004.
17. FERGUSSON, D.M.; BODEN, J. M. Cannabis use and later life outcomes. *Addiction*, 103(6): 969-76, 2008.
18. DEGENHARDT, L.; WHITEFORD, H. A.; FERRARI, A. J. et al. Global burden of disease attributable to illicit drug use and dependence: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 382(9904): 1564-74, 2013.
19. IMTIAZ, S.; SHIELD, K. D.; ROERECKE, M. et al. The burden of disease attributable to cannabis use in Canada in 2012. *Addiction*, 111(4): 653-62, 2016.
20. FISCHER, B.; IMTIAZ, S.; RUDZINSKI, K.; REHM, J. Crude estimates of cannabis-attributable mortality and morbidity in Canada – implications for public health focused intervention priorities. *J Public Health (Oxf)*, 38(1): 183-8, 2016.
21. FISCHER, B.; ALA-LEPPILAMPI, K.; SINGLE, E.; ROBINS, A. Cannabis law reform in Canada: is the “saga of promise, hesitation and retreat” coming to an end? *Can J Criminol Crim Justice*, 45(3): 265-98, 2003.
22. ROOM, R.; FISCHER, B.; HALL, W.; LENTON, S.;

- REUTER, P. *Cannabis Policy: Moving Beyond Stalemate*. Nova York: Oxford University Press, 2010.
23. PARDO, B. Cannabis policy reforms in the Americas: a comparative analysis of Colorado, Washington, and Uruguay. *Int J Drug Policy*, 25(4): 727-35, 2014.
24. ROOM, R. Legalising a market for cannabis for pleasure: Colorado, Washington, Uruguay and beyond. *Addiction*, 109(3): 345-51, 2014.
25. HALL, W.; WEIER, M. Assessing the public health impacts of legalizing recreational cannabis use in the USA. *Clin Pharmacol Ther*, 97(6): 607-15, 2015.
26. BLICKMAN, T. *Cannabis Policy Reform in Europe: Bottom Up Rather Than Top Down*. Amsterdam: Transnational Institute, 2014.
27. REHM, J.; FISCHER, B. Cannabis legalization with strict regulation, the overall superior policy option for public health. *Clin Pharmacol Ther*, 97(6): 541-4, 2015.
28. TASK FORCE ON CANNABIS LEGALIZATION AND REGULATION. *A Framework for the Legalization and Regulation of Cannabis in Canada: The Final Report of the Task Force on Cannabis Legalization and Regulation*. Ottawa: Health Canada, 2016.
29. BONDY, S. J.; REHM, J.; ASHLEY, M. J.; WALSH, G.; SINGLE, E.; ROOM, R. Low-risk drinking guidelines: the scientific evidence. *Can J Public Health*, 90(4): 264-70, 1999.
30. REHM, J.; PATRA, J. Different guidelines for different countries? On the scientific basis of low-risk drinking guidelines and their implications. *Drug Alcohol Rev*, 31(2): 156-61, 2012.
31. GLOBAL RECOMMENDATIONS ON PHYSICAL ACTIVITY FOR HEALTH. Geneva: World Health Organization, 2010.
32. KING, J. C. Dietary Guidelines Advisory Committee. An evidence-based approach for establishing dietary guidelines. *J Nutr*, 137(2): 480-3, 2007.
33. KIRBY, D. B. The impact of abstinence and comprehensive sex and STD/HIV education programs on adolescent sexual behavior. *Sex Res Soc Policy*, 5(3): 18-27, 2008.

34. HOELSCHER, D. M.; EVANS, A.; PARCEL, G. S.; KELLER, S. H. Designing effective nutrition interventions for adolescents. *J Am Diet Assoc*, 102(3, suppl): S52-S63, 2002.
35. SNYDER, L. B. Health communication campaigns and their impact on behavior. *J Nutr Educ Behav*, 39(2, suppl): S32-S40, 2007.
36. FISCHER, B.; JEFFRIES, V.; HALL, W.; ROOM, R.; GOLDNER, E.; REHM, J. Lower Risk Cannabis Use Guidelines for Canada (LRCUG): a narrative review of evidence and recommendations. *Can J Public Health*, 102(5):324-7, 2011.
37. MOHER, D.; LIBERATI, A.; TETZLAFF, J.; ALTMAN, D. G. PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med*, 6(7): e1000097, 2009.
38. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, et al. Going from evidence to recommendations. *BMJ*. 2008;336(7652): 1049–1051.
39. From evidence to recommendations: transparent and sensible. GRADE Working Group, 2017. Disponível em: <http://www.gradeworkinggroup.org>. Acesso em: 21 dez. 2016.
40. COMMITTEE ON STANDARDS FOR DEVELOPING TRUSTWORTHY CLINICAL PRACTICE GUIDELINES. “Current best practices and standards for development of trustworthy CPGs: Part II, traversing the process”. In: GRAHAM, R.; MANCHER, M.; MILLER WOLMAN D.; GREENFIELD, S.; STEINBERG, E. (Eds.). *Clinical Practice Guidelines We Can Trust*. Washington, DC: National Academies Press, 2011, pp. 134-69.
41. ECCLES, M.; CLAPP, Z.; GRIMSHAW, J. et al. North of England Evidence Based Guidelines Development Project: methods of guideline development. *BMJ*, 312(7033): 760-2, 1996.
42. SHEKELLE, P. G.; WOOLF, S. H.; ECCLES, M.; GRIMSHAW, J. Clinical guidelines: developing guidelines. *BMJ*, 318 (7183): 593-6, 1999.
43. JACOBUS, J.; TAPERT, S. F. Effects of cannabis on the adolescent brain. *Curr Pharm Des*, 20(13): 2186-93, 2014.
44. LISDAHL, K. M.; GILBART, E. R.; WRIGHT, N. E.; SHOLLENBARGER, S. Dare to delay? The impacts of

- adolescent alcohol and marijuana use onset on cognition, brain structure, and function. *Front Psychiatry*, 4: 53, 2013.
45. VOLKOW, N. D.; SWANSON, J. M.; EVINS, A. E. et al. Effects of cannabis use on human behavior, including cognition, motivation, and psychosis: a review. *JAMA Psychiatry*, 73(3): 292-7, 2016.
 46. JAMES, A.; JAMES, C.; THWAITES, T. The brain effects of cannabis in healthy adolescents and in adolescents with schizophrenia: a systematic review. *Psychiatry Res Neuroimaging*, 214(3): 181-9, 2013.
 47. LOPEZ-LARSON, M. P.; BOGORODZKI, P.; ROGOWSKA, J. et al. Altered prefrontal and insular cortical thickness in adolescent marijuana users. *Behav Brain Res*, 220(1): 164-72, 2011.
 48. JACOBUS, J.; SQUEGLIA, L. M.; SORG, S. F.; NGUYEN-LOUIE, T. T.; TAPERT, S. F. Cortical thickness and neurocognition in adolescent marijuana and alcohol users following 28 days of monitored abstinence. *J Stud Alcohol Drugs*, 75(5): 729-43, 2014.
 49. COOKEY, J.; BERNIER, D.; TIBBO, P. G. White matter changes in early phase schizophrenia and cannabis use: an update and systematic review of diffusion tensor imaging studies. *Schizophr Res*, 156(2-3): 137-42, 2014.
 50. CAMCHONG, J.; LIM, K. O.; KUMRA, S. Adverse effects of cannabis on adolescent brain development: a longitudinal study. *Cereb Cortex*, 27(3):1922–1930, 2017.
 51. GRUBER, S. A.; DAHLGREN, M. K.; SAGAR, K. A.; GONENC, A.; LUKAS, S. E. Worth the wait: effects of age of onset of marijuana use on white matter and impulsivity. *Psychopharmacology (Berl)*, 231(8): 1455-65, 2014.
 52. SCHLOSSAREK, S.; KEMPKENSTEFFEN, J.; REIMER, J.; VERTHEIN, U. Psychosocial determinants of cannabis dependence: a systematic review of the literature. *Eur Addict Res*, 22(3): 131-44, 2016.
 53. MALCHOW, B.; HASAN, A.; FUSAR-POLI, P.; SCHMITT, A.; FALKAI, P.; WOBROCK, T. Cannabis abuse and brain morphology in schizophrenia: a review of the available evidence. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 263(1): 3-13, 2013.
 54. SEMPLE, D. M.; MCINTOSH, A. M.; LAWRIE, S. M. Cannabis as a risk factor for psychosis: systematic review. *J*

Psycho-pharmacol, 19(2): 187-94, 2005.

55. GRUBER, S. A.; SAGAR, K. A.; DAHLGREN, M. K.; RACINE, M.; LUKAS, S. E. Age of onset of marijuana use and executive function. *Psychol Addict Behav*, 26(3): 496–506, 2012.
56. ANTHONY, J. “The epidemiology of cannabis dependence”. In: ROFFMAN, R.; STEPHENS R. (Eds.). *Cannabis Dependence: Its Nature, Consequences and Treatment*. Cambridge: Cambridge University Press, 2006.
57. FONTES, M. A.; BOLLA, K. I.; CUNHA, P. J. et al. Cannabis use before age 15 and subsequent executive functioning. *Br J Psychiatry*, 198(6): 442-7, 2011.
58. SOLOWIJ, N.; JONES, K. A.; ROZMAN, M. E. et al. Verbal learning and memory in adolescent cannabis users, alcohol users and non-users. *Psychopharmacology (Berl)*, 216(1): 131-44, 2011.
59. REY, J. M.; SAWYER, M. G.; RAPHAEL, B.; PATTON, G. C.; LYNSKEY, M. T. Mental health of teenagers who use cannabis: results of an Australian survey. *Br J Psychiatry*, 180: 216-21, 2002.
60. FERGUSSON, D. M.; HORWOOD, L. J.; RIDDER, E. M. Tests of causal linkages between cannabis use and psychotic symptoms. *Addiction*, 100(3): 354-66, 2005.
61. CASPI, A.; MOFFITT, T. E.; CANNON, M. et al. Moderation of the effect of adolescent-onset cannabis use on adult psychosis by a functional polymorphism in the catechol-O-methyl-transferase gene: longitudinal evidence of a gene environment interaction. *Biol Psychiatry*, 57(10): 1117-27, 2005.
62. MCLAREN, J. A.; SILINS, E.; HUTCHINSON, D.; MATTICK, R. P.; HALL, W. Assessing evidence for a causal link between cannabis and psychosis: a review of cohort studies. *Int J Drug Policy*, 21(1): 10-9, 2010.
63. MEIER, M. H.; CASPI, A.; AMBLER, A. et al. Persistent cannabis users show neuropsychological decline from childhood to midlife. *Proc Natl Acad Sci USA*, 109(40): E2657-E2664, 2012.
64. MCGRATH, J.; WELHAM, J.; SCOTT, J. et al. Association between cannabis use and psychosis-related outcomes

- using sibling pair analysis in a cohort of young adults. *Arch Gen Psychiatry*, 67(5): 440-47, 2010.
65. LE STRAT, Y.; DUBERTRET, C.; LE FOLL, B. Impact of age at onset of cannabis use on cannabis dependence and driving under the influence in the United States. *Accid Anal Prev*, 76: 1-5, 2015.
66. LYNSEY, M. T.; HEATH, A. C.; BUCHOLZ, K. K. et al. Escalation of drug use in early-onset cannabis users vs co-twin controls. *JAMA*, 289(4): 427-33, 2003.
67. GRANT, J. D.; LYNSEY, M. T.; SCHERRER, J. F.; AGRAWAL, A.; HEATH, A. C.; BUCHOLZ, K. K. A cotwin-control analysis of drug use and abuse/dependence risk associated with early-onset cannabis use. *Addict Behav*, 5(1): 35-41, 2010.
68. HORWOOD, L. J.; FERGUSON, D. M.; HAYATBAKHSH, M. R. et al. Cannabis use and educational achievement: findings from three Australasian cohort studies. *Drug Alcohol Depend*, 110(3): 247-53, 2010.
69. LYNSEY, M. T.; COFFEY, C.; DEGENHARDT, L.; CARLIN, J. B.; PATTON, G. A longitudinal study of the effects of adolescent cannabis use on high school completion. *Addiction*, 98(5): 685-92, 2003.
70. CASCINI, F.; AIELLO, C.; DI TANNA, G. Increasing delta-9-tetrahydrocannabinol (delta-9-THC) content in herbal cannabis over time: systematic review and meta-analysis. *Curr Drug Abuse Rev*, 5(1): 32-40, 2012.
71. STOGNER, J. M.; MILLER, B. L. Assessing the dangers of “dabbing”: mere marijuana or harmful new trend? *Pediatrics*, 136(1): 1-3, 2015.
72. Pijlman, F. T.; RIGTER, S. M.; HOEK, J.; GOLDSCHMIDT, H. M.; NIESINK, R. J. Strong increase in total delta-THC in cannabis preparations sold in Dutch coffee shops. *Addict Biol*, 10(2): 171-80, 2015.
73. SWIFT, W.; WONG, A.; LI, K. M.; ARNOLD, J. C.; MCGREGOR, I. S. Analysis of cannabis seizures in NSW, Australia: cannabis potency and cannabinoid profile. *PLoS One*, 8(7): e70052, 2013.
74. MEHMEDIC, Z.; CHANDRA, S.; SLADE, D. et al. Potency trends of delta9-THC and other cannabinoids in confiscated cannabis preparations from 1993 to 2008. *J*

Forensic Sci, 55(5): 1209-17, 2010.

75. HALL, W.; DEGENHARDT, L. High potency cannabis: a risk factor for dependence, poor psychosocial outcomes, and psychosis. *BMJ*, 350: h1205, 2015.
76. FREEMAN, T. P.; WINSTOCK, A. R. Examining the profile of high-potency cannabis and its association with severity of cannabis dependence. *Psychol Med*, 45(15): 3181-9, 2015.
77. DI FORTI, M.; MARCONI, A.; CARRA, E. et al. Proportion of patients in South London with first-episode psychosis attributable to use of high potency cannabis: a case- control study. *Lancet Psychiatry*, 2(3): 233-8, 2015.
78. PIERRE, J. M.; GANDAL, M; SON, M. Cannabis-induced psychosis associated with high potency “wax dabs”. *Schizophr Res*, 172(1-3): 211-2, 2016.
79. HUNAULT, C. C.; MENSINGA, T. T.; BOCKER, K. B. et al. Cognitive and psychomotor effects in males after smoking a combination of tobacco and cannabis containing up to 69 mg delta-9-tetrahydrocannabinol (THC). *Psychopharmacology (Berl)*, 204(1): 85-94, 2009.
80. VAN DER POL, P; LIEBREGTS, N.; BRUNT, T. et al. Cross-sectional and prospective relation of cannabis potency, dosing and smoking behaviour with cannabis dependence: an ecological study. *Addiction*, 109(7): 1101-9, 2014.
81. FREEMAN, T. P.; MORGAN, C. J.; HINDOCHA, C.; SCHAFER, G.; DAS, R. K.; CURRAN, H. V. Just say “know”: how do cannabinoid concentrations influence users’ estimates of cannabis potency and the amount they roll in joints? *Addiction*, 109(10): 1686-94, 2014.
82. BATALLA, A.; CRIPPA, J. A.; BUSATTO, G. F. et al. Neuroimaging studies of acute effects of THC and CBD in humans and animals: a systematic review. *Curr Pharm Des*, 20(13): 2168-85, 2014.
83. BHATTACHARYYA, S.; MORRISON, P. D.; FUSAR-POLI, P. et al. Opposite effects of delta-9-tetrahydrocannabinol and cannabidiol on human brain function and psychopathology. *Neuropsychopharmacology*, 35(3): 764-74, 2010.
84. MARTIN-SANTOS, R.; CRIPPA, J. A.; BATALLA, A. et al. Acute effects of a single, oral dose of D9-tetrahydrocannabi-

- nol (THC) and cannabidiol (CBD) administration in healthy volunteers. *Curr Pharm Des*, 18(32): 4966-79, 2012.
85. MECHOULAM, R.; PETERS, M.; MURILLO-RODRIGUEZ, E.; HANUS, L. O. Cannabidiol – recent advances. *Chem Biodivers*, 4(8): 1678-92, 2007.
86. RUSSO, E.; GUY, G. W. A tale of two cannabinoids: the therapeutic rationale for combining tetrahydrocannabinol and cannabidiol. *Med Hypotheses*, 66(2): 234-46, 2006.
87. ISEGER, T. A.; BOSSONG, M. G. A systematic review of the antipsychotic properties of cannabidiol in humans. *Schizophr Res*, 162(1-3): 153-61, 2015.
88. ENGLUND, A.; MORRISON, P. D.; NOTTAGE, J. et al. Cannabidiol inhibits THC-elicited paranoid symptoms and hippocampal-dependent memory impairment. *J Psycho-pharmacol*, 27(1): 19-27, 2013.
89. MORGAN, C. J.; CURRAN, H. V. Effects of cannabidiol on schizophrenia-like symptoms in people who use cannabis. *Br J Psychiatry*, 192(4): 306-7, 2008.
90. SCHUBART, C. D.; SOMMER, I. E.; VAN GASTEL, W. A.; GOETGEBUER, R. L.; KAHN, R. S.; BOKS, M. P. Cannabis with high cannabidiol content is associated with fewer psychotic experiences. *Schizophr Res*, 130(1-3): 216-21, 2011.
91. ZHORNITSKY, S.; POTVIN, S. Cannabidiol in humans – the quest for therapeutic targets. *Pharmaceuticals*, 5(5): 529-52, Basileia, 2012.
92. HARRIS, C. R.; BROWN, A. Synthetic cannabinoid intoxication: a case series and review. *J Emerg Med*, 44(2): 360-6, 2013.
93. SEELY, K. A.; LAPOINT, J.; MORAN, J. H.; FATTORE, L. Spice drugs are more than harmless herbal blends: a review of the pharmacology and toxicology of synthetic cannabinoids. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 39(2): 234-43, 2012.
94. VAN AMSTERDAM, J.; BRUNT, T.; VAN DEN BRINK, W. The adverse health effects of synthetic cannabinoids with emphasis on psychosis-like effects. *J Psychopharmacol*, 29(3): 254-63, 2015.
95. TAIT, R. J.; CALDICOTT, D.; MOUNTAIN, D.; HILL, S. L.; LENTON, S. A systematic review of adverse events ari-

sing from the use of synthetic cannabinoids and their associated treatment. *Clinical Toxicology (Phila)*, 54(1): 1-13, 2016.

96. CASTANETO, M. S.; GORELICK, D. A.; DESROSIERS, N. A.; HARTMAN, R. L.; PIRARD, S.; HUESTIS, M. A. Synthetic cannabinoids: epidemiology, pharmacodynamics, and clinical implications. *Drug Alcohol Depend*, 144: 12-41, 2014.
97. GUNDERSON, E. W.; HAUGHEY, H. M., AITDAOUD, N.; JOSHI, A. S.; HART, C. L. “Spice” and “K2” herbal highs: a case series and systematic review of the clinical effects and biopsychosocial implications of synthetic cannabinoid use in humans. *Am J Addict*, 21(4): 320-6, 2012.
98. BUSH, D. M.; WOODWELL, D. A. Update: drug-related emergency department visits involving synthetic cannabinoids. *The CBHSQ Report*. Rockville (Maryland): Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2013.
99. LAW, R.; SCHIER, J.; MARTIN, C.; CHANG, A.; WOLKIN, A. Centers for Disease Control and Prevention. Notes from the field: increase in reported adverse health effects related to synthetic cannabinoid use – United States, January-May 2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 64(22): 618-9, 2015.
100. WINSTOCK, A. R.; BARRATT, M. J. The 12-month prevalence and nature of adverse experiences resulting in emergency medical presentations associated with the use of synthetic cannabinoid products. *Hum Psychopharmacol*, 28(4): 390-3, 2013.
101. MURPHY, F.; SALES, P.; MURPHY, S.; AVERILL, S.; LAU, N.; SATO, S. Baby boomers and cannabis delivery systems. *J Drug Issues*, 45(3): 293-313, 2015.
102. IALOMITEANU, A. R.; HAMILTON, H.; ADLAF, E.; MANN, R. E. *CAMH Monitor eReport 2015: Substance use, mental health and well-being among Ontario adults*. Toronto: Centre for Addiction and Mental Health, 2016.
103. AGRAWAL, A.; BUDNEY, A. J.; Lynskey MT. The co-occurring use and misuse of cannabis and tobacco: a review. *Addiction*, 107(7): 1221-33, 2012.
104. TASHKIN, D. P. Increasing cannabis use: what we still need to know about its effects on the lung. *Respirology*, 19(5): 619-20, 2014.

