

Abuso e dependência de maconha: comparação entre sexos e preparação para mudanças comportamentais entre usuários que iniciam a busca por tratamento

Cannabis abuse and dependency: differences between men and women and readiness to behavior change among users seeking treatment

Simone Fernandes¹, Maristela Ferigolo², Mariana Canellas Benchaya³, Pollianna Sangalli Pierozan⁴, Taís de Campos Moreira⁵, Vagner dos Santos⁶, Cláudia Galvão Mazoni⁷, Helena Maria Tannhauser Barros⁸

¹ Psicóloga. Mestre em Ciências da Saúde, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), Porto Alegre, RS. Doutoranda em Ciências da Saúde, UFCSPA. Professora, Universidade Luterana do Brasil (ULBRA), Torres, RS. ² Farmacêutica, UFCSPA. Doutora em Ciências Médicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS. ³ Psicóloga. Mestranda em Ciências da Saúde, UFCSPA. ⁴ Farmacêutica bioquímica. Mestre em Ciências Médicas, UFCSPA. ⁵ Mestre em Ciências da Saúde, UFCSPA. Doutoranda em Ciências da Saúde, UFCSPA. ⁶ Terapeuta ocupacional. Especialista em Saúde Mental e Coletiva, Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS. ⁷ Mestre em Ciências Médicas, UFCSPA. Professora, ULBRA, RS. ⁸ Pós-doutora em Neuropsicofarmacologia. Professora titular, Farmacologia, UFCSPA.

Suporte financeiro: Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (SENAD).

Resumo

Objetivos: Descrever o perfil sociodemográfico de usuários de maconha que iniciam tratamento e comparar os sexos dos indivíduos em relação aos estágios de prontidão para mudança e uso associado de outras drogas.

Método: Estudo transversal descritivo, com amostra não probabilística de indivíduos que ligaram para um teleatendimento especializado em dependência química.

Resultados: A amostra se constituiu de 72% de indivíduos do sexo masculino na faixa etária de 12 a 25 anos. Um percentual de 85,5% fazia uso associado de outras drogas. O estágio motivacional predominante foi de ação (56%), sem diferenças entre sexos ($p = 0,4$). Os homens mais frequentemente procuraram auxílio para o tratamento do uso de maconha.

Conclusão: Com base nesses dados, foi possível delinear o perfil dos usuários de maconha para auxiliar no direcionamento de informações e atendimento adequado.

Descritores: Droga, maconha, dependência, sexo, comportamento.

Abstract

Objectives: To describe the social and demographic profile of cannabis users seeking treatment and to compare differences between sex in relation to readiness to behavior change and in relation to associated use of marijuana and other drugs.

Methods: A cross-sectional, descriptive study including a nonprobability sample of individuals who called a chemical dependency hotline.

Results: The sample comprised 72% male individuals aged between 12 and 25 years. 85.5% used other drugs in association with cannabis. The action stage was the most frequent stage of readiness to behavior change observed, in 56% of the callers, with no differences between sexes ($p = 0.4$). Men more frequently sought treatment for the use of cannabis.

Conclusions: Our findings allowed delineating a profile of cannabis users, so as to better guide the provision of adequate information and treatment services.

Keywords: Drug, cannabis, dependence, sex, behavior.

Correspondência:

Simone Fernandes, Rua Sarmento Leite, 245, 3º andar, sala 316, VIVAVOZ, Centro, CEP 90050-170, Porto Alegre, RS. Tel.: (51) 3303.8764.

E-mail: simone_psciol@yahoo.com.br

Não foram declarados conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Copyright © Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul – APRS

Recebido em 27/08/2009. Aceito em 21/12/2010.

Introdução

Maconha é a droga ilícita mais consumida em todo o mundo: mais de 3,8% da população mundial usa a substância¹. De acordo com dados coletados em 2007 nos Estados Unidos, na população com idade acima de 12 anos, o uso de maconha foi de 14,4% nos 12 meses anteriores ao estudo². No Brasil, o consumo de maconha vem crescendo a cada ano. O uso na vida em 2001 era de 6,9%, e em 2005, passou a 8,8% da população; já a dependência da droga atinge 1,2% dos brasileiros^{3,4}. Embora estudos mostrem mais homens usando maconha do que mulheres^{5,6}, há um significativo aumento de mulheres usuárias de maconha do ano de 1996 para 2001 (22,3 para 29,5%; $p > 0,001$); para homens, o aumento no número de usuários foi de 33,7 para 39,5% ($p > 0,005$) no mesmo período⁵. O último levantamento domiciliar realizado no Brasil mostra que o uso de maconha entre mulheres cresceu de 3,4% em 2001 para 5,1% em 2005. Entre os homens, o aumento do uso foi de 10,6 para 14,3%, respectivamente^{3,4}.

