

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

WILLIAM FELIPE LUCENA

**AS POLÍTICAS SOBRE A LEGALIZAÇÃO DA MACONHA: UMA DISCUSSÃO
BASEADA EM EVIDÊNCIAS**

SÃO PAULO

2012

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

WILLIAM FELIPE LUCENA

**AS POLÍTICAS SOBRE A LEGALIZAÇÃO DA MACONHA: UMA DISCUSSÃO
BASEADA EM EVIDÊNCIAS**

Monografia apresentada a Banca Examinadora do curso de Especialização em Dependência Química presencial da Universidade Federal de São Paulo e UNIAD como exigência para o título de Especialista em Dependência Química sob orientação do Professor Dr. Cláudio Jerônimo da Silva.

SÃO PAULO

2012

Dedico este trabalho a minha família pela imensa garra de todos os dias e pelos dilúvios de alegria que me cercaram por toda minha vida.

“Eu tenho a habilidade de fazer histórias
tristes virarem melodias [...] vivendo o dia a dia”

(Charlie Brown Jr.)

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	06
OBJETIVO.....	07
MÉTODOS.....	07
PROBLEMA DE PESQUISA.....	07
HISTÓRIA DA MACONHA.....	07
A CHEGADA DA MACONHA NO BRASIL.....	08
A PLANTA MACONHA E SEU CULTIVO.....	09
PREVALÊNCIA DO CONSUMO MUNDIAL DE MACONHA.....	09
PREVALÊNCIA DO CONSUMO DE MACONHA NO BRASIL.....	10
CONSUMO DE MACONHA POR ADOLESCENTES.....	11
LEGALIZAÇÃO E POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE A MACONHA.....	12
O SISTEMA HOLANDÊS DE COFFEE SHOPS.....	14
O SISTEMA SUECO DE RESTRIÇÕES AS DROGAS.....	16
O SISTEMA AUSTRALIANO DE POLÍTICA SOBRE A MACONHA.....	18
A RE-CLASSIFICAÇÃO DA MACONHA NO REINO UNIDO.....	19
O SISTEMA EUA: CONVIVENDO COM A MACONHA MEDICINAL.....	20
DISCUSSÃO.....	21
CONCLUSÃO.....	24
REFERÊNCIAS.....	26

1. INTRODUÇÃO

A maconha é a droga ilícita mais consumida no mundo [8, 15]. No Brasil pesquisa realizada pelo LENAD 2012 – Levantamento Nacional de Álcool e Drogas – com população de 14 aos de idade e acima apontou que 7% da população entrevistada consumiram maconha na vida e 3% relatou consumir maconha frequentemente [15].

O debate sobre legalização sobre o consumo de maconha no Brasil ganha intensidade. Cada vez mais comum observar debates e discussões pouco objetivos e muitas vezes ideológicos acerca das propostas sobre uma política sobre a maconha [11, 21].

Apresentaremos neste trabalho diferentes modelos de políticas sobre a maconha em países que adotaram, em algum momento de sua história, políticas baseadas em evidências e que optaram por ações diferentes frente ao consumo de maconha [2].

Discutimos sobre o modelo da Holanda que regula do consumo de maconha através dos coffee shops [16]; o modelo proibicionista dos Estados Unidos e o convívio com estados que adotaram a política de consumo medicinal de maconha [13]; o modelo do Reino Unido que em certos momentos e impactos na sociedade re-classificou a maconha quanto ao seu potencial de risco [2, 8]; o modelo da Austrália que modificou o sistema de posse e consumo de maconha [10]; e por último o modelo da Suécia que adota uma política severa de restrição ao consumo de maconha com objetivo claro de desestimular o consumo de qualquer substância [8, 14].

No Brasil, 75% da população posiciona-se contra a legalização, 11% da população posiciona-se a favor e 14% não possui opinião formada acerca do assunto [15]. A dificuldade de fomentar discussões objetivas acerca de políticas sobre a maconha é a falta de debates que apontem de forma clara e objetiva os impactos da legalização e/ou proibição da maconha na sociedade.

Neste estudo apresentaremos referenciais teóricos que demonstram o impacto das políticas sobre a maconha que são baseadas em evidências e apontaremos os índices de consumo de cada modelo [11, 16].

2. OBJETIVO

[1] Apresentar diferentes modelos de políticas sobre a maconha; [2] Avaliar os diferentes contextos socioculturais e as diferentes práticas desenvolvidas; [3] Sugerir uma discussão sobre o debate de política sobre a maconha baseada em evidência no Brasil com objetivos claros e possíveis de serem desenvolvidos.

3. MÉTODOS

Buscas sistemáticas utilizando banco de dados eletrônico: Scielo, Bireme, Periódico CAPES e levantamento bibliográfico.

4. PROBLEMA DE PESQUISA

As políticas públicas efetivamente influenciam o consumo de drogas?

5. A HISTÓRIA DA MACONHA

A maconha pode ser considerada uma das plantas mais antigas cultivadas e indicadas para produção de materiais que facilitariam o cotidiano de atividades do homem e também como medicamentos e alimentos desenvolvidos através de seus grãos [4, 5].

As recentes pesquisas indicam que a planta de maconha é proveniente da Ásia Central, de onde supostamente tenha se espalhado para África e Europa. Diante do domínio dos mares pelos europeus desbravando novas terras, acredita-se que os espanhóis teriam levado a planta de maconha para o México, Chile e Peru no século XVI e pelos franceses e ingleses ao Canadá e norte-nordeste americano no século XVII [5, 14].

