

**Associação Brasileira Multidisciplinar de Estudos sobre Drogas
ABRAMD**

**MACONHA
Uma Visão Multidisciplinar**

2006

MACONHA – Uma Visão Multidisciplinar

O Departamento de Dependência Química da Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP – entidade representativa dos psiquiatras do Brasil e que congrega cerca de 5.500 associados de todo o país, publicou um parecer intitulado “**Revisão científica: Maconha e Saúde Mental**” no site da ABP (www.abpbrasil.org.br/departamentos) com data de 06/10/2005, endossado por 25 médicos psiquiatras.

A **Associação Brasileira Multidisciplinar de Estudos sobre Drogas – ABRAMD** – que reúne profissionais de diferentes áreas, voltados para estudos e programas de caráter científico, plural e multidisciplinar sobre as drogas e seus usos, entende que é necessário discutir alguns aspectos do referido documento. Os membros da ABRAMD, professores e pesquisadores das principais Universidades do país, especialistas de variados campos do conhecimento, atuantes nas áreas de prevenção de riscos e danos associados ao uso de drogas e de dependência química, considerando a importância e a representatividade da ABP e o teor polêmico que envolve o assunto, julgam necessário ampliar o olhar sobre a questão e corrigir distorções expressas no parecer.

O presente documento tem como objetivos:

- explicitar os pontos de discordância da ABRAMD com relação a vários aspectos da argumentação do parecer do Departamento de Dependência Química da ABP;
- apresentar suas posições sobre o assunto; e
- trazer à luz achados recentes da ciência e da pesquisa sobre a maconha e seus usos.

De acordo com a ABRAMD, a introdução do parecer do Departamento de Dependência Química da ABP, quando afirma que “*não é uma discussão política nem apaixonada sobre a proibição ou legalização da maconha. Vamos questionar e debater apenas saúde*”, está em desacordo com o conteúdo do texto.

Acima de tudo estamos abrindo um debate que acreditamos profícuo para o avanço da discussão e para um tratamento atualizado, científico, plural e respeitoso sobre o assunto.

Principais críticas da ABRAMD ao parecer do Departamento de Dependência Química da ABP

1. O documento foi emitido primordialmente por médicos psiquiatras e psicólogos, carecendo de uma visão mais ampla, por tratar-se de um assunto que é eminentemente multidisciplinar;
2. O parecer apresenta apenas um lado das informações médico/farmacológicas disponíveis, ignorando importantes contribuições científicas que vêm em direção oposta ao afirmado, demonstrando um preocupante viés ideológico no documento;
3. O tema é abordado quase exclusivamente sob o ponto de vista médico-psiquiátrico, ou seja, como se a saúde fosse apenas uma questão médica;
4. A discussão do assunto, principalmente quando aborda o alegado prejuízo da maconha no rendimento escolar e na sociabilidade dos jovens, não conta com a contribuição de sociólogos, educadores, juristas, antropólogos, religiosos, ou outros especialistas que poderiam ampliar o significado da questão, resultando numa opinião maniqueísta: por um lado a maconha é “satanizada” e, por outro lado, Estado e sociedade não são responsabilizados pelos tremendos desencontros na área de direitos fundamentais e da marginalização dos jovens. Neste sentido, ambos são vistos simplesmente como vítimas inocentes de um “poder diabólico”, que é a droga;
5. O parecer deixa de tecer considerações importantes sobre:
 - as hipóteses de relação causal ou casual entre o uso da maconha e seus efeitos;
 - o número relativamente pequeno de reações adversas causadas pela maconha considerando seus milhões de usuários. Se essa relação fosse estabelecida – uso x efeitos adversos – certamente a constatação seria de que a maconha tem a menor relação entre todas as drogas psicotrópicas indutoras de dependência e até mesmo entre muitos medicamentos psicoativos (até hoje não foram descritas mortes por “overdose” da maconha).
 - as conseqüências extremamente maléficas da aplicação das atuais leis brasileiras que punem a posse da maconha;
 - o uso médico cada vez mais importante tanto de extratos da maconha como do princípio ativo Δ 9-THC (Delta 9 tetrahydrocannabinol).
6. Finalmente, consideramos que o parecer do Departamento de Dependência Química da ABP poderá ser utilizado como arma por aqueles “falcões” que desejam manter, ou mesmo endurecer, a ultrapassada e injusta lei sobre drogas, vigente no país. Neste sentido vale lembrar que o projeto de lei que acaba de ser aprovado pelo Congresso Nacional e aguarda sanção presidencial, não descriminaliza nem legaliza o uso da maconha (ou de outras drogas ilícitas), embora estabeleça penas alternativas para o usuário e não inclua a privação de liberdade para ele.

Posicionamento da ABRAMD

O parecer que a ABRAMD passa a apresentar dá ênfase aos achados científicos que se contrapõem à visão do Departamento de Dependência Química da ABP. Nossa intenção é mostrar que o tema “maconha” é extremamente controverso e está muito longe de um consenso científico. O que temos, ao contrário, é um “não-consenso”.

Nosso propósito não é fazer a apologia da maconha ou incentivar o seu uso indevido, mas mostrar a existência de trabalhos que não atribuem a essa droga um efeito tão deletério e de estudos que provam certas virtudes médicas da mesma.

Acreditamos que a leitura concomitante dos relatórios do Departamento de Dependência Química da ABP e da ABRAMD proporcionará aos interessados uma visão imparcial, não ideologizada, deste tema extremamente complexo.

