

INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO

FIGUEIRA – IMIP

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*

MESTRADO EM SAÚDE INTEGRAL

**TRANSTORNOS PSICÓTICOS EM CRIANÇAS E
ADOLESCENTES USUÁRIOS DE DROGAS ATENDIDOS EM
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NA CIDADE DE
RECIFE**

EMANUELLE XIMENES RIOS

2020

**INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO
FIGUEIRA – IMIP
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO EM SAÚDE INTEGRAL**

**TRANSTORNOS PSICÓTICOS EM CRIANÇAS E
ADOLESCENTES USUÁRIOS DE DROGAS ATENDIDOS EM
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NA CIDADE DE
RECIFE**

Dissertação apresentada no Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) como parte dos requisitos para obtenção do grau de mestre em Saúde Integral

Aluna: Emanuelle Ximenes Rios

Orientador: Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa

Linha de pesquisa: Saúde mental

Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP
Ficha Catalográfica BAB-006/2021
Elaborada por Túlio Revoredo CRB-4/2078

R586t Rios, Emanuelle Ximenes

Transtornos psicóticos em crianças e adolescentes usuários de drogas atendidos em centro de atenção psicossocial na cidade de Recife / Emanuelle Ximenes Rios. Orientadora: Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa – Recife: Do Autor, 2020.

78 f.: il.

Dissertação (Mestrado em Saúde Integral) – Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, 2020.

1. Centros de tratamento de abuso de substâncias. 2. Psicoses medicamentosas. 3. Adolescentes. I. Barbosa, Leopoldo Nelson Fernandes: orientador. II. Título.

CDD 613.0433

**TRANSTORNOS PSICÓTICOS EM CRIANÇAS E
ADOLESCENTES USUÁRIOS DE DROGAS ATENDIDOS EM
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NA CIDADE DE
RECIFE**

**Dissertação de Mestrado em Saúde Integral do Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira (IMIP), submetida à defesa pública na Diretoria de
Ensino do IMIP e aprovada pela banca examinadora em 16/12/2020**

Dr. Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa

Dra. Suely Arruda

Dr. Marcus Túlio Caldas

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Sarto e Vânia, e irmãs, Nikaelle e Giselle, fonte de amor e apoio incondicional nas minhas decisões pessoais e profissionais

À minha filhinha, Beatriz, que agora cresce em mim e já me desperta o desejo de ser cada dia melhor

Ao meu amor, Hugo, pelo cuidado, por tornar a vida mais leve, pelo amor e parceria nas pequenas e grandes conquistas

Aos meus mestres, Dra. Maria do Carmo Vieira da Cunha e Dr. Bruno Nascimento, inspirações na psiquiatria e na arte de ensinar

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Dr. Leopoldo Barbosa, exemplo de competência e dedicação à vida acadêmica, pelo estímulo, pela paciência, por me fazer acreditar que realizar e concluir este mestrado seria possível.

Aos meus preceptores na residência de psiquiatria e, hoje, colegas do IMIP, minhas referências no cuidado do outro. Agradeço não só pela minha formação, já que carrego um pouco de cada um na minha prática diária, mas por me darem a oportunidade de continuar aprendendo no papel de preceptora.

Aos meus amigos, Cátia, David e Leonardo, amigos-irmãos, exemplos de profissionais, presentes que a residência de Psiquiatria me deu.

À equipe e aos pacientes do Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luiz Cerqueira, por possibilitarem a realização desta pesquisa, pelo aprendizado diário no cuidado de crianças e adolescentes com tantas vulnerabilidades.

“No fundo, todos temos necessidade de dizer quem somos e o que é que estamos a fazer e a necessidade de deixar algo feito, porque esta vida não é eterna e deixar coisas feitas pode ser uma forma de eternidade”

(José Saramago)

RESUMO

Introdução: O consumo de substâncias psicoativas tem sido objeto de vários estudos devido aos impactos sociais, econômicos e, principalmente, às implicações na saúde da população em todo o mundo. O uso dessas substâncias está intimamente relacionado a transtornos psicóticos, seja como episódio induzido por uso de drogas, seja como fator de risco para abertura de um transtorno psicótico primário em pacientes vulneráveis. A idade precoce de início do quadro está associada a maior gravidade da doença e estudar o uso de substâncias psicoativas na infância e adolescência pode contribuir para uma intervenção precoce e melhor prognóstico naqueles que desenvolvem sintomas psicóticos. **Objetivos:** Determinar a prevalência e classificar a gravidade de transtornos psicóticos em crianças e adolescentes usuários de drogas atendidos em Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). **Método:** Estudo descritivo, do tipo corte transversal com crianças e adolescentes atendidos no CAPS. Foram utilizados questionários contendo informações biossociodemográficas e sobre padrão de uso de substâncias psicoativas e a Escala para Avaliação da Síndrome Positiva e Negativa (PANSS). Foram incluídos todos os pacientes menores de 18 anos admitidos no CAPS, que compareceram à primeira avaliação psiquiátrica e excluídos aqueles que não estivessem acompanhados de responsável legal. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Associação Educacional de Ciências da Saúde, sob o parecer número 3.316.234 e CAAE: 12320119.1.0000.5569. **Resultados:** Entre os 62 pacientes usuários de drogas entrevistados, 7 (11,3%) apresentaram sintomas psicóticos, sendo 5 do sexo masculino. Entre os pacientes com sintomas psicóticos, todos apresentavam história prévia de transtorno mental na família ($p=0,003$), estavam em uso atual de canabinoide, sendo 71,4% deles com padrão de dependência. Poucos estavam em uso associado de outras drogas (14,3% uso de álcool; 42,9% uso de fumo (tabaco); 28,6% uso de pó virado e

solventes voláteis). **Conclusão:** Encontrou-se relação entre história familiar de transtorno mental na família e desenvolvimento de sintomas psicóticos em crianças e adolescentes usuários de drogas. Novos estudos são necessários para aprofundar o conhecimento em relação a essa população e às possíveis associações demonstradas no estudo.

Palavras-chave: Criança(s); Adolescente(s); Usuários de Drogas; Centros de Tratamento de Abuso de Substâncias; Psicoses Induzidas por Substâncias.

ABSTRACT

The consumption of psychoactive substances in Brazil and in the world has been the subject of several studies due to the social, economic impacts and, mainly, to the health implications of the population. The use of these substances is closely related to psychotic disorders; either as an episode induced by drug use, or as a risk factor for the opening of a primary psychotic disorder in vulnerable patients. A clinical aspect of great relevance in these disorders is the age of onset. Early development is associated with greater severity of the disease. It is also known that greater use of substances is related to more severe symptoms. Studying the use of psychoactive substances in adolescence can contribute to an early intervention and better prognosis in those who develop psychotic symptoms.

Objectives: To determine the prevalence and classify the severity of psychotic disorders in children and adolescents who use drugs at a Psychosocial Care Center (CAPS) in the city of Recife. **Method:** Descriptive, cross-sectional study with children and adolescents treated at CAPS. Questionnaires containing biosociodemographic information and on the pattern of use of psychoactive substances and the Scale for the Evaluation of Positive and Negative Syndrome (PANSS) were used. All patients under the age of 18 admitted to the

CAPS who attended the first psychiatric evaluation were included, and those who were not accompanied by a legal guardian were excluded. The study was approved by the Ethics and Research with Humans Committee of the Educational Association of Health Sciences, under the opinion number 3.316.234 and CAAE: 12320119.1.0000.5569. Results: 62 drug users were interviewed, with 7 of them (11.3% of the sample) showing psychotic symptoms. Of these, 5 were male and 2 female. All of these patients had a previous history of mental disorder in the family ($p = 0.003$). All patients with psychotic symptoms were also currently using cannabinoids, 71.4% of whom had a dependency pattern. Few were using other drugs in combination - 14.3% alcohol use; 42.9% use of tobacco; 28.6% use of turned powder and volatile solvents. **Conclusion:** A relationship was found between a family history of mental disorders in the family and the development of psychotic symptoms in children and adolescents who use drugs. Further research is needed to deepen the knowledge regarding the possible associations demonstrated in the study.

Key words: Children; Teenagers; Drug Users; Substance Abuse Treatment Centers; Psychoses, Substance-Induced.

SUMÁRIO

	Página
I. INTRODUÇÃO	1
1.1. Transtornos Mentais e SPA	2
1.2. Modelo de Atenção CAPS	5
1.3. Avaliação de quadros psicóticos	7
II. OBJETIVOS	11
III. MÉTODOS	12
3.1. Desenho do estudo.....	12
3.2. Local do estudo.....	12
3.3. Período do estudo.....	12
3.4. População	12
3.5. Amostra	12
3.5.1. Amostragem.....	12
3.5.2. Tamanho amostral.....	12
3.6. Critérios e procedimentos para seleção dos participantes.....	13
3.6.1 Critérios de inclusão.....	13
3.6.2 Critérios de exclusão.....	13
3.6.3 Procedimentos para captação dos participantes.....	13
3.7 Fluxograma de captação dos participantes.....	14
3.8 Variáveis de análise.....	14
3.9 Definição operacional de variáveis.....	15
3.10 Procedimentos, testes, técnicas e exames.....	17
3.11 Instrumento para a coleta de dados.....	18
3.12 Processamento e análise de dados.....	19
3.12.1 Processamento de dados.....	19
3.12.2 Análise de dados.....	20
3.13. Aspectos éticos.....	21

IV. RESULTADOS.....	22
V. CONCLUSÕES.....	45
VI. REFERÊNCIAS.....	47
APÊNDICE I – Lista de checagem	52
APÊNDICE II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	53
APÊNDICE III – Termo de Assentimento do Menor	57
APÊNDICE IV – Questionário Biossociodemográfico.....	59
APÊNDICE V – Questionário sobre uso de substâncias psicoativas	60
ANEXO I – Parecer de aprovação do projeto de pesquisa pelo CEP/IMIP.....	62
ANEXO II – Escala das Síndromes Positiva e Negativa (PANSS).....	65

LISTA DE TABELAS

	Página
Tabela 1. Características sociodemográficos, acompanhamento socioeducativo, situação de violência e antecedente pessoal e familiar de transtorno mental em adolescentes usuários de drogas atendidos no CAPS Adi	30
Tabela 2. Uso prévio ou atual e padrão de dependência de substâncias psicoativas nos adolescentes usuários de drogas atendidos no CAPS	31
Tabela 3. Presença e gravidade de sintomas psicóticos nos usuários de drogas atendidos no CAPS de acordo com perfil sociodemográfico	32
Tabela 4. Presença de sintomas psicóticos e gravidade de acordo com o tipo e padrão de uso da substância psicoativa utilizada por adolescentes atendidos no CAPS	33

LISTA DE FIGURAS

	Página
Figura 1. Fluxograma de captação dos participantes	14

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

SPA	Substâncias Psicoativas
OMS	Organização Mundial de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
PEP	Primeiro Episódio Psicótico
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CAPSi	Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenis
CAPS Adi	Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas Infanto-juvenis
CGI	Escala de Impressão Clínica Global
BPRS	Escala Breve para Avaliação Psiquiátrica
PANSS	Escala para Avaliação da Síndrome Positiva e Negativa
PANSSEP	PANSS Tipo Sintomatológico Positivo
PANSSEN	PANSS Tipo Sintomatológico Negativo
PANSSPG	PANSS Psicopatologia Geral
TALE	Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
Δ 9-THC	Delta-9-tetra-hidrocanabinol

I. INTRODUÇÃO

O consumo de substâncias psicoativas (SPA) em todo o mundo tem sido objeto de estudos devido aos impactos sociais, econômicos e, principalmente, às implicações na saúde da população (1). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de 10% das populações dos centros urbanos, no mundo, consomem SPA de forma abusiva, independentemente da idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo, sendo o álcool a substância mais consumida (2).

No Brasil, o uso de SPA é um problema de saúde pública (3). Em estudo realizado em 2005, compreendendo 108 cidades brasileiras com mais de 200 mil habitantes, 8,8% dos entrevistados relataram ter feito uso, pelo menos uma vez de maconha, 2,9% de cocaína e 3,8% de anfetaminas (4).

O aumento significativo do uso de SPA entre adolescentes e jovens e a precocidade dessa prática representam desafios para a saúde pública em função da alta vulnerabilidade destes grupos etários (5). É nesta fase da vida que se busca vivenciar e explorar com mais intensidade as descobertas e identificações, geralmente realizando associações com seus pares (6). Muitos adolescentes correlacionam o uso de drogas a sensações de prazer, relaxamento e diversão (7).

Estudos têm identificado que o uso de drogas se inicia precocemente e a idade do primeiro uso tem sido, geralmente, de 12,5 anos para álcool, 12,8 para tabaco e, para as drogas ilícitas, como maconha e cocaína, por exemplo, o primeiro uso tem ocorrido, em média, aos 13 anos (8)(9).

A Pesquisa Nacional da Saúde do Escolar (PeNSE) de 2012 realizada com escolares do 9º ano do ensino fundamental de escolas públicas e privadas brasileiras confirma esses dados. A experimentação de álcool e tabaco ocorreu com maior frequência aos 13 anos de

idade e o primeiro uso de substâncias ilícitas foi observado entre 14 e 15 anos com prevalência de 9% (10).

O Brasil é o segundo maior mercado consumidor de cocaína do mundo, respondendo por 20% do consumo mundial dessa substância. O *crack* – cocaína fumada- é a forma de cocaína mais consumida no país e a região Nordeste do Brasil é a maior consumidora do país, com 39% (148.000) dos usuários brasileiros (4).

O uso de crack-cocaína tornou-se mais popular nos últimos 15 anos, principalmente por causa de seu preço mais baixo e seus efeitos mais intensos quando comparados à cocaína em pó (11).

