UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA CIÊNCIAS E LETRAS DE
RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Lívia Sicaroni Rufato

**Significados atribuídos ao consumo de maconha por pessoas com
diagnóstico de esquizofrenia**

RIBEIRÃO PRETO-SP
2016

LÍVIA SICARONI RUFATO

Significados atribuídos ao consumo de maconha por pessoas com diagnóstico de esquizofrenia

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Psicologia.

Orientadora Profa. Dra. Clarissa Mendonça Corradi-Webster

RIBEIRÃO PRETO-SP
2016

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo na publicação

Serviço de Biblioteca e Documentação

Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da Universidade de São Paulo

Rufato, Livia Sicaroni

Significados atribuídos ao consumo de maconha por pessoas
com diagnóstico de esquizofrenia. Ribeirão Preto, 2010.
106 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Filosofia,
Ciências e Letras de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração:
Psicologia.

Orientador(a): Corradi-Webster, Clarissa Mendonça

1. Esquizofrenia; 2. Maconha; 3. Pesquisa qualitativa

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Livia Sicaroni Rufato

Título: Significados atribuídos ao consumo de maconha por pessoas com diagnóstico de esquizofrenia.

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Ciências. Área: Psicologia.

Aprovada em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Dedico este trabalho a memória de meu amado pai.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente aos meus entrevistados, sem eles não seria possível à execução deste trabalho;

À minha orientadora, Profa. Dra. Clarissa Mendonça Corradi-Webster, pelo acolhimento no seu grupo de estudos, pela paciência, ensinamentos e dedicação;

À coordenadora da rede de saúde mental do município de Franca, Sirlene Aparecida Pessalacia Barretto, pelo apoio para a realização deste trabalho;

Às professoras, Dra. Margarita Antônia Villar Luis e Dra. Ana Carolina Guidorizzi Zanetti por estarem comigo no exame de qualificação, por todas as críticas e sugestões para este trabalho;

À todos membros, professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da FFCLRP-USP;

À Secretaria Municipal de Saúde de Franca pela acessibilidade e por abrir as portas de um de seus serviços para execução da pesquisa;

Aos membros do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicopatologia, Drogas e Sociedade – LePsis, pela disponibilidade, apoio e conhecimentos compartilhados, em especial para Mariane, Eduardo, Maria Ester e Cristiana;

Aos profissionais do Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e outras Drogas (CAPS-ad) do município de Franca em especial, à Janaína, Lenice, Cida e Luís, pela ajuda e amizade;

Às psicólogas Shirley Margarete Silverio e Maria da Graça Bruxelas, pela atenção e pela ajuda em guiar-me na busca de possíveis participantes para este trabalho;

Às professoras Dra. Maria de Fátima Aveiro Colares e Dra. Maria Beatriz Machado Bordin pelo apoio e incentivo na minha vida acadêmica;

Aos professores do curso de psicologia do Centro Universitário de Franca pela influencia em minha vida acadêmica;

Aos meus colegas e professores de formação em psicanálise do Núcleo Távola;

Aos meus amigos, principalmente Ana Flávia Marcolino, Vanessa Morato, Matheus Silveira, Liliane Cruz, Juliana Taveira, Paulo Guilherme, Liz Carolina e Vanessa Ribeiro que compreenderam minhas ausências durante a execução deste trabalho e pelo carinho;

À minha mãe Marlene e meu irmão Douglas, mas principalmente à minha tia Maria Aparecida Sicaroni por toda ajuda e por todo amor compartilhado;

Por fim, agradeço à CAPES pelo financiamento durante o período de execução deste trabalho.

"Todo mundo tem um pouco de loucura. Vou lhes fazer um pedido: Vivam a imaginação, pois ela é a nossa realidade mais profunda. Felizmente, eu nunca convivi com pessoas ajuizadas [...] É necessário se espantar, se indignar e se contagiar, só assim é possível mudar a realidade..."

Nise da Silveira

RESUMO

Rufato, L. S. (2016). Significados atribuídos ao consumo de maconha por pessoas com diagnóstico de esquizofrenia. Dissertação de Mestrado, Departamento de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Segundo a Organização Mundial de Saúde a esquizofrenia é um transtorno incapacitante de curso crônico caracterizado pela presença de alucinações e delírios. Alguns trabalhos apontam que o uso de maconha em pessoas com diagnóstico de esquizofrenia pode agravar os sintomas positivos da doença enquanto age positivamente sobre os sintomas negativos. Estudos qualitativos têm surgido na área com o objetivo de compreender os significados que pessoas com diagnóstico de esquizofrenia atribuem ao uso da substância. Esses estudos trazem que essas pessoas possuem uma visão positiva a respeito do uso, que este proporcionaria a elas um estado de relaxamento e alívio de suas tensões, além de relatarem aumento de criatividade e o uso da maconha como forma de atingir um estado espiritual mais elevado, assumindo um caráter de “automedicação”. Nesse sentido o presente trabalho teve como objetivo conhecer os significados que pessoas com esquizofrenia atribuem ao uso de maconha. Para isso, foi realizado estudo qualitativo, com referencial metodológico clínico-qualitativo. Os participantes foram selecionados em um serviço público de saúde mental especializado em álcool e drogas do interior de São Paulo. Como instrumento de coleta de dados, utilizou-se um roteiro de entrevista semiestruturada. Os critérios de inclusão no estudo foram: estar em atendimento, ou ser oriundo do serviço selecionado; ter diagnóstico de esquizofrenia segundo a CID-10; fazer uso de maconha ou ter feito uso no ano anterior a entrevista; ter mais que 18 anos e não fazer uso de outra droga ilícita, como cocaína ou crack. Foram realizadas um total de 10 entrevistas. Os participantes da pesquisa eram todos do sexo masculino e tinham em média 28 anos de idade. Foram levantadas quatro categorias a partir da análise das entrevistas: a) Percepções a respeito do adoecimento, onde os participantes relatam o preconceito e estigma que envolve o diagnóstico e como alguns sintomas da esquizofrenia os incapacitam para atividades cotidianas; b) Uso de maconha, este iniciado, em sua maioria, na adolescência e sempre na companhia de amigos; c) Esquizofrenia e maconha, onde discursos relacionados sobre aumento de criatividade, capacidade de organizar o pensamento, vivências de espiritualidade e melhora na qualidade do sono se fizeram presentes e d) Tratamento, onde a busca pelo tratamento partia sempre de algum familiar. É importante conhecermos a visão dessas pessoas a respeito do uso de maconha para compreendermos o que sustenta a manutenção deste, além de fornecer novos elementos na construção de um olhar crítico sobre este fenômeno.

Palavras-chave: Maconha; Esquizofrenia; Pesquisa qualitativa.

ABSTRACT

Rufato, L. S. (2016). Meanings attributed to the use of marijuana by people with schizophrenia. Dissertação de Mestrado, Departamento de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

According to the World Health Organization schizophrenia is a disabling disorder of chronic course characterized by the presence of hallucinations and delusions. Some studies suggest that the use of marijuana in people diagnosed with schizophrenia may exacerbate the positive symptoms of the disease while it acts positively on the negative symptoms. Qualitative studies have emerged in the area with the goal of understanding the meanings that people diagnosed with schizophrenia attribute to the use of the substance. These studies bring those people have a positive vision regarding the usage, that this would provide them a state of relaxation and relief of the tension, as well as reporting an increase of creativity and the use of marijuana as a way to achieve a spiritual state higher, assuming a character of "medication". In this sense, the objective of this study was to understand the meanings that people with schizophrenia attributed to marijuana use. For this reason, a qualitative study was carried out, with a methodological clinical-qualitative. The participants were selected in a public service of mental health who specializes in alcohol and drug use in the interior of São Paulo. As an instrument of data collection, we used a script of semi-structured interview. Inclusion criteria were: being in service, or be from the selected service; have a diagnosis of schizophrenia according to ICD-10; make use of marijuana or having used the year before the interview; have more than 18 years and not make use of other illicit drugs such as cocaine or crack. a total of 10 interviews were conducted. The participants were all male and had an average age of 28. Four categories were raised from the analysis of the interviews: a) Perceptions about the illness, where participants reported prejudice and stigma surrounding the diagnosis and some symptoms of schizophrenia to incapacitate the daily activities; b) Marijuana use, this started, mostly in their teens and always in the company of friends; c) Schizophrenia and cannabis, where speeches related to increased creativity, ability to organize thought, spirituality experiences and improves the quality of sleep were present and d) Treatment, where the search for treatment always started from a family member. It is important to know the vision of these people about marijuana use to understand what supports the maintenance of this, in addition to providing new elements in building a critical look at this phenomenon.

Key-words: Marijuana; Schizophrenia; Qualitative.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Características sócio-demográficas dos participantes do estudo	45
QUADRO 2 – Etapas da análise	50
QUADRO 3 - Categorias e temas	55

SUMÁRIO

PRÓLOGO

1. INTRODUÇÃO	17
1.1 Esquizofrenia	18
1.2 Uso de maconha e sua relação com o diagnóstico de esquizofrenia	23
1.3 Motivações para o uso de maconha por pessoas com diagnóstico de esquizofrenia: O que os estudos qualitativos dizem	30
1.4 Sobre o tratamento para pessoas com esquizofrenia que fazem uso de maconha	33
 2. JUSTIFICATIVA	 36
 3. OBJETIVOS	 38
3.1 Objetivo geral	38
3.2 Objetivos específicos	38
 4 PERCURSO METODOLÓGICO	 40
4.1 Tipo de estudo	40
4.2 O método clínico-qualitativo	41
4.3 Local	43
4.4 Participantes	44
4.5 Instrumentos	46
4.6 Coleta de dados	48
4.7 Análise de dados	49
4.8 Validade dos dados em pesquisas qualitativas	51
4.9 Considerações éticas	53
 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO PARCIAIS	 55
5.1 CATEGORIA A – Percepções a respeito do adoecimento	57
5.2 CATEGORIA B – O uso de maconha	68
5.3 CATEGORIA C – Esquizofrenia e maconha	73

5.4 CATEGORIA D – Tratamento.....	78
-----------------------------------	----

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	85
------------------------------------	-----------

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras – USP, para realização da pesquisa	98
ANEXO B – Aprovação da Secretaria Municipal de Franca	99
ANEXO C – Consolidated criteria for reporting qualitative studies (COREQ): 32-item checklist.....	100

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido apresentado aos participantes da pesquisa.....	103
APÊNDICE B – Roteiro de entrevista semiestruturada	105

PRÓLOGO

Antes de dar início a este trabalho, gostaria de discorrer um pouco sobre minha trajetória acadêmica até este momento e falar sobre meu interesse pela área de saúde mental, especificamente por questões a respeito do uso de substâncias.

Iniciei minha vida acadêmica no ano de 2008 como aluna do curso de Psicologia do Centro Universitário de Franca – Uni-FACEF. No decorrer da graduação nos foram colocados estágios de cunho obrigatório e supervisionados pela faculdade e a possibilidade de realização de atividades extras, ou como a instituição preferia chamar “estágios extracurriculares”. Nesse sentido, desde o primeiro ano da graduação passei a fazer estágio extracurricular na Secretaria de Saúde Municipal de Franca, sob supervisão da coordenadora da saúde mental, Sirlene Pessalacia Barretto. No decorrer desse estágio tive a oportunidade de conhecer vários serviços (Ambulatório de Saúde Mental, Vigilância Epidemiológica, Núcleo de Atenção à Infância e Adolescência, Secretaria Municipal de Saúde e o Centro de Atenção Psicossocial em álcool e outras drogas – CAPS-ad de Franca). No entanto, foi no CAPS-ad onde permaneci por mais tempo, quase dois anos. Lá tive a oportunidade de conhecer profundamente o funcionamento do serviço, o trabalho dos profissionais envolvidos e a população atendida. Dentre as atividades desenvolvidas durante esse período posso citar a participação em grupos terapêuticos e oficinas, a condução de atividades psicoeducativas em grupo, o atendimento a população, orientações das atividades conduzidas por esse serviço para pacientes novos, alimentação dos sistemas de informação, dentre outras. Além das atividades realizadas no CAPS-ad, participei também das reuniões de equipe, nas quais realizadas semanalmente, e conduzidas pela coordenadora da saúde mental, Sirlene. Nessas reuniões eu pude entrar em contato com diversos profissionais, compreender como eram conduzidos os atendimentos, quais eram as técnicas que cada profissional lançava mão ao tratar dessas pessoas e a lógica por traz de cada encaminhamento e cada projeto terapêutico que era cuidadosamente elaborado.

No início do ano de 2011, dei início a meu trabalho de iniciação científica, apoiada pelo CNPq e orientada pela professora Dra. Maria Beatriz Machado Bordin, com o seguinte título: *Abuso de substâncias e doenças psíquicas: caracterização da população atendida em uma instituição pública no tratamento de dependentes químicos no interior de São Paulo*. Nesse trabalho fizemos um levantamento de 1065 prontuários de pacientes do CAPS-ad para analisarmos quais eram as comorbidades mais comuns entre essas pessoas, além de realizarmos uma caracterização dessa população e quais as substâncias mais comumente

utilizadas. Após a iniciação científica, período bastante enriquecedor, meu trabalho de conclusão de curso seguiu como um recorte deste trabalho maior, também orientado pela professora Dra. Maria Beatriz. A escolha pelo CAPS-ad para a realização do trabalho de iniciação científica e também para a execução do presente trabalho se deu justamente pelo contato prévio com o serviço, ou seja, uma vez que eu já tinha imersão dentro desse cenário de pesquisa, a condução desses trabalhos foi facilitada, no sentido de já possuir certo conhecimento do serviço e familiaridade com os profissionais e pacientes.

Após a conclusão da graduação passei a frequentar o grupo de estudos da professora Dra. Clarissa, o LePsis - – Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicopatologia, Drogas e Sociedade, onde fui acolhida com muito carinho e atenção, tanto pelos membros quanto pela professora e que por fim culminou neste trabalho de mestrado que apresenta a proposta de compreender os sentidos que pessoas com diagnóstico de esquizofrenia atribuem ao uso de maconha e como percebem que este consumo influencia no curso e prognóstico de sua doença.

Introdução

1 INTRODUÇÃO

A literatura científica tem apresentado estudos que demonstram a alta prevalência de consumo de substâncias psicoativas por pessoas com um quadro clínico psiquiátrico (McCabe, Staiger, Thomas, Cross & Ricciardelli, 2011; Bizzarri et al., 2009) e esta percepção vem sendo confirmada por profissionais atuantes na área da saúde mental. Dentre as diferentes associações entre quadros clínicos e substâncias utilizadas, o consumo de maconha por pessoas com esquizofrenia vem ganhando atenção de pesquisadores e profissionais da área de saúde (De Hert et al. 2011; Nutt, 2012). Observamos ainda um crescimento da quantidade de estudos que buscam estabelecer um link entre o uso de maconha e o desenvolvimento da esquizofrenia (Zammit et al., 2002; Arseneault et al., 2002), estudos de coorte e que analisam as variáveis presentes no fenômeno. No entanto, poucos são ainda àqueles que buscam os significados do uso de maconha entre pessoas com algum transtorno psicótico. Existem relatos de que pessoas com diagnóstico de esquizofrenia percebem a melhora de alguns sintomas do transtorno com o uso de maconha, o que influenciaria na manutenção deste consumo (Benaiges, Prat, Adan; 2010). Além disso, a literatura qualitativa indica que o uso da maconha em pacientes com esquizofrenia proporcionaria o alívio de alguns sintomas do transtorno, ainda que agrave outros (Costain, 2008; Asher e Gask, 2010 e Buadze et al., 2010). Assim, este trabalho visa discutir e investigar os significados atribuídos ao consumo de maconha por pessoas com diagnóstico de esquizofrenia.

1.1 Esquizofrenia

Apesar de relatada em diversas culturas ao longo da história, a esquizofrenia foi descrita pela primeira vez, em definição, curso e evolução por Emil Kraepelin (1856-1926) na 4ª edição de seu “Tratado de Psiquiatria”, que a denominou como “demência precoce” e afirmou ser um transtorno incurável com curso degradante. O que o nome demência precoce indicava era o surgimento de sintomas de deterioração mental em jovens recém entrando na idade adulta, além de sintomas comuns de alucinação e delírios. Kraepelin acreditava que estes sintomas eram importantes para distinguir o transtorno do da psicose maníaco-depressiva, na qual seus portadores sofriam episódios distintos da doença alternados com períodos de funcionamento normal. A “demência precoce” passou a ser chamada de esquizofrenia somente por Eugen Bleuler (1857-1939), que aperfeiçoou suas características clínicas e diagnósticas através de observação sistemática e longa, e afirmou ainda, que uma das principais anormalidades do transtorno era o comprometimento da cognição. O termo foi escolhido no sentido de representar a cisão entre pensamento, emoção e comportamento (Ho, Black & Andreasen, 2012; Sadock e Sadock, 2007).

