PATRÍCIA CRUZ FURTADO DE MELO

**Avaliação da percepção de profissionais de saúde
sobre maconha**

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

Programa: Fisiopatologia Experimental

Orientador: Prof. Dr. André Malbergier

SÃO PAULO

2012

Dedico esse trabalho,

A minha mãe, que sempre acreditou em mim para que esse sonho pudesse
se tornar realidade.

Ao meu marido, companheiro no amor, na vida e nos
sonhos, que sempre me apoiou nas horas difíceis e compartilhou comigo as
alegrias.

Ao meu filho Lorenzo, meu maior presente minha maior alegria.

Agradecimentos

Ao Prof. Dr. André Malbergier, meu orientador, no qual tenho profunda admiração e respeito, agradeço por toda paciência e aprendizado por esses três anos.

Aos profissionais que participaram da pesquisa, por toda colaboração e credibilidade em meu trabalho.

À Luciana Roberta Donola Cardoso, por toda colaboração e ajuda na elaboração do artigo.

À Roberta Yamamoto, coordenadora administrativa do PROGREA, por todo apoio e palavras de incentivo ao longo desses anos.

À Celi Lima, assistente administrativa, pela ajuda em meu banco de dados.

À Tânia, Luduvina e toda equipe da Fisiopatologia Experimental, pela ajuda e paciência em relação aos procedimentos da pós-graduação.

Ao Alessandro Antônio de Mello, pelo suporte na parte de informática.

SUMÁRIO

Lista de Tabelas

Lista de Abreviaturas

Resumo

Summary

1.	Introdução.....	1
1.1	Maconha-Historico.....	2
1.2	Epidemiologia.....	3
1.3	Ação no sistema nervoso central.....	5
1.4	Maconha medicinal.....	7
1.5	Prejuízos relacionados à maconha.....	8
1.6	Percepção.....	11
1.7	Percepção, consumo de maconha e conhecimento do tema entre profissionais de saúde.....	15
2.	Objetivos e justificativa.....	20
2.1	Objetivo Geral.....	21
2.2	Objetivos Específicos.....	21
2.3	Justificativa.....	21
3.	Hipóteses.....	22
4.	Casuística e método.....	24
4.1	Período e locais do estudo.....	25
4.2	Desenho do estudo.....	26

4.3	Critérios de inclusão.....	28
4.4	Critérios de exclusão.....	28
4.5	Análise estatística.....	28
4.6	Cálculos do tamanho da amostra.....	29
4.7	Aspectos éticos.....	29
5.	Resultados.....	30
5.1	Dados sociodemográficos e percepção sobre maconha.....	31
5.2	Diferença de gênero	35
5.3	Estado civil e percepção sobre maconha.....	37
5.4	Filhos e percepção sobre maconha.....	39
5.5	Religião e percepção sobre maconha.....	41
5.6	Prática de religião e percepção sobre maconha.....	45
5.7	Instituições e percepção sobre maconha.....	47
5.8	Profissionais e percepção sobre maconha.....	49
5.9	Uso de droga na vida e percepção sobre maconha.....	51
5.10	Uso de maconha na vida e percepção sobre Maconha.....	53
5.11	Transtorno psiquiátrico e percepção sobre maconha.....	55
5.12	Atende usuários de droga e percepção sobre maconha.....	57

6. Discussão.....	59
7. Conclusão.....	70
8. Anexo.....	72
8.1 Anexo A.....	73
8.2 Anexo B.....	76
9. Referências Bibliográficas.....	80

Lista de Tabelas

TABELA 1- Características sociodemográficas da amostra.....	32
TABELA 2 – Consumo de drogas e transtornos psiquiátricos.....	34
TABELA 3 – Percepção, conhecimento e consumo de maconha de acordo com o gênero em uma amostra de 70 profissionais de saúde mental.....	36
TABELA 4 – Percepção, conhecimento e consumo de maconha de acordo com o estado civil em uma amostra de 70 profissionais de saúde mental.....	37
TABELA 5- Percepção, conhecimento e consumo de maconha em profissionais que tem ou não filhos em uma amostra de 70 profissionais de saúde mental.....	39
TABELA 6 – Religião e percepção sobre maconha.....	40
TABELA 7 – Percepção, conhecimento e consumo de maconha de acordo com a religião em uma amostra de 70 profissionais de saúde mental.....	42
TABELA 8 – Percepção, conhecimento e consumo de maconha de acordo com a prática de religião em uma amostra de 70 profissionais de saúde mental.....	44

TABELA 9 – Percepção, conhecimento e consumo de maconha em três instituições diferentes em uma amostra de 70 profissionais de saúde mental.....	46
TABELA 10 – Percepção, conhecimento e consumo de maconha de acordo com a profissão em uma amostra de 70 profissionais de saúde mental.....	48
TABELA 11- Percepção, conhecimento e consumo de droga na vida em uma amostra de 70 profissionais de saúde mental.....	50
TABELA 12 – Percepção, conhecimento e consumo de maconha na vida em uma amostra de 70 profissionais de saúde mental.....	51
TABELA 13 – Percepção, conhecimento e consumo de maconha e transtorno psiquiátrico em uma amostra de 70 profissionais de saúde mental.....	53
TABELA 14 - Percepção, conhecimento e consumo de maconha em profissionais que atendem usuários de droga em uma amostra de 70 profissionais de saúde mental.....	55

Lista de abreviaturas

CAPS – AD – Centro de atenção psicossocial de álcool e drogas

EUA – Estados Unidos da América

HC – Hospital das Clínicas

NSF – Hospital Nossa Senhora de Fátima

THC – Delta- 9 – Tetraidrocanabinol

SUS – Sistema Único de Saúde

Resumo

Melo, Patrícia Cruz Furtado. Avaliação da percepção de profissionais de saúde sobre maconha [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2012

Este estudo teve como objetivo comparar padrões de percepções e de conhecimento sobre maconha em profissionais da área da saúde mental (psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e enfermeiros) em três instituições de diferentes perfis: Hospital Nossa Senhora de Fátima (Hospital filantrópico filiado ao SUS), CAPS-AD (Serviço especializado no atendimento de álcool e drogas do SUS) e Hospital das Clínicas – Instituto de Psiquiatria (Serviço acadêmico e assistencial). Setenta profissionais foram avaliados através de um questionário elaborado pelos pesquisadores composto de trinta e uma afirmativas. Dentre os resultados obtidos, observou-se que os psiquiatras tendem a discordar mais que os outros profissionais quanto à necessidade de tratamento para uso de maconha e que a maconha traz prejuízos cognitivos. Os profissionais do hospital Nossa Senhora de Fátima apresentaram uma percepção mais a favor da proibição da maconha e valorizam mais os possíveis prejuízos associados ao uso comparados aos profissionais das outras duas instituições. Conclui-se que a percepção dos profissionais varia de acordo com a profissão e local de trabalho.

Descritores: 1. Maconha 2. Percepção 3. Profissionais de saúde 4. Saúde mental 5. Questionário

Summary

Melo, Patrícia Cruz Furtado. Evaluation of the perception of health care professionals about marijuana [dissertation]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2012

The aim of this study was to compare mental health professionals - psychiatrists, psychologists, social workers, occupational therapists and nurses - perception and knowledge standards on marijuana in three institutions with different profiles: Nossa Senhora de Fátima Hospital (Philanthropic Hospital affiliated to SUS), CAPS-AD (service specialized on treating drugs and alcohol dependents - SUS) and the Institute of Psychiatry at the Clinics Hospital (academic and assistance service). Seventy professionals were evaluated through questionnaire developed by the researchers that contains thirty one affirmatives. As part of the results, it was noticeable that the psychiatrists disagreed more often than other health professionals on the need to treat marijuana use and the idea that it causes cognitive damages. The professionals at Nossa Senhora de Fátima Hospital were more in favor of the prohibition of marijuana use and value more the possible damages associated with its use when compared to professionals of the other two institutions. The conclusion is that the perception may vary according to the profession and work place.

Descriptors: 1. Marijuana 2. Perception 3. Health professionals 4. Mental Health5.survey .

1. INTRODUÇÃO

1. Maconha

1.1 Histórico

A maconha, originária da Ásia, é uma planta cujo nome é *cannabis sativa*. Seu princípio ativo é o THC (delta-9- tetrahydrocannabinol), embora contenha também mais outros 400 elementos (Zuardi, 2006).

A maconha é uma droga que já teve diversas utilidades. Ela já foi usada para alimentar animais, fazer corda e até pintar. Suas sementes eram usadas para culinária e sua descoberta como uso medicinal se deu na Índia em 900 A.C. (Booth, 2003).

Sua disseminação nos Estados Unidos (EUA) deu-se em 1920, trazida pelos soldados americanos da América Central e do Caribe, tornando-se proibida apenas em 1937 (Iversen, 2000). O uso da maconha disseminou-se pela geração americana chamada Beat. Eles queriam sentir “paz”, liberdade, amar sem repressões e a maconha servia como uma forma de contestação.

A história da maconha no Brasil tem seu início com a própria descoberta do país. O seu uso disseminou-se rapidamente entre os negros escravos e os índios, que passaram a cultivá-la.

Séculos mais tarde, com a popularização da planta entre intelectuais franceses e médicos ingleses do exército imperial na Índia, ela passou a ser considerado em nosso meio um excelente medicamento indicado para muitos males. A maconha passou a ser vista como algo prejudicial na década de 1920 e, na II Conferência Internacional do Ópio, em 1924, em Genebra, o delegado brasileiro, Dr. Pernambuco, afirmou para as 45

delegações que a maconha fazia mais mal que o ópio. Apesar de tentativas anteriores, a perseguição aos usuários de maconha somente se fez constante e enérgica a partir da década de 1930, possivelmente como resultado da decisão da II Conferência Internacional do Ópio.

1.2 Epidemiologia

Atualmente, a maconha é a droga ilícita mais usada no Brasil e no mundo. Segundo relatório do órgão das Nações Unidas responsável pelo tema drogas, entre 125 e 203 milhões de pessoas entre 15 e 64 anos usaram maconha no ano anterior à pesquisa (entre 2,8 e 4,5% da população global), sendo 5,3% na Europa, 7% nas Américas, 2,5% na Ásia, 14,8% na Oceania e 10,4% na África (UNODC, 2011).

No Brasil, estima-se que 8,8% da população brasileira usaram maconha pelo menos uma vez na vida. A comparação de uso na vida de maconha nas regiões brasileiras aponta uso por 9,7% da população na região Sul e 10,3% na região Sudeste (Carlini et al, 2007). Em um levantamento realizado em 27 capitais brasileiras em estudantes do ensino médio e fundamental, observou-se que 5,9% deles haviam feito uso de maconha ao longo da vida (Galduroz et al, 2005). Em outra pesquisa com estudantes universitários da Universidade de São Paulo, o consumo nos últimos 12 meses manteve-se relativamente estável ao longo dos anos (19,9% em 1996, 22,8 em 2001 e 21,2 em 2009) (Stempliuk et al, 2005; Wagner et al, 2010).

Em outro estudo, realizado em São José do Rio Preto com 1.041 estudantes do ensino médio, observou-se que 12,1% da amostra já haviam

feito uso de maconha na vida, 7,4% último ano e 4,1% no último mês. O consumo de maconha na vida foi mais prevalente no sexo masculino, período escolar noturno, em casados, entre sujeitos que não praticavam religião e que não moravam com pai e/ou mãe. Relacionamento bom com os pais e os pais viverem juntos com bom relacionamento estavam associados a um menor consumo de maconha. Dentre as atividades de lazer, aqueles que experimentaram maconha referiram sair sem destino certo, ir dançar, frequentar bares e ficar com namorado (a) e, com menos frequência, assistirem televisão, saírem com a família e irem ao cinema. Ingerir bebida alcoólica toda semana e usar tabaco estiveram associados a um maior consumo de maconha. Experimentar maconha relacionou-se com maiores índices de consumo de anfetamínicos, alucinógenos, cocaína e crack. O consumo de maconha mostrou-se relacionado a muitas variáveis. Família e religiosidade estão associadas a um menor consumo de maconha, enquanto desajuste familiar e uso de álcool e tabaco estão associados a maiores índices de consumo da droga (Pavani et al, 2009).

As altas taxas observadas nos estudos acima indicam que a maconha tem se tornado uma droga de amplo uso. Seu uso precede ao uso de outras substâncias psicoativas, inclusive drogas consideradas pesadas (Agrawal et al, 2006).

O estudo acima vem ao encontro da pesquisa de Kandel (2002), que relata a relação do uso de maconha com outras drogas ilícitas, referindo-se à maconha como “porta de entrada” para outras drogas.

Outro estudo extenso e prospectivo, neozelandês, com indivíduos acompanhados até a idade de 21 anos observou que 70% deles haviam usado maconha e 26% outras drogas ilícitas. Entre os que usaram outras drogas ilícitas, 99% haviam usado maconha anteriormente e os que haviam usado maconha tinham maior chance de usar outras drogas (Fergusson et al, 2002).

Além de altas taxas de experimentação, o uso regular da droga também tornou-se mais comum. Em uma pesquisa realizada no Reino Unido com 3075 estudantes de universidades, observou-se que 60% deles já haviam feito algum uso de maconha, 25% usavam-na uma vez por semana e 20% referiram fazer uso regular (mais de uma vez por semana). Este estudo apontou que o início do uso está cada vez mais precoce, ocorrendo antes da universidade em 40% dos entrevistados que já haviam utilizado a droga (Ashton, 1995).

1.3 Ação no Sistema Nervoso Central

O principal agente ativo da maconha é o THC. Ele é responsável por muitos dos seus efeitos. Quando a maconha é fumada, seus efeitos começam quase que imediatamente. O THC passa rapidamente dos pulmões para a corrente sanguínea, que transporta o produto para todos os órgãos, incluindo o cérebro. Os efeitos da maconha fumada podem durar 1-3 horas. Se a maconha é consumida em alimentos ou bebidas, os efeitos aparecem mais tarde, normalmente em 30 minutos à uma hora e podem durar até 4 horas. A maconha fumada oferece mais THC na corrente sanguínea. Quando atinge o cérebro, o THC se liga a receptores

canabinóides interferindo em algumas funções do cérebro como movimento, coordenação, aprendizagem e memória (NIDA, 2010).

O THC age diretamente nos neurônios dopaminérgicos do sistema límbico e se liga também aos receptores canabinóides nos neurônios opióides. Há uma liberação de dopamina na fenda sináptica, responsável pela sensação de prazer (Stahl, 2000).

Apesar da identificação do principal agente canabinóide desencadeador dos efeitos da droga, seu mecanismo de ação ficou desconhecido por 30 anos. Apenas em 1988 foi identificado um receptor canabinóide em ratos (Devane et al, 1988). Em 1990, esse receptor recebeu o nome de CB1, em predominância em regiões do hipocampo, cerebelo e gânglios da base e neocórtex (Herkenham et al, 1991). Posteriormente, foi descrito um segundo receptor canabinóide, CB2, presente em células do sistema imunológico. Segundo Zuardi et al, embora o THC seja visto como o principal responsável pelos efeitos da maconha, vários relatos têm demonstrado que outros componentes da planta podem influenciar sua atividade farmacológica. Um desses componentes é o canabidiol (CDB) que pode constituir até 40% dos extratos de maconha. O CDB faz aumentar a concentração de THC no cérebro, potencializando seu efeito (Zuardi et al, 2006).

1.4 Maconha Medicinal

A maconha tem sido utilizada para fins medicinais há milênios. Sua primeira referência de uso medicinal foi pelos chineses no ano de 2737 A.C. A maconha medicamentosa chegou aos Estados Unidos muito mais tarde, após o advento de opióides e ácido acetilsalicílico. Nas últimas décadas, tem havido um interesse renovado na utilização medicinal da cannabis pelos Institutos Nacionais de Saúde, Instituto de Medicina e Colégio Americano de Medicina. O sistema endocanabinóide foi descoberto recentemente e aumentou consideravelmente a compreensão das ações de cannabis exógena. Endocanabinóides estão relacionados a dor, tônus muscular, estado de humor, apetite e inflamação, entre outros efeitos. A maconha contém mais de 100 canabinóides diferentes e tem capacidade para analgesia através de neuromodulação em vias ascendentes e descendentes da dor, com uma função de neuroproteção e mecanismos anti-inflamatórios (Agrawal et al, 2009).

Outra pesquisa, realizada na Universidade de Washington, avaliou 139 pacientes (homens e mulheres) com diversos diagnósticos dentre eles artrite, fibromialgia, HIV, câncer e dores crônicas. A maioria dos pacientes relatou melhora significativa da dor, porém, segundo Agrawal et al, a maior barreira está na aceitação dos médicos para o uso medicinal da maconha (Agrawal et al, 2009).

Atualmente, existe uma vasta discussão sobre uso de maconha em pacientes com AIDS, esclerose múltipla, dores crônicas e outras

patologias. Acredita-se que seu uso propicia a diminuição de dores, enjoos e aumento de apetite. Existem posições extremas de opiniões sobre a maconha medicinal. Alguns apontam riscos (dependência, psicose, déficits cognitivos etc.) outros afirmam que pacientes não podem ser privados de usufruir de agentes terapêuticos (Wikins, 2006).

Apesar dos relatos positivos, o uso da maconha para fins médicos ainda é controverso. Em uma pesquisa realizada na Universidade da Califórnia com médicos de diversas especialidades, apenas 36% deles eram a favor da maconha para uso medicinal. Tal pesquisa conclui ainda que os médicos parecem menos favoráveis do que a opinião pública americana sobre o uso da maconha medicinal (Chuvastra, 2005).

1.5 Prejuízos relacionados à maconha

Nos últimos anos, observa-se uma crescente preocupação em relação aos prejuízos relacionados ao uso da maconha. O desenvolvimento de transtornos ansiosos, depressivos e psicóticos em usuários tornou-se objeto de interesse (Roncero et al, 2007). Outros prejuízos são referidos em relação à memória e funções cognitivas relacionadas (Riedel e Davis, 2005). Uma pesquisa realizada com 65 adolescentes usuários de maconha comparados a não usuários, mostrou que os usuários apresentaram maiores prejuízos cognitivos como déficit de atenção e memória (Medina et al, 2007).

Fumar maconha muitas vezes leva a efeitos adversos. Os sintomas físicos incluem aumento da frequência cardíaca, ansiedade, retardo psicomotor e comprometimento da cognição e memória. A dose letal estimada para humanos é entre 15 e 70 g. Quando comparado à fumaça de

cigarro, a maconha contém uma matriz semelhante de compostos prejudiciais e cancerígenos, algumas das quais estão presentes até mesmo em maior concentração. Entre os usuários crônicos, estudos populacionais tem mostrado que a maconha está associada com a diminuição da função pulmonar, doenças crônicas das vias respiratórias obstrutivas e infecções pulmonares, embora os dados podem ser confundidos pelo fumo do tabaco concomitante e outros fatores sociais. Em estudo com animais, a fumaça da maconha tem demonstrado efeitos mutagênicos e patologia pré-cancerosa pulmonar como visto em fumantes de tabaco. No entanto, ainda há inconsistência da literatura publicada sobre um risco aumentado de câncer do trato respiratório superior causado por maconha.

