

LOGOS UNIVERSITY INTERNATIONAL

CAMINHOS DA MENTE

INVESTIGANDO A ACURÁCIA DO RASTREIO
PSICOPATOLÓGICO DA PSICOSE EM ADOLESCENTES
USUÁRIOS DE CANNABIS NO SUDESTE DO BRASIL



FRANCIS MOREIRA DA SILVEIRA



EDITORA ENTERPRISING

Direção Nadiane Coutinho

Gestão de Editoração Antonio Rangel Neto

Gestão de Sistemas João Rangel Costa

Conselho Editorial **Helvo Slomp Junior**, Dr. - UFRJ

Marco Aurelio de Moura Freire, Dr. - UERN

Danielle Monteiro Vilela, Dra. - Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência do HCFMRP

Lucídio Clebeson de Oliveira, Dr. - UERN

Sandra Montenegro, Dra. - UFPE

Maria Irany Knackfuss, Dra. - UERN

Catchia Hermes Uliana, Dra. - UFMS

Ana Maria de Barros, Dra. - UFPE

Copyright © 2024 da edição brasileira.

by Editora Enterprising.

Copyright © 2024 do texto.

by Autores.

Todos os direitos reservados.



Todo o conteúdo apresentado neste livro, inclusive correção ortográfica e gramatical, é de responsabilidade do(s) autor(es). Obra sob o selo Creative Commons-Atribuição 4.0 Internacional. Esta licença permite que outros remixem, adaptem e criem a partir do trabalho, para fins não comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito e que licenciem as novas criações sob termos idênticos.

Diagramação	João Rangel Costa
Design da capa	Nadiane Coutinho
Revisão de texto	Os autores



EDITORA ENTERPRISING

www.editoraenterprising.net

E-mail: contacto@editoraenterprising.net

Tel. : +55 61 98229-0750

CNPJ: 40.035.746/0001-55

FRANCIS MOREIRA DA SILVEIRA

**ACURÁCIA DO RASTREIO
PSICOPATOLÓGICO DA PSICOSE EM
ADOLESCENTES USUÁRIOS DE
SUBSTÂNCIA PSICOATIVA CANNABIS
EM UM CENTRO PSICOSSOCIAL
(CAPS) DO SUDESTE DO BRASIL**



Brasília - DF

S587

SILVEIRA, Francis Moreira da. ACURÁCIA DO RASTREIO PSICOPATOLÓGICO DA PSICOSE EM ADOLESCENTES USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIA PSICOATIVA CANNABIS EM UM CENTRO PSICOSSOCIAL (CAPS) DO SUDESTE DO BRASIL/ - Brasília: Editora Enterprising, 2024.

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Neurociências da Logos University International como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Neurociências.

Orientador Prof. Dra. Cláudia Coelho Hardagh

Livro em PDF

p. 176, il.

ISBN: 978-65-84546-59-2

DOI: 10.29327/5363375

1. Rastreo 2. Psicose em adolescentes 3. Uso de cannabis.
I. Título.

CDD: 610

Acreditamos que o conhecimento é a grande estratégia de inclusão e integração, e a escrita é a grande ferramenta do conhecimento, pois ela não apenas permanece, ela floresce e frutifica.

Equipe Editora Enterprising.

Prefácio

É com grande satisfação que introduzo este livro, "Acurácia do Rastreamento Psicopatológico da Psicose em Adolescentes Usuários de Substância Psicoativa Cannabis em um Centro Psicossocial (CAPS) do Sudeste do Brasil". Este trabalho representa uma contribuição significativa para a compreensão das interseções complexas entre o uso de substâncias, especialmente a cannabis, e os transtornos psicopatológicos em adolescentes, abordando questões de extrema relevância no campo da saúde mental.

O autor, Dr. Francis Moreira da Silveira, mergulha nas intrincadas camadas que envolvem o rastreamento psicopatológico da psicose em um contexto específico, o Centro Psicossocial (CAPS) do Sudeste do Brasil. A obra não apenas se destaca pela meticulosidade metodológica, mas também pela sensibilidade ao abordar um fenômeno que afeta diretamente a vida de muitos jovens.

O livro explora o uso da cannabis, uma substância psicoativa que suscita debates e reflexões em todo o mundo, especialmente no contexto da adolescência. Ao centrar-se no rastreamento de psicopatologias, oferece uma visão crítica sobre a relação entre o consumo de cannabis e os possíveis impactos na saúde mental, especificamente em termos de psicose.

A pesquisa realizada neste trabalho não apenas desvenda as complexidades dessa relação, mas também lança luz sobre a importância do papel desempenhado pelos Centros Psicossociais (CAPS) na identificação e intervenção precoce. As descobertas apresentadas oferecem perspectivas valiosas para profissionais da saúde, pesquisadores e formuladores de políticas, destacando a necessidade de abordagens integradas e compreensivas para lidar com a interseção desafiadora entre o uso de substâncias e as questões psicopatológicas.

É minha convicção que este livro será uma fonte de inspiração e conhecimento para aqueles envolvidos no campo da saúde mental, contribuindo para uma compreensão mais profunda dos fatores que influenciam a saúde psicológica dos adolescentes em um cenário de consumo de cannabis. Parabens os autores por sua dedicação e excelência nesta pesquisa e agradeço por sua valiosa contribuição ao avanço do conhecimento científico nesta área tão crucial.

Prof. Dr. Gabriel Lopes, Ph.D

Doutor em Psicologia – Pesquisador Internacional

Membro da APA – Associação Americana de Psicologia

Presidente do Conselho da Logos University International, UniLogos

RESUMO

A presente dissertação apresenta os resultados de uma pesquisa que se vincula à área de saúde mental e que tem como objeto de estudo o CAPS do sudeste do Brasil e os adolescentes usuários da substância psicoativa cannabis. O objetivo geral foi analisar a acurácia do rastreamento psicopatológico da psicose em adolescentes usuários de substância cannabis no CAPS do sudeste do Brasil. A pesquisa traz o diálogo com teóricos e a percepção da práxis do psiquiatra clínico, no papel de pesquisador, que atuou nos serviços de saúde mental no CAPS/AD na cidade de Governador Valadares MG durante o período de janeiro 2012 a março/ 2018. E dentro do escopo da pesquisa qualitativa trazemos os técnicos especialistas dentro do CAPS para uma análise sobre a acurácia do rastreamento realizado em adolescentes usuários de substância psicoativa cannabis. O agrupamento do conteúdo do referencial teórico pormenorizado se deu em todo o curso da pesquisa, a análise da revisão da literatura científica permitiu uma investigação e um aprofundamento sobre a detecção precoce de psicose subclínica em adolescentes usuários de substância psicoativa cannabis, o delineamento da pesquisa considerou a substância cannabis e tendo como sujeitos de pesquisa os adolescentes no surgimento do quadro psicótico com relação ao uso dessa substância mais propriamente. As respostas indicam o desconhecimento por parte da equipe sobre o sujeito da pesquisa, adolescentes em atendimento no CAPS, principalmente no que tange a psicose em adolescentes usuários de cannabis. Desta forma, a resposta ao problema levantado nos deixa com uma lacuna no processo de atendimento e nos instiga a dar continuidade ao estudo para que possamos aplicar instrumentos de rastreamento de psicose e permita sair do senso comum dos critérios para diagnóstico e tratamento e nos faça avançar científicos e sistematizados dentro dos CAPS.

Palavras-chave: Rastreamento. Psicose em adolescentes. Uso de cannabis.

ABSTRACT

The work presented is linked to the area of study on mental health and its object of study is the CAPS in SUDESTE of the Brazil and adolescent users of the psychoactive substance cannabis. Its general objective is: To trace the accuracy of psychopathological screening of psychosis in adolescent cannabis users at CAPS in SUDESTE of Brazil . The research brings the dialogue with theorists and the perception of the praxis of the clinical psychiatrist, in the role of researcher, who worked in the mental health services at CAPS/AD in the city of Governador Valadares MG during the period from January 2012 to March/ 2018. AND within the scope of qualitative research, we bring the specialist technicians within the CAPSi to an analysis of the accuracy of the screening carried out in adolescents who use cannabis psychoactive substance. literary review allowed an investigation and deepening of the early detection of subclinical psychosis in adolescent users of psychoactive substance cannabis, the research design considered the substance cannabis and having as research subjects the adolescents in the emergence of the psychotic condition in relation to the use of this substance more properly. The answers indicate the lack of knowledge on the part of the team about the subject of the research, adolescents in attendance at CAPSi, especially with regard to psychosis in adolescent cannabis users. In this way, the answer to the problem raised leaves us with a gap in the care process and encourages us to continue the study so that we can apply psychosis screening instruments and allow us to leave the common sense of the criteria for diagnosis and treatment and make us move forward. scientific and systematized within the CAPS.

Keywords: *Screening, Psychosis in adolescents, cannabis use.*

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	6
1.1 JUSTIFICATIVA	11
1.2. OBJETIVOS	14
1.2.1 Objetivo Geral	14
1.2.2 Objetivos Específicos	14
1.3 PROBLEMA DE PESQUISA	15
CAPÍTULO I - CONTEXTUALIZAÇÃO	16
CAPÍTULO II - ADOLESCÊNCIA	18
2.1 ADOLESCÊNCIA: ETIMOLOGIA E MARCO LEGAL	18
2.2. A ADOLESCÊNCIA E A FORMAÇÃO DA PERSONALIDADE	19
2.3 A IDENTIDADE DO ADOLESCENTE	25
2.4 ADOLESCÊNCIA E A FORMAÇÃO DA PERSONALIDADE: O DESENVOLVIMENTO E AMADURECIMENTO DO SISTEMA NERVOSO	27
CAPÍTULO III- CONDIÇÕES CLÍNICAS	33
3.1 O DESENVOLVIMENTO DE CONDIÇÕES CLÍNICAS NO SURGIMENTO DA PSICOSE: ASPECTOS FAVORÁVEIS E RETARDADORES	33
3.2. ASPECTOS FAVORÁVEIS	38
3.3. RETARDADORES	38
CAPÍTULO IV - DETECÇÃO PSICOSE	42
4.1. FORMAS DE DETECTAR A PSICOSE SUBCLÍNICA EM USUÁRIOS DE MACONHA: ANÁLISE DE INSTRUMENTOS	42
4.2. DEFESAS E FUGA DA REALIDADE X DIAGNÓSTICO DE PSICOSE	45
4.3 SINTOMAS E O DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE PSICOSE	46
CAPÍTULO V- NEUROTOXICIDADE	49
5.1 O USO DE DROGAS AFETANDO O FUNCIONAMENTO DO ORGANISMO: MACONHA E OUTRAS DROGAS	49
5.2 TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS	58
5.3 – PSICOSE SUBCLÍNICA MANIFESTA PELO USO DE CANNABIS	59
CAPÍTULO VI- LEVANTAMENTO DE DADOS E DIAGNÓSTICOS DE PSICOSE SUBCLÍNICA NO USO DE CANNABIS.	66
	66
6.1. INDICATIVO DE ENCAMINHAMENTOS, TRATAMENTO E FECHAMENTO DE CASOS DE PSICOSE SUBCLÍNICA	68
CAPÍTULO VII -METODOLOGIA DA PESQUISA	69

CAPÍTULO VIII	75
8.1 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	75
8.2 Primeiro Procedimento de Análise	88
8.3 Segundo Procedimento de Análise	89
CONSIDERAÇÕES FINAIS	94
REFERÊNCIAS	96
APÊNDICES	102
ANEXO 1	103
ANEXO 2	105
ANEXO 3	106

INTRODUÇÃO

O trabalho apresentado está vinculado a área de estudo sobre saúde mental e tem como objeto de estudo o CAPS do Sudeste do Brasil e os adolescentes usuários da substância psicoativa cannabis. A temática abordada, além de sua importância na área da pesquisa em saúde, está diretamente vinculada à vida profissional do pesquisador em tela que atua como médico psiquiatra em consultório e que teve sua trajetória vinculada ao *loco* desta pesquisa, Centro de Atenção Psicossocial (Caps) do sudeste brasileiro.

De acordo com a Organização mundial de saúde (OMS, 2022), as condições de saúde mental são responsáveis por 16% da carga global de doenças e lesões em pessoas com idade entre 10 e 19 anos. Estudar sobre o desenvolvimento mental e emocional de uma pessoa requer episódios de uma rotina regular e com cuidado com a estabilidade pessoal do indivíduo, desta forma a dissertação apresentada é fruto da práxis do autor e da necessidade de apontar questões fundamentais que podem contribuir para a melhoria do atendimento de jovens comprometidos mentalmente e emocionalmente devido ao uso da substância psicoativa cannabis.

Na fase do neurodesenvolvimento juvenil, um dos mais importantes desafios, senão o maior deles, diz respeito ao entendimento do sofrimento psíquico grave, comumente denominado de psicose. Relacionado às psicoses, na adolescência a grande dificuldade é que neste período restam dúvidas se estão ocorrendo sintomas iniciais de uma patologia psicótica ou se são os sinais da puberdade, fase esta que ocorrem inúmeras transformações na vida do indivíduo. Devido a esta circunstância, está a dificuldade de se ter um diagnóstico preciso nesta fase.

Na contramão do diagnóstico precoce de psicose dos adolescentes usuários de cannabis, surgem momentos e episódios considerados indefesos e dentro da “normalidade” envolvendo o consumo de substâncias que alteram o funcionamento do sistema nervoso central. As substâncias psicoativas atuam como gatilho na deturpação da realidade, estas podem atuar como um desencadeador ou agravante de sintomas ou transtornos psiquiátricos pré-existentes.

Para a OMS, o abuso de substâncias psicoativas como a cannabis tem se tornado nos últimos tempos um problema de saúde pública, embora seja romantizado por parte da sociedade.

Os níveis de alteração no sistema nervoso com o uso de substâncias psicoativas vão se adaptando às condições e quantidades de uso, alterando toda a dinâmica de funcionamento da engrenagem neural. De acordo com essa adaptação aguda, pode também levar muitos danos ao

funcionamento normal do sistema neurológico ocasionando o surgimento de efeitos nocivos, colaterais e prejudiciais à manutenção de uma vida normal.

O efeito é tão mais agudo e perigoso quanto mais estão relacionados a sua quantidade e os efeitos alucinógenos. As ocorrências de comportamentos que possivelmente levam a psicose, são tão frequentes quando as pessoas têm uma predisposição ao desenvolvimento de transtornos mentais, ou já apresentam indícios de sua existência ou até mesmo fatores genéticos somados com modificação da epigenética. Fenótipos eletrofisiológicos, psicológicos, neuroquímicos e de neuroimagem, mas também parâmetros bioquímicos, endocrinológicos, neuroanatômicos, cognitivos e neuropsicológicos hereditários, mensuráveis, chamados de endofenótipos, podem prever diátese para doença psiquiátrica (SANTOS, *et al.*, 2014).

A ativação do circuito de prazer pela Cannabis constitui uma descaracterização das funções normais de recompensa cerebral, visto que são mais potentes. Assim, esta substância ativa o circuito do prazer através dos neurônios dopaminérgicos de segunda ordem do eixo ATV-NAc, mediante a atuação direta nos terminais dopaminérgicos ou indiretamente sob os *inputs* modulatórios. (MECHOULAM; PARKER, 2013).

Por outro lado, estudos científicos apontam que o uso regular da Cannabis em pacientes com idade inferior aos 20 anos, pode resultar em déficits cognitivos, desordens psiquiátricas e aumento significativo da probabilidade de dependência da substância, visto que o sistema neurológico ainda se encontra em formação, tendo o núcleo *accumbens* e área tegumentar ventral (centro de prazer) altamente desenvolvido e a região do córtex pré-frontal, responsável pelo juízo crítico ainda em desenvolvimento (RIBEIRO, 2014).

Embora os efeitos neurocognitivos, sabe-se que em pacientes com patologias psicóticas, os canabinoides podem aumentar os sintomas, resultando em consequências negativas ao longo do desenvolvimento da doença. Quanto mais precoce a idade de contato com a substância, maior é a probabilidade de desenvolver dependência e doenças de cunho reprodutivo, neurológico, imunológico, entre outros, podendo inclusive ocasionar prejuízos funcionais limitantes, da perspectiva produtiva, social e familiar (AIZPURUA-OLAIZOLA *et al.*, 2014; RADHAKRISHNAN *et al.*, 2014).

São vários os transtornos relacionados à vida das pessoas com mais incidência em pesquisas específicas no mapeamento deste cenário. A OMS – Organização Mundial de Saúde, destaca dentre eles a Depressão, o Transtorno afetivo bipolar, Esquizofrenia e outras psicose, Demência e Distúrbios

do Desenvolvimento. Como a realidade de falar sobre transtorno mental não é acessível, muitos outros são desconhecidos e acabam não fazendo parte das estatísticas.

A partir destas questões apontamos neste estudo o quanto é necessário contribuir para que possamos analisar na área científica da saúde, de forma que a banalização no contexto social e cultural atual numa nova realidade analisada, visando compreender os rumos da sociedade frente precarização da saúde mental, uma das mazelas mais incapacitantes e impeditivas da vida humana. A psicose é uma alteração do funcionamento psíquico que invariavelmente prejudica o desenvolvimento de uma vida normal, a partir de determinados parâmetros. Para Lins, 2007, define-se psicose dessa forma:

Portanto, a psicose tem como núcleo estruturante central a prevalência do princípio do prazer sobre o princípio da realidade. Dessa forma, as funções do ego são prejudicadas, caracterizando o contato do indivíduo psicótico com seu mundo externo como um ambiente restrito ao seu universo intersíquico, ou seja, um mundo só seu (LINS, 2007, p.42).

Mostraremos, ao longo do estudo, o quanto é imperativo identificar e caracterizar sintomas Psicóticos, compreender como eles surgem e se mantêm inviabilizando a vida do sujeito. As novas gerações encontram-se mais vulneráveis a uma realidade mais permissiva estando, em seus momentos de maior vulnerabilidade e crescimento, expostos a situações desafiadoras de uma forma inconsequente. Essa realidade nos atravessa com uma urgência para mapear como os adolescentes enfrentam essas questões com o uso de substâncias e como sua exposição a intervenções químicas em momentos diversos, com uma certa regularidade, tende a afetar e a prejudicar o seu funcionamento psíquico.

Muitos autores investigam essas questões na atualidade e poderemos contar com a experiência de autores como Laranjeira (2019), que acompanha uma realidade científica de efeitos a partir do uso de substâncias, Dalgalarondo (2014, 2019), que nos permite conhecer o funcionamento das estruturas cerebrais e Cheniaux (2015) nos levando a compreender o mundo das psicopatologias e as suas intercorrências e comorbidades, nos preparando para discussões. Outros autores ainda contribuem com óticas específicas e focadas em aspectos diferenciados de questões que acontecem a partir da temática que investigamos neste trabalho.

O desenvolvimento mental e emocional de uma pessoa requer uma rotina regular e com o mínimo de cuidado com o equilíbrio pessoal. Quando alguns limites da saúde são extrapolados, de acordo com uma frequência acima da média, o organismo pode começar a emitir sinais e a reagir em desacordo com o que está acostumado a ser. Na contramão do equilíbrio, por vezes os indivíduos cultivam hábitos mentais, emocionais e/ou de consumo, que acabam se tornando eliciadores de problemas. As pessoas se comportam de forma a cultivar momentos e episódios considerados

indefesos e dentro da “normalidade” envolvendo o consumo de substâncias que alteram o funcionamento do sistema nervoso central.

O estudo intitulado: “Acurácia do rastreo psicopatológico da psicose em adolescentes usuários de substância psicoativa cannabis em um caps do sudeste do Brasil”, com o foco na área da saúde mental dentro da pesquisa em Neurociências sobre os efeitos da substância psicoativa cannabis.

O capítulo I será apresentado a contextualização: macro e microrregião de abrangência do CAPS, dados populacionais dos adolescentes, fluxo de atendimento do CAPS, apresentação da equipe multidisciplinar. Por isso é necessário começarmos a compreender como o sistema nervoso se constitui, quais as áreas importantes ligadas às funções essencialmente significativas no processo de amadurecimento da adolescência, e como se forma a personalidade, dentre outras informações, conteúdos que serão trabalhados no capítulo II.

Uma realidade muito própria é criada a partir de limitações e da não integração do homem. A distância do Ego da realidade e a dificuldade de agir no campo social, são algumas das características que definem a psicose. O espaço de inter relação com os demais é um espaço de desenvolvimento e abertura pessoal ao qual o psicótico não consegue desempenhar. Há uma fragmentação direcionada por um conflito com a realidade, que demonstra uma normalidade aparente, mas que não consegue exercer uma liberdade mental, e muito menos comportamental. Sobre os sentimentos, ele não consegue experienciar relações genuínas, pois possui um mundo próprio que impede que laços sejam estabelecidos. É sobre isso e sobre como a Psicose surge, especificando os aspectos eliciadores, estimulantes e retardadores deste processo de adoecimento, que iremos nos referir ao longo do Capítulo III.

O abuso de substâncias, principalmente as psicoativas, tem se tornado um problema de saúde pública, aponta que 1 em cada 10 adolescentes que usa maconha é dependente, de acordo com Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD, 2021). Embora romantizado por parte da sociedade, falseia-se o entendimento das pessoas no que tange a regulamentação para uso recreativo de todos os tipos de drogas ilícitas. Apesar desta romantização, pesquisas garantem que não há uma margem de segurança para o uso de entorpecentes. Rodrigo Grassi, psiquiatra e pesquisador do instituto Inscer¹, garante que o uso abusivo de drogas afeta o equilíbrio neuroquímico do cérebro e pode ajudar a evoluir para condições de desequilíbrio mais graves e adoecimentos importantes. Há

¹ INSCER – O instituto do cérebro - <https://inscer.pucrs.br>
<https://exame.com/carreira/transtornos-mentais-afastamentos-trabalho-covid/>

também a possibilidade de manifestação de doenças mentais em decorrência do uso contínuo das substâncias que virão a desaparecer caso o consumo seja interrompido. No Capítulo IV, V e VI serão abordados o funcionamento do organismo e sua afetação com o uso de substâncias entorpecentes. A forma como estas fazem o percurso de entrada, até o seu efeito no organismo, quais as variáveis que afetam as estruturas principalmente, promovendo os indícios de psicose subclínica em usuários de maconha.

Segundo Laranjeira, 2019, a adolescência é um período de risco para o primeiro surto psicótico, o cannabis como gatilho frequentemente relacionado. Seu fator depressor, inibe e retrai a manifestação do indivíduo, deixando-o apático e pouco receptivo a atividades que exijam maior ritmo e desenvolvimento cognitivo mental e emocional. Assim sendo ela pode atuar como uma substância desadaptativa do indivíduo a vida, e tendenciosa ao isolamento deste, promovendo pensamentos de inadequação e inabilidade a mudanças e situações estressantes. Pensar nas consequências do uso de substância psicoativa cannabis é mais do que necessário nos dias de hoje, para entender quais as consequências para a saúde mental do estímulo a uma maior abertura ao uso destas. Aspectos mais específicos sobre esta temática através de levantamento de dados e medições relacionadas ao diagnóstico diferencial da psicose em adolescentes, são temas abordados no Capítulo IV. Neste capítulo também serão analisados encaminhamentos, tratamentos e o fechamentos de diagnósticos de psicose, com o objetivo de compreender a sistemática das particularidades do transtorno da sua abordagem, até a sua parcial remissão. Será apresentada no capítulo VII a metodologia da pesquisa aplicada por este trabalho, visando se aproximar da realidade propriamente dita por grupo focal.

Já no Capítulo VIII serão realizadas apresentação e análise de dados coletados sobre a temática investigada, com os profissionais de saúde mental do CAPS que lidam diretamente com os adolescentes. Nesse capítulo poderemos levar a cabo a investigação de dados atuais medidos com especificidade a partir de parâmetros conhecidos e elegidos em acordo com o objetivo da dissertação. Em seguida serão feitas considerações e conclusões finais sobre todo o levantamento teórico feito e os resultados obtidos pela pesquisa coletada, ao compreender quais as questões que podem ser resolvidas e quais aquelas que ainda precisam ser investigadas por pesquisas mais amplas, e o estabelecimento de outros focos.

1.1 JUSTIFICATIVA

A adolescência é o período de desenvolvimento onde o indivíduo está aprendendo a lidar com as diversas versões da realidade cultural e social em que ele está inserido. Além do movimento de autoconhecimento e empoderamento das suas vontades e personalidade, a adolescência é um período marcado por alterações emocionais, conflitos emocionais, muitas vezes agravados por conflitos parentais e sociais.

É na adolescência que conseguimos ver ainda o quanto o indivíduo pode desenvolver as suas habilidades, incluindo as cognitivas. Os marcos legais como a Constituição Federal de 1988, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA – 1990) e a Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança (1989) – ratificada pelo Brasil em 1990, introduziram ordenamento jurídico para a concepção de criança e adolescentes como sujeitos de direitos, em condição peculiar de desenvolvimento.

Ao trazer o adolescente como sujeito do estudo, o alerta inicial é por essas e outras questões de várias vertentes, inclusive as apontadas acima, que indicam relação a utilização de substâncias psicoativas e de naturezas específicas médicas, que devem ser controladas e administradas com o aval de profissionais capacitados. Os estudos científicos apontam que muito pouco o senso comum sabe sobre a atuação da substância no corpo e o quanto ela pode ser danosa para as estruturas mentais e psíquicas.

Segundo Gonçalves (2013), a Cannabis contém 489 compostos naturais e seu efeito principal é ocasionado pelo THC (*Tetra-hidrocanabinol*), que chega ao cérebro em poucos minutos provocando leve euforia em 10 minutos até 4 horas. A cannabis é uma substância considerada uma substância psicoativa, pois o efeito do seu uso entorpece os sentidos. A cannabis sativa, seu nome científico, dentre suas propriedades relaxa o sistema nervoso, agindo como depressor, e provocando sensações de bem-estar e lentidão temporárias. Apesar de temporárias, seu uso contínuo tende a deixar o organismo com sequelas cognitivas, de atenção e concentração, bem como prejudicar as atividades que exigem mais vigor e complexidade mental. A existência de um sistema neurotransmissor canabinóide endógeno que coordena ou afeta os outros sistemas de neurotransmissão, incluindo o dopaminérgico foi comprovada por diversos estudos que apontam os receptores de THC (princípio ativo da cannabis) no sistema nervoso central que atuam sobre o

equilíbrio, movimentos e a memória. Os efeitos do THC ocorrem no cérebro, aparelho cardiovascular e pulmão e podem ser reversíveis, embora seus efeitos sejam agudos (NASCIMENTO; SANTO, 2014).

O THC atua junto com seus receptores canabinóides presentes no sistema nervoso central. Os receptores CB1 e CB2 encontram-se alocados principalmente cerebelo, hipocampo, estriado e córtex frontal, além disso influenciam diferentes neurotransmissores como GABA, glutamato, noradrenalina, serotonina e dopamina, potencializando as suas ações. Tais fatores podem afetar a cognição, percepção, funcionamento motor, apetite, sono, neuroproteção proteção neural, neurodesenvolvimento e liberação hormonal (DEVINSKY *et. al.* 2014).

Estudos sobre a dependência destacam o sistema dopaminérgico mesocorticolímbico de recompensa, causando uma desregulação dos substratos neuroanatômicos de recompensa (FERNÁNDEZ-RUIZ, HERNÁNDEZ, RAMOS, 2010). O circuito é constituído por: ventral limbic forebrain loci (VLFL), área tegmental ventral (ATV), feixe prosencefálico medial (FPM), NAc, pálido ventral (PV) e CPF medial 9,67,68. Tais estruturas estão interligadas por neurônios de primeira ordem (VLFL para ATV), segunda ordem (neurônios dopaminérgicos entre ATV e NAc-FPM) e terceira ordem (NAc para estruturas relacionadas com recompensa), quando recebe inúmeros inputs modulatórios dos sistemas opióide, serotoninérgico, GABAérgico e glutamatérgico. Os dois últimos são mais relevantes para a regulação dos processos de recompensa e comportamentos associados, codificando o tônus hedônico, a expectativa de recompensa e impactando diretamente em outros aspectos complexos de aprendizagem relacionados à recompensa. (FERNÁNDEZ-RUIZ, HERNÁNDEZ E RAMOS, 2010)

Os efeitos da droga no organismo podem ser complexos e variar dentre uma gama muito extensa de possibilidades. Gonçalves (2013), nos explana da seguinte forma:

Período inicial de euforia seguido de disforia, sonolência e risos espontâneos; perda da discriminação de tempo e espaço; diminuição da coordenação motora; prejuízo da memória recente; falha nas funções intelectuais e cognitivas; retardo na capacidade de percepção sensorial, intensificando as sensações, os sentidos e exagerando a sensibilidade; taquicardia; olhos vermelhos (hiperemia das conjuntivas); alterações da pressão sanguínea; aumento do apetite e secura da boca. O efeito imediato é a sensação de estar “alto”, com euforia, sensação de prazer, diminuição da ansiedade, relaxamento e aumento da sociabilidade. Pode ocorrer, efeito contrário com desprazer com ataques de pânico, profunda sensação de tristeza, crises de ansiedade e isolamento do grupo. Outros sinais psicológicos que podem ocorrer durante a intoxicação são: Pensamentos míticos; Distorções do tempo; Perda da memória recente; Diminuição da atenção e concentração; Delírios persecutórios; Grandiosidade; Despersonalização (GONÇALVES, 2013, p.23).

As questões colocadas acima justificam cientificamente a pertinência do tema que se torna urgente diante da banalização do uso da maconha e os prejuízos causados pelo seu uso indiscriminado da substância, sejam camuflados e se tornem invisíveis e inexistentes para os usuários e familiares, assim como seus efeitos são desconhecidos do grande público, a sua influência na promoção e agravamento de transtornos mentais.