1.1. TRANSTORNOS MENTAIS E USO DE SPA

O transtorno por uso de substâncias é a comorbidade mais frequente entre os portadores de transtornos mentais (12). Estudo australiano de 2016 que avaliou 731 pacientes entre 12 e 25 anos demonstra aumento crescente nas taxas de uso de substâncias em jovens que apresentam transtorno mental, particularmente naqueles com maior risco de desenvolver quadros psicóticos (13).

O termo “psicose” pode ser definido pela presença de delírios e/ou alucinações, devendo haver ausência de crítica (*insight*) quanto ao caráter anormal das alucinações; ou de modo um pouco mais amplo, incluindo, além dos sintomas relacionados acima, presença de marcada desorganização do pensamento ou do comportamento (14).

Transtornos psicóticos primários como esquizofrenia, transtorno esquizoafetivo e transtorno bipolar com características psicóticas são doenças devastadoras, associadas a altos níveis de morbidade e mortalidade (15). Esses transtornos são caracterizados por repetidas recidivas dos sintomas, taxas elevadas de comorbidades psiquiátricas, déficits graves nas habilidades cognitivas e uma expectativa de vida reduzida (16).

O uso de substâncias é comum no primeiro episódio de psicose e complica o diagnóstico preciso deste transtorno nas fases iniciais. Assim, a diferenciação entre transtornos psicóticos primários e transtornos psicóticos induzidos por substâncias (secundários) é particularmente desafiadora (17).

Evidências acumuladas indicam que o uso concomitante de SPA desempenha um papel importante no desenvolvimento, no curso e no tratamento do primeiro episódio psicótico (PEP). O uso de substâncias está associado a sintomas produtivos mais pronunciados, maior duração de psicose não tratada, maior número de hospitalizações, menor *insight* da doença, maiores doses de medicações, menor adesão ao tratamento, maior desligamento do serviço, maiores taxas de recaída, pior desfecho e maiores custos para os serviços de saúde mental (18). Outra característica clínica importante associada ao curso de transtornos psicóticos é a idade de início. A idade de início está associada a maior gravidade da doença assim como o maior uso de substâncias está relacionado a sintomatologia mais grave (19) (20).

Em 2016, pesquisadores testemunharam um aumento de estudos sobre os potenciais benefícios da intervenção precoce durante o estágio prodrômico da psicose e identificaram que quanto mais cedo o início do tratamento, em seu PEP, melhor resultado no alívio dos sintomas (21). O tempo de psicose sem tratamento é fator preditivo independente de gravidade da doença (22). Por esta razão, a duração da doença não tratada, definida como o intervalo entre o início do transtorno psiquiátrico e a administração do primeiro tratamento farmacológico, é uma variável clínica que tem sido cada vez mais investigada devido à sua natureza potencialmente modificável e seu valor como preditor de resultado (23).

A evolução para quadros psicóticos crônicos em usuários de SPA torna-se mais provável em pacientes com maior vulnerabilidade. Estes seriam: uso precoce e mais intenso da droga, presença de traços esquizoides ou esquizotípicos de personalidade, história

familiar de esquizofrenia, além de história progressiva de depressão ou de dependência alcoólica (24).

Em relação às drogas, é amplamente aceito que a maconha aumenta significativamente o risco de psicose, com maior chance associada a idade precoce do primeiro uso (25). Estudo de coorte realizado na Nova Zelândia mostrou associação entre idade de exposição a maconha e psicose. Os participantes foram acompanhados por mais de duas décadas e mostrou que indivíduos com transtorno de dependência por maconha aos 18 anos de idade tiveram o risco aumentado em duas vezes de sintomas psicóticos comparados com aqueles sem dependência de maconha (26).

Sabe-se também que o uso abusivo de estimulantes, como metanfetamina e cocaína, pode provocar sintomas psicóticos, mesmo que, na maioria das vezes, de forma transitória (15). Estudo realizado em Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) na cidade do Recife no ano de 2016, com objetivo de avaliar os principais transtornos mentais em dependentes de crack em tratamento, mostrou forte associação entre uso dessa substância e desenvolvimento de transtornos mentais, particularmente, quando ocorre multiuso (11).

Além de álcool, tabaco e maconha, usuários de drogas em Recife têm feito uso também de crack e solventes voláteis, mas pouco se sabe sobre o real padrão de uso dessas substâncias (11). Ainda mais escassos são os dados sobre o uso dessas substâncias na infância e adolescência, assim como a sua relação com transtornos mentais e, mais especificamente, transtornos psicóticos.

O reconhecimento das particularidades da infância e adolescência impõe desafios à elaboração e execução de políticas de saúde e estratégias terapêuticas específicas e amplas, quanto à prevenção e intervenção do uso de SPA. A partir desta perspectiva, no Brasil tem sido implementada a proposta de atenção aos usuários de SPA, através dos Centros de

Atenção Psicossocial, especializados no atendimento dos usuários que sofrem consequências do uso/abuso de SPA (CAPS AD) (27).

1.2. MODELO DE ATENÇÃO - CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços especializados estratégicos para o acolhimento de pessoas com transtornos mentais e/ou necessidades relativas ao consumo de substâncias psicoativas. Entre os CAPS, destacam-se os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD), especializados no atendimento das pessoas com necessidades decorrentes do uso dessas substâncias (27).

Em relação ao conjunto de serviços destinados à população infanto-juvenil com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, há os Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenis (CAPSi) e os Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas (CAPS AD), os quais oferecem atendimento a adultos e/ou adolescentes com necessidades decorrentes do uso de drogas (CAPS Adi) (2).

Os CAPS possuem equipe multiprofissional composta por psicólogos, médicos psiquiatras e clínicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e técnicos administrativos. Oferecem diversas atividades terapêuticas: psicoterapia individual ou grupal, oficinas terapêuticas, acompanhamento psiquiátrico, visitas domiciliares, atividades de orientação e inclusão das famílias e atividades comunitárias (2). De acordo com o projeto terapêutico de cada paciente, estes podem permanecer todo o dia na unidade, parte do dia ou frequentar apenas as consultas.

Os usuários que chegam aos CAPS AD, de um modo geral, são encaminhados para atendimentos individuais com os psicólogos e psiquiatras, grupos de apoio e oficinas terapêuticas, de acordo com as habilidades de cada um (32).

O encaminhamento para grupos de apoio é prioridade de atendimento do CAPS AD, já que a proposta é de reinserção social dessas pessoas. Em alguns CAPS são oferecidos grupos de apoio às múltiplas drogas, grupo de alcoolistas, grupo de mulheres e grupo de apoio aos familiares. Nas oficinas terapêuticas, realizadas pelas arte-terapeutas, são realizadas atividades como pinturas, desenho, artesanato e música, conforme a aptidão e criatividade de cada usuário do serviço. Nos grupos de apoio, são abordados temas relacionados às repercussões causadas pelo abuso das substâncias no âmbito social, familiar, no trabalho, nos aspectos físicos e psicológicos (32).

Com as mulheres usuárias de álcool e outras drogas, também podem ser realizadas atividades específicas, abordando, por exemplo, a questão de ser mulher e mãe dependente, assim como a prostituição que muitas delas estão sujeitas para obtenção da droga (32).

Os usuários também são encaminhados para consulta com o médico psiquiatra visando o tratamento medicamentoso para alívio de sinais e sintomas, como insônia, ansiedade, irritabilidade, depressão, psicoses causadas pelo uso abusivo de substâncias. Essas consultas podem ter a frequência de uma vez por mês ou a cada dois meses, conforme necessidade individual (2).

Quando se trata de um CAPS Adi, o profissional, ao atender adolescentes, precisa conhecer suas relações sociais, lugares de convivência, sua família, os motivos que o levaram ao início do uso da droga e as situações de violência vivida (32).

Os familiares, idealmente, devem ser encaminhados para grupos de apoio específicos. Nestes grupos, o profissional realiza um trabalho de orientação sobre o contexto que envolve o usuário de drogas, o cuidado e apoio de que necessita e a compreensão da dependência química como doença. Além disso, busca uma reaproximação da família com a pessoa usuária ou dependente e favorece uma

reestruturação do estilo de vida e mudança de comportamento do usuário de drogas. A dificuldade da família para lidar com a dependência química pode ser diminuída por acompanhamentos terapêuticos específicos que ofereçam suporte emocional e promovam o desenvolvimento de habilidades no manejo e enfrentamento de situações de riscos à recaída do usuário dependente (32).

1.3. AVALIAÇÃO DE QUADROS PSICÓTICOS

Segundo a 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM 5), as características essenciais que definem os transtornos psicóticos são delírios, alucinações, desorganização do pensamento, alterações do comportamento e sintomas negativos.

Os delírios são crenças fixas, irremovíveis, seu conteúdo pode incluir uma variedade de temas (p. ex., persecutório, de referência, somático, religioso, de grandeza). As alucinações são experiências semelhantes à percepção que ocorrem sem um estímulo externo, são vívidas e claras, com a intensidade de uma percepção normal, involuntária. A desorganização do pensamento (transtorno do pensamento formal) costuma ser inferida a partir do discurso do indivíduo. Este pode mudar de um tópico a outro, de forma a desconectar as ideias. Comportamento motor grosseiramente desorganizado ou anormal pode se manifestar de várias formas, desde o comportamento “tolo e pueril” até a agitação imprevisível. Sintomas negativos como expressão emocional diminuída e avolia (prejuízo na vontade e motivação) estão presentes frequentemente na esquizofrenia, embora sejam menos acentuados em outros transtornos psicóticos. Expressão emocional diminuída inclui reduções na expressão de emoções pelo rosto, no contato visual, na entonação da fala (prosódia) e nos movimentos das mãos, da cabeça e da face, os quais normalmente conferem ênfase

emocional ao discurso. (14)

Dentre as escalas mais utilizadas em estudos que envolvem os transtornos psicóticos estão a Escala de Impressão Clínica Global (CGI), a Escala Breve para Avaliação Psiquiátrica (BPRS) e a Escala para Avaliação da Síndrome Positiva e Negativa (PANSS), cada uma com suas especificidades, vantagens e desvantagens.

A CGI é um instrumento de aplicação simples e rápido utilizado para avaliar gravidade de sintomas em pacientes com diagnóstico já estabelecido de esquizofrenia, não sendo utilizado para outros transtornos psicóticos. (33) A BPRS é um instrumento utilizado internacionalmente, permite comparações entre estudos e foi desenhada para pesquisa em psicose. Entretanto, foi desenvolvida para estudos sobre tratamentos farmacológicos em pacientes internados, com psicopatologia exuberante. Assim, seu uso é limitado quando se trata de pacientes ambulatoriais com níveis sintomatológicos mais baixos. (34).

Escala para Avaliação da Síndrome Positiva e Negativa (PANSS) é uma escala na qual os sintomas são discriminados e, por incluir um número amplo de escores, reflete até mesmo pequenas variações na intensidade da psicopatologia. A PANSS foi criada para ampliar a fidedignidade dos instrumentos usados no estudo da esquizofrenia (28).

Vessoni em 1993 traduziu e adaptou a PANSS para o português, avaliando a confiabilidade dessa tradução. A separação entre sintomas negativos e positivos permite especificar de qual grupo de sintomas os achados derivam evitando simplesmente associá-los à gravidade global da doença. Nenhuma outra escala permite identificar qual a predominância relativa entre os grupos dos sintomas positivos e negativos. Cada um dos seus itens se correlaciona fortemente com o escore total da escala, o que demonstra elevada confiabilidade interna entre os seus itens (28).

Na PANSS, o paciente é graduado de 1 a 7, em 30 diferentes sintomas, baseados na entrevista ou relato de familiares. Esta escala é dividida em três partes: (a) escala de sintomas positivos (delírios, alucinações, hiperatividade, desorganização, grandiosidade, sintomas persecutórios e hostilidade); (b) escala de sintomas negativos (embotamento afetivo, retraimento social, dificuldade em abstração, pensamento estereotipado, falta de espontaneidade); (c) escala de psicopatologia geral (preocupação somática, ansiedade, sentimento de culpa, tensão, maneirismos, depressão, retardo motor, desorientação, pobreza de controle dos impulsos, preocupação) (28).

A partir do resultado, são classificados em tipos sintomatológicos: 1 – Positivo (3 ou mais sintomas com o escore ≥ 4 na escala positiva e menos de 3 sintomas com escore ≥ 4 na escala negativa); 2 – Negativo (3 ou mais sintomas com o escore ≥ 4 na escala negativa e menos de 3 sintomas com escore ≥ 4 na escala positiva); 3 – Misto (3 ou mais sintomas com escore ≥ 4 em ambas as escalas); 4 – Nenhum Tipo (quando não se aplicam os critérios anteriores).

A PANSS tem sido utilizada em diversos estudos que avaliam sintomas psicóticos em usuários de substâncias (29). Estudo canadense utilizou esta escala para investigar as diferenças nos sintomas psiquiátricos e na cognição entre pacientes esquizofrênicos com e sem transtornos por uso de substâncias (29). Outro estudo canadense prospectivo utilizou a PANSS para verificar se a coexistência de transtornos por uso de substâncias influencia na avaliação dos sintomas psiquiátricos (30). Estudo realizado na Dinamarca utilizou esta mesma escala para avaliar se há uma associação entre a gravidade no uso de maconha e a severidade dos sintomas psicóticos ao longo do tempo (31).

Considerando-se a incipiência das pesquisas sobre transtornos psicóticos em crianças e adolescentes usuários de SPA no Brasil e a importância da intervenção precoce

em pacientes com essa sintomatologia, o estudo em tela objetiva determinar a prevalência e classificar a gravidade de transtornos psicóticos em crianças e adolescentes usuários de drogas atendidos no CAPS Adi III na cidade de Recife.

II. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Determinar a prevalência e classificar a gravidade de transtornos psicóticos em crianças e adolescentes usuários de drogas atendidos no CAPS Adi III na cidade de Recife.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Em crianças e adolescentes usuários de drogas atendidos no CAPS Adi III na cidade de Recife:

1. Descrever as variáveis biológicas (idade, sexo) e sociodemográficas (cor, escolaridade, procedência, configuração familiar, situação de moradia);
2. Descrever a história psiquiátrica prévia (diagnóstico psiquiátrico);
3. Descrever os antecedentes (antecedente familiar de transtorno mental, acompanhamento socioeducativo/judicial, identificação de situação de violência);
4. Descrever o padrão de uso de SPA (tipos de substâncias utilizadas, padrão de uso (dependente ou não), horário de maior uso);
5. Identificar a presença e classificar a gravidade de sintomas psicóticos positivos e negativos nos usuários do CAPS através da Escala para Avaliação da Síndrome Positiva e Negativa (PANSS).

III. MÉTODO

3.1. Desenho do estudo:

Estudo descritivo, tipo corte transversal.

3.2. Local do estudo:

O estudo foi realizado no CAPS Adi III Prof. Luiz Cerqueira, na cidade do Recife. O CAPS Adi III Prof. Luiz Cerqueira é o único CAPS Álcool e Drogas para crianças e adolescentes na cidade de Recife. Este serviço proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, sendo referência para permanência de pacientes nessa faixa etária com a comorbidade de uso de substâncias psicoativas e transtorno mental. Aproximadamente 120 novos pacientes são admitidos neste CAPS por ano.

3.3. Período do estudo

O estudo foi realizado no período de março de 2018 a dezembro de 2020. A coleta de dados ocorreu entre os meses de julho e dezembro de 2019.

3.4. População do estudo

Todas as crianças e adolescentes usuários de drogas atendidos no CAPS.

3.5. Amostra

3.5.1. Amostragem

Amostra não probabilística, de conveniência, consecutiva.

3.5.2. Tamanho da amostra

Como não existem estudos prévios, foram incluídos todos os casos atendidos no CAPS Adi no período do estudo.

3.6. Critérios e procedimentos para seleção dos participantes

Foram selecionados todos os pacientes que foram admitidos no CAPS e compareceram à primeira avaliação psiquiátrica, quando foram coletados os dados da pesquisa.

3.6.1. Critérios de inclusão

- Menores de 18 anos
- Avaliação por psiquiatra no CAPS Adi

3.6.2. Critérios de exclusão

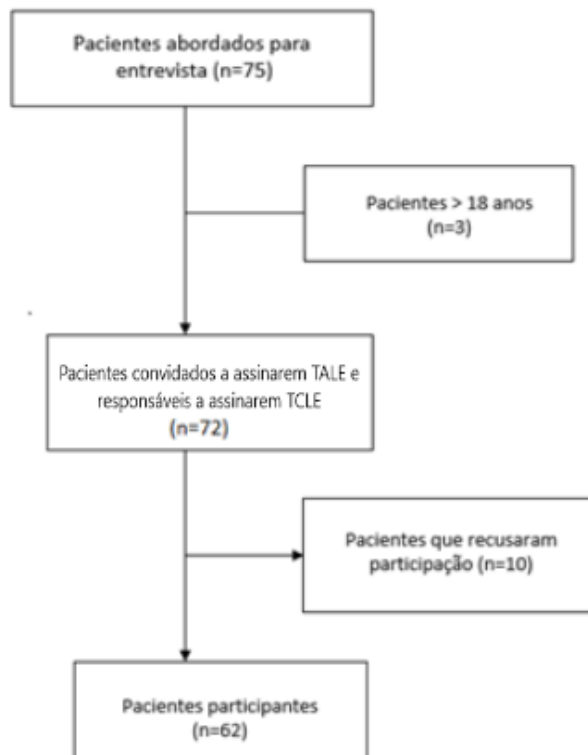
- Crianças e adolescentes não acompanhados de responsável legal.

3.6.3. Procedimentos para captação

Os pacientes foram captados pelas duas médicas psiquiatras (uma das quais é a pesquisadora) que atuam no CAPS no momento da primeira avaliação psiquiátrica. Tais avaliações são realizadas em seis turnos na semana.

Os pacientes que inicialmente preenchiam os critérios de elegibilidade (Apêndice 1); eram convidados pela pesquisadora e pela médica psiquiatra colaboradora a participar da pesquisa, quando foram explicados seus objetivos. Os usuários elegíveis com idade entre oito e dezessete anos assinaram o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) (Apêndice 3), assim como seus responsáveis o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 2). Ambos os termos eram lidos em voz alta, sendo oportunizada o esclarecimento e a retirada de dúvidas.

3.7. Fluxograma de captação dos participantes



3.8. Variáveis de Análise

3.8.1. Variáveis biológicas- idade, sexo.

3.8.2. Variáveis sociodemográficas – cor, escolaridade, procedência, configuração familiar.

3.8.3. Antecedentes - antecedente familiar de transtorno mental, acompanhamento socioeducativo/judicial, identificação de situação de violência.

3.8.4. História Psiquiátrica- diagnóstico psiquiátrico prévio.

3.8.5. Uso de substâncias- tipos de substâncias utilizadas, padrão de uso e horário de maior uso.

3.8.6. Tipo Sintomatológico segundo a Escala PANSS

30 itens (1= ausente, 2= mínimo, 3= leve, 4= moderado, 5= moderadamente grave, 6= grave, 7= extremamente grave).

3.9. Definição e operacionalização dos termos, critérios e variáveis

- Idade: variável discreta expressa em anos completos conforme informação do indivíduo.
- Sexo: variável categórica dicotômica, masculino ou feminino.
- Cor: variável categórica policotômica expressa de acordo com autodefinição conforme as categorias do IBGE: branca, negra, parda, amarela, indígena.
- Escolaridade: variável numérica discreta correspondendo ao número de anos estudados completos e aprovados.
- Procedência: variável categórica policotômica correspondente à cidade na qual o indivíduo mora atualmente. Poderá ser recodificada para análise em Recife e Região Metropolitana e outras cidades.
- Configuração familiar: avaliada a partir da informação de com quem mora o adolescente. Variável categórica policotômica: mora com ambos os pais, mora com a mãe, mora com o pai, mora com outros familiares, vive em situação de rua.
- Antecedente familiar de transtorno mental: história de familiar com parentesco de primeiro ou segundo grau com história de tratamento psiquiátrico prévio, a partir da informação do adolescente. Variável categórica dicotômica do tipo sim ou não.

- Acompanhamento socioeducativo/judicial: história de ato infracional com cumprimento de medida judicial ou socioeducativa, a partir da informação do adolescente ou responsável. Variável categórica dicotômica do tipo sim ou não.
- Identificação de situação de violência: avaliada a partir da informação do adolescente de já ter sido vítima de violência física ou sexual. Variável categórica dicotômica do tipo sim ou não.
- Diagnóstico psiquiátrico prévio: história de acompanhamento psiquiátrico prévio, a partir da informação do paciente ou responsável. Variável categórica dicotômica do tipo sim ou não.
- Tipos de substâncias psicoativas utilizadas: uso prévio ou atual de um ou mais dos seguintes tipos de substâncias psicoativas:
 1. Álcool
 2. Canabinoides
 3. Sedativos e hipnóticos
 4. Cocaína
 5. Crack (Derivado da cocaína. Resultado da transformação do cloridrato de cocaína por meio da adição de substâncias alcalinas, sendo consumido como pedra fumada)
 6. “Pó virado” (Derivado da cocaína, no qual a pedra da substância é transformada em pó, através da adição de ácido bórico e utilizada de forma aspirada)
 7. Fumo (tabaco)
 8. Solventes voláteis.

Cada uma dessas substâncias é uma variável dicotômica do tipo sim ou não.

- Padrão de uso de substâncias psicoativas: definido como dependência (sim ou não) pelos critérios da Organização Mundial de Saúde (OMS). Dependência será definida como presença de três ou mais dos seguintes sintomas em qualquer momento durante o ano anterior:

- 1) Um desejo forte ou compulsivo para consumir a substância;
- 2) Dificuldades para controlar o comportamento de consumo de substância em termos de início, fim ou níveis de consumo;
- 3) Estado de abstinência fisiológica quando o consumo é suspenso ou reduzido, evidenciado por: síndrome de abstinência característica; ou consumo da mesma substância (ou outra muito semelhante) com a intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência;
- 4) Evidência de tolerância, segundo a qual há a necessidade de doses crescentes da substância psicoativa para obter-se os efeitos anteriormente produzidos com doses inferiores;
- 5) Abandono progressivo de outros prazeres ou interesses devido ao consumo de substâncias psicoativas, aumento do tempo empregado em conseguir ou consumir a substância ou recuperar-se dos seus efeitos;
- 6) Persistência no consumo de substâncias apesar de provas evidentes de consequências manifestamente prejudiciais, tais como lesões hepáticas causadas por consumo excessivo de álcool, humor deprimido consequente a um grande consumo de substâncias, ou perturbação das funções cognitivas relacionada com a substância.

- Horário de maior uso: avaliada a partir do relato do usuário como turno de maior uso de SPA. Variável categórica policotômica: manhã, tarde ou noite.

3.10. Procedimentos, testes, técnicas e exames.

Ao chegar ao CAPS, todo paciente é atendido por profissional de nível superior (enfermeiro, psicólogo, terapeuta ocupacional ou assistente social) e uma ficha de admissão é preenchida. Nesse momento são coletadas informações sobre a sintomatologia do paciente e agendada avaliação com médico clínico e psiquiatra.

A avaliação foi realizada em consultório médico do CAPS por uma das duas médicas psiquiatras em um dos seis turnos de atendimento da semana.

Na primeira avaliação psiquiátrica era realizada entrevista com anamnese, ou seja, o histórico dos sinais e sintomas que o paciente apresenta ao longo de sua vida, seus antecedentes pessoais e familiares; e exame mental, baseado na avaliação das funções psíquicas - nível de consciência, atenção, orientação, memória, inteligência, linguagem, afetividade, vontade, psicomotricidade, sensopercepção, pensamento, juízo de realidade e vivência do eu.

Durante esta avaliação eram preenchidos os questionários biosociodemográfico e sobre uso de SPA. Nos casos em que foram identificados sintomas psicóticos no exame mental; ou seja, alteração da sensopercepção, do comportamento, do pensamento ou do juízo de realidade, eram aplicados também a PANSS.

Caso o paciente apresentasse intoxicação aguda por SPA durante a primeira avaliação psiquiátrica, seja pelo seu relato, seja identificado pelo avaliador através do exame mental, a coleta era realizada no segundo atendimento, o mais breve possível.

3.11. Instrumentos para coleta de dados

- **Questionário biosociodemográfico (Apêndice 4):** elaborado pelos autores da pesquisa, foi utilizado para busca de informações em relação à: idade, sexo, cor, grau de instrução, procedência, configuração familiar, antecedente familiar de

transtorno mental, acompanhamento socioeducativo/judicial, identificação de situação de violência, diagnóstico psiquiátrico prévio.

- **Questionário sobre o uso de substâncias psicoativas (Apêndice 5):** elaborado pelos autores da pesquisa baseado em Ficha de Acolhimento já utilizada na admissão de usuários do CAPS. Informações em relação à: tipo de substância utilizada, idade de início do uso, motivação inicial, padrão de uso (uso, uso nocivo, dependente), horário de maior uso, frequência e quantidade;

- ***Escala para Avaliação da Síndrome Positiva e Negativa (PANSS) (ANEXO II)***

Nessa escala, o paciente é graduado de 1 a 7, em 30 diferentes sintomas, baseados na entrevista ou relato de familiares. Ela é dividida em três partes: (a) escala de sintomas positivos (delírios, alucinações, hiperatividade, desorganização, hiperatividade, grandiosidade, sintomas persecutórios e hostilidade); (b) escala de sintomas negativos (embotamento afetivo, retraimento social, dificuldade em abstração, pensamento estereotipado, falta de espontaneidade); (c) escala de psicopatologia geral (preocupação somática, ansiedade, sentimento de culpa, tensão, maneirismos, depressão, retardo motor, desorientação, pobreza de controle dos impulsos, preocupação). A partir do resultado, são classificados em **Tipos Sintomatológicos**: 1 – Positivo (3 ou mais sintomas com o escore > ou = 4 na escala positiva e menos de 3 sintomas com escore > ou = 4 na escala negativa); 2 – Negativo (3 ou mais sintomas com o escore > ou = 4 na escala negativa e menos de 3 sintomas com escore > ou = 4 na escala positiva); 3 – Misto (3 ou mais sintomas com escore > ou = 4 em ambas as escalas); 4 – Nenhum Tipo (quando não se aplicam os critérios anteriores) (28).

3.12. Processamento de dados e análise de dados

3.12.1. Processamento dos dados

Os dados foram submetidos à dupla digitação, em dois momentos distintos, pelo pesquisador responsável, na versão do Excel presente no pacote Office 365, em computador protegido por senha. Os dados foram, posteriormente, comparados, visando corrigir eventuais diferenças. A versão corrigida foi submetida a testes de consistência obtendo-se distribuições de frequência para averiguar possíveis incorreções.

3.12.2. Análise de dados

Para análise, foram utilizados os softwares STATA/SE 12.0 e Excel 2010. Todos os testes foram aplicados com 95% de intervalo de confiança. Para verificação de associação, utilizou-se o Teste do qui-quadrado de Pearson ou Exato de Fisher, quando aplicável, para as variáveis categóricas e aceito como estatisticamente significativo quando $p < 0,05$. Os resultados estão apresentados em forma de tabela com suas respectivas frequências absoluta e relativa.