É compreensível que ainda nos dias de hoje haja uma contemplação ideológica a cerca da maconha, pois são comuns relatos na antiguidade sobre a relação do homem e a maconha. Na Índia as tradições afirmam que os Deuses mandaram a planta de maconha para que ela purificasse os pecados, estimulasse a coragem e aumentasse o desejo sexual [4].

Não muito distante desta ideia de contemplação, é possível identificar o consumo de maconha associado a espiritualidade na Ásia onde a tradição afirma que através de seu consumo era possível aprofundar sua meditação e elevar seu status de consciência [4, 5].

5.1 A CHEGADA DA MACOHA NO BRASIL

Dissemos que o conhecimento da maconha pelo homem sempre foi permeado por rituais, seja na preparação de utilitários, alimentação ou espiritualidade. No Brasil acredita-se que ela foi apresentada pelos negros trazidos da África para fins de trabalho escravo, onde o seu consumo disseminou-se nos séculos XVII e XVIII. As fibras do cânhamo (outra forma de maconha) foram introduzidas pelos portugueses no final do século XVIII [5, 14].

Assim como em outros continentes, a maconha ganhou notoriedade principalmente no contexto político-religioso. Nas décadas de 60 e 70 o consumo de maconha desencadeou uma mobilização mundial e passou a influenciar pensadores da época [4, 5].

Na década de 80 o consumo esporádico da planta passou a ser utilizada por intelectuais acadêmicos e em sua grande parte pela classe média brasileira. Assim como no mundo, o consumo de maconha no Brasil passou a despertar interesse e discussão: de um lado a ideologia e de outro a racionalidade [4].

6. A PLANTA MACONHA E SEU CULTIVO

A *cannabis sativa* é a planta que dá origem a maconha. Seu princípio ativo que se destaca é o delta9-tetrahydrocannabinol (THC). Existem aproximadamente 400 substâncias químicas presentes na maconha, entre elas o alcatrão, e destacam-se outros dois: o cannabinoil (CBN) e o cannabidiol (CBD) [4, 5,14,] .

Existem várias formas de se cultivar a planta da maconha podendo alterar sua forma e sua concentração de acordo com o objetivo que se deseja obter com a planta [14].

A maconha cultivada em seu meio natural possui uma concentração inferior à 8%. Quando o objetivo é aumentar a concentração de THC dois fatores se destacam: as novas técnicas de cultivo em locais artificiais como as hidropônicas que alteram sua concentração para até 25%; e as híbridas que passam por processos de modificação genética que alteram sua concentração para até 60% [14].

7. PREVALÊNCIA DO CONSUMO MUNDIAL DE MACONHA

A maconha é a droga ilícita mais consumida no mundo [8, 15]. Pesquisas realizadas acerca deste tema apontam que o consumo de maconha por jovens americanos, europeus e australianos, 34,2% afirmam o consumo na vida. No caso dos americanos 8,3% referem ter consumido maconha no último ano [19, 23].

Na Austrália 30% da população já utilizou maconha na vida. Há uma estimativa que para cada 10 pessoas que utilizam maconha 1 pessoa desenvolve dependência. A frequência é um fator importante: quando o consumo é acima de poucas vezes o número aumenta para 1 dependente para cada 5 pessoas que consumiram maconha na vida [10].

Na mesma medida que crescem os números de pessoas que utilizam maconha, crescem os números de dependentes o que demonstra um maior aumento mundial de busca por tratamento. Em 2000 foram registrados um aumento de 61% nas admissões de adolescentes para internações na Austrália [10].

7.1 PREVALÊNCIA DO CONSUMO DE MACONHA NO BRASIL

Seguindo os números mundiais a maconha também está em destaque como a droga ilícita mais consumida no Brasil [6, 15].

Em estudos realizados no território brasileiro cerca de 7% da população de 12 a 65 anos apresentou uso na vida, cerca de 8.000.000 pessoas. Números abaixo dos encontrados nos EUA (43%), Reino Unido (30%) e Holanda (23%) [6, 15].

Destacamos também pesquisa realizada com 12.700 trabalhadores das cinco regiões do país que se submeteram a exames toxicológicos para detectar o consumo das substâncias comumente consumidas no Brasil. Foram obtidos 1,8% de resultados positivos onde destes, 59,9% foram positivos para maconha, 17,7% cocaína e 14,6% anfetaminas [6].

Cerca de pouco mais de 1% destes trabalhadores apresentou positivo para consumo de maconha, visto o intervalo de segurança da maioria dos exames toxicológicos, podemos sugerir que este consumo foi realizado no mês anterior ao teste.

Outro número correspondente a universitários brasileiros aponta o consumo de maconha na vida por 35,3% dos entrevistados, atrás apenas do consumo de álcool e tabaco respectivamente. Quando perguntado sobre o consumo de maconha no último mês os números apontam 16,9% [6].

No que diz respeito a população de 15 e 16 anos o uso na vida de maconha no Brasil foi de 4% inferior à EUA (35,1%), Reino Unido (38%) e Holanda (28%). Dados alarmantes já que estamos discutindo o consumo de uma substância ilícita para alguns países e regulada para outros e em ambos encontramos o consumo de jovens com idades inferiores a maioria em todos os países citados [6, 18, 24]

7.2 CONSUMO DE MACONHA POR ADOLESCENTES

Na adolescência o jovem encontra-se em um conflito onde seu principal objetivo é desenvolver sua identidade própria. É o momento onde todo o seu comportamento visa diferenciá-lo do adulto e se aproximar dos seus pares, é aonde as transgressões de regras, o despertar para a sexualidade e o consumo de substâncias psicoativas podem surgir para responder a uma exigência de seu cotidiano social [5, 12, 17].