De acordo com Ho, Black & Andreasen (2012), o que se conhecia por esquizofrenia foi mudando ao longo do tempo. Sua definição, critérios diagnósticos e características clínicas foram se aperfeiçoando, até que o transtorno fosse finalmente incluso no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-III) em 1980 e a partir daí passasse a ser mais estudado e ao mesmo tempo em que novas questões fossem suscitadas. Além disso, Sadock e Sadock (2007) descrevem que houve outros teóricos que contribuíram muito para a compreensão da esquizofrenia, entre eles, Adolf Meyer, Harry Stack Sullivan, Ernest Kretschmer, Kurt Schneider, Karl Jaspers e Gabriel Langfeldt.

Existem diversos métodos para descrever e classificar a esquizofrenia, no entanto, a ocorrência de alucinações e delírios é a forma mais objetiva e utilizada na identificação do transtorno (Ho, Black & Andreasen, 2012). Avanços no que se referem a uma definição mais objetiva, à padronização dos sintomas e critérios diagnósticos para esquizofrenia; à adoção do uso de drogas antipsicóticas e a caracterização de seus mecanismos de ação e padrões de respostas; e, por fim, a identificação de desvios biológicos na doença, tem conjuntamente, possibilitado o surgimento de classificações mais precisas dos subtipos da esquizofrenia, que levam em conta, características de curso, resposta ao tratamento, prognóstico e substrato patogênico (Silva, 2006).

Os subtipos da esquizofrenia foram descritos em alguns manuais diagnósticos, como o DSM – IV – TR e a CID-10, e dentre eles estão: tipo paranoide, desorganizado (hebefrênico), catatônico, indiferenciado e residual (Sadock e Sadock, 2007). Segundo o DSM-IV-TR (2002) esses subtipos são classificados de acordo com alguns critérios. O **tipo paranoide** é caracterizado a partir da preocupação com delírios e alucinações auditivas; no **tipo desorganizado** predomina-se um discurso e comportamento desorganizado além de um embotamento afetivo; **tipo catatônico** onde sua característica básica é a perturbação das funções motoras, que pode envolver rigidez, posturas bizarras, excitação motora e estupor; **tipo indiferenciado** onde são atendidos os sintomas do critério A descrito pelo DSM-IV-TR, no entanto não se encaixam em nenhum dos subtipos; e por fim o **tipo residual** caracterizado por evidências do transtorno no entanto há uma ausência de sintomas positivos suficientes, sendo comum a presença de sintomas como embotamento emocional, retraimento social, comportamento excêntrico e pensamento ilógico.

A esquizofrenia é caracterizada com diferentes tipos de sintomas, que podem ser positivos ou do Tipo I, e dentre eles estão alucinações, delírios, comportamentos bizarros ou desorganizados; e sintomas negativos, ou do Tipo II, e dentre eles, deficiência da função mental, embotamento afetivo, alogia (pobreza na fala), anedonia (incapacidade de experimentar o prazer), abulia (impersistência em atividades, falta de foco) e comprometimento da atenção. Os autores consideram ainda a alucinação como marca registrada da esquizofrenia, ou seja, toda percepção que o indivíduo experimenta sem estímulo externo aos órgãos dos sentidos e que tem qualidades semelhantes a uma percepção verdadeira. Sabe-se ainda que antes dos sintomas da esquizofrenia aparecer, há um período denominado como pródromo, onde a pessoa começa a perceber o mundo de outra forma e se relacionar de outra maneira. Essa fase é caracterizada geralmente por retraimento social, mudanças de comportamento e de responsividade emocional (Ho, Black & Andreasen, 2012).

Em se tratando de critérios diagnósticos, o Espectro da Esquizofrenia, assim definido pelo DSM-5, engloba anormalidades em um ou mais dos seguintes domínios: delírios, alucinações, pensamento (discurso) desorganizado, comportamento motor desorganizado ou anormal e sintomas negativos (expressão emocional diminuída, avolia, alogia, anedonia e falta de sociabilidade). Sintomas que são característicos da esquizofrenia envolvem uma gama de disfunções, cognitivas, comportamentais e emocionais, sendo assim, dentre os critérios diagnósticos devem estar presentes, durante o período de um mês e por período significativo de tempo, dois ou mais dos sintomas, sendo estes, delírios, alucinações, discurso desorganizado, comportamento grosseiramente desorganizado ou catatônico e sintomas

negativos. Além dos sintomas descritos, estes deverão persistir por um período de pelo menos seis meses, e outros transtornos como o transtorno bipolar, transtorno esquizoafetivo e transtorno depressivo devem ser descartados. Além disso, vale ressaltar, que o diagnóstico de Esquizofrenia sofreu algumas alterações na nova versão do DSM. Estas mudanças dizem respeito à exclusão das divisões da esquizofrenia em subtipos (paranoide, catatônica, desorganizada, indiferenciada e residual) (APA, 2014). O diagnóstico é feito a partir da anamnese do paciente e do exame do estado mental (Owen, Sawa & Mortensen, 2016).

No entanto, é importante que se chame a atenção ao que se refere aos critérios e classificações descritas pela Classificação Internacional de Doenças (OMS, 2006), a CID-10, já que é esta a base das diretrizes que são adotadas dentro do nosso contexto de saúde nacional. A CID-10 é um manual que oferece códigos para classificação de doenças baseado em sinais, sintomas ou queixas a respeito do estado de saúde de uma pessoa. Em se tratando dos critérios para o diagnóstico da esquizofrenia, estão descritos que a pessoa deverá apresentar um dos seguintes sinais e sintomas: eco de pensamento ou transmissão de pensamento; delírios de controle, percepção delirante ou influencia ou passividade relacionadas a movimentos corporais; vozes alucinatórias e delírios persistentes impossíveis. E pelo menos dois dos seguintes: alucinações de qualquer modalidade que ocorra pelo menos todos os dias durante um mês; neologismos ou interpolação no curso do pensamento resultando em uma fala incoerente; comportamento catatônico e sintomas negativos da doença (OMS, 2006). Segundo Sadock e Sadock (2007) a CID-10 reforça a importância da presença de nove grupos de sintomas que são extremamente importantes no momento do diagnóstico, dentre eles, (1) eco, inserção ou transmissão de pensamento; (2) delírios de controle, influência ou passividade; (3) alucinações auditivas; (4) delírios; (5) alucinações persistentes; (6) ruptura de pensamento; (7) catatonia; (8) sintomas negativos e (9) mudanças bruscas de comportamento. No que se refere aos subtipos da Esquizofrenia, descritos pela CID-10, podemos identificar oito subtipos (mais do que aqueles que eram descritos pelo DSM-IV-TR, já que no DSM-V esses subtipos foram excluídos): Esquizofrenia Paranóide (F20.0), Esquizofrenia Hebefrênica (F20.1), Esquizofrenia Catatônica (F20.2), Esquizofrenia Indiferenciada (F20.3), Depressão pós-esquizofrênica (F20.4), Esquizofrenia Simples (F20.6), Outra Esquizofrenia (F20.8) e Esquizofrenia não especificada (F20.9) (OMS, 2006).

Geralmente a esquizofrenia apresenta início subido, no entanto, em alguns casos, o primeiro episódio psicótico, que pode ocorrer no final da adolescência ou no início da vida adulta. Apesar de poder surgir de forma abrupta, o quadro mais frequente se inicia de maneira insidiosa, frequentemente precedido pela fase pródroma do transtorno (Owen, Sawa &

Mortensen, 2016). Dentre os transtornos, esquizoafetivos, esquizofreniformes e esquizofrênicos, estudos epidemiológicos demonstraram que no Brasil a prevalência de um ano é de 0,8% de pessoas acometidas, ou seja, cerca de 679.196 e 1.358.393 adultos no Brasil são diagnosticados por ano (Kohn, et al., 2007).

A principal abordagem de tratamento para a esquizofrenia é o uso de antipsicóticos, no entanto é importante que incorporado à terapia farmacológica, o paciente também receba apoio social e psicológico para suas condições. Uma abordagem multidisciplinar, e que envolva uma gama de profissionais, além de um ambiente onde a convivência esteja voltada aos cuidados da pessoa com um diagnóstico psiquiátrico facilitaria a aderência além de melhores resultados do tratamento (Owen, Sawa & Mortensen, 2016).

A etiologia da esquizofrenia é ainda desconhecida. Porém, há consenso em atribuir à organização da personalidade de um indivíduo, à interação de variáveis culturais, psicológicas e biológicas, entre as quais se destacam as de natureza genética. Algumas teorias a respeito do que predisporia o aparecimento do transtorno foram elaboradas, dentre elas estão: teorias psicológicas, teorias das alterações estruturais, teoria da esquizofrenia como distúrbio do neurodesenvolvimento, a hipótese dopaminérgica, as teorias genéticas e neuroquímicas (Silva, 2006). O diagnóstico de muitos transtornos psicóticos, inclusive o da esquizofrenia, é causalmente relacionado a uma vulnerabilidade genética em interação com fatores ambientais e que pode ser de risco para o desenvolvimento de uma patologia. A vulnerabilidade genética associada aos fatores ambientais para o desenvolvimento da esquizofrenia foi uma evolução para a compreensão do transtorno ao longo dos anos, ou seja, o desenvolvimento de crianças em condições familiares não satisfatórias, ou um parente biológico com o transtorno, são fatores que indicam risco para o possível desenvolvimento do quadro clínico (Walker, et al., 2004).

Em documento elaborado pela Organização Mundial da Saúde - OMS (WHO, 1998) são descritos os aspectos clínicos, epidemiológicos e relacionados à prevenção e tratamento da esquizofrenia. O documento chamado “Esquizofrenia e Saúde Pública” tem o objetivo de estabelecer critérios mundiais de compreensão e sustentação para as ações direcionadas a esta população considerando as especificidades de cada contexto. Segundo Costa e Victora (2006) quando uma condição é classificada como um “problema de saúde pública” significa que este causa grande impacto sobre a vida do indivíduo no que se referem a anos de vida perdidos, incapacidades, dor ou desconforto, custos de tratamento e sofrimento familiar; mas é considerado, sobretudo, o impacto sobre a sociedade, no que condiz a mortalidade, morbidade e os custos do tratamento para sociedade, além de seu potencial epidêmico. No relatório

mundial de saúde (WHO, 2002) a esquizofrenia é descrita como um transtorno que gera um alto grau de incapacidade, associada a condições físicas e mentais, além de uma baixa qualidade de vida para essas pessoas. Ele possui início agudo, onde o estado psicótico desenvolver-se-á num período de dias ou semanas em transição gradual à doença psicótica. Coloca-se ainda que um número considerável de pacientes com esquizofrenia tenta suicídio (30%) pelo menos uma vez durante a vida, a explicação para esse fenômeno seria de que pelo menos 25% das pessoas com esquizofrenia, após um episódio psicótico, apresentaria humor deprimido significativamente na maior parte do tempo, ou seja, nos estágios iniciais de uma recuperação de um episódio psicótico.

Ainda, segundo a OMS (WHO, 1998), pessoas que desenvolvem a esquizofrenia têm muito mais chances de desenvolver outro transtorno concomitante, visto que essas pessoas estariam em situação mais vulnerável e apresentariam, dentre as comorbidades mais comuns, a depressão e o uso de substâncias. O uso de substâncias entre pessoas com esquizofrenia tem ganhado atenção nos últimos anos, principalmente em países ocidentais. Nos Estados Unidos estima-se que das pessoas que apresentam o transtorno, aproximadamente 30% faça uso de álcool e 25% faça uso de alguma outra substância ilícita. Mack, Franklin e Frances (2006) destacam que aproximadamente 50 a 60% das pessoas com diagnóstico de esquizofrenia fazem uso de substâncias psicoativas não prescritas. Descrevem ainda que, o uso de drogas como o álcool, maconha, cocaína e alucinógenos podem produzir, em indivíduos vulneráveis, sintomas psicóticos. Segundo McDonald & Murray (2000), indivíduos com pré-disposição biológica para o desenvolvimento de um transtorno esquizofrênico, podem ter sua situação agravada por fatores de riscos ambientais, por exemplo, ter um funcionamento familiar angustiante, experiências de traumas, abuso de substâncias, e em especial, a maconha, foco de muitos trabalhos atualmente. Fatores de risco psicossociais presentes no diagnóstico de diversos transtornos mentais, inclusive no diagnóstico de esquizofrenia são descritos pela literatura, e devem receber olhar cuidadoso (Alves & Rodrigues, 2010).

Em estudo realizado com 108 usuários de serviços de saúde mental, ambulatoriais ou internados, com transtornos psicóticos, revelou que 43,5% preencheram critérios para diagnóstico de transtorno por uso de substâncias. Destes, 22% tinham transtornos pelo uso de álcool e 38% transtornos por uso de outras substâncias (das outras substâncias, 34 pessoas faziam uso de maconha, 14 de sedativos, 11 de cocaína, 07 de alucinógenos, 06 de estimulantes e 05 de opióides). Foi observado que a maconha foi a substância ilícita mais consumida por esses pacientes (Bizzarri et al., 2009). Oliveira e Malbergier (2014) buscaram em seu trabalho determinar se o consumo de maconha estava associado à comorbidades

psiquiátricas e a motivação do tratamento entre pessoas que fazem uso dessa substância. Observaram que dentre os participantes, 81,2% eram homens e 61,2% apresentavam comorbidades psiquiátricas, dentre elas, depressão maior, transtornos de ansiedade, esquizofrenia e outros transtornos, respectivamente. Verificou-se ainda que os participantes com diagnóstico de esquizofrenia foram os que menos demonstraram vontade de parar com o consumo de maconha e manter-se em tratamento.

De acordo com a OMS (WHO, 1998), o estigma social de pessoas portadoras de transtornos mentais levam a uma rejeição social, discriminação e isolamento destas. O estigma fortemente ligado aos doentes mentais tem como consequências, as dificuldades em relacionamentos interpessoais, às barreiras ligadas à moradia e ao emprego, a restrição aos serviços sociais e aumento da institucionalização, além de dificuldades em se estabelecer relações de amizade e amorosas. Sem dúvida, o estigma, dessa forma, representa um grande desafio no que diz respeito à integração das pessoas portadoras de transtornos mentais na vida em sociedade, constituindo-se principalmente como uma barreira ao tratamento. Além do medo em se ter o diagnóstico de portador de um transtorno mental, muitas vezes o tratamento oferecido a estas pessoas assumem práticas negativas de segregação, dependência e além de reforçarem certa impotência frente a sociedade.

Nesse momento, direcionamos nosso foco especificamente para trabalhos que buscam informações sobre o uso de maconha por pessoas com esquizofrenia e também para trabalhos que tentam compreender essa relação e os seus possíveis desdobramentos.

1.2 Uso de maconha e sua relação com o diagnóstico de esquizofrenia

A ocorrência simultânea de transtornos mentais tem chamado atenção da clínica psiquiátrica, principalmente no que se refere ao uso de substâncias psicoativas e transtornos mentais concomitantes. No entanto, não há uma única explicação para compreender a associação entre transtornos psiquiátricos e transtornos por uso de substâncias. Pesquisadores têm buscando compreender a relação entre o uso de substâncias psicoativas e os fatores que estão presentes no desencadeamento de um transtorno psiquiátrico (Diehl, Cordeiro, Laranjeira; 2011). Observa-se, nesse sentido, que existe uma dificuldade em estabelecer de forma precisa essa relação que se dá devido à complexidade de fatores envolvidos nos

quadros clínicos, desde a identificação de sintomas prodrômicos até vulnerabilidades sociais (Zaleski, 2005).

Para compreender a etiologia da associação entre transtornos por uso de substâncias e transtornos mentais associados, alguns autores consideram quatro hipóteses explicativas (Diehl; Cordeiro; Laranjeira; 2011). Dentre elas, a hipótese da etiologia, que parte do pressuposto de que o transtorno primário e o transtorno comórbido seriam resultado de uma predisposição genética ou ambiental comum (Alves, Kessler, Ratto, 2004); a hipótese bidirecional que aponta que o surgimento do primeiro transtorno, independente de qual seja este, causaria fragilidades que predisporiam ao segundo transtorno, onde um influenciaria o outro (Schade, et al., 2003); a hipótese do uso de substâncias secundário ao transtorno psiquiátrico, partindo da ideias de que pessoas com diagnóstico de transtorno mental estariam mais vulneráveis a fazer uso de substâncias, uma das razões observadas seria o uso como forma de automedicação, ou seja, um modo encontrado pelo indivíduo para aliviar seus sintomas (WHO, 2004; Swendsen, 2010) e por fim a hipótese do transtorno psiquiátrico secundário ao uso de substâncias, que indica que o consumo de substâncias influenciaria no aparecimento de um transtorno mental (Giorgiano, et al., 2014; Zaleski, 2005).

