

# Tratamento psicológico do uso da maconha

Flávia S. Jungerman

Quais os motivos que levam a pensar em um tratamento para usuários de maconha?

## 1- Prevalência

A maconha é a droga ilícita mais usada mundialmente (1, 2).

No Brasil, o mesmo se repete: a maconha é também a droga ilícita mais usada. Apesar de seu uso na vida ser pequeno comparado ao de outros países, seu crescimento é evidente em várias populações (estudantes, universitários, entre outros). (3,4,5)

## 2- Problemas associados ao uso de maconha

A maconha causa polêmica inclusive entre os profissionais de saúde: não é incomum que profissionais da saúde mental questionem-se sobre os malefícios da maconha. Citaremos a seguir os principais motivos (já descritos em capítulos anteriores) para justificarmos, num segundo momento, o tratamento para a maconha.

A- Uso precoce: Estudos recentes mostram evidências de que uso precoce de maconha é um preditor de uso nos anos subseqüentes: um estudo com jovens australianos mostra que 4/5 dos indivíduos que tiveram uso de maconha em algum momento da vida, continuaram depois. (6)

B- Dependência: A dependência da maconha vem sendo diagnosticada há algum tempo, nos mesmos padrões das outras substâncias (7, 8). Muitos estudos comprovam que estes critérios de dependência aplicam-se tão bem à dependência da maconha quanto no caso de outras drogas (9). Comparada às outras drogas, um entre dez indivíduos que usaram maconha na vida se tornam dependentes em algum momento do período de 4 a 5 anos de consumo pesado. Este risco é mais comparável ao risco de dependência de álcool (15%) do que de outras drogas (tabaco é de 32% e opióides é de 23%) (10).

C- Síndrome de abstinência: Em uma revisão recente, Budney enfatiza a significância clínica da síndrome de abstinência da maconha e sua validade (11).

D- Aumento da concentração do THC: O interesse pela maconha vem crescendo possivelmente porque estudos recentes vêm comprovando os efeitos adversos do seu uso (12, 1). Acredita-se que a concentração da substância ativa da maconha, o THC, tenha aumentado, além de formas alternativas de consumo (como por exemplo as 'water-pipes' e os 'bongs') e estas sejam outras causas de adversidades notificadas. Não se pode esquecer o fato de que o uso de maconha geralmente vem associado ao consumo de álcool e de outras drogas.

E- Alteração das funções cognitivas: As evidências mostram que o uso prolongado pode acarretar alterações cognitivas sutis nas "funções cognitivas superiores" da memória, atenção, organização e integração de informações complexas. Apesar de sutis, essas alterações podem afetar o funcionamento do dia-a-dia, particularmente entre pessoas que desempenham ocupações onde se exige uma utilização de altos níveis de capacidade cognitiva (13).

Há polêmica quanto ao fato destas alterações se manterem ou não após a suspensão do consumo. Algumas evidências também mostram que as conseqüências cognitivas e sua duração dependem da freqüência e duração do uso da maconha. Nesta linha, estudos preliminares mostram que deve haver somente recuperação parcial das capacidades, apesar de ainda serem necessárias pesquisas que mostrem se os problemas podem ser totalmente revertidos após um longo período de abstinência e quais fatores podem contribuir para diferenças individuais de recuperação (13).

Porém, um estudo recente comparando usuários pesados de maconha, com ex-usuários pesados e com usuários recreacionais, constatou que os déficits cognitivos, apesar de detectáveis após 7 dias de consumo pesado, são reversíveis e relacionados ao consumo recente de maconha e não se devem ao uso cumulativo da droga ao longo da vida (14).

F- Prejuízo nas vias respiratórias: O uso crônico da maconha está associado a bronquite crônica e a longo prazo, as vias respiratórias vão sendo danificadas e o efeito, em última instância, pode ser o câncer de pulmão e das vias respiratórias (15);

G- Indução a quadros psiquiátricos em casos de maior vulnerabilidade: Existe uma relação entre o uso de maconha e o aparecimento de doenças psiquiátricas tais com esquizofrenia e psicoses em geral. Acredita-se que pessoas propensas a desenvolver estes quadros, acabam por antecipar ou precipitar o seu surgimento com o uso da maconha. Questiona-se qual o caminho dos fatos, se é a maconha que induz à psicose ou a doença que leva ao uso. Apesar de muitos pacientes com doença mental se auto-medicarem com maconha, é estabelecido que o uso da maconha aparece em 1º lugar (16).

H-Síndrome amotivacional: dentre os efeitos negativos do uso da maconha mais mencionados na prática clínica e em estudos, a síndrome amotivacional, que é basicamente a perda de vontade, energia e motivação, para realizar as atividades rotineiras, é a mais evidente. Os usuários de maconha não abandonam suas ocupações, compromissos sociais e familiares, mas sentem-se muito estagnados e paralisados para perseguir outros objetivos ou mesmo modificar algo que,

nesta situação, os incomoda.