3.13. Aspectos éticos

Este projeto de pesquisa foi elaborado seguindo as normas e diretrizes propostas pela resolução 510/16 da CONEP e foi iniciado apenas após aprovação do Comitê de Ética e pesquisa com Seres Pesquisa da Associação Educacional de Ciências da Saúde, sob o parecer número 3.951.860 e CAAE: 26273919.7.0000.5569. Desta forma, cada provável participante foi convidado para participar da pesquisa e apenas após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, compreensão dos objetivos da pesquisa e assinatura do TCLE, a coleta de dados foi iniciada.

3.13.1. Consentimento livre e esclarecido

Foi obtido o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido - TALE (Apêndice 3) para os participantes abaixo de 18 anos, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido TCLE (Apêndice 2) dos seus responsáveis.

O pesquisador convidava o paciente no momento imediatamente anterior à primeira avaliação psiquiátrica, para aplicação dos critérios de elegibilidade a obtenção do TCLE. Ao potencial participante, era explicado em termos claros em que consiste a pesquisa, seus possíveis benefícios e riscos ao participar, além de garantir o sigilo das informações prestadas por ele. Quando o participante concordava, era entregue o documento TALE para assinatura e, ao seu responsável, o TCLE. Se ainda assim o participante precisasse refletir sobre a participação, esse tempo era facultado a ele.

Em se tratando de adolescentes em situação de vulnerabilidade, nos quais podem ser identificados transtornos psicóticos podendo prejudicá-los de forma grave, todas as medidas foram tomadas no sentido de lidar com esse problema, com notificação ao Conselho Tutelar ou permanência na modalidade 24h do CAPS, por exemplo.

3.13.2. Conflito de interesses

O pesquisador não possui conflitos de interesses.

IV. RESULTADOS

Os resultados desta dissertação de mestrado seguem o formato de artigo científico cujo título é “Transtornos psicóticos em crianças e adolescentes usuários de drogas atendidos em Centro de Atenção Psicossocial”. Após a banca este artigo será submetido à revista *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Fator de Impacto 2.440. As instruções aos autores encontram-se disponíveis no Anexo III.

Transtornos psicóticos em crianças e adolescentes usuários de drogas atendidos em Centro de Atenção Psicossocial

Psychotic disorders in children and adolescents using drugs treated at a Psychosocial Care Center

Contagem de palavras: XXX

Autores: Emanuelle Ximenes Rios¹

Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa²

Maria do Carmo Vieira da Cunha³

¹ Psiquiatra e mestranda em Saúde Integral pelo Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP); Recife, Pernambuco, Brasil.

²Psicólogo do IMIP e líder do grupo de pesquisa de Saúde Mental do IMIP e Coordenador do Mestrado em Psicologia da Saúde da Faculdade Pernambucana de Saúde. Recife, Pernambuco, Brasil.

³Psiquiatra e Psicanalista, Coordenadora Acadêmica do Programa de Residência Médica em Psiquiatria do IMIP. Recife, Pernambuco, Brasil.

Aos editores da Physis: Revista de Saúde Coletiva,

Estamos enviando para a publicação o estudo intitulado “Transtornos psicóticos em crianças e adolescentes usuários de drogas atendidos em Centro de Atenção Psicossocial na cidade de Recife”. Acreditamos que nossa publicação é relevante para o conhecimento científico e para a revista pois este se constitui, como um dos poucos estudos brasileiros realizados em Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) voltado para o cuidado de crianças e adolescentes usuários de álcool e outras drogas. O local onde a pesquisa foi realizada é um dos poucos serviços no Brasil que atende esse público específico.

Além disso, a literatura discute amplamente a correlação entre o uso de substâncias psicoativas, principalmente o *cannabis*, e o desenvolvimento de transtornos psicóticos; entretanto este estudo buscou identificar o uso de outras drogas utilizadas na atualidade por uma população de baixa renda, como “pó virado” e solventes voláteis.

Sendo assim, acreditamos que nosso trabalho poderá contribuir para a discussão de medidas de saúde pública para prevenção e tratamento dos transtornos por uso de substâncias; assim como alertar para mais um fator de gravidade nesses usuários que seria o desenvolvimento de transtornos psicóticos.

PHYSIS: REVISTA DE SAÚDE COLETIVA

RESUMO

OBJETIVO: Determinar a prevalência e classificar a gravidade de transtornos psicóticos em crianças e adolescentes usuários de drogas atendidos em Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

MÉTODO: Estudo descritivo, tipo corte transversal com crianças e adolescentes atendidos no CAPS Adi em Pernambuco. Foram aplicados questionários biosociodemográfico e sobre padrão de uso de SPA e a Escala para Avaliação da Síndrome Positiva e Negativa (PANSS) no período de julho a dezembro de 2019.

PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE: O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Associação Educacional de Ciências da Saúde, sob o parecer número 3.316.234 e CAAE: 12320119.1.0000.5569. Para análise, foram utilizados os softwares STATA/SE 12.0 e Excel 2010. Todos os testes foram aplicados com 95% de intervalo de confiança. Para verificação de associação, utilizou-se o Teste do qui-quadrado de Pearson ou Exato de Fisher, quando aplicável, para as variáveis categóricas e aceito como estatisticamente significante quando $p < 0,05$. Os resultados estão apresentados em forma de tabela com suas respectivas frequências absoluta e relativa.

RESULTADOS: Dos 75 pacientes que foram atendidos no CAPS, 62 participaram da pesquisa. Entre eles, 7 apresentavam sintomas psicóticos, 14,3% estavam com acompanhamento socioeducativo/judicial e 42,9% já passaram por situação de violência. Todos os pacientes com sintomas psicóticos apresentavam história prévia de transtorno mental na família ($p=0,003$). Todos estavam em uso atual de canabinoide, 71,4% com padrão de dependência. Poucos estavam em uso associado de outras drogas -

14,3% uso de álcool; 42,9% uso de fumo; 28,6% uso de pó virado e solventes voláteis. Parte deles, 14,3%, tinham padrão de dependência para fumo e solventes voláteis.

CONCLUSÃO: Encontrou-se relação entre história familiar de transtorno mental na família e desenvolvimento de sintomas psicóticos em crianças e adolescentes usuários de drogas. Novas pesquisas são necessárias para aprofundar o conhecimento em relação às possíveis associações demonstradas no estudo.

PALAVRAS-CHAVE: Criança(s); Adolescente(s); Usuários de Drogas; Centros de Tratamento de Abuso de Substâncias; Psicoses Induzidas por Substâncias.

INTRODUÇÃO

O consumo de substâncias psicoativas (SPA) no Brasil e em todo o mundo tem sido objeto de vários estudos devido aos impactos sociais, econômicos e, principalmente, às implicações na saúde da população (1). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de 10% das populações dos centros urbanos, no mundo, consomem SPA de forma abusiva, independentemente da idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo, sendo o álcool a substância mais consumida (2).

O aumento significativo do uso de substâncias psicoativas (SPA) entre adolescentes e jovens e a precocidade dessa prática representam desafios para a saúde pública em função da alta vulnerabilidade destes grupos etários (3). É nesta fase da vida que se busca vivenciar e explorar com mais intensidade as descobertas e identificações, geralmente

realizando associações com seus pares (4) e muitos adolescentes correlacionam o uso de drogas a sensações de prazer, relaxamento e diversão (5).

O transtorno por uso de substâncias é a comorbidade mais frequente entre os portadores de transtornos mentais (6). Observa-se aumento crescente nas taxas de uso de substâncias em jovens que apresentam transtorno mental, particularmente naqueles com maior risco de desenvolver quadros psicóticos (7).

A diferenciação entre transtornos psicóticos primários (como esquizofrenia e transtorno bipolar) e transtornos psicóticos induzidos por substâncias (secundários) é desafiadora (9). O uso de substâncias está associado a sintomas produtivos mais pronunciados, maior duração de psicose não tratada, maior número de hospitalizações, menor *insight* da doença, maiores doses de medicações, menor adesão ao tratamento, maior desligamento do serviço, maiores taxas de recaída, pior desfecho e maiores custos para os serviços de saúde mental (10). Outra característica clínica importante associada ao curso de transtornos psicóticos é a idade de início da psicose, a idade precoce está associada a maior gravidade da doença; assim como, maior uso de substâncias está relacionado a sintomatologia mais grave (11) (12).

Em relação às drogas, a maconha aumenta significativamente o risco de psicose, com maior chance associada a idade precoce do primeiro uso (13). O uso abusivo de estimulantes, como metanfetamina e cocaína, pode provocar sintomas psicóticos, mesmo que, na maioria das vezes, de forma transitória (14). Além de álcool, tabaco e maconha, usuários de drogas em Recife têm feito uso também de crack e solventes voláteis, mas pouco se sabe sobre o real padrão de uso dessas substâncias (15). Ainda mais escassos são os dados sobre o uso dessas substâncias na infância e adolescência, assim como a sua relação com transtornos mentais, e mais especificamente, transtornos psicóticos.

Considerando-se a incipiência das pesquisas sobre transtornos psicóticos em crianças e adolescentes usuários de SPA no Brasil e a importância da intervenção precoce em pacientes com essa sintomatologia, o estudo em tela se propôs a determinar a prevalência e classificar a gravidade de transtornos psicóticos em crianças e adolescentes usuários de drogas atendidos no CAPS Adi III na cidade de Recife.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, tipo corte transversal. A coleta de dados foi realizada entre os meses de julho e dezembro de 2019 com as crianças e adolescentes usuários de drogas atendidos no CAPS Adi III na cidade do Recife, Pernambuco, Brasil. Foram selecionados todos os pacientes com idade menor que 18 anos admitidos neste CAPS e que compareceram à primeira avaliação psiquiátrica, excluindo-se os não acompanhados de responsável legal.

Ao todo 62 pacientes responderam aos questionários sociodemográfico e sobre padrão de uso de SPA (dependência ou não, e uso prévio e/ou atual); e foram avaliados quanto à presença de sintomas psicóticos pela Escala para Avaliação da Síndrome Positiva e Negativa (PANSS).

Na Escala PANSS, o paciente é graduado de 1 a 7, em 30 diferentes sintomas, baseados na entrevista ou relato de familiares. Ela é dividida em três partes: (a) escala de sintomas positivos; (b) escala de sintomas negativos; (c) escala de psicopatologia geral, sendo cada sintoma avaliado por gravidade. A partir do resultado, são classificados em tipos sintomatológicos: 1 – Positivo (3 ou mais sintomas com o escore $>$ ou $=$ 4 na escala positiva e menos de 3 sintomas com escore $>$ ou $=$ 4 na escala negativa); 2 – Negativo (3 ou mais sintomas com o escore $>$ ou $=$ 4 na escala negativa e menos de 3 sintomas com escore $>$ ou

= 4 na escala positiva); 3 – Misto (3 ou mais sintomas com escore $>$ ou $=$ 4 em ambas as escalas); 4 – Nenhum Tipo (quando não se aplicam os critérios anteriores) (20).

Para análise, foram utilizados os softwares STATA/SE 12.0 e Excel 2010. Todos os testes foram aplicados com 95% de confiança. Para verificação de associação, utilizou-se o Teste Exato de Fisher para as variáveis categóricas. Os resultados estão apresentados em forma de tabela com suas respectivas frequências absoluta e relativa.

Esta pesquisa foi elaborada seguindo as normas e diretrizes propostas pela resolução 510/16 da CONEP e somente iniciado após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Associação Educacional de Ciências da Saúde, sob o parecer número 3.951.860 e CAAE: 26273919.7.0000.5569.

As variáveis qualitativas serão apresentadas em tabelas de frequência. As tabelas apresentam tanto as frequências absolutas (contagem), quanto as relativas (porcentagem). As variáveis quantitativas foram resumidas através de medidas de posição e dispersão.

Para relacionar variáveis qualitativas foram construídas tabelas de contingência. Nas tabelas são apresentadas frequências absolutas e relativas dos cruzamentos entre as categorias. Para a análise foi utilizado o teste de qui-quadrado para verificar dependência entre duas variáveis, considerando o p-valor foi menor que 0.05. Quando as exigências para o Qui-quadrado falharam, utilizou-se o teste exato de Fisher.

RESULTADOS

A pesquisa teve um total de 62 participantes, sendo 71% do sexo masculino, 25,8% do sexo feminino e 3,2% identificaram-se como transexuais. Na amostra, 30,6% referiram ser de cor preta e 66,1% de cor parda. A escolaridade variou de 3 a 9 anos

completos de estudo, predominando 7 e 9 anos de estudo, com 22,6% e 21%, respectivamente. Quanto à configuração familiar, 50% moravam apenas com a mãe, 8% apenas com o pai, 17,7% com ambos os pais, 22,6% com outros familiares e 1,6% em situação de rua. Observamos que 40,3% dos menores estavam em acompanhamento socioeducativo/judicial. Foi identificada situação de violência em 42% da amostra. Entre os entrevistados, 27,4% tinham diagnóstico psiquiátrico prévio e 46,8% tinham história de transtorno mental na família (Tabela 1).

Tabela 1 – Características sociodemográficos, acompanhamento socioeducativo, situação de violência e antecedente pessoal e familiar de transtorno mental em adolescentes usuários de drogas atendidos no CAPS Adi.