Apresentamos inicialmente a discussão sobre dois aspectos ignorados pelo parecer do Departamento de Dependência Química da ABP (itens 1 e 2) e em prosseguimento acrescentamos dados e reflexões que julgamos essenciais para a discussão do assunto (itens 3 a 12):

1. As leis sobre a maconha e seus problemas
2. O atual uso medicinal da maconha.
3. Epidemiologia geral: uso de maconha e suas conseqüências,
4. Consumo de maconha no Brasil
5. Maconha: forma de uso e modificação genética da planta
6. A maconha no Sistema Nervoso Central e o Sistema Canabinóide Endógeno
7. Maconha e síndrome de abstinência
8. Dependência da maconha
9. Maconha e adolescência: a maconha e o desenvolvimento do adolescente
10. Maconha e transtornos mentais (depressão, esquizofrenia, ansiedade)
11. Transtorno do déficit da atenção e hiperatividade (TDAH) e uso de maconha
12. Estudos com terapias psicológicas para usuários da maconha e terapia farmacológica

1. As leis sobre a maconha e seus problemas

A Convenção Única da ONU sobre Entorpecentes (Narcóticos), de 1961, colocou a *Cannabis sativa L* e a heroína como “*drogas particularmente perigosas*” para o ser humano. De lá para cá os conhecimentos científicos avançaram muito e constatou-se que a maconha não é uma droga narcótica (como a morfina, a heroína, o ópio e outras) e nem é particularmente perigosa a ponto de comparar-se à heroína (Carlini, 2005).

Leis de muitos países, no entanto, são ainda draconianas e retratam esta visão antiga sobre a maconha, como é o caso da lei brasileira nº 6368 de 1976 (cuja substituição está em fase de aprovação) que pune com prisão a simples posse de qualquer quantidade da maconha, mesmo pequena para uso pessoal. Para mostrar o efeito nefasto destas leis dois exemplos são dados abaixo.

No Canadá, na década de 1970 (Erickson, 1980) o número de jovens e adultos detidos por posse de maconha crescia assustadoramente. Inicia-se então no Congresso uma discussão sobre o assunto e é nomeada pelo governo canadense uma comissão de peritos. O relatório final desta

comissão, chamado de relatório Le Dain (em referência ao professor de Direito Dr Gerard Le Dain, presidente da Comissão) continha três conclusões: uma majoritária (3 membros) recomendava a adoção de “despenalização” (sanções administrativas), um membro concluía que a lei deveria ser mantida como estava, isto é punindo com prisão o usuário (“punir o traficante e deixar livre o seu cliente é tão cínico como punir a prostituta e deixar livre o seu freguês”) e o 5º membro propunha a liberação do uso da maconha, com o governo canadense controlando apenas a produção e a qualidade do produto. Sem dúvida isso mostra a grande complexidade do tema tratado. Quase três lustros depois, finalmente, a posse da maconha para o uso pessoal não é mais passível de prisão e o governo canadense criou a Agência da Cannabis Medicinal liberando o uso da planta e seus derivados para fins médicos.

Nos EUA, vários estados já substituíram a pena de prisão para usuários por “sanções administrativas” tais como multas e prestação de serviços sociais. Mesmo assim as leis nos demais estados (grande maioria) e a lei federal são muito severas. A constatação de que milhões de jovens e adultos foram detidos na década de 1970, não modificou a situação e, ainda hoje, a pena de prisão persiste apesar das acaloradas discussões nos últimos 20 a 30 anos. As conseqüências desta situação podem ser comprovadas pelos seguintes fatos (“Marihuana Prohibition Facts – 2003”):

- nos EUA houve cerca de 13 milhões de detenções relacionadas à maconha de 1970 até o presente, incluindo 723.627 detenções em 2001. Cerca de 89% destas detenções foram por posse da droga e não por produção ou distribuição;
- no momento cerca de 77.000 transgressores (“offenders”) por posse de maconha estão na prisão;
- de acordo com a Organização “Pare o Estupro de Prisioneiros” (“*Stop Prisoner Rape*”): “290 mil homens são vitimados” (“victimized”) na prisão todos os anos sendo 192 mil com penetração. As vítimas são majoritariamente jovens, de pequena estatura, não violentos, primários, de classe média...

2. O atual uso medicinal da maconha: o Δ^9 -THC como medicamento

Existem várias publicações disponíveis que abordam o uso de maconha e Δ^9 -THC como medicamento e o parecer do Depto de Dependência Química da ABP não faz referência aos mesmos. (Snyder, 1971; Grinspoon and Bakalar, 1997; Guy, Whittle and Robson, 2004; Russo 2001; Joy, Watson and Benson, 1999; Earleywine, 2002; Grotenhermen and Russo, 2002). Recentemente uma tese foi defendida em nosso meio (Rocha, 2006), e uma ampla revisão sobre o assunto foi realizada (Carlini, 2004). A literatura internacional publicou dezenas de artigos de revisão sobre o tema “maconha como medicamento”.

O Δ^9 -THC já está comercializado em vários países há alguns anos sob o nome do Marinol® para tratamento da náusea/vômito induzidos pelos quimioterápicos anti-câncer (Rocha, 2006; Plasse, 2002; Beal et al., 1995; Bayer, 2001), e para os casos de caquexia (extremo enfraquecimento) devido ao câncer e AIDS (Nelson, 1994).

Cigarros de maconha padronizados são produzidos pelo governo holandês e vendidos nas farmácias sob prescrição médica (Smulders, 2005); um extrato de maconha, registrado como Sativex®, contendo quantidades calibradas de canabinóides é produzido e utilizado medicamente no Reino Unido e Canadá (Blake et al., 2005).