105. GATES, P.; JAFFE, A.; COPELAND, J. Cannabis smoking and respiratory health: consideration of the literature. *Respirology*, 19(5): 655-62, 2014.
106. LEE, M. H.; HANCOX, R. J. Effects of smoking cannabis on lung function. *Expert Rev Respir Med*, 5(4): 537-46, 2011.
107. PLETCHER, M. J.; VITTINGHOFF, E.; KALHAN, R. et al. Association between marijuana exposure and pulmonary function over 20 years. *JAMA*, 307(2): 173-81, 2012.
108. MARTINASEK, M. P.; MCGROGAN, J. B.; MAYSONET, A. A systematic review of the respiratory effects of inhalational marijuana. *Respir Care*, 61(11): 1543-51, 2016.
109. TASHKIN, D. P.; SIMMONS, M. S.; TSENG, C. H. Impact of changes in regular use of marijuana and/or tobacco on chronic bronchitis. *COPD*, 9(4): 367-74, 2012.
110. HANCOX, R. J.; SHIN, H. H.; GRAY, A. R.; POULTON, R.; SEARS, M. R. Effects of quitting cannabis on respiratory symptoms. *Eur Respir J*, 46(1): 80-7, 2015.
111. FIORELLI, A.; ACCARDO, M.; VICIDOMINI, G.; MESSINA, G.; LAPERUTA, P.; SANTINI, M. Does cannabis smoking predispose to lung bulla formation? *Asian Cardiovasc Thorac Ann*, 22(1): 65-71, 2014.
112. BOUTI, K.; BORKI, R.; FENANE, H.; HARRAK, L. Cannabis smoking and risk of lung cancer: a systematic review and meta-analysis. *Int J Med Surg*, 1(2): 3-9, 2014.
113. HASHIBE, M.; STRAIF, K.; TASHKIN, D. P.; MORGENSTERN, H.; GREENLAND, S.; ZHANG, Z. F. Epidemiologic review of marijuana use and cancer risk: a systematic review. *Alcohol*, 35(3): 265-75, 2005.
114. ZHANG, L. R.; MORGENSTERN, H.; GREENLAND, S. et al. Cannabis smoking and lung cancer risk: pooled analysis in the International Lung Cancer Consortium. *Int J Cancer*, 136(4): 894-903, 2015.
115. GROTENHERMEN, F. Harm reduction associated with inhalation and oral administration of cannabis and THC. *J Cannabis Therapeutics*, 1(3): 133-52, 2001.
116. LUTCHMANSINGH, D.; PAWAR, L.; SAVICI, D. Legalizing cannabis: a physician's primer on the pulmonary effects of marijuana. *Curr Respir Care Rep*, 3(4): 200-5, 2014.

117. SWIFT, W.; COPELAND, J.; LENTON, S. Cannabis and harm reduction. *Drug Alcohol Rev*, 19: 101-12, 2000.
118. TASHKIN, D. P. "Effects of cannabis on the respiratory system". In: KALANT, H.; CORRIGALL, W.; HALL, W.; SMART, R. (Eds.). *The Health Effects of Cannabis*. Toronto: Addiction Research Foundation, 1999.
119. THU, K.; HAYES, M.; MILES, S.; TIERNEY, L.; FOY, A. Marijuana "bong" smoking and tuberculosis. *Intern Med J*, 43(4): 456-8, 2013.
120. COZZI, N. V. Effects of water filtration on marijuana smoke: a literature review. *MAPS Bull*, 4(2): 4-6, 1993.
121. GIERINGER, D. H. Cannabis vaporization: a promising strategy for smoke harm reduction. *J Cannabis Ther*, 1(3-4): 153-70, 2001.
122. GIERINGER, D.; ST. LAURENT, J.; GOODRICH, S. Cannabis vaporizer combines efficient delivery of THC with effective suppression of pyrolytic compounds. *J Cannabis Ther*, 4(1): 7-27, 2004.
123. HAZEKAMP, A.; RUHAAK, R.; ZUURMAN, L.; VAN GERVEN, J.; VERPOORTE, R. Evaluation of a vaporizing device (volcano) for the pulmonary administration of tetrahydrocannabinol. *J Pharm Sci*, 95(6): 1308-17, 2006.
124. EARLEYWINE, M.; VAN DAM, N. T. Case studies in cannabis vaporization. *Addict Res Theory*, 18(3): 243-9, 2010.
125. VAN DAM, N. T.; EARLEYWINE, M. Pulmonary function in cannabis users: support for a clinical trial of the vaporizer. *Int J Drug Policy*, 21(6): 511-3, 2010.
126. LOFLIN, M.; EARLEYWINE, M. No smoke, no fire: what the initial literature suggests regarding vapourized cannabis and respiratory risk. *Can J Respir Ther*, 51(1): 7-9, 2015.
127. JENSEN, R. P.; LUO, W.; PANKOW, J. F.; STRONGIN, R. M.; PEYTON, D. H. Hidden formaldehyde in e-cigarette aerosols. *N Engl J Med*, 372(4): 392-4, 2015.
128. MONTE, A. A.; ZANE, R. D.; HEARD, K. J. The implications of marijuana legalization in Colorado. *JAMA*, 313(3): 241-2, 2015.
129. LOFLIN, M.; EARLEYWINE, M. A new method of cannabis ingestion: the dangers of dabs? *Addict Behav*, 39(10):

- 1430-3, 2014.
130. WANG, G. S.; ROOSEVELT, G.; LE LAIT, M. C. et al. Association of unintentional pediatric exposures with decriminalization of marijuana in the United States. *Ann Emerg Med*, 63(6): 684-9, 2014.
131. WANG, G. S.; ROOSEVELT, G.; HEARD, K. Pediatric marijuana exposures in a medical marijuana state. *JAMA Pediatr*, 167(7): 630-3, 2013.
132. WANG, G. S.; LE LAIT, M. C.; DEAKYNE, S. J.; BRONSTEIN, A. C.; BAJAJ, L.; ROOSEVELT, G. Unintentional pediatric exposures to marijuana in Colorado, 2009-2015. *JAMA Pediatr*, 170(9): e160971, 2016.
133. SOLOWIJ, N.; LORENZETTI, V.; YUCEL, M. Effects of cannabis use on human behavior: a call for standardization of cannabis use metrics. *JAMA Psychiatry*, 73(9): 995-6, 2016.
134. *Results From the 2013 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings*. Rockville (Maryland): Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2014.
135. GIBBS, M.; WINSPEER, C.; MARWAHA, S.; GILBERT, E.; BROOME, M.; SINGH, S. P. Cannabis use and mania symptoms: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*, 171: 39-47, 2015.
136. MOORE, T. H.; ZAMMIT, S.; LINGFORD-HUGHES, A. et al. Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review. *Lancet*, 370(9584): 319-28, 2007.
137. REECE, A. S. Chronic toxicology of cannabis. *Clin Toxicol*, 47(6): 517-24, Filadélfia, 2009.
138. ELVIK, R. Risk of road accident associated with the use of drugs: a systematic review and meta-analysis of evidence from epidemiological studies. *Accid Anal Prev*, 60: 254-67, 2013.
139. BORGES, G.; BAGGE, C. L.; OROZCO, R. A literature review and meta-analyses of cannabis use and suicidality. *J Affect Disord*, 195: 63-74, 2016.
140. LORENZETTI, V.; LUBMAN, D. I.; WHITTLE, S.; SOLOWIJ, N.; YUCEL, M. Structural MRI findings in long-term cannabis users: what do we know? *Subst Use*

Misuse, 45(11): 1787-808, 2010.

141. GANZER, F.; BRONING, S.; KRAFT, S.; SACK, P.; THOMASIU, R. Weighing the evidence: a systematic review on long-term neurocognitive effects of cannabis use in abstinent adolescents and adults. *Neuropsychol Rev*, 26(2): 186-222, 2016.
142. BATALLA, A.; BHATTACHARYYA, S.; YUCEL, M. et al. Structural and functional imaging studies in chronic cannabis users: a systematic review of adolescent and adult findings. *PLoS One*, 8(2): e55821, 2013.
143. BATTISTELLA, G.; FORNARI, E.; ANNONI, J. M. et al. Long-term effects of cannabis on brain structure. *Neuropsychopharmacology*, 39(9): 2041-8, 2014.
144. COUSIJN, J.; WIERS, R. W.; RIDDERINKHOF, K. R.; VAN DEN BRINK, W.; VELTMAN, D. J.; GOU-DRIAAN, A. E. Grey matter alterations associated with cannabis use: results of a VBM study in heavy cannabis users and healthy controls. *Neuroimage*, 59(4): 3845-51, 2012.
145. LORENZETTI, V.; SOLOWIJ, N.; WHITTLE, S. et al. Gross morphological brain changes with chronic, heavy cannabis use. *Br J Psychiatry*, 206(1): 77-8, 2015.
146. YÜCEL, M.; LORENZETTI, V.; SUO, C. et al. Hippocampal harms, protection and recovery following regular cannabis use. *Transl Psychiatry*, 6: e710, 2016.
147. CREAN, R. D.; CRANE, N. A.; MASON, B. J. An evidence-based review of acute and long-term effects of cannabis use on executive cognitive functions. *J Addict Med*, 5(1): 1-8, 2011.
148. RAMAEKERS, J. G.; VAN WEL, J. H.; SPRONK, D. B. et al. Cannabis and tolerance: acute drug impairment as a function of cannabis use history. *Sci Rep*, 6: 26843, 2016.
149. SCHWOPE, D. M.; BOSKER, W. M.; RAMAEKERS, J. G.; GORELICK, D. A.; HUESTIS, M. A. Psychomotor performance, subjective and physiological effects and whole blood delta (9)-tetrahydrocannabinol concentrations in heavy, chronic cannabis smokers following acute smoked cannabis. *J Anal Toxicol*, 36(6): 405-12, 2012.
150. ANDRÉASSON, S.; ALLEBECK, P.; RYDBERG, U. Schizophrenia in users and nonusers of cannabis. A longitudinal study in Stockholm County. *Acta Psychiatr Scand*,

79(5): 505-10, 1989.

151. STEFANIS, N. C.; DELESPAUL, P.; HENQUET, C.; BAKOULA, C.; STEFANIS, C. N.; VAN OS, J. Early adolescent cannabis exposure and positive and negative dimensions of psychosis. *Addiction*, 99(10): 1333-41, 2004.
152. FERGUSON, D. M.; HORWOOD, L. J.; SWAIN-CAMPBELL, N. R. Cannabis dependence and psychotic symptoms in young people. *Psychol Med*, 33(1): 15-21, 2003.
153. HENQUET, C.; KRABBENDAM, L.; DE GRAAF, R.; TEN HAVE, M.; VAN OS, J. Cannabis use and expression of mania in the general population. *J Affect Disord*, 95(1-3): 103-10, 2006.
154. LEV-RAN, S.; ROERECKE, M.; LE FOLL, B.; GEORGE, T. P.; MCKENZIE, K.; REHM, J. The association between cannabis use and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Psychol Med*, 44(4): 797-810, 2014.
155. VAN OURS, J. C.; WILLIAMS, J.; FERGUSON, D.; HORWOOD, L. J. Cannabis use and suicidal ideation. *J Health Econ*, 32(3): 524-37, 2013.
156. DEGENHARDT, L.; COFFEY, C.; ROMANIUK, H. et al. The persistence of the association between adolescent cannabis use and common mental disorders into young adulthood. *Addiction*, 108(1): 124-33, 2013.
157. COFFEY, C.; CARLIN, J. B.; DEGENHARDT, L.; LYNSKEY, M.; SANCI, L.; PATTON, G. C. Cannabis dependence in young adults: an Australian population study. *Addiction*, 97(2): 187-94, 2002.
158. VAN DER POL, P.; LIEBREGTS, N.; DE GRAAF, R.; KORF, D. J.; VAN DEN BRINK, W.; VAN LAAR, M. Predicting the transition from frequent cannabis use to cannabis dependence: a three-year prospective study. *Drug Alcohol Depend*, 133(2): 352-9, 2013.
159. SILINS, E.; HORWOOD, L. J.; PATTON, G. C. et al. Young adult sequelae of adolescent cannabis use: an integrative analysis. *Lancet Psychiatry*, 1(4): 286-93, 2014.
160. SWIFT, W.; COFFEY, C.; DEGENHARDT, L.; CARLIN, J. B.; ROMANIUK, H.; PATTON, G. C. Cannabis and progression to other substance use in young adults: findings from a 13-year prospective population-based stu-

dy. *J Epidemiol Community Health*, 66(7): e26, 2012.

161. PATTON, G. C.; COFFEY, C.; LYNSKEY, M. T. et al. Trajectories of adolescent alcohol and cannabis use into young adulthood. *Addiction*, 102(4): 607-15, 2007.
162. HALL, W. D.; LYNSKEY, M. Is cannabis a gateway drug? Testing hypotheses about the relationship between cannabis use and the use of other illicit drugs. *Drug Alcohol Rev*, 24(1): 39-48, 2005.
163. LI, M. C.; BRADY, J. E.; DIMAGGIO, C. J.; LUSARDI, A. R.; TZONG, K. Y.; LI, G. Marijuana use and motor vehicle crashes. *Epidemiol Rev*, 34(1): 65-72, 2012.
164. HARTMAN, R. L.; HUESTIS, M. A. Cannabis effects on driving skills. *Clin Chem*, 59(3): 478-92, 2013.
165. ZEISSER, C.; THOMPSON, K.; STOCKWELL, T. et al. A "standard joint"? The role of quantity in predicting cannabis-related problems. *Addict Res Theory*, 20(1): 82-92, 2012.
166. ARMENTANO, P. Cannabis and psychomotor performance: a rational review of the evidence and implications for public policy. *Drug Test Anal*, 5(1): 52-6, 2013.
167. RANGANATHAN, M.; D'SOUZA, D. C. The acute effects of cannabinoids on memory in humans: a review. *Psychopharmacology (Berl)*, 188(4): 425-44, 2006.
168. SHARMA, P.; MURTHY, P.; BHARATH, M. M. Chemistry, metabolism, and toxicology of cannabis: clinical implications. *Iran J Psychiatry*, 7(4): 149-56, 2012.
169. LEE, D.; BERGAMASCHI, M. M.; MILMAN, G. et al. Plasma cannabinoid pharmacokinetics after controlled smoking and ad libitum cannabis smoking in chronic frequent users. *J Anal Toxicol*, 39(8): 580-7, 2015.
170. BATTISTELLA, G.; FORNARI, E.; THOMAS, A. et al. Weed or wheel! FMRI, behavioural, and toxicological investigations of how cannabis smoking affects skills necessary for driving. *PLoS One*, 8(1): e52545, 2013.
171. RAMAEKERS, J. G.; KAUERT, G.; VAN RUITENBEEK, P.; THEUNISSEN, E. L.; SCHNEIDER, E.; MOELLER, M. R. High-potency marijuana impairs executive function and inhibitory motor control. *Neuropsychopharmacology*, 31(10): 2296-303, 2006.
172. HARTMAN, R. L.; BROWN, T. L.; MILAVETZ, G. et al.

- Controlled vaporized cannabis, with and without alcohol: subjective effects and oral fluid-blood cannabinoid relationships. *Drug Test Anal*, 8(7): 690-701, 2016.
173. HARTMAN, R. L.; BROWN, T. L.; MILAVETZ, G. et al. Effect of blood collection time on measured delta9-tetrahydrocannabinol concentrations: implications for driving interpretation and drug policy. *Clin Chem*, 62(2): 367-77, 2016.
 174. HUNAULT, C. C.; BOCKER, K. B.; STELLATO, R. K.; KENEMANS, J. L.; DE VRIES, I.; MEULENBELT, J. Acute subjective effects after smoking joints containing up to 69 mg delta9-tetrahydrocannabinol in recreational users: a randomized, crossover clinical trial. *Psychopharmacology*, 231(24): 4723-33, Berlim, 2014.
 175. "NHTSA releases two new studies on impaired driving on US roads: drunk driving declines while drug use behind the wheel rises". Washington, DC: National Highway Traffic Safety Administration, 2015.
 176. ASBRIDGE, M.; HAYDEN, J. A.; CARTWRIGHT, J. L. Acute cannabis consumption and motor vehicle collision risk: systematic review of observational studies and meta-analysis. *BMJ*, 344: e536, 2012.
 177. ASBRIDGE, M.; MANN, R.; CUSIMANO, M. D. et al. Cannabis and traffic collision risk: findings from a case-crossover study of injured drivers presenting to emergency departments. *Int J Public Health*, 59(2): 395-404, 2014.
 178. RONEN, A.; CHASSIDIM, H. S.; GERSHON, P. et al. The effect of alcohol, THC and their combination on perceived effects, willingness to drive and performance of driving and non-driving tasks. *Accid Anal Prev*, 42(6): 1855-65, 2010.
 179. HARTMAN, R. L.; BROWN, T. L.; MILAVETZ, G. et al. Cannabis effects on driving lateral control with and without alcohol. *Drug Alcohol Depend*, 154: 25-37, 2015.
 180. DOWNEY, L. A.; KING, R.; PAPAFOOTI, K. et al. The effects of cannabis and alcohol on simulated driving: influences of dose and experience. *Accid Anal Prev*, 50: 879-86, 2013.
 181. DUBOIS, S.; MULLEN, N.; WEAVER, B.; BEDARD, M. The combined effects of alcohol and cannabis on driving: impact on crash risk. *Forensic Sci Int*, 248: 94-100, 2015.

182. SAYER, G.; IALOMITEANU, A.; STODUTO, G. et al. Increased collision risk among drivers who report driving after using alcohol and after using cannabis. *Can J Public Health*, 105(1): e92-e93, 2014.
183. BEIRNESS, D. J.; PORATH-WALLER, A. J. *Clearing the smoke on cannabis: cannabis use and driving – an update*. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse, 2015.
184. *Cannabis, driving and implications for youth*. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse, 2015.
185. BRADY, J. E.; LI, G. Trends in alcohol and other drugs detected in fatally injured drivers in the United States, 1999-2010. *Am J Epidemiol*, 179(6): 692-9, 2014.
186. BERNING, A.; COMPTON, R.; WOCHINGER, K. *Results of the 2013-2014 National Roadside Survey of Alcohol and Drug Use by Drivers (traffic safety facts research note)*. Washington, DC: National Highway Traffic Safety Administration, 2015.
187. COUPER, F. J.; PETERSON, B. L. The prevalence of marijuana in suspected impaired driving cases in Washington State. *J Anal Toxicol*, 38(8): 569-74, 2014.
188. BERGHAUS, G.; STICHT, G.; GRELLNER, W.; LENZ, D.; NAUMANN, T.; WIESENMULLER, S. "Meta-analysis of empirical studies concerning the effects of medicines and illegal drugs including pharmacokinetics on safe driving". In: *Driving Under the Influence of Drugs, Alcohol, and Medicines (DRUID) 6th Framework Programme*. Bruxelles: European Commission, 2011, pp. 168-76.
189. VERSTRAETE, A.; KNOCHÉ, A.; JANTOS, R. et al. "Per se limits: methods of defining cut-off values for zero tolerance". In: *Driving Under the Influence of Drugs, Alcohol and Medicines (DRUID) 6th Framework Programme*. Bruxelles: European Commission, 2011.
190. VINDENES, V.; JORDBRU, D.; KNAPSKOG, A. B. et al. Impairment based legislative limits for driving under the influence of non-alcohol drugs in Norway. *Forensic Sci Int*, 219(1-3): 1-11, 2012.
191. WONG, K.; BRADY, J. E.; LI, G. Establishing legal limits for driving under the influence of marijuana. *Inj Epidemiol*, 1(1): 26, 2014.
192. HALL, W.; HOMEL, R. Reducing cannabis-impaired dri-

- ving: is there sufficient evidence for drug testing of drivers? *Addiction*, 102(12): 1918-9, 2007.
193. KRAAN, T.; VELTHORST, E.; KOENDERS, L. et al. Cannabis use and transition to psychosis in individuals at ultra-high risk: review and meta-analysis. *Psychol Med*, 46(4): 673-81, 2016.
 194. DI FORTI M, Iyegbe C, Falcone A, Powell J, Murray R. Vulnerability to cannabis-related psychosis: association with frequency and potency of cannabis use, and interaction with genes regulating dopamine signalling. *Lancet*. 2014;383(suppl 1): S41.
 195. GIORDANO, G. N.; OHLSSON, H.; SUNDQUIST, K.; SUNDQUIST, J.; KENDLER, K. S. The association between cannabis abuse and subsequent schizophrenia: a Swedish national co-relative control study. *Psychol Med*, 45(2): 407-14, 2015.
 196. POWER, R. A.; VERWEIJ, K. J.; ZUHAIR, M. et al. Genetic predisposition to schizophrenia associated with increased use of cannabis. *Mol Psychiatry*, 19(11): 1201-4, 2014.
 197. RADHAKRISHNAN, R.; WILKINSON, S. T.; D'SOUZA, D. C. Gone to pot – a review of the association between cannabis and psychosis. *Front Psychiatry*, 5: 54, 2014.
 198. DEGENHARDT, L.; HALL, W.; LYNSEY, M. et al. Should burden of disease estimates include cannabis use as a risk factor for psychosis? *PLoS Med*, 6(9): e1000133, 2009.
 199. KEDZIOR, K. K.; LAEBER, L. T. A positive association between anxiety disorders and cannabis use or cannabis use disorders in the general population – a meta-analysis of 31 studies. *BMC Psychiatry*, 14(136): 1-22, 2014.
 200. LAI, H. M.; SITHARTHAN, T. Exploration of the comorbidity of cannabis use disorders and mental health disorders among inpatients presenting to all hospitals in New South Wales, Australia. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 38(6): 567-74, 2012.
 201. MANRIQUE-GARCIA, E.; ZAMMIT, S.; DALMAN, C.; HEMMINGSSON, T.; ALLEBECK, P. Cannabis use and depression: a longitudinal study of a national cohort of Swedish conscripts. *BMC Psychiatry*, 12(112): 1-7, 2012.

