



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA – UniCEUB
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

CAIO YAN ESTRELA COELHO

**AVALIAÇÃO DO PADRÃO DE CONSUMO DE *CANNABIS* E A
SINTOMATOLOGIA PSIQUIÁTRICA EM UM CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL PARA TRATAMENTO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS
(CAPSad) NO DISTRITO FEDERAL**

BRASÍLIA

2021





CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA – UniCEUB
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

CAIO YAN ESTRELA COELHO

**AVALIAÇÃO DO PADRÃO DE CONSUMO DE *CANNABIS* E A
SINTOMATOLOGIA PSIQUIÁTRICA EM UM CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL PARA TRATAMENTO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS
(CAPSad) NO DISTRITO FEDERAL**

Monografia apresentada a Faculdade de Ciências
da Educação e Saúde para obtenção do diploma
em Medicina.

Orientação: Gustavo Carvalho de Oliveira

BRASÍLIA

2021



AGRADECIMENTOS

No decorrer desta luta algumas pessoas estiveram ao meu lado, me dando suporte e me estimulando. Agradeço, primeiramente, aos meus familiares, que me apoiaram e me permitiram chegar até aqui. Agradeço também ao meu orientador Gustavo Carvalho, que durante 12 meses me acompanhou, dando auxílio necessário para a elaboração e conclusão dessa pesquisa com suas correções. Aos amigos, pela compreensão das ausências e pelo afastamento temporário. A todas as pessoas que contribuíram diretamente e indiretamente para a conclusão desse trabalho.



RESUMO

A *Cannabis* é hoje a substância ilícita mais consumida no mundo, sendo relevantes estudos relacionando consequências do seu uso. Tal fato está associado a uma demanda crescente por tratamento de distúrbios e outras condições de saúde relacionadas ao seu uso, como alterações mentais e de comportamento. **Objetivo:** Este trabalho objetivou avaliar o padrão de consumo de cannabis e a presença de sintomatologia psiquiátrica em um CAPS-AD no Distrito Federal. **Método:** Trata-se de um estudo retrospectivo, transversal, descritivo com investigação dos prontuários dos pacientes acompanhados nos últimos 6 meses. Foram incluídos pacientes com idade maior que dezoito anos, que passaram por pelo menos uma consulta médica no período que fizeram uso de maconha em qualquer quantidade ao longo da vida, por meio de estudo de variáveis sociodemográficas, padrão de consumo, sintomatologia e manifestações psiquiátricas. **Resultados:** Foram analisados 264 prontuários. O perfil dos pacientes revelou: 83% do sexo masculino, 17% feminino, com idade média de $36,57 \pm 11,4$ anos. 61,74% dos pacientes não possuíam religião. De toda a amostra, apenas 4,92% possuíam Ensino Médio Completo. A idade média do primeiro uso de *Cannabis* foi aos 16, com uso mais intenso aos 22 anos. 44,7% eram usuários pesados. Houve forte correlação entre o uso de *Cannabis* e outras drogas: tabaco (79,5%), álcool (76,8%), cocaína (37%). 55,6% dos pacientes já cometeram furto ou roubo, lesão corporal ou homicídio. 81,4% apresentavam irritabilidade, 42,4% já relataram alucinações, 39,3% já referiram delírios, 65% manifestaram pelo menos um episódio de humor deprimido e 30% dos pacientes já tentaram suicídio e 13,2% cometeram homicídio. Assim, encontrou-se um padrão de uso desses pacientes em associação a diversas drogas; consumo excessivo; início precoce; propensão à comportamentos criminosos; presença de sintomatologia psiquiátrica, sendo mais frequentes: ansiedade patológica, irritabilidade, alteração do sono, humor deprimido, sintomas psicóticos, perdas de memória e comportamento suicida. **Conclusão:** Há uma necessidade de educação da população, especialmente jovens em situação de vulnerabilidade econômica e social, para uma melhor promoção da saúde, prevenindo-se os danos relacionados ao consumo de substâncias.

Palavras-chave: *Cannabis*. Drogadição. Psiquiatria. Transtornos Psicóticos.



ABSTRACT

The Cannabis is the most consumed illicit substance in the world today, study about the consequences of the use are been really considered. This fact is associated to the crescent demand for the treatment of disorders and others healthy issues related to the use of these substance, as mental and behavioural alterations. **Goals:** This paperwork avalue the consumption of cannabis pattern and the presence of psychiatric symptoms in a CAPS-AD (a psychological and social assessment center) on Federal District. **Method:** It's about a retrospective, transversal, descriptive medical records investigation of the monitored patients in the last 6 months study. It included patients under 18 years who has been in at least one appointment with a doctor during the use of the marijuana in any quantities during the lifetime, by variables sociodemographic, padron of consume, symptomatology and psychiatric manifestation. **Results:** It was analysed 264 medical records. The profile revealed: 83% male, 17% female, ages between 36.57 ± 11.4 years. 61.74% of the patients doesn't have a religion. From all the patients only 4.92% graduated from High School. The minimum age of the first use of cannabis was at 16 years old, and a more intense use at 22 years old. 44.7% was a frequent user. There was a strong relation between the use of Cannabis and other drugs: tobacco (79.5%), alcohol (78.8%) and cocaine (37%). 55.6% of the patients committed theft, bodily injury or murder. 81.4% presented irritability, 42.4% had hallucinations, 39.3% related delusions, 65% manifested at least one episode of depressed humor, 30% tried suicide and 13.2% committed murder. Thereby, a pattern of use was found on these patients associated to several others drugs; excessive consumption; early use; tendency to criminal behaviors; psychiatric symptomatology, more often: pathological anxiety, irritability, sleep alterations, depressed humor, psychotics symptoms, lost of memory and suicide behavior. **Conclusion:** There is a need for information from the population, especially in the young people who are economically and socially vulnerable, for a better healthy life, preventing the damage related to the consumption of substances.

Key-Words: Cannabis. Drug Addiction. Psychiatry. Psychotic Disorders.



LISTAS DE FIGURAS, TABELAS, QUADROS, GRÁFICOS, SÍMBOLOS E ABREVIACÕES

CAPS-AD – Centro de Atenção Psicossocial para tratamento de álcool e outras drogas	5
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde	7
OMS – Organização Mundial da Saúde	8
CB1 – receptores canabinóides 1	8
CB2 – receptores canabinóides 2	8
Δ 9-THC – delta-9-tetraidrocarbinol	9
11-OH-THC – 11-hidroxi-delta-9-tetraidrocarbinol	9
THC-COOH – 11-nor-hidroxi-delta-9-tetraidrocarbinol-carboxílico	9
DSM-V – manual diagnóstico e estatístico de perturbações mentais-V	11
REM – movimento rápido dos olhos	21
Tabela 01. Dados epidemiológico dos pacientes que já fizeram uso de <i>Cannabis</i> em algum período da vida	14
Tabela 02. Padrão de consumo de <i>Cannabis</i>	16
Tabela 03. Sintomatologia	19



SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	7
METODOLOGIA	12
RESULTADOS E DISCUSSÃO	13
CONSIDERAÇÕES FINAIS	23
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	24
ANEXO A – QUESTIONÁRIO DIRECIONADOR DA COLETA	29
ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCINADO DO CEP	32



INTRODUÇÃO

Cannabis é a designação comum às plantas do gênero *Cannabis* da família das Cannabaceae, conhecida popularmente como maconha, utilizada para fins medicinais e não medicinais (OPAS, 2018).

A maconha, uma das plantas mais antigas cultivadas pela humanidade, que segundo historiadores, existem indícios de sua utilização há pelo menos 10.000 anos, principalmente nos continentes africano e asiático. A razão para tal uso se deve por conta de suas propriedades psicoativas, bem como suas propriedades medicinais, nutricionais e têxteis. Contudo, em meados da década de 1960, o hábito de fumar a planta foi difundido, principalmente na América e Europa, tornando-se bastante incorporado à sociedade de consumo capitalista atual (NERY FILHO, A., *et al.*, 2009; RAYMUNDO, 2007).

A sociedade hodierna possui uma estrutura hedonista, que valoriza o imediatismo e tem no consumo um dos seus alicerces. Nessa lógica, consumir torna-se para o indivíduo uma obrigação de inserção social, e a questão da “escolha” sobre o que consumir fundamenta um dos princípios da liberdade da estrutura capitalista, formando uma subcultura em que, muitas vezes, o ilegal sequer é imoral. Dessa forma, a escolha passa a se tornar necessidade, muitas vezes evoluindo para a submissão total ao objeto consumido. Todo esse processo pode levar a certa angústia da falta de identidade em relação a inserção social. Somado a isso, a cultura que envolve o consumo de substâncias psicoativas engloba valores, relações, rituais e símbolos que reforçam o seu consumo. Do ponto de vista psicanalítico, a substância psicoativa, nesse contexto, pode representar esse objeto de consumo: atraente na medida em que proporciona satisfação imediata através de seus efeitos e principalmente por ser um recurso de evitação de uma realidade percebida muitas vezes como insuportável (MELMAN, 2000; VELHO, 2002; SILVEIRA, 1996)

A *Cannabis* é hoje a substância ilícita mais consumida no mundo, com isso os temores com relação às consequências adversas do seu uso vêm sendo estudados e divulgados. A utilização da droga ocorre geralmente na adolescência, um período entre a infância e a idade adulta, abrangendo não só a maturação reprodutiva, mas também cognitiva, influenciando no desenvolvimento neural e psicossocial (SOLOWIJ, 2010; REALINI, N., *et. al.*, 2009).