Variável	Frequência (n)	%
<i>Cor (autorreferida)</i>		
- Branca	1	1,6
- Não branca (Negra/Parda/Indígena)	61	98,4
<i>Escolaridade em anos de estudo</i>		
- Até 5 anos	16	25,8
- 6 a 9 anos	46	74,2
<i>Sexo</i>		
- Masculino	44	71
- Feminino	16	25,8
- Transexual	2	3,2
<i>Configuração familiar</i>		
- Mãe	31	50,0
- Outros familiares (pai, ambos os pais, outros)	30	48,4
- Situação de rua	1	1,6
<i>Acompanhamento socioeducativo/ judicial</i>	25	40,3
<i>Em situação de violência</i>	26	41,9
<i>Diagnóstico psiquiátrico prévio</i>	17	27,4
<i>Antecedente familiar de transtorno mental</i>	29	46,8

Fonte: os autores

O questionário sobre o uso de substâncias mostra que 72,6% dos adolescentes fizeram uso prévio de álcool, porém apenas 16,1% faziam no momento da entrevista, com 1,6% com padrão de dependência. A maior frequência de uso é o Canabinoide, 95,2%

dos adolescentes fizeram uso prévio, com 88,7% estavam em uso atual dessa substância, sendo a noite o turno de maior consumo. Desses, 41,9% apresentaram dependência. Após a cannabis, as drogas mais utilizadas pelos adolescentes foram fumo, com uso atual de 51,6%, seguido de solventes voláteis com 24,2% e “pó virado” com 12,9%. Sedativos ou hipnóticos, cocaína e crack foram substâncias com baixas taxas de uso, mostrando frequência atual de 3,2%, 3,2% e 6,4%, respectivamente (Tabela 2).

Tabela 2 – Uso prévio ou atual e padrão de dependência de substâncias psicoativas nos adolescentes usuários de drogas atendidos no CAPS.

Substâncias	Uso prévio		Uso atual		Dependência	
	n	%	n	%	n	%
Álcool	45	77,6	10	16,1	1	1,6
Canabinoide	59	95,2	55	88,7	26	42
Sedativos e hipnóticos	17	27,4	2	3,2	-	-
Cocaína	3	4,8	2	3,2	-	-
Crack	5	8,1	4	6,4	3	4,8
“Pó virado”	21	33,9	8	12,9	4	6,4
Fumo (tabaco)	44	71	32	51,6	12	19,3
Solventes voláteis	27	43,5	15	24,2	6	9,7

Fonte: os autores

Da amostra, 7 apresentavam sintomas psicóticos. Desses, 71,4% eram do sexo masculino e 28,6% do sexo feminino. É importante ressaltar que todos esses pacientes apresentavam história prévia de transtorno mental familiar, e 42,9% com diagnóstico psiquiátrico prévio (Tabela 3). A relação estatística foi considerada significativa apenas para antecedente familiar de transtorno mental. Dos pacientes com síndrome psicótica, 14,3% estavam com acompanhamento socioeducativo/judicial, e 42,9% já passaram por

situação de violência. Quanto à configuração familiar, 71,4% moravam com a mãe (Tabela 3).

Tabela 3 – Presença e gravidade de sintomas psicóticos nos usuários de drogas atendidos no CAPS de acordo com perfil sociodemográfico.

	<i>Escala PANSS</i>				<i>PANSSE</i>	<i>PANSSE</i>	<i>PANSS</i>
	<i>Assintomático</i>		<i>Sintomático</i>		<i>P</i>	<i>N</i>	<i>PG</i>
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>P-valor</i>	<i>P-valor</i>	<i>P-valor</i>
<i>Sexo</i>							
Feminino	14	25.5	2	28.6	0.870	0.870	0.870
Masculino	39	70.9	5	71.4			
Transexual	2	3.6	0	-			
<i>Antecedente familiar de transtorno mental</i>							
Não	33	60.0	0	-	0.003	0.003	0.003
Sim	22	40.0	7	100.0			
<i>Diagnóstico psiquiátrico prévio</i>							
Não	41	74.5	4	57.1	0.331	0.331	0.331
Sim	14	25.5	3	42.9			
<i>Ident. situação de violência</i>							
Não	32	58.2	4	57.1	0.958	0.958	0.958
Sim	23	41.8	3	42.9			
<i>Acompanhamento socioeducativo judicial</i>							
Não	31	56.4	6	85.7	0.136	0.136	0.136
Sim	24	43.6	1	14.3			
<i>Configuração familiar</i>							
Mãe	26	47.3	5	71.4	0.580	0.580	0.580
Outros familiares (pai, ambos os pais, outros)	28	50,9	2	28.6			
Situação de rua	1	1.8	0	-			
<i>Cor (autorreferida)</i>							
Branca	1	1.8	0	-	0.865	0.865	0.865
Não Branca (Negra/Parda/ Indígena)	54	98,2	7	100			

Fonte: os autores *PANSS: Escala para Avaliação da Síndrome Positiva e Negativa; PANSS-EP: Escala Positiva; PANSS-EN: Escala Negativa; PANSS-PG: Psicopatologia Geral.

Em relação ao uso de substâncias, um resultado de extrema importância foi que todos os pacientes com sintomas psicóticos estavam em uso atual de canabinoide, sendo 71,4% deles com padrão de dependência. Poucos estavam em uso associado de outras drogas - 14,3% uso de álcool; 42,9% uso de fumo; 28,6% uso de pó virado e solventes

voláteis. Parte deles, 14,3%, tinham padrão de dependência para fumo e solventes voláteis (Tabela 4).

Tabela 4 – Presença de sintomas psicóticos e gravidade de acordo com o tipo e padrão de uso da substância psicoativa utilizada por adolescentes atendidos no CAPS.

<i>Escala PANSSEP</i>							
	<i>Assintomático</i>		<i>Sintomático</i>		<i>PANSSEP</i>	<i>PANSSEN</i>	<i>PANSSPG</i>
	n	%	n	%	<i>P-valor</i>	<i>P-valor</i>	<i>P-valor</i>
<i>Uso atual de álcool</i>							
Não	46	83.6	6	85.7	0.888	0.888	0.888
Sim	9	16.4	1	14.3			
<i>Uso atual de canabinoide</i>							
Não	7	12.7	0	0.0	0.316	0.316	0.316
Sim	48	87.3	7	100.0			
<i>Uso atual de sedativos ou hipnótico</i>							
Não	53	96.4	7	100.0	0.608	0.608	0.608
Sim	2	3.6	0	0.0			
<i>Uso atual de cocaína</i>							
Não	53	96.4	7	100.0	0.608	0.608	0.608
Sim	2	3.6	0	0.0			
<i>Uso atual de crack</i>							
Não	51	92.7	7	100.0	0.461	0.461	0.461
Sim	4	7.3	0	0.0			
<i>Uso atual de pó virado</i>							
Não	49	89.1	5	71.4	0.189	0.189	0.189
Sim	6	10.9	2	28.6			
<i>Uso atual de fumo</i>							
Não	26	47.3	4	57.1	0.623	0.623	0.623
Sim	29	52.7	3	42.9			

Uso atual de solventes voláteis

Não	42	76.4	5	71.4	0.774	0.774	0.774
Sim	13	23.6	2	28.6			

Dependência de álcool

Não	54	98.2	7	100.0	0.719	0.719	0.719
Sim	1	1.8	0	0.0			

Dependência de canabinoide

Não	34	61.8	2	28.6	0.093	0.093	0.093
Sim	21	38.2	5	71.4			

Dependência de sedativos ou hipnótico

Não	55	100.0	7	100.0	-	-	-
-----	----	-------	---	-------	---	---	---

Dependência de cocaína

Não	55	100.0	7	100.0	-	-	-
-----	----	-------	---	-------	---	---	---

Dependência de crack

Não	52	94.5	7	100.0	0.526	0.526	0.526
Sim	3	5.5	0	0.0			

Dependência de pó virado

Não	51	92.7	7	100.0	0.461	0.461	0.461
Sim	4	7.3	0	0.0			

Dependência de fumo

Não	44	80.0	6	85.7	0.719	0.719	0.719
Sim	11	20.0	1	14.3			

Dependência de solventes voláteis

Não	50	90.9	6	85.7	0.661	0.661	0.661
Sim	5	9.1	1	14.3			

Fonte: os autores *PANSS: Escala para Avaliação da Síndrome Positiva e Negativa; PANSS-EP: Escala Positiva; PANSS-EN: Escala Negativa; PANSS-PG: Psicopatologia Geral.

DISCUSSÃO

O resultado encontrado dá suporte à ideia de que o uso de drogas, principalmente cannabis, pode favorecer o desenvolvimento de sintomas psicóticos. Na amostra, predominaram usuários de sexo masculino e com cor autorreferida não branca. A configuração familiar predominante foi com a presença apenas da mãe. Observamos que entre as substâncias utilizadas, a de maior frequência foi o Canabinoide. Poucos adolescentes da amostra não haviam feito uso prévio. Após a cannabis, as drogas mais utilizadas pelos adolescentes foram fumo, seguido de solventes voláteis e “pó virado”. Sedativos ou hipnóticos, cocaína e crack foram substâncias com baixas taxas de uso. Da amostra, 7 apresentavam sintomas psicóticos, com maioria do sexo masculino. É importante ressaltar que todos esses pacientes apresentavam história prévia de transtorno mental familiar, e parte deles com diagnóstico psiquiátrico prévio.

É desconhecida a prevalência do transtorno psicótico induzido por substâncias/medicamentos na população em geral. Segundo o DSM 5, entre 7 e 25% dos indivíduos que apresentam um primeiro episódio de psicose em diferentes contextos têm transtorno psicótico induzido por substância/medicamento (16). Nosso estudo encontrou uma prevalência nesse intervalo para a presença de sintomas psicóticos, entretanto, não podemos afirmar se são transtornos psicóticos primários com a comorbidade do uso de substâncias ou se são secundários ao uso dessas substâncias.

Devemos levar em consideração a singularidade da nossa amostra, principalmente, no que diz respeito às características sociais. A pesquisa foi realizada em Centro de Atenção Psicossocial, um serviço público em Pernambuco no qual predomina uma escolaridade mais baixa e maior exposição a situações de violência por parte dos usuários. As drogas utilizadas por eles incluem substâncias de baixíssimo custo, como

solventes voláteis (“cola”) e “pó virado” (que consiste na pedra de crack triturada com um ácido fraco, como o ácido bórico), com dados escassos na literatura. Dados sobre a população estudada –crianças e adolescentes usuários de múltiplas drogas – também são pouco estudados. Portanto, é possível comparar os achados do presente estudo apenas com outras populações, como adultos, e com uso de outras substâncias, como álcool, fumo, *cannabis*, cocaína.

Achados quanto à prevalência no sexo masculino coincidem com estudo norte americano realizado com 247 pacientes apresentando primeiro episódio psicótico, com 74,5%. A idade média foi de 23,9, superior ao presente estudo com 15,6 anos. Em tal pesquisa foram coletados dados sobre o consumo de maconha, álcool e tabaco durante a vida, idade de início da psicose, diversas variáveis socioambientais e experiências de violência passadas. A idade no início do tabagismo foi associada ao início precoce, escalada mais rápida e maior dose cumulativa do uso de maconha pré-mórbida (17).

Ainda considerando o estudo norte americano, 55,9% dos pacientes em um PEP com uso de substâncias tinham história de encarceramento judicial. Encontramos um valor bem abaixo em acompanhamento socioeducativo e judicial. Essa diferença pode estar relacionada à idade, já que nosso estudo foi realizado com adolescentes, sem maioria penal; assim como ao pequeno tamanho da amostra (17).

Mesmo não encontrando associação estatisticamente significativa, foi observado que todos os pacientes que apresentaram sintomas psicóticos estavam em uso atual de maconha. Já está bem demonstrado que doses elevadas de Δ 9-THC (delta-9-tetra-hidrocanabinol) presentes na *cannabis*, produzem sintomas psicóticos transitórios em pessoas sadias e uma recorrência, também transitória, de sintomas psicóticos em pessoas com esquizofrenia que tinham sua sintomatologia controlada com antipsicóticos. Grande estudo prospectivo que envolveu 50.087 recrutas identificou uma relação dose-resposta

entre a frequência de uso de *cannabis* aos 18 anos e a ocorrência posterior de esquizofrenia, mostrando que os usuários pesados de Cannabis (mais de 50 vezes aos 18 anos) tiveram um risco três vezes maior de desenvolver esquizofrenia. Além disso, o risco parece ser maior quanto mais precoce é o início de uso da Cannabis. Em um estudo realizado na Nova Zelândia, os autores verificaram que os usuários da droga aos 15 anos apresentaram índices de sintomas psicóticos, aos 26 anos, significativamente maiores do que os que iniciaram o uso aos 18 anos. Esse resultado sugere que o uso da *Cannabis* pode ser crítico na adolescência, quando o desenvolvimento neuronal ainda não se completou.

Interessante também observar que um padrão de dependência no uso de *cannabis* é geralmente menor do que o encontrado em nosso estudo. O risco de desenvolver dependência é de aproximadamente 1 entre 10 para qualquer pessoa que use a substância (18). Encontramos dependência em considerável número de participantes e altas taxas naqueles que desenvolveram sintomas psicóticos. Esse maior índice pode ser atribuído ao fato de estarmos aplicando a pesquisa em um público jovem. Já é sabido que quanto mais cedo ocorre o primeiro uso, quanto maior a frequência e o tempo de consumo, maior o risco de dependência (18).

Além da maconha, encontramos uso de fumo (tabaco) em pacientes com sintomas psicóticos com resultado aproximado do encontrado em pesquisas anteriores. Estudo canadense analisou a presença de tabagismo e cannabis em 140 pacientes apresentando um PEP, com idade variando entre 14 e 35 anos. O uso de *cannabis* ocorreu simultaneamente com o tabagismo em 53% deles. Várias teorias já foram propostas para explicar por que os indivíduos com psicose são mais vulneráveis para iniciar e manter o uso do tabaco. Fatores genéticos comuns e anormalidades nos sistemas colinérgico e dopaminérgico estão implicados na fisiopatologia da psicose e dependência da nicotina.

Também é possível que a psicose leve ao aumento das taxas de uso de tabaco por meio de tentativas de automedicação, visto que o tabagismo parece melhorar sintomas negativos, déficits cognitivos e/ou efeitos colaterais da medicação antipsicótica (19).