202. SHALIT, N.; SHOVAL, G.; SHLOSBERG, D.; FEINGOLD, D.; LEV-RAN, S. The association between cannabis use and suicidality among men and women: a population-based longitudinal study. *J Affect Disord*, 205: 216-24, 2016.
203. GRAY, T. R.; EIDEN, R. D.; LEONARD, K. E.; CONNORS, G. J.; SHISLER, S.; HUESTIS, M. A. Identifying prenatal cannabis exposure and effects of concurrent tobacco exposure on neonatal growth. *Clin Chem*, 56(9): 1442-50, 2010.
204. DAY, N. L.; LEECH, S. L.; GOLDSCHMIDT, L. The effects of prenatal marijuana exposure on delinquent behaviors are mediated by measures of neurocognitive functioning. *Neurotoxicol Teratol*, 33(1): 129-36, 2011.
205. SONON, K. E.; RICHARDSON, G. A.; CORNELIUS, J. R.; KIM, K. H.; DAY, N. L. Prenatal marijuana exposure predicts marijuana use in young adulthood. *Neurotoxicol Teratol*, 47: 10-5, 2015.
206. WILLFORD, J. A.; CHANDLER, L. S.; GOLDSCHMIDT, L.; DAY, N. L. Effects of prenatal tobacco, alcohol and marijuana exposure on processing speed, visual-motor coordination, and interhemispheric transfer. *Neurotoxicol Teratol*, 32(6): 580-8, 2010.
207. GOLDSCHMIDT, L.; RICHARDSON, G. A.; LARKBY, C.; DAY, N. L. Early marijuana initiation: the link between prenatal marijuana exposure, early childhood behavior, and negative adult roles. *Neurotoxicol Teratol*, 58: 40-5, 2016.
208. ROBISON, L. L.; BUCKLEY, J. D.; DAIGLE, A. E. et al. Maternal drug use and risk of childhood nonlymphoblastic leukemia among offspring. An epidemiologic investigation implicating marijuana (a report from the Children's Cancer Study Group). *Cancer*, 63(10): 1904-11, 1989.
209. GRUFFERMAN, S.; SCHWARTZ, A. G.; RUYMANN, F. B.; MAURER, H. M. Parents' use of cocaine and marijuana and increased risk of rhabdomyosarcoma in their children. *Cancer Causes Control*, 4(3):217-24, 1993.
210. KUIJTEN, R. R.; BUNIN, G. R.; NASS, C. C.; MEADOWS, A. T. Parental occupation and childhood astrocytoma: results of a case-control study. *Cancer Res*, 52(4): 782-6, 1992.

211. RAMSEY, G. *Getting regulation right: assessing Uruguay's historic cannabis initiative*. Washington, DC: Washington Office on Latin America, 2016.
212. HALL, W.; LYNSKEY, M. Evaluating the public health impacts of legalizing recreational cannabis use in the United States. *Addiction*, 111(10): 1764-73, 2016.
213. PACULA, R. L.; KILMER, B.; WAGENAAR, A. C.; CHALOUPKA, F. J.; CAULKINS, J. P. Developing public health regulations for marijuana: lessons from alcohol and tobacco. *Am J Public Health*, 104(6): 1021-8, 2014.
214. HADEN, M.; EMERSON, B. A vision for cannabis regulation: a public health approach based on lessons learned from the regulation of alcohol and tobacco. *Open Med*, 8(2): e73-e80, 2014.
215. PATTON, G. C.; COFFEY, C.; CARLIN, J.; DEGENHARDT, L.; LYNSKEY, M.; HALL, W. Cannabis use and mental health in young people: cohort study. *BMJ*, 325(7374): 1195-8, 2002.
216. HANSON, M. D.; CHEN, E. Socioeconomic status and health behaviors in adolescence: a review of the literature. *J Behav Med*, 30(3): 263-85, 2007.
217. MCGEE, R.; WILLIAMS, S.; POULTON, R.; MOFFITT, T. A longitudinal study of cannabis use and mental health from adolescence to early adulthood. *Addiction*, 95(4): 491-503, 2000.
218. LEMSTRA, M.; BENNETT, N. R.; NEUDORF, C. et al. A meta-analysis of marijuana and alcohol use by socioeconomic status in adolescents aged 10-15 years. *Can J Public Health*, 99(3): 172-7, 2008.
219. KENDLER, K. S.; SCHMITT, E.; AGGEN, S. H.; Prescott, C. A. Genetic and environmental influences on alcohol, caffeine, cannabis, and nicotine use from early adolescence to middle adulthood. *Arch Gen Psychiatry*, 65(6): 674-82, 2008.
220. LYNSKEY, M. T.; HEATH, A. C.; NELSON, E. C. et al. Genetic and environmental contributions to cannabis dependence in a national young adult twin sample. *Psychol Med*, 32(2): 195-207, 2002.
221. LAROCCA, R.; YOST, J.; DOBBINS, M.; CILISKA, D.; BUTT, M. The effectiveness of knowledge translation

strategies used in public health: a systematic review. *BMC Public Health*, 12: 751, 2012.

222. MITTON, C.; ADAIR, C. E.; MCKENZIE, E.; PATTEN, S. B.; WAYE, Perry B. Knowledge transfer and exchange: review and synthesis of the literature. *Milbank Q*, 85(4): 729-68, 2007.
223. LOVATT, M.; EADIE, D.; MEIER, P. S. et al. Lay epidemiology and the interpretation of low-risk drinking guidelines by adults in the United Kingdom. *Addiction*, 110(12): 1912-9, 2015.
224. MOSS, A. C.; DYER, K. R.; ALBERY, I. P. Knowledge of drinking guidelines does not equal sensible drinking. *Lancet*, 374(9697): 1242, 2009.

DINÂMICAS PERIFÉRICAS NA CIDADE DE SÃO PAULO:

mortes, consumos,
moralidades e mercados

✦ RUBENS DE CAMARGO FERREIRA ADORNO
(PROFESSOR SÊNIOR FACULDADE SAÚDE PÚBLICA DA USP)

✦ THIAGO NAGAFUCHI
(DOUTOR EM SAÚDE PÚBLICA/USP)

✦ SELMA LIMA DA SILVA
(DOUTOR EM SAÚDE PÚBLICA/USP)

✦ REGINA CAPELLARI
(ASSISTENTE SOCIAL)

✦ PATRÍCIA ALVES MARTINS
(PSICÓLOGA, MESTRANDA EM SAÚDE PÚBLICA/USP)

✦ JOSUÉ DE CASTRO FILHO
(PSICÓLOGO, DOUTORANDO EM SAÚDE PÚBLICA/USP)

Este texto apresenta um estudo realizado em um bairro da periferia sul da cidade de São Paulo, e sua motivação inicial foi a relação entre a ocorrência de mortes de jovens por homicídios e os mercados de drogas ilícitas. A partir dos dados relativos aos atestados de óbito e das narrativas registradas em campo, observou-se que os homicídios ocorridos se relacionavam a outras atividades do chamado “mundo do crime”, não tendo como motivação direta o comércio das drogas ilícitas. Também se discute no texto como a presença de ações policiais e de programas de saúde se destacam como parte constante do cotidiano da população, e também foram registradas mortes em decorrência direta pelo uso de drogas como “balas”, ecstasy e “lança-perfume” – na denominação nativa – normalmente usadas de forma simultânea com cocaína.

MERCADOS E USOS DE DROGAS, HOMICÍDIOS, INTERVENÇÃO LEGAL, MORALIDADES

Este texto foi produzido a partir de uma inserção etnográfica realizada na periferia sul da cidade de São Paulo, cujo objetivo foi investigar histórias de mortes de jovens por homicídio, especialmente as decorrentes de ação policial. O ponto de partida foram os dados obtidos nos atestados de óbito de jovens moradores da região.¹ As visitas e entrevistas de campo foram realizadas durante um período de dez meses e registraram diversas falas sobre o mercado local e extralocal de venda de drogas, as atividades do chamado “mundo do crime”, a ação da polícia e as mortes atribuídas à intoxicação devida ao uso de substâncias psicoativas. Também se falou muito sobre o consumo de cocaína, de “lança-perfume” e de ecstasy (conhecido como “bala”²). Essas substâncias seriam “misturadas” e embaladas em “laboratórios” da própria região³ e foram mencionadas como de livre comércio e fácil acesso no mercado local.

O que caracteriza o recorte temático desta pesquisa, na esteira de outros estudos que se referem à contribuição etnográfica para compreender as dinâmicas ocorridas nas últimas décadas nas periferias da cidade de São Paulo – particularmente suas relações com o Estado, as práticas ilegais, ilícitas e extralegais que envolvem relações entre ações policiais e o chamado “mundo do crime” –⁴ é o fato de ela ter sido realizada especificamente com mulheres de diferentes gerações⁵ que tiveram seus filhos, irmãos, primos, todos jovens, mortos. Como será discutido à frente, as experiências dessas mulheres são formas de acesso únicas aos acontecimentos locais, sempre expressos, evidentemente, a partir de uma linguagem e de uma edição próprias.

[1] Esses dados foram disponibilizados pelo Serviço de Informações de Mortalidade da Secretaria de Saúde do Município de São Paulo (SIM/SES/PMSP), considerando justificativas em consonância com normas de ética de pesquisa em ciências humanas, de acordo com a resolução no 510, de 7/4/2016, do Conselho Nacional de Saúde.

[2] Para uma descrição desses usos, recomendamos a leitura de MALVASI (2015). Existem poucos estudos para caracterizar as drogas usadas na periferia, a maior parte delas encontrada em matérias de imprensa que tratam o tema em tom superficial. De qualquer forma, a cocaína é um dos principais alcaloides extraídos das folhas das plantas do gênero *Erythroxylum coca*. “Bala” ou “ecstasy”, como é conhecido o MDMA (abreviação de 3,4-metilenodioxometanfetamina), é uma droga classificada como estimulante, mas cujos efeitos também remetem ao das substâncias psicodélicas; e “lança” ou “lança-perfume” é normalmente um solvente à base de cloreto de etila ou cloretila. Esses termos se tornaram guarda-chuvas para uma gama de substâncias, novas ou não, mas cuja composição ou grau de pureza são pouco estudadas, na medida em que não há nenhuma regulação sobre elas.

Os homicídios de jovens, a violência e o tráfico de drogas

Os registros de homicídios, dentro do conjunto das chamadas “causas externas”, consideradas na demografia e na epidemiologia como “mortes violentas”, são privilegiados como forma de mensurar a violência na sociedade brasileira. A partir desses registros, distribuídos por estados da federação e por municípios, são elaboradas uma série de classificações para determinar áreas, grupos etários e outras características sociodemográficas que permitem encontrar padrões explicativos das vítimas de mortes violentas. Há bastante tempo, essas análises apontam que a maior incidência dessas mortes se dá no grupo populacional de homens jovens e mais pobres.

Dessa forma, a relação entre violência e juventude no Brasil ganhou destaque e se tornou um tema politicamente sensível, conformando um campo de tensão e de debate que influenciou políticas públicas de agências governamentais e internacionais. Boa parte desses estudos estruturaram uma chave temática: a morte de jovens demarcados socialmente como pobres, negros e habitantes das periferias urbanas.

Dentre vários modos de adentrar a temática, este estudo tem como objeto de reflexão as relações entre Estado, populações periféricas e mercados ilícitos, bem como os processos que atravessam os modos de vida dessas populações, constituídos por um campo de disputa entre as ações repressivas estatais e o “mundo do crime”, dito de outra forma, disputas entre Estado e formas de legitimação. Interessam-nos as narrativas das populações que moram em territórios periféricos identificados como regiões em que está presente o “mundo do crime” (FELTRAN, 2008, 2012; MALVASI, 2012; BATISTA, 2015; SILVA, 2014). Do mesmo modo, observa-se que as articulações entre o legal, o ilegal e o ilícito e as ações extraleais (TELES, 2010, 2012, 2014) têm feito parte de um campo de investigação nas periferias da cidade de São Paulo que busca desvendar e interpretar processos como a própria queda no número de homicídios na primeira década dos anos 2000. Alguns trabalhos também passaram a investigar as relações entre as políticas de segurança e a constituição do principal ator do “mundo do crime” – o PCC – a partir de sua organização e suas relações no campo das ilegalidades (SIGNORETO, 2014; DANIELLI, 2011; FELTRAN, 2012).

Desde 1998, os dados quantitativos sobre violência letal começaram a ser consolidados no “Mapa da violência”, produzido com o apoio de organizações internacionais, como a Unesco, de instituições governamentais e de ONGs brasileiras. Mais recentemente, a partir de 2006, o Anuário Brasileiro de Segurança

[3] Ainda que não seja possível afirmar que toda a produção de drogas seja feita localmente, Liniker Batista (2015), em sua etnografia sobre a vida no crime e mercados ilegais em uma periferia de São Paulo, descreve a existência de laboratórios onde se realiza o processamento da cocaína e também o preparo de inalantes, como o “lança-perfume”.

[4] Trata-se de um conjunto de pesquisas etnográficas que descrevem a ação do Estado diante do circuito das atividades ilícitas nas regiões periféricas da cidade de São Paulo para elucidar essas dinâmicas. Destaca-se também que, em São Paulo, a expressão “mundo do crime” se tornou mais utilizada do que “tráfico de drogas”, como categoria nativa e também como chave temática para definir esse campo de ilicitudes.

[5] Além da dimensão de gênero, outro recorte relevante foi o geracional, pois há desvelamentos e modos de narrar diferentes entre mãe, filhas, irmãs, primas e cunhadas. As primeiras relutam em narrar determinados assuntos e buscam construir moralidades próprias para justificar as tramas entre o que consideram lícito e ilícito, certo ou errado. A geração de mulheres mais jovens fala mais abertamente da cadeia de negócios e de consumo presentes no bairro, posicionando-se no interior das dinâmicas locais que envolvem atividades articuladas ao circuito das drogas consideradas ilícitas.

Pública, do Fórum Brasileiro de Segurança Pública, também se tornou referência na consolidação dos dados de homicídios. Em 2014, o governo brasileiro produziu o Índice de Vulnerabilidade Juvenil à Violência e à Desigualdade Racial, e o IPEA, três anos mais tarde, lançou o Atlas da Violência 2017 (CERQUEIRA et al., 2017).⁶

Esses estudos nacionais, aos quais se soma o Mapa da Violência por Armas de Fogo 2016 (WEISELFIZ, 2016), apresentam evidências de que a preponderância do assassinato de homens jovens tem por causa a postura belicista das forças policiais no combate ao tráfico de drogas e outros crimes, por um lado, e a falta de oportunidades educacionais e laborais, por outro. Além disso, esses estudos relacionam o aumento dos homicídios à expansão dos negócios com drogas em determinados territórios, não apenas por conta da disputa de mercados, mas também pelo uso “disciplinar” da violência contra “devedores duvidosos e trabalhadores desviantes do narcotráfico” (CERQUEIRA et al., 2017, p. 20). Weselfiz (2016), por sua vez, afirma que os jovens negros são alvos principais dos assassinatos por armas de fogo, que ocorrem a uma taxa duas vezes e meia maior nessa população, sendo os estados de Alagoas, Paraíba, Pernambuco e Ceará aqueles com maiores taxas desse tipo de morte; o estado de São Paulo é apontado, também nesse estudo, como a unidade da federação com a menor taxa de vulnerabilidade de morte de jovens.

A discussão trouxe visibilidade aos contornos desse campo discursivo que envolve drogas, tráfico, criminalidade e comportamentos chamados de ilícitos, apontando para uma representação das vítimas a partir dos recortes de classe (pobres), etário (jovens), étnico-racial (negros) e geográficos (habitantes de territórios “negligenciados” pela administração da cidade). Como nos informa Ramos (2014), a leitura crítica e politizada desses dados teve uma relação importante com a própria constituição, por exemplo, do movimento negro e de suas interfaces com a categoria “jovem”, aliando-se à mobilização em torno da categoria “raça” e a problematização histórica do racismo na sociedade brasileira.

A literatura tem apontado que a repressão e o controle do Estado sobre determinados grupos da população, como os jovens de regiões periféricas, se dá diretamente pela criminalização de sua performance corporal e de sua cor de pele, por meio da incriminação de práticas cotidianas desses que são considerados “corpos ilícitos” (FERNANDES, 2016). Esse tema também foi tratado pelo campo da saúde pública, evidenciando a maneira como o racismo, os preconceitos e as discriminações geram atos de agravo à vida (MENENDEZ, 2009). Nesta pesquisa, escuta-

[6] http://www.ipea.gov.br/portal/imagens/170602_atlas_da_violencia_2017.pdf

mos narrativas detalhadas a respeito da atribuição de suspeição nas práticas de revista dos procedimentos policiais, incluindo aí outros tipos de marcadores sociais criminalizáveis: “A polícia busca alguns perfis que considera ser característico de bandidos, sendo principalmente homens jovens, negros, motoqueiros, homossexuais e tatuados” (registro de campo, ago. 2017).

As ações policiais violentas, assim como as terminologias que as nomeiam, além de colocarem-se na fronteira entre campos institucionais diferentes, como o da saúde e o da segurança, têm uma história persistente, em seus muitos sentidos, no Brasil. A utilização do termo “auto de resistência” para todos os assassinatos cometidos pelas forças policiais surgiu durante a ditadura militar, sendo utilizada desde 1969, quando “ordens de serviço” foram referendadas pela então Polícia Judiciária do Estado da Guanabara. O “auto de resistência” dispensava a lavratura de um auto de prisão em flagrante e a instauração de um inquérito policial.

Em 2015, depois de quarenta anos, uma resolução conjunta assinada pelos membros das instâncias superiores das polícias nacionais, atendendo a uma resolução da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, dispôs sobre a abolição de designações genéricas, como “autos de resistência” e “resistência seguida de morte” em registros policiais, boletins de ocorrência, inquéritos policiais e notícias de crime, determinando o uso do termo “lesão corporal decorrente de oposição à intervenção policial” e “homicídio decorrente de oposição à intervenção policial”. Essas mudanças foram, por sua vez, criticadas pela Anistia Internacional, que propõe a supressão da palavra oposição pela terminologia: “homicídio decorrente de intervenção policial”.⁷

O Atlas da violência 2017 (CERQUEIRA et al., 2017, p. 21) registra uma incongruência entre os dados produzidos no âmbito da saúde e as estatísticas da área de segurança, que usam, respectivamente, os termos “homicídio por intervenção legal” e “homicídio decorrente de intervenção policial”. Segundo dados do Ministério da Saúde, foram registrados, em 2015, 942 casos de mortes violentas por “intervenção legal”.⁸ Nesse mesmo ano, o Ministério da Justiça, que administra as estatísticas a respeito de operações policiais, registrou 3 320 mortes decorrentes de intervenções policiais, ou seja, 3,5 vezes o número de registros constantes nas estatísticas da saúde.

DO QUE MORREM OS JOVENS EM UM DISTRITO DA PERIFERIA SUL DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

O banco de dados utilizado nesta pesquisa, obtido junto à Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, consolidou as

[7] Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/45753/auto-de-resistencia-ou-oposicao-decorrente-de-intervencao-policial>. Acesso em: 12 dez. 2017.

[8] Termo atualmente utilizado pelo CID-10 e no campo da saúde pública para descrever os agravos e as causas de morte de uma população.

informações das declarações de óbitos de jovens de até 29 anos que possuíam como endereço o subdistrito do Capão Redondo, registradas entre os anos de 2010 e 2015. Na literatura em saúde pública, os óbitos são referenciados pelo local de residência e, assim, é possível levantar as principais causas de morte em um determinado território. Os dados também são organizados a partir da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Além desse banco de dados, informações complementares foram obtidas a partir do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/PRO-AIM/CEInfo)⁹ da Prefeitura de São Paulo.

O Capão Redondo tinha, segundo o último censo (2010), 275 230 habitantes, o que representa 0,66% da população do estado de São Paulo (41 262 199 habitantes). Entre 2010 e 2015, ocorreram 158 casos de homicídios na região, o que corresponde a 27% de todas as mortes registradas entre a população de 10 a 29 anos moradora da região. Desses homicídios, 18 foram resultado de “intervenção legais”.

Conforme discriminado na Tabela 1, outros tipos de agressão incluem homicídios sem uso de armas de fogo, como estrangulamento ou uso de instrumentos perfurantes. Os dados abrangem todo o território do subdistrito, e todas as mortes de jovens apresentadas nos relatos da etapa etnográfica da pesquisa fizeram parte desses registros.

[TABELA 1] Homicídios segundo agente de agressão
Subdistrito do Capão Redondo
2010-2015

HOMICÍDIOS	N	%	% DO TOTAL
Agressão (arma de fogo)	140	73,7%	19,9%
Agressão (outros)	32	16,8%	4,5%
Intervenção Legal	18	9,5%	2,6%
Total Geral	100	100%	27,0%

Fonte: SIM/SES/PMSP

Grande parte desses homicídios vitimou jovens com até 25 anos, alguns deles, inclusive, com menos de 18 anos de idade, como mostra a Tabela 2:

[9] Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/estabelecimento_saude/index.php?p=5786. Acesso em: 18/05/2018.

[TABELA 2] Homicídios segundo agente de agressão e faixa etária
Subdistrito do Capão Redondo
2010-2015

HOMICÍDIOS	AGRESSÃO (ARMA DE FOGO)		AGRESSÃO (OUTROS)		INTERVENÇÃO LEGAL		TOTAL GERAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
12 a 15 anos	20	14,3%	3	10,4%	1	5,6%	24	12,6%
17 a 18 anos	25	17,9%	7	21,9%	5	27,8%	37	19,5%
19 a 24 anos	62	44,3%	11	34,4%	8	44,4%	81	42,6%
25 a 29 anos	33	23,9%	11	34,4%	4	22,2%	48	25,3%
Total Geral	140	100%	32	100%	18	100%	190	100%

Fonte: SIM/SES/PMSP

Além disso, os dados mostram que nessa faixa etária a violência fatal atinge principalmente os homens (Tabela 3).