O prejuízo da neuromaturação e do desenvolvimento cognitivo, quando a maconha é consumida na adolescência, decorre da interrupção da poda da massa cinzenta ou interrupção da mielinização da substância branca, especialmente no córtex pré-frontal, principalmente na sede das funções executivas superiores (MEDINA, 2007).



Segundo relatório publicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2016, a respeito do uso não medicinal da *Cannabis*, aproximadamente 181,8 milhões de pessoas no mundo são usuárias, em idade entre 15 e 64 anos, para fins não terapêuticos. Tal fato está associado a uma demanda crescente por tratamento de distúrbios e outras condições de saúde relacionadas ao seu uso, como alterações mentais e de comportamento (OMS,2016).

No Brasil, a utilização da droga ocorre já em idade precoce, aproximadamente entre 12 e 17 anos, atinge um pico, tanto nos homens quanto nas mulheres, entre 18 e 24 anos, e diminui na faixa das pessoas com mais de 35 anos. No país, outro dado epidemiológico que chama atenção é a porcentagem de dependentes de maconha que é de 1,24% (OLIVEIRA, 2010).

Existe uma enorme variabilidade individual, que dá forma aos diversos padrões de consumo. Esses padrões vão desde o consumo experimental e pontual ao uso frequente e dependente. E mesmo o consumo esporádico da *Cannabis* não está livre de riscos, os adolescentes que têm esse padrão de consumo apresentam um acréscimo no risco de dependência de álcool e tabaco na vida adulta, além de apresentarem uma maior propensão à baixa escolaridade (LANÇA,2017).

Quanto à planta em si, podemos isolar pelo menos 750 substâncias químicas e cerca de 104 canabinóides distintos, com grande destaque para o delta-9-tetraidrocarbinol (Δ^9 – THC), com seu poder psicoativo primário (RADWAN *et al.*, 2015; IZZO *et al.*, 2009; DE CARVALHO, 2018).

O Δ^9 – THC atua em receptores específicos no cérebro, os quais também respondem aos canabinóides endógenos, como a anandamida (IVERSEN, 2012). Tais endocanabinóides atuam na regulação de ações neurotransmissoras que possuem papel na cognição, na emoção e na memória em seres humanos e em outros animais (CASTLE, 2011). Esses receptores de endocanabinóides conjuntamente a enzimas responsáveis por sua síntese e degradação formam o sistema canabinóide endógeno (LU, 2016).

Sabe-se que o delta-9-tetraidrocarbinol é responsável pela ativação do sistema canabinóide endógeno por ser agonista parcial dos receptores canabinóides 1 (CB1) e canabinóides 2 (CB2), presentes na via de recompensa de dopamina no cérebro, ação que provavelmente explica a euforia e o efeito psicotomimético que podem ser experimentados após o uso da droga (OPAS, 2018; MIZRAHI, 2017; MALFITANO, 2014). Dessa forma, o uso regular de cannabis com maior concentração de THC pode aumentar o risco de desenvolver transtornos psicóticos (DI FORTI *et al.*, 2014).

A via de administração está diretamente relacionada e concentração sanguínea e a taxa na qual o delta-9-tetraidrocarbinol é absorvido. Essa substância é rapidamente absorvida pelo

sangue e distribuído para o corpo quando a maconha é fumada. Há uma variação de 10-50% da absorção dependendo da intensidade das inspirações e retenção nos pulmões, mesmo com a combustão de aproximadamente 30% do $\Delta 9$ – THC e 10-20% que é perdido na fumaça não inalada ou metabolizada nas vias aéreas inferiores. Depois de fumar dois cigarros de maconha, cada um com 2mg da droga, o organismo consegue concentrar no máximo 50ng/mL e sabe-se que é necessário apenas 2ng/mL para produzir os efeitos agudos experienciados pelo usuário. Também tem sido relatado que, pela via inalatória, o $\Delta 9$ – THC atinge sua concentração plasmática máxima em 7-10 minutos e no final desse tempo há os efeitos psicológicos e cardiovasculares (PIEDRA, 2009; OLIVEIRA, 2009)

Na administração feita por via oral, há uma lentificação da absorção, além de ser irregular e variável entre os indivíduos. A sua biodisponibilidade pode variar de 5-10%, porque é parcialmente destruído pelo suco gástrico e porque sofre metabolismo primário. Aproximadamente entre 12 minutos e 2 horas após a ingestão os efeitos agudos começam, e permanece por 2 a 6 horas. A absorção ainda pode ser aumentada para 90 a 95% caso a maconha seja consumida junto à presença de alimento, principalmente lipídios (PIEDRA, 2009).

Os efeitos psicoativos podem ser imediatamente experimentados caso a via de administração seja a endovenosa (PIEDRA, 2009; OLIVEIRA, 2009).

O $\Delta 9$ -THC entra na circulação sanguínea e é rapidamente distribuído no organismo, em primeiro lugar aos tecidos irrigados (rim, pulmão, fígado, estômago, baço, coração e cérebro) e, logo em seguida, se acumula no tecido adiposo. O $\Delta 9$ -THC acumulado no tecido adiposo é liberado de forma lenta para o sangue, de modo que a remoção completa pode demorar até 30 dias (PIEDRA, 2009; OLIVEIRA, 2009).

Quanto a excreção, os metabolitos ativos (11-OH-THC) e inativos (THC-COOH) são eliminados nas fezes (68%) e na urina (12%). Uma parte do $\Delta 9$ -THC não metabolizada é reabsorvida pelos túbulos renais e podem aparecer na saliva, suor, cabelo e até mesmo no leite (PIEDRA, 2009; OLIVEIRA, 2009).

No córtex cerebral há receptores canabinoides, principalmente no sistema límbico (incluindo hipocampo e amígdalas), gânglios da base, tálamo e cerebelo. Sendo assim, a maconha pode causar, de forma aguda, risos imotivados, aumento do desejo sexual e do apetite, aumento da autoconfiança e grandiosidade, da sociabilidade, sensação de relaxamento e loquacidade. Em contrapartida pode causar ansiedade, irritabilidade, pânico, sensação de despersonalização e desrealização, sonolência, sintomas psicóticos e prejuízo da concentração (HALL, 1998; ASHTON, 2001)



Entre os possíveis efeitos do uso continuado da maconha, destacam-se as morbidades psiquiátricas, além de comorbidades orgânicas: alterações funcionais respiratórias, alterações histopatológicas que podem ser precursoras de câncer, aumento do risco cardiovascular e provável alteração da secreção de hormônios sexuais com diminuição da fertilidade. Entre os transtornos psiquiátricos mais comuns destacam-se os transtornos psicóticos, transtornos de humor, transtorno de ansiedade, déficit de atenção e hiperatividade. (HALL, 1998; FERGUSSON, 2002; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2012; FREITAS, 2016)

Um dos efeitos adversos atribuído ao consumo de cannabis é o aumento do risco de desenvolver esquizofrenia; contudo, esta relação não parece estar completamente esclarecida (Freitas, 2016). Em estudo com 59.465 pessoas, que indivíduos os quais fizeram uso de cannabis antes dos 18 anos de idade, em comparação com aqueles que não fizeram uso da droga, apresentam 2,4 vezes mais chance de receberem o diagnóstico de esquizofrenia até os 33 anos de idade (ANDREÉASSO *et al.*, 1987)

O envolvimento entre o uso não medicinal da cannabis e os transtornos psicóticos é abrangente e complexo, havendo uma maior predisposição à esquizofrenia em indivíduos que fazem uso regular da droga (ANDRÉASSON *et al.*, 1987; VAN OS *et al.*, 2002; HENQUET *et al.*, 2004; STEFANIS *et al.*, 2014).

Sabe-se também que o uso regular de cannabis é comum entre pessoas com esquizofrenia (MYLES *et al.*, 2016). Essa relação, pode advir da busca por “automedicação” por parte dos indivíduos vulneráveis à psicose. Tal hipótese considera que o uso da maconha por parte desses indivíduos visa aliviar os sintomas ansiosos e depressivos ou, ainda, os efeitos adversos dos antipsicóticos (ARARIPE NETO *et al.*, 2007)

O uso da maconha aumenta também o risco de desenvolver depressão e ansiedade patológica. O uso semanal ou maior por adolescentes pode aumentar em até duas vezes esse risco. Porém o risco pode estar aumentado em até 5 vezes em usuários diários (SAITO, 2010)

Quanto ao transtorno de humor com característica bipolar, quando desencadeados por consumo de maconha, costumam apresentar uma série de características negativas, como dificuldade na recuperação dos sintomas afetivos, maior número de internações, piora na adesão ao tratamento, risco aumentado de suicídio, maior agressividade e pobre resposta ao lítio. Além disso, existe associação entre o consumo pesado de maconha e o primeiro episódio bipolar, tornando-o mais precoce, e aumentando o risco do paciente tornar-se um ciclador rápido (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA 2012)



Contudo a *Cannabis* tem um potencial de adição relativamente baixo, ou seja, apresenta baixa capacidade de conduzir a pessoa a repetir compulsivamente e de forma involuntária o uso da droga de forma recompensante, e a dependência parece ser menos grave comparada com outras substâncias ilícitas e lícitas como o tabaco e o álcool. (VAN AMSTERDAM, 2010)

A dependência de *Cannabis* é caracterizada pelo seu uso compulsivo e incapacidade de controlar mesmo em situações em que este traga problemas físicos, psicológicos ou sociais para o indivíduo. De acordo com a última edição do manual estatístico de perturbações mentais (DSM-5), seu diagnóstico pode ser feito a partir dos seguintes critérios:

A. Um padrão problemático de uso de *Cannabis*, levando a comprometimento ou sofrimento clinicamente significativos, manifestado por pelo menos dois dos seguintes critérios, ocorrendo durante um período de 12 meses:

1. *Cannabis* é frequentemente consumida em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido.

