HERCILIO PEREIRA DE OLIVEIRA JUNIOR

Avaliação do perfil de comorbidades, gravidade da dependência e motivação para o tratamento em uma amostra de usuários de maconha que procuram tratamento

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em
Ciências

Área de Concentração: Psiquiatria

Orientador: Prof. Dr. André Malbergier

São Paulo

2010

**Avaliação do perfil de comorbidades, gravidade da dependência e
motivação para o tratamento em uma amostra de usuários de
maconha que procuram tratamento**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em
Ciências

Área de Concentração: Psiquiatria

Orientador: Prof. Dr. André Malbergier

São Paulo

2010

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Oliveira Júnior, Hercílio Pereira de

Avaliação do perfil de comorbidades, gravidade da dependência e motivação para o tratamento em um amostra de usuários de maconha que procuram o tratamento / Hercílio Pereira de Oliveira Júnior. -- São Paulo, 2010.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Departamento de Psiquiatria.

Área de concentração: Psiquiatria.

Orientador: André Malbergier.

Descritores: 1.Uso da maconha 2.Diagnóstico duplo (Psiquiatria) 3.Motivação

USP/FM/SBD-011/10

Para Adriana, Luiza e Olívia.

Três mulheres únicas.

AGRADECIMENTOS

À Alexandra Máximo Alonso, psicóloga que acompanhou os pacientes durante o projeto de pesquisa com extremo profissionalismo e dedicação.

Ao Dr. Antonio Marcelo Cabrita, psiquiatra que acompanhou os pacientes no ambulatório durante a minha permanência no Canadá.

À Celi de Lima, assistente administrativa, Roberta Yamamoto, coordenadora administrativa e toda Equipe do PROGREA que possibilitaram todo o suporte administrativo para a execução do projeto de pesquisa.

À Elisa Fukujima, secretária do Serviço de Pós-graduação do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da USP, pela ajuda valiosa em relação aos procedimentos da Pós-graduação.

Ao Prof. Dr. Arthur Guerra de Andrade pelo constante suporte e delineamento dos trabalhos no PROGREA.

Ao Prof. Dr. André Malbergier, meu orientador e profissional pelo qual tenho profundo respeito e devo agradecimento pelo aprendizado ao longo de vários anos.

Aos pacientes e familiares, pelo esforço e credibilidade na ciência.

Normatização Adotada

Esta dissertação ou tese está de acordo com as seguintes normas em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver)

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Serviço de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 2a ed. São Paulo: Serviço de Biblioteca e Documentação; 2005.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*

Sumário

Lista de abreviaturas

Lista de tabelas

Lista de figuras

Resumo

Summary

1	INTRODUÇÃO.....	1
1.1	Histórico.....	2
1.2	Epidemiologia.....	3
1.3	Neurobiologia da maconha.....	4
1.4	Uso da maconha e transtornos psiquiátricos.....	6
1.5	Tratamentos para transtornos relacionados ao uso da maconha.....	16
1.6	Maconha, comorbidades psiquiátricas e motivação para o tratamento.....	18
2	OBJETIVOS E JUSTIFICATIVA.....	22
2.1	Objetivo geral.....	23
2.2	Objetivos específicos.....	23
2.3	Justificativa.....	24
3	HIPÓTESES.....	25
4	MÉTODOS.....	27
4.1	Desenho do estudo.....	28
4.2	Casuística.....	28
4.2.1	Local do estudo.....	28
4.2.2	Amostragem.....	29
4.2.3	Instrumentos.....	30
4.2.4	Análise estatística.....	31

4.2.5 Cálculo do tamanho da amostra.....	31
4.2.6 Aspectos Éticos.....	32
5 RESULTADOS.....	33
5.1 Descrição das características gerais da amostra.....	34
5.2 Associações entre transtornos psiquiátricos comórbidos, variáveis sociodemográficas, padrões de consumo da droga e gravidade da dependência.....	42
5.3 Comorbidades psiquiátricas e motivação para o tratamento.....	53
6 DISCUSSÃO.....	59
6.1 Características gerais da amostra.....	60
6.2 Uso de drogas.....	63
6.3 Comorbidades psiquiátricas.....	67
6.4 Motivação para o tratamento.....	73
6.5 Discussão das hipóteses.....	82
7 LIMITAÇÕES E VANTAGENS.....	84
8 CONCLUSÕES.....	86
9 REFERÊNCIAS.....	88

APÊNDICES

I – Questionário sociodemográfico

II – Addiction Severity Index

III - URICA

Lista de abreviaturas

ASI - Addiction Severity Index

CB1 - Cannabinoid receptor 1

CB2 - Cannabinoid receptor 2

CIDI - Composite International Diagnostic Interview

CID 10 - Classificação internacional das doenças 10ª versão

CM - Contingence Management

DIEESE - Departamento intersindical de estatística e estudos socioeconômicos

DSM IV - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition

ECA - Epidemiological catchment area study

GABA - Gama-AminoButyric Acid

NEMESIS - Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study

PROGREA – Grupo Interdisciplinar de Estudos em Álcool e Drogas

SAMHSA – Substance abuse and mental health service administration

SCAN-PSE 10 – Schedules for clinicas assessment in neuropsychiatry

TDAH – Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade

THC- Delta-9-Tetrahydrocannabinol

URICA – University of Rhode Island Change Assessment

Listas de Tabelas

TABELA 1 Associação entre as variáveis sociodemográficas e a presença ou não de comorbidades psiquiátricas entre os indivíduos dependentes de maconha.....	35
TABELA 2 Padrões de uso de drogas exceto a maconha.....	37
TABELA 3 Padrões de uso da maconha.....	38
TABELA 4 Transtornos relacionados ao uso de substâncias.....	41
TABELA 5 Associação entre transtorno depressivo e variáveis sociodemográficas.....	43
TABELA 6 Associação entre transtorno depressivo e variáveis relativas ao uso de maconha.....	45
TABELA 7 Associação entre transtorno de ansiedade generalizada e variáveis sociodemográficas.....	47
TABELA 8 Associação entre transtorno do pânico e idade dos participantes.....	48
TABELA 9 Associação entre transtorno do pânico e variáveis relativas ao uso de maconha.....	49
TABELA 10 Associação entre esquizofrenia e variáveis relativas ao uso de maconha.....	51
TABELA 11 Associação entre estágios de mudança e a presença de comorbidades psiquiátricas.....	53
TABELA 12 Transtorno depressivo e estágios de mudança.....	54
TABELA 13 Transtorno de ansiedade generalizada e estágios de mudança.....	55
TABELA 14 Transtorno do pânico e estágios de mudança.....	55
TABELA 15 Esquizofrenia e estágios de mudança.....	56
TABELA 16 Transtornos do humor e ansiedade e estágios de mudança.....	57
TABELA 17 Gravidade da dependência e motivação para o tratamento.....	58

Lista de figuras

FIGURA 1 Uso de maconha na última semana.....	38
FIGURA 2 Comorbidades psiquiátricas não relacionadas ao uso de substâncias.....	40
FIGURA 3 Comparação da gravidade de dependência entre os transtornos psiquiátricos.....	52

Resumo

Oliveira Júnior, Hercílio Pereira de. *Avaliação do perfil de comorbidades, gravidade da dependência e motivação para o tratamento em uma amostra de usuários de maconha que procuram o tratamento* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2010.

Este estudo teve como objetivo avaliar a associação entre dependência de maconha, transtornos psiquiátricos comórbidos e estágios de mudança em uma amostra de usuários de maconha que procuraram por tratamento. Um total de oitenta pacientes que procuraram por tratamento para dependência de maconha em um ambulatório especializado foram avaliados. Os dados em relação a dependência de maconha e transtornos psiquiátricos comórbidos foram obtidos através de um questionário sociodemográfico e o SCAN (Schedules for Assessment in Neuropsychiatry). A motivação dos pacientes para o tratamento foi avaliada através da URICA (University of Rhode Island Change Assessment). A gravidade da dependência da maconha foi avaliada através da ASI (Addiction Severity Index). Houve alta proporção de comorbidades psiquiátricas na amostra de participantes. O diagnóstico de esquizofrenia foi associado à predominância do estágio de mudança de precontemplação e os diagnósticos de transtornos do humor e ansiedade foram associados aos estágios de contemplação e ação. Conclui-se que pacientes dependentes da maconha que procuram por tratamento têm alta prevalência de transtornos psiquiátricos associados e que este fator pode influenciar a motivação para o tratamento.

Descritores: 1.Uso da maconha 2. Diagnóstico duplo (Psiquiatria) 3. Motivação

Summary

Oliveira Júnior, Hercílio Pereira de. *Assessment of concurrent psychiatric disorders, severity of dependence and stages of change in a sample of treatment-seeking cannabis users* [thesis]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2010.

This study aimed to explore the association among cannabis dependence, concurrent psychiatric disorders, and stages of change in a sample of treatment-seeking patients. A total of eighty patients who sought treatment for cannabis dependence at a specialized outpatient clinic were assessed. Data on cannabis dependence and concurrent disorders were obtained by means of the Schedules for Assessment in Neuropsychiatry (SCAN). Motivation was assessed through the University of Rhode Island Change Assessment (URICA). Cannabis dependence severity was assessed through ASI (Addiction Severity Index). There was a high prevalence of concurrent psychiatric disorders in this sample. Diagnosis of schizophrenia was associated with lower motivation scores and the precontemplation stage of change. Diagnoses of mood and anxiety disorders were associated with higher motivation scores and contemplation and action stages of change. We concluded that cannabis dependent patients who seek treatment have a high prevalence of concurrent disorders and the diagnosis of a concurrent disorder may influence motivation for treatment.

Descriptors: 1.Marijuana abuse 2.Dual diagnosis (Psychiatry) 3.Motivation

“Dans l'ivresse du haschisch, rien de semblable. Nous ne sortirons pas du rêve naturel, L'ivresse, dans toute sa durée, ne sera, il est vrai, qu'un immense rêve, grâce à l'intensité des couleurs et à la rapidité des conceptions; mais elle gardera toujours la tonalité particulière de l'individu.”

Charles Baudelaire, *Les paradis artificiels*

1 INTRODUÇÃO

1.1 - Histórico

A planta *Cannabis sativa* é originária da Ásia e sua utilização para fins diversos é descrita há milhares de anos. O uso religioso, recreacional e medicinal esteve restrito por vários séculos ao Oriente, regiões de países como a Índia e a China (Zuardi, 2006). A droga produzida a partir da planta conhecida nesta região desde a antiguidade como *Bhang*, *Canja* ou *Charas* era utilizada em rituais religiosos e suas propriedades medicinais ressaltadas (Touwn, 1981). Em relação ao processo de disseminação da droga no Ocidente, teve papel decisivo o período de expansão Árabe a partir do século VIII com a sua utilização progressiva no Oriente Médio. A utilização da droga nos países árabes ganhou grande impulso e questões religiosas tiveram grande influência. O alcorão, livro sagrado dos muçulmanos, tem restrições importantes em relação às práticas religiosas sob a influência do álcool e condena o seu consumo. No entanto, as mesmas restrições não ocorrem em relação ao *hashish*, termo árabe para o produto da *Cannabis sativa* que pode ser traduzido para o português como “grama”.

O cultivo da droga disseminou-se, bem como o seu uso em todas as classes sociais, embora ainda fosse mais comum entre pessoas pobres. É notável a expansão significativa da droga para o continente africano e sua utilização maciça no Egito (Nahas, 1984). Através do Norte da África, provavelmente pela região que hoje corresponde ao Marrocos, a planta atingiu a Europa. O consumo avançou pelo continente europeu e em período relativamente breve a droga alcançou as colônias européias na América.

A chegada da *Cannabis sativa* ao Brasil é relacionada ao período Colonial (Carlini, 2006). As embarcações que chegavam ao Brasil traziam, entre os seus componentes, fibras então chamadas “cânhamo” que são justamente produzidas a partir da planta. Provavelmente, a chegada das sementes e o início do plantio podem ser relacionados aos escravos africanos, já que diversas etnias africanas faziam uso regular da substância. Durante a maior parte do período colonial, o

consumo desta droga no extrato social mais baixo da sociedade não produziu preocupação entre as autoridades. De modo contrário, o cultivo da *Cannabis sativa* era incentivado, assim como na Europa, ainda pelo interesse nas fibras. Ainda no início do século XX, encontramos a propaganda de produtos comerciais relacionados às propriedades medicinais da planta. É interessante notar que no Brasil, diferentemente de outros países das Américas que até hoje se referem de modo popular ao produto da *Cannabis sativa* como *marihuana* na língua espanhola e *marijuana* na língua inglesa, o termo popular mais associado é “maconha” palavra de origem provavelmente africana.

1.2 – Epidemiologia

A maconha é a droga ilícita mais consumida na maioria dos países. Estima-se que existam entre 142,6 e 190,3 milhões de usuários de maconha no mundo, sendo que, aproximadamente, 4,4% da população mundial na faixa etária de 15 a 64 anos utilizaram a droga no último ano. Especificamente por países, encontramos nas Américas as seguintes proporções para o uso no último ano: 10,1% nos Estados Unidos da América; 14,1% no Canadá; 7,5% no Chile; 7,2% na Argentina; 6,0% no Uruguai e 4,3% na Bolívia. Na Europa, os números para uso no último ano são: 10,1% na Espanha; 7,4% na Inglaterra; 8,6% na França; 5,2% na Dinamarca; 4,7% na Alemanha; 3,5% na Áustria; 2,3% na Hungria e 2,0% na Suécia. Na atualidade, há uma tendência a um declínio do consumo na América do Norte, aumento de consumo na América do Sul e leve tendência ao declínio na Europa e Oceania. Na Ásia, apesar da limitação de informações, há perspectiva de tendência de aumento do consumo (UNODC, 2008).

A maconha também é a droga ilícita mais consumida no Brasil. Estudos epidemiológicos através de levantamentos domiciliares indicam aumento do consumo nos últimos anos. A prevalência de uso ao longo da vida era de 6,9% da população em 2001 e houve aumento para 8,3% em 2005. O consumo no último ano também aumentou de 1 para 2,6% entre 2001 e 2005

e a dependência de 1% para 1,2%. (Galduroz et al., 2005, Carlini et al., 2007). Em relação a algumas populações específicas, temos números ainda mais significativos. Em levantamento realizado nas 27 capitais brasileiras entre estudantes do ensino médio e fundamental verificou-se que 5,9% haviam feito uso de maconha ao longo da vida. Este número é preocupante, pois se trata de amostra populacional de idade inferior (Galduroz et al., 2005). Entre estudantes universitários, uma série histórica realizada na Universidade de São Paulo, apontou que o consumo nos últimos doze meses cresceu de 19,9% em 1996 para 22,8% dos estudantes em 2001 (Stempliuk et al., 2005).

1.3 – Neurobiologia da maconha

Nos últimos anos, há um interesse crescente no estudo dos mecanismos relacionados aos efeitos psicoativos da maconha, sendo este um campo de vasto estudo e possibilidades amplas para o desenvolvimento de novos agentes farmacológicos com potencial de ação em determinados alvos associados ao chamado “sistema canabinóide”. Na década de 60, o pesquisador Raphael Mechoulam da Universidade de Jerusalem isolou, dentre os aproximados 66 canabinóides que integram as cerca de 400 substâncias presentes na maconha, o THC (Delta-9-Tetrahidrocannabinol), (Mechoulam e Hanus, 2000). Após a utilização dos produtos da *Cannabis sativa* nas suas diversas formas, o THC é absorvido e atravessa barreira hematoencefálica ligando-se a determinados receptores em regiões cerebrais específicas produzindo efeitos físicos e psíquicos.

Apesar da identificação do principal agente canabinóide desencadeador dos efeitos ativos da droga, durante aproximadamente 30 anos não houve outras descobertas esclarecedoras sobre os mecanismos neurais envolvidos nos efeitos da maconha. Em 1988 foi identificado um receptor canabinóide em ratos (Devane et al., 1988) e, posteriormente, em 1990, este receptor foi

clonado (Matsuda et al., 1990). Este receptor recebeu o nome de CB1 (*Cannabinoid receptor 1*), um receptor canabinóide com predominância em regiões cerebrais como o hipocampo, cerebelo, gânglios da base e neocortex (Herkenham et al., 1991). O receptor CB1 também pode ser encontrado em nervos periféricos, raízes nervosas e medula, sendo um receptor acoplado à proteína G, o que significa que após a ligação do neurotransmissor ao receptor CB1, na membrana celular, são desencadeadas reações enzimáticas, predominantemente por fosforilação, que produzem modulações de funções neuronais diversas.

Posteriormente, foi descrito um segundo receptor canabinóide denominado CB2 (*Cannabinoid receptor 2*), cuja presença é predominante em células do sistema imunológico (Munro et al., 1993). A descoberta dos ligantes endógenos destes receptores veio em seguida com a descrição da anandamida (Devane et al., 1992) e do 2-Arachidonoylglycerol (2-AG) (Mechoulam, 1995; Sugiura et al., 1995). Estas substâncias são relacionadas aos efeitos endógenos do sistema canabinóide sobre a modulação de funções diversas e complexas como a cognição, dor, emoções e funções neurovegetativas como sono e apetite. O sistema canabinóide pode ser apontado como responsável por uma regulação fina da neurotransmissão mediada principalmente pelo GABA (*Gama-AminoButyric Acid*) e pelo Glutamato. Os receptores canabinóides ocorrem com predominância nos terminais pré-sinápticos e seriam responsáveis por uma importante alça de “feedback”, cuja existência é fundamental na modulação da neurotransmissão destes neurônios. Acredita-se que a elucidação do modo de funcionamento do sistema endocanabinóide pode contribuir de modo significativo para o esclarecimento dos danos relacionados ao uso da droga, bem como gerar o desenvolvimento de novos fármacos com potencial terapêutico muito significativo.

1.4 – Uso da maconha e transtornos psiquiátricos

Aspectos Gerais

A relação entre o uso da maconha e os transtornos psiquiátricos vem despertando crescente interesse ao longo da última década. O estudo da extensão e das repercussões desta relação tem grande importância para a prática clínica, dada a alta prevalência de consumo de maconha na população em geral. A discussão sobre dependência de maconha e comorbidades tem grande importância no contexto atual de tratamento, já que a presença de outros transtornos psiquiátricos poderia ser associada a um benefício evidente de intervenções farmacológicas que, potencialmente, poderiam impactar o uso da maconha ou ser por ele impactadas.

Nos últimos anos, o debate sobre os aspectos legais e o potencial terapêutico da maconha alcançou relevância. Determinados setores da sociedade defendem o princípio de que uma legislação mais liberal e a exploração do potencial terapêutico da droga representariam algo positivo para a população. Este princípio teria como aspecto fundamental a pressuposição de que a descriminalização do uso da maconha poderia diminuir a violência e os custos sociais relacionados ao tráfico das drogas ilícitas. No entanto, outros setores da sociedade e a comunidade científica alertam para os potenciais prejuízos associados ao uso da maconha. A percepção sobre estes prejuízos ficou mais evidente na última década a partir do aumento da procura por serviços de saúde para tratamento. Estima-se que, nos Estados Unidos, entre os anos de 1993 e 2005, o número de admissões decorrentes de problemas relacionados ao uso da maconha praticamente dobrou (SAMHSA, 2006). Outros estudos produziram evidências consistentes de que a exposição à maconha em determinado momento da vida pode ser associada a uma maior probabilidade de ocorrência de transtornos mentais diversos.

A discussão da relação entre o uso da maconha e transtornos psiquiátricos associados pode promover conhecimentos fundamentais para a prática clínica nos diversos contextos

terapêuticos. O objetivo deste item é promover uma revisão da literatura a respeito da relação entre a dependência de maconha e outros transtornos psiquiátricos como transtornos psicóticos, transtornos do humor, transtornos de ansiedade e transtorno de déficit de atenção e hiperatividade.

Maconha e transtornos psicóticos

A associação entre o uso da maconha e sintomas psicóticos é longamente descrita na literatura. Moreau de Tours (1845) descreveu a ocorrência destes fenômenos ainda no século XIX. Este autor trabalhou com a perspectiva da utilização da maconha ou haxixe na exploração de modelos de gênese de sintomas psicóticos. Nos últimos anos, principalmente a partir da década de 1980, houve registros sólidos da associação entre o uso da maconha e sintomas psicóticos.

Andréasson et al. (1987) descreveram, em um estudo longitudinal, a associação entre o uso da maconha e o desencadeamento de esquizofrenia. O estudo avaliou 45570 militares ao longo de 15 anos de acompanhamento e apresentou como resultado a descrição de que o uso “pesado” da droga (definido no estudo como mais que 50 ocasiões neste período) foi relacionado a um risco relativo 6 vezes maior de desencadeamento de esquizofrenia em relação aos não usuários (IC 95%= 4.0-8.9). Este estudo apontou o uso da droga como um provável fator independente relacionado à esquizofrenia.

As conclusões obtidas neste estudo foram posteriormente questionadas, já que os resultados poderiam ser influenciados pelo uso concomitante de outras drogas ou ainda traços de personalidade dos participantes. A fim de responder a pergunta, Zammit et al. (2002) realizaram uma posterior avaliação da mesma coorte a fim de eliminar estas variáveis de confusão. Foram analisados 50087 indivíduos e o uso de maconha foi associado a um risco maior de desenvolvimento de esquizofrenia tanto para usuários apenas de maconha como para usuários de

maconha e outras drogas. Além disso, quando houve a especificação dos “usuários pesados” (mais de 50 vezes no período) o risco relativo associado foi de 6,7 (IC 95%= 2,1-21,7). Concluiu-se que o uso da droga pode ser associado ao desencadeamento da esquizofrenia com a possibilidade de uma relação causal.

Após a realização dos estudos descritos acima, havia ainda a necessidade de avaliar se o uso de maconha levaria a ocorrência de sintomas psicóticos, ou se pessoas com predisposição e até manifestações de sintomas psicóticos seriam mais propensas a usar maconha para alívio de sintomas relacionados ao transtorno psicótico. Arseneault et al. (2002), em estudo de coorte em Dunedin, Nova Zelândia, procuraram responder esta questão. Este estudo acompanhou 1037 indivíduos nascidos entre 1972 e 1973 até os 26 anos com avaliações de sintomas psicóticos aos 11 anos e o uso de drogas aos 15 e 18 anos através de relatos próprios, além da avaliação de sintomas psiquiátricos aos 26 anos pelo DSM IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition*). O estudo concluiu, através de modelos de regressão, que o uso de maconha aos 15 e 18 anos foi associado à ocorrência de sintomas psicóticos aos 26 anos, mesmo quando a ocorrência de sintomas psicóticos aos 11 anos foi controlada. Este efeito foi descrito como cada vez mais forte à medida que a droga era utilizada em idades mais precoces. Este estudo descreveu que 10% dos participantes que usaram a droga aos 15 e 18 anos tiveram o diagnóstico de psicose com características esquizofreniformes aos 26 anos, em comparação com apenas 3% do grupo controle.

A consistência destes achados conduziu pesquisadores a buscar a replicação dos resultados descritos acima. A fim de alcançar este objetivo, Van Os et al. (2002) publicaram um estudo longitudinal com duração de 3 anos que avaliou 4045 indivíduos sem evidências de sintomas psicóticos e 59 indivíduos com sintomas psicóticos na Holanda. O uso de drogas foi avaliado ao longo dos 3 anos do estudo e houve um risco relativo 2,76 vezes maior para a ocorrência de sintomas psicóticos severos ou necessidade de cuidados médicos entre os usuários da droga em comparação aos não usuários (IC 95% 1,18-6,47). O uso da maconha também foi relacionado à pior

prognóstico em termos de reincidência de sintomas entre os indivíduos previamente diagnosticados com transtornos psicóticos.