Encontramos uma associação estatisticamente significativa entre história familiar de transtorno mental e presença de sintomas psicóticos. Todos os pacientes com sintomas psicóticos tinham um familiar com diagnóstico psiquiátrico prévio. O instrumento aplicado no nosso estudo não permite especificar o transtorno mental, porém a literatura relata a forte contribuição dos fatores genéticos na determinação do risco para transtornos psicóticos. Essa tendência é atribuída a um espectro de alelos de risco, comuns e raros, com cada um contribuindo com uma pequena parcela para a variância total da população. Os alelos de risco identificados até agora são também associados a outros transtornos mentais, incluindo transtorno bipolar, depressão e transtorno do espectro autista (16).

Como limitações do nosso estudo citam-se o tamanho da amostra e ser realizado em um centro único. É importante notar que tivemos uma perda de 16% da amostra inicial, já que 10 dos participantes não concordaram com a participação na pesquisa. Questiona-se a possibilidade de dificuldade na compreensão da pesquisa, assim como sintomas de intoxicação pelo uso de substâncias como sonolência, que comprometem o atendimento psiquiátrico. Isso, porém, não ofusca os dados encontrados já que, no Brasil, publicações nessa área ainda parecem ser incipientes bibliotecas eletrônicas (PubMed, SciELO), não foram identificadas pesquisas publicadas em bibliotecas eletrônicas (PubMed, SciELO) semelhante nesta área. Segundo dados do Ministério da Saúde, no país existem 2.341 CAPS; entretanto, Centros de Atenção Psicossocial voltados para o tratamento de crianças e adolescentes usuários de álcool e outras drogas são apenas 5 em todo o Brasil (35). Dessa maneira, o pioneirismo da publicação se torna uma das forças

do trabalho realizado. No Brasil e no mundo o uso de drogas como solventes voláteis e “pó virado”, assim como o consumo por crianças e adolescentes ainda é um tema pouco abordado como pudemos observar ao realizar a revisão bibliográfica. Outro ponto que devemos levantar é que os questionários e escalas foram aplicados em um único momento, não sendo possível analisar longitudinalmente a evolução dos quadros psicóticos. Dessa forma, não é possível avaliar se os sintomas psicóticos são primários e desencadeados pelo uso da substância ou induzidos pelo uso da substância (secundários).

Esperamos que essa pesquisa possa servir como base para outros estudos, visto que oferece dados interessantes. Estudamos apenas alguns aspectos quanto aos sintomas psicóticos de usuários drogas, porém analisamos apenas de forma objetiva o uso de substâncias. Aprofundar no padrão de uso de SPA, na personalidade pré-mórbida e na avaliação cognitiva desses indivíduos, assim como expandir número da população estudada, são aspectos importantes a serem estudados. Sabemos que no Brasil e no mundo, o uso de drogas é um problema de saúde pública, sendo assim, é dever da ciência aprofundar os estudos no campo dos transtornos aditivos para que possamos contribuir na prevenção e ofertar tratamento precoce a esses pacientes.

CONCLUSÃO

Este trabalho teve como objetivo avaliar a presença e a gravidade de sintomas psicóticos em crianças e adolescentes usuários de drogas em um Centro de Atenção Psicossocial na cidade do Recife. O resultado encontrado aponta que todos os participantes que desenvolveram síndrome psicótica tinham história prévia de transtorno mental na família e referiram uso de *cannabis*. A pesquisa revelou uma prevalência significativa de sintomas psicóticos em crianças e adolescentes usuários de drogas.

Nossa pesquisa também pode descrever essa população sob o aspecto biosociodemográfico. Obtivemos uma população predominantemente masculina, negra, com escolaridade baixa para a idade. Chama a atenção também a configuração familiar, pois grande parte morava apenas com a mãe. Observamos também que boa parte dos menores estavam em acompanhamento socioeducativo/judicial e vivenciavam situação de violência.

Dados sobre fatores de risco para desenvolvimento de sintomas psicóticos foram corroborados com esta pesquisa, quando quantidade significativa de entrevistados tinham não só diagnóstico psiquiátrico prévio, mas história de transtorno mental na família.

Um achado esperado foi o uso prévio de álcool por parte dos adolescentes, mas Canabinoide chama a atenção pela frequência no uso. Na amostra do estudo, 95,2% dos adolescentes fizeram uso prévio, com 88,7% em uso atual dessa substância. Desses, 42% apresentaram dependência. Após cannabis, as drogas mais utilizadas pelos adolescentes foram fumo, seguido de solventes voláteis e “pó virado”.

É importante ressaltar que todos os pacientes que desenvolveram sintomas psicóticos faziam uso de canabinoide. Apesar de não ser encontrada relação estatística significativa no atual estudo, esse dado dá suporte à ideia trazida pela literatura entre o uso de canabinoide e o desenvolvimento de sintomas psicóticos.

Diante do exposto, evidencia-se a necessidade de maiores estudos com amostra populacional maior para que sejam esclarecidas as dúvidas levantadas pelo atual trabalho. É importante ressaltar a sua relevância no que se refere à população e ao local do estudo, marcados pela vulnerabilidade, porém com grande possibilidade de mudança de prognóstico desses pacientes caso a intervenção seja precoce e eficaz.

CONTRIBUIÇÕES INDIVIDUAIS

Emanuelle Ximenes Rios participou da concepção e desenho do estudo, coleta de dados, análise e interpretação dos dados e resultados, redação crítica do artigo e aprovação final da versão a ser publicada. Leopoldo Barbosa e Maria do Carmo Vieira da Cunha participaram da concepção e desenho do estudo, análise e interpretação dos dados e resultados, revisão crítica do artigo e aprovação final da versão a ser publicada.

CONFLITO DE INTERESSES

Os participantes dessa pesquisa não possuem conflitos de interesse a serem declarados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lucas AC dos S, Parente RCP, Picanço NS, Conceição DA, Costa KRC da, Magalhães IR dos S, et al. Uso de psicotrópicos entre universitários da área da saúde da Universidade Federal do Amazonas, Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2006;22(3):663–71. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000300021&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt%5Cnhttp://www.scielo.br/pdf/csp/v22n3/21.pdf
2. Silveira C, Doneda D, Gandolfi D, Hoffmann MC, Macedo P, Delgado PG, et al. Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. *J Bras Psiquiatr*. 2003;52(5):349–54.
3. Hingson RW, Heeren T, Winter MR. Age at drinking onset and alcohol use disorders: Alcohol dependence and abuse. *Handb drug use Etiol Theory, methods, Empir Find* [Internet]. 2010;160(July):269–86. Available from: <http://proxy.mul.missouri.edu/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,cookie,url,uid&db=psyh&AN=2009-19890-014&site=ehost-live&scope=site>
4. Vasters GP, Pillon SC. O uso de drogas por adolescentes e suas percepções sobre adesão e abandono de tratamento especializado. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2011;19(2):[08 telas].
5. Galhardi CC, Matsukura TS. O cotidiano de adolescentes em um Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas: realidades e desafios. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2018;34(3):1–12. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000305002&lng=pt&tlng=pt
6. Alves H, Kessler F, Caldas Ratto LR. Comorbidade: Uso de álcool e outros transtornos psiquiátricos. *Rev Bras Psiquiatr*. 2004;26(SUPPL.):51–3.

7. Carney R, Yung AR, Amminger GP, Bradshaw T, Glozier N, Hermens DF, et al. Substance use in youth at risk for psychosis. *Schizophr Res* [Internet]. The Authors; 2017;181:23–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2016.08.026>
8. American Psychiatry Association Apa. *DSM-V-TR - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. Artmed. 2013. 948 p.
9. Fraser S, Hides L, Philips L, Proctor D, Lubman DI. Differentiating first episode substance induced and primary psychotic disorders with concurrent substance use in young people. *Schizophr Res* [Internet]. Elsevier B.V.; 2012;136(1–3):110–5. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2012.01.02210\(18\)](http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2012.01.02210(18))
10. Large M, Sharma S, Compton MT, Slade T, Nielsen O. Cannabis use and earlier onset of psychosis: A systematic meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68(6):555–61.
11. Langeveld J, Joa I, Friis S, Ten Velden Hegelstad W, Melle I, Johannessen JO, et al. A comparison of adolescent- and adult-onset first-episode, non-affective psychosis: 2-year follow-up. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2012;262(7):599–605.
12. Auther AM, McLaughlin D, Carrión RE, Nagachandran P, Correll CU, Cornblatt BA. Prospective study of cannabis use in adolescents at clinical high risk for psychosis: Impact on conversion to psychosis and functional outcome. *Psychol Med*. 2012;42(12):2485–97.
13. Helle S, Ringen PA, Melle I, Larsen TK, Gjestad R, Johnsen E, et al. Cannabis use is associated with 3 years earlier onset of schizophrenia spectrum disorder in a naturalistic, multi-site sample (N = 1119). *Schizophr Res* [Internet]. The Authors; 2016;170(1):217–21. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2015.11.02714> (15)

14. Castro Neto AG de, Silva DCN da, Figueiroa M da S. Main mental disorders in crack-cocaine users treated at Psychosocial Care Centers for Alcohol and Drugs in the city of Recife, Brazil. *Trends Psychiatry Psychother* [Internet]. 2016;38(4):227–33. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-60892016000400227&lng=en&tlng=en
15. Breitborde NJK, Moe AM, Ered A, Ellman LM, Bell EK. Optimizing psychosocial interventions in first-episode psychosis: Current perspectives and future directions. *Psychol Res Behav Manag*. 2017;10:119–28.
16. American Psychiatry Association Apa. *DSM-V- Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. Artmed. 2014. 481 p.
17. Pauselli, L., Birnbaum, M. L., Vázquez Jaime, B. P., Paolini, E., Kelley, M. E., Broussard, B., & Compton, M. T. (2018). Demographic and socioenvironmental predictors of premorbid marijuana use among patients with first-episode psychosis. *Schizophrenia Research*, 197, 544–549.
18. Sadock, B; Sadock,V; Ruiz, P. Kaplan & Sadock (2017). *Compêndio de Psiquiatria*. 11a edição. Artmed. 300 p.
19. Grossman, M., Bowie, C. R., Lepage, M., Malla, A. K., Joober, R., & Iyer, S. N. (2017). Smoking status and its relationship to demographic and clinical characteristics in first episode psychosis. *Journal of Psychiatric Research*, 85, 83–90. doi:10.1016/j.jpsychires.2016.10.022
20. Paulo S. *Sintomas Negativos na Esquizofrenia Refratária e Super-Refratária*. 2004.

V. CONCLUSÕES

A pesquisa desta dissertação revelou uma prevalência significativa de sintomas psicóticos em crianças e adolescentes usuários de drogas. De acordo com os resultados, 11,3% dos pacientes atendidos apresentavam essa sintomatologia. Além disso, foi encontrada uma relação estatisticamente significativa entre o desenvolvimento de sintomas psicóticos e história familiar de transtorno mental.

Nossa pesquisa também pode descrever essa população sob o aspecto biosociodemográfico. Obtivemos uma população predominantemente masculina, negra, com escolaridade baixa para a idade. Quanto à configuração familiar, grande parte morava apenas com a mãe. Observamos que 40,32% dos menores estavam em acompanhamento socioeducativo/judicial. Foi identificada situação de violência em 41,96% da amostra. Entre os entrevistados, 27,42% tinham diagnóstico psiquiátrico prévio e 46,77% tinham história de transtorno mental na família

O questionário sobre o uso de substâncias mostra que 72,58% dos adolescentes fizeram uso prévio de álcool, porém apenas 16,13% fazem atual, com 1,61% com padrão de dependência. Canabinoide chama a atenção pela frequência no uso. Na amostra do estudo, 95,16% dos adolescentes fizeram uso prévio, com 88,71% em uso atual dessa substância, sendo a noite o turno de maior consumo. Desses, 41,94% apresentaram dependência. Após cannabis, as drogas mais utilizadas pelos adolescentes foram fumo, seguido de solventes voláteis e “pó virado”.

É importante ressaltar que todos os pacientes que desenvolveram sintomas psicóticos faziam uso de canabinoide. Apesar de não ser encontrada relação estatística significativa no atual estudo, esse dado dá suporte à ideia trazida pela literatura entre o uso de canabinoide e o desenvolvimento de sintomas psicóticos.

Diante do exposto, evidencia-se a necessidade de estudos com desenhos metodológicos mais robustos e com amostra populacional maior para que sejam esclarecidas as dúvidas levantadas pelo atual trabalho. É importante ressaltar a sua relevância no que se refere à população e ao local do estudo, marcados pela vulnerabilidade, porém com grande possibilidade de mudança de prognóstico desses pacientes caso a intervenção seja precoce e eficaz.