2. Existe um desejo persistente ou esforços malsucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso de *Cannabis*.

3. Muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção de *Canábis*, na utilização de *Cannabis* ou na recuperação de seus efeitos.

4. Fissura ou um forte desejo ou necessidade de usar *Cannabis*.

5. Uso recorrente de *Cannabis*, resultando em fracasso em desempenhar papéis importantes no trabalho, na escola ou em casa.

6. Uso continuado de *Cannabis*, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos efeitos da substância.

7. Importantes atividades sociais, profissionais ou recreacionais são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso de *Cannabis*.

8. Uso recorrente de *Cannabis* em situações nas quais isso representa perigo para a integridade física.

9. O uso de *Cannabis* é mantido apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pela substância.

10. Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspetos:

a. Necessidade de quantidades progressivamente maiores de *Cannabis* para atingir a intoxicação ou efeito desejado

b. Efeito acentuadamente menor com o uso continuado da mesma quantidade de *Cannabis*.

11. Abstinência, manifestada por qualquer dos seguintes aspetos:



a. Síndrome de abstinência característica de *Cannabis*.

Nos últimos anos, houve grandes mudanças nas políticas que circundam essa matéria, sendo muito relevante explorar as consequências associadas ao consumo da cannabis (DE CARVALHO, 2018).

Sabendo-se que conhecer a prevalência de uso de cannabis nos serviços de saúde e correlacionar seu uso com a sintomatologia psiquiátrica, tem grande importância para a organização da assistência aos serviços de saúde, este trabalho objetivou avaliar o padrão de consumo de cannabis e a sintomatologia psiquiátrica em um Centro de Atenção Psicossocial para tratamento de álcool e outras drogas (CAPSad) no Distrito Federal.

METODOLOGIA

Este trabalho é um estudo retrospectivo, transversal, descritivo realizado por meio de análise de prontuários de pacientes acompanhados no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas do Guará (CAPS-AD Guará) da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), nos últimos 6 meses do ano de 2020.

CAPS-AD Guará é um estabelecimento de saúde tipo Centro de Atenção Psicossocial com atendimento multiprofissional que executa serviços de saúde na localidade da região administrativa de Brasília - DF. O atendimento ocorre de segunda à sexta-feira aos pacientes que necessitam de acompanhamento devido ao uso prejudicial de álcool e drogas, por meio de consultas individuais e atividades em grupos, promoção de oficinas de educação em saúde, de oficinas terapêuticas e atividades de reinserção do paciente à sociedade.

Os critérios de inclusão na pesquisa são: idade maior de dezoito anos, ter passado por pelo menos uma consulta médica no CAPS-AD Guará nos últimos 6 meses e ter feito uso de maconha em qualquer quantidade ao longo da vida.

Os itens avaliados nos prontuários dos indivíduos da pesquisa foram: sexo, idade, religião, prática religiosa, escolaridade, estado civil, outras comorbidades, histórico familiar de consumo de álcool e outras drogas, idade do primeiro uso de cannabis, tabagismo, etilismo, uso de outra(s) droga(s) ilícita(s), quantidade de cannabis utilizada, período de uso mais intenso (uso problema), data do último uso em relação à avaliação psiquiátrica, sintomas positivos, sintomas negativos, sintomas cognitivos, transtornos induzidos, tentativa de suicídio, tentativa



de homicídio e outros crimes. Para a padronização da investigação, todos os dados serão organizados em planilha do Microsoft Excel.

As variáveis estudadas foram apresentadas em medidas de tendência central (média) e de dispersão (desvio padrão) para as variáveis numéricas e as proporções e frequência para as variáveis categóricas.

Esta pesquisa foi submetida ao comitê de ética local via Plataforma Brasil e foi aprovada com o parecer número CAAE:37035320.5.0000.5056.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados 264 prontuários de pacientes que foram atendidos nos últimos seis meses no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas do Guará (CAPS-AD Guará) da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e fizeram consumo de cannabis, em qualquer quantidade, pelo menos uma vez na vida. Os resultados estão listados na tabela 1.

1. Tabela 01. Perfil sociodemográfico dos paciente do CAPSad

Perfil sociodemográfico dos pacientes do CAPSad (N= 264)			
Sexo	M=83% (n=220)	F=17% (n=44)	
Idade (Média e DP)	36,57 anos (DP=11,4)		
Idade do primeiro uso (Média e Desvio Padrão - DP)	16,79 anos (DP=4,48)		
Religião	SEM RELIGIÃO	61,74%	n=163
	EVANGÉLICO	15,53%	n=41
	CATÓLICO	12,50%	n=33
	ESPÍRITA	1,52%	n=4
	UMBANDA	0,76%	n=2
	CANDONBLÉ	0,38%	n=1
	CRISTÃO	0,38%	n=1

	JUDEU	0,38%	n=1
Escolaridade	ENSINO MÉDIO INCOMPLETO	32,95%	n=87
	ENSINO FUNDAMENTAL	19,70%	n=52
	ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO	13,26%	n=35
	ENSINO MÉDIO	1,89%	n=5
	ENSINO SUPERIOR	1,52%	n=4
	ENSINO SUPERIOR INCOMPLETO	1,52%	n=4
	Estado civil	SOLTEIRO	67,42%
DIVORCIADO		9,85%	n=26
CASADO		9,09%	n=24
AMASIADO		6,82%	n=18
VIÚVO		1,89%	n=5
Histórico familiar de consumo de drogas	NENHUM FAMILIAR	25%	n=67
	PARENTE PRÓXIMO ETILISTA	25%	n=67
	PARENTE PRÓXIMO USUÁRIO DE MACONHA	5%	n=12
	PARENTE PRÓXIMO USUÁRIO DE OUTRAS DROGAS	3%	n=7
Tempo de acompanhamento (Média e Desvio Padrão - DP)	140,35 semanas (DP = 188,83)		



Número de internações (Média e Desvio Padrão - DP)	1,05 internações (DP = 1,36)
----------------------------------------------------	------------------------------

A *cannabis* é uma das drogas mais consumidas hodiernamente no mundo, principalmente entre os jovens, uma vez que seu primeiro uso acontece geralmente na adolescência e há evidências sugerindo que os padrões de consumo de *cannabis* na adolescência à vida adulta se apresentam como um processo multifatorial, produto de diversas variáveis demográficas e psicossociais (FREITAS, 2016; LANÇA, 2017).

Na amostra, foi observado que os pacientes fizeram o primeiro uso da maconha, em média, próximo aos 17 anos com um desvio padrão de 4,48 anos. Esse dado corrobora com Balsa (2004), que concluiu em sua pesquisa que a idade do primeiro uso da maconha ocorre, na grande maioria das vezes, entre os 16 e 20 anos. Entretanto, para Martins (2008), que analisou a relação entre a iniciação do uso de drogas e o primeiro ato infracional, esse consumo ocorre em idade mais precoce, por volta dos 12,5 anos.

Dentre os pacientes que relataram alguma religião, a maioria se declarou como não praticante. Dos 83 indivíduos que se diziam evangélicos, católicos, cristãos sem especificação da religião, umbanda, judeu, espírita ou candomblé, 73,4% se declaravam como não praticantes.

Pacientes que possuem religião ou pertencentes a outras denominações fundadas em uma crença divina, que frequentam templos religiosos ou que participam de rituais como cultos, missas e adorações apresentam uma menor tendência ao uso de álcool e outras drogas. Tal relação ocorre, pois as dimensões da religiosidade são possivelmente fatores importantes na modulação do uso de entorpecentes por diversos grupos populacionais. (DALGALARRONDO *et al*, 2004)

Nesta pesquisa, percebeu-se maior frequência de pacientes homens, solteiros e com ensino médio incompleto. Conforme Martins (2008) e Roe *et al* (2010), são preditores de risco para uso de substâncias ilícitas: sexo masculino, baixa escolaridade e ser solteiro ou divorciado.

Quanto à escolaridade, no atual estudo, apenas 4,92% (N=13) dos pacientes concluíram o ensino médio. Vale ressaltar que o início do consumo de drogas, o desentendimento com professores e colegas, o desestímulo resultante de reprovações repetidas, a baixa qualidade do ensino e a pouca supervisão familiar estão relacionados ao afastamento da escola (MARTINS, 2008).

Os resultados revelaram que 33% dos pacientes apresentaram parentes próximos que consumiam frequentemente algum tipo de droga ilícita ou álcool. Conforme Borges *et al* (2017),

a formação da rede de apoio representa fator de risco quando existe algum membro que faz uso de drogas e fator de proteção quando os membros da família ou amigos não são usuários de nenhum tipo de entorpecente (BORGES *et al*, 2017).