Ainda seguindo a diretriz da utilização de estudos de coorte, metodologia indicada para a avaliação da correlação entre exposição a fatores ambientais e determinado desfecho, Ferguson et al. (2005) realizaram estudo na Nova Zelândia, acompanhando 1265 crianças desde o nascimento até os 25 anos. Os participantes foram avaliados em relação ao uso de maconha e sintomas psicóticos aos 18, 21 e 25 anos. Modelos de regressão possibilitaram a observação de que os usuários diários de maconha tiveram uma probabilidade de 1,6 a 1,8 vezes maior de manifestar sintomas psicóticos em relação aos não usuários. Este estudo sugere que há relação entre o uso da droga e sintomas psicóticos mesmo controlando-se para possíveis fatores de confusão e que a relação causal provavelmente é no sentido de que o uso da maconha desencadearia fenômenos psicóticos e não o inverso.

Esta relação entre o uso de maconha e a ocorrência de sintomas psicóticos também foi ressaltada em estudos de revisão e metanálises. Henquet et al. (2005), em estudo de metanálise, descreveram uma razão de probabilidade de 2,1 (IC 95% 1,7-2,5) no sentido de que o uso de maconha pode desencadear sintomas psicóticos em pessoas vulneráveis e esta predisposição não poderia ser explicada por nenhuma outra variável. Murray et al. (2007), em estudo de revisão, ressaltam as evidências da associação entre uso da maconha e sintomas psicóticos, descrevendo ainda prováveis fatores genéticos associados ao desencadeamento de sintomas psicóticos.

Maconha e transtornos do humor

A possibilidade de que o uso da maconha pudesse ser associado a transtornos do humor foi reforçada com a realização, na década de 80, do ECA (*Epidemiologic Catchment Area Study*). Este estudo apontou uma provável associação entre o uso de drogas (dentre elas a

maconha) e os transtornos do humor, sendo que os resultados sugeriam que a comorbidade seria mais freqüente com o transtorno bipolar do que com a depressão.

A fim de refinar os resultados descritos no ECA, Bovasso (2001) publicou artigo tratando deste tema. O autor estudou duas coortes a partir de uma amostra (N=1920) de participantes do ECA ao longo de 16 anos. A primeira coorte foi constituída por indivíduos sem sintomas de depressão no início do estudo e a segunda de indivíduos sem uso de maconha no início do estudo. Entre os indivíduos sem sintomas depressivos no início do estudo, o uso de maconha foi associado a um risco quatro vezes maior de desenvolvimento de sintomas depressivos em relação aos não usuários. Na coorte de indivíduos sem uso de maconha, não houve associação significativa entre sintomas depressivos e uso posterior da maconha. Este estudo aponta que, provavelmente, a relação causal está no sentido de que o uso de maconha desencadeia sintomas depressivos e não o contrário, minimizando a hipótese da “auto-medicação”.

No ano seguinte ao estudo descrito acima, Patton et al. (2002), em estudo na Austrália, acompanharam estudantes de 14-15 anos ao longo de 7 anos em 44 diferentes escolas. Os autores descreveram que, entre estudantes do sexo feminino, o uso diário da maconha foi associado a um risco 5,6 vezes maior de depressão e ansiedade. O uso semanal da droga foi associado a um risco duas vezes maior de desenvolvimento de depressão ou transtorno de ansiedade. Os autores concluíram que há uma provável associação entre uso da maconha e desencadeamento de depressão e ansiedade em estudantes do sexo feminino.

No mesmo ano, Fergusson et al. (2002), em estudo realizado na Nova Zelândia, acompanharam uma coorte com 1265 crianças desde o nascimento até os 25 anos. O uso da droga foi associado a comportamentos desajustados na adolescência, tais como, delinquência, uso de outras substâncias ilícitas, sintomas depressivos e suicídio. Este efeito foi descrito como mais significativo entre adolescentes em idade escolar e mais jovens. Os resultados foram confirmados, mesmo quando possíveis fatores de confusão foram controlados.

Na Europa, cinco anos mais tarde, Van Laar et al. (2007), avaliaram 3881 indivíduos entre 15 e 64 anos não portadores de transtornos do humor. Os autores utilizaram como instrumento para rastreamento diagnóstico o CIDI (*Composite International Diagnostic Interview*). O uso de maconha semanal ou diário foi relacionado a aumento do risco para episódios depressivos e, particularmente, aumento significativo para o risco de diagnóstico do transtorno afetivo bipolar (odds ratio 4,98 IC 95% 1,80-13,81). O uso ocasional não foi relacionado a aumento do risco.

Apesar das evidências descritas acima, um estudo de coorte mais recente, realizado por Harder et al. (2008), que acompanhou 1494 crianças (55% do sexo feminino) dos 6 aos 21 anos, não observou associações significativas entre exposição ao uso da maconha e a ocorrência do transtorno depressivo, independentemente do gênero dos participantes. Este estudo não concluiu que haja evidências para suportar uma relação causal entre uso da maconha na adolescência e ocorrência de depressão entre adultos jovens.

Outras evidências da associação entre uso da maconha e sintomas depressivos foram descritas em estudo que avaliou a exposição à maconha na gestação. Gray et al. (2005) seguiram 633 mulheres que foram expostas à maconha ao longo da gestação e identificaram que, após 10 anos, esta exposição foi significativamente associada a sintomas depressivos nas crianças. Outras variáveis associadas a sintomas depressivos incluíram nível educacional das mães, uso de tabaco durante a gestação e nível de inteligência das crianças.

A fim de avaliar a possível influência de fatores genéticos na relação entre uso da maconha e sintomas depressivos, Lynskey et al. (2004) estudaram gêmeos monozigóticos e dizigóticos a fim de diferenciar a influência de fatores ambientais e genéticos relacionados ao uso de maconha e ao transtorno depressivo. Foram estudados 277 pares discordantes para dependência de maconha e 311 pares discordantes para início precoce do uso da droga. Os autores descreveram aumento de risco de ideação suicida e ocorrência de episódios depressivos para indivíduos dependentes da droga em relação aos não dependentes (sendo que esta última associação foi significativa somente para os gêmeos dizigóticos). O início precoce (<17 anos) do uso da maconha

pode ser relacionado a risco maior de tentativas de suicídio, mas não à ocorrência de episódios depressivos.

Por fim, Degenhardt et al. (2003), em estudo de revisão, encontraram apenas uma modesta associação entre uso da maconha e depressão no sentido de que alguns usuários estariam predispostos a desenvolver o transtorno. No entanto, não foi possível atribuir esta associação a nenhum fator demográfico, biológico ou social. Os autores ressaltaram a importância de mais estudos com gêmeos e longitudinais para a resposta a esta questão.

Maconha e transtornos de ansiedade

A relação entre a ocorrência de transtornos de ansiedade e a utilização da maconha ainda necessita ser elucidada. Alguns estudos de coorte avaliaram esta associação. Degenhardt et al. (2001) descreveram, a partir de um estudo nacional na Austrália sobre saúde mental e bem estar, a associação entre uso da maconha e transtornos de ansiedade. Os autores descreveram uma proporção de 17% de transtornos de ansiedade em usuários de maconha comparada a 5% em não usuários. No entanto, após a exclusão de fatores como neuroticismo e uso de outras drogas a associação não permaneceu significativa.

Patton et al. (2002), no mesmo estudo que estes mesmos autores realizaram para investigar a associação entre uso de maconha e depressão em jovens australianos, seguiram 1601 estudantes com idade entre 14 e 15 anos durante sete anos a fim de verificar a associação entre uso de maconha e transtornos de ansiedade. Foi descrito um risco até cinco vezes maior de desencadeamento de sintomas depressivos e ansiosos em usuárias de modo diário da maconha em comparação com não usuárias (*odds ratio* 5,6 IC 95% 2,6-12). Esta associação ficou evidente em relação ao sexo feminino, mas não no sexo masculino.

Alguns anos depois, Van Laar et al. (2007), ainda no projeto NEMESIS (*Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study*) descrito acima e realizado na Holanda, investigaram transtornos do humor e ansiedade em usuários de maconha. O estudo prospectivo, com duração de três anos, de uma amostra de 3854 participantes, a princípio sem transtornos de ansiedade, verificou que o uso de maconha, após ajuste dos fatores de confusão, não teve associação significativa com a ocorrência destes transtornos.

Em relação aos efeitos agudos do uso da maconha e sua associação com sintomas ansiosos, Dannon et al. (2004), avaliando pacientes portadores do transtorno do pânico, identificaram que uma parcela significativa havia desenvolvido sintomas de pânico dentro de um período de 48 horas após o último uso da maconha. Os autores concluíram que o uso de maconha pode ser associado a início abrupto de sintomas de pânico e ainda que há boa resposta terapêutica com o uso da Paroxetina.

Agosti e Levin (2002), analisando dados do estudo *National Comorbidity Survey*, descreveram que os indivíduos dependentes da maconha apresentavam alta comorbidade com outros transtornos psiquiátricos (90%) ao longo da vida em comparação aos não dependentes (55%). O estudo descreveu os transtornos de ansiedade entre os mais prevalentes e também apontou que a maioria dos indivíduos iniciaria os sintomas ansiosos antes da dependência da maconha, aumentando a probabilidade da hipótese de auto-medicação com a maconha.

Crippa et al. (2009), em artigo de revisão, ressaltam a maior ocorrência de sintomas ansiosos em usuários de maconha, bem como o aumento do uso da maconha entre indivíduos com transtornos de ansiedade. No entanto, os autores ressaltam a relação complexa existente entre uso da maconha e sintomas ansiosos, descrevendo a necessidade de novos estudos.

Maconha e transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH)

A relação entre TDAH e o uso da maconha pode ser complexa, sendo que há a possibilidade de que o uso da maconha poderia ser uma das possíveis complicações associadas ao transtorno. Os indivíduos acometidos pelo TDAH poderiam utilizar mais a substância em decorrência das características próprias do transtorno, como impulsividade e hiperatividade (Elkins et al., 2007), que poderiam, por sua vez, colocá-los em situações de risco maior para o consumo. No sentido de investigar se o uso da maconha poderia estar associado a alívio dos sintomas relacionados ao TDAH, o estudo de Aharonovich et al. (2006) descreveu que, entre pacientes portadores de TDAH em tratamento, a continuidade do uso da maconha e a abstinência do uso da cocaína poderiam ser relacionadas a uma maior probabilidade de adesão ao tratamento.

A fim de estudar associações entre o uso da maconha e o TDAH, Ferguson e Boden (2008) avaliaram uma coorte de 1265 crianças neozelandesas desde o nascimento até os 25 anos e descreveram uma forte associação entre uso de maconha aos 25 anos e a persistência de sintomas de TDAH na idade adulta. No entanto, após ajuste para uso de outras drogas, os resultados para maconha passaram a não ser mais significativos. Outro estudo recente realizado na França por Galéra et al. (2008) acompanhou 916 indivíduos por 8 anos e verificou um risco 3,14 vezes maior de uso de maconha entre os participantes que apresentavam sintomas de desatenção e hiperatividade. Deste modo, a relação entre TDAH e utilização de maconha pode constituir um objeto de estudo complexo, já que a expressão dos sintomas do TDAH e a experimentação da droga ocorrem com frequência ao longo da adolescência, período caracterizado por alterações fisiológicas características do desenvolvimento e maturação, além de mudanças em aspectos sociais abrangentes que poderiam dificultar o estabelecimento de relações de causa e efeito.

Dependência

A questão se o uso da maconha pode ou não ser associado ao desencadeamento de dependência de acordo com os critérios estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde e pela Associação Psiquiátrica Americana permaneceu controversa durante muitos anos. A comparação entre a maconha e drogas como a cocaína e a heroína no que diz respeito a modelos animais de indução de dependência apontou que perfis verdadeiramente semelhantes podem ser estabelecidos no que concerne a autoadministração da droga (Tanda et al., 2000).

A descrição de uma síndrome de abstinência da droga ainda é um ponto controverso, embora nos últimos anos alguns estudos descreveram de modo mais consistente a ocorrência deste quadro. Budney et al. (2004), em artigo de revisão de achados de estudos animais e clínicos em humanos, encontraram evidências de que a interrupção do uso freqüente da maconha pode gerar síndrome de abstinência caracterizada por alterações emocionais, mudança do padrão de apetite, perda de peso e desconforto físico. A ocorrência de alterações neurovegetativas durante a abstinência da maconha foi ressaltada pela descrição da mudança de padrão de sono descrita por Bolla et al. (2008) em estudo que avaliou usuários pesados de maconha em período de abstinência.

A descrição da síndrome de abstinência foi reforçada por estudos como o de Pertwee (2006) que promoveu a instalação de sintomas de abstinência após a administração (desafio) de rimonabant, um antagonista de receptores canabinóides do tipo I (CB1). Outro achado interessante descrito por Budney et al. (2007) refere-se à supressão de sintomas de abstinência da maconha com a administração do THC. Os autores estudaram 8 usuários diários da droga e verificaram alívio de sintomas de abstinência de maneira proporcional à dose de THC ministrada.

Um outro fator considerado fundamental para que uma substância psicoativa possa ser desencadeadora de dependência é a indução do aumento da descarga dopaminérgica no Núcleo

Accumbens. A maconha produziu este efeito em estudo que avaliou a correlação do sistema endocanabinóide e a transmissão dopaminérgica (Lupica e Riegel, 2005).

O fato da dependência da maconha ter sido contestada durante vários anos levanta a questão de que os critérios utilizados para diagnóstico da dependência de drogas como álcool, cocaína ou heroína não possuiriam a mesma validade quando utilizados para a maconha, já que há a percepção de que sinais e sintomas como tolerância e abstinência para esta droga não seriam tão pronunciados quando comparados às outras. No entanto, os estudos descritos acima apontam para a ocorrência de fenômenos relacionados à dependência muito semelhantes em relação às outras substâncias, porém com manifestações de natureza e intensidade distintas. Nesse sentido, estudo realizado (Budney, 2006) verificando a validade da utilização dos critérios atuais para dependência da maconha apontou que há evidências positivas para a continuidade da utilização dos mesmos.

1.5 – Tratamentos para transtornos relacionados ao uso da maconha.

Em relação aos tratamentos farmacológicos, há relatos da eficácia do THC, em forma de comprimidos, na redução dos sintomas de abstinência da droga. Haney et al. (2004), em estudo placebo controlado, utilizaram o THC em 7 indivíduos não predispostos a fazer tratamento e com uso aproximado de 6-10 cigarros de maconha por dia. Os participantes que tomaram THC oral relataram melhora de sintomas de ansiedade, padrão de sono e redução da fissura pelo uso da droga. O mesmo estudo testou o Divalproato de Sódio, sendo que os participantes descreveram melhora da fissura ao utilizar esta medicação, porém, houve piora de sintomas ansiosos, irritabilidade e cansaço. Em outro estudo placebo controlado, o mesmo autor testou a Bupropiona e concluiu que esta droga não possui potencial para utilização em transtornos relacionados ao uso da maconha. Avaliando uma amostra de 10 participantes com doses de 300 MG por dia ao longo de 11

dias, o autor descreveu piora de sintomas de abstinência, além de maior irritabilidade, sintomas depressivos e inquietação (Haney et al., 2001).

Outra medicação testada com possível eficácia para o tratamento de sintomas de abstinência da maconha foi a Nefazodona. A Nefazodona é uma substância utilizada como antidepressivo que propiciou redução importante de sintomas ansiosos e dores musculares. No entanto, sintomas como de irritabilidade não apresentaram significativa melhora (Haney et al., 2003). Não há medicações aprovadas em nenhum país para o tratamento da dependência da maconha.

Há cerca de 20 anos são realizadas pesquisas sistemáticas sobre tratamentos psicossociais com possível eficácia para transtornos relacionados ao uso da maconha. Os resultados apontam que pelo menos três abordagens distintas (Cognitivo-comportamental, Motivacional e “Contingence Management”) apresentam evidências suficientes de eficácia. Além disso, a combinação entre a abordagem Cognitivo-comportamental e a Motivacional é mais eficaz que a Motivacional em isolado e a associação das três abordagens descritas acima tem potencial benéfico quando comparado à utilização de quaisquer das abordagens isoladamente (Budney et al., 2007).

A abordagem cognitivo-comportamental tem foco no desenvolvimento de uma análise funcional sobre o uso da maconha e a fissura, evitação dos gatilhos, desenvolvimento de habilidades de recusa, solução de problemas e mudança de estilo de vida. Stephens et al. (1994) avaliaram a eficácia da abordagem cognitivo-comportamental em 161 homens e 51 mulheres que procuraram por tratamento. O estudo comparou a prevenção da recaída a uma abordagem de suporte social, utilizando como parâmetros de melhora o número de dias nos quais houve consumo de maconha, os problemas relacionados e a proporção de abstinência. O resultado apontou que os homens que participaram da abordagem de prevenção da recaída descreveram uso reduzido da maconha nos três meses seguintes.

A abordagem motivacional atua na ambivalência e no movimento do indivíduo para a mudança. O terapeuta evita posturas confrontativas, expressa empatia, explora prós e contras do

hábito de usar a droga e reforça a auto-eficácia (Steinberg et al., 2005). Um estudo amplo para verificação da eficácia da abordagem motivacional, o “Marijuana Treatment Research Project Group” avaliou 450 usuários de maconha e identificou que a abordagem motivacional utilizada de modo isolado ou associada à abordagem cognitiva comportamental produziu resultados positivos em relação à diminuição no padrão de consumo da droga quando comparada ao grupo que não teve o tratamento.

A terceira estratégia descrita, “Contingence Management” (CM), foi desenvolvida no sentido de promover melhor adesão às abordagens descritas acima. Segundo esta estratégia, os usuários recebem *vouchers* com incentivos variados para que mantenham a abstinência e apresentem testes negativos para o consumo da droga. Kadden et al. (2007) avaliaram a eficácia desta estratégia em um estudo com 240 participantes. Os autores associaram a CM às sessões motivacionais e comportamentais ou avaliaram esta intervenção isoladamente. Concluiu-se que a CM teve um papel determinante associado ao sucesso dos tratamentos.

1.6 - Maconha, comorbidades psiquiátricas e motivação para o tratamento

Há uma relação complexa entre a dependência de substâncias, a ocorrência de comorbidades psiquiátricas e a motivação dos indivíduos para o tratamento e mudança em relação ao consumo de substâncias. A partir do início da década de 90, com a consolidação da entrevista motivacional (Miller e Rollnick, 1991) como abordagem psicoterapêutica direcionada para o tratamento da dependência de substâncias, houve estudo extensivo dos aspectos motivacionais relacionados ao processo de adesão dos pacientes ao tratamento e a verificação da eficácia e efetividade dos mesmos.

Miller e Rollnick (1991) utilizaram o Modelo Transteórico descrito por Prochaska e DiClemente (1984) que considera a motivação para a mudança como um “continuum” que inclui desde pessoas absolutamente não motivadas para a mudança até indivíduos completamente preparados para realizar mudanças ou a manter-se, no caso do consumo de substâncias, abstinentes. Estes autores identificaram que os indivíduos podem ser agrupados dentro dos chamados Estágios de Mudança em relação a sua predisposição para mudar determinado comportamento. O estágio de precontemplação inclui indivíduos que não consideram a mudança em relação ao seu consumo de drogas por razões como o não reconhecimento dos prejuízos associados ou a não disponibilidade para abdicar dos efeitos prazerosos do consumo destas substâncias. O estágio de contemplação é caracterizado pela ambivalência. Os indivíduos consideram a possibilidade de inserir-se em uma proposta de mudança, no entanto ainda estão divididos entre os benefícios da mudança de comportamento e as perdas relacionadas à não manutenção de tal comportamento. Indivíduos no estágio de ação têm uma decisão consolidada de envolver-se em um processo de mudança e conquistar os benefícios desta atitude em um futuro próximo. O estágio de manutenção caracteriza-se pela consolidação das conquistas realizadas e uma atitude de permanência da mudança de comportamento.

A questão de como a ocorrência de comorbidades psiquiátricas poderia influenciar este processo remete-se a uma outra questão fundamental que seria: A ocorrência de comorbidades psiquiátricas pode tornar indivíduos dependentes de substâncias mais dispostos a mudar o seu comportamento de consumo das drogas?

A resposta para esta questão pode ser considerada em um contexto mais amplo. A ocorrência do consumo de substâncias em um padrão de dependência está associada, freqüentemente, a manifestações de intensidade variada em relação à intoxicação, abstinência e prejuízos duradouros em aspectos físicos, psíquicos e sociais. Nesse sentido, existe a perspectiva de que estes aspectos poderiam ser determinantes dentro do construto da “balança decisória” que pode ser definido como processo internalizado de tomada de decisões que privilegia aspectos

positivos e negativos do consumo de substâncias e que conduz o indivíduo a uma decisão fundamental sobre a mudança em relação ao uso de drogas. Assim, a associação de uma comorbidade teria papel relevante e inclusive paradoxal, pois poderia contribuir, através do sofrimento psíquico inerente, a uma mudança de comportamento, desde que, em algum momento, este indivíduo pudesse associar direta ou indiretamente a possibilidade de mudar o seu hábito de consumir substâncias a uma melhora de qualidade de vida e de seu sofrimento psíquico. A literatura descreve alguns exemplos relacionados a este tema. Em relação ao álcool, Holt et al. (2009), estudando uma amostra de 284 usuários que se envolveram em problemas com a justiça por dirigirem embriagados, verificaram que a ocorrência de sintomas depressivos foi associada a maior probabilidade de prontidão para a mudança, ou de estágios motivacionais relacionados à mudança.

Seria ainda plausível, segundo esta proposta, que usuários de drogas associadas a prejuízos mais evidentes estariam mais predispostos a buscar tratamento. Em relação especificamente ao consumo da maconha, que para muitos não promoveria prejuízos tão evidentes, há descrições de que os usuários que chegam para o tratamento geralmente são mais ambivalentes e menos confiantes na possibilidade de conseguir controlar o uso da droga em relação aos usuários de cocaína (Budney et al., 1998). Comparando ainda indivíduos dependentes da maconha com indivíduos dependentes de cocaína, Levin et al. (2006), descreveram que os dependentes de maconha são mais jovens, menos propensos à dependência de outras drogas e provavelmente menos motivados para o tratamento. A percepção de que a maconha poderia ser uma droga teoricamente associada a menores prejuízos em relação a outras poderia assim prejudicar o processo de mudança dos padrões de consumo nestes usuários, fato que explicaria a relativa baixa procura por tratamento em relação ao grande número de usuários e ainda justificar a acentuada proporção de comorbidades psiquiátricas em usuários de maconha que procuram o tratamento, já que este poderia ser um fator desencadeante de procura por serviços de saúde.

Por outro lado, deve ser ressaltado que, provavelmente, determinadas comorbidades psiquiátricas poderiam dificultar a chegada dos indivíduos para o tratamento, ou ainda impossibilitar

que o processo de aquisição da mudança tivesse o seu curso natural. A ocorrência de sintomas psicóticos poderia ser associada a estas dificuldades. Indivíduos seriamente comprometidos por estes sintomas poderiam ser menos propensos à entrada em um processo de mudança, tanto pela presença de sintomatologia aguda, tanto pela possibilidade de prejuízos cognitivos duradouros associados a algumas destas condições. Este construto poderia responder aos desafios significativos da prática clínica com estes pacientes, como aderência ao tratamento, promoção da abstinência e hospitalizações frequentes (Verdoux et al., 2005).

A ocorrência de comorbidades psiquiátricas com frequência acentuada entre usuários de substâncias fez com que pesquisadores desenvolvessem estudos a fim de aprimorar os instrumentos da Entrevista Motivacional para esta população. Martino et al. (2006), desenvolveram recomendações específicas como a simplificação de questionamentos abertos para tais pacientes, o refinamento da escuta reflexiva do terapeuta, aumento da ênfase na afirmação da mudança e a integração da capacidade de prover “feedback” em relação às questões psiquiátricas.