Além disso, preocupa aos especialistas o crescimento do consumo de drogas, principalmente das consideradas mais “inofensivas” e, por isso é primordial acompanhar e orientar sobre os procedimentos para compreender quais as suas consequências diretas e indiretas, na vida dos indivíduos e da sociedade. Até mesmo por algumas de suas propriedades medicinais, ainda muito discutidas, a substância passa a agir de forma oculta sobre outras questões orgânicas, bem como, na influência negativa sobre condições diversas de fragilidade mental. Apesar dessa necessidade premente, ainda não é corriqueira a compreensão sobre os aspectos ocultos que são indícios da debilidade mental dos adolescentes.

O Relatório Mundial sobre Drogas de 2021 da Organização das Nações Unidas, indica queda de 40% na percepção de risco da maconha por parte dos adolescentes, o principal componente psicoativo da droga THC, elevou-se em várias regiões do mundo, considerando o período de 24 anos: 5% na Europa e 12% nos Estados Unidos.

Além dos agravantes acima citados, nos adolescentes, a “maconha” pode afetar negativamente quanto às funções cognitivas em seus usuários (RIGONI *et al.*, 2007), atrasos na memória, prejuízos prolongados na atenção, percepção e raciocínio.

[...] os estudos nos últimos 15 anos reiteraram que a maconha se constitui agora como parte do horizonte de lazer para os jovens, não possuindo mais a mística da proibição. Tanto é assim que muitos veem a maconha como uma droga benigna, se é que a consideram uma droga (WITTON; MURRAY, 2004, p.2).

As bases de evidências já mostraram que a maconha pode causar reações psicóticas breves, especialmente em usuários virgens (Hall et al, no prelo), e pode exacerbar os sintomas daqueles diagnosticados com esquizofrenia (Linszen et al, 1994 *apud* WITTON; MURRAY, 2004, p.2).

No Brasil, o Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (Lenad) de 2012 indica que 1,5 milhão de adolescentes e adultos fumam cannabis diariamente, sendo que 62% tiveram o primeiro contato com a substância antes dos 18 anos. Já a Pesquisa Nacional de Saúde Escolar (Pense), coordenada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), informa que em 2016, cerca de 236,8 mil estudantes já tinham utilizado alguma droga ilícita; 6 mil a mais que o relatório anterior, de 2012. Ao mesmo tempo, o mundo enfrenta uma epidemia de depressão e suicídio. Segundo a

Organização Mundial da Saúde (OMS), entre 2005 e 2015, houve aumento de 18,4% nos diagnósticos da doença. O suicídio é uma das principais causas de morte entre jovens e, no Brasil, já é a segunda.

As pesquisas têm demonstrado que milhares de casos corroboram sobre a influência do uso da substância, no aparecimento e agravamento de casos de transtornos mentais (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2010; CORREIO BRAZILIENSE, 2017; PIRES; SOARES *et al.*, 2019; RIGONI, OLIVEIRA, ANDRETTA, 2006). Desta forma esta pesquisa enfatiza a necessidade de se investigar mais aspectos do ocorrido, formas de desenvolvimento e rastreio em níveis menos e mais graves, como a psicose em adolescentes. Uma outra pesquisa, publicada, no ano passado, pelo Instituto Nacional de Abuso de Álcool e Alcoolismo dos EUA, comparou a atividade cerebral de 30 jovens usuários de cannabis à de outros 30, do grupo de controle. Os primeiros apresentaram conectividade anormal em importantes regiões associadas à recompensa e à criação de hábitos.

É necessário então investigar mais aspectos sobre formas de desenvolvimento e rastreio em níveis menos e mais graves, como a psicose em adolescentes. É sabido da validade dos instrumentos de avaliação em saúde mental disponíveis, no que tange a aplicabilidade destes instrumentos, dito neste estudo como rastreios psicopatológicos de psicose em adolescentes usuários de cannabis, ainda é questionável. Tanto pela sua replicação e quanto pela acessibilidade dos profissionais envolvidos no acolhimento dos adolescentes em vulnerabilidade psicossocial em psicose por uso de cannabis.

Pelo exposto, torna-se relevante um estudo para avaliar a acurácia do rastreio psicopatológico da psicose em adolescentes usuários de substâncias psicoativas cannabis em um caps do sudeste do Brasil..

1.2. OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Traçar a acurácia do rastreio psicopatológico da psicose em adolescentes usuários de substância cannabis em um caps do sudeste do Brasil.

1.2.2 Objetivos Específicos

- ✓ Discorrer sobre os instrumentos avaliativos no rastreio de psicose e sua aplicabilidade pela equipe multidisciplinar.

- ✓ Levantar as formas de rastreio da psicose em sujeitos adolescentes através de instrumentais ou diagnóstico diferencial pelos profissionais de saúde mental em um caps do sudeste do Brasil.

1.3 PROBLEMA DE PESQUISA

É importante salientar que o uso de substâncias psicoativas pode provocar inúmeras reações conhecidas e desconhecidas em acordo com o padrão de funcionamento destas. Seus efeitos no organismo têm sido tão diversos, mas também tão sérios, que são capazes de proporcionar alterações fundamentais, duradouras, e em alguns casos definitivas no funcionamento dinâmico do ser humano. Atualmente já se pode identificar um transtorno advindo do uso de substâncias psicoativas identificado como Transtorno por Uso de Substâncias, que é configurado principalmente quando o indivíduo se utiliza de substâncias que causam alterações no corpo, mesmo que conheça os seus resultados deletérios no organismo.

Os problemas, porém, não se resumem neste tipo de transtorno, e sim nos efeitos nocivos da “cannabis” no organismo a curto, médio e longo prazo a despeito de sua crescente liberação no mundo. A preocupação é ainda maior pois o consumo da substância se inicia cedo na vida das pessoas, no período da adolescência, onde todo o funcionamento do corpo está em adaptação a uma dinâmica funcional e saudável do sujeito. Uma situação instável é o que se costuma encontrar no período da adolescência, pois transformações no físico e no emocional são a tônica da questão, e por conta disso não são descartadas hipóteses configurativas de transtornos, próprios do momento, mas, também exacerbadas por contextos conflituosos e de autoafirmação. Quando além das dificuldades habituais podemos encontrar agravantes no uso de substâncias ilícitas o cenário pode se tornar mais imprevisível do que de costume e levar a uma configuração danosa irreversível.

Dentro do loco de pesquisa delimitado e tendo como sujeito de pesquisa adolescentes atendidos em um caps do sudeste do Brasil, levantamos a seguinte problemática de pesquisa:

Quais instrumentos encontram-se atualmente disponíveis no rastreio de psicose em adolescentes usuários de cannabis atendido em um caps do sudeste do Brasil e sua aplicabilidade pelos profissionais pesquisados no em um caps do sudeste do Brasil?

CAPÍTULO I - CONTEXTUALIZAÇÃO

A pesquisa foi realizada por médico, psiquiatra que atua no interior do leste mineiro frente às dificuldades nos atendimentos dos adolescentes em psicose no consultório psiquiátrico e no centro de atenção psicossocial álcool e drogas (CAPS/AD) da cidade de Governador Valadares MG.

De acordo com a Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 se institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, 2011. Os Centros de Atenção Psicossocial - Caps são serviços de saúde de caráter aberto e comunitário voltados aos atendimentos de pessoas com sofrimento psíquico ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras substâncias, que se encontram em situações de crise ou em processos de reabilitação psicossocial.

Nos estabelecimentos atuam equipes multiprofissionais, que empregam diferentes intervenções e estratégias de acolhimento, como psicoterapia, seguimento clínico em psiquiatria, terapia ocupacional, reabilitação neuropsicológica, oficinas terapêuticas, medicação assistida, atendimentos familiares e domiciliares, entre outros. Rede de Atenção Psicossocial - RAPS, os caps se constituem nas seguintes modalidades:

Caps I: Atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas; atende cidades e ou regiões com pelo menos 15 mil habitantes.

Caps II: Atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas; atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.

Caps I: Atendimento a crianças e adolescentes, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas; atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.

Caps AD: Álcool e Drogas: Atendimento a todas faixas etárias, especializado em transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.

Caps III: Atendimento com até 5 vagas de acolhimento noturno e observação; todas faixas etárias; transtornos mentais graves e persistentes inclusive pelo uso de substâncias psicoativas; atende cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes.

Caps AD III: Álcool e Drogas: Atendimento com de 8 a 12 vagas de acolhimento noturno e observação; funcionamento 24h; todas faixas etárias; transtornos pelo uso de álcool e outras drogas; atende cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes.

Caps AD IV: Atendimento a pessoas com quadros graves e intenso sofrimento decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Sua implantação deve ser planejada junto a cenários de uso em municípios com mais de 500.000 habitantes e capitais de estado, de forma a maximizar a assistência a essa parcela da população. Tem como objetivos atender pessoas de todas as faixas etárias; proporcionar serviços de atenção contínua, com funcionamento 24h, incluindo feriados e fins de semana; e ofertar assistência a urgências e emergências, contando com leitos de observação.

CAPSi: atende crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes.²

No papel de pesquisador, que atuou nos serviços de saúde mental no CAPS/AD na cidade de Governador Valadares MG durante o período de janeiro 2012 a março/ 2018. E dentro do escopo da pesquisa qualitativa trazemos os técnicos especialistas dentro do CAPSi para uma análise sobre a acurácia do rastreio realizado em adolescentes usuários de substância psicoativa cannabis.

Este diálogo provoca a problematização dos modelos de avaliações transversais aplicáveis e dos rastreios psicopatológicos de psicose em adolescentes usuários de cannabis.

²Acessado em: 06/05/2022 <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/caps>

CAPÍTULO II - ADOLESCÊNCIA

2.1 ADOLESCÊNCIA: ETIMOLOGIA E MARCO LEGAL

Segundo Outeiral (1994, p.6), adolescência possui dupla origem etimológica, advindo do latim ad (a, para) e olescer (crescer), uma condição ou processo de crescimento, em que o indivíduo estaria apto a crescer. O outro termo do qual deriva é adolescer, que significa adoecer, enfermar. De acordo com o exposto, pode-se concluir que a interação das duas palavras traduziria bem as peculiaridades vivenciadas nesta etapa da vida.

No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei 8.069, de 1990, considera criança a pessoa até 12 anos de idade incompletos e define a adolescência como a faixa etária de 12 a 18 anos de idade (artigo 2º), e, em casos excepcionais e quando disposto na lei, o estatuto é aplicável até os 21 anos de idade (artigos 121 e 142). O adolescente pode ter o voto opcional como eleitor e cidadão a partir dos 16 anos. O conceito de menor fica subentendido para os menores de 18 anos (BRASIL, 1990)

Os marcos legais como a Constituição Federal de 1988, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA – 1990) e a Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança (1989) – ratificada pelo Brasil em 1990, introduziram ordenamento jurídico para a concepção de criança e adolescentes como sujeitos de direitos, em condição peculiar de desenvolvimento.

Os limites cronológicos da adolescência são definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) entre 10 e 19 anos (adolescentes) e pela Organização das Nações Unidas (ONU) entre 15 e 24 anos (youth), critério este usado principalmente para fins estatísticos e políticos. Usa-se também o termo jovens adultos para englobar a faixa etária de 20 a 24 anos de idade (young adults). Atualmente usa-se, mais por conveniência, agrupar ambos os critérios e denominar adolescência e juventude ou adolescentes e jovens (adolescents and youth) em programas comunitários, englobando assim os estudantes universitários e também os jovens que ingressam nas forças armadas ou participam de projetos de suporte social denominado de protagonismo juvenil. Nas normas e políticas de saúde do Ministério de Saúde do Brasil, os limites da faixa etária de interesse são as idades de 10 a 24 anos (WHO, 1986).

2.2. A ADOLESCÊNCIA E A FORMAÇÃO DA PERSONALIDADE

A adolescência é uma fase de aparente transição entre a infância e a juventude. Apesar de ser uma fase intermediária, os aspectos da infância ainda muito importantes, configuram a base para o desenvolvimento de novas habilidades e potencialidades. O organismo e seu funcionamento vão drasticamente mudando em acordo com o ambiente, o funcionamento social do indivíduo e as novas atividades aos quais o organismo vai se programando para assumir.

Para o adolescente, as transformações corporais iniciam um período estranho onde se destacam características ligadas a incerteza, a dúvida, a necessidade de adaptação, a experimentação, ao questionamento, à ênfase das inseguranças, dentre outros sentimentos. Inaugura-se então a temporada de diferenciação do que é conhecido para que então seja possível passar a compreender e elaborar as suas próprias respostas. O desenvolvimento da personalidade recebe não só influências daquilo que é familiar, mas também das novas possibilidades que se apresentam, dos amigos, da curiosidade e de sentimentos relacionados a fase: invencibilidade, a prepotência, o gosto ao desafio, e em muitos casos reflete os comportamentos inconsequentes e transgressivos do período.

Senna e Dessen (2012), destacam pontos interessantes do desenvolvimento da adolescência, sua importância, suas influências, suas necessidades dentre outros apontamentos. Apesar de as teorias clássicas descreverem as várias mudanças durante a adolescência, tendo como foco diferentes aspectos do indivíduo (sentimentos, cognições e interações), elas não foram suficientes para explicar o desenvolvimento nesta etapa do curso de vida (GOOSENS, 2006; LERNER; STEINBERG, 2009). De acordo com estes autores, estas teorias se limitavam a apresentar dicotomias entre os aspectos maturacionais e genéticos e os aspectos exclusivamente contextuais: herdado *versus* adquirido, continuidade *versus* descontinuidade, estabilidade *versus* mudança, que representavam o conhecimento da época. Na medida em que as evidências empíricas foram sendo produzidas, novos modelos relacionais do desenvolvimento foram surgindo. Tais modelos reconheciam o caráter fundamental e integrador das influências dos diferentes níveis de organização da ecologia do desenvolvimento humano, gerando a necessidade de novos aportes integradores, culminando, assim, na segunda fase dos estudos científicos (SENNA, 2012, p.103.).

Dentre as milhares de alternativas no desenvolvimento da adolescência podemos destacar as transformações primárias que envolvem o corpo, as novas sensações, exposição a hormônios e a necessidade de explorar limites diversos. Hoje tais características podem ser chamadas por autores como Aberastury e Knobel (1981), de Síndrome da Adolescência Normal. A partir dessa “Síndrome”

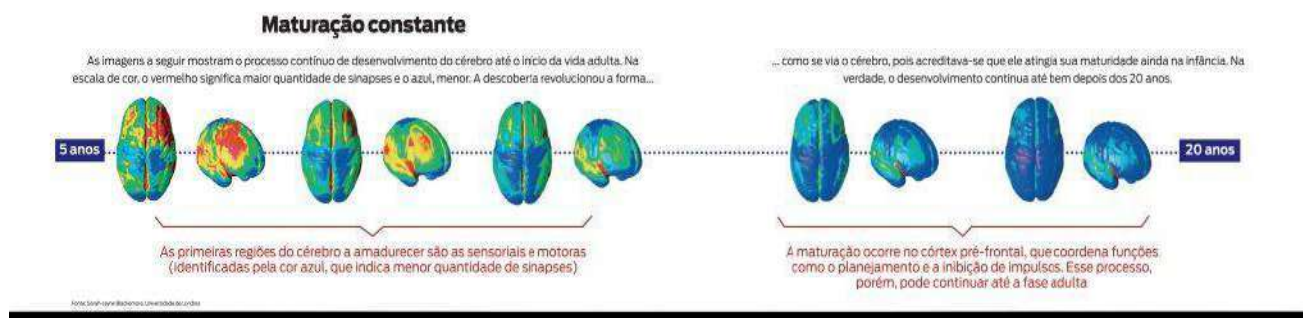
os autores definem aspectos característicos e comuns dessa fase, enfatizando aqueles que podem ser determinantes para definições comportamentais importantes dos adolescentes.

Segundo os autores o termo “adolescência” vem do verbo latino *adolescere*, que significa crescer ou desenvolver-se até à maturidade. Ele representa um fenômeno específico do desenvolvimento humano e das circunstâncias histórico-sociais. Algumas das condutas que ocorrem no período podem se assemelhar a condutas desviantes ou patológicas, mas que funcionam apenas como uma busca pelo equilíbrio e estabilização da personalidade no processo do desenvolvimento.

Almeida (2014), nos fala do processo de adolescer de uma forma muito específica, considerando o ponto que o momento tem em comum entre todos, e dos processos considerados psicopatológicos. A puberdade é um parâmetro universal ao ser humano impregnado de valores morais e éticos mesmo naquelas culturas que não reconhecem a adolescência socialmente. É mais que um puro indicador biológico. A puberdade também serve como um sinalizador de ritos de iniciação, escolhas de papéis e de construção de relações para a vida adulta do sujeito. É a fase da morte ritual da criança e o nascimento do ser adulto (p.3).

O cérebro do adolescente está em maturação constante e esse processo pode alterar a compreensão de várias questões que são também transformações que ocorrem nesta fase da vida. Abaixo segue uma figura demonstrando as áreas do cérebro em transformação e sua maturação aos 20 anos de idade.

Figura 1- Maturação do Cérebro da adolescência a fase adulta.



Fonte: Revista Ensino Superior

Jensen (2016), nos informa que o cérebro adolescente foi uma área de estudos relativamente negligenciada até uns 16 anos atrás. A maioria das pesquisas neurológicas e neuropsicológicas está voltada ao cérebro do recém-nascido e da criança, além do idoso. Tal normalidade se deve ao fato destes acreditarem que o cérebro somente se desenvolvia no período da infância, fato totalmente

errado ao se desconsiderar que existem potenciais que vão se perdendo na idade adulta. Como seu depoimento acerca dessa questão Jensen (2016), considera:

Quanto mais eu estudava a literatura científica que vinha surgindo sobre adolescentes, mais compreendia o erro que era olhar para o cérebro adolescente pelo prisma da neurobiologia do adulto. O funcionamento, as conexões, a capacidade — aprendi que tudo é diferente nesta fase. Também me dei conta de que essa nova ciência do cérebro adolescente não era conhecida da maioria dos pais, ou, pelo menos, não estava atingindo os pais sem formação em neurociências. E este era exatamente o público que precisava saber da nova ciência do cérebro adolescente: pais, tutores e educadores, tão perplexos, frustrados e enfurecidos com os adolescentes sob seus cuidados quanto eu (JENSEN, 2016, p.14).

O adolescente encontra-se em um período turbulento onde as principais transformações que manifesta podem ser muito empolgantes ou muito frustrantes com uma intensidade absurda em acordo com a especificidade e a importância de cada contexto e ambiente. A necessidade de afirmação e o distanciamento de uma pseudo “normalidade”, colocam ele em constante conflito e erupção. Para Aberastury e Knobel (1981), existem 3 perdas fundamentais da adolescência: O corpo infantil; Os pais da infância e a identidade e papel sócio-familiar infantil, consolidando o surgimento e existência de novas necessidades identificadas como a Síndrome Normal da Adolescência. As novas necessidades se identificam por: 1) Busca de si mesmo e da Identidade; 2) Tendência Grupal; 3) Necessidade de intelectualizar e fantasiar; 4) Crises Religiosas; 5) Deslocalização Temporal; 6) Evolução Sexual manifesta; 7) Atitude Social Reivindicatória; 8) Contradições sucessivas; 9) Separação Progressiva dos Pais; 10) Constantes Flutuações do Humor e do Estado de Ânimo.

Algumas estruturas de mudança, podem ser representadas pelas áreas dos órgãos, de acordo Quadro1, com a sua correspondente mudança no período.

Quadro 1 - Correspondência de áreas do cérebro e transformação.

ESTRUTURA:	TRANSFORMAÇÃO:
Núcleo Accubens	Relacionado a avaliação de quanto esforço é necessário para ganhar uma recompensa. Encontra-se imaturo, o que ajuda a entender porque eles preferem atividades que exijam menos esforço mas deem maior excitação.
Glândula Pineal	Determina a produção de melatonina, hormônio indutor do sono. Nessa fase, a fabricação de substância começa mais tarde. Por isso, a dificuldade para pegar no sono cedo.
Cerebelo	Associado as funções de aprendizado e raciocínio lógico, ainda está em desenvolvimento.
Amígdala	Envolvida no processamento de emoções, como medo e raiva. Os adolescentes tendem a usá-la mais que os adultos. Os mais velhos conseguem “filtrar os sentimentos com maior racionalidade, pelo córtex pré-frontal. Já os mais jovens reagem mais impulsivamente.
Córtex Pré-Frontal	Entre outras funções, é responsável pelo raciocínio lógico, capacidade de estabelecer prioridades, organização, avaliação de risco e controle de impulsividade. É o último a amadurecer.

Fonte: Herculano-Houzel (2013).

Herculano-Houzel (2013) considera que as transformações do cérebro entre as fases não são simples. O peso e o volume cerebral aumentam, algumas estruturas encolhem e acontecem reestruturações químicas e amadurecimento de funções. Para ela esse conjunto de aspectos são imprevisíveis pelas variáveis que o influenciam e que podem proporcionar reações e comportamentos diferentes a esse período.

O sistema de recompensa passa por grandes mudanças, e com isso mudam os gostos, as vontades, os ímpetos, os desejos, e também a vulnerabilidade ao vício e a transtornos do humor, como a depressão. Os núcleos da base, que participam do aprendizado de sequências motoras, sofrem cortes drásticos, e assim as habilidades motoras se cristalizam (o que talvez explique por que os grandes atletas, e os grandes talentos em geral, são feitos até a pré-adolescência). Os feixes que ligam as várias regiões do cérebro adquirem a capa final de mielina, que funciona como isolante elétrico e permite, portanto, a condução mais rápida e eficiente de impulsos. Às regiões pré-frontais do cérebro, que permitem o raciocínio abstrato e o aprendizado social, finalmente amadurecem, e com isso nasce o jovem adulto responsável (porque é capaz de antecipar as conseqüências de suas ações e assumí-las), empático. (porque consegue inferir e prever as emoções dos outros e agir conforme suas previsões), e bem inserido na sociedade (HERCULANO-HOUZEL, 2013, p.12).

Ainda não se sabe exatamente qual o processo ou órgão que inicia o movimento maturacional que configura formalmente a adolescência. O amadurecimento se configura através de uma combinação de realização mútua entre a presença de aspectos físicos e circunstanciais que ajudam a formalizar o desenvolvimento de capacidades específicas de cada área. O raciocínio, o processamento de informações, o desenvolvimento de alternativas, os desafios, as subversões são etapas essenciais para fortalecer sinapses e padrões de pensamento e funcionamento que são reafirmadas e implantadas dia-a-dia. Herculano-Houzel (2013), considera que a adolescência é uma fase compulsória e identifica indivíduos que passam pelas mesmas adversidades e transformações caracterizando que estes desafios múltiplos os tornam aptos a sobreviver longe dos pais, agindo e tomando as próprias decisões.

O gosto por riscos, o distanciamento da família, a formação de novas amizades e o desenvolvimento cognitivo e emocional que caracterizam o adolescente hoje são vistos pela neurociência como etapas necessárias à conquista da independência adulta, e tudo orquestrado por um só maestro: o cérebro (HERCULANO-HOUZEL, 2013, p.44).

Estas experiências e as identificações tendem a conduzi-los a construção de uma personalidade que é considerada em alguns aspectos “marginal” e crítica, algo que a aproxima da patologia. A busca pela identidade e a normalidade não parecem estar muito conectadas nesse momento, onde o que existe é a estranheza da despersonalização a partir do mundo anteriormente conhecido. O desenvolvimento de self, a noção de ego e a forma de se identificar no mundo são processos inevitáveis e que exigem inadequação para se transformar. A luta pela independência, a angústia e outros sentimentos conflitantes vão formando a condição interna temporária do ser. O grupo assume novas formas de importância, que inclusive o ajudam a passar por momentos chave de identificação.

O prazer imediato, com a influência do grupo, se torna quase uma regra. Não há futuro delineado e certo e muitas questões ontológicas e contemporâneas influenciam a manutenção de

comportamentos adolescentes. A influência comportamental, não acontece apenas sob um aspecto, mas é favorecida pela soma de variáveis, que quando somadas configuram determinada realidade, favorável a determinadas atitudes, transgressoras ou não.

As sinapses, correspondência da efetiva atividade do cérebro, continuam aumentando até o início da adolescência possibilitando uma maior facilidade na compreensão de sua presença, sua ausência e a relação entre a sua quantidade e a ocorrência de determinadas manifestações. Elas inicialmente estão em abundância proporcionando um universo de possibilidades cognitivas, porém com o tempo estas vão sendo selecionadas a ponto de proporcionar um ajuste e segurança acerca da formação de circuitos bem ajustados e eficientes.

Enquanto estas sinapses estão se solidificando, muitas posturas ficam em aberto, e características deixam o sujeito ainda mais suscetível a grupos, a impressões externas e a necessidade de querer agradar. Andrade *et al.* (2018), discutem brevemente o desenvolvimento neural do cérebro adolescente dando indícios importantes dessa fase de maturação.

Este período de desenvolvimento neural representa para o adolescente, tanto uma fase de oportunidades para o desenvolvimento de novas habilidades, quanto um período de vulnerabilidades. Neste último caso, os comportamentos mais comuns nesse período são a impulsividade cognitiva, a labilidade emocional e a busca pelo perigo. Além disso, a adolescência é um período em que aparecem os primeiros sinais de doenças mentais. Nesse sentido, a pesquisadora Monique Ernst propôs um modelo (Modelo Triádico) para explicar diversos comportamentos de risco durante a adolescência. Este modelo é baseado em diversos estudos de neuroimagem e em modelos pré-clínicos. O modelo fundamenta-se em três principais áreas: o CPF, responsável pela regulação e controle dos comportamentos; a amígdala, responsável pela labilidade emocional; e o estriado, responsável pelo sistema de recompensa. A ideia central desta teoria é que o cérebro busca um equilíbrio nesta tríade neural a partir de fatores transitórios e inerentes. Os fatores transitórios dizem respeito a mudanças bruscas de estímulo, como a ação de uma droga, mudança de um ambiente para outro (escola para casa), estado de humor etc. No caso dos fatores inerentes, eles incluem as características permanentes do indivíduo (temperamento, transtorno mental, experiências de vida, genética, idade etc.). Segundo a autora, existe um desequilíbrio natural entre os fatores transitórios e inerentes durante a adolescência, e este processo impactaria diretamente no sistema triádico, causando o aumento da ativação de neurônios das estruturas subcorticais (emoção) em detrimento do CPF (cognição). É por esta razão que os adolescentes se engajaram com mais facilidade em comportamentos de risco, que

podem levar ao desenvolvimento ou agravar os transtornos mentais (ANDRADE *et al.*, 2018, p.65-66).

2.3 A IDENTIDADE DO ADOLESCENTE

Não é raro, principalmente hoje em dia, que os adolescentes passem por situações de transtornos mentais haja visto os excessos de informações, transformações e exigências. Embora a capacidade de adaptação nessa fase seja alta, a vulnerabilidade do período tende a transformar algumas vantagens em predisposições a questões como depressão, ansiedade e transtornos alimentares.

A busca por uma identidade, deixa o adolescente mais influenciável a comportamentos de imitação, que podem ser remediados e repelidos tanto quanto os adolescentes tiverem tido exemplos favoráveis e foram expostos às situações onde foi necessário a criatividade, e o imprevisto na resolução de problemas e criação de alternativas de superação. Na adolescência o processo de formação identitário, se confunde com muitas outras questões que podem ser temporárias, mas que influenciam no processo global. Schoen-Ferreira, Aznar-Farias e Silvares (2003), em seus estudos falam sobre Erickson considerar o processo de construção da identidade a tarefa mais importante da adolescência. Para o autor, a identidade corresponde à concepção de si mesmo, composta de valores, crenças e demais definições as quais o indivíduo encontra-se comprometido.

Para as autoras citadas a identidade é representada pelo sentimento de existir a partir de duas sensações:

Este sentimento de ter uma identidade pessoal dá-se de duas formas: a primeira é perceber-se como sendo o mesmo e contínuo no tempo e no espaço; e a segunda é perceber que os outros reconhecem essa semelhança e continuidade (SCHOEN-FERREIRA; AZNAR-FARIAS; SILVARES, 2003, p.107).

De forma a se retroalimentar existem processos de crise ou exploração e comprometimento ou compromisso. A crise foi definida como momentos de rebeldia e de exploração, já o comprometimento está relacionado a coisas com que o sujeito se importa e se preocupa, além do sentimento de identidade emocional. Kimmel e Weiner (1998 *apud* SCHOEN-FERREIRA; AZNAR-FARIAS; SILVARES, 2003), definem os sentimentos de comprometimento em 3 atitudes: atitudes ideológicas; atitudes ocupacionais e atitudes interpessoais. Já Marcia (1966 *apud* SCHOEN-FERREIRA; AZNAR-FARIAS; SILVARES, 2003), identificou 4 estados de identidade como a

composição de uma forma de ser e agir: Execução, Moratória, Difusão e Construção. Estas por vezes funcionam como fases alternadas de desenvolvimento maturacional, até atingir um momento de definição de propósitos.

O amadurecimento emocional do adolescente se confunde com momentos de extremo desequilíbrio pessoal e por vezes este pode se tornar muito solitário. Essa solidão nem sempre é física, ou de falta de apoio, mas é caracterizada como uma solidão do próprio processo. Amparo, Alves e Cardenas (2004), identificam alguns fatores importantes na formação da identidade do adolescente em risco, mas que se referem a forma geral de ser da construção da identidade.

