

**DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA HOSPITAL DAS CLÍNICAS  
UNIVERSIDADE SÃO PAULO**

**ADRIANA SILVA DE MORAES**

**A importância da terapia cognitivo-comportamental no tratamento psicológico do usuário de maconha, uma revisão da literatura.**

**São Paulo**

**2013**

**ADRIANA SILVA DE MORAES**

**A importância da terapia cognitivo-comportamental no tratamento psicológico do usuário de maconha, uma revisão da literatura.**

**Monografia apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo no curso de Especialização em Dependência Química Grupo Interdisciplinar de Estudos em Álcool e Drogas (GREA) para obtenção do Certificado de Especialista em Dependência Química.**

**Orientador: Prof. Dr. Ricardo Abrantes do Amaral**

**São Paulo  
2013**

## **AGRADECIMENTO**

Ao Dr. Ricardo Abrantes do Amaral, meu orientador e profissional pelo qual tenho profundo respeito.

Foi difícil decidir estudar no GREA, mas valeu a pena, especialmente por ter conhecido um Mestre especial, espero que na correria do dia-a-dia não percamos nosso contato, deixo aqui meu carinho, meu agradecimento e minha admiração ao Mestre Hercílio!

A psicóloga Neide Zanelatto pelas indicações de leituras e por seus 02 livros, um recém-lançado, maravilhoso, você me inspirou a escolher o tema do meu trabalho de conclusão de curso, aprendi a gostar da terapia cognitivo-comportamental com você, Neide obrigada por seu carinho.

Um agradecimento especial a Dra. Roberta Payá (professora convidada) excelente e ao Dr. Paulo Jannuzzi muito competente, educadíssimo, aprendi muito com vocês, Dra. Roberta e Dr. Paulo vou acompanhá-los sempre.

As secretárias Celi e Roberta pelo respeito, assistência, carinho e atenção. Celi obrigada por cuidar dos alunos com tanta dedicação.

São duas instituições importantíssimas GREA e UNIAD, ambas voltadas ao Estudo, Pesquisa e Tratamento, agora eu sigo com a UNIAD, sigo feliz. Desejo sucesso ao GREA, parabéns pela organização, pontualidade e respeito.

## **DEDICATÓRIA**

Ao Dr. Ronaldo Laranjeira por ter me dado à oportunidade de fazer parte de sua equipe, não desisti mesmo sabendo que estudando no GREA seria mais difícil. O Sr. é uma pessoa especial que eu admiro, eu torço pelo seu sucesso e pela UNIAD, a cada curso novo, lançamento de livro, as pesquisas realizadas, eu sempre estava acompanhando e torcendo por vocês. Mesmo estudando aqui no GREA diariamente estive ao seu lado e vou continuar sempre, o Sr. sabe disso.

A Neide Zanelatto “uma pessoa iluminada”. Como é bom ser sua colega, espero em breve poder trabalhar com você, ser sua amiga, sua aluna, enfim, o mais importante é ter a oportunidade de ficar perto de você. Neide você é inteligente e humilde, torço por seu sucesso e por sua felicidade. Sinceramente eu adoro você!

A Dra. Maria de Fátima Rato Padin, você me ofereceu ajuda em um momento que realmente estava muito triste em não poder estudar, mas depois mudei os planos e vim para o GREA, mas naquele momento eu precisava do seu apoio, eu estava quase desanimando e você mesmo sem me conhecer me deu atenção, obrigada Fátima você é muito querida, sou muita grata por sua atenção!

“Só se abandona uma dependência por outra paixão”.

Griffith Edwards

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** A maconha é a substância proibida por lei mais usada em nosso país. Cerca de 1,5 milhão de adolescentes e adultos usam maconha diariamente no Brasil. **OBJETIVO:** o objetivo deste trabalho é rever através da revisão da literatura qual a importância da terapia cognitivo-comportamental como instrumento terapêutico durante o tratamento psicológico do usuário de maconha. Os estudos científicos encontrados sobre a eficácia da TCC, apesar de escassos, mostram que essa abordagem apresenta resultados satisfatórios no tratamento do usuário de maconha, com o intuito de ensinar as habilidades relevantes para abandonar o uso de maconha e para evitar ou lidar com outros problemas que poderiam interferir em bons resultados. **MÉTODOS:** foi realizada uma busca sistemática utilizando banco de dados eletrônicos: Scielo, Bireme, levantamento bibliográfico utilizando os termos: tratamento; terapia cognitivo-comportamental; maconha; dependência química. **RESULTADOS:** através da análise da revisão da literatura percebe-se que os resultados indicam que a TCC é eficaz e trouxe mais benefícios durante o tratamento, fazendo com que o paciente passe a perceber as desvantagens do uso e fazendo-os encontrar sentido na vida sem o uso da substância, podendo assim reestabelecer uma nova rotina. **CONCLUSÃO:** vários estudos indicam que a terapia cognitivo-comportamental pode auxiliar os indivíduos a fazer mudanças significativas em seu uso problemático com a maconha, mostrando o quanto a TCC é importante e eficaz durante o tratamento. A TCC foca em ensinar as habilidades relevantes para abandonar o uso de maconha e para evitar ou lidar com outros problemas que podem interferir em bons desfechos. Percebe-se que o número de publicações sobre a terapia cognitivo-comportamental durante o tratamento da maconha ainda é reduzido. Conclui-se que mais investigações sobre esse tema devem ser realizadas, focalizando a população brasileira.

## **ABSTRACT**

**INTRODUCTION:** Marijuana is a banned substance most commonly used by law in our country. About 1.5 million adolescents and adults use marijuana daily in Brazil. **OBJECTIVE:** The aim of this paper is to review the literature review through which the importance of cognitive behavioral therapy as a therapeutic tool for the treatment of psychological marijuana user. Scientific studies found on the effectiveness of CBT, although sparse, show that this approach produces satisfactory results in treating marijuana user, aiming to teach skills relevant to abandon the use of marijuana and to avoid or deal with other problems that could interfere with good results. **METHODS:** A systematic search was conducted using electronic databases: Scielo Bireme, literature using the terms: treatment, cognitive behavioral therapy; marijuana; addiction. **RESULTS:** Through analysis of the literature review it is clear that the results indicate that CBT is effective and brought more benefits during treatment, causing the patient to go see the disadvantages of using and making them find meaning in life without substance use, and thus can reestablish a new routine. **CONCLUSION:** Several studies indicate that cognitive behavioral therapy can help individuals make significant changes in their problematic use with marijuana, showing how CBT is important and effective during treatment. CBT focuses on teaching skills relevant to abandon the use of marijuana and to avoid or deal with other problems that may interfere with good outcomes. It is noticed that the number of publications on cognitive-behavioral therapy for the treatment of marijuana is still low. It is concluded that more research on this topic should be conducted, focusing on the Brazilian population.

## SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO.....	12
2 – Epidemiologia.....	14
3 - Critérios Diagnósticos da Dependência de Substâncias Psicoativas.....	17
4 – Terapia Cognitivo-comportamental.....	22
5 - Justificativa.....	35
6 - Objetivo.....	35
7 - MÉTODOS.....	35
8 – Resultados.....	36
9 – DISCUSSÃO.....	38
10 – CONCLUSÃO.....	40
11 – REFERÊNCIAS.....	42



## **LISTA DE ABREVIATURAS**

LENAD - Levantamento Nacional de Álcool e Drogas

MC - Manejo da Contingência

OMS - Organização Mundial da Saúde

PR - Prevenção da Recaída

SNC - Sistema Nervoso Central

TCC - Terapia Cognitivo-Comportamental

THC - Delta-9-Tetrahydrocannabinol

UNIAD - Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas

UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo

UNODC - United Nations Office on Drug and Crime

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Uso de Maconha no Brasil.....	15
Figura 2 - Áreas do cérebro afetadas pelo delta-9-tetra-hidrocanabinol (THC).....	19

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Estágios Motivacionais.....	26
--	----

## 01 – INTRODUÇÃO

A maconha é o nome dado no Brasil a uma parte da planta chamada cientificamente de *cannabis sativa*. Os principais produtos obtidos a partir das folhas e flores desta planta são a maconha (erva), o haxixe (resina) e o óleo. O principal psicoativo desta droga é o delta-9-tetra-hidrocanabinol (THC) e sua concentração determina a potência da droga. As preparações derivadas da *cannabis sativa* dominam o mercado mundial de drogas ilícitas (UNODC, 2012).

O THC é rapidamente absorvido dos pulmões para a corrente sanguínea, na qual atinge um pico de concentração 10 minutos após ter sido inalado (Figlie et. al., 2010).

A maconha é um alucinógeno, uma droga psicoativa perturbadora do sistema nervoso central e vem sendo usada há séculos, em função principalmente de suas propriedades sedativas e da capacidade induzir sensações de bem-estar, relaxamento.

A forma mais comum de consumo de maconha é o fumo. Eventualmente, pode ser misturada a chás e alimentos. Alguns usuários fumam cigarros de maconha misturados com tabaco, cocaína ou crack (mesclado).

Fumar maconha produz mudanças bastante rápidas no humor, percepção de tempo, memória e outros aspectos da função cerebral. Os efeitos mais desejados são uma sensação de euforia, relaxamento e bem-estar geral. (Washton & Zweben, 2009).

Nem todos os efeitos da maconha são agradáveis. Ansiedade, disforia, pânico e paranoia são os efeitos indesejáveis mais comumente relatados por usuários não familiarizados com seus efeitos. Sintomas psicóticos, como delírios e alucinações, também podem ocorrer com o uso de altas doses (Figlie et al., 2010).

Uma série de estudos indica que a potência desta droga vem aumentando e, com isso, causando maiores prejuízos à saúde mental daqueles que a consomem (UNODC, 2012).

Pesquisa realizada pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) revela que 01 em cada 10 adolescentes que usa maconha é dependente e mais de 60% dos usuários experimentou a substância antes de 18 anos.

Estes dados parecem sugerir que a disponibilidade da maconha esteja crescendo, inclusive entre os jovens, que vem utilizando esta substância de forma compulsiva, apesar dos efeitos nocivos à saúde.

A adolescência é um período marcado por inúmeras transformações e conquistas importantes. No entanto, fatores como o uso de drogas podem transformar o adolescente em um adulto problemático com sequelas irreversíveis para o desenvolvimento de sua vida futura.

O consumo de drogas nesta fase pode trazer sérias consequências físicas e/ou psíquicas para o desenvolvimento, como déficits cognitivos, problemas físicos, envolvimento em acidentes e infrações.

Segundo Silva e Matos (2004), a falta de relações afetivas genuínas e de apoio familiar, a pressão do grupo, a violência doméstica, familiares dependentes químicos e baixa autoestima têm sido relatados como fatores de risco para uso e dependência de substâncias.

Dentro desse panorama percebe-se a importância do tratamento para os usuários de maconha. O modelo da terapia cognitivo-comportamental (TCC) tem sido utilizada com sucesso no tratamento da dependência química, especialmente na prevenção de recaída.

A TCC procura produzir mudanças no pensamento e no sistema de crenças do indivíduo, ajudando-o a identificar as situações de alto risco em

relação ao uso de substâncias, fazendo-o a buscar alternativas para lidar com essas situações.

Com a revisão da literatura vamos mostrar como funciona a terapia cognitivo-comportamental (TCC) no universo da dependência química, em especial no tratamento do usuário de maconha.

## **02 - Epidemiologia**

*Cannabis Sativa* é a substância ilícita mais largamente usada no mundo. Dados do Escritório das Nações Unidas Contra Drogas e Crime (UNODC, 2012) apontam que, no mundo, cerca de 230 milhões de pessoas, quase (5% da população adulta, com idade entre 15 e 64 anos) tenham usado alguma droga ilícita pelo menos uma vez em 2010. Dentre estas, a mais consumida no mundo é a maconha.

A Europa é o maior mercado para a resina de *cannabis* (haxixe) principalmente fornecido pelo Marrocos, embora sua relativa importância esteja em declínio. A maioria dos países da União Europeia relatou aumento no cultivo em ambientes fechados da erva de *cannabis* (maconha), possivelmente refletindo a preferência crescente por maconha em vez de haxixe (UNODC, 2012).

A maconha é a substância proibida por lei mais usada em nosso país. Cerca de 1,5 milhão de adolescentes e adultos usam maconha diariamente no Brasil. O dado faz parte do II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD), primeira amostragem sobre o consumo da droga no Brasil.

O estudo foi apresentado em 2012, pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Segundo o estudo, 3,4 milhões de pessoas entre 18 e 59 anos usaram a droga no último ano e 8 milhões já experimentaram maconha

alguma vez na vida, o equivalente a 7% da população brasileira. Desses, 62% deles tiveram contato com a droga antes dos 18 anos.

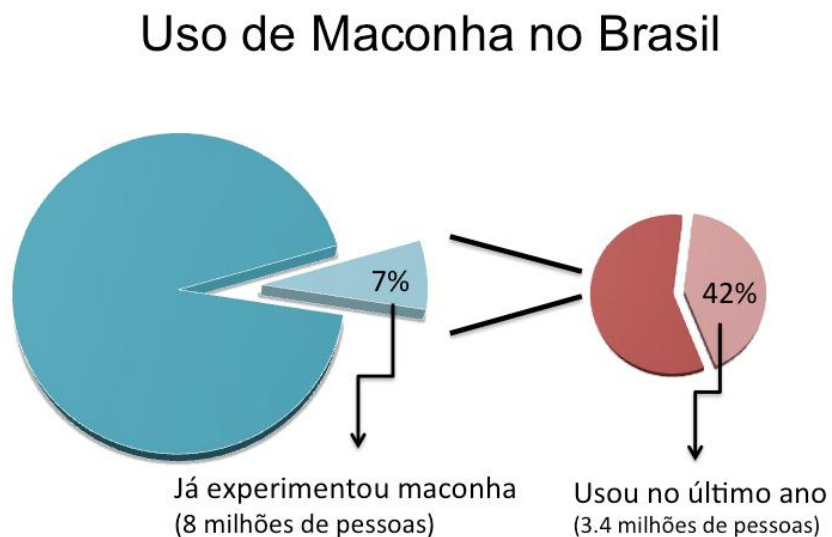


Figura: 1 - Fonte: UNIFESP

#### **O usuário de maconha necessita de tratamento?**

Sim, por vários motivos:

- A maconha é a droga ilícita mais usada dentro e fora do Brasil;
- Causa dependência, inclusive com síndrome de abstinência validada;
- Possui efeitos nocivos comprovados, dentre eles, o mais importante é sua associação com o aparecimento de quadros psicóticos;
- Está cada vez mais potente (com concentrações maiores de delta-9-tetra-hidrocanabinol);

- Jovens começam a usá-la cada vez mais cedo. O consumo precoce torna o uso mais nocivo;
- Um em cada dez adolescentes usuários de maconha é dependente da droga, segundo dados da pesquisa (II LENAD, 2012);
- A maconha pode ser “a porta de entrada” para outras drogas.