Atualmente, já existem várias dezenas de trabalhos científicos analisando os efeitos terapêuticos da cannabis e derivados em várias patologias, principalmente em casos de dores espásticas em geral e da Esclerose Múltipla em particular (Vaney, et al., 2004; Notcutt et al., 2004; Wade et al., 2003; Wade et al., 2004; Rog et al., 2005; Zagicek et al., 2003; Blake et al., 2005; Page et al., 2005). Os resultados desses estudos, no geral, não deixam dúvidas sobre os efeitos benéficos da maconha.

Julgamos que não é lícito ignorar estes avanços da ciência e que a discussão imparcial sobre a maconha deve incluir diferentes pontos de vista sobre o tema.

3. Epidemiologia geral: uso de maconha e suas conseqüências

A maconha é a droga ilícita mais consumida no mundo e é a primeira da lista em um grande número de países. Ainda assim, não há descrito sequer um único caso de morte por “overdose” da droga.

Constata-se que mesmo a maconha sendo consumida por muitos milhões de pessoas, é extremamente pequeno o número dos que estão em tratamento ou dele precisam por problemas de saúde física ou mental verdadeiramente induzidos pela droga.

A simples análise desses dados, sem levar outros fatores em consideração, sugere o surgimento de, pelo menos, duas outras hipóteses:

- a maconha é uma droga de grande poder hedonístico, o que leva um número muito grande de pessoas a consumi-la;
- a maconha é uma droga pouco tóxica e sem grande poder de causar dependência ou prejuízos físicos e mentais graves a seus usuários. Na realidade, apesar de séculos de uso, somente nas últimas duas a três décadas algumas correntes apontam o poder indutor de dependência da maconha (Snyder, 1971).

4. Consumo de maconha no Brasil

De acordo com levantamento realizado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID da Universidade Federal de São Paulo (2002), 6,9% da população brasileira já utilizou a maconha pelo menos uma vez na vida. Em uma visão otimista, a situação do Brasil é bem melhor do que a de muitos países: EUA (34,2%), Reino Unido (25%), Espanha (19,8%), Chile (19,7%), etc. O Brasil situa-se no terço inferior da relação de países usuários da maconha.

O “uso na vida” (“lifetime use”) é critério utilizado mundialmente para avaliar o contato com drogas, (pelo menos uma vez na vida). Trata-se portanto, de experimentação e não de dependência.

O número de dependentes da maconha, de acordo com esse levantamento, atingiria cerca de 1% da população investigada (Carlini et al., 2002) somando cerca de 451 mil pessoas no país. É necessário salientar, no entanto, que o instrumento utilizado pelo CEBRID para avaliar o que se chamou de dependência foi baseado em critérios americanos (do Substance Abuse & Mental Health Services Administration - SAMSHA) que são bem menos rigorosos que os critérios adotados internacionalmente tais como o Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais, quarta revisão - DSM-IV (da Associação Psiquiátrica Americana - APA) e a Classificação Internacional de Doenças, décima revisão - CID-10 (da Organização Mundial de Saúde – OMS). Além disso, o valor de 1% de dependentes está dentro da margem de erro neste tipo de avaliação; ou seja, são valores que não podem ser tomadas sem a necessária crítica.

O consumo da maconha está aumentando no Brasil?

Quanto a esta questão, é necessário analisar os dados com cuidado. Para responder positivamente a ela, o relatório do Departamento de Dependência Química da ABP baseia-se apenas em dados do CEBRID de uso na vida, desprezando outros indicadores, tanto na apresentação dos dados referentes aos estudantes como às crianças em situação de rua. Além disso os dados citados referentes à Polícia Federal cujas apreensões da maconha aumentaram entre 1999 e 2004 não podem ser vistos isoladamente.

Não é mencionada no relatório qualquer interpretação desses dados. Por exemplo: o relativo aumento de uso pelos estudantes pode se referir ao fato de eles se sentirem menos temerosos de “confessar” o uso de um ano para outro. As crianças em situação de rua são, em geral, poli-usuárias, engajando-se em uso diário de 3 a 4 drogas. A Polícia Federal pode ter recebido denúncias num dado ano, de um grande carregamento, etc.

O fato de que as internações hospitalares por uso de maconha caíram de 2,3% do total de internações em 1988 para 1,3% em 1999, tal como apontado no relatório, sem nenhum outro comentário, não pode ser conclusivo, ainda mais levando-se em conta que em 2003 o número de internações continuou praticamente o mesmo. É relevante salientar que naqueles mesmos anos as internações por álcool chegavam a 90% do total, demonstrando um sério problema de saúde pública em nosso país, ao qual o relatório do Depto de Dependência Química da ABP não faz referência.

5. Maconha: forma de uso e modificação genética da planta.

Outra afirmação discutível é que houve aumento do teor do princípio ativo da maconha (Δ^9 tetrahydrocannabinol = Δ^9 -THC) por modificações genéticas e que este aumento seria responsável pela maior toxicidade da planta. O relatório do Depto de Dependência Química da ABP chega a afirmar que é isso “*o que torna obsoleto muito do que se acreditou sobre os riscos e conseqüências da maconha.*”

Esta afirmativa foi baseada no fato de que com seleção genética a maconha pode conter até 20-30% do Δ^9 – THC.

Mas o Ganjáh, a famosa maconha indiana (a planta apenas era coletada de forma especial – não havia qualquer manipulação genética) conhecida desde o século XIX, já possuía elevados teores de Δ^9 – THC. E tanto no passado como no presente, os efeitos da maconha no cérebro não são devidos somente ao Δ^9 -THC e sim a uma mistura de várias substâncias canabinóides. (Carlini et al., 1974; Fairbairn and Pickens, 1981; Russo and MacPartland, 2003).