Nesse sentido, alguns estudos destacam que a ocorrência de comorbidade é mais alta em pacientes que procuram tratamento para dependência em relação àqueles que não procuram tratamento. Segundo autores, uma possibilidade de compreensão para esse fenômeno é que determinados quadros psiquiátricos podem levar o paciente à “automedicação”, utilizando algum tipo de substância para aliviar as experiências ruins decorrentes do transtorno. Isso ocorreria devido à propriedade ansiolítica de algumas substâncias (Alvarenga & Andrade, 2008).

Evidências sugerem que pessoas que fazem uso de maconha são mais propensas a terem um primeiro episódio psicótico (Mané et al., 2015), ou seja, a chance de um usuário de maconha desenvolver um episódio é de 2,6 vezes maior do que uma pessoa que não faz uso da substância, o que sustenta a hipótese de um desenvolvimento de algum transtorno psiquiátrico secundário ao uso de substâncias (Nutt, 2012). Zammit et al (2002) escrevem ainda que se a maconha aumenta o risco para o desenvolvimento de esquizofrenia em até 30%, como demonstrou seu trabalho, cerca de 13% dos casos de esquizofrenia poderiam ser prevenidos. Em outro estudo (Moore, et al., 2007) esse número aumentaria e a maconha apresentaria um risco de 40% para o desenvolvimento de um transtorno psicótico.

Sabe-se que o consumo de substâncias é uma característica comum a diversas civilizações há milhares de anos, especialmente no que se refere à maconha. Ela foi utilizada

durante os séculos com os mais diferentes propósitos, fossem estes religiosos ou medicinais. Chegou ao Brasil em 1549, trazida pelos escravos africanos, nos navios negreiros, dentro de suas vestes e em pequenas bonecas de pano. A repressão ligada ao consumo de maconha começou a ganhar força apenas na metade do século XIX no Brasil, quando na II Conferência Internacional do Ópio em Genebra (1924), o delegado brasileiro Dr. Pernambuco afirmou que, os efeitos danosos da maconha, se assemelhavam aos do ópio (Carlini, 2006). A maconha é a principal droga ilícita usada no Brasil e no mundo. Ela é derivada da planta *Cannabis Sativa* e utilizada mais comumente em forma de fumo, com o qual é feito um cigarro com os bulbos da planta. Usada nesta forma, é comumente chamada de maconha, *beck*, marijuana e quando consumida produz sensações de euforia e relaxamento, percepções alteradas, falta de concentração, prejuízo na atenção e na memória, e alterações de humor. A maconha possui um conjunto de aproximadamente 400 compostos denominados canabinóides, incluindo o Δ 9-tetraidrocanabinol (Δ 9-THC) e o canabidiol (CBD) (Louzã-Neto & Elkis, 2007). Estima-se que 2,5% da população global, ou seja, 147 milhões de pessoas consomem a substância no período de um ano (WHO, 2015), sendo que no Brasil, estudos longitudinais apontam que a prevalência de uso na vida chega a 8,8% da população (Carlini et al., 2007). Nesta revisão, será utilizado o termo maconha por compreender que é o mais comum dentro contexto sociocultural no qual estamos inseridos.

Segundo Crippa, Zuardi e Hallak (2010) um dos principais compostos da maconha, o canabidiol (CBD), se faz presente em 40% do extrato da planta. Nesse sentido muitas pesquisas estão sendo realizadas no sentido de compreender quais os efeitos terapêuticos da maconha dentro da psiquiatria. Achados demonstram que o CBD apresenta propriedades terapêuticas em diversas condições, e tem sido testada no tratamento de algumas doenças, como Parkinson, ansiedade, depressão, esquizofrenia, dentre outras (Chagas et al., 2014; Zanelati et al., 2010; Zuardi, et al., 2012) . Em contrapartida, ainda segundo Crippa, Zuardi e Hallak (2010), o Δ 9-tetraidrocanabinol pode exacerbar alguns sintomas psicóticos na esquizofrenia. Estudos realizados sustentam a ideia de que o CBD pode ter um futuro no que se refere à terapêutica de alguns transtornos psicóticos, e em especial na esquizofrenia (Zuardi, et al., 2012; Bergamaschi, et al., 2011). Pesquisadores sugerem que o Δ 9-THC possui efeitos psicomiméticos e que atuam em uma área do córtex diferente do CBD, que possui propriedades antipsicóticas, ansiolíticas, anti-eméticas e anti-inflamatórias. Além disso, o CBD não afeta parâmetros fisiológicos (pressão cardíaca, pressão arterial e temperatura corporal) nem mesmo induz a alterações psicomotoras ou psicológicas (Zuardi, et al., 2012; Bergamaschi, et al., 2011; Almeida et al., 2013).

No entanto, devemos considerar alguns aspectos ao falarmos dos efeitos da maconha nos seres humanos. Esses aspectos devem levar em consideração o grau de Δ^9 -THC presente na maconha fumada, ou seja, a qualidade dessa substância, aspectos biológicos e psicológicos do indivíduo que faz o uso e as condições socioambientais presentes nesse contexto. Por exemplo, altas doses de THC podem causar ansiedade e dependendo de certo grau de sensibilidade, os efeitos agudos poderão chegar até a delírios e alucinações, embora estes não sejam permanentes e estejam ligados a um grau de intoxicação por este composto químico. Em relação aos efeitos biológicos, a administração oral por meio de fumaça provoca nos usuários um rápido aumento da pulsação cardíaca e secura na boca, decorrentes do bloqueio de alguns receptores de acetilcolina (Carlini, et al., 2001).

A maconha é, dessa forma, uma substância psicotrópica que age principalmente no sistema nervoso central, alterando, a certo nível, as funções cerebrais e mudando o comportamento e percepção. Essas alterações subjetivas nos afetam e proporcionam também uma experiência de prazer, para fins de aguçar os sentidos, melhorar a criatividade e o humor e, segundo alguns relatos, ajudar na concentração. Ela é uma substância prazerosa, e que por muito tempo foi associada à psicopatologia ou a problemas sociais e jurídicos. No entanto, estamos passando por uma mudança de paradigmas e atitudes frente a essa questão. Muitas pesquisas com essa temática têm sido realizadas com os mais diferentes propósitos, de forma que o olhar sobre o consumo de maconha seja ampliado (Berlinck, 2014). Neste sentido, tem aumentado o número de estudos que buscam compreender a natureza da relação do consumo de maconha com o desenvolvimento de um transtorno psicótico, mais especificamente, com a esquizofrenia (Damjanovic, et al., 2015; Arseneault et al., 2002; Henquet, et al., 2005; Sugranyes et al., 2009).

Enquanto estudos buscam determinar o papel da maconha no desenvolvimento de um transtorno psicótico, outros autores destacam que o uso da maconha, por si só, não é fator desencadeante de um transtorno psicótico. A vulnerabilidade genética, e outros fatores de risco ambientais agem conjuntamente com o uso da substância no desenvolvimento da patologia (Sewell, et al., 2010; DeLisi, et al., 2014; Bhavsar, 2015). Ao buscar uma compreensão de como esses fatores interagem e juntos determinam um risco real, Bhavsar (2015) aponta que embora o consumo de maconha possa apresentar um risco para o desenvolvimento da esquizofrenia, na mesma intensidade, outros fatores como, traumas neurológicos e complicações perinatais associadas à composição genética de um indivíduo, vão determinar o aparecimento da patologia.

Para Henquet et al. (2005) estudos de base populacionais que pretendem analisar se a maconha é um fator de risco para o desenvolvimento da esquizofrenia, concordam, de uma certa forma, que há um consenso no que se refere a temporalidade, ou seja, o consumo de maconha em pessoas com idade muito jovens pode ser fator preditor de um transtorno esquizofrênico. No entanto, é importante ressaltar que o uso de maconha confere apenas característica de componente dentre os diversos outros fatores associados ao desenvolvimento do transtorno. Di Forti, et al. (2015) apontam que dentre os fatores relacionados ao desenvolvimento de um transtorno psicótico e o uso de maconha, estão aspectos como a idade de exposição, a frequência do uso e o tempo de uso durante a vida, e estes devem ser considerados. Coloca ainda que poucos estudos que têm tentado estimar o grau de inferência do uso de maconha sobre os novos casos de desenvolvimento de um transtorno psicótico, têm sido limitados pela escassez de informações mais precisas a respeito do consumo de maconha nessas populações.

Sewell et al. (2010) afirmam, no entanto, que poucas são as pessoas que fazem uso de maconha e vivenciam os sintomas psicóticos, e menos ainda as que desenvolvem algum transtorno. Para os autores é evidente que outros fatores do transtorno e da história de vida precisam agir mutualmente com a exposição à maconha para poderem influenciar no desenvolvimento de um transtorno psicótico. Segundo eles, alguns critérios devem ser aplicados para estabelecer a causalidade de uma doença, dentre eles, temporalidade, força e direção da associação, gradiente biológico (dose), consistência e especificidade, coerência, evidências experimentais e plausibilidade biológica. Dessa forma, a exposição à maconha não poderia ser considerada como a causa da esquizofrenia, sendo mais um componente que contribui com outros fatores conhecidos e desconhecidos. DeLisi et al., (2014) com o objetivo de observar se o desenvolvimento da esquizofrenia estava mais ligado a um risco mórbido familiar do que com o abuso de maconha na adolescência, formaram 4 grupos: os não-psicóticos com histórico de uso de maconha na adolescência, os não-psicóticos sem uso de maconha, os com diagnóstico de esquizofrenia com história de uso de maconha na adolescência e os com diagnóstico de esquizofrenia sem uso de maconha. O que a análise do estudo demonstrou foi que aqueles indivíduos que desenvolveram esquizofrenia após uso de maconha na adolescência tinham um histórico familiar da patologia enquanto os que não possuíam o diagnóstico e tinham história de uso de maconha na adolescência não possuíam tal risco familiar. Estes resultados sugerem que o elemento-chave para determinar se alguém desenvolve esquizofrenia após uso de maconha é um risco genético elevado, ou seja, o uso da maconha por si só não é fator determinante para o desencadeamento da esquizofrenia.

Damjanovic et al. (2015) observaram que muitos estudos colocam o abuso de maconha como causa afluente e que ao interagir com outros fatores, pode precipitar algum transtorno psicótico e produzir sintomas positivos da esquizofrenia em indivíduos saudáveis. Afirmam ainda que outros estudos são necessários para elucidar os fatores que desencadeiam uma susceptibilidade individual, além de ações que melhor atendam as necessidades dessa população, ou até previna o uso abusivo e possíveis consequências.

Observamos que diversos pesquisadores tem buscado compreender a relação entre o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos e uso de maconha. Há vasta literatura que aponta que o consumo de maconha pode contribuir para o desenvolvimento da esquizofrenia, além de ser uma substância muito usada entres esses indivíduos. Nesse sentido, outras pesquisas têm surgido na área, não com o intuito de se compreender a causalidade entre uso de substâncias e transtornos psiquiátricos, mas buscando evidenciar os aspectos negativos e positivos do uso de maconha entre pacientes que apresentam diagnóstico de esquizofrenia.

Em pesquisa realizada com 470 participantes que estavam internados com psicose ou transtornos afetivos evidenciou que, destes, 54 faziam uso de maconha. Na comparação entre os sintomas destes, observou-se que a maconha produz efeito antidepressivo e ansiolítico em pessoas com transtornos psicóticos ou com transtornos afetivos. No entanto, pode produzir também uma exacerbação de sintomas psicóticos e alguns sintomas maníacos (Katz, Durst, Shufman, Bar-Hamburger & Grunhaus, 2010). Para que sejam realizadas intervenções efetivas em pessoas com diagnóstico de esquizofrenia e que façam uso de maconha, é importante que se compreenda as razões que mantem esse uso, quais os benefícios e os malefícios associados a esse comportamento.

Nesse sentido, no que concerne aos motivos para o uso de substâncias, Thornton et al. (2012) realizaram estudo com 64 usuários com diagnóstico de transtornos psicóticos de um serviço de saúde mental, indicando que as razões para o uso de tabaco, álcool e maconha diferem consideravelmente. No entanto, encontraram que o uso de maconha por esses pacientes é justificado pela busca de algo prazeroso e como forma de enfrentamento dos sintomas da doença. Segundo Sadock e Sadock (2007), cerca de 15 a 20% da população que preenche o critério diagnóstico para esquizofrenia faz uso de maconha, entre as razões apresentadas estão a obtenção de prazer e relaxamento, além da diminuição de sintomas depressivos e de ansiedade.

Com objetivo de se compreender as razões pelas quais pessoas com esquizofrenia mantem o uso de maconha, Schofield et al. (2006) conduziram um estudo com uma amostra de 49 pacientes, que afirmavam manter o uso pelo relaxamento que a substância proporciona,

além de auxiliar o sono, reduzir a ansiedade e aliviar o tédio. Destes, 15% relataram que a maconha reduz ainda, os efeitos colaterais das medicações por eles utilizadas. Peters et al (2009) em um estudo sobre aspectos negativos e positivos do uso de maconha apontaram que pessoas com diagnóstico de esquizofrenia experimentam sentimentos negativos com mais frequência do que comparado com pessoas saudáveis. Os aspectos positivos do uso, sentimento de relaxamento, alegria e “estar alto” são similares quando comparados entre os dois grupos, evidenciando assim que indivíduos que apresentam diagnóstico de esquizofrenia e indivíduos saudáveis fazem uso de maconha pelas mesmas razões, embora aqueles diagnosticados com esquizofrenia sejam mais sensíveis aos efeitos negativos do uso. Em relação ao curso clínico do transtorno concomitante ao uso de maconha, Manrique-Garcia, et al., (2014) em um estudo com o objetivo de determinar se pacientes com esquizofrenia e com histórico de uso de maconha tem um prognóstico pior do que aqueles sem historia, observaram que daqueles pacientes, os que tinham histórico de uso de maconha, apresentavam um período maior em dias de internação do que aqueles sem uso, além de maior taxa de reinternação hospitalar em comparação com pacientes não usuários.

Alguns trabalhos apontam que indivíduos que possuem diagnóstico de abuso de substâncias e algum outro transtorno psiquiátrico têm características clínicas mais críticas do que em comparação com outros indivíduos que possuem apenas um diagnóstico (Hall, Lynskey & Teesson, 2001; Torrens, Rossi, Martinez-Riera, Martinez-Sanvissens & Bulbena, 2012). Por exemplo, em pacientes que são diagnosticados com transtornos ansiosos, verifica-se alta incidência de abuso e dependência de substâncias (Alvarenga & Andrade, 2008). No entanto, para se firmar um diagnóstico, é necessário que se aguarde um período mínimo de quatro semanas a partir da intoxicação aguda ou após o início de um período de abstinência, pois esses quadros podem influenciar de forma a se estabelecer erroneamente um transtorno psiquiátrico (Sadock & Sadock, 2007).

A partir desses estudos, pode-se inferir que o uso de maconha parece aliviar alguns dos sintomas da esquizofrenia, ainda que às vezes agrave outros. Embora uma quantidade grande de estudos tente verificar uma relação causal entre o uso de maconha e o desenvolvimento de um transtorno mental, poucos são os trabalhos que abordam questões psicossociais e subjetivas ao indivíduo que apresenta tal situação. Conhecer tais aspectos é extremamente importante no que se refere ao manejo clínico e prognóstico do paciente.

1.3 Motivações para o consumo de maconha: o que dizem os estudos qualitativos

Apesar de a literatura ressaltar as consequências negativas do consumo de maconha por pessoas com esquizofrenia, profissionais de serviços de saúde mental apontam que pacientes referem sentir-se melhor com o consumo de algumas substâncias psicoativas. Há relatos de usuários que afirmam que o uso de maconha alivia alguns sintomas embora possam agravar outros (Nutt, 2012). Dessa forma, compreender o significado que pessoas com transtornos psiquiátricos atribuem ao uso de substâncias psicoativas faz-se essencial para o estabelecimento do cuidado e assim, para a evolução clínica do quadro.

