

We are
the **Drug**
Policy
Alliance.

PROTEÇÃO EM PRIMEIRO LUGAR

Uma abordagem honesta
sobre a questão do uso de
drogas por adolescentes

Marsha Rosenbaum, PhD



INSTITUTO IGARAPÉ
a think and do tank

PROTEÇÃO EM PRIMEIRO LUGAR

Uma abordagem honesta
sobre a questão do uso de
drogas por adolescentes

Marsha Rosenbaum, PhD

Uma publicação da Drug Policy Alliance.
Adaptação para o português do Instituto Igarapé.

Sumário

Apresentação	1
Fale com eles	2
Dez dicas de proteção para adolescentes	2
Prefácio da edição original	7
Entendendo o uso de drogas por adolescentes	12
Os problemas das atuais estratégias de prevenção	15
Proteção em primeiro lugar: uma abordagem honesta	28
Pondo a proteção em primeiro lugar	32
O que os pais devem fazer?	38
Epílogo	43
Glossário	45
Notas de final	47



Apresentação

Desde sua fundação, em 2011, o Instituto Igarapé vem expandindo sua atuação na defesa de uma política de drogas que coloque a proteção das pessoas em primeiro lugar. Em nome dessa estratégia mais humana e mais honesta, o Igarapé busca parcerias para fortalecer a disseminação de informação confiável e a conscientização individual e coletiva sobre temas cruciais e ainda controversos, como política de drogas. Na esfera pública, o debate enfrenta preconceito e desinformação. Nosso principal argumento para vencer essas barreiras são as evidências. Elas falam mais alto do que crenças, porque mostram o que deu certo e o que saiu errado. Não poderia ser diferente na vida particular de cada um, em que as dúvidas sobre como educar se misturam ao medo de que os filhos corram riscos desnecessários.

Afinal, o que dizer para os adolescentes sobre drogas?

O material que você tem em mãos é nossa contribuição na sua busca por essa resposta. Foi traduzido e adaptado a partir do reconhecido trabalho Safety First (Proteção em Primeiro Lugar), da Drug Policy Alliance, instituição norte-americana parceira do Igarapé.

Ao levar o debate sobre drogas para a esfera familiar, nossa intenção é expandir o conceito da proteção e das evidências que funcionam para aqueles que mais nos importam: nossas filhas, nossos filhos e outros jovens que estão sob a nossa responsabilidade.

Como vocês verão a seguir, já existem várias evidências indicando que, quando se trata de prevenção, a tática do medo nunca foi a melhor. Para que os jovens façam boas escolhas, eles precisam estar bem informados.

Não existe fórmula mágica para educar nossos filhos nem fazer com que adotem integralmente nossas ideias. Assim, como mãe, compartilho com vocês minha aposta na informação, no diálogo e no amor.

Ilona Szabó de Carvalho

Diretora-executiva do Instituto Igarapé

Fale com eles

Dez dicas de proteção para adolescentes

Maneiras de recusar – Dizer não nem sempre resolve quando se está sob pressão social. “Não me cai bem”, “meus pais esperam eu chegar para ver como estou” ou “amanhã levanto cedo” são respostas que podem ajudar seu filho ou sua filha a lidar com “amigos” insistentes.

Cuide-se – Muitos jovens passam mal ou se metem em encrenca por esquecerem cuidados básicos, como manter-se hidratado, ter alimentação saudável e dormir o suficiente. Um jovem fragilizado física e emocionalmente que parte para a experimentação de bebidas ou drogas tem mais chances de cometer excessos ou se sentir mal.

Conte comigo – A mentira deixa os pais no escuro e é a pior das situações. Muitos adolescentes se colocam em risco por não terem confiança suficiente para pedir ajuda. Vença essa barreira e se coloque à disposição.

Moderação – Essa é a palavra-chave. Se seu filho ou o jovem sob seus cuidados for beber, convença-o a fazê-lo devagar, e nunca de estômago vazio – alternando com água, sucos ou refrigerantes. Instrua-o de que bebidas alcoólicas, drogas e remédios produzem efeitos que podem demorar a aparecer. Em grande quantidade, a bebida alcoólica pode provocar vômitos, dores de cabeça, perda de noção da realidade, levar ao coma e à morte.

Meninas, atenção! - Em geral, em razão da massa corporal e diferenças hormonais, elas se intoxicam mais rapidamente e com menor quantidade de álcool. Uma semana antes e até uma semana depois da menstruação, sentirão por mais tempo os efeitos da intoxicação. As que tomam anticoncepcionais também, se comparadas com as que não tomam. Elas precisam saber isso.

Segurança acima de tudo – Negocie para que seu filho ou sua filha jamais dirija nem vá de carona com alguém que bebeu ou usou drogas, ainda que a pessoa afirme estar bem. Ajude a organizar caronas e meios de transporte seguro e esteja disponível.

Não misture – Alerta-o sobre a importância de não misturar bebidas, nem bebidas com outros tipos de drogas. Bebidas doces podem ocultar o teor alcoólico do paladar e descem inofensivas. Bebidas alcoólicas interagem (mal) com certos medicamentos e ainda mais com outras drogas. Misturando, você aumenta o risco de algo sair errado porque, nesse caso, $2+2=5$.

Com quem você está? – Bebidas alcoólicas relaxam, o que pode comprometer a capacidade de avaliar uma situação. Se for beber, é importante que o jovem se certifique que está com pessoas que se importam com o seu bem-estar, nunca deixando um amigo sozinho, caso ele esteja bêbado.

Bebidas e sexo – Sob efeito do álcool, a pessoa pode se deixar seduzir e ter relações desprotegidas, o que representa risco maior de contrair doenças sexualmente transmissíveis, como HIV e hepatite, sem mencionar o risco de uma gravidez indesejada.

Desconfie – Drogas ilícitas não têm rótulo. Novas substâncias psicoativas entram no mercado mundial todos os anos a fim de burlar o controle das autoridades, quase sempre ganhando apelidos inofensivos. Há muita coisa por aí cujos efeitos nem sequer foram estudados. Bebidas servidas em copos tampouco têm rótulos. Oriente-o a nunca aceitar nada de estranhos.

Fronteiras traçadas

Uso, abuso, dependência

Uso

Consumo de substâncias que não gera maiores consequências. A maior parte das pessoas que usa drogas, lícitas ou ilícitas, não cai no abuso e nem vira dependente. O simples uso de uma substância não é patológico nem problemático, embora não esteja isento de riscos.

Abuso

Padrão de consumo de drogas nocivo, que já gera danos à saúde física e às relações sociais do usuário, porém não necessariamente significa que ele é dependente. Para se chegar a esse diagnóstico, é preciso identificar problemas causados à saúde física ou mental desse sujeito.

Dependência

1. Forte desejo ou compulsão para consumir
2. Incapacidade de controlar início, fim e quantidade consumida
3. Sintomas de abstinência quando o consumo é interrompido
4. Necessidade de doses mais altas para atingir o mesmo efeito
5. Trocar antigos interesses pelo uso da droga
6. Precisar de mais tempo para se livrar dos efeitos da droga
7. Insistir no uso apesar de estar sendo prejudicado

Alguns padrões de consumo

Experimental

Movido pela curiosidade, o sujeito experimenta e logo perde o interesse.

Ocasional

Uso de uma ou mais drogas disponíveis em ambiente favorável, sem consequências para a vida do sujeito.

Recreativo

Geralmente um uso social sem consequências negativas ou rupturas de interesses.

Habitual

Uso frequente sem perda de controle do consumo.

Uso em *binge*

Consumo de grandes quantidades num curto período de tempo, ainda que esporadicamente.

Escalada

Quando a pessoa passa de drogas leves para outras mais pesadas, ou de um consumo moderado para um mais intenso.

Fontes e referências extras

Padrões de Uso de Drogas, da Secretaria Nacional de Política sobre Drogas;

Drogas e Redução de Danos – Uma cartilha para profissionais de saúde, organizado por Dartiu Xavier da Silveira e Marcelo Niel; financiada pelo Ministério da Saúde.

PROTEÇÃO EM PRIMEIRO LUGAR

Objetivo: Formar jovens seguros, capazes de tomarem conta de si mesmos.

Como: Por meio de informações honestas.

O que evitar: preconceito, alarmismo e mentiras.

Por que? Porque dizer “não” nunca bastou.

Aonde você poderá chegar: A uma relação de confiança.

Prefácio da edição original

Como acontece com muitos pais, quando meus filhos entraram no ensino médio, eu desejava que “o problema das drogas” desaparecesse por um passe de mágica e que eles simplesmente se abstivessem de usá-las. Porém, como uma mãe realista e pesquisadora do tema com o apoio do National Institute on Drug Abuse, eu sabia que esse desejo era uma fantasia.

Os adolescentes de hoje foram expostos, desde o ensino fundamental, a mensagens contra as drogas na escola, na televisão e em programas comunitários.

Essas mensagens se destinam basicamente a provocar medo nos jovens e estimulá-los a se abster do uso de álcool e outras drogas.

Os pais também foram aconselhados, na verdade bombardeados, com mensagens em outdoors, jornais e meios eletrônicos que os estimulam a falar com os filhos adolescentes e a estabelecer claramente limites e consequências por desobedecerem às regras.

No entanto, a despeito de os gastos federais com prevenção de drogas nos Estados Unidos totalizarem mais de US\$ 1,3 bilhão por ano¹ em vários programas, combinados com advertências dos pais, muitos adolescentes – entre eles presidentes de órgãos estudantis, líderes de torcida e capitães de times esportivos – rejeitaram o mantra “Basta Dizer Não” e usaram álcool e/ou outras drogas quando estavam no ensino médio.

A maior parte do uso de drogas por jovens é experimental ou ocasional, e a vasta maioria dos jovens, felizmente, passa pela adolescência incólume. Eu me preocupo, porém, com aqueles cuja experimentação sai do controle; que caem em padrões descuidados de uso de álcool e/ou outras drogas; e que colocam a si próprios e a outros em situações perigosas.

Permitam-me ser clara desde o início. Como mãe, e agora avó, não desculpo, não encorajo, nem sou conivente com o uso de drogas por adolescentes. Acredito que a abstinência é a escolha mais segura.

Meus sentimentos mais profundos estão expressos numa carta que escrevi a meu filho quando ele entrou no ensino médio, publicada pelo jornal *San Francisco Chronicle* em 7 de setembro de 1998.²

San Francisco Chronicle

“Querido Johnny,

Neste outono você vai entrar no ensino médio e, como a maioria dos adolescentes americanos, você vai ter de encontrar uma maneira de lidar com as drogas. Como a maioria dos pais, eu preferiria que você não usasse drogas; mas sei que, apesar de meus desejos, você talvez as experimente.

Não vou usar a tática do medo para convencê-lo a se abster. Em vez disso, como passei os últimos 25 anos pesquisando uso, abuso e política de drogas, **vou contar a você um pouco do que aprendi, esperando que isso o leve a fazer escolhas sensatas.** Só estou preocupada com sua saúde e sua segurança.

Quando as pessoas falam sobre “drogas”, geralmente se referem a substâncias ilegais como maconha, cocaína e metanfetamina, drogas psicodélicas (LSD, Ecstasy, cogumelos psicoativos) e heroína. Essas não são as únicas drogas que deixam as pessoas alteradas. Álcool, cigarros e muitas outras substâncias (como cola) causam algum tipo de intoxicação. O fato de uma ou outra droga ser ilegal não significa que ela cause mais ou menos dano para você. Todas elas podem mudar temporariamente o modo como você percebe as coisas e o modo como você pensa.

Algumas pessoas lhe dirão que as drogas são boas, e que é por isso que elas as usam; mas as drogas nem sempre são divertidas. Cocaína e metanfetamina aceleram o coração; LSD pode fazer você se sentir desorientado; a intoxicação por álcool prejudica sua capacidade de dirigir um veículo; fumar cigarros leva ao vício e às vezes ao câncer de pulmão; e pessoas às vezes morrem de repente ao usarem heroína. A maconha raramente leva à dependência física ou overdose, mas certamente afeta o modo como as pessoas pensam, se comportam e reagem.

Eu tentei lhe dar uma pequena descrição das drogas que você pode encontrar.

Prefiro não o assustar distorcendo informações, porque quero que você confie no que lhe conto.

Embora eu não vá mentir para você sobre os efeitos delas, há muitas razões para uma pessoa de sua idade não usar drogas nem álcool. Primeiro, estar alterado pelo uso de maconha ou qualquer outra droga muitas vezes interfere na vida normal. É difícil reter informações quando se está sob efeito de maconha, portanto usar drogas, em especial diariamente, afeta sua capacidade de aprender.

Em segundo lugar, se você achar que deve experimentar maconha, por favor, espere até ficar mais velho. Adultos com problemas com drogas costumam começar a usá-las muito cedo.

Finalmente, seu pai e eu não queremos que você se meta em problemas. O uso de drogas e álcool é ilegal para você, e as consequências de ser apanhado em flagrante são enormes. Aqui nos Estados Unidos, o número de detenções por posse de maconha mais que dobrou nos últimos seis anos. Os adultos levam a sério a “tolerância zero”. Se for pego, você pode ser detido, expulso da escola, impedido de praticar esportes, perder sua carteira de motorista, não conseguir empréstimos para custear a universidade e/ou ser rejeitado em uma faculdade.

Apesar de meu conselho para que se abstenha, você pode um dia preferir experimentar. Vou dizer de novo que essa não é uma boa ideia, mas, se você o fizer, insisto em que você aprenda o máximo que puder, e use o bom-senso. Há muitos livros e referências excelentes, inclusive a internet, que podem lhe dar informações confiáveis. É claro que você sempre pode conversar comigo. Se eu não souber as respostas **para suas perguntas, vou tentar ajudá-lo a encontrá-las.**

Se lhe oferecerem drogas, seja cuidadoso. Observe como as pessoas se comportam, mas entenda que cada pessoa reage de uma maneira diferente à mesma substância. Planeje seu transporte e em nenhuma hipótese dirija ou entre num carro com alguém que tenha usado álcool ou outras drogas. Ligue para nós ou para algum de nossos amigos próximos a qualquer momento, de dia ou de noite, e nós iremos buscá-lo, sem fazer perguntas e sem impor nenhuma consequência.

E por favor, Johnny, aja com moderação. É impossível saber o que está contido em drogas ilegais porque elas não são reguladas. A maioria das doses fatais ocorre porque os jovens não sabem a força das drogas que eles consomem, ou como elas se combinam com outras drogas. Por favor, não participe de disputas para ver quem bebe mais, que já mataram um número excessivo de jovens. Embora a maconha em si não seja fatal, seu uso exagerado pode deixar a pessoa desorientada e, às vezes, paranoica. Além disso, fumar pode danificar seus pulmões, não apenas quando você for mais velho, mas também agora.