O tratamento do usuário de maconha acontece em etapas. Primeiro deve-se informar ao paciente sobre a substância, já que muitos não conhecem seus efeitos, seus prejuízos. Em seguida deve-se motivar o paciente para a mudança, orientando-o para que aceite o tratamento e definindo objetivos (Zanelatto & Laranjeira, 2013).

O tratamento deve iniciar-se diante do diagnóstico de abuso e/ou dependência, que deve ser minuciosamente investigado durante as consultas médicas (Diretrizes 2012).

No início do tratamento é importante que o paciente se conscientize sobre seu problema, conhecendo os efeitos da droga de abuso; que perceba a necessidade de mudar seu comportamento de uso e junto com o terapeuta se prepare para fazer essa mudança (Jungerman & Zanelatto, 2007).

O uso da maconha faz com que o indivíduo sinta uma diminuição do perigo relacionado ao problema a ser enfrentado. O fumar muitas vezes começa igualmente, a ser associado a várias situações pelas quais o indivíduo passa, por exemplo: se ele está nervoso fuma; se está tenso fuma para relaxar, se sente depressivo fuma, se tem um problema fuma antes de pensar em tentar resolvê-lo e assim por diante.

O consumo de drogas ilícitas vem crescendo absurdamente nos últimos anos e tornou-se motivo de preocupação constante da sociedade brasileira.



Segundo a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), droga é qualquer substância não produzida pelo organismo que tem a propriedade de alterar sobre um ou mais de seus sistemas, produzindo alterações em seu funcionamento. Uma droga não é por si só boa ou má. Existem substâncias que são usadas com a finalidade de produzir efeitos benéficos, como tratamento de doenças, e são consideradas medicamentos (SENAD, 2011).

Drogas Lícitas: são aquelas comercializadas de forma legal, podendo ou não estar submetidas a algum tipo de restrição. Como por exemplo, álcool (venda proibida a menores de 18 anos) e alguns medicamentos que só podem ser adquiridos por meio de prescrição médica especial. Drogas Ilícitas: qualquer substância proibida por lei é considerada uma droga ilícita (Michaelis, 2004).

### **03 - Critérios Diagnósticos da Dependência de Substâncias Psicoativas**

Um dos critérios importantes para se determinar o padrão de consumo é o conceito de dependência desenvolvido por Edwards e Gross (1991). Não é necessário que todos os critérios estejam presentes para se caracterizar um quadro de dependência.

1 – Compulsão para o consumo: a experiência de um desejo incontrolável de consumir uma substância. O indivíduo imagina-se incapaz de colocar barreiras a tal desejo e sempre acaba consumindo.

2 - Aumento da tolerância: a necessidade de doses crescentes de uma determinada substância psicoativa para alcançar efeitos originalmente obtidos com doses mais baixas.

3 - Síndrome de abstinência: o surgimento de sinais e sintomas de intensidade variável quando o consumo de substância psicoativa cessou ou foi reduzido.

4 - Alívio ou evitação da abstinência pelo aumento do consumo: o consumo de substâncias psicoativas visando ao alívio dos sintomas de abstinência. Como o indivíduo aprende a detectar os intervalos que separam a manifestação de tais sintomas, passa a consumir a substância preventivamente, a fim de evitá-los.

5 - Relevância do consumo: o consumo de uma substância torna-se prioridade, mais importante do que coisas que outrora eram valorizadas pelo indivíduo.

6 – Estreitamento ou empobrecimento do repertório: a perda das referências internas e externas que norteiam o consumo. À medida que a dependência aumenta, avança, as referências voltam-se exclusivamente para o alívio dos sintomas de abstinência, em detrimento do consumo ligado a eventos sociais. Além disso, passa a ocorrer em locais onde sua presença é incompatível, como por exemplo, o local do trabalho.

7 - Reinstalação da síndrome de dependência: o ressurgimento dos comportamentos relacionados ao consumo e dos sintomas de abstinência após um período de abstinência. Uma síndrome que levou anos para se desenvolver pode se reinstalar em poucos dias, mesmo tendo o indivíduo atravessado um longo período de abstinência.

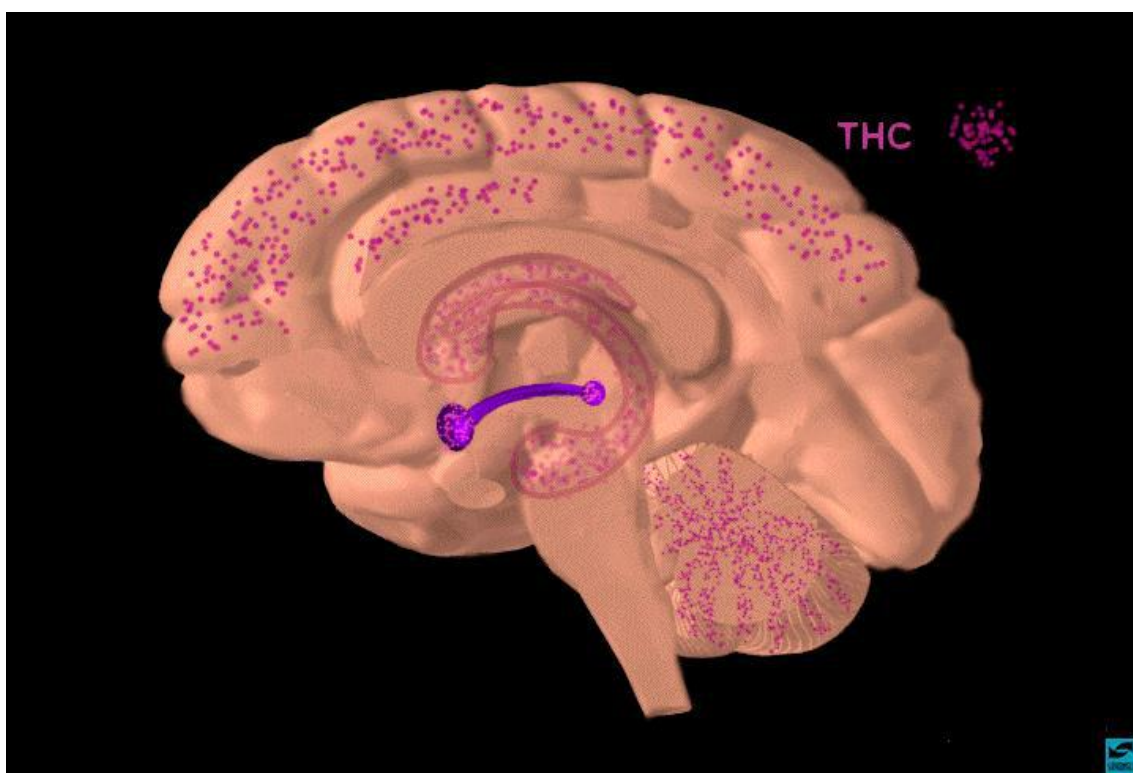
Não é de hoje que as drogas vêm causando sérios problemas à humanidade. O abuso das drogas vem aumentando significativamente desde a metade do século XIX. Várias são as razões que explicam este fenômeno: aumento da disponibilidade das drogas, expansão das comunicações dos transportes, fatores socioeconômicos, migração, rápida urbanização e mudanças de atitudes e valores na sociedade (Vilela, 2011).