Outro risco de uso é a dependência. A maconha é uma substância reconhecida com alto potencial de dependência que ocorre em 1 a cada 10 pessoas que utilizam (Leung, 2011).

Em uma pesquisa realizada por Pinsky et al (2004) no período de 1988 a 1999 em clínicas e hospitais em todo Brasil, constatou-se que a maconha foi responsável por 2,5% das internações.

Segundo a UNODC (2011), a maconha pode acarretar sintomas psicóticos e déficits cognitivos, como dificuldade de aprendizagem, memória de curto prazo, memória de execução, capacidade de abstração, tomada de decisão e atenção. O relatório também alerta que o início precoce do uso de maconha pode aumentar o risco de desenvolvimento de um transtorno psicótico.

Em um estudo realizado no Reino Unido por Di Forti et al (2009), observou-se que entre pacientes que apresentavam um primeiro episódio de

psicose havia uma maior probabilidade de ter fumado maconha com grande frequência e por longo período que a população geral.

Segundo Jungerman (2005), das pessoas que experimentam maconha, 10% tornam-se usuários diários e 20 a 30% usuários semanais. Ainda segundo Jungerman, o uso da maconha durante a gravidez apresenta grandes riscos. Estudos realizados com fetos abortados de animais e humanos encontraram extensas alterações cerebrais devido à exposição à maconha na vida intrauterina.

Segundo Verdoux et al, citado por Jungerman, a maconha é um risco para desencadeamento de surtos psicóticos. Tal autor relata que a maconha duplica o risco de psicose e é responsável por 8 a 13% dos casos de psicoses na população.

Uma pesquisa realizada por Patton et al (2002) com 1.601 estudantes usuários de maconha, com idades entre 14 e 15 anos, acompanhados por um período de 7 anos, constatou que o uso de maconha pode também aumentar o risco de depressão tardia e ansiedade.

Em 2001, foi publicada uma pesquisa que acompanhou 1.920 indivíduos por um período de 16 anos. Um grupo foi constituído por sujeitos sem diagnóstico de abuso de cannabis e outro por indivíduos com abuso de cannabis. Os sujeitos que fizeram abuso de maconha apresentavam quatro vezes mais chances de desenvolver sintomas depressivos, ideação suicida, anedonia e sintomas antissociais (Bovasso, 2001).

Mais recentemente, outro estudo avaliou 3.881 indivíduos entre 15 e 64 anos não portadores de transtorno de humor. O uso de maconha diário

ou semanal foi relacionado a aumento do risco para episódios depressivos e transtorno afetivo bipolar (Van Laar et al, 2007).

Além de transtornos do humor e psicóticos, a maconha também tem sido associada a transtornos de ansiedade. Dannon et al (2004) avaliaram pacientes com transtorno do pânico e chegaram a conclusão que o uso de cannabis estava associado ao quadro.

A questão da maconha como porta de entrada para outras drogas é outro risco em potencial. Um estudo realizado na Nova Zelândia com sujeitos de 14-25 anos observou que o uso de maconha está associado ao início de uso de outras drogas especialmente entre adolescentes (Fergusson et al, 2006)

Outra pesquisa também sugere que a maconha possa ser uma porta de entrada para outras drogas em pessoas mais jovens e que o contexto social e características individuais são fatores que contribuem para este risco (Hall et al, 2005).

1.6 Percepção

Segundo o dicionário Aurélio, percepção é a reação de um sujeito a um estímulo exterior, que se manifesta por fenômenos químicos, neurológicos, ao nível dos órgãos dos sentidos e do sistema nervoso central, e por diversos mecanismos psíquicos tendentes a adaptar esta reação a seu objeto, como a identificação do objeto percebido (ou seu reconhecimento), sua diferenciação por ligação aos outros objetos.

Humberto Maturana deteve-se ao significado da palavra percepção. Segundo ele, percepção é uma palavra que provém do latim *percipere* e que significa apoderar-se, ou ainda, obter por captura. Maturana questiona se o meio ambiente pode influenciar a percepção de um indivíduo. Perceber é, segundo Maturana et al, configurar objetos pela conduta e não captar uma informação nos termos da neurobiologia ou ter impressões sensíveis, nos termos da filosofia. Tais autores ainda afirmam que as situações que reconhecemos como percepções são condutas que a pessoa descreve em conjunto com o meio no qual se encontra (Maturana et al, 1987).

Segundo um site popular Wikipédia, percepção é uma função cerebral que atribui significados a estímulos sensoriais a partir de históricos de vivências passadas. Através da percepção, um indivíduo organiza e interpreta as suas impressões sensoriais para atribuir significado ao seu meio. A percepção consiste na aquisição, interpretação, seleção e organização das informações obtidas pelos sentidos. Do ponto de vista psicológico ou cognitivo, a percepção envolve também os processos mentais, a memória e outros aspectos que podem influenciar na interpretação dos dados percebidos. É através da percepção que o sujeito decide seu comportamento. Pode-se dizer ainda que a percepção do mundo é diferente para cada ser humano e cada pessoa percebe um objeto ou uma situação de acordo com seus aspectos internos. A percepção também pode ser mutável. À medida que se adquire novas informações, a percepção pode se alterar (Wikipédia, 2012).

Há várias maneiras de estudar a percepção. Uma pesquisa realizada no Paraná, em 2003, teve como objetivo avaliar o conhecimento e

percepção dos profissionais de saúde sobre prevenção da deficiência mental. A pesquisa foi realizada com 90 médicos e 66 enfermeiros e mostrou que 75% dos profissionais não assinalaram a resposta correta sobre a prevalência da deficiência mental e 37% responderam não saber se existe prevenção para deficiência. Tal pesquisa concluiu que os participantes têm baixa percepção da relevância da deficiência mental. Com este resultado, provavelmente casos graves de deficiências deixaram de ser prevenidos (Moraes et al, 2006).

Em outra pesquisa, que avaliou a opinião de magistrados e promotores de justiça brasileiros sobre aborto e sua legislação, detectou-se que para 21% da amostra a religião praticada tinha grande influência nas respostas. Dos sujeitos que não consideravam o aborto um crime, a maioria (82,3%) tinha menos que 40 anos, era do sexo feminino (83,5%), já se submetera a um aborto (88%) e não apresentava nenhuma religião (86%). Tal pesquisa concluiu que a percepção do sujeito e variáveis pessoais influenciavam a opinião e atitudes dos participantes (Duarte et al, 2009).

Um estudo que avaliou a percepção da depressão pela população da cidade de São Paulo foi realizado em 2002, com uma amostra de 500 participantes com idade entre 18 e 65 anos. Pessoas com menor escolaridade apresentavam maior tendência a atribuir causas de natureza religiosa e biológica à depressão. A experiência pessoal, mencionada por 26% dos entrevistados, influenciou a escolha por causas psicossociais. Pessoas que consideravam a depressão como doença mental apresentavam como característica baixa escolaridade, indicando que aqueles que têm menos informação são os que recorrem ao conceito de doença mental. Tal

estudo concluiu que os sujeitos com menos informações apresentam conclusões mais baseadas em suas percepções que em informações (Peluso et al, 2007).

Outro exemplo de estudo sobre percepção de médicos foi realizado na Espanha com 685 médicos e teve como objetivo comparar o uso da internet entre os que trabalham em cuidados primários de saúde com os que trabalham em hospitais, e a percepção da influência que a internet tem sobre as relações médico-paciente.

Ambos os grupos concordam que a internet influencia a interação com os pacientes. Apenas 14% dos médicos confiavam nas informações veiculadas na internet, 27,6% recomendam sites para seus pacientes, 30,8% consideraram que o uso da internet complica a relação médico-paciente. Para eles, a principal vantagem da internet (42,2%) é o suporte em conhecer a doença, 20,5% consideram que melhora a autonomia do paciente e 30,9% pensam que ela prejudica a credibilidade do médico. O estudo concluiu que ambos os grupos têm a mesma opinião sobre as vantagens dos recursos da web para o relacionamento medico paciente, fazendo com que a internet seja usada de forma mais intensiva (Solves et al, 2009).

Uma pesquisa realizada com estudantes de nível médio avaliou opiniões sobre a utilização da maconha. Constatou-se que eles superestimam o uso da maconha em geral, ou seja, havia a ideia que as pessoas usavam mais do que o observado. Estas impressões sobre a prevalência do uso da maconha poderiam estar relacionadas ao estabelecimento de percepções errôneas e subestimação das consequências do consumo da droga, provavelmente levando os sujeitos a

experimentarem mais. Esta pesquisa sugere que a percepção de um grupo, no caso estudantes, poderia ter influência no comportamento desse grupo em relação ao consumo da droga em questão (Kilmer et al, 2006)

Os estudos apresentados acima analisam e exemplificam a influência das percepções dos sujeitos nos seus comportamentos, atitudes, decisões e normas.

1.7 Percepção, consumo de maconha e conhecimento do tema entre profissionais de saúde

A percepção sobre o uso de drogas e suas consequências entre profissionais da área da saúde têm importância significativa, já que estes são responsáveis por intervenções e possível aconselhamento que podem mudar o curso da utilização de drogas (Breton et al 2007). Dependência de drogas e álcool é frequentemente não diagnosticada e tratada, ou seja, os médicos muitas vezes desconhecem ou têm atitudes negativas em relação a estes pacientes, trazendo uma percepção de que o tratamento é ineficaz (Clay et al, 2008). Em uma pesquisa realizada no Brasil por Ronzani et al. (2009), demonstrou que médicos de família são mais preconceituosos a tratar pacientes dependentes químicos comparados a outras patologias como AIDS, depressão, obesidade, esquizofrenia e hanseníase. Um exemplo sobre a influência da percepção no comportamento dos indivíduos pode ser observado na maior aceitação do uso de heroína na Inglaterra do que nos Estados Unidos. A utilização de estratégias de redução de danos na Inglaterra, com a distribuição de seringas e existência de lugares específicos para uso da droga, poderia estar associada a esta diferença de percepção e

relacionar-se com um uso mais disseminado. Esse exemplo sugere que as leis e opiniões são importantes para o uso de drogas e que a opinião médica é de grande importância.

Uma pesquisa foi realizada com 45 médicos de Massachusetts, com o objetivo de avaliar as atitudes relacionadas ao uso e abuso de drogas e as consequências de cada uma delas revelou que para todos os médicos o tema foi considerado importante quando comparado a outros problemas sociais. Oitenta e oito por cento concordaram que o uso de drogas estava aumentando na região em que moravam e atribuíram tal aumento à guerra no Vietnã (32%), problemas familiares (29%), fatores sociais como televisão, propagandas (22%) e tédio e desejo de novas emoções (14%). Não houve diferenças significativas relacionadas à idade, especialidades e experiência. A droga considerada na época mais problemática foi heroína, com 71% das opiniões, porém o álcool também foi citado como associado à consequências graves. Na opinião dos médicos entrevistados, a maconha é uma droga que apresenta prejuízos nos aspectos sociais e psicológicos, porém não era o alvo de grandes preocupações quando comparada a outras drogas (Lieff et al, 1973).

Atualmente, há também uma grande preocupação com a população médica pois há um aumento do uso de substâncias psicoativas neste meio e a preocupação não se dá apenas pelas consequências em sua saúde, mas também pelos efeitos adversos em sua prática clínica (Akavadar et al., 2002).

Recentemente, Bazargan et al. (2009) avaliaram o estilo de vida de 1875 médicos californianos e observaram que 13% faziam uso de sedativos,

6% de álcool e 4% de maconha. Beaujouan et al. (2005) mostraram que dentre os 3.476 médicos anestesistas franceses avaliados, 6,6% faziam uso de maconha, consumo superado apenas pelo álcool (59%) e tranquilizantes (41%). Resultados semelhantes foram encontrados em um estudo com enfermeiros. O álcool, maconha e medicações psicotrópicas eram as substâncias mais consumidas entre eles. Enfermeiros mais velhos usavam mais álcool e medicações (ansiolíticos). Já os mais jovens faziam mais uso de maconha (Tirrell et al, 1994).

McLellan (2008) descreve que médicos dependentes de substância podem prejudicar a qualidade de seu atendimento além de correr riscos de perder sua licença. Esta última questão pode levar o médico a evitar a busca de tratamento (Keith et al, 2009). Outra questão importante é que o uso de maconha por profissionais da saúde pode dificultar ainda mais a abordagem do paciente usuário desta droga.

Em uma pesquisa realizada com 215 médicos residentes do Canadá, observou-se que no último ano a maioria deles havia feito uso de álcool (87%) seguido pela maconha (7%). Atribuiu-se tal fato ao estresse ocupacional e vulnerabilidade psicológica. Dentre as especialidades, os residentes que apresentavam maior taxa de uso de maconha foram os psiquiatras e os que trabalhavam na emergência (O'Connor, 1997).

Outra pesquisa realizada na Califórnia, sobre a opinião dos médicos sobre legalização da maconha, avaliou 303 médicos psiquiatras da universidade da Califórnia e clínicas afiliadas à faculdade. Os entrevistados responderam a um questionário que oferecia quatro opções de respostas relacionadas ao uso de maconha: 1) a favor de legalização; 2) o uso deve

gerar uma advertência; 3) o uso deve ser considerado um crime menor e 4) o uso deve ser considerado um crime sério. Quarenta e um por cento foram favoráveis à legalização, 30% referiram que deveria ser considerado um crime menor, 25% foram a favor que o uso gerasse uma advertência e 4% que o uso da maconha deveria ser considerado um crime grave.

Foi observado que médicos mais jovens, que já fizeram uso de álcool, tabaco e tranquilizantes, menos religiosos e politicamente mais liberais não viam problemas relacionados à maconha e apoiavam a legalização. No entanto, os médicos mais conservadores apoiavam a criminalização do uso da maconha. Os autores destacam a necessidade de mais estudos sobre este assunto (Linn et al, 1990).

Sabe-se que a maconha apresenta consequências negativas relacionadas ao seu uso, apesar de muitos dos possíveis efeitos ainda não estarem plenamente comprovados. Recomenda-se que profissionais da área da saúde devam informar seus pacientes sobre estas consequências. Parece, todavia, que os profissionais, nos últimos anos, não deram a devida atenção à maconha pelo fato de seus efeitos não estarem tão evidenciados quanto de outras drogas (Hall et al, 2000).

Pode-se perceber que as opiniões e percepções sobre drogas, e especificamente sobre a maconha, podem variar entre médicos e profissionais da saúde. Todavia não se sabe se tal opinião pode influenciar as condutas. Visando conhecer mais o assunto, uma revisão sistemática realizada com palavras chaves physician; opinion, attitude ou perception; marijuana ou cannabis foi realizada nos bancos de dados Pubmed e Scielo e

encontrou-se poucos estudos sobre o tema e estes foram apresentados acima. No nosso meio não se encontrou nenhum estudo.

2. Objetivos e Justificativa

2.1 Objetivo Geral

Descrever as percepções e conhecimento de profissionais da área da saúde mental acerca de uso, abuso e dependência da maconha e das políticas públicas relacionadas.

2.2 Objetivos específicos

1. Comparar padrões de percepções e de conhecimento de profissionais de instituições de características diferentes: acadêmica ou assistencial e psiquiatria geral ou especializada em drogas.
2. Avaliar se as percepções variam quanto às profissões dos sujeitos.
3. Avaliar a influência de fatores sócios demográficos nas percepções e conhecimento sobre maconha.

2.3 Justificativa

As percepções, consumo de maconha e conhecimento dos profissionais da área da saúde sobre as repercussões do uso recreativo e possível utilização de canabinóides em contextos terapêuticos podem representar um elemento crítico na formação das percepções da população em geral e na abordagem e indicação de intervenções terapêuticas por parte destes profissionais.

Não há estudos semelhantes em nosso meio.

3. Hipóteses

Considerando-se a relevância das percepções, as consequências do consumo das drogas e o papel importante dos profissionais da área da saúde como formadores de opinião, o presente estudo tem a seguinte questão: Quais são as percepções dos profissionais da área da saúde mental sobre o consumo, consequências e políticas públicas relacionadas ao uso da maconha?

As hipóteses levantadas são:

- 1) As percepções são heterogêneas entre os diferentes profissionais da área da saúde mental.
- 2) As percepções vão variar de acordo com o perfil do profissional, incluindo-se dados demográficos e tipo de instituição de vinculação (acadêmica ou assistencial, psiquiatria geral ou especializada em droga).

4. Casuística e Método

4.1 Período e locais do estudo

Esta pesquisa foi realizada no período de 2009 a 2012 em 3 instituições listadas a seguir:

1. Hospital Nossa Senhora de Fátima (NSF) - Hospital filantrópico filiado ao SUS (Sistema Único de Saúde).

Trata-se de um hospital filantrópico, com capacidade para 140 pacientes do sexo feminino em regime de internação. As pacientes são internadas por transtornos mentais diversos incluindo dependência química e o projeto terapêutico é dirigido segundo os preceitos de trabalho em equipe multidisciplinar. Nesta instituição, o projeto teve como objetivo mensurar as percepções dos profissionais sobre o consumo da maconha, visando-se à avaliação de profissionais vinculados à assistência em um serviço de atendimento em psiquiatria geral.

2. Serviço específico do SUS (CAPS-AD)

Trata-se de um Centro de Atenção Psicossocial específico para transtornos relacionados ao uso de substâncias localizado na Zona Norte de São Paulo no bairro Cachoeirinha. O objetivo do projeto nesta instituição foi avaliar percepções dos profissionais especificamente vinculados ao tratamento de transtornos relacionados ao uso de substâncias.

3. Serviço acadêmico (Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - HC).

Trata-se de uma instituição com ênfase no ensino e pesquisa além da assistência em ambulatorios, internações e hospital-dia. Os pacientes são tratados devido a transtornos mentais diversos. O objetivo do projeto nesta instituição foi avaliar as percepções dos profissionais vinculados a um serviço que contempla ensino e pesquisa.

4.2 Desenho do estudo

Estudo transversal, constituído de entrevistas com profissionais da área da saúde mental em três instituições distintas. Foram avaliados profissionais selecionados aleatoriamente por meio de sorteio no HC e todos os profissionais das outras instituições. Para a avaliação foi utilizado um instrumento de autopreenchimento desenvolvido pelos pesquisadores, já que a investigação da literatura, até o momento, não evidenciou a existência de questionário para este fim. Tal questionário foi composto por questões sociodemográficas listadas a seguir:

1. Nível educacional do pai e da mãe
2. Sexo
3. Estado civil
4. Religião
5. Profissão
6. Renda
7. Atuação
8. Idade
9. Atendimento de usuários de drogas
10. Uso de maconha na vida

11. Teve ou não algum tipo de transtorno mental

Após as questões sobre as características sociodemográficas, 31 afirmativas eram apresentadas aos sujeitos e as respostas poderiam variar em uma escala de 1 a 7, no qual 1 era discordo plenamente e 7 concordo plenamente. Os números apresentados entre parênteses nos resultados representam a média dos escores obtidos entre os profissionais para cada afirmativa.