Sabe-se que a maconha causa danos à saúde e importantes problemas de ordem psicossocial em seus usuários⁷⁻¹⁰. Porém, o alto custo para o usuário (quando se refere a tratamento particular) e para o Estado (quando se refere a serviços públicos de saúde), aliado às dificuldades encontradas para obter atendimento para dependências químicas nos serviços públicos de saúde, criam a necessidade de se implantar medidas alternativas para auxiliar na cessação do consumo de maconha. Um exemplo dessas iniciativas é a telemedicina, uma forma de atendimento especializado e de fácil acesso para usuários de maconha e outras drogas. Esse recurso possibilita a troca de informações clínicas entre profissionais de saúde e pacientes, enfocando prejuízos quanto ao uso e dificuldades para cessar o consumo de drogas. Além disso, a telemedicina pode ser utilizada como complementação de atendimentos face a face e de autoajuda, entre sessões de tratamento e também como estratégia de prevenção da recaída^{11,12}.

No Brasil, não há muitos estudos que descrevam as características dos usuários de maconha que ainda não estejam em tratamento, o que gera dificuldades ao se propor atendimento adequado a essa população. Este estudo descreve o perfil dos usuários de maconha, com foco no estágio de prontidão para mudança de comportamento observado nos usuários, no uso de maconha associado com outras drogas e na dependência de maconha, em indivíduos de ambos os sexos que iniciam a busca de tratamento.

Método

Delineou-se um estudo transversal descritivo, com amostra não probabilística, constituída por usuários de maconha que ligaram de todo o Brasil para um serviço de atendimento telefônico, o Serviço Nacional de Orientações e Informações sobre a Prevenção do Uso Indevido de Drogas (VIVAVOZ). Os indivíduos têm acesso à divulgação do serviço pelos

sistemas de mídia nacional e por serviços de atendimento a dependência química que funcionam com tratamento face a face, como ambulatórios, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), etc. Este teleatendimento oferece aconselhamento telefônico gratuito e anônimo à população brasileira em geral. Presta orientações e informações sobre as características das drogas psicoativas, sobre sua ação no organismo e também sobre prevenção do uso indevido das substâncias. Oferece informações sobre recursos disponíveis na comunidade para quem precisa de atendimento e intervenções para usuários que se propõem a cessar o uso de drogas. A intervenção, quando aplicada, usa técnicas de entrevista motivacional, oferecida para planejar a cessação do uso de drogas e acompanhar o usuário em seu processo de abstinência¹³.

Os dados do presente estudo foram coletados por 30 universitários da área da saúde capacitados para o atendimento. Seu treinamento incluiu aulas sobre dependência química, entrevista motivacional, habilidades para o atendimento telefônico e manejo do software específico para a coleta de dados^{13,14}. Para tanto, foi empregado o Medical Education Model for the Prevention and Treatment of Alcohol Use Disorders, que é um modelo interdisciplinar baseado nos seguintes princípios educacionais: 1) repetição e reforço das principais ideias, temas e habilidades; 2) integração de grupo e compartilhamento de ideias ao longo do treinamento; 3) supervisão contínua; 4) estratégias de treinamento centradas no aluno; 5) treino de habilidades iniciais em pequenos grupos com prática de sessões de *role play*; 6) prática de sessões adicionais no *call center*, sob supervisão; 7) triagem e *feedback* periódicos¹⁵. Profissionais experientes nos métodos utilizados e no tema drogas de abuso ministraram o treinamento, que teve duração de 40 horas durante 5 dias. Os universitários foram submetidos a um teste escrito no qual precisaram alcançar 7,0 pontos de média. Após, foram treinados para desenvolver habilidades referentes ao uso dos computadores, telefones e atendimento ao cliente, sob supervisão. Durante toda a sua permanência no serviço, os universitários foram avaliados sistematicamente quanto a seus atendimentos^{13,14}.