Johnny, da mesma forma como seu pai e eu sempre falamos com você sobre várias atividades (inclusive sexo), pense sobre as consequências de seus atos antes de agir. Com as drogas não é diferente. Seja cético e, acima de tudo, mantenha-se em segurança.

Com amor, sua mãe”

continuação da Introdução

Imediatamente depois da publicação de “Querido Johnny”, recebi dezenas de ligações, e-mails e cartas de pais, professores e outros adultos interessados, querendo saber mais sobre o motivo de tantos adolescentes não estarem ouvindo nossos conselhos para que se abstivessem de usar drogas.

O que eles poderiam fazer a respeito disso – se é que poderiam? Como deveriam educar a si próprios para poderem aconselhar adolescentes de forma mais eficaz? Havia alguma coisa a ser feita para garantir a proteção dos adolescentes, mesmo que eles continuassem a experimentar álcool e outras drogas?

Para pesquisar essas questões, consultei especialistas, entre eles um grupo variado de pais, professores e pesquisadores – eles próprios jovens. Examinei a educação sobre drogas nas escolas, sua história, currículos e avaliações existentes. O resultado foi a primeira edição de *Proteção em primeiro lugar: uma abordagem honesta de adolescentes, drogas e educação sobre drogas*, que foi revisado e atualizado em 2002, 2004, 2007 e 2012.

Devo ter tocado numa questão sensível.

Desde 1999, mais de 350.000 exemplares de *Proteção em primeiro lugar* foram requisitados e distribuídos a pessoas, instituições e órgãos governamentais, de educação e saúde, em todos os 50 estados americanos, Porto Rico, o Distrito de Columbia e em 35 países pelo mundo. O livreto foi traduzido para espanhol, chinês, russo, ucraniano, romeno, checo, hebraico, português e grego. “Querido Johnny” foi publicado em pelo menos 12 línguas.

Eu fiz um número incontável de apresentações, artigos de opinião para jornais, falei com milhares de pais, professores e estudantes, e apareci em inúmeros programas de rádio e TV.

A educação que recebi nos últimos 16 anos moldou este novo livreto, que se destina a pais e outros adultos que se preocupam com a saúde e a proteção de adolescentes, e que estão dispostos a olhar, para além das convenções, em busca de estratégias pragmáticas.

**Focar unicamente
no mandamento
pró-abstinência
põe os adultos
na posição nada
invejável de **não
ter nada a dizer**
aos jovens que
mais precisamos
alcançar.**

Entendendo o uso de drogas por adolescentes

Pesquisas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) revelam ser cada vez maior a parcela de adolescentes dispostos a experimentar drogas ilícitas. Em pesquisa de 2015, segundo o IBGE, 9% dos adolescentes brasileiros cursando o 9º ano do ensino fundamental, a maior parte com idade entre 13 e 15 anos, admitiram ter experimentado drogas ilícitas. Em 2012, eram 7,3%. Entre os mais velhos (16 e 17 anos), a experimentação de drogas ilícitas foi admitida por 17%. A experimentação de álcool (uma droga potente em todos os sentidos) atinge um universo ainda mais amplo: 55,1% dos adolescentes entre 13 e 15 anos usaram bebidas alcóolicas no ano da pesquisa – em 2012, eram 50,3% - e, desses, 21,4% incorreram em abuso. Ou seja, um em cada cinco adolescentes que beberam naquele ano relatou episódios de embriaguez. Entre os adolescentes mais velhos (16 a 17 anos), chega a 73% a parcela dos que já experimentaram bebida alcoólica.³ Os dados são da Pesquisa Nacional da Saúde Escolar (PeNSE), realizada pelo IBGE desde 2009, em convênio com os ministérios da Educação e da Saúde, e aplicada ao

estudante sem intermediários, para reduzir o possível constrangimento de se contar a verdade.

Faltam dados históricos para termos uma noção mais ampla sobre o uso de drogas no Brasil ao longo do tempo na população geral, mas sabe-se que elas estão por toda parte e que os adolescentes não vivem numa bolha. Esse cenário também fica evidente na Pesquisa sobre o Consumo de Drogas no Brasil, em que 65% dos entrevistados consideravam muito fácil conseguir maconha.⁴ Mais da metade (51%) afirmou que poderia comprar cocaína com facilidade. Na pesquisa, 74% dos entrevistados são jovens na faixa entre 18 e 24 anos.

Para ampliar um pouco nossa visão sobre o assunto, vale entender o que acontece nos Estados Unidos, por exemplo, onde sempre vigorou a estratégia de enfatizar o medo na educação para as drogas.

O levantamento Monitorando o Futuro de 2014 afirma que mais da metade dos alunos do ensino médio nos Estados Unidos dizem ter experimentado drogas ilegais (inclusive remédios que só podem ser comprados com receita, sem que um médico os tenha receitado) em algum momento da vida; 40% admitem ter usado uma droga ilegal durante o último ano; e quase um quarto declara ter usado drogas no último mês.

Como era de se esperar, os números são ainda mais altos para álcool: 68% dizem que experimentaram álcool em algum momento da vida; 62%, no último ano; e 39% dos consultados admitem beber “uma vez por mês ou mais”.⁵ O Youth’s Risk Behavior de 2013, realizado pelos Centros de Controle e Prevenção de Doenças, concluiu que quase 19% dos alunos do ensino secundário relataram tomar “mais de alguns goles” de álcool antes dos 13 anos de idade.⁶

Para entender o uso de drogas por adolescentes, é essencial reconhecer o contexto em que os adolescentes de hoje cresceram. Álcool, tabaco, cafeína e remédios – vendidos com ou sem receita – estão em todos os lugares. Embora insistamos com nossos jovens para que fiquem “livres de drogas”, somos constantemente bombardeados com mensagens que nos estimulam a tomarmos e nos

medicarmos com uma variedade de substâncias. Usamos álcool para comemorar (“Vamos beber a isso!”), como recreação (“Mal posso esperar para relaxar e tomar uma gelada!”) e até como medicamento (“Eu realmente preciso de uma bebida!”). Usamos cafeína para aumentar nossa energia, e remédios comprados com ou sem receita para alterar nosso humor, nos tirar da depressão e nos ajudar a trabalhar, estudar e dormir.

As drogas são um elemento essencial da sociedade moderna. De fato, oito de cada dez adultos nos Estados Unidos usam pelo menos um medicamento por semana,⁷ quase sete em cada dez tomam um remédio com prescrição, e um quarto das mulheres na faixa de 50 a 64 anos usam antidepressivos.⁸ Cinquenta e seis por cento dos adultos neste país tomaram bebidas alcoólicas no último mês;⁹ e mais de 114 milhões de americanos com idade acima de 12 anos experimentaram maconha em algum momento da vida – fato que se mantém entre seus filhos e netos.¹⁰

Os adolescentes de hoje testemunharam em primeira mão a crescente, por vezes forçada, “ritalinização” de seus colegas.¹¹ Estimulantes como Adderall, constituído de sais de anfetamina, tornaram-se uma das drogas preferidas de muitos câmpus

universitários. Um número crescente de adolescentes vê seus pais fazerem uso de antidepressivos para lidar com os desafios da vida. Em 2013, 21,5% dos alunos do terceiro ano do ensino médio declararam já ter usado pelo menos um remédio que requer receita (anfetaminas, tranquilizantes, sedativos e/ou narcóticos) sem que ele fosse prescrito por um médico; 15%, ao longo do último ano; e 7% do último mês.¹²

A depressão é um problema global, apontada pela Organização Mundial de Saúde como a quarta causa de incapacitação no mundo. É também nesse contexto que as drogas – legais ou ilegais – entram, ora com moderação e controle, ora com exagero.

Muitas vezes se atribui o uso de drogas por adolescentes à “pressão dos colegas”. No entanto, o consumo de drogas por adolescentes parece na verdade espelhar as tendências modernas de uso de drogas.¹³ De fato, alguns psicólogos sugerem que, dada a natureza de nossa cultura, a experimentação, pelos jovens, de substâncias legais e ilegais que alteram a consciência não deve ser considerada um comportamento anormal, nem desviante.¹⁴

Os problemas das atuais estratégias de prevenção

Os americanos vêm tentando prevenir o uso de drogas por adolescentes há mais de um século – das campanhas de temperança do século XIX contra o álcool ao “Basta Dizer Não” de Nancy Reagan. Uma variedade de métodos – das táticas de amedrontamento às políticas de tolerância zero – foi usada para convencer, induzir e obrigar jovens a se absterem do uso de drogas.

Embora alguns programas mais recentes estejam enfatizando a boa tomada de decisão,¹⁵ a maioria deles não deu resultado pelos seguintes fatos:

- indisposição para fazer a distinção entre uso e abuso de drogas, proclamando que “todo uso é abuso”;
- uso de informações falsas como tática de amedrontamento; e
- não fornecimento de informações abrangentes para ajudar os jovens a reduzir os danos que podem resultar do uso de drogas.¹⁶

Uso versus abuso

No esforço para interromper a experimentação dos adolescentes, mensagens de prevenção costumam fingir que não há diferença entre uso e abuso. Algumas usam esses termos de forma intercambiável; outras enfatizam uma definição exagerada que classifica qualquer uso ilegal de drogas como abuso.¹⁷

Os adolescentes costumam menosprezar essa mensagem hipócrita porque veem os adultos fazerem rotineiramente distinções entre uso e abuso. A maioria deles observa os pais e outros adultos usando álcool sem abusar dele. Eles sabem que há uma grande diferença entre beber uma taça de vinho no jantar e beber a mesma taça de vinho no café da manhã. Muitos também sabem ou suspeitam que os pais usaram maconha ou alguma outra droga em algum momento da vida sem abusar dela ou mesmo sem continuar a usá-la.¹⁸

Poucas coisas são mais assustadoras para um pai ou mãe do que um adolescente cujo uso de álcool, maconha e/ou outra droga sai do controle. Entretanto, praticamente todos os estudos concluíram que a ampla maioria dos estudantes que experimentam drogas legais e/ou ilegais não tem problemas com elas.¹⁹

É claro que o uso de qualquer substância envolve risco, porém, é importante conversar sobre álcool, maconha e outras drogas de forma inteligente, fazendo a distinção entre *uso* e *abuso*. Caso contrário, perdemos credibilidade e os adolescentes param de nos ouvir. Além disso, ao admitirmos essa distinção, podemos reconhecer de forma mais efetiva os problemas – se e quando eles ocorrerem.²⁰

**Precisamos
falar sobre
álcool,
maconha
e outras
drogas sem
simplificar
demais,
distinguindo
entre o uso e
o abuso. Se
não, perdemos
credibilidade.**

Tática do amedrontamento e informações falsas: a maconha como um caso ilustrativo

Embora o uso de álcool apresente os maiores riscos para jovens, a maconha – a segunda droga mais popular entre adolescentes e adultos – foi sempre apresentada de forma distorcida em um esforço para amedrontá-los e assim convencê-los a se absterem de usá-la.

Hoje, à luz do crescente movimento pela legalização e regulação da maconha para uso recreativo, os que se opõem recorrem a exageros sobre os seus perigos, espalhando o pânico, como se todos que experimentam drogas estivessem condenados a desenvolver quadros agudos de dependência. Este é um equívoco, conforme nos informa o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNDOC),²¹ com base em diversos estudos de especialistas e médicos.

No Brasil, pessoas contrárias a mudanças em nossa política de das drogas, até mesmo médicos, chegam a afirmar não ser possível fazer uso moderado de nenhuma

droga²², o que não resiste a uma mínima checagem das estatísticas. Uma análise de 20 anos de estudos científicos sobre a cannabis concluiu que apenas um de cada dez usuários regulares torna-se dependente.²³ Voltaremos a falar de dependência neste material, mas adianto que esse percentual é menos da metade da dependência provocada por álcool e tabaco. Muita pesquisa ainda está em curso para entender como um usuário se torna dependente e como os fatores externos, biológicos e os psicológicos, atuam para aumentar o risco do abuso. Embora bem intencionadas, muitas das campanhas oficiais antidrogas no Brasil também recorreram a informações rasas e alarmantes sobre os perigos representados pelas drogas, afirmando genericamente que todas podem matar.²⁴

Nas seções seguintes trato de perguntas feitas regularmente por pais:

- É verdade que a maconha é significativamente mais potente e perigosa hoje do que era no passado?
- A maconha de hoje é realmente mais viciante do que jamais foi?
- A maconha leva as pessoas a buscarem drogas mais “pesadas”?
- É verdade que fumar maconha causa câncer do pulmão?

- Qual é o impacto da maconha no cérebro dos adolescentes?
- Como a legalização da maconha afeta os adolescentes?

Potência

Muitas pessoas acreditam que a maconha disponível hoje é significativamente mais potente do que a de décadas passadas. O governo diz isso, os cultivadores que comercializam seu produto dizem isso, e os adolescentes que tentam se distinguir da geração de seus pais dizem isso. E aqueles que usaram maconha 30 anos atrás, pararam e depois a experimentaram de novo certamente também dizem isso.²⁵

À medida em que as técnicas de cultivo de maconha se tornaram mais avançadas e refinadas, houve um aumento correspondente em sua potência psicoativa média, conhecida como seu nível de conteúdo de THC (delta-9 tetrahidrocanabinol).²⁶ Em consequência, os níveis médios de THC aumentaram, desde 1983, de aproximadamente 2,4% para quase 12%.²⁷ Em suma, parece que a maconha é mesmo, em média, mais forte hoje que no passado, embora a variação sempre tenha sido a norma entre os diferentes tipos de cannabis.²⁸ Isso significa que a maconha disponível hoje é uma droga

qualitativamente diferente da que era fumada no passado? Na verdade, não. Na essência, a maconha é hoje a mesma planta que era no passado, e qualquer aumento de potência que ela apresente é semelhante à diferença entre cerveja (com teor alcoólico de 6%) e vinho (teor alcoólico de 10-14%), ou entre uma xícara de chá e um expresso.