Estudos referentes a disponibilidade social de uma substância ilegal são escassos, mas os dados encontrados apontam que 42% dos entrevistados relataram consumir maconha por fontes como amigos e parentes [12].

Evidências apontam que o consumo precoce de maconha pode ser considerado um preditor para o desenvolvimento de um consumidor de longa data da substância. Na Austrália realizou-se um estudo com jovens onde 4/5 dos entrevistados que consumiram maconha em algum momento de sua vida continuarão realizando o consumo. Destacando que quanto mais precoce for este consumo de maconha, maiores serão os prejuízos na saúde, desempenho escolar e social dos indivíduos [10].

Além destes fatores destacados acima, é importante ressaltar que o Sistema Nervoso Central do adolescente possui certas particularidades como a estruturação das ramificações neuronais além do sentimento de onipotência e impulsividade. As modificações do corpo e dificuldade de desenvolver certas habilidades sociais dificultam sua adaptação ao seu contexto social e podem apontar para a experimentação e manutenção do consumo de substâncias psicoativas [18]

Outros estudos apontam que alguns fatores que também aproximam os adolescentes do consumo de maconha são: discurso permissivo para o consumo de substâncias psicoativas; grupos de amigos que consomem qualquer substância psicoativa e familiares que possuem dependência de qualquer substância psicoativa [17].

Nos Estados Unidos, estudo realizado comparando jovens de 12 a 17 anos de idade que residiam em estados com lei para uso medicinal de maconha apontou

uma prevalência de consumo de maconha de 8,68%, número maior que encontrado em pesquisa com estados que não promulgaram tal lei (6,94%) [7].

Podemos afirmar que a maconha é de longe a substância mais consumida entre a população jovem que inicia tratamento. Segundo estudo americano 40% das internações por transtorno por uso de maconha ocorre por pessoas menores de 20 anos de idade [7, 17, 20]

Por esta afirmação a maconha tem sido descrita como a porta de entrada para o consumo de outras substâncias psicoativas. Estudos apontam que: os efeitos neurobiológicos da maconha podem aumentar a sensibilidade dos efeitos de outras substâncias; o consumo de maconha aumenta a oportunidade para o consumo de outras substâncias psicoativas; e o consumo de maconha afeta o funcionamento cognitivo na tomada de decisão onde o escolher entre consumir ou não outra substância é mais prejudicado [9, 18].

Contudo é possível estabelecer uma relação entre o consumo de maconha por adolescentes e o desenvolvimento de fatores de risco para o consumo de substâncias psicoativas, como a cocaína e *crack*, que apresentam maiores prejuízos ao longo de sua vida.

8. LEGALIZAÇÃO E POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE A MACONHA

A intensidade que o debate sobre drogas gera sugere que ao longo do desenvolvimento social sempre reagimos de forma eficiente ao contato com as substâncias psicoativas [11].

O que se procura atualmente é traduzir o pensamento ideológico que permeia a discussão sobre as drogas para suscitar informações e evidências que possam resultar em políticas que respondam a complexidade que consiste a discussão [11].

Para os proponentes da legalização da maconha é comum encontrar nas argumentações a experiência da Lei Seca Americana que proibiu o consumo de álcool nos anos de 1920 até 1933, que aumentou consideravelmente a criminalidade e os custos sociais gerados.

Avaliando o contexto social da época, onde o consumo de álcool era visto como “destruidor de lares e famílias”, podemos argumentar que, do ponto de vista da redução do consumo, a lei cumpriu seu objetivo. Entretanto, a experiência deixou marcas e suscitou um enfoque em que é imprescindível mensurar os impactos que a modificação de um comportamento social, como a retirada ou entrada de uma droga, pode afetar na sociedade.

Seguindo este pensamento, a legalização da maconha alteraria o comportamento da sociedade e geraria um impacto que necessitaria de uma organização e operacionalização de como minimizá-los. Tamanha a complexidade da questão, seria importante termos como norteadores evidências científicas de diferentes políticas para enriquecermos a discussão [1, 10, 11, 16] .

Uma das possibilidades encontradas nos estudos é que quanto maior a disponibilidade de uma droga, maior é o seu consumo na população geral. Seguindo esta perspectiva, a população de adolescentes estaria mais vulnerável a substância, aumentando também o consumo, assim como ocorre com o álcool e o tabaco [6, 15, 18].

Outro argumento discutido pelos proponentes da legalização é o impacto que ocorreria no tráfico de drogas e crimes relacionados ao consumo ilegal. Defendem que teríamos benefícios do ponto de vista da saúde pública sendo possível obter drogas mais puras controlando a concentração de princípios ativos encontrados na maconha [11].

Observando estas argumentações é possível fazer uma correlação com o contexto atual. Existem redes de tráficos bem estabelecidas e que operacionalizam toda a logística de drogas. O fato de legalizar ou regular qualquer droga não irá impactar significativamente estas redes já que continuarão existindo.

A taxação que os produtos industrializados sofrem, provavelmente aumentará o preço da droga nos comércios, abrindo espaço para a manutenção do mercado negro da droga, assim como ocorre com o tabaco visto às apreensões de cigarros vindos do Paraguai. Diante dos crimes sob efeito da droga, não parece que o consumidor exclusivo de maconha esteja envolvido em crimes para adquirir a droga. Portanto o impacto sobre os crimes seriam mínimos.

Analisando a tendência mundial sobre uma política de drogas, percebemos que é mais possível que os países estabeleçam controles sociais mais rígidos através de leis e restrições de consumo, tanto para drogas lícitas quanto para ilícitas [1, 16, 24].