O período de coleta foi de janeiro de 2006 a março de 2007. Para o registro das informações, utilizou-se um software criado especificamente para armazenar os dados referentes a número de protocolos, características sociodemográficas, resultados das avaliações de consumo de substâncias psicoativas, motivação para mudança de comportamento e o motivo pelo qual o indivíduo procurava o teleatendimento. Foram selecionados todos os indivíduos que ligaram para o VIVAVOZ e se declararam como usuários de maconha, afirmando não estar sob o efeito de drogas naquele momento. Foi necessário também ter seu protocolo de atendimento preenchido completamente. Para garantir os aspectos éticos, foi aplicado verbalmente um termo de consentimento a todos os usuários de maconha, autorizando a utilização dos dados. O anonimato de quem usou o serviço telefônico foi garantido. Participaram deste estudo 1.000 indivíduos usuários de maconha.

O instrumento utilizado para avaliar o consumo de maconha foi o questionário de avaliação de consumo do National Household Survey on Drug Abuse (NHSDA)¹⁶. Esse instrumento de avaliação da dependência foi selecionado pelo fato de ser o mesmo utilizado nos censos sobre uso de drogas no Brasil^{3,4}. Perguntas específicas sobre o consumo de maconha, como tempo de uso e quantidade usada, foram realizadas inicialmente. Na sequência, critérios para o diagnóstico de dependência foram avaliados. Conforme o NHSDA¹⁶, um usuário é considerado dependente quando preenche pelo menos dois dos seguintes critérios: a) gastou grande parte do tempo para conseguir drogas, para usá-las ou para se recobrar dos seus efeitos; b) usou em quantidades ou em frequências maiores do que pretendia; c) apresentou tolerância (necessidade de usar mais quantidades da droga para produzir os mesmos efeitos); d) esteve em situações de risco físico sob efeito ou logo após o efeito da droga (por exemplo: dirigir, usar máquinas, etc.); e) teve problemas pessoais por causa das drogas (tais como: com familiares, no trabalho, com a polícia, emocionais ou psicológicos); f) manifestou desejo de diminuir ou de parar o uso de determinada droga. Utilizou-se como ponto de corte para dependência duas respostas positivas ou mais.

A avaliação dos estágios de prontidão para mudança foi obtida pelo preenchimento de um questionário simples, do tipo Likert, utilizado como medida contínua para avaliar a prontidão para mudança¹⁷.

As variáveis sociodemográficas (sexo, faixa etária, escolaridade, ocupação, renda familiar e estado civil) foram resumidas em tabelas contendo frequência e porcentagem. Os critérios que avaliam dependência, os estágios motivacionais

dos indivíduos e o uso de maconha associado a outras drogas também foram descritos de acordo com o sexo dos usuários. O modelo de regressão logística foi utilizado para estudar a influência das variáveis sociodemográficas no diagnóstico de dependência da maconha. As variáveis que contribuíram significativamente com $p = 0,20$ foram incluídas nas análises multivariadas (regressão logística). O nível de significância adotado neste estudo foi de $p < 0,05$. As análises foram realizadas utilizando-se o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 12.

O estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (processo nº 019/05), Porto Alegre, RS.

Resultados

O presente estudo teve a maior parte de sua amostra constituída por indivíduos do sexo masculino (72%). A faixa etária predominante foi de 12 a 25 anos (67%); 78% eram solteiros; a renda familiar foi inferior a 10 salários mínimos (95%), e 51% estavam desempregados. Em relação à escolaridade, 46% estavam no ensino fundamental, 44% no ensino médio e 9% no ensino superior. Sobre a quantidade de cigarros de maconha fumados diariamente, tanto homens quanto mulheres fumavam em média cinco cigarros por dia; um percentual de 14,5% fumava apenas maconha, enquanto que 85,5% afirmaram fazer uso associado de outras drogas. Do total da amostra, em 30% o uso de maconha esteve associado somente a drogas lícitas (6,5% maconha e álcool, 13% maconha e tabaco, 11% maconha, álcool e tabaco). O uso de

Tabela 1 – Distribuição sociodemográfica dos dados da amostra segundo o sexo dos indivíduos (n = 1.000*)