Nesse sentido, a identidade é um construto pessoal e social variável, associado à diversidade sociocultural que apresenta valores, crenças, regras e padrões e se faz em um contínuo caracterizado por períodos críticos do desenvolvimento que se organizam de forma dinâmica. Ainda que a qualidade específica da identidade de uma pessoa difere de cultura para cultura, a resolução desta tarefa no desenvolvimento é elemento comum a todas as culturas humanas (MWSS, 1988). Com o objetivo de adquirir uma identidade definida e saudável, a criança e, posteriormente, o adolescente, deve receber reconhecimento consistente e coerente de suas potencialidades e conquistas (AMPARO; ALVES; CARDENAS, 2004, p.12).

Na cultura brasileira, atualmente, tradições e costumes não exercem formalizações ritualísticas que, eventualmente, ajudariam o adolescente a resolver com tranquilidade as exigências que lhe são demandadas pela sociedade. Isto significa que ele deve realizar com seus recursos pessoais a adaptação e a integração no ambiente social, em um processo de desenvolvimento individual de diferenciação psicológica (AMPARO; ALVES; CARDENAS, 2004, p.13).

Muitos aspectos contribuem para a noção de identidade adolescente, a importância de manter seu referencial; ter pais compreensivos, interessados, cuidadosos e respeitadores; ter familiares atentos às necessidades do mesmo; buscar manter um ciclo social; identificar e conviver bem com as dúvidas e incertezas; aprender a mediar questões que não tem solução imediata; aprender a desenvolver com inteligência emocional aspectos importantes; estar atento ao seu funcionamento, dentre outros representam iniciativas importantes que vão delineando, com segurança, possibilidades e formas de ser e agir.

No campo da psicologia, Frankel (2021), contribui sobre a psique do adolescente sobre diversas óticas psicanalistas, sendo possível destacar determinados aspectos importantes do período. Através da teoria de Anna Freud a adolescência é vista da seguinte forma:

O perigo, para o adolescente, está não apenas nos impulsos e fantasias do id, mas também na própria existência das catexias libidinais dos objetos amorosos do passado edípico e pré-edípico do indivíduo. Embora essas tenham sido atenuadas ou completamente inibidas na latência, a adolescência as põe novamente em relevo e há risco de que os antigos impulsos pré-genitais ou os novos impulsos genitais façam contato com essas fantasias. O adolescente vivencia uma ansiedade tremenda ao tentar eliminar as ligações com seus objetos infantis (FRANKEL, 2021, p.38).

Face aos impulsos irredutíveis do id, o adolescente emprega defesas antigas e cria defesas novas para se proteger da investida de forças instintivas extraordinárias. Essa abordagem descreve a adolescência como um período essencialmente defensivo do desenvolvimento e oferece uma interpretação persuasiva para a compreensão de grande parte do que se passa na adolescência como defesa contra a atração regressiva ao passado (FRANKEL, 2021, p.39).

Para Anna Freud, o indivíduo se individualiza quando em contato com as instâncias inferiores as quais lhe proporcionam compreender o seu funcionamento, permitindo sua ação em um objetivo evolutivo. O crescimento e o amadurecimento são obtidos a partir de uma reelaboração de aspectos infantis vividos, normalmente traumáticos da infância para elaborar condições e situações perigosas, remanescentes da infância. Para Frankel (2021), no livro “A Psique Adolescente” essa configuração acontece durante a fase formativa do sujeito:

De acordo com ele, a adolescência oferece uma segunda chance para corrigir as reações traumáticas da criança, que não tinha controle algum sobre suas experiências. Agora, a parte do ego vinculada à realidade, com função de auto-observação, é mobilizada para lidar com os resíduos dos traumas, conflitos ou fixações infantis, que serão modificados à medida que os recursos do ego amadurecem e se expandem (FRANKEL, 2021, p.42).

A fase experimental e regressiva desse processo desfruta de momentos angustiantes e perigosos que podem de uma forma ou de outra gerar problemas emocionais ou mesmo desestruturar o ego de forma a prejudicar a ocorrência saudável da transição e do amadurecimento.

2.4 ADOLESCÊNCIA E A FORMAÇÃO DA PERSONALIDADE: O DESENVOLVIMENTO E AMADURECIMENTO DO SISTEMA NERVOSO

O organismo humano é um sistema complexo muito bem estruturado de forma a funcionar harmonicamente. Algumas partes dele, são obviamente mais importantes que outras e responsáveis por estruturas primordiais de funcionamento e equilíbrio anatômico, estrutural, mental e emocional. O Sistema Nervoso é a grande estrutura que fundamenta o funcionamento do homem, e é através dele que podemos notar grandes mudanças e grandes problemas na estrutura química de organização e equilíbrio do cérebro e demais órgãos.

Os princípios filogenéticos e a ontogênese ajudam a compreender como as descobertas e o funcionamento cerebral responde a determinados estímulos, o que se desvirtuado, pode provocar danos a manutenção de uma saúde emocional e psíquica. A base do sistema Nervoso Central é

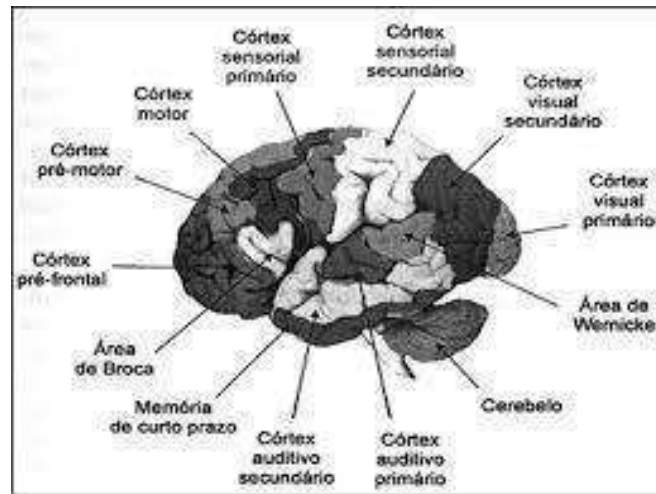
responsável pela estrutura do funcionamento primordial do organismo e se expande através do sistema nervoso periférico, que representa principalmente o caminho necessário da chegada das informações neuronais através dos mais variados tipos de comportamento. Através das funções Sensorial, Integrativa e Motora, o Sistema Nervoso, em parceria com o Sistema Endócrino organiza o desenvolvimento e a dinâmica de funcionamento simples e complexo que mantém o organismo vivo e saudável física e mentalmente (CANAL BIOCIÊNCIAS, 2015).

O Sistema Nervoso tem diversas funções, porém sua função principal gira em torno de regular o organismo e de gerar comportamentos que ajudam a manifestar o que o indivíduo deseja. Ao cérebro, principal órgão do corpo humano, foi anteriormente decretada uma década a realização de estudos para o reconhecimento de sua importância e sua função no organismo, segundo Cavalheiro (2013). A mente, em muitos casos, está envolta em mistérios relacionados ao funcionamento do cérebro, seria ela produto do cérebro ou apenas uma consequência da maturação e aperfeiçoamento do cérebro? É no cérebro que podemos encontrar as marcas de todo o funcionamento cerebral e as consequências de todo o funcionamento que produz o comportamento.

A mente é um produto do cérebro, uma vez que é o cérebro que processa todas as informações sensoriais, tudo que existe no ambiente toda experiência vivida, é armazenada no cérebro, a identidade do indivíduo, a história do indivíduo e com isso o seu comportamento, o seu pensamento, o processamento das informações e assim por diante (CENDES, 2013).

Na figura 2 podemos identificar um cérebro mapeado conforme as áreas em que se divide. Cada uma dessas áreas é responsável por funções específicas e fundamentais para o contexto geral das atividades de funcionamento global relacionadas a ela. A CogniFit Research reforça a especificidade das funções cerebrais reforçando “Para poder realizar qualquer tarefa aparentemente simples, nosso cérebro tem que desempenhar milhares de processos para garantir que completamos um exercício adequadamente”. O cérebro possui funções cognitivas e estas: “As funções cognitivas são os processos mentais que nos permitem receber, selecionar, armazenar, transformar, desenvolver e recuperar informações dos estímulos externos. Esse processo nos permite entender e relacionar o mundo que nos rodeia mais eficazmente”. Basicamente o cérebro tem como funções importantes a atenção, a memória, a linguagem, as funções executivas, as funções visuais perspectivas e visuais espaciais. Através dessas obtemos um processo de funcionamento adequado ao desenvolvimento através de sinapses que nos proporcionam a consolidação do processo perceptivo/cognitivo e as demais realizações, com base nestas.

Figura 2- Cérebro e suas divisões



Fonte: Livro Psicomotricidade

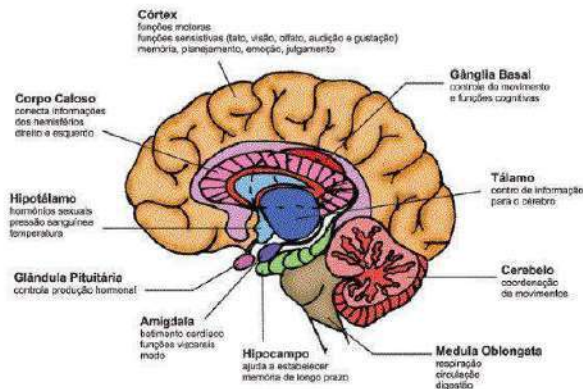
Na figura 3 podemos observar com maior precisão o encéfalo e suas funções. Segundo Duque (2020) o encéfalo:

O encéfalo recebe informações dos órgãos sensoriais; integra e relaciona as diversas mensagens de órgãos diferentes, comparando-as com informações armazenadas na memória; envia mensagens para os órgãos efetores (músculos e glândulas), controlando as reações do organismo ao ambiente externo e ao próprio organismo. O encéfalo é responsável também pelas emoções e pela capacidade de imaginar, prever, resolver problemas e de responder por todas as formas de pensamento abstrato.

O encéfalo tem uma grande importância para a construção dos aspectos cognitivos e abstrações que ligam a aprendizagem de uma nova forma de ser sempre em evolução. Neste caso, podemos relacioná-lo a formação, adaptação e manutenção da inteligência emocional. Sua importância dentro do Sistema Nervoso proporciona a personalidade muitos aspectos de construção do relacionamento intrapessoal e da habilidade de se relacionar com o outro.

Figura 3- O encéfalo e suas funções

Algumas das principais estruturas do encéfalo e suas funções
adaptado por mindasko.blogspot.com



Fonte: sphotos-d.ak.fbcdn.net

Na formação do Sistema Nervoso podemos encontrar o Sistema Nervoso Autônomo, dividido em Simpático e Parassimpático que se complementam e realizam suas funções em acordo com a necessidade de equilíbrio do organismo, ora reagindo com aceleração de determinadas funções, ora agindo com refreamento de funções que estão excessivamente ativas ou sobrecarregando o organismo, ver Figura 4.

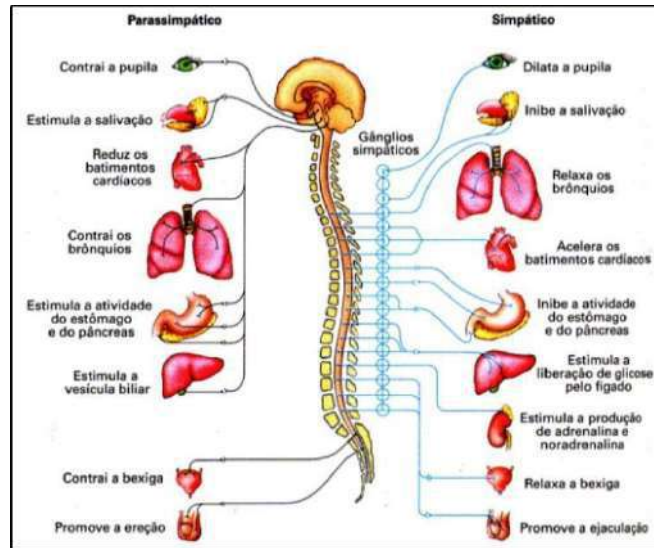
Dutra (2014-2020) se manifesta acerca do funcionamento do sistema nervoso Periférico, que é o sistema que realiza toda a conexão do cérebro com o funcionamento dos órgãos, transmitindo mensagens de funcionamento:

Os nervos cranianos fazem a conexão com os órgãos dos sentidos e com músculos esqueléticos da face; o nervo vago faz a conexão com o coração e alguns órgãos digestórios e respiratórios. Cada nervo é formado por dezenas e até centenas de prolongamentos de neurônios, as neurofibrilas (ou fibras nervosas), envolvidos por tecido conjuntivo.

No sistema nervoso periférico encontram-se:

- Nervos sensitivos: que recolhem informações dos órgãos dos sentidos e dos órgãos internos;
- Nervos motores: que levam mensagens do sistema nervoso central para os músculos e para as glândulas;
- Nervos mistos: com fibras nervosas sensitivas e motoras.

Figura 4- Sistema Nervoso Autônomo



Fonte: Livro Psicomotricidade

Dalgarrondo (2014), faz um mapeamento da evolução cerebral e do sistema nervoso em diversas classes de animais. O autor destaca que a maior diferença evolutiva entre os mamíferos e outros animais é a evolução do córtex:

Um significativo aumento do córtex cerebral, de modo geral, é o aspecto pelo qual os mamíferos se diferenciam de forma mais profunda das outras classes de animais, aumentando suas possibilidades comportamentais e cognitivas (em termos de flexibilidade e aprendizagem) (DALGALARRONDO, 2014, p. 162)

Diante dos mistérios do funcionamento do Sistema Nervoso, e da necessidade de compreender seu potencial regenerativo e de proteção do organismo, surgiu a Neurociência, em 1970. Muitas considerações sobre o Cérebro vêm sendo feitas acerca do seu desenvolvimento físico e as funcionalidades às quais ele manifesta. Pinheiro (2010), ao falar sobre o desenvolvimento cerebral da criança e a aprendizagem, considera todo o desenvolvimento do Sistema Nervoso desde o início, e suas particularidades no que se refere ao objetivo de aprender.

O cérebro em desenvolvimento é plástico, ou seja, capaz de reorganização de padrões e sistemas de conexões sinápticas com vistas à readequação do crescimento do organismo às novas capacidades intelectuais e comportamentais da criança.

As células em desenvolvimento têm maior capacidade de adaptação do que as maduras; por isso, com o avanço da idade e diminuição da plasticidade, a aprendizagem requer o emprego de muito mais esforço para se efetivar. Logo, as pessoas não deixam de aprender quando amadurecem, mas perdem um pouco das vantagens naturais (DALGALARRONDO, 2014, p.44).

A plasticidade cerebral foi uma das maiores surpresas da Neurociência. Anteriormente não era considerada a possibilidade de regeneração de neurônios ou readaptação de áreas do cérebro remanescentes de um acidente, por exemplo. O Sistema Nervoso em virtude das circunstâncias, através do cérebro pode ajudar a promover uma especialização cerebral que venha a suprir as necessidades requeridas de uma parte prejudicada. Tal movimento pode acontecer por influência genética e ambiental.

A Neurociência estuda todos os processos de funcionamento e desenvolvimento do ser humano de forma concreta e também seus processos abstratos. Seu interesse visa compreender como podem ser interpretados os fenômenos que acontecem com o cérebro, o traduzindo em teorias procedimentos e informações que possam ajudar a curar, reproduzir estímulos favoráveis e facilitar o desenvolvimento de novas alternativas e habilidades em situações adversas. A correlação entre comportamento e processos cerebrais é um método muito usado para tirar algumas conclusões.

CAPÍTULO III- CONDIÇÕES CLÍNICAS

3.1 O DESENVOLVIMENTO DE CONDIÇÕES CLÍNICAS NO SURGIMENTO DA PSICOSE: ASPECTOS FAVORÁVEIS E RETARDADORES

Os processos formativos da personalidade são referenciados por diversos tipos de teoria da personalidade. Podemos citar as teorias de base psicanalítica como Freud, Winnicot, Klein, dentre outros, considerando que os aspectos fundamentais da personalidade, muito mais que influenciados por questões biológicas e genéticas, passa a ser influenciado pelo ambiente e pôr como acontece a elaboração das pessoas diante dos fatos ocorridos.

Frankel (2021), descreve o desenvolvimento da psique adolescente como um período desafiador e delicado, algo muito complicado de se desenvolver, uma vez que requer coragem, e uma reelaboração de fatos ocorridos na infância que permitam o desenvolvimento saudável e um amadurecimento tranquilo e necessário a essa fase. Porém, quando o período de desenvolvimento não é tranquilo e favorável às condições históricas e externas em sua vida, é possível que muitas questões se tornem aversivas e proporcionem um processo de adoecimento da psique e da forma como esta vai funcionar e se estruturar daqui pra frente.

Laufer e Laufer (1984 *apud* FRANKEL, 2021), com base na teoria de Freud sobre o amadurecimento do sujeito, consideram que pode haver um rompimento no amadurecimento do adolescente, à medida que aspectos corporais não são aceitos ou renegados impedindo sua integração. Tal opção, porém não é literal, ela é simbólica e integradora de um conjunto complexo de questões que estruturam a psique. Falando sobre uma outra ótica, a escola analítica do desenvolvimento considera que os aspectos integrativos são necessários para articular uma condição naturalmente fragmentada:

O processo deintegrativo/integrativo corresponde ao sistema de abertura e fechamento do self, que permite o amadurecimento psicológico. A Escola Analítica do Desenvolvimento aplica o processo de integração e deintegração de Fordham à adolescência para articular uma compreensão teórica da natureza fragmentada do estado mental nesse período. A puberdade é vista como o gatilho da deintegração do self, que abre o adolescente para experiências internas e externas. O estado

deintegrado causa transtorno e confusão, mas, analogamente à ideia da regressão do ego de Blos, é necessário para o progresso do desenvolvimento (FRANKEL, 2021, p.54).

Fordham faz uma distinção clara entre deintegração e desintegração, na qual o ego é sobrecarregado de forma tão intensa que se desorganiza irreversivelmente. A fronteira entre os estados de integrativos e desintegrativos tem implicações terapêuticas significativas. Identificar a direção de uma série de eventos e decidir entre intervir ou não com base na capacidade do adolescente de se reintegrar é uma das principais distinções que um terapeuta deve fazer. Um erro comum em muitos tratamentos é o pânico prematuro frente a um processo natural de desintegração, que pode bloquear a reintegração natural e, com isso, impedir a continuação do amadurecimento (FRANKEL, 2021, p.55).

O adolescente não pode crescer e amadurecer, se a ele não for possibilitada uma vivência e uma gestão de sua autonomia, ao ponto de permitir a reelaboração de fatos passados, releitura e posicionamento ante as suas novas escolhas. O acompanhamento do processo com atenção pode evitar diversos desvios ou mesmo colaborar na compreensão de que não há uma regularidade, previsão ou ordenamento psíquico conforme os sintomas e dificuldades aparecem. Em muitos momentos outras condições relacionadas a experiência, a paciência no acompanhamento, a capacidade de reversão e transformação, dentre outros, conduzirão o profissional técnica e intuitivamente a direcionar e diagnosticar o processo corretamente.

Mascarenhas (2008), nos repassa a informação, de que a Psicose é o distúrbio mais temido por adolescentes, segundo avaliação da ASAS, Avaliação e Seguimento de Adolescentes e Adultos Jovens, grupo de pesquisa do Instituto de Psiquiatria no Hospital das Clínicas em São Paulo. O imaginário da perda de controle, da confusão mental, da inabilidade comunicativa manifestando estruturas desconexas e impróprias através da fala, personaliza a falta de controle no imaginário e a imagem mais comum e degenerativa da loucura. Para o adolescente tal investimento mental acentua questões infantis relacionadas ao medo, a desesperança e ao imaginário de negatividade, relacionado ao futuro. Medeiros, Mishima-Gomes e Barbieri (2011) apresentam aos seus leitores condições estruturais de vínculo familiar em crianças com pré-estrutura de personalidade psicótica. Para eles a estrutura de personalidade psicótica se caracteriza por frustrações precoces no desenvolvimento do indivíduo. Em um estudo de caso apresentado pelos autores, uma criança de 7 anos por privação afetiva da mãe, figura paterna conflituosa e exigências direcionadas a si, por um comportamento mais maduro, demonstrou aspectos psicóticos manifestado por dificuldade de contato com a realidade e

fragmentação. Inicialmente a forma com a qual a criança, e o jovem estabelecem e mantêm os vínculos são fundamentais, principalmente no que se refere a relação materna.

As figuras parentais de investimento emocional na fase prematura da criança serão importantes inclusive para que ela consiga ter as experiências dos processos, alcançando também a maturação necessária na vida. Medeiros, Mishima-Gomes e Barbieri (2011), abordam os aspectos estruturais da personalidade, como uma referência fundamental de compreensão daquilo que não deu certo. Bergeret (1998 *apud* MEDEIROS; MISHIMA-GOMES; BARBIERI, 2011) define a personalidade como um arranjo estável que pode ser mutável, composto de elementos que compõem a psique e são responsáveis pela sua regulação, os mecanismos de defesa, relações com objetos, a evolução libidinal e egóica, dentre outros. A constituição da personalidade se firma da seguinte forma:

Assim, nos estágios iniciais infantis há uma indiferenciação entre o eu e o não eu, que evolui para uma pré-organização, momento em que surgem as primeiras evidências de maturação do ego. Após esse período de pré-organização, deverá haver estruturação da personalidade, que poderá ser psicótica ou neurótica, fato que depende do potencial hereditário e de experiências vividas até o momento (MEDEIROS; MISHIMA-GOMES; BARBIERI, 2011, p.4).

A partir da constituição da personalidade e seus conflitos típicos, somada às condições relacionadas a déficits pessoais, criam-se milhares de alternativas a desorganização psicológica, pois a fase é uma fase de instabilidades. Tanta instabilidade cria uma série de estados mentais confusos e que distorcem o sentido de muitos episódios mentais, na explosão e manifestação de sentimentos que por vezes são incontroláveis. Para o desenvolvimento de uma condição favorável a Psicose, devem ser estabelecidas algumas condições específicas que facilitem o aparecimento da doença, muitas delas indícios temporários que podem evoluir para questões mais sérias.

Um dos principais problemas relacionados a esta questão está na diferenciação por exemplo entre episódios de Psicose, os chamados Surtos Psicóticos Breves; Distúrbios Psicóticos Breves, os Transtornos Psicóticos Breves e a Psicose propriamente dita. O Surto Psicótico, está relacionado a episódios repentinos e temporários de comportamento psicótico, com delírios, alucinações e confusão mental. Os episódios podem durar apenas 1 dia ou 1 mês, mas podem ser graves o suficiente para colocar pessoas em perigo (INTERHELP INTERNAÇÃO, 2020). Este quadro pode acontecer pela primeira vez em um indivíduo na casa dos 20 a 30 anos. O Distúrbio Psicótico Breve não configura uma condição crônica de saúde mental, ocorre com uma duração limitada, e não é desencadeado pelo abuso de drogas ou álcool.

O Transtorno Psicótico Breve é descrito da seguinte forma pelo site Interhelp Internação:

O transtorno psicótico breve pode ser caracterizado como uma síndrome psicótica que apresenta o início súbito de, ao menos, um sintoma psicótico, que pode durar no mínimo um dia e no máximo um mês.

Já o Transtorno Psicótico agudo, é caracterizado da mesma forma que o breve diferindo apenas de denominação em sistemas de referências de doenças. No DSM- V (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) utiliza-se a nomenclatura “breve” e no CID-10 (Código Internacional de Doenças), utiliza-se a nomenclatura “agudo”.

Ao falarmos de vários tipos de Psicose, não poderíamos esquecer do Transtorno Psicótico Induzido por Substâncias, um dos mais comuns detectados nessa categoria. Neste tipo de psicose, acontece a ocorrência de sintomas psicóticos, em decorrência do consumo de drogas ou medicamentos psicoativos. Neste caso, o uso de drogas interfere em áreas do cérebro que aumentam o efeito proporcional da dopamina afetando a ação executora do cérebro, o processamento emocional e de recompensas além da regulação de circuitos, o que a longo prazo altera toda uma dinâmica de desenvolvimento cerebral provocando, possivelmente, um diagnóstico definitivo de psicose também condicionado a abstinência das substâncias viciantes.

Freitas-Silva e Ortega (2014), em seu trabalho buscam a identificar estratégias possíveis a intervenção precoce na ocorrência de Psicose. A proposta desenvolvida ao longo do texto divide a análise dessa possibilidade em três etapas: “1- a do surgimento das ações no contexto de refinamento da clínica do primeiro surto; 2- a da sistematização controversa da noção de estado mental de risco; 3- a da formalização da proposta de nova categoria diagnóstica durante a elaboração do DMS-5” (FREITAS; ORTEGA, 2014, p.729). O contexto histórico e social da doença e os dados coletados de acordo com sua detecção no sistema de saúde, indicam que:

[...] o tempo entre a eclosão do primeiro episódio psicótico e o início do tratamento, é um fator potencialmente modificadora do prognóstico da doença, cujo entendimento pode dar ensejo a estratégias terapêuticas e iniciativas de saúde pública inovadoras [...] Neste período o indivíduo estaria exposto a prejuízos psicossociais e ao início de uma trajetória de dificuldades que tenderiam a se agravar (FREITAS-SILVA; ORTEGA, 2014, p.731).

As propostas interventivas em estado precoce do desenvolvimento da doença são uma realidade, mas cada vez mais os critérios avaliativos de intervenção e análise da condição dos sujeitos são requeridos para um maior controle dos resultados. McGorry (2008 *apud* FREITAS-SILVA; ORTEGA, 2014), a partir de suas experiências resolveu separar em três tipos os grupos com critérios de situação mental de risco:

O modelo define três grupos de critérios para a identificação do estado mental de risco, sendo necessária a ocorrência de ao menos um deles: a) Grupo de sintomas psicóticos atenuados: presença de ao menos um sintoma psicótico positivo atenuado durante o ano anterior; b) Grupo dos sintomas psicóticos intermitentes, breves ou limitados: presença de episódios psicóticos evidentes, mas momentâneos, que cessaram espontaneamente em até uma semana; c) Grupo dos traços ou fatores de risco: presença de risco genético (parente de primeiro grau com transtorno psicótico ou transtorno de personalidade esquizotípica) e ocorrência de deterioração funcional do indivíduo (FREITAS-SILVA; ORTEGA, 2014, p.734).

Após um período de intervenções precoces em grupos identificados com estas características, uma taxa de 40% dos sujeitos teve o seu estado identificado como Psicose em até 12 meses, mostrando uma certa efetividade no reconhecimento de pessoas em condição de risco. Outros processos também são utilizados como reconhecimento de possíveis tendências ao desenvolvimento de psicose, como sugere pesquisas realizadas sobre essas manifestações no cérebro.

Segundo pesquisas realizadas em parceria entre Canadenses (Universidade de Western e no Instituto de Pesquisa em Saúde Lawson) e suíços (Universidade de Basileia), as dobras do cérebro podem ajudar a servir como roteiro para o diagnóstico de pacientes com maior risco de psicose. 1 em cada 7 jovens apresentam sintomas de psicose, mas apenas 1% destes desenvolvem transtorno de longa duração. A constatação se apresentou da seguinte forma: Utilizando exames de ressonância magnética (MRI), os cientistas identificaram uma relação entre as dobras (também chamadas de giros) com o surgimento da psicose. Acontece assim: elas interagem entre si em um processo conhecido como “gyrification”. No caso de pacientes com alto risco de desenvolver psicose, essa relação é prejudicada.

Pessoas com menor interação entre esses dobramentos teriam maior risco de apresentar quadros psicóticos ao longo da vida. Ao analisar escaneamentos cerebrais de pacientes com risco, os pesquisadores foram capazes de prever com 80% de precisão quais desenvolverão a doença. (post Secad + Artmed)

Reflexões atualizadas sobre a doença e sobre aspectos antecipatórios a sua ocorrência garantem que parte dos procedimentos até agora aplicáveis estão no caminho de compreender como estabelecer limites e critérios de reconhecimento entre os limites da saúde e da patologia. Para Freitas-Silva e Ortega, 2014, a imprecisão de como trabalhar com o conceito de “risco” e de “antecipação a um quadro patológico” é uma das principais problemáticas a escolha de critérios válidos:

O desafio de elaborar um critério diagnóstico- que, por definição, encontra-se no espaço intermediário e fluido entre a normalidade e a patologia mental - ficou evidente durante a discussão que precedeu a publicação do DSM-5. Para além da dimensão classificatória propriamente dita, com a ascensão da lógica do risco na psiquiatria verificamos a tendência

de indefinição das fronteiras entre normalidade e patologia. Tradicionalmente definidas pelas categorias diagnósticas, essas fronteiras vão se tornando cada vez mais imprecisas e, conseqüentemente, mais sujeitas à contestação quando o risco passa a ser utilizado como critério para a construção de categorias diagnósticas ou como fundamento para a elaboração de intervenções clínicas. Cabe questionar que benefícios a apropriação da lógica do risco traria ao campo do cuidado em saúde mental (FREITAS-SILVA; ORTEGA 2014, p.737)

3.2. ASPECTOS FAVORÁVEIS

Existem aspectos que são considerados facilitadores ou favoráveis ao desenvolvimento de Transtornos Psicóticos de qualquer natureza. Dentre estes podem ser citados por exemplo as pessoas que apresentam transtornos e traços de personalidades pré-existentes.

Pessoas que habitualmente cultivam realidades outras destoantes daquelas manifestas a sua volta, como por exemplo, pessoas que cultivam atividades que cultivam o isolamento, que cultivem hábitos solitários e de cultivo de manifestações comunicativas baseadas e, contextos de solidão. Os breves surtos psicóticos não têm causa clara, porém, um grande estresse ou trauma pode causar um episódio dessa natureza. Distúrbios como esses também podem ser originados por questões genéticas, biológicas, ambientais ou neurológicas para esse episódio.

