

Perfil dos usuários que procuram tratamento em um ambulatório de maconha

Profile of outpatients searching for marijuana addiction treatment

Neide A. Zanelatto – UNIAD – UNIFESP

Resumo:

O presente trabalho objetiva descrever as características sociodemográficas dos pacientes que procuram os serviços do Ambulatório de Maconha da UNIAD - São Paulo, e as abordagens de tratamento oferecidas

É um estudo descritivo, baseado em dados obtidos de prontuários de pacientes atendidos de 2000 a 2005, que caracteriza a população de usuários do serviço como sendo do sexo masculino, solteiros, adultos jovens, com escolaridade média, e razoável inserção profissional. O início do uso ocorre em torno de 15 anos de idade (60% da amostra), com 90% fazendo sua experimentação antes dos 19 anos. O tempo de chegada ao serviço é de aproximadamente 7 anos, pois a idade média de procura é de 21/22 anos. O tempo de uso e o padrão de consumo variam, mas 40% da amostra fuma mais de uma vez por dia, e 30% fuma há mais de 10 anos. São necessárias intervenções preventivas mais eficazes e em mais tenra idade, pois o uso de maconha revela-se um problema, para os que desenvolvem dependência. Tratamentos especializados acolhem o paciente de maneira mais ampla, do ponto de vista psicológico e farmacológico, se houver necessidade. A orientação e o tratamento da família é de fundamental importância para melhores resultados.

Palavras-chave: perfil, usuários, maconha, dependência, tratamento

Abstract:

This study aims at describing the demographics of outpatients searching for assistance at the Marijuana Clinic of UNIAD - São Paulo, as well as the treatment approaches available therein.

This descriptive study is based on information obtained through dossiers of patients assisted from 2000 to 2005, and portrays the users of the Clinic services as: males, singles, young adults, with average education level, and reasonable professional insertion, who started using the drug when they were around 15 (60%), with 90% starting before the age of 19. The average age of the patients is 21-22, which shows that it usually takes them around 7 years to decide to look for treatment. The length of the addiction period and the usage pattern vary, but 40% smoke more than once a day and 30% have smoked for more than 10 years. More efficacious preventive interventions are required at an earlier age, in view of the problems faced by those who develop addiction to marijuana. When necessary, specialised comprehensive treatments are prescribed from both the psychological and the pharmacological points of view. Family orientation and treatment are of utmost importance for better results.

Key words: profile, users, cannabis, addiction, treatment.

Introdução:

A *Cannabis Sativa* (maconha) é usada pelos homens há séculos, em função principalmente de suas propriedades sedativas e da capacidade desta substância induzir sensações de bem-estar.

A maconha, dentre as drogas ilícitas, figura como aquela com maior prevalência de uso em todo o mundo, particularmente entre adultos jovens¹. Seus efeitos, ao nível da vida psíquica e da saúde física como um todo, ainda não são totalmente conhecidos, o que leva ao debate, com opiniões muito controversas². Se compararmos a produção científica acerca do uso de álcool, ainda há muito o que pesquisar acerca do uso de maconha³.

Atualmente é a substância ilícita mais produzida, traficada e consumida em todo o mundo, ainda que alguns dados revelem que nos Estados Unidos o uso entre estudantes tenha diminuído em 2002, e seja 10% mais baixo do que em 1997, e 30% mais baixo do que nos anos setentas, e na Austrália o abuso de maconha entre a população geral tenha diminuído cerca de 23% no período de 1998 a 2001⁴.

Em nosso país, é a terceira droga (depois do álcool e do tabaco) mais consumida por estudantes^{5 6 7 8 9}. Entre estudantes de 1º e 2º graus, o uso na vida (ao menos uma vez) passou de 2,8% dos entrevistados em 1987, para 7,6% em 1997, um considerável aumento no período de dez anos¹⁰.

Um estudo conduzido em uma escola pública de São Paulo em 1997, coloca a maconha no segundo lugar (44,7%) de droga consumida pelos jovens que participaram da pesquisa, juntamente com o tabaco¹¹. Este estudo ainda revela que a prevalência do uso de drogas ilícitas (entre elas, a maconha) é mais alta em indivíduos do sexo masculino, e em classes sociais mais altas.

Estudos recentes evidenciam que o uso precoce de maconha aumenta as possibilidades de uso nos anos que seguem. Um estudo recente com jovens australianos, mostrou que 4 entre 5 indivíduos que usaram maconha em algum momento da vida, mantiveram este uso nos anos seguintes. Acrescenta-se a isso o fato de que, quanto maior a frequência deste uso precoce, maior a chance de um uso nocivo no futuro^{12 13}. Mesmo que o uso diário tenda a cair ao redor dos 30 anos, maconha é ainda a droga que se usa durante um maior tempo dentre as drogas ilícitas³.