Nesta pesquisa a comorbidade mais relatada foi a hipertensão arterial sistêmica (12,5%). Mas tal fato pode estar associado ao consumo do tabaco, visto que grande parte dos pacientes na pesquisa faziam consumo da substância. Segundo Sousa (2015), o tabagismo causa mudanças a nível endotelial e simpático, aumentando a pressão arterial. Já o consumo de *Cannabis* em si estaria mais relacionado a outras comorbidades, como infertilidade e alterações cognitivas (BRENTS, 2016; GRANT *et al*, 2003).

O consumo de *Cannabis* provoca aumento da frequência de processos inflamatórios das vias aéreas e o risco de infarto agudo do miocárdio (CHATKIN *et al*, 2017; NAWROT *et al*, 2011)

A tabela 02 mostra o padrão de consumo encontrado nesta pesquisa.

2. Tabela 02. Padrão de consumo de *Cannabis*

PADRÃO DE CONSUMO DE CANNABIS			
FREQUENCIA DE USO	DIÁRIO	44,7%	N=118
	ESPORÁDICO	8,7%	N=23
	1 VEZ/SEMANA	9%	N=24
	3 VEZES/SEMANA	8%	N=20
	MENSAL	8,7%	N=23
	QUINZENAL	5%	N=13
	EXPERIMENTOU	0,8%	N=2
	ABSTINENTE	15%	N=39
QUANTIDADE USADA (Média e Desvio Padrão)	3,28 cigarros (DP = 2,84)		
USO PROBLEMA (Média e Desvio Padrão)	22 anos (DP = 4)		
ÚLTIMO USO (Média e Desvio Padrão)	2,43 semanas (DP = 8,38)		

Dos 264 pacientes desta pesquisa, 44,7% (N=118) faziam uso diário de cannabis. O grupo dos usuários ocasionais, que inclui uso semanal (9%), quinzenal (6%) e mensal (8,7%) e semestral (7,5%) foi composto por 31,4% (N=83) dos pacientes. 15% (N=40) estavam abstinentes há mais de 3 anos, 8,7% (N=23) faziam uso esporádico – sem frequência exata e de forma casual – e apenas 3% (N=8) apenas experimentou.

Considera-se “usuários pesados” ou “usuários regulares” aqueles que fazem uso diário ou quase todos os dias da substância (ALMEIDA *et al*, 2012). Sendo assim, pode-se considerar os usuários diários, 44,7%, e usuários de dias alternados, 4,1%, como pertencentes a essa classe, somando-se aproximadamente 48,8% (N=129). Ressalta-se que 46,2% (N=122) pacientes fizeram uso da maconha na semana da consulta.

Foi investigado o período de uso mais intenso dos pacientes. A média de idade em que houve o período mais intenso de uso de maconha foi aos 22 anos de idade, com desvio padrão de 4,4 anos, considerando-se 120 pacientes em que essa informação foi relatada. Lança (2017) identificou que o período de uso mais intenso ocorre por volta dos 24 anos, sobretudo em pacientes com depressão e ansiedade.

A quantidade de cannabis consumida foi avaliada em cigarros: Foi evidenciado um consumo médio de 3,33 cigarros por dia entre os pacientes, com um desvio padrão de 2,78 cigarros. Além disso, em 12 prontuários não havia menção à quantidade de maconha utilizada.

Para fins de aproximação em gramas, um cigarro de maconha contém cerca de 0,3 – 1g de maconha. A concentração de Δ^9 -THC, nas diferentes apresentações da Cannabis (maconha, haxixe, skunk), varia de 1% a 15%, ou seja, de 2,5 a 150mg de Δ^9 -THC (ADAMS, 1996).

Em relação ao uso de múltiplas substâncias, nota-se a associação entre consumo de *Cannabis* e uso problemático de outras substâncias, como álcool, tabaco, cocaína, crack e outras drogas (LANÇA, 2017; KOLLA, 2016; DE BRITO, 2016; MURRAY *et al*, 2007; PILLON, 2005).

Na atual pesquisa, percebeu-se um número elevado de tabagistas, sendo a principal droga relacionado ao uso de *Cannabis*. 79,5% (N=210) pacientes do estudo faziam uso frequente de cigarro ou tabaco - sendo esse último utilizado muitas vezes na mistura do cigarro de maconha - e 67,8% (N=179) fumavam diariamente. Ressalta-se também o início precoce, em média aos 16,6 anos (DP=4,79), e a alta carga tabágica com média de 3,86 maços/dia.

Parece existir uma relação entre o consumo destas duas substâncias (*Cannabis* e tabaco). Os jovens que referem grande consumo de tabaco apresentam uma maior probabilidade, ao longo do tempo, de se tornarem consumidores frequentes de *cannabis*, em relação aos que consumiam pouco ou se abstinham (PASSAROTTI *et al*; 2015).



Essa correspondência entre o tabagismo e o uso de *cannabis* prende-se possivelmente pelo fato de que ambos possuem a mesma via de administração e partilham de vários fatores de vulnerabilidade em comum, como as redes sociais de apoio fragilizadas, relação íntima com pessoas usuárias, precarização dos cuidados com a própria saúde e até fatores genéticos (LANÇA, 2017).

Nesta pesquisa, também houve uma forte associação entre o consumo de maconha e de álcool, com 76,8% (n=203) dos pacientes fazendo consumo frequente de álcool, sendo que 111 fazia uso diário. Dos consumidores de álcool, percebeu-se que os pacientes tiveram seu primeiro consumo de álcool muito jovens, em média aos 13,6 anos (DP 3,15 anos), e que as bebidas destiladas eram preferência entre os usuários. 43,9% faziam uso de destilados (média de 1,3L por episódio), 32,4% consumiam fermentados (média de 2,7L por episódio), 15,2% bebiam ambos em 8,5% dos prontuários não havia relato.

O álcool costuma ser usado como substituto quando a maconha não está disponível ou para minimizar alguns efeitos indesejados, para causar relaxamento, reduzir a inibição ou até mesmo potencializar os efeitos da maconha (WEBB, 1996). Em estudo feito por Nobrega (2012), com 227 universitários, observou-se que 45,8% dos indivíduos da pesquisa faziam consumo de *Cannabis* e álcool em associação. Em outra análise, avaliando o perfil dos usuários em um CAPS-AD, Jorge (2010) observou que 59,5% dos pacientes faziam uso frequente de álcool e 42,3% faziam consumo rotineiro de maconha. Ainda considerando o perfil dos usuários em CAPS-AD, Oliveira (2017), percebeu que o álcool era a substância psicoativa mais utilizada entre os paciente (63,1%) e também a primeira droga experimentada (71,2%), enquanto apenas 3,7% faziam consumo de maconha e 4,3% relataram a *Cannabis* como a primeira droga consumida.

Dos 207 pacientes que fizeram consumo de álcool antes dos 18 anos, 68% também consumiram maconha antes da maioridade. De acordo com Perkonigg *et al* (2008), só parece haver um aumento no risco de desenvolver consumo problemático de cannabis na vida adulta aqueles pacientes que preenchiam de alguma forma, na adolescência, critérios para dependência de álcool.

Quanto a outras drogas ilícitas, 37% (N=98) pacientes faziam uso frequente cocaína; 27,6% (N=73) fazia uso regular de crack; 12,5% (N=33) usava drogas voláteis, como “loló” e “lança perfume”; 4,1% (N=11) usavam ecstasy.

O uso regular de *Cannabis* está associado a um acréscimo do risco de uma miríade de problemas na adolescência e na vida adulta, o que inclui problemas de adaptação, consumo de outras drogas ilícitas, comportamentos ilegais e sintomas como ansiedade patológica, psicose, transtornos do humor e comportamento suicida. Sendo estes efeitos adversos mais evidentes entre

os consumidores regulares em idade escolar (FERGUSSON, 2002). Assim, a sintomatologia encontrada na amostra está explicitada na tabela 03.

3. Tabela 03. Sintomatologia

SINTOMATOLOGIA			
ALUCINAÇÕES (N=112)	VISUAL	30,6%	N=81
	AUDITIVA	25,3%	N=67
	TÁTIL	7,5%	N=20
	OLFATIVA	1,89%	N=5
DELÍRIOS (N=104)	PERSECUTÓRIO	61,5%	N=64
	GRANDEZA	19,2%	N=20
	BIZARRO	17,3%	N=18
	RELIGIOSO	13,4%	N=14
ALTERAÇÕES DE MEMÓRIA	86,3% (N=228)		
ALTERAÇÕES DO SONO	86,3% (228)		
ANSIEDADE PATOLÓGICA	85,9% (N=227)		
IRRITABILIDADE	81,4% (N=215)		
HUMOR DEPRIMIDO	81,4% (N=215)		
IDEAÇÃO SUICIDA	65,1% (N=172)		

Considerando os sintomas psicóticos de alucinações e delírios como manifestações psicopatológicas que podem se apresentar de diversas formas, 42,4% (N=112) dos pacientes apresentaram o primeiro, 39,3% (N=104) relataram o segundo. Quanto aos pacientes que já experienciaram algum tipo de alucinação, 30,6% (N=81) relataram alucinações visuais, 25,3% (N=67) relataram alucinações auditivas, 7,5% (N=20) relataram alucinações táteis e 1,89% (N=5) relataram alucinações olfativas. Dentro do grupo dos que relataram delírio, 61,5% (N=64) tiveram delírio persecutório, 19,2% (N=20) pacientes tiveram delírio de grandeza, 17,3% (N=18) tiveram delírios bizarros, 13,4% (N=14) tiveram delírio religioso.