I- "Porta de entrada": Além de existirem evidências de que pessoas que usam maconha em algum momento da vida, têm mais chance de usá-la/abusá-la no futuro, existe uma corrente de pesquisa que prova a relação entre uso de maconha e de outras drogas ilícitas. Fala-se até da maconha como "porta de entrada" para outras drogas (17). Num estudo longitudinal extenso com neozelandeses, quando os pacientes atingem a idade de 21 anos, 70% tinha usado maconha e 26% outras drogas ilícitas. Dos que usaram outras drogas, 99% tinha usado maconha anteriormente. Além disso, os que tinham o uso de maconha mais freqüente e pesado (pelo menos 50 vezes no último ano), tinham mais chance de usar outras drogas (140 vezes mais possibilidade do que aqueles que não usaram naquele ano). Estas são evidências de uma possível relação causal entre a seqüência temporal e a quantidade de uso de maconha de um lado e o início do uso de outras drogas ilícitas de outro (18).

Apesar de muitos efeitos nocivos ainda estarem por ser comprovados, a recomendação é que os profissionais de saúde devem informar seus pacientes usuários de maconha sobre os já comprovados efeitos nocivos (risco de acidente, danos respiratórios para usuários crônicos, risco de desenvolver dependência para usuários diários e déficit cognitivo para os usuários crônicos). Os "possíveis" efeitos nocivos também devem ser comunicados. Levanta-se, inclusive, a hipótese de que ainda não se tenha dado a devida atenção à maconha nos últimos anos, justamente por seus efeitos nocivos não estarem tão evidenciados como os de outras drogas (12).

A maconha vem, visivelmente, acarretando danos à população mas pouco se tem estudado sobre a melhor forma de tratar esta população. Além do fato da maioria dos usuários não progredir para um consumo mais pesado, uma outra razão para não se dar a devida atenção à maconha é o fato dos seus efeitos adversos não parecerem ser tão sérios quanto aqueles produzidos pelos opióides e estimulantes, sem falar de álcool e tabaco (12).

A alta prevalência da maconha no Brasil e no mundo, seu uso que continua a crescer e a ter início cada vez mais precocemente, bem como os prejuízos decorrentes deste uso, nos levam a pensar na necessidade de um tratamento específico para esta população.

Que tipo de abordagem funciona?

Antes de descrevermos os estudos sobre a efetividade dos tratamentos específicos para a maconha, faremos uma descrição das abordagens psicoterápicas mais utilizadas no tratamento de usuários de drogas em geral e que se aplicam aos usuários de maconha também.

Informação

Várias correntes trabalham no oferecimento de informações para a população, o que poderíamos chamar de abordagem psico-educacional do problema. Através da informação, coloca-se a pessoa a par do que se passa com ela para que, com os fatos objetivos, ela possa vir a encontrar melhores formas de lidar com o problema. O objetivo da informação seria a conscientização, seguida da sensibilização da pessoa para o seu problema.

No Brasil, pouca literatura informativa de acesso popular foi produzida, com algumas exceções. (Cebrid- folhetos,19) Existe uma tendência nos últimos tempos, que vem sendo quebrada mais recentemente, de informar assustando, de transmitir aos jovens apenas os prejuízos do uso da droga, em geral exacerbados, negando seus efeitos positivos (euforia, sensação de bem estar, relaxamento, "viagem"). Esta visão distorcida da realidade, acaba causando um afastamento dos jovens. Daí a preocupação em se oferecer uma informação, verdadeira por um lado, mas, por outro, sem preconceitos, de forma empática à população-alvo.

Entrevista Motivacional

De acordo com Rollnick e Miller (20), EM 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 EM engloba técnicas de várias abordagens, tais como psicoterapias breves, 'terapia centrada no cliente', terapia cognitiva, terapia sistêmica e até a psicologia social de persuasão. Nessa abordagem, o papel do terapeuta é não diretivo, isto é, ao invés de propor soluções ou sugestões para o cliente, oferece condições de crítica que propiciem ao cliente o espaço para uma mudança natural: tenta-se buscar as razões para mudança no cliente ao invés de impor ou tentar persuadí-lo sobre a mudança. Em essência, a EM orienta os pacientes a convencerem a si próprios sobre a mudança necessária.

Nesta visão, a motivação pode ser definida como a probabilidade de que uma pessoa se envolva, continue e tenha aderência a uma estratégia específica de mudança. Motivação não deve ser encarada como um traço de personalidade inerente ao caráter da pessoa, mas sim um estado de prontidão ou vontade de mudar, que pode flutuar de um momento para outro e de uma situação para outra, ou seja, ela é vista como uma característica dinâmica ao invés de um aspecto estático do indivíduo, podendo ser influenciada por fatores externos. Neste sentido, a motivação se torna um objetivo crucial do terapeuta: este deve não só orientar mas motivar o cliente, isto é, aumentar a probabilidade de que este siga uma linha de ação que gere mudança.