Além disso, mesmo com potência mais elevada, nenhum estudo demonstra que um maior conteúdo de THC esteja associado a maior dano ao usuário ou a qualquer risco de overdose fatal.²⁹ De fato, entre aqueles que relatam ter experimentado os efeitos de maconha excepcionalmente forte, muitos se queixam de alterações repentinas de humor e passam a evitá-la. Outros ajustam seu uso, consumindo quantidades pequenas para atingir o efeito desejado.³⁰

Os modos de uso da maconha também podem fazer toda a diferença. Produtos infundidos com THC, também conhecidos como “comestíveis”, como artigos de panificação, balas e refrigerantes, podem causar efeitos adversos quando quem os consome excede a dose recomendada. De acordo com Zimmer e Morgan, “[Embora] seja difícil consumir grandes doses de THC fumando, é fácil fazer isso comendo. Quando engolem doses grandes de THC, as pessoas sentem também os efeitos do 11-hidroxi-

THC, um composto psicoativo separado produzido pelo fígado quando ele metaboliza o THC [...] A maior incidência de reações adversas [depois] de comer produtos de cannabis se deve provavelmente aos efeitos combinados de THC e 11-hidroxi-THC”.³¹

Adicionalmente, pode levar um tempo bem maior para o corpo metabolizar comestíveis, já que eles passam pelo sistema gastrointestinal. Quando as pessoas não entendem isso, ou ficam impacientes, algumas ignoram as advertências ou as instruções da embalagem e consomem mais que o recomendado, crendo não terem atingido o efeito desejado na primeira dosagem. Quando isso ocorre, no momento em que o THC é metabolizado, a pessoa pode se sentir muito alterada, às vezes ansiosa ou até em pânico. Em poucas horas, os efeitos do excesso de consumo costumam desaparecer.

Não se esqueça que a mesma droga produz efeitos bem diferentes em cada pessoa. Você pode saber mais lendo a cartilha sobre maconha, cocaína e inalantes da Secretaria Nacional de Política sobre Drogas, do Ministério da Justiça, disponível on-line.³²

Dependência

A maconha não apresenta a dependência física associada a drogas como álcool, nicotina e opiáceos. Ainda assim, uma pequena minoria de usuários acha difícil moderar seu uso, ou parar de usá-la. A National Academy of Sciences estimou que 9% dos usuários de maconha adultos, em algum momento da vida, mostram sintomas de dependência, um percentual menor do que o atribuído à dependência de álcool (15%) e cigarros (32%).³³

A ampla maioria daqueles que fazem um uso problemático da maconha, de acordo com um estudo publicado no periódico *Addiction* também tem problemas de saúde mental preexistentes que podem ser exacerbados pela maconha.³⁴

É importante observar que, como no caso de outras formas de dependência (de uma variedade de substâncias e/ou atividades), os aspectos psicossociais da vida de um adolescente, entre eles pobreza, problemas familiares, violência em casa e/ou na comunidade, falta de sistemas de apoio e mesmo rebeldia juvenil, além de depressão, podem estar contribuindo para, e se manifestando como, comportamento “viciante”.

Aqueles que argumentam que a maconha é viciante costumam apontar para o número crescente de indivíduos que entram em tratamento para maconha. Tanto no Brasil como nos Estados Unidos, muitos indivíduos recorrem a tratamento convencidos por suas famílias por acreditarem que o uso de maconha estava impactando de forma adversa sua vida. Mas nem todos tinham problemas clínicos com a substância. O universo de uma clínica ou comunidade terapêutica tampouco espelha o conjunto da sociedade, considerando todas as evidências sobre uso problemático de drogas. Frequentar um programa educativo ou de desintoxicação pode inclusive ser uma medida punitiva imposta por um juiz a um usuário de drogas no Brasil, considerando o que determina a lei de drogas. Além do mais, esse tipo de tratamento não funciona para todos. Colocar a carga de um juiz avaliações a serem feitas por médicos é controverso e embute o risco de elevar as penas previstas para o crime que levou a pessoa ao sistema de justiça criminal.³⁵

A teoria da porta de entrada

A teoria da “porta de entrada” sugere que o uso de maconha leva ao uso de drogas mais pesadas, como cocaína e heroína, e que, por isso, ele é perigoso.³⁶ Dados de população compilados pelo National Survey on Drug Use and Health nos Estados Unidos e por outros, no entanto, demonstram que a ampla maioria das pessoas que usam maconha não avança para drogas mais perigosas.³⁷ A teoria da porta de entrada também foi refutada pelo Institute of Medicine³⁸ e por muitos estudos acadêmicos que chegam a conclusões similares.³⁹

A maioria esmagadora dos usuários de maconha nunca experimentou nenhuma outra substância ilícita.⁴⁰

Dos 114 milhões de americanos que usaram maconha, apenas 4% relatam ter experimentado a droga ilícita mais viciante – heroína, uma droga pouco comum no Brasil. A pesquisa também revela que a ampla maioria não evolui para se tornar dependente ou sequer usar a maconha regularmente.⁴¹

Além disso, aquelas populações que relatam uso de maconha no começo da idade adulta contam ter parado por iniciativa própria ao atingirem a idade de 30 anos.⁴² Logo, para a maioria dos que a usam, a maconha é um “ponto final” e não uma “porta de entrada”.

Câncer do pulmão

À medida que avança a legalização da maconha medicinal e recreativa em várias partes do mundo, surgem mais perguntas sobre os efeitos adversos da planta na saúde do usuário, e também mais pesquisas.

Embora canabinóides (derivados da cannabis, como o THC) já estejam sendo usados com sucesso para atenuar sintomas desagradáveis do tratamento de câncer, a maconha fumada pode provocar tosse, crise de bronquite e irritação no sistema respiratório de alguns pacientes.⁴³ Porém, é importante lembrar que os sintomas variam em função da forma de consumo. Um projeto piloto do San Francisco General Hospital indica a vaporização como um método mais seguro para fornecer THC (presente na maconha) a pacientes em tratamento com o canabíide.⁴⁴

Não se tem ainda estabelecida uma relação direta entre o fumo da cannabis e o câncer de pulmão. Tanto o cigarro de maconha como o de tabaco contém substâncias nocivas para a saúde.⁴⁵ Uma das dificuldades dos pesquisadores para estabelecer ou descartar uma relação causal entre cannabis e câncer reside no fato de grande parte das pessoas que fumam maconha também fumam tabaco, cuja associação com o câncer de pulmão está mais do que provada.

Na verdade, há linhas de pesquisa em andamento que estudam se as substâncias antioxidantes presentes na cannabis seriam capazes de conter o crescimento de células tumorais.

Pesquisadores ainda não conseguem afirmar categoricamente que o fumo da maconha, mesmo durante muito tempo, cause doenças do pulmão, do trato digestivo superior ou da boca.⁴⁶

Em 2006, o dr. Donald Tashkin, pesquisador do National Institute on Drug Abuse, e seus colegas na faculdade de medicina da Universidade da Califórnia, em Los Angeles, compararam 1.212 pacientes de câncer de cabeça, pulmão ou pescoço com 1.040 indivíduos com o mesmo padrão demográfico sem câncer, e relataram: “Ao contrário de nossas expectativas, não encontramos nenhuma associação positiva entre uso de maconha e cânceres do pulmão ou [do trato digestivo superior] [...] mesmo entre sujeitos que relataram ter fumado mais de 22.000 baseado ao longo da vida”.⁴⁷

Outro novo estudo – o maior de seu tipo até este momento – comparou mais de 2.000 casos de câncer do pulmão com quase 3.000 sujeitos do grupo-controle, sem câncer. Os pesquisadores não encontraram associação alguma entre o fumo regular de maconha, mesmo em

períodos longos, e o câncer de pulmão. Os autores do estudo, publicado no *International Journal of Cancer*, concluíram que os resultados encontrados por eles “fornecem poucas evidências em favor de um maior risco de câncer de pulmão entre fumantes de maconha habituais ou por longos períodos”.⁴⁸

O fumo de maconha não está associado a qualquer outro dano permanente aos pulmões, como doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), enfisema ou função pulmonar reduzida – mesmo após anos de uso frequente.⁴⁹

No entanto, abster-se de inalar partículas queimadas é uma questão de preservação da saúde. Produtos da combustão, como monóxido de carbono, não fazem bem. Como muitos se preocupam com os efeitos adversos da inalação de maconha fumada, a vaporização ganhou popularidade, e um jovem me confidenciou: “Os baseados estão muito fora de moda, ninguém mais fuma!”.

O cérebro adolescente

Houve muita discussão sobre o possível impacto do uso de maconha no cérebro adolescente em desenvolvimento. Como outros pais, preocupo-me com qualquer coisa

que possa aumentar a possibilidade de danos permanentes. Alguns pesquisadores e clínicos sugeriram que a estrutura do cérebro jovem, em especial aquela que controla o desenvolvimento emocional, é particularmente sensível à maconha.⁵⁰

Também foram levantadas questões sobre o possível impacto do uso intenso de maconha sobre o QI. Um estudo da Nova Zelândia afirmou que 38 de 1.000 usuários (3,8%), que eram fisicamente dependentes antes da idade de 18 anos, 20 anos depois mostraram uma queda de 8 pontos no QI.⁵¹ No entanto, pesquisas mais recentes, entre elas um estudo de 2014 com 2.600 jovens, concluíram que quando são levados em conta fatores socioeconômicos, como meio ambiente, pobreza, deficiência alimentar, estilo parental, saúde mental e uso de álcool, a associação entre uso moderado de maconha e QI basicamente desaparece.⁵²

Um estudo de 2014 com usuários “recreativos” jovens, publicado no *Journal of Neuroscience*, afirmou ter encontrado anormalidades cerebrais em usuários, comparados a não usuários.⁵³ Esse estudo alarmante foi mencionado por veículos de notícias em todos os Estados Unidos, mas, em um exame mais atento da pesquisa, neurocientistas como o Dr. Carl Hart, da Universidade de Columbia, encontraram problemas

nas técnicas de neuroimagem usadas no estudo – elas não diziam quase nada sobre o funcionamento real do cérebro. Além disso, ele argumenta, diferenças em imagens da massa encefálica entre indivíduos são na verdade normais.⁵⁴

É claro que qualquer substância intoxicante (inclusive álcool) ingerida por pessoas jovens (assim como por mais velhas) pode alterar o funcionamento normal do cérebro. Grande parte das pesquisas sugere que o uso intenso/diário de maconha é mais problemático. Há estudos ainda que apontam um risco dobrado para o aparecimento de sintomas psicóticos em adolescentes que usam regularmente a droga e possuem história pessoal ou familiar de doenças mentais.⁵⁵

Por isso, há uma concordância unânime de que, como acontece com o álcool, pelo menos ADIAR o uso até a idade adulta é indiscutível. Por fim, importante reiterar aqui os possíveis fatores psicológicos e sociológicos que levem jovens a buscar a maconha em primeiro lugar. Nós nos concentramos excessivamente na droga, neste caso a maconha, quando o uso intenso e precoce de drogas é, com a mesma frequência, sintoma, não apenas a causa de problemas.⁵⁶

Nos dois lados do debate sobre a regulação de cannabis, existe consenso de que a proteção da juventude é prioridade máxima. É por isso que leis que regulam a maconha permitem apenas o uso adulto, não permitindo a venda para menores.

Regulação

O fim da proibição da maconha agora parece inevitável. A maior parte da população dos Estados Unidos é favorável à regulação, e três quartos deles acredita que a maconha acabará sendo legalizada em todo o país.⁵⁷ Trinta dos 50 Estados americanos, mais o Distrito de Columbia, descriminalizaram a posse de pequenas quantidades de maconha e/ou regularam seu uso de alguma forma, em especial para fins medicinais.⁵⁸ É importante observar que essas leis se aplicam apenas a adultos, com exceções muito limitadas, envolvendo jovens com necessidade médica.⁵⁹

Dos dois lados do debate, há consenso de que proteger a juventude é uma prioridade muito importante. É por isso que cada uma dessas leis específica que a regulação se aplica *apenas a adultos*, e contém salvaguardas que restringem as vendas a menores – restrição que não é feita no mercado ilegal.

Apesar de mais da metade (56%) dos adolescentes dizer que *não* experimentou maconha, mesmo que ela fosse legal para adultos, alguns analistas especulam que seu uso vai aumentar entre os mais jovens.⁶⁰

A despeito das previsões, a informação mais confiável em última instância virá de grandes levantamentos científicos do uso *real* de drogas, e não de especulação ou opinião. Mas, como pesquisas sólidas levam anos para ser concluídas, é muito cedo para determinar a prevalência real em estados que já legalizaram a maconha.

Não obstante, dados preliminares do Healthy Kids Colorado Survey de 2013, divulgados pelo Colorado Department of Public Health and Environment (CDPHE) em agosto de 2014, mostraram que o uso de maconha por alunos do ensino médio no mês anterior ao levantamento diminuiu levemente, de 22% em 2011 para 20% em 2013. Embora esses dados tenham sido coletados antes do início das vendas legais de maconha a adultos, eles mostram que a votação do estado para legalizar a maconha parece não ter enviado a mensagem errada para seus jovens.

O Dr. Larry Wolk, diretor e principal executivo médico do CDPHE, está confiante em que o uso por adolescentes não vai aumentar. Segundo ele, “como ocorre com o tabaco, campanhas de prevenção dirigidas a jovens ajudarão a garantir que a legalização da maconha para adultos no Colorado não terá impacto na saúde dos jovens do Colorado”.⁶¹

Portugal, o primeiro país europeu a descriminalizar o uso de todos os tipos de drogas ilícitas, tem registrado índices decrescentes de uso na população em geral. Desde 2001, não é mais um crime consumir drogas no país, embora continuem sendo proibidas a produção e a venda. Portugal não regulou a produção e comércio de drogas como o Uruguai fez com a maconha, vendida em locais autorizados pelo governo com regras claras e restritas, mas, ao descriminalizar o uso, Portugal reverteu a tendência de alta do consumo de drogas registrado desde os anos 90 entre estudantes. A despeito de pequenas oscilações detectadas pelas pesquisas, o último dado disponível mostra que, entre 2011 e 2015, houve redução no consumo de todas as drogas em Portugal. Os jovens portugueses apresentam um padrão de consumo de drogas inferior às médias europeias.⁶² Outro dado curioso é que apenas 0,7% da população em geral apresentava sintomas de dependência da cannabis.

A aproximação mais precisa, e nossa melhor opção, para prever o impacto da regulação são os dados concretos disponíveis sobre uso de maconha por adolescentes desde que as leis de maconha médica foram aprovadas, em 1996.