2 OBJETIVOS E JUSTIFICATIVA

2.1 Objetivo Geral

Estabelecer uma investigação sobre transtornos psiquiátricos comórbidos, gravidade da dependência e motivação para o tratamento em uma amostra de dependentes de maconha que procuram por tratamento.

2.2 Objetivos Específicos

1 - Descrever as características sociodemográficas dos indivíduos dependentes de maconha que procuram por tratamento.

2 - Descrever o perfil de comorbidades psiquiátricas dos indivíduos dependentes de maconha que procuram por tratamento.

3 - Descrever a gravidade da dependência e padrão de consumo de drogas dos indivíduos dependentes de maconha que procuram por tratamento.

4 - Descrever os estágios de mudança dos indivíduos dependentes de maconha que procuram por tratamento.

5 – Estabelecer associações entre características sociodemográficas, gravidade da dependência e motivação para o tratamento entre indivíduos dependentes de maconha que procuram por tratamento.

2.3 Justificativa

O estudo de uma amostra clínica de usuários de maconha é muito pouco freqüente em nosso meio. A descrição do perfil de comorbidades de pacientes usuários de maconha que procuram tratamento e as associações com a gravidade da dependência e o grau de motivação para o tratamento irá gerar conhecimento inédito em nosso país.

3 HIPÓTESES

As seguintes hipóteses foram testadas:

1) Usuários de maconha com comorbidades psiquiátricas têm maior motivação para o tratamento em relação aos usuários sem comorbidades.

2) Usuários de maconha com maior gravidade de dependência têm maior motivação para o tratamento em relação aos usuários com menor gravidade.

4 MÉTODOS

4.1 Desenho do Estudo

Estudo transversal com avaliação realizada no momento da chegada dos pacientes ao tratamento especializado para a dependência da maconha.

4.2 Casuística

4.2.1 – Local do estudo

O estudo foi realizado no ambulatório do PROGREA (Grupo Interdisciplinar de Estudos de Álcool e Drogas do Departamento e Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo). O PROGREA disponibilizou um serviço de tratamento ambulatorial especializado no tratamento de usuários de maconha. Os pacientes foram avaliados no período de Junho de 2006 a Setembro de 2009. Os pacientes foram encaminhados para este serviço através de procura espontânea ou de outros ambulatórios.

4.2.2 – Amostragem

Foram selecionados pacientes que procuraram tratamento para problemas relacionados ao uso de maconha no GREA. Os participantes foram incluídos segundo os critérios abaixo.

4.2.3 – CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Os critérios de inclusão para o estudo foram:

1 – Idade maior que 18 anos

2 – Dependência da maconha segundo a CID 10 (Classificação Internacional das Doenças, 10ª Versão).

3 – Endereço e telefone fixos

Os critérios de exclusão para o estudo foram:

1 – Condição que inviabilizasse a entrevista (demência e oligofrenia)

2 – Outras dependências que não de nicotina.

Ao longo do estudo, 169 pacientes procuraram atendimento e foram avaliados a fim de se alcançar o total de 80 participantes. Dentre os indivíduos que procuraram tratamento, mas não

foram incluídos, 62 tiveram diagnóstico de dependência de outras drogas (álcool e cocaína) e foram excluídos a fim de que esta condição não prejudicasse o diagnóstico de outras condições comórbidas. Outros 27 participantes não preencheram os critérios para dependência de maconha.

4.2.4 – Instrumentos

Os instrumentos utilizados foram:

- 1) *Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN-PSE10)* – Entrevista semi-estruturada que permite rastreamento diagnóstico em psiquiatria. Este instrumento foi desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), validado em nosso meio e foi aplicado por entrevistador treinado (WHO, 1994).
- 2) *Addiction Severity Index (ASI)* – Instrumento que permite avaliação da gravidade da dependência de álcool e drogas. Foi utilizada versão traduzida para o nosso meio (McLellan et al., 1992).
- 3) *University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA)* – Este instrumento permite avaliação da motivação para o tratamento através da discriminação entre os chamados “estágios de mudança”. Foi utilizada versão traduzida e validada para o nosso meio (McConaughy et al., 1983; Figlie, 1999). A versão utilizada já foi utilizada em outro estudo em nosso meio, especificamente para a maconha (Jungerman, 2005).
- 4) *Questionário Sociodemográfico* - Foi utilizado questionário desenvolvido pelos pesquisadores do estudo, tendo como objetivo a descrição do perfil sociodemográfico dos pacientes.

4.2.5 – Análise estatística

A análise dos dados obtidos foi realizada por meio de técnicas descritivas e inferenciais. Os métodos descritivos utilizados foram frequências, médias e desvios-padrão. As associações entre as variáveis categóricas foram estabelecidas através de testes Pearson Qui-quadrado e Teste Exato de Fisher. As associações entre as variáveis numéricas foram realizadas através do teste *t de Student* para a comparação de médias, como de variáveis como a idade dos participantes. Para o estudo das associações entre estágios de motivação e escores do instrumento ASI foi utilizado o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis. O teste não paramétrico de Mann-Whitney foi utilizado quando foi observada diferença significativa entre precontemplação, contemplação e ação, ao nível de significância de 5% (Bussab e Moretin, 2003).

4.2.6 – Tamanho da amostra

O cálculo do tamanho de amostra foi realizado com base no teste das hipóteses do estudo que incluíram o estudo das associações entre variáveis como motivação para o tratamento, gravidade da dependência e presença de comorbidades psiquiátricas. O cálculo do tamanho da amostra, desta maneira, necessitou considerar a presença de variáveis categóricas e numéricas. A fim de possibilitar um nível de significância bicaudal de $\alpha=0,05$ e nível máximo de erro do Tipo II com valor de $\beta=0,2$, o número calculado foi de 80 participantes.

4.2.7 – ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

5 RESULTADOS

5. 1 – Descrição das características gerais da amostra

Variáveis sociodemográficas

A Tabela 1, além da descrição dos dados sociodemográficos, apresenta as associações entre estas variáveis e a presença ou não de comorbidades psiquiátricas entre os indivíduos dependentes de maconha. Entre os 80 participantes do estudo, 73,7% (n=59), apresentaram comorbidades psiquiátricas com a dependência da maconha. A maioria dos participantes (81,2%) pertence ao sexo masculino, embora não tenha sido descrita diferença significativa em relação ao gênero na comparação entre os grupos com e sem comorbidades. Houve predomínio de participantes da cor branca com 77,5% (n=62), seguidos por outras raças com 12,5% (n=10) e negros com 10% (n=8). Este resultado apresentou diferença estatística significativa com o predomínio de participantes de outras raças apresentando comorbidades psiquiátricas com maior frequência ($p=0,009$).

Em relação ao estado civil, houve predominância dos solteiros com 66,2% (n=53), seguidos pelos casados com 27,5% (n=22) e divorciados com 5% (n=4) da amostra. Na avaliação sobre a escolaridade, o grupo predominante foi o de pacientes com curso superior com 37,1% (n=30), seguido pelos participantes com ensino fundamental com 33,1% (n=24) e ensino médio com 30,0% (n=25). Em relação ao emprego, a maioria da amostra foi de desempregados com 37,5% (n=30), seguidos por empregados sem registro com 35,0% (n=28) e empregados formais com 27,5% (n=22). Para estas três últimas variáveis não houve diferenças significativas entre os grupos.

Tabela 1. Associação entre as variáveis sociodemográficas e a presença ou não de comorbidades psiquiátricas entre os indivíduos dependentes de maconha.

Características	Com comorbidade	Sem comorbidade	p-valor*
	<i>n</i> = 59	<i>n</i> = 21	
Idade, em anos (média ± DP)	31,0 ± 9,3	30,0 ± 9,9	0,675
Gênero			
Homens (%)	45 (76,3)	20 (95,2%)	0,100
Mulheres (%)	14 (23,7)	1 (4,8)	
Cor (%)			
Brancos	46 (78)	16 (76,2)	0,009
Negros	3 (5,12)	5 (23,8)	
Outros	10 (16,9)	0 (0,0)	
Estado Civil (%)			
Solteiro	40 (67,8)	13 (61,9)	0,572
Casado	15 (25,4)	7 (33,3)	
Divorciado/Viúvo	4 (6,8)	1 (4,8)	
Escolaridade (%)			
Fundamental	1 (1,7)	10 (47,6)	0,201
Médio	15 (25,4)	5 (23,8)	
Superior	19 (32,2)	6 (28,6)	
Situação profissional (%)			
Empregado	16 (27,1)	6 (28,6)	1,000
Empregado sem registro	21 (35,6)	7 (33,3)	
Desempregado	22 (37,6)	8 (38,1)	

*Teste de Qui-quadrado, exceto teste *t de Student* para a variável idade.

Uso de drogas

A Tabela 2 apresenta dados sobre o consumo de drogas na amostra, exceto a maconha. São descritos o consumo na vida e sua proporção, a idade de início do consumo, o uso no último mês e o tempo de uso em anos de consumo. Os números para o uso na vida foram de 93,8% (n=75) da amostra para o álcool, 88,8% (n=71) para o tabaco, 51,3% (n=41) para os inalantes, 78,8% (n=63) para a cocaína aspirada, 46,3% (n=37) para o crack, 27,5% (n=22) para os alucinógenos, 20% (n=16) para o ecstasy e 1,3% (n=1) para os opióides.

A idade de início de consumo das principais substâncias é uma medida importante para a mensuração da aplicabilidade do modelo da maconha como “porta de entrada” para o uso de drogas ilícitas. As idades médias de início de consumo foram de 14,6 anos para o álcool (DP=3,2), 15,1 anos para o tabaco (DP=3,2), 16,4 anos para os inalantes (DP=2,7), 20,0 anos para a cocaína aspirada (DP=5,3) e 21,1 para o crack (DP=6,4). A média para idade de início de consumo da maconha foi 16,0 (DP=4,0).

A medida de consumo no último mês é importante, pois descreve um padrão de consumo recente que pode influenciar a apresentação psicopatológica dos participantes, além de ser uma medida mais confiável por descrever o padrão de consumo de um período próximo ao da entrevista. Entre as drogas lícitas, a mais consumida foi o tabaco com 55% (n=44) da amostra, seguida pelo álcool com 50% (n=40). Entre as drogas ilícitas, exceto a maconha, a mais consumida no mês precedente a avaliação foi a categoria dos inalantes com 5% (n=4) da amostra, seguida pela cocaína aspirada e crack com 3,8% e 1,2% respectivamente.

Em relação ao tempo de consumo em anos, o tabaco foi a droga consumida por período maior com média de 13,3 anos (DP=8,9), seguida pelo álcool com 13,1 anos (DP=9,0),

inalantes com 8,0 anos (DP=7,1), alucinógenos com 5,3 anos (DP=5,8), cocaína aspirada com 5,2 anos (DP=4,6), crack com 4 anos (DP=4,4) e ecstasy com 2,0 anos (DP=0,0).

Tabela 2. Padrões de uso de drogas exceto a maconha.

Drogas	Uso na vida n (%)	Idade do primeiro uso (média em anos $\pm$ DP)	Uso no último mês (%)	Tempo de uso (média em anos $\pm$ DP)
Álcool	75 (93,8%)	14,6 $\pm$ 3,2	40 (50%)	13,1 $\pm$ 9,0
Tabaco	71 (88,8%)	15,1 $\pm$ 15,1	44 (55%)	13,3 $\pm$ 8,9
Inalantes	41 (51,3%)	16,4 $\pm$ 2,7	4 (5%)	8,0 $\pm$ 7,1
Cocaína	63 (78,8%)	20,0 $\pm$ 5,3	3 (3,8%)	5,2 $\pm$ 4,6
Crack	37 (46,3%)	21,1 $\pm$ 6,4	1 (1,2%)	4,0 $\pm$ 4,4
Alucinógenos	22 (27,5%)	20,0 $\pm$ 3,5	1 (1,2%)	5,3 $\pm$ 5,8
Ecstasy	16 (20,0%)	21,9 $\pm$ 4,2	0 (0%)	2,0 $\pm$ 0,0
Opiáceos	1 (1,3%)	22,0 $\pm$ 1,3	0 (0%)	1,0 $\pm$ 0,0

Uso da maconha

Em relação ao uso da maconha, são descritas na Tabela 3, a idade de início do consumo, o número de cigarros consumidos na última semana e o dinheiro gasto com maconha na última semana. A idade de início do uso da maconha foi de 16 anos em média (DP=4). O número médio de cigarros de maconha utilizados na última semana pelos usuários que chegaram ao

tratamento foi de 14,4 (DP=6,2). A média de dinheiro gasto na última semana para a compra de maconha foi de R\$ 27,7 reais (DP=37,4).

Tabela 3. Padrões de uso da maconha.

Variáveis	Média $\pm$ DP
Idade do 1º uso de maconha (anos)	16,0 $\pm$ 4,0
Nº de cigarros de maconha fumados na última semana (unidades)	14,4 $\pm$ 6,2
Dinheiro gasto na compra de maconha na última semana (R\$)	27,7 $\pm$ 37,4

O uso de maconha na última semana é apresentado na Figura 1. Na semana precedente a chegada ao tratamento, 48,8% (n=39) da amostra fez uso diário. Cerca de 30% (n=24) dos participantes fez uso de uma a três vezes por semana e 21,2% (n=17) não utilizou a maconha neste período.

Figura 1. Uso de maconha na última semana.

Comorbidades Psiquiátricas

A Figura 2 descreve os diagnósticos relacionados à aplicação do SCAN, instrumento de rastreamento diagnóstico, excluindo-se os diagnósticos relativos ao uso de substâncias. Os diagnósticos foram estabelecidos no momento da avaliação inicial dos pacientes ou foram confirmados em entrevistas posteriores, caso alguma condição no momento da entrevista não tornasse viável a aplicação do instrumento, como por exemplo, estados de intoxicação por drogas, agitação psicomotora ou sintomas psicóticos graves no momento da entrevista.

Os resultados apontaram que 61,2% (n=49) dos participantes apresentaram alguma comorbidade com a dependência da maconha. Entre os transtornos do humor, o transtorno depressivo foi o mais freqüente com 22,4% (n=18) da amostra, seguido pelo transtorno afetivo bipolar com 3,8% (n=3). Entre os transtornos de ansiedade, o transtorno de ansiedade generalizada foi o mais freqüente com 11,2% (n=9) da amostra, seguido pelo transtorno do pânico com 8,8% (n=7) e o transtorno obsessivo compulsivo com 2,5% (n=2). Deve-se ressaltar que os transtornos do humor e ansiedade foram os mais descritos na amostra, embora as freqüências descritas de outros transtornos como a esquizofrenia e o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) possam ser consideradas relevantes, já que são transtornos de menor prevalência na população. A esquizofrenia foi diagnosticada em 8,8% (n=7) da amostra e o (TDAH) em 3,80% (n=3).

Figura 2. Comorbidades psiquiátricas não relacionadas ao uso de substâncias.

Os transtornos relacionados ao uso de substâncias são descritos na Tabela 4. É importante ressaltar que os diagnósticos de transtornos relacionados ao uso de substâncias descritos neste item foram realizados através da aplicação do SCAN. Em sua maioria, os diagnósticos confirmaram os critérios de inclusão do estudo, porém, é importante observar que o refinamento da entrevista através do instrumento de rastreamento diagnóstico possibilitou a descrição de outros diagnósticos.

A dependência da maconha, como já seria esperado, foi o diagnóstico mais descrito com 97,5% (n=78) da amostra. A dependência da maconha foi um dos critérios de inclusão do estudo, no entanto, a confirmação posterior do diagnóstico pelo SCAN apontou que dois participantes preenchiam critérios apenas para abuso e não para dependência.

O tabaco foi a segunda droga mais relacionada a diagnósticos de transtornos por uso de substâncias. Entre os participantes do estudo, 41,2% (n=33) preencheram critérios para dependência. O álcool foi consumido com padrão de abuso por 6,2% (n=5) dos participantes e houve apenas um participante com diagnóstico de dependência do álcool.

Apenas um participante teve critérios diagnósticos para abuso de alucinógenos e os usuários de ecstasy e opióides não preencheram critérios para diagnósticos de quaisquer transtornos relacionados ao uso de substâncias.

Tabela 4. Transtornos relacionados ao uso de substâncias.

Droga	Número (%)
Maconha	
Abuso	2 (2,5)
Dependência	78 (97,5)
Álcool	
Abuso	5 (6,2)
Dependência	1 (1,2)
Tabaco	
Abuso	0 (0,0)
Dependência	33 (41,2)
Cocaína	
Abuso	8 (10,0)
Dependência	1 (1,2)
Ecstasy	
Abuso	0 (0,0)
Dependência	0 (0,0)
Alucinógeno	
Abuso	1 (1,2)
Dependência	0 (0,0)
Opióides	
Abuso	0 (0,0)
Dependência	0 (0,0)

5.2 – Associações entre transtornos psiquiátricos comórbidos, variáveis sociodemográficas, padrões de consumo da droga e gravidade da dependência.

A segunda parte dos Resultados tem como objetivo descrever as associações ocorridas entre os transtornos psiquiátricos comórbidos, as variáveis sociodemográficas, os padrões de consumo e a gravidade da dependência da maconha. Este item descreve o estudo das comorbidades de modo isolado, a fim possibilitar o estabelecimento de associações específicas.

Entre as comorbidades psiquiátricas diagnosticadas, houve a possibilidade de estabelecer análise e associações em relação ao transtorno depressivo, ao transtorno de ansiedade generalizada, ao transtorno do pânico e a esquizofrenia. Não foi possível realizar análises para o transtorno afetivo bipolar, o transtorno obsessivo compulsivo e o TDAH. Esta impossibilidade deve-se ao número reduzido de participantes diagnosticados com estes transtornos, o que não conferiu poder estatístico para o estabelecimento de associações.

Transtorno depressivo

A Tabela 5 descreve a associação entre transtorno depressivo e as variáveis sociodemográficas. Conforme descrito acima, houve a ocorrência de associações não descritas quando os transtornos não eram relacionados isoladamente.

Tabela 5. Associação entre transtorno depressivo e variáveis sociodemográficas.

Variáveis	Categorias das variáveis	Sim	(%)	Não	(%)	p-valor*
Sexo	Feminino	7	(38,9)	8	(12,9)	0,034
	Masculino	11	(61,1)	54	(87,1)	
Cor	Branco	12	(66,7)	50	(80,6)	0,326
	Negro	2	(11,1)	6	(9,7)	
	Outro	4	(22,2)	6	(9,7)	
Religião	Católica	7	(38,9)	22	(35,5)	0,698
	Espírita	2	(11,1)	3	(4,8)	
	Evangélica	3	(16,7)	10	(16,1)	
	Outra	6	(33,3)	27	(43,5)	
Estado Civil	Casado	8	(44,4)	14	(22,6)	0,062
	Solteiro	8	(44,4)	45	(72,6)	
	Divorciado	2	(11,1)	2	(3,2)	
	Viúvo	0	(0,0)	1	(1,6)	
Escolaridade	Analfabeto	0	(0,0)	1	(1,6)	0,668
	Fundamental	7	(38,9)	18	(29,0)	
	Médio	4	(22,2)	20	(32,3)	
	Superior	7	(38,9)	23	(37,1)	
Situação Profissional	Desempregado	5	(27,8)	25	(40,3)	0,626
	Empregado com registro	6	(33,3)	16	(25,8)	
	Empregado sem registro	7	(38,9)	21	(33,9)	

* Teste de Fisher. Para as variáveis escolaridade e situação profissional foi utilizado o Teste de Qui-quadrado.

Houve associação estatisticamente significativa entre a presença do transtorno depressivo e o sexo feminino ($p=0,034$). Em relação às outras variáveis como cor, religião, estado civil, escolaridade e situação profissional não houve associações significativas.

A Tabela 6 apresenta os resultados para a associação entre o transtorno depressivo e variáveis relacionadas ao consumo da maconha. Esta descrição permite identificar padrões característicos de consumo entre os usuários de maconha com comorbidades em relação aos que não têm comorbidades. Este conhecimento pode ser relevante para a prática clínica, já que o conhecimento de padrões de consumo pode ser essencial para o remodelamento de comportamentos relacionados ao consumo de drogas.

A variável “local do primeiro uso” foi associada de modo significativo ao transtorno depressivo, sendo que os indivíduos que realizaram o primeiro uso em contextos que não o de casa ou da rua (principalmente clubes noturnos, casa de amigos ou parentes) receberam diagnóstico de transtorno depressivo com maior frequência ($p=0,003$). O objetivo da descrição do local de primeiro uso pode ser relacionado às afiliações e relações sociais implicadas no processo de experimentação de substâncias e a sua relevância científica será discutida no item Discussão.

Em relação aos motivos pelos quais os participantes continuam utilizando a maconha, houve, entre os usuários que relataram seguir utilizando por sintomas ansiosos e depressivos, associação significativa com a ocorrência de fato do transtorno depressivo ($p=0,007$). O consumo diário da maconha também apresentou associação significativa com o diagnóstico de transtorno depressivo em relação aos padrões de uso menos frequentes como semanal ou a não utilização na última semana ($p=0,042$).

Tabela 6 Associação entre transtorno depressivo e variáveis relativas ao uso de maconha.

Variáveis	Categorias das variáveis	Sim	(%)	Não	(%)	p-valor*
Local do 1º uso de maconha	Casa	0	(0,0)	22	(35,5)	0,003
	Outros	4	(22,2)	13	(21,0)	
	Rua	14	(77,8)	27	(43,5)	
Motivo para continuidade do uso de maconha	Ansiedade / Depressão	10	(55,6)	13	(21,0)	0,007
	Outros	8	(44,4)	49	(79,0)	
Uso de maconha na última semana	1 ou mais vezes na semana	6	(33,3)	18	(29,0)	0,042
	Diário	12	(66,7)	27	(43,5)	
	Não usou	0	(0,0)	17	(27,4)	
Companhia no uso de maconha na última semana	Não fumou	0	(0,0)	12	(19,4)	0,036
	Só	16	(88,9)	34	(54,8)	
	Amigos	2	(11,1)	12	(19,4)	
	Outros	0	(0,0)	4	(6,5)	
Onde compra maconha	Amigos	9	(50,0)	30	(48,4)	1,000
	Outros	1	(5,6)	5	(8,1)	
	Traficantes / Boca	8	(44,4)	27	(43,5)	
Tratamento para consumo de maconha	Não	14	(77,8)	42	(67,7)	0,562
	Sim	4	(22,2)	20	(32,3)	

* Teste exato de Fisher para "companhia no uso de maconha" e "local do primeiro uso". Teste de Qui-quadrado para as demais variáveis.

A companhia para o uso de maconha também apresentou associação significativa com o transtorno depressivo, sendo que os participantes com transtorno depressivo têm maior

predisposição a utilizar a maconha de modo isolado, ao invés de compartilhar com colegas ou outras pessoas. Não houve associações significativas com as variáveis local de compra da maconha ou tratamentos prévios.

Em relação aos escores de gravidade de dependência da ASI nas seis sessões da entrevista e sua relação com o transtorno depressivo, não houve associação significativa entre a ocorrência de transtorno depressivo e maior gravidade da dependência da maconha em nenhuma das sessões em relação aos indivíduos não deprimidos. As duas sessões da entrevista que mais de aproximaram de resultados significativos foram as sessões de uso de drogas e a de aspectos psiquiátricos.