Tendo em vista os seguintes aspectos: 1- estudos feitos sobre a eficácia tanto do aconselhamento como das técnicas confrontativas mostram que nenhum dos 2 pólos é efetivo; 2- este "novo" conceito de motivação; 3- pesquisas mostram que a eficácia do tratamento não é diretamente proporcional ao tempo de tratamento (isto é, tratamentos mais longos não são necessariamente mais eficazes do que os mais breves), e as intervenções breves são eficazes; 4- e que o estilo do terapeuta interfere no sucesso do tratamento, criou-se um método terapêutico chamado Entrevista Motivacional, técnica esta proposta durante a década de 80. A idéia é fazer uma intervenção rápida já que o dependente fica pouco no tratamento.

A EM baseia-se em 2 conceitos. O primeiro é o de ambivalência, que, neste contexto, não significa apenas a relutância a fazer algo mas sim, a experiência de um conflito psicológico para decidir entre dois caminhos diferentes. Os dependentes de álcool e drogas, quando buscam tratamento geralmente o fazem com conflitos, com aquilo que chamamos de motivação flutuante, isto é, eles querem fazer algo a respeito do seu comportamento mas ao mesmo tempo também não querem. No caso dos fumantes, por exemplo, o conflito seria entre continuar fumando e parar de fumar. Ambivalência quanto à mudança de comportamento é difícil de resolver porque cada lado do conflito tem seus benefícios e seus custos. Como a EM é uma técnica desenvolvida para lidar com a dependência, uma das suas metas principais é a constatação e a resolução da ambivalência. O segundo conceito é o de prontidão para a mudança, baseada no modelo de "Estágios de Mudança", desenvolvido por Prochaska e DiClemente (21). Tendo como base o conceito de motivação como um estado de prontidão ou vontade de mudar (como mencionado anteriormente, um estado interno mutável de acordo com fatores externos), esse modelo acredita que a mudança se faz através de um processo e para tal, a pessoa passa por diferentes estágios. A primeira forma de mostrar este processo foi através de uma roda.

A entrada para o processo de mudança é o estágio de "Pré-contemplação", quando a pessoa ainda não está considerando a mudança. De um modo geral, a pessoa neste estágio sequer encara o seu comportamento como um problema, podendo ser chamada "resistente" ou "em negação". Quando alguma consciência sobre o problema aparece, a pessoa entra no estágio seguinte de "Contemplação". O contemplador considera a mudança, mas ao mesmo tempo a rejeita e é nesta fase que a ambivalência que está no seu ápice, deve ser trabalhada para possibilitar um movimento rumo à decisão de mudar.

Uma vez trabalhada a ambivalência, a pessoa pode passar para o estágio de "Preparação" onde ela está pronta para mudar e compromissada com a mudança. Faz parte deste estágio, aumentar a responsabilidade pela mudança e a elaboração de um plano específico de ação. O estágio seguinte é a "Ação", onde o cliente usa a terapia como um meio de assegurar-se do seu plano, para ganhar auto-eficácia e finalmente para criar condições externas para a mudança. O processo todo nos pacientes com comportamentos dependentes pode durar de 3 a 6 meses, já que, nestes casos, o novo comportamento (o de abstinência geralmente) demora um tempo para se estabelecer. O grande teste para comprovar-se a efetividade da mudança, seria a estabilidade neste novo estado por anos e que, no processo de mudança, se chama "Manutenção".

Porém, deve-se ter em conta que, uma vez atingida alguma mudança, não significa que a pessoa se manterá neste estágio: muitas pessoas acabam recaíndo e tendo que recomeçar o processo. Nem sempre este recomeço ocorre pelo estágio inicial. Muitas pessoas, passam inúmeras vezes pelas diferentes etapas do processo para chegar ao término, isto é, passam por uma mudança mais duradoura. Daí, os autores passaram a ilustrar o processo de mudança como uma espiral, que pressupõe movimento.

Existem 5 princípios básicos na técnica da EM. São eles: 1- Expressar empatia. 2- Desenvolver discrepância, entre o atual comportamento do cliente (por exemplo, a dependência da droga) e objetivos mais amplos (por exemplo, ter uma carreira profissional ou manter um relacionamento estável). 3- Evitar discussões, isto é, confrontações diretas; 4- Fluir com a resistência, ao invés de enfrentá-la. 5- Estimular a auto-eficácia, isto é, a crença da pessoa na sua habilidade de executar uma tarefa. Auto-eficácia é considerada um elemento chave no processo de motivação para mudança, é um bom fator prognóstico do sucesso do tratamento.