Muitos pesquisadores examinaram a extensão do uso de maconha por adolescentes em estados onde a maconha medicinal é legal. Seus achados, publicados em periódicos de prestígio, como *American Journal of Public Health* e *Journal of Adolescent Health*, em geral não mostram nenhuma associação entre mudanças nas leis sobre maconha e taxas de uso de maconha por adolescentes.^{63, 64, 65 66}

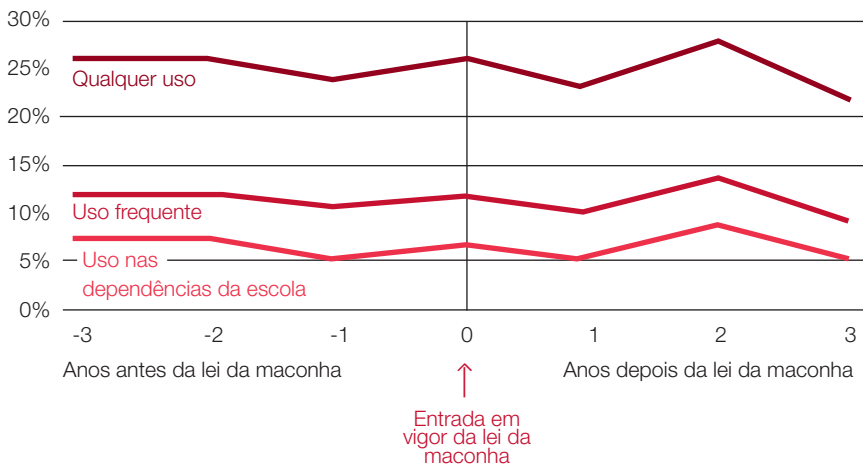
Um estudo de 2012 publicado nos *Annals of Epidemiology* concluiu que as leis de maconha medicinal na verdade “reduziram [minha ênfase] o uso entre adolescentes no mês anterior à pesquisa [...] e não tiveram nenhum efeito discernível sobre o grau de uso percebido do uso mensal”.⁶⁷

Esse foi também o caso na Califórnia, onde as leis de maconha medicinal são talvez mais lenientes. De acordo com o California Student Survey, o uso de maconha entre adolescentes permaneceu menos prevalente do que antes de a maconha medicinal ser legalizada, em 1996.⁶⁸

Também não houve nenhum aumento no uso de maconha por adolescentes depois da onda de leis de descriminalização na década de 1970, assim como ocorreu na Holanda quando a maconha foi descriminalizada.⁶⁹

Não houve nenhuma mudança no uso por adolescentes depois da aprovação de leis de maconha medicinal

Porcentagem de alunos do ensino médio que usaram maconha nos últimos 30 dias, em estados que aprovaram uma lei de maconha medicinal.



Fonte: Anderson, D. Mark, Benjamin Hansen e Daniel Rees. "Medical Marijuana Laws and Teen Marijuana Use". National Bureau of Economic Research (2014).

Dizer não ou não dizer nada?

A maioria dos programas de educação sobre drogas tem o único objetivo de prevenir o seu uso de drogas. Depois das instruções para se abster, a lição termina. Não é dada nenhuma informação sobre como evitar problemas ou prevenir o abuso para aqueles que experimentam drogas. A abstinência é tratada como a única medida de sucesso, e a única opção de ensinamento aceitável.⁷⁰

O mandamento de apenas se abster é bem-intencionado, mas essa abordagem é insuficiente. É irrealista acreditar que, em um momento da vida em que eles estão mais propensos a correr riscos, os adolescentes – que quase por definição acham excitante romper barreiras – se absterão de experimentar álcool, maconha e/ou outras drogas.⁷¹

O mandamento de apenas se abster põe os adultos na posição nada invejável de não ter nada a dizer aos jovens que mais precisam ser alcançados – aqueles que insistem em dizer

“talvez”, ou “às vezes” ou até “sim” às drogas, e nos impede de ter conversas sobre como reduzir riscos e mantê-los em segurança.⁷²

Os adolescentes farão suas escolhas sobre álcool, maconha e outras drogas exatamente como nós fizemos. Os erros deles, como os nossos, às vezes são tolos. Se queremos minimizar o abuso de drogas e os problemas com drogas entre os adolescentes que as experimentam, precisamos de uma estratégia alternativa que inclua uma educação abrangente, e que ponha a proteção em primeiro lugar.⁷³

Nenhuma droga, inclusive a maconha, é totalmente segura, sobretudo para adolescentes. Mas a falsa caracterização da maconha, como discutido acima, pode ser o calcanhar de Aquiles das atuais abordagens de prevenção, porque essas mensagens com demasiada frequência contêm exageros e informações erradas que contradizem as observações e a experiência dos próprios jovens. Em consequência, muitos adolescentes se tornam cínicos e perdem a confiança no que nós, como pais e professores, dizemos a eles.

Proteção em primeiro lugar: uma abordagem honesta

Pesquisas nos dizem que, apesar de nossas advertências e dos nossos conselhos para que eles se abstenham, um grande número de adolescentes experimentará ocasionalmente substâncias intoxicantes, e alguns as usarão de forma mais regular. Isso não significa que eles sejam maus filhos ou que nós sejamos pais negligentes. A realidade é que o uso de drogas faz parte da cultura adolescente hoje – no Brasil, nos Estados Unidos e em diversas partes do mundo. A maioria dos jovens sairá dessa fase ilesa.

Manter os adolescentes em segurança deve ser nossa mais alta prioridade. Para protegê-los, uma abordagem realista capacita os adolescentes a tomar decisões responsáveis:

- fornecendo informações honestas, com base científica;
- encorajando a moderação, se a experimentação juvenil persistir;

- promovendo uma compreensão das consequências legais e sociais do uso de drogas; e
- priorizando a segurança por meio da responsabilidade e do autoconhecimento.

Educação honesta, com base científica

Os jovens têm capacidade de pensamento racional. Embora suas habilidades de tomada de decisão melhorem à medida que amadurecem, os adolescentes estão aprendendo a ter responsabilidade e não querem destruir suas vidas, nem sua saúde.⁷⁴ De fato, os estudantes sempre pedem os fatos “reais” sobre drogas, de modo que possam tomar decisões responsáveis – e a ampla maioria na verdade toma. De acordo com o National Survey on Drug Use and Health de 2013, embora a experimentação seja generalizada, mais de 90% dos jovens de 12 a 17 anos preferem se abster do uso regular de drogas nos Estados Unidos.⁷⁵

Uma educação eficaz sobre drogas deve se basear em ciência sólida e reconhecer mesmo a capacidade aparentemente muito imprudente e impulsiva dos adolescentes para entender, analisar, avaliar e assumir

responsabilidade por seus atos.⁷⁶ Programas de educação sobre drogas também precisam ser culturalmente sensíveis.

O tema das drogas pode ser integrado em uma variedade de cursos e currículos do ensino médio, entre eles Fisiologia e Biologia (como as drogas afetam o corpo), Psicologia (como as drogas afetam a mente), Química (o que está contido nas drogas), Estudos Sociais (quem usa quais drogas, e por quê) e História (como as drogas foram tratadas por vários governos).

Rodney Skager, professor emérito na Universidade da Califórnia, em Los Angeles, e autor de *Youth and Drugs: What We Need to Know*, sugere que, por meio da experiência familiar, da exposição aos colegas e da mídia, os adolescentes costumam saber mais sobre álcool, maconha e outras drogas do que supomos. Portanto, os alunos devem ser incluídos no desenvolvimento de programas de educação sobre drogas, e as aulas devem utilizar interação e participação dos alunos, e não se basear em preleções repetitivas. Para que a educação sobre drogas tenha credibilidade, os currículos formais precisam incorporar as observações e experiências dos próprios jovens.⁷⁷

Os adolescentes clamam por uma educação sobre drogas honesta e abrangente, e isso é especialmente

visível quando eles saem de casa e vão para a faculdade. Segundo o professor Craig Reinerman, da Universidade da Califórnia em Santa Cruz:

Os alunos parecem ter fome de informação sobre drogas lícitas e ilícitas que não lhes pareça propaganda moralista. Eu dou um grande curso chamado “Drogas e Sociedade” há mais de 20 anos, e a cada ano tenho de recusar dezenas de alunos porque a classe é preenchida muito depressa.

Sempre começo perguntando a eles: “Quantos de vocês tiveram educação sobre drogas no ensino médio?”, e quase todos eles levantam a mão. Então pergunto: “Quantos de vocês acharam que ela era verdadeira e valiosa?”. De 120 alunos, uns três levantam a mão.”⁷⁸

A importância da moderação

Na ampla maioria das vezes, o uso de drogas por adolescentes (com exceção do fumo de cigarro) não leva a dependência nem a hábitos abusivos.⁷⁹

Adolescentes que usam álcool, maconha e/ou outras drogas precisam entender que há uma enorme diferença entre uso e abuso, e entre uso ocasional e uso diário.⁸⁰

Eles devem saber como reconhecer comportamento irresponsável em termos de lugar, momento, níveis de dose e frequência de uso. Se jovens continuarem, a despeito de nossas advertências, a usar álcool e/ou maconha, eles devem controlar seu uso praticando a moderação e limitando esse uso.⁸¹

O uso de drogas pode afetar negativamente o desempenho acadêmico e laboral, tornando muito mais difícil sair-se bem na escola ou cumprir outras responsabilidades pessoais.

Nunca é apropriado, e pode ser muito perigoso, ficar sob efeito de drogas na escola, no trabalho, ao praticar esportes, dirigir veículos, ou ao participar de qualquer atividade séria.

As políticas de tolerância zero nos EUA receberam sérias críticas mundo afora. A American Psychological Association concluiu em 2008 que essas políticas “contrariam nosso melhor conhecimento do desenvolvimento infantil” e criaram “consequências indesejadas para estudantes, famílias e comunidades”.⁸²

As políticas de tolerância zero contribuíram fortemente para o “canal da escola para a prisão”, pelo qual jovens, muitas vezes menores de idade, são expulsos da escola,

tornam-se incapazes de encontrar emprego e acabam na prisão quando adultos.⁸³

Entendendo as consequências

Os adolescentes devem entender as consequências de violar regras escolares e leis municipais, estaduais e federais contra o uso, a posse e a venda de álcool, se forem menores de idade, maconha e outras drogas – independentemente de concordarem ou discordarem de tais políticas.

Eles precisam saber que, se forem apanhados em posse de álcool, maconha ou outras drogas, estarão vulneráveis aos sistemas de justiça juvenil e criminal, que podem ser muito duros com jovens em conflito com a lei. É importante também instruir adolescentes e jovens sobre possíveis desafios em encontros com agentes de segurança do estado.

Quando os adolescentes completam 18 anos, passam a ser processados como adultos e, em vários países, correm o risco de ficar presos durante meses, e até anos, por nada mais que ser apanhado em posse de uma substância controlada.

Consumir drogas ilícitas no Brasil ainda é crime. A pessoa flagrada com substâncias psicoativas para

uso pessoal não pode mais, em tese, ser presa. A atual lei de drogas descarta a detenção, mas mantém a proibição do consumo e ainda prevê multas, sanções administrativas, como a obrigatoriedade de frequentar palestras e a prestação de serviços à comunidade. Ou seja, o usuário flagrado passará pelo sistema de justiça criminal.

O problema é que a lei não estabeleceu parâmetros claros para distinguir o usuário do traficante, esse último sim sujeito à prisão. Isso já é feito de maneira bastante simples, por outros países, com a adoção de quantidades de referência, compatíveis com padrões de consumo nacionais. Por questões que flertam com preconceito, crenças pessoais e desinformação, a interpretação corrente da lei pela autoridade policial, depois confirmada pelo delegado a juiz, costuma prejudicar jovens moradores de comunidades, negros. Isso significa que, na prática, o uso de drogas ainda leva jovens pobres para a cadeia e centros de recuperação que mais se assemelham a escolas do crime. A maior parte desses detidos, de acordo com várias pesquisas, são réus primários (sem antecedentes criminais) que carregavam quantidades pequenas de substâncias ilícitas.⁸⁴ E ex-detentos enfrentam enormes dificuldades de reinserção social, de oportunidades no mercado de trabalho e de estudos.

Pondo a proteção em primeiro lugar

O tabaco como um caso ilustrativo



O tabaco é o melhor exemplo sobre como regulação e mensagens focadas nas

consequências conseguem resultados melhores do que a mera proibição.

Embora legal e identificado a costumes e culturas, o fumo contém nicotina, uma substância psicoativa que atinge rapidamente o cérebro produzindo uma sensação de prazer. Sua ação sobre o sistema nervoso central induz à dependência física e psicológica. A dificuldade que tantas pessoas experimentam em largar o cigarro vem do desconforto causado pela abstinência da nicotina. Fumar não se torna apenas um hábito, mas um regulador de emoções, que acalma, distrai e sacia muita gente. Seus malefícios estão amplamente catalogados pela ciência. Mais de 6 milhões de mortes por ano no mundo são atribuídas ao cigarro, sem contar as ocorrências de diversos tipos de

câncer e outras complicações do sistema respiratório.

O cigarro é uma droga e se insere, portanto, na lista de assuntos que os pais precisam tratar com os filhos. No Brasil, 20% dos fumantes começaram antes dos 15 anos, e 80%, antes dos 19, de acordo com a Pesquisa Especial sobre o Tabagismo, realizada em 2008.⁸⁵

O apelo para os adolescentes é tão grande que a Organização Mundial de Saúde considera o tabagismo uma doença pediátrica.

A cruzada global contra o tabagismo, no entanto, tem conseguido bons resultados. Em 1996, a propaganda do cigarro e o patrocínio de eventos começaram a sofrer restrições de horário no Brasil e foram totalmente banidas a partir de 2000. Em 2013, uma pesquisa da Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) identificou que 33% dos fumantes no Brasil deixaram de fumar. Os levantamentos mais recentes indicam que 11% dos brasileiros com mais de 15 anos fumam⁸⁶, um percentual que vem caindo no país e no mundo desenvolvido. Como nos países de renda mais baixa a propaganda ainda é liberada, a indústria do tabaco tem concentrado seus esforços de ampliação de mercado nessas regiões, fato que demonstra a importância do debate sobre regulação responsável dessas substâncias.

O capítulo mais recente e impactante do avanço de medidas reguladoras foi uma decisão histórica da Suprema Corte Americana obrigando a indústria do cigarro a veicular anúncios sobre todos os males causados pelo fumo.

O cigarro não está proibido. O direito de escolha das pessoas ficou preservado, mas o contexto mudou. Junto com a proibição de marketing, vieram campanhas para ajudar os interessados em parar e mensagens sobre as consequências do fumo para saúde.

Se, no passado, o ato de fumar era visto como sinal de independência e charme, hoje é claramente identificado pelos jovens como uma escolha, no mínimo, questionável. O mundo acadêmico tem se debruçado sobre o assunto⁸⁷ e, ao investigar as motivações que empurram os adolescentes para o fumo, estão encontrando explicações muito semelhantes às da experimentação de drogas e álcool: busca de autoafirmação, alívio para emoções negativas. Os fumantes também ficaram sujeitos a uma regulação social não escrita devido à crescente conscientização dos não fumantes sobre os efeitos perversos do fumo passivo em sua saúde. Aos poucos, diversas cidades começaram a adotar medidas para impedir o fumo em locais compartilhados, reduzindo o atrativo do cigarro nas

áreas frequentadas por jovens. Tal mudança comportamental não foi provocada pela proibição total do cigarro, nem por campanhas simplistas no estilo “diga não ao cigarro”. O método amplamente utilizado foi a divulgação de informações sobre as consequências do consumo dessa substância.