1- A maconha é a droga ilícita mais usada em nosso meio	1 2 3 4 5 6 7
2- A maconha possui ação direta no sistema nervoso central	1 2 3 4 5 6 7
3- A maconha pode ser considerada uma droga leve	1 2 3 4 5 6 7
4- A maconha produz dependência	1 2 3 4 5 6 7
5- Indivíduos dependentes da maconha podem ter abstinência da droga quando diminuem ou param de usar	1 2 3 4 5 6 7
6- A maconha pode ser uma porta de entrada para outras drogas	1 2 3 4 5 6 7
7- Utilizar maconha pode controlar a fissura por outras drogas	1 2 3 4 5 6 7
8- O uso da maconha pode desencadear depressão e outros transtornos de humor	1 2 3 4 5 6 7
9- O uso da maconha pode desencadear transtorno de ansiedade	1 2 3 4 5 6 7
10- O uso da maconha pode desencadear transtorno psicótico	1 2 3 4 5 6 7
11- O uso da maconha e derivados para fins terapêuticos deveria ser proibido	1 2 3 4 5 6 7
12- Existe tratamento para dependência de maconha	1 2 3 4 5 6 7
13- Um usuário de maconha deve ser encaminhado para tratamento	1 2 3 4 5 6 7
14- O uso da maconha deve ser tolerado	1 2 3 4 5 6 7
15- O uso da maconha deve ser descriminalizado	1 2 3 4 5 6 7
16- A maconha produz prejuízos cognitivos (memória, atenção, funções executivas)	1 2 3 4 5 6 7
17- O álcool é mais prejudicial que a maconha	1 2 3 4 5 6 7
18- Fumar maconha faz parte da adolescência	1 2 3 4 5 6 7
19- Maconha é menos prejudicial que o tabaco	1 2 3 4 5 6 7
20- Maconha pode ser usada para tratamento de dependência	1 2 3 4 5 6 7

de outras drogas	
21- O tratamento para maconha é parecido com o tratamento para outras drogas	1 2 3 4 5 6 7
22- A maconha traz prejuízos físicos, psicológicos e sociais	1 2 3 4 5 6 7
23- Os pais deveriam tolerar o uso de maconha em casa	1 2 3 4 5 6 7
24- O risco de ser pego pela polícia fumando maconha é maior do que da própria droga	1 2 3 4 5 6 7
25- Não trataria de um indivíduo que só usa maconha	1 2 3 4 5 6 7
26- Não internaria dependentes de maconha se só usassem maconha	1 2 3 4 5 6 7
27- O uso da maconha deve ser legalizado	1 2 3 4 5 6 7
28- Existem riscos do uso da maconha na gravidez	1 2 3 4 5 6 7
29- Fumante passivo (exposto a fumaça) de maconha não apresenta riscos	1 2 3 4 5 6 7
30- Considera-se careta e conservador quem “fala mal” da maconha	1 2 3 4 5 6 7
31- Considero-me bem informado sobre a maconha	1 2 3 4 5 6 7

4.3 Critério de inclusão

Serem profissionais de saúde mental (psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e enfermeiros) vinculados ao serviço de saúde pesquisado.

4.4 Critério de exclusão

Não houve critérios de exclusão.

4.5 Análise estatística

Para as variáveis categóricas, a descrição dos resultados foi realizada através da frequência e desvio padrão. Para as contínuas, apresentou-se o valor mínimo, máximo, média e desvio padrão. A análise

das hipóteses foi gerada através do teste qui-quadrado ou exato de Fisher, sendo este último usado apenas quando havia análise 2x2.

Para análise estatística utilizou-se o programa SPSS versão 14. P-valores $\leq 0,05$ foram considerados significantes do ponto de vista estatístico. Entre 0,05 e 0,1, a significância foi considerada marginal.

4.6 Cálculos do tamanho da amostra

A amostra constituiu-se de 70 profissionais. Para determinação deste valor foi realizado um estudo piloto, já que não foi encontrado nenhum estudo similar na literatura.

Não houve recusa por parte de nenhum profissional do CAPS e NSF. Quatro médicos do HC, inicialmente sorteados, receberam o questionário e não o devolveram. Nesta situação, após o término do prazo de uma semana, foram chamados os médicos que vinham a seguir em uma lista de 24, que foram sorteados no início do estudo.

4.7 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 com o número de protocolo 1020/08. Todos os sujeitos assinaram um termo de consentimento de sua participação voluntária.

5. Resultados

5.1 Dados sociodemográficos

A tabela 1 apresenta as características sociodemográficas da amostra nas três instituições. Entre os 70 participantes do estudo, 29 (41,4%) eram psiquiatras, 11 (15,7%) psicólogos, 10 (14,3%) assistentes sociais, 10 (14,3%) terapeutas ocupacionais e 10 (14,3%) enfermeiros. A maioria dos participantes, 49 (70%) pertencia ao sexo feminino. Quanto ao estado civil, houve predominância dos solteiros 37 (52,8%), seguidos pelos casados 27 (38,6%), separados 4 (5,7%) e viúvos 2 (2,9%). Em relação a filhos, a maioria, 41 (58,6%) não os tinha.

Observou-se que 36 (51,4%) profissionais eram católicos e estes se distribuíram igualmente entre as três instituições. Quatorze (20%) dos profissionais não apresentavam nenhuma religião. O HC, com 25% dos sujeitos, foi o local com maior frequência dos profissionais que não apresentavam nenhuma religião.

A média de idade dos sujeitos foi de 34 anos e também não houve diferença entre as três instituições.

Não houve diferenças quanto às características sociodemográficas entre os profissionais das três instituições.

Tabela 1 : Características sociodemográficas da amostra

Característica	Total	*NSF	**CAPS	***HC	P-Valor
<u>Profissionais</u>	70 (100,0%)	23 (32,9%)	23 (32,9%)	24 (34,3%)	
<u>Profissões</u>					0,98
Psiquiatra	29 (41,4%)	7 (24,1%)	10 (34,5%)	12 (41,4%)	
Psicólogos	11 (15,7%)	4 (36,4%)	4 (36,4%)	3 (27,3%)	
Enfermeiro	10 (14,3%)	4 (40,0%)	3 (30,0%)	3 (30,0%)	
Assistente Social	10 (14,3%)	4 (40,0%)	3 (30,0%)	3 (30,0%)	
Terapeutas ocupacionais	10 (14,3%)	4 (40,0%)	3 (30,0%)	3 (30,0%)	
<u>Gênero</u>					0,49
Homens	21 (30,0%)	5 (23,8%)	7 (33,3%)	9 (42,9%)	
Mulheres	49 (70,0%)	18 (36,7%)	16 (32,7%)	15 (30,6%)	
<u>Estado civil</u>					0,71
Solteiro	38 (52,9%)	14 (37,8%)	14 (37,8%)	10 (27,0%)	
Casados	27 (38,6%)	7 (25,9%)	9 (33,3%)	11 (40,7%)	
Viúvos	2 (2,9%)	1 (50,0%)	0 (0,0%)	1 (50,0%)	
Separados	4 (5,7%)	1 (25,0%)	0 (0,0%)	2 (50,0%)	
<u>Filhos</u>					0,32
Sim	29 (41,4%)	10 (34,5%)	7 (24,1%)	10 (34,5%)	
Não	41 (58,6%)	13 (31,7%)	16 (39,0%)	14 (34,1%)	
<u>Religião</u>					0,23
Católicos	36 (51,4%)	12 (33,3%)	12 (33,3%)	12 (33,3%)	
Evangélicos	8 (11,4%)	3 (37,5%)	3 (37,5%)	2 (25,0%)	
Espíritas	7 (10,0%)	2 (28,6%)	4 (57,1%)	1 (14,3%)	
Judeus	3 (4,3%)	1 (33,3%)	0 (0,0%)	2 (66,7%)	
Budistas	2 (2,9%)	1 (50,0%)	0 (0,0%)	1 (50,0%)	
Nenhuma	14 (20,0%)	4 (28,6%)	4 (28,6%)	6 (42,9%)	

*NSF- Hospital Nossa Senhora de Fátima

** CAPS- Centro de atenção psicossocial

***HC- Hospital das Clínicas

A tabela 2 apresenta características dos profissionais de cada instituição quanto ao consumo de drogas e presença de algum transtorno psiquiátrico. Quase a totalidade dos profissionais 69 (98,6%) atende usuários de drogas. A maioria da amostra (58,6%) relatou já ter feito uso de drogas na vida. A droga mais usada foi o álcool (48,6%) seguido pela maconha (22,9%), ambas com maior frequência de uso nos profissionais do Hospital das Clínicas. Quanto à frequência do uso, 38 (54,4%) relataram ter feito uso na vida, 18 (25,8%) no último ano e 16 (22,9%) no último mês. Trinta e dois sujeitos (45,7%) não responderam a essa questão.

Quando questionados se apresentavam algum transtorno psiquiátrico, 60 (85,7%) responderam que não, 7 (10%) responderam que sim e 3 (4,3%) não responderam. Dos que responderam que apresentavam algum transtorno psiquiátrico, 6 (8,6%) relataram ter depressão e 1 (1,4%) transtorno de ansiedade.

A maior porcentagem de uso de cannabis na vida foi observada no HC e a diferença foi significativa ($p=0,02$).

Tabela 2: Consumo de drogas e transtornos psiquiátricos entre profissionais de saúde mental

Tabela 2: Consumo de drogas e transtornos psiquiátricos entre profissionais de saúde mental									
Questões	Total		NSF		CAPS		HC		P-Valor
<u>Atende usuários de drogas</u>									
Sim	69	(98,6%)	22	(32,4%)	23	(33,8%)	23	(33,8)	1
Não	1	(1,4%)	0	(0,0%)	0	(0,0%)	1	-(4,2%)	
<u>Já fez uso de drogas</u>									
Sim	41	(58,6%)	7	(17,1%)	18	(43,9%)	16	(39,0%)	0,1
Não	28	(40,0%)	15	(53,6%)	5	(17,9%)	8	(28,6%)	
Não respondeu	1	(1,4%)	1	-(1,4%)		(0,0%)		(0,0%)	
<u>Droga</u>									
Maconha	16	(22,9%)	2	(12,5%)	4	(25,0%)	10	(62,5%)	0,02
Álcool	34	(48,6%)	7	(20,6%)	13	(38,2%)	14	(41,2%)	0,10
Cocaína/crack	0	(0,0%)	0		0		0		
Lança-perfume	10	(14,3%)	1	(10,0%)	4	(40,0%)	5	(50,0%)	0,31
Ecstasy/LSD	4	(5,7%)	1	(25,0%)	1	(25,0%)	2	(50,0%)	0,79
Cola	2	(2,9%)	1	(50,0%)	1	(50,0%)		(0,0%)	0,58
Outros	4	(5,7%)	2	-(50,0%)	2	(50,0%)	0	(0,0%)	0,33
<u>Frequência do uso</u>									
Na vida	20	(28,6%)	5	(25,0%)	10	(50,0%)	5	(25,0%)	0,65
Último ano	2	(2,9%)	1	(50,0%)	1	(50,0%)	0	(0,0%)	
Último mês	16	(22,9%)	2	(12,5%)	8	(50,0%)	6	(37,5%)	
Não responderam	32	(45,7%)	15	(46,9%)	4	(12,5%)	13	(40,6%)	
<u>Apresenta algum transtorno psiquiátrico</u>									
Sim	7	(10,0%)	1	(14,3%)	3	(42,9%)	3	(42,9%)	0,59
Não	60	(85,7%)	20	(33,3%)	20	(33,3%)	20	(33,3%)	
Não responderam	3	(4,3%)	2	(66,7%)	0	(0,0%)	1	(33,3%)	
<u>Transtorno Psiquiátrico</u>									
Ansiedade	1	(1,4%)	1	(100,0%)	0	(0,0%)	0	(0,0%)	0,03
Depressão	6	(8,6%)	0	(0,0%)	3	(50,0%)	3	(50,0%)	

5.2 Diferenças de gênero

Observou-se (tabela 3) que em apenas uma das afirmativas houve diferença do ponto de vista estatístico (Q31) entre os gêneros; em outra afirmativa houve uma significância marginal (Q11). **Considero-me bem informado sobre a maconha:** mais profissionais do sexo masculino consideram-se bem informado sobre a maconha (5,95), quando comparados ao sexo feminino (5,02). **O uso da maconha e derivados para fins terapêuticos deveria ser proibido:** Profissionais do sexo masculino discordam mais (3,71) do que profissionais do sexo feminino (4,82).

Tabela 3: Percepção, conhecimento e consumo de maconha de acordo com o gênero em uma amostra de 70 profissionais de saúde mental.

	Sexo Feminino			Masculino			Total			
	Media	N	DP	Media	N	DP	Media	N	DP	P Val
Q1	5,6	48	1,64	5,7	21	1,76	5,6	69	1,66	0,73
Q2	6,5	49	1,07	6,9	21	0,21	6,7	70	0,92	0,12
Q3	2,4	48	1,63	2,3	21	1,49	2,4	69	1,58	0,75
Q4	6,4	48	0,96	6,3	20	1,21	6,3	68	1,03	0,93
Q5	6,1	49	1,50	6,4	21	1,36	6,2	70	1,46	0,23
Q6	6,3	49	1,21	6,1	21	1,72	6,2	70	1,37	0,47
Q7	3,9	49	1,96	3,6	21	2,03	3,8	70	1,98	0,47
Q8	6,4	49	1,09	6,4	21	1,02	6,4	70	1,07	0,99
Q9	6,2	49	1,25	6,1	21	1,51	6,1	70	1,32	0,88
Q10	6,4	48	1,33	6,7	21	0,64	6,5	69	1,17	0,54
Q11	4,8	49	2,17	3,7	21	2,10	4,4	70	2,19	0,05
Q12	6,0	49	1,62	6,1	21	1,67	6,0	70	1,62	0,86
Q13	6,0	49	1,51	5,4	21	1,56	5,8	70	1,54	0,10
Q14	2,4	49	1,84	2,6	21	1,74	2,4	70	1,80	0,40
Q15	2,8	49	2,09	3,4	21	2,58	3,0	70	2,24	0,41
Q16	6,7	49	0,58	6,5	21	0,67	6,7	70	0,61	0,11
Q17	4,3	48	1,89	4,6	21	2,10	4,4	69	1,95	0,50
Q18	1,8	49	1,46	2,0	21	1,77	1,9	70	1,55	0,71
Q19	2,4	49	1,80	2,2	21	1,87	2,4	70	1,81	0,78
Q20	2,3	49	2,03	2,0	21	1,37	2,2	70	1,85	0,87
Q21	5,1	49	1,61	5,3	21	1,71	5,1	70	1,63	0,41
Q22	6,5	49	1,04	6,2	21	1,41	6,4	70	1,16	0,60
Q23	1,4	49	0,99	1,5	21	1,16	1,4	70	1,04	0,98
Q24	2,6	47	2,12	2,2	21	1,92	2,5	68	2,05	0,56
Q25	1,6	49	1,30	1,2	21	0,78	1,5	70	1,17	0,32
Q26	2,7	47	2,09	2,0	21	1,77	2,5	68	2,01	0,11
Q27	2,1	49	1,90	2,1	21	2,03	2,1	70	1,93	0,95
Q28	6,5	49	1,08	6,5	21	1,32	6,5	70	1,14	0,88
Q29	3,0	47	2,17	2,3	21	2,00	2,8	68	2,13	0,17
Q30	2,4	49	2,12	2,9	21	2,16	2,6	70	2,12	0,34
Q31	5,0	49	1,42	5,9	21	1,16	5,3	70	1,40	0,01

Q1: A maconha é a droga ilícita mais usada em nosso meio **Q2:** A maconha possui ação direta no SNC **Q3:** A maconha pode ser considerada uma droga leve **Q4:** A maconha produz dependência **Q5:** Indivíduos dependentes de maconha podem ter abstinência da droga quando diminuem ou param de usar **Q6:** A maconha pode ser uma porta de entrada para outras drogas **Q7:** Utilizar maconha pode controlar a fissura por outra droga **Q8:** O uso da maconha pode desencadear depressão e outros transtornos do humor **Q9:** O uso da maconha pode desencadear transtorno de ansiedade **Q10:** o uso da maconha pode desencadear transtorno psicótico **Q11:** O uso da maconha e derivados terapêuticos deveria ser proibido **Q12:** Existe tratamento para dependência de maconha **Q13:** Um usuário de maconha deve ser encaminhado para tratamento **Q14:** O uso de maconha deve ser tolerado **Q15:** O uso de maconha deve ser descriminalizado **Q16:** A maconha produz prejuízos cognitivos **Q17:** O Álcool é mais prejudicial que a maconha **Q18:** Fumar maconha faz parte da adolescência **Q19:** Maconha é menos prejudicial que o tabaco **Q20:** Maconha pode ser usada para tratamento de outras drogas **Q21:** O tratamento para maconha é parecido com o tratamento para outras drogas **Q22:** A maconha traz prejuízos físicos, psicológicos e sociais **Q23:** Os pais deveriam tolerar o uso de maconha em casa **Q24:** O risco de ser pego pela polícia fumando maconha é maior do que a própria droga **Q25:** Não trataria de um indivíduo que só usa maconha **Q26:** Não internaria dependentes de maconha se só usassem maconha **Q27:** O uso da maconha deve ser legalizado **Q28:** Existem riscos do uso da maconha na gravidez **Q29:** Fumante passivo de maconha não apresenta riscos **Q30:** Considera-se careta e conservador quem “fala Mal” da maconha **Q31:** Considero-me bem informado sobre maconha.

5.3 Estado civil e percepção sobre maconha

Na tabela 4 apenas uma afirmativa foi significativa do ponto de vista estatístico (Q15) **o uso da maconha deve ser descriminalizado**: Os não casados discordam mais dessa questão (2,5) comparados aos casados (3,5). A questão **A maconha possui ação direta no SNC** (Q2) foi significativa marginalmente, os casados (6,8) concordam mais com essa afirmativa comparado aos não casados (6,6).

Tabela 4: Percepção, conhecimento e consumo de maconha de acordo com o estado civil em uma amostra de 70 profissionais de saúde mental.