3.3. RETARDADORES

Cada vez mais estudos que visam compreender e os movimentos dos sujeitos que levam a psicose, tem surgido com o objetivo de proporcionar alternativas eficazes, ágeis e adequadas ao contexto de contenção e/ou redução do aparecimento de características específicas indicadoras deste diagnóstico. Para Freitas-Silva e Ortega (2014), atividades tanto individuais como em grupo, acompanhadas de doses baixas de neurolépticos, foi uma alternativa configurada em um sistema de intervenção com abordagem terapêutica conhecida em diversos países, da América a Europa e Ásia.

Efeitos a longo prazo dessa intervenção, têm sido solicitados em uma real eficácia, uma vez que objetivos de evitar o surgimento do primeiro surto e a instalação da doença deveriam ser medidos na sua comprovada eficácia. A existência desse programa de prevenção já é uma realidade, e através dele cada vez mais estudos são promovidos com o objetivo de compreender aspectos facilitadores, perturbadores e influenciadores dessa condição.

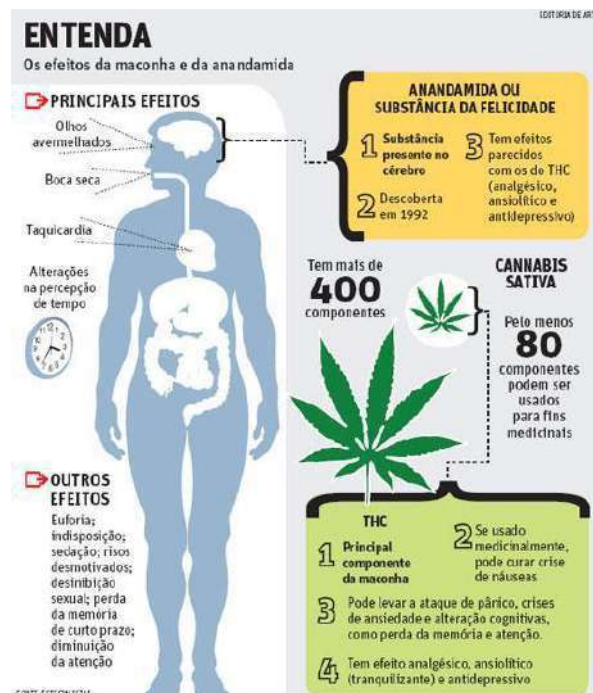
O retardamento da psicose subclínica nos casos de envolvimento com a maconha vem sendo muito discutida não só do ponto de vista da prevenção a episódios psicóticos, mas no ponto de vista da sujeição do organismo a parâmetro aceitáveis de controle e regulação de si mesmo quando não

relacionados a fatores preponderantes para pertencimento a realidade diagnóstica. A partir dessa temática, já se abrem diversas questões a serem discutidas não apenas em relação a evitação, mas também algumas consequências relacionadas a administração de medicamentos, a pesquisa de substâncias que tratam a dependência, a identificação de substância de próprias do cérebro para a compensação (UNIAD, 2010), dentre outras.

De acordo com algumas pesquisas que estão sendo realizadas, descobriu-se que uma substância encontrada no próprio cérebro, pode combater o vício, e por isso ajudar no controle da psicose subclínica. Conhecida como Anandamida, essa substância tem efeitos semelhantes ao da droga, e está sendo estudada para combate ao vício por pesquisadores da UFMG e da USP.

O especialista explica que o THC é negativo para o usuário por causar um desequilíbrio cerebral. Isso porque os receptores existentes no cérebro deveriam reagir apenas com a anandamida. Mas, quando consumido, o THC ocupa o espaço dessa substância natural e se liga a esses receptores. Os resultados disso na prática são perda de memória, lentidão de pensamentos, entre outras consequências negativas. (veja quadro).

Figura 5- Comparação dos efeitos da Maconha e Anandamida



Fonte: <https://www.antidrogas.com.br/2010/09/16/substancia-do-cerebro-pode-combater-vicio-da-maconha>

O conhecimento do efeito da Cannabis sobre os processos cerebrais corticais está aumentando, por isso alguns outros estudos têm sido realizados como método de investigação a alternativas de combate ao vício. Neste caso podemos falar da Estimulação Magnética Transcraniana – TMS que tem sido aplicado como mais uma alternativa em usuários de cannabis, mostrando redução da inibição cortical de curto intervalo (SICI), reduzindo a frequência de atividades cerebrais relacionadas a manutenção do vício.

Outro dado considerável sobre a redução da incidência de psicose, está relacionado ao consumo de ácido graxo ômega 3, contido nos peixes, como agente preventivo de Psicose por aproximadamente 7 anos. Tal condição é confirmada por um estudo da *International Early Psychosis Conference*, em Tóquio, e corroborada por uma outra intervenção feita em parceria por pesquisadores da Universidade de Melbourne e da Medical University de Viena. No total, 11 estudos atestaram redução nas possibilidades de intercorrência de episódios psicóticos, quando se utilizou essas substâncias por 1 ano. Tal resultado tem sido corroborado também pela utilização destas substâncias no grupo de intervenção antecipada contra a doença. O ômega 3 também atua modulando os níveis de dopamina e serotonina no cérebro, estes associados a distúrbios emocionais e a biologia da psicose.

Em 2010, o grupo de Amminger, previamente demonstrou que uma intervenção de 12 semanas com o ácido graxo poli-insaturado de cadeia longa ômega 3 (PUFA) reduziu o risco de progressão para psicose em jovens (em alto risco), ao longo de um período de um ano. “Uma

descoberta surpreendente do nosso ensaio de 2010,” explicou Amminger, “foi a de que os efeitos do tratamento foram mantidos após a cessação da intervenção experimental”. No entanto, ele ressalta que os experimentos com medicamentos antipsicóticos não encontraram isso. “Assim, a nossa descoberta sugere que os PUFAs (ômega 3) podem, pelo menos, retardar o aparecimento da psicose nos indivíduos com formas atenuadas da psicose”.

De acordo com Amminger (2010), a diferença entre os grupos de intervenção no risco de progressão para a fase ativa foi de 22,6% em 12 meses; em 7 anos de seguimento, a diferença foi de 30%.

Notavelmente, os resultados de ensaios clínicos são corroborados por uma série de estudos de biomarcadores relacionados (publicado no *Molecular Psychiatry* e na imprensa em *Translational Psychiatry*), mostrando que certos ácidos graxos previnem a conversão para a psicose, mas também a resposta às intervenções (AMMINGER et al., 2010).

Descobertas como as descritas acima, são achados muito importantes no trato e desenvolvimento de alternativas para retardar ou impedir o aparecimento de psicose, interferindo nas suas consequências programadas inclusive pelo uso de maconha. Esperamos que mais reflexões e estudos sejam divulgados e promovidos para a ajuda no desenvolvimento de novas alternativas à redução de danos neste sentido.

CAPÍTULO IV - DETECÇÃO PSICOSE

4.1. FORMAS DE DETECTAR A PSICOSE SUBCLÍNICA EM USUÁRIOS DE MACONHA: ANÁLISE DE INSTRUMENTOS

Os comportamentos em anteceder um surto psicótico pela primeira vez, nem sempre são reconhecidos com antecedência, a depender de fatos como o que o paciente vem apresentando de forma explícita e ainda de seu histórico comportamental referente a sintomas específicos. Cheniaux (2015), em seu livro Manual de Psicopatologia, introduz o leitor a uma compreensão completa dos episódios caracterizados como desta natureza, tanto de forma histórico/teórica, quanto de forma interpretativo/compreensiva dos fenômenos e metodologias que ajudam no restabelecimento das questões e doenças apresentadas.

Para se chegar à compreensão do desenvolvimento de uma doença, de como os sintomas surgiram, sua etiologia, qual o grau de comprometimento, as áreas afetadas, dentre outras questões é necessário desenvolver um plano avaliativo diagnóstico e de acompanhamento. Cheniaux (2015) classifica a avaliação psiquiátrica como um conjunto de atividades que visam coletar informações de reconhecimento histórico e da atualidade, bem como de se utilizar de exames específicos que levem a conhecimento do avaliador, qual o quadro formal e intuitivo da condição psicopatológica manifesta.

A estrutura principal dessa prática, inicia com a entrevista psiquiátrica que é a base da anamnese, levando o avaliador a considerar quais processos avaliativos e exames serão necessários para o cumprimento de uma avaliação bem desenvolvida e minimamente completa para o fechamento diagnóstico. A entrevista psiquiátrica possui 3 objetivos principais: formular diagnóstico, formular um prognóstico e planejar os passos do tratamento/acompanhamento. Cheniaux (2015), define algumas regras a serem seguidas no processo de entrevista como forma de potencializar informações e observar o contexto e o quadro, são elas:

No começo, deve-se deixar o paciente falar livremente, e só depois perguntar de modo mais específico temas ou pontos duvidosos.

É preciso saber quando e como interromper o paciente: sem cortar o fluxo da comunicação, mas sem deixar que a minuciosidade ou a prolixidade (alterações da forma do pensamento) logo prejudiquem a obtenção da história clínica. Sempre controlar e dirigir a entrevista.

Não formular as perguntas de maneira monótona ou mecânica. O diálogo deve ser tão informal quanto possível.

Evitar perguntas muito sugestivas, fechadas, que podem ser respondidas com um simples sim ou não: é melhor perguntar “Como você está se sentindo?” do que “Você está ansioso?”

Não aceitar jargões fornecidos pelos pacientes, como “nervoso”, “deprimido”, “tenho pânico”: pedir que ele explique o que quer dizer com essas palavras.

Certificar-se de que o paciente compreende as perguntas: utilizar linguagem acessível, sem termos médicos (CHENIAUX, 2015, p.22-23).

Além da anamnese existem outros componentes que são desenvolvidos nas demais etapas da investigação terapêutica, são eles: “O exame psíquico, a sùmula psicopatológica, o exame físico, os exames complementares, o diagnóstico (sindrômico e nosológico) e a conduta terapêutica.” (*ibidem*, p.23).

No exame psíquico os aspectos observacionais são mais válidos do que outras questões que são apenas constituídas na referida fala do paciente, porém, ele se restringe apenas às reações alteradas durante a entrevista.

Em alguns casos os sintomas apresentados são bem similares ou configuram também, outros tipos de doenças em diversas categorias. Assim sendo é necessário aplicar uma técnica chamada diagnóstico diferencial, que visa identificar por eliminação, sintomas específicos e qual o quadro diagnóstico mais preciso apresentado naquela circunstância. No Manual de Diagnóstico Diferencial do DSM-5, podemos encontrar várias reflexões e descrições sobre processos que envolvem o desenvolvimento desta técnica de análise. No manual são descritos 6 passos básicos que fazem referência ao diagnóstico diferencial:

- 1) excluir a simulação e o transtorno factício,
- 2) excluir uma etiologia de substância,
- 3) excluir uma condição médica etiológica,
- 4) determinar o(s) transtorno(s) primário(s) específico(s),
- 5) diferenciar o transtorno de adaptação das outras condições especificadas e não especificadas residuais, e
- 6) estabelecer o limite em relação à inexistência de transtorno mental (DSM- 5, 2013, p.1).

O diagnóstico diferencial costuma realizar uma seleção, dentre várias possibilidades de diagnóstico, aquela que mais se assemelha a um conjunto de características concisas em uma aplicabilidade determinada. Mas, não é errado desenvolver a ideia de múltiplos diagnósticos, uma vez que essa condição mantém a atenção do profissional ao desenvolvimento do acompanhamento e as respostas obtidas a partir deste. Não raro é possível que existam também, a comorbidade entre transtornos, sendo estes extremamente relevantes a compreensão do contexto e a configuração da

dinâmica do sujeito. O Manual sobre o referido assunto do DSM-5 classifica 6 formas de apreensão de diagnósticos em comorbidade:

- 1) a condição A pode causar ou predispor à condição B;
- 2) a condição B pode causar ou predispor à condição A;
- 3) uma condição C subjacente pode causar ou predispor ambas as condições A e B; 4) as condições A e B podem, na verdade, ser parte de uma síndrome unificada mais complexa que foi artificialmente separada no sistema diagnóstico;
- 5) a relação entre as condições A e B pode ser artificialmente aumentada pela sobreposição de definições; e
- 6) a comorbidade é o resultado de uma ocorrência casual que pode ser mais provável para aquelas condições que têm altas taxas de base (DSM-5, 2013, p.12).

O indicativo acima apenas contribui para uma questão organizativa acerca do raciocínio diagnóstico e terapêutico, levando o profissional a compreender algumas das formas possíveis de correlação e interdependência quando existem transtornos coexistentes. Os diagnósticos, não necessariamente, determinam uma condição patológica definitiva ou a sua gravidade, apenas visam configurar estados e etiologias particulares e específicas aquele sujeito naquela condição, tendo em vista o seu histórico de vida. Determinar não é exatamente fechar uma questão em definitivo impedindo a sua mudança ou reavaliação, pelo contrário.

Gee e Cannon (2011), em seu artigo “Previsão de conversão para psicose: revisão e perspectivas futuras.” abordam o assunto da conversão para psicose de jovens em risco, que apresentaram sintomas “de intensidade sub-psicótica, risco genético e declínio de funcionamento mental” (p.136). Como resultado deste tipo de investigação os resultados mostram que:

Apesar das taxas de transição serem diferentes entre os estudos, os estudos de mais peso encontraram taxas de conversão para psicose entre 30% e 40% em pacientes acompanhados por dois a três anos. Entre os estudos, gravidade de sintomas positivos subclínicos, pior relacionamento social e risco genético para esquizofrenia parecem ser preditores consistentes de conversão para psicose, com algoritmos combinando esses indicadores alcançando poder preditivo positivo $\geq 80\%$. Ainda assim, uma fração substancial de casos em UAR não converte para a psicose. Trabalhos recentes indicam que casos em UAR que apresentam níveis mais baixos de sintomas negativos e níveis mais altos de bom relacionamento social apresentam maior probabilidade de recuperação dos sintomas e de não mais preencher os critérios para estado mental de risco. Em geral, parece que 1/3 dos casos de UAR convertem para psicose, cerca de 1/3 não convertem, mas se mantêm sintomáticos e com comprometimento funcional, e cerca de 1/3 apresentam recuperação sintomática e funcional. Esforços contínuos para detectar risco precoce para psicose são críticos

para a intervenção precoce e para fornecer uma promessa cada vez maior de retardar ou até prevenir o início da psicose (GEE; CANNON, 2011, p.136).

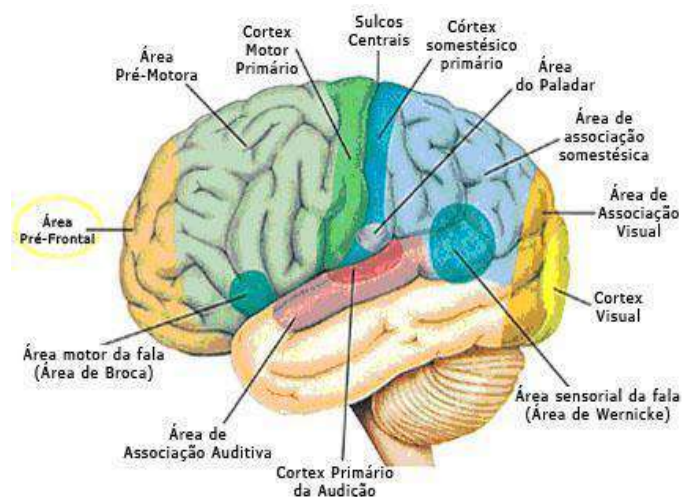
4.2. DEFESAS E FUGA DA REALIDADE X DIAGNÓSTICO DE PSICOSE

O processo de investigação comportamental passa por uma série de questões objetivas e subjetivas que convivem e são constituídas de forma interdependente no funcionamento do sujeito, compondo e proporcionando compreensão de realidades tanto específicas, quanto coletivas. Existem processos que são creditados apenas a capacidade humana e o desenvolvimento de seus processos a partir de atividades racionais/conscientes e que promovem mais consciência, segundo Dalgarrondo (2014). Essa evolução e características específicas da espécie humana desde muito tempo tem sido mapeada pela descoberta de que áreas distintas são responsáveis por funcionamentos distintos, bem como sua danificação também pode afetar todo o funcionamento de uma estrutura.

Desde o início do século XX, os neurocientistas conseguiram identificar que, no córtex cerebral humano, há entre 40 e pouco mais de 100 “áreas”, com características estruturais e funcionais mais ou menos distintas. O trabalho fundamental de mapeamento dessas áreas foi iniciado pelo importante neurocientista Korbinian Brodmann (1868-1918). Na primeira década do século XX, ele produziu um mapa histológico relativamente completo de todo o córtex cerebral humano, identificando, a princípio 46 áreas, e logo procurou verificar como, em distintos animais, o córtex se organiza (Figura 6.8). Duas décadas depois, von Economo e Koskinas publicaram seu famoso atlas, no qual identificaram 107 áreas corticais no cérebro humano, que são úteis até hoje, sobretudo em estudos de localização funcional. Mesmo que refinamentos e algumas interpretações parciais alternativas tenham sido produzidas depois do trabalho magistral de Brodmann, seus mapas continuam tendo validade ainda nos dias atuais (DALGALARRONDO, 2014, p.210).

As atividades do ser humano não são separadas por áreas no cérebro, diferentemente disso as funções são localizadas por partes, a serem retratadas na figura abaixo:

Figura 6- Representação do cérebro e suas áreas de funcionamento



Fonte: <http://cienciasecognicao.org/neuroemdebate/arquivos/3340>

Uma lesão, a ser acometida em uma área específica do cérebro, nem sempre causa um dano irreversível a uma função específica, graças a uma condição descoberta por cientistas denominada, neuroplasticidade. Dessa forma, também é possível compreender que algumas alterações no funcionamento cerebral podem ser temporárias, acometendo o sujeito a questões que podem ser reguladas e que não chegam a preencher todos os requisitos diagnósticos para a classificação de um transtorno.

4.3 SINTOMAS E O DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE PSICOSE

No final do Século XIX, o termo psicose abarcava uma série de doenças mentais, atingindo uma totalidade da personalidade, sendo ainda distinguidas das neuroses, não tão profundas. (Leader, 2013 *apud* GARCIA NETO; TAURUS, 2015) confirmam a grande referência a psicose como um processo:

Emil Kraepelin e muitos outros psiquiatras do fim do século XIX e início do século XX concederam um lugar especial a psicose: o curso da doença determinaria sua forma de classificação. A dementiapræcox, por exemplo, caminharia para o empobrecimento cognitivo e afetivo.

A psicose mostrou-se muito enfática e representativa na maioria dos transtornos mentais, e embora fosse considerada como um símbolo da degeneração psíquica, ela aparecia sendo defendida como um recurso mental existente a partir de agentes que impediam o ego de existir. Porém, a partir da metodologia de Freud no tratamento das doenças mentais, ele passava a perceber que as instâncias que ele começou a formalizar no funcionamento da psique não eram satisfatórias ao trânsito de conteúdos psíquicos (GARCIA NETO; TAURUS, 2015). Com o aparelho psíquico constituído com base fundamental no EGO, muitos aspectos de compreensão da questão foram se esclarecendo: as defesas e fuga da realidade se constituíam aspectos da neurose evitando confrontos, ao passo que para a psicose estas eram apenas impulsos para a construção de uma nova realidade.

Sintomas não ligados à neurose, provavelmente se encaixavam na psicose devido a uma extrema condição de inadequação e sofrimento. Ao se explicar, porém, os processos de desenvolvimento e doença mental, ambas as enfermidades poderiam ser levadas a uma completa remissão a partir da sua compreensão. Para Lacan a Psicose se configura na estruturação do indivíduo visando seu suporte baseado em uma realidade completamente subjetiva, isenta de referências:

Em termos formulados por Lacan (1955), no seminário sobre as psicoses, o que aponta é justamente uma efetivação da exclusão funcional de um significante e de uma extinção de formas de representação, ou seja, é um decreto de corte, um desligamento. Mas as discussões em torno do vazio que este corte provoca, aposta que não significa a impossibilidade a oportunidade de que o sujeito se aproxime do mundo dos significantes, e assim, tocar nas vestimentas simbólicas, tecendo suas próprias costuras (GARCIA NETO; TAURUS, 2015, p. 157).

Para Mascarenhas (2008) a psicose é um distúrbio dos mais difíceis de lidar:

Psicoses são doenças difíceis de serem diagnosticadas, elas podem aparecer subitamente ou aos poucos. Os Psicóticos têm menor habilidade de mobilizar, deslocar, manter ou dirigir a atenção de acordo com a própria vontade. Uma das principais características do indivíduo é a falha em quantificar e classificar a prioridade dos estímulos. O paciente é incapaz de distinguir não só os estímulos externos como também os internos, logo a capacidade de agir sobre a realidade é imprevisível e diminuída. É muito importante que o tratamento comece o mais rápido possível (MASCARENHAS, 2008).

É importante compreender que existem muitos sintomas que podem caracterizar a psicose, alguns mais comuns e outros mais específicos a cada situação, mas todos imprevisíveis em reação e mobilização a partir do portador desta condição. Podemos destacar o isolamento social, o pensamento bloqueado, a dificuldade de elaborar uma ideia com começo meio e fim, o relaxo com a aparência, agitação e agressividade, elaboração de fala sem nexos, insônia e inapetência, sensações e desconfiança de perseguição, alucinações auditivas, visuais ou olfativas; atribuição de significados diferentes a coisas que realmente estão acontecendo, dentre outros.

CAPÍTULO V- NEUROTOXICIDADE

5.1 O USO DE DROGAS AFETANDO O FUNCIONAMENTO DO ORGANISMO: MACONHA E OUTRAS DROGAS

O organismo, assim como cada um dos seus sistemas fundamentais, tem um ritmo e uma organização pré-estabelecida para executar suas funções habituais, e suas funções de manutenção e equilíbrio. O conhecimento do homem sobre o funcionamento cerebral tem aumentado a cada década de estudo, sendo possível notar alguns diferenciais de funcionamento e características específicas apresentadas nos cérebros humanos em diferenciação a outros tipos de cérebro existentes no mundo animal. A comunicação neuronal no cérebro é estabelecida e mantida por substâncias químicas, os neurotransmissores, que estabelecem conexão por sinapses, descargas elétricas, que criam diversos caminhos para levar uma informação aos centros responsáveis pela distribuição e captação dos comandos.

Como o órgão principal do corpo humano ao lado do coração, o cérebro ao ser mapeado e conhecido de uma forma mais sistemática e lógica, permitiu aos cientistas e profissionais de todas as categorias de saúde apreciar e utilizar-se de medicamentos e procedimentos que revelassem a eficácia de sua ação na recuperação do sistema humano. Para Sadock, Sadock e Ruiz (2017) a evidência de uma boa saúde mental está relacionada ao desenvolvimento dos circuitos cerebrais em uma boa comunicação e regulação, onde distúrbios podem ser facilmente detectáveis em alterações funcionais:

Embora os genes levem à produção de proteínas, o funcionamento real do cérebro precisa ser entendido no nível da regulação de caminhos complexos de neurotransmissão e de redes neuronais dentro de e entre regiões cerebrais. Em outras palavras, o efeito cascata de genes anormais são modificações entre atributos distintos, como projeções axonais, integridade sináptica e etapas específicas da comunicação molecular intraneuronal (SADOCK, SADOCK E RUIZ, 2017, p.3)

O funcionamento cerebral vai sendo regulado a partir das escolhas pessoais e daquilo que o processo de aprendizagem vai proporcionando ao sujeito, através de hábitos cultivados, manias exercidas, compreensão e conscientização de si e do outro, bem como através de quaisquer comportamentos e mudanças que vão acontecendo ao longo do amadurecimento. Apesar dessa constituição que se inicia na adolescência, é possível que novas conexões e novos caminhos sinápticos aconteçam ao longo do tempo, devido a plasticidade do cérebro, porém, esta característica tende a

diminuir com o passar do tempo, tornando os processos de mudança mais complicados e difíceis de serem realizados.

O cérebro é um órgão multifacetado pelo qual todo o planejamento formal e sensorial é executado, e é através deles que o mapeamento da realidade inicialmente ocorre, para que assim que possível os comportamentos sejam captados e transformados de impulsos elétricos para atividades concretas direcionadas pelo sistema motor e os demais sistemas. Em linhas gerais o funcionamento do órgão é disposto através de uma usabilidade representativa que pode ser descrita da seguinte forma:

Os sistemas sensoriais criam uma representação interna do mundo externo transformando estímulos externos em impulsos neuronais. Um mapa separado é formado para cada modalidade sensorial. Os sistemas motores possibilitam que as pessoas manipulem seu ambiente e influenciam o comportamento de outras pessoas por meio da comunicação. No cérebro, as informações sensoriais, representando o mundo externo, são integradas a impulsos internos, a memórias e a estímulos emocionais em unidades de associação, que, por sua vez, dirigem as ações das unidades motoras. Embora a psiquiatria esteja principalmente relacionada às funções de associação do cérebro, uma apreciação do processamento das informações dos sistemas sensoriais e motores é essencial para se distinguir o pensamento lógico das distorções introduzidas pela psicopatologia (COMPÊNDIO DE PSIQUIATRIA, p.4).

As doenças psiquiátricas, ou mentais, encontram no funcionamento cerebral o referencial de diagnóstico visível possível em uma manifestação diferencial em caso de possível identificação sintomática nesse sentido. Em todo caso, nem todo contexto de irregularidade ou disfunção cerebral está relacionado a uma doença mental, em muitas situações e de forma incontestável o cérebro também é o campo do desenvolvimento de questões neurológicas do organismo. Estas nem sempre configuram uma alteração mental constituída, como dizem Sadock, Sadock e Ruiz (2017):

A separação continuada entre a psiquiatria e a neurologia é, em si, um potencial impedimento ao bom tratamento do paciente e à pesquisa. Muitos transtornos neurológicos têm sintomas psiquiátricos (p. ex., depressão em pacientes após um AVC ou com esclerose múltipla ou doença de Parkinson), e vários dos transtornos psiquiátricos mais graves foram associados com sintomas neurológicos (p. ex., transtornos dos movimentos na esquizofrenia). Isso não é surpresa, dado que o cérebro é o órgão compartilhado por doenças psiquiátricas e neurológicas, e a divisão entre essas duas áreas de doença é arbitrária (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017, p. 3).

Em alguns casos essa constatação de que o cérebro é muito mais do que um “portador” de doenças mentais, é de fato um complicador no trato a essas questões. Além de ser um dado confesso de que alterações comportamentais e suas manifestações cerebrais nem sempre são uma afirmativa de diagnóstico de síndromes e transtornos de fato.

Rodrigues e Ciasca (2010), abordam no seu artigo a relação entre cérebro e comportamento, a partir do ponto de vista histórico e considerando os aspectos neuropsicológicos. Foi a partir do século XIX que se começa a manifestar o interesse por uma compreensão e localização das funções cerebrais, como forma de mapear regiões específicas e localizar a fonte de suas potencialidades em uma determinada direção, bem como de seus problemas. Para os autores, Franz Gall (1757-1828), através da Frenologia, concluiu que o cérebro seria constituído por 35 regiões contendo as faculdades intelectuais e os comportamentos emocionais. O desenvolvimento de cada uma dessas partes seria possível ser notado a partir de proeminências no cérebro, através das quais se identificariam as diferenças individuais.

Figura 7- Mapa Frenológico de Gall



Fonte: Rougier e Minniti (2017).

Pierre Flourens (1794-1867) o pioneiro na invenção da anestesia, de posse desse conhecimento, se propôs a investigar a veracidade dos fatos. Inicialmente duvidava das afirmações de Gall achando que era impossível e improvável que se pudesse definir que sessões ao fazerem parte do mesmo órgão, apresentassem influência em sintomas e ocorrências comportamentais de naturezas distintas. Porém, comprovou posteriormente que as funções motoras e sensitivas eram perdidas se ocasionassem lesões, levando a óbito o sujeito se dele fossem extirpadas o tronco cerebral. (ROUGIER; MINNITI, 2017). Suas observações renderam a exata classificação e localização de algumas funções no cérebro, definidas por uma teoria própria chamada de teoria do campo agregado. Esta teoria indicava que por sua forma de constituição e apresentação funcional e importância, o cérebro era um órgão fundamental representativo e matricial do comportamento.

Dentre algumas teorias de compreensão da divisão e do funcionamento cerebral podemos citar Luria (1902 – 1977), que segundo Rodrigues e Ciasca (2010), demonstra a complexidade do funcionamento cerebral indicando a existência de sistemas funcionais complexos, que resultam a partir da ação de várias áreas. Para ele o cérebro está dividido em 3 áreas funcionais principais:

Em síntese, a teoria de Luria propõe que a primeira unidade funcional regula o tono, a vigília e os estados mentais; a segunda unidade obtém, processa e armazena as informações que chegam do mundo exterior e a terceira unidade se encarrega de programar, regular e verificar a atividade mental. Uma das características comuns das unidades funcionais é que elas possuem estrutura hierarquizada, contendo cada uma delas áreas primárias (motoras de projeção), áreas secundárias (motoras superiores) e terciárias (áreas de associação). Essas três unidades atuam em conjunto e possibilitam a realização de funções corticais complexas. (RODRIGUES; CIASCA, 2010, p.125)

É preciso falar que mesmo que consideremos o mapeamento cerebral como uma definição principal para considerar o movimento e o funcionamento do cérebro, há algumas das áreas mapeadas foram atribuídas funções que vão além do desenvolvimento da ótica organísmica. Sendo assim, podemos considerar que a precisão do funcionamento dessas estruturas em separado e de forma integrada, são resultado de uma evolução histórica, do amadurecimento e especialização das mesmas e das formas de funcionamento do cérebro e da disciplina organísmica as quais foram submetidas.