Transtorno de ansiedade generalizada

A Tabela 7 descreve a associação entre o diagnóstico de comorbidade com o transtorno de ansiedade generalizada e as variáveis sociodemográficas. Houve associação significativa entre a presença do transtorno de ansiedade generalizada e a escolaridade, sendo que os participantes com nível de ensino médio e superior apresentaram maior frequência do transtorno em relação aos participantes com nível fundamental ($p=0,043$). Foi descrita associação significativa também com a situação profissional, sendo que os empregados com registro apresentaram o transtorno com maior frequência em relação aos desempregados ou empregados sem registro. Não houve associações significativas com variáveis como sexo, cor, religião e estado civil.

Tabela 7. Associação entre transtorno de ansiedade generalizada e variáveis sociodemográficas.

Variáveis	Categorias das variáveis	Sim	(%)	Não	(%)	p-valor*
Sexo	Feminino	2	(22,2)	13	(18,3)	0,674
	Masculino	7	(77,8)	58	(81,7)	
Cor	Branco	5	(55,6)	57	(80,3)	0,089
	Negro	1	(11,1)	7	(9,9)	
	Outro	3	(33,3)	7	(9,9)	
Religião	Católica	4	(44,4)	25	(35,2)	0,847
	Espírita	0	(0,0)	5	(7,0)	
	Evangélica	2	(22,2)	11	(15,5)	
	Outra	3	(33,3)	30	(42,3)	
Estado Civil	Casado	2	(22,2)	20	(28,2)	1,000
	Solteiro	6	(66,7)	47	(66,2)	
	Divorciado	1	(11,1)	3	(4,2)	
	Viúvo	0	(0,0)	1	(1,4)	
Escolaridade	Analfabeto	1	(11,1)	0	(0,0)	0,043
	Fundamental	0	(0,0)	25	(35,2)	
	Médio	2	(22,2)	22	(31,0)	
	Superior	6	(66,7)	24	(33,8)	
Situação Profissional	Desempregado	1	(11,1)	29	(40,8)	0,029
	Empregado com registro	1	(11,1)	21	(29,6)	
	Empregado sem registro	7	(77,8)	21	(29,6)	

* Teste exato de Fisher.

A análise da relação entre a ocorrência do transtorno de ansiedade generalizada e variáveis como companhia no primeiro de maconha, local do primeiro uso de maconha, motivo para a continuidade do uso da maconha, uso de maconha na última semana, companhia no uso de

maconha na última semana e local de compra da maconha não apresentou associações significativas.

No estudo da gravidade da dependência da maconha, a presença do transtorno de ansiedade generalizada não foi associada a maior gravidade de dependência da maconha em nenhuma das sessões da entrevista em relação aos indivíduos sem o transtorno de ansiedade generalizada.

Transtorno do pânico

Não houve associações significativas entre o transtorno do pânico e as variáveis sociodemográficas como sexo, cor, religião, estado civil, escolaridade e situação profissional. Houve associação significativa para a variável idade. A Tabela 8 descreve esta associação. Os participantes com diagnóstico do transtorno do pânico foram, de modo significativo, mais velhos quando comparados aos não diagnosticados com transtorno do pânico ($p=0,016$).

Tabela 8. Associação entre transtorno do pânico e idade dos participantes.

Variáveis	Pânico	Média	Desvio padrão	Total	p-valor
Idade	Sim	39,9	9,2	7	0,016
	Não	29,8	9,0	73	

A Tabela 9 apresenta os resultados relacionados à associação entre o transtorno do pânico e as variáveis relacionadas ao consumo de maconha. Houve associação significativa em relação ao local de compra da maconha. Neste caso, a opção que apresentou associação significativa é relacionada a obtenção de maconha preferencialmente através de traficantes ou “bocas” e menos através de amigos ($p=0,004$). Não houve associação significativa com variáveis como local do primeiro uso de maconha, motivo para a continuidade do uso de maconha, uso de maconha na última semana, companhia para uso de maconha na última semana e tratamento prévio para o consumo de maconha.

Tabela 9. Associação entre transtorno do pânico e variáveis relativas ao uso de maconha.

Variáveis	Categorias das variáveis	Sim	(%)	Não	(%)	p-valor*
Local do 1º uso de maconha	Casa	2	(28,6)	20	(27,4)	1,000
	Outros	1	(14,3)	16	(21,9)	
	Rua	4	(57,1)	37	(50,7)	
Motivo para a continuidade do uso de maconha	Ansiedade / Depressão	3	(42,9)	20	(27,4)	0,404
	Outros	4	(57,1)	53	(72,6)	
Uso de maconha na última semana	1 ou mais vezes na semana	1	(14,3)	23	(31,5)	0,346
	Diário	3	(42,9)	36	(49,3)	
	Não usou	3	(42,9)	14	(19,2)	
Companhia no uso de maconha na última semana	Não fumou	2	(28,6)	10	(13,7)	0,348
	Só	5	(71,4)	45	(61,6)	
	Amigos	0	(0,0)	14	(19,2)	
	Outros	0	(0,0)	4	(5,5)	
Onde compra maconha	]					0,004
	Amigos	1	(14,3)	38	(52,1)	
	Outros	3	(42,9)	3	(4,1)	
Tratamento para consumo de maconha	Traficantes / Boca	3	(42,9)	32	(43,8)	1,000
	Não	5	(71,4)	51	(69,9)	
	Sim	2	(28,6)	22	(30,1)	

*Teste exato de Fisher.

Em relação aos resultados para a associação entre a gravidade da dependência e o diagnóstico de transtorno do pânico, os participantes que tiveram diagnóstico de transtorno do pânico obtiveram escores mais graves na sessão psiquiátrica de avaliação da gravidade ($p=0,012$).

Outro resultado de gravidade da dependência com associação estatística significativa com o transtorno do pânico foram os problemas médicos. Os participantes com o transtorno do pânico tiveram de modo significativo mais problemas médicos em relação aos participantes sem o transtorno do pânico ($p=0,033$).

Esquizofrenia

Não houve associações significativas entre o diagnóstico de esquizofrenia na amostra variáveis sociodemográficas como sexo, cor, religião, estado civil, escolaridade e situação profissional. A Tabela 10 descreve a associação entre o diagnóstico de esquizofrenia e as variáveis relacionadas ao uso da maconha. Houve associação significativa entre a esquizofrenia e a variável tratamento prévio para consumo de maconha. A condição de diagnóstico de esquizofrenia foi associada de modo significativo à realização de tratamentos prévios para o consumo de maconha ($p=0,002$). As variáveis como local do primeiro uso de maconha, motivo da continuidade do uso de maconha, uso de maconha na última semana e onde se compra maconha não foram associadas a diferenças estatísticas significativas.

Tabela 10. Associação entre esquizofrenia e variáveis relativas ao uso de maconha.

Variáveis	Categorias das variáveis	Sim	(%)	Não	(%)	p-valor*
Local do 1º uso de maconha	Casa	1	(14,3)	21	(28,8)	0,185
	Outros	0	(0,0)	17	(23,3)	
	Rua	6	(85,7)	35	(47,9)	
Motivo da continuidade do uso de maconha	Ansiedade / Depressão	0	(0,0)	23	(31,5)	0,184
	Outros	7	(100,0)	50	(68,5)	
Uso de maconha na última semana	1 ou mais vezes na semana	3	(42,9)	21	(28,8)	0,513
	Diário	2	(28,6)	37	(50,7)	
	Não usou	2	(28,6)	15	(20,5)	
Companhia no uso de maconha na última semana	Não fumou	1	(14,3)	11	(15,1)	0,837
	Só	4	(57,1)	46	(63,0)	
	Amigos	2	(28,6)	12	(16,4)	
	Outros	0	(0,0)	4	(5,5)	
Onde compra maconha	Amigos	4	(57,1)	35	(47,9)	0,459
	Outros	1	(14,3)	5	(6,8)	
	Traficantes / Boca	2	(28,6)	33	(45,2)	
Tratamento para consumo de maconha	Não	1	(14,3)	55	(75,3)	0,002
	Sim	6	(85,7)	18	(24,7)	

*Teste exato de Fisher

Em relação à associação entre o diagnóstico de esquizofrenia e a gravidade da dependência, os participantes com diagnóstico de esquizofrenia obtiveram escores de maior gravidade na sessão psiquiátrica do instrumento ($p=0,014$). Nos outros parâmetros de gravidade não houve associações significativas.

A Figura 3 ilustra a comparação entre os escores de gravidade da dependência da esquizofrenia em comparação com os outros transtornos estudados. Percebe-se a obtenção de valores maiores para os pacientes diagnosticados com esquizofrenia em relação aos participantes que tiveram outros diagnósticos, porém, esta diferença não foi considerada significativa no teste estatístico.

Figura 3. Comparação da gravidade de dependência entre os transtornos psiquiátricos.

5.3 – Comorbidades psiquiátricas e motivação para o tratamento

A associação entre os estágios de mudança e a presença de comorbidades psiquiátricas em geral é descrita na Tabela 11. Os estágios de mudança são descritos segundo os resultados obtidos pela aplicação da escala URICA. Dentre os estágios de mudança, o estágio mais freqüente foi o de contemplação com 58,8% (n=47) da amostra, seguido por ação com 26,2% (n=21), pré-contemplação com 12,5% (n=10) e manutenção com 1,3% (n=1). Um participante não respondeu ao questionário. Não houve associações significativas entre quaisquer dos estágios de motivação e a presença de comorbidades quando agrupadas em dois grupos, com e sem comorbidades.

Tabela 11. Associação entre estágios de mudança e a presença de comorbidades psiquiátricas.

Variáveis	Comorbidade geral				p-valor*
	Sim		Não		
	Total	(%)	Total	(%)	
Motivação					
Precontemplação	7	(11,9)	3	(14,3)	1,000
Contemplação	35	(59,3)	12	(57,1)	
Ação	15	(25,4)	6	(28,6)	
Manutenção	1	(1,7)	0	(0,0)	—
Não tem compreensão	1	(1,7)	0	(0,0)	—

* Teste de Qui-quadrado.

A Tabela 12 descreve a distribuição dos estágios de mudança entre os participantes do estudo que tiveram o diagnóstico de comorbidade com o transtorno depressivo. Entre estes participantes, o estágio de contemplação com 66,7% foi o mais freqüente seguido por ação com 27,8% da amostra e precontemplação com 5,6%. Não houve associação significativa entre os estágios de mudança e o diagnóstico do transtorno depressivo.

Tabela 12. Transtorno depressivo e estágios de mudança.

Variáveis	Categorias das variáveis	Sim	(%)	Não	(%)	p-valor*
Motivação	Precontemplação	1	5,6	9	14,5	0,681
	Contemplação	12	66,7	35	56,5	
	Ação	5	27,8	16	25,8	
	Manutenção	0	0,0	1	1,6	–
	Não tem compreensão	0	0,0	1	1,6	–

* Teste exato de Fisher.

A associação entre o diagnóstico de comorbidade com o transtorno de ansiedade generalizada e os estágios de mudança é descrita na Tabela 13. Entre os participantes com diagnóstico de transtorno de ansiedade generalizada, o estágio de contemplação foi o mais freqüente com 55,6%, seguido por ação com 44,4% da amostra. Não houve associação significativa entre a presença do transtorno de ansiedade generalizada e os estágios de mudança.

Tabela 13. Transtorno de ansiedade generalizada e estágios de mudança.

Variáveis	Categorias das variáveis	Sim	(%)	Não	(%)	p-valor
Motivação	Precontemplação	0	(0,0)	10	(14,1)	0,289
	Contemplação	5	(55,6)	42	(59,2)	
	Ação	4	(44,4)	17	(23,9)	
	Manutenção	0	(0,0)	1	(1,4)	–
	Não tem compreensão	0	(0,0)	1	(1,4)	–

* Teste exato de Fisher.

A Tabela 14 descreve a associação entre os estágios de mudança e o diagnóstico de transtorno do pânico. Entre os participantes com diagnóstico de transtorno do pânico, o estágio de mudança mais freqüente foi o de ação com 57,1% da amostra, seguido por contemplação com 42,9%. O transtorno do pânico não foi associado de modo significativo aos estágios de mudança.

Tabela 14. Transtorno do pânico e estágios de mudança.

Variáveis	Categorias das variáveis	Sim	(%)	Não	(%)	p-valor
Motivação	Precontemplação	0	(0,0)	10	(13,7)	0,195
	Contemplação	3	(42,9)	44	(60,3)	
	Ação	4	(57,1)	17	(23,3)	
	Manutenção	0	(0,0)	1	(1,4)	–
	Não tem compreensão	0	(0,0)	1	(1,4)	–

* Teste exato de Fisher.

A Tabela 15 descreve a associação entre esquizofrenia e estágios de mudança. Entre os participantes com diagnóstico de esquizofrenia, o estágio de precontemplação foi o mais

freqüente com 42,9%, seguido por contemplação com 28,6% e ação com 14,3%. Os indivíduos dependentes de maconha que apresentaram diagnóstico de comorbidade com a esquizofrenia tiveram predominância do estágio de precontemplação em relação ao restante da amostra. Este resultado alcançou significância estatística ($p=0,031$).

Tabela 15. Esquizofrenia e estágios de mudança.

Variáveis	Categorias das variáveis	Sim	(%)	Não	(%)	p-valor
Motivação	Precontemplação	3	(42,9)	7	(9,6)	0,031
	Contemplação	2	(28,6)	45	(61,6)	
	Ação	1	(14,3)	20	(27,4)	
	Manutenção	0	(0,0)	1	(1,4)	–
	Não tem compreensão	1	(14,3)	0	(0,0)	–

* Teste exato de Fisher.

A fim de refinar a análise e estabelecer associação entre os estágios de mudança relacionados ao conceito de “prontidão para mudança” e a presença de transtornos psiquiátricos comórbidos foi realizado um agrupamento dos estágios de mudança de contemplação e ação, além de um agrupamento das comorbidades mais freqüentes, os transtornos do humor e ansiedade. A Tabela 16 descreve esta associação. Segundo este agrupamento, os pacientes com transtornos do humor não apresentaram diferenças significativas em relação aos estágios de mudança. Os pacientes com transtornos de ansiedade apresentaram predominância dos estágios de contemplação e ação ($p=0,05$).

Tabela 16. Transtornos do humor e ansiedade e estágios de mudança.

Comorbidade	Motivação 1				p-valor*
	Precontemplação		Contemplação + Ação		
	Total	(%)	Total	(%)	
Humor					
Não	9	(90,0)	43	(63,2)	0,15
Sim	1	(10,0)	25	(36,8)	
Ansiedade					
Não	10	(100,0)	48	(70,6)	0,05
Sim	0	(0,0)	20	(29,4)	

*Teste de Qui-quadrado.

Gravidade da dependência e motivação para o tratamento

A fim de avaliar a gravidade da dependência e sua relação com a motivação para o tratamento, foram avaliados os seis itens da escala de gravidade de dependência com o objetivo de identificar associações significativas. A Tabela 17 descreve a associação entre a gravidade da dependência, de acordo com os escores da escala ASI, e os estágios de mudança. Houve associação significativa entre melhor nível de emprego e maior probabilidade de ocorrência do estágio de ação e, conseqüentemente, maior predisposição para a mudança.

Tabela 17. Gravidade da dependência e motivação para o tratamento.

Variáveis	Média	DP	Total	p-valor
Sessão Problemas Médicos				
Precontemplação	0,2	0,3	10	0,512
Contemplação	0,2	0,3	46	
Ação	0,3	0,4	21	
Sessão Emprego				
Precontemplação	0,8	0,3	10	0,013
Contemplação	0,5	0,3	47	
Ação	0,4	0,3	21	
Sessão Consumo de Drogas				
Precontemplação	0,2	0,1	10	0,194
Contemplação	0,2	0,1	47	
Ação	0,2	0,1	21	
Sessão Problemas Legais				
Precontemplação	0,0	0,0	10	0,484
Contemplação	0,0	0,0	47	
Ação	0,0	0,1	21	
Sessão Família				
Precontemplação	0,1	0,0	10	0,606
Contemplação	0,1	0,1	47	
Ação	0,1	0,1	21	
Sessão Psiquiátrica				
Precontemplação	1,8	1,5	10	0,277
Contemplação	1,9	1,4	47	
Ação	2,3	1,3	21	

6 DISCUSSÃO

6.1 Características gerais da amostra

Este estudo avaliou uma amostra de usuários de maconha que procuraram tratamento. Foi verificada média de idade de 30,7 anos (DP=9,4). Esta média pode ser considerada relativamente alta, levando-se em consideração que a maconha é uma droga de utilização freqüente entre a população jovem. No entanto, outro estudo em nosso meio (Jungerman et al., 2008) verificou uma média de idade de 32,3 anos, um número bastante semelhante ao presente estudo. Dentre os fatores relacionados a esta informação, cabe ressaltar que o uso da maconha pode atravessar a adolescência e passar a resultar em problemas no início da idade adulta levando os indivíduos a procurar tratamento neste período, inclusive pelas exigências sociais existentes.

Os indivíduos geralmente iniciam o consumo da droga ainda na adolescência, sendo esta experimentação relacionada a contextos sociais e afiliações. Ao longo dos anos, ocorre a manutenção do consumo para uma parte dos usuários com o desenvolvimento de manifestações de dependência que deverão ser responsáveis pelo ingresso dos indivíduos em uma proposta de tratamento. Há uma perspectiva de que a dependência da maconha poderia ser relacionada à manutenção do consumo da droga por um período maior quando comparada a outras drogas como a cocaína. Uma outra possibilidade seria que os indivíduos nessa faixa etária estariam mais propensos a receber as informações relativas à divulgação destes projetos de pesquisa em centros hospitalares terciários através de jornais e televisão.

A maioria dos participantes foi constituída por homens com 81,2% da amostra. Este resultado poderia ser esperado já que o consumo de substâncias em nosso meio preferencialmente ainda ocorre entre homens, sendo que para as drogas ilícitas há uma relevância ainda maior desta diferença de gênero (Carlini et al., 2007). Este resultado também é muito semelhante aos encontrados na literatura. Estudo canadense (Strike et al., 2003) descreveu as características sociodemográficas dos usuários de maconha no momento da chegada ao tratamento e verificou uma proporção de homens de 80%. Fjorback et al. (2006), em estudo na Dinamarca, descreveram

uma proporção de 82% de homens em uma pesquisa que avaliou o perfil social de jovens entre 18 e 30 anos que procuraram tratamento para problemas relacionados ao uso da maconha.

Esta predominância de gênero pode ter um papel relevante, já que há uma percepção recente sobre a conveniência de um trabalho direcionado para homens ou mulheres no tratamento das dependências de substâncias. Logo, intervenções de grupos para estes pacientes necessitariam levar em consideração esta possível diferença. Além disso, a presença de mulheres em número diferenciado dentro de um programa de tratamento para o consumo de maconha deveria ser considerada como um fator relevante, pois as mulheres podem apresentar sintomas de abstinência de forma mais pronunciada quando comparadas aos homens (Grant et al., 2006).

A análise da escolaridade dos participantes mostrou um equilíbrio entre os diferentes níveis educacionais: nível superior com 31,3%, seguidos pelo nível fundamental com 31,3% e nível médio com 30%. Considerando-se que a proporção da população brasileira que conta com nível superior é de 5,69% (UNESCO, 2008), percebe-se que, nesta amostra, houve uma proporção muito maior de participantes com nível superior. Este achado é interessante, pois há um paradoxo com alguns resultados descritos na literatura. Fergusson e Boden (2008), em estudo de coorte, descreveram que o uso crescente de maconha na adolescência é relacionado à piores resultados em relação à escolaridade. Neste estudo, o uso da maconha foi associado a maior probabilidade de abandono escolar sem qualificação, dificuldades para entrar na universidade e abandono da universidade sem a obtenção do grau.

Entre os fatores que poderiam ser relacionados ao perfil educacional descrito no presente estudo, poderiam ser destacados o maior esclarecimento dos participantes com nível educacional mais elevado, a possibilidade de um acesso maior a informações relativas aos prejuízos do consumo da droga, o maior acesso desta população aos meios de comunicação que divulgaram o estudo e o local do estudo, que ocorreu na região central da maior cidade do país, área que certamente possui uma maior proporção de indivíduos com curso superior. Estes achados podem trazer evidências de que um provável grande número de usuários de maconha em nosso meio pode

ter dificuldades para obter acesso a programas de tratamento, não só pelas condições sociais, mas também pela carência de informações sobre os riscos do consumo da droga.

Em relação ao emprego, verificou-se uma proporção menor de indivíduos com emprego formal com 27,5% da amostra, em comparação com 35% com trabalho informal e 37,5% de desempregados. Este achado, quando contrastado com a informação descrita acima, revela que mesmo em uma amostra com um número considerável de indivíduos com curso superior houve desemprego freqüente, em proporção muito acima da média da população brasileira com este nível de escolaridade que se encontra em torno de 13,2% (DIEESE, 2009). Este resultado pode sugerir um significativo comprometimento social destes indivíduos, a despeito do nível educacional elevado. Outros estudos descreveram como a utilização da maconha pode ser associada a piores resultados em relação a estudo e trabalho ao longo da vida (Fergusson e Horwood, 1997).

Fergusson e Boden (2008), no mesmo estudo longitudinal descrito acima que avaliou crianças neozelandesas com o objetivo de avaliar resultados ao longo da vida em temas como educação, emprego, renda e dependência de benefícios do estado, descreveram que o consumo crescente de maconha entre os 14 e 21 anos foi fortemente associado a piores níveis de educação, renda, desemprego e insatisfação aos 25 anos de idade. Estes resultados permaneceram significativos mesmo quando variáveis como a situação econômica familiar pregressa, funcionamento familiar, abuso na infância, problemas de ajustamento na infância e adolescência, transtornos psiquiátricos comórbidos e uso de outras substâncias foram controladas.

Em relação ao estado civil, houve predomínio de indivíduos solteiros com 66,25%, seguido pelos casados com 27,5%, separados com 5% e viúvo com 1,25%. A maior proporção de participantes solteiros poderia ser esperada já que parte significativa da amostra pertence a uma faixa etária mais jovem. O estudo descrito acima (Strike et al., 2003) apontou uma predominância de indivíduos solteiros com uma proporção de 77% da amostra. Uma predominância de solteiros na amostra de participantes deste estudo pode estar relacionada a outras variáveis como alto nível de desemprego e possível dificuldade para a mudança de estado civil pela própria restrição econômica.

Em relação aos aspectos raciais, houve um predomínio da cor branca com 77,5%, seguido por outras raças com 12,5% e negros com 10% da amostra. Este perfil distinto, em relação ao que seria uma amostra representativa da população brasileira, pode ser relacionado a algumas características descritas acima como a da realização do estudo em um centro terciário e a da exclusão de populações socialmente mais vulneráveis devido à carência de informações ou recursos. Houve uma diferença significativa em relação à presença ou não de comorbidades psiquiátricas entre as raças. Os participantes de outras raças tiveram comorbidades psiquiátricas com maior frequência em relação aos brancos e negros.

Marie et al. (2008), em relação a aspectos étnicos, descreveram uma associação entre o pertencimento a uma minoria chamada Maori na Nova Zelândia e uma tendência a problemas mais graves como o desenvolvimento de dependência da maconha. Os autores atribuíram estas diferenças a fatores sociais e econômicos, sendo que a existência de uma situação social de exclusão e risco poderia propiciar padrões de uso mais acentuados da droga, que por sua vez poderiam contribuir para piora dos níveis de educação, emprego e envolvimento com o crime nesta população. Estima-se que estes fatores, associados a um consumo mais acentuado da droga, poderiam produzir uma ocorrência mais frequente de comorbidades psiquiátricas conforme descrito neste estudo.