Variáveis	Sexo, n (%)	
	Masculino	Feminino
Idade [†]		
12 a 25 anos	439 (60)	234 (84)
Mais que 25 anos	283 (40)	44 (16)
Escolaridade		
Ensino fundamental	344 (48)	119 (43)
Ensino médio	307 (42)	137 (49)
Ensino superior	71 (10)	22 (8)
Ocupação [†]		
Desempregado	308 (43)	202 (73)
Empregado	414 (57)	76 (27)
Renda familiar		
Abaixo de 10 salários mínimos	689 (95)	260 (93)
Acima de 10 salários mínimos	33 (5)	18 (7)
Estado civil [†]		
Casado	551 (76)	232 (83)
Solteiro	171 (24)	46 (16)
Ter buscado ajuda anterior [†]		
Sim	473 (65)	203 (73)
Não	249 (35)	75 (27)

* Número total para cada variável.

† $p \leq 0,05$.

maconha concomitante a cocaína atingiu 8% dos indivíduos. Na Tabela 1 estão descritas as características sociodemográficas da amostra de acordo com o sexo dos indivíduos. Destaca-se que a maioria das mulheres (84%) estava na faixa etária de 12 a 25 anos.

Em relação à droga usada *versus* sexo do indivíduo, 14% dos usuários de ambos os sexos referiram ter utilizado apenas maconha. O uso concomitante de maconha com cocaína, tabaco e álcool foi mais elevado, com porcentagens semelhantes para homens e mulheres (37,3 e 40,6%, respectivamente). O uso de maconha, álcool e tabaco foi de 31,4% para homens e 28,2% para mulheres. O uso de maconha associado somente a cocaína foi 8,3% para homens e 6,1% para mulheres. No uso de outras drogas, como anfetaminas, tranquilizantes, êxtase, alucinógenos, anabolizantes ou opioides, o percentual foi igual ou inferior a 1% para ambos os sexos ($p = 0,4$). Ao ligar para o serviço de teleatendimento, a maioria dos indivíduos da amostra (68%) estava procurando ajuda para seu problema com o uso maconha pela primeira vez, sendo que, desses indivíduos, 70% eram homens e 30% mulheres. Praticamente todos os indivíduos do estudo (98%) relataram ter feito uso de maconha no último mês (72% dos homens e 28% das mulheres), e 65% fizeram uso diário de maconha (75% dos homens e 25% das mulheres). Ao ligar para o serviço, 53% dos usuários de maconha relataram como principal motivo para terem feito a chamada telefônica a obtenção de informações sobre maconha e de material informativo sobre essa droga (73% dos homens e 27% das mulheres). Do total de indivíduos da amostra, 56% fumavam maconha há mais de 5 anos (80% dos homens e 20% das mulheres).

De acordo com a avaliação da dependência dos usuários de maconha, 79% preencheram critérios para dependência e 8% para abuso da substância. Destaca-se que 82% das mulheres preencheram critérios para dependência, enquanto que 78% dos homens tiveram a mesma condição, portanto sem diferença entre os sexos ($p = 0,3$). Ao analisar cada critério que compõe as especificações para dependência, verificou-se que 69% dos indivíduos afirmaram gastar grande parte do tempo para usar maconha, 58% afirmaram ter desenvolvido tolerância no último ano, 88% afirmaram que no último ano tiveram o desejo de parar ou diminuir seu consumo de maconha, e 58% reconhecem ter problemas pessoais relacionados ao uso de maconha, sem diferenças entre os sexos.

Ao relacionar o uso de maconha a outras drogas e a critérios de dependência, 15% eram usuários apenas de maconha e preencheram critérios para dependência; 6,5% dos dependentes de maconha também usavam álcool, e praticamente o dobro (14%) dos dependentes usava maconha e tabaco. O índice de dependentes de maconha associado ao uso de cocaína foi de 7,5%.

Em relação ao estágio motivacional dos usuários deste estudo, 56% estavam no estágio de ação, 18% estavam no estágio de preparação, 16% em contemplação, e 10% estavam no estágio de pré-contemplação. As porcentagens obtidas para homens e mulheres foram semelhantes. Na Tabela 2 estão descritos os resultados dos estágios motivacionais em relação aos sexos dos indivíduos do estudo.