Em acordo com Rougier e Minniti (2017), a importância da existência histórica e social do sujeito comanda e comandou um processo de transformação cerebral ao longo do tempo, o que também se considera, quanto a origem e constituição das patologias.

Segundo Barreto Neto (2021), o uso de substâncias entorpecentes nos mais diversos contextos, nunca foi algo tão incomum desde os períodos pregressos da humanidade. Seja para fins terapêuticos, fins de relaxamento ou entorpecimento o consumo de drogas veio desenvolvendo um histórico de intervenção a partir de causas diversas que por vezes interferem no funcionamento do organismo, e em outros momentos não:

Isso porque é possível distinguir na sociedade usuários que não sofrem abalo no exercício de sua autonomia em decorrência do consumo de psicotrópicos, ao mesmo tempo em que há sujeitos que, mercê dos distúrbios fisiológicos e/ou psíquicos causados pelas drogas ou a elas associados, encontram-se em situação de especial fragilidade, desempoderados, sem condições de tomar decisões autônomas no que toca ao uso (BARRETO NETO, 2021, p.2).

Dentre as principais questões a serem abordadas no funcionamento do organismo considerando o uso de drogas inclui-se: o nível de regulação habitual do cérebro e controle de

possíveis fatores adversos ocasionais após o consumo; a capacidade de manter uma estabilidade a se considerar as estruturas fundamentais do comportamento e relacionadas ao convívio social, cumprimento de regras e senso de realidade; a capacidade de manter em nível satisfatório um funcionamento cerebral isento de uma alta porcentagem de perigo, dentre outras questões que ocasionalmente possam indicar o colapso iminente de determinadas funções e alterações importantes definitivas no funcionamento cerebral.

Ao se considerar o consumo de drogas, normalmente se faz referência a substâncias psicotrópicas ilícitas, como maconha, cocaína, êxtase dentre outras, medicamentos em geral e/ou produtos consumidos pela sociedade, como bebidas alcoólicas, tabaco, energéticos, inalantes e etc. Bertolote (1997 *apud* Barreto Neto, 2021), abordam os padrões de uso de substâncias desta natureza a ponto de compreender suas motivações iniciais:

[...] os padrões do uso de drogas correspondem aos graus de interação que os usuários mantêm com as substâncias autoadministradas, tendo em vista as consequências advindas do uso. Assim, os padrões de uso de drogas são utilizados para identificar tipos diferentes de usuários e tipos diferentes de consumo, classificados a partir do contexto interacional havido entre o consumidor e a substância, bem como considerando o propósito a que se volta o ato do uso.

Importante acrescentar, neste ponto, que não só os efeitos biológicos das drogas no organismo exercem influência na pessoa do usuário, como também as condições socioculturais em que está inserido delineiam um diferente tipo de relacionamento com as substâncias que utiliza (BARRETO NETO, 2021, p.4).

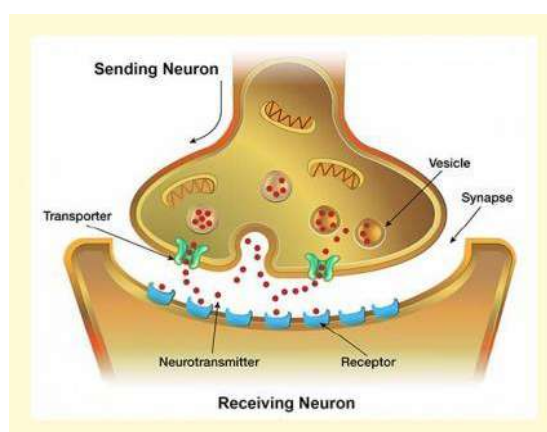
Segundo a OMS, são 5 os padrões de uso de substâncias reconhecidos pela organização: uso experimental, uso recreativo, uso controlado/social/funcional, uso nocivo/abuso e dependência. O padrão experimental se refere ao consumo inconstante e não frequente. O uso recreativo se refere a utilização da substância em padrões e contextos ocasionais, relaxantes, festivos, em contexto de encontros e reuniões. Normalmente nestes se faz uso de drogas ilícitas. O padrão regulado configura o uso de drogas sem compulsão, não existe abuso da substância, nem perigo de dependência. O uso abusivo e a dependência se justificam por si sós, como o uso inadequado de substâncias que promovem alterações prejudiciais no organismo de forma física e psíquica. Já a dependência se caracteriza por sintomas e comportamentos ligados a abstinência, compulsão e tolerância a substâncias utilizadas.

Em quaisquer tipos de consumo de substâncias psicotrópicas encontramos um padrão de alteração para mais ou para menos de acordo com o estudo específico realizado. A experiência na utilização de substâncias comprovadamente tem efeitos no cérebro que são compreendidos em acordo

com o gênero do ser humano, com a sua idade e a história de funcionamento mental pessoal e ontológica da espécie.

O uso de drogas é classificado também em uma divisão analítica relacionada a sua função e ação no organismo. Por exemplo, podemos dizer que existem drogas com características sedativas, estimulantes e perturbadoras, e que por isso provocam sensações e experiências diferentes na ocorrência do seu consumo. A combinação no uso de substâncias além de não ser recomendado sobrecarrega o organismo como um todo do ponto de vista de que podem atingir de forma fatal outros órgãos e interromper o desenvolvimento positivo do ser humano. Segue abaixo a figura 8 que demonstra o processo de transmissão dos impulsos de comunicação através das sinapses promovidas pelo cérebro.

Figura 8- Representação da comunicação realizada pelos neurônios no cérebro



Fonte: Artigo do Instituto Nacional de Abuso as Drogas - NIH.

De acordo com Sherman (2017), colaborador do NIDA, a alteração no cérebro em níveis comportamentais, de pensamento e de sentimento, acontece por conta de interrupções de neurocomunicação entre os neurônios. Para entender um pouco melhor ele explica:

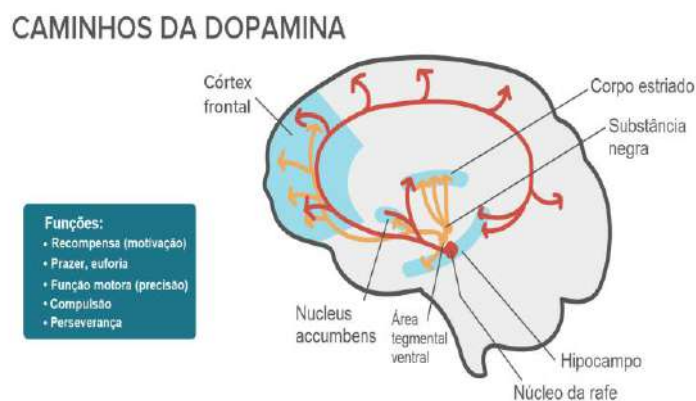
O fluxo e refluxo de neurotransmissores – neurotransmissão – é, portanto, uma característica essencial da resposta do cérebro à experiência e ao ambiente. Para entender a ideia básica de neurotransmissão, pense em um computador. Um computador consiste em unidades básicas, semicondutores, que são organizados em circuitos; processa a informação retransmitindo uma corrente elétrica de unidade para unidade; a quantidade de corrente e sua rota através do circuito determinam a saída final. As unidades básicas correspondentes do cérebro são os neurônios – 86 bilhões deles. O cérebro transmite informações de neurônio para neurônio usando eletricidade e neurotransmissores; o volume desses sinais e suas rotas através do órgão determinam o que percebemos, pensamos, sentimos e fazemos (SHERMAN, 2017, p.1).

A capacidade comunicativa no cérebro da interação entre emissores e receptores também podem ser alteradas na realização de seus processos, aumentando ou diminuindo as forças das

sinapses no futuro, “afrouxando” a potência de processos comunicativos positivos e essenciais para um desenvolvimento saudável. O autor continua explicando:

Normalmente, quando as drogas não estão presentes, o ciclo de liberação, ruptura e reentrada do neurônio mantém a quantidade de neurotransmissor na sinapse e, portanto, a neurotransmissão dentro de certos limites. Na maioria dos casos, quando uma droga viciante entra no cérebro, faz com que a neurotransmissão aumente ou diminua drasticamente além desses limites. (Sherman, 2017, p.2).

Figura 9- Caminhos realizados pela Dopamina e sua função.



Fonte: <https://pt.khanacademy.org/science/health-and-medicine/mental-health/drug-abuse-and-drug-addictions/a/drug-abuse-and-drug-addiction>.

Logo abaixo podemos ver na Figura 10, os principais neurotransmissores responsáveis pelas nossas emoções e funções importantes no nosso desenvolvimento:

Figura 10- Neurotransmissores e suas funções no Sistema Nervoso

NEUROTRANSMISSORES QUE CONTROLAM NOSSAS EMOÇÕES

Farmacêutico
Digital

ADRENALINA

Fuga ou Luta

Liberado pelas glândulas supra-renais que ficam em cima dos rins. A adrenalina, também conhecida como Epinefrina, é um hormônio produzido em situações de alto estresse ou emocionantes. Estimula o aumento da frequência cardíaca, contrai os vasos sanguíneos e dilata as vias aéreas, para aumentar o fluxo sanguíneo para os músculos e o oxigênio para os pulmões.

NORADRENALINA

Concentração e Alerta

A noradrenalina, também conhecida como Norepinefrina, é um neurotransmissor que afeta a atenção e as ações de resposta no cérebro.

Também relaciona-se com processos cognitivos de aprendizagem, criatividade e memória.

DOPAMINA

Prazer

A dopamina está associada a sentimentos de prazer e satisfação. Também está associado ao vício, movimento e motivação.

Alterações dos níveis de dopamina no corpo pode desencadear diversas doenças, por exemplo, a doença de Parkinson e a Esquizofrenia.

OCITOCINA

Amor

Tem como função: promover as contrações musculares uterinas; reduzir o sangramento durante o parto; estimular a liberação do leite materno; desenvolver apego e empatia entre pessoas; produzir parte do prazer do orgasmo; e modular a sensibilidade ao medo (do desconhecido).
Chamado do Hormônio do Amor.

GABA

Calma

O ácido gama-aminobutírico (GABA) é o principal neurotransmissor inibitório do cérebro; seu papel é acalmar os nervos do sistema nervoso central. Altos níveis de GABA melhoram o foco mental e o relaxamento; enquanto níveis baixos podem causar ansiedade e também têm sido associados à epilepsia.

ACETILCOLINA

Aprendizado

É um neurotransmissor de caráter excitatório, que pode agir tanto em sinapses neuronais quanto em placas motoras, que enviam sinais para os músculos. É o principal neurotransmissor envolvido no pensamento, aprendizado e memória.

GLUTAMATO

Memória e Aprendizagem

O glutamato é o neurotransmissor excitatório mais comum no cérebro e está envolvido em funções cognitivas, como aprendizado e memória. Também regula o desenvolvimento cerebral e a criação de contatos nervosos. Em grandes concentrações se torna tóxico para os neurônios, podendo matá-los.

  @farmaceuticodigital

ENDORFINAS

Dor e Euforia

São liberadas no cérebro durante o exercício, a excitação, a dor e a atividade sexual, e produzem uma sensação de bem-estar ou até euforia. Pelo menos 20 tipos de endorfinas foram identificados em humanos. Certos alimentos, como chocolate e alimentos apimentados, também podem estimular a liberação de endorfinas.

SEROTONINA

Humor e Bem Estar

Está relacionada ao nosso bem-estar e felicidade, e nossos níveis são afetados pelo exercício e pela exposição à luz solar. Também ajuda a regular o equilíbrio do humor, o ciclo do sono e a digestão. Ela regula o ciclo do sono, juntamente com a melatonina, e também regula os movimentos intestinais.



Fonte: <https://farmaceuticodigital.com/2019/11/ciencia-das-emocoes.html>

A partir desse esclarecimento, chegamos a algumas informações importantes ao compreender algumas alterações nas transmissões sinápticas em decorrência do uso de substâncias psicotrópicas, segundo dados de Sherman (2017), na tabela 1:

Tabela 1- alterações nas transmissões sinápticas em decorrência do uso de substâncias psicotrópicas

Neuro-transmitter	Distribution in the Central Nervous System	Functions Affected	Drugs That Affect It
Dopamine	<ul style="list-style-type: none"> • Midbrain • Ventral Tegmental Area (VTA) • Cerebral cortex • Hypothalamus 	<ul style="list-style-type: none"> • Pleasure and reward • Movement • Attention • Memory 	<ul style="list-style-type: none"> • Cocaine • Methamphetamine • Amphetamine • In addition, virtually all drugs of abuse directly or indirectly augment dopamine in the reward pathway.
Serotonin	<ul style="list-style-type: none"> • Midbrain • VTA • Cerebral cortex • Hypothalamus 	<ul style="list-style-type: none"> • Mood • Sleep • Sexual desire • Appetite 	<ul style="list-style-type: none"> • MDMA (ecstasy) • LSD • Cocaine
Norepinephrine	<ul style="list-style-type: none"> • Midbrain • VTA • Cerebral cortex • Hypothalamus 	<ul style="list-style-type: none"> • Sensory processing • Movement • Sleep • Mood • Memory • Anxiety 	<ul style="list-style-type: none"> • Cocaine • Methamphetamine • Amphetamine
Endogenous opioids (endorphin and enkephalin)	<ul style="list-style-type: none"> • Widely distributed in brain, but regions vary in type of receptors • Spinal cord 	<ul style="list-style-type: none"> • Analgesia • Sedation • Rate of bodily functions (e.g., breathing) • Mood 	<ul style="list-style-type: none"> • Heroin • Morphine • Prescription pain relievers (e.g., oxycodone)
Acetylcholine	<ul style="list-style-type: none"> • Hippocampus • Cerebral cortex • Thalamus • Basal ganglia • Cerebellum 	<ul style="list-style-type: none"> • Memory • Arousal • Attention • Mood 	<ul style="list-style-type: none"> • Nicotine
Endogenous cannabinoids (anandamide)	<ul style="list-style-type: none"> • Cerebral cortex • Hippocampus • Thalamus • Basal ganglia 	<ul style="list-style-type: none"> • Movement • Cognition and memory 	<ul style="list-style-type: none"> • Marijuana
Glutamate	<ul style="list-style-type: none"> • Widely distributed in brain 	<ul style="list-style-type: none"> • Neuron activity (increased rate) • Learning • Cognition • Memory 	<ul style="list-style-type: none"> • Ketamine • Phencyclidine • Alcohol
Gamma-aminobutyric acid (GABA)	<ul style="list-style-type: none"> • Widely distributed in brain 	<ul style="list-style-type: none"> • Neuron activity (slowed) • Anxiety • Memory • Anesthesia 	<ul style="list-style-type: none"> • Sedatives • Tranquilizers • Alcohol

Fonte: <https://pt.khanacademy.org/science/health-and-medicine/mental-health/drug-abuse-and-drug-addictions/a/drug-abuse-and-drug-addiction>.

Algumas drogas imitam neurotransmissores, outras alteram a neurotransmissão por meios conhecidos ou outros meios. Com o tempo de um uso indiscriminado ou mesmo regular de

substâncias, mudanças na estrutura inicial e função neuronal podem acontecer de forma permanente. Essa mudança de padrão pode causar questões sérias no organismo, ou mais especificamente se transformar em um transtorno por uso de substâncias ou eliciar e agravar outros tipos de transtornos já pré-existentes.

5.2 TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

O cérebro tem sua própria forma de proceder e o tipo de substâncias, o nível e quantidade delas que circula no cérebro é regulado por um sistema que visa manter um bom funcionamento sem grandes excessos ou faltas. Por isso, a ingestão de determinadas substâncias, ou o uso por vias aéreas, podem ocasionar alterações periódicas, ou através de uso a longo prazo, podem causar danos irreversíveis.

Como foi exposto anteriormente, todo o tipo de substâncias que agem como psicotrópicas, sejam elas naturais ou sintéticas, de uso temporário ou extenuante, podem causar alterações temporárias ou mais duradouras e constantes, indicando que efeitos maléficos se instalaram na origem do funcionamento. Nesse momento pode-se começar inicialmente a constatar reações do sistema a descargas e maneiras de amenizar algumas sobrecargas e disfunções implicadas no sistema.

Por exemplo, o cérebro responde a repetidos surtos maciços de dopamina induzidos por drogas, em parte reduzindo seu complemento de receptores de dopamina. Isso alivia a superestimulação do sistema de dopamina pelas drogas, mas também contribui para características de dependência de drogas (por exemplo, suscetibilidade à retirada de drogas) e de dependência (por exemplo, capacidade comprometida de responder às flutuações normais de dopamina produzidas por recompensas naturais) (SHERMAN, 2017, p.7).

Inevitavelmente quando se compreende que o vício em substâncias já se instalou de forma definitiva e envolveu um padrão patológico de comportamento onde os pacientes experimentam problemas relacionados ao uso de substâncias, e mesmo assim fazem uso das mesmas, configura-se o Transtorno por Uso de Substâncias (KOSTEN, 2018).

Para realizar o diagnóstico deste Transtorno é necessário analisar 11 critérios divididos em 4 categorias: Controle Prejudicado quanto ao uso; Prejuízo Social; Uso de risco; e Sintomas Farmacológicos. Kosten (2018), nos fala também de como esse diagnóstico pode ser tratado e do quanto é possível compreender novas metodologias incluídas no tratamento:

O tratamento do transtorno por dependência química é um desafio com um ou mais dos seguintes: desintoxicação aguda, prevenção e tratamento da abstinência, cessação (ou raramente, redução) do uso, manutenção da abstinência. Diferentes fases de tratamento podem ser tratadas com fármacos e/ou aconselhamento e suporte. Questões e medidas específicas são discutidas em outras partes sobre substâncias específicas deste Manual, incluindo Transtornos por uso de álcool e Transtornos por uso de opioides.

O período em que o transtorno se transforma de forma ativa, é um período onde também ele pode ser levado a colaborar com o desenvolvimento de transtornos subjacentes a condição de exposição a medicamentos e/ou substâncias entorpecentes como é o caso de estados neuróticos e psicóticos de naturezas diversas e propostos pelas alterações provocadas pelas substâncias.

5.3 – PSICOSE SUBCLÍNICA MANIFESTA PELO USO DE CANNABIS

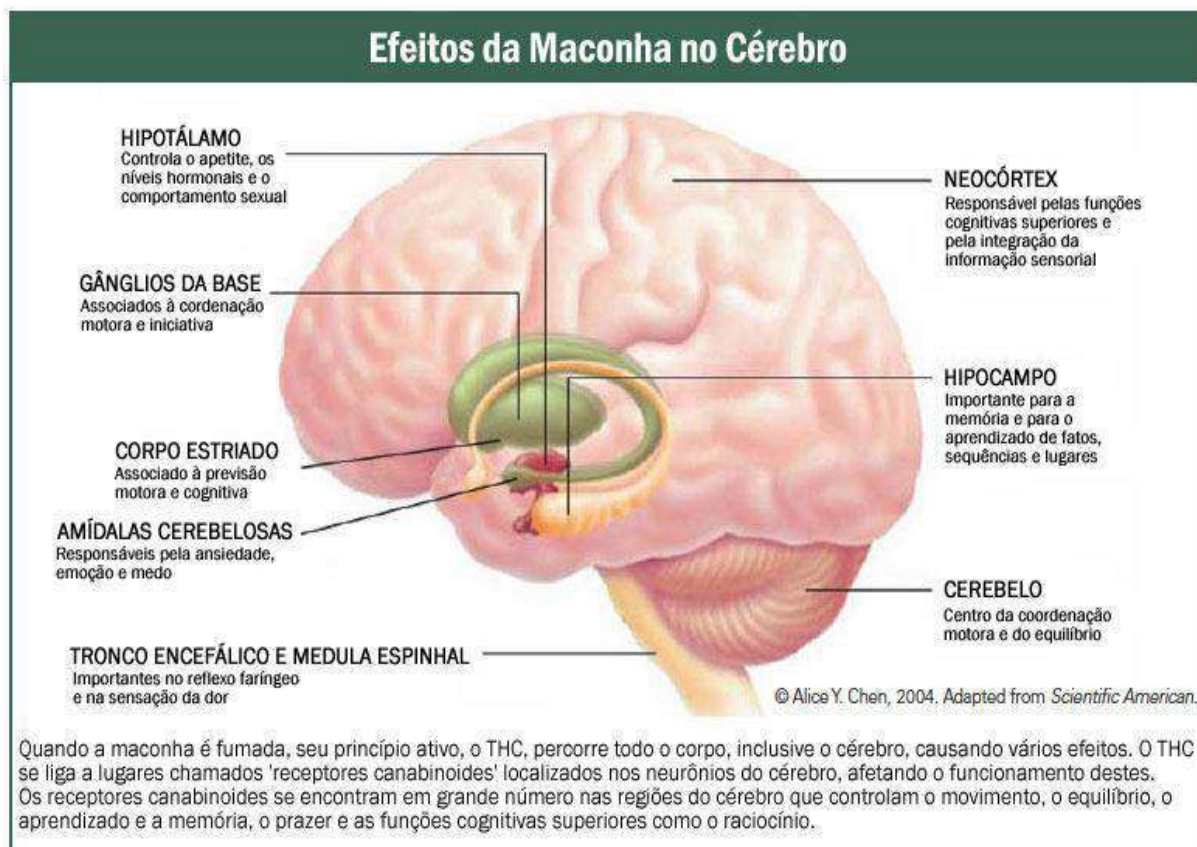
Os estados de alteração da consciência podem ser manifestados pelas mais variadas condições. Essas condições podem acontecer inesperadamente por uma série de conjunturas ou somas de fatores, ou de forma induzida por querer ou sem visar essa configuração.

Mariano e Chasin (2019), caracterizam a maconha como substância e a referenciam nos tipos de interferência que ela provoca no SNC. A maconha tem aproximadamente 400 substâncias químicas onde se destacam 60 alcaloides conhecidos como canabinóides. Estes são classificados em dois tipos onde se destacam alguns princípios responsáveis pelos efeitos no organismo: os canabinóides psicoativos (Delta-8-THC, Delta-9-THC) e os não psicoativos (canabidiol e canabinol). Porém, o principal componente psicoativo da planta é o delta-9-tetrahydrocannabinol (Δ^9 -THC), é a substância mais abundante e potente desses compostos (RIBEIRO; MARQUES, 2002). Entretanto, a quantidade utilizada de THC irá depender de vários fatores (solo, clima, estação do ano, época da colheita e o tempo decorrido entre a colheita e o uso), levando ao aumento ou diminuição da sua potência, ou seja, pode produzir mais ou menos efeitos (CARLINI, 2011, p.8)

O efeito no SNC – Sistema Nervoso Central é principalmente coordenado pelo THC, que se liga ao receptor neural, o CB1, e essa ligação libera o neurotransmissor inibitório GABA, pelas partes correspondentes no cérebro. A maconha afeta principalmente a percepção e o estado psíquico do usuário. Algumas mudanças epigenéticas podem ser passadas para a próxima geração, e um estudo descobriu que os descendentes de ratos expostos ao THC – o principal componente psicotrópico da maconha – têm alterações na formação de receptores de glutamato e canabinóides que afetam suas respostas à heroína (SHERMAN, 2017, p.8).

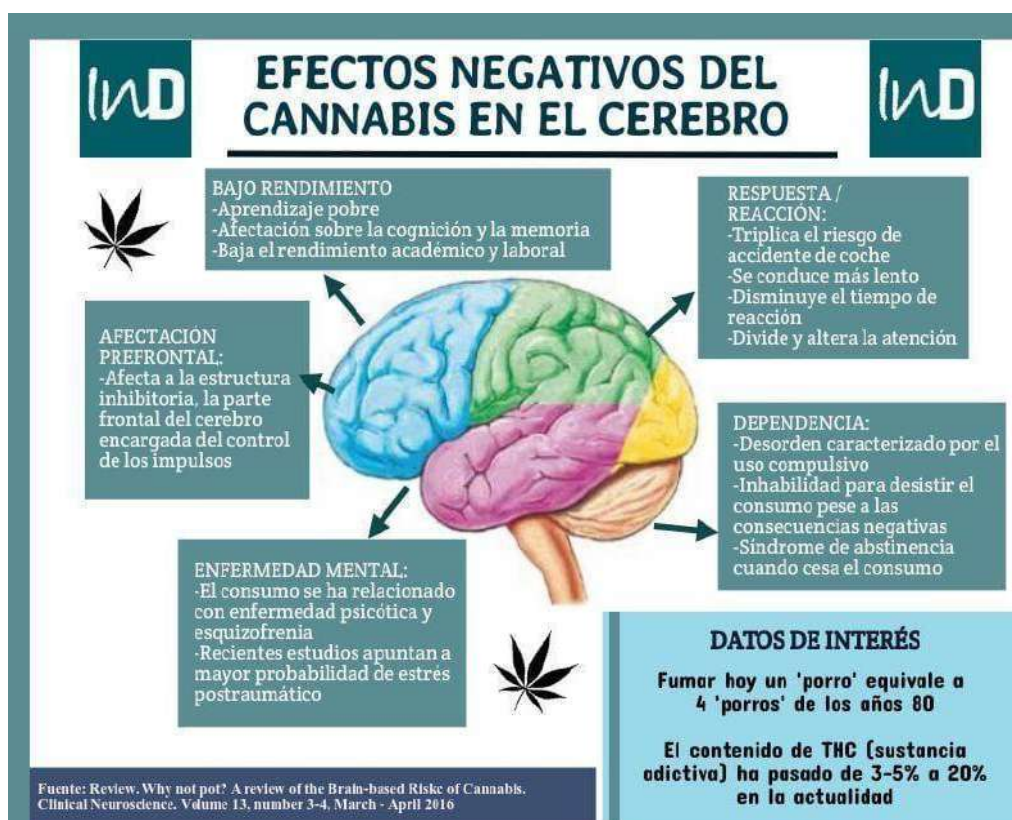
Abaixo temos duas figuras do cérebro, (figura 11 e 12) em representação aos efeitos que a maconha provoca no cérebro:

Figura 11- efeitos da maconha no Cérebro



Fonte: http://www.adur-rj.org.br/5com/pop-up/barato_natural.htm

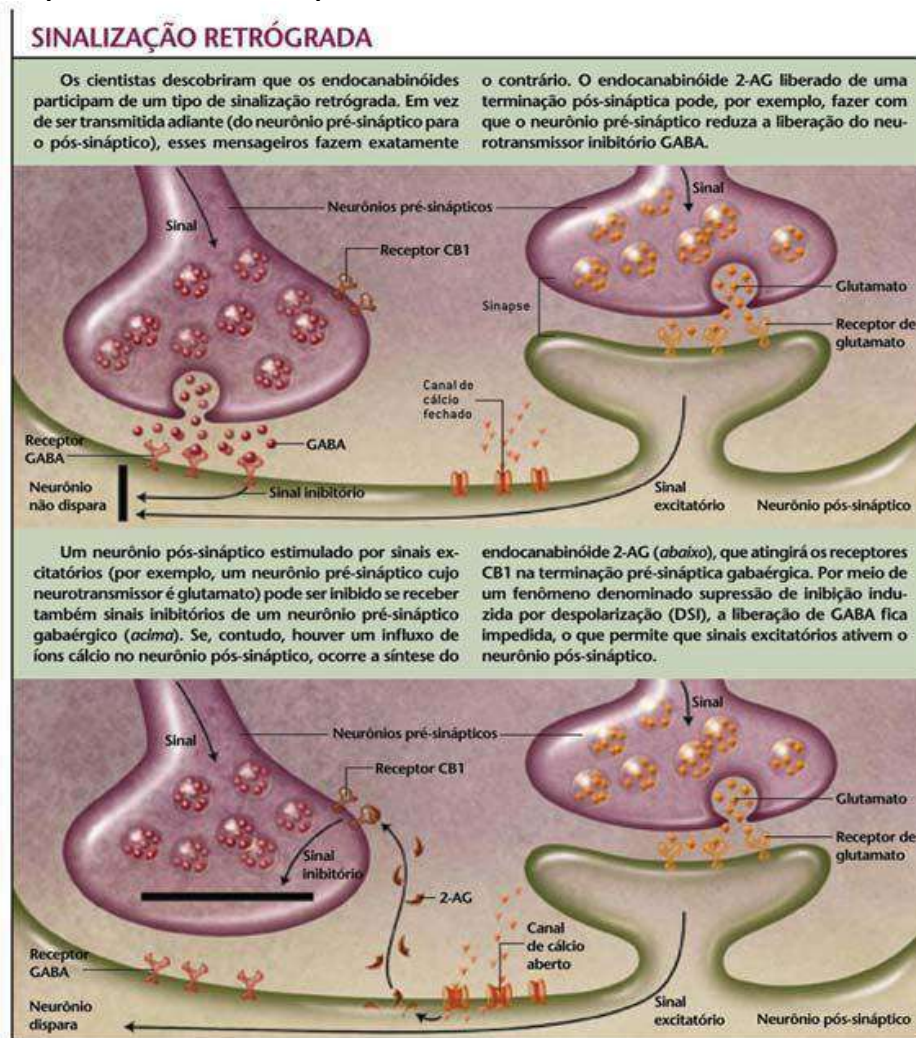
Figura 12- Representativo descritivo dos efeitos da maconha em cada área do cérebro



Fonte: <https://www.iasaude.pt/UCAD/>

De forma mais específica podemos demonstrar o processo neuronal no processo sináptico afetado pela maconha, na figura 13 abaixo:

Figura 13- Representatividade sináptica com interferência de substâncias contidas na maconha



Fonte: http://www.adur-rj.org.br/5com/pop-up/barato_natural.htm

Uma das características explicadas pela maconha são características que estão relacionadas com o diagnóstico de psicose, o que inevitavelmente a liga ao surgimento ou a facilitação do desenvolvimento da doença. A Psicose como descrita anteriormente é um transtorno caracterizado por questões mentais e comportamentais que induzem o indivíduo a uma outra realidade diferente da normalidade. Segundo Lins (2007, p.42).