Precisamos falar também sobre o álcool



O álcool é a droga que causa mais problemas no mundo.

A maior parte das pessoas não têm uma relação

problemática com o álcool, mas é longa a lista dos riscos que representa⁸⁸. Seu consumo, abusivo ou não, com ou sem dependência, está associado a mais de 300 problemas de saúde, pelo menos sete tipos de câncer, além de potencializar a violência, causar acidentes de trânsito e ser uma substância tóxica, capaz de gerar dependência.⁸⁹ Dados da Organização Mundial de Saúde associam seu consumo a 4% das mortes no mundo (em 2012, foram 3,3 milhões).

Não podemos esquecer ainda que alcoolismo é uma doença grave, influenciada pela genética, o que torna o consumo de álcool especialmente perigoso para pessoas com histórias progressas na família. Embora a carga genética não seja uma fatalidade, essas pessoas têm uma predisposição maior ao desenvolvimento de dependência.⁹⁰ Pesquisas apontam que a porcentagem de usuários de drogas que se tornam dependentes, após dez anos de uso, está em torno de 12% a 13% para o álcool, de 15% a 16% para a cocaína e de 8% para a maconha.⁹¹

Nossa cultura, no entanto, é bastante permissiva com bebidas alcóolicas, não deixando clara a fronteira entre o consumo moderado e o abusivo. Assim como as demais drogas, o álcool produz efeitos psicoativos e, em doses elevadas ou misturado com outras substâncias, como remédios controlados, torna-se um problema grave e imediato, capaz de matar.

Desde 2015, o Estatuto da Criança e do Adolescente considera crime vender bebidas alcóolicas ou produtos que possam causar dependência física ou psíquica a menores de idade no Brasil. Apesar da displicência geral, trata-se de um crime que pode ser punido com multa e detenção de dois a quatro anos. Por esse motivo é que casas noturnas exigem identidade dos frequentadores. Se o menor de idade estiver embriagado em público

e for considerado uma ameaça à segurança própria ou alheia, ele estará cometendo um ato infracional sujeito a medidas socioeducativas. Abuso de álcool na adolescência está associado a fraco desempenho escolar, violência, acidente e sexo desprotegido.⁹²

Em nome da proteção, portanto, precisamos trazer esse assunto à conversa. Muitos pais e responsáveis, capazes de perder o sono por causa de um eventual cigarro de maconha, não parecem nutrir a mesma preocupação diante do consumo exagerado do álcool, admitindo, inclusive, que bebedeiras são aceitáveis na vida de seus filhos adolescentes. E ninguém considera razoável sugerir simplesmente “diga não à cerveja”. É preciso aprofundar a conversa de forma honesta e sem terrorismo.

O consumo de álcool anual por brasileiro acima de 15 anos vem aumentando e já coloca o país acima da média mundial. A ingestão é de 8,9 litros (puro álcool) anualmente por pessoa, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS).⁹³ O II Levantamento Domiciliar sobre Uso de Drogas e Psicotrópicos no Brasil de 2005 indicou que 13% dos entrevistados apresentavam dependência do álcool.

A Política Nacional sobre o Álcool - criada por decreto presidencial em 2007 - diz que compete ao governo, com “a colaboração da

sociedade”, proteger os segmentos mais vulneráveis contra o consumo prejudicial de bebida alcoólica. No Brasil, no entanto, numa decisão bastante controversa, cerveja não foi considerada álcool pela lei que proibiu publicidade de bebidas alcoólicas a partir de 1996. Dessa forma, seu consumo continua sendo estimulado por campanhas sedutoras transmitidas a todos os públicos, sem distinção. Sabemos, no entanto, que adolescentes são especialmente suscetíveis à mensagem persuasiva da propaganda da cerveja. Há pesquisas suficientes mostrando que, sob efeito da publicidade, eles têm maior probabilidade de começarem a beber ou abusar da bebida, caso já tenham iniciado a experimentação.⁹⁴ Na Europa, pesquisadores estão convencidos de que existe relação direta entre o marketing e a quantidade e frequência com que adolescentes bebem.⁹⁵

Por todos esses motivos, nossa sugestão é que as dicas nesse material sejam usadas também para manter seu filho protegido do uso precoce e do abuso do álcool, respeitando sua individualidade e o fato de que muitos dirão sim para a experimentação.

Há lacunas na educação para o álcool. Meninas que iniciaram a vida sexual e tomam pílulas anticoncepcional precisam saber que, sob efeito do álcool, estão mais expostas ao sexo sem preservativos e a uma gravidez

indesejada caso passem mal com a ingestão exagerada de bebida e vomitem depois de ter tomado anticoncepcional, por exemplo. Mulheres precisam também ficar mais atentas à quantidade ingerida porque se intoxicam mais rapidamente do que os homens por conta do peso corporal e da porcentagem de água no corpo⁹⁶.

Há fartas pesquisas sobre o impacto perverso do álcool num cérebro em formação. A ingestão precoce de bebidas alcoólicas aumenta não apenas o risco do desenvolvimento de dependência como as chances de ocorrência de doenças psíquicas.⁹⁷ Também passou a ser rediscutido o suposto fator protetor do vinho contra doenças do coração porque o resto do corpo sofre impactos negativos da bebida, paradoxo que vem sendo abordado por diversos artigos acadêmicos e pesquisas.⁹⁸

A chamada Lei Seca, que fixou em zero a tolerância para ingestão de álcool por pessoas na direção de veículos e considera crime dirigir sob influência de álcool, teve um impacto importante na redução das tragédias brasileiras no trânsito. A lei seca sinaliza para os jovens que há restrições a serem obedecidas quando lidamos com substâncias capazes de alterar nossa percepção do mundo ao redor, mesmo que elas sejam legais. Nesse sentido, a lei seca ajuda a pregar o consumo responsável sem proibi-lo.

Um modelo útil para imaginar a prevenção do abuso de drogas voltada para a proteção é a abordagem moderna e abrangente da educação sexual.

O sexo seguro como modelo



Na metade da década de 1980, ficou claro que o uso de preservativos podia prevenir não apenas a gravidez na adolescência, mas também a

disseminação do HIV e de outras doenças sexualmente transmissíveis. Nessa época, pais, professores e responsáveis por políticas públicas preocupados com a segurança atuaram introduzindo currículos de educação sexual honesta nos Estados Unidos, depois distribuídos pelo mundo. Essa abordagem combinava o estímulo à abstinência com a apresentação de fatos e informações precisas sobre “sexo seguro”.

De acordo com os Centers for Disease Control and Prevention, essa maneira de tratar da questão ampliou o uso de preservativos por adolescentes sexualmente ativos e reduziu as taxas gerais de atividade sexual e de gravidez na adolescência.⁹⁹

Essa estratégia de prevenção abrangente e realista, também disseminada no Brasil a partir de meados dos anos 90, com distribuição de preservativos e campanhas de esclarecimento, pode

fornecer um modelo para reestruturar nossos esforços de educação e prevenção do uso de drogas que resulte em adolescentes mais saudáveis.

Tal experiência deveria inclusive nos lembrar que os bons resultados serão perdidos caso não se mantenham as ações bem sucedidas. O número de novos infectados por HIV voltou a subir no Brasil enquanto cai no resto do mundo.¹⁰⁰ A Unids alerta que dois terços dos jovens não têm consciência sobre o risco de contrair o vírus HIV. Talvez por não terem testemunhado os danos provocados pela epidemia da doença nos anos 80, os jovens acreditam que ninguém mais morre de Aids porque bastaria tomar os retrovirais, medicamentos capazes de controlar o vírus. Perderam o interesse pelas medidas preventivas do sexo seguro, esquecendo-se que a Aids é uma doença grave e sem cura até hoje. É preciso voltar a falar sobre sexo seguro também com nossos adolescentes.

O que os pais devem fazer?

Para criar seus filhos, os pais de hoje contam com recomendações mais detalhadas do que aquelas disponíveis para qualquer outra geração na história. Eles são abertos e dispostos a ouvir porque se interessam pela segurança e pelo bem-estar de seus filhos adolescentes e se preocupam com o fato de que o mundo se tornou um lugar muito mais perigoso. Eles querem saber o que fazer e estão procurando soluções.

Não existem respostas fáceis, mas, para pais que pediram orientações específicas, sugiro os seguintes passos:

Passo 1: Ouça

O primeiro passo é “cair na real” quanto ao uso de drogas, ouvindo o que os adolescentes têm a dizer sobre a vida e seus próprios sentimentos. Isso nos guiará para agir de modo inteligente e ponderado.

Um lugar útil para fazer isso é a mesa de jantar. Na medida do possível, as famílias devem fazer refeições juntas uma vez por dia para que possam “se atualizar”, conversar e se aproximar em outros aspectos.¹⁰¹

Há muitas outras oportunidades para iniciar uma conversa, como o uso de drogas em filmes, na televisão e na música. Se conseguirmos manter a atitude mais imparcial possível, os adolescentes buscarão nossas opiniões e nossa orientação. Deixe claro que eles podem falar livremente. Nosso maior desafio é ouvir e tentar ajudar sem excesso de conselhos. Se ficarmos indignados e os ameaçarmos com punições, os adolescentes vão parar de falar conosco. É simples assim.

Lembre-se de que é mais provável que um conselho seja ouvido quando ele é pedido. Tenha em mente que os adolescentes trarão suas experiências para a mesa, algumas das quais você talvez não queira ouvir. Mas respire fundo e agradeça quando eles compartilharem essas experiências, porque isso significa que você ganhou a confiança deles.

Passo 2: Aprenda

Pais e professores precisam assumir a responsabilidade de se informar sobre os efeitos fisiológicos, psicológicos e sociológicos do álcool e de outras drogas. Isso envolve ler e fazer perguntas.

Familiarize-se com a cultura adolescente através de meios impressos e eletrônicos, especialmente a internet. Saiba o que seus filhos gostam de ver nesses meios e os veja também. Informe-se sobre o conjunto de drogas disponíveis aos jovens, mas certifique-se de que suas fontes tenham base científica e sejam equilibradas. Qualquer fonte que não descreva tanto riscos quanto as vantagens alegadas deve ser considerada suspeita.

O site da Drug Policy Alliance, www.drugpolicy.org/safetyfirst, contém informações (em inglês) equilibradas com fatos sobre os efeitos das drogas mais populares hoje.

A cartilha Consumo de Substâncias Psicoativas em Meio Escolar, elaborada pelo Ministério da Educação português, também tem uma linguagem direta, que foge dos alarmismos e do medo. Procura promover a reflexão, facilitar o debate e ainda fornece informações científicas sobre drogas. Ela está disponível online: https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Esauade/consumospa_prevencaomeioescolar.pdf.

A Secretaria Nacional de Drogas, do Ministério da Justiça, publica regularmente materiais que servem como fonte de consulta sobre os mais variados aspectos. Num

deles¹⁰², especialistas explicam a diferença entre uso, abuso e dependência e fazem alertas da seguinte maneira:

1) Uso – Nem todo uso de substâncias psicoativas (lícitas ou ilícitas) é problemático, mas nem o uso ocasional está livre de riscos.

2) Abuso – O uso vira abuso quando um dano, físico ou mental, é causado ao usuário, e desde que a pessoa não se enquadre nos critérios para diagnóstico de dependência, surto psicótico ou outros transtornos induzidos por droga.

3) Dependência – O diagnóstico depende da repetição de sintomas como compulsão ou dificuldade para reduzir o consumo, sinais de abstinência, abandono de atividades que antes interessavam e insistência no uso apesar dos danos visíveis, entre outros.

Vários sites fornecem informações úteis. O Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, ligado ao Ministério da Saúde português, traça um amplo painel histórico e farmacológico, detalhando os efeitos psicoativos das drogas mais conhecidas e usadas¹⁰³. O endereço é www.sicad.pt.

O Programa de Orientação e Tratamento a Dependentes, da Unifesp, oferece pesquisas, artigos científicos, livros, teses e reportagens sobre o tema, além de conectar com instituições que desenvolvem diversos projetos que vão da prevenção ao tratamento. Tudo isso está disponível no link www.proad.unifesp.br.

Passo 3: **Aja**

A prevenção do abuso de drogas não é um pacote curricular nem uma solução milagrosa, portanto faça alguns planos.

É importante manter os adolescentes envolvidos em atividades, ocupados não apenas durante o horário escolar, mas no período depois da escola, quando é maior o uso de drogas por adolescentes, na ausência de adultos que os supervisionem. Adolescentes cujo tempo é ocupado têm menor probabilidade não só de usar maconha e/ou outras drogas, mas também de se meter em problemas com drogas. Programas extracurriculares como esportes, artes, teatro e outras atividades criativas devem estar disponíveis a todos os alunos de escolas do segundo seguimento do ensino fundamental e do ensino médio, a baixo custo ou gratuitamente. Os pais devem defender a adoção desses programas em sua comunidade e na escola de seus filhos adolescentes.

Prevenção tem a ver fundamentalmente com cuidado, relacionamentos próximos e troca de informações franca. Não existem respostas simples e prontas, apenas conversas ponderadas.

Quando pretendem abrir a “conversa sobre drogas”, alguns pais não sabem por onde começar. Muitos iniciaram com minha carta “Querido Johnny”, que ainda é útil hoje, ou outros recursos listados acima. Os adolescentes costumam reagir melhor a abordagens do tipo “saiba isso antes” do que a mensagens unilaterais que eles têm ouvido a vida inteira na linha do “diga não às drogas”.

Muitos pais hoje têm experiência direta com maconha e outras drogas. A pergunta “O que devo contar a meu filho/minha filha sobre meu uso de droga no passado (ou atual)?” surge em toda oficina que promovo – da Califórnia a Connecticut. Eles ficam constrangidos de revelar suas experiências, temendo que admiti-las possa abrir a porta para a experimentação de seus filhos adolescentes.

A honestidade é normalmente a melhor política no longo prazo. Da mesma forma como pais costumam saber ou acabam descobrindo quando um filho está mentindo, os adolescentes têm o dom de

identificar evasivas, meias-verdades e hipocrisias dos adultos. Além disso, se você não contar, pode ter certeza de que em algum momento um de seus irmãos ou amigos próximos vai se deliciar em revelar suas “indiscrições da juventude” a seu filho, que estará morrendo de vontade de ouvi-las.