[TABELA 3] Homicídios segundo agente de agressão e sexo/gênero¹⁰
Subdistrito do Capão Redondo
2010-2015

GÊNERO	AGRESSÃO (ARMA DE FOGO)		AGRESSÃO (OUTROS)		INTERVENÇÃO LEGAL		TOTAL GERAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Feminino	7	5,0%	8	25,0%	0	0,0%	15	7,9%
Masculino	133	95,0%	24	75,0%	18	100,0%	175	92,1%
Total Geral	140	100,0%	32	100,0%	18	100,0%	190	100,0%

Fonte: SIM/SES/PMSP

Na Tabela 4, destacam-se os locais de ocorrência dos óbitos causados por intervenção legal. A resolução que propôs o fim da expressão “auto de resistência”, citada anteriormente, também determina que atos policiais que geram ferimentos ou mortes por arma de fogo devem prescindir de socorro às vítimas, que deve ser feito por meio do SAMU. O objetivo é impedir o uso de certos artifícios, como alteração da cena para forjar um confronto.

[10] A última coluna refere-se à porcentagem em relação a todas as mortes ocorridas no grupo etário de 10 a 29 anos, para todo o período.

[TABELA 4] Homicídios por intervenção legal por local de ocorrência
Subdistrito do Capão Redondo
2010-2015

LOCAL DA OCORRÊNCIA	N	%
Hospital	14	77,8%
Domicílio	1	5,6%
Via Pública	2	11,1%
Outros	1	5,6%
Total Geral	18	100,0%

Fonte: SIM/SES/PMSP

A Tabela 5 apresenta o recorte das vítimas de homicídio pela categoria raça/cor, considerando o sistema classificatório utilizado pelo Censo Demográfico do IBGE.

[Tabela 5] Homicídios por tipo de agressão segundo raça/cor da vítima
Subdistrito do Capão Redondo
2010-2015

RAÇA, COR	AGRESSÃO (ARMA DE FOGO)		AGRESSÃO (OUTROS)		INTERVENÇÃO LEGAL		TOTAL GERAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Branca	62	44,3%	14	43,8%	7	38,9%	83	43,7%
Preta	10	7,1%	4	12,5%	0	0,0%	14	7,4%
Parda	67	47,9%	14	43,8%	10	55,6%	91	47,9%
Sem informação	1	0,7%	0	0,0%	1	5,6%	2	1,1%
Total Geral	140	100%	32	100%	18	100%	190	100%

Fonte: SIM/SES/PMSP

Ao compararmos as informações de autodeclaração de raça/cor do último censo (2010) na área da subprefeitura do Campo Limpo, que engloba o subdistrito do Capão Redondo, a porcentagem de residentes pardos/pretos era de 49,1% (Prefeitura de São Paulo, 2015) e, portanto, há uma pequena sobre-representação dessa categoria, que conforma 55,6% das vítimas por intervenção legal. Em sua maioria, eram jovens pardos e pretos com idades entre 15 e 24 anos. Importante lembrar que essas informações devem ser consideradas com cuidado, porque, em primeiro lugar, o subdistrito do Capão Redondo pode ter uma composição populacional de raça/cor diferente da subprefeitura do Campo Limpo, onde está localizado. E, em segundo lugar, no censo, o critério de raça/cor é autodeclarado, ou seja, informado pela própria pessoa e, nos atestados de óbito, a informação é produzida pelo profissional que preencheu o atestado.

Uma outra questão diz respeito ao conjunto identificado pelos registros de mortes de jovens atribuídos à intoxicação causada por substâncias. Antes de tudo, é preciso discutir também as dificuldades metodológicas de atribuir essa causa às mortes, o que envolve fatores que variam desde o tipo de exame farmacológico até as condições dos institutos médico-legais para realizar esses testes (TOLEDO, 2004). De qualquer forma, na literatura nacional (DAYRELL; CAIAFFA, 2012), o álcool tem sido a substância mais identificada em mortes por intoxicação, seguido pela cocaína e pelas anfetaminas. No caso das mortes analisadas aqui, é necessário cautela, já que, entre os atestados de óbito que indicaram essa causa de morte na região, apenas catorze apresentavam laudo de realização de necropsia. Ou seja, considerando outras narrativas ouvidas sobre mortes atribuídas a substâncias, há risco alto de subnotificação.

No período analisado, foram 41 óbitos por intoxicação por substâncias, sendo 28 deles atribuídos ao uso de cocaína, 4 ao uso de álcool e 3 ao uso de drogas farmacêuticas lícitas, como sedativos, hipnóticos e analgésicos inalatórios. Chama a atenção a existência de 6 casos relacionados aos efeitos tóxicos do tricloroetileno (exposição a solventes orgânicos e hidrocarbonetos halogenados e seus vapores) – que são um indicativo de causa de morte por uso abusivo de “lança-perfume” e de suas variantes.

[TABELA 6] Óbitos segundo agente de intoxicação
Subdistrito do Capão Redondo
2010-2015

MORTES POR INTOXICAÇÃO	N	%	%DO TOTAL
<i>Intoxicação por cocaína</i>	28	68,3%	4,0%
<i>Intoxicação por etanol</i>	4	9,8%	0,6%
<i>Intoxicação por anticonvulsivante</i>	2	4,9%	0,3%
<i>Intoxicação por analgésico inalatório</i>	1	2,4%	0,1%
<i>Intoxicação por solventes orgânicos e hidrocarboneto halogenados e seus vapores</i>	28	68,3%	0,9%
Total	41	100,0%	5,8%

Fonte: SIM/SES/PMSP

A maioria dos casos de intoxicação por cocaína atingiu jovens de até vinte anos e homens. Quase dois terços das mortes atribuídas ao uso dessa droga foram de jovens do sexo masculino e não brancos, a maioria delas registrada em um hospital geral.

Os casos de intoxicação por substâncias provavelmente

relacionadas ao “lança-perfume” atingiram, em sua maioria, homens jovens, sendo quatro desses casos registrados em atendimentos realizados em hospital geral, onde ocorreram as mortes.

Tabela 7 – Óbitos por intoxicação segundo sexo/gênero, idade, raça/cor Subdistrito do Capão Redondo 2010-2015

INTOXICAÇÃO	COCAINA	"LANÇA"
GÊNERO		
<i>Masculino</i>	25	5
<i>Feminino</i>	3	1
IDADE		
<i><18 anos</i>	6	1
<i>>=18 anos</i>	22	5
RAÇA, COR		
<i>Branços</i>	9	3
<i>Pretos</i>	2	0
<i>Pardos</i>	17	3
LOCAL DE OCORRÊNCIA		
<i>Hospital Geral</i>	21	4
<i>Outros Est. Saúde</i>	2	1
<i>Domicílio</i>	1	0
<i>Via Pública</i>	2	0
<i>Outros</i>	2	1

Fonte: SIM/SES/PMSP

A título de comparação, de acordo com os dados do Datasus, entre 2010 e 2015, os 40 casos de morte por intoxicação ou envenenamento no Capão Redondo, no mesmo período e para a mesma faixa etária, correspondem a 4,3% de todos os casos do estado, e 1,7% dos casos de todo o Brasil (é provável que haja subnotificação em muitos estados brasileiros).

Em 5 dos casos nos quais a informação é mais detalhada, o registro de intoxicação por cocaína foi acompanhado por “choque cardiogênico”, infarto do miocárdio ou por morte súbita. Como os dados dos óbitos tratavam de jovens com até 29 anos de idade, é possível que os casos de morte descritos como infarto agudo do miocárdio (17 casos) e morte súbita (3 casos) sejam decorrentes do uso de substâncias como cocaína ou inalantes.

A análise desses dados revela que todas as mortes por infarto e por morte súbita foram de homens, sendo mais da metade de jovens que tinham entre 16 e 21 anos (13 casos). Há 2 casos em que é informado, de forma complementar, ocorrência de edema pulmonar, sendo que 1 deles tem a informação de ferimentos no antebraço. A maioria dos declarados são brancos e foram registrados em hospital, como pode ser visto na Tabela 8.

**[Tabela 8] Óbitos por infarto agudo do miocárdio
segundo sexo/gênero, idade, raça/cor
Subdistrito do Capão Redondo
2010-2015**

INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO	
GÊNERO	
Masculino	20
Feminino	0
IDADE	
<18 anos	4
entre 19 e 21 anos	9
>21 anos	7
RAÇA, COR	
Branco	13
Pretos	1
Pardos	5
Amarelos	1
LOCAL DA OCORRÊNCIA	
Hospital Geral	14
Outros Est. Saúde	0
Domicílio	2
Via Pública	2
Outros	2

Fonte: SIM/SES/PMSP

Dada a constatação epidemiológica da menor probabilidade de óbito de jovens por infarto do miocárdio, encontramos na literatura médica, sobretudo a partir de estudos clínicos – nem sempre relacionados com as condições sociodemográficas e epidemiológica das vítimas –, a relação entre o uso excessivo de várias substâncias e a morte por parada cardíaca. Ressaltamos que, além de situações de uso intenso de substâncias, outras ações, tais como a prática excessiva de esportes e de exercícios físicos prolongados, também podem causar uma parada cardíaca súbita em jovens (DOS SANTOS, 2012).

A partir dessas considerações, apontamos como hipótese que, no período analisado, possam ter ocorrido até 60 mortes de jovens com até 29 anos de idade relacionadas à intoxicação. Se somarmos os dados descritos na Tabela 8 e os dados de morte por infarto agudo e por morte súbita, chegaríamos a uma proporção de mortes por intoxicação de cerca de 8% de todas mortes de jovens nesse período.

**[Tabela 9] Óbitos por causas selecionadas
Subdistrito do Capão Redondo
2010-2015**

MORTES NO CAPÃO REDONDO, ATÉ 29 ANOS(2010-2015)	N	%	% DO TOTAL
<i>Homicídios</i>	140	54,1%	19,9%
<i>Intervenção Legal</i>	18	6,9%	2,6%
<i>Intoxicação</i>	41	15,8%	5,8%
<i>Parada cardíaca(Intoxicação)</i>	60	23,2%	8,5%
Total	259	100,0%	36,8%

Fonte: SIM/SES/PMSP

Os dados quantitativos de óbitos nos contextos investigados no bairro – onde são frequentes as referências ao uso de cocaína e de “lança”, normalmente consumidas junto com álcool, em ocasiões festivas chamadas de “fluxo” –¹¹ permitem concluir que tais práticas são fator importante na explicação de morte de jovens dessa região.

UMA INCURSÃO NO TERRITÓRIO: A ESCUTA DAS HISTÓRIAS DOS ASSASSINATOS DE JOVENS

Descontinuidades e suspensões da fala, como a pontuar assuntos sobre os quais nada deveria ser dito... Era como se nossas interlocutoras soubessem pouco sobre o que passou ou que isso pertencesse a um território confuso, da vida dos filhos e de uma dinâmica presente nas atividades e ações cotidianas do bairro que pretendessem omitir, de um mundo no qual elas também não tivessem ou preferiam não ter acesso direto. Silêncios, pausas, interrupções. Com o tempo, percebemos que sobre esses fatos pesava um silenciamento – uma tensão, como se pisássemos em um terreno minado. O

[11] O termo fluxo é utilizado pelos jovens frequentadores de festas informais realizadas nas ruas ou em casas noturnas nas periferias da cidade de São Paulo. A palavra expressa tanto a concentração e confluência de pessoas para um determinado lugar como as ações ali realizadas, que incluem situações de lazer, paqueras, namoros etc. (Barbosa Pereira, 2016; Bras, 2016).

[12] “Jumbo é a categoria nativa usada para denominar as sacolas com mantimentos, produtos de higiene e outros pertences que as mulheres levam para seus parentes presos nas unidades prisionais. Em geral são sacolas grandes e de plástico transparente, por recomendação da administração da penitenciária, para facilitar a revista na entrada da unidade” (Signoretto; Silvestre, 2013, p. 87)

mesmo não ocorria com a fala das mulheres mais jovens, que normalmente eram primas, irmãs, cunhadas ou companheiras dos filhos dessas mulheres. Desde o primeiro momento em que perguntamos sobre as mortes dos jovens que ocorriam ali, escutamos falas repetidas e reiteradas sobre a perseguição da polícia aos jovens, algo narrado de diferentes maneiras e em diferentes tons. [Anotações do caderno de campo feitas durante a pesquisa]

A HISTÓRIA DE JUSTINA, NANCY E ELOY

Justina, uma mãe e avó que tem cerca de 49 anos, logo nos contou a história de um filho morto e de um filho que se encontrava preso. Ela, de acordo com os critérios da Unidade Básica de Saúde, fazia parte de um grupo “vulnerável”, pois é hipertensa e tem “problemas emocionais”, tendo sido encaminhada ao psicólogo dessa unidade de saúde. Para o psicólogo, o ato da escuta era proposto como uma possibilidade de intervenção terapêutica, não uma ação central dentro do planejamento das ações de saúde da unidade, que privilegiava os programas voltados ao controle de diagnósticos e de patologias específicas. As narrativas indicam que a lógica da escuta ou do cuidado psicológico não são o ponto central nas práticas de atenção à saúde. As dificuldades “emocionais”, sobretudo das mulheres, são no geral tratadas com a prescrição de medicamentos psicoativos.

Fatos como as marcas da violência representadas pelo assassinato de um filho e pelo afastamento de outro que está encarcerado se expressam no corpo dessas mulheres: uma série de indisposições, mal-estares, padecimentos e sensações de medo, angústia e tensões (EPELE, 2010). Para além das sensações corporais, as falas indignadas expressam uma dimensão político-moral incorporada ao sofrimento corporal. Nessa trama de “sofrimento social”, a ação constante da polícia no bairro é um dos fatores mais importantes. O medo da polícia traz à tona algumas atividades ilegais em que os filhos se envolvem, como o comércio e o consumo de determinadas substâncias e os roubos. Quando se fala disso, elas têm cuidado para que vizinhos ou estranhos às redes familiares não escutem.

Nas narrativas de Justina, podemos desenhar uma trama de acontecimentos e de relações que atravessavam a vida no bairro. A começar pelo seu trabalho como funcionária de uma creche da prefeitura, sua principal fonte de renda para sustentar a filha de quinze anos e suas duas netas bebês, além de garantir o pagamento do “jumbo”¹² mensal de trezentos reais para manter o

filho no presídio. Nessa economia doméstica, há vinculações externas, por exemplo, com o sistema prisional – onde se encontra preso o filho e de onde vinham cartas em busca de destinatários no bairro – e com as atividades que mobilizavam diretamente a geração mais jovem, de filhos, filhas, sobrinhos e sobrinhas. Para seguir essa trama, em nossas visitas ficamos sabendo que, cerca de dois meses depois de nossas conversas, as gêmeas de Nancy, filha de Justina, foram internadas com pneumonia grave; Justina entrou em conflito com a filha, alegando falta de cuidado com as netas; e que o fato central no conflito entre mãe e filha foi Nancy ter recebido quinhentos reais para repassar ao irmão que estava preso. Justina, manifestando seu código de moralidade, condenava a relação dos filhos com esse tipo de “negócio”, que envolvia circuitos do bairro e o sistema prisional. Esse desacordo não se limitava à questão financeira, mas também ao lazer e aos relacionamentos sexuais da filha, que, segundo ela, aproximariam a garota do uso de substâncias e das atividades ilícitas no bairro.

No mundo fora de sua casa estavam também a memória e as razões da morte de seu filho Eloy, que, de acordo com o atestado de óbito, foi vítima de uma “intervenção legal”. Justina conta que Eloy, numa sexta-feira à noite, roubou um carro para divertir-se durante o fim de semana:

Dai ele foi lá e pegou, acho que nem era uma arma, nunca vi ele com arma, apontou para quem estava no carro, mas matou o homem e o homem parece que tinha amizade com os policiais... pois bem, pegaram ele e deram muitos tiros, depois levaram lá para Taboão da Serra, ele já morto, e disseram que ele tinha roubado um carro e pegado a filha de uma mulher como refém e que deram tiro nele para libertar essa menina [...]

Segundo Justina, a história sobre o uso de uma menina como refém era falsa. Por conta disso, ela se revoltou e foi diversas vezes até a casa da mulher que testemunhou o crime e este-munhou à polícia a história do uso da filha como refém. Sempre que chegava lá, Justina encontrava o bar ao lado da casa cheio de policiais, o que a fazia desistir, o que, segundo sua versão, comprovava o envolvimento da polícia na trama. Esse assunto fazia Justina lacrimejar, limpar os olhos e embargar a voz.

Um incômodo para Justina era compartilhar a divisa de sua casa, de meia parede, com vizinhos estranhos, que sempre perscrutavam sua porta. Isso a fazia baixar o tom da voz para

[13] Na etnografia de Batista (2015) encontramos o relato do “laboratório”, parte das atividades do “mundo do crime”, como o local onde as drogas eram embaladas ou misturadas para distribuição local.

[14] Ter uma tatuagem representando um palhaço seria uma indicação de que se trata de um símbolo de revolta e oposição violenta aos policiais. Conferir, para mais detalhes, estudo feito em um instituto médico legal e que busca relacionar corpos tatuados com palhaço e a ocorrência de mortes de policiais (BRETAS, 2017).

que não escutassem o que nos contava. Depois, soubemos que seu receio era de que os vizinhos, estranhos à família de Justina, pudessem comentar o fato com alguém. Havia ali um conjunto de possíveis constrangimentos: o filho baleado, a história “montada” e a casa que pertencia à família e que fora, segundo ela, destruída pela prefeitura. Os estranhos não eram confiáveis.

Irmãs, sobrinhas e primas: as gerações mais novas e outras moralidades

Nádia era amiga de Nancy, filha de Justina, e estava junto com ela e as gêmeas em uma de nossas visitas. Como Justina não estava presente, Nancy e a amiga falaram um pouco sobre os circuitos de que participavam no bairro. Nádia falou sobre o uso de “bala” (uma espécie de ecstasy, segundo ela) e de “lança-perfume”, que, junto com a cocaína, faziam parte do cardápio mais comum de drogas usadas pelos jovens da região. Também contou sobre a participação dela e de outras amigas em trabalhos para encher “pinos” com cocaína ou envasar “lança” nos frascos em que são vendidos. Falou que nesse local há, inclusive, uma máquina industrial que fabrica os pinos de plástico nos quais se embala a cocaína para ser vendida.¹³

Foi como resposta à pergunta sobre o uso do crack no bairro que o termo *droga* foi citado por Nádia: “Crack é uma droga e ninguém usa aqui, se for usar tem que ser bem longe!”. Lembramos, então, da maconha, que vimos ser usada durante nossos percursos, e segundo outros relatos era droga naturalizada no bairro, consumida por muitos jovens e adultos e, de certa forma, com uma fama mais positiva, pois seria capaz de acalmar, sendo “muito melhor do que usar cocaína”. Elas explicaram que há uma espécie de sistema classificatório das drogas: maconha seria tão normal quanto o tabaco; o crack seria, de fato, “a droga”, e seu uso é interdito no bairro e, quando acontece, deve ser escondido, inclusive longe dos olhos de quem o vende; cocaína e “lança-perfume” são drogas de uso mais frequente, principalmente no “fluxo”, e sua fama é mais ambígua. Interessante destacar que, ao fazer esses relatos, Nádia procurava concluir sua fala com um alerta de que seus usos acarretavam muita *overdose* e eram uma “irresponsabilidade”. O termo *overdose* foi incorporado por essa geração, inclusive na atribuição dos riscos de morte. Frisaram, no entanto, que muita gente sabia usar essas drogas sem correr tal risco.

Seguindo sua narrativa, Nádia contou a história de um de seus irmãos, Diogo, que foi morto pela polícia. Diogo tinha saído do emprego e conseguiu uma ocupação que, embora não

[13] Na etnografia de Batista (2015) encontramos o relato do “laboratório”, parte das atividades do “mundo do crime”, como o local onde as drogas eram embaladas ou misturadas para distribuição local.

[14] Ter uma tatuagem representando um palhaço seria uma indicação de que se trata de um símbolo de revolta e oposição violenta aos policiais. Conferir, para mais detalhes, estudo feito em um instituto médico legal e que busca relacionar corpos tatuados com palhaço e a ocorrência de mortes de policiais (BRETAS, 2017).

envolvesse drogas, era ilegal: a montagem de caça-níqueis nos bares da região. Diogo tinha um palhaço¹⁴ tatuado no braço e foi flagrado montando um caça-níqueis, o que, segundo Nádia, era o tipo de flagrante que normalmente permitiria uma negociação ou, no máximo, um “corretivo” dos policiais. No entanto, segundo ela, por conta da tatuagem, ele foi encurralado pelos policiais e levado para a viatura, sendo encontrado morto logo depois. A versão da polícia foi a de que Diogo estava armado e tentou resistir à abordagem. Encontramos o nome de Diogo entre as mortes por “intervenção legal” nas listagens de óbito.