Estudos de coorte prospectivos sugerem que o uso precoce de *cannabis* está associado a um aumento do risco de desenvolver psicoses (ARSENAULT *et al.*, 2002; FERGUSSON, 2005; MCGRATH *et al.*, 2010).

Fergusson, Horwood e Rider (2005) avaliaram a associação entre *Cannabis* e o surgimento de sintomas psicóticos por meio de um estudo longitudinal que acompanhou 1265 crianças ao

longo de 25 anos. Esse estudo revelou que os jovens que fizeram uso diário de maconha recebiam com mais frequência o diagnóstico de esquizofrenia.

Em outro estudo, Henquet *et al* (2005), acompanhando 2437 pessoas entre 14 e 24 anos por 4 anos, observaram que qualquer uso de Cannabis aumentou o risco de aumento dos sintomas psicóticos. Sendo o uso mais frequente, essa chance aumentou ainda mais.

Há também evidências de que a maconha altera o curso e o prognóstico da esquizofrenia já diagnosticada, aumentando os períodos de crise e intensificando os sintomas. Bem como há aumento da carga consumida de maconha quando o paciente está em crise, pois a droga é utilizada muitas vezes como uma forma de automedicação inadequada para tentativa de controle da sintomatologia (ZAMMIT *et al*, 2002)

Segundo Henquet (2006), o consumo de maconha está relacionado a índices elevados de transtornos de humor e ansiedade. Os mais comuns são transtorno de ansiedade, transtorno depressivo maior e transtorno bipolar tipo I.

Sabe-se que o uso frequente de *Cannabis* na juventude pode aumentar em até 5 vezes a chance de um indivíduo vir a apresentar depressão e ansiedade, assim como o consumo da droga afeta a expressão sintomatológica da mania e aumenta o risco de desenvolver transtorno bipolar (DEGENHARDT *et al*, 2003; PATTON *et al*, 2002).

Outro fator importante a ser ressaltado é que o uso dessa substância psicoativa está associado a dificuldade da recuperação dos sintomas afetivos, maior número de internações, piora da adesão ao tratamento, risco aumentado de suicídio, agressividade e pobre resposta ao lítio (HENQUET, 2006; BOVASSO, 2001).

Dos 264 pacientes da pesquisa, 85,9% (N=227) já apresentaram quadro de ansiedade excessiva relatado em prontuário, sendo que desse total 55,9%, ou seja 117 pacientes, faziam uso de mais de um cigarro de maconha por ocasião de consumo. Também foi encontrado que 65,15% (N=172) dos indivíduos da pesquisa relataram histórico de humor deprimido e, desse total, 51,5% (N=136) relataram consumo pesado de cannabis.

Considerando-se o histórico de comportamentos suicidas entre os indivíduos, 55,6% (N=147) destes relataram ideação suicida. Desse total de pacientes, 55,1% (N=81) já fizeram alguma tentativa de suicídio, 44,2% (N=65) não relataram tentativa de suicídio e apenas 0,69% (N=1) não foi relatado em prontuário.

Evidenciou-se nesta pesquisa que a irritabilidade estava presente em 81,4% (N=215) dos indivíduos, sendo que 50% desses pacientes eram usuários pesados, com uma média de 3,86 cigarros de maconha por episódio de consumo. O sintoma também foi associado ao início precoce

e uso prolongado da droga assim como associação da maconha a outras substâncias entorpecentes.

Em estudo controlado randomizado com usuários de maconha em regime de internação, Haney (1999) percebeu que os indivíduos que receberam placebo ao invés de THC apresentaram um nível de irritabilidade muito maior que os outros, correlacionando, então, o sintoma com a falta da substância.

Nessa pesquisa, 55,75% (N=147) dos indivíduos já cometeram atos criminosos. Desses pacientes 29,2% (N=43) já cometeram furto ou roubo, 31,9% (N=47) já cometeram lesão corporal e 13,6% (N=20) já cometeram homicídio. Entretanto, vale ressaltar que nossa metodologia não é capaz de estabelecer relação de causalidade.

Durante os períodos de abstinência, é comum que ocorra um aumento da irritabilidade e possivelmente associação atos ilícitos. Há, portanto, aumento dos delitos contra o patrimônio (furto, roubo e latrocínio) e contra a pessoa (Lesão corporal, homicídios) quando considerada a relação entre crimes e substâncias psicoativas de modo geral (OLIVEIRA, 2010).

Sabe-se que criminosos que usam drogas ilegais cometem roubos e assaltos mais frequentemente se comparados aos criminosos que não fazem uso. Dentre os que usam drogas ilícitas, geralmente os crimes acontecem em períodos de uso mais pesados da droga. A maconha, por seu efeito depressor, em geral é usada para diminuir a ansiedade e o medo antes do ato criminoso (ROTH, 1993).

Alguns indivíduos predispostos podem experimentar episódios psicóticos transitório desencadeado por intoxicação aguda de *Cannabis*, sobretudo quando há consumo superior à dose que o indivíduo está habituado a usar (FREITAS, 2016). A ideação paranoide transitória é a ocorrência mais comum e os quadros geralmente são mais intensos quando o usuário dispõe de acesso prolongado a maconha com um alto teor de THC (SADOCK, 2017). Estes episódios tendem a se resolver mais rapidamente que em crises esquizofrênicas, geralmente desaparecendo assim que o delta-9-THC é eliminado da corrente sanguínea (LIMA, 2016).

Constatou-se que uma grande parcela dos pacientes apresentava alteração do sono, mesmo aqueles que não faziam uso frequente da maconha. 86,3% (N=228) dos 264 indivíduos relataram problemas relacionados ao sono, desse montante 89,9% faziam uso frequente da droga

O consumo agudo de maconha pode encurtar a latência do sono. A *Cannabis* deixa mais intenso o sono de ondas lentas e funciona como inibitória do sono REM depois da administração aguda. Há relatos de que a abstinência pode causar dificuldades para dormir e sono desagradável por várias semanas, durante essa fase os estudos com polissonografia mostram diminuição do

sono de ondas lentas e aumento do sono REM (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014)

Alterações de memória, estavam presentes em 86,3% (N=228) dos indivíduos.

Há evidências de que o uso permanente e prolongado da maconha pode causar prejuízos cognitivos duradouros e em alguns casos até permanentes relacionados à organização e interação de informações complexas, envolvendo vários mecanismos de processo de capacidade de realizar atividades complexas, integração de informações, atenção e memória. A gravidade desse déficit cognitivo está diretamente ligada ao início precoce do consumo, o tempo de exposição à mesma e à quantidade utilizada, porém esses prejuízos também podem aparecer após poucos anos de consumo, principalmente nos processos de aprendizagem. (JOHNS, 2001; RIBEIRO, 2005; AGRAWAL, 2011)

O perfil dos pacientes acompanhados no CAPS revelou um padrão de consumo de associação de diversas drogas; grande quantidade de consumidores pesados; início precoce do consumo de *Cannabis* e uma grande quantidade de sintomas relatados, sendo os mais frequentes: ansiedade patológica, irritabilidade, alteração do sono, humor deprimido, sintomas psicóticos, dificuldade em formar e guardar memórias e comportamento suicida; propensão a atividade criminosa; tempo de acompanhamento muito variado.

Esses achados podem ser úteis aos gestores das unidades de atenção psicossocial e da própria política norteadora do tratamento de dependentes químicos, a fim de auxiliar às orientações e o tratamento dos indivíduos usuários de substâncias.

Considerando a literatura apresentada neste trabalho, abordando o padrão de consumo de *Cannabis*, que pode resultar em diversos problemas para o indivíduo e para a sociedade, percebe-se a importância de medidas educativas e de apoio biopsicossocial, principalmente entre os jovens, pois há evidências de que o uso de maconha pode aumentar o risco de desenvolvimento de sintomas psicóticos, depressivos, ansiosos, alterações cognitivas, incluindo perda de memória e insônia. Em virtude de os participantes desta pesquisa terem um padrão de consumo de múltiplas substâncias, há a importante limitação para a análise estrita dos efeitos diretamente relacionados ao uso de *cannabis*.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A existência de uma política de controle do uso de substâncias ilícitas, do álcool e do tabaco, visa alertar sobre malefícios do consumo dessas drogas, principalmente pelos jovens. Tendo-se em vista a ampla utilização de substâncias em nossa população, torna-se imprescindível que o



indivíduo que escolha fazer seu uso esteja ciente de todas as possíveis consequências, a curto e a longo prazo.

Os resultados apontam para a necessidade de educação da população, especialmente jovens em situação de vulnerabilidade econômica e social, contribuindo assim, para a promoção da saúde, prevenindo os danos relacionados ao consumo de substâncias, que geram um grande custo social.

Este estudo apresentou limitações, como a especificidade da amostra, uma população local em um bairro de Brasília e a falta de informações nos prontuários médicos, o que impediu avaliações mais precisas de diversos dos itens estudados. O contexto pandêmico frente à COVID-19 diminuiu o fluxo de pacientes no CAPS e as medidas de controle e distanciamento social impediram a equipe de pesquisa de permanecer mais tempo na coleta de dados, visto que deslocamentos não essenciais não foram admitidos em alguns momentos durante a fase de levantamento de dados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADAMS, Irma B.; MARTIN, Billy R. Cannabis: pharmacology and toxicology in animals and humans. **Addiction**, v. 91, n. 11, p. 1585-1614, 1996.