Relacionamentos de confiança são fundamentais para prevenir e agir contra o abuso e o uso precoce de drogas. Embora seja tentador evitar conversas difíceis e usar tecnologias como teste de urina, pense bem antes de exigir que seu filho se submeta a um teste de drogas. Já foi demonstrado que testes de droga aleatórios e insuspeitos realizados em escolas – aos quais a California State Parent Teacher Association (PTA) se opõe desde 2003 – são ineficazes e muitas vezes contraproducentes (veja www.drugpolicy.org/safetyfirst).

Quanto aos *kits* de teste para uso doméstico, pesquisadores do Children’s Hospital em Boston, que estudaram esse tipo de produto, alertam para o fato de que a maioria das pessoas não é educada adequadamente sobre as limitações e os desafios técnicos dos testes de drogas (como procedimentos de coleta, o potencial para interpretações erradas e resultados falsos, positivos e negativos). Eles também apontam para consequências imprevistas e o efeito negativo nos relacionamentos

pais-filhos, em coletar uma amostra de urina para averiguar o uso de drogas.¹⁰⁴

A realidade é que um relacionamento de confiança e franco com um dos pais, ou outro adulto respeitado, pode ser o elemento mais poderoso para impedir padrões abusivos. Afinal, a confiança, quando é perdida, é muito difícil de ser retomada.

E o que é talvez o mais importante: os adolescentes precisam saber que os adultos que têm importância em sua vida estão preocupados antes de tudo com sua proteção, e que eles têm alguém a quem recorrer quando precisarem de ajuda. Se eles se virem em uma situação comprometedor ou desconfortável, precisam saber que nós vamos socorrê-los imediatamente.

Passo 4: Ajude

É importante saber o que fazer se você ou seu filho adolescente acreditar que um adolescente (ou qualquer outra pessoa) está tendo uma reação negativa a álcool, maconha e/ou outras drogas.

Por exemplo, uma pessoa que consumiu álcool em excesso e está desacordada não deve ficar deitada de costas por causa do risco de ser sufocada pelo próprio vômito e se asfixiar.

Em uma situação aguda, se você ou seu filho adolescente sentirem que algo está totalmente errado – quando uma pessoa está inconsciente ou tendo dificuldade de respirar –, *não hesite em telefonar imediatamente para o atendimento de emergência.*

A vida de muitos jovens poderia ter sido salva se paramédicos tivessem sido chamados mais cedo.

Não corra riscos. Se você não compartilhar mais nada do que leu aqui, por favor transmita essa informação a seu filho adolescente, que pode um dia precisar ajudar um amigo.

Muitos pais querem saber como identificar o uso problemático de drogas, o que fazer a respeito disso e quando procurar ajuda profissional.

Jovens que já fazem uso frequente de drogas devem ser encaminhados para uma ajuda profissional. Não tente resolver sozinho. Há 59 Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD) que funcionam 24 horas no Brasil, dando assistência a usuários e seus familiares. Procure o mais próximo.

Não existe nenhum método infalível, para lidar com adolescentes que tenham problemas com álcool e/ou outras drogas. Muitos programas bem-intencionados ainda não foram avaliados, são inflexíveis e baseados

em um “modelo de doença” que equipara todos os usos de drogas, mesmo o mais ocasional, a vício. Desconfie especialmente de programas baseados na imposição de rotinas rígidas no estilo militar, que podem fazer mais mal do que bem.

E, no fim das contas, os filhos mais saudáveis, experimentem ou não drogas, têm pais que são presentes, carinhosos e envolvidos. Carla Niño, ex-presidente da Associação de Pais e Professores do Estado da Califórnia (a maior dos Estados Unidos, com 1 milhão de membros), dá o seguinte conselho:

“Confie em seus instintos, que são amar seus filhos o bastante para dar a eles o espaço necessário para que eles façam suas explorações e cresçam, perdoe os erros deles e os aceite como eles são. Os filhos passam por momentos difíceis, às vezes aparentemente prolongados. Aqueles que são bem-sucedidos chegam lá porque foram abraçados e amados pela família.”

Epílogo

Pouco antes de se graduar na faculdade, em 2006, Johnny, o filho da Dra. Rosenbaum, leu a seguinte carta em um evento em homenagem a sua mãe.

1º de novembro de 2006

Querida mãe,

Faz oito anos que eu entrei no ensino médio logo depois de receber seu conselho sobre drogas: “Johnny – seja cético e, acima de tudo, mantenha-se em segurança”. Embora eu gostasse de lhe dizer que nunca precisei de seu conselho porque nunca me deparei com drogas, prefiro ser honesto com você como você foi comigo.

Exatamente como você previu, eu passei o ensino médio e a faculdade procurando lidar com uma cultura adolescente de drogas, que envolvia muita experimentação. Embora algumas das substâncias com que me deparei fossem ilegais, como maconha, cocaína e Ecstasy, muitas não o eram, como álcool, cigarros e Ritalina. Como você me explicou que a legalidade de uma droga não significa que ela seja melhor ou pior para mim, abordei cada substância com ceticismo e bom-senso.

O mantra de nossa casa, “proteção em primeiro lugar”, me orientou num labirinto de decisões difíceis, particularmente na faculdade, onde o uso e o abuso de álcool é generalizado. Como você não mentiu nem exagerou os riscos do uso de drogas, eu levei a sério seus alertas. Sempre fiz planos para ter um motorista sóbrio; recusei a deixar amigos sozinhos se eles estivessem muito alterados; e nunca tive medo de telefonar para casa se me visse em uma situação perigosa.

É claro que você me aconselhou a não usar drogas, mas, sendo uma especialista nessa área, você sabia que era provável que eu experimentasse. A maioria dos pais entra em pânico diante dessa probabilidade, mas você e o papai permaneceram sensatos: vocês não impuseram regras rígidas que estavam fadadas a serem quebradas, e não me bombardearam com evidentes táticas de amedrontamento. Vocês preferiram me estimular a pensar criticamente sobre o uso de drogas. Quando eu perguntava, vocês me armavam com informações verdadeiras, com base científica, a partir das quais eu podia tomar minhas próprias decisões. Essa foi uma prática excelente para a vida adulta, nós construímos uma relação de amor baseada na confiança e na verdade.

Mãe, seu trabalho faz muitíssimo mais do que ensinar aos pais como conversarem com os filhos sobre drogas; seu trabalho mantém pais e filhos se comunicando em um momento em que os filhos costumam fechar as portas para os pais. Nosso relacionamento é um exemplo perfeito. Por você nunca deixar de se comunicar comigo, mesmo quando eu tentava fechar a porta para você, e por manter incansavelmente a mim, minhas irmãs e tantos outros jovens em segurança, só posso lhe dizer obrigado.

Com amor,
Johnny

Esta carta está disponível on-line em:
<http://www.alternet.org/story/46618/>
Publicada em 13 de janeiro de 2007.

© 2007 Independent Media Institute.
Todos os direitos reservados.

Glossário

Descriminalização do uso de

drogas: É a não aplicação de pena criminal para uso ou posse de drogas, ou de parafernália para uso pessoal. O termo é também usado para se referir a outras infrações menores relacionadas a drogas. A conduta permanece ilegal e pode estar sujeita a sanções civis ou administrativas, dependendo do modelo adotado em cada país. A descriminalização do uso de drogas muitas vezes é confundida com a legalização ou até mesmo a liberação das drogas. A retirada de sanções criminais sobre o consumo, porém, não torna a droga legal, apenas faz com que o usuário não seja mais considerado criminoso.

Despenalização do consumo

de drogas: No Brasil, este termo é usado para explicar a retirada da pena de restrição da liberdade ao usuário de drogas. Ou seja, o uso de drogas continua sendo crime. O usuário pode ser obrigado a frequentar curso ou prestar serviços comunitários. Como um criminoso, responderá à justiça criminal. Só não será preso. A legislação brasileira de 2006 despenalizou o porte para consumo pessoal de drogas sem definir critérios objetivos para garantir uma distinção clara entre usuários e traficantes.

Política de guerra às drogas:

Estratégia de repressão com foco na redução da oferta de drogas ilícitas, combatendo a produção e o comércio e criminalizando o uso. A expressão ganhou força depois que o presidente norte-americano Richard Nixon declarou as drogas como “inimigo público número um” em julho de 1971 e rapidamente ela se alastrou pelo mundo. O objetivo dessa estratégia é erradicar as drogas ilegais do planeta.

Legalização das drogas:

Processo que põe fim à proibição e torna legal a produção, a distribuição e o uso de drogas para fins científicos, medicinais ou recreativos. Medida legislativa necessária para a regulação do mercado de drogas, que pode assumir diversos modelos. Sem legalizar, não é possível estabelecer uma regulação responsável para maior controle sobre o uso e a qualidade das substâncias, a fim de reduzir os danos associados ao consumo de drogas.

Liberação das drogas:

Trata-se da liberação total das drogas, sem qualquer regulamentação de quantidade, qualidade, posologia, distribuição, propaganda etc. Não é a realidade de país algum atualmente nem faz parte da discussão sobre políticas de drogas propostas por líderes mundiais.

Proibição de drogas: Prevê sanções criminais para a produção, distribuição e posse de certas drogas (para fins não medicinais ou científicos). O termo é usado para referir-se ao regime internacional de controle de drogas (tratados da ONU de 1961, 1971 e 1988 e legislação doméstica brasileira, lei 11.343/2006).

Redução de danos: Práticas que visam mitigar consequências econômicas, sociais e de saúde negativas, causadas pelo uso e abuso de drogas psicoativas legais ou ilegais, sem ter a abstinência como pré-requisito. Envolve prevenção, especialmente do abuso de drogas, e busca melhorar a saúde e o bem-estar de dependentes. Exemplos incluem salas de uso seguro de substâncias, como a heroína injetável; troca e distribuição de seringas descartáveis; e prevenção baseada em educação honesta sobre consequências e riscos das drogas. Programas de redução de danos têm incorporado direitos além do acesso à saúde, como moradia, alimentação e recolocação profissional.

Regulação de drogas: Conjunto de regras que regem e podem restringir o mercado de um produto, como, por exemplo, a droga – sua produção, disponibilidade e publicidade, bem como os próprios artigos (preço, potência, embalagem). Diferentes mecanismos de controle podem ser usados, inclusive proporcionais aos riscos das substâncias e aos contextos locais.

Uso problemático ou abuso de drogas: Uso regular, de longa duração e cada vez mais frequente de uma substância. A rotina sofre alterações, bem como o sono, o apetite e o comportamento social. Pode ocorrer com drogas ilegais ou legais, como o álcool.

Notas

1 WHITE HOUSE OFFICE OF NATIONAL DRUG CONTROL POLICY. (2014). "National Drug Control Budget: FY2015 Funding Highlights". Washington, DC: Office of National Drug Control Policy, p. 15.

2 ROSENBAUM, M. (1998) "A Mother's Advice". San Francisco Chronicle, em 7 de setembro, 1998. Disponível em: <<http://www.sfgate.com/default/article/A-Mother-s-Advice-About-Drugs-2991952.php>>.

3 INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE (2015). Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv97870.pdf>>.

4 REIS, N. B. BASTOS, F. I. P. M. (s.d.). Pesquisas sobre o Consumo de Drogas no Brasil. Brasília: Secretaria Nacional de Política de Drogas. Disponível em: <<http://www.aberta.senad.gov.br/medias/original/201704/20170424-094329-001.pdf>>.

5 JOHNSTON, L. et al.; (2014). Monitoring the Future National Survey Results on Drug Use: 1975-2013: Overview, Key Findings on Adolescent Drug Use. Ann Arbor: Institute for Social Research, The University of Michigan. Disponível em: <<http://www.monitoringthefuture.org/data/13data.html#2013data-drugs>>.

6 CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (2014). "Youth Risk Behavior Surveillance – United States, 2013". Washington, DC: Center for Disease Control and Prevention, p. 18, Tabela 43.

7 SLOANE EPIDEMIOLOGY CENTER, BOSTON UNIVERSITY (2006). Slone Survey: Patterns of Medication Use in the United States, 2006. Disponível em: <<http://www.bu.edu/sloane/files/2012/11/SloneSurveyReport2006.pdf>>.

8 MAYO CLINIC (2013). "Nearly 7 in 10 Americans Take Prescription Drugs, Mayo Clinic, Olmsted Medical Center Find". Mayo Clinic News Network, em 19 de junho, 2013. Disponível em: <<http://newsnetwork.mayoclinic.org/discussion/nearly-7-in-10-americans-take-prescription-drugs-mayo-clinic-olmsted-medical-center-find>>.

9 SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION (2014). The NSDUH Report: Substance Use and Mental Health Estimates from the 2013 National Survey on Drug Use and Health: Overview of Findings. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, p. 3.

10 Ibid, Tabela 1.1A.

11 KNICKERBOCKER, B. (1999). "Using Drugs to Rein in Boys". The Christian Science Monitor, 19 de maio de 1999. Disponível em: <<http://www.csmonitor.com/1999/05/19/p1s2.html>>.

12 JOHNSTON, L. et al.; (2014). Op cit. Tabelas 2.1-2.3.

13 PETER D. HART ASSOCIATES (2008). *The State of Our Nation's Youth: 2008-2009*. Alexandria, VA: Horatio Alger Association of Distinguished Americans. Para uma excelente discussão do papel das drogas na cultura americana, ver REINARMAN, C. LEVINE, H. G. "The Cultural Contradictions of Punitive Prohibition", em REINARMAN, C. LEVINE, H. G. (Eds.) (1997). *Crack in America: Demon Drugs and Social Justice*. Berkeley: University of California Press, pp. 334-44.

14 NEWCOMB, M. BENTLER, P. (1998). *Consequences of Adolescent Drug Use: Impact on the Lives of Young Adults*. Newbury Park, CA: Sage; SHEDLER, J. BLOCK, J. (1990) "Adolescent Drug Use and Psychological Health: A Longitudinal Inquiry". *American Psychologist* 45, n.º. 5, pp. 612-30; ROOM, R. (2012). "Preventing Youthful Substance Use and Harm – Between Effectiveness and Political Wishfulness". *Substance Use & Misuse* 47, n.º. 8-9, pp. 936-43; GRIFFIN, K. BOTVIN, G. (2010). "Evidence-Based Interventions for Preventing Substance Use Disorders in Adolescents". *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 19, n.º. 3.

15 KUMAR, R. et al. (2013). "Alcohol, Tobacco, and Other Drug Use Prevention Programs in U.S. Schools: A Descriptive Summary". *Prevention Science* 14, no. 6, pp. 581-92.