Foram feitas duas revisões sobre a efetividade da EM no tratamento de comportamentos dependentes:

A- Noonan & Moyers (22) reviram a literatura sobre EM e analisaram uma série de nove estudos dos quais: dois estudaram a EM isolada sem comparar com outros tratamentos, sete que apoiavam a eficácia da EM em diferentes settings. Além disso outros dois estudos são revisados mas eles não sustentam o uso da EM como uma intervenção clínica efetiva. Uma revisão comparando a EM mostra que:

B- Moyers & Yahne (23) embora sem estudos empíricos, criticam a técnica de EM, enumerando 6 obstáculos encontrados por clínicos que aplicavam a EM em seus pacientes. São eles: a técnica é muito passiva, a técnica colabora com o estado de negação do paciente, a técnica demora muito tempo para fazer efeito, a técnica mantém o status quo da pessoa, sem mudanças, a técnica faz os terapeutas parecerem ingênuos e a idéia de que a EM é a coisa certa para todos os pacientes sempre.

Um estudo mais recente, desenvolvido pelo próprio Miller e colaboradores (24), testou o efeito de

uma sessão de EM em usuários de drogas internados e em ambulatório e constatou que não houve diferença de melhora entre os que receberam a sessão dos que não receberam. Os trabalhos acima estudam a EM em diversos settings (internação, ambulatório, etc) e com substâncias variadas (álcool, maconha, opiáceos). Como sugerem alguns autores, a efetividade da EM está relacionada a algumas características da população estudada, tais como gravidade da dependência, co-morbidade, severidade do comprometimento e grau de ambivalência quanto à vontade de mudar. Uma maior investigação sobre a população envolvida nos estudos e estas outras variáveis, ajudará a compreender porque a EM é mais ou menos eficaz nas diferentes circunstâncias. Ao mesmo tempo, é importante ter-se em mente que, como outros tratamentos das dependências, a EM não é eficaz para todos os indivíduos e pode ser aplicada juntamente com outras técnicas complementares.

A entrevista motivacional é importante no tratamento das dependências porque:

- Aborda o indivíduo no primeiro momento de contato com sua condição de dependente químico;
- Auxilia o profissional a incentivar a conscientização do problema e conseqüente aderência ao tratamento;
- É otimista no sentido de ver o paciente como capaz de mudar;
- Proporciona ao indivíduo o poder de mudar;
- Leva em consideração o estágio em que este se encontra e conseqüentemente oferece estratégias mais apropriadas.

Prevenção de recaída

É um termo genérico que se refere a várias estratégias elaboradas para prevenir recaída. O foco primário da PR é manter a mudança do hábito. O objetivo é duplo: prevenir a ocorrência de lapsos iniciais quando a pessoa entra no tratamento e/ou prevenir qualquer lapso que leve a uma recaída total. (25).

A PR tem como base a idéia de que, no tratamento para a dependência, a recaída é um aspecto crucial e deve ser encarada como parte do processo. Aqui o tratamento em si é um processo, ao invés de ser encarado com um objetivo fixo de abstinência. Portanto, deve-se reconhecer a recaída para poder ultrapassá-la e futuramente evitá-la. Os alicerces desta abordagem são: 1-a conscientização do problema, 2-aprender a lidar com situações ("coping skills") e 3-a mudança nos hábitos de vida. Os métodos utilizados têm como base a terapia cognitivo-comportamental. As etapas da PR são: RECONHECER as situações de alto risco, EVITAR estas situações quando necessário e LIDAR mais efetivamente com os problemas e comportamentos problemáticos associados ao uso da substância.

Neste modelo, a recaída é um aspecto essencial e deve ser entendida quando se fala em dependência. Em termos médicos, recaída seria a "recorrência dos sintomas da doença, após um período de melhora". Adaptando este conceito às dependências, a recaída seria então "um retorno a níveis anteriores de uso, seguido de uma tentativa de parar ou diminuir este uso" ou apenas "o fracasso de atingir objetivos estabelecidos por um indivíduo após um período definido de tempo". É importante encarar a recaída não recaída deve ser encarada como um estado de transição, que pode ou não ser seguido de melhora. Um modelo baseado nesta visão mais otimista foi formulado por Marlatt & Gordon.

A importância desta abordagem para o tratamento das dependências se deve por:

- Ser otimista: a recaída não é = a fracasso!;
- Além de dar uma boa explicação conceitual ao consumo, ensina, de uma maneira prática, como lidar com o problema;
- Mais uma vez responsabiliza o sujeito e lhe delega o poder de mudar.

Treinamento de habilidades sociais

Baseada também na TCC, elaborada por Peter Monti (26), esta abordagem discute a teoria de cada uma das habilidades (assertividade, como lidar com sentimentos, manejo da raiva, entre outras), ensina como aplica este aprendizado na prática e confere resultados. O THS anda em paralelo com a Prevenção de Recaída, auxiliando os usuários de drogas no momento em que, já sensibilizados e avançados no processo de mudança, se vê obrigado a enfrentar questões mais referentes ao dia-a-dia (discussões em casa, frustrações, dificuldades no trabalho).