As drogas alteram o sistema nervoso central (SNC) do indivíduo, mudando seu humor, percepção, estado emocional, comportamento e aprendizagem.

O efeito do THC no cérebro ocorre por meios dos receptores específicos no SNC (córtex, hipocampo, hipotálamo, cerebelo, amígdala, giro do cíngulo anterior e gânglios da base) com a ocorrência de alterações cognitivas (Zanelatto & Laranjeira, 2013).

Áreas do cérebro afetadas pelo delta-9-tetra-hidrocanabinol (THC):

Figura 2:



Fonte: extraída do The National Institute on Drug Abuse (NIDA) [ homepage na internet]. Acesso em 05 de novembro de 2012. Disponível em: <http://www.drugabuse.gov>

### **Complicações associados ao uso de maconha**

Depois que o indivíduo fuma a maconha, em geral, sente-se eufórico e, em seguida, fica relaxado e sonolento, o que pode durar algumas horas. Após tragar a fumaça produzida pela maconha, ela chega aos pulmões seguindo em seguida para a corrente sanguínea, a fumaça atinge o coração em segundos, a seguir chega ao sistema nervoso central conduzida pelas artérias, o que causa as alterações sensoriais (Jungerman & Zanelatto, 2007).

Os sintomas de abstinência favorecem para o desenvolvimento da dependência e dificultam a interrupção do uso. A síndrome de abstinência de maconha tem sido descrita por sintomas que desaparecem com a retomada do consumo, Os principais sintomas relatados são:

- Desconforto generalizado;
- Fissura;
- Diminuição do apetite;
- Perda de peso;
- Inquietação;
- Problemas para dormir;
- Agressividade;
- Irritabilidade;
- Tremores;
- Angústia;
- Cansaço;
- Sonhos estranhos;
- Sintomas depressivos.

### **Síndrome amotivacional**

É uma consequência do uso crônico e pesado da maconha. Este quadro é caracterizado pela diminuição da energia e da vontade, assim como prejuízo

social e ocupacional significativos. Na síndrome amotivacional nota-se diminuição da capacidade de atenção e julgamento, além de introversão, com diminuição da comunicação e das habilidades sociais (Fontes, 2010).

### **Principais efeitos causados pelo uso agudo da maconha**

Gerais: relaxamento, euforia, pupilas dilatadas, conjuntivas avermelhadas, boca seca, aumento do apetite, rinite, faringite.

Neurológicos: comprometimento da capacidade mental, alteração da percepção, alteração da coordenação motora, maior risco de acidentes, voz pastosa (mole).

Cardiovasculares: aumento dos batimentos cardíacos, aumento da pressão arterial.

Psíquicos: despersonalização, ansiedade/confusão, alucinações, perda da capacidade de insights, aumento do risco de sintomas psicóticos entre aqueles com história pessoal ou familiar anterior.

### **Principais efeitos causados pelo uso crônico da maconha**

Gerais: fadiga crônica e letargia, náusea crônica, dor de cabeça, irritabilidade.

Neurológicos: Diminuição da coordenação motora, alterações de memória e da concentração, alteração da capacidade visual, alteração do pensamento abstrato.

Psíquicos: depressão e ansiedade, mudanças rápidas de humor, irritabilidade, ataques de pânico, tentativas de suicídio, mudanças de personalidade.

Respiratórios: tosse seca, dor de garganta crônica, congestão nasal, piora da asma. Infecções frequentes dos pulmões, bronquite crônica.

Reprodutivos: infertilidade, problemas menstruais, impotência, diminuição da libido e da satisfação sexual.

Sociais: isolamento social, afastamento do lazer e de outras atividades sociais.

#### **04 - Terapia Cognitivo-Comportamental**

A terapia cognitivo-comportamental (TCC), da qual Aaron Beck é um dos pioneiros com seus trabalhos sobre depressão, teve seu uso rapidamente estendido para diversas patologias, entre elas a dependência química (Knapp, 2004).

Pode ser definida como um conjunto de intervenções semiestruturadas, objetivas e orientadas para metas, considerando fatores cognitivos (e seus desdobramentos) e comportamentais, é tida como uma ferramenta importante para o tratamento da dependência em si e também para a reestruturação de toda a vida do indivíduo (Diehl et. al. 2011).

Para Beck (1982), a terapia cognitivo-comportamental baseia-se no pressuposto racional teórico de que o afeto e o comportamento do indivíduo são determinados pela maneira como ele estrutura o mundo, sendo as cognições estão baseadas em esquemas previamente desenvolvidos, a partir de experiências anteriores.

Dentre os modelos de psicoterapia, a terapia cognitivo-comportamental (TCC) tem se mostrado área importante no tratamento da dependência do álcool e das drogas, com teoria e técnicas bastante consistentes para o problema.

A prática clínica da terapia cognitivo-comportamental (TCC) baseia-se em um conjunto de teorias bem desenvolvidas que são usadas para formular planos de tratamento e orientar as ações do terapeuta.

A TCC no tratamento da dependência química fundamenta-se na teoria da aprendizagem social, em que a aquisição de novos comportamentos e crenças é resultado das experiências prévias do indivíduo. No caso de dependentes químicos, muitas vezes pensamentos estão distorcidos ou supervalorizados, mantendo o comportamento de uso da substância.

O enfoque da TCC visa o manejo e a compreensão do uso de drogas a partir do aprendizado e das crenças do paciente, que precipitam e mantêm o uso e a mudança de padrões de comportamentos antigos, para auxiliar na modificação de distorções cognitivas e crenças disfuncionais, o que pode possibilitar a cessação do uso (Figlie et al.,2010)

A TCC utiliza técnicas de entrevista motivacional com o objetivo de auxiliar o indivíduo nos processos de mudanças de comportamentos e nos sentimentos de ambivalência (Miller & Rollnick, 2001).

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) tem sido utilizada com sucesso no tratamento da dependência química, especialmente nas prevenções de recaídas. Esse modelo de tratamento concentra-se basicamente no que está acontecendo em sua vida nos momentos atuais ao invés de buscar causas no passado.

Na dependência química a TCC vem sendo aplicada como psicoterapia individual, psicoterapia de grupo, terapia familiar e, também, por ambientes cognitivamente orientados - unidades hospitalares, escolas terapêuticas, hospitais-dia, comunidades terapêuticas (Knapp, 2004).