6.2 Uso de drogas

Em relação ao consumo de drogas psicotrópicas ao longo da vida, é interessante o estabelecimento de uma comparação com os dados do último levantamento domiciliar realizado no país e descrito acima. A proporção de participantes que fez uso pelo menos uma vez na vida do álcool foi de 93,8%, uma proporção maior em relação à proporção descrita para a população brasileira na mesma faixa etária que foi de 79,5%. Este resultado pode apontar como os usuários de

maconha são mais propensos à experimentação das drogas em geral, incluindo-se as lícitas. O mesmo resultado foi encontrado para o tabaco, cuja proporção de uso na vida foi de 88,8% da amostra, proporção maior quando comparada aos números para a mesma faixa etária que seriam de 40,8% na população brasileira.

Em relação às drogas ilícitas, os números são relevantes. Cerca de 78% da amostra relataram uso na vida da cocaína aspirada. O levantamento domiciliar com a população brasileira apontou um número de 5,2% para a mesma faixa etária. Para os inalantes, o uso na vida na amostra do estudo foi de 51,3%, um número maior que o descrito no levantamento nacional (8,1). Em relação ao uso de crack, houve também uma diferença importante em relação ao uso na vida descrito na população brasileira. O número para uso na vida do crack foi de 46,3% da amostra, comparado a 1,6% na amostra nacional.

Os números descritos acima evidenciam que os participantes do estudo apresentaram níveis de experimentação acentuados em relação às drogas lícitas e ilícitas. Há uma sugestão, a partir destes dados, que os usuários de maconha seriam efetivamente uma população de risco para um consumo mais pesado de drogas lícitas e para a experimentação de drogas ilícitas com possível risco de desenvolvimento de padrões de abuso e dependência.

Um outro dado importante foi a idade de primeiro uso das principais substâncias psicoativas. Há uma seqüência de experimentação das drogas, sendo que o consumo do álcool teve idade média de 14,6 anos, seguido pelo tabaco com 15,1, maconha com 16,0, inalantes com 16,4, cocaína aspirada com 20,0 e crack com 21,2 anos. Estes resultados podem sugerir que a maconha encontra-se em posição intermediária entre as principais substâncias psicoativas e, possivelmente, o uso de drogas lícitas em padrão mais acentuado poderia predispor ao uso da maconha que, por sua vez, poderia predispor ao uso das outras substâncias ilícitas.

Estes achados remetem ao modelo da maconha como porta de entrada para o consumo de outras drogas. Kandel e Yamaguchi (2002) descreveram uma seqüência provável de utilização das principais substâncias que poderia ser iniciada com o consumo de cerveja ou vinho,

seguido pelo consumo de tabaco e bebidas destiladas, a maconha e, por fim, as chamadas “drogas pesadas”. Esta teoria é baseada na pressuposição de que a passagem do consumo de uma substância para outra é relacionada a características específicas de cada substância que tornariam os indivíduos predispostos a passar a utilizar a droga que viria na seqüência.

No entanto, estudos consistentes foram publicados questionando esta teoria. Golub e Jonhson (1994) descreveram que até 75% dos usuários de “drogas pesadas” utilizaram a cocaína antes da experimentação da maconha. Em outro estudo, Blaze-Temple e Lo (1992) descreveram que 29% dos indivíduos avaliados haviam feito uso de heroína, estimulantes e LSD anteriormente ao uso da maconha. Estes achados trouxeram um novo modelo que considera as vulnerabilidades ambientais, genéticas e sociais como fatores associados à propensão de um indivíduo consumir uma substância (Vanyukov et al., 2003). Segundo este modelo, as substâncias lícitas e a própria maconha poderiam ser consumidas primariamente até por fatores associados a sua disponibilidade e os indivíduos mais predispostos, por uma série de fatores, a usar substâncias, poderiam utilizá-las sem seguir qualquer seqüência lógica. Não haveria assim a presença de fatores específicos para cada substância como descrito no modelo de “porta de entrada”.

Assim, os resultados encontrados neste estudo em relação à seqüência de drogas utilizadas poderiam ser relacionados a uma complexa interação de fatores como disponibilidade da maconha, vulnerabilidade genética destes indivíduos, desencadeantes sociais e alterações de conduta de modo prioritário, em relação à percepção de que o uso da maconha seria necessariamente uma etapa no histórico de consumo de substâncias destes indivíduos. No entanto, possivelmente, características individuais dos usuários e também das substâncias poderiam predispor-los a manter o consumo preferencial de uma substância em detrimento das outras. Estas relações ainda carecem de melhor elucidação.

O consumo de maconha foi avaliado em termos da idade do primeiro uso, da freqüência de utilização na última semana, do número de cigarros de maconha utilizados e do dinheiro gasto para a compra da droga na última semana. É importante ressaltar que este estudo

teve a dependência da maconha como um dos critérios de inclusão, logo há a dedução que a totalidade da amostra fez uso da droga ao longo da vida. A idade média de início do consumo da droga foi de 16,0 anos ($DP = 4$). Esta medida da idade de primeira exposição ao uso é importante, pois há estudos que descrevem que o tempo total de exposição à utilização pode impactar fatores como a ocorrência de comorbidades com transtornos psicóticos, sendo que quanto maior o tempo de exposição aos efeitos do THC, maior é a probabilidade de ocorrência de sintomas psicóticos (Di Forti et al., 2009).

Outro fator importante associado à idade de início do consumo da droga é a descrição de que quanto mais precoce for realizado o primeiro consumo, haverá um período menor de utilização sem o preenchimento de critérios de dependência, ou seja, um início precoce deve também antecipar a ocorrência das manifestações de dependência (Ehlers et al., 2007). Os efeitos da utilização da maconha em períodos mais precoces da adolescência também podem ser associados a piores resultados em termos do desempenho e adesão escolar. Legleye et al. (2009), utilizando um desenho retrospectivo para 29393 adolescentes com 17 anos, identificaram que os adolescentes que iniciaram o consumo entre 15 e 16 anos tiveram melhor adesão escolar em relação aos que utilizaram a droga aos 14 anos de idade.

A frequência de consumo da maconha na última semana apontou que 48,8% fizeram uso diário na semana antecedente a chegada ao tratamento, 30% fez uso de uma a três vezes na semana precedente ao início do tratamento e 21,2% não fez uso da droga. A frequência de utilização é um parâmetro importante associado a maior probabilidade de ocorrência de transtornos relacionados ao uso da droga como abuso e dependência. Caldeira et al. (2008), descreveram que usuários da maconha com maior frequência, definidos neste estudo como pelo menos 4-5 vezes no último mês, apresentavam probabilidade acentuada de receber diagnóstico de abuso ou dependência em relação aos usuários menos frequentes. Considerando-se que a dependência da maconha foi um critério de inclusão, seria realmente esperada a ocorrência de uma frequência acentuada de uso.

Outro fator possivelmente associado à frequência do consumo é a ocorrência das comorbidades. A literatura aponta de modo inequívoco, como descrito acima, que a utilização da maconha com maior frequência ou a utilização de preparados mais potentes pode ser relacionada a uma maior probabilidade de ocorrência de transtornos psiquiátricos comórbidos, sendo que a associação é mais robusta para os transtornos psicóticos. Desta informação podemos concluir que este estudo teve probabilidade significativa de avaliar indivíduos portadores de transtornos comórbidos, já que incluiu usuários de quantidades maiores as que seriam esperadas para indivíduos não dependentes.

6.3 Comorbidades psiquiátricas

Este estudo descreveu a presença de comorbidades psiquiátricas em uma parcela significativa da amostra. Cerca de 61% dos participantes do estudo apresentaram pelo menos um transtorno comórbido associado ao uso da maconha. Esta proporção pode ser considerada coerente com a literatura. Holscher e Bonnet (2008), em estudo com desenho semelhante realizado na Alemanha, descreveram a presença de comorbidades psiquiátricas em 42% dos participantes. No entanto, cabe ressaltar que neste estudo foram incluídos, além de indivíduos dependentes e abusadores de maconha, usuários de modo recreacional. Este fator pode ser associado a perfis de menor gravidade do consumo e, conseqüentemente, menor incidência de comorbidades se comparado ao presente estudo que avaliou apenas dependentes da maconha. Agosti e Levin (2002), conforme estudo epidemiológico descrito acima, evidenciaram a presença de comorbidades psiquiátricas em até 90% dos indivíduos dependentes de maconha.

Entre as comorbidades psiquiátricas diagnosticadas na amostra de participantes do estudo, o transtorno depressivo foi o mais freqüente, sendo que 22,4% dos participantes receberam este diagnóstico. Este achado tem duas implicações que devem ser discutidas. A primeira é a de

que o transtorno depressivo é o transtorno psiquiátrico mais freqüente na população e com maiores custos associados. A segunda implicação é relacionada às interações existentes entre o uso de substâncias, particularmente a maconha, e o desencadeamento do transtorno depressivo. Ainda não há consenso na literatura se o uso da maconha poderia predispor ao transtorno depressivo ou ser secundário ao mesmo.

Conforme descrito acima, no item introdução, diversos estudos dão suporte para esta associação. Agosti e Levin (2002), ainda no estudo citado acima, o *National Comorbidity Survey*, apontaram a maconha como a principal droga ilícita consumida nos Estados Unidos e evidenciaram também uma relação importante entre a ocorrência de transtornos relacionados ao uso da maconha e transtornos do humor, sendo que houve possivelmente a ocorrência de alterações do humor de modo anterior ao desenvolvimento de problemas associados ao uso da maconha.

Outro estudo domiciliar com características transversais (Rey et al., 2002), realizado com 1261 adolescentes com idade entre 13 e 17 anos, descreveu uso de maconha em cerca de um quarto da amostra e a associação deste uso com alta probabilidade de ocorrência do transtorno depressivo. Esta associação foi relacionada à piores resultados em relação ao desempenho escolar e realizações por parte destes adolescentes. Estudos longitudinais, conforme citado acima, também confirmaram, na sua maioria, esta associação.

Este estudo encontrou associação significativa entre o sexo feminino e a ocorrência do transtorno depressivo entre indivíduos dependentes de maconha ($p=0,034$). Este achado pode estar associado ao fato de que o transtorno depressivo é aproximadamente duas vezes mais prevalente entre as mulheres em relação aos homens (Angst et al., 2002). Existem diversos fatores implicados na maior vulnerabilidade das mulheres ao transtorno depressivo. Dentre estes fatores, destacam-se os hormônios como o estrógeno, que é produzido nos ovários, placenta ou tecido adiposo e cujas variações podem afetar a cognição e o humor (Li e Shen, 2004). Ainda em relação aos fatores hormonais como relacionados à maior vulnerabilidade, destaca-se o papel da progesterona,

hormônio relacionado a aumento da atividade da monoaminoxidase (Parker e Brotchie, 2004) e também associado a variações do humor em períodos como os de ciclos menstruais e puerperal.

Há aspectos específicos relacionados ao uso da maconha e esta diferença de gênero. O estudo de Patton et al. (2002), descrito acima, evidenciou uma relação entre o uso da maconha e associação com sintomas depressivos entre estudantes do sexo feminino, mas não do sexo masculino. Neste sentido, pode haver uma associação importante entre o uso da maconha e a ocorrência de transtorno depressivo preferencialmente para o sexo feminino, algo que torna o consumo da maconha um fator ambiental ainda mais adverso para as mulheres que, conforme descrito, já apresentam prevalência maior do transtorno depressivo em relação aos homens.

Outra associação significativa descrita é a relacionada aos motivos pelos quais os usuários de maconha persistem utilizando a droga. Os indivíduos com diagnóstico de transtorno depressivo descreveram com maior frequência a utilização da droga por sentimentos como de ansiedade e depressão ($p=0,007$). Este achado abre a perspectiva de que, em relação aos aspectos temporais, os sintomas depressivos poderiam anteceder o consumo de maconha, que por sua vez, poderia ser associado a uma percepção de alívio de sintomas depressivos por estes usuários, sem que, no entanto, este consumo fosse associado a um melhor curso de sintomas no longo prazo, caso não haja uma intervenção específica de tratamento. Neste sentido, o estudo de Cornelius et al. (1994), evidenciou como o tratamento do transtorno depressivo com a utilização de medicação em uma amostra de jovens usuários do álcool gerou uma redução significativa no consumo de maconha.

Outra associação significativa descrita foi a maior ocorrência do transtorno depressivo entre usuários da maconha que consumiam a droga diariamente em comparação aos usuários menos frequentes ($p=0,042$). Ainda no estudo descrito acima, Van laar et al. (2007) demonstraram que o uso da maconha de modo semanal ou diário foi relacionado a uma maior ocorrência de transtornos do humor. Neste sentido, considera-se o achado deste estudo consistente com a

literatura que aponta uma frequência maior de consumo como fator de risco para complicações físicas e psíquicas decorrentes do uso da maconha.

Houve associação significativa entre a ocorrência de transtorno depressivo e uma maior probabilidade dos participantes utilizarem a droga sozinha em relação aos participantes não deprimidos ($p=0,036$). Esta informação é interessante, pois ilustra como a maconha, uma droga cuja utilização é associada inicialmente a contextos específicos e interações sociais, pode ser consumida de modo diverso e com características de isolamento quando há ocorrência de comorbidade com o transtorno depressivo. Este achado pode ter implicações para as práticas psicoterapêuticas com esta população, já que ocorre uma possível alteração de padrões de consumo da droga.

Três diferentes transtornos de ansiedade foram diagnosticados na amostra de participantes do estudo. O transtorno de ansiedade generalizada foi diagnosticado em 11,2% da amostra, o transtorno do pânico em 8,8% e o transtorno obsessivo compulsivo em 2,5%. Conforme descrito acima, há bases na literatura para a associação entre uso da maconha e a ocorrência de transtornos de ansiedade.

Houve associação significativa entre a ocorrência do transtorno de ansiedade generalizada e a escolaridade dos participantes. Os participantes com transtorno de ansiedade generalizada apresentaram maior nível de escolaridade quando comparados aos participantes sem transtorno de ansiedade generalizada ($p=0,043$). Segundo descrito previamente, os participantes deste estudo apresentaram alta escolaridade em relação à média da população brasileira. No entanto, a predominância do nível superior em pacientes com transtorno de ansiedade generalizada pode refletir que a incidência deste transtorno não necessariamente pode ser associada a abandono escolar ou a piores resultados acadêmicos. Ashton e Kamali (1995), descrevendo estudantes de medicina no Reino Unido, evidenciaram uma associação entre o consumo de maconha nos últimos e uma proporção alta de sintomas ansiosos, com cerca de 39% dos participantes manifestando sintomas ansiosos clinicamente relevantes, resultado que aponta para a possibilidade dos estudantes conseguirem manter suas atividades acadêmicas a despeito dos sintomas ansiosos.

Apesar de apresentar maior escolaridade, os participantes deste estudo que receberam diagnóstico de transtorno de ansiedade generalizada também apresentaram pior perfil em relação ao emprego, apresentando predominância da condição de emprego sem registro em relação ao emprego com registro formal ($p=0,029$). Este resultado aponta para a possibilidade de que a incidência do transtorno de ansiedade generalizada pode não necessariamente impactar a educação, conforme descrito acima, mas pode implicar em dificuldades para a obtenção de empregos formais em uma fase posterior. Ainda no estudo longitudinal descrito acima, Fergusson e Boden (2008) descreveram piores resultados profissionais relacionados ao uso da maconha, embora não tenham descrito a associação entre estes piores resultados e a ocorrência de comorbidades como as descritas neste estudo.

A ocorrência transtorno do pânico foi associada a uma idade maior dos participantes em relação aos não portadores do transtorno no pânico ($p=0,016$). Este poderia constituir um resultado paradoxal, já que há na literatura a descrição de que a dependência de maconha poderia antecipar a ocorrência de crises de pânico em relação aos indivíduos não dependentes (Zvolenski et al., 2008). No entanto, esta relação temporal entre a dependência da maconha e o transtorno do pânico merece uma discussão mais ampla. Em primeiro lugar, o estudo descrito acima associa a dependência da maconha e a ocorrência de crises de pânico, enquanto o presente estudo descreve a associação entre a dependência da maconha e o transtorno do pânico, sendo que esta diferença poderia explicar, pelo menos em parte, a diferença de idade, já que no primeiro caso é avaliada a ocorrência esporádica de crises de pânico em indivíduos dependentes de maconha, ocorrência esta já referenciada na literatura e inclusive associada aos efeitos agudos da droga. Em segundo lugar, é possível que a efetiva procura por tratamento em indivíduos mais velhos poderia realmente ser associada à presença de comorbidades.

A esquizofrenia foi diagnosticada em 8,8% da amostra número que pode ser considerado alto se comparado à prevalência da esquizofrenia na população. Conforme descrito acima, a associação entre o uso da maconha e sintomas psicóticos é bastante complexa. Há

evidências para a conclusão de que o uso da maconha, inclusive de maneira proporcional à quantidade consumida, poderia desencadear sintomas psicóticos. Além disso, há a percepção de que os indivíduos portadores de esquizofrenia poderiam seguir consumindo a droga e, de modo conseqüente, seguir acumulando prejuízos. Margolese et al. (2006), descreveram que até 35,1% dos indivíduos que recebem o diagnóstico de esquizofrenia utilizam a maconha regularmente e que esta associação pode ser relacionada à manifestação de sintomas depressivos.

Há evidências de que o uso da maconha entre pacientes com esquizofrenia poderia ser associado a um pior prognóstico. Os indivíduos esquizofrênicos que utilizam maconha podem apresentar manifestações da doença de maneira mais precoce, ter maior probabilidade de recorrência de sintomas e hospitalizações, além de ter pior aderência às medicações (Rehman e Farooq, 2007). De modo paradoxal, autores descrevem a ocorrência de melhor desempenho cognitivo em esquizofrênicos usuários de maconha em relação aos não usuários. Os domínios mais relacionados à melhor desempenho foram os de atenção, velocidade de processamento e funções executivas (Coulston et al., 2007). Este resultado poderia ser uma das possíveis explicações para justificar a continuidade do uso da maconha por estes indivíduos.

Os participantes do estudo que tiveram o diagnóstico esquizofrenia foram submetidos com maior freqüência a tratamentos anteriores para o uso de substâncias. Esta associação foi significativa ($p=0,002$). Este resultado é coerente com os estudos descritos acima, pois é mais provável que, em uma fase aguda, a natureza de gravidade dos sintomas psicóticos possa propiciar a estes indivíduos uma chegada mais breve ao tratamento e, por outro lado, a continuidade do uso de maconha por indivíduos portadores de esquizofrenia é associada à pior prognóstico e hospitalizações.

6.4 Motivação para o tratamento

Este estudo avaliou uma amostra de usuários de maconha que procuraram por tratamento em um centro terciário. Esta parte da discussão visa à inserção do estudo no panorama atual de conhecimento sobre os processos relacionados à motivação dos pacientes para a mudança de comportamentos associados ao uso de substâncias e a relação entre estes processos e variáveis como transtornos psiquiátricos comórbidos e gravidade da dependência. Nos últimos vinte anos, conforme descrito a seguir, foi construído um corpo de conhecimento sobre esta relação e este estudo tem como objetivo contribuir em aspectos particulares relacionados à maconha.

A questão fundamental em discussão remete-se a quais são os aspectos relacionados ao processo decisório dos indivíduos dependentes de substâncias psicoativas que os conduzem, a certo momento, a procurar por um tratamento ou a engajar-se em um processo terapêutico. Certamente, este representa um dos maiores desafios na prática clínica com estes pacientes. Os profissionais que trabalham com esta população lidam com recusas por tratamento, alta proporção de abandono dos projetos de tratamentos desenhados, recaídas freqüentes e conseqüências adversas por vezes dramáticas que incluem alta proporção de prejuízos psicossociais, alta morbidade e mortalidade (WHO, 2004).

Alguns fatores são importantes no estudo dos aspectos motivacionais e estágios de mudança associados à dependência da maconha e a procura por tratamento. A motivação que conduziria indivíduos dependentes de substâncias para os tratamentos poderia ser relacionada a fatores complexos que alguns modelos tentaram abordar. O modelo da “balança decisória” (Miller e Rollnick, 1991), citado acima, é caracterizado por um equilíbrio dinâmico das percepções dos indivíduos sobre o seu consumo de determinada substância. Este equilíbrio inclui aspectos considerados positivos sobre o consumo da substância como efeitos hedônicos e interações sociais e outros, considerados negativos, como mal estar físico e psíquico e prejuízos sociais diversos. Deste modo, a decisão de mudar determinado padrão de consumo viria da resultante destas forças.

Neste contexto, o estudo da motivação dos indivíduos dependentes para o tratamento e, globalmente, para a mudança dos comportamentos relacionados ao consumo de substâncias passou a constituir um objeto de grande interesse. Esta proposta de estudo da motivação está relacionada ao complexo universo cognitivo que abrange desde indivíduos com dependências graves e conseqüências severas que absolutamente não reconhecem quaisquer danos e têm firme intenção de manter o padrão de consumo de substâncias em níveis idênticos mesmo em face de riscos incontestáveis até indivíduos plenamente dispostos a reconhecer estes prejuízos e tornarem-se agentes ativos do próprio processo de recuperação, interrompendo por conta própria o consumo e, muitas vezes, nem chegando a buscar ajuda profissional para fazê-lo, ou ainda, apresentando-se para um tratamento já abstinente e relatando estarem dispostos a manter esta mudança.

Este estudo teve entre seus objetivos a determinação dos estágios de mudança em uma amostra de usuários de maconha. Os participantes foram avaliados através de uma escala específica (URICA) para determinação dos estágios de mudança. O estudo da motivação para tratamento através da determinação dos estágios de mudança em usuários de maconha é um tema pouco freqüente na literatura e esta carência de estudos pode ser relacionada à percepção de que os problemas relacionados à maconha seriam com menor freqüência primários e mais associados a outras condições como a dependência do álcool ou da cocaína. O estudo da motivação para tratamento e sua interação com comorbidades psiquiátricas em indivíduos dependentes da maconha é ainda menos comum na literatura e, até este momento, não foram identificados estudos em nosso meio que incluíssem este tema.

A descrição dos estágios de mudança neste estudo evidenciou uma predominância do estágio de contemplação em 58,7% da amostra, seguido por ação com 26,2%, precontemplação com 12,5% e manutenção com 1,2%. Estes resultados têm relativa correspondência com outros estudos que descrevem os estágios de contemplação e precontemplação como mais freqüentes no período final de tratamento (Budney et al., 2006). A diferença mais importante deste estudo estaria na caracterização do estágio de ação como segundo mais freqüente após o estágio de

contemplação. Este resultado poderia estar associado à realização da avaliação no momento da chegada dos pacientes para tratamento, período que pode ser relacionado a uma disposição importante das pessoas no sentido de estabelecer uma mudança de comportamento, algo diferenciado em relação aos estudos descritos acima, que avaliaram motivação após intervenções terapêuticas, o que poderia estar associado ao não sucesso no tratamento e conseqüente perda da motivação para a mudança.

Strike et al. (2003), no estudo descrito acima, descrevendo uma amostra de usuários de maconha que se apresentavam para o tratamento, avaliaram a maioria dos participantes como sendo classificados em estágios de mudança inferiores ao de ação, a despeito das conseqüências sociais adversas do consumo da droga. Uma diferença importante neste estudo, em relação ao estudo descrito acima, foi que este estudo excluiu pacientes com dependências de outras substâncias que não o tabagismo e esta variável poderia impactar os resultados em relação aos estágios de mudança. Considerando ainda os resultados obtidos pelo presente estudo na classificação dos estágios de mudança, Stephens et al. (2007), em estudo que teve como objetivo avaliar a eficácia do *Marijuana Check-up* (MCU), que é um instrumento destinado à promoção da motivação em usuários de maconha, descreveram cerca de dois terços da amostra em estágios de precontemplação e contemplação, número muito semelhante ao descrito nesta amostra.