VI. REFERÊNCIAS

1. Lucas AC dos S, Parente RCP, Picanço NS, Conceição DA, Costa KRC da, Magalhães IR dos S, et al. Uso de psicotrópicos entre universitários da área da saúde da Universidade Federal do Amazonas, Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2006;22(3):663–71. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000300021&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt%5Cnhttp://www.scielo.br/pdf/csp/v22n3/21.pdf
2. Silveira C, Doneda D, Gandolfi D, Hoffmann MC, Macedo P, Delgado PG, et al. Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. *J Bras Psiquiatr*. 2003;52(5):349–54.
3. Humeniuk R, Ali R, Babor TF, Farrell M, Formigoni ML, Jittiwutikarn J, et al. Validation of the alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST). *Addiction*. 2008;103(6):1039–47.
4. Carlin EA. II Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo Envolvendo as 108 Maiores Cidades do País. *Dados* [Internet]. 2006;106:1–31. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21108957>
5. Hingson RW, Heeren T, Winter MR. Age at drinking onset and alcohol use disorders: Alcohol dependence and abuse. *Handb drug use Etiol Theory, methods, Empir Find* [Internet]. 2010;160(July):269–86. Available from: <http://proxy.mul.missouri.edu/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,cookie,url,uid&db=psyh&AN=2009-19890-014&site=ehost-live&scope=site>
6. Vasters GP, Pillon SC. O uso de drogas por adolescentes e suas percepções sobre adesão e abandono de tratamento especializado. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2011;19(2):[08 telas].
7. Galhardi CC, Matsukura TS. O cotidiano de adolescentes em um Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas: realidades e desafios. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2018;34(3):1–12. Available from:

- http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000305002&lng=pt&tlng=pt
8. Kessler F, von Diemen L, Seganfredo AC, Brandão I, Saibro P de, Scheidt B, et al. Psicodinâmica do adolescente envolvido com drogas. *Rev Psiquiatr do Rio Gd do Sul* [Internet]. 2003;25(suppl 1):33–41. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082003000400005&lng=pt&tlng=pt
 9. Carlini EAV, Noto AR, Sanchez ZM. VI Levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras. *Cent Bras Informações sobre Drog Psicotrópicas*. 2010;503.
 10. Malta DC, Oliveira-Campos M, Prado RR do, Andrade SSC, Mello FCM de, Dias AJR, et al. Psychoactive substance use, family context and mental health among Brazilian adolescents, National Adolescent School-based Health Survey (PeNSE 2012). *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2014;17(suppl 1):46–61. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2014000500046&lng=en&tlng=en
 11. Castro Neto AG de, Silva DCN da, Figueiroa M da S. Main mental disorders in crack-cocaine users treated at Psychosocial Care Centers for Alcohol and Drugs in the city of Recife, Brazil. *Trends Psychiatry Psychother* [Internet]. 2016;38(4):227–33. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-60892016000400227&lng=en&tlng=en
 12. Alves H, Kessler F, Caldas Ratto LR. Comorbidade: Uso de álcool e outros transtornos psiquiátricos. *Rev Bras Psiquiatr*. 2004;26(SUPPL.):51–3.
 13. Carney R, Yung AR, Amminger GP, Bradshaw T, Glozier N, Hermens DF, et al. Substance use in youth at risk for psychosis. *Schizophr Res* [Internet]. The Authors; 2017;181:23–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2016.08.026>
 14. American Psychiatry Association Apa. *DSM-V-TR - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. Artmed. 2013. 948 p.

15. Breitborde NJK, Moe AM, Ered A, Ellman LM, Bell EK. Optimizing psychosocial interventions in first-episode psychosis: Current perspectives and future directions. *Psychol Res Behav Manag*. 2017;10:119–28.
16. Laursen TM, Nordentoft M, Mortensen PB. Excess Early Mortality in Schizophrenia. *Annu Rev Clin Psychol* [Internet]. 2014;10(1):425–48. Available from: <http://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153657>
17. Fraser S, Hides L, Philips L, Proctor D, Lubman DI. Differentiating first episode substance induced and primary psychotic disorders with concurrent substance use in young people. *Schizophr Res* [Internet]. Elsevier B.V.; 2012;136(1–3):110–5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2012.01.022>
18. Large M, Sharma S, Compton MT, Slade T, Nielssen O. Cannabis use and earlier onset of psychosis: A systematic meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68(6):555–61.
19. Langeveld J, Joa I, Friis S, Ten Velden Hegelstad W, Melle I, Johannessen JO, et al. A comparison of adolescent- and adult-onset first-episode, non-affective psychosis: 2-year follow-up. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2012;262(7):599–605.
20. Auther AM, McLaughlin D, Carrión RE, Nagachandran P, Correll CU, Cornblatt BA. Prospective study of cannabis use in adolescents at clinical high risk for psychosis: Impact on conversion to psychosis and functional outcome. *Psychol Med*. 2012;42(12):2485–97.
21. Cheng SC, Schepp KG. PT NU SC. *Arch Psychiatr Nurs* [Internet]. Elsevier B.V.; 2016; Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnu.2016.02.009>
22. Marshall M, Rathbone J. Europe PMC Funders Group Early intervention for psychosis. 2014;(6).
23. Murru A, Carpiniello B. Duration of untreated illness as a key to early intervention in schizophrenia: A review. *Neurosci Lett* [Internet]. Elsevier Ireland Ltd; 2016; Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.neulet.2016.10.003>
24. Arseneault L, Cannon M, Poulton R, Murray R, Caspi A, Moffitt TE. Cannabis use

- in adolescence and risk for adult psychosis: longitudinal prospective study. *BMJ*. 2002;325(7374):1212–3.
25. Helle S, Ringen PA, Melle I, Larsen TK, Gjestad R, Johnsen E, et al. Cannabis use is associated with 3 years earlier onset of schizophrenia spectrum disorder in a naturalistic, multi-site sample (N = 1119). *Schizophr Res* [Internet]. The Authors; 2016;170(1):217–21. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2015.11.027>
 26. Fergusson DM, Horwood LJ, Swain-Campbell NR. Cannabis dependence and psychotic symptoms in young people. *Psychol Med*. 2003;33(1):15–21.
 27. Silva CC, Costa MCO, Carvalho RC de, Amaral MTR, Cruz NL de A, Silva MR da. Iniciação e consumo de substâncias psicoativas entre adolescentes e adultos jovens de Centro de Atenção Psicossocial Antidrogas/CAPS-AD. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2014;19(3):737–45. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000300737&lng=pt&tlng=pt
 28. Paulo S. Sintomas Negativos na Esquizofrenia Refratária e Super-Refratária. 2004;
 29. Potvin S, Pampoulova T, Lipp O, Ait Bentaleb L, Lalonde P, Stip E. Working memory and depressive symptoms in patients with schizophrenia and substance use disorders. *Cogn Neuropsychiatry*. 2008;13(4):357–66.
 30. Margolese HC, Carlos Negrete J, Tempier R, Gill K. A 12-month prospective follow-up study of patients with schizophrenia-spectrum disorders and substance abuse: Changes in psychiatric symptoms and substance use. *Schizophr Res*. 2006;83(1):65–75.
 31. Toftdahl NG, Nordentoft M, Hjorthøj C. The Effect of Changes in Cannabis Exposure on Psychotic Symptoms in Patients With Comorbid Cannabis Use Disorder. *J Dual Diagn*. 2016;12(2):129–36.
 32. Lopes LLT, Silva MRS, Santos AM, Oliveira JF. Multidisciplinary team actions of a Brazilian Psychosocial Care Center for Alcohol and Drugs. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(6):1624-31. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0760>
 33. Lima, Maurício Silva de et al. Versão em português da Impressão Clínica Global -

- Escala de Esquizofrenia: estudo de validação. Rev. Bras. Psiquiatr. [online]. 2007, vol.29, n.3, pp.246-249. Epub June 07, 2007. ISSN 1809-452X. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462006005000047>.
34. Crippa, José Alexandre de Souza; Hallak, Jaime Eduardo Cecílio; Vilela, José Antônio Alves; Loureiro, Sonia Regina; Zuardi, Antonio Waldo. A escala de avaliação em psiquiatria (brief psychiatric rating scale (BPRS): a review / The brief psychiatric rating scale (BPRS): a review) J. bras. psiquiatr ; 48(8): 355-61, ago. 1999.
35. Sala de Apoio à Gestão Estratégica- Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://sage.saude.gov.br/paineis/planoCrack/lista_caps.php?output=html&>. Acesso em: 2020 nov 22.

Apêndice 1. Lista de checagem

LISTA DE CHECAGEM

“Transtornos psicóticos em crianças e adolescentes usuários de drogas atendidos em Centro de Atenção Psicossocial na cidade de Recife.”

NOME: _____

Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
<input type="checkbox"/> Menores de 18 anos <input type="checkbox"/> Avaliação por psiquiatra no CAPS ADi	<input type="checkbox"/> Crianças e adolescentes que não estiverem acompanhados de responsável legal.

Apêndice 2. Termo de Consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

“Transtornos psicóticos em crianças e adolescentes usuários de drogas atendidos em Centro de Atenção Psicossocial na cidade de Recife.”

Pesquisadores Responsáveis:

- Emanuelle Ximenes Rios (Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira-IMIP)

Telefone para contato: (81) 3355-4260

- Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa (Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira- IMIP)

Telefone para contato: (81) 2122-4100

- Maria do Carmo Vieira da Cunha (Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira- IMIP)

Telefone para contato: (81) 2122-4100

Nome do voluntário:

Idade: _____ anos R.G. _____

Responsável legal: _____

R.G. Responsável legal: _____

Você está sendo convidado (a) a participar de um projeto de pesquisa. Para que você possa decidir se quer participar ou não, precisa conhecer os benefícios, os riscos e as consequências pela sua participação.

Este documento é chamado de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e tem esse nome porque você só deve aceitar participar desta pesquisa depois de ter lido e entendido este documento. Leia as informações com atenção e converse com o pesquisador responsável e com a equipe da pesquisa sobre quaisquer dúvidas que você tenha. Caso haja alguma palavra ou frase que você não entenda, converse com a pessoa responsável por obter este consentimento, para maiores esclarecimentos. Caso prefira, converse com os seus familiares, amigos e com a equipe médica antes de tomar uma decisão. Se você tiver dúvidas depois de ler estas informações, entre em contato com o pesquisador responsável.

Após receber todas as informações, e todas as dúvidas forem esclarecidas, você poderá fornecer seu consentimento, rubricando e/ou assinando em todas as páginas deste Termo, em duas vias (uma do pesquisador responsável e outra do participante da pesquisa), caso queira participar.

PROPÓSITO DA PESQUISA

O objetivo da pesquisa é fazer um levantamento sobre a presença e a gravidade de transtornos psicóticos em crianças e adolescentes usuários de drogas na cidade de Recife. Nestes transtornos, o paciente pode ficar com comportamento alterado, percebendo a realidade de forma diferente, vendo coisas ou ouvindo vozes que não são reais.

PROCEDIMENTOS DA PESQUISA

Sua participação é muito importante e ela se dará da seguinte forma: será realizada consulta médica psiquiátrica da mesma forma que seria feita normalmente, com avaliação das principais queixas, perguntas relacionadas ao uso de drogas e realização de exame psíquico. Após a avaliação o médico preencherá os questionários da pesquisa.

BENEFÍCIOS

- 1) Poder fazer um levantamento inédito sobre transtornos psicóticos em crianças e adolescentes usuários de drogas em Recife.
- 2) Conhecer o padrão de uso de drogas nas crianças e adolescentes que estão desenvolvendo transtornos psicóticos em Recife. Ou seja, saber quais drogas são mais utilizadas por esses pacientes que ficam com comportamento alterado e se eles são “viciados”.
- 3) Com os resultados, poder trabalhar na prevenção de tais transtornos mentais.

RISCOS

Essa pesquisa apresenta risco mínimo ao participante visto que será apenas a aplicação dos questionários. Você pode se sentir constrangido em responder algumas perguntas, mas deve saber que não vai ser identificado e ninguém irá saber quais foram suas respostas, pois o pesquisador se compromete em manter o sigilo sobre sua identidade. As respostas serão usadas somente para pesquisa.

CUSTOS

Esta pesquisa não trará qualquer custo para o participante.

CONFIDENCIALIDADE

Se você optar por participar desta pesquisa, as informações sobre a sua saúde e seus dados pessoais serão mantidas de maneira confidencial e sigilosa. Seus dados somente serão utilizados depois sem sua identificação. Apenas os pesquisadores autorizados terão acesso aos dados individuais e aos resultados dos questionários aplicados. Mesmo que estes dados sejam utilizados para propósitos de divulgação e/ou publicação científica, sua identidade permanecerá em segredo.

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA

A sua participação é voluntária e a recusa em autorizar a sua participação não acarretará quaisquer penalidades ou perda de benefícios aos quais você tem direito, ou

seja, você continuará sendo atendido da mesma forma nesta instituição, mesmo que se recusa a participar. Você poderá retirar seu consentimento a qualquer momento sem qualquer prejuízo.

Em caso de você decidir interromper sua participação na pesquisa, a equipe de pesquisadores deve ser comunicada e a coleta de dados relativos à pesquisa será imediatamente interrompida.

ACESSO AOS RESULTADOS DE QUESTIONÁRIO APLICADO

Você pode ter acesso a qualquer resultado relacionado a esta pesquisa. Estes resultados serão enviados ao seu médico e ele falará com você. Se você tiver interesse, você poderá receber uma cópia dos resultados.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTOS

A pessoa responsável pela obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido lhe explicou claramente o conteúdo destas informações e se colocou à disposição para responder às suas perguntas sempre que tiver novas dúvidas. Você terá garantia de acesso, em qualquer etapa da pesquisa, sobre qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas e inclusive para tomar conhecimento dos resultados desta pesquisa.

Neste caso, por favor, ligue para EMANUELLE XIMENES RIOS, contato: (81) 3355-4260 das 09h-18h. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do IMIP.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre esta pesquisa, entre em contato com o comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do IMIP (CEP-IMIP) que objetiva defender os interesses dos participantes, respeitando seus direitos e contribuir para o desenvolvimento da pesquisa desde que atenda às condutas éticas.

O CEP-IMIP está situado à Rua dos Coelhos, nº 300, Boa Vista. Diretoria de Pesquisa do IMIP, Prédio Administrativo Orlando Onofre, 1º Andar tel: 2122-4756 – Email: comitedeetica@imip.org.br O CEP/IMIP funciona de 2ª a 6ª feira, nos seguintes horários: 07:00 às 11:30 h (manhã) e 13:30 às 16:00h (tarde)

Este termo está sendo elaborado em duas vias, sendo que uma via ficará com você e outra será arquivada com os pesquisadores responsáveis.

CONSENTIMENTO

Li as informações acima e entendi o propósito do estudo. Ficaram claros para mim quais são procedimentos a serem realizados, riscos, benefícios e a garantia de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que a minha participação não tem nenhuma despesa e que tenho garantia do acesso aos dados e de esclarecer minhas dúvidas a qualquer tempo. Entendo que meu nome não será publicado e que meu anonimato será preservado.