Dentre os indivíduos classificados como dependentes de maconha, 55% estavam no estágio de ação, 18% no estágio de preparação, 17% no estágio de contemplação, e 10% encontravam-se no estágio de pré-contemplação. Já entre os indivíduos classificados como abuso de maconha, 58% estavam em ação, 25% em preparação, 6% em contemplação e 10% em pré-contemplação. Para não dependentes, as porcentagens foram de 60% para o estágio de ação, 16% para preparação, 14% para contemplação e 10% para pré-contemplação, sem diferenças na motivação de acordo com a dependência.

No resultado da análise ajustada, nenhum dos fatores estudados apareceu como risco para a dependência de maconha (Tabela 3).

Discussão

Este estudo apresenta o perfil sociodemográfico e motivacional dos usuários de maconha que buscaram atenção em saúde por meio de um serviço de telemedicina. De modo geral, houve semelhança entre o perfil delineado na presente pesquisa e os perfis descritos em estudos envolvendo usuários de maconha de outros países^{18,19}. Embora alguns estudos afirmem que o uso de tabaco, álcool e drogas ilícitas é considerado, sobretudo, um problema masculino^{19,20}, o presente estudo mostrou uma nova realidade. Mesmo que haja menos mulheres usando maconha, mais de 3/4 destas são dependentes. É importante destacar que esses dados apontam para uma realidade diferente da até então conhecida, e que é

Tabela 2 – Avaliação dos estágios motivacionais da amostra segundo o sexo dos indivíduos (n = 1.000*)

Estágio motivacional	Sexo, n (%)	
	Masculino	Feminino
Pré-contemplação/contemplação	5 (0,7)	1 (0,4)
Preparação/ação	717 (99,3)	277 (99,6)
Total	722	278

* Número total para todas as variáveis juntas.
 $p = 0,5$.

Tabela 3 – Fatores de risco para dependência de maconha: resultados das análises bivariada e multivariada

Fatores (n total)	n (%)	Bivariada		Ajustada	
		OR (IC95%)	p	OR (IC95%)	p
Idade (n = 868)					
12 a 25 anos	598 (69)	1,7 (1,0-2,4)	0,007	1,5 (1,0-2,0)	0,08
Mais que 25 anos	270 (31)	1	-	1	-
Sexo (n = 868)					
Masculino	624 (72)	0,9 (0,6-1,3)	0,33	-	-
Feminino	244 (28)	1	-	-	-
Escolaridade (n = 528)					
Ensino fundamental e médio	318 (60)	1,0 (0,6-1,6)	0,5	-	-
Ensino superior	210 (40)	1	-	-	-
Ocupação (n = 868)					
Desempregado	450 (52)	1,3 (1,0-2,0)	0,10	1,1 (0,7-1,6)	0,62
Empregado	418 (48)	1	-	1	-
Renda familiar (n = 868)					
Acima de 10 salários mínimos	826 (95)	1,4 (0,7-3,0)	0,22	-	-
Abaixo de 10 salários mínimos	42 (5)	1	-	-	-
Estado civil (n = 868)					
Solteiro	684 (79)	1,2 (1,0-2,0)	0,19	1,0 (0,7-1,6)	0,78
Casado	184 (21)	1	-	1	-
Tempo de uso (n = 788)					
Mais que 5 anos	474 (60)	0,7 (0,5-1,0)	0,05	-	-
Até 5 anos	314 (40)	1	-	1	-
Ter buscado ajuda anterior (n = 868)					
Não	586 (67,5)	1,0 (0,7-1,5)	0,5	-	-
Sim	282 (32,5)	1	-	-	-

IC95% = intervalo de confiança de 95%; OR = odds ratio.
 p ≤ 0,05.

preciso estar alerta para a crescente entrada das mulheres na questão da dependência de maconha, visando ao atendimento adequado dessa população específica.

Fica evidente nos resultados deste estudo o número considerável de indivíduos (70%) buscando auxílio pela primeira vez ao ligar para o teleatendimento. Esse dado representa a carência de atenção em saúde para abordagens preventivas e de tratamento da dependência química no país, sugerindo que alternativas como a telemedicina, que têm baixo custo e fácil acesso, são necessárias para reduzir a demanda e, conseqüentemente, os custos pessoais e sociais relacionados ao uso de drogas. Além disso, ao usar a telemedicina, os usuários de maconha ficam mais protegidos para expressar seus problemas relacionados ao uso, já que se trata de uma droga ilícita. Nesse sentido, as intervenções por telefone podem auxiliar na efetividade das intervenções clínicas, pois complementam a atenção ao usuário²¹.