Um dos principais objetivos da terapia cognitivo comportamental (TCC) é identificar e corrigir distorções cognitivas que geram problemas para o indivíduo

e auxiliar no desenvolvimento de estratégias de enfrentamento destas situações que põem em riscos o alcance dos objetivos estabelecidos durante o tratamento (Beck, 1997).

Segundo (Diehl et. al. 2011) a terapia cognitivo-comportamental tem as seguintes características básicas:

- 1 – Estilo terapêutico;
- 2 – Formulação psicológica do problema;
- 3 – Relação colaborativa;
- 4 – Sessões estruturadas;
- 5 – Orientação de metas;
- 6 – Exame de questionamento de pensamentos;
- 7 – Disponibilidade de técnicas;
- 8 – O paciente aprende a ser seu próprio terapeuta;
- 9 – Tarefas de casa;
- 10 – Tempo limitado.

Oliveira Júnior (2010) enfatiza que a abordagem cognitivo-comportamental tem foco no desenvolvimento de uma análise funcional sobre o uso da maconha e a fissura, evitação dos gatilhos, desenvolvimento de habilidades de recusa, solução de problemas e mudanças no estilo de vida.

Knapp (2004) nos mostra que a TCC tem a mudança de crenças disfuncionais como alvo. Suas demandas incluem:

- ênfase no aqui e agora;
- sessões estruturadas;



- continuidade entre as sessões;
- solução de problemas;
- reestruturação de pensamentos disfuncionais;
- colaboração com o terapeuta;
- psicoeducação e informação compartilhada;
- um papel ativo por parte do terapeuta e do paciente;
- responsabilidade na identificação e avaliação das metas;
- avaliação das metas;
- assim como a adesão às tarefas de autoajuda.

A TCC está sendo usada numa série de outras condições psiquiátricas, como na dependência química, especialmente na prevenção de recaídas, nos transtornos de personalidade, no transtorno delirante, no transtorno do humor bipolar, no transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, nos transtornos de impulsos, no tratamento de problemas conjugais, em problemas médicos como a dor crônica, entre outros.

A TCC foca em ensinar as habilidades relevantes para abandonar o uso da maconha e para evitar ou lidar com outros problemas que poderiam interferir em bons desfechos. O que a TCC procura é modificar as situações e a interpretação do indivíduo de situações e estímulos, ou atenuando suas crenças disfuncionais mais importantes sobre o uso de drogas.

Deve-se treinar o paciente a desafiar seus pensamentos automáticos, a elaborar pensamentos e crenças alternativas no manejo de suas fissuras e no desafio das crenças permissivas a que mais frequentemente costuma recorrer, para habilitá-lo a desenvolver um estilo de vida sem drogas e a tomar,

repetidamente decisões que modifiquem o funcionamento do processo adictivo (Knapp, 2004).

A terapia cognitivo-comportamental aplicada às adições pode ser associada a outras modalidades de tratamento, como terapia dos 12 passos, grupos de autoajuda, terapia psicodinâmica e farmacoterapia (Beck e Alford, 2000).

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) dispõe de diversas técnicas, pode ser combinada com outras formas de tratamento, como os estágios de prontidão para mudança, a entrevista motivacional, motivação, prevenção à recaída, o manejo de contingências, treinamento das habilidades sociais, segue a descrição das abordagens terapêuticas:

### **Estágios de prontidão para a mudança**

Os terapeutas Prochaska e Di Clemente (2003) apresentam um modelo transteórico que explica a prontidão para mudança como estágios nos quais o indivíduo transita. Para compreender melhor é importante conhecer os estágios de mudança, que são: pré-contemplação, contemplação, determinação, ação, manutenção e recaída.

Cada estágio caracteriza um nível diferente de prontidão motivacional, a pré-contemplação representa o nível mais baixo de prontidão (Marlatt, Donavan e cols, 2009).

#### **Tabela 1 – Estágios Motivacionais**

##### **PRÉ-CONTEMPLAÇÃO**

O indivíduo não cogita a mudança. Essa fase é marcada pela resistência a qualquer orientação.

**CONTEMPLAÇÃO**

O indivíduo reconhece o problema (atual ou futuro) relacionado ao consumo, até cogita a necessidade de mudar, mas também valoriza os efeitos positivos da substância e o quanto gosta e precisa dela. Uma fase marcada pela ambivalência.

**PREPARAÇÃO**

O indivíduo reconhece o problema, sente-se incapaz de resolvê-lo sozinho e pede ajuda. Essa fase pode ser muito passageira, por isso é indispensável uma pronta abordagem e encaminhamento.

**AÇÃO**

O indivíduo interrompe o consumo e começa o tratamento. A ambivalência, porém, o acompanhará durante todo o trajeto, o que justifica que seja acompanhado periodicamente por um longo período.

**MANUTENÇÃO**

A manutenção da abstinência será sempre colocada em xeque pela ambivalência e pelos fatores de risco que o acompanham. É um período dedicado à prevenção da recaída.

**RECAÍDA**

Fala-se em lapso, quando o retorno ao consumo dentro de uma situação de abstinência é pontual. O termo recaída, refere-se ao retorno ao consumo, após um período considerável de abstinência. Recair não é voltar à estaca zero. Ao contrário, trata-se de uma fase onde o profissional e o usuário têm a oportunidade de aprender com os erros, para evitar recaídas futuras.

Fonte: Miller WR, Rollnick S. Entrevista Motivacional. Porto Alegre; 1999.

## **Entrevista Motivacional**

De acordo com Rollnick e Miller (1991) apud Jungerman (2005) a entrevista motivacional é um “estilo de aconselhamento diretivo, centrado no cliente, que visa estimular a mudança do comportamento, ajudando os clientes a explorar e resolver sua ambivalência”.

A entrevista motivacional começa com a exploração e aceitação pelo terapeuta da ambivalência do paciente (Marlatt, Donavan e cols, 2009).

Laranjeira (2013) pontua que a ambivalência faz o indivíduo perder-se em seus objetivos, o que costuma ser experimentado da seguinte maneira: “no início, pensa em uma razão para mudar; depois, pensa-se uma razão para não mudar; por fim, para-se de pensar a respeito”.

Miller e Rollnick (2001) descreveram cinco princípios que norteiam a técnica da entrevista motivacional e explicitam a postura terapêutica adotada neste modelo:

- expressar empatia;
- desenvolver a discrepância entre as metas desejadas e os comportamentos a serem modificados;
- evitar a confrontação para não aumentar a resistência ao tratamento;
- aceitar a resistência no sentido de trabalhar com ela, facilitando a resolução da ambivalência;
- estimular a autoeficácia para que o sujeito saiba que tem condições e estratégias para lidar com situações difíceis e obter êxito.

## **Motivação**

A palavra motivação vem da raiz latina que significa “mover”, sendo uma tentativa de compreender o que move as pessoas a ter determinadas atitudes. É uma série de processos que fazem com que uma pessoa se mova em direção a um objetivo específico. Miller (1985) define a motivação como: “a probabilidade de que uma pessoa inicie, dê continuidade e permaneça num processo de mudança específico”.