AGRAWAL, Arpana et al. Cannabis involvement in individuals with bipolar disorder. **Psychiatry research**, v. 185, n. 3, p. 459-461, 2011. [utras.htm](#), Acesso em ago/2019.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al. **DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Artmed Editora, 2014.

ARARIPE NETO, Ary Gadelha de Alencar; BRESSAN, Rodrigo Affonseca; BUSATTO FILHO, Geraldo. Fisiopatologia da esquizofrenia: aspectos atuais. **Rev. psiquiatr. Clín.**, São Paulo, v. 34, supl. 2, p. 198-203, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832007000800010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em junho, 2020.

ARSENEAULT, Louise et al. Cannabis use in adolescence and risk for adult psychosis: longitudinal prospective study. **Bmj**, v. 325, n. 7374, p. 1212-1213, 2002.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **Projeto Diretrizes: Abuso e dependência de maconha**. Out/2012.

ASHTON, C. Heather. Pharmacology and effects of cannabis: a brief review. **The British Journal of Psychiatry**, v. 178, n. 2, p. 101-106, 2001.



ANDRÉASSON, Sven; Engström, Ann; Allebeck, Peter; Rydberg, Ulf. Cannabis and schizophrenia a longitudinal study of Swedish conscripts. *The Lancet*, v. 330, n. 8574, p. 1483-1486, 1987.

BALSA, Casimiro. Consumo e consumidores de cannabis em Portugal. **Revista TOXICODEPENDÊNCIAS• Edição IDT• Volume**, v. 10, n. 3, p. 3-20, 2004.

BORGES, Claudia Daiana et al. Família, redes sociais e o uso de drogas: tensionamento entre o risco e a proteção. **Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 12, n. 2, p. 405-421, 2017.

BOVASSO, Gregory B. Cannabis abuse as a risk factor for depressive symptoms. **American Journal of Psychiatry**, v. 158, n. 12, p. 2033-2037, 2001.

BRENTS, Lisa K. Focus: sex and gender health: Marijuana, the Endocannabinoid System and the female reproductive system. **The Yale journal of biology and medicine**, v. 89, n. 2, p. 175, 2016.

CASTLE, David; MURRAY, Robin M.; D'SOUZA, Deepak Cyril. Marijuana and madness. 2ª ed. Cambridge University Press, 2011.

CHATKIN, José Miguel et al. Lung disease associated with marijuana use. **Archivos de Bronconeumología (English Edition)**, v. 53, n. 9, p. 510-515, 2017

DE BRITTO, Lucas Rocha et al. Associações entre o uso de cannabis e esquizofrenia: uma revisão da literatura. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, v. 15, n. 1, p. 95-102, 2016.

DE CARVALHO, Maria Teixeira Dias Viseu. Canabinóides e o seu Prejuízo Mental: Psicoses e Doenças Psiquiátricas do tipo da Esquizofrenia. 2018.

DEGENHARDT, Louisa; HALL, Wayne; LYNSKEY, Michael. Exploring the association between cannabis use and depression. **Addiction**, v. 98, n. 11, p. 1493-1504, 2003.

DALGALARRONDO, Paulo et al. Religião e uso de drogas por adolescentes. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 26, n. 2, p. 82-90, 2004.

DI FORTI, Marta et al. Daily use, especially of high-potency cannabis, drives the earlier onset of psychosis in cannabis users. **Schizophrenia bulletin**, v. 40, n. 6, p. 1509-1517, 2014.

FERGUSON, David M.; HORWOOD, L. John; SWAIN-CAMPBELL, Nicola. Cannabis use and psychosocial adjustment in adolescence and young adulthood. **Addiction**, v. 97, n. 9, p. 1123-1135, 2002.

FERGUSON, David M.; HORWOOD, L. John; RIDDER, Elizabeth M. Tests of causal linkages between cannabis use and psychotic symptoms. **Addiction**, v. 100, n. 3, p. 354-366, 2005.

FREITAS, Pedro Miguel Gonçalves de. **Consumo de cannabis e esquizofrenia: causalidade, susceptibilidade individual e impacto na doença estabelecida**. 2016. Tese de Doutorado.



GRANT, Igor et al. Non-acute (residual) neurocognitive effects of cannabis use: a meta-analytic study. **Journal of the International Neuropsychological Society: JINS**, v. 9, n. 5, p. 679, 2003.

HALL, Wayne; SOLOWIJ, Nadia. Adverse effects of cannabis. **The Lancet**, v. 352, n. 9140, p. 1611-1616, 1998.

HANEY, Margaret et al. Abstinence symptoms following smoked marijuana in humans. **Psychopharmacology**, v. 141, n. 4, p. 395-404, 1999.

HENQUET, Cécile et al. Cannabis use and expression of mania in the general population. **Journal of affective disorders**, v. 95, n. 1-3, p. 103-110, 2006.

HENQUET, Cécile et al. Prospective cohort study of cannabis use, predisposition for psychosis, and psychotic symptoms in young people. **Bmj**, v. 330, n. 7481, p. 11, 2004.

HENQUET, Cécile et al. The environment and schizophrenia: the role of cannabis use. **Schizophrenia bulletin**, v. 31, n. 3, p. 608-612, 2005.

IVERSEN, L. How cannabis works in the human brain. **Marijuana and madness. Cambridge University Press, Cambridge**, p. 1-11, 2012.

IZZO, Angelo A. et al. Non-psychotropic plant cannabinoids: new therapeutic opportunities from an ancient herb. **Trends in pharmacological sciences**, v. 30, n. 10, p. 515-527, 2009.

JOHNS, Andrew. Psychiatric effects of cannabis. **The British Journal of Psychiatry**, v. 178, n. 2, p. 116-122, 2001.

JORGE, Alan Cristian Rodrigues. Analisando o perfil dos usuários de um CAPS AD. 2010.

KOLLA, Nathan J. et al. Adult attention deficit hyperactivity disorder symptom profiles and concurrent problems with alcohol and cannabis: sex differences in a representative, population survey. **BMC psychiatry**, v. 16, n. 1, p. 1-9, 2016.

LIMA, Ana Carolina Batista. Uso de Cannabis e Vulnerabilidade Psicótica. 2016.

LU, Hui-Chen; MACKIE, Ken. An introduction to the endogenous cannabinoid system. **Biological psychiatry**, v. 79, n. 7, p. 516-525, 2016.

MALFITANO, Anna Maria et al. What we know and do not know about the cannabinoid receptor 2 (CB2). In: **Seminars in immunology**. Academic Press, 2014. p. 369-379.

MARTINS, Mayra Costa; PILLON, Sandra Cristina. A relação entre a iniciação do uso de drogas e o primeiro ato infracional entre os adolescentes em conflito com a lei. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. 1112-1120, 2008.

MCGRATH, John et al. Association between cannabis use and psychosis-related outcomes using sibling pair analysis in a cohort of young adults. **Archives of general psychiatry**, v. 67, n. 5, p. 440-447, 2010.



MEDINA, Krista Lisdahl et al. Neuropsychological functioning in adolescent marijuana users: subtle deficits detectable after a month of abstinence. **Journal of the International Neuropsychological Society: JINS**, v. 13, n. 5, p. 807, 2007.

MELMAN, Charles. **Alcoolismo, delinquência, toxicomania: uma outra forma de gozar**. São Paulo: Escuta, 2000.

MURRAY, Robin M. et al. Cannabis, the mind and society: the hash realities. **Nature Reviews Neuroscience**, v. 8, n. 11, p. 885-895, 2007.

MIZRAHI, Romina; WATTS, Jeremy J.; TSENG, Kuei Y. Mechanisms contributing to cognitive deficits in cannabis users. **Neuropharmacology**, v. 124, p. 84-88, 2017.

MYLES, Hannah; MYLES, Nicholas; LARGE, Matthew. Cannabis use in first episode psychosis: Meta-analysis of prevalence, and the time course of initiation and continued use. **Australian & New Zealand Journal of Psychiatry**, v. 50, n. 3, p. 208-219, 2016.

NAWROT, Tim S. et al. Public health importance of triggers of myocardial infarction: a comparative risk assessment. **The Lancet**, v. 377, n. 9767, p. 732-740, 2011.

NERY FILHO, Antonio et al. **Toxicomanias: incidências clínicas e socioantropológicas**. EDUFBA, 2009.

NÓBREGA, Maria do Perpétuo Socorro de Sousa et al. Policonsumo simultâneo de drogas entre estudantes de graduação da área de ciências da saúde de uma universidade: implicações de gênero, sociais e legais, Santo André-Brasil. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 21, n. SPE, p. 25-33, 2012.

OLIVEIRA, Karina Diniz et al. Perfil sócio demográfico, padrão de consumo e comportamento criminoso em usuários de substâncias psicoativas que iniciaram tratamento. 2010.

OLIVEIRA, Leandro Jorge Nunes de Carvalho. **Sistema endocanabinóide e neuroproteção no sistema nervoso central**. 2009. Tese de Doutorado.

OLIVEIRA, Vânia Carvalho et al. Perfil sociodemográfico e clínico de pessoas atendidas em um CAPS AD do Sul do Brasil. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 31, n. 1, 2017.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAUDE. Os efeitos na saúde e sociais do uso não medicinal de cânabis. Washington, D.C.: Organização PanAmericana da Saúde; 2018.