Estudos qualitativos podem auxiliar nesta compreensão, entretanto, ainda são bem escassos na área. Em pesquisa realizada em maio de 2016 na base de dados do Pubmed, primeiramente com os descritores “qualitative”, “cannabis” e “schizophrenia” depois “qualitative”, “marijuana” e “schizophrenia”; ainda com os descritores “psychosis”, “substance use” e “qualitative” e por fim “qualitative”, “cannabis” e “mental disorders”, foram localizados apenas quatro estudos que abordam os significados atribuídos por pessoas com esquizofrenia sobre o uso de maconha. Esses estudos foram realizados na Alemanha (Buadze et al, 2010), outro na Austrália (Constain, 2008) e outros dois na Inglaterra (Asher, Gask, 2010; Lobbana et al., 2010). Nestes estudos, os autores chamam a atenção para a importância dos pesquisadores escutarem também os usuários, pois ao compreenderem como estes percebem o consumo desta substância, torna-se possível a proposição de práticas mais empáticas e adequadas ao contexto do indivíduo usuário.

Lobbana et al. (2010) realizaram um trabalho qualitativo com pacientes de um serviço de intervenção precoce na Inglaterra que experimentaram um primeiro episódio psicótico recente. O objetivo dos pesquisadores era identificar quais fatores que estão presentes entre jovens com início de psicose. Dos 19 participantes, 13 (68%) relataram fazer uso de maconha e quando convidados a falar sobre seu consumo descreveram ter uma visão positiva da droga, atribuíram o início de seu consumo a uma escolha pessoal ou influenciada pelo grupo de colegas ou amigos; além disso, foi relatado por alguns participantes que o uso da substância os ajudaria a se conectar a outras pessoas, como se fosse um facilitador para as interações sociais. Em relação às crenças relacionadas ao uso de drogas e a saúde mental, muitos participantes desenvolveram formulações muito sofisticadas no que se refere ao uso da substância mediada a aspectos biológicos (como se estivessem predispostos a desenvolver o transtorno) e situacionais (eventos durante a vida seriam determinantes), ou seja, que já estaria

presente a possibilidade do desenvolvimento do transtorno, sendo este apenas moldado pelo uso da substância. Além disso, outros participantes disseram ainda que o consumo seria como uma alternativa para o enfrentamento dos problemas ocasionados pelo transtorno.

No estudo realizado por Buadze et al (2010), os autores buscaram compreender se pacientes com diagnóstico de esquizofrenia e que usam maconha acreditam que o seu uso pode ter causado sua doença, além de explorar suas crenças e percepções sobre o uso de maconha e seus efeitos. Para isso, foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturado guiado por questões abertas sobre a relação entre uso de maconha e o diagnóstico de esquizofrenia. Os autores destacam nos seus resultados que enquanto a maioria dos indivíduos tinha uma visão bastante positiva da maconha e fazia uso dela para reduzir a tensão ou para fins de relaxamento, alguns levantaram preocupações, especialmente por causa da percepção da piora dos sintomas psicóticos e de ansiedade. De acordo com os autores o uso de maconha revelou-se uma forma importante de auto-regulação e auto-medicação.

O estudo realizado por Costain (2008) teve como objetivo explorar os modelos explicativos de pacientes com esquizofrenia para o uso de maconha, entrevistando 30 pacientes com idades entre 18 e 65 anos. A partir das falas dos pacientes, o autor aponta que há reconhecimento por parte destes sobre a influência da droga sobre seu quadro clínico, e que muitos deles associavam o uso como forma de atingir um estado espiritual elevado. Em relação ao agravamento dos sintomas positivos, os participantes relatavam que a maconha embora deixasse as vozes mais altas, eles as entendiam de forma mais clara e as associavam a uma experiência de espiritualidade, criatividade e de poder sobre o controle dessas vozes. Apesar do aumento das vozes, 18 pacientes relataram que após o uso de maconha eles conseguiam controlar essas vozes, além de ajuda-los a relaxar e ter uma noite de sono efetiva. Outra razão apresentada foi de que o consumo de maconha deixava esses participantes mais elétricos e com energia para a realização de atividades cotidianas, alguns relatavam ainda sobre o aumento da criatividade e pensamento e a capacidade de ter um raciocínio mais veloz, sensações estas que se perdiam devido aos efeitos colaterais das medicações utilizadas por eles. O autor relata ainda, que o consumo da maconha pode também ser uma tentativa de aumentar a estimulação sensorial, em um esforço para lidar com os sintomas negativos da doença psicótica, ou mesmo como um dispositivo para lidarem com situações de trauma que viveram quando crianças ou quando muito jovens.

Asher e Gask (2010) realizaram um estudo com objetivo de conhecer as razões pelas quais pessoas com um diagnóstico de psicose fazem uso de substâncias. Para isso, entrevistaram dezessete pessoas com diagnóstico de esquizofrenia e que faziam uso de

substâncias e identificaram cinco principais razões para o uso de drogas: 1) na definição de uma identidade; 2) no sentimento de pertencer a um grupo; 3) faziam uso de maconha devido à falta de esperança e falta de perspectiva; 4) crença de que a droga ilícita seria equivalente ao uso de uma medicação prescrita e 5) o uso de da droga não teria influencia sob seu estado mental.

Os poucos estudos qualitativos na área apontam que muitos pacientes com diagnóstico de esquizofrenia parecem fazer uso frequente de maconha já que a substância pode ter uma ação terapêutica. Entretanto, esta temática ainda é pouco discutida por profissionais de saúde mental. A fim de explorar as crenças, percepções e conhecimentos de uma equipe sobre o uso de maconha entre pacientes com diagnóstico de esquizofrenia, Copello (2009) realizou um estudo qualitativo com 20 profissionais que atuam em serviços de saúde mental de Birmingham no Reino Unido. Os resultados obtidos mostraram que os profissionais possuíam pontos de vista diferentes e conflitantes sobre o uso de maconha entre os pacientes com esquizofrenia, tendo muitas dificuldades para abordar esse tema com o paciente, comprometendo assim a relação terapêutica.

Leão (2016), em seu trabalho sobre a percepção dos profissionais a respeito do uso de substância em pacientes psiquiátricos, aponta que na tentativa de se compreender as motivações para o uso nessa população, predominam os discursos morais e biológicos. Dentre os principais motivos, o autor cita a evitação de sensações ruins e como forma de se evitar o sofrimento, o que reforça uma ideia de automedicação já apontada pela literatura. Destacou-se também a medicação como sendo a principal forma de cuidado. Os profissionais ao discorrer sobre o assunto, não deixam evidente nas suas falas as diferenças entre as duas demandas (medicação e substância). Levantam questões sobre a legalidade de algumas substâncias e da hipótese de que tal legalidade estaria ligada a periculosidade da substância psicoativa.

Costain (2008) também enfatiza a importância dos profissionais reconhecerem as crenças e percepções dos seus pacientes como essencial para a efetividade das intervenções. Afirmar ainda que a negação ou desconhecimento desses valores pelo profissional pode inibir o desenvolvimento de uma relação de confiança, essencial no manejo clínico. Assim, compreender as razões do uso de substâncias entre pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, pode permitir o desenvolvimento de estratégias de prevenção e intervenção mais eficazes. Childs et al (2011) chamam a atenção para a construção de uma compreensão conjunta, profissional e paciente, acerca das questões que envolvem sua enfermidade e o uso de substâncias.

Visto que o consumo de maconha vem ganhando maior visibilidade nos serviços de saúde mental e que profissionais ainda se sentem despreparados para lidarem com a questão, o campo de estudos sobre consumo de maconha e esquizofrenia vem crescendo. Entretanto, a quase totalidade destes utiliza métodos quantitativos para abordarem o fenômeno. Como destacado por Constain (2008), a visão dos pacientes não é a única perspectiva que deve ser considerada, entretanto, deve ser reconhecida a fim de se produzir uma compreensão mais ampla do fenômeno e com isto, buscar-se intervenções mais adequadas e eficazes.

1.4 Sobre o tratamento para pessoas com esquizofrenia que fazem uso de maconha

Diversos estudos têm demonstrado as implicações sociais e clínicas entre o uso/abuso de substâncias e a presença de transtornos psiquiátricos, o que pode influenciar negativamente na adesão ao tratamento e no prognóstico da doença, além da possibilidade de sobrecarregar os serviços de saúde (Montoya, 2007; Torrens, Rossi, Martinez-Riera, Martinez-Sanvissens & Bulbena, 2012). Observa-se que há evidente avanço no conhecimento, pesquisas tem surgido na área a respeito dos padrões de uso de substâncias, seus determinantes e suas consequências para o indivíduo e para sociedade, principalmente no que se refere às complicações clínicas do uso. Esses estudos têm implicações para a prática clínica, pois a compreensão dos profissionais de saúde sobre o fenômeno pode contribuir para desenvolvimento da ação terapêutica (Morihsa, 2005; Fontanella, 2010; Zaleski et. al 2005).

A rede de saúde mental brasileira está dividida entre serviços que atendem diferentes quadros clínicos psiquiátricos e outros que atendem a transtornos por uso de substâncias (Brasil, 2010). Os indivíduos com transtornos psiquiátricos e que fazem uso de substâncias ficam ainda em um “limbo”, sendo muitas vezes encaminhados de um serviço para o outro. Muitos serviços de saúde mental têm como critério de exclusão o fato do paciente fazer uso de substâncias, encaminhando rapidamente as pessoas nestas condições aos serviços especializados para problemas relacionados ao uso de drogas. Por outro lado, equipes que trabalham em serviços especializados para transtornos relacionados ao uso de substâncias queixam-se por não terem preparação, equipe e terapêutica para lidarem com os quadros clínicos psiquiátricos mais severos e que muitas pessoas que recebem são encaminhadas para estes serviços apenas por fazerem um uso recreativo de substâncias. Em diversas situações, os usuários não se identificam com o serviço especializado para o uso de drogas, e querem

retornar o atendimento em serviços de saúde mental, mas não são aceitos nestes por fazerem uso de substâncias.

Percebe-se então a necessidade de outros estudos na área, a fim de também capacitar os profissionais da rede de saúde mental para a abordagem do consumo de drogas junto a sua clientela. Para auxiliar nesta questão, pesquisadores e profissionais da Espanha (Linell; Holland, 2007) criaram uma pequena cartilha, com fins educacionais, voltada para usuários de maconha que sofrem de algum transtorno psiquiátrico e para profissionais da saúde mental. O objetivo do material é fornecer informações e dar aconselhamento sobre a interação entre o uso de maconha e a doença mental através da “História de David – o homem com a cabeça transparente”. O conteúdo do material traz além das informações técnicas, histórias baseadas nas falas de pessoas que passaram pela experiência do diagnóstico de esquizofrenia e faziam uso de maconha.

Assim, conhecer como pessoas com esquizofrenia compreendem e percebem o consumo de maconha poderá trazer elementos para a discussão sobre a temática com profissionais de saúde mental, para o desenvolvimento de estratégias de intervenção e materiais educativos.

Justificativa

2. JUSTIFICATIVA

A literatura (Gage, Hickman & Zammit, 2015; Katz, Durst, Shufman, Bar-Hamburger & Grunhaus, 2010) tem apontado que o consumo de maconha vem crescendo entre as pessoas com esquizofrenia e ganhando maior visibilidade nos serviços de saúde. Alguns estudos relatam que o uso da substância entre esses pacientes pode piorar os sintomas positivos da doença, enquanto outros relatam a percepção do paciente na melhora dos sintomas de humor, o que dificultaria que estes abandonassem o consumo da maconha. Os estudos qualitativos na área ainda são muito escassos, sendo importantes por contribuírem trazendo a perspectiva dos usuários a respeito desta questão. No contexto brasileiro ainda não existem estudos qualitativos sobre o tema. Conhecer como estes vivenciam a questão poderá trazer elementos para a clínica em saúde mental.

Frente ao que a literatura apresenta, parece-nos adequado formular as seguintes questões: Qual a percepção de pessoas com esquizofrenia sobre o consumo de maconha? Qual a relação que essas pessoas fazem entre a sintomatologia e o consumo da substância? Quais os efeitos do uso de maconha entre pessoas com diagnóstico de esquizofrenia? Quais são os motivos do uso de maconha nessa população? Como se dá o início do atendimento destas pessoas em serviços de saúde mental e o que pensam do atendimento recebido?

Objetivos

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Analisar os significados atribuídos a respeito do uso de maconha por pacientes com diagnóstico de esquizofrenia em tratamento em um serviço público de saúde mental do interior de São Paulo.

3.2 Objetivos específicos

- a) Identificar como pessoas com diagnóstico de esquizofrenia e que fazem/fizeram uso de maconha percebem o adoecimento e a busca por serviços de saúde mental;
- b) Conhecer a trajetória de consumo de maconha entre pessoas com diagnóstico de esquizofrenia;
- c) Compreender como pessoas com diagnóstico de esquizofrenia percebem a relação da sintomatologia desta com o uso de maconha;
- d) Conhecer como pessoas com diagnóstico de esquizofrenia e que fazem/fizeram uso de maconha compreendem o tratamento recebido para estas condições.

Percurso Metodológico

4. PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de estudo

Foi realizado um estudo qualitativo, exploratório, com referencial teórico-metodológico clínico-qualitativo.

O método qualitativo tem pouco mais de um século de história, e nasceu a partir da ideia de se criar as Ciências do Homem, que desde remotamente demonstra preocupação em compreender a própria realidade e o próprio homem, surgindo em contraponto com as Ciências da Natureza, já bem estruturadas. Pesquisadores percebiam que as realidades do homem e sua natureza constituíam-se objetos muito distintos e peculiares e que as ciências experimentais não davam conta de compreendê-los e explicá-los. O método qualitativo baseia-se em referenciais fenomenológicos, psicodinâmicos ou sócio antropológicos, onde o pesquisador busca a compreensão dos significados e dos sentidos das atividades e dos fenômenos vivenciados pelos indivíduos (Turato, 2011).

Willig (2001) aponta que as pesquisas qualitativas preocupam-se com o significado atribuído a algo, ou seja, está interessada em conhecer como as pessoas dão sentido para o mundo e como experienciam eventos. Para a autora, os pesquisadores qualitativistas buscam entender “como é” viver uma condição particular e como as pessoas lidam com certas situações. Afirma ainda que a pesquisa qualitativa se preocupa com a qualidade e textura da experiência, ao invés de relações de causa e efeito, ou seja, o objetivo da pesquisa qualitativa é descrever ou até explicar eventos, mas nunca predizê-los.

Segundo Minayo (2010), o método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que humanos fazem a respeito de como vivem, constroem-se, sentem e pensam. As abordagens qualitativas se conformam melhor a investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos autores, da relação e para análises de discursos e documentos. Esse tipo de método além de permitir desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. Caracteriza-se pela empiria e pela sistematização progressiva de conhecimento até a compreensão lógica interna do grupo ou do processo estudado.

A pesquisa qualitativa é predominantemente descritiva. Os dados coletados são mais uma forma de palavras ou figuras do que números. Estes dados incluem entrevistas transcritas, notas de campo, fotografias, produções pessoais, depoimentos ou outra forma de documento. O pesquisador qualitativo tenta analisar os dados em toda sua riqueza, respeitando, no possível, a forma de registro ou transcrição. Na abordagem investigativa de âmbito qualitativo nada é trivial, toda manifestação tem potencial para fornecer pistas importantes na construção e compreensão do fenômeno estudado (Grubits & Noriega, 2004). Dessa forma, a pesquisa qualitativa preocupa-se com os aspectos da realidade que não podem ser quantificados, centrando-se na compreensão e nas explicações da dinâmica das relações sociais, e nesse sentido, a interpretação é concebida como a base desta. Não a interpretação dos fatos em si, mas a interpretação da interpretação que os sujeitos fazem dos fenômenos que vivenciam, buscando os significantes e significados que as pessoas atribuem a um determinado fenômeno, visto que cada ser é único e possui sua própria maneira de lidar com a realidade (Minayo, 2002). Nesse sentido, outro conceito importante dentro da pesquisa qualitativa é o de reflexividade, no qual se refere à contribuição do pesquisador na construção e na análise dos dados de pesquisa, devendo este assumir uma atitude reflexiva e estar sempre atento ao analisar suas ações no processo de pesquisa assim como na transmissão dos seus resultados (Willig, 2001; Piccinini e Oliveira, 2009).

4.2 O método clínico-qualitativo

Nesse estudo, foram seguidos os princípios básicos da pesquisa clínico-qualitativa, apontados por Turato (2011). Esta metodologia foi organizada e preparada para uso em pesquisas qualitativas em saúde, com populações clínicas. Utiliza-se de conhecimentos do existencialismo, da fenomenologia e da psicanálise, tendo como interesse compreender os sentidos e significados dos fenômenos. Além disso, a presente proposta metodológica não se prende apenas à teoria, mas assume um caráter, sobretudo, prático. O método corresponde a um conjunto de técnicas e procedimentos adequados e que melhor descrevem e interpretam os significados dos fenômenos vividos. Visto que o método é voltado para os *settings* de saúde, o pesquisador deverá ser movido por uma atitude de acolhimento frente às angustias e ansiedades da pessoa em estudo, já que estes ambientes estão carregados de dor e sofrimento, e, além disso, valorizar as trocas afetivas que se estabelecerão no encontro. Essa característica refere-se a reflexividade dentro da pesquisa qualitativa.