Entre os fatores associados à motivação para o tratamento e os estágios de mudança, a gravidade da dependência pode ter um papel relevante. Annaheim et al. (2007), avaliando os fatores relacionados à procura por tratamento e motivação para a mudança em usuários de maconha, descreveram que a experiência de problemas relacionados ao uso pode ser um fator importante para a decisão de abandonar o consumo da droga e que o início precoce do uso ou uma freqüência aumentada também poderiam ser associados a uma maior probabilidade da decisão de mudar o padrão de consumo da droga.

Ainda em relação à associação entre manifestações de maior gravidade da dependência como a presença de sintomas de abstinência e a possibilidade de procura por

tratamento, Vandrey et al. (2005) descreveram, através da aplicação de questionário específico, que aproximadamente dois terços dos pacientes dependentes da maconha apresentam pelo menos quatro ou mais sintomas de abstinência de moderada a grave intensidade e a presença destas manifestações de abstinência foram relacionados com a busca por tratamento. Na mesma direção, Levin et al. (2006), comparando indivíduos dependentes de maconha e cocaína em relação à motivação para a mudança e gravidade da dependência, descreveram os dependentes de maconha como mais jovens, menos predispostos à dependência do álcool e outras drogas, com pior padrão de sintomas de abstinência e não apresentando diferenças significativas em relação aos estágios de mudança em relação aos dependentes da cocaína, resultado que pode sugerir que quando ocorrem fenômenos de abstinência ou de gravidade mais acentuada, os dependentes de maconha podem ser tão motivados para o tratamento quanto indivíduos dependentes de outras drogas consideradas mais pesadas.

A fim de avaliar as manifestações de gravidade de dependência em sua associação com os estágios de mudança, este estudo avaliou os participantes com um instrumento específico para este fim (ASI). Este instrumento permite a quantificação da gravidade da dependência em seis diferentes domínios que são: aspectos médicos, emprego, consumo de drogas, aspectos legais, aspectos familiares e aspectos psiquiátricos. Houve associação significativa entre perfil mais grave em relação ao domínio emprego e o estágio de precontemplação ($p=0,013$). Nos outros domínios da entrevista não houve associações significativas. Esta associação pode sugerir que a presença de um vínculo com o trabalho e a percepção do risco de perdê-lo pode fazer com que os indivíduos procurem tratamento e estejam mais predispostos para a mudança. Os indivíduos sem emprego podem chegar ao tratamento motivados por pressões externas, inclusive de familiares, e não apresentarem prontidão para ingressar em um processo de mudança.

Conforme ressaltado acima, este estudo não descreveu outras associações significativas entre a gravidade da dependência e a motivação dos indivíduos para o tratamento. A não ocorrência de diferenças significativas pode estar relacionada a uma percepção de que o

consumo da maconha não é associado a prejuízos significativos e, além disso, à percepção de que a maconha é uma droga associada a menores riscos em relação às demais drogas.

Esta percepção da maconha como droga de menor prejuízo pode ter raízes bastante complexas e a mesma medida que estudos científicos consolidam a maconha como droga associada a riscos significativos como, por exemplo, a forte associação com a gênese de sintomas psicóticos (Murray et al., 2007), crescem a cada dia os debates relacionados à flexibilização da legislação em diversos países do mundo para a inclusão do seu consumo. No contexto do estudo da motivação de usuários de maconha, faz sentido uma elucidação sobre os fatores associados à percepção dos usuários sobre os efeitos da droga em nosso meio. A percepção da maconha como droga associada a menores riscos e prejuízos pode ser relacionada a diversos aspectos descritos a seguir.

Os indivíduos têm a percepção de que o uso da maconha é algo disseminado. São particularmente interessantes, neste aspecto, os estudos que avaliam o consumo de drogas entre estudantes do ensino médio ou universitário e a percepção dos mesmos estudantes sobre o consumo dos seus pares. Há uma tendência inequívoca a uma superestimativa dos estudantes em relação ao consumo de maconha entre seus pares (Kilmer et al., 2006).

O contexto histórico deve ser considerado como relevante. Conforme descrito acima, a maconha é uma droga presente na sociedade brasileira desde o período colonial e torna-se notória a descrição da sua utilização em extratos sociais mais pobres, em particular, entre escravos africanos. Nesse sentido, o artigo de revisão de Carlini, descrito acima, traz um relato muito consistente destes fatos históricos no Brasil. Ocorre que a ampla disseminação de uma droga em uma sociedade e a sua utilização por diversos extratos sociais, somadas ao domínio de práticas de cultivo, produção e comercialização, podem ter um papel importante sobre a percepção de fácil acesso e possível banalização do uso.

A utilização da maconha e derivados canabinóides em contextos medicinais pode ser importante na percepção dos indivíduos sobre a droga. É particularmente interessante como as

questões sobre o potencial terapêutico dos derivados da *Cannabis sativa* atravessaram milênios e ainda representam uma discussão atual. A elucidação sobre a neurobiologia da maconha nos últimos anos trouxe mais vigor a esta discussão e, recentemente, houve o lançamento no mercado brasileiro de uma medicação destinada ao tratamento da obesidade através da modulação de receptores canabinóides. Outro aspecto importante nesta discussão, que também está relacionado ao nosso meio, é uma linha de pesquisa que estuda os possíveis efeitos terapêuticos do canabidiol e sua relação com o THC (Zuardi, 2008). Neste sentido, a percepção da utilização de uma droga com efeitos medicinais pode, de modo significativo, contribuir para uma reduzida percepção de risco.

Outro fator importante para a percepção da maconha como droga de menor risco é a freqüente noção de que a maconha é uma droga menos desencadeadora de dependência quando comparada a outras. Esta noção encontra apoio em estudos que realmente descrevem a maconha como droga menos associada à dependência quando comparada, por exemplo, ao tabaco que tem a proporção entre uso e dependência de três para um, à cocaína com a proporção de seis para um, à heroína de quatro para um e ao álcool de sete para um. O número mais provável para a maconha nesta comparação seria nove a onze para um (Anthony et al., 1994).

O aumento da velocidade da difusão das informações por todo o mundo e o contexto cultural podem ter uma influência relevante nas percepções dos indivíduos sobre o uso da maconha. Desde a década de 60 com o contexto *hippie* e a contracultura houve um processo inequívoco de mudança de valores em relação ao consumo de substâncias e alguns autores descrevem que houve um processo de “normalização” do consumo da maconha (Parker, 2005). As recentes experiências de flexibilização da legislação sobre o consumo de maconha e haxixe em alguns países da Europa foram difundidas por todo o mundo e, certamente, tiveram impacto em nosso meio social.

Um aspecto particular em nosso meio que pode contribuir para a percepção da maconha como droga de menor risco é o rápido crescimento nos últimos anos da utilização da cocaína. O pico de utilização de cocaína aspirada na década de 80 foi seguido pelo crescimento, na década de 90, da utilização da cocaína na forma de “crack”. Estima-se que o consumo desta droga

tenha crescido de modo significativo nos últimos anos e este fato, associado aos extensos prejuízos físicos, psíquicos e sociais relacionados, pode propiciar uma percepção aos usuários de que a maconha seria uma droga menos prejudicial.

Apesar dos elementos descritos acima em relação à percepção dos indivíduos de que a maconha seria uma droga associada a menor risco, o fato de que usuários de maconha recebam a notícia de que um centro terciário oferece tratamento e procurem informações ou tenham adesão ao programa deve ser relacionado a mudanças em relação a aspectos motivacionais relevantes e à percepção de que o próprio uso da maconha é algo que necessita atenção. Alguns fatores descritos abaixo e consolidados nos últimos anos podem impactar a percepção destes indivíduos sobre o próprio uso de maconha e levá-los a procurar tratamento.

Em primeiro lugar, os estudos descritos acima, na introdução, em relação aos transtornos psiquiátricos associados ao uso da maconha, obtiveram impacto significativo no meio acadêmico e seus achados disseminaram-se para a sociedade. As ferramentas disponibilizadas pela rede mundial de computadores tornaram os artigos científicos, antes de acessibilidade mais restrita, disponíveis, pelo menos em seus resumos, para grande parte da população. Em segundo lugar, a descrição dos prejuízos cognitivos associados ao uso crônico da maconha (Almeida et al., 2008) também alcançou parte significativa da população e se trata de um objeto de interesse que pode ser relacionado a piores desempenhos escolares e profissionais.

Considerando que maconha é uma droga associada a uma baixa percepção de risco por parte dos usuários, mas, de modo paradoxal, associada à ocorrência de transtornos psiquiátricos comórbidos e consequências adversas, a lógica deste estudo insere-se justamente na perspectiva de quais os fatores poderiam ser associados a mudanças de percepção e maior motivação dos indivíduos para o tratamento. Nas hipóteses deste estudo há a expectativa de que a ocorrência de dependência grave, incluindo os sintomas de abstinência e a existência de comorbidades psiquiátricas poderiam ser relacionadas a uma maior predisposição para que os indivíduos busquem tratamento. Arendt et al. (2007) descreveram que os usuários de maconha que procuram tratamento

são significativamente mais acometidos por transtornos de personalidade, transtorno depressivo e esquizofrenia em relação aos usuários de outras drogas.

O estudo da associação entre os estágios de mudança e a presença ou não de comorbidades psiquiátricas em geral não apresentou resultados significativos. No entanto, o refinamento da análise dos dados através da avaliação dos transtornos psiquiátricos que obtiveram maior proporção de diagnóstico na amostra e sua associação com aspectos motivacionais apresentou resultados relevantes que podem auxiliar na elucidação da relação entre estas variáveis.

O diagnóstico de esquizofrenia, no presente estudo, foi associado à presença dos indivíduos no estágio de precontemplação ($p=0,031$). Esta associação pode ser entendida através das premissas descritas acima que consideram alguns transtornos, principalmente os psicóticos, como desfavoráveis no sentido do deslocamento da motivação dos indivíduos para a mudança de comportamento. Esta relação poderia ser explicada pela diminuição da crítica sobre a doença e a um menor grau de acesso destes indivíduos aos meios de comunicação e esclarecimento sobre os prejuízos associados ao uso da maconha. Na literatura, há a descrição deste perfil e até mesmo recomendações terapêuticas para a abordagem de pacientes usuários de maconha que apresentam sintomas psicóticos em relação aos aspectos motivacionais. Considerando este resultado, da predominância do estágio de precontemplação em indivíduos dependentes de maconha que apresentam transtornos psicóticos, Bonsack et al. (2007) desenvolveram técnicas específicas para abordar a motivação destes pacientes, que são já comumente descritos como menos motivados para a mudança, tendo apresentado resultados interessantes em relação à perspectiva de eficácia da intervenção.

Este estudo realizou uma análise secundária para verificar a associação entre a ocorrência dos transtornos do humor e ansiedade em relação aos estágios de mudança. A lógica desta associação veio das evidências na literatura que ressaltam características específicas dos usuários de maconha em relação à ocorrência destes transtornos. Agosti e Levin (2004), dentro da lógica de que a presença de comorbidades psiquiátricas poderia ser associada à maior motivação

para o tratamento, descreveram em um estudo epidemiológico, que a procura por tratamento entre usuários de maconha no último ano foi influenciada por fatores como ocorrência do transtorno depressivo e dependência do álcool.

Houve associação significativa entre a presença de transtornos de ansiedade e a predominância dos estágios de mudança de contemplação e ação ($p=0,05$). Este resultado confirma, em parte, a hipótese principal do estudo. Algumas considerações em relação à análise necessitam ser realizadas. Quando se analisou a associação entre a presença ou não de comorbidades em geral e sua relação com estágios de mudança não houve resultados significativos. Uma possível explicação para este resultado seria de que determinados transtornos como a esquizofrenia tiveram associação significativa com o estágio de precontemplação. Este efeito poderia anular a associação entre outras comorbidades e a predominância de determinados estágios de mudança. Quando foram considerados os transtornos em isolado não houve poder estatístico para estabelecer a associação, no entanto quando agrupados os transtornos em humor e ansiedade a associação significativa sobreveio confirmando a hipótese em investigação.

Estes resultados podem trazer algum esclarecimento sobre a complexa relação entre dependência de maconha, comorbidades psiquiátricas e motivação para o tratamento. Este é um tema de grande interesse, pois há a percepção de que os pacientes com diagnósticos de transtornos relacionados ao uso de substâncias e transtornos psiquiátricos comórbidos podem ficar à margem dos programas de tratamento e sofrerem consequências severas. Harris e Edlund (2005), em estudo epidemiológico que teve como objetivo verificar a utilização dos serviços para tratamento de transtornos mentais ou uso de substâncias por indivíduos com a ocorrência de comorbidades, descreveram que uma parcela substancial de indivíduos com comorbidade entre uso de substâncias e transtornos psiquiátricos outros não recebeu qualquer tipo de tratamento.

Outra contribuição deste estudo pode ser a descrição do perfil de comorbidades de indivíduos dependentes de maconha que procuram tratamento, algo ainda não realizado em nosso meio. A continuidade da elucidação das variáveis deste estudo pode propiciar o estabelecimento de

intervenções específicas e direcionadas para indivíduos dependentes de maconha que apresentam transtornos psiquiátricos comórbidos e determinados perfis de motivação para o tratamento.

6.5 Discussão das Hipóteses

Hipótese 1

Usuários de maconha com comorbidades psiquiátricas têm maior motivação para o tratamento em relação aos usuários sem comorbidades.

Este estudo descreveu que há um perfil singular em relação às associações entre a presença de comorbidades psiquiátricas e perfis de motivação entre indivíduos dependentes de maconha que procuram tratamento. A simples presença de comorbidades psiquiátricas não foi associada à maior motivação para o tratamento. No entanto, o estudo das patologias de modo específico revelou associação significativa entre o diagnóstico de comorbidade com a esquizofrenia e a presença dos indivíduos no estágio de precontemplação. Além disso, o agrupamento de comorbidades em transtornos do humor e transtornos de ansiedade propiciou, inclusive pelo poder estatístico maior, o estabelecimento da associação entre a presença de comorbidade com o diagnóstico de transtornos de ansiedade e a predominância dos estágios de mudança de contemplação e ação.

Assim, a hipótese do estudo é confirmada em relação aos transtornos de ansiedade, ou seja, os indivíduos dependentes de maconha com comorbidade com transtornos de ansiedade teriam maior probabilidade de engajar-se em um processo de mudança de comportamento em relação ao uso da maconha. No entanto, é importante ressaltar que os indivíduos com diagnóstico de comorbidade com esquizofrenia apresentaram maior associação com o estágio de precontemplação, resultado que pode sugerir que indivíduos acometidos de sintomas psicóticos

podem ser refratários à proposta de mudança de comportamento em relação ao consumo da maconha, fato que pode ter implicações severas no curso de tratamento destes pacientes.

Hipótese 2

Usuários de maconha com maior gravidade de dependência têm maior motivação para o tratamento em relação aos usuários com menor gravidade.

A segunda hipótese do estudo não foi confirmada. A gravidade da dependência da maconha foi avaliada em seis domínios distintos que foram: aspectos médicos, emprego, consumo de drogas, aspectos legais, aspectos familiares e aspectos psiquiátricos. Houve associação significativa entre perfil mais grave em relação ao domínio emprego e o estágio de precontemplação. Na realidade, este é um resultado oposto ao que seria esperado pela hipótese em investigação que associaria pior perfil de emprego a maior motivação para o tratamento. Algumas justificativas são colocadas no item discussão e incluem a manutenção do emprego como provável fator de motivação para os pacientes procurarem por tratamento ou a busca por tratamento por indivíduos não motivados de modo autêntico, mas cedendo a pressões sociais e familiares para fazê-lo devido a problemas de renda.

7 LIMITAÇÕES E VANTAGENS

Limitações e Vantagens

Dentre as limitações deste estudo, deve ser ressaltado o número de participantes. Um número superior a 80 participantes possivelmente permitiria associações mais precisas entre determinados transtornos psiquiátricos comórbidos e perfis específicos de motivação dos participantes. Outra limitação pode ser relativa ao desenho. Este estudo teve um desenho transversal e poderia ser interessante o acompanhamento dos pacientes através do tratamento e a avaliação de como as comorbidades poderiam influenciar na evolução dos pacientes, inclusive em relação aos aspectos motivacionais.

Em relação às vantagens, conforme foi ressaltado, até o presente momento não houve identificação de estudo que avaliasse em nosso meio o perfil de comorbidades psiquiátricas em usuários de maconha que procuram tratamento em um centro especializado. Esta descrição também é pouco estabelecida na literatura em geral. Outra vantagem importante refere-se ao estudo da motivação de pacientes dependentes de maconha para o tratamento. Conforme descrito, outros estudos em nosso meio já abordaram o tema, no entanto, o impacto da presença de transtornos psiquiátricos sobre a motivação dos pacientes ainda não havia sido discutido. O estudo de pacientes dependentes da maconha deveria necessariamente considerar os pacientes com comorbidades psiquiátricas, pois a literatura reforça que esta associação é muito freqüente.

8 CONCLUSÕES

Conclusões

Concluindo, este estudo descreveu a presença de comorbidades psiquiátricas, gravidade da dependência e motivação para o tratamento em indivíduos dependentes de maconha, possibilitando associações entre estas variáveis. A presença de comorbidades psiquiátricas pode não ser associada de modo uniforme a maior motivação para o tratamento. Neste estudo a presença de comorbidade com a esquizofrenia foi associada a um perfil de menor motivação para o tratamento. No entanto, a presença de comorbidade com transtornos de ansiedade teve associação significativa com estágios mais avançados de motivação. Houve associação entre a variável emprego e a presença dos indivíduos em estágio de precontemplação em relação à situação de trabalho mais grave. Novos estudos poderiam elucidar quais os transtornos específicos podem estar associados a determinados perfis de motivação, propiciando a realização de projetos terapêuticos diferenciados, já que no tratamento de indivíduos dependentes da maconha é fundamental a consideração destas variáveis.

9 REFERÊNCIAS

Agosti V, Nunes E, Levin F. Rates of psychiatric comorbidity among U.S. residents with lifetime cannabis dependence. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2002; 28(4): 643-52.

Aharonovich E, Garawi F, Bisaga A, Brooks D, Raby WN, Rubin E, Nunes EV, Levin FR. Concurrent cannabis use during treatment for comorbid ADHD and cocaine dependence: effects on outcome. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2006; 32(4): 629-35.

Almeida PP, Novaes MA, Bressan RA, Lacerda AL. Review: executive functioning and cannabis use. *Rev Bras Psiquiatr* 2008; 30(1): 69-76.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition. Washington, DC, 1984.

Andréasson S, Allebeck P, Engström A, Rydberg U. Cannabis and schizophrenia. A longitudinal study of Swedish conscripts. *Lancet* 1987; 2(8574): 1483-6.

Angst J, Gamma A, Gastpar M, Lépine JP, Mendlewicz J, Tylee A. Depression Research in European Society Study. Gender differences in depression. Epidemiological findings from the European DEPRES I and II studies. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2002; 252(5): 201-9.

Annaheim B, Rehm J, Neuenschwander M, Gmel G. Quitting hash. The readiness for behaviour change among cannabis users in Switzerland. *Int J Public Health* 2007; 52(4): 233-41.

Anthony JC, Warner LA, Kessler RC. Comparative epidemiology of dependence on tobacco, alcohol, controlled substances, and inhalents: basic findings from the National Comorbidity Survey. *Exp Clin Psychopharmacol* 1994; 2: 244-268.

Arendt M, Rosenberg R, Foldager L, Perto G, Munk-Jørgensen P. Psychopathology among cannabis-dependent treatment seekers and association with later substance abuse treatment. *J Subst Abuse Treat* 2007; 32(2): 113-9.

Arseneault L, Cannon M, Poulton R, Murray R, Caspi A, Moffitt TE. Cannabis use in adolescence and risk for adult psychosis: longitudinal prospective study. *BMJ* 2002; 325(7374): 1212-3.

Ashton CH, Kamali F. Personality, lifestyles, alcohol and drug consumption in a sample of British medical students. *Med Educ* 1995; 29(3): 187-92.

Blaze-Temple D, Lo S. Stages of drug use: a community survey of Perth teenagers. *Br J Addict* 1992; 87: 215–225.

Bonsack C, Montagrin Y, Favrod J, Gibellini S, Conus P. Motivational interviewing for cannabis users with psychotic disorders. *Encephale* 2007; 33(5): 819-26.

Bolla KI, Lesage SR, Gamaldo CE, Neubauer DN, Funderburk FR, Cadet JL, David PM, Verdejo-Garcia A, Benbrook AR. Sleep disturbance in heavy marijuana users. *Sleep* 2008; 31(6): 901-8.

Bovasso GB. Cannabis abuse as a risk factor for depressive symptoms. *Am J Psychiatry* 2001; 158(12): 2033-7.

Budney AJ, Radonovich KJ, Higgins ST, Wong CJ. Adults seeking treatment for marijuana dependence: a comparison with cocaine-dependent treatment seekers. *Exp Clin Psychopharmacol* 1998; 6(4): 419-26.

Budney AJ, Hughes JR, Moore BA, Vandrey R. Review of the validity and significance of cannabis withdrawal syndrome. *Am J Psychiatry* 2004; 161(11): 1967-77.

Budney AJ, Moore BA, Rocha HL, Higgins ST. Clinical trial of abstinence-based vouchers and cognitive-behavioral therapy for cannabis dependence, *J Cons Clin Psychol* 2006; 74: 307–316.

Budney AJ. Are specific dependence criteria necessary for different substances: how can research on cannabis inform this issue? *Addiction* 2006; 1: 125-33.

Budney AJ, Vandrey RG, Hughes JR, Moore BA, Bahrenburg B. Oral delta-9-tetrahydrocannabinol suppresses cannabis withdrawal symptoms. *Drug Alcohol Depend* 2007; 86(1): 22-9.

Budney AJ, Roffman R, Stephens RS, Walker D. Marijuana dependence and its treatment. *Addict Sci Clin Pract* 2007; 4(1): 4-16.

Bussab WO, Morettin PA. *Estatística Básica*. Saraiva, São Paulo, 2003.

Caldeira KM, Arria AM, O'Grady KE, Vincent KB, Wish ED. The occurrence of cannabis use disorders and other cannabis-related problems among first-year college students. *Addict Behav* 2008; 33(3): 397-411.

Carlini EA, Galduróz JC, Noto AR, Carlini CM, Oliveira LG, Nappo SA, Moura YG, Sanchez ZV. *II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país - 2005*. São Paulo: Páginas & Letras, 2007.

Carlini EA. A história da maconha no Brasil. *J Bras Psiquiatr* 2006, 55(4): 314-317.

Cornelius JR, Salloum IM, Haskett RF, Ehler JG, Jarrett PJ, Thase ME, Perel JM. Fluoxetine versus placebo for the marijuana use of depressed alcoholics. *Addict Behav* 1999; 24(1): 111-4.

Coulston CM, Perdices M, Tennant CC. The neuropsychological correlates of cannabis use in schizophrenia: lifetime abuse/dependence, frequency of use, and recency of use. *Schizophr Res* 2007; 96(1-3): 169-84.

Crippa JA, Zuardi AW, Martín-Santos R, Bhattacharyya S, Atakan Z, McGuire P, Fusar-Poli P. Cannabis and anxiety: a critical review of the evidence. *Hum Psychopharmacol* 2009; 24(7): 515-523.

Dannon PN, Lowengrub K, Amiaz R, Grunhaus L, Kotler M. Comorbid cannabis use and panic disorder: short term and long term follow-up study. *Hum Psychopharmacol* 2004; 19(2): 97-101.

Degenhardt L, Hall W, Lynskey M. The relationship between cannabis use, depression and anxiety among Australian adults: findings from the National Survey of Mental Health and Well-Being. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001; 36(5): 219-27.

Degenhardt L, Hall W, Lynskey M. Exploring the association between cannabis use and depression. *Addiction* 2003; 98(11): 1493-504.