[...] a psicose tem como núcleo estruturante central a prevalência do princípio do prazer sobre o princípio da realidade. Dessa forma, as funções do ego são prejudicadas, caracterizando o contato do indivíduo psicótico com seu mundo externo como um ambiente restrito ao seu universo intersíquico, ou seja, um mundo só seu (LINS, 2007, p.42).

O desenvolvimento de psicose subclínica por ocorrência do uso de maconha já vem sendo abordado e explicado ao longo do trabalho com diferentes indicações de processos alucinatórios e figuras explicativas que ajudam a desenvolver a compreensão nessa direção. Ghisolfi (2012) nos ajuda a compreender através da Síndrome Psicótica como desenvolver uma compreensão a partir dos indícios que o start da doença vai aproximando o indivíduo de sua ocorrência. O referido autor acima, se refere a psicose como perda do teste da realidade e funcionamento mental, manifestando através de delírios, alucinações, confusão e comprometimento da memória, sem contar com o comprometimento do funcionamento social e pessoal. As causas precisas do surgimento da psicose não são precisas, porém os indícios estão relacionados a uma falha no desenvolvimento psíquico infantil particularmente relacionado ao sistema de recompensas afetivas e como as relações são estabelecidas com o todo (RIANI; CAROPRESO, 2012).

O desenvolvimento psíquico inicial foi estudado por muitos autores como um processo cuidadoso, porém dinâmico, e necessário a partir do ponto de vista social. Esse processo de desenvolvimento psíquico precoce, considerado por Riani e Caropreso (2012), os levou a configuração descritiva das seguintes fases: a fase autística normal; a fase de simbiose e a fase de individuação-separação. Na primeira fase se impera as necessidades fisiológicas e a manifestação do sono como reguladores do organismo, não configurando qualquer existência psicológica perceptiva. O narcisismo primário do bebê mantém a impressão de que tudo o que acontece se deve a uma criação sua em busca da satisfação. O seu avançar para as próximas fases se dá a partir de uma desconfiança inicial de que há algo além de si mesmo e que o leva a criar outras necessidades em busca de conforto ao seu desprazer.

A fase simbiótica com a percepção da mãe como um todo é o próximo passo, compreendendo pela experiência um princípio de realidade essencial para a sua maturação. A partir dessa fase e de suas experiências em sua base, será possível através da frustração, inserir o sujeito na próxima fase, a fase de individuação e separação.

A ansiedade e insegurança, devido à ausência da mãe, teriam que ser superadas pelo bebê para que ele se separasse completamente dela e se individualizasse. A escolha do objeto transicional teria o papel de ajudar nessa superação. Esse objeto geralmente seria aquele que esteve próximo da criança em momentos prévios de ansiedade devido à frustração materna e que trouxe conforto e prazer. Desta forma, o objeto transicional viria para suprir uma lacuna no relacionamento mãe-bebê, trazendo segurança toda vez que a distância da mãe trouxesse sentimentos de desconforto. Assim,

simbolicamente, o objeto transicional seria uma representação interna da presença materna (RIANI; CAROPRESO, 2012, p.256).

O “não” e outros episódios do relacionamento com a mãe e com o mundo, seriam para criança importantes no seu processo. A imagem representativa da mãe ajudaria a compor seu panorama de estabilidade delimitando as fronteiras egóicas em sua individuação até o momento de uma separação-individuação, descrita por Mahler (1983 *apud* RIANI; CAROPRESO, 2012), como um segundo nascimento. A falta de um processo satisfatório, porém ajudaria a compor um quadro que desenvolve a psicose.

O risco de uma psicose comum se desenvolveria a partir de questões narcísicas de construção de uma personalidade satisfatória, insatisfeitas. O traço psicótico é possível de ser notado apenas na adolescência, quando o “não consegue ocultar ou resolver as distorções do desenvolvimento emocional, levando a criança a organizar-se em torno de uma linha de defesa que se torna reconhecível como uma entidade patológica” (Winnicott, 2000 *apud* RIANI; CAROPRESO, 2012).

A psicose acaba se configurando então como um retorno/regressão emocional das fases primordiais do desenvolvimento. A mãe seria responsável a ponto de que uma condição individualizante não ocorra quando ela superprotege, é ausente, ou satisfaz inoportunamente. A dificuldade em deixar o filho se desenvolver, faz com que não haja um nível de frustração necessário ao seu crescimento e a sua separação como indivíduo. A partir da ausência materna a mãe não satisfaz a necessidade da criança fazendo com que ela permaneça em uma eterna dependência. Tal configuração se assemelha também na satisfação inoportuna, fazendo com que a criança se mantenha sempre frustrada em relação a sua real necessidade. Tal condição faria com que a manifestação da mãe e criança continuassem fragmentadas e independentes uma da outra, fazendo com que a percepção de si não se desenvolvesse de maneira sólida.

Para a criança com traços psicóticos o mundo seria visto como algo hostil e ameaçador à sua personalidade frágil e desintegrada. Mas, de que forma essa condição é facilitada pelo uso da maconha? O uso da maconha ao promover uma distorção da realidade, inviabiliza alguns processos construtivos e que o indivíduo necessita encarar para promover o seu desenvolvimento pessoal. A utilização de um entorpecente para entorpecer a realidade, faz com que suas condições potenciais, narcísicas e de enfrentamento se mantenham adormecidas e desconectadas. Esse “desfavorecimento psíquico” natural, relacionado a situações realmente desfavoráveis, replicam algumas condições presentes no indivíduo com potencial traço psicótico facilitando o seu favorecimento. Essa facilitação

acontece não apenas a partir da criação de um mundo à parte, mas de forma química e estrutural, mudando toda a forma de se conectar com os outros e com suas memórias.

CAPÍTULO VI- LEVANTAMENTO DE DADOS E DIAGNÓSTICOS DE PSICOSE SUBCLÍNICA NO USO DE CANNABIS.

Além de compreender que a realidade sobre as drogas, esta só aumenta em um mundo que precisa de entorpecimento constante, podemos ter um acesso atualizado aos dados sobre o uso de drogas e outros temas relacionados por meio do relatório anual do UNODC – Escritório das Nações Unidas em Drogas e Crimes. No relatório mundial sobre Drogas de 2021 foi possível saber que 275 milhões de pessoas usaram drogas no mundo no último ano, e 36 milhões destas possuem transtornos associados ao seu uso. Tais dados nos permitem compreender que não é tão baixo o percentual de pessoas que se encontram com transtorno associativo a drogas, e se pensarmos que a liberação do uso das drogas está crescendo, juntamente com os problemas sociais e familiares, podemos compreender que esses dados vão aumentar.

Segundo fontes do UNODC, uma pesquisa com profissionais de saúde indicou que 42% deles afirmaram que o uso da maconha aumentou durante a Pandemia, além do uso de outras drogas farmacêuticas. Sobre a Cannabis ainda se pode dizer que: sua potência aumentou até 4 vezes nos últimos 24 anos; caiu em 40% o número de adolescentes que enxerga a maconha como prejudicial; no Brasil 7% da população adulta já experimentou maconha, o que corresponde a 8 milhões de pessoas (II LENAD), no Brasil, cerca de 600 mil adolescentes (4% da população) já uso maconha alguma vez; mais da metade dos usuários de ambas as populações consomem maconha diariamente.

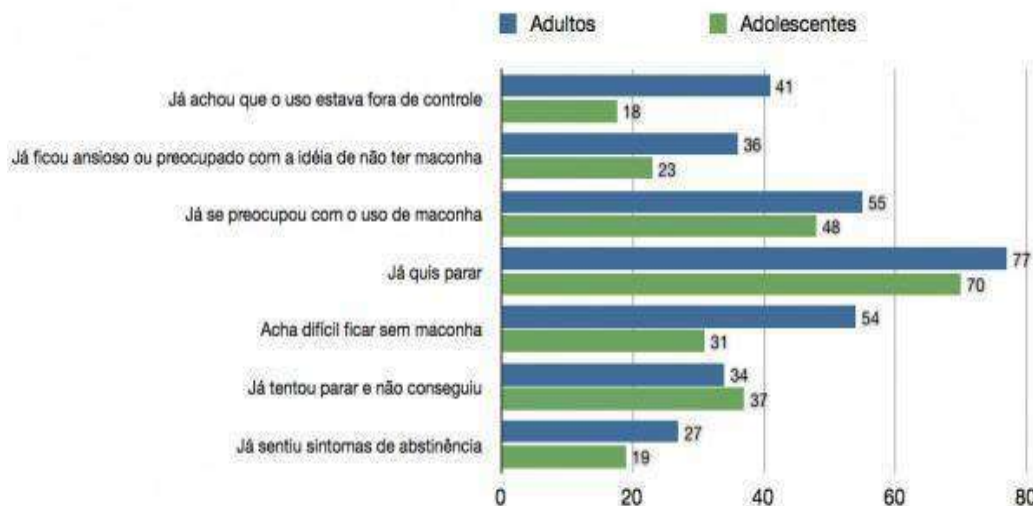
Figura 14- Dados sobre uso e dependência de maconha no Brasil – II LENAD



Fonte: <https://inpad.uniad.org.br/lenad/resultados/maconha/resultados-preliminares/>

Na avaliação dos dados na figura acima e na figura abaixo são considerados: 1) Ansiedade e preocupação por não ter a droga, 2) Sensação de perda de controle sobre o uso, 3) Preocupação com o próprio uso 4) Ter tentado parar 5) Achar difícil ficar sem a droga.

Figura 15- Dados sobre o uso de maconha considerando afirmações relacionadas a dependência



Fonte: <https://inpad.uniad.org.br/lenad/resultados/maconha/resultados-preliminares/>

Os dados se seguem com relação às drogas com o objetivo de estimar o nível de acesso a idade relacionada ao consumo e outros aspectos que revelam que o consumo está subestimado na nossa região, segundo as Nações Unidas, e que conseqüentemente o potencial para a pré-existência de transtornos relacionados ao consumo da droga é crescente, além da confirmação de transtornos subclínicos relacionados à realidade. Abaixo seguem mais algumas informações oportunas sobre o acesso e uso de substâncias.

“Highlights:

- 1 em cada 10 homens adultos já experimentou maconha na vida
- Dentre os usuários, os homens usam 3 vezes mais que as mulheres
- Mais de 1% da população masculina brasileira é dependente de maconha
- Quase 40% dos adultos usuários de maconha são dependentes
- 1 em cada 10 adolescentes que usa maconha é dependente
- Mais da metade dos usuários experimentaram pela primeira vez antes dos 18 anos
- 17% dos adolescentes que usaram no último ano conseguiram maconha na ESCOLA
- 75% da população não concordam com a legalização da maconha (II LENAD, <https://inpad.uniad.org.br/lenad/resultados/maconha/resultados-preliminares/>)

A *Scientific American* Brasil, citada pela FEBRACT indicou que Murray (2020) ao relatar sua pesquisa com usuários em Londres mostrou que a cannabis de alta potência – com aproximadamente 16% de THC (tetraidrocanabinol) – estava envolvida em 24% de todos os casos de um primeiro episódio de psicose. (Novas leis permitindo o uso de maconha recreacional não tornam legal o consumo de cannabis por adolescentes, mas isso não impediu o seu acesso.)

A presença de citocinas (proteínas inflamatórias) no sangue, pode potencializar os efeitos do uso diário de maconha e aumentar em adultos o risco de desenvolver psicose. O resultado para o consumo na adolescência também é o mesmo.

O uso diário de maconha aumenta em até 3 vezes o surgimento da psicose. Porém, nem todo usuário de maconha desenvolve psicose, e foi a partir dessa evidência não determinista que resolveu-se investigar os demais fatores relacionados ao biológico que estariam alterando a relação entre maconha e psicose, segundo Corsi-Zuelli et al. (2021). Em resumo, disfunções no sistema imunológico podem modificar a associação entre consumo de maconha e desenvolvimento de psicose, de modo que a combinação dos dois fatores aumenta as chances de surgimento do transtorno.

Barrona (2017), em sua dissertação sobre Psicose e o Consumo de Cannabis, indica alguns apontamentos sobre a questão para nos ajudar a reafirmar o desenvolvimento da doença:

Uma das teorias mais recorrentes nos dias de hoje é a de que a disfunção dopaminérgica estará na base desta associação entre a cannabis e a psicose, na medida em que a droga aumentaria a capacidade de síntese e liberação de dopamina. Esta teoria é suportada por estudos que mostraram que: (1) doentes psicóticos apresentaram um aumento da capacidade de síntese e liberação de dopamina; (2) substâncias que aumentam a liberação de dopamina são capazes de induzir ou agravar sintomas psicóticos e; (3) este aumento da capacidade de síntese de dopamina foi reportado em indivíduos que, posteriormente, desenvolveram uma perturbação psicótica franca. De facto, doentes com psicose induzida por cannabis têm metabolitos periféricos de dopamina aumentados (BARRONA, 2017, p.29).

6.1. INDICATIVO DE ENCAMINHAMENTOS, TRATAMENTO E FECHAMENTO DE CASOS DE PSICOSE SUBCLÍNICA

Ao compreender o funcionamento da Psicose, entende-se que sua existência advém de um prejuízo emocional e conseqüentemente, mental, cognitivo e relacional. O prejuízo que o indivíduo tem advindo de suas questões estruturais o impedem de estabelecer relações normais, de desenvolver processos estáveis de ordenamento de atividades, dos contextos mais constantes, de raciocínios coerentes dentre outros. A simples identificação de que estão presentes a maioria dos sintomas que caracterizam a doença por um tempo mínimo de persistência, já configura o estado de alerta que

deverá impulsionar um responsável a condução dos sujeitos a investigação, encaminhamentos e tratamento do caso.

Gomes, Toniazzo, Spanemberg (2018), nos apresentam os recursos utilizados no atendimento e encaminhamento de psicóticos identificando questões e informações relevantes sobre os procedimentos e informações a serem consideradas em seus atendimentos. Em uma pesquisa citada pelos autores no Hospital São Lucas da PUC, foi identificada que os atendimentos de psicóticos correspondem a 10,5% dos atendimentos, nessa categoria, em um ano. Dentre as informações a serem consideradas nos atendimentos é que a psicose em sua evolução pode ser dividida em 3 fases: prodrômica, aguda e de recuperação. A primeira é o período de desenvolvimento dos sintomas, nessa fase as pessoas lembram dos alertas antes da crise. Os relatos de pródromos mais comuns são desânimo, dificuldade de concentração, humor deprimido, ansiedade, alterações do sono, dentre outros.

Em seguida na fase aguda, a fase com todos os fundamentos da psicose, e pode ser caracterizada desta forma:

Definida por alucinações, delírios, discurso desorganizado e comportamento desorganizado ou catatônico, e é geralmente durante essa fase que o paciente procura ou é levado à emergência psiquiátrica. Os delírios são pensamentos confusos que geralmente envolvem uma má interpretação das percepções ou experiências; alucinações são percepções sensoriais que não são baseadas na realidade, e podem ser olfatórias, visual, tátil, auditiva ou até gustativa; já o discurso desorganizado ocorre quando o paciente já não expressa frases estruturadas e coerentes. Também pode haver comportamento bizarro e sexualmente inapropriado (GOMES, TONIAZZO, SPANEMBERG, 2018, p.2).

Neste caso a estratégia de avaliação pode variar de instituição para instituição, de profissional para profissional, sendo que a maioria das instituições leva o paciente a presença de um especialista somente depois de ter passado pela avaliação de um clínico. O papel de um clínico na emergência é tido como de uma importância fundamental, uma vez que ele pode receber e avaliar de forma global o paciente, transmitindo de forma precisa aos demais profissionais que participarão do processo, a gravidade da situação e os pormenores que devem conduzir os demais encaminhamentos.

CAPÍTULO VII -METODOLOGIA DA PESQUISA

A pesquisa na área da saúde seguiu o caminho metodológico qualitativo tendo como técnica o grupo focal da equipe multidisciplinar que lida diretamente com adolescentes que desenvolveram psicose após consumo de cannabis.

Conforme observado por Pope e Mays, 2009 “Embora seja verdade que a pesquisa qualitativa geralmente lida com falas ou palavras em vez de números, isso não significa que seja destituída de mensuração ou que não possa ser usada para explicar fenômenos sociais” (2009, p.03).

É importante trazer para o debate da pesquisa em saúde as escolhas metodológicas, pois trouxe para embasar a pesquisa dados quantitativos que apontam a importância da temática escolhida para trazer subsídios para análise e fundamentam, em diálogo com a teoria e responder delineamento do problema de pesquisa.

A pesquisa qualitativa foi acompanhada da técnica do grupo focal com dados coletados a partir de reuniões com a equipe multidisciplinar em um caps do sudeste do Brasil, que representa o objeto desta pesquisa. Reuniões técnicas servirão para estruturação de ações diagnósticas situacionais para avaliar a acurácia do rastreamento psicopatológico da psicose em adolescentes usuários de cannabis em um caps do sudeste do Brasil, tema ao qual o problema de pesquisa está vinculado.

A pesquisa por meio de reuniões técnicas será validada para compreender o processo de constituição das percepções da equipe multidisciplinar em um caps do sudeste do Brasil, suas atitudes no rastreamento da psicose do adolescente usuário de cannabis. A interação do grupo pode gerar emoção, humor, espontaneidade e intuições criativas. As pessoas nos grupos estão mais propensas a acolher novas ideias e a explorar suas implicações. Descobriu-se que os grupos assumem riscos maiores e mostram uma polarização de atitudes, um movimento para posições mais extremadas. Com base nestes critérios, o grupo focal é um ambiente mais natural e holístico em que os participantes levam em consideração os pontos de vista dos outros na formulação de suas respostas e comentam suas próprias experiências e as dos outros.

A técnica de pesquisa ou de avaliação qualitativa, não-diretiva, que coleta dados por meio das reuniões técnicas em um caps do sudeste do Brasil, por meio da observação participante e a profundidade dos diálogos de cada tema. O estímulo da participação no grupo focal será mandatório na relação entre os participantes e na qual o pesquisador será o facilitador da discussão.

Vale reforçar que a ênfase do debate no grupo focal está na narrativa individual sobre a vivência dos profissionais com adolescentes no processo psicossocial do CAPS, com enfoque determinante no tema Rastreamento psicopatológico de usuário de cannabis.

A pesquisa foi realizada em um caps do sudeste do Brasil, aplicada nos profissionais da saúde mental por meio de interação entre os participantes da equipe multidisciplinar, integrantes do CAPS em reuniões técnicas. O encontro foi realizado com autorização da direção do CAPS, conforme apêndice 1 e o convite foi feito por aplicativo de telefone.

As reuniões técnicas ocorreram no mês de agosto/2022 com agendamento prévio e consentimento da coordenação da unidade do CAPS (Anexo 1). O material das reuniões técnicas foram áudio-gravados. As narrativas transcritas conforme técnicas habituais de cada um dos componentes grupos.

Os participantes são compostos pela equipe multidisciplinar da instituição, pelos profissionais das seguintes áreas: enfermagem (2 profissionais bacharéis e 1 profissional técnico), fonoaudiologia (1 profissional), hebiatria (1 profissional), psicologia (4 profissionais), psicopedagogia (1 profissional), psiquiatria (3 profissionais) e serviço social (1 profissional).

As reuniões foram gravadas com 2 sessões presenciais. Descartaremos vieses de seleção e entendimento. Levaremos aos interlocutores os fundamentos da pesquisa.

Foram organizados 02 grupos para reuniões técnicas, sendo cada um com 7 referências técnicas. Os técnicos possuem formações diferentes tendo cada grupo:

Grupo 1 - 7 referências técnicas: enfermagem (1), fonoaudiologia (1), hebiatria (1), psicologia (2), psiquiatria (2).

Grupo 2 - 7 referências técnicas: enfermagem (1), psicologia (2), psicopedagogia (1), psiquiatria (1), serviço social (1), técnico em enfermagem (1).

O CAPS conforme descrição no cap. 1 se dedica ao atendimento de crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes.

No período da atuação do pesquisador como médico psiquiatra do Caps AD vivenciei as dificuldades de aplicação de instrumentos para avaliar psicose de adolescentes usuários de substância psicoativa cannabis. Por isso, as narrativas são fundamentais para a pesquisa e as vivências e experiências dos técnicos para que possamos responder o problema de pesquisa.

Essa vivência fez com que, nesta pesquisa, no papel de pesquisador, entendesse e valorizasse as narrativas dos técnicos para, a partir, delas, a análise e tratamento como dados de pesquisa pudessemos responder o problema de pesquisa: Quais instrumentos encontram-se atualmente disponíveis no rastreamento de psicose em adolescentes usuários de cannabis atendido no CAPS e sua aplicabilidade pelos profissionais pesquisados no CAPS? Desta forma, o grupo focal e as narrativas tiveram o objetivo de levantar os instrumentos de rastreamento da psicose em adolescentes usuários de cannabis e sua aplicabilidade no CAPS.

Para que o grupo focal tivesse um direcionamento a respeito do corpo epistemológico da pesquisa colocamos pautas para que o diálogo dentro dos grupos não corresse o risco de ficar desorientado. A seguir elencamos alguns tópicos colocados na interação entre os técnicos do grupo:

- Sobre o atendimento do CAPS para os pacientes adolescentes com psicose em uso de cannabis. Quantidade, perfil de público, como chegam.
- Instrumentos de rastreamento de psicose em adolescentes no CAPS. Sobre permanências e mudanças nos instrumentos de rastreios;
- Sobre os achados psicopatológicos mais importantes a serem observados na psicose em adolescentes usuários de cannabis. Como é feita a compilação de dados, pesquisa sobre o instrumento de avaliação de psicose em adolescentes usuários de substância psicoativa maconha.

Sendo que para segurança e aplicabilidade, como pesquisador, foram levantadas algumas questões que são coerentes aos objetivos e problemas de pesquisa. São elas: Qual o entendimento sobre a necessidade de aplicação do instrumento de rastreamento de psicose em adolescentes no CAPS? Quais os achados psicopatológicos mais importantes a serem observados na psicose em adolescentes usuários de cannabis? Quais os achados psicopatológicos que antecedem a psicose? Como se dá o fluxo de atendimento do CAPS dos pacientes adolescentes com psicose em uso de cannabis? Como identificar a fase prodrômica ou subclínica da psicose em adolescentes atendidos no CAPS? O que é observado de mais importante no achado psicopatológico na psicose em adolescentes usuários de cannabis?

Os grupos focais são constituídos, a princípio, por pessoas com formação e/ou envolvimento na pesquisa de forma diferente. A organização dos grupos focais procura valorizar a comunicação entre os participantes da pesquisa. No caso dessa pesquisa traremos funcionários do CAPS, com funções e formações diferentes e o objetivo é responder as questões delineadas pelo pesquisador para examinar as experiências das pessoas a respeito dos adolescentes que procuram o

CAPS e seus serviços de saúde; e descobrir maneiras de aperfeiçoar a o atendimento no local a partir da reflexão sobre atendimento dos pacientes adolescentes com psicose em uso de cannabis e identificar na fase prodrômica ou subclínica a psicose nos adolescentes atendidos.

A reunião com os dois grupos foi realizada em apenas um dia, com convite prévio e esclarecimento sobre a pesquisa que foi autorizada pela diretoria do CAPS. Apontado os benefícios de educação continuada e reflexões sobre a temática.

O encontro para as reuniões técnicas foram gravados e a transcrição das entrevistas, anotação de campo e observação direta foi feita pelo pesquisador que atuou no local, conforme relatado no capítulo 1.

O processo analítico da pesquisa qualitativa ocorreu concomitantemente à coleta de dados, e, por isso, novos pressupostos e dados emergiram nesse processo. A análise dos dados qualitativos gerou o agrupamento das categorias, conforme direcionamento temático, mas outras categorias foram inseridas.

CRONOGRAMA

ETAPAS	PERÍODOS
Correções do Pré-Projeto	Outubro/2021 a Dezembro 2021
Pesquisa bibliográfica	Dezembro/2021 a Maio/2022
Reuniões técnicas	Agosto/2022
Coleta de dados em plataformas de pesquisa	Abril/2022 a Junho/2022
Discussões e Considerações Finais	Julho/2022 a Setembro/2022
Revisão e redação final	Agosto/2022 a Setembro/2022
Defesa da Dissertação	Setembro/2022

CAPÍTULO VIII

8.1 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

No dia 04/08/2022 ocorreu o encontro das reuniões técnicas. Ocorreu em 2 momentos - pontualmente às 11:00 primeiro grupo e o segundo grupo às 11:30. A coordenação do CAPS fez acolhimento para realização do encontro e separou os grupos por referência técnica da unidade.

Os participantes da pesquisa tiveram esclarecimento quanto à liberdade de participarem ou não da pesquisa. Para tanto, os critérios para seleção do grupo focal deram-se à representatividade escolhida pela coordenadora da equipe por livre opção de participação e disponibilidade dos membros da equipe multidisciplinar.

Os representantes da equipe foram convidados a participarem em 2 momentos o que permitiu flexibilidade do horário com maior participação dos integrantes da equipe.

Houve dificuldades pelo viés de seleção, haja vista o não comprometimento por parte da equipe saúde. Os profissionais médicos não justificaram a ausência, convidados por 2 vezes a participarem e com nenhuma adesão ao estudo. Aponta uma limitação do método para avaliar a acurácia do rastreio psicopatológico em adolescentes usuários de cannabis.

A parte comprometida pelo estudo focou nas premissas direcionadas pelo pesquisador. O delineamento do grupo focal permitiu entendimento de uma equipe heterogênea e distanciada nos preceitos das interfaces de multidisciplinaridade.

Reunião técnica 1 -participaram quatro referências técnicas - uma Fonodióloga, 2 psicólogos e 1 enfermeira. Reunião técnica 2 participaram seis referências técnicas- 1- coordenadora e psicóloga, 1 psicóloga, 1 serviço social, 1 enfermeira, 1 técnica de enfermagem e 1 psicopedagoga.

Reunião técnica 1 duração da escuta ativa com duração 13:39 e Reunião técnica 2 13:46, os participantes se equiparam no tempo. Foi permitida a espontaneidade da participação dos grupos para tanto, a coordenadora da equipe do CAPSi separou a equipe, permitindo inclusão assertiva da equipe multidisciplinar.

O delineamento das reuniões técnicas permitiu entendimento de uma equipe heterogênea e distanciada nos preceitos das interfaces de multidisciplinaridade.

Os participantes são compostos pela equipe multidisciplinar da instituição, pelos profissionais das seguintes áreas: enfermagem (2 profissionais bacharéis e 1 profissional técnico), fonoaudiologia

(1 profissional), hebiatria (1 profissional), psicologia (4 profissionais), psicopedagogia (1 profissional), psiquiatria (3 profissionais) e serviço social (1 profissional).

Abaixo segue a tabela da composição dos entrevistados com o primeiro convite e segundo convite com as confirmações e os que estiveram presentes.

APÊNDICES 2

Tabela participantes 1

GRUPO 01				
PROFISSIONAL	CONVITE 1	CONVITE 2	CONFIRMAÇÃO	PRESENTE
Enfermagem	OK	OK	OK	SIM
Fonoaudiologia	OK	OK	OK	SIM
Hebiatria	OK	OK	OK	NÃO
Psicologia 1	OK	OK	OK	SIM
Psicologia 2	OK	OK	OK	SIM
Psiquiatra 1	OK	OK	OK	NÃO
Psiquiatra 2	OK	OK	OK	NÃO
TOTAL PRESENTE	7	7	7	4

Tabela participantes 2

GRUPO 02				
PROFISSIONAL	CONVITE 1	CONVITE 2	CONFIRMAÇÃO	PRESENTE
Enfermagem	OK	OK	OK	SIM
Psicologia 1	OK	OK	OK	SIM
Psicologia 2	OK	OK	OK	SIM
Psicopedagogia	OK	OK	OK	SIM
Psiquiatria	OK	OK	OK	NÃO
Serviço Social	OK	OK	OK	SIM
Téc. Enfermagem	OK	OK	OK	SIM
TOTAL PRESENTE	7	7	7	6

Demonstraremos a transcrição integral da reunião gravada e os destaques nas falas que relaciona ao objetivo do estudo. Mesmo com autorização do termo de consentimento livre e esclarecido assinados, respeitamos a identidade dos relatores e utilizaremos nomes fictícios.

REUNIÃO TÉCNICA 1- CAPS

Transcrição vídeo 01

ENTREVISTADOR : (FRANCIS)

CAPSi hoje é dia 04/02/2022

Vou pedir que vocês se apresentem, vamos começar por você, falará seu nome e sua função aqui no CAPSi.

RELATOR 1 (Mara): Fonoaudióloga

Meu nome é Mara, eu sou referência técnica e fonoaudióloga.

RELATOR 2 (Betina): Psicóloga

Meu nome é Betina, eu sou psicóloga e referência técnica aqui.

RELATOR 3 (Ana): Psicóloga

Meu nome é Ana, eu sou referência técnica e psicóloga também.

RELATOR 4 (Sara): Técnica de enfermagem

Meu nome é Sara, eu sou técnica em enfermagem aqui no CAPSi.