16 ROOM, R. (2012). Op cit.; BROWN, J. E CLAREY, A. (2012). "The Social Psychology of Disintegrative Shaming in Education". *Journal of Drug Education* 42, n.º. 2; COHEN, J. (2012). "Drug Education or Drug Propaganda?", em PATES, R. RILEY, D. *Harm Reduction in Substance Use and High-Risk Behaviour*, West Sussex, UK: Wiley-Blackwell, pp. 17-29.

17 NICHOLSON, T. et al. (2013). "Focusing on Abuse, not Use, in Drug Education". *Journal of Substance Use* 18, n.º. 6; COHEN, J. (2012) Op. cit.

18 ROOM, R. (2012). Op cit.

19 UNITED STATES GENERAL ACCOUNTING OFFICE (1993). *Report to the Chairman, Subcommittee on Children, Family, Drugs, and Alcoholism, Committee on Labor and Human Resources, U.S. Senate: Drug Use Among Youth; No Simple Answers to Guide Prevention*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

- Disponível em: <<http://archive.gao.gov/t2pbat4/150661.pdf>>; e DUNCAN, D. (1991). "Problems Associated with Three Commonly Used Drugs: A Survey of Rural Secondary School Students". *Psychology of Addictive Behaviors* 5, n.º 2, pp. 93-6.
- 20 ROOM, R. (2012). Op. cit.; COHEN, J. (2012). Op. cit.; NICHOLSON, T. et al. (2013). Op cit.
- 21 Informe disponível em: <https://www.unodc.org/documents/lpo-brazil/Topics_drugs/Publicacoes/ficha07_alcooldrug_imp.pdf>.
- 22 Esta afirmação foi feita pelo o psiquiatra Ronaldo Laranjeira, em entrevista disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=Tuztkch7MrA>>.
- 23 HALL, W (2014). What has research over the past two decades revealed about the adverse effects of recreational cannabis use? *Through the Maze: Cannabis and Health International Drug Policy Symposium*. Disponível em <<http://online.library.wiley.com/doi/10.1111/add.12703/abstract>>.
- 24 É o caso de algumas antigas campanhas do Ministério da Saúde do Brasil como a disponível aqui: <<https://youtu.be/mYX7-nLXy9s>>.
- 25 FOX, M. (2007). "U.S. Marijuana Even Stronger than Before: Report". *Reuters*, 25/4/2007; SELIGMAN, K. (2007). "Connoisseurs of Cannabis". *San Francisco Chronicle*, 22/4/2007.
- 26 WERB, D. et al. (2013). "The Temporal Relationship Between Drug Supply Indicators: An Audit of International Government Surveillance Systems". *BMJ Open* 3, n.º. 9.
- 27 CASCINI, F. et al. (2012). "Increasing Delta-9-Tetrahydrocannabinol (Δ -9-THC) Content in Herbal Cannabis Over Time: Systematic Review and Meta-Analysis". *Current Drug Abuse Reviews* 5, pp. 32-40; U.S. DEPARTMENT OF JUSTICE, DRUG ENFORCEMENT ADMINISTRATION (2013). *2013 National Drug Threat Assessment Summary*. Washington, DC: Drug Enforcement Administration, Disponível em: <<http://www.justice.gov/dea/resource-center/DIR-017-13%20NTA%20Summary%20final.pdf>>.
- 28 BURGDORF, J. et al. (2011). "Heterogeneity in the Composition of Marijuana Seized in California". *Drug and Alcohol Dependence* 117, n.º. 1; MCLAREN, J. et al. (2008). "Cannabis Potency and Contamination: A Review of the Literature". *Addiction* 103, n.º. 7; SEVIGNY, E. (2013). "Is Today's Marijuana More Potent Simply Because It's Fresher?". *Drug Testing and Analysis* 5, n.º. 1, pp. 62-67; WERB, D. et al. (2013). "The Temporal Relationship Between Drug Supply Indicators: An Audit of International Government Surveillance Systems". *BMJ Open* 3, no. 9.
- 29
- 30 EARLEYWINE, M. (2005). *Understanding Marijuana: A New Look at the Scientific Evidence*. Nova York: Oxford University Press.
- 31 POL, P. et al. (2014). "Cross-sectional and Prospective Relation of Cannabis Potency, Dosing and Smoking Behaviour with Cannabis Dependence: An Ecological Study". *Addiction* 109, n.º. 7, pp. 1101-09; FREEMAN, T. et al. (2014). "Just Say 'Know': How Do Cannabinoid Concentrations Influence Users' Estimates of Cannabis Potency and the Amount They Roll in Joints?". *Addiction* 109, n.º. 10, pp. 1686-94; Korf, D. et al. (2007). "Differential Responses to Cannabis Potency: A Typology of Users Based on Self-reported Consumption Behaviour". *International Journal of Drug Policy* 18, n.º. 3; POL, P. et al. (2013). "Validation of Self-reported Cannabis Dose and Potency: An Ecological Study". *Addiction* 108, n.º. 10, pp. 1801-08; HERNING, R. et al. (1986). "Tetrahydrocannabinol Content and Differences in Marijuana Smoking Behavior". *Psychopharmacology* 90, n.º. 2, pp. 160-2; ABRAMS, D. et al. (2007). "Vaporization as a Smokeless Cannabis Delivery System: A Pilot Study". *Clinical Pharmacology & Therapeutics* 82, n.º. 5, pp. 572-8.
- 32 ZIMMER, L. E MORGAN, J. (1997). *Marijuana Myths, Marijuana Facts: A Review of the Scientific Evidence*. Nova York: The Lindesmith Center, p. 84.
- 33 Cartilha disponível em <<http://www.justica.gov.br/central-de-conteudo/politicas-sobre-drogas/cartilhas-politicas-sobre-drogas/cartilhasobremaconhacocainainalantes.pdf>>.
- 34 WATSON, S.; BENSON, A. JOY, J.(1999) **Marijuana and Medicine: Assessing the Science Base**. Washington, DC: National Academies Press. Disponível em: <http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=6376>; BUDNEY, A. et al. (2007). "Marijuana Dependence and Its Treatment". *Addiction Science & Clinical Practice* 4, n.º. 1, pp. 4-16; AGGARWAL, S. K. (2014) "9% of Those Who Use Cannabis Become Dependent" is Based on Drug War Diagnostics and Bad Science". *Huffington Post*, 31/3/2014.
- 35 TIMS, F. et al. (2002). "Characteristics and Problems of 600 Adolescent Cannabis Abusers in Outpatient Treatment". *Addiction* 97, n.º. 1, pp. 46-57.
- 36 Para mais informações, ver Drug Policy Alliance, *Drug Courts Are Not the Answer*, 2011.
- 37
- 38 KANDEL, D. (1975). "Stages in Adolescent Involvement in Drug Use". *Science* 190, n.º. 4217, pp. 912-4; GABANY, S. E PLUMMER, P. (1990). "The Marijuana Perception Inventory: The Effects of Substance Abuse Instruction". *Journal of Drug Education* 20, n.º. 3, pp. 235-45.
- 39 SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH

SERVICES ADMINISTRATION (2014). Op cit. 15.

40 WATSON, S.; BENSON, A. JOY, J. (1999) Op. cit, p.6.

41 GUNDY, K. REBELLON, C. (2010). "A Life-course Perspective on the "Gateway Hypothesis"". *Journal of Health & Social Behavior* 51, n°. 3, pp. 244-59; GOLUB, A. JOHNSON, B. (2001). "Variation in Youthful Risks of Progression from Alcohol/ Tobacco to Marijuana and to Hard Drugs Across Generations". *American Journal of Public Health* 91, n°. 2, pp. 225-32; VANYUKOV, M. et al. (2012). "Common Liability to Addiction and "Gateway Hypothesis": Theoretical, Empirical and Evolutionary Perspective". *Drug and Alcohol Dependence* 123, Suplemento 1, pp. S3-S17; CLEVELAND, H. WIEBE, R. (2008). "Understanding the Association Between Adolescent Marijuana Use and Later Serious Drug Use: Gateway Effect or Developmental Trajectory?". *Development & Psychopathology* 20, n°. 2; MALDONADO-MOLINA, M. e LANZA, S. (2010). "A Framework to Examine Gateway Relations in Drug Use: An Application of Latent Transition Analysis". *Journal of Drug Issues* 40, n°. 4. MORRAL, A. et al. (2002). "Reassessing the Marijuana Gateway Effect". *Addiction* 97, n°. 12.

42 ADVISORY COUNCIL ON THE MISUSE OF DRUGS (2002). *The Classification of Cannabis Under the Misuse of Drugs Act 1971*. Londres: Home Office Government Printing Office. SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION (2014). Op cit. p. 15. ESCRITÓRIO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA DROGAS E CRIME (2014), *World Drug Report 2014*. Nova Iorque: Nações Unidas.

43 TARTER, R. et al. (2006). "Predictors of Marijuana Use in Adolescents Before and After Licit Drug Use: Examination of the Gateway Hypothesis". *The American Journal of Psychiatry* 163, n°. 12, pp. 2134-40; JOHNSTON, L. et al. (2014). Op. cit. SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION (2013). *Op. cit*; ROOM, R. et al. (2010) *Cannabis Policy: Moving Beyond Stalemate*. Nova York: Oxford University Press.

44 KANDEL, D. e YAMAGUCHI, K. (1984) "Patterns of Drug Use from Adolescence to Young Adulthood: III. Predictors of Progression". *American Journal of Public Health* 74, n°. 7, pp. 673-81; BACHMAN, J. et al. (1992). *Changes in Drug Use During the Post-High School Years; Monitoring the Future Occasional Paper N°. 35*. Ann Arbor: Institute for Social Research, The University of Michigan; WATSON, S.; BENSON, A. JOY, J. (1999) Op. cit, p.6.

45 LOFLIN, M. EARLEYWINE, M. (2015). No smoke, no fire: what the initial literature suggests regarding vaporized cannabis and respiratory risk. *Can J Respir Ther*. Inverno n° 51 v. , pp. 7-9.

46 Ibd.

47 Para mais informações, ver <<https://www.cancer.org/treatment/treatments-and-side-effects/complementary-and-alternative-medicine/marijuana-and-cancer.html>>.

48 SIDNEY et al. (1997). "Marijuana Use and Cancer Incidence". *Cancer Causes and Control* 8, n°. 5, pp. 722-8; FORD, D. et al. (2001). "Marijuana Use is not Associated with Head, Neck or Lung Cancer in Adults Younger Than 55 Years: Results of a Case Cohort Study", em *National Institute on Drug Abuse Workshop on Clinical Consequences of Marijuana*. Rockville, MD: National Institute of Health. Disponível em: <<http://archives.drugabuse.gov/meetings/marijuanaabstracts.html#Ford>>; WATSON, S.; BENSON, A. JOY, J. (1999) Op. cit, p.6; HASHIBE, M. et al. (2005) "Epidemiologic Review of Marijuana Use and Cancer Risk". *Alcohol* 35, no. 3, pp. 265-75; HALL, W. et al. (2005) "Cannabinoids and Cancer: Causation, Remediation, and Palliation". *Lancet Oncology* 6, no. 1, pp. 35-42; MEHRA, R. et al. (2006) "The Association Between Marijuana Smoking and Lung Cancer: A Systematic Review". *Archives of Internal Medicine* 166, no. 13, 2006, pp. 1359- 67; LIANG, C. et al. (2009) "A Population-Based Case-Control Study of Marijuana Use and Head and Neck Squamous Cell Carcinoma". *Cancer Prevention Research* 2, no. 8; HASHIBE, M. et al. (2006) "Marijuana Use and the Risk of Lung and Upper Aerodigestive Tract Cancers: Results of a Population-Based Case-Control Study". *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention* 15, no. 10, pp. 1829-34; ROSENBLATT, K. A. et al. (2004)"Marijuana Use and Risk of Oral Squamous Cell Carcinoma". *Cancer Research* 64, no. 11, pp. 4049-54; LLEWELLYN, C. D. et al. (2004)"An Analysis of Risk Factors for Oral Cancer in Young People: A Case-Control Study". *Oral Oncology* 40, no. 3, pp. 304-13.

49 HASHIBE et al. (2006) Op. cit, pp. 1833; KAUFMAN, M. (2006). "Study Finds No Cancer-Marijuana Connection". *Washington Post*, 26/05/2006. Disponível em: <<http://www.washingtonpost.com/wp-dyn/content/article/2006/05/25/AR2006052501729.html>>.

50 ZHANG, L. R. et al. (2014) "Cannabis Smoking and Lung Cancer Risk: Pooled Analysis in the International Lung Cancer Consortium". *International Journal of Cancer* doi:10.1002/ijc.29036.

51 TASHKIN, D. P. (2013) "Effects of Marijuana Smoking on the Lung". *Annals of the American Thoracic Society* 10, no. 3, pp. 239-247; PLETCHER, M. J. et al. (2012) Association Between Marijuana Exposure and Pulmonary Function over 20 Years". *JAMA* 307, no. 2; ALDINGTON, S. et al. (2007) "Effects of Cannabis on Pulmonary Structure, Function and Symptoms". *Thorax* 62, no. 12; WARE, M. A. (2013). "Cannabis and the Lung: No More Smoking Gun?". *Annals of the American Thoracic Society* 10, no. 3.

52 CERMAK, T. BANYS, P. (2011) Youth First: Reconstructing Drug Policy, Regulating Marijuana, and

Increasing Access to Treatment in California: A Report to the California Society of Addiction Medicine. *California Society of Addiction Medicine*, pp. 10-12.

53 MEIER, M. H. et al. (2012) "Persistent Cannabis Users Show Neuropsychological Decline from Childhood to Midlife". *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 109, no. 40.

54 C. MOKRYSZ et al. "Neuropsychological and Educational Outcomes Related to Adolescent Cannabis Use, a Prospective Cohort Study". *European Neuropsychopharmacology* 24, Supl. 2; e Ole ROGEBERG. "Correlations Between Cannabis Use and IQ Change in the Dunedin Cohort are Consistent with Confounding from Socioeconomic Status". *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 110, no. 11, 2013, pp. 4251-54.

55 GILMAN, J. M. et al. (2014) "Cannabis Use is Quantitatively Associated with Nucleus Accumbens and Amygdala Abnormalities in Young Adult Recreational Users". *Journal of Neuroscience* 34, no. 16.

56 SZALAVITZ, M. (2014) "No, Weed Won't Rot Your Brain". *The Daily Beast*, 17/04/2014, 2014. Disponível em: <<http://www.thedailybeast.com/articles/2014/04/17/no-weed-won-t-rot-your-brain.html>>.