Concordo voluntariamente em participar desta pesquisa e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidade ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Eu, por intermédio deste, dou livremente meu consentimento para participar nesta pesquisa.

Nome e Assinatura do participante

_____/_____/_____
Data

Nome e Assinatura do Responsável Legal/Testemunha Imparcial
(quando pertinente)

_____/_____/_____
Data

Eu, abaixo assinado, expliquei completamente os detalhes relevantes desta pesquisa ao paciente indicado acima e/ou pessoa autorizada para consentir pelo mesmo. Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente para a participação desta pesquisa.

Nome e Assinatura do Responsável pela obtenção do Termo

_____/_____/_____
Data

Apêndice 3. Termo de Assentimento do menor

TERMO DE ASSENTIMENTO DO MENOR

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “**Transtornos psicóticos em crianças e adolescentes usuários de drogas atendidos em Centro de Atenção Psicossocial na cidade de Recife.**” Seus pais/responsáveis permitiram que você participe.

Pesquisadores Responsáveis:

- Emanuelle Ximenes Rios (Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira-IMIP)

Telefone para contato: (81) 3355-4260

- Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa (Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira- IMIP)

Telefone para contato: (81) 2122-4100

- Maria do Carmo Vieira da Cunha (Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira- IMIP)

Telefone para contato: (81) 2122-4100

Nome do voluntário:

Idade: _____ anos R.G. _____

Responsável legal: _____

R.G. Responsável legal: _____

Queremos fazer um levantamento sobre a presença e a gravidade de transtornos psicóticos em crianças e adolescentes usuários de drogas na cidade de Recife. Nestes transtornos, o paciente pode ficar com comportamento alterado, percebendo a realidade de forma diferente, vendo coisas ou ouvindo vozes que não são reais.

Você não precisa participar da pesquisa se não quiser, é um direito seu, não terá nenhum problema se desistir.

A pesquisa será feita durante a avaliação psiquiátrica e preenchida pelo próprio médico que realizar o atendimento.

O uso dos questionários é considerado(a) seguro (a), com riscos mínimos à criança ou adolescente. Caso aconteça algo errado, por favor, ligue para EMANUELLE XIMENES RIOS, contato: (81) 3355-4260 das 09h-18h; mas há coisas boas que podem acontecer como:

1) Poder fazer um levantamento inédito sobre transtornos psicóticos em crianças e adolescentes usuários de drogas em Recife.

2) Conhecer o padrão de uso de drogas nas crianças e adolescentes que estão desenvolvendo transtornos psicóticos em Recife. Ou seja, saber quais drogas são mais utilizadas por esses pacientes que ficam com comportamento alterado e se eles são “viciados”.

3) Com os resultados, poder trabalhar na prevenção de tais transtornos mentais.

Ninguém saberá que você está participando da pesquisa, não falaremos a outras pessoas, nem daremos a estranhos as informações que você nos der. Os resultados da pesquisa serão publicados, mas sem identificar as pessoas que participaram da pesquisa. Quando terminarmos a pesquisa iremos analisar e publicar os resultados obtidos. Se você tiver alguma dúvida, você pode me perguntar ou à pesquisadora Emanuelle Ximenes Rios. Eu escrevi o telefone na parte de cima desse texto.

Eu, _____, aceito participar da pesquisa **“Transtornos psicóticos em crianças e adolescentes usuários de drogas atendidos em Centro de Atenção Psicossocial na cidade de Recife.”**, que tem como objetivo fazer um levantamento sobre a presença e a gravidade de transtornos psicóticos em crianças e adolescentes usuários de drogas na cidade de Recife. Entendi as coisas ruins e as coisas boas que podem acontecer. Entendi que posso dizer “sim” e participar, mas que, a qualquer momento, posso dizer “não” e desistir que ninguém vai ficar furioso. Os pesquisadores tiraram minhas dúvidas e conversaram com os meus responsáveis.

Recebi uma cópia deste termo de assentimento e li e concordo em participar da pesquisa.

Nome e Assinatura do participante

____/____/____
Data

Eu, abaixo assinado, expliquei completamente os detalhes relevantes desta pesquisa ao paciente indicado acima e/ou pessoa autorizada para consentir pelo mesmo. Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Assentimento Livre e Esclarecido deste adolescente para a participação desta pesquisa.

Nome e Assinatura do Responsável pela obtenção do Termo

____/____/____
Data

Apêndice 4. Questionário Biosociodemográfico

QUESTIONÁRIO BIOSOCIODEMOGRÁFICONúmero do formulário:

Responsável pela coleta de dados: _____

Data da coleta de dados ____/____/____

I. IDENTIFICAÇÃO

Nome _____

Data da admissão ____/____/____ Data de nascimento ____/____/____

Endereço: _____
Rua N°. Bairro Cidade

Telefone: _____

II. CARACTERÍSTICAS BIOLÓGICASIdade (anos) Cor 1. Branca 2. Negra 3. Parda 4. Indígena 5. Outras**III. CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS**Escolaridade (anos completos estudados e aprovados) Procedência 1. Recife 2. Zona urbana 3. Região Metropolitana

Configuração familiar (mora com)

1. ambos os pais 2. mãe 3. pai 4. outros familiares 5. situação de rua**IV. ANTECEDENTES**Acompanhamento socioeducativo/judicial 1. sim 2. nãoIdentificação de situação de violência 1. sim 2. nãoDiagnóstico psiquiátrico prévio 1. sim 2. nãoAntecedente familiar de transtorno mental 1. sim 2. não

Apêndice 5. Questionário sobre uso de substâncias psicoativas.

QUESTIONÁRIO SOBRE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVASNúmero do formulário:

Responsável pela coleta de dados: _____

Data da coleta de dados ____/____/____

I. IDENTIFICAÇÃO

Nome _____

II. Uso prévio ou atual de

Álcool	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
Canabinoide	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
Sedativos ou Hipnóticos	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
Cocaína	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
Crack	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
Pó virado	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
Fumo	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
Solventes voláteis	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não

II. Dependência de

Álcool	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
Canabinoide	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
Sedativos ou Hipnóticos	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
Cocaína	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
Crack	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
Pó virado	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
Fumo	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
Solventes voláteis	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não

II. Horário de maior uso

Álcool	1. <input type="checkbox"/> manhã	2. <input type="checkbox"/> tarde	3. <input type="checkbox"/> noite
Canabinoide	1. <input type="checkbox"/> manhã	2. <input type="checkbox"/> tarde	3. <input type="checkbox"/> noite
Sedativos ou Hipnóticos	1. <input type="checkbox"/> manhã	2. <input type="checkbox"/> tarde	3. <input type="checkbox"/> noite
Cocaína	1. <input type="checkbox"/> manhã	2. <input type="checkbox"/> tarde	3. <input type="checkbox"/> noite
Crack	1. <input type="checkbox"/> manhã	2. <input type="checkbox"/> tarde	3. <input type="checkbox"/> noite
Pó virado	1. <input type="checkbox"/> manhã	2. <input type="checkbox"/> tarde	3. <input type="checkbox"/> noite
Fumo	1. <input type="checkbox"/> manhã	2. <input type="checkbox"/> tarde	3. <input type="checkbox"/> noite
Solventes voláteis	1. <input type="checkbox"/> manhã	2. <input type="checkbox"/> tarde	3. <input type="checkbox"/> noite

ANEXO I

FACULDADE PERNAMBUCANA
DE SAÚDE - AECISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: FREQUÊNCIA E GRAVIDADE DE TRANSTORNOS PSICÓTICOS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES USUÁRIOS DE DROGAS ATENDIDOS EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NA CIDADE DE RECIFE

Pesquisador: LEOPOLDO NELSON FERNANDES BARBOSA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 26273919.7.0000.5569

Instituição Proponente: ASS. EDUCACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE - AECISA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.951.860

Apresentação do Projeto:

Estudo descritivo, do tipo corte transversal com crianças e adolescentes usuários de drogas, atendidos no CAPS na cidade de Recife.

Objetivo da Pesquisa:

Fazer um levantamento de informações sobre a presença e a gravidade de transtornos psicóticos em crianças e adolescentes usuários de drogas na cidade de Recife.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Descreve bem os riscos e benefícios

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Interessante e factível

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TALE foi reescrito de forma objetiva e clara, considerada na versão atual adequada ao perfil do participante

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Enviar relatórios: semestrais e final

Endereço: Avenida Mascarenhas de Moraes, 4861

Bairro: IMBIRIBEIRA

CEP: 51.150-000

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)3312-7755

E-mail: comite.etica@fps.edu.br

ANEXO I

FACULDADE PERNAMBUCANA
DE SAÚDE - AECISA

Continuação do Parecer: 3.951.860

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1340647.pdf	30/03/2020 13:38:44		Aceito
Outros	Cartarespostaalteracoes430marcook.docx	30/03/2020 13:38:32	LEOPOLDO NELSON FERNANDES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALCompleto2020corrigido2ok.docx	30/03/2020 13:37:56	LEOPOLDO NELSON FERNANDES BARBOSA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLCompleto2020corrigido.docx	30/03/2020 13:37:43	LEOPOLDO NELSON FERNANDES BARBOSA	Aceito
Cronograma	Cronograma2020.docx	30/03/2020 13:37:07	LEOPOLDO NELSON FERNANDES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCompleto2020marcook.docx	30/03/2020 13:35:32	LEOPOLDO NELSON FERNANDES	Aceito
Outros	Cartarespostaalteracoes2ok.docx	07/02/2020 07:57:30	LEOPOLDO NELSON FERNANDES	Aceito
Outros	CartaResposta2020psicose.pdf	24/01/2020 12:28:33	LEOPOLDO NELSON FERNANDES	Aceito
Outros	Confidencialidadepsicoticos.pdf	27/11/2019 07:08:47	LEOPOLDO NELSON FERNANDES	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderostopsicoticos.pdf	27/11/2019 07:08:32	LEOPOLDO NELSON FERNANDES	Aceito
Outros	Lattesleopoldo2019.pdf	25/11/2019 14:26:30	LEOPOLDO NELSON FERNANDES	Aceito
Outros	Lattesmanuel2019.pdf	25/11/2019 14:26:12	LEOPOLDO NELSON FERNANDES	Aceito
Outros	Orcamento2019.docx	25/11/2019 14:22:54	LEOPOLDO NELSON FERNANDES	Aceito
Outros	Anuencia.jpg	25/11/2019 14:20:39	LEOPOLDO NELSON FERNANDES	Aceito

Endereço: Avenida Mascarenhas de Moraes, 4861**Bairro:** IMBIRIBEIRA**CEP:** 51.150-000**UF:** PE**Município:** RECIFE**Telefone:** (81)3312-7755**E-mail:** comite.etica@fps.edu.br

ANEXO I

FACULDADE PERNAMBUCANA
DE SAÚDE - AECISA



Continuação do Parecer: 3.951.860

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

RECIFE, 02 de Abril de 2020

Assinado por:
Ariani Impieri de Souza
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Mascarenhas de Moraes, 4861

Bairro: IMBIRIBEIRA

CEP: 51.150-000

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)3312-7755

E-mail: comite.etica@fps.edu.br

ANEXO II

ESCALA DAS SÍNDROMES POSITIVA E NEGATIVA – PANSS

Instruções: Circule o grau apropriado para cada dimensão após determinada entrevista clínica. Remeta-se ao manual de avaliação para os itens definição, descrição pontos de ancoragem e o procedimento de contagem.

1= ausente, 2= mínimo, 3= leve, 4= moderado, 5= moderadamente grave, 6= grave, 7= extremamente grave.

Escala Positiva

P1 - Delírios.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....	7
P2 – Desorganização conceitual	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....	7
P3 – Comportamento alucinatório.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....	7
P4 – Excitação	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....	7
P5 – Grandeza.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....	7
P6 – Desconfiança	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....	7
P7 – Hostilidade.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....	7
Escore escala positiva							
Números de sintomas avaliados > 3.....							

Escala Negativa

N1 – Afetividade embotada.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....	7
N2 – Retraimento emocional.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....	7
N3 – Contato pobre.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....	7
N4 – Retraimento social passivo / apático.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....	7
N5 – Dificuldade pensamento abstrato....	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....	7
N6 – Falta de espontaneidade e fluência...	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....	7
N7 – Pensamento estereotipado.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....	7
Escore escala negativa.....							
Números de sintomas avaliados > 3							

Escala de Psicopatologia Geral

G1 – Preocupação somática.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....	7
G2 – Ansiedade.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....	7
G3 – Culpa.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....	7
G4 – Tensão.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....	7
G5 – Maneirismo / postura.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....	7
G6 – Depressão.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....	7
G7 – Retardo motor.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....	7
G8 – Falta de cooperação.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....	7
G9 – Conteúdo incomum pensamento.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....	7
G10 – Desorientação.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....	7
G11 – Deficit atenção.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....	7
G12 – Juízo e crítica.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....	7
G13 – Distúrbio volição.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....	7
G14 – Mau controle impulso.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....	7
G15 – Preocupação.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....	7
G16 – Esquiva social ativa.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....	7
Escala de Psicopatologia Geral.....							

Tipo Sintomatológico:

- 1 – Positivo (3 ou mais sintomas com o escore > ou = 4 na escala positiva e menos de 3 sintomas com escore > ou = 4 na escala negativa);
- 2 – Negativo (3 ou mais sintomas com o escore > ou = 4 na escala negativa e menos de 3 sintomas com escore > ou = 4 na escala positiva);
- 3 – Misto (3 ou mais sintomas com escore > ou = 4 em ambas as escalas);
- 4 – Nenhum Tipo (quando não se aplicam os critérios anteriores)