O anonimato proporcionado pelo VIVAVOZ parece ter contribuído para o alto número de ligações de usuários de

maconha, já que uma das preocupações mais aparentes desses indivíduos foi que sua identidade não fosse revelada em momento algum. Isso também se expressou pela forma como esses indivíduos abordaram seu uso no atendimento: em geral, mostravam-se, inicialmente, interessados em informações sobre drogas, e, posteriormente, ao se sentirem seguros quanto ao anonimato, identificavam-se como usuários e interessavam-se pelo tratamento para cessar o uso.

É importante salientar que, além do VIVAVOZ, não há nenhum outro serviço de telemedicina que ofereça um atendimento específico ao usuário de maconha no país. Esse tipo de atendimento personalizado mostra-se como uma estratégia eficaz na construção de uma rede de assistência que proteja o usuário. Assume primordial importância no que se refere, principalmente, às mulheres, já que geralmente são encarregadas de oferecer suporte à estrutura familiar e, por essa razão, podem sofrer maior pressão para cessar o uso^{18,20}.

Outra questão importante refere-se ao uso de maconha associada a outras drogas. Como a maconha tem a característica

de ser a primeira droga usada por poliusuários²²⁻²⁴, são necessárias intervenções que cessem o consumo de maconha e evitem a experimentação de outras drogas. É relevante apontar o padrão de consumo dos usuários deste estudo, que mostrou que existia um uso frequente de maconha, por muitos anos: a maioria dos indivíduos fumava há mais de 5 anos e fazia uso diário de 5 cigarros em média, designando um consumo de alto risco²⁵. As evidências do padrão de consumo confirmam que o indivíduo usa a droga de modo regular por um tempo longo antes de perceber seus efeitos adversos e a necessidade de buscar tratamento¹. Apesar dos problemas aparecerem nos usuários de maconha, suas atividades de trabalho ou de relacionamento muitas vezes não são rompidas (dados na Tabela 1), o que também pode dificultar a busca por ajuda¹.

A alta porcentagem de usuários que estavam no estágio motivacional de ação (mais da metade) pode ser explicada pela própria iniciativa de ligar para um serviço que ofereça auxílio para mudança de comportamento. Os demais estágios tiveram porcentagens distribuídas de forma mais uniforme. Quando observados os dados de grau de dependência e estágio motivacional, é interessante notar que a maioria dos dependentes está no estágio motivacional de ação, ou seja, está fazendo algo para mudar seu comportamento. Esse resultado demonstra uma maior preocupação do usuário com seu comportamento de uso de maconha.

Os resultados deste estudo não podem ser generalizados para a população brasileira, pois representam o perfil dos usuários de maconha que procuraram um serviço de teleatendimento relacionado a drogas de abuso. Além disso, os instrumentos utilizados para a coleta das informações são baseados apenas nas respostas dos clientes, sem confirmação por exames laboratoriais.

Apesar das limitações, os dados permitem delinear o perfil de usuários crônicos de maconha que estão interessados em obter informação e ajuda para cessar seu consumo de drogas. Assim, pode-se delinear um panorama inicial dos usuários de maconha, na população brasileira, para auxiliar no direcionamento de informações e atendimento adequado. Além disso, os resultados salientam a necessidade de se fazer um acompanhamento desses usuários, para obter eficácia na adesão ao tratamento e na cessação do uso da maconha.

Agradecimentos

Os autores agradecem à Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas/Associação Mário Tannhauser de Ensino, Pesquisa e Assistência (SENAD/AMTEPA) pelo apoio financeiro para o funcionamento e para as pesquisas desenvolvidas no VIVAVOZ, além das bolsas de mestrado e doutorado (S.F., M.C.B., P.S.P., T.C.M., V.S. e C.G.M). Reconhece-se também o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), por intermédio de bolsa de produtividade de pesquisa 1C (H.M.T.B.). Finalmente, os autores agradecem aos consultores do VIVAVOZ.