Turato (2000) define o método clínico-qualitativo como um conjunto de técnicas e procedimentos que são adequados para descrever e interpretar os significados dos fenômenos e os sentidos que as pessoas atribuem às suas experiências de vida. O pesquisador incorpora uma postura de acolhimento frente às angustias e ansiedades das pessoas em estudo, com a pesquisa acontecendo em ambiente natural/ clínico. Além disso, devem-se valorizar as trocas afetivas mobilizadas durante a interação com o sujeito, com escuta atenta focalizando os tópicos ligados à saúde e doença, aos processos terapêuticos, aos serviços de saúde e como essas pessoas lidam com os fenômenos das suas vidas. A valorização dessas trocas afetivas e o acolhimento frente às angustias do participante pressupõe uma atitude de acolhimento dos pesquisadores clínico-qualitativistas.

A metodologia clínico-qualitativa, pressupõe então uma atitude ou postura clínico e assistencial por parte do pesquisador, buscando a compreensão dos fenômenos de natureza psíquica e a história de vida dos sujeitos do estudo (Fontanella, 2000). A atitude clínica pressupõe que o pesquisador tenha olhos e ouvidos qualificados, a fim de se aproximar e compreender existencialmente os sofrimentos daqueles que sofrem. Nesse sentido, deve-se também buscar uma compreensão da linguagem corporal e comportamental, a fim de complementar ou confirmar o que se é falado (Turato, 2011).

Assim, ao propor a construção da metodologia clínico-qualitativa, procuro criar um refinamento dos clássicos métodos qualitativos (compreensivo-interpretativos) das ciências humanas, através de um casamento feito entre métodos clínicos (tal como entendemos nas práticas do campo de saúde) e teorias epistemológicas elaboradas para a pesquisa nas áreas sociais. E retomando, pontuo que a presente proposta de pesquisa, por se referir a uma pesquisa qualitativa, é sobre as antigas bases filosóficas da fenomenologia que se vê viável, enquanto é da sensibilidade existencial frente às angustias e ansiedades do indivíduo (e da acolhida a este) que parte o interesse do pesquisador para melhor conhecer o problema que vivencia, isto é, que sente em profundidade (Turato, 2011, :241)

Algumas características são descritas por Turato (2000) sobre o método clínico-qualitativo, dentre elas: **(1) Significados como cerne do estudo** – a vivência atribuída a um fenômeno relacionado principalmente a saúde/doença pode ter um significado diferente para cada indivíduo. Os significados atribuídos ao fenômeno serão explorados pelo pesquisador; **(2) Ambiente natural como local necessário** – o ambiente natural é o local mais adequado para coleta de dados já que preserva as características da pessoa em estudo, e é tido como

local de “proteção”, sendo este o ambiente clínico; **(3) Valorização das angústias e ansiedades** – o pesquisador deverá acolher a pessoa do estudo a fim de valorizar as suas angústias e ansiedades como elementos de fundamental importância; **(4) Valorização de elementos psicodinâmicos como instrumento** – visto que o método tem influência teórica e prática da Psicanálise, o pesquisador como instrumento deve utilizar-se de condutas para se colocar mais adequadamente no *setting* de entrevista visando uma coleta de dados mais rica; **(5) Pesquisador como instrumento e como *Bricoleur*** – compreender que os fragmentos das falas, comportamentos e sentimentos podem dar origem ao novo. O autor cita diversas definições e enfatiza que tal postura não deve se ater na coleta de dados somente, mas também na maneira de lidar com os diversos referenciais teóricos no momento da interpretação dos resultados; **(6) Raciocínios dedutivos e indutivos como métodos sequenciais de trabalho** – pressupõe que ambos os métodos podem ser compreendidos numa única totalidade, sem separá-los, quantitativo como dedutivo e qualitativo como indutivo; **(7) Validade dos dados como fortalecimento do método** – parte da compreensão que estudos qualitativos possuem grau de validade alto, pois refletem de forma acurada o fenômeno de estudo e **(8) Pressupostos conclusivos como passíveis de generalização** – o método qualitativo pode permitir a generalização dos pressupostos finais encontrados como conclusões do trabalho.

4.3 Local

De acordo com Turato (2000), o local privilegiado para se conhecer os significados atribuídos a fenômenos relacionados ao processo saúde-doença são os *settings* dos cuidados com a saúde, ou seja, os próprios serviços de saúde onde os possíveis participantes já estão envolvidos em procedimentos terapêuticos.

Para a realização deste estudo foi selecionado Centro de Atenção Psicossocial II - álcool e drogas (CAPS-ad) de Franca, interior de São Paulo por pressupor-se que neste local seria possível a busca pelos participantes que se encaixassem dentro dos critérios de inclusão deste trabalho. Os CAPS em geral, tem o objetivo, além do acolhimento a pessoas com transtornos mentais, estimular a integração social e familiar entre essas pessoas num sentido de busca de sua autonomia. O CAPS é um dispositivo de cuidado ao portador de algum transtorno mental e está articulado na rede de atenção à saúde mental e deverá oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e

fortalecimento dos laços familiares e comunitários. O CAPS-ad, especificamente destina-se a pacientes com transtornos mentais severos e persistentes, e que fazem o uso de álcool e outras drogas (Brasil, 2004).

O Centro de Atenção Psicossocial II - álcool e drogas (CAPS-ad) do município de Franca é uma unidade de saúde de atendimento regional que recebe pacientes de 22 municípios que integram a Divisão Regional de Saúde VIII (DRS-VIII). É também o único serviço desta modalidade no referido município tendo, portanto, grande número de usuários cadastrados. Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde de Franca o CAPS-ad foi inaugurado em 20 de Julho de 2000 e possui atualmente mais de 3.000 pacientes cadastrados. A equipe do CAPS-ad é composta por assistente social, psicólogas, enfermeira, auxiliar de enfermagem, terapeuta ocupacional, médico clínico-geral, médico psiquiatra, e uma equipe de apoio, formada por oficineiros e ajudantes gerais. Oferece também um quadro de atividades: atendimentos individuais e grupais, oficinas terapêuticas, gerenciamento de casos, ações conjuntas com os familiares, orientações, visitas domiciliares, dentre outras que buscam oferecer cuidado e acolhimento.

Fora selecionado o CAPS-ad do município de Franca – SP, por ser um local já conhecido pela pesquisadora, que em anos anteriores realizou a coleta de dados do seu trabalho de iniciação científica neste mesmo serviço, tendo já, a pesquisadora, certo grau de amizade com os profissionais, conhecimento de como eram realizados os atendimentos e organização do trabalho na unidade.

4.4 Participantes

A amostra em pesquisa qualitativa é intencional e definida metodologicamente. O pesquisador deverá deliberar quem são os sujeitos respondentes que comporão seu estudo, segundo suas escolhas metodológicas, sendo a amostragem apropriada devendo atender à questão de pesquisa (Turato, 2011).

Para definição do número de participantes, foi utilizado o critério de saturação dos dados. Segundo Fontanella et al. (2008), a saturação teórica dos dados é definida como a suspensão de novos participantes de uma pesquisa quando os dados já levantados passam a apresentar um padrão de repetição, ou seja, quando a obtenção de informações sobre determinado grupo ou categoria está saturada, todas as informações pertinentes foram levantadas e começam a se repetir.

Os 10 participantes desse trabalho são indivíduos oriundos do CAPS-ad de Franca, com diagnóstico de esquizofrenia e fazendo uso atual de maconha ou tendo-o feito no ano anterior à entrevista. Assim, os critérios de inclusão são: estar em atendimento ou ser oriundo do CAPS-ad de Franca; ter diagnóstico de esquizofrenia segundo a CID-10 (segundo o prontuário); fazer uso de maconha ou ter feito uso no ano anterior a entrevista; ter mais que 18 anos e não fazer uso de outra droga ilícita, como cocaína ou crack. Estabeleceu-se o período não superior a um ano do uso de maconha como critério de inclusão, por pressupor que quanto mais recente fosse a última experiência, melhor poderia ser esta relatada. Ter a idade superior a 18 anos visto a possibilidade de se encontrar um número maior de participantes e não fazer uso de outra droga ilícita concomitante no sentido de se encontrar uma amostra mais homogênea e que pudesse ser mais fiel aos seus relatos, sem muitas variáveis.

O *Quadro 1* apresenta características sociodemográficas dos participantes do estudo.

Nome	Idade	Estado civil	Escolaridade	Diagnóstico	Idade de início do uso
Carlos	24	Solteiro	Ensino Médio incomp.	F12.2 + F20.0	16
João	22	Solteiro	Ensino Médio incomp.	F20.0 + F12.2	Entre 10 e 14
Luís	32	Solteiro	Fundamental incomp.	F20.0 + uso de maconha	14
Bruno	33	Solteiro	Fundamental completo	F12.2 + F10.2 + F20.0	13
Flávio	26	Solteiro	Ensino Médio completo	F12.2 + F20.0	17
Anderson	25	Solteiro	Ensino Médio incomp.	F12.2 + F20.0	17
Thiago	33	Solteiro	Ensino Médio Incomp.	F12.2 + F20.0	16

Douglas	25	Solteiro	Ensino Médio Incompl.	F12.2 + F20.6	14
Lúcio	25	Solteiro	Fundamental incompl.	F12.2 + F20.0	10
Augusto	32	Solteiro	Ensino médio compl.	F12.2 + F20.0	11

Quadro 1. Características sócio-demográficas dos participantes do estudo

*Nome fictício

A maioria dos participantes era do sexo masculino, tinha entre 22 e 33 anos com média 27 anos de idade, ($dp = 4,27$). A maioria dos entrevistados não completou o ensino médio, dois deles tinham nível fundamental incompleto um completo e apenas dois deles possuía ensino médio completo. A maioria não havia concluído o ensino médio.

Em relação ao diagnóstico, a maioria dos participantes recebeu o diagnóstico de Esquizofrenia Paranóide (F20.0) e apenas um possuía o diagnóstico de Esquizofrenia Simples (F20.6). Todos possuíam o diagnóstico de Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de canabinóides - síndrome de dependência (F12.2). Outros participantes ainda receberam o diagnóstico de Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de álcool - síndrome de dependência (F10.2). É importante ressaltar que todos os diagnósticos foram obtidos através do contato com o prontuário virtual do paciente através do sistema de saúde utilizado pelos profissionais, estes ainda são oriundos dos atendimentos psiquiátricos mais recentes (na ocasião da coleta de dados) de cada participante.

No que diz respeito à idade de início do consumo de maconha, esta variou entre 10 e 18 anos de idade, tendo a maioria dos participantes, feito uso de maconha pela primeira vez, durante a adolescência.

4.5 Instrumentos

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi o roteiro de entrevista semiestruturado (Apêndice B). A entrevista semiestruturada é aquela que parte de questionamentos básicos, fundamentados nos interesses da pesquisa em questão. Ela tem a capacidade de explorar os significados que as pessoas atribuem as suas vivências, e encoraja o

participante a falar sobre estas (Tong, Craig & Sainsbury, 2007). Ela oferece um campo amplo de interrogativas que dão origem a novos questionamentos e com descrição minuciosa de um fenômeno (Trivinos, 1987).

Foi preparado um roteiro de entrevista que busca identificar as construções de sentidos entre pacientes. Para tal, a entrevista semiestruturada foi organizada em cinco grandes tópicos, sendo estes: 1) Identificação dos participantes - composto por questões sócio-demográficas; 2) Sobre o adoecimento e busca de atendimento em saúde mental; 3) Uso de maconha; 4) Relação maconha e esquizofrenia e 5) Tratamento. No roteiro, optou-se pelo uso do termo “maconha”, por ser esta a forma de consumo da maconha mais popular no Brasil. Entretanto, foi perguntado também se o usuário já utilizou a maconha de outro modo, como por exemplo, na forma de resina (haxixe). A pesquisadora, durante a etapa de elaboração das questões que fariam parte do roteiro de entrevista, orientou-se a partir dos resultados de outros estudos qualitativos sobre o tema, mas principalmente a partir do estudo de Asher e Gask (2010), onde os autores ao descreverem o método, mostram ao leitor algumas das questões que fizeram parte de seu estudo e os temas que foram abordados durante as entrevistas.

Segundo Turato (2003) a entrevista clínico-qualitativa tem potencial facilitador para a experimentação de sentimentos que podem gerar algum tipo de sofrimento, e cabe ao pesquisador estar sensível a acolher as angustias gerada no contexto da entrevista. Durante uma das entrevistas realizadas, houve um momento em que a pesquisadora precisou pausá-la por alguns instantes para fazer o acolhimento do participante, que ficou claramente angustiado e emocionado ao falar sobre sua família e principalmente sobre a falta do pai. Após este acolhimento, o participante decidiu retomar a entrevista.

Além das entrevistas, a pesquisadora elaborou, a cada ida ao serviço, cadernos de campo onde foram registradas as suas percepções, suas impressões do referido serviço e contato com os profissionais e como se deu a entrevista em si. Nesses cadernos de campo foram feitas anotações pessoais adicionais como recurso auxiliar de registro de cada uma das entrevistas. Essas anotações foram pertinentes aos objetivos da pesquisa, visto que acrescentaram e colaboraram na hora de apresentar e discutir os resultados. Para obtenção dos dados relativos ao diagnóstico e outras informações pertinentes foram consultados os prontuários dos participantes através de um sistema online utilizado por toda rede de saúde do município de Franca. Nesse sistema pode-se ter acesso aos atendimentos recebidos, aos diagnósticos, aos exames e registros de vacinação além de solicitações de atendimentos móveis de urgência. O sistema é acessado pelos profissionais através de um usuário e senha individuais, que na ocasião foi cedido a pesquisadora para a coleta dos dados.

4.6 Coleta de dados

Em geral, segundo Minayo (2010), a coleta e análise de dados em pesquisa qualitativa costuma ser longa, dessa forma o pesquisador deverá dispor de bastante tempo e dedicação pelos vários aspectos presentes no fenômeno estudado e que demande de observação atenta, além das longas transcrições e dificuldade na interpretação dos dados. Para a autora, outra grande dificuldade está no que se referem a investigações mal elaboradas, interpretações simplistas, descuido nas fundamentações teórico-metodológicas de vários trabalhos, envolvimento do pesquisador que se torna prejudicial na investigação e interpretação dos dados, entre outros.

A pesquisadora realizou um levantamento prévio junto aos prontuários do CAPS-ad do município de Franca para buscar aqueles participantes que se encaixavam dentro dos critérios de inclusão do estudo, outros participantes ainda foram indicados pelos profissionais do serviço. As entrevistas foram todas realizadas no serviço com os participantes que atendiam aos critérios de inclusão no estudo. A escolha de se fazer a coleta de dados no serviço de saúde é preconizada pelo método clínico-qualitativo, já que é um ambiente natural do registro dos achados, delimitado e que envolvem pessoas em um momento particular (Turato, 2011).

A busca pelos participantes no CAPS-ad do município de Franca foi realizada através do acesso ao Sistema Integrado de Saúde (SIGS), que é um programa de cadastro de todos os pacientes que passaram por atendimento em qualquer serviço de saúde pública, e que contém todos os dados de atendimentos e prontuários de cada serviço. Por ser um sistema implantado apenas há alguns anos, os registros nos prontuários apresentavam datas recentes de atendimentos, além disso, o sistema traz em si, quais exames foram solicitados e realizados, vacinas e até as solicitações de serviços de atendimento móvel de urgência (SAMU). Para o acesso a esse sistema, cada profissional da rede possui um usuário e senha, e assim como já autorizado pela Coordenadora de saúde mental do município, os profissionais do CAPS-ad que não estavam online no sistema, cediam seu usuário e senha para que a pesquisadora pudesse fazer a sua busca. Algumas pessoas foram encontradas através desse sistema e outras indicadas pela psicóloga e pela recepcionista do CAPS-ad do município de Franca. Como previsto no projeto, a pesquisadora entraria em contato por telefone com esses pacientes e os convidaria a participar da pesquisa, explicando seus objetivos e como esta seria conduzida. No entanto, todos os telefones, que foram retirados dos registros do paciente no sistema, ou não eram dessas pessoas, ou não estavam funcionando. Diante desse empasse, a

pesquisadora, passou a frequentar o serviço e a conhecer os horários que estes pacientes estariam em alguma atividade para que no final destas, e em alguns casos até antes, pudesse convidar estes pacientes em sala de espera para a pesquisa. Todos os participantes que foram entrevistados nessa unidade de saúde mental foram convidados face-a-face para a pesquisa sem agendamento prévio e ali na sala de espera.