Que tipo de tratamento funciona: individual ou em grupo, breve ou longo?

Foram feitas duas revisões recentes (27,28) sobre tratamento para cessar o uso de maconha. Estas revisões concluem que poucos estudos controlados foram feitos. Entre os ensaios clínicos feitos com usuários de maconha estão os abaixo mencionados.

Stephens e Roffman (29) compararam uma intervenção grupal de dez sessões de base cognitivo-comportamental a uma intervenção grupal de dez sessões baseada nos 12 passos ("social support discussion") em 212 pacientes. Surpreendentemente, ambos os grupos reagiram igual em termos de melhora, com 14% da população abstinentes depois de um ano e 36% tendo apresentando melhora geral.

Num segundo estudo, Stephens e colaboradores (30) compararam dois grupos de tratamento, o 1

com 14 sessões de terapia cognitivo-comportamental mais treinamento de habilidades em grupo comparado com duas sessões individuais da abordagem motivacional (Motivational enhancement therapy – MET), além do 3o grupo de controle/espera (delayed treatment group) com 291 pacientes. Os resultados mostraram que ambos os grupos com intervenção melhoraram mais do que o grupo controle, mas sem diferenças entre eles. Mesmo no follow-up de 16 meses, ambos mostravam a mesma melhora, sugerindo que intervenções mínimas podem ser tão eficazes e talvez, menos custosas que intervenções longas para esta população.

Budney e colaboradores (31) estudaram 60 pacientes dependentes de maconha randomicamente divididos em 3 grupos de terapia individual ao longo de 14 sessões: 1o grupo – abordagem motivacional (MET), 2o grupo – abordagem motivacional (MET) mais terapia cognitivo-comportamental e 3o grupo – abordagem motivacional (MET) mais terapia cognitivo-comportamental mais entrega de vouchers de dinheiro a cada demonstração de abstinência.

Apesar de todos apresentarem melhora, o grupo com voucher apresentou maior abstinência que os outros 2 grupos, além de maior aderência ao tratamento. Não houve diferença entre os grupos um e dois, mostrando o valor de se utilizar reforços (“reinforcers”) com pacientes dependentes de drogas, inclusive maconha.

Jan Copeland (32) recrutou 229 usuários de maconha na Austrália e os randomizou em três grupos de terapia individual: seis sessões de terapia cognitivo-comportamental (entrevista motivacional mais prevenção de recaída), uma sessão de TCC (que envolvia a entrega de uma brochura) ou espera. Eles tiveram follow-up. Constatou-se que a minoria das pessoas ficou totalmente abstinente, com diferença entre os três grupos (15%, 5% e 0% respectivamente). Em geral, os participantes das seis TCC se saíram melhor, com uma relação importante na assiduidade ao tratamento. A sessão única não se mostrou significativamente melhor que o não tratamento e daí se concluiu que, em função de uma amostra de pessoas com problemas graves, o tratamento mais intensivo seria mais benéfico. A autora também questionou se uma sessão não teria mais impacto em grupo do que individualmente.

Um estudo mais recente realizado pelo grupo que se intitulou “The Marijuana Treatment Project Research Group” (33) comparou a eficácia de 2 intervenções individuais: uma com 2 sessões de abordagem motivacional (MET) e outra com 9 sessões de abordagem motivacional (MET) mais CBT mais “case management” com um 3o grupo controle (delayed control group). O grupo das 9 sessões reduziu mais o consumo de maconha comparado ao grupo das 2 sessões e ambos diminuíram mais o consumo comparados ao grupo controle. Esta diminuição foi para fumar menos que 60% dos dias fumados. O grupo das duas sessões permaneceu assim até a semana 16, mas o grupo das nove sessões reduziu o uso para 35% dos dias até a semana 6 e se manteve estável até a semana 16.

Não houve apenas redução no consumo da maconha que era o principal resultado (primary outcome) a ser analisado, mas também houve reduções nos resultados secundários, tais como depressão, problemas relacionados à maconha e sintomas de dependência. Estas mudanças permaneceram nos follow-ups de 9 e 15 meses, concluindo-se que quanto mais intensivo, melhor o tratamento.

A tabela 1 faz um resumo destes estudos mencionados.

Um estudo recente (34) mostrou os resultados de uma única sessão de entrevista motivacional em uma população não-clínica de jovens adultos (de 16 a 20) cujo principal foco de consumo era a maconha, ministrada pelo clínico geral (GP inglês). Constatou-se mudanças significativas na conscientização dos jovens sobre a droga apesar de não ocorrerem mudanças significativas no consumo propriamente dito.