ENTREVISTADOR (FRANCIS):

Toda essa forma inicial é para ter um direcionamento desse grupo focal (metodologia de pesquisa) - sobre a Acurácia do rastreio psicopatológico dos pacientes que usaram Cannabis – os adolescentes – aqui no Capsi. E para isso, o grupo focal foi criado para elencarmos alguns tópicos de discussão e interação de como o grupo se comporta.

Quais instrumentos encontram-se atualmente disponíveis no rastreio da psicose em adolescentes usuários de cannabis atendidos aqui no CAPSi-GV. Vocês sabem se existe algum tipo de rastreio disponível aqui?

RELATOR 1 (Mara):

Não conheço.

RELATOR 2 (Betina):

*Assim, que a gente utilize aqui no CAPSi é a **entrevista, o acolhimento, a entrevista e os atendimentos individuais.** Basicamente isso.*

RELATOR 3 (Ana):

Que na verdade não é utilizado para o rastreio da psicose no uso de cannabis não. Não é. Na verdade faz o acolhimento, faz a entrevista com a mãe (ou a criança), passa pelo médico psiquiatra e pronto.

ENTREVISTADOR (FRANCIS)

Então não tem um rastreio específico?

RELATOR 3 (Ana):

Não, não existe.

RELATOR 4 (Sara):

O que eu conheço é isso que a colega falou.

ENTREVISTADOR (FRANCIS):

Então não existe um rastreio específico para fazer a avaliação da psicose em adolescentes de maneira em geral – usando ou não cannabis?

Todo grupo focal: Não, não existe.

ENTREVISTADOR (FRANCIS):

Sobre o atendimento aqui no CAPSi, para os pacientes adolescentes com psicose em uso de cannabis. Vocês sabem quantificar aqui, essa quantidade de pessoas que chega aqui em uso de cannabis?

RELATOR 1 (Mara):

Não, não sei quantificar. Mas é um volume grande.

ENTREVISTADOR (FRANCIS):

E o público aqui são adolescentes de até qual faixa etária? Até quantos anos?

RELATOR 1 (Mara):

São adolescentes até 17 anos.

RELATOR 2 (Betina):

Até 17 anos e 11 meses.

ENTREVISTADOR (FRANCIS):

Qual a criança menor que você já chegou a ver aqui que utilizou cannabis e apresentou sintomas psíquicos de maneira geral e psicose?

Todos: 12 anos.

RELATOR 3 (Ana):

Na verdade, tem um paciente que veio para cá com 12 anos, mas que desde os 10 anos já é usuário.

Mas especificamente de psicose em usuários de Cannabis eu, particularmente, nunca atendi.

ENTREVISTADOR (FRANCIS):

E psicose sem indução (por cannabis), também não?

RELATOR 3 (Ana):

Não, nunca observei.

ENTREVISTADOR (FRANCIS):

E as outras já chegaram a observar em alguma situação?

RELATOR 4 (Sara):

Não, nunca observei.

RELATOR 2 (Betina):

*Eu já cheguei a observar, no início, assim que eu entrei, mas o paciente já tinha 17 anos, então eu **não consegui compreender desde quando era essa psicose.** Mas é um caso que se iniciou na Psicose pelo uso de Cannabis.*

ENTREVISTADOR (FRANCIS):

Como esse paciente chegou até aqui (no CAPSi)?

RELATOR 2 (Betina):

Pelo pessoal do sócio educativo.

RELATOR 2 (Betina):

Já estava cumprindo medida sócio educativa.

RELATOR 3 (Ana):

*Eu atendi durante um tempo, hoje já não está mais aqui pois completou 18 anos em janeiro, mas o paciente **tinha uma psicose, uma esquizofrenia, porém mais tardiamente eu descobri que ele fazia o uso (de cannabis).** Mas na verdade quem fornecia era o irmão. No entanto, o histórico familiar paterno e materno é de esquizofrenia. Então, assim, **esse rastreio não foi realizado.***

*Sobre a quantificação. **Agora que estamos fazendo a quantificação de adolescentes e crianças que são atendidas aqui.** Nós estamos fazendo agora essa pesquisa. Acima de 18 anos já não é mais acompanhado aqui. E a partir dessa pesquisa que saberemos a quantificação dos pacientes.*

ENTREVISTADOR (FRANCIS):

Você acha importante esse instrumento de rastreio psicopatológico para psicose em adolescentes usuários de cannabis?

RELATOR 3 (Ana):

*Acredito que sim. Porque no caso desse rapaz que eu atendi recentemente, que ficou muito presente pra mim esse caso, que você fica na dúvida com a história familiar materna e paterna de esquizofrenia e o início do uso de cannabis mais tardiamente. **Então foi a psicose que o levou a buscar (a cannabis)? Então isso aí (um instrumento de rastreio) é imprescindível.***

ENTREVISTADOR (FRANCIS):

Um rastreio que direcionasse a uma análise desses sintomas psicopatológicos antes mesmo seria um instrumento importante?

RELATOR 3 (Ana):

***Aqui tínhamos um médico hebiatra que atendia muito os meninos que faziam uso de cannabis.** Então chegava um menino do sócio educativo, das instituições, ou mesmo de um paciente que estávamos desconfiando do uso, encaminhávamos para ele. Ele fazia um trabalho muito interessante. Mas também não existe um rastreio disso aí.*

ENTREVISTADOR (FRANCIS):

Você conseguiria perceber um adolescente com sintomas psicopatológicos e com psicose como fonoaudióloga?

RELATOR 1 (Mara):

Não. Eu como fonoaudióloga não.

ENTREVISTADOR (FRANCIS): *Quais seriam esses sintomas que você poderia observar, dos sintomas psicopatológicos da psicose?*

RELATOR 2 (Betina):

*Eu, particularmente, **tenho uma dificuldade de (dar) um diagnóstico de psicose.** Eu **sempre levo para outros tipos de diagnóstico para chegar na psicose.** Porque eu acredito que como eles são muito novos, olhar por esse lado eu tenho uma dificuldade muito grande. Não sei se com a Terezinha, pôr a gente ter a mesma profissão, é um pouco diferente. Mas eu tenho essa dificuldade, de ter esse olhar sempre pro lado da psicose. Eu tento sempre levar pra outros tipos de transtorno.*

RELATOR 3 (Ana):

***Eu acho meio difícil também. Primeiro pela idade.** Mas eu vou muito na família, sabe? Vou muito no histórico familiar. E observar uma criança brincar ou um adolescente conversar é bem interessante. Eu tenho atendido um caso que ele me confronta, sabe? E eu acho que é uma sociopatia.*

RELATOR 3 (Ana):

*É, você fica sem (saber). **Fechar o diagnóstico disso é meio difícil.***

Entrevistador (Francis):

Vocês já ouviram falar em pródromos?

RELATOR 1 (Mara):

Não.

RELATOR 2 (Betina):

Não. A gente até chegou a procurar ontem, pois não conhecíamos o termo.

RELATOR 3 (Ana):

É a fase antecedente, né?

RELATOR 3 (Ana):

(Sim, eu entendi.) Olha, aqui no CAPSi a gente não tem casos assim (ou eu pelo menos não me recordo de antemão) onde eu olho e falo “esse menino tem uma psicose”. Porque tem muito a questão auditiva. E outra, confunde muito, por exemplo, a questão da família. Então em uma família muito agitada, uma mãe que fala demais, uma ansiedade generalizada, você vai escutar mesmo. Você pode ter sintomas ali que podem advir de outras questões que não sejam psicose. Às vezes uma medicação em uso, um sono muito inquieto, um sono irregular. Então é algo que realmente é difícil fazer o diagnóstico de psicose.

RELATOR 3 (Ana):

Ai então que é mais difícil.

RELATOR 3 (Ana):

A gente percebe muito com os meninos que ficam abrigados ou institucionalizados que são meninos com histórico de vida muito deprimentes mesmo, né?! Eu tinha um caso aqui que ele assassinou o primo e decepcionou a cabeça do cara. E ele fazia questão de contar como ele fazia aquilo. Então as vezes eu me questionava se ele estava ouvindo (vozes), porque ele falava que ouvia, né?! Mas aí tem todo um ambiente que vai favorecer isso. Você tem um ambiente em que ele está destituído de liberdade, de ter amigos, porque esse tipo de paciente acaba ficando mais isolado mesmo. "Aidético" eu já atendi um rapaz que ficava completamente isolado e ele começou a ouvir vozes.

RELATOR 3 (Ana):

Não tinha acesso à leitura, não tinha acesso a recreação. Se tem algum comportamento inadequado externalizante era colocado exatamente no isolamento. Aí você vai ouvir vozes mesmo.

RELATOR 3 (Ana):

Exatamente, com ou sem uso de cannabis.

RELATOR 2 (Betina):

Mas é muito difícil não existir o uso de cannabis.

RELATOR 3 (Ana):

Mas nesse momento que ele está detido ele não está fazendo uso (de cannabis). Ele está fazendo uso de medicação.

RELATOR 3 (Ana):

Porque quando chegam aqui, especificamente os meninos do CIA, eles já chegam aqui com 15, 16, ou 17 anos. Tá na hora até de (já sair do CAPSi).

ENTREVISTADOR (FRANCIS):

A grande maioria dos pacientes aqui são do Centro Integrado de Atendimento ao Adolescente Autor de Ato Infracional (CIA)?

Todos: Não

RELATOR 3 (Ana):

Eu diria que é uma minoria.

RELATOR 1 (Mara):

Uns 30%?

RELATOR 2 (Betina):

Não, menos (de 30%). Bem menos.

RELATOR 3 (Ana):

É a minoria.

ENTREVISTADOR (FRANCIS):

Bom, acho que esse grupo foi bem proveitoso, deu para pegar bem a ideia de como está sendo organizado aqui no CAPSi, especificamente sobre o rastreio psicopatológico com psicose. Eu agradeço a vocês.

REUNIÃO TÉCNICA 2– CAPS

Transcrição vídeo 02

ENTREVISTADOR (FRANCIS):

Sou Francis Silveira, médico psiquiatra e estamos aqui para reunião para avaliar a acurácia da avaliação psicopatológica dos pacientes que são usuários de cannabis e desenvolveram psicose. CAPSi, hoje é dia 04/02/2022.

Vou pedir que vocês se apresentem, vou começar por você, você vai falar seu nome e sua função aqui no CAPSi.

RELATOR 1 (Nem): Psicóloga

Bom dia, meu nome é Nem, eu sou psicóloga e referência técnica no CAPSi.

RELATOR 2 (Júlia): Psicóloga e coordenadora

Bom dia, meu nome é Júlia, eu sou psicóloga e sou coordenadora no CAPS infantil.

RELATOR 3 (Ísis): Enfermeira

Bom dia, meu nome é Ísis, eu sou enfermeira no CAPSi.

RELATOR 4 (Milza): Técnica de Enfermagem

Bom dia, meu nome é Milza, eu sou técnica de enfermagem no CAPSi.

RELATOR 5 (Sônia): Psicopedagoga

Eu sou Sônia, eu sou psicopedagoga e referência técnica no CAPS infantil.

RELATOR 6 (Ilma): Assistente Social

Eu sou Ilma, eu sou assistente social e referência técnica no CAPS infantil.

ENTREVISTADOR (FRANCS):

Eu vou começar a discussão sobre o tema e vamos fazer da mesma forma, em respeito fala um de cada vez e depois podemos interagir. O primeiro questionamento, pra eu ficar mais seguro, eu trouxe um direcionamento para que fique mais suave a nossa discussão. Quais instrumentos encontram-se atualmente disponíveis no rastreamento da psicose em adolescentes usuários de cannabis aqui no CAPSi-GV. Vocês têm a compreensão desse rastreamento, sabem se existe ou não?

PESSOA 1 (Nem):

O instrumento que existe é a observação clínica e manejo de comportamentos que possam vir a apresentar esse adolescente, mais especificamente, aqui dentro da unidade. É assim que a gente trabalha.

RELATOR 6 (Ilma):

Através de entrevista, atendimento ao familiar que vem trazendo essa demanda do adolescente que faz uso. E também o atendimento individual que o adolescente apresenta pra gente que faz uso dessa substância.

Entrevistador (Dr. Francis)

Então não tem um instrumento específico?

RELATOR 2 (Júlia):

Não

RELATOR 6 (Ilma):

Não

RELATOR 2 (Júlia):

O que a gente tem é uma ficha de acolhimento que ali tem uma pauta, tem um segmento ali, pra gente ir investigando a vida desse sujeito. Então, isso aí, né, tem a ficha de acolhimento, que é a triagem, o acolhimento inicial, e depois a gente tem nas observações, na permanência dia, os dispositivos que a gente tem dentro do CAPSi.

Mas uma escala, algum questionário a gente não tem. E a gente não usa nada até mesmo pela demanda do CAPSi, né, por demorar. O que a gente tem são esses.

RELATOR 3 (Ísis):

E a outra forma, como foi falada, que é função da enfermagem nesse processo, que é quando o paciente é monitorado ou em observação mesmo, com a permanência dia, né. Que a gente tem um método, assim, que a gente consegue avaliar mais esse usuário aqui na unidade. Se ele tem feito ou não, no sentido, assim, o uso, né. Ou até mesmo as medicações que às vezes até mesmo para reduzir. Então a gente consegue ter um método mais eficaz quando tem esse paciente aqui em PD.

RELATOR 2 (Júlia):

Então por exemplo: o paciente chegou e ele foi avaliado que tem, lá, um F12, né, já tem o diagnóstico do uso de maconha abusivo, e aí a gente tem aí talvez uma hipótese de um transtorno secundário ao uso da droga. Então a gente não sabe se aquilo ali é causado pelo efeito do uso da droga, se é uma questão social ou se de fato está desenvolvendo uma psicose. Então qual que é o diagnóstico, que que a gente pode fazer para rastrear isso. O que a gente tem é essa observação: permanência dia. A gente coloca o paciente (aqui) para fazer essa observação e aí a gente vai analisando, vai vendo comportamento, vai vendo como que esse paciente vai se comportando mesmo ao longo do dia, vai trazendo a família, vai trazendo relatório escolar.

Então esses são alguns mecanismos que nós temos de triagem desse processo. Pra ver se já tem uma psicose desenvolvida, se é só o uso da droga. Então são alguns mecanismos que a gente tem.

Então a gente lança mão com esses mecanismos de observação clínica, de uma coisa, mais assim, de uma discussão. Aqui nós temos várias referências técnicas, várias especialidades, então

vários olhares, multidisciplinar, também, quando a gente coloca esse paciente em permanência dia, mas na responsabilidade da enfermagem, mas tem o olhar da assistência, o olhar da psicóloga, das visitas domiciliares. Então a gente faz essa observação clínica dentro de todos os mecanismos é o nosso rastreio aqui.

ENTREVISTADOR (FRANCIS):

E quando observa uma psicose nesse adolescente que a princípio se iniciou por uso de cannabis. Qual direcionamento? O fluxo?

RELATOR 2 (Júlia):

Então, o fluxo, infelizmente pra criança e adolescente, na rede ainda a gente tem essa defasagem, né. Acaba ficando CAPS infantil, até completar 18 anos, acaba ficando por aqui mesmo, porque não tem pra onde encaminhar. Não tem pra atenção primária, não tem outros serviços que atende criança e adolescente nessa situação, então ele fica aqui até dar uma estabilizada e conseguir ir pra casa ou pra atenção básica se ele estiver estabilizado. Mas nós normalmente, as psicoses a gente sabe que são, né, mais difíceis de tratar, principalmente em adolescentes, né, Francis, que está em desenvolvimento, então isso vai mudando muito. Acaba que esse adolescente fica aqui.

RELATOR 3 (Ísis):

Tem que lembrar também que a gente tem um suporte, assim, uma parceria, com a UAI. Quando ele vem aqui pro serviço e o adolescente tem essa vontade de diminuir ou parar o uso da maconha.

RELATOR 2 (Júlia):

Mas aí a grande maioria não tem uma psicose. É uma questão do uso de droga e ele quer tratar a dependência. Aí a gente tem uma parceria com a unidade de acolhimento infantil em São Félix que a gente pode encaminhar e que é voluntário.

ENTREVISTADOR (FRANCIS):

E a percepção da fase prodrômica? Todo mundo compreende fase prodrômica?

RELATOR 4 (Milza):

Não.

RELATOR 5 (Sônia):

Não.

ENTREVISTADOR (FRANCIS):

Os sintomas subclínicos. Que talvez, seria ali, um determinante de desenvolvimento dessa psicose. O que antecede.

RELATOR 1 (Nem):

É o que eu to te falando, como na rede aqui, no município, no que se refere a criança e adolescente é CAPS infantil, a gente contendo essa gama da observação clínica e todos os mecanismos que a gente dispõe, e da questão multidisciplinar profissional aqui, a gente traz esse adolescente para cá para a permanência dia, para essa observação, para melhor condução do caso e discussão. É isso que a gente faz, né? Que aí a gente consegue estar mensurando, estar entendendo se pode estar havendo essa questão dos sintomas subclínicos, temos os médicos aqui que nos dá esse suporte, então a gente faz uma discussão multidisciplinar.

ENTREVISTADOR (FRANCIS):

Sem um instrumento pra isso?

RELATOR 1 (Nem):

Um instrumento quantitativo não temos

RELATOR 1 (Nem):

Daria maior propriedade ao tratamento.

RELATOR 1 (Nem):

É a propriedade que nos falta, de uma segurança, né.

RELATOR 2 (Júlia):

Ai o que a gente faz é essa análise clínica mesmo e a gente percebe, oh, esse paciente ta dando alguns sintomas ali que não é isso, do uso da droga, né.

ENTREVISTADOR (FRANCIS):

Perceberia esses sintomas, quais seriam esses sintomas, subclínicos?

RELATOR 2 (Júlia):

Sim, a gente tem o paciente que chega aqui, as vezes começa delirando, fantasiando algumas coisas, um adolescente de 15 anos que faz uso de maconha e começou, a mãe fala, né, que começou a “bater no vento”, ver vultos, escuta vozes, fala que ta escutando que é para se matar, que mandou matar a mãe, então por exemplo, acho que esses são alguns, assim, clássicos, que a gente entende como um desenvolvimento para uma psicose.

RELATOR 2 (Júlia): *Sim, sim. Mas um que começou agora, agudo. Ele é usuário, mas começou. Esse, assim é como a equipe entende como desenvolvendo, mas que já é a psicose.*

RELATOR 2 (Júlia):

Eu vejo que a equipe, as meninas, assim, elas percebem que já está escutando vozes, a gente já fala que ta na fase aguda mesmo, já está caracterizada uma psicose, mas lá no início eu acho que com a fala um pouco desconexa, eu acho.

RELATOR 5 (Sônia):

Uma desorganização do pensamento, né.

RELATOR 1 (Nem):

Um discurso delirante, de que ele é mais, de grandeza. Isso a gente consegue estar percebendo e estar pontuando até onde tem o efeito da droga e até onde tá começando a aparecer algum possível transtorno mental aí.

RELATOR 2 (Júlia):

Mas aí quando você já fala do transtorno mental com o uso da Cannabis, aí, já são outros fatores, assim. Mas o que a gente tem muito, né, que é alguns casos que a gente já teve aí, clássicos, não tinham essa questão do uso da droga, né. Era uma psicose, mas não tinha esse fator antecedente que é o uso da maconha.

RELATOR 6 (Ilma):

Agora já tem uns que a mãe chega e fala, né. Ele era de um jeito e depois que começou a usar a droga ele começou a delirar.

ENTREVISTADOR (FRANCIS):

Esses dados são colocados no prontuário?

RELATOR 2 (Júlia):

Isso, no prontuário. E a gente tá fazendo, não sei se as meninas do grupo anterior comentaram, né. A gente não tem hoje, são 6 mil cadastrados, quase 6 mil, então, a gente não tem hoje quantos diagnósticos eu tenho de (tal coisa). Mas mês que vem eu consigo compilar esses dados pra você, pois a gente tá fazendo justamente isso.

RELATOR 2 (Júlia):

Eu consigo te falar mês que vem, por exemplo, quantos casos de uso de droga e de psicose eu tenho, porque nesse cadastro tem o CID Principal e o CID Secundário, então a gente vai conseguir ver isso. Mas a gente ta desenvolvendo ainda, isso aí é um dado, né, mas em questão de questionário, um material pra isso, a gente não tem. Na verdade, a gente tem isso tudo, mas não temos um formal, pronto, um protocolo.

RELATOR 1 (Nem):

Um protocolo longitudinal que você tá falando, né. De início, até a sua saída, porque tem uma idade limite. Então eu acho que seria importante também esse instrumento longitudinal. Né, que eu acho que seria bacana.

RELATOR 2 (Júlia):

Mas aí o que a gente tem também, Francis, tem outra questão, que quando o paciente chega pra gente, ele já chegou porque a mãe já descobriu que ele está fazendo uso de maconha todo dia, porque ele já começou a furtar em casa, já começou a furtar em casa, começou a roubar, começou a sumir um chinelo, começou a sumir um celular, aí a família trouxe.

RELATOR 3 (Ísis):

Sair de casa e não voltar pra casa.

RELATOR 6 (Ilma):

Sair à noite.

RELATOR 2 (Júlia):

Mas aí quando o paciente chega pra gente, quando se trata, né, de uso de droga, ele já chega porque a família descobriu e o caldo já entornou, entendeu? Então às vezes esses sintomas passam pra gente, realmente sem a gente ver, porque realmente a gente não vê mesmo, porque ele chega pra gente em uma fase, em alguns casos é claro, agudo.

ENTREVISTADOR (FRANCIS):

Fico satisfeito com as respostas e encerro por aqui.

8.2 Primeiro Procedimento de Análise

O agrupamento do conteúdo do referencial teórico pormenorizado deu-se em todo o curso da pesquisa, a análise da revisão literária permitiu uma investigação e aprofundamento da **DETECÇÃO PRECOCE DE PSICOSE SUBCLÍNICO EM ADOLESCENTES USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIA PSICOATIVA “CANNABIS”**, o delineamento da pesquisa considerou a substância cannabis e tendo como sujeitos de pesquisa os adolescentes no surgimento do quadro psicótico com relação ao uso dessa substância mais propriamente.

O procedimento investigativo com dados atuais medidos com especificidade a partir de parâmetros conhecidos e atingindo o objetivo da dissertação que procuram o CAPSi adolescentes usuários de cannabis com sintomas psicóticos. Os profissionais da equipe multidisciplinar necessitam de instrumentos que avaliam sobremaneira, acessível e aplicável aos pacientes adolescentes com

psicose em uso de cannabis capaz de identificar a fase prodrômica ou subclínica dos adolescentes atendidos.

8.3 Segundo Procedimento de Análise

Os grupos foram compostos pela equipe multidisciplinar da instituição, pelos profissionais das seguintes áreas: enfermagem (2 profissionais bacharéis e 1 profissional técnico), fonoaudiologia (1 profissional), hebiatria (1 profissional), psicologia (4 profissionais), psicopedagogia (1 profissional), psiquiatria (3 profissionais) e serviço social (1 profissional).

A reunião foi gravada com 2 sessões presenciais. Descartaremos vieses de seleção e entendimento. Levaremos aos interlocutores os fundamentos da pesquisa.

Foram organizados 02 grupos, sendo cada um com 7 referências técnicas. Os técnicos possuem formações diferentes tendo cada grupo:

Grupo 1 - 7 referências técnicas: enfermagem (1), fonoaudiologia (1), hebiatria (1), psicologia (2), psiquiatria (2).

Grupo 2 - 7 referências técnicas: enfermagem (1), psicologia (2), psicopedagogia (1), psiquiatria (1), serviço social (1), técnico em enfermagem (1).

APÊNDICES:

Tabela PARTICIPANTES 1

GRUPO 01				
PROFISSIONAL	CONVITE 1	CONVITE 2	CONFIRMAÇÃO	PRESENTE
Enfermagem	OK	OK	OK	SIM
Fonoaudiologia	OK	OK	OK	SIM
Hebiatria	OK	OK	OK	NÃO
Psicologia 1	OK	OK	OK	SIM
Psicologia 2	OK	OK	OK	SIM
Psiquiatra 1	OK	OK	OK	NÃO
Psiquiatra 2	OK	OK	OK	NÃO
TOTAL PRESENTE	7	7	7	4

Tabela PARTICIPANTES 2

GRUPO 02				
PROFISSIONAL	CONVITE 1	CONVITE 2	CONFIRMAÇÃO	PRESENTE
Enfermagem	OK	OK	OK	SIM
Psicologia 1	OK	OK	OK	SIM
Psicologia 2	OK	OK	OK	SIM
Psicopedagogia	OK	OK	OK	SIM
Psiquiatria	OK	OK	OK	NÃO
Serviço Social	OK	OK	OK	SIM
Téc. Enfermagem	OK	OK	OK	SIM
TOTAL PRESENTE	7	7	7	6

A reunião técnica foi a metodológica escolhida para a pesquisa de caráter qualitativo do estudo de uma instituição específica CAPS. O processo de análise dos dados tinha o propósito de responder à pergunta de pesquisa: Quais instrumentos encontram-se atualmente disponíveis no rastreamento de psicose em adolescentes usuários de cannabis atendido no CAPS e sua aplicabilidade pelos profissionais pesquisados no CAPS?

A reunião técnica com o pesquisador, levantado foi norteada por questões e temáticas as questões que são coerentes aos objetivos e problemas de pesquisa.

As tabelas 1 e 2 quantificam e qualificam o grupo de acordo com a formação de cada profissional que compõe o CAPS. Fica evidente que nos dois grupos os médicos não participaram do encontro para contribuir, com sua experiência profissional, na pesquisa acadêmica de um colega de profissão.

Isso chamou a atenção, pois o problema de pesquisa e, conseqüentemente as questões colocadas pelo pesquisador têm como problemáticas questões que envolvem procedimentos médicos, dessa forma a presença destes profissionais seria relevante para a análise dos dados.

A seguir vamos nos debruçar na análise das narrativas para levantamento de dados que serão nossos argumentos para responder ao problema de pesquisa. Abaixo as questões norteadoras para a interação do grupo:

Tabela 2- REUNIÃO TÉCNICA 1

ENTREVISTADOR TEMA:	RELATOR 1 Fonoaudióloga	RELATOR 2 Psicóloga	RELATOR 3 Psicóloga	RELATOR 4 Técnica de enfermagem
APLICAÇÃO INSTRUMENTO DE RASTREIO PSICOSE	Não sabe	Não sabe	Não sabe	Não sabe
DADOS EPIDEMIOLÓGICOS CAPSi	Não sabe	Não sabe	Não sabe	Não sabe
FLUXO	Não sabe	Não sabe	Inexiste	Não sabe

ENTREVISTADOR TEMA:	RELATOR 1 Fonoaudióloga	RELATOR 2 Psicóloga	RELATOR 3 Psicóloga	RELATOR 4 Técnica de enfermagem
IMPORTÂNCIA DO RASTREIO DA PSICOSE	Sim	Sim	Sim	Sim
PRÓDROMOS	Não sabe	Não sabe	Sim	Não sabe
DIAGNÓSTICO SINTOMAS SUBCLÍNICOS DE PSICOSE	Não sabe	Não sabe	Não sabe	Não sabe

Tabela 3- REUNIÃO TÉCNICA 2

ENTREVISTADOR TEMA:	RELATOR 1 Psicóloga	RELATOR 2 Psicóloga	RELATOR 3 Enfermeira	RELATOR 4 Técnica enfermagem	RELATOR 5 Psicopedagoga	RELATOR 6 Assistente social
APLICAÇÃO INSTRUMENTO DE RASTREIO DA PSICOSE	Não sabe	Não sabe	Não sabe	Não sabe	Não sabe	Não sabe
DADOS EPIDEMIOLÓGICOS CAPSi	Não sabe	Inexiste	Inexiste	Não sabe	Não sabe	Não sabe
FLUXO	Não sabe	Inexiste	Inexiste	Não sabe	Não sabe	Não sabe
IMPORTÂNCIA DO RASTREIO PSICOSE	Não sabe	Sim	Sim	Não sabe	Não sabe	Sim
PRÓDROMOS	Não sabe	Sim	Não sabe	Não sabe	Não sabe	Não sabe
DIAGNÓSTICO SINTOMAS SUBCLÍNICOS DE PSICOSE	Não sabe	Não sabe	Não sabe	Não sabe	Não sabe	Não sabe

Não há consenso por parte da equipe sobre a necessidade de aplicação do instrumento de rastreio de psicose em adolescentes no CAPS. Apesar de serem em número reduzido, apenas três, podemos considerar coerente a resposta, pois o desconhecimento sobre a temática discutida ficou explicitada nas outras respostas.

Há desconhecimento de 90% da equipe sobre quais achados psicopatológicos mais importantes a serem observados na psicose em adolescentes usuários de cannabis. Em sintonia com a questão anterior, de fato não dominam o assunto sobre os achados psicopatológicos que antecedem a psicose, com isso o fluxo de atendimento para acolher os pacientes adolescentes com psicose em uso de cannabis é falho por não aplicar o rastreio de avaliação e utilizarem o senso comum com prejuízos na assistência.

As respostas indicam o desconhecimento por parte da equipe sobre o sujeito da pesquisa, adolescentes em atendimento no CAPS, principalmente no que tange a psicose em adolescentes usuários de cannabis.

Apenas a referência técnica Terezinha e a coordenadora de equipe têm domínio sobre o assunto. Todos os demais participantes não têm conhecimento e ou habilidades técnicas para acolher na fase prodrômica ou subclínica da psicose nos adolescentes atendidos.

É mandatório aperfeiçoar o atendimento no CAPS a partir da reflexão sobre atendimento da equipe multidisciplinar, a estrutura atual do CAPS compromete a acurácia do rastreio psicopatológico dos adolescentes em psicose usuários de cannabis. Um dos caminhos sugeridos para que se assegure um atendimento e tratamento adequado é a promoção, incentivo e exigência de educação continuada, formação em serviço.