Três dos participantes, que foram indicados e que atendiam aos critérios de inclusão na pesquisa, na ocasião da coleta, estavam internados em um hospital psiquiátrico, tendo a pesquisadora que entrevistá-los nesse contexto de saúde. No entanto é importante ressaltar que todos os participantes, inclusive aqueles que estavam sob internação, apresentavam um estado cognitivo estável. Foram realizadas 10 entrevistas, no período de 04 de março a 09 de dezembro de 2015, contabilizando aproximadamente seis horas de entrevistas gravadas. As entrevistas não foram muito longas, considerando as características dos participantes e cada uma durou em média de 30 a 40 minutos, excluindo o tempo de leitura do termo de consentimento e os eventuais esclarecimentos. As transcrições dos áudios e anotações de campo geraram um corpus de análise de 122 páginas.

4.7 Análise de dados

Segundo Turato (2011), pesquisadores qualitativistas usualmente lançam mão da técnica de análise de conteúdo para a construção de seu trabalho, no entanto, é importante que esta análise ultrapasse o caráter meramente descritivo do conteúdo, de modo que faça inferências na discussão daqueles resultados apresentados. De acordo com o autor, a análise de dados na metodologia clínico-qualitativa pretende aprimorar e refinar a técnica de análise de conteúdo, proposta por Bardin, passando por etapas singulares de análise. Para Bardin (1977, p.31), a análise de conteúdo “*é um conjunto de técnicas de análise de comunicações*”, técnica esta que através de descrição objetiva, indicadores quantitativos e análise sistemática de um conteúdo manifesto, tem por finalidade a interpretação. Segundo a autora, a partir da leitura das entrevistas podemos agrupar conteúdos similares e categorizá-los de acordo com critérios pré-definidos. Esses conteúdos agrupados são chamados de classes ou categorias.

O tratamento e apresentação dos dados de pesquisa clínico-qualitativa, segundo Turato (2003), compreendem algumas etapas. O quadro abaixo ilustra as etapas de análise dos dados seguidas pela pesquisadora.

Quadro 2. *Etapas da análise*

A primeira é a de preparação do material, onde a pesquisadora fez as transcrições das entrevistas gravadas em áudio para arquivos de computadores, e organizou todo o material oriundo das anotações dos diários de campo. A segunda fase consistiu em realizações de leituras flutuantes ou atentas, na busca do que está implícito na fala dos participantes. Esse processo faz com que o pesquisador crie intimidade com o conteúdo, ou seja, indo de encontro com a origem do conceito da palavra flutuante, emprestada do conhecimento psicanalítico, o pesquisador deverá fazer a atenção flutuar, sem pressupostos ou tentativas de análise prévia (Turato, 2013). Em seguida às leituras, foi realizada a organização dos dados em duas colunas, a primeira contendo a entrevista na íntegra, e na segunda, foram destacadas as unidades de significação por meio de uma síntese dos conteúdos desta. Foram então realizadas novas leituras das sínteses junto à orientadora, e elaborada a terceira coluna de análise, onde foram filtrados os temas provenientes da síntese de conteúdo da segunda coluna. Todo esse processo foi construído através de muitas leituras e reuniões entre pesquisadora e orientadora para discussão dos temas levantados e dos passos seguintes de análise. Foi então

construída a quarta coluna de análise, que continha a categoria temática proveniente daqueles temas descritos na terceira coluna, e guiado de acordo com seu nível de intimidade e proximidade, organizando os temas que carregavam significados importantes e que iam de encontro aos objetivos deste trabalho. A etapa de categorização dos dados é, por sua vez, uma das etapas mais importantes de análise dentro da perspectiva da análise de conteúdo. Nessa etapa os dados brutos colhidos nas entrevistas são codificados, ou seja, esses dados passam por uma transformação, por um recorte no qual serão agregados em unidades e que permitirão uma descrição das características mais pertinente daquele conteúdo (Bardin, 1977).

Para cada fragmento da entrevista, unidade de significado, tema e categoria foram atribuídas cores específicas, onde cada cor correspondia um tema e categoria distinta. Foram então agregadas em um novo documento de texto para que pudessem ser mais bem visualizadas. Realizaram-se novas leituras para a contagem dos temas relevantes que apareciam em cada uma das categorias, para que finalmente fossem retirados trechos literais para ilustrar cada tema. As fases finais da análise de dados consistiram em supervisão com o orientador, discussão dos resultados em grupo e apresentação dos resultados de forma descritiva com ilustrações das falas dos participantes (Turato, 2013).

É importante ressaltar que as entrevistas foram analisadas uma a uma conforme elas foram acontecendo, no sentido de que as entrevistas que foram realizadas posteriormente, pudessem abarcar melhor algum assunto que não fora muito bem descrito na anterior. Além disso, ao realizar a análise uma a uma, chegamos à saturação dos dados, isso após muitas supervisões entre pesquisadora e orientadora.

4.8 Validade dos dados em pesquisas qualitativas

A noção de validade dentro de pesquisa científica sempre nos remete a ideia da veracidade e consistência dos dados obtidos através do emprego de métodos de investigação. No que tange a pesquisa qualitativa, a validade refere-se aos achados de uma realidade, a descrição feita desses achados e das experiências vivenciadas pelos indivíduos, e a interpretação feita pelos pesquisadores acerca dessas realidades (Turato, 2013). Na pesquisa qualitativa a validade ocorre quando os resultados são colocados em prova e representam ali uma realidade, tal como ela é (Oliveira e Piccinini, 2009).

Para o nosso modelo da pesquisa clínico-qualitativa, enquanto uma particularização e refinamento das pesquisas qualitativas genéricas empregarei as expressões “validação interna” e “validação externa” não nos sentidos respectivos de certeza entre correlações causais e possibilidade de generalização dos resultados, e, sim, de crença na apreensão o mais próximo da verdade, devido, primeiramente, aos atos “internos” ao pesquisador e à coleta e, em segundo lugar, pelas depreensões advindas das inter-relações pessoais deste pesquisador após a coleta (Turato, 2013).

A validação interna corresponde ao processo que envolve o pesquisador e seu trabalho, estabelecendo os passos da pesquisa para que a apreensão do fenômeno chegue o mais perto possível da verdade. Esses passos correspondem ao planejamento das técnicas de pesquisa, a escolha dos sujeitos da pesquisa, o tempo de convivência em campo, sensibilidade para escutar e ver, pensar criticamente sobre os achados e trazer dados novos sobre determinado conhecimento (Turato, 2013).

Ainda segundo Turato (2013), a validação externa, especificamente em pesquisas clínico-qualitativas, refere-se ao processo que envolve o pesquisador e seus dados conjuntamente a demais interlocutores acadêmicos, ou seja, o pesquisador deverá submeter-se a uma supervisão com o orientador e com seu grupo de pesquisa a fim de discutir seus achados. Quando os dados recebem o olhar de outras pessoas dentro da academia, principalmente de outras pessoas que estão trabalhando sobre o mesmo paradigma, trocam-se ideias e são feitas reflexões que maximizam a credibilidade do material coletado.

Suárez Relinque et al., (2013) em seu trabalho com o objetivo de apresentar sistematicamente algumas recomendações de como organizar e escrever um trabalho qualitativo, descrevem sobre a importância do pesquisador indicar e descrever quais os métodos que foram utilizados a fim de garantir a validade do trabalho qualitativo.

Como já recomendado e descrito acima, foram realizadas supervisões entre a pesquisadora e orientadora deste trabalho, além de reuniões com o grupo de pesquisa, o LePsis – Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicopatologia, Drogas e Sociedade, onde foram apresentadas as transcrições das entrevistas para reflexão e discussão, sempre preservando a identidade dos participantes deste trabalho. Encontros estes que enriqueceram muito o presente trabalho, com olhares diversos sobre o mesmo fenômeno. Este trabalho respondeu também aos Critérios Consolidados para Relatar a Pesquisa Qualitativa - COREQ *checklist* (Anexo B) (Tong, Sainsbury & Craig, 2007).

4.9 Considerações éticas

O projeto foi aprovado pelas secretarias de saúde do município de Franca e Ribeirão Preto e encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP. O estudo obteve aprovação em 11 de Dezembro de 2014, CAAE: 37199314.2.0000.5407. Foram respeitados os critérios éticos da resolução n.º 466 de 12 de Dezembro de 2012, informando aos sujeitos o objetivo da pesquisa, esclarecendo suas dúvidas, dando-lhes autonomia para decidirem participar ou não, garantindo a confidencialidade e a privacidade (Anexo A).

Resultados e Discussão

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O *Quadro 3* abaixo apresenta as categorias levantadas a partir da análise das entrevistas, o resumo a respeito de cada categoria e os temas que estiveram presentes em cada uma destas.

Categorias	Resumo	Temas
A) Percepções a respeito do adoecimento	Nessa categoria foram considerados todos os discursos que remetiam à doença e ao olhar de cada participante sobre seu diagnóstico.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sentimentos ligados à doença e suas vivências ➤ Significados atrelados ao diagnóstico ➤ Falta de percepção acerca da cronicidade da doença ➤ Motivos para o adoecimento
B) Uso de maconha	A presente categoria foi estruturada a partir dos discursos que os participantes tinham a respeito do seu uso de maconha, como este se deu e suas experiências com ela.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Idade de início do uso ➤ Trajetórias de consumo ➤ Experiências associadas ao uso
C) Esquizofrenia e maconha	Esta foi a categoria mais importante deste trabalho e que exigiu bastante reflexão. Remete às intersecções entre o consumo de maconha e esquizofrenia.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Percepções a respeito do uso da maconha e sua influência sob seu estado mental e sobre a doença
D) Tratamento	O tratamento percebido por eles em diversos serviços e os motivos que os levaram buscar algum tipo de intervenção, foi o que constituiu a presente categoria.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Início e busca por tratamento ➤ Trajetórias de tratamento

Quadro 3. Categorias e temas

A nomeação de cada categoria não foi estabelecida *a priori*, constituiu-se durante o processo de análise e como resultado final dos agrupamentos e reagrupamentos que eram provisoriamente levantados a partir das unidades de significação e dos temas. Segundo Bardin (1977), o processo de agrupamento de conteúdos em categorias só acontecerá depois que o pesquisador, ao preparar o material bruto, transforma-o em unidades significativas de análise.

Durante o processo de agrupamento das unidades de análise, a pesquisadora teve o cuidado de levantar os temas de cada grande categoria apresentada no quadro acima. Após reflexões e orientações, preferiu-se apresentar os dados em quatro grandes categorias, abarcando os temas provenientes das unidades de significado. Os temas que emergiram da análise dos dados, foram escolhidos de acordo com os objetivos deste trabalho, com a frequência que estes apareciam e de acordo com sua relevância. Essa escolha pela apresentação dos dados exigiu muita reflexão por parte da pesquisadora e da orientadora, pois não seria todo o conteúdo da entrevista um grande retrato do que poderia ser o entendimento do fenômeno do uso de maconha em pessoas que tem o diagnóstico de esquizofrenia?

É importante ressaltar que para apresentação dos dados nas categorias foram obedecidos os critérios preconizados por Bardin (1977) e aperfeiçoado pelo método clínico-qualitativo elaborado por Turato (2013).

5.1 Percepções a respeito do adoecimento

A presente categoria foi constituída pelos discursos acerca da doença, o que o diagnóstico significa para essas pessoas e as experiências e os sentimentos associados ao adoecimento. A decisão por iniciar já falando do adoecimento foi pensada, repensada e baseada nas entrevistas, como elas foram acontecendo e nos desdobramentos dos discursos dos participantes. Ao discorrer sobre a doença, alguns participantes trouxeram com grande riqueza diversos momentos, alguns descrevem momentos agudos ou episódios de surto e como este se deu, até finalmente momentos de estabilidade, reflexão e aceitação do diagnóstico. Primeiramente gostaria de destacar o excerto abaixo, onde Bruno faz uma comparação entre a esquizofrenia e a morte, fala sobre a doença como algo incapacitante e incurável, e ressalta ainda que está “*tentando viver de novo*”.

Significa uma morte pra mim, tipo assim, eu morri e tô tentando viver de novo. Só que eu não vô crescer, eu vou parar naquele lugar, assim... Se eu crescer até essa altura, eu não vou crescer mais, vai parar ali, porque a doença não tem cura, pode ser controlada...[pausa] Não tem cura, pode ser controlada, então tomando remédio eu vou ficar deste “tamãezinho”... Se eu não tomar eu... Diminui, mas subir daquele ali eu não subo mais (Bruno)

Uma grande riqueza dentro da pesquisa clínico-qualitativa refere-se ao critério que Turato (2013) descreve ao falar sobre a categorização dos conteúdos, o critério de relevância, que considera e destaca o discurso, que embora não apresente repetição e nem tenha nenhum valor estatístico, carrega sentidos que merecem atenção e valor. Nesse sentido, ao destacar a fala de Bruno, percebe-se o impacto que a doença tem em sua vida, observa-se angústia através de suas palavras. Mas como colocar no papel esse sofrimento? Como dar voz ao indivíduo que aos poucos perde sua autonomia, e é rotulado em diferentes seguimentos da sociedade como louco e insano? Para o pesquisador qualitativista dar voz a angústia do outro é um grande desafio, pois o que se escreve nas páginas de um trabalho já não é mais aquela voz que se escuta nos áudios de uma entrevista gravada.

Para Pacheco (2011), o fenômeno da “loucura” nos acompanha desde períodos mais remotos e seus significados são transformados no decorrer do tempo, no entanto a autora

escreve que a sociedade determina para as pessoas que possuem algum transtorno mental o lugar do excluído e do limitado. As limitações que sofrem são de diversas ordens e colaboram para o processo de exclusão desses indivíduos, que ainda sofrem pelo preconceito, são estigmatizados e vistos com olhos de medo pela sociedade.

Durante as entrevistas, os participantes relatavam as percepções que tinham a respeito da doença e os **sentimentos** que acompanham a sua condição. Por vezes, uma fala carregada de angústia.

Tava me sentindo um lixo, um... Sabe? Aquele drogado, aquele cachaceiro que... Que é desprezado pela sociedade, por todo mundo... Passa todo mundo e olha pro outro lado... Sentindo desprezado... Aí eu comecei tratar, comecei tomando um diazepamzinho... Depois foi pra dois... Agora eu tomo três durante o dia, tomo olanzapina, tomo risperidona... Tomo um... Levoprometazina... Tomei um monte de coisa, eu tomo agora...muito remédio (Bruno)

Bruno traz em sua fala os sentimentos de desprezo sentido por ele decorrentes dos estigmas que são postos pela sociedade, e ainda a necessidade da medicação, entendida por ele como pilar central do tratamento. Segundo Torre e Amarante (2001) no processo de apropriação da “loucura” como um campo exclusivamente da medicina, é conjuntamente construído alguns conceitos envoltos ao fenômeno, conceitos estes de estranheza e de desordem que incapacitam o indivíduo com diagnóstico de esquizofrenia e o excluem do convívio social. O sujeito dito “louco” é aquele que está fora de si, fora de uma realidade, que é incapaz e gera perigo para si e para os outros, e esse olhar sobre a doença mental, embora ultrapassado, ainda deixa resquícios, quando analisamos as práticas e os saberes envoltos ao fenômeno hoje em dia.

Além de sentimentos de desprezo e o sofrimento causado pelos estigmas sociais, alguns participantes trouxeram sentimentos de desconfiança e traços persecutórios. É precipitado afirmar que estes seriam traços típicos de sua condição, pois estaríamos reforçando sobre eles, um olhar que o classifica como incapaz, como sujeito que perde sua autonomia, e que na condição de “pessoa que possui diagnostico de transtorno mental” tudo o que diz passa a ser classificado como sintoma, delírio ou alucinação. Anderson relata esse medo e desconfiança e traz que é somente em sua família que ele pode confiar.

Às vezes eu me sinto cercado, rodeado, com medo do mundo, das pessoas...sabe? Sou noiado assim, com todo mundo, assim, tenho desconfiança, não consigo acreditar em ninguém... sabe? De todo mundo assim eu tenho um pouco de medo, sabe, só da minha mãe assim...que não, sabe? Minha família assim que eu não tenho... Da minha mãe assim, que eu não tenho essa... Medo de nada assim... Mas são sempre essas ideias e tal...(Anderson)

Quando encorajados a falar sobre sua doença, os participantes trazem situações e sensações que não deixam de causar certo temor. Carlos descreve que o transtorno o fazia olhar para o mundo e ao ver tanta coisa errada, tinha vontade de não fazer mais parte dele.