Estado Civil	Não casado			Casado			Total			
	Media	N	DP	Media	N	DP	Media	N	DP	P-valor
Q1	5,5	38	1,53	5,7	30	1,85	5,6	68	1,67	0,18
Q2	6,6	38	0,94	6,8	31	0,91	6,7	69	0,92	0,10
Q3	2,1	38	1,34	2,7	31	1,80	2,4	69	1,58	0,18
Q4	6,4	38	1,00	6,3	29	1,10	6,3	67	1,04	0,70
Q5	6,3	38	1,23	6,0	31	1,71	6,1	69	1,46	0,47
Q6	6,2	38	1,56	6,3	31	1,13	6,2	69	1,37	0,71
Q7	4,0	38	1,91	3,7	31	2,04	3,9	69	1,96	0,65
Q8	6,4	38	0,86	6,3	31	1,30	6,4	69	1,07	0,69
Q9	6,2	38	1,00	6,0	31	1,66	6,1	69	1,33	0,88
Q10	6,4	37	1,19	6,7	31	0,57	6,5	68	0,96	0,52
Q11	4,4	38	2,23	4,4	31	2,17	4,4	69	2,19	0,90
Q12	6,1	38	1,42	5,8	31	1,87	6,0	69	1,63	0,54
Q13	5,6	38	1,56	6,1	31	1,50	5,8	69	1,54	0,12
Q14	2,4	38	1,82	2,6	31	1,82	2,5	69	1,81	0,55
Q15	2,5	38	2,20	3,5	31	2,15	2,9	69	2,23	0,02
Q16	6,7	38	0,55	6,6	31	0,70	6,7	69	0,62	0,85
Q17	4,5	38	1,85	4,2	30	2,09	4,4	68	1,95	0,53
Q18	1,8	38	1,56	2,0	31	1,56	1,9	69	1,56	0,33
Q19	2,5	38	1,81	2,3	31	1,85	2,4	69	1,81	0,53
Q20	2,4	38	2,03	1,9	31	1,62	2,2	69	1,86	0,27
Q21	5,2	38	1,43	5,1	31	1,89	5,1	69	1,64	0,76
Q22	6,5	38	0,72	6,3	31	1,56	6,4	69	1,17	0,46
Q23	1,5	38	1,13	1,3	31	0,95	1,4	69	1,05	0,44
Q24	2,4	37	2,07	2,6	30	2,07	2,5	67	2,06	0,64
Q25	1,5	38	1,13	1,5	31	1,26	1,5	69	1,18	0,88
Q26	2,3	37	1,94	2,7	30	2,04	2,5	67	1,98	0,32
Q27	2,3	38	2,28	1,8	31	1,37	2,1	69	1,94	0,55
Q28	6,5	38	1,13	6,5	31	1,20	6,5	69	1,15	0,85
Q29	2,7	36	2,11	2,9	31	2,19	2,8	67	2,13	0,67
Q30	2,5	38	2,07	2,7	31	2,23	2,6	69	2,13	0,78
Q31	5,2	38	1,48	5,3	31	1,35	5,3	69	1,41	0,78

Q1: A maconha é a droga ilícita mais usada em nosso meio **Q2:** A maconha possui ação direta no SNC **Q3:** A maconha pode ser considerada uma droga leve **Q4:** A maconha produz dependência **Q5:** Indivíduos dependentes de maconha podem ter abstinência da droga quando diminuem ou param de usar **Q6:** A maconha pode ser uma porta de entrada para outras drogas **Q7:** Utilizar maconha pode controlar a fissura por outra droga **Q8:** O uso da maconha pode desencadear depressão e outros transtornos do humor **Q9:** O uso da maconha pode desencadear transtorno de ansiedade **Q10:** o uso da maconha pode desencadear transtorno psicótico **Q11:** O uso da maconha e derivados terapêuticos deveria ser proibido **Q12:** Existe tratamento para dependência de maconha **Q13:** Um usuário de maconha deve ser encaminhado para tratamento **Q14:** O uso de maconha deve ser tolerado **Q15:** O uso de maconha deve ser descriminalizado **Q16:** A maconha produz prejuízos cognitivos **Q17:** O Álcool é mais prejudicial que a maconha **Q18:** Fumar maconha faz parte da adolescência **Q19:** Maconha é menos prejudicial que o tabaco **Q20:** Maconha pode ser usada para tratamento de outras drogas **Q21:** O tratamento para maconha é parecido com o tratamento para outras drogas **Q22:** A maconha traz prejuízos físicos, psicológicos e sociais **Q23:** Os pais deveriam tolerar o uso de maconha em casa **Q24:** O risco de ser pego pela policia fumando maconha é maior do que a própria droga **Q25:** Não trataria de um individuo que só usa maconha **Q26:** Não internaria dependentes de maconha se só usassem maconha **Q27:** O uso da maconha deve ser legalizado **Q28:** Existem riscos do uso da maconha na gravidez **Q29:** Fumante passivo de maconha não apresenta riscos **Q30:** Considera-se careta e conservador quem “fala Mal” da maconha **Q31:** Considero-me bem informado sobre maconha.

5.4 Filhos e percepção sobre maconha

Na tabela 5 as diferenças de respostas das questões 13 e 29 foram significativas do ponto de vista estatístico. **Um usuário de maconha deve ser encaminhado para tratamento:** profissionais que tem filhos concordam mais com essa afirmativa (6,3) quando comparados com quem não tem filhos (5,6). **Fumante passivo de maconha não apresenta riscos:** quem não tem filhos discorda mais dessa afirmativa (2,4) do que quem tem filhos (3,6). A questão 31 **Considero-me bem informado sobre a maconha** foi marginalmente significativa, quem não tem filhos discorda mais dessa questão (5,6) quando comparado a quem tem filhos (5).

Tabela 5: Percepção, conhecimento e consumo de maconha em profissionais que tem ou não filhos em uma amostra de 70 profissionais de saúde mental.

Filhos	Não tem			Tem			Total			
	Media	N	DP	Media	N	DP	Media	N	DP	P-valor
Q1	5,3	40	1,83	6,0	27	1,34	5,6	67	1,67	0,13
Q2	6,7	41	0,80	6,6	27	1,11	6,6	68	0,93	0,94
Q3	2,4	41	1,53	2,3	27	1,64	2,4	68	1,56	0,84
Q4	6,3	40	1,11	6,4	26	0,94	6,3	66	1,04	0,97
Q5	6,2	41	1,30	6,0	27	1,71	6,1	68	1,47	0,45
Q6	6,0	41	1,64	6,5	27	0,80	6,2	68	1,38	0,54
Q7	4,2	41	1,96	3,4	27	1,92	3,8	68	1,97	0,09
Q8	6,5	41	0,80	6,1	27	1,38	6,4	68	1,08	0,20
Q9	6,2	41	1,32	6,0	27	1,38	6,1	68	1,34	0,55
Q10	6,6	41	0,88	6,5	26	1,10	6,5	67	0,97	0,50
Q11	4,4	41	2,29	4,3	27	2,05	4,4	68	2,18	0,84
Q12	6,2	41	1,49	5,8	27	1,81	6,0	68	1,62	0,31
Q13	5,6	41	1,54	6,3	27	1,30	5,9	68	1,48	0,03
Q14	2,5	41	1,83	2,4	27	1,82	2,5	68	1,81	0,93
Q15	2,6	41	2,13	3,4	27	2,29	2,9	68	2,21	0,10
Q16	6,7	41	0,52	6,5	27	0,74	6,7	68	0,62	0,22
Q17	4,4	41	1,91	4,2	26	2,03	4,3	67	1,94	0,78
Q18	1,9	41	1,43	1,9	27	1,78	1,9	68	1,57	0,89
Q19	2,2	41	1,60	2,6	27	2,14	2,4	68	1,83	0,82
Q20	2,2	41	1,92	2,3	27	1,83	2,2	68	1,87	0,83
Q21	4,9	41	1,66	5,4	27	1,60	5,1	68	1,64	0,24
Q22	6,6	41	0,70	6,1	27	1,64	6,4	68	1,17	0,47
Q23	1,4	41	0,97	1,4	27	1,18	1,4	68	1,05	0,44
Q24	2,3	40	1,90	2,9	26	2,28	2,5	66	2,06	0,27
Q25	1,4	41	1,05	1,6	27	1,39	1,5	68	1,19	0,55
Q26	2,5	41	2,09	2,5	25	1,85	2,5	66	1,99	0,81
Q27	2,2	41	2,19	1,9	27	1,53	2,1	68	1,94	0,97
Q28	6,5	41	1,20	6,5	27	1,12	6,5	68	1,16	0,42
Q29	2,4	40	1,96	3,6	26	2,24	2,8	66	2,14	0,02
Q30	2,5	41	2,00	2,8	27	2,37	2,6	68	2,14	0,69
Q31	5,6	41	1,30	5,0	27	1,30	5,3	68	1,32	0,06

Q1: A maconha é a droga ilícita mais usada em nosso meio **Q2:** A maconha possui ação direta no SNC **Q3:** A maconha pode ser considerada uma droga leve **Q4:** A maconha produz dependência **Q5:** Indivíduos dependentes de maconha podem ter abstinência da droga quando diminuem ou param de usar **Q6:** A maconha pode ser uma porta de entrada para outras drogas **Q7:** Utilizar maconha pode controlar a fissura por outra droga **Q8:** O uso da maconha pode desencadear depressão e outros transtornos do humor **Q9:** O uso da maconha pode desencadear transtorno de ansiedade **Q10:** o uso da maconha pode desencadear transtorno psicótico **Q11:** O uso da maconha e derivados terapêuticos deveria ser proibido **Q12:** Existe tratamento para dependência de maconha **Q13:** Um usuário de maconha deve ser encaminhado para tratamento **Q14:** O uso de maconha deve ser tolerado **Q15:** O uso de maconha deve ser descriminalizado **Q16:** A maconha produz prejuízos cognitivos **Q17:** O Álcool é mais prejudicial que a maconha **Q18:** Fumar maconha faz parte da adolescência **Q19:** Maconha é menos prejudicial que o tabaco **Q20:** Maconha pode ser usada para tratamento de outras drogas **Q21:** O tratamento para maconha é parecido com o tratamento para outras drogas **Q22:** A maconha traz prejuízos físicos, psicológicos e sociais **Q23:** Os pais deveriam tolerar o uso de maconha em casa **Q24:** O risco de ser pego pela polícia fumando maconha é maior do que a própria droga **Q25:** Não trataria de um indivíduo que só usa maconha **Q26:** Não internaria dependentes de maconha se só usassem maconha **Q27:** O uso da maconha deve ser legalizado **Q28:** Existem riscos do uso da maconha na gravidez **Q29:** Fumante passivo de maconha não apresenta riscos **Q30:** Considera-se careta e conservador quem “fala Mal” da maconha **Q31:** Considero-me bem informado sobre maconha.

5.5 Religião e percepção sobre maconha

Na tabela 6 apenas uma afirmativa (18) foi significativa estatisticamente: **Fumar maconha faz parte da adolescência**. Nessa afirmativa quem tem religião discorda mais (1,8) comparado a quem não tem (2,8). A afirmativa 22 **A maconha traz prejuízos físicos, psicológicos e sociais** foi marginalmente significativa. Nessa afirmativa quem tem religião concorda mais (6,6) comparado a quem não tem (5,8).

Tabela 6: Percepção, conhecimento e consumo de maconha em profissionais que tem ou não religião em uma amostra de 70 profissionais de saúde mental.

Religião	Não (N = 12)		Sim (N = 58)		P-valor
	Média	DP	Média	DP	
Q1	6,2	1,36	5,5	1,71	0,15
Q2	7,0	0,00	6,6	1,00	0,12
Q3	1,9	1,24	2,5	1,64	0,22
Q4	6,6	0,51	6,3	1,12	0,98
Q5	6,5	0,52	6,1	1,58	0,58
Q6	5,8	1,95	6,4	1,22	0,44
Q7	3,5	1,73	3,9	2,03	0,61
Q8	6,7	0,49	6,4	1,15	0,71
Q9	6,3	0,98	6,1	1,39	0,89
Q10	6,7	0,65	6,5	1,26	0,97
Q11	4,4	2,23	4,5	2,21	0,90
Q12	5,0	2,37	6,3	1,36	0,07
Q13	6,0	1,54	5,8	1,55	0,65
Q14	3,0	2,13	2,4	1,74	0,26
Q15	3,0	1,86	3,0	2,33	0,83
Q16	6,7	0,65	6,7	0,62	0,73
Q17	4,0	2,04	4,5	1,94	0,50
Q18	2,8	1,71	1,8	1,48	0,03
Q19	2,3	1,87	2,4	1,82	0,81
Q20	2,2	2,12	2,2	1,82	0,64
Q21	4,7	1,61	5,3	1,63	0,18
Q22	5,8	1,75	6,6	0,98	0,06
Q23	1,5	0,90	1,4	1,08	0,30
Q24	2,2	1,95	2,6	2,09	0,58
Q25	1,2	0,39	1,6	1,27	0,53
Q26	2,2	1,47	2,6	2,12	0,72
Q27	2,6	2,35	2,0	1,84	0,43
Q28	6,5	1,17	6,6	1,16	0,65
Q29	2,8	2,04	2,8	2,17	0,76
Q30	2,8	2,17	2,6	2,14	0,54
Q31	5,5	1,38	5,3	1,42	0,63

Q1: A maconha é a droga ilícita mais usada em nosso meio **Q2:** A maconha possui ação direta no SNC **Q3:** A maconha pode ser considerada uma droga leve **Q4:** A maconha produz dependência **Q5:** Indivíduos dependentes de maconha podem ter abstinência da droga quando diminuem ou param de usar **Q6:** A maconha pode ser uma porta de entrada para outras drogas **Q7:** Utilizar maconha pode controlar a fissura por outra droga **Q8:** O uso da maconha pode desencadear depressão e outros transtornos do humor **Q9:** O uso da maconha pode desencadear transtorno de ansiedade **Q10:** o uso da maconha pode desencadear transtorno psicótico **Q11:** O uso da maconha e derivados terapêuticos deveria ser proibido **Q12:** Existe tratamento para dependência de maconha **Q13:** Um usuário de maconha deve ser encaminhado para tratamento **Q14:** O uso de maconha deve ser tolerado **Q15:** O uso de maconha deve ser descriminalizado **Q16:** A maconha produz prejuízos cognitivos **Q17:** O Alcool é mais prejudicial que a maconha **Q18:** Fumar maconha faz parte da adolescência **Q19:** Maconha é menos prejudicial que o tabaco **Q20:** Maconha pode ser usada para tratamento de outras drogas **Q21:** O tratamento para maconha é parecido com o tratamento para outras drogas **Q22:** A maconha traz prejuízos físicos, psicológicos e sociais **Q23:** Os pais deveriam tolerar o uso de maconha em casa **Q24:** O risco de ser pego pela polícia fumando maconha é maior do que a própria droga **Q25:** Não trataria de um indivíduo que só usa maconha **Q26:** Não internaria dependentes de maconha se só usassem maconha **Q27:** O uso da maconha deve ser legalizado **Q28:** Existem riscos do uso da maconha na gravidez **Q29:** Fumante passivo de maconha não apresenta riscos **Q30:** Considera-se careta e conservador quem “fala Mal” da maconha **Q31:** Considero-me bem informado

5.5 Religião e percepção sobre a maconha

Na tabela 7, observa-se que três questões apresentaram diferenças de respostas significativas do ponto de vista estatístico e uma questão com significância marginal. A Q2 **A maconha possui ação direta no sistema nervoso central**: os evangélicos (7) concordam mais com essa questão comparados a católicos (6,4) e outros (6,9). Já a questão 22 **A maconha traz prejuízos físicos psicológicos e sociais**, profissionais evangélicos discordam mais dessa afirmativa (5,5) quando comparados a católicos (6,6) e quem apresenta outra religião (6,5). Na questão 27, **O uso de maconha deve ser legalizado**, católicos (1,6) e evangélicos (1,5), tendem a discordar mais dessa questão comparados a quem apresenta outra religião (2,8).

Tabela 7: Percepção, conhecimento e consumo de maconha de acordo com a religião em uma amostra de 70 profissionais de saúde mental.

Religião	Católico			Evangélico			Outros			Total			
	Media	N	DP	Media	N	DP	Media	N	DP	Media	N	DP	P-valor
Q1	5,6	35	1,66	5,8	8	1,80	5,6	26	1,69	5,6	69	1,66	0,81
Q2	6,4	36	1,22	7,0	8	0,00	6,9	26	0,19	6,7	70	0,92	0,02
Q3	2,5	36	1,66	2,7	7	1,49	2,1	26	1,52	2,4	69	1,58	0,51
Q4	6,4	36	0,94	5,7	7	1,60	6,4	25	0,96	6,3	68	1,03	0,34
Q5	6,3	36	1,47	5,6	8	1,99	6,1	26	1,26	6,2	70	1,46	0,39
Q6	6,5	36	0,80	5,8	8	1,80	5,9	26	1,75	6,2	70	1,37	0,45
Q7	3,8	36	2,14	3,3	8	1,59	3,9	26	1,88	3,8	70	1,98	0,72
Q8	6,4	36	1,18	6,3	8	1,40	6,3	26	0,80	6,4	70	1,07	0,40
Q9	6,2	36	1,36	6,2	8	1,03	6,0	26	1,39	6,1	70	1,32	0,55
Q10	6,5	35	1,12	6,0	8	2,13	6,6	26	0,80	6,5	69	1,17	0,93
Q11	5,0	36	2,05	3,7	8	1,90	3,9	26	2,33	4,4	70	2,19	0,09
Q12	6,0	36	1,46	5,8	8	1,80	6,0	26	1,84	6,0	70	1,62	0,91
Q13	5,8	36	1,48	5,8	8	1,45	5,8	26	1,69	5,8	70	1,54	0,96
Q14	2,2	36	1,81	2,3	8	1,68	2,8	26	1,85	2,4	70	1,80	0,46
Q15	2,8	36	2,35	3,3	8	2,06	3,1	26	2,20	3,0	70	2,24	0,73
Q16	6,8	36	0,57	6,6	8	0,51	6,6	26	0,69	6,7	70	0,61	0,26
Q17	4,8	35	1,92	4,0	8	2,50	4,0	26	1,78	4,4	69	1,95	0,32
Q18	1,8	36	1,61	1,6	8	0,74	2,1	26	1,65	1,9	70	1,55	0,52
Q19	2,6	36	1,82	1,7	8	1,38	2,3	26	1,91	2,4	70	1,81	0,35
Q20	2,4	36	2,10	2,0	8	1,30	1,9	26	1,63	2,2	70	1,85	0,80
Q21	5,4	36	1,64	5,0	8	1,60	4,8	26	1,63	5,1	70	1,63	0,29
Q22	6,6	36	1,07	5,5	8	2,00	6,5	26	0,81	6,4	70	1,16	0,05
Q23	1,3	36	0,96	1,2	8	0,70	1,6	26	1,23	1,4	70	1,04	0,51
Q24	2,6	35	2,20	2,7	8	2,43	2,2	25	1,73	2,5	68	2,05	0,73
Q25	1,5	36	1,22	2,0	8	1,77	1,2	26	0,82	1,5	70	1,17	0,22
Q26	2,6	35	2,22	3,7	7	1,97	2,1	26	1,64	2,5	68	2,01	0,13
Q27	1,6	36	1,58	1,5	8	0,92	2,8	26	2,35	2,1	70	1,93	0,04
Q28	6,7	36	0,88	6,5	8	1,06	6,3	26	1,47	6,5	70	1,14	0,70
Q29	3,1	35	2,35	3,1	7	2,73	2,3	26	1,57	2,8	68	2,13	0,46
Q30	2,5	36	2,33	3,0	8	1,92	2,5	26	1,94	2,6	70	2,12	0,68
Q31	4,9	36	1,44	5,6	8	0,91	5,6	26	1,41	5,3	70	1,40	0,14