PERKONIGG, Axel et al. The natural course of cannabis use, abuse and dependence during the first decades of life. **Addiction**, v. 103, n. 3, p. 439-449, 2008.

PASSAROTTI, A. M. et al. Longitudinal trajectories of marijuana use from adolescence to young adulthood. **Addictive behaviors**, v. 45, p. 301-308, 2015.

PATTON, George C. et al. Cannabis use and mental health in young people: cohort study. **Bmj**, v. 325, n. 7374, p. 1195-1198, 2002.



PIEDRA, Citlalli Netzahualcoyotzi et al. La marihuana y el sistema endocanabinoide: De sus efectos recreativos a la terapéutica. **Revista Biomédica**, v. 20, n. 2, p. 128-153, 2009.

PILLON, Sandra Cristina; O'BRIEN, Beverley; CHAVEZ, Ketty Aracely Piedra. A relação entre o uso de drogas e comportamentos de risco entre universitários brasileiros. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 2, 2005.

RADWAN, Mohamed M. et al. Isolation and pharmacological evaluation of minor cannabinoids from high-potency Cannabis sativa. **Journal of natural products**, v. 78, n. 6, p. 1271-1276, 2015.

RAYMUNDO, Priscila Gomes; DE SOUZA, Paula Regina Knox. CANNABIS SATIVA L.: OS PRÓS E CONTRAS DO USO TERAPÊUTICO DE UMA DROGA DE ABUSO CANNABIS SATIVA L.: PROS AND CONS OF THERAPEUTIC USE OF DRUG ABUSE. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 5, n. 13, 2007.

REALINI, N.; RUBINO, T.; PAROLARO, D. Neurobiological alterations at adult age triggered by adolescent exposure to cannabinoids. **Pharmacological research**, v. 60, n. 2, p. 132-138, 2009.

ROE, Brenda et al. Experiences of drug use and ageing: health, quality of life, relationship and service implications. **Journal of Advanced Nursing**, v. 66, n. 9, p. 1968-1979, 2010.

ROTH, J. A. Understanding and Preventing Violence. Washington (DC): Natl. 1993.

RIBEIRO, Marcelo et al . Abuso e dependência da maconha. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo , v. 51, n. 5, p. 247-249, Oct. 2005 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302005000500008&lng=en&nrm=iso>. access on 13 May 2021. <https://doi.org/10.1590/S0104-42302005000500008>.

SADOCK, Benjamin J.; SADOCK, Virginia A.; RUIZ, Pedro. **Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. 11^a ed. Porto Alegre: Artmed, 2017

SAITO, Viviane M.; WOTJAK, Carsten T.; MOREIRA, Fabrício A. Exploração farmacológica do sistema endocanabinoide: novas perspectivas para o tratamento de transtornos de ansiedade e depressão?. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 32, p. 57-514, 2010.

SILVA, Regina Cláudia Barbosa da. Esquizofrenia: uma revisão. **Psicol. USP**, São Paulo , v. 17, n. 4, p. 263-285, 2006.

Silveira Filho, D.X. **Dependência: compreensão e assistência às toxicomanias: uma experiência do PROAD**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996. Pág 7.

SOLOWIJ, Nadia; PESA, Nicole. Anormalidades cognitivas no uso da cannabis. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 32, p. 531-540, 2010.

SOUSA, Márcio Gonçalves. Tabagismo e Hipertensão arterial: como o tabaco eleva a pressão. **Rev Bras Hipertens** vol, v. 22, n. 3, p. 78-83, 2015.



STEFANIS, Nikos C. et al. The effect of drug use on the age at onset of psychotic disorders in an Australian cohort. **Schizophrenia Research**, v. 156, n. 2-3, p. 211-216, 2014.

SWIFT, Wendy et al. Adolescent cannabis users at 24 years: trajectories to regular weekly use and dependence in young adulthood. **Addiction**, v. 103, n. 8, p. 1361-1370, 2008.

VAN AMSTERDAM, Jan et al. Ranking the harm of alcohol, tobacco and illicit drugs for the individual and the population. **European addiction research**, v. 16, n. 4, p. 202-207, 2010.

VAN OS, J. et al. Cannabis use and psychosis: a longitudinal population-based study. **American journal of epidemiology**, v. 156, n. 4, p. 319-327, 2002.

Velho, G. **Mudança, crise e violência**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

WEBB, Elspeth et al. Alcohol and drug use in UK university students. **The lancet**, v. 348, n. 9032, p. 922-925, 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health and Social Effects of Nonmedical Cannabis Use (The)**. World Health Organization, 2016.

ZAMMIT, S. et al. Self reported cannabis use as a risk factor for schizophrenia in Swedish conscripts of 1969: historical cohort study. **BMJ**, London, v. 325, n. 7374, 2002.

ANEXOS A – Questionário direcionador da coleta

1ª parte: Perfil do paciente.

- 1) Iniciais do nome: _____.
- 2) Nº SES: _____.
- 3) Data de admissão no CAPS: __/__/__ .
- 4) Idade: _____ anos.
- 5) Sexo: Masculino () Feminino ().
- 6) Escolaridade:
() Ensino Fundamental Incompleto.



- Ensino Fundamental.
 Ensino Médio Incompleto.
 Ensino Médio.
 Ensino Superior Incompleto.
 Ensino Superior.
- 7) Religião: Sim () Não (); Se sim, qual: _____; Praticante: Sim () Não ().
- 8) Estado Civil:
- Amasiado(a)
 Casado(a)
 Divorciado(a)
 Solteiro(a)
 Viúvo(a)
- 9) Comorbidades não psiquiátricas: Sim () Não (); Se sim, qual: _____.
- 10) Histórico familiar de consumo de drogas:
- Nenhum familiar.
 Parente próximo etilista.
 Parente próximo usuário de *Cannabis*.
 Parente próximo usuário de outras drogas.

2ª Parte: Padrão de consumo.

- 1) Uso de *Cannabis*:
- a. Idade de início: _____ anos.
- b. Frequência:
- Diário.
 3 vezes na semana.
 Semanal.
 Quinzenal.
 Mensal.
 Esporádico.
 Abstinente.
 Apenas experimentou.
- c. Quantidade consumida: _____ cigarros.
- d. Uso problema: _____ anos.
- e. Último uso: _____ semanas.
- 2) Uso de álcool:
- a. Faz uso: Sim () Não ()
- b. Idade de início: _____.
- c. Faz uso de: Destilado () Fermentado ().
- d. Quantidade consumida: _____ L.
- 3) Uso de tabaco:
- a. Faz uso: Sim () Não ().
- b. Idade de início: _____ anos.
- c. Faz uso associado à *Cannabis*: Sim () Não ().
- d. Quantidade consumida: _____ cigarros.
- 4) Uso de outras substâncias:
- a. Faz uso de outras substâncias: Sim () Não (); Se sim, qual(is): _____.

- b. Idade de início: _____ anos.
- c. Frequência:
 - () Diário.
 - () 3 vezes na semana.
 - () Semanal.
 - () Quinzenal.
 - () Mensal.
 - () Esporádico.
 - () Abstinente.
 - () Apenas experimentou.
- d. Quantidade consumida: _____.

3ª Parte: Sintomatologia.

- 1) Alucinações:
 - () Não.
 - () Visual.
 - () Auditiva.
 - () Tátil.
 - () Olfativa.
 - () Gustativa.
- 2) Delírios:
 - () Não.
 - () Persecutório.
 - () Grandeza.
 - () Religioso.
 - () Bizarro.
 - () Outros; Qual(is): _____.
- 3) Alterações de memória: Sim () Não ().
- 4) Alterações do sono: Sim () Não ().
- 5) Ansiedade patológica: Sim () Não ().
- 6) Irritabilidade: Sim () Não ().
- 7) Humor deprimido: Sim () Não ().
- 8) Ideação suicida: Sim () Não ().
- 9) Tentativa de suicídio: Sim () Não ().
- 10) Crimes:
 - () Furto.
 - () Roubo.
 - () Lesão corporal.
 - () Homicídio/ Tentativa de homicídio.



ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCINADO DO CEP





CENTRO UNIVERSITÁRIO
DE BRASÍLIA-UNICEUB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Relação entre o Padrão de Consumo de Cannabis e a Sintomatologia Psiquiátrica em um Centro de Atenção Psicossocial para tratamento de álcool e outras drogas (CAPSad) no distrito federal

Pesquisador: Gustavo Carvalho de Oliveira **Área Temática:**

Versão: 1

CAAE: 37035320.5.0000.5056

Instituição Proponente: DISTRITO FEDERAL SECRETARIA DE SAUDE **Patrocinador**

Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.274.365

Apresentação do Projeto:

Cannabis é a designação comum às plantas do gênero Cannabis da família das Cannabaceae, conhecida popularmente como maconha, utilizada para fins medicinais e não medicinais (OPAS, 2018). Segundo relatório publicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2016, a respeito do uso não medicinal da Cannabis, essa é a droga ilícita mais consumida no mundo. De acordo com o mesmo documento, aproximadamente 181,8 milhões de pessoas no mundo são usuárias, em idade entre 15 e 64 anos, para fins não terapêuticos. Tal fato está associado a uma demanda crescente por tratamento de distúrbios e outras condições de saúde relacionadas ao seu uso, como alterações mentais e de comportamento, dentre esses, a esquizofrenia.