Não se deve, portanto, atribuir todos os efeitos da maconha a um único princípio ativo, o Δ^9 -THC.

Por outro lado, nega-se cada vez mais o tão falado poder indutor de dependência pelo Δ^9 -THC. Na década de 1990 o próprio governo americano solicitou à ONU (e foi atendido) que esta substância fosse re-classificada para uma lista de substâncias menos perigosas, no que diz respeito à indução de dependência e também devido a suas propriedades terapêuticas. (WHO, 1991). Em 2003 a própria Organização Mundial de Saúde solicitou novamente que o Δ^9 -THC fosse considerado ainda menos indutor da dependência. (WHO, 2003).

Não se pode, portanto, chegar a conclusões simplistas de que “como agora o teor do Δ^9 -THC na maconha é maior (o que não é verdade no Brasil, dado aqui não ser feita seleção genética) a droga representa maior perigo”. Isto seria distorcer a realidade dos fatos.

6. A maconha no Sistema Nervoso Central e o Sistema Cannabinóide Endógeno

A descoberta de que existem receptores no cérebro humano que interagem com o THC da maconha trouxe um novo status para esta planta. Tanto que a substância endógena que todos os seres humanos produzem em seus cérebros e que atua nos receptores do Δ^9 -THC foi batizada pelos seus descobridores, exageradamente é verdade, como “anandamida”. O termo ananda, originado do sânscrito, significa bem-aventurança, felicidade.

O fato de o cérebro humano possuir este sistema canabinóide, seguramente abre novas perspectivas, entre as quais podem ser citadas:

- a. o funcionamento anormal espontâneo deste sistema pode causar alterações no funcionamento do nosso cérebro;
- b. este funcionamento anormal pode ser causado por drogas que agem sobre este sistema;
- c. caso uma pessoa tenha o sistema funcionando erradamente a administração de uma droga que interaja com ele poderá corrigir o funcionamento anormal. Entre estas drogas poderíamos imaginar a própria maconha ou o Δ^9 -THC. De fato hoje em dia já se admite, como se fazia no passado, que a maconha e o Δ^9 -THC em certas condições são bons medicamentos.

Alguns países como os EUA, Reino Unido, Canadá e Holanda já estão fabricando, utilizando e exportando derivados da maconha para fins medicinais, com a aprovação da OMS e da ONU. Há ainda a notar que o primeiro bloqueador dos receptores do Δ^9 -THC, o Rimonabant, está em vias (se já não o foi) de ser aprovado terapeuticamente.

Fatos tão relevantes são negados pelo relatório do Departamento de Dependência Química da ABP que diz apenas que: *“melhor entendimento (...) poderá permitir o desenvolvimento de novas e mais eficazes terapias psicofarmacológicas”*.

- d. mas também pode-se admitir que em estando o sistema canabinóide funcionando normalmente, uma droga que aja sobre ele pode alterar este funcionamento. É o que se admite acontecer quando uma pessoa entra em contato com a maconha: podem ocorrer alterações mentais como alucinações, delírios, etc.

7. Maconha e síndrome de abstinência

A eventual síndrome de abstinência (alterações físicas/psíquicas que aparecem na pessoa que vinha usando cronicamente a maconha e interrompe abruptamente este uso) é ainda matéria de debate. Algumas evidências, no entanto, não podem ser negadas e atestam as controvérsias sobre o assunto:

- a. existem estudos que descrevem casos de ocorrência da síndrome de abstinência com a maconha;
- b. existem estudos que indicam a não existência desta síndrome ou que no caso de sua ocorrência ela é muito tênue;
- c. existem ainda casos descritos da síndrome de abstinência, com sintomatologia semelhante àquela descrita para a maconha, em pessoas “dependentes” de cenoura ou em pessoas que estão em luto ou quebraram laços afetivos ou ainda apresentaram sintomas/sinais de dependência após receberem cronicamente um placebo (Gilbert et al., 1998; Cerny and Cerny, 1993; Smyth, 2002).
- d. nos trabalhos científicos que descrevem síndrome de abstinência da maconha, não há menção aos graves sintomas/sinais que ocorrem na síndrome de abstinência dos opiáceos (morfina, heroína etc) e de barbitúricos, tais como hiperpirexia, convulsões, cólicas, diarreia e vômitos incontroláveis, sudoração desidratação, etc, que podem levar à morte.

8. Dependência da maconha

Um grande estudioso da maconha no passado recente (Snyder, 1971) afirma que:

“It is striking that so many of these medical reports fail to mention any intoxicating properties of the drug. Rarely, if ever, is there any indication that patients - hundreds of thousands must have received cannabis in Europe in the nineteenth century - were “stoned” or changed their attitudes toward work, love, their fellow men, or their homeland.”

Carece de fundamento o argumento de que a dependência da maconha, mais evidente nos últimos 20 anos, seja devida a um grande aumento do $\Delta 9$ -THC nas plantas selecionadas, conforme diz o relatório do Depto de Dependência Química da ABP, o que, segundo ele, também explicaria o “potencial aditivo da maconha”.

As razões pelas quais estas afirmativas não merecem crédito são, basicamente, duas:

- a. a própria OMS declarou ter o $\Delta 9$ -THC baixo poder indutor de dependência, tanto que propôs a diminuição do controle desta substância (WHO, 1991; 2003).
- b. pessoas que usam o $\Delta 9$ -THC puro queixam-se de que a substância induz alterações mentais (alucinações e delírios) mas também induz disforia. Declaram também que a maconha não provoca com tanta intensidade esta reação adversa. (Carlini et al., 1974; Russo and McPartland, 2003). Isso leva à conclusão de que o maior teor do $\Delta 9$ -THC em uma amostra da maconha não confere um maior “potencial aditivo”.