Q1: A maconha é a droga ilícita mais usada em nosso meio **Q2:** A maconha possui ação direta no SNC **Q3:** A maconha pode ser considerada uma droga leve **Q4:** A maconha produz dependência **Q5:** Indivíduos dependentes de maconha podem ter abstinência da droga quando diminuem ou param de usar **Q6:** A maconha pode ser uma porta de entrada para outras drogas **Q7:** Utilizar maconha pode controlar a fissura por outra droga **Q8:** O uso da maconha pode desencadear depressão e outros transtornos do humor **Q9:** O uso da maconha pode desencadear transtorno de ansiedade **Q10:** o uso da maconha pode desencadear transtorno psicótico **Q11:** O uso da maconha e derivados terapêuticos deveria ser proibido **Q12:** Existe tratamento para dependência de maconha **Q13:** Um usuário de maconha deve ser encaminhado para tratamento **Q14:** O uso de maconha deve ser tolerado **Q15:** O uso de maconha deve ser descriminalizado **Q16:** A maconha produz prejuízos cognitivos **Q17:** O Alcool é mais prejudicial que a maconha **Q18:** Fumar maconha faz parte da adolescência **Q19:** Maconha é menos prejudicial que o tabaco **Q20:** Maconha pode ser usada para tratamento de outras drogas **Q21:** O tratamento para maconha é parecido com o tratamento para outras drogas **Q22:** A maconha traz prejuízos físicos, psicológicos e sociais **Q23:** Os pais deveriam tolerar o uso de maconha em casa **Q24:** O risco de ser pego pela polícia fumando maconha é maior do que a própria droga **Q25:** Não trataria de um indivíduo que só usa maconha **Q26:** Não internaria dependentes de maconha se só usassem maconha **Q27:** O uso da maconha deve ser legalizado **Q28:** Existem riscos do uso da maconha na gravidez **Q29:** Fumante passivo de maconha não apresenta riscos **Q30:** Considera-se careta e conservador quem “fala Mal” da maconha **Q31:** Considero-me bem informado sobre maconha

5.6 Prática de religião e percepção sobre maconha

Quanto à relação de profissionais que praticam ou não religião e percepção sobre maconha (Tabela 8), apenas uma questão foi significativa do ponto de vista estatístico (Q14). Outras duas foram marginalmente significativas (Q13 e 19).

A afirmativa 14 diz que: **O uso da maconha deve ser tolerado.** Quem pratica alguma religião discorda mais dessa afirmativa (2) comparado a quem não pratica (3). A afirmativa 13 diz: **Um usuário de maconha deve ser encaminhado para tratamento,** quem pratica religião concorda mais com essa afirmativa (6,1) quando comparados com quem não pratica (5,5). **Maconha é menos prejudicial que o tabaco:** quem pratica religião (2,1) discorda mais dessa questão comparado a quem não pratica (2,7).

Tabela 8: Percepção, conhecimento e consumo de maconha de acordo com a prática de religião em uma amostra de 70 profissionais de saúde mental

Prática	Não			Sim			Total			P –valor
	Media	N	DP	Media	N	DP	Media	N	DP	
Q1	5,8	33	1,41	5,5	36	1,87	5,6	69	1,66	0,63
Q2	6,7	34	0,89	6,6	36	0,95	6,7	70	0,92	0,97
Q3	2,5	34	1,69	2,3	35	1,49	2,4	69	1,58	0,75
Q4	6,4	33	0,96	6,3	35	1,11	6,3	68	1,03	0,98
Q5	6,3	34	1,25	6,0	36	1,63	6,2	70	1,46	0,83
Q6	6,0	34	1,64	6,5	36	1,02	6,2	70	1,37	0,20
Q7	3,6	34	1,99	4,0	36	1,97	3,8	70	1,98	0,40
Q8	6,3	34	1,15	6,4	36	1,00	6,4	70	1,07	0,57
Q9	6,2	34	1,28	6,1	36	1,38	6,1	70	1,32	0,80
Q10	6,5	34	0,85	6,4	35	1,42	6,5	69	1,17	0,69
Q11	4,6	34	2,11	4,3	36	2,29	4,4	70	2,19	0,55
Q12	5,8	34	1,62	6,1	36	1,63	6,0	70	1,62	0,16
Q13	5,5	34	1,72	6,1	36	1,28	5,8	70	1,54	0,07
Q14	3,0	34	2,00	2,0	36	1,47	2,4	70	1,80	0,03
Q15	3,2	34	2,31	2,8	36	2,19	3,0	70	2,24	0,49
Q16	6,6	34	0,72	6,7	36	0,50	6,7	70	0,61	0,98
Q17	4,5	34	1,83	4,3	35	2,08	4,4	69	1,95	0,66
Q18	1,9	34	1,53	1,9	36	1,59	1,9	70	1,55	0,86
Q19	2,7	34	1,94	2,1	36	1,65	2,4	70	1,81	0,09
Q20	2,2	34	1,83	2,2	36	1,90	2,2	70	1,85	0,95
Q21	5,0	34	1,70	5,3	36	1,58	5,1	70	1,63	0,56
Q22	6,2	34	1,52	6,6	36	0,64	6,4	70	1,16	0,77
Q23	1,4	34	0,92	1,4	36	1,15	1,4	70	1,04	0,61
Q24	2,6	34	2,22	2,3	34	1,89	2,5	68	2,05	0,67
Q25	1,5	34	1,16	1,5	36	1,20	1,5	70	1,17	0,87
Q26	2,3	34	1,80	2,7	34	2,21	2,5	68	2,01	0,51
Q27	2,5	34	2,27	1,7	36	1,48	2,1	70	1,93	0,12
Q28	6,4	34	1,30	6,6	36	0,98	6,5	70	1,14	0,46
Q29	2,9	34	2,02	2,7	34	2,26	2,8	68	2,13	0,40
Q30	2,5	34	2,10	2,6	36	2,17	2,6	70	2,12	0,61
Q31	5,2	34	1,53	5,3	36	1,29	5,3	70	1,40	0,83

Q1: A maconha é a droga ilícita mais usada em nosso meio **Q2:** A maconha possui ação direta no SNC **Q3:** A maconha pode ser considerada uma droga leve **Q4:** A maconha produz dependência **Q5:** Indivíduos dependentes de maconha podem ter abstinência da droga quando diminuem ou param de usar **Q6:** A maconha pode ser uma porta de entrada para outras drogas **Q7:** Utilizar maconha pode controlar a fissura por outra droga **Q8:** O uso da maconha pode desencadear depressão e outros transtornos do humor **Q9:** O uso da maconha pode desencadear transtorno de ansiedade **Q10:** o uso da maconha pode desencadear transtorno psicótico **Q11:** O uso da maconha e derivados terapêuticos deveria ser proibido **Q12:** Existe tratamento para dependência de maconha **Q13:** Um usuário de maconha deve ser encaminhado para tratamento **Q14:** O uso de maconha deve ser tolerado **Q15:** O uso de maconha deve ser descriminalizado **Q16:** A maconha produz prejuízos cognitivos **Q17:** O Álcool é mais prejudicial que a maconha **Q18:** Fumar maconha faz parte da adolescência **Q19:** Maconha é menos prejudicial que o tabaco **Q20:** Maconha pode ser usada para tratamento de outras drogas **Q21:** O tratamento para maconha é parecido com o tratamento para outras drogas **Q22:** A maconha traz prejuízos físicos, psicológicos e sociais **Q23:** Os pais deveriam tolerar o uso de maconha em casa **Q24:** O risco de ser pego pela polícia fumando maconha é maior do que a própria droga **Q25:** Não trataria de um indivíduo que só usa maconha **Q26:** Não internaria dependentes de maconha se só usassem maconha **Q27:** O uso da maconha deve ser legalizado **Q28:** Existem riscos do uso da maconha na gravidez **Q29:** Fumante passivo de maconha não apresenta riscos **Q30:** Considera-se careta e conservador quem “fala Mal” da maconha **Q31:** Considero-me bem informado sobre maconha

5.7 Instituição e percepção sobre maconha

Na tabela 9, 3 questões mostraram diferenças estatisticamente significativas: Q18 **Fumar maconha faz parte da adolescência**, nessa afirmativa o hospital NSF discorda mais (1,3) seguido do CAPS (1,8) e por fim HC (2,5). A Afirmativa 20 **A Maconha pode ser usada para tratamento de dependências de outras drogas**, o hospital NSF é o que mais discorda dessa afirmativa (1,3) seguida pelo HC (2,4) e por fim o CAPS (2,9). **Não trataria de um indivíduo que só usa maconha**, nessa afirmativa profissionais do hospital NSF discordam mais (1,1) seguido pelo HC (1,5) e por fim o CAPS (1,8). Três afirmativas também foram marginalmente significativas. Q12 **Existe tratamento para dependência de maconha**, profissionais do hospital NSF concordam mais com essa afirmativa (6,3) seguidos pelo CAPS (6,1) e HC (5,6). A Q16 **A maconha produz prejuízos cognitivos**, profissionais do NSF concordam mais com essa questão (6,8), seguidos pelo CAPS (6,7) e HC (6,5). A Q30 **Considera-se careta e conservador quem “fala mal” da maconha**: nessa afirmativa, profissionais do hospital NSF discordam mais (1,7), seguidos do HC (2,8) e CAPS (3,1).

Tabela 9: Percepção, conhecimento e consumo de maconha em três instituições diferentes em uma amostra de 70 profissionais de saúde mental.

Instituição	CAPS			HC			NSF			Total			P-Valor
	Media	N	DP	Media	N	DP	Media	N	DP	Media	N	DP	
Q1	5,4	22	1,73	5,7	24	1,86	5,7	23	1,42	5,6	69	1,66	0,59
Q2	6,7	23	0,85	6,8	24	0,63	6,4	23	1,20	6,7	70	0,92	0,15
Q3	2,7	23	1,52	2,4	23	1,53	2,1	23	1,72	2,4	69	1,58	0,34
Q4	6,3	22	0,95	6,4	23	1,03	6,3	23	1,14	6,3	68	1,03	0,78
Q5	6,2	23	1,54	5,9	24	1,68	6,3	23	1,11	6,2	70	1,46	0,61
Q6	6,3	23	1,11	5,9	24	1,88	6,5	23	0,84	6,2	70	1,37	0,48
Q7	4,3	23	1,82	3,4	24	1,86	3,8	23	2,22	3,8	70	1,98	0,33
Q8	6,4	23	1,28	6,3	24	0,77	6,4	23	0,89	6,4	70	1,07	0,29
Q9	6,1	23	1,60	6,0	24	1,39	6,3	23	0,93	6,1	70	1,32	0,63
Q10	6,5	23	1,16	6,4	23	1,31	6,5	23	1,08	6,5	69	1,17	0,96
Q11	4,3	23	2,27	4,8	24	2,05	4,1	23	2,30	4,4	70	2,19	0,58
Q12	6,1	23	1,80	5,6	24	1,71	6,3	23	1,30	6,0	70	1,62	0,08
Q13	5,9	23	1,74	5,6	24	1,68	6,0	23	1,16	5,8	70	1,54	0,72
Q14	2,1	23	1,51	2,9	24	1,93	2,3	23	1,92	2,4	70	1,80	0,34
Q15	2,7	23	2,17	3,4	24	2,33	2,9	23	2,25	3,0	70	2,24	0,54
Q16	6,7	23	0,67	6,5	24	0,65	6,8	23	0,49	6,7	70	0,61	0,07
Q17	4,5	23	1,83	4,5	24	2,16	4,1	22	1,89	4,4	69	1,95	0,77
Q18	1,8	23	1,26	2,5	24	1,91	1,3	23	1,19	1,9	70	1,55	0,01
Q19	2,4	23	1,83	2,8	24	2,11	1,9	23	1,34	2,4	70	1,81	0,19
Q20	2,9	23	2,17	2,4	24	1,95	1,3	23	0,88	2,2	70	1,85	0,01
Q21	5,3	23	1,79	4,7	24	1,64	5,4	23	1,44	5,1	70	1,63	0,32
Q22	6,4	23	1,34	6,5	24	0,78	6,3	23	1,33	6,4	70	1,16	0,66
Q23	1,5	23	1,16	1,4	24	1,06	1,3	23	0,92	1,4	70	1,04	0,56
Q24	2,9	23	2,13	2,2	23	1,78	2,4	22	2,26	2,5	68	2,05	0,42
Q25	1,8	23	1,46	1,5	24	1,21	1,1	23	0,62	1,5	70	1,17	0,05
Q26	3,3	23	2,30	2,1	22	1,81	2,1	23	1,74	2,5	68	2,01	0,13
Q27	2,0	23	1,89	2,1	24	1,90	2,1	23	2,07	2,1	70	1,93	0,73
Q28	6,6	23	1,27	6,4	24	1,28	6,6	23	0,88	6,5	70	1,14	0,75
Q29	2,3	23	2,06	3,0	23	1,90	3,0	22	2,43	2,8	68	2,13	0,48
Q30	3,1	23	2,41	2,8	24	2,17	1,7	23	1,53	2,6	70	2,12	0,06
Q31	5,1	23	1,18	5,5	24	1,64	5,2	23	1,38	5,3	70	1,40	0,43

Q1: A maconha é a droga ilícita mais usada em nosso meio **Q2:** A maconha possui ação direta no SNC **Q3:** A maconha pode ser considerada uma droga leve **Q4:** A maconha produz dependência **Q5:** Indivíduos dependentes de maconha podem ter abstinência da droga quando diminuem ou param de usar **Q6:** A maconha pode ser uma porta de entrada para outras drogas **Q7:** Utilizar maconha pode controlar a fissura por outra droga **Q8:** O uso da maconha pode desencadear depressão e outros transtornos do humor **Q9:** O uso da maconha pode desencadear transtorno de ansiedade **Q10:** o uso da maconha pode desencadear transtorno psicótico **Q11:** O uso da maconha e derivados terapêuticos deveria ser proibido **Q12:** Existe tratamento para dependência de maconha **Q13:** Um usuário de maconha deve ser encaminhado para tratamento **Q14:** O uso de maconha deve ser tolerado **Q15:** O uso de maconha deve ser descriminalizado **Q16:** A maconha produz prejuízos cognitivos **Q17:** O Álcool é mais prejudicial que a maconha **Q18:** Fumar maconha faz parte da adolescência **Q19:** Maconha é menos prejudicial que o tabaco **Q20:** Maconha pode ser usada para tratamento de outras drogas **Q21:** O tratamento para maconha é parecido com o tratamento para outras drogas **Q22:** A maconha traz prejuízos físicos, psicológicos e sociais **Q23:** Os pais deveriam tolerar o uso de maconha em casa **Q24:** O risco de ser pego pela polícia fumando maconha é maior do que a própria droga **Q25:** Não trataria de um indivíduo que só usa maconha **Q26:** Não internaria dependentes de maconha se só usassem maconha **Q27:** O uso da maconha deve ser legalizado **Q28:** Existem riscos do uso da maconha na gravidez **Q29:** Fumante passivo de maconha não apresenta riscos **Q30:** Considera-se careta e conservador quem “fala Mal” da maconha **Q31:** Considero-me bem informado sobre maconha

5.8 Profissionais e percepção sobre maconha

Na tabela 10, os profissionais foram separados em médicos e não médicos. A questão 13 **Um usuário de maconha deve ser encaminhado para tratamento**, mostrou diferença na frequência de respostas. Não médicos concordam mais com essa questão (6,2) que os médicos (5,3). Já as afirmativas 4 e 16 foram marginalmente significativa. **A maconha produz dependência:** nessa afirmativa, não médicos concordam mais (6,6), comparado a médicos (6). **A maconha produz prejuízos cognitivos:** não médicos concordam mais (6,8) comparados aos médicos (6,5).

Tabela 10: Percepção, conhecimento e consumo de maconha de acordo com a profissão em uma amostra de 70 profissionais de saúde mental.