No caso da maconha não há uma percepção clara, onde é possível encontrar países que aplicam leis mais severas enquanto outros adotam políticas mais leves ou apresentam uma maior tolerância ao consumidor de maconha [1, 16, 24].

Do ponto de vista da saúde pública, o maior desafio é construir uma política clara que despertem resultados em relação ao consumo de drogas, independentemente da política escolhida, que vise uma diminuição do consumo global de qualquer droga.

Não é somente escolher entre uma política ou outra, esta discussão é uma oportunidade para discutirmos dados e informações que consolidem estratégias políticas que respondam a complexidade dos problemas e que sejam passíveis de serem avaliadas quanto a sua efetividade e modificadas quando necessário [2].

8.1 O SISTEMA HOLANDÊS DE COFFEE SHOPS

Em 1976 a Holanda adotou uma política que não puniria consumidores de maconha com posse de até 30 gramas de maconha. Os holandeses acreditavam que ao regular o mercado de maconha, eles dismantelariam uma rede social formada por consumidores de todo tipo de drogas nos mercados negros protegendo os consumidores de maconha de frequentar locais e conviver com pessoas que consomem drogas consideradas mais pesadas [19, 22].

Percebemos que o sistema de política holandesa evoluiu em duas fases. A primeira adotou uma política de despenalização para a posse de maconha e se deparou com índices em que o consumo de maconha saltou para de 15% para 44% entre jovens de 18 a 20 anos de idade que não haviam consumido maconha antes da adoção desta política. A segunda fase com a instituição dos coffee shops houve um declínio destes consumidores, com os números acompanhando a tendência de diversos países europeus [12, 16, 24].

Estudos apontam que os números de coffee shops estão diminuindo, aproximadamente 1 (um) coffee shop para cada 29.000 holandeses. Em Amsterdã o número é maior 1 (um) coffee shop para cada 3.000 habitantes. Os coffee shops vendem em média de 50 à 150 toneladas de maconha em 1 ano [16].

As pesquisas sobre os coffee shops sugerem que a prevalência do consumo de maconha entre cidadãos holandeses não foi estimulada pelo sistema de coffee shops, em contra partida, a procura por tratamento para o transtorno por uso de maconha foi maior que se comparado com o restante da Europa [16, 24].

Para o pleno funcionamento do estabelecimento, o governo holandês estipulou 5 regras que eles devem seguir:

- 1) A publicidade é expressamente proibida para não estimular o consumo de maconha. Até mesmo a palavra “maconha” não está visível com o objetivo de não chamar a atenção de crianças;
- 2) A venda ou o consumo de drogas pesadas são expressamente proibidos;
- 3) Não pode haver badernas. Os donos são responsáveis pela ordem pública;
- 4) A venda é somente no varejo onde a quantidade estipulada é de 5 gramas por pessoa;
- 5) Não é permitido a entrada e o consumo de maconha por menores de idade (18 anos), sendo o estabelecimento responsável por verificar os documentos dos clientes.

Caso haja o descumprimento destas regras, o estabelecimento é multado e fechado. Em 2008 a Holanda proibiu o consumo de tabaco no interior dos coffee shops (assim como em todo estabelecimento comercial) e os afastou das proximidades de escolas [16].

Estudos indicam que o sistema adotado para regular os pontos de venda e o consumo de maconha enfraqueceu o consumo de outras drogas mais pesadas. Do ponto de vista da política pública adotada, onde objetivo principal era minimizar a exposição de consumidores de maconha em locais e pessoas que consumiam drogas mais pesadas, podemos dizer que ele foi alcançado [24].

Em 2010 foi realizado um estudo que objetivou comparar o sistema de regulação de consumo de maconha adotado pelos holandeses com o modelo proibicionista adotado pelos americanos que avaliou o consumo de maconha na vida por jovens

de 15 e 16 anos. As taxas de consumo entre os pesquisados foram praticamente equivalentes, sendo em ambos os sistemas maiores que dados encontrados em toda a Europa [22].

Outro estudo comparando a cidade de Amsterdã (Holanda) e San Francisco (Estados Unidos) perguntando sobre a quantidade de maconha consumida segundo auto-relato apontou que em Amsterdã 41% e em San Francisco 52% indicaram consumo de menos que 2 gramas nos últimos 3 meses. Quase todos os entrevistados relataram consumir menos que 15 gramas de maconha nos últimos 3 meses, 91% Amsterdã e 89% em San Francisco [19].

Estudos apontaram que a procura por tratamento para transtorno por uso de maconha aumentou na Holanda, superando dados divulgados por países europeus. Uma possibilidade encontrada na literatura é o aumento do investimento do governo holandês para o tratamento do que eles consideram usuários problemáticos de maconha [3, 24].

Quando comparado com os Estados Unidos, os americanos apresentam cerca de 4 admissões para cada 1 admissão holandesa. Uma possibilidade encontrada é pelo próprio sistema adotado. Metade das admissões para tratamentos nos Estados Unidos são indicações judiciais contra apenas 10% de admissões holandesas para este perfil de encaminhamento [19].

Estima-se que o governo holandês invista cerca de 9.200 euros para cada consumidor problemático de maconha. Investimento superior comparado ao aplicado pela Suécia para o mesmo consumidor problemático, 7.600 euros [8].

8.2 O SISTEMA SUECO DE RESTRIÇÕES AS DROGAS

A política de drogas adotada pela Suécia é a mais debatida nos últimos anos por tratar de medidas diferentes do restante da Europa. No século XIX a Suécia adotou uma postura que limitava a disponibilidade de bebidas alcoólicas. Este modelo baseava-se em um conceito simples em que o dano causado pelo álcool era influenciado pela quantidade consumida. Assim, quanto mais a sociedade consumia álcool, mais consumidores problemáticos surgiam. Logo a opção escolhida foi desestimular seu consumo [8].