Não temos dados quantitativos do número de adolescentes com quadro de psicose e/ou uso de cannabis, os protocolos e diagnósticos não são sistematizados, dessa forma não podemos assegurar se esse público é baixo e, por isso, o desconhecimento sobre o tema.

A ausência dos médicos, como exposto acima, é indicativo do distanciamento destes profissionais com relação a equipe, diálogo numa perspectiva de melhoria do atendimento e a pouca documentação e sistematização de dados também passa pela orientação necessária da equipe médica. O grupo heterogêneo permitiu interação de maneira satisfatória e houve diálogo entre o pesquisador e os relatores. O grupo focal satisfez em resposta à problemática inicial da pesquisa e corrobora para implementação educação continuada e novos estudos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os processos cerebrais, apesar de toda a tentativa de sistematização de seu funcionamento, podem se adequar de formas variadas prejudicando ou reafirmando o funcionamento adequado para o adolescente. A influência da “cannabis” no organismo do adolescente é grande, por isso, sua capacidade de criar alternativas saudáveis com o tempo vai ficando escassa, configurando uma forma dependente do cérebro atuar dentro do sistema, inviabilizando a vida do sujeito desta pesquisa de muitas formas, como foi exposto ao longo da dissertação.

É possível detectar que os sintomas subclínicos provocados pelo cannabis levam a alterações permanentes no organismo. Quando iniciados os acompanhamentos de ordem preventiva e educacional a curto e longo prazos podemos ter desfechos favoráveis no que tange a neurotoxicidade e neuroplasticidade. Os sintomas e comportamentos podem diferir de caso a caso, mas como trouxemos na pesquisa, todos eles prejudicam o funcionamento global neurológico e a manutenção da vida do sujeito com tendência a apartá-los da realidade e da forma como eles são compreendidos enquanto sujeitos autônomos.

A predisposição ao transtorno psicótico é uma condição relevante indicada a partir de 40%, segundo dados expostos ao longo do trabalho. Nos acompanhamentos percebemos, porém, uma dificuldade em antecipar-se e parar o avanço do transtorno subclínico impedindo a sua incidência por refreamento ou remissão dos sintomas advindos do uso da substância “Cannabis”. As dificuldades podem ser notadas na compreensão do trato da recuperação dos neurotransmissores atingidos na superexposição ao cannabis, precarizando além do recomendável o desenvolvimento normalizado do indivíduo.

A psicose subclínica aparece com sintomas atenuados do surto psicótico, embora por vezes sejam considerados como sintomas de intoxicação e efeito agudo da cannabis. A taxa de mortalidade aumenta em 29% por cada ano de uso e a precocidade do aparecimento dos sintomas acontece 3 anos antes em usuários de maconha. O desenvolvimento de processos de prevenção, acompanhamento, e desenvolvimento de tratamento, indicam que é necessário compreender a realidade como um todo, caracterizando aspectos orgânicos, neurológicos, ocasionais e manifestos em jovens com ou sem comorbidades. Algumas certezas já foram confirmadas indicando um efeito muito danoso no desenvolvimento de cognições e aspectos estruturais da personalidade juvenil. As alterações nos padrões de funcionamento descritos têm se mostrado persistentes e irreversíveis ao longo do cultivo do hábito de usar Cannabis, por isso medidas relacionadas a procedimentos preventivos e de políticas

públicas devem ser tomadas. Em princípio, padrões universais descritivos de sintomas e efeitos dominantes devem ajudar na criação de instrumentos elucidativos de mais mistérios sobre a questão.

Torna-se evidente pelo estudo *in loco*, por meio da pesquisa, que os rastreios aplicáveis em um caps do sudeste do Brasil, observado na reunião do grupo focal com os interlocutores participantes deste estudo, não permite a acurácia da avaliação psicopatológica de psicose em adolescentes usuários de cannabis.

E ainda, torna-se a detecção precoce da psicose em adolescentes limitada pela não aplicação de instrumentos para validação de psicose. A avaliação realizada pelos colaboradores utiliza o senso comum na abordagem da psicose em adolescentes usuários de cannabis no CAPS.

Em vigência desta constatação é imprescindível formular um rastreio psicopatológico acessível e aplicável por qualquer membro da equipe multidisciplinar do CAPS, capaz de possibilitar na prática diária, aplicação de instrumentos com maior subsídio para um rastreio precoce da manifestação psicótica em adolescentes, tal fato traz implicância na abrangência de diagnóstico, acompanhamento e tratamento por equipe multidisciplinar com maior acolhimento dessa demanda reprimida.

Desta forma, a resposta ao problema levantado nos deixa com uma lacuna no processo de atendimento e nos instiga a dar continuidade ao estudo para que possamos aplicar instrumentos de rastreio de psicose e permita sair do senso comum dos critérios para diagnóstico e tratamento e nos faça avançar científicos e sistematizados dentro dos CAPS.

A pesquisa permitirá replicação aos demais CAPS no território nacional e viabiliza criação de um instrumento capaz de identificar um adolescente em psicose com maior assertividade diagnóstica.

Imprescindível validar os instrumentos de psicoses na adolescência determinantes do rastreio pela equipe de saúde mental. Para tanto, faz necessários novos estudos sobre os instrumentos para validação de psicose precoce, especificamente em adolescentes. Enfim, é necessário um estudo quantitativo para que se possa mensurar a validade e confiabilidade dos instrumentos de avaliação em saúde mental de adolescentes em psicose.

REFERÊNCIAS

- AIZPURUA-OLAIZOLA, O. et al. Identification and quantification of cannabinoids in Cannabis sativa L. plants by high performance liquid chromatography-mass spectrometry. **Analytical and bioanalytical chemistry**, v. 406, n. 29, 7549-7560, **2014**. Available in: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00216-014-8177-x>. Access in: 05 out 2022.
- ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. Adolescência Normal: Um enfoque psicanalítico. Trad. Suzana Maria Garagoray Ballve, Ed. Artmed, Porto Alegre, **1981**.
- ANDRADE, T. M. R.; ARGIMON, I. I. L. Sintomas depressivos e uso de Cannabis em adolescentes. **Psicol. Estudo.**, v. 13, n. 3, Set **2008**. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/7npQGrHYb8tWQmhmVsXqGqr/?lang=pt>. Acesso em: 29 de Mar 2022.
- ANDRADE, A. L. M. *et al.* Desenvolvimento cerebral na adolescência: aspectos gerais e atualização. **Adolescência & Saúde**, v. 15, p. 1-6, **2018**.
- ALMEIDA, A. N. S. Adolescência e psicopatologia. **Encontro: Revista de Psicologia**, v. 17, n. 27, **2014**.
- AMPARO, A. M. D; ALVES, P. B.; CARDENAS, C. J. Pertencimento e identidade em adolescentes em situação de risco de Brasília. **Rev. Bras. Cresc Desenv Hum**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 11-20, **2004**.
- BRASIL. **Lei 8.069**, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília: Ministério da Justiça, 1990.
- BARRONA, J. I. B. **Psicose e Consumo de Canábis**: Causa, Consequência ou Coincidência? Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina. Universidade de Lisboa, **2017**. Disponível em: <https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/31720/1/JoanaIBBarrona.pdf>. Acesso em: 28 mar 2022.
- BARROS, P.D.Q; PICHELLI, A.A.W.S.; RIBEIRO, K. C. S. Associação entre o consumo de drogas e a ideação suicida em adolescentes. **Mental**, v.11, n. 21, **2017**. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272017000200002&ln Acesso em: 29 Mar 2022.
- CANAL BIOCÊNCIAS. **Neurociência Básica: Aula 01. Função e Organização do Sistema Nervoso**. Vídeo (18 min e 54 seg.). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=dGXOJXGCb68> Acesso em: 04 de Jan de 2022.
- CHENIAUX JUNIOR, E. **Manual de psicopatologia**. 5. ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, **2015**.
- CORREIO BRASILIENSE. **Uso da Maconha pode aumentar agressividade em Pacientes Psiquiátricos**. **2017**. Disponível em: <https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/ciencia-e->

saude/2017/12/29/interna_ciencia_saude,650407/uso-da-maconha-pode-aumentar-agressividade-em-pacientes-psiquiatricos.shtml Acesso em: 29 de Mar de 2022.

CORSI-ZUELLI, F. *et al.* Cytokine profile in first-episode psychosis, unaffected siblings and community-based controls: the effects of familial liability and childhood maltreatment. **Psychol Med.**, v. 50, n. 7, p. 1139-1147, **2020**. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31064423/>. Acesso em: 28 mar 2022.

CORSI-ZUELLI, F. *et al.* The independent and combined effects of cannabis use and systemic inflammation during the early stages of psychosis: exploring the two-hit hypothesis. **Psychol Med.**, v. 19, p. 1-11, **2021**. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33736715/>. Acesso em: 28 Mar 2022

CURY, A. F. **Maconha pode aumentar taxas de depressão e suicídio.** Disponível em: <https://jornal.usp.br/atualidades/maconha-pode-aumentar-taxas-de-depressao-e-suicidio/> Acesso em: 29 de março de 2022.

DALGALARRONDO, P. **Evolução do Cérebro: Sistema Nervoso, Psicologia e Psicopatologia, Sob a perspectiva evolucionista.** Porto Alegre: Artmed, **2014**. *e-PUB*. Acesso em: 04 jan 2021

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais.** [recurso eletrônico] 3ªEd. Porto Alegre: Artmed, **2019**. Disponível em: <https://www.pdfdrive.com/psicopatologia-e-semiologia-dos-transtornos-mentais-e191407882.html>. Acesso em: 15 de março de 2022.

DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. **Abuso de Cannabis em pacientes com transtornos psiquiátricos: atualização para uma antiga evidência.** **Braz. J. Psychiatry**, v. 32, suppl 1, maio **2010**. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/GZY89N3HvVSsLdZf6TF7yyc/?lang=pt> Acesso em: 29 março de 2022.

DUQUE, N. **Sistema Nervoso: O que é e como funciona. Site Estudo Prático.** Publ. 24 de Fevereiro de 2014 e atualização em 17 de Fevereiro de **2020**. Disponível em: <https://www.estudopratico.com.br/sistema-nervoso/> Acesso em: 05 Jan 2022.

DEVINSKY, O. *et al.* Cannabidiol: pharmacology and potential therapeutic role in epilepsy and other neuropsychiatric disorders. **Epilepsia**, v. 55, n. 6, p. 791-802, **2014**. Available in: <https://doi.org/10.1111%2Fepi.12631>. Access in: 05 out 2022.

FRANKEL, R. **A psique adolescente: Perspectivas Junguianas e Winnicotianas.** (Trad.) Claudia Oliveira Dornelles. Petrópolis: Editora Vozes. 2021. Disponível em: <https://09767697089369781904.googlegroups.com/attach/bae3e8aa5b62/A%20psique%20adolescente%20-%20Richard%20Frankel.pdf?part=0.2&vt=ANaJVrFcUEvznun80j9yLqPj9Otl6mf2rjIzS7YAwd65LC-tsxboxiZXjKUtbO5K1SpsRpoOqEwIMu2RyCWB-nNnyxUI0yyM7z1jaE2x0NJRdcz1VpJeXkJg> Acesso em: 11 de Mar de 2022.

FREITAS-SILVA, L.R.; ORTEGA, F. Intervenção Precoce na Psicose: De estratégia clínica a possível categoria diagnóstica. **Psicol. estud.**, v. 19, n. 4, Oct-Dec 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/Cyv6z5P5tDZd3Bvp9Vhjt3p/?lang=pt> Acesso em: 17 de Mar de 2022.

FERNÁNDEZ-RUIZ, J.; HERNÁNDEZ, M.; RAMOS, J. A. Cannabinoid–dopamine interaction in the pathophysiology and treatment of CNS disorders. **CNS neuroscience & therapeutics**, v. 16, n. 3, p. e72-e91, 2010. Available in: <https://doi.org/10.1111/j.1755-5949.2010.00144.x>. Access in: 05 out 2022.

GOOSENS, L. Adolescent development: Putting Europe on the map. In S. Jackson, & L. Goosens (Eds.), *Handbook of adolescent development* (pp. 1-10). New York: Psychology Press., 2006.

GARCIA NETO, A.; TAURO, D. V.-E. A psicose e saúde mental: impasses na contemporaneidade. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande, v. 7, n. 2, p. 152-160, dez. 2015. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2015000200009&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 15 mar. 2022.

GEE, D. G; CANNON, T. D. Previsão de conversão para psicose: revisão e perspectivas futuras. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 33, Supl II, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/d4ngjbnwtRphb7gTgHFwpvd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 17 de Mar de 2022.

GOMES, C.G.; TONIAZZO, P. B.; SPANEMBERG, L. Abordagem e manejo inicial do paciente psicótico na emergência. **Acta méd.** (Porto Alegre), v. 35, n. 5, 2014. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/04/882517/abordagem-e-manejo-inicial-do-paciente-psicotico-na-emergencia.pdf>. Acesso em: 16 Mar 2022.

GONÇALVES, M. **Efeitos orgânicos e psicológicos da maconha. Psiquiatria na prática médica**, v.18, n. 6, Junho de 2013. Disponível em: <https://www.polbr.med.br/ano13/prat0613.php>. Acesso em: 12 set 2021.

HERCULANO-HOUZEL, S. **O Cérebro adolescente: A neurociência da Transformação da criança em adulto.** 2013. Disponível em: <https://docero.com.br/doc/scenxcv>. Acesso em: 05 Fev 2022.

INPAD. Instituto Nacional de Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas. II LENAD – Levantamento Nacional de Álcool e outras Drogas. Disponível em: <https://inpad.uniad.org.br/lenad/resultados/maconha/resultados-preliminares/> Acesso em: 27 de Março de 2022.

JENSEN, F. E. **O Cérebro adolescente: Guia de sobrevivência para criar adolescentes e jovens adultos.** Com Amy Ellis Nutt. Lúcia Ribeiro da Silva, (Trad.) 1ª ed. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2016. Disponível em: https://www.intrinseca.com.br/upload/livros/1%C2%BACAP_OCerebroAdolescente_ISSUU.pdf Acesso em: 10 Mar 2022.

LINS, S. L. B. **Psicose: diagnóstico, conceitos e reforma psiquiátrica.** **Mental**, Barbacena, v. 5, n. 8, p. 39-52, jun. 2007. Disponível em

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272007000100003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 24 set. 2021.

LERNER, R. M. et al. Positive youth development. In R. M. Lerner, & L. Steinberg (Eds.), **Handbook of adolescent psychology**, 3ª ed., pp. 524-558. New York: Wiley, 2009.

MANUAL DE DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DO DSM-5. **Diagnóstico Diferencial Passo a Passo**. Disponível em: <https://statics-shoptime.b2w.io/sherlock/books/firstChapter/122883753.pdf>. Acesso em: 17 de março de 2022.

MARIANO, T. O.; CHASIN, A.A.M. **Drogas Psicotrópicas e seus efeitos sobre o Sistema Nervoso Central**. *Revista Acadêmica Oswaldo Cruz*, ano 6, n.22 abril-junho 2019, Disponível em: https://oswaldocruz.br/revista_academica/content/pdf/Edicao_22_TAIS_OLIVEIRA_MARIANO.pdf Acesso em: 23 de março de 2022.

MASCARENHAS, A. **Psicose é o distúrbio mais temido por adolescentes**. 2008. Ano: 41. Edição Nº: 34. Saúde: Hospital das Clínicas. Disponível em: <http://usp.br/aun/antigo/exibir?id=2069&ed=255&f=42> Acesso em 16 de Mar de 2022.

MEDEIROS, A. P.; MISHIMA-GOMES, F. K. T.; BARBIERI, V. **Os vínculos familiares em uma criança com pré-estrutura de personalidade psicótica**. *Rev. SPAGESP*, Ribeirão Preto, v. 12, n. 2, p. 34-43, dez. 2011. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702011000200005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 16 março de 2022.

KOSTEN, T. Manual MSD. Versão para Profissionais de Saúde. O fornecedor confiável de informações médicas desde 1899. **Transtorno relacionado ao uso de substâncias**. Baylor College of Medicine/MD Anderson Cancer Center., 2018. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/transtornos-psiqui%C3%A1tricos/transtornos-relacionados-ao-uso-de-subst%C3%A2ncias/transtornos-por-uso-de-subst%C3%A2ncias> Acesso em: 24 setembro de 2021.

PINHEIRO, P. **Maconha (cannabis): efeitos no organismo**. (post) Disponível em: <https://www.mdsaude.com/dependencia/marijuana-maconha/>. Acesso em: 10 Set 2021.

TELES. L. **Mulheres: O efeito das Drogas no Cérebro**. 16:56 min. Neurologista. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=c7gjRIDSJIY> Acesso em: 26 Mar 2022.

TELES. L. **Mulheres: O efeito das Drogas no Cérebro – Parte 2**. 18:31 min. Neurologista. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=8J3XEmR-S5w>. Acesso em: 26 Março 2022.

MECHOULAM, R.; PARKER, L.A. **The endocannabinoid system and the brain**. *Annual review of psychology*, v. 64, p. 21-47, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-113011-143739>. Acesso em: 05 out 2022.

NASCIMENTO, I. R.; SANTO, V.–E. **Identificação Química em nível molecular de amostras de maconha por ESI-FT-ICR MS**. Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, 2014.

OUTEIRAL, J. O. **Adolescer: estudos sobre a adolescência**. Porto Alegre: Artes Médicas. **1994**. p.6.

OMS. **Saúde mental dos adolescentes**. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/saude-mental-dos-adolescentes#:~:text=Uma%20em%20cada%20seis%20pessoas,n%C3%A3o%20C3%A9%20detectada%20nem%20tratada>. Acesso em: 5 out 2022.

PIRES, P. L. S. et al. Uso Problemático de substâncias Psicoativas, Ansiedade, Estresse e Depressão entre estudantes de Enfermagem. **Revista de Atenção à Saúde – RAS**, v. 17, n. 61, **2019**, Disponível em: https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/6099. Acesso em: 29 de Mar 2022.

RIANI, A.; CAROPRESO, F. O desenvolvimento psíquico precoce e o risco de psicose de uma perspectiva analítica. **Mental**, p. 249-265, ano X - nº 19, Barbacena-SP - jul./dez., **2013**, Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v10n19/a07v10n19.pdf> . Acesso em: 27 de Mar de 2022.

RIGONI, M. S. et al. O consumo de maconha na adolescência e as conseqüências nas funções cognitivas. Dossiê - Psicologia e Adolescência, **Psicol. Estud.**, v. 12, n. 2, Ago **2007**. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/rCRvjfrCFCDsXZdxgTK4Mc/?lang=pt>. Acesso em: 29 Mar 2022.

RIGONI, M.; OLIVEIRA, M.; ANDRETTA, I. (2006). Consequências neuropsicológicas do uso da maconha em adolescentes e adultos jovens: uma revisão da literatura científica recente. **Ciências & Cognição [On-line]**, v. 3, n. 8, **2006**.

RODRIGUES, S. das D.; CIASCA, S. M. **Aspectos da relação cérebro-comportamento: histórico e considerações neuropsicológicas**. **Rev. psicopedag.**, São Paulo, v. 27, n. 82, p. 117-126, **2010**. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862010000100012&lng=pt&nrm=iso. Acessos em 24 mar. 2022

ROUGIER, H. A.; MINNITI, A. A. **Procesos Neurosociales y Subjetividad en la visión de la psicología social**. Editorial Síntesis, Madrid – Espanha. **2017**. Disponível em: <https://www.sintesis.com/data/indices/9788491710820.pdf> . Acesso em: 25 Mar 2022.

RIBEIRO, J. A. C. **A Cannabis e suas aplicações terapêuticas**. Tese de Doutorado. Universidade Fernando Pessoa. Porto, 2014.

RADHAKRISHNAN, R.; WILKINSON, S. T.; D'SOUZA, D. C. Gone to pot—a review of the association between cannabis and psychosis. **Frontiers in psychiatry**, v. 5, n. 54, **2014**. Available in: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2014.00054>. Access in: 05 out 2022.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A.; RUIZ, P. **Compendio de Psiquiatria**. Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica, 11ª Ed, Porto Alegre: Artmed, **2017**.

SCHOEN-FERREIRA, T. H.; AZNAR-FARIAS, M.; SILVARES, E. F. M. A construção da identidade em adolescentes: um estudo exploratório. **Estudos de Psicologia**, v. 8, n. 01, p. 107-115, **2003**. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/epsic/a/X5DFFZCZsb4pmlChTsQVpb/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 05 de Fevereiro de 2022.

SANTOS, M. P. DOS, ROCHA, M. R. DA, & ARAÚJO, R. B. **O uso da técnica substituição por imagem positiva no manejo do craving em dependentes de crack.** *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 63(2), 121-126. 2014.

SENNÁ, S. R. C. M.; DESSEN, M. A. **Contribuições das Teorias do Desenvolvimento Humano para a Concepção Contemporânea da Adolescência.**

Psicologia: Teoria e Pesquisa, v. 28, n. 1, pp. 101-108, Jan-Mar 2012. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ptp/a/fpKByLWpTT8BY4Yv9kRH6pB/?lang=pt&format=pdf> Acesso em: 04 de Fevereiro de 2022.

SHERMAN, C. **The defining features of drug intoxication and addiction can be traced to disruptions in neuron-to neuron signaling** In. National Institute on Drug Abuse – NIH – Advance Addiction Science. 2017. Disponível em: <https://archives.drugabuse.gov/news-events/nida-notes/2017/03/impacts-drugs-neurotransmission>. Acesso em: 26 Mar 2022.

UNIAD. Unidade de pesquisas em álcool e drogas. Disponível em: <https://www.uniad.org.br/>. Acesso em: 09 set 2021.

UNIAD. Unidade de pesquisas em álcool e drogas. T. Lagoa. Substância do Cérebro pode combater vício da maconha. 2010. Disponível em: <https://www.antidrogas.com.br/2010/09/16/substancia-do-cerebro-pode-combater-vicio-da-maconha/>. Acesso em: 27 de Mar de 2022.

WITTON, J.; MURRAY, R. M. “Loucura do baseado” revisitada: maconha e psicose. Editorial, *Braz. J. Psiquiatria*, v. 26, n. 1, Mar 2004. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbp/a/rszNtY5jwbqKDvktnsWFpyr/?lang=pt>. Acesso em: 09 set 2021.

WHO, World Health Organization. **Young People’s Health – a Challenge for Society. Report of a WHO Study Group on Young People and Health for All.** Technical Report Series 731. Geneva: WHO, 1986.

APÊNDICES

Tabela Grupo 1

GRUPO 01				
PROFISSIONAL	CONVITE 1	CONVITE 2	CONFIRMAÇÃO	PRESENTE
Enfermagem	OK	OK	OK	SIM
Fonoaudiologia	OK	OK	OK	SIM
Hebiatria	OK	OK	OK	NÃO
Psicologia 1	OK	OK	OK	SIM
Psicologia 2	OK	OK	OK	SIM
Psiquiatra 1	OK	OK	OK	NÃO
Psiquiatra 2	OK	OK	OK	NÃO
TOTAL PRESENTE	7	7	7	4

Tabela Grupo 2

GRUPO 02				
PROFISSIONAL	CONVITE 1	CONVITE 2	CONFIRMAÇÃO	PRESENTE
Enfermagem	OK	OK	OK	SIM
Psicologia 1	OK	OK	OK	SIM
Psicologia 2	OK	OK	OK	SIM
Psicopedagogia	OK	OK	OK	SIM
Psiquiatria	OK	OK	OK	NÃO
Serviço Social	OK	OK	OK	SIM
Téc. Enfermagem	OK	OK	OK	SIM
TOTAL PRESENTE	7	7	7	6

ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

BASEADO NAS DIRETRIZES CONTIDAS NA RESOLUÇÃO CNS Nº466/2012, MS.

Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa é sobre ACURÁCIA DO RASTREIO PSICOPATOLÓGICO DA PSICOSE EM ADOLESCENTES USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIA PSICOATIVA CANNABIS NO CENTRO DE APOIO PSICOSSOCIAL INFANTIL (CAPSi) EM GOVERNADOR VALADARES MG. Está sendo desenvolvida por Francis Moreira da Silveira, Mestrado em Neurociência da LOGOS UNIVERSITY INTERNATIONAL – UNILOGOS®, sob a orientação da Prof. Dra. Cláudia Coelho Hardagh.

Os objetivos do estudo são discorrer sobre os instrumentos avaliativos no rastreio de psicose e sua aplicabilidade pela equipe multidisciplinar. Levantar as formas de rastreio da psicose em sujeitos adolescentes através de instrumentais ou diagnóstico diferencial pelos profissionais de saúde mental do CAPSi de Governador Valadares MG.

Benefícios: A finalidade deste trabalho é contribuir para aprimoramento científico e aplicação na comunidade local. **Risco de exposição*:** Solicitamos a sua colaboração para gravação do grupo focal, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto. Informamos que essa pesquisa não terá viés de constrangimento e sim científico.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição (se for o caso). Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considerem necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Governador Valadares MG 04 de agosto de 2022.

Pesquisador responsável: Francis Moreira da Silveira

Considerando, que fui informado(a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente que receberei uma via desse documento.

Assinatura do participante

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para o pesquisador. Telefone: 33 999271022 ou para o Comitê de Ética da Logos University International – www.unilogos.org / contact@unilogos.org.

ANEXO 2

LOGOS UNIVERSITY INTERNATIONAL

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO - PPGE

Usar como dispositivo de detector de plágio CopySpider, que deve ser baixado no link:

<https://copyspider.com.br/main/>

Mestrando em Neurociências: Francis Noreira da Silveira

Orientador(a): Prof. Dr. Ou Profa. Dra.

DECLARAÇÃO DE VERIFICAÇÃO DE PLÁGIO

Eu, Francis Moreira da Silveira, CPF:047647266-02, mestrando(a) no Programa de Pós-graduação em Educação da Logos University International (UniLogos) declaro para os devidos fins que todo o conteúdo (escrita e dados) da dissertação passou pelo detector de plágios Copy Spider.

Nesse sentido, envio para a apreciação o relatório da análise do dispositivo digital Copy Spider, disponível no site: <https://copyspider.com.br/main/>

Informo que o material foi submetido ao detector em 01/10/ 2022.

Sem mais, afirmo o presente.

Assinatura do(a) Pós-graduando(a)

(imprimir, assinar com caneta azul e digitalizar)

Data: 01/10/2022

ANEXO 3



atendimento@unilogos.edu.eu

CEP - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

DADOS

FRANCIS MOREIRA DA SILVEIRA,

Estudante do Programa de Mestrado Internacional em Neurociência



TÍTULO DA PESQUISA: ACURÁCIA DO RASTREIO PSICOPATOLÓGICO DA PSICOSE EM ADOLESCENTES USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIA PSICOATIVA CANNABIS EM UM CENTRO PSICOSSOCIAL (CAPS) DO SUDESTE DO BRASIL

RELATÓRIO

Trata-se de relatório de pesquisa em área de estudo sobre saúde mental e tem como objeto de estudo o CAPSi de GV- MG e os adolescentes usuários da substância psicoativa cannabis. Tem como objetivo Geral: Traçar a acurácia do rastreio psicopatológico da psicose em adolescentes usuários de substância cannabis no CAPSi em Governador Valadares MG. A pesquisa traz o diálogo com teóricos e a percepção da práxis do psiquiatra clínico, no papel de pesquisador, que atuou nos serviços de saúde mental no CAPS/AD na cidade de Governador Valadares MG durante o período de janeiro 2012 a março/ 2018. E dentro do escopo da pesquisa qualitativa com os técnicos especialistas dentro do CAPSi para uma análise sobre a acurácia do rastreio realizado em adolescentes usuários de substância psicoativa cannabis. O agrupamento do conteúdo do referencial teórico pormenorizado/metodológico da pesquisa e de análise da revisão literária para investigação e aprofundamento da detecção precoce de psicose subclínico em adolescentes usuários de substância psicoativa cannabis, a pesquisa delineada considerou a substância cannabis e tendo como sujeitos de pesquisa os adolescentes no surgimento do quadro psicótico com relação ao uso dessa substância mais propriamente.

O TCLE foi submetido, assim como o projeto de pesquisa, em 03/07/2022 a CEP – Comitê de Ética em Pesquisa, que após sua análise, com fundamento no MANUAL OPERACIONAL PARA COMITÊS DE ÉTICA EM PESQUISA (Série CNS – Cadernos Técnicos Série A. Normas e Manuais Técnicos; n.133), Código de Nuremberg, Resolução n.º 1/88 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), Declaração de Helsinque, Diretrizes Internacionais para as Pesquisas Biomédicas envolvendo Seres Humanos – CIOMS e a Res: CNS 196/96 e complementares, decidiu **APROVAR** a continuidade da pesquisa, reconhecendo o mérito do estudo e sua relevância, vez que trata-se de temática bem atual e importante para a discussão em questão. Assim somos do parecer favorável a **aprovação** do mesmo.

Miami, FL 18/07/2022


Dr. Rogério Florencio
Coordenador


Dr. Alex Sandro Dias
Consultor Jurídico


Dr. Dion P. Shuencvk
Vice Coordenador


Dr. Andre Leandro Knebel Castanhede
Médico - Representante dos Usuários



ASIC Affiliations and Acknowledgments





**LOGOS UNIVERSITY
INTERNATIONAL**

MENTE - SAÚDE - FUTURO

CAMINHOS DA MENTE

INVESTIGANDO A ACURÁCIA DO RASTREIO
PSICOPATOLÓGICO DA PSICOSE EM
ADOLESCENTES USUÁRIOS DE CANNABIS NO
SUDESTE DO BRASIL