Profissão	Não médicos			Médicos			Total			
	Media	N	DP	Media	N	DP	Media	N	DP	P-valor
Q1	5,5	40	1,70	5,7	29	1,63	5,6	69	1,66	0,57
Q2	6,5	41	1,16	6,9	29	0,25	6,7	70	0,92	0,12
Q3	2,4	40	1,46	2,4	29	1,76	2,4	69	1,58	0,91
Q4	6,6	39	0,71	6,0	29	1,30	6,3	68	1,03	0,08
Q5	6,4	41	1,18	5,8	29	1,74	6,2	70	1,46	0,18
Q6	6,3	41	1,25	6,2	29	1,54	6,2	70	1,37	0,83
Q7	3,9	41	1,89	3,7	29	2,12	3,8	70	1,98	0,87
Q8	6,5	41	0,95	6,3	29	1,22	6,4	70	1,07	0,32
Q9	6,2	41	1,09	6,0	29	1,61	6,1	70	1,32	0,68
Q10	6,4	40	1,33	6,6	29	0,90	6,5	69	1,17	0,65
Q11	4,7	41	2,21	4,1	29	2,16	4,4	70	2,19	0,22
Q12	6,1	41	1,59	5,9	29	1,69	6,0	70	1,62	0,3
Q13	6,2	41	1,26	5,3	29	1,75	5,8	70	1,54	0,01
Q14	2,4	41	1,98	2,5	29	1,54	2,4	70	1,80	0,41
Q15	2,9	41	2,20	3,2	29	2,33	3,0	70	2,24	0,58
Q16	6,8	41	0,44	6,5	29	0,78	6,7	70	0,61	0,08
Q17	4,3	40	1,83	4,5	29	2,13	4,4	69	1,95	0,39
Q18	1,9	41	1,62	1,9	29	1,47	1,9	70	1,55	0,98
Q19	2,4	41	1,85	2,3	29	1,77	2,4	70	1,81	0,89
Q20	2,5	41	2,14	1,8	29	1,28	2,2	70	1,85	0,33
Q21	5,2	41	1,61	5,1	29	1,69	5,1	70	1,63	0,99
Q22	6,6	41	0,61	6,1	29	1,61	6,4	70	1,16	0,13
Q23	1,3	41	0,91	1,5	29	1,21	1,4	70	1,04	0,77
Q24	2,6	40	2,09	2,3	28	2,02	2,5	68	2,05	0,58
Q25	1,6	41	1,30	1,3	29	0,97	1,5	70	1,17	0,45
Q26	2,7	39	2,10	2,2	29	1,88	2,5	68	2,01	0,38
Q27	1,8	41	1,70	2,5	29	2,18	2,1	70	1,93	0,15
Q28	6,4	41	1,44	6,7	29	0,41	6,5	70	1,14	0,89
Q29	3,1	39	2,29	2,3	29	1,84	2,8	68	2,13	0,13
Q30	2,6	41	2,18	2,5	29	2,07	2,6	70	2,12	0,96
Q31	5,2	41	1,24	5,3	29	1,63	5,3	70	1,40	0,47

Q1: A maconha é a droga ilícita mais usada em nosso meio **Q2:** A maconha possui ação direta no SNC **Q3:** A maconha pode ser considerada uma droga leve **Q4:** A maconha produz dependência **Q5:** Indivíduos dependentes de maconha podem ter abstinência da droga quando diminuem ou param de usar **Q6:** A maconha pode ser uma porta de entrada para outras drogas **Q7:** Utilizar maconha pode controlar a fissura por outra droga **Q8:** O uso da maconha pode desencadear depressão e outros transtornos do humor **Q9:** O uso da maconha pode desencadear transtorno de ansiedade **Q10:** o uso da maconha pode desencadear transtorno psicótico **Q11:** O uso da maconha e derivados terapêuticos deveria ser proibido **Q12:** Existe tratamento para dependência de maconha **Q13:** Um usuário de maconha deve ser encaminhado para tratamento **Q14:** O uso de maconha deve ser tolerado **Q15:** O uso de maconha deve ser descriminalizado **Q16:** A maconha produz prejuízos cognitivos **Q17:** O Álcool é mais prejudicial que a maconha **Q18:** Fumar maconha faz parte da adolescência **Q19:** Maconha é menos prejudicial que o tabaco **Q20:** Maconha pode ser usada para tratamento de outras drogas **Q21:** O tratamento para maconha é parecido com o tratamento para outras drogas **Q22:** A maconha traz prejuízos físicos, psicológicos e sociais **Q23:** Os pais deveriam tolerar o uso de maconha em casa **Q24:** O risco de ser pego pela polícia fumando maconha é maior do que a própria droga **Q25:** Não trataria de um indivíduo que só usa maconha **Q26:** Não internaria dependentes de maconha se só usassem maconha **Q27:** O uso da maconha deve ser legalizado **Q28:** Existem riscos do uso da maconha na gravidez **Q29:** Fumante passivo de maconha não apresenta riscos **Q30:** Considera-se careta e conservador quem “fala Mal” da maconha **Q31:** Considero-me bem informado sobre maconha

5.9 Uso de droga na vida e percepção

Na tabela 11, observa-se que 5 afirmativas foram significativas do ponto de vista estatístico. **A maconha possui ação direta no SNC** (Q2): nessa afirmativa, quem já fez uso de droga concorda mais (6,9) do que quem não fez (6,3). **O uso de maconha deve ser tolerado** (Q14): nessa afirmativa quem nunca fez uso de droga discorda mais (1,9) comparado a quem já fez (2,8). **Fumar maconha faz parte da adolescência** (Q18): quem já fez uso de droga concorda mais com essa afirmativa (2,1) comparado a quem não fez (1,6). **Não internaria dependentes de maconha se só usassem maconha** (Q26): quem nunca fez uso de droga discorda mais dessa questão (1,9) do que quem já fez uso (2,9). **Considera-se careta e conservador quem “fala mal” da maconha** (Q30): quem já fez uso de drogas (5,4) concorda mais comparado a quem não fez (5,1).

Tabela 11: Percepção, conhecimento e consumo de droga na vida em uma amostra de 70 profissionais de saúde mental.

Usou droga	Não			Sim			Total			P-valor
	Media	N	DP	Media	N	DP	Media	N	DP	
Q1	6,0	28	1,24	5,5	40	1,82	5,7	68	1,61	0,46
Q2	6,3	28	1,36	6,9	41	0,21	6,7	69	0,92	0,00
Q3	2,4	27	1,73	2,4	41	1,51	2,4	68	1,59	0,73
Q4	6,5	27	0,93	6,2	40	1,10	6,3	67	1,04	0,35
Q5	6,3	28	1,30	6,1	41	1,57	6,1	69	1,46	0,63
Q6	6,5	28	1,17	6,1	41	1,49	6,2	69	1,38	0,25
Q7	4,0	28	2,14	3,7	41	1,87	3,8	69	1,97	0,61
Q8	6,6	28	0,62	6,2	41	1,28	6,4	69	1,07	0,54
Q9	6,4	28	0,87	6,0	41	1,53	6,2	69	1,31	0,43
Q10	6,4	27	1,39	6,5	41	1,02	6,5	68	1,17	0,87
Q11	4,8	28	2,20	4,2	41	2,20	4,5	69	2,20	0,21
Q12	6,3	28	1,33	5,8	41	1,80	6,0	69	1,63	0,29
Q13	6,1	28	1,31	5,7	41	1,69	5,8	69	1,55	0,33
Q14	1,9	28	1,64	2,8	41	1,86	2,4	69	1,81	0,05
Q15	2,7	28	2,15	3,2	41	2,31	3,0	69	2,24	0,52
Q16	6,8	28	0,35	6,6	41	0,73	6,7	69	0,62	0,17
Q17	4,5	27	2,02	4,4	41	1,93	4,4	68	1,95	0,75
Q18	1,6	28	1,47	2,1	41	1,60	1,9	69	1,56	0,04
Q19	2,4	28	1,79	2,3	41	1,86	2,4	69	1,82	0,68
Q20	2,4	28	2,20	2,1	41	1,61	2,2	69	1,86	0,96
Q21	5,2	28	1,55	5,1	41	1,71	5,2	69	1,64	0,93
Q22	6,7	28	0,46	6,2	41	1,44	6,4	69	1,16	0,38
Q23	1,3	28	0,86	1,5	41	1,16	1,4	69	1,05	0,32
Q24	2,2	26	2,02	2,7	41	2,09	2,5	67	2,06	0,24
Q25	1,3	28	1,02	1,6	41	1,28	1,5	69	1,18	0,28
Q26	1,9	26	1,73	2,9	41	2,13	2,5	67	2,03	0,05
Q27	1,8	28	1,87	2,2	41	2,00	2,1	69	1,94	0,33
Q28	6,6	28	1,19	6,5	41	1,14	6,5	69	1,15	0,35
Q29	3,0	27	2,28	2,6	40	1,95	2,7	67	2,08	0,57
Q30	2,0	28	1,99	3,0	41	2,17	2,6	69	2,14	0,03
Q31	5,1	28	1,25	5,4	41	1,51	5,3	69	1,41	0,19

Q1: A maconha é a droga ilícita mais usada em nosso meio **Q2:** A maconha possui ação direta no SNC
Q3: A maconha pode ser considerada uma droga leve **Q4:** A maconha produz dependência **Q5:** Indivíduos dependentes de maconha podem ter abstinência da droga quando diminuem ou param de usar **Q6:** A maconha pode ser uma porta de entrada para outras drogas **Q7:** Utilizar maconha pode controlar a fissura por outra droga **Q8:** O uso da maconha pode desencadear depressão e outros transtornos do humor **Q9:** O uso da maconha pode desencadear transtorno de ansiedade **Q10:** o uso da maconha pode desencadear transtorno psicótico **Q11:** O uso da maconha e derivados terapêuticos deveria ser proibido **Q12:** Existe tratamento para dependência de maconha **Q13:** Um usuário de maconha deve ser encaminhado para tratamento **Q14:** O uso de maconha deve ser tolerado **Q15:** O uso de maconha deve ser descriminalizado **Q16:** A maconha produz prejuízos cognitivos **Q17:** O Álcool é mais prejudicial que a maconha **Q18:** Fumar maconha faz parte da adolescência **Q19:** Maconha é menos prejudicial que o tabaco **Q20:** Maconha pode ser usada para tratamento de outras drogas **Q21:** O tratamento para maconha é parecido com o tratamento para outras drogas **Q22:** A maconha traz prejuízos físicos, psicológicos e sociais **Q23:** Os pais deveriam tolerar o uso de maconha em casa **Q24:** O risco de ser pego pela polícia fumando maconha é maior do que a própria droga **Q25:** Não trataria de um indivíduo que só usa maconha **Q26:** Não internaria dependentes de maconha se só usassem maconha **Q27:** O uso da maconha deve ser legalizado **Q28:** Existem riscos do uso da maconha na gravidez **Q29:** Fumante passivo de maconha não apresenta riscos **Q30:** Considera-se careta e conservador quem "fala Mal" da maconha **Q31:** Considero-me bem informado sobre maconha

5.10 Uso de maconha na vida e percepção

Na tabela 12, 3 questões apresentaram diferenças significativas e uma teve significância marginal. A afirmativa 1 diz **A maconha é a droga ilícita mais usada em nosso meio:** nessa afirmativa quem já fez uso de maconha concorda mais (6,6) do que quem não fez (5,4). Na questão 8 **O uso de maconha pode desencadear depressão e outros transtornos de humor:** quem não fez uso de maconha discorda mais (6) comparada a quem já fez (6,7). Na afirmativa 31 **Considero-me bem informado sobre a maconha,** quem já fez uso concorda mais com essa questão (5,8) comparado a quem não fez. A questão 2 foi significativa do ponto de vista marginal: **A maconha possui ação direta no SNC,** quem já fez uso concorda mais (7) do que quem não fez (6,6).

Tabela 12: Percepção, conhecimento e consumo de maconha na vida em uma amostra de 70 profissionais de saúde mental.

Maconha	Não			Sim			Total			P-valor
	Media	N	DP	Media	N	DP	Media	N	DP	
Q1	5,4	54	1,76	6,6	15	0,737	5,6	69	1,66	0,01
Q2	6,6	54	1,03	7,0	16	0,00	6,7	70	0,92	0,06
Q3	2,4	53	1,58	2,5	16	1,63	2,4	69	1,58	0,72
Q4	6,3	52	1,09	6,5	16	0,81	6,3	68	1,03	0,56
Q5	6,1	54	1,51	6,3	16	1,30	6,2	70	1,46	0,92
Q6	6,3	54	1,18	5,9	16	1,87	6,2	70	1,37	0,59
Q7	3,8	54	1,95	3,7	16	2,11	3,8	70	1,98	0,98
Q8	6,3	54	1,15	6,6	16	0,71	6,4	70	1,07	0,42
Q9	6,0	54	1,45	6,7	16	0,44	6,1	70	1,32	0,05
Q10	6,4	53	1,29	6,7	16	0,57	6,5	69	1,17	0,55
Q11	4,6	54	2,15	4,0	16	2,38	4,4	70	2,19	0,28
Q12	6,0	54	1,71	6,1	16	1,38	6,0	70	1,62	0,96
Q13	6,0	54	1,47	5,4	16	1,71	5,8	70	1,54	0,17
Q14	2,3	54	1,84	2,8	16	1,68	2,4	70	1,80	0,22
Q15	2,9	54	2,22	3,2	16	2,30	3,0	70	2,24	0,73
Q16	6,7	54	0,62	6,6	16	0,62	6,7	70	0,61	0,71
Q17	4,5	53	1,79	4,0	16	2,4	4,4	69	1,95	0,55
Q18	1,8	54	1,57	2,2	16	1,48	1,9	70	1,55	0,15
Q19	2,5	54	1,84	2,1	16	1,74	2,4	70	1,81	0,37
Q20	2,1	54	1,88	2,4	16	1,82	2,2	70	1,85	0,29
Q21	5,1	54	1,60	5,3	16	1,77	5,1	70	1,63	0,57
Q22	6,5	54	1,00	6,1	16	1,60	6,4	70	1,16	0,66
Q23	1,3	54	0,97	1,6	16	1,25	1,4	70	1,04	0,20
Q24	2,5	52	2,04	2,4	16	2,15	2,5	68	2,05	0,82
Q25	1,4	54	1,10	1,8	16	1,37	1,5	70	1,17	0,25
Q26	2,5	52	2,05	2,5	16	1,96	2,5	68	2,01	0,95
Q27	2,0	54	1,83	2,3	16	2,27	2,1	70	1,93	0,93
Q28	6,5	54	1,23	6,6	16	0,79	6,5	70	1,14	0,85
Q29	2,8	53	2,20	2,7	15	1,94	2,8	68	2,13	0,88
Q30	2,5	54	2,21	2,6	16	1,85	2,6	70	2,12	0,88
Q31	5,1	54	1,28	5,8	16	1,72	5,3	70	1,40	0,02

Q1: A maconha é a droga ilícita mais usada em nosso meio **Q2:** A maconha possui ação direta no SNC **Q3:** A maconha pode ser considerada uma droga leve **Q4:** A maconha produz dependência **Q5:** Indivíduos dependentes de maconha podem ter abstinência da droga quando diminuem ou param de usar **Q6:** A maconha pode ser uma porta de entrada para outras drogas **Q7:** Utilizar maconha pode controlar a fissura por outra droga **Q8:** O uso da maconha pode desencadear depressão e outros transtornos do humor **Q9:** O uso da maconha pode desencadear transtorno de ansiedade **Q10:** o uso da maconha pode desencadear transtorno psicótico **Q11:** O uso da maconha e derivados terapêuticos deveria ser proibido **Q12:** Existe tratamento para dependência de maconha **Q13:** Um usuário de maconha deve ser encaminhado para tratamento **Q14:** O uso de maconha deve ser tolerado **Q15:** O uso de maconha deve ser descriminalizado **Q16:** A maconha produz prejuízos cognitivos **Q17:** O Álcool é mais prejudicial que a maconha **Q18:** Fumar maconha faz parte da adolescência **Q19:** Maconha é menos prejudicial que o tabaco **Q20:** Maconha pode ser usada para tratamento de outras drogas **Q21:** O tratamento para maconha é parecido com o tratamento para outras drogas **Q22:** A maconha traz prejuízos físicos, psicológicos e sociais **Q23:** Os pais deveriam tolerar o uso de maconha em casa **Q24:** O risco de ser pego pela polícia fumando maconha é maior do que a própria droga **Q25:** Não trataria de um indivíduo que só usa maconha **Q26:** Não internaria dependentes de maconha se só usassem maconha **Q27:** O uso da maconha deve ser legalizado **Q28:** Existem riscos do uso da maconha na gravidez **Q29:** Fumante passivo de maconha não apresenta riscos **Q30:** Considera-se careta e conservador quem "fala Mal" da maconha **Q31:** Considero-me bem informado sobre maconha

5.11 Transtorno psiquiátrico e percepção

Apenas uma questão (Q11) apresentou diferenças do ponto de vista estatístico. **O uso de maconha e derivados para fins terapêuticos deveria ser proibido**, quem apresenta algum tipo de transtorno psiquiátrico concorda mais com essa questão (1,8), comparado a quem não apresenta (4,7).

Tabela 13: Percepção, conhecimento e consumo de maconha e transtorno psiquiátrico em uma amostra de 70 profissionais de saúde mental.

Transtorno Psiquiátrico	Não			Sim			Total			
	Media	N	DP	Media	N	DP	Media	N	DP	P-valor
Q1	5,5	59	1,75	5,8	7	0,90	5,6	66	1,68	0,88
Q2	6,6	60	0,98	7,0	7	0,00	6,6	67	0,94	0,24
Q3	2,3	59	1,47	2,7	7	2,36	2,3	66	1,56	0,99
Q4	6,3	58	1,07	6,4	7	0,78	6,3	65	1,04	0,76
Q5	6,2	60	1,39	6,8	7	0,37	6,2	67	1,33	0,23
Q6	6,2	60	1,28	6,0	7	2,23	6,2	67	1,39	0,77
Q7	3,8	60	1,88	4,8	7	2,47	3,9	67	1,95	0,15
Q8	6,5	60	0,85	6,4	7	0,78	6,5	67	0,84	0,55
Q9	6,2	60	1,19	6,1	7	1,21	6,2	67	1,19	0,83
Q10	6,5	59	1,20	6,1	7	1,06	6,4	66	1,19	0,17
Q11	4,7	60	2,13	1,8	7	0,90	4,4	67	2,22	0,00
Q12	6,1	60	1,59	5,7	7	1,97	6,1	67	1,62	0,47
Q13	5,8	60	1,54	5,4	7	1,71	5,8	67	1,55	0,41
Q14	2,3	60	1,75	2,7	7	1,60	2,3	67	1,73	0,34
Q15	2,9	60	2,18	2,7	7	2,21	2,9	67	2,17	0,85
Q16	6,7	60	0,50	6,7	7	0,75	6,7	67	0,53	0,77
Q17	4,2	59	1,91	5,4	7	1,51	4,4	66	1,89	0,13
Q18	1,8	60	1,40	2,0	7	1,73	1,8	67	1,43	0,97
Q19	2,3	60	1,60	2,0	7	2,23	2,3	67	1,66	0,25
Q20	2,2	60	1,86	2,7	7	2,21	2,2	67	1,88	0,68
Q21	5,0	60	1,68	5,7	7	1,11	5,1	67	1,64	0,39
Q22	6,5	60	1,00	6,5	7	0,78	6,5	67	0,97	0,94
Q23	1,3	60	0,89	1,8	7	1,46	1,4	67	0,97	0,41
Q24	2,4	58	1,98	2,1	7	2,19	2,4	65	1,99	0,71
Q25	1,4	60	1,12	1,5	7	1,13	1,4	67	1,11	0,63
Q26	2,5	58	2,03	2,0	7	1,41	2,5	65	1,97	0,59
Q27	2,0	60	1,83	3,0	7	2,64	2,1	67	1,93	0,37
Q28	6,5	60	1,228	7,0	7	0,00	6,5	67	1,17	0,17
Q29	2,8	58	2,19	2,0	7	1,41	2,7	65	2,13	0,39
Q30	2,5	60	2,05	1,7	7	1,11	2,4	67	1,98	0,52
Q31	5,3	60	1,43	5,1	7	1,46	5,3	67	1,42	0,65

Q1: A maconha é a droga ilícita mais usada em nosso meio **Q2:** A maconha possui ação direta no SNC **Q3:** A maconha pode ser considerada uma droga leve **Q4:** A maconha produz dependência **Q5:** Indivíduos dependentes de maconha podem ter abstinência da droga quando diminuem ou param de usar **Q6:** A maconha pode ser uma porta de entrada para outras drogas **Q7:** Utilizar maconha pode controlar a fissura por outra droga **Q8:** O uso da maconha pode desencadear depressão e outros transtornos do humor **Q9:** O uso da maconha pode desencadear transtorno de ansiedade **Q10:** o uso da maconha pode desencadear transtorno psicótico **Q11:** O uso da maconha e derivados terapêuticos deveria ser proibido **Q12:** Existe tratamento para dependência de maconha **Q13:** Um usuário de maconha deve ser encaminhado para tratamento **Q14:** O uso de maconha deve ser tolerado **Q15:** O uso de maconha deve ser descriminalizado **Q16:** A maconha produz prejuízos cognitivos **Q17:** O Álcool é mais prejudicial que a maconha **Q18:** Fumar maconha faz parte da adolescência **Q19:** Maconha é menos prejudicial que o tabaco **Q20:** Maconha pode ser usada para tratamento de outras drogas **Q21:** O tratamento para maconha é parecido com o tratamento para outras drogas **Q22:** A maconha traz prejuízos físicos, psicológicos e sociais **Q23:** Os pais deveriam tolerar o uso de maconha em casa **Q24:** O risco de ser pego pela polícia fumando maconha é maior do que a própria droga **Q25:** Não trataria de um indivíduo que só usa maconha **Q26:** Não internaria dependentes de maconha se só usassem maconha **Q27:** O uso da maconha deve ser legalizado **Q28:** Existem riscos do uso da maconha na gravidez **Q29:** Fumante passivo de maconha não apresenta riscos **Q30:** Considera-se careta e conservador quem “fala Mal” da maconha **Q31:** Considero-me bem informado sobre maconha

5.12 Atende usuários de droga e percepção

Apenas uma questão apresentou resposta com diferença do ponto de vista estatístico (Q25) e uma marginal (Q26). **Não trataria de um indivíduo que só usasse maconha:** quem atende usuários de droga discorda mais dessa afirmativa (1,4), comparado a quem não atende (5). **Não internaria dependentes de maconha se só usassem maconha:** quem não atende usuários de droga concorda mais com essa questão (7) comparado quem atende (2,4).