O fato de organismos ficarem tolerantes à maconha não é indicativo da síndrome de dependência, conforme afirma o relatório do Departamento de Dependência Química da ABP.

Estudos mostram que dependência (isto é, o organismo passar a necessitar ou depender de algo) pode ocorrer com qualquer droga (e inclusive com outras substâncias, como as já citadas cenoura e placebo) e até com fatores que nada têm a ver com drogas (jogo, sexo, ver TV, etc).

É verdade que recentemente tem havido a descrição de um maior número de casos diagnosticados como de dependência da maconha. Mas esta maior frequência pode ser devida aos recentes instrumentos utilizados para diagnosticar a dependência.

O diagnóstico em seres humanos depende, em grande parte, do instrumento utilizado para medi-lo. Quanto mais exigente é este instrumento menor será o número de diagnósticos positivos. Vários critérios diagnósticos menos exigentes foram desenvolvidos hoje em dia e, conseqüentemente, mais casos de dependência da maconha passaram a ser diagnosticados. Exemplo disto é o que aconteceu com os critérios diagnósticos empregados pelo CEBRID. Para tornar viável a comparação com dados dos EUA, este Centro Brasileiro empregou os critérios adotados por pesquisadores americanos do SAMSHA, como vimos acima. De acordo com os resultados da pesquisa, 1% da população brasileira seria dependente da maconha. (Este dado seria provavelmente diferente se os instrumentos de pesquisa tivessem utilizado critérios mais exigentes e aceitos internacionalmente como os da CID-10 e do DSM-IV)

Um trabalho australiano mostrou marcantes diferenças (14,7% a 53,3%) entre usuários crônicos diagnosticados como dependentes de acordo com a utilização de dois critérios diagnósticos diferentes. (Swift et al., 1998).

9. Maconha e adolescência: a maconha e o desenvolvimento do adolescente

O relatório publicado pela ABP afirma que existe uma relação entre uso de maconha e desajuste social e escolar de adolescentes.

Da forma como está exposto nesse relatório, não fica explícito se esta relação é vista como “casual” ou “causal”, ou seja se é próprio da adolescência apresentar desajustes e usar maconha,

como fatos independentes ou se há entre eles uma relação de causa e efeito. A discussão do Departamento de Dependência Química da ABP, parece atribuir diretamente à maconha malefícios para a saúde mental e os distúrbios sociais dos adolescentes.

Fazer associações e torná-las verdades sem apreender a complexidade das relações sociais nos parece especialmente desaconselhável. Relacionar o uso da maconha com evasão escolar desconsidera toda uma discussão e muitas dezenas de pesquisas que vêm apontando a crise da instituição escolar e suas novas configurações, além da complexa relação entre sujeito e objeto do mundo adolescente. Esses estudos permitem colocar a questão em outros termos. A crise é da escola, dos desafios enfrentados pelos jovens, de suas percepções de si mesmo e das suas relações com a sociedade e não uma expressão do jovem *“drogado pela maconha”*.

É uma grosseira simplificação relacionar o uso da maconha ao abandono do lar ou da escola, ao fracasso escolar, à iniciação sexual ou à gravidez indesejada.

Estudos mostram que a realidade pode ser bem diferente. O próprio uso pode ser consequência da dificuldade de inserção dos jovens na sociedade moderna, extremamente competitiva.

Em recente artigo publicado na mais importante revista científica *The Lancet* (McLeod et al., 2004), pesquisadores do Reino Unido analisaram cerca de meia centena de publicações científicas sobre o uso da maconha por adolescentes e concluíram que jovens que usaram maconha realmente apresentam pior rendimento escolar e mais distúrbios comportamentais. Mas constataram que não havia uma relação de “causalidade”, ou seja, a maconha não poderia ser responsabilizada pelos distúrbios dos adolescentes.

Na mesma direção, outro estudo relevante é o de Grant et al (2003). Os autores examinaram 11 estudos sobre os efeitos residuais (crônicos, não-agudos) da maconha em pessoas adultas. Foi constatado que esta droga, utilizada cronicamente, não prejudicou as seguintes funções psicomotoras: tempo de reação simples, atenção, capacidade verbal/linguagem, abstração, funções executivas, atividade motora e aspectos perceptuais/motores. Os autores encontraram apenas um discreto efeito negativo sobre a aprendizagem e memória e concluíram que estes efeitos, de pequena magnitude, não deveriam ser empecilho para o uso clínico da maconha.

Outra afirmação que questionamos no relatório do Depto de Dependência Química da ABP é que a maconha *“... é uma droga que causa dependência, podendo levar à escalada de experimentação de outras drogas”*, sem levar em conta que o local onde se adquire maconha tem muita probabilidade de vender outras drogas.

No Brasil os inalantes são mais utilizados, e em idade inferior, pelos nossos adolescentes. Neste caso, por que afirmar que é a maconha que leva à escalada?

Novamente, ao não especificar a diferença entre causalidade e casualidade muitas conclusões equivocadas poderiam ser admitidas, como o absurdo de que se 100% das pessoas que fumam maconha foram amamentadas na infância, a amamentação seria o primeiro passo na *“escalada do uso de drogas”*, numa falsa relação de causa e efeito (causalidade).

10. Maconha e transtornos mentais (depressão, esquizofrenia, ansiedade)

Pode-se afirmar que há uma relação, embora não muito acentuada, entre o uso de maconha e alguns transtornos mentais como depressão, esquizofrenia e ansiedade. Mas estas eclosões psicopatológicas ocorrem também com o uso de outras drogas e mesmo pela presença de fatores comuns e cotidianos.