Miller, seu principal expoente, postula que “a motivação é um estado de prontidão ou de avidez para a mudança, que pode oscilar de tempos em tempos ou de uma situação para a outra e que é passível de ser influenciado” (Figlie et al. 2010).

As pessoas que lutam contra problemas de dependência química geralmente chegam ao tratamento com motivações flutuantes e conflitantes entre continuar e interromper o consumo de substâncias.

Esse conflito, que pode ser chamado de ambivalência, permeia principalmente as primeiras sessões do tratamento e parece ter um potencial especial para manter as pessoas aprisionadas e criar estresse. A ambivalência é um estado mental no qual a pessoa tem sentimentos coexistentes e conflitantes a respeito de algum comportamento a ser modificado (Figlie et al. 2010).

É preciso conhecer o fenômeno da ambiguidade para não cair no erro de pensar que um indivíduo que, em um momento diz que quer parar de usar drogas e alguns minutos depois volta a usar, necessariamente estava mentindo (SENAD, 2011).

## **Prevenção de Recaída**

Elaborada por Marlatt e Gordon na década de 1980, a prevenção de recaída é o conjunto de técnicas que tem como objetivo principal a manutenção da mudança de hábitos (Zanelatto & Laranjeira, 2013).

As situações de alto risco devem ser identificadas e, quando possível, evitadas. É importante identificar as situações de risco para que o paciente possa se planejar e não ser pego de surpresa (Jungerman & Zanelatto, 2007).

O principal objetivo da prevenção de recaída (PR) é tratar o problema da recaída e gerar técnicas para prevenir ou manejar sua ocorrência.

Utiliza os princípios da terapia cognitivo-comportamental e visa auxiliar o usuário de maconha a identificar e lidar com as situações de alto risco perante a droga (Jungerman & Zanelatto, 2007).

A teoria da PR prevê que os deslizes na volta ao uso de substâncias após um tratamento bem-sucedido têm maior probabilidade de ocorrer quando os dependentes químicos em recuperação se deparam com situações de alto risco (Marlatt, Donovan, 2009).

A autora Zanelatto nos diz que o indivíduo está mais propenso a usar a droga quando está diante de certos gatilhos, os quais podem estar relacionados a estados emocionais internos (depressão, angústia, raiva) estados físicos negativos (sintomas de abstinência, dor) ou circunstâncias externas (lugares ou situações associadas ao uso de drogas) (Diehl & cols. 2011).

## **Manejo de contingência**

O manejo de contingência (MC) envolve um conjunto de técnicas comportamentais desenvolvidas para o tratamento dos transtornos por uso de

substâncias. O tratamento por MC é eficaz em promover a abstinência continuada (Diehl, et al. 2011).

Esse modelo de tratamento envolve o uso sistemático de consequências (recompensa ou punição) para motivar a abstinência em relação ao uso de maconha.

O manejo de contingência é um tratamento comportamental que visa mudar o repertório do indivíduo, diminuindo ou extinguindo os comportamentos indesejáveis (Diehl, et al. 2011).

As intervenções de MC mais frequentemente estudadas e testadas devido ao uso de maconha envolvem programas de incentivo com base na abstinência que proporcionam incentivos tangíveis, contingentes à abstinência, documentados por meio de testes de urina uma ou duas vezes por semana (Budney A. J et. al. 2010).

### **Treinamentos de Habilidades Sociais (THS)**

A aquisição de habilidades sociais é essencial para um desenvolvimento adequado e para estruturação de vínculos responsáveis, estáveis e seguros (Ribeiro & Laranjeira, 2010).

O treinamento de habilidades sociais (THC) visando o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento de situações de risco tem sido usado com sucesso (Zanelatto & Laranjeira, 2013).

O THS foi desenvolvido com o intuito de aumentar a assertividade do paciente no manejo das situações do seu cotidiano, especialmente as mais estressantes do e propiciadoras de recaídas (Silva e Serra, 2004).

Lidar com sentimentos negativos; assertividade; fazer e receber críticas; recusar drogas; dizer não; frustrações; adiar prazeres; fissura; reconhecer e

enfrentar situações de riscos são as principais dificuldades de habilidade social entre os usuários de drogas.

### **Estrutura das Sessões**

A terapia cognitivo-comportamental é uma terapia voltada para o problema geralmente aplicada em um formato de curto prazo. As sessões devem ser estruturadas, com agenda programada e com duração de 50 minutos a 60 minutos (Zanelatto & Laranjeira, 2013).

Utiliza métodos de estruturação, com o estabelecimento de agenda e feedback, para maximizar a eficácia das sessões de tratamento, ajudar os pacientes a organizar seus esforços em direção à recuperação e identificar o aprendizado.

O objetivo durante as sessões da TCC é trabalhar as questões que tocam o racional para então ver os resultados sobre o comportamento do paciente (Jungerman & Zanelatto, 2007).

Knapp (2004) resume o processo terapêutico da TCC em fases: estruturação da terapia; diagnóstico funcional; planejamento terapêutico; implementação de plano terapêutico; avaliação contínua dos resultados.

As técnicas cognitivo-comportamentais ensinam habilidades relevantes para auxiliar na redução ou cessação do consumo da substância psicoativa e capacitam o indivíduo a lidar com outros problemas, que podem afetar os resultados do tratamento (Zanelatto & Laranjeira, 2013).



## **Principais Técnicas Utilizadas na TCC**

As principais técnicas usadas na TCC no tratamento do dependente químico são: Identificação de pensamentos automáticos (PA); Registro diário de pensamentos automáticos disfuncionais; Solução de problemas; Exame das vantagens e desvantagens; Distração; Cartões de enfrentamento; Relaxamento; Treinamento de assertividade.

**1 - Identificação de pensamentos automáticos (PA):** os pensamentos automáticos são pensamentos, ideias ou imagens que coexistem com o fluxo mais manifesto do pensamento; são poucos conscientes, não questionados, parecem surgir automaticamente e geralmente são tomados como verdadeiros. Muitas vezes os pensamentos automáticos podem passar despercebidos e em geral são aceitos como legítimos, sendo que dificilmente merecem, por parte do indivíduo, exame de seu conteúdo.

**2 - Registro diário de pensamentos automáticos disfuncionais:** uma das técnicas mais utilizadas na TCC é treinar o paciente e solicitar que ele registre seus pensamentos disfuncionais no final do dia, ainda na vigência do desconforto psicológico. Essa técnica do registro ajuda o paciente a analisar, objetivamente, os pensamentos e sentimentos que têm potencial de levá-lo ao uso de substâncias psicoativas.

**3 - Solução de problemas:** essa técnica visa auxiliar o paciente a identificar e delimitar o problema, pensar nas diversas soluções possíveis, examinar os prós e contras para cada solução pensada, escolher a melhor solução disponível, avaliar a efetividade e a adequação da solução escolhida.

**4 - Exame das vantagens e desvantagens:** é uma técnica utilizada para auxiliar os pacientes na tomada de decisões. O paciente é estimulado a escrever vantagens e desvantagens sobre seu uso de drogas. Os pacientes são orientados a preencher uma matriz com quatro áreas, nas quais listarão as

vantagens de usar, as desvantagens do uso, as vantagens e desvantagens da abstinência.