Por mais que seja possível adequar os resultados da literatura internacional à nossa realidade, o aspecto cultural não é levado em conta (por exemplo, discrepância de classes sociais, dificuldades para chegar ao tratamento, impossibilidade de pagarmos os pacientes que participam de pesquisa, problemas existenciais dos brasileiros, entre outros)

Além disso, no Brasil, a experiência de ensaios clínicos com humanos na área da dependência é pequena e até hoje, nenhum estudo deste gênero foi feito sobre tratamento de usuários de maconha. Pensando nestes aspectos, um estudo recente está sendo conduzido no ambulatório de maconha da UNIAD na Escola Paulista de Medicina. Trata-se de um ensaio clínico randomizado que visa testar a efetividade de uma abordagem breve que consiste de informação sobre maconha, abordagem motivacional e prevenção de recaída. Compararemos esta mesma abordagem em 2 grupos. No 1o grupo ela é ministrada em quatro sessões consecutivas nas semanas 1, 2, 3 e 4 contando a partir da data da avaliação inicial. No 2o grupo, estas mesmas quatro sessões são aplicadas ao longo de três meses, nas semanas 1, 3, 8 e 12. O 3o grupo, o de controle, fica na espera por 4 meses, quando então é re-randomizado para as opções 1 ou 2 de tratamento.

Avaliação do tratamento oferecido

Por estar em fase de análise de dados, até o momento pudemos fazer uma avaliação qualitativa do tratamento:

– Muitos pacientes ficam surpresos quando chegam a nós e percebem que, por serem usuários principalmente de maconha, são tratados de forma especial. Muitos se queixam de terem sido menosprezados em outros locais de tratamento por “só usarem maconha”.

- Muitos deles chegam sem saber quase nada sobre a maconha e seus efeitos. Percebemos o quanto o simples contato com a informação já traz benefícios para fazer com que a pessoa mude sua visão sobre a droga.
- É interessante notar que a grande maioria da amostra tem alguma ocupação, o que confirma uma das maiores dificuldades para tratar pacientes usuários de maconha, que é o fato de a droga não impedir que a pessoa leve a vida normalmente em termos objetivos (dá para continuar estudando, trabalhando, desempenhando suas atividades costumeiras), mas o que a maconha afeta sim é a qualidade desta vida, e como ela serve para tapar vazios de prazer que a pessoa não consegue de outras formas.
- A maconha acaba, de certa forma, fazendo a pessoa se acomodar à vida que tem sem procurar novos desafios ou, inclusive, mudar o que não está muito bom. Este é um dos nossos maiores desafios, pois estamos tentando ajudar pessoas que têm hábitos de consumo arraigados há décadas e, para as quais, mudar significa fazer uma grande revolução num tipo de vida que também se mantém igual há muito tempo.
- Pudemos perceber também o quanto os pacientes usuários de maconha realmente diferem dos usuários de outras drogas por, não estando tão prejudicados cognitivamente, conseguirem ter um bom contato e desfrutar do tratamento. Os pacientes chegam a nós com a maconha como questão a ser tratada mas, em geral, percebemos que a grande maioria tem outras demandas a serem trabalhadas, em processos terapêuticos mais longos. A maconha é a "ponta de um iceberg" que engloba muitos outros problemas que vão desde auto-estima, relacionamentos ao tipo de ocupação. Porém, o que acabamos por deduzir é que a grande questão dos pacientes é como conseguir prazer na vida sem usar a droga.
- Como a maioria dos pacientes nunca havia feito qualquer tipo de trabalho terapêutico, seja para o uso de maconha ou para outros fins, notamos o quanto lhes é esclarecedor poder pensar em aspectos básicos do seu dia-a-dia, de forma bastante objetiva e didática.
- Na avaliação de tratamento que os pacientes fazem após o tratamento, o que é mais mencionado é o quanto o tratamento os faz pensar sobre aspectos da relação deles com a maconha que antes não havia sido pensado e o como eles tomaram consciência disto.
- No que se refere à brevidade do tratamento, podemos notar que, apesar de muitos se queixarem de ser tão curto, eles se sentem compromissados e mais "obrigados" a mudar já que não há tempo a perder.

#### Conclusão

Os estudos acima esclarecem vários pontos até então nebulosos no tratamento da maconha, ao mesmo tempo em que levantam novas questões:

- A primeira conclusão a que chegamos é de que as intervenções breves funcionam: além dos estudos específicos com maconha acima citados, a literatura mostra que tratamentos breves são tão eficazes quanto os mais longos com dependentes de álcool e outras drogas (35). Porém, vale termos em mente que tratamento breve é com tempo limitado (estudo de MTP e Copeland indicam para tratamentos de 6 e 9 sessões como mais efetivos que 1 ou 2 sessões) e que a duração do tratamento deve ser proporcional aos objetivos deste (se o objetivo é sensibilizar, uma sessão pode ser suficiente)
- Se a terapia é breve, ela deve ser administrada individualmente (31). Mais um fator que vai a favor da terapia individual é o fato de que com pacientes jovens, a influência grupal pode ser nociva e ao se tratar de usuários de maconha, geralmente falamos de jovens.(36)
- Quanto ao conteúdo da terapia, a literatura é extensa no que se refere à comprovada eficácia de abordagens como a EM e PR (35, 37), além da importância comprovada do aspecto "dar informação" sobre as drogas para os usuários das mesmas, que geralmente chegam com idéias distorcidas sobre os efeitos reais da droga, sejam eles positivos ou nocivos;
- Para justificar o número de sessões e o espaçamento delas, apesar do estudo da MTP (33) mostrar que as intervenções mais prolongadas (de 9 sessões) produzem melhor efeito, quando se observa o fato mais de perto, percebe-se que a melhora ocorre realmente só até a 4ª sessão e depois se mantém. Pode-se concluir então que o que realmente produz melhor resultado não é o maior número de sessões em si (9 comparado com 2) mas sim o acompanhamento prolongado, a ligação com o serviço, isto é, a contínua antecipação do reforço pelo tratamento e apoio do terapeuta;
- A literatura mostra que, quanto mais específico é o tratamento para determinada população, mais altos os índices de sucesso (38). Daí se justificar uma intervenção específica para usuários de maconha.
- Seria interessante investir em formar profissionais de base (enfermeiros, por exemplo) que disseminassem este tipo de trabalho e iniciassem um processo de sensibilização em pessoas com problemas de abuso de substâncias. Esse seria o primeiro passo para a indicação de profissionais especializados, tendo em vista que uma das maiores dificuldades de engajamento e efetividade de tratamentos para dependência seja a falta de motivação.
- Quando o paciente usuário de maconha vem nos procurar, por mais que o objetivo seja tratar o foco do uso de substâncias, muitos outros aspectos da vida das pessoas se apresentam e devem ser tratados também. Por isso, um olhar multidisciplinar sobre o indivíduo daria mais conta de

sanar todas as suas demandas.

- Dados deste estudo brasileiro ainda são muito recentes, porém o que indica é que pacientes com uso de maconha muito prolongado demoram um tempo para mudar. Portanto, seria importante um acompanhamento mais prolongado, para que as mudanças atingidas tão arduamente fossem solidificadas e novos padrões de vida fossem incorporados. Existe um índice alto de comorbidade associada ao uso de substâncias, especificamente a maconha, e no caso de pacientes com este complicador, seriam recomendados tratamentos mais abrangentes.

- Um último fator interessante é que os usuários de maconha têm uma tendência maior a diminuir o consumo do que parar completamente. (33). Por um lado, comprova-se o fato de que, em estudos de efetividade de tratamento para uso de substâncias, a abstinência não deve ser o único critério de sucesso. Porém, ao relembramos um dos sintomas básicos da síndrome de dependência – uma rápida instalação da dependência após abstinência do que pela ocorrência de sintomas físicos. (7,8) – concluímos que investir no sentido da abstinência é o caminho mais seguro para o dependente.

Estudos de qualidade (isto é, ensaios clínicos) devem ser desenvolvidos no futuro, no sentido de investigar estas questões aplicadas à cultura brasileira.