Entendi, mas me fala um pouco então sobre a sua condição emocional, sobre seu adoecimento (Pesquisadora)
Assim...é....eu olhava muito pro mundo, sabe? Via muita coisa errada, e...e as coisas não dando certo. A minha vó doente...deu vendo aquele mundo, eu pensava assim: Se eu perder a minha vó, eu vou ficar sozinho nesse mundo que só tem coisa que não presta. Nossa, eu vou é sofrer! Aí certo dia eu falei....Ah não. Eu não vou ficar sofrendo aqui nesse mundo não. Vou tirar minha vida. Aí eu parei, é....de alimentar, fiquei quase....3 ou 4 semanas, sem comer sabe? Bebe água. Eu fui pro...pro hospital e eles falo como assim? Os rim dele tá parando, vai andar na cadeira de rodas. Por isso...por ver o mundo do jeito que é...atrapaiado...[pausa]...Aí eu queria era ir embora com Deus, sabe? (Carlos)

Carlos ao discorrer sobre sua condição emocional, diz que já quis se matar, “ir embora com Deus” e atribuiu isso ao seu sofrimento, ao modo que ele via as coisas do mundo e o sofrimento das pessoas que ele ama e o medo de perdê-las. A tentativa de suicídio aparece nas falas como uma alternativa de acabar com o sofrimento. Menezes e Mann (1996) conduziram um estudo no Brasil, com um *follow up* de 2 anos com o objetivo de investigar a ocorrência de suicídio entre pessoas com diagnóstico de esquizofrenia e outras psicoses não afetivas, e os resultados indicaram que a esperança de vida, nessa população, menor que a observada na população geral. Além disso, na fala de Carlos podemos observar uma identificação com esta situação crítica. Situação esta que o leva a deixar de se alimentar e se cuidar passando a ter pensamentos suicidas e que por fim se faz necessário a ida ao hospital.

Em um trabalho realizado por Carvalho e Costa (2008) com o propósito de caracterizar os episódios iniciais de psicose observando seu desenvolvimento, apontam que pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, transtorno esquizotípico e transtorno delirante, conseguem identificar uma situação crítica que se configura de fato em uma crise aguda. Quando os recursos da própria pessoa são tão escassos e ineficazes, que se faz necessária uma intervenção externa ao indivíduo ou mesmo a própria família, e um atendimento médico se faz urgente nessas situações.

Ah, eu tava sentindo assim, com... Aquela culpa, sabe? Nós fomos, que eu fiquei um ano e quatro, cinco meses de sobriedade total, sem fumar, sem beber, entendeu? Aí quando eu olhei pra mim, trouxe uma, como se diz... Aí foi aonde que eu procurei esse doutor, porque eu já tava afim da navalha, de querer se suicidar. Que eu olhava, assim, no espelho, eu mesmo... Olhava de manhã, assim, nossa... Eu ficava chorando, sabe? Eu tava sem comer, sem beber, entendeu? Eu tava a ponto de quere quase, Deus me livre e guarde, que eu não quero em hipótese alguma, de querer suicidar (Thiago)

Thiago descreve como estava se sentindo no começo do tratamento, fala de abstinência, e na procura por ajuda. Diz ainda que tinha pensamentos suicidas recorrentes e se culpa por isso. Esse discurso ligado a vontade de morrer, ou a possibilidade de suicídio esteve presente em algumas entrevistas, como ilustrado acima, e demonstra a fragilidade dessas pessoas e a angústia presente no diagnóstico. De acordo com Mogadouro et al. (2009), o suicídio entre pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia incide cerca de 12 vezes mais do que na população em geral, e dos que chegam efetivamente a cometer suicídio muitos já estão recebendo tratamento de saúde para suas condições. Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2002), pelo menos 30% da população com diagnóstico de esquizofrenia teria tentado suicídio e uma possível explicação para esses números, seria de que após um episódio psicótico, a pessoa apresentaria humor significativamente deprimido e experimentaria sentimentos de angústia intensos.

As experiências e **vivências, associadas à doença**, foi outro tema bastante recorrente durante as entrevistas.

Ahhh vixx, eu tava totalmente desnorteado, via vulto, escutava voz. O que as pessoas falava pra mim assim, eu pensava que tava querendo me manipular. Não acreditava em ninguém (Augusto)

Augusto, ao discorrer sobre o início do adoecimento, relatou que se sentia desnorteado e persecutório, trazendo também a dificuldade em manter relações interpessoais já que não acreditava em ninguém.

Alguns participantes trouxeram essas vivências com bastante riqueza e emoção.

Eu me sinto muito humilhado, muita gente me chama de doido, fala “Lá vem o doido...lá vem o doido.” Porque eu converso com, eu já tomei rivotril essas coisa aí... E lá no NAREV lá, os cara, muita gente me conhece lá da vila e fala assim “Ah ele tomava gardenal, não sei o que, ele é doido, não mexe com ele não.” Inclusive tem uns que fala “Cê não quer tomar um negocinho não? Eu pago, não dá nada não.” Aí o outro chega e fala “Não, ele é doido, não pode beber não, que ele fica doido.” (Bruno)

Na fala de Bruno, podemos inferir que ainda há muito preconceito e desconhecimento das pessoas a respeito das doenças mentais, o que resulta em sentimentos de humilhação e impotência frente ao transtorno. Outro ponto que nos chama atenção, é o controle da sociedade sobre o uso de substâncias por pessoas que sofrem com algum transtorno mental, o que nos faz refletir que tal abordagem seria diferente caso Bruno não apresentasse essa condição. Além de Bruno, esse controle foi identificado na fala de outros participantes.

Ahh eles fala pra ele não fuma e nem bebe por causa dos remédio, mas faz tempo que eu num fumo....(Douglas)

A pessoa com experiências classificadas como transtornos mentais já foi vista, durante a evolução histórica da humanidade, de diversas formas. Formas estas, muitas vezes carregadas de preconceitos, estigmas, desconhecimento e medo. Aos olhos da sociedade, o “louco” nunca foi visto como um ser igual aos ditos “normais”, ou seja, além de um olhar

cheio de estigmas, o indivíduo com transtornos mentais além de não se enquadrar num padrão social já estabelecido, deveria ser encarcerado e excluído de convívio social (Pessoti, 1994).

Eu comecei a sentir as vozes, quando...é....eu entrei em desespero, mas sabe quando você tá....é....meio assim, em silencio. Aí você faz assim, em silencio, sabe? “Meu Deus.....” sabe/ Bem assim, é...bem forte mesmo...ai foi que eu comecei a ouvir. Que daí eu tava rezando, e pedindo pra ele me aconselhar...até eu escrevo né. Eu to escrevendo o meu livro, que eu assim, senti o espirito santo....mas o Dr. G. fala que não é isso (Carlos)

Ouvir vozes ou acreditar ser um “anjo enviado por Deus” é uma percepção que está desarticulada da nossa realidade, carregada de estigmas e desconhecimento (Muñoz et al., 2011). Carlos ao falar sobre como começou a escutar as vozes, rezava e pedia para Deus aconselhá-lo. Diz também que está escrevendo um livro, que pelo que parece, uma alternativa que ele encontrou para dar sentido para as vozes que ele ouve, mas que a todo tempo é lembrado pelo médico do serviço que esta experiência isso não é real. Acredita-se que aquele que possui o saber científico seja o detentor da verdade sobre a vida, há uma tendência de adotar essas verdades com o objetivo de se normatizar comportamentos e pensamentos, mesmo que vá contra a vontade e a verdade do outro.

Em contrapartida à patologização da experiência de ouvir vozes, inicia-se, a partir da década de 80, um movimento de pessoas que ouvem vozes, que se reúnem em parceria com diversos profissionais, com o objetivo de questionar, criticar e construir novos entendimentos dessas experiências. Este movimento visa desenvolver enfrentamento e empoderamento dos indivíduos, redefinir a propriedade de poder e das competências sobre a compreensão da experiência do ouvir voz e promover a defesa política dos direitos daqueles que ouvem vozes. O movimento de ouvintes de vozes tem como princípio a noção de que ouvir vozes é uma experiência humana significativa, além disso, são apontados alguns valores fundamentais, como a normalização da crença de que ouvir vozes é uma parte natural da experiência humana e não algo anormal; são aceitos e valorizados todos os sentidos que essas pessoas atribuem as suas vozes sem a necessidade de intervenções psiquiátricas; e os ouvintes ainda são encorajados a tomar posse de suas experiências e defini-la por si mesmos. O movimento de ouvintes de vozes aceita as vozes como uma experiência real que leva em consideração a realidade subjetiva de cada pessoa e reforça a importância da mudança de paradigma, principalmente para profissionais de saúde (Corstens et al., 2014).

Ao serem questionados se eles tinham conhecimento de sua doença e o que ela **significava** para eles, alguns disseram não se importar com o diagnóstico, outros ainda disseram que esquizofrenia significa ouvir vozes, ver “vulto”, ter sentimentos de apreensão e preocupação.

O que consta é esquizofrenia...(Anderson)

E o que isso significa pra você?(Pesquisadora)

Ah, ouvir vozes, coisas que não existe... Ficar inventando coisas na cabeça... Vendo vulto, esses negócios assim, sabe...[pausa] Ouvindo vozes, parece que tem alguma coisa me falando alguma coisa, sabe... Eu fico encanado, sei lá, uma superstição... Um outro sentido me falando assim, parece assim, e eu fico encanado assim... Antes eu ficava mais, eu ficava mais bolado sabe, mas aí eu começo a... Tomar os remédios de novo e me equilíbrio de novo, sabe... Tipo sertralina, essas coisa... Aí eu fico equilibrado de novo...(Anderson)

Ao discorrerem a respeito da doença, e o que eles acreditam ser esquizofrenia, fica evidente que esses discursos estão sendo repetidos pelos participantes, como se fossem ensinados e decorados. Considerando que, devido ao diagnóstico de esquizofrenia, essas pessoas praticamente vivem em contextos de saúde e estão em contato com profissionais o tempo todo, os discursos a respeito da doença parecem ser extraídos de algum livro, como se descrevessem o que é esquizofrenia a partir dos sintomas que encontramos nos manuais diagnósticos. Oliveira, Facina e Siqueira Junior (2011), apontaram em seu estudo que o significado que indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia atribuem à doença é fortemente influenciado por fatores culturais. Eles apontam que, apesar de certo desconhecimento e incerteza, os discursos dessas pessoas são voltados aos aspectos biológicos, ou seja, há uma priorização dos discursos médicos e biológicos que são decorrentes da assistência prestada a elas, voltada, na maioria das vezes, aos aspectos orgânicos.

Você sabe qual o diagnóstico que você tem? Sua doença....(Pesquisadora)

Esquizofrenia Paranóide (Augusto)

Uhum, e o que isso significa pra você? (Pesquisadora)

Ah, vê vulto, escuta voz...ficar irritado senão tomar o remédio.. Então o remédio é pra controlar a minha vida, minha estabilidade (Augusto)

A fala de Augusto chama a atenção, pois ele relata o subtipo da esquizofrenia no qual foi diagnosticado, e vai descrevendo o transtorno a partir de seus sintomas/experiências, reforçando ainda a importância da medicação para sua estabilidade. Apesar dos subtipos da esquizofrenia terem sido excluídos do DSM-V, na CID-10 eles ainda são utilizados. Percebe-se na fala dele a influência do discurso biomédico, tanto ao descrever a doença, como ao apontar o tratamento desta.

E o que a esquizofrenia significa para os entrevistados? Depois de analisarmos que houve uma predominância de discursos que descreviam a esquizofrenia a partir de seus sintomas, como se estivéssemos fazendo a leitura dos critérios diagnósticos presentes nos manuais médicos, fica-nos claro que para muitos deles esta terminologia não tem significado.

É....[risos]....esquistrofenia, esquozofrenia [risos](Carlos)

E o que isso significa, para você?(Pesquisadora)

Humm...[pausa]....nada. Sossegado...(Carlos)

Outro ponto que nos chama atenção nas entrevistas e reforça a ideia da ausência de significados para o transtorno “esquizofrenia”, é o fato de que quando começamos a falar sobre a doença e o que ela significa, fica evidente a **falta de percepção a respeito da cronicidade do transtorno**, como se este fizesse parte de um trajeto de vida desses participantes e que chegou ao fim.

Porque eu curei da esquizofrenia, né? (Luis)

Eles falam sobre a esquizofrenia no passado e usam a palavra “cura” ao se referirem à doença.

Ah, eu não sei, mas eu sei que eu já tive esquizofrenia, ouvi vozes... Eu não vou lembrar bem a época exatamente, como é que eu tava nesse sentido... Mas eu já passei por ouvir vozes sim... Ou por, sei lá...Achar até, sei lá, que a Tv tava meio que falando comigo... Várias coisas...(Flávio)

Flávio fala sobre o transtorno no passado e discorre que ouvia vozes e que acreditava que a televisão falava com ele. Destaca-se a fala deste participante, pois esta reforça a

compreensão de que há uma possibilidade de cura para a esquizofrenia. Apesar de muitos participantes terem se apropriado do discurso biomédico durante a realização das entrevistas, em momentos como este, onde falam sobre a possibilidade de cura, esse discurso é deixado para trás. O discurso biomédico coloca a esquizofrenia como um transtorno grave e de curso crônico (APA, 2015) e para esses participantes isto não se aplica. A esquizofrenia, para essas pessoas, está mais relacionada a uma experiência adversa, a um momento de crise que pode ser superado. Nesta direção, vão de encontro ao que é disseminado pelo movimento de ouvidores de vozes, que sugere deixar de nomear estas experiências como sintomas de um diagnóstico e compreendê-las como diversidade, como experiências de vida, que podem se tornar mais intensas em momentos de crise.

Além do significado que a esquizofrenia tem para essas pessoas, e das suas vivências, foram levantadas questões a respeito do que eles acreditam serem os possíveis **motivos para o adoecimento**.

Eu acredito que seja... O acúmulo, acúmulo de droga, tá certo? Que a maconha, quando você fuma um “béckão” assim, você se enche de êxtase mesmo, de dopamina, essas coisa, talvez eleva o pensamento um pouco... (Anderson)

Na fala de Anderson, além de associar o adoecimento ao uso de drogas ele refere acreditar também que este seria um acúmulo de coisas, o trabalho e o consumo de maconha e de outras drogas. Outros participantes, ao citarem o uso de maconha como motivo para o adoecimento, demonstram certa ambivalência, ou seja, apesar de se apoderarem de um discurso que remeta a ideia de causalidade, em muitos momentos os participantes entram em contradição e abandonam essas verdades. Essas questões nos fazem refletir sobre quais são os discursos, ou de quem são os discursos por trás das falas desses participantes.

Você foi orientado pelo pessoal aqui do serviço a respeito do uso? Falaram alguma coisa, te orientaram?(Pesquisadora)

Sim, sim, já falaram sim...(Anderson)

O que eles te falaram?(Pesquisadora)

Ah, bom, falaram o que falam né, que ela causa esquizofrenia e tal, esses negócio, alucinações... Esses negócio assim, mas nunca falaram o quanto fala do álcool, o quanto fala do cigarro, que tem muitas outras mais, sequelas mais violentas, né?

Acho que essas outras droga tem ate mais sequela sabe? Só que elas são legais...a maconha é ilegal (Anderson)

Novamente é discutida aqui a influência dos profissionais de saúde sobre a compreensão que essas pessoas têm sobre as razões pelas quais adoeceram, já que elas escutam a todo o momento que a maconha exerceu um papel decisivo para o surgimento do transtorno.

Eu acho que não....as vez eles fala que sim que eu fiquei assim por causa de tanta droga, de fumá demais, maconha, cigarro, de tanto bebe mas eu num sei não, de ter a mente vazia, sem atividade....as vez né (Douglas)

Douglas, assim como Anderson, demonstra ambivalência em sua fala, além de dizer que “*eles falam que sim*”, ou seja, eles já escutaram muitas vezes dos profissionais que ficaram doentes por causa da maconha e acabam repetindo esse discurso, no entanto, demonstram ambivalência quanto à questão, devido à percepção de experiências positivas com a maconha.

Os demais associaram o adoecimento com causas diversas, causas ambientais, acontecimentos pontuais. Um participante relatou que a causa seria genética, compreendendo que desenvolveu a esquizofrenia por ter a doença em sua família.

Ah, eu acho que eu... Tenho uma facilidade a... Genética, né? Minha mãe teve problema mental, meu pai teve problema mental na adolescência também... Eu sou mais frágil pra.....(Flávio)

Flávio discorre que o motivo de seu adoecimento seria por uma vulnerabilidade genética, como os pais também apresentavam algum transtorno este seria o motivo para seu adoecimento. Augusto também atribui a doença à hereditariedade ao dizer que os pais tinham e por isso ele também tem.