Devane WA, Dysarz FA, Johnson MR, Melvin LS, Howlett AC. Determination and characterization of a cannabinoid receptor in rat brain. *Mol Pharmacol* 1988; 34: 605–613.

Devane WA, Hanus L, Breuer A, Pertwee RG, Stevenson LA, Griffin G, Gibson D, Mandelbaum A, Etinger A, Mechoulam R. Isolation and structure of a brain constituent that binds to the cannabinoid receptor. *Science* 1992; 258(5090): 1946-9.

DIEESE. Estatísticas de emprego. Disponível em: <http://www.dieese.org.br/ped/peddad.xml>

Di Forti M, Morgan C, Dazzan P, Pariante C, Mondelli V, Marques TR, Handley R, Luzi S, Russo M, Paparelli A, Butt A, Stilo SA, Wiffen B, Powell J, Murray RM. High-potency cannabis and the risk of psychosis. *Br J Psychiatry* 2009; 195(6): 488-91.

Ehlers CL, Slutske WS, Gilder DA, Lau P. Age of first marijuana use and the occurrence of marijuana use disorders in Southwest California Indians. *Pharmacol Biochem Behav* 2007; 86(2): 290-6.

Elkins IJ, McGue M, Iacono WG. Prospective effects of attention-deficit/hyperactivity disorder, conduct disorder, and sex on adolescent substance use and abuse. *Arch Gen Psychiatry* 2007; 64(10): 1145-52.

Fergusson DM, Horwood LJ. Early onset cannabis use and psychosocial adjustment in young adults. *Addiction* 1997; 92(3): 279-96.

Fergusson DM, Horwood LJ, Swain-Campbell N. Cannabis use and psychosocial adjustment in adolescence and young adulthood. *Addiction* 2002; 97(9): 1123-35.

Fergusson DM, Horwood LJ, Ridder EM. Tests of causal linkages between cannabis use and psychotic symptoms. *Addiction* 2005; 100(3): 354-66.

Fergusson DM, Boden JM. Cannabis use and adult ADHD symptoms. *Drug Alcohol Depend* 2008; 95(1-2): 90-6.

Fergusson DM, Boden JM. Cannabis use and later life outcomes. *Addiction* 2008; 103(6): 969-76.

Figlie NB. *Motivação em alcoolistas tratados em ambulatório específico para alcoolismo e em ambulatório de gastroenterologia* [Tese de mestrado]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, 1999.

Fjorback LO, Brandholt J, Arendt M, Munk-Jørgensen P. Social profile of young people seeking treatment for cannabis abuse. *Ugeskr Laeger* 2006; 168(6): 570-3.

Galéra C, Bouvard MP, Messiah A, Fombonne E. Hyperactivity-inattention symptoms in childhood and substance use in adolescence: the youth gazel cohort. *Drug Alcohol Depend* 2008; 94(1-3): 30-7.

Galduróz JC, Noto AR, Nappo SA, Carlini EA. Uso de drogas psicotrópicas no Brasil: pesquisa domiciliar envolvendo as 107 maiores cidades do país - 2001. *Rev Latin Enferm* 2005; 13: 888-895.

Galduróz JC, Noto AR, Fonseca AM, Carlini EA. *V levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras - 2004*. São Paulo: CEBRID, 2005.

Golub A, Johnson B: The shifting importance of alcohol and marijuana as gateway substances among serious drug abusers. *J Stud Alcohol* 1994; 55: 607–614.

Grant JD, Scherrer JF, Neuman RJ, Todorov AA, Price RK, Bucholz KK. A comparison of the latent class structure of cannabis problems among adult men and women who have used cannabis repeatedly. *Addiction* 2006; 101(8): 1133-42.

Gray KA, Day NL, Leech S, Richardson GA. Prenatal marijuana exposure: effect on child depressive symptoms at ten years of age. *Neurotoxicol Teratol* 2005; 27(3): 439-48.

Haney M, Ward AS, Comer SD, Hart CL, Foltin RW, Fischman MW. Bupropion SR worsens mood during marijuana withdrawal in humans. *Psychopharmacology (Berl)* 2001; 155(2): 171-9.

Haney M, Hart CL, Ward AS, Foltin RW. Nefazodone decreases anxiety during marijuana withdrawal in humans. *Psychopharmacology* 2003; 165: 157–157.

Haney M, Hart CL, Vosburg SK, Nasser J, Bennett A, Zubarán C, Foltin RW. Marijuana withdrawal in humans: effects of oral THC or divalproex. *Neuropsychopharmacology* 2004; 29(1):158-70.

Harder VS, Stuart EA, Anthony JC. Adolescent cannabis problems and young adult depression: male-female stratified propensity score analyses. *Am J Epidemiol* 2008; 168(6): 592-601.

Harris KM, Edlund MJ. Use of mental health care and substance abuse treatment among adults with co-occurring disorders. *Psychiatr Serv* 2005; 56(8): 954-9.

Henquet C, Murray R, Linszen D, van Os J. The environment and schizophrenia: the role of cannabis use. *Schizophr Bull* 2005; 31(3): 608-12.

Herkenham M, Lynn AB, Costa BR, Richfield EK. Neuronal localization of cannabinoid receptors in the basal ganglia of the rat. *Brain Res* 1991; 547: 267–274.

Hölscher F, Bonnet U, Scherbaum N. Use of an outpatient treatment center for cannabis abuse. *Nervenarzt* 2008; 79(5): 571-6.

Holt LJ, O'Malley SS, Rounsaville BJ, Ball SA. Depressive symptoms, drinking consequences, and motivation to change in first time DWI offenders. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2009; 35(3): 117-22.

Jungerman FS. *A efetividade de um tratamento breve para usuários de maconha*. São Paulo, 2005.

Jungerman FS, Laranjeira R. Characteristics of cannabis users seeking treatment in São Paulo, Brazil. *Rev Panam Salud Publica* 2008 Jun; 23(6): 384-93.

Kadden RM, Litt MD, Kabela-Cormier E, Petry NM. Abstinence rates following behavioral treatments for marijuana dependence. *Addict Behav* 2007; 32(6): 1220-36.

Kandel D, Yamaguchi K. *Stages of drug involvement in the US population, in Stages and Pathways of Drug Involvement: Examining the Gateway Hypothesis*. New York, Cambridge University Press, 2002.

Kilmer J, Walker D, Lee C, Palmer R, Mallet K, Fabiano P, Larimer M. Misperceptions of college student marijuana use: implications for prevention. *J Stud Alcohol* 2006; 67(2): 277-281.

Legleye S, Obradovic I, Janssen E, Spilka S, Le Nézet O, Beck F. Influence of cannabis use trajectories, grade repetition and family background on the school-dropout rate at the age of 17 years in France. *Eur J Public Health* 2009 [Epub ahead of print].

Levin FR, Brooks DJ, Bisaga A, Raby W, Rubin E, Aharonovich E, Nunes EV. Severity of dependence and motivation for treatment: comparison of marijuana- and cocaine-dependent treatment seekers. *J Addict Dis*. 2006;25(1):33-41.

Li R, Shen Y. Estrogen and brain: synthesis, function and diseases. *Front Biosci* 2005; 10: 257-67.

Lupica CR, Riegel AC. Endocannabinoid release from midbrain dopamine neurons: a potential substrate for cannabinoid receptor antagonist treatment of addiction. *Neuropharmacology* 2005; 48: 1105–1116.

Lynskey MT, Glowinski AL, Todorov AA, Bucholz KK, Madden PA, Nelson EC, Statham DJ, Martin NG, Heath AC. Major depressive disorder, suicidal ideation, and suicide attempt in twins discordant for cannabis dependence and early-onset cannabis use. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61(10): 1026-32.

Marie D, Fergusson DM, Boden JM. Links between ethnic identification, cannabis use and dependence, and life outcomes in a New Zealand birth cohort. *Aust N Z J Psychiatry* 2008; 42(9): 780-8.

Marijuana Treatment Project Research Group. Brief treatments for cannabis dependence: Findings from a randomized multisite trial. *J Consult Clin Psychol* 2004; 72(3): 455-466.

Margolese HC, Carlos Negrete J, Tempier R, Gill K. A 12-month prospective follow-up study of patients with schizophrenia-spectrum disorders and substance abuse: changes in psychiatric symptoms and substance use. *Schizophr Res* 2006; 83(1): 65-75.

Martino S, Carroll KM, Nich C, Rounsaville BJ. A randomized controlled pilot study of motivational interviewing for patients with psychotic and drug use disorders. *Addiction* 2006; 101(10): 1479-92.

Matsuda LA, Lolait SJ, Brownstein MJ, Young AC, Bonner TI. Structure of a cannabinoid receptor and functional expression of the cloned cDNA. *Nature* 1990; 346: 561–564.

McConaughy EA, Prochaska JO, Velicer WF. Stages of change in psychotherapy: measurement and sample profiles. *Psychother Theo Res Prac* 1983; 20: 368-75.

McLellan AT, Kushner H, Metzger D, Peters R, Smith I, Grissom G, Pettinati H, Argeriou M. The Fifth Edition of the Addiction Severity Index. *J Subst Abuse Treat*; 9(3): 199-213.

Mechoulam R, Ben-Shabat S, Hanus L, Ligumsky M, Kaminski NE, Schatz AR, Gopher A, Almog S, Martin BR, Compton DR, et al. Identification of an endogenous 2-monoglyceride, present in canine gut, that binds to cannabinoid receptors. *Biochem Pharmacol* 1995; 50(1):83-90.

Mechoulam R. Hanus L. A historical overview of chemical research on cannabinoids. *Chem Phys Lipids* 2000; 108: 1-13.

Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior*. The Guilford Press, 1991.

Moreau JJ. *Du Hachisch et de l'Alienation Mentale: Etudes Psychologiques*. Paris: Librarie de Fortin Mason; 1845 (English edition: New York, Raven Press; 1972).

Munro S, Thomas KL, Abu-Shaar M. Molecular characterization of a peripheral receptor for cannabinoids. *Nature* 1993; 365: 61-65.

Murray RM, Morrison PD, Henquet C, Di Forti M. Cannabis, the mind and society: the hash realities. *Nat Rev Neurosci* 2007; 8(11): 885-95.

Nahas GG. *The escape of the Genie. A history of hashish throughout the ages*. New York, Raven, 1984.

Patton GC, Coffey C, Carlin JB, Degenhardt L, Lynskey M, Hall W. Cannabis use and mental health in young people: cohort study. *BMJ* 2002; 325(7374): 1195-8.

Parker GB, Brotchie HL. From diathesis to dimorphism, the biology of gender differences in depression. *J Nerv Ment Dis* 2004; 192: 210-6.

Parker H. Normalization as a barometer: Recreational drug use and the consumption of leisure by younger Britons. *Addiction Res Theory* 2005; 13(3): 205-215.

Pertwee RG. Cannabinoid pharmacology: the first 66 years. *Br. J. Pharmacol* 2006; 147: 163-171.

Prochaska JO, DiClemente CC, *The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of therapy*. Homewood, IL: Dow Jones/Irvin, 1984.

Rehman IU, Farooq S. Schizophrenia and comorbid self reported cannabis abuse: impact on course, functioning and services use. *J Pak Med Assoc* 2007; 57(2): 60-4.

Rey JM, Sawyer MG, Raphael B, Patton GC, Lynskey M. Mental health of teenagers who use cannabis. Results of an Australian survey. *Br J Psychiatry* 2002; 180: 216-21.

Steinberg KL. *Brief Counseling for Marijuana Dependence: A Manual for Treating Adults*. DHHS Publication No. SMA 05-4022. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2005.

Stempliuk VA, Barroso LP, Andrade AG, Nicastri S, Malbergier A. Comparative study of drug use among undergraduate students at the university of São Paulo – São Paulo campus in 1996 and 2001. *Rev Bras Psiquiatr* 2005; 27(3): 185-93.

Stephens RS, Roffman RA, Simpson EE. Treating adult marijuana dependence: A test of the relapse prevention model. *J Consult Clin Psychology* 1994; 62(1): 92-99.

Stephens RS, Roffman RA, Fearer SA, Williams C, Burke RS. The Marijuana Check-up: promoting change in ambivalent marijuana users. *Addiction* 2007; 102(6): 947-57.

Strike CJ, Urbanoski KA, Rush BR. Who seeks treatment for cannabis-related problems? *Can J Public Health* 2003; 94(5): 351-4.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. *Results from the 2005 National Survey on Drug Use and Health: National Findings*. Office of Applied Studies, NSDUH Series H-30, DHHS Publication No. SMA 06-4194. Rockville, MD: Department of Health and Human Services, 2006.

Sugiura T, Kondo S, Sukagawa A, Nakane S, Shinoda A, Itoh K, Yamashita A, Waku K. 2-Arachidonoylglycerol: a possible endogenous cannabinoid receptor ligand in brain. *Biochem Biophys Res Commun* 1995; 215(1): 89-97.

Tanda, G., Munzar, P. & Goldberg, S. R. Self-administration behavior is maintained by the psychoactive ingredient of marijuana in squirrel monkeys. *Nature Neurosci* 2000; 3: 1073–1074.

Touwn M. The religious and medicinal uses of Cannabis in China, India and Tibet. *J Psychoactive Drugs* 1981; 13(1): 23-34.

United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). *World Drug Report 2008*. Disponível em: <http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/WDR-2008.html>

UNESCO. *Mapa de Estudos Superiores na América Latina e Caribe 2009*. Disponível em:

<http://www.brasilia.unesco.org/>

Vandrey R, Budney AJ, Kamon JL, Stanger C. Cannabis withdrawal in adolescent treatment seekers. *Drug Alcohol Depend* 2005; 78(2): 205-10.

van Laar M, van Dorsselaer S, Monshouwer K, de Graaf R. Does cannabis use predict the first incidence of mood and anxiety disorders in the adult population? *Addiction* 2007; 102(8):1251-60.

van Os J, Bak M, Hanssen M, Bijl RV, de Graaf R, Verdoux H. Cannabis use and psychosis: a longitudinal population-based study. *Am J Epidemiol* 2002; 156(4): 319-27.

Vanyukov MM, Tarter RE, Kirisci L, Kirillova GP, Maher BS, Clark DB: Liability to substance use disorders, 1: common mechanisms and manifestations. *Neurosci Biobehav Rev* 2003; 27: 507–515.

Verdoux H, Cougnard A, Grolleau S, Bégaud B. Impact of visits from pharmaceutical company representatives on antipsychotic prescription in primary care. *Schizophr Res* 2005; 77(1): 107-9.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Schedules for clinical assessment in neuropsychiatry*. Geneva: WHO, 1994.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The Global Burden of Disease*. Disponível em: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/index.html

Zammit S, Allebeck P, Andreasson S, Lundberg I, Lewis G. Self reported cannabis use as a risk factor for schizophrenia in Swedish conscripts of 1969: historical cohort study. *BMJ* 2002; 325(7374): 1199.

Zuardi AW. History of cannabis as a medicine: a review. *Rev Bras Psiquiatr* 2006; 28(2):153-7.

Zuardi AW. Cannabidiol: from an inactive cannabinoid to a drug with wide spectrum of action. *Rev Bras Psiquiatr* 2008; 30(3):271-80.

Zvolensky MJ, Lewinsohn P, Bernstein A, Schmidt NB, Buckner JD, Seeley J, Bonn-Miller MO. Prospective associations between cannabis use, abuse, and dependence and panic attacks and disorder. *J Psychiatr Res* 2008; 42(12): 1017-23.

APÊNDICES

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
DADOS DEMOGRÁFICOS

DATA:

NOME DO ENTREVISTADOR:

NOME:

RG:

ENDEREÇO:

TELEFONE:

DATA DE NASCIMENTO:

1 – COMO CHEGOU AO TRATAMENTO:

- a) Jornal
- b) Revista
- c) Parente
- d) Conhecido
- e) Internet
- f) Encaminhamento
- g) Outro Qual?

2 – SEXO

- a) Masculino
- b) Feminino

3 – COR

- a) Branco
- b) Pardo
- c) Negro
- d) Amarelo
- e) Outra Qual?

4 – RELIGIÃO

- a) Católica
- b) Afro-brasileira
- c) Protestante
- d) Evangélica
- e) Muçulmana
- f) Judaica
- g) Espírita
- h) Outra Qual?

5 – ESTADO CIVIL

- a) Solteiro
- b) Casado
- c) Amasiado
- d) Separado
- e) Divorciado
- f) Viúvo

6 – ESCOLARIDADE

- a) Analfabeto
- b) Fundamental incompleto
- c) Fundamental completo
- d) Médio incompleto
- e) Médio completo
- f) Superior incompleto
- g) Superior completo
- h) Superior pós graduado

7 – SITUAÇÃO PROFISSIONAL

- a) Empregado com registro
- b) Empregado sem registro
- c) “Bicos”
- d) Desempregado
- e) Autônomo
- f) Aposentado por doença
- g) Aposentado por tempo de serviço
- h) Aposentado por idade
- i) Afastado
- j) Dona de casa

8 – ÁREA DE TRABALHO

- a) Serviços
- b) Saúde
- c) Educação
- d) Informática
- e) Financeira
- f) Recursos Humanos

9 – TIPO DE RESIDÊNCIA

- a) Casa
- b) Apartamento
- c) Pensão/Cortiço
- d) Barraco
- e) Morador de rua
- f) Outro Qual?

10 – NATUREZA DA RESIDÊNCIA

- a) Alugada
- b) Comprada

- c) Cedido
- d) Invadido

11 – NÚMERO DE CÔMODOS

a) _____

12 – QUANTAS PESSOAS MORAM EM CASA:

- a) Adultos ____
- b) Crianças ____

13 – QUANTIDADE DE BENS:

- a) TV em cores
- b) Rádio
- c) Banheiro
- d) Automóvel
- e) Empregada
- f) Aspirador de pó
- g) Máquina de lavar roupas
- h) Geladeira

HISTORIA PESSOAL

14 – CONCEPÇÃO

- a) Planejada
- b) Não planejada
- c) Não sabe

15 – PARTO

- a) Normal
- b) Cesárea
- c) Complicações Quais?

16 – PROBLEMAS COM DESENVOLVIMENTO

- a) Nenhum
- b) Motor
- c) Fala
- d) Alimentação
- e) Sono
- f) Tiques
- g) Traumas
- h) Esfíncteres
- i) Socialização

17 – DESEMPENHO ESCOLAR

- a) Bom desempenho
- b) Reprovações
- c) Problemas disciplinares Quais?

18 – JÁ TEVE INICIAÇÃO SEXUAL

- a) Sim
- b) Não

19 – COMPORTAMENTOS SEXUAIS DE RISCO

- a) Sexo desprotegido / Quantas vezes? ____

20 – JÁ FEZ TESTE PARA HIV (SE SIM ASSINALAR O RESULTADO)

- a) Sim
- b) Não

21 – PROBLEMAS DE SAÚDE QUE TEM/TEVE (ESPECIFICAR)

- a) Nenhum
- b) Ouvido, Nariz, Garganta

- c) Gastrintestinais
- d) Cardíacas
- e) Pulmonares
- f) Ósseas
- g) Musculares
- h) Renais/Urinárias
- i) Endócrinas
- j) Neurológicas
- k) Dermatológicas
- l) Ginecológicas/Obstétricas
- m) Imunológicas
- n) Infectológicas
- o) Oncológicas
- p) Reumatológicas
- q) Outras

22 – DOENÇAS PSIQUIÁTRICAS (ESPECIFICAR)

- a) Transtornos do humor
- b) Transtornos de ansiedade
- c) Transtornos psicóticos
- d) Transtornos de sexualidade
- e) Transtornos alimentares
- f) Transtornos de personalidade
- g) Transtornos relacionados ao uso de substâncias
- h) Outros

23 – DOENÇAS PSIQUIÁTRICAS NA FAMÍLIA (ESPECIFICAR FAMILIAR E TRANSTORNO)

- a) Transtornos do humor
- b) Transtornos de ansiedade
- c) Transtornos psicóticos
- d) Transtornos de sexualidade
- e) Transtornos alimentares
- f) Transtornos de personalidade
- g) Transtornos relacionados ao uso de substâncias

h) Outros

24 – PROBLEMAS LEGAIS

- a) Roubo
- b) Assalto
- c) Estupro
- d) Homicídio
- e) Prostituição
- f) Desacato a autoridade
- g) Tráfico de drogas
- h) Outros

25 – JÁ ESTEVE PRESO

- a) Sim
- b) Não

26 – USO DE OUTRAS DROGAS (ASSINALAR A IDADE DO PRIMEIRO USO)

- a) Álcool
- b) Tabaco
- c) Inalantes
- d) Cocaína
- e) Crack
- f) Alucinógenos
- g) Ecstasy
- h) Opiáceos
- i) Outros Quais?

27 – TEMPO DE USO (MESES OU ANOS)

- a) Álcool
- b) Tabaco
- c) Inalantes
- d) Cocaína
- e) Crack

- f) Alucinógenos
- g) Ecstasy
- h) Opiáceos
- i) Outros Quais?

28 – SE ESTÁ CONSUMINDO ATUALMENTE, QUAL A FREQUÊNCIA? (ASSINALAR DIÁRIA, SEMANAL, MENSAL OU ESPORÁDICO)

- a) Álcool
- b) Tabaco
- b) Inalantes
- c) Cocaína
- d) Crack
- e) Alucinógenos
- f) Ecstasy
- g) Opiáceos
- h) Outros Quais?

29 – JÁ REALIZOU TRATAMENTO?

- a) Álcool
- b) Tabaco
- c) Inalantes
- d) Cocaína
- e) Crack
- f) Alucinógenos
- g) Ecstasy
- h) Opiáceos
- i) Outros Quais?

30 – QUANTOS ANOS TINHA QUANDO FUMOU MACONHA PELA PRIMEIRA VEZ?

- a) _____

31 – NA PRIMEIRA VEZ ESTAVA:

- a) Sozinho
- b) Com amigos
- c) Com colegas
- d) Namorada(o)
- e) Outros Quais?

32 – ONDE OCORREU ESTE USO?

- a) Na rua
- b) Em casa
- c) Bar
- d) Carro
- e) Outros Quais?

33 – QUAIS FATORES FORAM IMPORTANTES PARA INICIAR O USO DE MACONHA

- a) Pressão dos amigos
- b) Curiosidade
- c) Problemas familiares
- d) Baixa auto-estima
- e) Ansiedade
- f) Sintomas de depressão
- g) Outros Quais?

34 – O QUE O FAZ CONTINUAR USANDO

- a) Pressão dos amigos
- b) Curiosidade
- c) Problemas familiares
- d) Baixa auto-estima
- e) Ansiedade
- f) Sintomas de depressão
- g) Outros Quais?

35 – NA ÚLTIMA SEMANA, COMO FOI SEU USO DE MACONHA

- a) Várias vezes por dia
- b) Uma vez por dia
- c) Três ou mais vezes por semana
- d) Duas vezes por semana
- e) Uma vez por semana
- f) Não usou

36 – COM QUEM VOCÊ FUMOU MACONHA

- a) Sozinho
- b) Com amigos
- c) Com colegas
- d) Namorada(o)
- e) Outros Quais?

37 – EM QUE PERÍODO DO DIA PREFERE FUMAR MACONHA

- a) Das 6 as 12h
- b) Das 12 as 18h
- c) Das 18 as 24h
- d) Das 24 as 6h

38 – NA ÚLTIMA SEMANA, QUAL FOI O NÚMERO MÁXIMO DE CIGARROS DE MACONHA (BASEADOS) QUE FUMOU?

a) _____

39 – NA ÚLTIMA SEMANA, QUANTO DINHEIRO GASTOU PARA COMPRAR MACONHA?

a) _____

40 – ONDE COMPRA MACONHA?

- a) Amigos
- b) Traficantes
- c) Boca
- d) Outros Quais?