Observado os resultados alcançados, onde o consumo de álcool diminuiu drasticamente, este conceito disseminou-se para outras drogas, com o objetivo de desestimular qualquer experimentação de qualquer droga. Nos dias de hoje a Suécia é o país da Europa que menos consome álcool e seu grande enfoque de prevenção direciona-se ao consumo de maconha [15].

Grande parte desta política de controle se diferencia, não somente através de leis, mas sim na sua aplicação. Existe uma relação importante entre a política de saúde, a política de segurança e a política judiciária, tornando o consumo de qualquer droga mais restrito e menos tolerado [8].

Para implementar esta política a Suécia investiu grande quantidade de recursos financeiros com enfoque na prevenção, política de controle e no tratamento. Assim o sistema adotado possui três categorias de punição: 1) menor; 2) normal; 3) Maior. Baseado na quantidade e da droga que foi apreendida.

É possível detectar certa fragilidade na transcrição das leis onde não fica claro a distinção entre consumidor e traficante, mas na prática é possível perceber esta distinção devido a preparação e capacitação dos profissionais envolvidos. Por exemplo: se a pessoa for apreendida consumindo ou com pequenas quantidades de drogas ela raramente é detida. Primeiramente a pessoa é multada. Reincidindo, ela novamente paga multa e é encaminhada para avaliação com o profissional de assistência social que encaminha para tratamento voluntariamente ou involuntariamente. A pena de prisão vai depender da quantidade de reincidência que o indivíduo for exposto, juntamente com pagamento de multa e início de tratamento.

Estudam apontam que o número de dependentes químicos na Suécia é relativamente menor quando comparado a outros países da Europa. Quando avaliamos o consumo de maconha na vida na Suécia, 12% afirmam ter consumido maconha. Números inferiores comparados com: França (31%); Reino Unido (30%) e Holanda (23%). Avaliando o consumo de maconha no último ano, na Suécia 2% afirmaram ter consumido maconha no último ano enquanto que na França (9%), Reino Unido (10%) e Holanda (5%) apresentaram um consumo maior no último ano [15].

Podemos observar que a política adotada pela Suécia tem um impacto positivo do ponto de vista de política pública, já que o objetivo de desestimular o consumo

reflete em um menor índice europeu de dependentes químicos e um menor consumo de maconha no último ano e também números menores em relação ao consumo de maconha na vida.

8.3 O SISTEMA AUSTRALIANO DE POLÍTICA SOBRE A MACONHA

O atual modelo de políticas sobre a maconha decretada na Austrália em 2006, desperta interesse. Primeiro porque na década de 90 as taxas de consumo de maconha apontavam as maiores entre os países desenvolvidos. Segundo porque desde 1985 as políticas de drogas na Austrália são baseadas em evidências científicas. Terceiro porque antes de posicionar-se diante de uma política sobre a maconha, o governo australiano financiou estudo que investigava os padrões de consumo e os possíveis efeitos nocivos da maconha.

No início do século 20, diante das exigências internacionais, o consumo de maconha foi proibido na Austrália. O aumento das taxas de consumo de maconha entre os jovens adultos e adolescentes em muitos países ao longo dos últimos 30 anos despertaram o interesse de se discutir sobre políticas que adequassem leis acerca do consumo de maconha [10].

Em 1977 o comitê de Baune argumentou que era necessário que a Austrália desenvolvesse uma política sobre o consumo de maconha que objetivaria: 1) reduzir seu consumo; 2) desestimular seu consumo; 3) reduzir o contato do usuário com os fornecedores de outras drogas; 4) melhorar o tratamento dos consumidores problemáticos.

É importante ressaltar que o modelo político-federal adotado pela Austrália é parecido com o modelo americano onde os estados possuem poderes para definir e aplicar leis sendo norteados por diretrizes federais.

Como havia diferentes práticas acerca da política sobre o consumo de maconha nos diferentes estados australianos, em 2004, o Governo Federal solicitou uma pesquisa que avaliaria as políticas adotadas e desta pesquisa surgiria uma Estratégia Nacional Sobre o Consumo de Maconha [10].

Deste estudo surgiram quatro objetivos principais: 1) educar a comunidade sobre a maconha; 2) prevenir o consumo de maconha pelos jovens reduzindo sua disponibilidade; 3) prevenir problemas relacionados ao consumo de maconha; 4) melhorar o tratamento para quem procura ajuda para interromper seu consumo.

Estudo aponta que o consumo de maconha no último ano na Austrália (9%) foi praticamente equivalente à Itália (11%); Reino Unido (10%); França (9%). O que se sabe é que este número vem diminuindo ao longo dos anos [15].

A formulação de políticas sobre a maconha na Austrália é um exemplo onde é possível conciliar os problemas de ordem pública com pesquisas que evidenciem qual a melhor estratégia a ser adotada e que possibilitem discussões maduras evitando o conflito de ideologias.

8.4 A RE-CLASSIFICAÇÃO DA MACONHA NO REINO UNIDO

Quando discutimos sobre políticas baseadas em evidências, devemos citar o modelo adotado pelo Reino Unido. Em 2004, o governo britânico anunciou que a maconha poderia sofrer uma mudança em sua classificação, saindo da classe “B” e sendo incluída na classe “C”, em decorrência de estudos que apontaram que o potencial nocivo da maconha para saúde e sociedade era menor [1].