**5 - Distração:** a técnica da distração consiste no esforço para mudar o foco da atenção do mundo interno para o ambiente externo. Consiste em mudar o foco de atenção para outras situações, como por exemplo, prestar atenção em detalhes do lugar onde se encontra, ler em voz alta ou cantarolar uma música, envolver-se com uma atividade lúdica.

**6 - Cartões de enfrentamento:** são cartões com lembretes que o paciente pode carregar consigo ou afixar em locais frequentemente visíveis, com a finalidade de ajudar pacientes a colocar em prática o que foi discutido e refletido durante a terapia. Esses lembretes podem ser elaborados na sessão pelo paciente, como tarefa de casa.

**7 - Relaxamento:** as principais técnicas de relaxamento são os exercícios respiratórios e relaxamento muscular progressivo. Através dessas técnicas acontece uma importante redução na ansiedade, portanto, são úteis no caso das dependências e no manejo da fissura.

**8 - Treinamento de assertividade:** a assertividade deve ser dirigida não apenas à capacidade do paciente de dizer não às drogas, mas também às diversas áreas da sua vida, bem como, afetiva, profissional, nas quais o paciente necessita fazer reajustes que em conjunto, vão configurar uma modificação no seu estilo de vida.

## **05 - Justificativa**

Algumas pesquisas têm mostrado que a maconha é a substância proibida por lei mais usada em nosso país e que os usuários de maconha necessitam de tratamento.

Diversas pesquisas mostram que a TCC é eficaz no tratamento do usuário de maconha, fazendo com que o paciente perceba a necessidade de mudar seu comportamento em relação ao uso da droga. . Para a adequada aplicação da TCC no tratamento da dependência de maconha, é necessário que os profissionais de saúde compreendam esse processo dirigido especificamente para essa substância.

## **06 - Objetivo**

O objetivo do presente trabalho é:

- a) Apresentar o modelo cognitivo de Aaron Beck no tratamento da maconha;
- b) Apresentar um breve histórico da eficácia da TCC no tratamento psicológico do usuário de maconha.

## **07- MÉTODOS**

Busca sistemática utilizando banco de dados eletrônicos: Scielo, Bireme, levantamento bibliográfico (tese de mestrado e doutorado, livros especializados em dependência química e terapia cognitivo-comportamental) utilizando os termos: tratamento; terapia cognitivo-comportamental; maconha; dependência química.

## 08 – Resultados

### **Evidências da efetividade da Terapia Cognitivo Comportamental no tratamento do usuário de maconha**

Uma metanálise que estudou a eficácia da TCC considerou 34 ensaios clínicos, totalizando 2.340 pacientes usuários de diversas substâncias como: maconha, cocaína, oleáceos, sendo vários poliusuários. Os tratamentos foram separados da seguinte forma:

- Manejo da Contingência (14 estudos);
- TCC (13 estudos);
- Prevenção de Recaída (05 estudos);
- TCC combinada com Manejo da Contingência (02 estudos).

Os resultados obtidos sinalizam que usuários de maconha e de cocaína tendem a se beneficiar mais da TCC. Sendo que os homens que participaram dessa abordagem demonstraram o uso reduzido da maconha nos três meses seguintes.

Em relação aos tipos de tratamentos os resultados evidenciaram que os tratamentos associados à TCC e o MC tiveram altas taxas de eficácia, mostrando que a MC tem a finalidade de favorecer e manter a abstinência em usuários de substâncias psicoativas.

Em outro estudo: O “Projeto *Cannabis Youth Treatment*” um estudo de intervenção multicêntrico e randomizado subvencionado pelo Center for Substance Abuse Treatment para testar o tratamento e o custo-benefício relativos a 05 intervenções quanto ao uso de *cannabis* por adolescentes.

O órgão do governo dos Estados Unidos organizou e idealizou um programa de tratamento destinado aos adolescentes com problemas

relacionados ao consumo de maconha denominado *Cannabis Youth Treatment (CYT- Tratamento para Jovens e Maconha)*.

O programa é composto por 05 intervenções estruturadas, organizados em manuais de fácil compreensão e aplicabilidade, o tratamento realizado com terapia cognitivo-comportamental, com modelos de 05 a 12 sessões.

O projeto recrutou 600 participantes adolescentes, entre 12 e 18 anos que apresentaram problemas relacionados ao abuso ou dependência de maconha, os quais relataram ter fumado maconha nos últimos 90 dias.

O planejamento, a aplicação e a avaliação da eficácia e efetividade foram cuidadosamente monitorados, num dos maiores esforços metodológicos já vistos na elaboração de um programa de tratamento para dependência química.

Iniciou-se com 05 sessões estruturadas, sendo as 02 primeiras individuais com aplicação da entrevista motivacional e 03 sessões em grupos com a aplicação da TCC. Essa fase tem o intuito de motivar os adolescentes para o tratamento, ajudar a lidar com situações de alto risco e assim evitar possíveis recaídas.

Seguiu-se com 07 sessões de terapia cognitivo comportamental, focando na resolução de problemas, manejo da raiva, no controle da fissura e recaída.

O projeto oferece uma rede de apoio familiar, realizado por meio de visitas domiciliares, auxílio para o manejo das situações domésticas e grupos educativos e de orientação.

Consta ainda a abordagem de reforço comunitário ao adolescente. Trata-se de uma intervenção individual composta por 10 sessões: 06 para os adolescentes e 04 para seus responsáveis. Trata-se de uma tentativa de ensinar modos alternativos para lidar com problemas relacionados ao uso de drogas.

A terapia familiar multidimensional é composta por 12 sessões semanais, com o adolescente e sua família.

Desde o início do tratamento até 06 meses depois, a porcentagem de adolescentes que relatou abstinência aumentou de 04 para 34%. As evidências de metabólitos de maconha na urina (análise da urina em busca de metabólitos das drogas) é um bom método para saber se a pessoa usou drogas, diminuiu de 31 para 25% e a presença de sintomas de abuso ou dependência de maconha no último mês diminuiu de 61 para 19%.

## **09 – DISCUSSÃO**

O uso da maconha tem sido alvo de muita atenção pela mídia, bem como na área científica em geral. O presente estudo se propôs avaliar a importância da terapia cognitivo-comportamental no tratamento do usuário de maconha.

As técnicas cognitivo-comportamentais ensinam habilidades relevantes para auxiliar na redução ou cessação do consumo da substância psicoativa e capacitam o indivíduo a lidar com outros problemas, que podem afetar os resultados do tratamento (Zanelatto & Laranjeira, 2013).

Através da análise da revisão da literatura percebe-se que os resultados indicam que a terapia cognitivo-comportamental é eficaz e trouxe mais benefícios durante o tratamento, fazendo com que o paciente passe a perceber as desvantagens do uso e fazendo-os encontrar sentido na vida sem o uso da substância, podendo assim reestabelecer uma nova rotina.

O manejo da contingência (MC) oferece incentivo ou recompensa para encorajar os pacientes a atingirem objetivos comportamentais específicos.

Percebe-se que a combinação da TCC, PR e MC, pode auxiliar os indivíduos a fazer alterações significativas em seu uso problemático com a maconha.

Já no estudo com os adolescentes percebe-se que as sessões de TCC foram eficazes mostrando um maior número de dias de abstinência e percentual de adolescentes em recuperação.