Em outra ocasião, visitamos Nádia em sua casa. Ela morava com um irmão mais novo, bastante agitado, em um espaço reduzido. Ele fazia café na cozinha, mas se mantinha atento às nossas conversas com Nádia. Ela disse que os homens eram fracos e precisavam das drogas para resolver seus conflitos, e que ela, ao contrário, “não precisava disso”. O irmão gritou: “Mas você pega o Rivotril¹⁵ toda hora lá na unidade de saúde”; Nádia, então, mudou de assunto para dizer que as mães davam o que ganhavam aos filhos que usam cocaína ou “lança”. Perguntamos o que ela achava pior, a cocaína ou o “lança”. Nesse momento, o irmão de Nádia entrou bruscamente no quarto onde estávamos e disse, antes de nos oferecer o café que acabara de coar:

Claro que “lança” é pior, a cocaína a gente inala e digere e põe pra fora, ela vai para o estômago e depois nos livramos dela, mas o lança sobe pra cabeça e aí ferve, pode explodir os miolos.

Na verdade, seu irmão, outras pessoas nos contaram depois, estava sempre “cheirado”,¹⁶ morava com a irmã e era sustentado pela mãe. A mãe morava em outra casa com o companheiro. Nádia justificava seu conflito com a mãe dizendo que não admitia que ela sustentasse o “vício” do irmão. Com seu trabalho de encher pinos de cocaína, Nádia também era ajudada pelo namorado e passava mais tempo na casa da família dele do que na casa em que morava com o irmão.

Depois de várias semanas, quando voltamos ao bairro, soubemos que o irmão de Nádia havia agredido a mãe porque ela não lhe dera dinheiro suficiente para pagar uma dívida contraída na compra de cocaína. No mesmo dia, tios e primos juntaram-se e deram uma surra nele por conta da agressão contra a mãe. “Na comunidade, mãe é soberana. Não se bate ou desrespeita a mãe, porque se bater na mãe, apanha da comunidade”, disse-nos uma moradora do bairro.

[15] Rivotril é nome comercial do clonazepam, benzodiazepínico com amplo uso sob prescrição médica.

[16] Consumindo cocaína inalada.

Mortes por *overdose*? A história do irmão de Gertrudes

Ele, meu irmão, falaram que morreu de overdose, ele tinha cheirado muito aquele dia, aí o policial veio e deu uma coronhada na cabeça dele, e ele teve uma parada cardíaca, então eu acho que ele morreu foi da coronhada que recebeu do policial, não foi da cocaína, porque ele não era um iniciante, ele sabia usar a droga [...] ele sabia exatamente até onde ele poderia cheirar [...] Então eu acho que ele morreu foi da coronhada do policial [...]

A morte do irmão de Gertrudes foi classificada, no registro de óbito, como decorrente de intoxicação por cocaína. A narrativa de Gertrudes traz, para além de uma reflexão sobre os que “sabem e os que não sabem” usar uma droga, uma polêmica acerca da causa das mortes atribuídas a *overdose*: segundo ela, a “parada cardíaca” teve relação direta com a violência policial.

Não apenas as referências nativas, mas também as compartilhadas pelos profissionais de saúde a respeito das *overdoses*, merecem discussão (CANDIL, 2016). O mercado ilegal oferece vários produtos cuja composição é adulterada com insumos que estão disponíveis para aumentar a quantidade e simular efeitos da substância oferecida. Nessa experimentação, inexistente controle nas composições e nas dosagens, o que pode levar a erro um usuário que se julga experiente. Epele (2010), em sua etnografia sobre o uso do “paco” nas periferias de Buenos Aires,¹⁷ aponta que as mortes atribuídas a uma *overdose* estavam, de fato, mais relacionadas às impurezas misturadas ao que era vendido pelo tráfico.

No que diz respeito especificamente à cocaína e à discussão sobre o registro oficial como *overdose*, a fala do irmão de Nádia sobre os danos menores dessa droga, que seria menos prejudicial do que o “lança”, é uma pista importante. Nos atestados de óbito, a cocaína foi a substância mais citada nos laudos necroscópicos, mas sempre era detectada junto com outras substâncias bastante tóxicas. Parte considerável das pesquisas realizadas sobre o consumo de drogas quantifica frequências de uso em grupos específicos a partir de perguntas a respeito do repertório de drogas utilizadas, sendo frequente a referência ao uso de cocaína e do “lança-perfume” (HORTA et al., 2014; PORTELA et al., 2003; MALTA et al., 2011). Relatos jornalísticos amparam o crescimento do uso combinado das duas substâncias, sob as quais não há nenhum tipo de controle ou regulação.¹⁸

As referências sobre usos de drogas foram reiteradas pela fala das mulheres jovens: primeiro, sobre os usos como parte da

[17] O “paco” é um subproduto da cocaína misturado a solventes e outros produtos. Considerado similar ao crack, também é fumado (KLIGLER, 2014).

[18] Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2015/05/1635997-mistura-de-cocaina-e-lanca-perfume-surge-em-relatos-de-mortes-em-sp.shtml>. Acesso em: 23 dez. 2017.

economia emocional dos homens, que justificavam um aumento do consumo por qualquer frustração cotidiana; segundo, que o uso de drogas é um lazer frequente nos finais de semana e normalmente ocorre em bares e baladas; por fim, por uma forma de julgamento “técnico/moral” entre os que sabem e os que não sabem usar uma droga. Esses consumos eram descritos de uma forma problemática, seja como “excesso”, quando estavam nas festas ou nos bailes, seja como “falta”, no caso de frustrações.

ROUBOS, DROGAS, REDUÇÃO DE DANOS E ECONOMIAS MORAIS

Nas narrativas, quando as mortes dos jovens eram evocadas, houve uma fronteira muito nítida entre a questão das drogas e a prática de roubos e de outras atividades ilícitas. Usar drogas não era tratado como prática incomum entre os homens mais jovens, nem era visto, a priori, como um “crime” ou como uma “falta”. O termo *tráfico* ficava em suspenso, alguma coisa sobre a qual não se falava, ao menos diretamente.

Justina, quando contou a história da morte de seu filho por conta do roubo de um carro, afirmou, com muita veemência, que “roubar podia ser errado, roubar merece castigo, mas, matar não, isso não é justo”. Compreende-se que mesmo os roubos poderiam ser, em algum nível, legitimados quando contribuíam para a economia doméstica, numa clara distinção dos roubos praticados para sustentar o uso de drogas. E, principalmente, porque havia uma consequência desmedida para a prática do ato ilícito, o que, normalmente, envolve a ação violenta e potencialmente homicida de policiais contra jovens do bairro.

Esses filhos homens custavam dinheiro às mães, por vezes às irmãs, tanto os que estavam presos, como os que ainda estavam no bairro, trabalhando, fazendo bicos ou apenas flanando pelas ruas e usando cocaína, “lança” e “balas”. Possibilitar que os filhos tivessem dinheiro para usar as drogas fazia parte de um sistema de proteção, um tipo informal de “redução de danos”, que diminui a chance de serem expostos às ações violentas do tráfico ou da polícia, por conta de roubos ou de dívidas. Esse dinheiro provinha, por sua vez, de empregos formais e informais e, como no caso de Nadia, de “bicos” no envasamento das substâncias vendidas no bairro. Proteger da polícia, de certo modo, fazia parte também de um certo sentimento “comunitário” das mulheres em relação às gerações mais jovens, como escutamos de uma agente de saúde:

Teve um dia em que eu estava fazendo uma visita domiciliar, cumprindo minha rotina. Enquanto conversava e

orientava uma mãe, um garoto pulou a janela da casa dela, e ofegante pediu para que ela o escondesse, pois estava sendo perseguido pela polícia. Então, sem hesitar, a mulher disse para ele ir depressa para baixo da mesa e jogou uma toalha por cima, cobrindo-o totalmente. Logo em seguida, policiais entraram na casa, perguntaram se haviam visto um garoto por ali, ao que receberam uma resposta negativa. Então revistaram a casa às pressas e partiram sem nada encontrar. E sabe que essa cena é muito comum por aqui, a comunidade protege um ao outro como irmãos, porque são como família e entendem que precisam cuidar da nova geração.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A grande maioria dos relatos indicou que eram atos como o roubo, e não o envolvimento no comércio de drogas, o motivo para a repressão policial violenta contra homens jovens. Verificamos que a relação entre roubos e negócios que envolvem as drogas tem uma dinâmica complexa que é, por sua vez, atravessada pelas economias morais presentes nas narrativas das mães. Corroboramos, assim, os achados da etnografia de Batista (2015), que descreve as várias atividades do “mundo do crime” e o “mercado” do roubo como um território menos regulado e que envolve situações mais instáveis e imprevisíveis, o que torna a atividade mais arriscada do que o “tráfico de drogas”. Inclusive pelas perseguições policiais, muito mais frequentes por conta de roubos do que do tráfico.

Os temas das “legitimidades” e das “moralidades” foram registrados em etnografias sobre a periferia, em estudos sobre as relações de gênero (FONSECA, 2000; SARTI, 2003) e em investigações sobre os mercados ilícitos e as atividades do “mundo do crime” (TELLES; HIRATA, 2007; FELTRAN, 2008). Esses estudos mostraram como pesam sobre as populações periféricas olhares que transitam entre a suspeição e a criminalização e a constante necessidade de demonstrar e atualizar valores morais que ordenam a vida cotidiana. Os julgamentos morais, nos contextos de vida dessas mulheres, obedecem a uma lógica predominantemente prática no contexto do manejo da economia doméstica (DAS, 2015). Por exemplo, é comum ouvir que um usuário que acumula dívidas com os que vendem as drogas nos bairros pode levar um “corretivo” e “apanhar até não poder mais”. Há uma diferença muito grande entre o “corretivo” aplicado pela família e aquele feito por não familiares que negociam drogas. O “corretivo” familiar envolve um plano de correção moral, o de fora se configura como ameaça vital.

Por exemplo, numa das últimas idas ao bairro, encontramos dona Maria, uma mãe que havíamos visitado algumas vezes

e que também contara a história de um filho que foi morto em uma ação policial. Estava bastante abalada e nos disse que um outro filho não voltava para casa há dois dias. Já haviam dito que ele tinha sido baleado, depois disseram que não era ele. Talvez uma nova situação trágica para o cotidiano dessas mulheres, vinculadas a seus filhos e a situações que se repetiam. A partir do relato inicialmente feito por essas mães e depois pelas falas das mulheres de gerações mais novas, é possível desvelar dinâmicas e tramas sobre as mortes de homens jovens no bairro, sempre destacando a revolta contra as ações policiais. Como destaca a fala de Justina, as histórias e os atos praticados pela polícia transcendem os “corretivos” e os limites das moralidades praticadas por ela e seus afins.

A ambiguidade na forma como as drogas são entendidas é outro ponto fundamental. Pouco se usa, inclusive, o termo *droga*, mas as substâncias são diretamente nomeadas: “ecstasy/bala”, “lança” e cocaína. A maconha é pouco mencionada como droga, não porque seu consumo seja menor, pelo contrário, mas porque ela não é percebida como tal. O significado de *droga*, intrinsecamente negativo, é atribuído ao crack, e seu uso é interdito pelos próprios vendedores. De alguma forma, essa dinâmica termina por repetir o paradigma proibicionista, ao eleger drogas aceitáveis e, então, impor um cerco intolerante e repressivo às que não são aceitáveis.

Preocupante, também, é a observação das causas de óbito relacionadas às drogas consumidas pelos jovens e suas relações com os circuitos locais de produção e oferta desses produtos. Há uma importante cena de consumo de drogas nos circuitos de lazer periféricos, que envolvem, em diferentes medidas, importantes riscos de overdose e violência.

Por fim, a maior motivação desta pesquisa, que foi investigar a relação entre os homicídios de jovens moradores de áreas periféricas da cidade de São Paulo, apontou para algo já revelado na literatura, que é o processo de “pacificação do mercado de drogas” (FELTRAN, 2008; 2012; TELLES, 2013; SINHORETTO, 2014), situado em dinâmicas mais complexas, com outras modalidades do chamado “mundo do crime” (MALVASI, 2012; MALVASI, 2015; SILVA, 2014; BATISTA, 2015). Assim, pudemos constatar que parte importante dos homicídios que vitimizam esses jovens está relacionada a contextos que vão muito além dos confrontos entre agentes do mercado de drogas ou das forças policiais contra eles.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARBOSA PEREIRA, A. Os “rolezinhos” nos centros comerciais de São Paulo: juventude, medo e preconceito”. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 14(1), pp. 545-57, 2016.
- BATISTA, L. G. *A grande cidade e a vida no crime: uma etnografia dos mercados do crime em uma periferia de São Paulo*. Dissertação (Mestrado em Antropologia) – Unicamp, Campinas, 2015.
- BRAS, J. M. F. *Funk ostentação na zona norte paulistana*. Dissertação (Mestrado em Comunicação) – Universidade Paulista, São Paulo, 2016.
- BRETAS, C. Z. B. A.; BORDONI, L. S. Correlação entre diferentes tipos de tatuagens e mortes violentas nas necropsias realizadas no Instituto Médico-Legal de Belo Horizonte, 2008-2011. *Brazilian Journal of Forensic Sciences, Medical Law and Bioethics*, 6(3): 297-319, 2017.
- CANDIL, A. L. Una lectura socio-antropológica sobre las sobredosis y los cortes en la piel. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 26(2): 549-68, 2016.
- CERQUEIRA, Daniel et al. *Atlas da Violência 2017*. Brasília: Instituto de Pesquisas Aplicadas (IPEA), 2017.
- DAYRELL, M.; CAIAFFA, W. T. Homicídios e consumo de drogas: breve revisão contextualizada em uma zona urbana metropolitana. *Revista Médica de Minas Gerais*, 22(3): 321-7, 2012.
- DAS, V. *Affliction: health, disease, poverty*. Nova York: Fordham University Press, 2015.
- DIAS, C. C. N. Estado e PCC em meio às tramas do poder arbitrário nas prisões. *Tempo Social*, v. 23, n. 2, p. 213-33, 2011.
- DOS SANTOS, Fábio Camilo Pellegrino et al. Morte súbita cardíaca em atletas. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, 14.4: 131-4, 2012.

EPELE, Maria. Entre la escucha y el escuchar: psicoanálisis, psicoterapia y pobreza urbana en Buenos Aires. *Physis. Revista de Saúde Coletiva*, 25: 798-818, 2015.

———. *Sujetar por la herida: una etnografía sobre drogas, pobreza y salud*. Buenos Aires, Paidós, 2010.

FELTRAN, Gabriel de Santis. O legítimo em disputa: As fronteiras do “mundo do crime” nas periferias de São Paulo. *Dilemas: Revista de Estudos de Conflito e Controle Social*, v. 1, n. 1, p. 93-148, 2008.

———. Governo que produz crime, crime que produz governo: o dispositivo de gestão do homicídio em São Paulo (1992-2011). *Revista Brasileira de Segurança Pública*, 6(2): 232-55, 2012.

FERNANDES, Luis. A construção social dos corpos periféricos. *Saúde e Sociedade*, 25(1): 70-82, 2016.

FONSECA, Claudia. Família, fofoca e honra: etnografia de relações de gênero e violência em grupos populares. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2000.

HEIDARI, Shirin et al. Equidade de sexo e gênero na pesquisa: fundamentação das diretrizes SAGER e uso recomendado. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 2017.

HORTA, Rogério Lessa et al. Lifetime use of illicit drugs and associated factors among Brazilian schoolchildren, National Adolescent School-based Health Survey (PeNSE 2012). *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 17, p. 31-45, 2014.

MALVASI, Paulo. *Interfaces da vida loka: um estudo sobre jovens, tráfico de drogas e violência em São Paulo*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública—Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 2012.

———. Além do consenso moral: o problema das drogas na perspectiva de jovens de periferias paulistas. *Revista Brasileira Adolescência e Conflitualidade*, n. 10, 2015.

MENENDÉZ. Eduardo L. De racismos, esterilizaciones y algunos otros olvidos de la antropología y la epidemiología mexicanas. *Salud Colectiva*, 5(2): 155-79, 2009.

PORTELA, Andrey; ANDRADE, Alexandre. Consumo de drogas lícitas e ilícitas por praticantes do esporte de aventura-es-calada em rocha. *Revista Digital*, Buenos Aires, v. 11, 2003.

PREFEITURA DE SÃO PAULO. *Igualdade racial em São Paulo: avanços e desafios*. São Paulo: Secretaria Municipal de Promoção da Igualdade Racial, 2015.

RAMOS, Paulo César. “Contrariando a estatística”: a tematização dos homicídios pelos jovens negros no Brasil. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2014.

SARTI, Cynthia Andersen. A família como espelho: um estudo sobre a moral dos pobres. São Paulo: Cortez Editora, 2003.

SILVA, José Douglas dos Santos. Políticas de quebrada e políticas estatais referentes aos homicídios em Luzia, São Paulo. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2014.

SINHORETTO, Jacqueline. Controle estatal e organização do crime em São Paulo. *DILEMAS*, 7 (1): 167-96, 2014.

TELLES, Vera da Silva et al. Ilegalismos e jogos de poder em São Paulo. *Tempo Social*, v. 22, n. 2, pp. 39-59, 2010.

TELLES, Vera da Silva. Prospectando a cidade a partir de suas margens; notas inconclusas sobre uma experiência etnográfica. *Contemporânea: Revista de Sociologia da UFSCar*, 3(2): 359-73, 2013.

TOLEDO, Fernanda Crossi Pereira de. Verificação do uso de cocaína por indivíduos vítimas de morte violenta na região bragantina – São Paulo. Tese de Doutorado Programa de Pós-Graduação em Toxicologia e Análises Toxicológicas. Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

WAISELFISZ, Julio Jacobo. Mapa da Violência 2016: Homicídios por Armas de Fogo no Brasil. Disponível em: www.mapadaviolencia.org.br/pdf2016/Mapa2016_armas_web.pdf. Acesso em: 17/03/2017.



A MACONHA COMO ESTRATÉGIA CONTRA A FISSURA DE CRACK

em usuários de um programa de
assistência social do estado de Pernambuco

✶ JOSÉ ARTURO COSTA ESCOBAR

(FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS ESUDA, RECIFE; GRUPO DE ESTUDOS SOBRE
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS, UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO)

RESUMO

O Programa de Atenção Integral aos Usuários de Crack e outras Drogas e seus familiares (Programa Atitude) atende pessoas que, no contexto pernambucano, fazem uso de crack com consumo compulsivo e baixa escolaridade e renda, em situação de rua e com ameaça de morte relacionada ao uso. Voltado para a assistência social de média e elevada complexidade, sem exigência de abstinência, observou-se o uso de maconha como estratégia para conter o desejo de usar crack. O estudo investigou temporalmente o impacto do uso de maconha sobre a fissura de crack em pessoas acolhidas institucionalmente pelo Programa Atitude. Foram realizadas entrevistas durante quatro semanas consecutivas, acompanhando os consumos semanais de substâncias. A fissura e os estados de ansiedade foram semanalmente mensurados pelo teste de fissura (CCQ-B) e pelo inventário de ansiedade de Beck, respectivamente. Os resultados apontaram redução de 17,6% dos valores de fissura e de 38,6% dos sintomas de ansiedade ao longo da observação. Os usuários concomitantes de maconha e crack apresentaram redução de 14,3% do escore de fissura, enquanto os usuários de crack que não fizeram uso de maconha acumularam aumento de 74%. Os valores obtidos de redução de fissura foram estatisticamente significativos quando relacionados ao uso de maconha. A redução de ansiedade apresentada pelos participantes pode ser atribuída à proteção social e ao acolhimento oferecidos pelo Programa, mas também se relacionou estatisticamente à diminuição do uso de crack. Estudos futuros sobre usos intencionais de maconha para a redução de danos e de fissura do crack devem ser encorajados.

INTRODUÇÃO

O uso de crack no Brasil tem sido objeto de grande atenção pública, o que em muito pode ser explicado pelas graves consequências sociais e individuais (NAPPO et al., 1996; DUAILLI-BI et al., 2008; NUTT et al., 2010; TAYLOR et al., 2012), às quais se somam os problemas relacionados ao tráfico de drogas (UNODC, 2017). O consumo de crack vem crescendo desde os anos 2000, com rápida dispersão de seu uso em todo o território brasileiro (BASTOS; BERTONI, 2014). Foi registrado o crescimento da proporção de usuários de crack na população brasileira de cerca de 100% em cinco anos, se observado o salto de 0,4% em 2001 para 0,7% em 2005, nos levantamentos domiciliares nacionais (BRASIL, 2009). Esse crescimento pode ter desacelerado, já que em 2012, em pesquisa nacional sobre o uso de crack realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), foi registrada a proporção de 0,81%. O crescimento do uso no Nordeste fez dessa região a de maior prevalência proporcional de consumidores de crack no país (BASTOS; BERTONI, 2014). No estado de Pernambuco, o consumo de crack aparece em apreensões policiais desde 2001 e, a partir de 2005, há uma multiplicação de “bocas de crack” e um aumento progressivo de apreensão da droga tanto em quantidade absoluta como na proporção em comparação com a apreensão de outras drogas, como a maconha (CASTRO-NETO et al., 2013). Entretanto, se tomarmos como indicador o volume de apreensões policiais, há indícios de estabilização do consumo, como apontado em investigação sobre apreensões de crack em Pernambuco, após o ano de 2012 (FREITAS, 2016).