41 – JÁ FEZ TRATAMENTO PARA O CONSUMO DE MACONHA, QUAL?

- a) Não fez
- b) Auto ajuda
- c) Psicoterapia particular
- d) Medicamentoso
- e) Ambulatorial
- f) Internação em Comunidade terapêutica
- g) Internação em centro especializado
- h) Hospital Geral
- i) Outro Qual?

HISTÓRIA MÉDICA – As questões a seguir são sobre sua saúde física.

- M 1. Quantas vezes você foi já hospitalizado por problemas clínicos?
(incluir *overdose*, *delirium tremens*, excluir desintox)
- M 2. Há quanto tempo foi sua última hospitalização por problemas físicos? aa mm

- M 3. Você tem algum problema crônico de saúde que continua a interferir em sua vida? ☐
0. Não 1. Sim Especifique: _____

- M 4. Você está tomando alguma medicação prescrita de forma regular para algum problema físico? ☐
0. Não 1. Sim
- M 5. Você recebe pensão por alguma incapacidade física (excluir incapacidade psiquiátrica)? ☐
0. Não 1. Sim Especifique: _____

- M 6. Em quantos dias você apresentou problemas de saúde nos últimos 30 dias?

Para as questões 7 e 8 solicite ao paciente que utilize sua escala de escore

- M 7. Quanto você foi incomodado ou atrapalhado por esses problemas de saúde nos últimos 30 dias? ☐
- M 8. Qual o grau de importância que o tratamento para esses problemas de saúde tem para você agora? ☐
- M9 (não se aplica)

Escores de confiabilidade

As informações acima estão significativamente distorcidas por: ☐

- M10. Interpretação errônea do paciente? ☐
0. Não 1. Sim
- M11. Incapacidade de entendimento do paciente? ☐
0. Não 1. Sim

EMPREGO/SUSTENTO - As questões seguintes são sobre a sua educação, emprego e finanças.

- E 1. Educação completada aa mm
- E 2. Treinamento ou educação técnica completada meses
- E 3. Você tem uma profissão, ocupação ou habilidade? ☐
0. Não 1. Sim Especifique: _____
- E4. Você tem carteira de motorista válida? ☐
0. Não 1. Sim
- E5. Você possui um automóvel disponível para uso? ☐
0. Não 1. Sim
- E6. Quanto tempo durou seu trabalho, em período integral, mais longo? aa mm

E7. Ocupação habitual (ou a última)

Especifique: _____

- E8. Alguém contribui para o seu sustento? ☐
0. Não 1. Sim

- E9. Isso constitui a maior parte de seu sustento? ☐
(Se item 8 for sim)

0. Não 1. Sim

- E10. Padrão de emprego habitual, nos últimos 3 anos: ☐

1. período integral (40 h/semana)
2. meio-período (horas regulares)
3. meio-período (irregulares, diárias)
4. estudante
5. serviço militar
6. aposentado/incapacitado
7. desempregado

8. em ambiente controlado

- E11. Quantos dias você foi pago para trabalhar nos últimos 30?

Qual a quantia de dinheiro que você recebeu nos últimos 30 dias de cada uma das seguintes fontes?

- E12. emprego (líquido)

- E13. seguro-desemprego

- E14. vales em geral

- E15. pensões, benefícios ou seguro social

- E16. companheiro/a, família ou amigos

- E17. ilegal

- E18. Quantas pessoas dependem de você para a maior parte de sua alimentação, abrigo, etc.?

- E19. Quantos dias você apresentou problemas no emprego nos últimos 30 dias?

Para as questões 20 e 21 solicite ao paciente que utilize sua escala de escores

- E20. Quanto você foi incomodado ou se aborreceu com problemas no emprego nos últimos 30 dias? ☐

- E21. Qual a importância de aconselhamento para você agora sobre esses problemas no emprego? ☐

Escores de confiabilidade

As informações acima estão significativamente distorcidas por: ☐

- E 22. Interpretação errônea do paciente? ☐

0. Não 1. Sim

- E 23. Incapacidade de entendimento do paciente? ☐
0. Não 1. Sim

DROGAS/ÁLCOOL – As questões a seguir são sobre o seu uso de álcool e drogas e sobre qualquer tratamento para o abuso de substâncias que você tenha recebido.

“Nos últimos 30 dias, quantos dias você usou _____?”

“Por quantos anos da sua vida você usou _____ regularmente?”

Regularmente querendo dizer, três ou mais dias por semana?”

	Últimos 30 dias	Na vida anos	Via Adm

D1. Álcool - qualquer uso			
D2. Álcool – dose de intoxicação			
D3. Heroína			
D4. Metadona			
D5. Opiáceos/analgésicos			
D6. Barbitúricos			
D7. Sedativos/hipnóticos			
D8. Cocaína/crack			
D9. Anfetaminas			
D10. Maconha (<i>cannabis</i>)			
D11. Alucinógenos			
D12. Inalantes			
D13. Mais de uma substância por dia (inclusive álcool)			

Nota: veja manual para exemplos representativos de cada classe de droga

* Via de administração: 1 = oral 4 = injeção não-EV
2 = nasal 5 = injeção EV
3 = fumada

D14. Qual a substância que é o principal problema? (quando não estiver claro, pergunte ao paciente o que ele acha) ☐☐
Codifique segundo o código acima ou:
00 Sem problemas;
15 Álcool e Droga (dependência dupla);
16 Polidroga.

D15. Quanto tempo durou o seu último período de abstinência voluntária desta substância principal? (meses) ☐☐

D16. Há quantos meses essa abstinência terminou? ☐☐
(00 - ainda abstinente)

Quantas vezes você teve: ☐☐

D17. *Delirium tremens* alcoólico ☐☐

D18. Overdose de droga ☐☐

Quantas vezes na sua vida você já foi tratado por: ☐☐

D19. Abuso de álcool ☐☐

D20. Abuso de drogas ☐☐

Quantas dessas vezes foram apenas desintoxicações? ☐☐

D21. Álcool ☐☐

D22. Drogas ☐☐

Quanto você diria que gastou nos últimos 30 dias com: ☐☐☐☐

D23. Álcool ☐☐☐☐

D24. Drogas ☐☐

D25. Quantos dias você esteve em tratamento ambulatorial por álcool ou drogas nos últimos 30 dias? ☐☐
(incluir NA, AA)

Quantos dias, durante os últimos 30, você apresentou: ☐☐

D26. Problemas com álcool ☐☐

D27. Problemas com drogas ☐☐

Para as questões 28 a 31 solicite ao paciente que utilize a escala de escores

Quanto você foi incomodado ou se aborreceu nos últimos 30 dias com:

D28. problemas com álcool ☐☐

D29. problemas com drogas ☐☐

Qual a importância para você agora de tratamento para:

D30. problemas com álcool ☐

D31. problemas com drogas ☐

D32. (não se aplica)

Escores de confiabilidade

As informações acima estão significativamente distorcidas por:

D33. Interpretação errônea do paciente? ☐

0. Não 1. Sim

D34. Incapacidade de entendimento do paciente? ☐

0. Não 1. Sim

RISCOS PARA A SAÚDE

D35. Alguma vez você já se injetou drogas?

(injetou = EV e injeção não-EV) ☐

1 – Sim 2 – Não

D36. Quando foi a última vez que você compartilhou seringas ou equipamentos de injeção? ☐☐ anos
meses

- se nunca, codifique NN NN

- se no último mês, codifique 00 00 atrás

D37. Nos últimos 6 meses, com quantas pessoas diferentes você fez sexo oral, anal ou vaginal? ☐☐

D38. Quando foi a última vez que você fez teste para HIV/AIDS? ☐☐ anos ☐☐ meses
atrás

- se nunca, codifique NN NN

- se no último mês, codifique 00 00

38. Quando foi a última vez que você fez teste para HEPATITE B ou C? ☐☐ anos

- se nunca, codifique NN NN meses

- se no último mês, codifique 00 00 atrás

Comentários:

LEGAL – As próximas questões são a respeito de seu envolvimento com a justiça criminal e/ou atividades ilegais.

L1. Essa admissão foi imposta ou sugerida pelo sistema de justiça criminal (juiz, oficial da condicional/liberdade vigiada, etc.) ☐
0. Não 1. Sim

L2. Você está em liberdade condicional ou vigiada? ☐
0. Não 1. Sim

Quantas vezes em sua vida você foi preso e/ou acusado pelos seguintes delitos:

L3. furtos em lojas/vandalismo	☐	☐
L4. violação de liberdade condicional/vigiada	☐	☐
L5. porte de drogas	☐	☐
L6. falsificação	☐	☐
L7. ofensa armada	☐	☐
L8. saque, furto	☐	☐
L9. Roubo	☐	☐
L10. assalto	☐	☐
L11. incêndio culposos	☐	☐
L12. estupro	☐	☐
L13. homicídio, homicídio não-premeditado	☐	☐
L14A. prostituição	☐	☐
L14B. desacato a autoridade	☐	☐
L14C. outros	☐	☐

- L15. Quantas dessas acusações resultaram em sentenças?

Quantas vezes em sua vida você foi acusado dos seguintes delitos:

- L16. Conduta desordeira, vadiagem, intoxicação em público ☐☐
- L17. Dirigir quando intoxicado ☐☐
- L18. Violações graves de trânsito (direção perigosa, alta velocidade, sem habilitação) ☐☐
- L19. Quantos meses você ficou encarcerado na sua vida? ☐☐
- L20. Quanto durou seu último encarceramento? ☐☐
- L21. Qual o motivo? ☐☐

(utilize o código 3, 14, 16, 18; se acusações múltiplas, registre a mais grave)

- L22. Atualmente você está aguardando alguma acusação, julgamento ou sentença? ☐

0. Não 1. Sim

L23. Por quê? _____

- L24. Quantos dias, nos últimos 30, você foi detido ou encarcerado?

- L25. Quantos dias, nos últimos 30, você esteve envolvido em atividades ilegais visando lucro?

Para as questões 26 e 27 solicite ao paciente que utilize sua escala de escores

- L26. Qual você acha que é a gravidade dos seus problemas legais atuais? (excluir problemas civis)

- L27. Qual a importância para você agora de aconselhamento ou encaminhamento para esses problemas legais? ☐

L 28. (não se aplica)

Escores de confiabilidade

As informações acima estão significativamente distorcidas por:

- L29. Interpretação errônea do paciente? ☐

0. Não 1. Sim

- L30. Incapacidade de entendimento do paciente? _____

0. Não 1. Sim

Comentários:

Família/Social – As questões seguintes são sobre sua família e relacionamentos sociais.

F1. Estado Civil

1. Casado; 2. Casado mais de uma vez; 3. Viúvo; ☐
4. Separado; 5. Divorciado; 6. Solteiro

- 2 F2. Há quanto tempo você apresenta esse estado civil? (se nunca casou, desde 18 anos) aa mm

F3. Você está satisfeito com esse estado civil?

0. Não 1. Indiferente 2. Sim

F4. Situação de moradia habitual (últimos 3 anos) ☐

1.	Com	parceiro	sexual	e	filho
2.	Apenas	com	parceiro	sexual	
3.	Apenas	com			filho
4.	Com	os			pais
5.	Com	a			família
6.	Com				amigos
7.					Sozinho
8.	Ambiente				controlado
9.	Situação				instável

Outros _____

F5. Há quanto tempo você está vivendo nesta situação? (se com os pais ou família, desde 18 anos) aa mm

F6. Você está satisfeito com essa situação de moradia? ☐
0. Não 1. Indiferente 2. Sim

Você mora com alguém que:

0. Não 1. Sim

7A. Apresenta problema com álcool no momento? ☐

7B. Utiliza drogas não-prescritas? ☐

F8. Com quem você passa a maior parte de seu tempo livre? ☐

1. Família 2. Amigos 3. Sozinho

F9. Você está satisfeito em passar seu tempo livre dessa maneira? ☐

0. Não 1. Indiferente

F10. Quantos amigos íntimos você possui?

Instruções para 10A - 19: Coloque "0" na categoria familiar na qual a resposta é evidentemente negativa para todos os familiares nesta categoria; "1" onde a resposta é evidentemente positiva para qualquer familiar dentro desta categoria; "X" onde a resposta é incerta ou "Eu não sei" e "N" onde nunca tenha existido um familiar em cada categoria
F10A. Você diria que você teve um relacionamento íntimo, duradouro e pessoal com qualquer uma das seguintes pessoas ao longo de sua vida:

mãe ☐
pai ☐
irmãos/irmãs ☐
parceiro sexual/esposo ☐
filhos ☐
amigos ☐

Você teve períodos significativos nos quais apresentou problemas sérios de convivência com:

0. Não 1. Sim

	Últimos 30 dias	Na vida
F11. mãe		
F12. pai		
F13. irmãos/irmãs		
F14. parceiro sexual/esposo		
F15. filhos		

F16. outro familiar significativo		
F17. amigos íntimos		
F18. vizinhos		
F19. companheiros de trabalho		

Alguma dessas pessoas (10-18) abusou de você?

0. Não 1. Sim

F19a. Emocionalmente (fez você se sentir mal utilizando palavras rudes)? ☐

F19b. Fisicamente (causou em você dano físico)? ☐

F19c. Sexualmente (forçou aproximações sexuais ou atos sexuais)? ☐

Em quantos dias dos últimos 30 você apresentou conflitos sérios:

F20A. com sua família? ☐

F20B. com outras pessoas? (excluindo a família) ☐

Para as questões 21 a 24 solicite ao paciente que utilize sua escala de escores

Quanto você foi incomodado ou prejudicado nos últimos 30 dias por:

F21. problemas familiares ☐

F22. problemas sociais ☐

Qual é a importância para você, agora, de tratamento ou aconselhamento para:

F23. problemas familiares ☐

F24. problemas sociais ☐

F25. (não se aplica)

Escores de confiabilidade

As informações acima estão significativamente distorcidas por:

F26. Interpretação errônea do paciente? ☐

0. Não 1. Sim

F27. Incapacidade de entendimento do paciente? ☐

0. Não 1. Sim

Comentários:

Psiquiátrico – As questões seguintes são sobre qualquer tratamento ou avaliação que você tenha recebido para problemas emocionais ou psicológicos.

P1. Quantas vezes você foi tratado por algum problema psicológico ou emocional?

Em um hospital ☐ ☐

Como paciente privado ou de consultório ☐ ☐

P2. Você recebe pensão por alguma incapacidade psiquiátrica? ☐

0. Não 1. Sim

Você teve um período significativo (que não fosse um resultado direto de uso de droga/álcool) no qual você apresentou:

0. Não 1. Sim Últimos 30 dias Na vida

P3. depressão grave

P4. ansiedade ou tensão graves

P5. alucinações

P6. problemas de compreensão, concentração ou memória

P7. problemas em controlar comportamento violento

P8. pensamentos sérios sobre suicídio

P9. tentativas de suicídio

P10. recebeu prescrição de medicação para algum problema psicológico/emocional

P11. Em quantos dias dos últimos 30, você apresentou esses problemas psicológicos ou emocionais?

Para as questões 12 e 13 solicite ao paciente que utilize sua escala de escores

P12. Quanto você foi incomodado ou prejudicado por esses problemas psicológicos ou emocionais nos últimos 30 dias? ☐

P13. Qual é a importância para você, agora, do tratamento para esses problemas psicológicos? ☐

Os itens seguintes devem ser preenchidos pelo entrevistador

No momento da entrevista, o paciente está:

0. Não _ 1. Sim

P14. obviamente deprimido/retraído ☐

P15. obviamente hostil ☐

P16. obviamente ansioso/nervoso ☐

P17. apresentando problemas na percepção da realidade, distúrbios de pensamento, pensamento paranóide ☐

P18. apresentando problemas de compreensão, concentração, memória ☐

P19. apresentando ideação suicida ☐

Escore de confiabilidade

As informações acima estão significativamente distorcidas por:

*21. Interpretação errônea do paciente? ☐

0. Não 1. Sim

*22. Incapacidade de entendimento do paciente? ☐

0. Não 1. Sim

Comentários:

Observação: voltar para a 1ª página e preencher horário de término e a categoria especial

Escala de Intensidade

0 – Nada

1 – Levemente

2 – Moderadamente

3 – Consideravelmente

4 – Extremamente

Lista de Álcool e Drogas

Álcool – cerveja, vinho, “coolers”, destilados, licores, etc.

Maconha - cannabis, haxixe, THC, “baseado”, “pega”, “ponta”, “erva”, etc.

Sedativos – “benzos”, Valium, Lexotan, Lorax, Rivotril, Frontal
barbitúricos, Gardenal, Seconal, Nembutal, etc.

Cocaina – “crack” ou free-base, “pedra”, “macaquinho”, “merla”, “pó”, “branca”, etc.

Estimulantes – anfetaminas, metanfetamina, Dualid, Hipofagin, Inibex, Ritalina, Preludin, “speed”, “crystal meth”, “ice”, “monster”, “crank”, etc.

Alucinógenos – LSD, “ácido”, PCP, “pó de anjo”, mescalina, psilocibina, cogumelos, MDMA, Ecstasy, “X”, “green”, etc.

Heroína – horse, smack, tar, black, tan

Metadona e Buprenorfina– Metadona, Dolophine, LAAM, Buprenorfina.

Outros Opióides – Analgésicos: Morfina, Dolantina (Meperidina), Tramal (Tramadol), Demerol, ópio, codeína, Petidina, Percocet/Percodan, Darvon/Darvocet, xaropes (elixir Paregórico), Fentanil, etc.

Inalantes – cola, óxido nítrico (gás do riso), solventes, gasolina, tintas, tiner, sprays de tinta, desodorante, lança-perfume, detergentes, gás de isqueiro, etc.

Outros - Esteróides, pílulas para dieta ou sono sem prescrição, ketamina ou “special K”, outras medicações desconhecidas, etc.

INSTRUÇÕES GERAIS PARA O PREENCHIMENTO

As perguntas a seguir se referem a dois períodos de tempo: durante os últimos 30 dias e durante toda a vida. Durante toda a vida se refere ao período antes dos últimos 30 dias.

- As perguntas sobre os últimos 30 dias referem-se somente ao número de dias;
- O uso durante a vida refere-se ao uso durante períodos prolongados;
- Usar regularmente significa três vezes ou mais por semana, estar intoxicado ou uso irregular e problemático onde as atividades diárias estão comprometidas;
- O uso de álcool (dose para intoxicação) não significa necessariamente um ‘porre’, é preferível perguntar ‘fazer uso até sentir os efeitos’; como regra geral, cinco ou mais bebidas ao longo do dia ou três bebidas seguidas caracterizam uma dose de intoxicação.
- Não deixe espaços em branco. Quando apropriado, coloque os códigos:

X = questão não-respondida

N = questão não-aplicável

URICA (University of Rhode Island Change Assessment Scale)

Data: _____

1 – Nome do Entrevistador: _____

Nome: _____

2 – Número do Sujeito: _____

Cada frase abaixo descreve como uma pessoa pode se sentir quando começa um tratamento ou aborda um problema na sua vida. Por favor indique o quanto você concorda ou discorda de cada frase. Em cada caso, faça uma escolha em termos do que você está sentindo agora, e não o que você sentiu no passado ou gostaria de sentir.

Para todas as frases que se referem ao seu problema, pense no seu uso de maconha. E aqui, refere-se a este local ou programa de tratamento.

Existem 5 respostas possíveis para cada um dos itens do questionário. Indique a resposta que melhor descreve a sua opinião.

1 – Discorda Muito; 2 – Discorda; 3 – Indeciso; 4 – Concorda; 5 – Concorda Muito

	Discorda Totalmente	Discorda	Indeciso	Concorda	Concorda Totalmente
1 – No meu ponto de vista, eu não tenho nenhum problema que precise de mudança.	1	2	3	4	5
2 – Eu acho que posso estar pronto para alguma melhora pessoal referente ao meu uso de maconha.	1	2	3	4	5
3 – Eu estou fazendo algo sobre meus problemas com a maconha, que estão me incomodando.	1	2	3	4	5
4 – Vale a pena trabalhar o meu problema com a maconha.	1	2	3	4	5
5 – Eu não sou o problema nº 1. Não faz muito sentido para mim considerar meu uso de maconha.	1	2	3	4	5
6 – Estou preocupado em voltar a ter o problema com a maconha que pensei já resolvido, por isso estou buscando ajuda.	1	2	3	4	5
7 – Eu estou finalmente “trabalhando” o meu problema com a maconha.	1	2	3	4	5
8 – Eu tenho pensado que posso querer mudar alguma coisa sobre eu mesmo relacionada ao meu problema com a maconha.	1	2	3	4	5

	Discorda Totalmente	Discorda	Indeciso	Concorda	Concorda Totalmen te
9 – Eu tenho tido sucesso em resolver seu problema com a maconha, mas não tenho certeza que eu possa manter este esforço sozinho.	1	2	3	4	5
10 – Às vezes meu problema é difícil, mas estou tentando solucioná-lo.	1	2	3	4	5
11 – Estar aqui é uma perda de tempo para mim, porque o problema não tem nada a ver comigo.	1	2	3	4	5
12 – Eu espero vir a entender melhor o meu problema com a maconha.	1	2	3	4	5
13 – Eu suponho ter defeitos, mas não há nada que eu realmente precise mudar.	1	2	3	4	5
14 – Eu realmente estou me esforçando muito para mudar meu consumo de maconha.	1	2	3	4	5
15 – Eu tenho um problema e realmente acho que deveria tentar resolvê-lo.	1	2	3	4	5
16 – Não estou conseguindo dar continuidade como eu esperava ao que já tinha mudado, e quero prevenir uma recaída ao problema com a maconha.	1	2	3	4	5
17 – Mesmo que nem sempre eu tenha sucesso com a mudança, pelo menos estou me esforçando para resolver meu problema.	1	2	3	4	5
18 – Eu pensei que uma vez resolvido o problema, estaria livre dele. Mas algumas vezes eu ainda percebo que estou lutando com ele.	1	2	3	4	5
19 – Eu esperava ter mais idéias de como resolver meu problema.	1	2	3	4	5
20 – Eu comecei a tentar resolver seu problema com a maconha, mas gostaria de receber ajuda.	1	2	3	4	5

	Discorda Totalmente	Discorda	Indeciso	Concorda	Concorda Totalmen te
21 – Talvez alguém ou alguma coisa possa me ajudar com o meu problema com a maconha.	1	2	3	4	5
22 – Eu posso precisar de um estímulo agora para ajudar a manter as mudanças que já fiz com relação ao meu problema com a maconha.	1	2	3	4	5
23 – É possível que eu seja parte do problema, mas não acho que sou realmente.	1	2	3	4	5
24 – Eu espero que alguém possa dar boas orientações quanto ao meu problema com a maconha.	1	2	3	4	5
25 – Qualquer um pode falar sobre mudanças no seu consumo de maconha, mas eu estou realmente fazendo alguma coisa sobre isso.	1	2	3	4	5
26 – Toda essa conversa sobre psicologia é chata. Por que as pessoas não podem simplesmente esquecer seus problemas com a maconha?	1	2	3	4	5
27 - Eu estou me esforçando para prevenir uma recaída ao meu problema com a maconha.	1	2	3	4	5
28 – É frustrante, mas eu acho que posso estar voltando a ter problemas com a maconha que eu achei já ter resolvido.	1	2	3	4	5
29 – Eu tenho preocupações com meu consumo de maconha como todo mundo tem. Por que perder tempo pensando nelas?	1	2	3	4	5
30 – Eu estou tentando ativamente resolver meu problema.	1	2	3	4	5
31 – Eu preferia conviver com meus defeitos do que tentar mudá-los.	1	2	3	4	5
32 – Depois de tudo que eu fiz para mudar meu problema, as vezes ele volta a me perseguir.	1	2	3	4	5