A planta contém pelo menos 750 substâncias químicas e cerca de 104 canabinóides distintos, com grande destaque para o delta-9-tetraidrocarbinol (THC), com seu poder psicoativo primário (RADWAN et al., 2015; IZZO et al., 2009; DE CARVALHO, 2018). O delta-9-THC atua em receptores específicos no cérebro, os quais também respondem aos canabinóides endógenos, como a anandamida

Endereço: Avenida das Nações, trecho O, Conjunto 5

Bairro: Setor de Embaixadas

CEP: 70.200-001

UF: DF

Município: REGIAO ADMINISTRATIVA DO LAGO SUII



(IVERSEN, 2012). Tais endocanabinóides atuam na regulação de ações neurotransmissoras que possuem papel na cognição, na emoção e na memória em seres humanos e em outros animais (CASTLE, 2011). Esses receptores de endocanabinóides conjuntamente a enzimas responsáveis por sua síntese e degradação formam o sistema canabinóide endógeno (LU, 2016).

Sabe-se que o delta-9-tetraidrocarbinol é responsável pela ativação do sistema canabinóide endógeno por ser agonista parcial dos receptores canabinóides 1 (CB1) e canabinóides 2 (CB2), presentes na via de recompensa de dopamina no cérebro, ação que provavelmente explica a euforia e o efeito psicotomimético que podem ser experimentados após o uso da droga (OPAS, 2018; MIZRAHI, 2017; MALFITANO, 2014). Dessa forma, o uso regular de cannabis com maior concentração de THC pode aumentar o risco de esquizofrenia e reduzir a idade de surgimento da doença (DI FORTI et al., 2014).

A esquizofrenia é um transtorno psiquiátrico que pode expressar uma variedade abundante de características clínicas, as quais são agrupadas em sintomas positivos, negativos e cognitivos (VAN OS, 2009). Há a ideia de que os sintomas poderiam ser decorrentes de disfunções dopaminérgicas, pois a potência e eficácia de muitos antipsicóticos estão relacionadas a capacidade de antagonizar os receptores de dopamina (SADOK, 2017).

Apesar disso, essa hipótese não explica adequadamente a complexidade dos sintomas e a heterogeneidade clínica, trazendo outras teorias ao foco, como o envolvimento também dos neurotransmissores serotonina, glutamato, aminoácido neurotransmissor inibitório ácido gama-aminobutírico (GABA) e norepinefrina (MELTZER et al, 2011; KANTROWITZ, 2012; SADOK, 2017).

Nesse escopo, há evidências de que o sistema endocanabinóide pode estar envolvido também na esquizofrenia (FERRETJANS, 2012). Linszen, 1994, afirmou que há um menor tempo de recaída sintomática, em especial para as recaídas com sintomas psicóticos, entre pacientes esquizofrênicos que fazem uso contínuo da maconha em relação aos que não fazem, principalmente entre os pacientes que fazem uso de grande quantidade da droga. Além disso, a boa adesão à terapêutica é vista como fator protetor, uma vez que proporciona um menor risco de recaída de

Endereço: Avenida das Nações, trecho O, Conjunto 5

Bairro: Setor de Embaixadas

CEP: 70.200-001

UF: DF

Município: REGIAO ADMINISTRATIVA DO LAGO SUL

Telefone: (61)3445-5836

Fax: (61)3445-5750

E-mail: cep@unieuro.com.br



consumo de cannabis (FREITAS, 2016).

ANDREÉASSO et al, 1987, constataram, em estudo com 59.465 pessoas, que indivíduos os quais fizeram uso de cannabis antes dos 18 anos de idade, em comparação com aqueles que não fizeram uso da droga, apresentam 2,4 vezes mais chance de receberem o diagnóstico de esquizofrenia até os 33 anos de idade.

O envolvimento entre o uso não medicinal da cannabis e os transtornos psicóticos é abrangente e complexo, havendo uma maior predisposição à esquizofrenia em indivíduos que fazem uso regular da droga (ANDRÉASSON et al., 1987; VAN OS et al., 2002; HENQUET et al., 2004; STEFANIS et al., 2014). Sabe-se também que o uso regular de cannabis é comum entre pessoas com esquizofrenia (MYLES et al., 2016).

Essa relação, segundo Henquet et al., 2005, pode advir da busca por “automedicação” por parte dos indivíduos vulneráveis à psicose. Tal hipótese considera que o uso da maconha por parte desses indivíduos visa aliviar os sintomas ansiosos e depressivos ou, ainda, os efeitos adversos dos antipsicóticos (ARIAPE NETO et al., 2007)

Nos últimos anos, houve grandes mudanças nas políticas que circundam essa matéria, sendo muito relevante explorar as consequências associadas ao consumo da cannabis (DE CARVALHO, 2018).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

este trabalho tem o objetivo de avaliar o padrão de consumo de cannabis e a sintomatologia psiquiátrica em um Centro de Atenção Psicossocial para tratamento de álcool e outras drogas (CAPSad) no Distrito Federal.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Por tratar-se de um estudo não intervencionista (sem intervenções clínicas), não promoverá alterações/influências na rotina/tratamento dos participantes da pesquisa. Os riscos a que estão sujeitos os participantes da pesquisa serão mínimos já que se trata de pesquisa em prontuários.

Para tanto o pesquisador compromete-se a manter total sigilo de dados que porventura possam identificar os participantes, tanto no curso da coleta



de dados e demais etapas da pesquisa, quanto na divulgação dos resultados. Para o registro das variáveis coletadas no prontuário dos pacientes da pesquisa será criado uma planilha do Excel, que será armazenado em pen drive, que ficará de posse exclusivamente dos pesquisadores do estudo, onde serão omitidos os nomes dos pacientes, com criação de códigos de identificação para os mesmos, a fim de preservar a confidencialidade dos dados. Em adição, os resultados decorrentes do estudo serão apresentados de forma agregada, não permitindo a identificação individual dos participantes. Esta pesquisa oferece o menor risco possível ao bem-estar físico-psíquico-social do paciente, já que apenas informações não íntimas serão utilizadas e em conjunto, sem qualquer exposição ou possibilidade de identificação dos participantes.

Benefícios:

Os resultados desta pesquisa podem colaborar apontando fragilidades e fortalezas nas campanhas de conscientização sobre as consequências que o uso de cannabis pode trazer ao paciente psiquiátrico, com vistas a melhores prognósticos clínicos a curto e longo prazo, com consequente redução da morbidade, tempo intercrises e de internação de forma a reduzir o sofrimento humano.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa proposta a este comitê de ética apresenta riscos minimizados, pelo fato que a mesma será conduzida em prontuários médicos - sem contato com os pacientes, com o compromisso de total discrição.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória estão presentes. Não há TCLE, porém o pesquisador anexou uma justificativa para a ausência do mesmo; tal razão assenta-se na pesquisa a ser conduzida exclusivamente pela leitura dos prontuários.

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências, nem inadequações.

Endereço: Avenida das Nações, trecho O, Conjunto 5
Bairro: Setor de Embaixadas **CEP:** 70.200-001
UF: DF **Município:** REGIAO ADMINISTRATIVA DO LAGO SUL
Telefone: (61)3445-5836 **Fax:** (61)3445-5750 **E-mail:** cep@unieuro.com.br



Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado sem pendências.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1600465.pdf	09/08/2020 11:14:12		Aceite
Outros	lattesgustavo.pdf	09/08/2020 11:13:50	Gustavo Carvalho de Oliveira	Aceite
Outros	lattesCaio.pdf	09/08/2020 11:13:26	Gustavo Carvalho de Oliveira	Aceite
Outros	encaminhamentocarta.pdf	09/08/2020 11:12:55	Gustavo Carvalho de Oliveira	Aceite
Outros	compromisso.pdf	09/08/2020 11:12:01	Gustavo Carvalho de Oliveira	Aceite
Outros	anuencia.pdf	09/08/2020 11:10:02	Gustavo Carvalho de Oliveira	Aceite
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	dispensatcle.pdf	09/08/2020 11:03:06	Gustavo Carvalho de Oliveira	Aceite
Orçamento	orcamento.pdf	09/08/2020 11:02:06	Gustavo Carvalho de Oliveira	Aceite
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	09/08/2020 11:01:52	Gustavo Carvalho de Oliveira	Aceite
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TCCcaioCEP.pdf	09/08/2020 11:01:21	Gustavo Carvalho de Oliveira	Aceite
Folha de Rosto	rostoassinado.pdf	09/08/2020 10:59:28	Gustavo Carvalho de Oliveira	Aceite

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Avenida das Nações, trecho O, Conjunto 5

Bairro: Setor de Embaixadas

CEP: 70.200-001

UF: DF

Município: REGIAO ADMINISTRATIVA DO LAGO SUL

Telefone: (61)3445-5836

Fax: (61)3445-5750

E-mail: cep@unieuro.com.br



CENTRO UNIVERSITÁRIO
DE BRASÍLIA-UNICEUB



Página 05 de

REGIAO ADMINISTRATIVA DO LAGO SUL, 14 de Setembro de 2020

Assinado por:
Flavia Perassa de Faria
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida das Nações, trecho O, Conjunto 5

Bairro: Setor de Embaixadas

CEP: 70.200-001

UF: DF

Município: REGIAO ADMINISTRATIVA DO LAGO SUL

Telefone: (61)3445-5836

Fax: (61)3445-5750

E-mail: cep@unieuro.com.br