A política adotada pelos britânicos compreende a separação das drogas em classes, separadas pelo nível nocivo da droga para a saúde e bem estar social: 1) Classe A: Heroína, Cocaína, Crack e LSD; 2) Classe B: Anfetaminas, Barbitúricos e Codeína; 3) Classe C: Esteróides, Benzodiazepínicos, Tranquilizantes. Tendo a maconha como foco da discussão entre Classe B e Classe C.

Este sistema facilitaria a avaliação para a escolha de penas criminais onde, quanto maior for à classificação da droga, maiores são as penas adotadas pelo sistema judiciário. A re-classificação da maconha implicaria na diminuição da punição por posse ou fornecimento de maconha. Decisão que gerou polêmica porque muitas pessoas acreditavam “passar uma mensagem errada aos jovens e a comunidade internacional” [1, 2].

Em 2008, a política sobre o consumo e fornecimento da maconha sofreu nova modificação, pois estudos comprovaram o efeito nocivo da maconha colocando-a novamente na Classe B, por dois principais motivos: 1) A concentração de THC (delta9tetrahydrocannabinol) na maconha era maior na forma de *Skunk*; 2) O consumo em *Binge* desenvolveria problemas à saúde [14].

Assim como no modelo australiano, as avaliações e propostas de modelos de políticas públicas seguem discussões acerca de evidências que melhor respondem as necessidades e contexto atual da sociedade. Hoje o Reino Unido adota uma política baseada na prevenção primária com um conceito de “rehabilitation” ou recuperação, abandonando o sistema de redução de danos. Decisão baseada em evidências econômica, sócias e de saúde pública [1, 10].

8.5 O SISTEMA EUA: CONVIVENDO COM A MACONHA MEDICINAL

Cada vez mais é comum encontrarmos discussões sobre a importância de compreender a influência que a sociedade exerce sobre o indivíduo. Especialmente no contexto atual em que muito se fala sobre a necessidade de pensar sobre diferentes políticas sobre a maconha [20].

Como não poderia ser diferente, a maconha é a droga ilícita que apresenta a maior prevalência de abuso e dependência nos Estados Unidos [19]. Porém a discussão que permeia o contexto americano é a utilização da maconha de forma medicinal [7, 19, 21].

É importante ressaltar que o sistema político-federal americano é diferente do sistema brasileiro. Os estados americanos podem criar e definir leis que são adotadas apenas por eles próprios, respeitando apenas decisões internacionais que são mediadas pela federação americana.

Desde 1996, 16 estados americanos adotaram a lei que permite o consumo medicinal de maconha. Quando o estado da Califórnia adotou tal lei, em um primeiro momento estudos não detectaram um aumento significativo para o consumo de maconha. A mesma pesquisa foi realizada dois e quatro anos após o primeiro estudo, que apresentaram um aumento significativo no consumo de maconha

superando outros 10 estados que no primeiro estudo se encontravam a frente da Califórnia [13].

Estudo que compara os estados que adotaram a lei medicinal de maconha e estados que não adotaram a medida apresentou uma maior prevalência de consumo de maconha na vida e no último mês nos estados que possuíam a lei medicinal de maconha [7, 23].

Por outro lado os estados que permitem o consumo medicinal de maconha apresentam índices de redução de encarceramento por posse de pequenas quantidades de maconha, estudos mais avançados sobre os potenciais benefícios à saúde da planta *cannabis sativa*, além de um significativo aumento na arrecadação de impostos pela comercialização (regulada e restrita a receitas e indicações médicas) de maconha medicinal [7].

9 – DISCUSSÃO

Apesar do consumo de substâncias psicoativas ser uma prática que acompanha a humanidade desde seus primórdios, nas últimas décadas indicadores mostram que o abuso destas substâncias vem aumentando em dimensões preocupantes [6].

A última convenção sobre drogas realizada pela ONU (Organização das Nações Unidas) reconheceu, juntamente com a comunidade internacional, que as drogas são um enorme problema social e de saúde cujo comércio afeta negativamente a economia global. O reconhecimento dos problemas causados pelas drogas no mundo tem ajudado a manter as taxas de consumo mundial de drogas baixo (5%).

Os proponentes da legalização da maconha argumentam o contrário. Após a campanha realizada em 1998 cujo slogan era “um mundo livre de drogas: é possível” a comunidade internacional reconheceu que era necessário erradicar as drogas do mundo e estipularam um prazo de 10 anos. Em 2008, os resultados não foram os esperados. As drogas não foram erradicadas do mundo; o consumo de drogas nestes 10 anos aumentou em todo o mundo; surgiram outros tipos de drogas e o crime organizado tornou-se mais violento, lucrativo e poderoso.

Fica evidenciado que as políticas sobre drogas podem efetivamente alterar o comportamento do consumo de drogas tanto para o aumento quanto para a diminuição do consumo [11]. Estudos mais específicos indicam que quando menor for a exposição de uma sociedade a uma determinada substância, menor seu risco de consumo. Quanto maior for a restrição de pontos de venda desta substância, menor seu consumo. Quanto maior for o preço desta substância, menor e mais restrito seu consumo na população geral. Quanto maior a conscientização em relação aos prejuízos causados por esta substância também menor é o seu consumo [16, 17, 23].

Os proponentes apresentam um raciocínio em que a proibição total é a responsável pelos danos e prejuízos causados pela substância na sociedade. A grande fraqueza desse tipo de raciocínio é que não leva em consideração que a legalização produz maior disponibilidade da droga e, portanto, expõe um número maior de pessoas ao consumo [11].