#### Referências

- 1- Hall, W., Solowij, N. Adverse effects of Cannabis. *The Lancet* . 1998, 352
- 2- Hall, W. et al. The epidemiology of cannabis use and its consequences. In: Kallant, H. et al (Eds). *The health effects of cannabis*, pp. 1-17. Toronto, Addiction Research Foundation. 1999
- 3- Galduróz, JC. Et al (Eds). *IV Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1o e 2o graus em 10 capitais brasileiras*, 1997
- 4- Galduróz, JC. Et al (Eds). *I Levantamento Domiciliar Nacional sobre o uso de drogas psicotrópicas*, 1999, Fapesp
- 5- Stempliuk, VA. *Uso de drogas entre alunos da Universidade de São Paulo: 1996 versus 2001. Tese (doutorado)- Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo*. 2004.
- 6- Coffey, C et al. Initiation and progression of cannabis use in a population-based Australian adolescent longitudinal study. *Addiction*. 2000, 95 (11),1679-1690
- 7- Edwards, G. et al. Nomenclature and classification of drug and alcohol related problems: a WHO memorandum. *Bulletin of the World Health Organization*. 1981, 59, 225-242
- 8- Edwards, G. , Gross, MM. Alcohol dependence: Provisional description of a clinical syndrome. *British medical journal*, 1976, 1, 1058-1061
- 9- Stephens, RS. *Cannabis and Hallucinogens in Addictions: a comprehensive guidebook*, McCrady, BS and Epstein, EE, Oxford University Press, 1999
- 10- Anthony, JC et al. Comparative epidemiology of dependence on tobacco, alcohol, controlled substances and inhabitants: basic findings from the National comorbidity Study. *Clin. Exp Psychopharmacol*. 1994, 2: 244-268
- 11- Budney AJ, Hughes JR, Moore BA, Vandrey R. Review of the validity and significance of cannabis withdrawal syndrome. *Am J Psychiatry*. 2004 Nov;161(11):1967-77.
- 12- Hall, W. and Babor, T. Cannabis use and public health: assessing the burden- Editorial. *Addiction* (2000), 95 (4), 485-490
- 13- Solowij, N. *Cannabis and cognitive functioning*, Cambridge University press, 1998
- 14- Pope, H.G. et al. Neuropsychological Performance in Long-term Cannabis Users. *Archives of General Psychiatry*. 2001; 58: 909-915
- 15- Tashkin DP. IS frequent marijuana smoking harmful to health? *Western J Med* 1993;158: 635-37
- 16- Castle, D. e Murray, R. *Cannabis and madness*. Cambridge University Press, 2004
- 17- Kandel, D.B. Does marijuana use cause the use of other drugs? Editorial. *JAMA*, 2003; Janeiro 22/29, Vol. 289. No4
- 18- Fergusson, D. F. and Horwood, L.J. Does cannabis use encourage other forms of illicit drug use? *Addiction*. 2000, 95 (4), 505-520
- 19- Laranjeira, R., Jungerman, FS e Dunn, J. *Drogas: maconha, cocaína e crack*. Contexto, 1998
- 20- Miller, W.R. & Rollnick, S.- *Motivational Interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. (The Guilford Press- New York, 1991)
- 21- Prochaska, J.O et al. In search of how people change: applications to addictive behaviours. *American Psychologist*, 7:1101-1114, 1992
- 22- Noonan, W.C.& Moyers, T.B.- Motivational interviewing. *Journal of Substance Misuse*, 1997; 2: 8-16
- 23- Moyers, T.B.& Yahne, C.E.- Motivational interviewing in substance abuse treatment: negotiating roadblocks. *Journal of Substance Misuse*, 1998; 3: 30-33
- 24- Miller WR, Yahne CE, Tonigan JS. Motivational interviewing in drug abuse services: a randomized trial. *J Consult Clin Psychol*. 2003 Aug;71(4):754-63.

- 25- Marlatt, G.A. & Gordon, J.R. (Eds.)- Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors : Guilford Press- New York, 1985
- 26- Monti PM; Rohsenow DJ; Michalec E; Martin RA; Abrams DB. Brief Coping Skills Treatment for Cocaine Abuse: substance use outcomes at three months. *Addiction* 1997 92 (12): 1717-1728
- 27- Copeland, J. Developments in the treatment of cannabis use disorder. *Current opinion in psychiatry*. 2004; Vol. 17 (3), 161-167
- 28- McRae AL, Budney AJ, Brady KT. Treatment of marijuana dependence: a review of the literature. *J Subst Abuse Treat*. 2003 Jun;24(4):369-76.
- 29- Stephens, R. S. et al. Treating adult Marijuana dependence: a test of the relapse prevention model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1994, 62, 92-99
- 30- Stephens, R. S. et al. Comparison of Extended Versus Brief Treatments for Marijuana Use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2000, Vol. 68, no 5, 898-908
- 31- Budney, AJ. Et al. Adding voucher-based incentives to coping skills and motivational enhancement improves outcomes during treatment for marijuana dependence. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2000, 68 (6): 1-11
- 32- Copeland J, Swift W, Roffman R, Stephens R. A randomized controlled trial of brief cognitive-behavioral interventions for cannabis use disorder. *J Subst Abuse Treat*. 2001 Sep;21(2):55-64
- 33- The Marijuana Treatment project Research group. Brief treatments for Cannabis dependence: findings from a randomized multisite trial. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2004; Vol. 72, No3, 455-466
- 34- Strang J, McCambridge J. Can the practitioner correctly predict outcome in motivational interviewing. *J Subst Abuse Treat*. 2004 Jul;27(1):83-8.
- 35- Jungerman, FS e Laranjeira, R. Entrevista motivacional: bases teóricas e praticas. *Jornal brasileiro de psiquiatria*. 1999, 48 (5): 197-207
- 36- Dishion, TJ. Et al. When interventions harm: peer groups and problem behavior. *American Psychologist*. 1999, 54 (9): 755-764
- 37- Jungerman, FS , Almeida,R., Laranjeira.R. Grupos de motivação: estudo descritivo de um atendimento para dependentes de drogas. *Jornal brasileiro de psiquiatria*. 2000, 49 (3): 51- 68
- 38- Stephens, RS., Roffman, RA. Adult marijuana dependence, in Baer, GA, et al (Eds), *Addictive behaviors across the lifespan: prevention, treatment and policy issues* (pp.202-218). Newbury Park, CA: Sage. 1993