Referências

1. Jungerman FS, Laranjeira R. Characteristics of cannabis users seeking treatment in São Paulo, Brazil. *Rev Panam Salud Publica*. 2008;23(6):384-93.
2. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies. National Household Survey on Drug Abuse, Washington: U.S. Department of Health and Human Services – SAMHSA; 2008.
3. Carlini EA, Galduróz JC, Noto AR, Nappo AS. I levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país. São Paulo: UNIFESP; 2002.
4. Carlini EA, Galduróz JCF, Noto AR. II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país. São Paulo: UNIFESP; 2007.
5. Wagner GA, Andrade AG. Uso de álcool, tabaco e outras drogas entre estudantes universitários brasileiros. *Rev Psiquiatr Clin*. 2008;35:48-54.
6. Galduróz TCP, Noto AR, Fonseca M, Carlini EA. V levantamento sobre consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID); 2004.
7. Murray RM, Morrison PD, Henquet C, Di Forti M. Cannabis, the mind and society: the hash realities. *Neuroscience*. 2007;8:885-95.
8. Fernandes S, Ferigolo M, Benchaya MC, Moreira TC, Pierozan PS, Mazoni CG, Barros HMT. Brief motivational intervention and telemedicine: a new perspective of treatment to marijuana users. *Addictive Behaviors*. 2010;35:750-755.
9. Jones C, Donnelly N, Swif W, Weatherburn D. Preventing cannabis users from driving under the influence of cannabis. *Accid Anal Prev*. 2006;38:854-61.
10. Fergusson D, Horwood J, Swain-Campbell N. Cannabis use and psychosocial adjustment in adolescence and young adulthood. *Addiction*. 2002;97:1123-35.
11. Zhu SH, Stretch V, Balabanis F, Rosbrook B, Sadler G. Telephone counseling for smoking cessation: effects of single-session and motivational interventions. *J Consult Clin Psychol*. 1996;65:202-11.
12. Friedman RH, Stollerman JE, Mahoney DM, Rozenblyum L. The virtual visit: using telecommunications technology to take care of patients. *J Am Med Inform Assoc*. 1997;6:413-25.
13. Souza MF. Perfil dos usuários do serviço de teleatendimento sobre drogas de abuso VIVAVOZ. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2008;30(3):182-91.
14. Barros HMT, Santos V, Mazoni C, Dantas DCM, Ferigolo M. Neuroscience education for health profession undergraduates in a call-center for drug abuse prevention. *Drug Alcohol Depend*. 2008;98:270-4.
15. Murray M, Fleming M. Prevention and treatment of alcohol-related problems: an international medical education model. *Acad Med*. 1996;71:1204-10.
16. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies. National Household Survey on Drug Abuse. Washington: U.S. Department of Health and Human Services – SAMHSA; 1999.
17. Amodei N, Lamb RJ. Convergent and concurrent validity of the Contemplation Ladder and URICA scales. *Drug Alcohol Depend*. 2004;73:301-6.
18. Israelowitz R, Rawson R. Gender differences in prevalence of drug use among high risk adolescents in Israel. *Addict Behav*. 2006;31:355-58.
19. Wilkins C, Reilly JL, Casswell S. Cannabis 'tinny' houses in New Zealand: implications for the use and sale of cannabis and other illicit drugs in New Zealand. *Addiction*. 2005;100:971-80.
20. Agrawal A, Lynskey MT. Does gender contribute to heterogeneity in criteria for cannabis abuse and dependence? Results from the national epidemiological survey on alcohol and related conditions. *Drug Alcohol Depend*. 2007;88:300-7.
21. Michelli D, Fisberg M, Formigoni MLOS. Estudo da efetividade da intervenção breve para o uso de álcool e outras drogas em adolescentes atendidos num serviço de assistência primária à saúde. *Rev Assoc Med Bras*. 2004;50:305-13.
22. Agrawal A, Neale MC, Prescott CA, Kendler KS. A twin study of early cannabis use and subsequent use and abuse/dependence of other illicit drugs. *Psychol Med*. 2004;34:1227-37.
23. Morral AR, McCaffrey DF, Paddock SM. Reassessing the marijuana gateway effect. *Addiction*. 2002;97:1493-504.
24. Arseneault L, Cannon M, Poulton R, Murray R, Caspi A, Moffitt TE. Cannabis use in adolescence and risk for adult psychosis: longitudinal prospective study. *BMJ*. 2002;325:1212-3.
25. Fergusson D, Swain-Campbell NR, Horwood LJ. Deviant peer affiliations, crime and substance use: a fixed effects regression analysis. *J Abnorm Child Psychol*. 2002;30:419-30.