A proposta do *CYT- (Tratamento para Jovens e Maconha)* com as abordagens aplicadas é atuar a um só tempo em diferentes áreas da vida do adolescente e sua família, entendendo a dependência química como uma condição decorrente de fatores biológicos, psicológicos e sociais.

O projeto se preocupa com o adolescente num todo e ao proporcionar a terapia aos familiares faz com que a família se una para a resolução do problema. O engajamento do familiar durante o tratamento aumenta as chances do adolescente em aceitar melhor o tratamento.

A terapia familiar traz benefícios significativos tanto no padrão de consumo do paciente quanto na melhora das relações familiares e sociais (Zanelatto & Laranjeira, 2013)

O apoio familiar é vital para a reestruturação do dependente químico em qualquer estágio do problema (Zanelatto & Laranjeira, 2013).

## 10 - CONCLUSÃO

Os resultados da revisão da literatura sugerem que:

- 1) O usuário de maconha necessita de tratamento por vários motivos, para diversos usuários seu uso promove uma sensação de bem-estar, para outros efeitos euforizantes, redução da tensão, através da revisão da literatura, percebe-se que o uso crônico da substância traz dependência, irritabilidade, problemas respiratórios, diminuição da coordenação motora, alterações da atenção, concentração e memória, síndrome amotivacional e em casos mais graves sintomas psicóticos.
- 2) Vários estudos indicam que a terapia cognitivo-comportamental (TCC) pode auxiliar os indivíduos a fazer mudanças significativas em seu uso problemático com a maconha, mostrando o quanto a TCC é importante e eficaz durante o tratamento.
- 3) Os resultados demonstram que a TCC em grupo e individual, tem bons efeitos durante o tratamento da dependência da maconha e dos problemas associadas (Jungerman & Zanelatto, 2007).
- 4) A TCC tem sido utilizada com sucesso no tratamento de problemas de uso de substâncias psicoativas, especialmente na prevenção de recaída auxiliando o usuário de maconha a identificar e lidar com as situações de alto risco perante a substância.
- 5) A TCC foca em ensinar as habilidades relevantes para abandonar o uso de maconha e para evitar ou lidar com outros problemas que podem interferir em bons desfechos.
- 6) Percebe-se que o número de publicações sobre a terapia cognitivo-comportamental durante o tratamento da maconha ainda é reduzido. Conclui-se



que mais investigações sobre esse tema devem ser realizadas, focalizando a população brasileira.

## 11 - REFERÊNCIAS

Beck J, S. *Terapia cognitiva: teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed; 1997.

Beck, A. T., & Alford, B. A. *O poder integrador da Terapia Cognitiva*. Porto Alegre: Artmed, 2000.

Beck, A. *Terapia cognitiva da depressão*. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

Budney A. J. *Intervenções farmacológica e psicossocial para os distúrbios por uso de cannabis*. Revista Brasileira de Psiquiatria - 2010.

Clark, D.M. *Estados de ansiedade: pânico e ansiedade generalizada*. In: Hawton, K. et al. *Terapia Cognitivo Comportamental para problemas psiquiátricos: um guia prático*. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

Diehl, A. *Dependência Química: prevenção, tratamento e políticas públicas / Alessandra Diehl e cols.* – Porto Alegre: Artmed, 2011.

Edwards, G. *O tratamento do alcoolismo*. Porto Alegre: Artmed; 1999.

Fabiana, A. B. V – *Fatores Preditivos de aderência no Tratamento de Usuários de Maconha*. [Dissertação de Mestrado] – Escola Paulista de Medicina, São Paulo – 2011.

Fabiani, M. C. M - *Avaliação do desempenho de um questionário para detectar o uso de maconha e cocaína em uma população carcerária de São Paulo*. [Tese de Doutorado] - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo – 2010.

Figlie, N. B.. *Aconselhamento em dependência química* - Neliana Buzi Filglie, Selma Bordin, Ronaldo Laranjeira – 2ª edição – São Paulo: Roca, 2010.

Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e outras Drogas. IILENAD: *Levantamento Nacional de Álcool e Drogas*. São Paulo: UNIFESP, 2012.

Jungerman, F. S. *Tratamento psicológico do usuário de maconha e seus familiares: um manual para terapeutas* – Flávia S. Jungerman, Neide A. Zanelatto – São Paulo: Roca, 2007.

Knapp P. *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica* / organizado por Paulo Knapp – Porto Alegre: Artmed, 2004.

Laranjeira, R. *Projeto Diretrizes Abuso e Dependência de Maconha* – Associação Brasileira de Psiquiatria - Sociedade Brasileira de Cardiologia, Laranjeira e Cols., 2012.

Marlatt GA, Gordon Jr. *Prevenção da Recaída*. Porto Alegre: Artmed; 1993.

Michaelis – *Moderno Dicionário da Língua Portuguesa* – Editora Melhoramentos, 2004.

Miller WR, Rollnick S. *Entrevista Motivacional*. Porto Alegre; 1999

Miller, W. R., & Rollnick, S. Princípios da entrevista motivacional. In: W. R. Miller & S. Rollnick. *Entrevista motivacional: preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos* (A. Caleffi & C. Dornelles, Trad.) - Porto Alegre: Artmed – 2001.

Neide. A. Z. *O tratamento da dependência química e as terapias cognitivo-comportamentais: um guia para terapeutas* / Organizadores, Neide A. Zanelatto, Ronaldo Laranjeira – Porto Alegre: Artmed, 2013.

Oliveira Junior, H. P. - *Avaliação do perfil de comorbidades, gravidade da dependência e motivação para o tratamento em uma amostra de usuários de*

*maconha que procuram tratamento*. [Dissertação de Mestrado] Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo – 2010.

OMS - Organização Mundial de Saúde – *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10*. Porto Alegre: Artmed, 1993.

Prevenção ao uso indevido de drogas: Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias. 4ª Ed. – Brasília: Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de políticas sobre Drogas - SENAD, 2011.

Rangé, B. *Psicoterapia comportamental cognitiva: transtornos psiquiátricos* - Campinas: Psy II, 1995.

Ribeiro M. *O Tratamento do Usuário de Crack* - Marcelo Ribeiro, Ronaldo Laranjeira (Orgs) Editora Casa Leitura Médica – São Paulo, 2010.

Rollnick, S.; Miller, W. R. *What is motivational interviewing?* Behav. Cog. Psych. V. 23, 1985.

Silva, V. A.; Mattos, H. F. *Os jovens são mais vulneráveis as drogas?* Em Pinsky, I.; Bessa, M. A. (Eds.). *Adolescência e drogas* - São Paulo: Contexto 2004.

The National Institute on Drug Abuse (NIDA) [homepage na internet]. Acesso em 05 de novembro de 2012. Disponível em: <http://www.drugabuse.gov>

UNODC, *United Nations Office on Drugs and Crime* [homepage na internet]. Acesso em 12 de novembro de 2012. Disponível em <http://www.unodc.org>

Waston, Arnold M. *Prática psicoterápica eficaz dos problemas com álcool e drogas*. Arnold M. Washton, Joan E. Zweben; tradução Mônica Armando – Porto Alegre; Artmed, 2009.