Tabela 14: Percepção, conhecimento e consumo de maconha em profissionais que atende usuários de droga em uma amostra de 70 profissionais de saúde mental.

Atende usuários	Sim			Não			Total			
	Media	N	DP	Media	N	DP	Media	N	DP	P-valor
Q1	5,6	67	1,69	6,0	1	.	5,6	68	1,67	0,80
Q2	6,6	68	0,93	7,0	1	.	6,7	69	0,92	0,68
Q3	2,4	67	1,59	1,0	1	.	2,4	68	1,59	0,30
Q4	6,3	66	1,04	6,00	1	.	6,3	67	1,04	0,31
Q5	6,1	68	1,47	6,00	1	.	6,1	69	1,46	0,32
Q6	6,2	68	1,38	5,0	1	.	6,2	69	1,37	0,13
Q7	3,8	68	2,00	4,0	1	.	3,8	69	1,99	0,98
Q8	6,4	68	1,08	7,0	1	.	6,4	69	1,07	0,47
Q9	6,1	68	1,34	7,0	1	.	6,1	69	1,33	0,42
Q10	6,4	67	1,18	7,0	1	.	6,5	68	1,17	0,58
Q11	4,4	68	2,18	7,0	1	.	4,5	69	2,19	0,23
Q12	6,0	68	1,64	7,0	1	.	6,0	69	1,63	0,47
Q13	5,8	68	1,55	7,0	1	.	5,8	69	1,54	0,41
Q14	2,4	68	1,79	1,0	1	.	2,4	69	1,79	0,34
Q15	3,0	68	2,25	1,0	1	.	3,0	69	2,24	0,30
Q16	6,7	68	0,62	7,0	1	.	6,7	69	0,62	0,60
Q17	4,4	67	1,95	5,0	1	.	4,4	68	1,94	0,69
Q18	1,9	68	1,57	1,0	1	.	1,9	69	1,56	0,49
Q19	2,4	68	1,82	1,0	1	.	2,4	69	1,81	0,31
Q20	2,2	68	1,87	4,0	1	.	2,2	69	1,87	0,22
Q21	5,2	68	1,65	4,0	1	.	5,1	69	1,64	0,34
Q22	6,4	68	1,17	7,0	1	.	6,4	69	1,17	0,52
Q23	1,4	68	1,05	1,0	1	.	1,4	69	1,05	0,61
Q24	2,5	66	2,07	4,0	1	.	2,5	67	2,06	0,33
Q25	1,4	68	1,11	5,0	1	.	1,5	69	1,18	0,02
Q26	2,4	66	1,97	7,0	1	.	2,5	67	2,03	0,08
Q27	2,1	68	1,94	1,0	1	.	2,1	69	1,94	0,49
Q28	6,6	68	1,12	7,0	1	.	6,6	69	1,11	0,63
Q29	2,8	67	2,13	5,0	1	.	2,8	68	2,13	0,25
Q30	2,5	68	2,14	4,0	1	.	2,5	69	2,13	0,35
Q31	5,2	68	1,41	7,0	1	.	5,2	69	1,41	0,18

Q1: A maconha é a droga ilícita mais usada em nosso meio **Q2:** A maconha possui ação direta no SNC **Q3:** A maconha pode ser considerada uma droga leve **Q4:** A maconha produz dependência **Q5:** Indivíduos dependentes de maconha podem ter abstinência da droga quando diminuem ou param de usar **Q6:** A maconha pode ser uma porta de entrada para outras drogas **Q7:** Utilizar maconha pode controlar a fissura por outra droga **Q8:** O uso da maconha pode desencadear depressão e outros transtornos do humor **Q9:** O uso da maconha pode desencadear transtorno de ansiedade **Q10:** o uso da maconha pode desencadear transtorno psicótico **Q11:** O uso da maconha e derivados terapêuticos deveria ser proibido **Q12:** Existe tratamento para dependência de maconha **Q13:** Um usuário de maconha deve ser encaminhado para tratamento **Q14:** O uso de maconha deve ser tolerado **Q15:** O uso de maconha deve ser descriminalizado **Q16:** A maconha produz prejuízos cognitivos **Q17:** O Álcool é mais prejudicial que a maconha **Q18:** Fumar maconha faz parte da adolescência **Q19:** Maconha é menos prejudicial que o tabaco **Q20:** Maconha pode ser usada para tratamento de outras drogas **Q21:** O tratamento para maconha é parecido com o tratamento para outras drogas **Q22:** A maconha traz prejuízos físicos, psicológicos e sociais **Q23:** Os pais deveriam tolerar o uso de maconha em casa **Q24:** O risco de ser pego pela polícia fumando maconha é maior do que a própria droga **Q25:** Não trataria de um indivíduo que só usa maconha **Q26:** Não internaria dependentes de maconha se só usassem maconha **Q27:** O uso da maconha deve ser legalizado **Q28:** Existem riscos do uso da maconha na gravidez **Q29:** Fumante passivo de maconha não apresenta riscos **Q30:** Considera-se careta e conservador quem "fala Mal" da maconha **Q31:** Considero-me bem informado sobre maconha

6. Discussão

O objetivo dessa pesquisa foi avaliar profissionais da área da saúde mental sobre percepções e conhecimento em relação à maconha em três instituições diferentes (Hospital Psiquiátrico Nossa Senhora de Fátima, CAPS-AD e Hospital das Clínicas).

Foi possível observar, ao testar as hipóteses levantadas, que houve uma distinção quanto à percepção nas diferentes instituições. Profissionais do NSF demonstraram uma percepção mais conservadora em relação à maconha comparada aos profissionais do CAPS e HC. Os profissionais do NSF consideraram a maconha como causa de maiores prejuízos físicos, psicológicos e sociais quando comparados aos de outras instituições.

Outra hipótese levantada foi se a percepção variava de acordo com a profissão. Observou-se que profissionais não médicos apresentaram respostas que indicaram uma percepção mais rígida em relação à maconha comparados aos profissionais médicos. Os não médicos valorizaram mais as questões relacionadas à necessidade de tratamento para usuários de maconha, prejuízos cognitivos associados e possível dependência.

Ainda testando a hipótese se dados sociodemográficos influenciaram na percepção dos profissionais, observou-se que profissionais não casados, com filhos, que tinham religião e praticavam religião católica ou evangélica concordaram mais com as afirmativas sobre tratamento para maconha, que a maconha apresenta prejuízos cognitivos e físicos e tenderam mais a ser contra a descriminalização. Observou-se também que profissionais que já fizeram uso de maconha e que atendem dependentes de drogas consideram-se mais bem informados sobre a maconha.

6.1 Dados sociodemográficos

Em relação à amostra, observou-se uma maior quantidade de profissionais do sexo feminino (70%). Essa diferença tem sido observada em outras pesquisas como a publicada em 2007, que também avaliava profissionais da área de saúde mental. Em tal pesquisa 62,6% da população era do sexo feminino e 24,9% do sexo masculino, 12,5% não deram esta informação (Rebolças et al, 2007). Ainda sobre a questão do gênero, outra pesquisa que avalia o esgotamento emocional de profissionais de saúde, apresentou como resultado uma amostra no qual 92,2% dos profissionais participantes da pesquisa eram do sexo feminino (Tenório et al 2008).

Estes resultados parecem sugerir uma predominância de profissionais de saúde mental do sexo feminino, o que pode interferir em questões associadas à droga já que há diferenças de consumo entre gêneros.

Outro dado observado na pesquisa, ainda relacionado aos dados sociodemográficos, foi o estado civil. A maioria da amostra foi composta por solteiros (52,9%), seguidos pelos casados (38,6%), diferente do que se encontra nas pesquisas citadas acima, no qual a maioria dos profissionais era casado. Podemos pensar que pelo fato dessa pesquisa **ser formada por profissionais mais jovens** (idade média 34 anos), encontrou-se maior porcentagem de solteiros.

Quanto à religião, a maioria da amostra é formada por católicos (51,4%), seguida por evangélicos (11,4%). Em uma pesquisa do IBGE (2010), a maioria dos brasileiros é católico (73,8%), seguido por evangélicos (15,4%) e 7,4% que não tinham religião. Em uma pesquisa realizada com

estudantes em 27 capitais brasileiras (SENAD, 2010), os católicos eram o maior grupo (50%), seguidos por evangélicos (17,4%). A pesquisa publicada por Tenório et al, 2008, que avalia profissionais de saúde quanto ao seu esgotamento profissional, também apresentou uma predominância de católicos em sua amostra (51,1%). Podemos pensar que pelo fato do Brasil ser um país predominantemente formado por uma população católica, a pesquisa apenas reflete esse dado.

Dos profissionais participantes da pesquisa, 48,6% relataram uso de álcool, seguido de 22,9% de maconha. Estes dados foram semelhantes ao de Bazargan et al., (2009) que também avaliou o consumo de droga em sua pesquisa sobre o estilo de vida de 1875 médicos californianos. Entre eles 6% faziam uso de álcool e 4% faziam uso de maconha. Beaujouan et al., (2005) mostrou que dentre os 3.476 médicos anestesistas franceses avaliados, 6,6% faziam uso de maconha, consumo superado apenas pelo álcool (59%). Resultados semelhantes foram encontrados em um estudo com enfermeiros. O uso de álcool, maconha e medicações psicotrópicas eram as substâncias mais consumidas entre eles. Enfermeiros mais velhos usavam mais álcool e medicações (ansiolíticos). Já os mais jovens faziam mais uso de maconha (Tirrell et al.,1994). Podemos observar que os dados internacionais apresentaram semelhanças com os dados da pesquisa. O álcool é a droga mais frequente seguida pela maconha. Esse dado pode ser decorrente do fato do álcool e da maconha ser, respectivamente, as drogas lícita e ilícita mais consumida no mundo (UNODC, 2011).

Em relação à idade, apenas uma afirmativa (28) apresentou estatisticamente significativa, quanto mais velhos os profissionais menos

concordavam que a maconha trazia riscos na gravidez, diferente de pesquisas semelhantes em que profissionais mais velhos são mais conservadores (Lief et al,1973). Outra pesquisa que avalia a atitude dos médicos sobre drogas apresentou em seus resultados que médicos mais velhos apresentavam maior conhecimento sobre drogas e com isso menos estigma em relação à doença (Lev-Ran et al, 2012). Podemos pensar que no caso da presente pesquisa como a média de idade foi de 34 anos e que a amplitude da faixa etária dos profissionais foi estreita, não foi possível identificar diferenças e interferências da idade nas respostas.

6.2 Profissionais e percepção sobre maconha

Profissionais do sexo masculino consideram-se mais bem informado sobre a maconha e os profissionais casados concordam mais do que os não casados que o uso da maconha deve ser descriminalizado. Existe pouco dado na literatura sobre características sociodemográficas de profissionais da saúde e percepção sobre maconha, sendo as encontradas muito antigas. O resultado acima é diferente do encontrado na pesquisa de Linn et al, 1990, que sugere que médicos mais jovens, não religiosos e solteiros são mais a favor da legalização da maconha. Não houve diferença entre homens e mulheres nesta pesquisa. Pode-se observar na literatura que homens fazem mais uso de drogas do que as mulheres. O I Levantamento Nacional Sobre o Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras (SENAD, 2010) mostrou que 90,3% dos homens já fizeram uso de álcool na vida contra 83,1% entre as mulheres. Trinta e quatro e meio por cento dos homens já fizeram uso na vida de maconha comparado a 19,9% das mulheres. Pode-se pensar que talvez pelo fato dos homens fazerem

mais uso de drogas do que as mulheres podem se considerar mais entendidos sobre o assunto.

No presente estudo, os profissionais com filhos veem a maconha como causa de maiores prejuízos comparados a quem não tem filhos, porém não se encontrou nada parecido na literatura. No artigo publicado por Linn et al (1990), que avalia a opinião dos médicos sobre legalização da maconha, não se encontrou relação entre profissionais com filhos e opinião sobre maconha. Todavia tal opinião parece ser compreensiva já que pelo fato de terem filhos, pode-se esperar maior preocupação e temor quanto aos possíveis prejuízos que a maconha pode acarretar. Um estudo realizado no Reino Unido pode exemplificar e justificar tal receio já que 3 a 5% de crianças e pré- adolescentes relataram já ter usado drogas ilícitas (McCardle, 2004)

A relação entre religião e percepção sobre maconha teve resultados conflitantes na pesquisa. Quando se refere à **legalização da maconha** e se **a maconha possui ação direta no sistema nervoso central**, tanto católicos quanto evangélicos discordam mais dessas afirmativas quando comparados a quem apresenta outra religião. Esperava-se que evangélicos e católicos apresentassem pensamentos e comportamentos mais tradicionais quando comparados a outras religiões. Isto é o que sugere uma pesquisa que avalia a intervenção religiosa na recuperação do dependente químico. Sanchez et al, 2008 observaram que o tratamento com base na religião evangélica foi a que obteve mais sucesso. Porém evangélicos discordaram mais da afirmativa **A maconha traz prejuízos físicos psicológicos e sociais** quando comparados a católicos e outras religiões.

Outro fator importante observado foi referente à afirmativa: **O uso da maconha deve ser tolerado**. Quem pratica religião discorda mais dessa afirmativa quando comparado a quem não pratica. Quanto à questão de profissionais terem ou não religião, foi observado que profissionais que apresentavam religião tiveram um posicionamento mais conservador em relação à maconha diferente da afirmativa acima. Na literatura encontramos que profissionais mais velhos, casados e que praticam alguma religião são mais conservadores em relação maconha (Linn et al, 1990). Richard et al (2000) afirmam que a ida aos cultos e missas contribui para diminuição do consumo de drogas, como a cocaína, sem que haja necessariamente, um tratamento formal nesses locais. Em uma pesquisa realizada no período de 2001-2003 com 9282 americanos aponta a importância da religião no comportamento da pessoa. Tal pesquisa, que avaliava os padrões epidemiológicos do uso de drogas nos Estados Unidos, constatou que as populações evangélica e islâmica apresentaram menor risco quanto às drogas e álcool comparados aos católicos. As pessoas que praticavam religião, independente de qual, eram menos propensos a fazer uso de álcool e drogas comparados a quem não praticavam (Degenhardt et al, 2007). Sugere-se que a religiosidade, independentemente da religião professada, facilita a recuperação da dependência de drogas e diminui os índices de recaída de pacientes. Relacionando com os dados apresentados da pesquisa pode-se pensar juntamente com a literatura, que pessoas que têm ou praticam alguma religião tendem a apresentar pensamentos mais conservadores em relação à maconha.

No que se refere aos resultados de percepção de maconha relacionados às três instituições (NSF, CAPS e HC), observou-se que em todas as questões os profissionais do Hospital NSF demonstraram um posicionamento contra descriminalização da maconha e viam a maconha como fonte de maiores prejuízos quando comparados aos profissionais de outras instituições. Podemos levantar a questão de ser um hospital de cunho religioso e tal fato poder interferir em suas respostas.

Os profissionais da pesquisa foram divididos em médicos e não médicos. Os não médicos foram psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros e terapeutas ocupacionais. As três afirmativas que apresentaram diferenças significativas na frequência de respostas foram: **Um usuário de maconha deve ser encaminhado para tratamento, A maconha produz dependência e A maconha produz prejuízos cognitivos**. Nas três afirmativas, os profissionais não médicos concordaram mais com a afirmativa quando comparados aos profissionais médicos. Podemos pensar, a luz do artigo de Lieff et al, 1973, que para os médicos a maconha é uma droga que trazia menos prejuízos comparadas as outras, não sendo assim um foco de atenção. Em uma pesquisa realizada em Israel por Lev-Ran et al (2012), que avaliou a atitude de 208 médicos de diferentes especialidades sobre álcool e drogas, observou-se que os médicos psiquiatras tiveram respostas com conteúdos mais liberais em relação as drogas e seu tratamento. Os autores sugerem que por ser uma especialidade que trabalha diretamente com a parte farmacológica e comportamental do paciente, sua visão seja diferenciada em relação as outras especialidades. O fato de o conhecimento técnico estar mais ligado ao problema faz com que tal

profissional tenha uma percepção menos estigmatizada do problema com drogas. Podemos pensar, em nossa pesquisa, que tal fato pode também estar relacionado às respostas encontradas: médicos psiquiatras viam menos riscos/prejuízos associados ao consumo de maconha quando comparados a profissionais não médicos. Outro ponto a levantar é que pelo fato da maconha estar sendo vista como meio de tratamento para diversas patologias, médicos podem tender a ver a maconha como uma droga mais inofensiva comparada às outras.