Revisões da literatura sobre os efeitos adversos da maconha na saúde como um todo, revelam a correlação entre o uso desta substância e o envolvimento em acidentes de automóveis (onde foi excluído o uso álcool e outras drogas), bem como a incidência de inflamações crônicas e alterações pré-cancerosas nas vias aéreas superiores em fumantes de maconha, evidenciando um risco aumentado de ocorrência de câncer, proporcional à quantidade de maconha utilizada¹⁴.

Muito embora uma grande parte dos usuários de maconha, possam permanecer usando a substância de forma leve, sem grandes prejuízos, outros progridem para o uso pesado e a dependência. Comparando com outras drogas lícitas e ilícitas, a proporção de usuários de maconha que desenvolvem dependência é baixa¹⁵. Ainda que o risco de desenvolver dependência seja pequeno, um para cada dez que experimentam¹⁶, comparado a 1 para cada 7 que experimentam álcool, 1 para cada 5 que experimentam cocaína, 1 para cada 4 que experimentam heroína, 1 para cada 3 que experimentam nicotina, muitas pessoas estão expostas a essa substância, de modo que o tempo de dependência que estas pessoas vivenciam é maior do que o de outras drogas ilícitas.

A dependência de maconha é definida no DSM-IV como um aumento de tolerância ao uso, um uso compulsivo e contínuo a despeito dos problemas físicos e psicológicos causados ou exacerbados por este uso¹⁷. Dentre os problemas associados ao uso estão presença de pouca energia, sintomas depressivos, sentimentos persecutórios, aumento de ansiedade e ataques de pânico¹⁸, problemas de saúde física, perda de memória, problemas de relacionamento, perda de interesse em outras atividades, e quase $\frac{1}{4}$ dos ganhos gastos com o uso, gerando problemas financeiros¹⁹ além de sintomas psicóticos²⁰. Neste aspecto específico, vale a pena ressaltar que estudos recentes sugerem que, embora em nível individual o uso de maconha pareça levar a um aumento de duas a três vezes no risco individual no aparecimento da esquizofrenia, no nível populacional a eliminação do uso de maconha poderia gerar uma redução em torno de 7 a 13% na incidência deste transtorno²¹.

Os sintomas de abstinência contribuem para o desenvolvimento da dependência e dificultam a interrupção do uso. Os primeiros sintomas ocorrem entre o primeiro e terceiro dias de abstinência, os sintomas mais intensos entre os segundo e sexto dias e tendem a desaparecer até o décimo quarto dia²². Os principais sintomas relatados são aumento da agressividade, raiva aumentada, ansiedade, diminuição

do apetite, perda de peso, irritabilidade, inquietação, tremores, problemas para dormir e dores de estomago²².

Apesar dos vários efeitos adversos mencionados, o usuário de maconha apresenta prejuízos diferenciados dos usuários de outras drogas ilícitas, e muitas vezes disponível para aproveitar a relação terapêutica, de modo que estudos têm sido feitos no sentido de acolher o usuário de maconha de modo mais particular. Estudos comparando intervenções grupais com referencial cognitivo-comportamental e intervenções grupais com base nos doze passos, revelam igual melhora²³. Um segundo estudo, comparando grupos de tratamento com 14 e 2 sessões de tratamento respectivamente, e ainda um terceiro grupo de controle, revelam que ambos os grupos mesmo com número diferente de intervenções, melhoram mais do que o grupo controle. Ambos estudos utilizando referenciais cognitivo-comportamentais e modelo de prevenção de recaída. Conclui-se ainda que, intervenções, ainda que mínimas são eficazes²⁴. Um outro estudo comparando 6 sessões de terapia cognitivo comportamental (entrevista motivacional mais prevenção de recaída), uma sessão de TCC (mais a entrega de uma brochura) e grupo de espera, revela que o primeiro grupo aderiu melhor ao tratamento (follow-up), donde os autores concluem que em uma amostra com sérios problemas, tratamentos intensivos trazem resultados melhores²⁵.