Notamos claramente que as discussões políticas permeiam a defesa de dois grandes polos: os proponentes da legalização argumentam sobre a liberdade de escolha individual, o consumo de maconha nos contextos ritualísticos/espirituais e valorizam os efeitos medicinais da maconha. Do lado da proibição, observamos um discurso que permeia os aspectos negativos das ações da substância delta 9 tetrahydrocannabinol no sistema nervoso central, o consumo precoce dos adolescentes e jovens adultos e o impacto das políticas públicas permissivas nos sistemas sociais, educacionais e de saúde pública.

Na perspectiva dos proponentes da legalização existe forte embasamento teórico nas discussões acerca dos potenciais efeitos medicinais da maconha [9, 13]. É comum encontrar na literatura disponível dados que apontam os benefícios do consumo de maconha medicinal para indivíduos acometidos por fibromialgias para controle/alívio da dor crônica, náuseas e vômitos que aflige indivíduos em tratamentos quimioterápicos e no aumento do apetite para portadores de HIV/AIDS [9].

Encontramos na literatura internacional alguns dados preocupantes em relação ao consumo medicinal de maconha. Segundo pesquisa nos estados americanos que possuem leis para o consumo medicinal de maconha aproximadamente 5% das prescrições médicas são para os pacientes citados no parágrafo anterior: pacientes

com câncer, portadores de HIV/AIDS e fibromialgias (dor crônica). Mais de 90% das prescrições são para tratamento de cefaleia, micoses e glaucoma [9].

Em relação ao perfil do público que receberam prescrições de maconha medicinal nestes estados mais de 80% são homens brancos com idades entre 17 e 35 anos, sem histórico de doenças crônicas e com histórico de consumo de álcool e outras drogas na vida.

Outro argumento importante é sobre a exposição das crianças e adolescentes a um contexto permissivo de consumo de maconha. Nos levantamentos domiciliares realizados no Brasil percebemos que a maconha é a droga ilícita mais usada entre estudantes do Ensino Médio e Fundamental da rede pública de ensino [6]. No caso de adolescentes, o déficit cognitivo decorrente do consumo de maconha está relacionado a dificuldades na aprendizagem e repetência escolar.

Fergusson, Horwood e Swain-Campbell (2002) encontraram em seu estudo uma associação entre o uso da maconha e maiores taxas de evasão escolar, referindo-se a uma chance 3 vezes maior de abandono da escola aos 16 anos em adolescentes que iniciaram o uso desta substância antes dos 15 anos. Também concluíram que o uso regular de maconha pode ser associado a um aumento no risco de uso de outras drogas ilícitas, a um maior envolvimento em crimes, depressão e comportamentos suicidas.

No contexto da relação entre adolescentes e maconha destacamos dois pontos de vista. Para os adolescentes, compreender que existe um fácil acesso a maconha, as diversas pressões que permeiam seu contexto social e o sentimento de pertencimento a grupos e atividades de seus pares [17, 18]. Para a sociedade a criação de dispositivos políticos e legais que ofereçam novas formas de inserção social e serviços que respondam a complexidade e necessidade que envolve a demanda desta população específica.

10 – CONCLUSÃO

Existe grande divergência de pensamento e políticas sobre o consumo de maconha. Encontramos poucas certezas sobre a eficácia das políticas de proibição, restrição, descriminalização e legalização da maconha.

Este estudo apontou a necessidade de evitar o olhar unilateral defendido na maioria dos debates nacionais e internacionais. Faz-se necessário pensar em políticas de forma analítica, menos ideológica, compreendendo a seriedade e complexidade que a discussão pode gerar.

Apresentamos diversos modelos de políticas sobre a maconha em diferentes contextos culturais e sociais [2, 8, 10, 21]. O que ficou evidente é que o consumo de maconha está presente nas diversas sociedades onde procura-se uma adaptação dos prejuízos e/ou benefícios encontrados na relação entre a sociedade e o consumo de maconha.

Como potenciais benefícios na legalização e/ou regulação no consumo de maconha, estudos apontam um menor índice de violência para aquisição de drogas. Outros apontam para os benefícios da maconha medicinal para os pacientes acometidos por câncer, portadores de HIV/AIDS e indivíduos com dores crônicas. Na Califórnia, estudos demonstram os benefícios econômicos com os impostos cobrados sobre os fármacos comercializados com a maconha e fundamentado pelo momento de crise econômica mundial [7].

Estudos compararam os estados americanos que adotaram leis de consumo medicinal de maconha e estados que não adotaram a lei. Apresentou que o consumo de maconha na vida e o consumo no último mês é maior nos estados que adotaram a lei [7].

Entre as práticas que se aproximam da ideia de legalização e/ou regulação do consumo de maconha o pensamento de explorar os benefícios medicinais da maconha é o que aparece com maior destaque nos debates [9, 13].

Como potenciais prejuízos na legalização e/ou regulação da maconha, estudos apresentam o potencial desenvolvimento de dependência de maconha. No Brasil, estudo do LENAD (2012), apontou que 37% da população é dependente de

maconha. Já 3% da população adulta informou consumir maconha frequentemente [15].

Outro prejuízo é que a regulação e/ou legalização da maconha promoveria uma maior disponibilidade da maconha no mercado o que implicaria em um aumento no consumo assim como ocorre com o álcool e tabaco. CEBRID (2010) demonstrou que a maconha é a droga ilícita mais consumida entre os estudantes de ensino médio e fundamental da rede pública de ensino [6].

Pesquisa realizada na Europa questionou sobre a aquisição de maconha por jovens de 12 a 17 anos de idade. Na Holanda, 37% dos jovens relataram adquirir maconha nos coffee shops. A política holandesa restringe o consumo e permanência de menores de 18 anos nas intermediações do coffee shops [12].