Nesse contexto de aumento da importância do crack no debate público, o governo federal brasileiro adotou um conjunto de medidas reunidas no programa “Crack: é possível vencer” (BRASIL, 2010; 2011), no que foi seguido pelo governo de Pernambuco (PERNAMBUCO, 2010; 2011; 2013). A inovação, em Pernambuco, consistiu na atuação sobre o contingente populacional mais vulnerável, cujo perfil atende aos requisitos de Proteção Social Especial – no campo da assistência social, e com elevada necessidade de intervenções em saúde, empregabilidade e formação profissional (BASTOS; BERTONI, 2014; CARVALHO; PELLEGRINO, 2015; RATTON; WEST, 2016; SANTOS et al., 2016; EVANS, 2017).

A rede socioassistencial de Pernambuco identificou entre a população de rua um número elevado de pessoas usuárias de crack, cujos vínculos familiares e/ou comunitários se encontravam rompidos, frequente padrão *binge* de consumo da droga e

elevada compulsão e envolvimento em diversos crimes, inclusive crimes violentos letais e intencionais (CVLI). Esse perfil de vulnerabilidade repete-se no tempo (NAPPO et al., 1996), relativamente independente do espaço sociocultural (NEALE; ROBERTSON, 2004; EMCDDA, 2006; FALCK et al., 2008; SANTOS, 2013; SANTOS et al., 2016), com elevado risco de morte por violência (DIAS et al., 2008; RATTON; WEST, 2016). Tal peculiaridade levou o Programa de Segurança Pública do Estado – Pacto pela Vida (PPV) a elaborar uma estratégia que pudesse proteger as pessoas usuárias de drogas em vulnerabilidade social extrema e com risco de exposição à morte. Estudos apontam que o PPV contribuiu para uma redução de índices de violência no estado no período de 2007 a 2013. Por exemplo, a taxa de homicídios decaiu de 55 para 33 por 100 mil habitantes (número de abril de 2014). Em 2010, foram incluídas no PPV políticas públicas sobre drogas com foco na redução dos índices de violência entre os usuários de substâncias, o que culminou, em 2011, com a criação do Programa Atitude. A partir de 2013, observou-se um aumento nos índices de violência e de homicídios em Pernambuco (42,4/100 mil em junho/2016), o que alguns autores creditam, em parte, à deterioração das ações de prevenção e desinvestimento do Pacto pela Vida, com consequências sobre a qualidade e execução do Programa Atitude (AAPOG, 2013; RATTON et al., 2014; ANDRADE et al., 2017; ASSIS; RICARDO, 2017).

A estratégia do PPV em Pernambuco para o público vulnerável à violência por conta de dívidas com drogas, situação de rua, criminalidade e rompimento de vínculos deu origem ao Programa Atitude (WEST, 2016). O programa foi tipificado de acordo com os serviços socioassistenciais e acoplado ao Sistema Único de Assistência Social, oferecendo uma série de serviços de baixa exigência, isto é, que não condicionam o atendimento à abstinência ou apresentação de documentação. A perspectiva metodológica é orientada pela redução de danos (RD), na medida em que prioriza a atuação junto às pessoas que usam drogas com o objetivo de reduzir os danos associados a essa prática, sendo o usuário considerado agente ativo e corresponsável em suas escolhas e seu projeto de vida. O pressuposto da RD é que essa atuação possibilita aproximação e vinculação baseadas em aceitação da condição dos atendidos, reduzindo os estigmas sociais. Entre os serviços ofertados, encontram-se casas de passagem, acolhimento institucional, aluguel social, atendimento psicossocial e ações de prevenção no território para a população usuária de crack e outras drogas (PERNAMBUCO, 2013).

As consequências negativas associadas ao uso de crack criam uma série de dificuldades para as políticas públicas, desde a adesão aos tratamentos e a outras intervenções pelo usuário e seu entorno familiar e comunitário (NEALE; ROBERTSON, 2004; MORAES; SILVA, 2011; RATTON; WEST, 2016) até prejuízos à saúde e impactos nas relações sociais (DI SCLAFANI et al., 2002; FEIN et al., 2002; HAASEN et al., 2005; RODRIGUES et al., 2006; PRELLER et al., 2014; VONMOOS et al., 2013). As especificidades da dependência do crack entre sujeitos com histórico de vulnerabilidade social e pobreza (FARRAH et al., 2006; HURT et al., 2009; BETANCOURT et al., 2011; SOUZA, 2016) exigem um olhar cuidadoso, pautado nos direitos humanos, no cuidado assistencial e na atenção integral. Essas são as perspectivas apontadas como diretrizes do Programa Atitude e do seu procedimento ético-metodológico (BRASIL, 2003; 2004; PERNAMBUCO, 2011; 2013; RATTON; WEST, 2016; WEST, 2016).

Diversos estudos conduzidos no contexto do Programa Atitude apontam-no como uma abordagem bem-sucedida e avaliada como muito satisfatória pelos pesquisados. Ratton e West (2016) registraram nota 8 ou superior atribuída ao programa por 77% dos entrevistados. Também se registrou redução do padrão de consumo diário de crack, exibido por 82% das pessoas no momento da admissão no serviço e decaindo para 22% logo após o acolhimento. Ademais, esses autores observaram que 38,4% evoluíram para a abstinência com a intervenção do programa. O controle de infecções (HIV, tuberculose e sífilis) no serviço foi ampliado devido a pesquisa de Santos et al. (2016), que registrou taxas elevadas de 6,9% de soropositivos e 29,8% de sífilis, em testes realizados em 1 062 usuários do programa entre 2014 e 2015. As autoras também observaram queda significativa do número de pedras usadas por dia, de 24,5 para 9. Escobar et al. (2015), em estudo longitudinal, observaram o aumento do intervalo em dias de uso de crack (de 7 para 38 dias) em cerca de 80 dias de acompanhamento, além de também aferirem a diminuição do número de pedras consumidas, tanto no regime extensivo do programa como no intensivo. Porém, reduções de sintomas de ansiedade e de depressão foram de 40,5% e 35%, respectivamente, apenas para os acolhidos em regime intensivo. Os autores não observaram diminuições nesses mesmos índices no regime extensivo durante o período observado, um indício, talvez, da importância do acolhimento institucional e da moradia para a organização e a saúde mental.

Os estudos realizados no âmbito do Programa Atitude trazem, ainda, alguns dados sobre inserção social, como participação em cursos de qualificação profissional e acesso à empregabilidade formal ou informal. Também há alguns indícios positivos de proteção social entre os beneficiários, como, diminuições no número de ameaças e de exposição à situação de rua, e também o restabelecimento de vínculos familiares e comunitários (SANTOS et al., 2016), o que rendeu alguma atenção internacional ao programa (CARVALHO E PELLEGRINO, 2015; EVANS, 2017). Entretanto, inexistem estudos específicos que permitam avaliar e aprofundar esse tipo de resultado e de eficácia de variáveis sociais no Programa Atitude (ESCOBAR et al., 2015; RATTON; WEST, 2016; EVANS, 2017).

A substituição ou o uso paralelo de maconha e de outras drogas como estratégia de controle, individual ou associada a alguma intervenção heteronômica, dos efeitos psíquicos (compulsão, paranoia e fissura, por exemplo) e de problemas sociais relacionados ao uso (como roubos, furtos e outras violências) tem sido relatada em contextos clínicos ou não (LABIGALINI et al., 1999; RIBEIRO et al., 2010; CHAVES et al., 2011; PEREIRA; WURFEL, 2011; GONCALVES; NAPPO, 2015). Em Escobar (2015), foram registrados usos de diversas drogas (maconha, álcool, cola de sapateiro, tabaco) como formas para reduzir danos associados ao crack pelos acolhidos no Programa Atitude, cuja eficácia foi autorrelatada por parte dos entrevistados. Nesse mesmo estudo, a maconha apareceu como a substância de preferência e mais largamente utilizada para a promoção de mudanças comportamentais, como acalmar-se e aliviar-se de sintomas de abstinência e de fissura, além de provocar alterações de pensamentos recorrentes e negativos (ESCOBAR, 2015).

Em outros contextos, como no uso medicinal de maconha e derivados, substâncias de baixa toxicidade são utilizadas para o tratamento de dores crônicas e como forma de reduzir a morbidade e mortalidade do uso de opioides e outras drogas prescritas para a dor (COLLEN, 2012). No Canadá, pacientes que utilizam maconha medicinal para diversas patologias têm relatado a substituição de drogas lícitas (medicamentos, álcool e tabaco, por exemplo) e ilícitas, de acordo com *surveys* realizados (REIMAN, 2009; LUCAS et al., 2013; LUCAS et al., 2016). Também no contexto canadense, Socías et al. (2017) demonstraram que o uso intencional de maconha por dependentes foi capaz de interferir significativamente na frequência de uso de crack, e que a própria frequência do consumo de maconha foi posteriormente reduzida. Tais resultados assemelham-se aos en-

contrados por Labigalini et al. (1999) com dependentes de crack em tratamento no Brasil. Assim, foi objetivo deste estudo investigar se há impacto do uso concomitante de maconha sobre a sensação de fissura pela abstinência de crack entre os acolhidos pelo Programa Atitude.

MÉTODO

Tratou-se de uma investigação quantitativa e descritiva do tipo longitudinal, ou seja, que acompanhou as mesmas pessoas em momentos diferentes desde seu acolhimento. O estudo foi conduzido com 62 pessoas usuárias de crack atendidas em dois núcleos do Programa Atitude, localizados nas cidades de Recife e de Jaboatão dos Guararapes, ambos na Região Metropolitana do Recife.

Dois diferentes regimes ofertados pelos serviços de acolhimento serviram de interesse para o estudo: 1) *pernoite*, no qual o indivíduo é admitido no serviço e passa a pernoitar de modo temporário como resposta a necessidades urgentes de afastamento do território por situações de ameaça e de violência. Esse regime é ofertado na modalidade *casa de passagem* e produz um contexto mais dinâmico e com elevada rotatividade; 2) *acolhimento intensivo*, no qual o indivíduo pode permanecer até seis meses em unidade especializada, em espaços previstos para trinta indivíduos de ambos os sexos, ou, em outra modalidade, para vinte mulheres e seus filhos, na unidade de acolhimento intensivo feminina. Esses espaços apresentam permanência mais estável dos acolhidos, ou seja, com menor rotatividade.

Os critérios de inclusão na amostra desta investigação foram a faixa etária (maior de dezoito anos), a forma de admissão (regimes do pernoite ou acolhimento intensivo), o uso recente de crack (ter utilizado ao menos uma vez nos dez dias anteriores à admissão) e o tempo de vinculação ao programa (ter sido admitido no máximo sete dias antes da primeira entrevista). Além desses critérios, foram excluídos da investigação aqueles que não completaram a primeira entrevista (seis exclusões, por motivos de recusa/desistência antes ou durante a entrevista). A Tabela 1 apresenta a distribuição dos entrevistados de acordo com os núcleos do programa e os regimes em que se encontravam.

[Tabela 1] Distribuição dos entrevistados incluídos no estudo nas unidades do Programa Atitude conforme local, tipo de acolhimento e sexo

TIPO DE ACOLHIMENTO	NÚCLEO DO PROGRAMA ATITUDE				TOTAL
	RECIFE		JABOATÃO DOS GUARARAPES		
	FEMININO	MASCULINO	FEMININO	MASCULINO	
Intensivo	12	6	3	15	36
Pernoite	1	14	1	10	26
Total	13	20	4	25	62

INSTRUMENTOS DE PESQUISA

A aplicação do questionário para identificação do perfil sociodemográfico e de prevalência do uso de drogas foi realizada na primeira entrevista. Os instrumentos de pesquisa para identificar o padrão de consumo de substâncias e ansiedade foram reaplicados nas entrevistas semanais de acompanhamento.

CCQ-B – Teste de Fissura de Crack (Cocaine Craving Questionnaire-Brief): foi aplicada a versão brasileira desse instrumento, especialmente adaptada e validada para o uso de crack (ARAÚJO et al., 2008; ARAÚJO et al., 2010; ARAÚJO et al., 2011). Este é um teste de aplicação rápida e objetiva, medido em escala do tipo Likert de 7 pontos (“discordo totalmente” até “concordo totalmente”), contendo 10 questões definidas para o valor de fissura (*craving*) de crack e a falta de controle sobre o uso. Os valores do escore total são classificados no teste em 4 graus de gravidade: mínimo (0 a 11), leve (12 a 16), moderado (17 a 22) e grave (23 ou mais pontos).

BAI – Inventário de Ansiedade de Beck (Beck Anxiety Inventory): o BAI é um teste igualmente objetivo, validado e muito utilizado no Brasil (CUNHA, 2001). Tem 21 questões que buscam mensurar, no intervalo de uma semana, a intensidade de sintomas de ansiedade em 4 tipos: mínimo (0 a 10), leve (19 a 20), moderado (20 a 30) e grave (31 ou mais pontos).

DELINEAMENTO DA COLETA E ANÁLISE DE DADOS

A amostra foi selecionada por conveniência e os convites aos participantes foram feitos em apresentações sobre a pesquisa nas unidades do programa, de forma coletiva. As pessoas que voluntariamente se dispuseram a participar foram entrevistadas

individualmente, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foi informada de maneira destacada a possibilidade de abandono da pesquisa a qualquer momento e sem nenhum ônus para a pessoa.

Cada participante foi acompanhado e entrevistado uma vez por semana durante o período total de um mês, entre abril e maio de 2017. As entrevistas foram feitas em dias fixos da semana em cada unidade do Programa Atitude. As entrevistas foram individuais, duraram entre vinte e quarenta minutos e foram realizadas por entrevistadores treinados, utilizando-se de mesas e cadeiras dispostas no pátio ou no refeitório das unidades.

Os dados foram analisados por meio do SPSS v. 20, com testes descritivos e de frequências na análise exploratória. Foram realizadas correlações de Spearman entre as variáveis para exploração dos dados. A partir das análises correlacionais, foi realizado o teste de Wilcoxon para comparação pareada das variáveis relacionadas. Testes de Kruskal-Wallis foram realizados para análise de variância das variáveis independentes. O nível de significância adotado no estudo foi de 5%, como limite de probabilidade para identificar as diferenças entre grupos (COUTINHO; CUNHA, 2005).

RESULTADOS

PERFIL DA AMOSTRA

Participaram do estudo um total de 62 pessoas, com idade média de 28,3 anos ($dp = 6,5$; variação de 19 a 49 anos), constituída primordialmente de jovens (até 29 anos; 72,6%). A proporção de mulheres foi de cerca de um quarto da amostra (27,4%) e, com relação a raça/cor, 88,7% se consideraram negros (27,4%) ou pardos (61,3%), sendo os 11,3% restantes autodeclarados brancos.

A maior parte dos entrevistados não finalizou o ensino fundamental (71%). Destes, 91% concluíram até o 8º ano do ensino fundamental (considerando o ensino fundamental de 9 anos), e a moda observada foi o abandono escolar no 6º ano (42%). Apenas 4,8% concluíram o ensino médio.

Em relação à filiação religiosa, 31% informaram não possuir ou frequentar nenhuma religião. Entre os demais, 64% se declararam cristãos (protestantes, católicos e espíritas) e 4,9% disseram possuir religião de base africana ou outra.

Apenas 14,5% das pessoas informaram nunca terem vivido em situação de rua. O tempo médio de situação de rua foi de 42,3 meses ($dp = 48$ meses), com moda observada de 12 meses. Entre os demais, 14% informaram ter ficado no máximo até 3 meses em situação de rua, sendo que a maioria (71,5%) apre-

sentou mais de 1 ano. A renda mensal média foi de R\$ 204,00 (dp = 313,00), abrangendo cerca de 80% da amostra. Menos de 7% dos atendidos apresentaram renda maior do que um salário mínimo (R\$ 954,00, em 2018).

Mais de 61% dos entrevistados encontravam-se endividados com o tráfico de drogas, com valor médio de R\$ 1 301,00 (dp = 1440,00). No total 77% informaram já terem sido ameaçados por dívidas com crack, mas apenas 41,4% afirmaram estarem sob ameaça no momento. Os valores das dívidas variaram de R\$ 20,00 a R\$ 1 000,00 reais para 65,8% dos entrevistados, e cerca de 20% apresentavam dívidas com valores superiores a R\$ 2 000,00.

A maioria dos participantes do estudo disse que já havia frequentado anteriormente o Programa Atitude, com taxa de readmissão média de 3,6 (dp = 3,3) atendimentos anteriores. Cerca de 37% disseram estar no programa pela primeira vez e número de readmissões maior do que 3 vezes foi relatado por 29% dos participantes. Por readmissão foi considerada toda reentrada da pessoa no serviço após alta (por conclusão de PIA – plano individual de atendimento –, administrativa, ou a pedido), abandono, avaliação técnica ou afastamentos superiores a 30 dias.

O grau de satisfação com o programa foi classificado como bom ou muito bom por 70% dos atendidos. Apenas uma pessoa classificou o programa como ruim. Na atribuição de uma nota entre 0 e 10, foi observada nota média de 8,8 (dp = 1,8). A Tabela 2 sistematiza os resultados apresentados.

[Tabela 2] Dados sociodemográficos dos entrevistados do Programa Atitude participantes do estudo, 2017

PADRÃO DE USO DE SUBSTÂNCIAS

VEARIÁVEIS	N. VÁLIDO	%	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	FAIXA
<i>Idade</i>	62	100	28,27	6,54	19 a 49
<i>Sexo</i>	1				
<i>Feminino</i>	17	27,4			
<i>Masculino</i>	45	72,4			
<i>Raça/cor</i>	1	17			
<i>Negra</i>	17	27,4			
<i>Parda</i>	38	61,3			
<i>Branca</i>	7	11,3			

Escolaridade					
	1				
Não sabe ler	1	1,6			
Ensino fundamental incompleto	43	69,4			
Ensino fundamental completo	2	3,2			
Ensino médio incompleto	12	19,4			
Ensino médio completo	3	4,8			
Ensino superior	1	1,6			
Religião					
Nenhuma	19	31,1			
Catolica	13	21,3			
Protestante	18	29,5			
Espírita	8	13,1			
Matriz africana	1	1,6			
outra	2	3,3			
Vivência anterior em situação de rua	38	61,3			
Não	9	14,5			
Sim	53	85,5			
Tempo de vivência na rua	49	79	42,37	48,14	1 a 216
Renda mensal (últimos 30 dias)	58	93,5	204,36	313,56	0 a 1130
Valor de dívida atual com crack	38	61,3	1301,32	1440,29	20 a 6000
Ameaça anterior por dívida	12	19,4			
Não	13	21,3			
Sim	48	78,7			
Ameaça no momento por dívida					
Não	19	42,2			
Sim	26	57,8			
Atendimento anterior no Programa Atitude					
Não	23	37,1			
Sim	39	62,9			
Quantidade de atendimentos anteriores	38	61,3	3,63	3,40	1 a 17
Grau de satisfação com o Programa Atitude					
Ruim	1	1,7			
Razoável	19	31,7			
Bom	17	28,3			
Muito bom	23	38,3			

Ameaça no momento por dívida					
Não	19	42,2			
Sim	26	57,8			
Atendimento anterior no Programa Atitude					
Não	23	37,1			
Sim	39	62,9			
Quantidade de atendimentos anteriores	38	61,3	3,63	3,40	1 a 17
Grau de satisfação com o Programa Atitude					
Ruim	1	1,7			
Razoável	19	31,7			
Bom	17	28,3			
Muito bom	23	38,3			
Nota atribuída ao Programa Atitude	60	96,8	8,87	1,80	5 a 10

O uso de substâncias pelos participantes mostrou-se precoce para tabaco, maconha e álcool, com média de iniciação entre 13 e 14 anos de idade. Os contatos mais precoces foram encontrados para uso de maconha e crack, aos 5 e 6 anos, respectivamente. Entretanto, o álcool e o tabaco foram as substâncias mais comumente consumidas na infância (Tabela 3).

[Tabela 3] Médias de idades de iniciação de uso de diversas substâncias entre os entrevistados do Programa Atitude, 2017

IDADE DO PRIMEIRO USO	N	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	MODA	MÍN.	MÁX.	INÍCIO ATÉ OS 10 ANOS %
Crack	59	18,8	6,1	17	6	41	3,4
Tabaco	53	13,7	4	13	9	37	13,2
Maconha	61	14,3	3,5	15	5	33	6,6
Álcool	52	14,5	3,5	18	9	28	15,4
Inalantes	46	17,4	6,8	15	11	47	0
Solventes	36	18	6,5	13	8	35	5,6
Cocaína	38	20,3	7,1	16	13	43	0
Alucinógenos	8	21,1	4,5	20	16	29	0
Heroína ou similares	2	22,5	3,5	-	20	25	0
Sedativos	35	23	8,3	20	13	47	0
Estimulantes	6	28	10,4	-	15	47	0

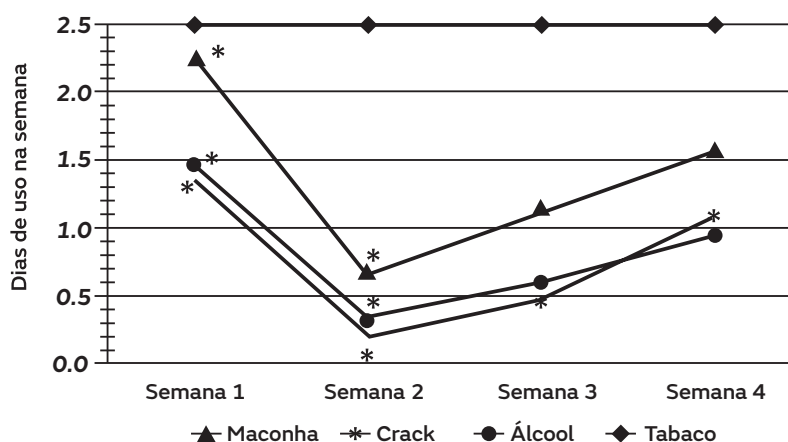
Os padrões de consumo semanal para crack, maconha e álcool apresentaram diminuição no número de dias utilizados na semana após a primeira entrevista (Figura 1). Os acompa-

nhamentos nas semanas 3 e 4 apontam para um padrão de elevação do consumo de forma gradual para todas as substâncias analisadas. Testes de Wilcoxon apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre as quedas de consumo apenas quando comparadas a semana 1 com a semana 2, para o crack ($Z = -3,101$; $p = 0,002$), maconha ($Z = -2,989$; $p = 0,003$) e álcool ($Z = -2,505$; $p = 0,012$). As quedas registradas nesse intervalo foram de 85,7%, 73,2% e 77,4%, respectivamente. Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa para a queda de consumo de tabaco. Também não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os demais intervalos para todas as substâncias medidas. Apesar do aumento gradual do consumo nas semanas 3 e 4, as medidas na quarta semana ainda apresentaram padrão menor do que o encontrado inicialmente, nos valores de 18,8% para o uso de crack, 30% para a maconha e 34,2% para o álcool.