O ambulatório de maconha

A partir dos anos 80s. foram criados em nosso país, centros para tratamento ambulatorial e de incentivo à pesquisa em relação ao abuso e dependência de substâncias. A UNIAD – Unidade de Pesquisa de Álcool e Drogas, criada em 1997, teve seu ambulatório de maconha instituído a partir de 2000, o único especializado no país, que atualmente conta com aproximadamente 470 pacientes atendidos, composto por uma equipe profissional especializada. Atualmente contamos com 9 psicólogos (1 coordenador, 6 terapeutas e 2 estagiários) e 1 psiquiatra. Quanto ao tipo de tratamento oferecido, combinamos uma intervenção psicológica/farmacológica, uma vez que, parte de nossos pacientes precisa de tratamento medicamentoso em função da existência de outros transtornos associados à dependência/abuso de maconha.

A estratégia terapêutica tem como norte o tratamento por profissionais especializados, cuja formação se dá em parte na própria instituição, através de

cursos de aprimoramento, estudos de casos clínicos em reuniões semanais de supervisão, aliada à leitura de artigos científicos e aulas dadas por profissionais das áreas envolvidas.

Trabalhamos basicamente na busca da redução da demanda, já que nos apoiamos em um modelo de abstinência total, preconizado pela literatura científica sobre o assunto, como o modelo ideal para casos onde a dependência já se instalou.

Nosso programa de tratamento estrutura-se ancorado em uma combinação de abordagens biológica e psicológica, já que todos os pacientes recebem tratamento psicológico, seja individualmente, seja em grupo, e aqueles que apresentam comorbidades psiquiátricas, recebem atendimento médico.

Este ambulatório, ainda mantém um serviço de apoio e orientação a familiares (pais, esposas/maridos, irmãos, namoradas, etc.) com o objetivo de dar suporte em um momento de crise, pelo qual passa a família, além de facilitar a adesão do familiar dependente ao serviço.

Como referencial teórico, partimos de uma combinação entre Terapia Cognitiva e Terapia Comportamental, utilizando-nos de abordagens de eficácia comprovada no tratamento de dependentes de substância, como a Entrevista Motivacional, o Modelo de Prevenção da Recaída, e o Treinamento de Habilidades Sociais²⁶. Nosso modelo de atendimento baseia-se em uma intervenção breve (6 sessões) em atendimento individual ou (12 sessões) em atendimento em grupo.

A coleta de dados

Como fontes primárias de informações, foram utilizados os prontuários dos pacientes atendidos em nosso ambulatório, cujos dados sociodemográficos, bem como idade do primeiro uso, tempo e padrão de uso, foram lançados em um banco de dados, utilizando-se o programa SPSS, para análise exploratória dos dados, que incluiu a distribuição de freqüência simples, entendida aqui através de dados percentuais.

De um total de 413 prontuários analisados, obtivemos uma amostra constituída em sua maioria de indivíduos que residem no município de São Paulo (82%) do sexo masculino – 86,9%, solteiros 78,3%, sendo que, 54% aproximadamente, têm escolaridade com ensino médio incompleto a completo, e 18% tem ensino superior incompleto. Quanto a inserção profissional, a amostra revela que 17% são

estudantes, 30,3% estão desempregados, 18% estão no mercado de trabalho informal e apenas 24,6% ainda mantém um trabalho formal. O uso de maconha na família nuclear aparece em 17,6% dos casos, com maior incidência entre os irmãos dos pacientes.

Quanto à idade do primeiro uso de maconha, 60,2% tinham 15 anos ou menos, e até 19 anos de idade encontra-se 90% da amostra. Um total de 53% dos pacientes nos procuraram para o início do tratamento aos 22 anos ou antes, de modo que parece existir um tempo de aproximadamente 7 anos entre o início do uso e a chegada a um serviço que oferece tratamento. O tempo de consumo é relatado por 30% dos pacientes como sendo entre 3 e 7 anos de uso e por 20% dos pacientes como sendo de 7 a 10 anos de uso, 18% dos pacientes afirmam consumir maconha por mais de 15 anos.

Com relação à vida forense 39,4% afirmam não ter tido problemas com a polícia, 25% foram apenas abordados, 22% foram enquadrados por uso/porte de maconha.

Quanto ao padrão de uso, a maioria da amostra fuma diariamente (63,3%) sendo 27,5% dos pacientes fumam mais de uma vez por dia.

O álcool e o tabaco apresentam-se como as duas primeiras drogas consumidas, antecedendo o uso da maconha, sendo que no início do tratamento o tabaco aparece como a droga de maior prevalência de uso, seguido do álcool e cocaína.

No que diz respeito a tratamentos anteriores, notamos que 50% dos pacientes não haviam sido submetidos a nenhum outro tipo de tratamento. Os encaminhamentos são feitos em parte pelos pais (28,1%), por outros profissionais (22%) e pelos próprios pacientes (15,9%).