Atribuir ao uso da maconha a causa direta destas alterações mentais não tem fundamento científico, embora a maconha possa atuar sobre organismos com predisposição para essas doenças, precipitando, em certos casos, a sua ocorrência.

Por outro lado, existem estudos que mostram ser a maconha utilizada por esquizofrênicos para alívio dos sintomas negativos desta doença (Peralta and Cuesta, 1991), assim como existem pessoas que a usam como “medicamento” para aliviar os sintomas depressivos que as acometem.

Existem também efeitos ansiolíticos da maconha e seus derivados, conhecidos desde há muito tempo pelo ser humano e comprovados em animais de laboratórios.

Editorial do British Medical Journal (nº 323, 1183-1184, 23 novembro 2002) indaga:

“Does Cannabis cause these conditions, or do patients use cannabis to relieve their distress?”

Satanizar a maconha como causadora de transtornos mentais revela uma visão parcial, que não leva em conta inúmeras opiniões científicas sérias que apresentam posição diferente.

Em contrapartida, o relatório do Depto de Dependência Química da ABP mencionou, e com razão, trabalhos que mostram que a maconha exacerba os sintomas psicóticos dos esquizofrênicos e bloqueia os efeitos de medicação anti-psicótica, mas é parcial quando afirma que *“há uma associação entre o consumo de maconha e o risco de desenvolver esquizofrenia, sendo esta associação mais intensa entre sujeitos que utilizaram maconha antes dos 15 anos de idade”*. Vejamos porquê:

- muitas outras drogas e fatores ambientais e sócio-culturais podem também desencadear acessos psicóticos em pessoas com predisposição (genética inclusive) para tal.
- a esquizofrenia, antigamente chamada de “demência precoce”, inicia-se, muitas vezes, ao redor dessa mesma idade (15 anos).
- conforme dito acima, o paciente esquizofrênico pode utilizar a maconha como uma automedicação para aliviar os sintomas negativos da doença, fazendo com que os sintomas produtivos, antes mascarados, passem a se evidenciar.

Uso de maconha e ansiedade

A afirmativa do parecer do Departamento de Dependência Química da ABP de que *“ansiedade constitui o sintoma adverso mais comum após o uso agudo da maconha”*, mas que *“paradoxalmente indivíduos relatam redução da ansiedade como motivação para o uso da maconha”*, revela uma tentativa de mostrar os dois lados da questão, mas o uso do termo *“paradoxalmente”* revela uma tomada de posição unilateral.

Uma interessante e irônica nota publicada na prestigiosa revista científica The Lancet por um estudioso alemão (Grotenhermen, 2004) pode ser citada como contra-ponto. Sob o provocativo título *“Como prevenir o estresse-psicológico induzido pela cannabis... nos políticos”*, o autor comenta que: *“a maconha pode causar ansiedade agitação e raiva entre os políticos”*; *“A consequência deste estado de stress psicológico é uma ultra-reação com respeito à legislação e políticas sobre a planta e uma falta de distinção entre uso e abuso da maconha”*.

Seguindo na direção contrária da literatura científica sobre o assunto, o relatório atribui às concentrações baixas e altas do Δ^9 -THC respectivamente, os efeitos ansiolíticos e ansiogênicos da maconha. Ignoram-se, desta forma, estudos científicos já relativamente antigos que mostram ser a ação do THC modulado por outros componentes da maconha e não simplesmente pelo seu teor.

Além disso, afirmar que *“a ansiedade constitui o sintoma adverso mais comum após o uso agudo da maconha”* não tem respaldo na literatura científica que, ao contrário, inclui muitos trabalhos que relatam o efeito ansiolítico da maconha.

11. O transtorno do déficit da atenção e hiperatividade (TDAH) e uso de maconha

O relatório do Departamento de Dependência Química da ABP informa que *“a maconha é a droga ilícita com maior frequência de abuso entre os portadores do TDAH”* e que *“os pacientes relatam um efeito calmante provocado pela maconha reduzindo sua inquietação interna”*.

Surpreendentemente, e de maneira unilateral, o documento, ao invés de ressaltar este efeito como benéfico, o interpreta como fator de risco para o abuso/dependência da droga.

E, mais surpreendente ainda, faz apologia do atual tratamento farmacológico do TDAH, feito com uma droga anfetaminóide, o metilfenidato ou com a própria d-anfetamina (dextro anfetamina, antigamente chamada de *“bolinha”*) estas sim reconhecidamente indutoras de dependência e de outros sérios efeitos adversos como retardo de crescimento, perda de peso e alteração da pressão arterial.

12. Estudos com terapias psicológicas para usuários da maconha e terapia farmacológica

O parecer do Departamento de Dependência Química da ABP, de forma precipitada segundo nossa percepção, discute formas e tempo de tratamento para usuários de maconha, sem analisar se o mesmo é realmente necessário e para que tipo de usuário.

Há grandes controvérsias sobre se o usuário de maconha deve ou não ser tratado, exceto quando tem outros distúrbios psicológicos evidentes. Neste caso deve-se tratar o distúrbio psíquico, entre cujos sintomas/sinais pode estar o uso da maconha.

O levantamento feito pelo CEBRID, em 2004, que analisou as internações por drogas em 166 hospitais brasileiros constatou que de um total de 54.795 casos apenas 1,3% foram internações por maconha e mais de 90% por álcool.

Conclusão

Este posicionamento da ABRAMD é apresentado com o objetivo de fornecer à nossa sociedade um outro lado da questão, uma forma diferente de encarar a maconha e seus usos.