[Figura 1] Médias e padrão de consumo semanal de substâncias psicoativas (dias) entre os entrevistados do Programa Atitude, 2017 ($p < 0,05$)

ANSIEDADE E FISSURA DE CRACK

Os escores totais de sintomas de fissura (CCQ-B) apresen-



taram queda gradual durante as semanas de acompanhamento, já as medidas de ansiedade (BAI) apresentaram uma queda abrupta entre a primeira e a segunda semana de entrevista, mantendo-se estável nas duas últimas semanas. A diminuição dos escores de ansiedade foi mais acentuada, mantendo-se em cerca de 39% de redução desde a semana 1. A fissura diminuiu paulatinamente até um total de 17,6% de redução em relação aos valores de base (Figura 2).

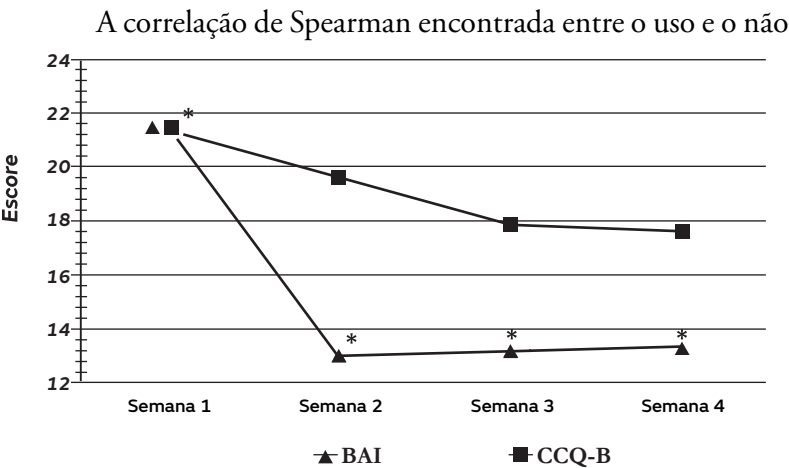
Considerando a escala atribuída ao teste de fissura pelo uso de crack, as médias obtidas pelos participantes se situaram em todo o período observado em gravidade moderada, mesmo

com a redução. Testes de Wilcoxon, comparando os valores nas diferentes semanas, não apresentaram diferenças estatísticas entre os intervalos de tempo.

Os escores totais médios obtidos no inventário de ansiedade de Beck se apresentaram na primeira semana como de gravidade moderada e descenderam a um patamar classificado como leve a partir da segunda semana, permanecendo assim em todo o período restante de acompanhamento. Os testes de Wilcoxon mostraram diferenças fortemente significativas entre as médias da semana 1 quando comparadas com as da semana 2 ($Z = -3,049$; $p = 0,002$), da semana 3 ($Z = -3,084$; $p = 0,002$) e da semana 4 ($Z = -3,150$; $p = 0,002$). Não foram observadas outras diferenças estatisticamente significativas nos demais intervalos semanais (semana 2 versus semana 3, e semana 3 versus semana 4).

Observando as correlações mais fortemente encontradas e de acordo com o objetivo do estudo, foram realizadas análises de variância por meio do teste de Kruskal-Wallis entre os índices de fissura de crack e de ansiedade *versus* os consumos de crack e de maconha nas diferentes semanas de acompanhamento. Comparamos os escores semanalmente obtidos nos testes de ansiedade e de fissura entre grupos de pessoas que fizeram uso de maconha ou de crack *versus* aqueles que não o fizeram na semana. Para realizar tais análises, as variáveis contínuas “quantidade de dias de semana de consumo de substâncias” (crack e maconha) foram transformadas em variáveis dicotômicas com as variáveis “uso semanal de substância” (crack e maconha; sim ou não), e utilizadas nas análises.

[Figura 2] Médias dos escores totais do inventário de ansiedade de Beck e do teste de fissura de crack entre os entrevistados do Programa Atitude, 2017 ($p < 0,05$)



uso de crack para a medida de fissura se apresentou diretamente proporcional e estatisticamente significativa apenas na semana 4

($Rho = 0,646$; $p = 0,001$). Na semana 1, a diferença dos escores no teste de fissura entre os dois grupos de usuários foi de apenas 3,8%. Entretanto, já na semana 4, as pessoas que fizeram uso de crack apresentaram elevação do escore de ansiedade de 9,5% em relação à condição inicial, enquanto aqueles que não fizeram uso de crack tiveram redução de 40% desse escore. Diferença estatisticamente significativa entre as médias observadas na semana 4 foi encontrada no teste de Kruskal-Wallis ($X^2 = 6,795$; $p = 0,009$). Esse achado parece indicar que aqueles que conseguem abandonar o uso de crack ou manter a abstinência na semana podem apresentar uma queda gradual dos sintomas de fissura, cuja diferença entre os escores se tornou perceptível ao longo de um mês.

Foram encontradas correlações de Spearman estatisticamente significativas entre as médias obtidas de ansiedade tanto para quem fez como para quem não fez uso semanal de crack. Foram observadas correlações diretamente proporcionais com as medidas de ansiedade em quase todo o período acompanhado, estatisticamente significativas para a semana 2 ($Rho = 0,380$; $p = 0,021$), a semana 3 ($Rho = 0,416$; $p = 0,022$) e a semana 4 ($Rho = 0,420$; $p = 0,041$). As reduções observadas entre os dois grupos (uso semanal de crack *versus* não uso) foram equivalentes no tempo, acumulando quedas nos escores de ansiedade na semana 4 de 37,8% e 34,9%, respectivamente. O teste de Kruskal-Wallis apresentou diferença estatisticamente significativa apenas para as médias obtidas na semana 1 ($X^2 = 4,720$; $p = 0,030$). Assim, apesar de reduções similares no curso do tempo (inicial *versus* final; semana 1 *versus* semana 4) entre as duas condições de uso e não uso de crack, as pessoas que não usaram crack na semana 1 apresentaram escore inicial 35,9% menor, diferença que não se manteve nas semanas subsequentes. A Tabela 4 sumariza as médias encontradas nos testes de ansiedade e de fissura para o uso e não uso semanal de crack durante o período de acompanhamento.

[Tabela 4] Médias e desvios padrão considerando o uso de substâncias (crack e maconha: sim, não) versus índices de fissura e ansiedade obtidos semanalmente entre os entrevistados do Programa Atitude, e diferenças de escores entre a semana 1 e a semana 4, 2017 ($p < 0,05$ – teste de Kruskal-Wallis)

USO DE SUBSTÂNCIA			CCQ-B					BAI				
			S1	S2	S3	S4	S1-S4(%)	S1	S2	S3	S4	S1-S4(%)
Crack	Sim	Média	21	14,2	19,9	23*	9,5	26,2*	23,8	18,4	16,3	-37,8
		DP	10,5	5,5	9,1	12,2		16,6	20,4	14,3	9,6	
	Não	Média	21,8	20,6	16,7	12,9*	-40,8	16,8*	11	10,3	10,8	-34,9
		DP	11,3	10,5	11,6	9,4		11,6	12,2	8,3	10,3	
Maconha	Sim	Média	20,3	15,9%	14,9	16,1	-20,7	23,9*	30	13	13,4	-44
		DP	10,9	8,7	8,4	10		15,3	14,5	11,6	8,5	
	Não	Média	25	22,9%	22	20,7	-17,2	14,8*	12,1	13,4	13,1	-11,5
		DP	10,2	10,4	12,5	14,8		12,2	14,3	11,3	13,3	

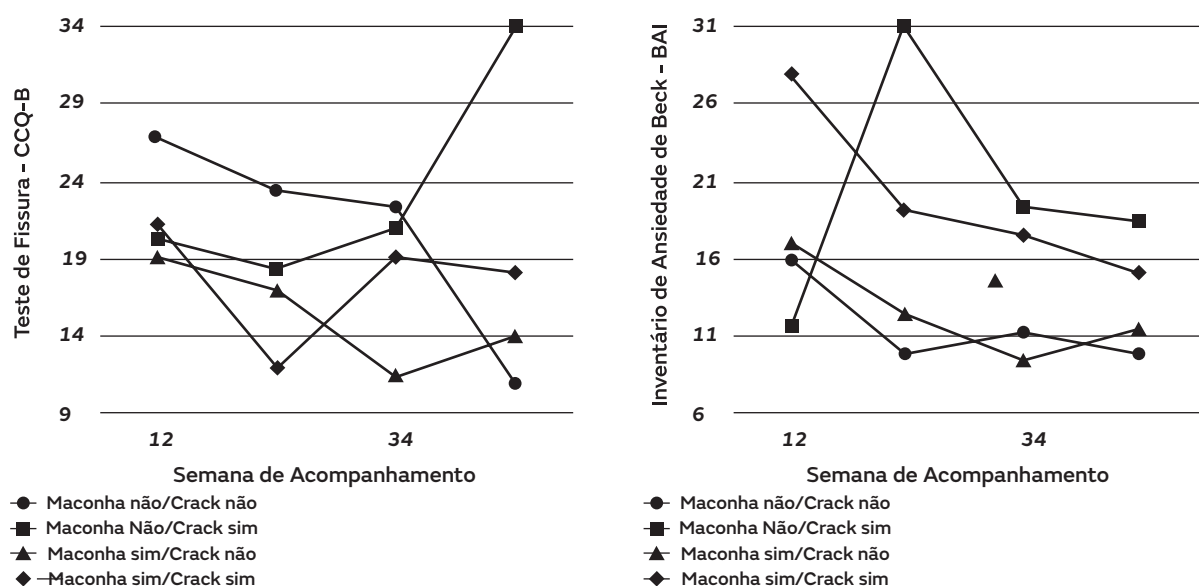
As correlações de Spearman para o escore de fissura de crack entre as pessoas que fizeram e não fizeram uso semanal de maconha foram inversamente proporcionais e estatisticamente significativas para a semana 1 ($Rho = -0,320$; $p = 0,039$), a semana 2 ($Rho = -0,419$; $p = 0,012$) e a semana 3 ($Rho = -0,381$; $p = 0,029$). As pessoas que não usaram maconha na semana 1 apresentaram nível de fissura 23% maior do que as que usaram. Ao final na semana 4, as que não fizeram uso de maconha e as que fizeram acumularam redução da fissura de 17,2% e 20,7%, respectivamente. Foi encontrada diferença estatisticamente significativa pelo teste de Kruskal-Wallis entre as médias dos escores no teste de fissura para uso e não uso semanais de maconha apenas na semana 2 ($X^2 = 4,310$; $p = 0,038$). Há indícios, por esse achado, de que o uso de maconha pode contribuir para a diminuição das sensações iniciais da fissura de crack.

O uso e o não uso semanal de maconha não apresentaram correlações de Spearman estatisticamente significativas para nenhum dos intervalos semanais estudados para as medidas de ansiedade. Entretanto, foi observada diferença estatisticamente significativa pelo teste de Kruskal-Wallis entre as médias obtidas na semana 1 ($X^2 = 4,241$; $p = 0,039$). O escore de ansiedade foi 38% menor entre aqueles que não fizeram uso de maconha na semana. A queda acumulada entre os que não fizeram uso de maconha até a semana 4 foi de 11,5%. Já a redução da ansiedade entre os que fizeram uso semanal de maconha foi de 44%, sendo que ambos os grupos de uso e não uso tiveram escores semelhan-

tes de ansiedade no final da semana 4. As médias referentes aos testes de fissura e de ansiedade obtidas nas diferentes semanas de observação podem ser visualizadas na Tabela 4.

A estratificação da amostra de acordo com a sobreposição de uso e de não uso de maconha e/ou crack durante as semanas de acompanhamento permitiu uma melhor visualização do impacto do uso da maconha na associação com o consumo de crack, como se observa na Figura 3. Apenas as pessoas que usaram crack semanalmente durante o período acompanhado apresentaram um aumento médio de nível de fissura de 74,1% na semana 4. O não uso de nenhuma das substâncias (crack e maconha) acarretou um melhor resultado, com redução acumulada da medida de fissura de 59,1%. Usar maconha não levou a aumentos nos escores de fissura, seja ou não associada com uso de crack, com quedas acumuladas de 33,2% e 26,7%, respectivamente. Como já observado, o impacto do uso de maconha na medida de fissura na semana 2 apresentou médias diferentes entre os que fizeram uso ou não, ambas estatisticamente significativas (Tabela 4). Na Figura 3, é possível perceber uma redução mais brusca na semana 2 entre aqueles que fizeram uso concomitante de maconha e crack, observada a queda de 56,8% na medida de fissura, o que aponta para a possibilidade de um impacto mais imediato, de curto prazo, da maconha na diminuição da fissura.

[Figura 3] Médias dos escores totais do inventário de ansiedade de Beck e do teste de fissura de crack por estratificação da sobreposição de uso de maconha e crack entre os entrevistados do Programa Atitude, 2017



Na Figura 3, também é possível observar que a abstinência de crack, para pessoas que usaram ou não maconha, esteve associada a reduções na medida de ansiedade entre 33,6% a 38,4%. As pessoas que fizeram uso concomitante de maconha e crack acumularam uma queda, na semana 4, de 46,4%. As que fizeram apenas uso de crack no período acompanhado foram as mesmas que exibiram o menor valor de ansiedade na condição inicial (semana 1), apresentando um aumento de 176,6% na semana 2, que decaiu também abruptamente na semana 3 e, ao fim da semana 4, ainda apresentava um aumento acumulado de 59,6% no nível de ansiedade. É importante observar, ainda na Figura 3, que as pessoas que usaram exclusivamente o crack no período acompanhado exibiram piores dos índices de fissura na semana 4 quando comparadas com as condições iniciais na semana 1, com aumento acumulado de sintomas de fissura em 74% do valor de base.

Discussão

Desde a publicação do estudo de Labigalini et al. (1999), que observou os efeitos do uso intencional de maconha entre pessoas usuárias de crack que desejavam controlar a ansiedade e a fissura pela substância, resultado alcançado por 68% dos acompanhados, muita atenção tem sido dada a esse fenômeno. Os autores chamaram a atenção para os aspectos culturais relacionados aos usos de substâncias, destacando o papel integrativo que o uso de maconha, naquele contexto, teve nas pessoas em tratamento no Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes (Proad), da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Os achados abriram espaço para o desenvolvimento de novas discussões sobre a importância do uso de maconha no manejo clínico das dependências.

Com um perfil de uso de drogas disfuncional (NAPPO et al., 1996; CHAVES et al., 2011; BASTOS; BERTONI, 2014; SANTOS et al., 2016), muitos dos atendidos pelos programas governamentais apresentam elevada vulnerabilidade social, sofrimentos familiares e comunitários, além de problemas socioeconômicos territorialmente localizados (RATTON; WEST, 2016). No estado de Pernambuco, a perspectiva adotada no âmbito do Programa Atitude foi alinhada com a Política Nacional de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas, que considera a redução de danos uma referência conceitual e estratégica para a política de segurança estadual, esta focalizada na redução de crimes violentos letais e intencionais (CVLI) para pessoas vulneráveis devido ao uso de drogas (RATTON et al., 2014; RAT-

TON; WEST, 2016; WEST, 2016).

Atendendo um público cuja pobreza e vulnerabilidade são características (RATTON; WEST, 2016; SANTOS et al., 2016), o Programa Atitude tem como um de seus objetivos promover a diminuição da exposição ao risco de pessoas vulneráveis por meio de suporte socioassistencial e de acolhimento. Neste estudo observamos que as pessoas readmitidas buscaram novamente o serviço antes de evoluírem para outra situação de ameaça. A busca pelo programa pode ser igualmente motivada pela sua capacidade de promover queda drástica do uso de crack (ESCOBAR et al., 2015; RATTON; WEST, 2016; SANTOS et al., 2016), evento também observado no presente estudo, possibilitando formas de autocontrole e de manejo das pessoas que fazem uso da substância. Além disso, o programa apresenta uma série de atividades que visam reintroduzir o sujeito em redes relacionadas à saúde, à cidadania e à empregabilidade, mas cujo impacto ainda demanda investigação sistemática.

Nos resultados encontrados, a queda de sintomas de ansiedade teve relação direta com a diminuição do uso de crack. Entretanto, outros fatores devem ser considerados, como a influência do espaço de proteção que o acolhimento institucional promove, afastando as pessoas das fontes promotoras de ansiedade (ameaças e situação de rua, por exemplo). Outro fator a ser considerado pode ser o efeito indireto da maconha sobre a ansiedade. Muito embora no presente estudo não se tenham observado efeitos ansiolíticos ou ansiogênicos relacionado ao uso da maconha, ambos os efeitos são relatados na literatura (VIVE-ROS et al., 2005; CRIPPA et al., 2009; SCHIER et al., 2012). Neste estudo não houve controle sobre variáveis relacionadas à composição dos canabinoides na maconha utilizada pelos entrevistados, uma limitação importante para o estudo do uso e as relações com a ansiedade, uma vez que é sabido que a concentração de canabinoides como o canabidiol ou THC pode interferir no caráter mais ansiolítico ou promotor de ansiedade, respectivamente (MALCHER-LOPES, 2014). Embora efeitos do uso de maconha aqui observados nas reduções encontradas sobre a fissura possam ter interferido no padrão de uso de crack entre as pessoas participantes do estudo, por outro lado, essa frequência de uso também pareceu estar relacionada com a exibição de ansiedade. Assim, outros estudos devem ser estimulados para compreender as dinâmicas entre os mecanismos de fissura e ansiedade no controle da compulsão pelo uso de crack, inclusive com controle sobre a variedade da planta a ser utilizada. Os efeitos da maconha sobre a fissura devem ser investigados pela perspectiva

tanto do possível papel sinérgico da ação da maconha via sistema endocanabinoide, como dos elementos socioculturais ligados ao uso (ritual de preparação, crenças sobre o uso, congregação e reunião de semelhantes, ato de compartilhar etc.).

As interpretações e os sentidos que os usos de maconha adquirem nas práticas de atendidos no Programa Atitude (ES-COBAR, 2015), mas também em outros contextos, como nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (Caps AD) (PEREIRA; WURFEL, 2011), vão desde o controle da fissura pela droga até o afastamento de pensamentos ruins e evitação de comportamentos criminosos. Tais observações fortalecem a necessidade de atenção de pesquisas futuras para as representações sociais relacionadas ao uso e ao efeito de determinantes culturais (ALLEN et al., 2014) em aspectos relacionados à saúde mental.

O uso terapêutico de maconha tem-se apresentado como um campo amplo em relação à substituição pelo uso de outras substâncias, incluindo medicamentos prescritos para transtornos mentais ou condições especiais no tratamento da dor, do HIV/AIDS e do câncer (LUCAS et al., 2013; LUCAS et al., 2016). A introdução do uso medicinal de *Cannabis* no Canadá, por exemplo, tem estabelecido novas perspectivas de terapias de substituição (REIMAN, 2009; LUCAS et al., 2016). A substituição de medicamentos opioides por *Cannabis* e canabinoides também tem sido importante estratégia de redução de danos (COLLEN, 2012). Por exemplo, estados norte-americanos que implementaram leis de regulação da maconha medicinal apresentaram redução da mortalidade provocada pela overdose de medicamentos analgésicos opioides (BACHHUBER et al., 2014).

Os achados apresentados nesse estudo – os efeitos do uso de maconha sobre o controle da fissura de crack – vão ao encontro de outros estudos já realizados, apontando que, pelo menos em espaços de cuidado pautados pela estratégia de redução de danos, há ganhos gerais em saúde e maiores chances de redução ou abandono de consumo de crack e de outras drogas com potencial de abuso (LABIGALINI et al., 1999; RIBEIRO et al., 2010; PEREIRA; WURFEL, 2011; GONCALVES; NAPPO, 2015; SOCÍAS et al., 2017). O curto período de acompanhamento deste estudo e os efeitos observados vão em direção a outro estudo longitudinal realizado em contexto canadense (SOCÍAS et al., 2017), no qual foi observada a queda do consumo de crack a partir do uso intencional de maconha. Esse efeito, porém, foi observado apenas em um período de tempo de uso inicial, ao longo dos 29 meses, em média, de observação dos participantes. O período pesquisado no presente estudo, portanto, não permitiu a

observação de saturação dos efeitos da maconha sobre a fissura. O curto período de tempo pesquisado no presente estudo não nos permite identificar a ocorrência da saturação dos efeitos relatados por Socías et al. (2017).