57 Hall, W. (2014) Op. Cit.

58 CLEVELAND, H. H. WIEBE. R. P (2008). Understanding the Association Between Adolescent Marijuana Use and Later Serious Drug Use: Gateway Effect or Developmental Trajectory?. *Development & Psychopathology* 20, no. 2, pp. 615-32; BOTTORFF, J. L (2009). et al. "Relief-Oriented Use of Marijuana by Teens". *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* 4.

59

60 SAAD, L. (2014) "Majority Continues to Support Pot Legalization in U.S.". *Gallup*, 6/11/2014; DOHERTY, C. et al. (2014) "America's New Drug Policy Landscape: Two-Thirds Favor Treatment, Not Jail, for Use of Heroin, Cocaine". *Pew Research Center*, 2/04/2014 Disponível em: <<http://www.people-press.org/files/legacy-pdf/04-02-14%20Drug%20Policy%20Release.pdf>>.

61 Situação em 27 de fevereiro de 2018, conforme o mapa disponível em: <<http://www.governing.com/gov-data/state-marijuana-laws-map-medical-recreational.html>>.

62 MARIJUANA POLICY PROJECT (2014). "State Policy". Disponível em: <<http://www.mpp.org/states/>>.

63 JOHNSTON et al. (2014) Op. cit; KLEIMAN, M. A. R. et al. (2011) *Drugs and Drug Policy: What Everyone Needs to Know*. Nova York: Oxford University Press; LEVY, S. (2013) "Effects of Marijuana Policy on Children and Adolescents". *JAMA Pediatrics* 167, no. 7, pp. 600-

02; PALAMAR, J. J. et al. (2014) "Correlates of Intentions to Use Cannabis Among US High School Seniors in the Case of Cannabis Legalization". *International Journal of Drug Policy* 25, no. 3.

64

65 COLORADO DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH AND ENVIRONMENT (2014). "New Survey Documents Youth Marijuana Use, Need for Prevention", 7/08/2014. Disponível em: <<https://www.colorado.gov/pacific/cdphe/news/news-new-survey-documents-youth-marijuana-use-need-prevention>>.

66 SERVIÇO DE INTERVENÇÃO NOS COMPORTAMENTOS ADITIVOS E NAS DEPENDÊNCIAS – SICAD (2015). "Relatório Anual 2015 – A situação do país em matéria de drogas e toxicodependência." Disponível em: <http://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD_PUBLICACOES/Attachments/114/Sumário%20Executivo.pdf>.

67 ANDERSON, D. M. HANSEN, B. REES, D. (2014) "Medical Marijuana Laws and Teen Marijuana Use". *National Bureau of Economic Research*; GORMAN, D. M. e HUBER, J. M. (2007) "Do Medical Cannabis Laws Encourage Cannabis Use?". *International Journal of Drug Policy* 18, no. 3, pp. 160-67; O'KEEFE, K. EARLEYWINE, M. (2011) "Marijuana Use by Young People: The Impact of State Medical Marijuana Laws". *Marijuana Policy Project*.

68 D. LYNNE-LANDSMAN, S. et al. (2013) "Effects of State Medical Marijuana Laws on Adolescent Marijuana Use". *American Journal of Public Health* 103, no. 8, p. 1503.

69 HARPER, S. et al. (2012) "Do Medical Marijuana Laws Increase Marijuana Use? Replication Study and Extension". *Annals of Epidemiology* 22, no. 3, p. 207.

70 CHOO, E. K. et al. (2014) "The Impact of State Medical Marijuana Legislation on Adolescent Marijuana Use". *Journal of Adolescent Health* 55, no. 2, pp. 160, 163-64.

71

72 HARPER, s. et al. (2012) "Do Medical Marijuana Laws Increase Marijuana Use? Replication Study and Extension". *Annals of Epidemiology* 22, no. 3, p. 207.

73 AUSTIN, G. SKAGER, R. (2011) *Results of the 13th Biennial California Student Survey 2009-10, Grades 7, 9, and 11: Compendium of Tables*. San Francisco: WestEd; SKAGER, R. AUSTIN. G. (1998) *Sixth Biennial California Student Substance Use Survey, Grades 7, 9, and 11*. San Francisco: WestEd.

- 74 ROOM, R. (2010) *Cannabis Policy: Moving Beyond Stalemate*. Nova York: Oxford University Press; SINGLE, E. W. (1989). "The Impact of Marijuana Decriminalization: An Update". *Journal of Public Health Policy*; THIES, C. F. REGISTER, C. A. (1993). "Decriminalization of Marijuana and the Demand for Alcohol, Marijuana and Cocaine". *The Social Science Journal* 30, no. 4; CAULKINS, J. P (2012). et al. *Marijuana Legalization: What Everyone Needs to Know*. Oxford: Oxford University Press; REINARMAN, C et al. (2004) "The Limited Relevance of Drug Policy: Cannabis in Amsterdam and in San Francisco". *American Journal of Public Health* 94, no. 5, pp. 836-42; WOUTERS, M. KORF, D. J. (2009) "Access to Licensed Cannabis Supply and the Separation of Markets Policy in the Netherlands". *Journal of Drug Issues* 39, no. 3, pp. 627-651; KORF, D. J. (2002) "Dutch Coffee Shops and Trends in Cannabis Use". *Addictive Behaviors* 27, pp. 851-66; GRUND, J. BREEKSEMA, J. (2013) *Coffee Shops and Compromise: Separated Illicit Drug Markets in the Netherlands*. Nova York: Open Society Foundations.
- 75 MIDFORD, R. (2010) "Drug Prevention Programmes for Young People: Where Have We Been and Where Should We Be Going?". *Addiction* 105, no. 10; NICHOLSON, T. et al. (2013) "Focusing on Abuse, not Use, in Drug Education". *Journal of Substance Use* 18, no. 6.
- 76 UNITED STATES GENERAL ACCOUNTING OFFICE (1993); ROOM, R. (2012) Op cit. Para uma excelente discussão sobre adolescentes e risco, ver PONTON, L. (1997). *The Romancing of Risk: Why Teenagers Do the Things They Do*. Nova York: Basic Books; e CHNG, C. L. (1981). "The Goal of Abstinence: Implications for Drug Education". *Journal of Drug Education* 11, no. 1, pp. 13-18.
- 77 BOTVIN, G. J. e RESNICOW, K. (1993). "School-Based Prevention Programs: Why Do Effects Decay?". *Preventive Medicine* 22, no. 4, pp. 484-90; ROOM, R. (2012). Op. cit. COHEN, J. (2012) Op. cit.
- 78 NICHOLSON, T. et al. (2013) Op. cit.; POULIN, C. e NICHOLSON, J. (2005). "Should Harm Minimization As An Approach to Adolescent Substance Use Be Embraced by Junior and Senior High Schools? Empirical Evidence From An Integrated School- and Community-Based Demonstration Intervention Addressing Drug Use Among Adolescents". *International Journal of Drug Policy* 16, no. 6; ROOM, R. (2012) Op. Cit. COHEN, J. (2012). Op. cit.; MIDFORD, R. et al. (2012) "Drug Education in Victorian Schools (DEVS): the Study Protocol for a Harm Reduction Focused School Drug Education Trial". *BMC Public Health* 12.
- 79 MOSHMAN, D. (1999) *Adolescent Psychological Development: Rationality, Morality and Identity*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; QUADREL, M. J. et al. (1993) "Adolescent (In)vulnerability". *American Psychologist* 48, no. 2, 1993, pp. 102-16.
- 80 SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION. (2014). Op. cit, Tabela 1.20B.
- 81 MIDFORD, R et al. (2012) Op. cit.; ROOM, R. (2012) Op. cit.; Cohen, J. (2012). Op. cit.
- 82
- 83 SKAGER, R. (2013) *Beyond Zero Tolerance: A Reality-Based Approach to Drug Education and School Discipline*. Nova York: Drug Policy Alliance. Disponível em: <www.drugpolicy.org/resource/beyond-zero-tolerance-reality-based-approach-drug-education-school-discipline>.
- 84 REINARMAN, C. PhD (2014), comunicação pessoal,
- 85 NICHOLSON, T (1992). "The Primary Prevention of Illicit Drug Problems: An Argument for Decriminalization and Legalization". *The Journal of Primary Prevention* 12, no. 4, pp. 275-88; WINICK, C. (1991) "Social Behavior, Public Policy, and Nonharmful Drug Use". *The Milbank Quarterly* 69, no. 3, pp. 437-59; GOODE, E. (2004) *Drugs in American Society*, 6ª ed. Nova York: McGraw-Hill.
- 86 NICHOLSON et al. (2013) "Focusing on Abuse, not Use, in Drug Education". *Journal of Substance Use* 18, no. 6.
- 87 ROOM, R. (2012) Op. cit.; MIDFORD, R et al. (2012) Op. cit.
- 88 REYNOLDS, C. R. et al. (2008) *Are Zero Tolerance Policies Effective in the Schools? An Evidentiary Review and Recommendations; A Report to the American Psychological Association Zero Tolerance Task Force*. Washington, DC: American Psychological Association. Disponível em <<http://www.apa.org/pubs/info/reports/zero-tolerance.pdf>>.
- 89 AMERICAN CIVIL LIBERTIES UNION (s.d.). "What is the School to Prison Pipeline?". Disponível em? <<https://www.aclu.org/racial-justice/what-school-prison-pipeline>>.
- 90 SZABÓ, I. (2017) "Drogas as histórias que não te contaram". Rio de Janeiro? Zahar Editora.
- 91 INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (s.d.) Tabagismo 2008. Disponível em: <<https://www2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoendimento/pnad2008/suplementos/tabagismo/default.shtm>>.
- 92 INSTITUTO NACIONAL DE CANCER JOSE ALENCAR GOMES DA SILVA (2015). Numero de Fumantes no Brasil cai 30,7% nos últimos nove anos, 29/05/2015. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2015/numero_fumantes_cai_30_virgula_sete_por_cento_em_nove_anos>.

93 Artigo de Psicologia sobre tabagismo na adolescência por pesquisadores brasileiros em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-70852012000100008

94 Vale conferir a entrevista da médica psiquiatra e pesquisadora da Fiocruz Raquel Bradini de Boni neste link <https://agencia.fiocruz.br/nem-todo-o-uso-de-alcool-e-problematico-comenta-pesquisadora-da-fiocruz>

95 Há fortes evidências que associam consumo de álcool a sete tipos de câncer (e que o risco cai à medida que a bebida é cortada) conforme pesquisas publicadas em <http://www.addictionjournal.org/press-releases/new-review-concludes-that-evidence-for-alcohol-causing-cancer-is-strong>

96 <http://www.aberta.senad.gov.br/medias/original/201704/20170424-094251-001.pdf>

97 Padrões de usos e seus critérios em <http://www.aberta.senad.gov.br/medias/original/201704/20170424-094251-001.pdf>

98 INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE (2015). Op. cit.

99 WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2017). Global Status Report on Alcohol and Health.

100 GRENARD, J. L. DENT, C. W. STACY, A. W. (2013) Exposure to Alcohol and Advertisements and Teenage Alcohol-Related Problems. *Pediatrics* n 131, v. 2.

101 Sobre a influência da propaganda no hábito de consumir bebida alcoólica por adolescentes, saiba mais em <http://www.addictionjournal.org/press-releases/new-study-supports-link-between-alcohol-advertising-and-adolescent-drinking>

102 VARELLA, D. (2011). *Alcoolismo em mulheres*. Coluna do Drauzio, Uol. 04/04/2011. Disponível em: < <https://drauziovarella.uol.com.br/drauzio/artigos/alcoolismo-em-mulheres/>>.

103 SOUZA, D. P. O. ARECO, K. N. SILVEIRA FILHO, D. X. Álcool e alcoolismo entre adolescentes da rede estadual de ensino de Cuiabá, Mato Grosso. *Revista Saúde Pública*. Disponível em <https://scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000400011>.

104 HARVARD HEALTH PUBLISHING. (2011) More to the story than alcohol = heart protection. Disponível em: < <https://www.health.harvard.edu/heart-health/more-to-the-story-than-alcohol--heart-protection> >.

105 CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. (2011) *Trends in the Prevalence of Sexual Behaviors, National Youth Risk Behavior Survey: 1991-2009*. Disponível em? <http://www.cdc.gov/healthyyouth/yrbs/pdf/us_sexual_trend_yrbs.pdf>.

106

107 Lisa RICHARDSON, L. (2006) "Dishing out Dinner as the Anti-Drug". *Los Angeles Times*, 26/09/2006.

108 MINISTERIO DA JUSTICA(s.d.) Padrões de Uso de Drogas. Secretaria Nacional de Política sobre Drogas. Disponível em <<http://www.aberta.senad.gov.br/teenage/original/201704/20170424-094251-001.pdf>>.

109 Você encontra informações sobre todo tipo de drogas disponíveis em: <<http://www.sicad.pt/PT/Cidadao/SubstanciasPsicoativas/Paginas/default.aspx>>.

110 LEVY, S. et al. (2004) "A Review of Internet-Based Home Drug-Testing Products for Parents". *Pediatrics* 113, no. 4, pp. 720-6.



Nós somos a **Drug Policy Alliance** e buscamos alcançar uma sociedade justa, na qual o uso e a regulação das drogas sejam baseados em ciência, compaixão, saúde e direitos humanos; na qual as pessoas não mais sejam punidas pelo que põem em seus corpos, mas só pelos crimes cometidos contra outros; e na qual os medos, os preconceitos e as proibições punitivas de hoje não mais existam.

Por favor, junte-se a nós.

drugpolicy.org

Ilustrações:

Cigarette by Josy Dom Alexis from the Noun Project

Mug by Shastry from the Noun Project

Condom by Adrien Coquet from the Noun Project



INSTITUTO IGARAPÉ

a think and do tank

O **Instituto Igarapé** é um think and do tank independente, dedicado às agendas da segurança, da justiça e do desenvolvimento. Seu objetivo é propor soluções inovadoras a desafios sociais complexos, por meio de pesquisas, novas tecnologias, influência em políticas públicas e articulação. O Instituto atualmente trabalha com cinco macrotemas: (i) política sobre drogas nacional e global; (ii) segurança cidadã; (iii) cidades seguras; (iv) consolidação da paz; e (v) segurança cibernética. O Instituto Igarapé tem sede no Rio de Janeiro, com representação em Bogotá, Cidade do México, Lisboa e outras partes do mundo.

Instituto Igarapé

Rua Miranda Valverde, 64

Botafogo, Rio de Janeiro – RJ – Brasil - 22281-000

Tel/Fax: +55 (21) 3496-2114

contato@igarape.org.br

facebook.com/institutoigarape

twitter.com/igarape_org

www.igarape.org.br

Direção de arte: Raphael Durão - STORM.pt



www.igarape.org.br