Sobre a questão da maconha medicinal, apenas duas questões apresentaram diferenças de acordo com os dados sociodemográficos. Uma delas é associação do gênero. Profissionais do sexo masculino tendem a discordar mais que a maconha para fins terapêuticos deveria ser proibida. Outra é a relação de transtorno psiquiátrico e percepção. Profissionais que apresentam algum tipo de transtorno psiquiátrico discordam mais que o uso da maconha para fins terapêuticos deveria ser proibido. O fato de ter se encontrado pouca relação entre maconha medicinal e percepção pode refletir a novidade do tema e as controvérsias associadas. Parte dos Estados Unidos já legalizou a maconha medicinal, mas existem muitas linhas políticas contra esse tema. Barnes (2000) discute em seu artigo a polemica da legalização da maconha medicinal. Ele se mostra contra a legalização e argumenta que a maconha não é segura, que a disponibilidade do THC faz a maconha ser vista como algo supérflua e especialmente a legalização da maconha medicinal aumentará o uso recreativo por enviar uma mensagem errada.

Com relação ao uso de droga na vida e percepção sobre maconha, observou-se que nas cinco afirmativas que foram significativas do ponto de vista estatístico, os profissionais que já fizeram algum uso de drogas na vida demonstraram uma percepção mais liberal em relação à maconha comparados a quem não fez. O mesmo resultado foi encontrado em profissionais que já fizeram uso de maconha na vida, apresentando percepções e conhecimentos mais liberais comparados a quem nunca fez uso de maconha.

A pesquisa de Linn et al, 1990 também corrobora com os resultados da pesquisa, na qual os médicos que faziam uso de maconha tendiam a ser mais liberais com a questão da legalização.

Esses resultados são importantes, pensando que esses profissionais também são formadores de opiniões e sua atitude perante o paciente dependente químico pode alterar conforme seu uso e percepção. É o que diz Clay et al, 2008: a percepção sobre o uso de drogas e suas consequências entre profissionais da área da saúde têm importância significativa, já que estes são responsáveis por intervenções e possível aconselhamento que podem mudar o curso da utilização de drogas. Akavadar et al, 2002 vão de encontro ao que diz Clay. Lev-Ran et al, 2012 concluíram em sua pesquisa que avalia atitude dos médicos sobre drogas que o posicionamento e conhecimento do médico é fundamental para a eficácia do tratamento do paciente dependente de drogas. Para estes autores, também existe uma grande preocupação com a população médica, pois há um aumento do uso de substâncias psicoativas neste meio e a preocupação não é apenas pela

saúde desses profissionais, mas também pelas consequências que pode trazer em sua prática clínica.

Dos 70 profissionais entrevistados apenas 1 profissional não atende usuários de droga. Nas duas questões que as respostas foram diferentes do ponto de vista estatístico, os profissionais que atendem usuários de droga referiram ser favoráveis ao tratamento para uso de maconha. Pode-se sugerir que o fato de terem experiência com o assunto sua percepção perante o tratamento com um dependente químico é diferente de alguém que não tem experiência.

Dentre as limitações deste estudo, deve ser ressaltada a dificuldade em encontrar pesquisas relacionadas ao tema, dificultando a pesquisa bibliográfica e o encontro de artigos relacionados. Os poucos estudos que existem estão mais relacionados a profissionais médicos e não a profissionais de outras áreas da saúde mental. Por outro lado, o número pequeno de estudos aumenta a importância e necessidade da presente pesquisa.

7. Conclusão

Esse estudo avaliou a percepção de profissionais de saúde mental sobre maconha. Esta percepção variou de acordo com a especialidade do profissional, fatores sociodemográficos, como religião, estado civil, filhos e local onde o profissional atua.

Futuros estudos poderão avaliar se estas diferenças de percepção irão influenciar no tratamento oferecido pelos profissionais aos pacientes dependentes de maconha.

8. Anexo

8.1 ANEXO A

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP

MODELO DE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME:

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : SEXO : .M ☐ F ☐

DATA NASCIMENTO:/...../.....

ENDEREÇO Nº

APTO:

BAIRRO: CIDADE

CEP:..... TELEFONE: DDD (.....)

.....

2. RESPONSÁVEL LEGAL

.....

NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.)

.....

DOCUMENTO DE IDENTIDADE :.....SEXO: M ☐ F ☐

DATA NASCIMENTO.:/...../.....

ENDEREÇO: Nº APTO:

.....

BAIRRO: CIDADE:

CEP: TELEFONE: DDD (.....)

.....

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: **Avaliação da Percepção de profissionais de saúde sobre maconha**

PESQUISADOR : André Malbergier

CARGO/FUNÇÃO: Médico Assistente Fundação Zerbini . INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº 59341

UNIDADE DO HCFMUSP: Faculdade de Medicina

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO ☒

RISCO MÉDIO ☐

RISCO BAIXO ☐

RISCO MAIOR ☐

4.DURAÇÃO DA PESQUISA : Dois anos

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP

- 1 – Desenho do estudo e objetivo(s) “essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, que visa descrever as percepções de profissionais da área da saúde sobre uso, abuso e dependência de maconha”
- 2 – Descrição dos procedimentos que serão realizados, com seus propósitos e identificação dos que forem experimentais e não rotineiros; Você responderá a um questionário desenvolvido pelos pesquisadores
- 3 – Relação dos procedimentos rotineiros e como são realizados : Responder a um questionário
- 4 – Descrição dos desconfortos e riscos esperados nos procedimentos dos itens 2 e 3; Seu único desconforto deverá ser o tempo disponibilizado para a realização da avaliação
- 5 – Benefícios para o participante : O benefício será de gerar conhecimento para percepção de profissionais sobre maconha
- 6 – Relação de procedimentos alternativos que possam ser vantajosos, pelos quais o paciente pode optar;
- 7 – Garantia de acesso: em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é o Dr André Malbergier, que pode ser encontrado no endereço : Rua Ovídio Pires de Campos, 225 Telefone(s) 3069-6960. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5º andar – tel: 3069-6442 ramais 16, 17, 18 ou 20, FAX: 3069-6442 ramal 26 – E-mail: cappesq@hcnet.usp.br
- 8 – É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na Instituição;
- 09 – Direito de confidencialidade – As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros pacientes, não sendo divulgado a identificação de nenhum paciente;
- 10 – Direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas,

quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores;

11 – Despesas e compensações: não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

12 - Compromisso do pesquisador de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo”.Avaliação da percepção de profissionais da área da saúde sobre maconha.”

Eu discuti com o Dr. André Malbergier e /ou psicóloga Patrícia Cruz Furtado sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia de acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Assinatura do paciente/representante leg Data ____/____/____

Assinatura da testemunha Data ____/____/____

para casos de pacientes menores de 18 anos, analfabetos, semi-analfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual.

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo Data ____/____/____

ANEXO B

QUESTIONÁRIO

Nome (opcional):

Nível educacional do pai: fundamental () médio () superior () pós graduação ()

Nível educacional da mãe: fundamental () médio () superior () pós graduação ()

Sexo:

Idade:

Estado civil:

Filhos:

Religião: católica() evangélica () espírita() judaica() budista()
messiânica () nenhuma() outra () qual?

Pratica religião: sim() não()

Telefone contato:

Profissão :

Pós- graduação: Mestrado ()

Doutorado()

Pós- doutorado()

Outros()

Qual faculdade :

Ano de formatura:

Renda Mensal:

Atuação: consultório () hospital escola () Instituição particular ()
serviço público () empresa () outros () Quais?

Atende usuários de álcool e drogas: sim() não ()

Já fez uso de droga: sim () não()

Qual? Maconha()

Álcool ()

Cocaína/ Crack()

Inalantes: Lança perfume() Cola ()

Ecstase/ LSD ()

Outros () Qual?

Na vida () Último ano() Último mês()

Algum transtorno psiquiátrico: sim () não () Qual?

1. DISCORDO PLENAMENTE

2

3

4

5

6

7. CONCORDO PLENAMENTE

1- A maconha é a droga ilícita mais usada em nosso meio	1 2 3 4 5 6 7
2- A maconha possui ação direta no sistema nervoso central	1 2 3 4 5 6 7
3- A maconha pode ser considerada uma droga leve	1 2 3 4 5 6 7
4- A maconha produz dependência	1 2 3 4 5 6 7
5- Indivíduos dependentes da maconha podem ter abstinência da droga quando diminuem ou param de usar	1 2 3 4 5 6 7
6- A maconha pode ser uma porta de entrada para outras drogas	1 2 3 4 5 6 7
7- Utilizar maconha pode controlar a fissura por outras drogas	1 2 3 4 5 6 7
8- O uso da maconha pode desencadear depressão e outros transtornos de humor	1 2 3 4 5 6 7
9- O uso da maconha pode desencadear transtorno de	1 2 3 4 5 6 7

ansiedade	
10- O uso da maconha pode desencadear transtorno psicótico	1 2 3 4 5 6 7
11-O uso da maconha e derivados para fins terapêuticos deveria ser proibido	1 2 3 4 5 6 7
12- Existe tratamento para dependência de maconha	1 2 3 4 5 6 7
13-Um usuário de maconha deve ser encaminhado para tratamento	1 2 3 4 5 6 7
14- O uso da maconha deve ser tolerado	1 2 3 4 5 6 7
15- O uso da maconha deve ser descriminalizado	1 2 3 4 5 6 7
16- A maconha produz prejuízos cognitivos (memória, atenção, funções executivas)	1 2 3 4 5 6 7
17- O álcool é mais prejudicial que a maconha	1 2 3 4 5 6 7
18- Fumar maconha faz parte da adolescência	1 2 3 4 5 6 7
19- Maconha é menos prejudicial que o tabaco	1 2 3 4 5 6 7
20- Maconha pode ser usada para tratamento de dependência de outras drogas	1 2 3 4 5 6 7
21-O tratamento para maconha é parecido com o tratamento para outras drogas	1 2 3 4 5 6 7
22- A maconha traz prejuízos físicos, psicológicos e sociais	1 2 3 4 5 6 7

23- Os pais deveriam tolerar o uso de maconha em casa	1 2 3 4 5 6 7
24- Os riscos de ser pego pela polícia fumando maconha é maior do que da própria droga	1 2 3 4 5 6 7
25- Não trataria de um indivíduo que só usa maconha	1 2 3 4 5 6 7
26- Não internaria dependentes de maconha se só usassem maconha	1 2 3 4 5 6 7
27- O uso da maconha deve ser legalizado	1 2 3 4 5 6 7
28- Existem riscos do uso da maconha na gravidez	1 2 3 4 5 6 7
29- Fumante passivo (exposto a fumaça) de maconha não apresenta riscos	1 2 3 4 5 6 7
30- Considera-se careta e conservador que “fala mal” da maconha	1 2 3 4 5 6 7
31- Considero –me bem informado sobre a maconha	1 2 3 4 5 6 7

9. Referências Bibliográficas

Agrawal A, LynsKey MT. The genetic epidemiology of cannabis use, abuse and dependence. *Am J Psychiatry* 2006; 101: 801-12.

Agrawal A, Foroud, T. Evidence for association between polymorphisms in the cannabinoid receptor 1 (CNR1) gene and cannabis dependence. *Am J Psychiatry* 2009; vol 150b : 736- 50.

Akvardar Y, Turkcan A, Cakmak D. Is substance abuse among physicians a problem? *Turk psiquiatry Derg* 2002; 13(3): 238-44.

Andrade AG, Anthony JC. Álcool e suas consequências: uma abordagem multiconceitual. *Ed. Manole* 2009, São Paulo.

Andrade AG, Duarte PC, Oliveira LG. I Levantamento nacional sobre o uso de álcool, tabaco e outras drogas entre universitários das 27 capitais brasileiras. *SENAD* 2010, Brasília.

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

Barnes R. Reefer Madness: Legal and Moral Issues Surrounding the medical perception of marijuana. *Bioethics*, 2000; 14(1).

Bazargan M, Makar M, Bazargan HS, Ani C, Wolf KE. Preventive, lifestyle, and personal health behaviors among physicians. *Acad Psychiatry* 2009; 33(4): 289-95.

Beaujouan L, Czernichow S, Pourriat JL, Bonnet F. Prevalence and risk factors for substance abuse and dependence among anaesthetists: a national survey. *Ann Fr Anesth Reanim* 2005; 24(5): 463-5.

Booth M. Cannabis: a history. *Publication and library* 2003: 339.

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

Breton AR, Taira D A, Burns E, O'Leary J, Chung RS. Follow-up services after an emergency department visit for substance abuse. *Am J Manag Care* 2007;13(9):497-505.

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

Carlini EA. A história da maconha no Brasil. *J Bras Psiquiatr* 2005, 55(4): 314-317.

Clay SW, Allen J, Parran T. A review of addiction. *Postgrad Med* 2008; 120(2): 1-7

Chuvastra A, Friedmann PD, Stein MD. Physician Attitudes regarding the prescription of medical marijuana. *J addict Dis*. 2005; 24(3):87-93.

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, Chiu TW, Sampson N, Kessler R, Anthony JC. Epidemiological patterns of drug use in the United States: Evidence from the nacional comorbidity survey replication 2001-2003. *Drug Alcohol Depend*, 2007; 90 (2-3): 210-223

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.

Di Forti . High-potency cannabis and the risk of psychosis. *Br J Psychiatry* 2009; 195(6): pp. 488–96.

Duarte GA, Osis MJ, Faúndes A, Sousa MH. Aborto e legislação: Opinião de magistrados e promotores de justiça brasileiros. *Rev Saúde Pública* 2010; 44(3).

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

Galduróz JC, Noto AR, Foneca 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. São Paulo: Cebrid, 2005.

Guindon E, Tobin D, Yach D. Trends and affordability of cigarettes prices: ample room for tax increases and related health gains. *Tob Control* 2002; 11: 35-43.

Hall W, Solowij N. Adverse effects of cannabis. *Lancet* 2000; 14: 356

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.

IBGE 2010. Disponível em www.ibge.gov.br

Iversen LL. Medical use of marijuana- Fact or fantasy? Science of Marijuana 2000; Oxford University Press: 121-75.

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

Jungerman FS, Larangeira R. Maconha: Qual a amplitude de seus prejuízos ? Rev Bras Psiquiatr V. 27 N.1 São Paulo 2005.

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.

Keith H, Berge MD, Marvin D, Seppala MD. Chemical dependency and the physician. *Mayo Clin Proc.* 2009; 84(7):625-31.

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): 277-81.

Leung L. Cannabis and Its Derivatives: Review of Medical Use. *J Am Board Fam Med*, 2011; 24 (4): 452-462.

Lev- Ran S, Adler L, Nitzan U, Fenning A. Attitudes towards nicotine, alcohol and drug dependence among physicians in Israel. *J. Substance abuse treatment* 2012; 1-5.

Lieff J, Avorn J, Cadell H, Anderson H, Gorlin P, Kennedy S, Goodwin J, Verienden L. Attitudes of the medical profession toward drug abuse. *Am J Psychiatry*, 1973; 63(12): 1035-39.

Linn LS, Yager J, Leak B. Physician's attitudes toward substance abuse and drug testing. *J. Addict*, 1990; 25(4): 427-44.

Maturana HR, Mpodozis J. Percepción: Configuración conductual del objeto. *Arch Biol Med Exp*, 1987; 20: 319-324

Medina LC, Hanson KL, Schweinsburg AD, Cohen-Zion M, Nagel BJ, Tapert SF. Neuropsychological functioning in adolescent marijuana users: subtle deficits detectable after a month of abstinence. *J Int Neuropsych Soc* 2007; 13(5).

McArdle P. Substance abuse by children and young people. *Arch Dis Child*, 2004; 89 (8): 701-4.

Mc Lellan 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* 2008; 9 (3): 199-213.

Moraes AM, Magna LA, Faria AP. Prevenção de deficiência mental: conhecimento e percepção dos profissionais de saúde. *Cad Saúde Pública* 2006; 22(3): 685-90.

NIDA, National Institute on Drug Abuse, 2010.

O' Connor P, Spickard A. Physician Impairment by substance abuse. *Med clin North America* 1997; 81(4):1037-50.

Patton GC, Coffey C, Carlin JB, Degenhardt L, Lynskey M, Hall W. Cannabis use and mental health in young people: cohort study. *BMJ* 2002; 235 (7374): 1195-8.

Pavani RA, Silva EF, Moraes MS. Avaliação da informação sobre drogas e sua relação com o consumo de substâncias entre escolares. *Rev Bras Epidemiol* 2009; 12(2): 204-16.

Peluso ET, Blay SL. Percepção da depressão pela população da cidade de São Paulo. *Rev Saúde Pública* 2008; 42(1): 14-8.

Pinsky I, Bessa MA. Adolescência e drogas. *Ed Contexto* 2004: 45-53.

Rebolças D, Legay LF, Abelha L. Satisfação com o trabalho e impacto causado nos profissionais de serviço de saúde mental. *Rev. Saúde Pública*, 2007; 41(2).

Richard AJ, Bell DC, Carlson JW. Individual religiosity, moral community, and drug user treatment. *J Sci Study Relig.* 2000;39(2):240-6.

Ridel G, Davies N. Canabinoid Function in Learning Memory and Plasticity. *Handbook of experimental pharmacology* 2005; 168: 114-77.

Roncero C, Collazos F, Valero S, Casas M. C. Consumo de cannabis y desarrollo de psicosis: estado actual. *Actas Esp Psiquiatr* 2007; 35(3): 182-9.

Ronzani TM, Higgins-BiddleJ, Furtado E F (2009). Stigmatization of alcohol and other drug users by primary care providers in Southeast Brazil. *Soc Science Med*, 2009; 69: 1080–1084.

Sanchez Z V M, Nappo SA. Intervenção religiosa na recuperação de dependentes de drogas. *Rev Saúde Pública*, 2008;42(2):265-72.

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.

Stahl SM. Essential Psychopharmacology. *Cambridge University* 2000.

Solves JJ, Santacreu GL, Martínez SL, Remón A. Uso de internet por médicos de primaria y hospitales y percepción de como influye em su relación com los pacientes. *Atención Primaria* 2009; Vol 41(6): 308-314.

Tenório ACS, Menezes PR. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde. *Rev. Saúde Pública*, 2008; 42(5).

Tirrel CD. Psychoactive substance disorders among health care professionals. *Plast Surg Nurs* 1994; 14(3): 169-72.

United Nations Office on Drug and Crime (UNODC). *World Drug Report* 2011. Disponível em [http: www.unodc.org](http://www.unodc.org).

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

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.

Wagner G.A, Barroso LP, Stempliuk VA, Andrade AG.I Levantamento Nacional sobre o uso de Álcool, Tabaco e outras drogas entre universitários das 27 capitais Brasileiras. Brasília, 2010; 129-147.

Wilkins M. Cannabis and cannabis based medicine: potential benefits and risks to health. *Clin Med* 2006; 6:16-18.

Wikipedia 2012. Disponível em: [www. Wikipedia.org](http://www.Wikipedia.org).

Zuardi AW, Crippa. JAS, Hallak JEC, Moreira FA, Guimaraes ES.

Cannabidiol, a Cannabis sativa constituent, as an antipsychotic drug.

Brazilian Journal of Medical and Biological Research, 2006; 39: 421-429.