Julgamos que ele deve ser lido juntamente com o parecer da ABP (www.abpbrasil.org.br) para que se encontre um ponto de equilíbrio neste conturbado tema.

Nenhum adulto responsável desejaria que adolescentes e jovens fossem indulgentes no uso de drogas, mas também não desejariam que os usuários fossem vistos com preconceito nem que a punição pelo uso fosse mais prejudicial que ele próprio.

Muito recentemente a Food and Drug Administration - FDA do governo americano negou que a maconha pudesse ter utilidade terapêutica. (New York Times, 2006; Folha de São Paulo, 2006)

Isso levou um renomado professor de medicina da Universidade de Harvard a declarar: *“infelizmente, este é mais um exemplo de um caso em que a FDA faz pronunciamentos mais movidos pela ideologia do que pela ciência”*. (FSP, 2006). Esta decisão da FDA está em oposição a um relatório feito por uma comissão de alto nível, designada pelo Instituto de Medicina ligado à Academia Nacional de Ciências do EUA que concluiu, em 1999, ter a maconha utilidade terapêutica em várias condições clínicas. (Watson, Benson and Joy, 2000)

Estas mudanças de opiniões, para pólos drasticamente opostos, podem ocorrer dentro de um país ou mesmo dentro de uma instituição, de acordo com a visão político/ideológica dos dirigentes num determinado momento. A própria Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) já teve opiniões opostas ao hoje exposto por seu Departamento de Dependência Química. A comprovar este fato está o edital na Revista da ABP/APAL (Associação Brasileira de Psiquiatria - Associação de Psiquiatria da América Latina), publicado pela APB em 1987:

Editorial – Revista ABP-APAL, vol. 8, nº 1, 1987

A DUPLA PENALIZAÇÃO DO USUÁRIO DE DROGAS OU DUAS VEZES VÍTIMA

“Ninguém como os psiquiatras conhece melhor a miséria humana que acontece aos drogados. Eles são mais vítimas do sistema de produção e tráfico – e de si mesmos – que delinqüentes... O problema das drogas em nosso país tem sofrido um julgamento apaixonado, permeado por atitudes moralistas e um tratamento policial.

Finalmente, deve-se considerar com seriedade a necessidade de se promover a descriminalização do uso da maconha, estipulando a quantidade considerada porte, sem promover a liberação da droga. Esta medida ampliaria as possibilidades de recuperação do usuário, isolando-o do traficante e evitando sua dupla penalização: a pena social de ser um drogado e a pena legal por ser um drogado, esta última muitas vezes mais danosa que a primeira”.

Deve-se enfatizar que de 1987 até o presente, os conhecimentos científicos sobre a maconha não sofreram mudanças significativas suficientes para justificar tal mudança na forma de ver a questão.

Certamente pesaram mais as diferenças de visão de mundo entre os diretores da ABP daquela época e os atuais diretores do Departamento de Dependência Química desta instituição.

Referências bibliográficas

- BAYER, R. E. (2001). Therapeutic Cannabis (Marihuana) as an antiemetic and appetite stimulant in persons with acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). In: *Cannabis therapeutics in HIV/AIDS*. Ed. E. Russo. The Haworth Integrative Healing Press, New York.
- BEAL, J. E., OLSON, R., LAUBENSTEIN, L. et al. (1995). *Dronabinol as a treatment for anorexia associated with weight loss in patients with AIDS*. Journal of Pain and Symptom Management 10, 89-96.
- BLAKE D. R., ROBSON, P. HO, M. et al. (2005). *Preliminary assessment of the efficacy, tolerability and safety of a cannabis-based medicine (Sativex®) in the treatment of pain caused by rheumatoid arthristes*. Rheumatology 1 of 3 (RAAP NOV 9).
- CARLINI, E. A. (2004). The good and the bad effects of (-) trans-delta-9-tetrahydrocannabinol (Δ^9 -THC) on humans. *Toxicon* 44, 461-467.
- CARLINI, E. A. (2005). *A História da Maconha no Brasil*. Em: Cannabis sativa L. e Substâncias Canabinoides em Medicina. Eds. E. A. Carlini, Eliana Rodrigues e José Carlos Galduróz. CRL Balieiro Editores, p 4-13, São Paulo.
- CARLINI, E. A., GALDUROZ, J.C.F., NOTO, A. R., NAPPO, S. A. (2002). *I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil*. CLR Balieiro Editores Ltda. São Paulo.
- CARLINI, E. A., KARNIOL, I.G., RENAULT, P.F. et al. (1974). *Effects of marihuana in laboratory animals and man*. British Journal of Pharmacology 50, 299-309.
- CERNEY, I and CERNEY, K. (1992). *Can carrots be addictive: an extraordinary form of drug dependence*. British Journal of Addictions 87, 1195-1197.
- EARLEYWINE, M. (2002) *Understanding marihuana – a new look at the scientific evidence*. Oxford University Press. New York.
- ERICKSON, P.C. (1980). *Cannabis criminals. The Social effects of punishment on drug users*. Ed. Addiction Research Foundation. T.H. Best Printing Company Ltd. 177 pgs. Ontario, Canadá.
- FSP – Folha de São Paulo (2006, 22/04/06). *FDA condena maconha para fins médicos. Agência americana contradiz relatório científico de 1999 e é acusada de servir a interesses políticos conservadores*.
- GILBERT, D.C. GILBERT, D. O., and SCHULTZ, V.I. (1998) *Withdrawal syndrome: individual differences and similarities accross addictive behaviors*. Personality and Individual Differences, 24, 351-356.
- GRANT, I., GONZALEZ, R., CAREY, C.L. et al. (2003). *Non acute (residual) neurocognitive effects of cannabis use. A meta-analytic study*. Journal of the International Neuropsychological Society 9, 679-689.
- GRINSPOON, L. and BAKALAR, J. B. (1997). *Marihuana, the Forbidden Medicine*. Yale University Press, New Haven.
- GROTENHERMEN, F. and RUSSO E., (2002). *Cannabis and Canabinoids – Pharmacology, Toxicology and Therapeutic Potential*. The Haworth Integrative Healing Press, New York.
- GROTENHERMEN, F. (2004). *How to prevent cannabis-induced psychological distress... in politicians*. The Lancet 363, 1568.
- GUY, G.H., WHITTLE, B.A. and ROBSON, P.J. (2004). *The Medicnal use of Cannabis and Cannabinoids*. Pharmaceutical Press, London.
- JOY, J. E., WATSON JR. S. J. and BENSON, J. A. (1999). *Marihuana and Medicine: Assessing the Science Base*. National Academy Press. Washington DC.
- MACLEOD, J., OAKES, R., COPELLO, A. et al (2004). *Psychological and social sequelae of cannabis and other illicit drug use by young people: a systematic review of longitudinal, general population studies*. The Lancet 363, 4579-1588.
- MARIHUANA PROHIBITION FACTS (2003).
- NELSON, K., WALSH, D., DEETER, P., SHEEHAN, F. (1994). *A phase II Study of Delta-9-Tetrahydrocannabinol for Appetite Stimulation in Cancer-Associated Anorexia*. Spring 10 (1):14-18.
- NEW YORK TIMES (2006). *FDA's report illuminates wide divide in marihuana*, Kate Zermike, April 22.
- NOTCUTT, W., PRICE, M., MILLER, R. et al. (2004) *Initial experience with medicinal extracts of Cannabis for chronic pain: results from 34 "N of 1" studies*. Anesthesia 59, 440-452.