Se o uso de maconha pode representar, portanto, perspectiva de redução de fissura para dependentes de crack, um auxiliar terapêutico, esse advento é fortalecido pelo estudo de Swartz (2010) sobre o tratamento de dependência de drogas estimulantes, como a metanfetamina (também uma droga com ações similares ao crack e à cocaína, seguidas de grande compulsão e fissura). Nele, os pacientes não tiveram seus tratamentos para a dependência prejudicados pelo uso concomitante de maconha medicinal (para doenças neurológicas, por exemplo) (SWARTZ, 2010). Os efeitos do uso de maconha sobre a fissura puderam ser observados em outro estudo que lançou mão de tarefa com sinais indutores de fissura, no qual o grupo de usuários concomitantes de cocaína e de maconha foram menos sensibilizados pela tarefa do que aqueles que apenas usavam cocaína, indicando menor fissura (GIASSON-GARIÉPY et al., 2017).

Por fim, é preciso um aprofundamento nas simbologias atribuídas ao uso dessa substância como forma de manejo dos comportamentos das pessoas usuárias de crack. É importante entender quais os mecanismos biopsicossociais associados à construção cultural do uso terapêutico de maconha em ambientes de atendimento a pessoas com problemas de uso de outras drogas. Pereira e Wurfel (2011) chamam a atenção para a necessidade de integrar intervenções para além das normalmente ofertadas pelos lugares de tratamento, como as de estímulo à formação profissional e à geração de renda, por exemplo. A compreensão desse fenômeno implica também investigar os detalhes de concepções socialmente compartilhadas nas culturas de usos de drogas (LIRA; ESCOBAR, 2011) e, assim, permitir o investimento no delineamento das dimensões do *set* e do *setting* (ZINBERG, 1984) para obter espaços com práticas mais integrativas que aumentem sua eficácia. A maconha, dessa forma, poderia ter um papel relevante em políticas públicas baseadas em estratégias de redução de danos (LABIGALINI et al., 1999; PASSOS; SOUZA, 2011). Ainda que mais estudos venham sugerindo o potencial terapêutico da maconha e mudando a percepção social do seu uso (LUCAS et al., 2013; LUCAS et al., 2016; JCONLINE, 2017), os estudos sobre essa substância como elemento auxiliar contra a dependência de drogas devem ser cautelosos, uma vez que seu uso é também um dos grandes motivadores de atendimentos de saúde nos âmbitos do Caps AD (GEAD, 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo apresenta resultados que precisam, necessariamente, ser reproduzidos e aprofundados para diminuir suas limitações metodológicas. Destaca-se, na parte quantitativa, o pequeno tamanho da amostra como um primeiro aspecto limitante, seguido do curto período de observação. O contexto do Programa Atitude também é crucial para entender os quadros de melhoras dos entrevistados, que, antes do acolhimento, se encontravam comumente em situação de rua, sob ameaça de morte e sob rompimento familiar e/ou comunitário. A forma de seleção da amostra, por conveniência, sugere cuidado com a generalização dos resultados encontrados. Também há falta de controle da variedade e dos níveis de canabinoides da maconha utilizada pelos usuários.

Em conclusão, o uso de maconha no contexto do acolhimento institucional no Programa Atitude parece convergir para possíveis benefícios no auxílio ao controle da fissura de crack entre os acolhidos. Tal estratégia foi relatada como uma forma de conter ou controlar o desejo e o uso de crack, neste estudo parecendo influenciar a queda dos valores de fissura de crack ao longo do tempo. Esse efeito sobre a expressão da fissura foi apresentado mesmo entre aqueles que mantiveram consumos esporádicos de crack durante o estudo. O mesmo efeito não foi observado nos que persistiram no uso exclusivo de crack no período de acompanhamento, cujos níveis de fissura aumentaram. Os sintomas de ansiedade decaíram rapidamente no primeiro momento, e permaneceram estáveis ao longo do tempo; mais uma vez, usuários que persistiram no uso exclusivo de crack exibiram ao final da observação nível de ansiedade mais elevado do que inicialmente. Estudos futuros com usos intencionais de maconha como estratégia de redução de danos para o controle da fissura por usuários de crack devem ser encorajados. A observação em diferentes contextos parece apontar para uma consistente e eficaz estratégia no controle do desejo e fissura, implicando possivelmente maior taxa de adesão ao programa e maior redução ou substituição do uso de crack.

AGRADECIMENTOS

Agradecimentos especiais a toda a equipe de pesquisa: Jeanne Viana, Juliana Barbosa, Lorena Galvão, Mayara Ferreira e Vanessa Silva, vinculada ao Programa de Iniciação Científica da Faculdade de Ciências Humanas ESUDA, e à Plataforma Brasileira de Políticas sobre Drogas (PBPD), pela concessão de bolsa de estudo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AAPOG (Associação dos Analistas de Planejamento, Orçamento e Gestão de Pernambuco). *Pernambuco comemora: Estado tem, pela primeira vez, zero registro de homicídios*. Recife, 2 maio 2013: Disponível em: <https://aapogpe.wordpress.com/2013/05/02/pernambuco-comemora-estado-tem-pela-primeira-vez-zero-registro-de-homicidios/> 2013.
- ALLEN, J. et al. Social determinants of mental health. *International Review of Psychiatry*, v. 26, n. 4, p. 392-407, 1 ago. 2014, ISSN 0954-0261. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/09540261.2014.928270>.
- ANDRADE, A. F.; GOMES, A. J. S.; MELO, R. I. *Família e o uso abusivo de drogas: a precarização das políticas frente ao ideário neoliberal – um olhar a partir do Programa Atitude em Pernambuco*. II Seminário Nacional de Serviço Social: Trabalho e Políticas Sociais, 2017, Florianópolis. Universidade Federal de Santa Catarina, 23-25 de outubro de 2017.
- ARAUJO, R. B. et al. Validação psicométrica do Cocaine Craving Questionnaire-Brief – Versão Brasileira Adaptada para o Crack para dependentes hospitalizados. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 60, p. 233-9, 2011. ISSN 0047-2085. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852011000400001&nrm=iso.
- ARAUJO, R. B. et al. *Craving* e dependência química: conceito, avaliação e tratamento. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 57, p. 57-63, 2008. ISSN 0047-2085. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852008000100011&nrm=iso.
- ARAUJO, R. B.; PEDROSO, R. S.; CASTRO, M. D. G. T. D. Adaptação transcultural para o idioma português do Cocaine Craving Questionnaire-Brief. *Archives of Clinical Psychiatry*, v. 37, p. 195-8, São Paulo, 2010. ISSN 0101-6083. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832010000500002&nrm=iso.
- ASSIS, L. O. M. D.; RICARDO, C. (Eds.). *Balanço das Políticas de Gestão para Resultado na Segurança Pública: Pernambuco*. Rio de Janeiro: Instituto Sou da Paz, 2017, pp. 24-8.

BACHHUBER, M. A. et al. Medical cannabis laws and opioid analgesic overdose mortality in the united states, 1999-2010. *JAMA Internal Medicine*, v. 174, n. 10, pp. 1668-73, 2014. ISSN 2168-6106. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1001/jamainternmed.2014.4005>.

BASTOS, F. I.; BERTONI, N. *Pesquisa nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? quantos são nas capitais brasileiras?* Rio de Janeiro: Editora ICICT/Fiocruz, 2014.

BETANCOURT, L. M. et al. Adolescents with and without gestational cocaine exposure: Longitudinal analysis of inhibitory control, memory and receptive language. *Neurotoxicology and Teratology*, v. 33, n. 1, pp. 36-46, 2011. ISSN 0892-0362. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0892036210001613>.

BRASIL. *A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas/Ministério da Saúde*. 2 ed.. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. *Política Nacional de Assistência Social*.. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e do Combate à Fome, 2004.

_____. *Relatório Brasileiro sobre Drogas*. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2009.

_____. *Decreto nº 7 179, de 20 de maio de 2010. Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas*. Brasil: Presidência da República, Casa Civil, 2010.

_____. *Decreto nº 7 637, de 8 de dezembro de 2011. Altera o decreto nº 7 179, de 20 de maio de 2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas*. Presidência da República, Casa Civil, 2011.

CARVALHO, I. S.; PELLEGRINO, A. P. *Políticas de drogas no Brasil: a mudança já começou*. Rio de Janeiro: Instituto Igarapé, 2015.

CASTRO-NETO, A. G. et al. “Perfil das apreensões de crack na Região Metropolitana do Recife no período de 2001 a

- 2010". In: UCHÔA, R.; PIMENTEL, P. et al. (Eds.). *Integração ensino-serviço e política sobre drogas*. Recife: Editora Universitária UFPE, 2013, pp. 69-91.
- CHAVES, T. V. et al. Fissura por crack: comportamentos e estratégias de controle de usuários e ex-usuários. *Revista de Saúde Pública*, v. 45, pp. 1168-75, 2011. ISSN 0034-8910. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000600020&nrm=iso.
- COLLEN, M. Prescribing cannabis for harm reduction. *Harm Reduction Journal*, v. 9, n. 1, p. 1, 1 jan. 2012. ISSN 1477-7517. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1477-7517-9-1>.
- COUTINHO, E. S. F.; CUNHA, G. M. Conceitos básicos de epidemiologia e estatística para a leitura de ensaios clínicos controlados. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, v. 27, n. 2, pp. 146-51, 2005.
- CRIPPA, J. A. et al. Cannabis and anxiety: a critical review of the evidence. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, v. 24, n. 7, pp. 515-23, 2009. ISSN 1099-1077.
- CUNHA, J. A. *Manual da versão em português das escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
- DI SCLAFANI, V. et al. Neuropsychological performance of individuals dependent on crack-cocaine, or crack-cocaine and alcohol, at 6 weeks and 6 months of abstinence. *Drug and Alcohol Dependence*, v. 66, n. 2, pp. 161-71, 2002. Disponível em: <http://europepmc.org/abstract/MED/11906803>.
- DIAS, A. C. et al. Follow-Up Study of Crack Cocaine Users: Situation of the Patients After 2, 5, and 12 Years. *Substance Abuse*, v. 29, n. 3, pp. 71-9, 2008.
- DUALIBI, L. B.; LARANJEIRA, R.; RIBEIRO, M. Profile of cocaine and crack users in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 24, n. Suppl 4, pp. S545-S557, 2008.
- EMCDDA. Capítulo 5. "Cocaine and Crack Cocaine". In: *An-*

nual Report 2006: the state of the drugs problems in Europe. Luxemburgo: Office for Official Publications of the European Communities – European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2006.

ESCOBAR, J. A. C. “O uso substitutivo de drogas psicoativas como estratégia de redução de danos frente à fissura de crack”. V Congresso Internacional sobre Drogas e II Seminário de Pesquisa e Extensão em Álcool e Drogas, 2015, São João del Rei-MG. Centro de Referência em Pesquisa, Intervenção e Avaliação em Álcool e Outras Drogas (CREPEIA-UFJF) e Programa de Extensão Eiras e Beiras (UFSJ), 5 a 7 de novembro de 2015.

ESCOBAR, J. A. C.; RAMEH-DE-ALBUQUERQUE, R. C.; RUSH, B. Mental Health and Self-Consciousness among Crack Cocaine Users Attended at Governmental Program in Pernambuco – Brazil. V Congresso Internacional da ABRAMD – Drogas e Transição de Paradigmas: Compartilhando saberes e recriando fazeres, 2015,.Brasília. Associação Brasileira Multidisciplinar de Estudos sobre Drogas, 1 a 3 de dezembro de 2015.

EVANS, S. Lições brasileiras de saúde, segurança e cidadania – crack: reduzir danos. Open Society Foundations, 2017.

FALCK, R. S.; WANG, J.; CARLSON, R. G. Among long-term crack smokers, who avoids and who succumbs to cocaine addiction? *Drug Alcohol Dependence*, v. 98, n. 1-2, pp. 24-9, 2008.

FARAH, M. J. et al. Childhood poverty: Specific associations with neurocognitive development. *Brain Research*, v. 1110, n. 1, pp. 166-74, 2006. ISSN 0006-8993. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0006899306019378>.

FEIN, G.; DI SCLAFANI, V.; MEYERHOFF, D. J. Prefrontal cortical volume reduction associated with frontal cortex function deficit in 6-week abstinent crack-cocaine dependent men. *Drug and Alcohol Dependence*, v. 68, n. 1, pp. 87-93, 2002. ISSN 0376-8716. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0376871602001102>.

FREITAS, S. B. *Avaliação do perfil de apreensões de crack no Estado de Pernambuco de 2012 a 2015*. Monografia (Conclusão de curso) – Departamento de Farmácia, Universidade Federal de Pernambuco, 2016.

GEAD. *Entre pedras e tiros: perfil dos usuários, estratégias de consumo e impacto social do uso do crack (Relatório final)*. Grupo de Estudos em Álcool e outras Drogas/UFPE – Edital FACEPE 13/2010 – Estudos e Pesquisas para Políticas Públicas Estaduais de Segurança Pública – FACEPE/SEPLAG. Recife, 2012.

GIASSON-GARIÉPY, K. et al. Cannabis and cue-induced craving in cocaine-dependent individuals: A pilot study. *Addictive Behaviors*, v. 73, n. Supplement C, pp. 4-8, 1 out. 2017. ISSN 0306-4603. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0306460317301387>.

GONCALVES, J. R.; NAPPO, S. A. Factors that lead to the use of crack cocaine in combination with marijuana in Brazil: a qualitative study. *BMC Public Health*, v. 15, p. 706, 25 jul. 2015. ISSN 1471-2458.

HAASEN, C. et al. Relationship between cocaine use and mental health problems in a sample of European cocaine powder or crack users. *World Psychiatry*, v. 4, n. 3, pp. 173-6, 2005. ISSN 1723-8617. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1414771/>.

HURT, H. et al. Children with and without gestational cocaine exposure: A neurocognitive systems analysis. *Neurotoxicology and Teratology*, v. 31, n. 6, pp. 334-41, 2009. ISSN 0892-0362. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0892036209001494>.

JCONLINE. Em protesto, mães dão óleo de maconha para crianças na Alepe. *Jornal do Commercio*. Recife, 10 fev. 2017.

LABIGALINI, E. J.; RODRIGUES, L. R.; DA SILVEIRA, D. X. Therapeutic use of cannabis by crack addicts in Brazil. *Journal of Psychoactive Drugs*, v. 4, pp. 451-5, 1999.

LIRA, W. L.; ESCOBAR, J. A. C. Decifrando o caminho das

pedras: possibilidades antropológicas e etnográficas para a compreensão qualitativa dos usos e usuários de crack. *Estudos Universitários, Revista de Cultura da UFPE*, v. 28, pp. 133-74, 2011.

LUCAS, P. et al. Cannabis as a substitute for alcohol and other drugs: A dispensary-based survey of substitution effect in Canadian medical cannabis patients. *Addiction Research & Theory*, v. 21, n. 5, pp. 435-42, 1 out. 2013. ISSN 1606-6359. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.3109/16066359.2012.733465>.

LUCAS, P. et al. Substituting cannabis for prescription drugs, alcohol and other substances among medical cannabis patients: The impact of contextual factors. *Drug and Alcohol Review*, v. 35, n. 3, pp. 326-33, 2016. ISSN 1465-3362. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/dar.12323>.

MALCHER-LOPES, R. Canabinoides ajudam a desvendar aspectos etiológicos em comum e trazem esperança para o tratamento de autismo e epilepsia. *Revista da Biologia*, v. 13, n. 1, pp. 43-59, 2014.

MORAES, M. A.; SILVA, R. E. Mulheres, crack e contextos de vulnerabilidades. *Estudos Universitários, Revista de Cultura da UFPE*, v. 28, n. 9, pp. 251-69, 2011.

NAPPO, S. A.; GALDUROZ, J. C.; NOTO, A. R. Crack use in Sao Paulo. *Subst Use Misuse*, v. 31, n. 5, pp. 565-79, abr. 1996. ISSN 1082-6084 (Print), 565-579.

NEALE, J.; ROBERTSON, M. Recent cocaine and crack use among new drug treatment clients in Scotland. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, v. 11, n. 1, pp. 79-90, 2004/02/01 2004. ISSN 0968-7637. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1080/0968763031000140183> >.

NUTT, D.; KING, L. A.; PHILLIPS, L. Drug harms in the UK: A multi-criteria decision analysis. *Lancet*, v. 376, n. 9752, pp. 1558-65, 2010.

PASSOS, E. H.; SOUZA, T. P. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. *Psicologia & Sociedade*, v. 23,

pp. 154-62, 2011. ISSN 0102-7182. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822011000100017&nrm=iso.

PEREIRA, A. S.; WURFEL, R. F. O uso de maconha como estratégia de redução de danos em dependentes de crack. *Aletheia*, pp. 163-74, 2011. ISSN 1413-0394. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942011000100013&nrm=iso.

PERNAMBUCO. *Decreto nº 36 065, de 26 de maio de 2010. Rede Estadual de Enfrentamento ao Crack*. Pernambuco: Governo do Estado de Pernambuco, 2010.

_____. *Lei nº 14 561, de 25 de dezembro de 2011. Política Estadual sobre Drogas*. Recife: Governo do Estado de Pernambuco, 2011.

_____. *Decreto nº 39 201, de 18 de março de 2013. Institui o Programa de Atenção Integral aos Usuários de Drogas e seus Familiares – PROGRAMA ATITUDE*. Recife: Governo do Estado de Pernambuco, 2013.

PRELLER, K. et al. Impaired emotional empathy and related social network deficits in cocaine users. *Addiction Biology*, v.19, n. 3, p. 452-466, 2014.

RATTON, J. L.; GALVÃO, C.; FERNANDEZ, M. “O pacto pela vida e a redução de homicídios em Pernambuco”. . In: *Tornando as cidades brasileiras mais seguras: edição especial dos Diálogos de Segurança Cidadã*. Rio de Janeiro: Instituto Igarapé, 2014, pp. 9-28.

RATTON, J. L.; WEST, R. *Políticas de drogas e redução de danos no Brasil: o Programa Atitude em Pernambuco*. Recife: NEPS-UFPE, 2016.

REIMAN, A. Cannabis as a substitute for alcohol and other drugs. *Harm Reduction Journal*, v. 6, n. 1, p. 35, 2009. ISSN 1477-7517. Disponível em: <http://www.harmreductionjournal.com/content/6/1/35>.

RIBEIRO, L. A.; SANCHEZ, Z. V. D. M.; NAPPO, S. A. Estratégias desenvolvidas por usuários de crack para lidar

com os riscos decorrentes do consumo da droga. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 2010. ISSN 0047-2085.

RODRIGUES, V. S.; CAMINHA, R. M.; HORTA, R. L. Déficits cognitivos em pacientes usuários de crack. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, v. 2, pp. 67-72, 2006. ISSN 1808-5687. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872006000100007&nrm=iso.

SANTOS, N. T. V. *Vulnerabilidade e prevalência de HIV e sífilis em usuários de drogas ilícitas no Recife (2009)*. Tese (Doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz; Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães; Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2013.

SANTOS, N. T. V.; ALMEIDA, R. B.; FERNANDES-DE-BRITO, A. M. D. *Vulnerabilidade de usuários de crack ao HIV e outras doenças transmissíveis: estudo sociocomportamental e de prevalência no estado de Pernambuco*. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães; Fundação Oswaldo Cruz, 2016.

SCHIER, A. R. D. M. et al. Cannabidiol, a *Cannabis sativa* constituent, as an anxiolytic drug. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 34, pp. 104-10, 2012. ISSN 1516-4446.

SOCIÁS, M. E. et al. Intentional cannabis use to reduce crack cocaine use in a Canadian setting: A longitudinal analysis. *Addict Behav*, v. 72, pp. 138-43, Set. 2017. ISSN 0306-4603.

SOUZA, J. D. (Ed.). *Crack e exclusão social*. Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania, Secretaria Nacional de Política sobre Drogas, 2016.

SWARTZ, R. Medical marijuana users in substance abuse treatment. *Harm Reduction Journal*, v. 7, n. 1, p. 3, 2010. ISSN 1477-7517. Disponível em: <http://www.harmreduction-journal.com/content/7/1/3>.

TAYLOR, M. et al. Quantifying the RR of harm to self and others from substance misuse: results from a survey of clinical experts across Scotland. *BMJ Open*, v. 2, n. 4, 2012.

UNODC. *World Drug Report 2017*. Viena: United Nations Office on Drugs and Crimes, 2017

VIVEROS, M.; MARCO, E. M.; FILE, S. E. Endocannabinoid system and stress and anxiety responses. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, v. 81, n. 2, pp. 331-42, 2005. ISSN 0091-3057.

VONMOOS, M. et al. Cognitive dysfunctions in recreational and dependent cocaine users: role of attention-deficit hyperactivity disorder, craving and early age at onset. *British Journal of Psychiatry*, v. 203, n. 1, pp. 35-43, 2013.

WEST, R. S. *Políticas de Drogas e Redução de Danos: um estudo sobre o Programa Atitude em Pernambuco*. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) – Departamento de Ciência Política, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2016.

ZINBERG, N. E. *Drug, Set, and Setting*. New Haven: Yale University Press, 1984.

REALIZAÇÃO



APOIO FINANCEIRO



APOIO