A tabela que segue resume dos dados acima descritos:

Variável		%
SEXO	Masculino	86.9
	Feminino	13.1
IDADE	10-20 anos	40.9
	21-30 anos	39.7
	31-40 anos	13.5
	> 41 anos	6.9
ESTADO CIVIL	solteiro	78.3
	casado	12.8
	separado	3.9

ESCOLARIDADE	Ensino Fundam. incompleto	8.2
	Ensino Fundam. completo	5.0
	Ensino Médio incompleto	29.3
	Ensino Médio completo	24.1
	Ensino superior incompleto	18.1
	Ensino superior completo	9.7
SITUAÇÃO OCUPACIONAL	Trabalham (formal e informal)	42.6
	Desempregados	30.3
	Estudantes	17.0
REGIÃO ONDE RESIDE	Município de São Paulo	82.8
	Grande São Paulo	7.9
	Outros Municípios	6.0
IDADE DE INÍCIO DO USO	10 – 15 anos	60.2
	16 – 25 anos	36.3
	> 26 anos	3.5
TEMPO DE CONSUMO	6 meses a 3 anos	13.6
	3 anos a 5 anos	19.5
	5 anos a 7 anos	11.9
	7 anos a 10 anos	20.2
	10 anos a 15 anos	12.1
	mais do que 15 anos	18.3

As principais queixas que justificam a busca por tratamento dizem respeito a problemas de relacionamento familiar (pais ou cônjuge) , pressão da família, postura adequada frente aos filhos, receio de perder oportunidades profissionais, dificuldades no desempenho acadêmico, receio de consumir drogas consideradas mais pesadas, necessidade de “sair do lugar” e que a maconha já não traz o mesmo prazer que trazia no início, ou seja, “não há lugar na vida para a maconha”.

Os principais problemas relatados pelos pacientes referem-se a falta de motivação para atividades importantes, isolamento social, problemas familiares (com pais ou cônjuge), maconha levando ao uso de álcool, de cocaína/crack, dificuldades acadêmicas (falta de concentração, perda da memória) e outros sintomas associados, por exemplo, ataques de pânico.

A literatura sobre o assunto aponta que a abstinência não deve ser vista como único critério para avaliação da efetividade do tratamento, porém observamos que da amostra estudada 26% dos pacientes iniciaram o tratamento abstinente e 34% do total da amostra terminaram abstinente; daqueles que fumavam todos

os dias mais de uma vez por dia, 27% no início do tratamento, 12,9% terminam o tratamento nesta condição.

Conclusão:

A amostra estudada apresenta características sociodemográficas semelhantes a outras descritas em outros estudos^{27, 28}, restrição feita à substância utilizada, já que nossos pacientes têm como droga de preferência a maconha.

O tempo de chegada ao serviço, desde o primeiro uso até a idade em que o paciente procurou o serviço, por volta de 7 anos, também é confirmado por um levantamento feito no NEPAD – Rio de Janeiro em 1998²⁷.

Nossa amostra revela que a maconha é uma droga que têm sido utilizada por jovens no início da adolescência, o tempo de uso têm se estendido por um período longo (30% usam há mais de 10 anos) e o padrão de consumo é intenso, visto que a maioria dos pacientes fumam diariamente (63,3%), sendo que 27% fumam várias vezes por dia.

Intervenções breves, baseadas em um referencial teórico cognitivo comportamental, utilizando modelos de informação, entrevista motivacional e prevenção de recaída parecem proporcionar aumento da abstinência ao final do tratamento, bem como redução de consumo.

A orientação e tratamento dos familiares é extremamente importante para suporte neste momento de crise pelo qual passa a família, bem como pode facilitar a adesão ao tratamento do familiar dependente.

Necessitamos no entanto, de intervenções preventivas mais eficazes e em mais tenra idade, pois com o passar do tempo, o uso de maconha acaba tornando-se um problema, ao menos para aqueles que buscam tratamento.

Referências:

¹ Copeland, J. Developments in the Treatment of Cannabis Disorder, Current Opinion in Psychiatry. vol.17 (3) 161-167, 2004.

² Hall W., Solowij N. Adverse effects of cannabis. The Lancet. 352, 1611-1616, 1998.