- PAGE, S. A., VERHOEF, M. J., STEBBINS, R. A. et al (2003). *Cannabis use as described by people with multiple sclerosis*. The Canadian Journal of Neurological Sciences 30, 2001-2005.
- PERALTA, V. and CUESTA M.J. (1991). *Influence of cannabis abuse M Scizophrenie psychopathology*. Acta Psychiatric Scandinavice 85, 127-130, 1992.
- PLASSE, T. (2002). *Chapter14: Antiemetic effects of cannabinoids in: Cannabis and cannabinoids – Pharmacology, toxicology, and Therapeutic Potential*. Eds. Grotenhermen, F. and Russo, E.
- ROCHA, F.C.M. (2006). *Revisão sistemática da literatura sobre o uso de terapêutico da cannabis no tratamento dos efeitos colaterais da náusea e vômito em pacientes com câncer submetidos a quimioterapia*. Tese de mestrado aprovada na Universidade Federal de São Paulo.
- ROG, D. J., NURMIKKO, T.J., FRIEDE, T. et al. (2005). *Randomised, controlled trial of cannabis based medicine in central pain in multiple sclerosis*. Neurology 65, 812-819.
- RUSSO, E. B. (2001). *Cannabis therapeutics in HIV/AIDS*. The Haworth Integrative Healing Press, New York.
- RUSSO, E. B. and McPARTLAND, J. M. (2003). *Cannabis is more to than simply Δ^9 -tetrahydrocannabinol*. Psychopharmacology 165, 431-432.
- SNYDER, S. H. (1971). *Uses of Marihuana*. Oxford University Press, London.
- SWIFT, W., HALL, W., DIDCOTT, P. et al. (1998). *Patterns and correlates of cannabis dependence among long-term users in an Australian rural area*. Addiction 93, 1149-1160.
- SMULDERS, A. (2005). *Therapeutic Cannabis in the Netherlands*. In: Cannabis sativa L e cannabinoides em Medicina. Eds. E. A. Carlini, Eliana Rodrigues e José Carlos Galduróz. CRL Balieiro Editores, p. 69-87, São Paulo.
- SMITH, N. (2002). *Cannabis, carrots and common experiences: a reply to comments on Smith*. Addiction 97, 916-917.
- VANEY, G., GUTENBRUNNER, M.H., JOBIN, R. et al. (2004). *Efficacy, safety and tolerability of an orally administered cannabis extract on the treatment of spasticity in patients with multiple sclerosis: a randomized, double-blind, placebo controlled crossover study*. Multiple Sclerosis, 10, 417-424.
- WADE, D. T., ROBSON, P. HOUSE, H. et al (2003). *A preliminary controlled study to determine whether whole – plant extracts can improve intractable neurogenic symptoms*. Clinical Rehabilitation 17, 18-23.
- WADE; D. T., MAKELA, O., ROBSON, P. et al (2004). *Do cannabis based medicinal extracts have general specific effects on symptoms of multiple sclerosis? A double-blind, randomized, placebo-controlled study on 160 patients*. Multiple Sclerosis 10, 434-441.
- WATSON, S. J., BENSON, J. A. and JOY, J.E. (2000). *Marihuana and medicine: assessing the science base: a summary of the 1999 Institute of Medicine report*. Archives of General Psychiatry 57(6), 547-552.
- WHO – World Health Organization (1991). *WHO Technical Report Series – nº 27*, Geneve.
- WHO – World Health Organization (2003). *WHO Technical Report Series – nº 915*, Geneve.
- ZAJICEK, J., FOX, P., SANDERS, H. et al. (2003). *Cannabinoids for treatment of spasticity and other symptoms related to multiple sclerosis (CAMS study): multicenter randomized placebo-controlled trial*. The Lancet 362, 1517-1526.