Estudo americano apresentou dados que demonstraram que o consumo de maconha entre adolescentes é maior nos estados que adotaram leis de consumo medicinal de maconha quando comparado aos estados que proíbem o consumo de maconha [20].

O modelo de restrição ao consumo de maconha adotado pela Suécia é o que demonstrou maior efetividade avaliando o consumo de maconha quando comparado a outros países da Europa. É importante ressaltar a posição geográfica da Suécia que dificulta a entrada de drogas. Grande parte do sucesso deste modelo é o enfoque na prevenção, políticas de controle e tratamento. Seu objetivo é claro: desestimular o consumo de qualquer substância.

Este estudo apresentou modelos de políticas sobre a maconha com a finalidade de diversificar ideias acerca do debate nacional de legalização e/ou regulação. Apresentamos modelos que se basearam em evidências na sua construção e/ou modificação ao longo do tempo e da mudança da sociedade, e os utilizamos como parâmetros para demonstrar a importância de criar políticas que respondam a necessidade da sociedade de forma integral [11].

De forma geral é possível detectar uma leve tendência mundial a restringir o consumo de maconha. Apresentamos diferentes modelos de políticas mundiais, concepções acerca do consumo de maconha e diferentes práticas desenvolvidas.

O contexto sociocultural sobre a legalização da maconha no Brasil indica que 75% dos entrevistados não é a favor da legalização, 11% são a favor e 14% não possuem uma opinião formada sobre o assunto[15].

Estes dados são norteadores para fomentarmos discussões acerca desta temática e levanta a necessidade de desenvolvermos políticas e debates baseados em evidências minimizando os conflitos ideológicos que não esclarecem qual seria a melhor política de drogas a ser adotada, pois fica evidente que a escolha da mesma pode afetar diretamente o aumento ou diminuição do consumo de qualquer substância[11].

11 – REFERÊNCIAS

1. Acevedo, B. – Creating the cannabis user A post-structuralist analysis of the re-classification of cannabis in the United Kingdom (2004–2005), 2006.
2. Bennett, T.; Holloway, K. – Is UK drug policy evidence based?, 2010.
3. Bouchard, M.; Alain, M.; Nguyen, H. – Convenient labour: The prevalence and nature of youth involvement in the cannabis cultivation industry, 2009.
4. Carlini, E. A. – Pesquisas com a maconha no Brasil, 2010.
5. Carlini, E. A. – A história da maconha no brasil; 2005.
6. CEBRID – CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS. III LEVANTAMENTO DOMICILIAR SOBRE USO DE DROGAS PSICOTRÓPICAS NO BRASIL. SÃO PAULO; 2010.
7. Cerdá, M.; Wall M.; Keyes, K. M.; Galea, S.; Hasin, D. – Medical marijuana laws in 50 states: Investigating the relationship between state legalization of medical marijuana and marijuana use, abuse and dependence, 2011.
8. Gyngell, K. – Cannabis in the UK: Is a persistent culture of denial leaving treatment needs hidden and priming a public health time bomb?, 2006.
9. Hall, W. – The adverse health effects of cannabis use: What are they, and what are their implications for policy?, 2009.
10. Hall, W. D. – The contribution of research to the development of a national cannabis policy in Australia, 2007.

11. Hall, W.; Lynskey, M. – The challenges in developing a rational cannabis policy, 2009.
12. Harrison, L. D.; Erickson, P. G.; Korf D. J.; Brochu, S.; Benschop, A. – How much for a dime bag? An exploration of youth drug markets, 2006.
13. Janichek, J. L.; Reiman, A. – Clinical service desires of medical cannabis patients, 2012.
14. King, L. A. – Cannabis potency in Europe, 2005.
15. LENAD – LEVANTAMENTO NACIONAL DE ÁLCOOL E DROGAS II, 2012
16. MacCoun, R. J. – What can we learn from the Dutch cannabis coffeeshop system?, 2011.
17. McArdle, P.; Angon, B. – Adolescent substance misuse: an update on behaviours and treatments, 2012.
18. Raupp, L.; Milnitsky-Sapiro, C. Adolescência, drogadição e políticas públicas: recortes no contemporâneo, 2009.
19. Reinerman, C.; Cohen, P. D. A.; Kaal, H. L. – The Limited Relevance of Drug Policy: Cannabis in Amsterdam and in San Francisco, 2004.
20. Stangera, C.; Budney, A. J.; Kamonb, J. L.; Thostesenc, J. A Randomized Trial of Contingency Management for Adolescent Marijuana Abuse and Dependence, 2009.
21. Svrakic, D. M.; Lustman, P. J.; Mallya, A.; Lynn, T. A.; Finney, R.; Svrakic, M. – Legalization, Decriminalization & Medicinal Use of Cannabis: A Scientific and Public Health Perspective, 2012.
22. Van Der Pol, P.; Liebrechts, N.; De Graaf, R.; Korf, D. J.; Van Den Brink, W.; Van Laar, M. – The Dutch Cannabis Dependence (CanDep) study on the course of frequent cannabis use and dependence: objectives, methods and sample characteristics, 2011.
23. Wall, M. M.; Poh, E.; Cerd, M.; Keyes, K. M.; Çalea, S.; Hasin, D. – Adolescent Marijuana Use from 2002 to 2008: Higher in States with Medical Marijuana Laws, Cause Still Unclear, 2011.
24. Wouters, M.; Benschio, A.; Korf, D. J. – Local politics and retail cannabis markets: The case of the Dutch coffeeshops, 2010.