-
- ³ Swift W., Hall, W., Copeland J. One year follow-up of cannabis dependence among long-term users in Sydney, Australia. *Drug and Alcohol Dependence* 59, 309-318, 2000.
- ⁴ Office on Drugs and Crime - Global Illicit Drug Trends - Executive Summary, 2003.
- ⁵ Moreira DS. O consumo de drogas entre os estudantes adolescentes. *Revista Brasileira de Enfermagem* 49(4): 581-94, 1996
- ⁶ Tavares BF, Béria JH, Lima MS. Prevalência do uso de drogas e desempenho escolar entre adolescentes. *Revista de Saúde Pública*;35(2):150-8, 2001.
- ⁷ Baús J, Kupek E, Pires M. Prevalência e fatores de risco relacionados ao uso de drogas entre escolares. *Revista de Saúde Pública*;36(1):40-6, 2002.
- ⁸ Vier BP, Rego Filho EA, Campos E, Olivi M. Uso de álcool e tabaco em adolescentes. *Anais do XV Congresso da Associação Brasileira de Estudos de Álcool e Outras Drogas; Set 3-7; São Paulo, Brasil. p. 39, 2003*
- ⁹ De Saibro P, Ramos SP, et al. Consumo de substâncias psicoativas em estudantes do ensino médio e fundamental de escolas públicas e privadas de Porto Alegre. *Anais do XV Congresso da Associação Brasileira de Estudos de Álcool e Outras Drogas; Set 3-7; São Paulo, Brasil. p. 32, 2003.*
- ¹⁰ Galduróz, J.C. et. Al. IV Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus em 10 capitais brasileira, 1997.
- ¹¹ Queiróz S. et. al. Uso de drogas entre estudantes de uma escola pública de São Paulo. *Rev. Psiquiatria Clínica* 28(4), 176-182, 2001
- ¹² Coffey, C. et al. Initiation and progression of cannabis use in a population based Australian adolescent longitudinal study. *Addiction*, 95(11) 1679-1690, 2000.
- ¹³ Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT, Madden, PAF. Early reactions to cannabis predict later dependence. *Archives of General Psychiatry*,; 60(10):1033-1039, 2003.
- ¹⁴ Kalant H. adverse effects of cannabis on health: an update of the literature since 1996. *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry*,. 28(5), 849-63, 2004
- ¹⁵ Strike ,C.J; Urbanoski, K.A. Rush ,B.R Who seeks treatment for cannabis-related problems? *Canadian Journal of Public Health*, vol.9, p. 351-354, 2003.

-
- ¹⁶ Anthony, JC et al. Comparative epidemiology of dependence on tobacco, alcohol, controlled substances and inhabitants: basics findings from the National comorbidity study. *Clin. Exp. Psychopharmacol.*, 2: 244-268, 1994.
- ¹⁷ Compton, W.M., Grant, B.F. Cooliver J.D., Glantz, M.D. e Stinson F.S. Prevalence of marijuana Use Disorders in the United States , *JAMA*, 291 (17), 2004.
- ¹⁸ Chacin S. Women's marijuana problems: an overview of the implications for our reach, intervention, treatment and research. In: Underhill B, Finnegan D. *Chemical Dependence Women at risk*. New York, Haworth Press, 1996.
- ¹⁹ Copeland J, Swift W., Rees V. Clinical profile of participants in a brief intervention program for cannabis use disorder. *J. Subst. Abuse Treatment*, , 20, 45-52, 2001.
- ²⁰ Arsenault L., Cannon M., Witton J., Murray R.M. Causal association between cannabis and psychosis: examination of the evidence. *British Journal of Psychiatry*, 184, 110-117, 2004
- ²¹ Witton J. Murray R.M. Loucura do baseado revisitada: maconha e psicose. *Rev. Brasileira de Psiquiatria*, 26 (1), 2-3, 2004.
- ²² Budney A.J. et. al The time course and significance of cannabis withdrawal. *Journal of Abnormal Psychology*,. 112 (3) 393-402, 2003.
- ²³ Stephens, R.S. et al. Treating marijuana dependence: a test of the relapse prevention model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*., 62, 92-99, 1994.
- ²⁴ Stephens R.S. et al. Comparison of extended versus brief treatments for Marijuana use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2000, 68 (5) 898-908
- ²⁵ Copeland J. et al. A randomized controlled trial of brief cognitive-behavioral interventions for cannabis use disorder. *Journal of Subst. Abuse Treatment*., 21, 55-64, 2001.
26. Jungerman F.S., Laranjeira, R. Entrevista Motivacional: bases teóricas e práticas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 48 (5) 197-207, 1999.
- ²⁷Passos, S.R.L ; Camacho L.A.B. Características da clientela de um centro de tratamento para dependência de drogas. *Rev. de Saúde Pública* v.32. n.1, 1998.

²⁸ Silveira Filho D.X.; CESAR,A.C. Perfil de usuários de drogas: caracterização dos pacientes atendidos no Ambulatório do PROAD/EPM em 1989. ABP-APAL. 13(1) 39-42, 1991.