Porque meu pai e minha mãe tinha esquizofrenia também. Meu irmão não pegou, mais em mim pegou (Augusto)

Outros participantes associam ainda o desenvolvimento da doença como um “*trajeto de vida*” ou mesmo “*vontade de Deus*”.

Por que você ficou doente? (Pesquisadora)

Acho que foi isso mesmo, ou se é meu destino, o que Deus escreveu pra mim né....as vezes eu vim nesse mundo pra passar nessa provação (Douglas)

Essa explicação de uma dimensão espiritual pode ser para este participante um recurso para preencher as lacunas do inexplicável ou incompreensível, trazendo assim conforto e resignação frente ao sofrimento enfrentado. Muñoz et. al (2011) ressaltam que o sujeito psicótico é livre para percorrer os caminhos da vida sem que tenha de seguir um padrão pré-estabelecido, no entanto, construir esse caminho pode ser penoso e angustiante, principalmente no que se refere a sua tentativa de localizar-se no mundo.

5.2 O uso de maconha

Essa categoria foi estruturada a partir da compreensão que os participantes tinham a respeito do uso de maconha, seus efeitos, benefícios e malefícios e trajetórias de consumo. Alguns questionamentos a respeito da primeira vez em que os participantes fizeram uso de maconha, com quem estavam e o lugar em que se deu este uso foram levantados nas entrevistas.

No que se refere à **idade em que ocorreu o uso pela primeira vez**, a maioria dos participantes relatou ter iniciado o uso no final da infância e no decorrer da adolescência, entre os 10 e 18 anos de idade, assim como já demonstrado pela tabela de caracterização dos participantes anteriormente.

Ah, a primeira vez que eu fumei maconha... [pausa]. Eu tinha 17 anos quando eu fumei maconha a primeira vez...Ah, eu tava na casa de um amigo meu, tal... Ele usava, tal, assim... E que me influenciou e depois eu fumei, viquei e tal e... E não parei mais...de fumá (Anderson).

Assim como Anderson, a maioria dos entrevistados relatou estar com amigos no momento do uso. Monteiro et al., (2012) realizaram estudo para se estimar a prevalência do uso de drogas entre adolescentes, e apontaram que mais de 17% da amostra relata o uso de substâncias ilícitas. Dentre os fatores de relacionados ao uso de drogas, os adolescentes relataram que estavam (42.9%) na casa de amigos e dentre as drogas mais utilizadas estão maconha (60%) e crack (205).

Acho que foi com 16, 16 anos..Aí eu fiquei, 17 e 18 né....que daí eu comecei a jogar bola na Francana, mas eu não fumava frequente, sabe? Por que eu tava jogando bola...e quando eu....eu assinando contrato....na, na Francana, quando eu completasse 18 anos, aí eu fiquei 17, 18...aí eu fumava só de vez em quando. Assim, na noite...com os amigos.....Ahhh eu tava lá....lá perto de casa, aí nós fumo, aí...[risos]...aí depois disso aí foi frequente, sabe...(Carlos).

A literatura tem mostrado que é na adolescência que geralmente ocorre o contato com substâncias psicoativas pela primeira vez, pois é um período marcado por diversas mudanças, físicas e psíquicas, e que, segundo alguns autores, colocam este adolescente em uma posição mais vulnerável (Schenker e Minayo, 2005; Silva e Mattos, 2004; Tavares, Béria e Lima, 2001). Para Schenker e Minayo (2005) a adolescência é uma fase crucial no ciclo vital, e especificamente para o início do uso de drogas, que pode ser uma mera experimentação ou um consumo ocasional, indevido e até abusivo.

Viixxxx, eu nem lembro não....faz muito tempo, acho que nem sei devia ter uns 14 ano eu acho, acho que uns 14 mesmo com um camarada lá perto de casa (Douglas)

Nesse mesmo sentido, Douglas descreve a idade que usou maconha pela primeira vez e com quem estava. Em um estudo realizado em 27 capitais brasileiras com 50.890 estudantes do ensino fundamental e médio das redes pública e privada, verificou que destes, 25,5% relataram já ter feito uso de alguma droga durante a vida (com exceção do álcool e tabaco) (Carlini, et al., 2010). Percebe-se que esses dados são semelhantes no que se refere a pessoas que tem diagnóstico de esquizofrenia, ou seja, assim como na população em geral, o início do consumo de drogas durante a adolescência se repete quando analisamos esses dados nas pessoas que apresentam algum sofrimento mental.

Após falarem sobre a primeira vez em que haviam feito consumo de maconha, foram perguntados sobre como que este **uso** se manteve **através dos anos**, também sobre quando eles percebiam um consumo maior e quando percebiam um consumo menor e qual era a quantidade de maconha que geralmente faziam uso por dia.

Ahh no começo assim era mais difícil de conseguir e tal pra comprar, eu só fumava com uns colega meu que morava ali perto de casa sabe? Mas depois que eu fui crescendo e tal eu já fumava todo dia....tipo umas baga grande de pito, tipo uns 3 ou 4 cigarro assim desse tamanho por dia....dai eu ia juntando as minha ponta que sobrava sabe...tudo dentro dum pote pra quando eu não tivesse grana ou quando acabasse eu já fazia um beck só das minhas ponta.....ele não ficava muito bão mas na hora era o que tinha (Douglas).

Nesse sentido, assim como a fala de Douglas, percebemos que comprar a maconha era um pouco difícil devido a pouca idade e, algumas vezes, pela falta de dinheiro. A alternativa que ele encontrava nessa situação era de fazer um cigarro com os restos, as “pontas” que ele guardava dos outros cigarros de maconha.

Outros participantes justificavam a continuidade do uso da maconha devido aos efeitos que esta produzia, assim como podemos observar na fala de Augusto.

Ah tá, e por que você acha que continuou fumando?(Pesquisadora)

Porque eu gostei, era prazeroso (Augusto)

Em um estudo realizado por Santos et al. (2012) sobre os posicionamentos de jovens adultos a respeito do uso de substâncias, os autores relatam que embora houvesse uma certa discordância de opiniões, houve, por outro lado, uma valorização positiva do uso de maconha, uma vez que os jovens trouxeram, em suas falas, expressões como “a maconha é do bem”, “é prazeroso fumar” e “a maconha deveria ser legalizada”.

Outro ponto que merece destaque refere-se aos discursos sobre o consumo mais intenso em situações sociais, como reuniões e férias com os amigos, o que evidencia o aspecto social por de trás do consumo de maconha.

Quando foi o período da sua vida que você mais usou maconha? (Pesquisadora)

Vinte um, vinte um... Eu fui pra Santa Teresa quando eu tava no Uruguai eu fui viajar com seis amigos mais uma barra de amigos deles, eu era... Lá era chamava “barra” tipo assim a galera, sabe... E aí a gente desde que a gente foi pra lá até o último dia a gente usou maconha todos os dias...(Flávio)

A rede de sociabilidade desempenha um papel importante na aquisição da substância e na manutenção do consumo e a maconha além dos seus aspectos individuais também é uma substância muito usada em grupos. As “rodas de fumo” são situações sociais muito comuns, e esta terminologia se refere a quando um cigarro de maconha em uma situação social passa de mão em mão e funciona como um meio do indivíduo se colocar em um grupo e ajustar sua percepção do “barato” que a substância produz (McRae & Simões, 2003).

Os amigos e os grupos foram assuntos recorrentes durante as entrevistas. Nesse sentido, é importante destacar que além dos amigos terem desempenhado um papel

fundamental no início do consumo de maconha, estes também estiveram presentes no sentido de “chamar a atenção” daquele participante quanto ao uso, conforme este foi ficando abusivo e já representava um “problema”.

Aí eu fumava, todo dia, sabe? Até o tanto que eu fumava, mas eu não gostava de ficar no meio dos amigo, sabe? Eu fumava mais sozinho...aí os moleques viu que eu tava baseadão, assim...[risos]...viu que eu passava os melzinho, sabe?(Carlos)

Como assim, mel?(Pesquisadora)

É aqueles melzinho assim, [fez gesto com a mão]. Aqueles pequenininho de saquinho. Daí eu passava o mel...e eles via, e falava assim, “nossa, você vai acabar morrendo, para com isso!”, eu falava, “não, se eu parar, meu coração para”. Eu fumava muito sabe? Mas muito mesmo! (Carlos)

Além da frequência do uso de maconha, as **experiências** iniciais associadas a este uso foram um dos pontos importantes citados na entrevista, sendo que na maioria das vezes os discursos remetiam a uma ideia de prazer, felicidade e relaxamento. É importante ressaltarmos que esses efeitos do uso da maconha são similares em pessoas que não apresentam nenhum diagnóstico psiquiátrico (Peters et al., 2009). O uso de maconha pode produzir sensações de euforia e relaxamento, além de alterar os sentidos e o humor (Louzã-Neto & Elkis, 2007).

Ah, da primeira vez que eu fumei, teve uma vez que eu fumei... Que eu não sabia tragar direito... Aí eu não chapei, sabe? Mesmo assim, mais depois da outra vez que eu consegui tragar... Nossa, assim, com muito pouca quantidade assim, me deu uma brisa violenta mesmo sabe, eu comecei a rir e não parava! Crise de riso e ria, ria, dava dor de barriga de rir e não parava de rir... Tudo eu achava a graça... A primeira vez foi isso aí, sabe a primeira vez... Depois eu passei a gostar disso, as primeiras vezes tinha essa sensação de leveza, um prazer muito bom mesmo que transmitia... Mas depois eu... Já não dava mais aquele mesmo prazer, sabe... Era uma coisa mais viciosa, assim, tal, sentia mais preso essas coisas assim, sabe... Por causa que necessitava daquele prazer, assim, depois que se conhecia assim, cê necessitava daquele prazer, depois de um dia estressante de trabalho... Essas coisas...(Anderson).

Na fala de Anderson, percebemos que ele inicia explicando que no começo, como ele não sabia como tragar, não sentiu muito os efeitos, no entanto, quando conseguiu tragar sentiu uma sensação de leveza e um prazer muito bom, ria e achava graça de tudo. Termina a fala, no entanto, dizendo que se sentia preso e necessitava daquela sensação de prazer novamente.

Nesse mesmo sentido, Carlos ressalta que usava maconha como uma forma de lidar com seus sentimentos e de controlar a tristeza.

Então...[risos]...é até legal. Mas depois que vai passando o tempo, aí se você tiver triste, aí você isola das pessoa. Fica com aquela tristeza maior, do que cê....mas daí se você não fumar, você vai saber controlar tudo. Seu sentimento...é....sabe? Agora com a maconha não....a maconha você já piora. Aí é perigoso você entrar numa....numa depressão, sabe? Por que você tá ali fumando toda hora...daí seu sentimento tá...tá duas vez mais...mais do que...que tava né. Daí é a hora que entra a depressão. Fica triste (Carlos)

Nas falas dos participantes, apesar de relatarem prazer no uso, eles também percebem um componente que gera angústia em relação à compulsão do uso da substância. Podemos observar o uso de palavras como “viciosa” ou “estar preso” e como a maconha pode ser atenuante de sentimentos ligados à tristeza e depressão. Além disso, Carlos faz uma associação entre o uso e a depressão e sentimentos de tristeza.

Essa percepção negativa, ou esse desinteresse apareceu durante outras entrevistas, onde os participantes diziam que ela não fazia mais bem a eles, como se ela não suprisse mais uma necessidade. Outras falas carregavam certa culpa e por isso classificavam essas experiências como desagradáveis.

5.3 Esquizofrenia e maconha

Essa categoria configura-se pelas intersecções entre esquizofrenia e maconha. Como os participantes veem a relação entre o uso e o adoecimento e como a maconha age sobre os sintomas da sua doença. Como apontado anteriormente, esta categoria exigiu bastante reflexão e cuidado, pois, não seria todo o processo da entrevista um grande retrato do fenômeno do uso de maconha em pessoas diagnosticadas com esquizofrenia?

Você considera que a maconha, ela interfere ou interferia nas suas alucinações ou nas suas vozes, tal...(Pesquisadora)

Nas minhas alucinações, minhas vozes... Não, eu acho que não.....A maconha não, a maconha fazia eu pensar mais... Sabe, quando eu penso mais... Faz eu pensar, refletir mais...pensar na vida e essas coisas sabe?..... Ah, eu acho que ela expande mais o... O conhecimento, assim, mais a mente, o modo de pensar... Essas coisa, mas eu acho que também que depende da qualidade dela também, do produto que você tá usando, que às vezes você compra, você... O modo de consumo, o modo de... De armazenamento, às vezes isso acaba sendo muito escasso, embolorado, molhado, esses negócio... (Anderson)

Anderson coloca a maconha como uma substância que o faz pensar mais, refletir sobre as coisas da vida e associa isso a qualidade da maconha que se usa, o modo como consome e o armazenamento desta. É importante refletir sobre a qualidade da maconha que é consumida aqui no Brasil, pois são as quantidades de THC e CBD presentes na substância que vão influenciar nos sintomas positivos ou negativos do transtorno.

Entendi... Você acha que a maconha interferia, por exemplo, nas alucinações ou no delírio? (Pesquisadora)

Ah... Depende das eventualidades que se passaram e pelas circunstâncias que eu encontrava... As responsabilidades ou... Mas é que eu não tô me lembrando a época que eu tinha esquizofrenia né, eu sei que eu já cheguei a ouvir vozes, assim, mas eu não ficava assustado ou conversando com isso... Eu ficava só pensando, sei lá, e ouvindo... Ou achava que o meu pensamento era o que eu tava ouvindo... Não sabia distinguir...sabe?(Flávio)

Enquanto você fumava maconha você achava que... Como é que ficavam essas... A questão das vozes e dos pensamentos...(Pesquisadora)

Ah, eu... Sei lá, eu convivia com eles. Não me afetava assim... Muitas vezes não me afetava... Porque ou eu achava que era o pensar mesmo, mas acho que até teve delírio de achar que até, sei lá... Que tinha sabe a rádio? Tocava som né? Aí eu imaginava que tinha uma rádio com a frequência bem baixa de som pra você ouvir e na verdade era, colocava um... Aí eu achava que tava sendo conspirado, qualquer coisa assim, vários absurdos assim... Como por exemplo... Que tinha uma rádio que ficava na frequência bem baixa, e me fez esse... Pensar em coisas graves assim, como terrorismo e tal que eu tava sendo vítima... Sei lá...(Flávio)

Quando questionado sobre a interferência da maconha sobre as vozes e o pensamento, Flávio descreve que não tinha medo das vozes, fala da esquizofrenia no passado e coloca que achava que as vozes na verdade eram seus pensamentos.

Outra experiência que chamou atenção durante o processo de análise das entrevistas foi a de Carlos. Ele descreve que a maconha o fazia se aproximar de Deus, ele podia sentir Deus e sentir o Espírito Santo, e essa vivência mística/espiritual dava sentido a sua vida, dava sentido para seus atos, tanto que relata estar escrevendo um livro a respeito desse sentimento de felicidade e êxtase.

Ahh, eu num sei sabe? Mas....ahh....é.....o Dr. Gustavo me falou que sim. Mas eu não sei, fico meio dividido sabe? [pausa]. Que as vez eu senti Deus mesmo, e das vez nas teoria, não....Eu comecei a sentir as vozes, quando...é....eu entrei em desespero, mas sabe quando você tá....é....meio assim, em silêncio. Aí você faz assim, em silencio, sabe? “Meu Deus.....” sabe? Bem assim, é...bem forte mesmo...aí foi que eu comecei a ouvir. Que daí eu tava rezando, e pedindo pra Ele me aconselhar...até eu escrevo né. Eu tô escrevendo o meu livro, que eu assim, senti o espirito santo....mas o Dr. Gustavo fala que não é isso (Carlos)

O uso de maconha e a associação com experiências ligadas à espiritualidade e a possibilidade de se atingir um estado espiritual mais elevado foi observado no estudo de Costain (2008), onde o pesquisador explora alguns modelos explicativos para o uso de maconha entre pessoas com diagnóstico de esquizofrenia. O autor aponta que os participantes do seu estudo associavam a clareza do pensamento com o consumo de maconha e o aumento do volume das vozes à consciência espiritual. Os participantes afirmavam que a maconha,

embora aumentasse o volume das vozes, auxiliava na compreensão destas e consequentemente atribuíam um significado espiritual a esta experiência.

O significado que a maconha tem nesse contexto é o de algo positivo, de algo que trazia sentido para vida do Carlos.

Nesse sentido, Douglas também ressalta em sua fala que “*acha que fica ruim*”, no entanto, logo em seguida, afirma que a maconha o ajuda a ficar mais tranquilo para que possa dormir.

Quando você fuma maconha, você acha que ela interfere nas vozes, ou no seu pensamento? (Pesquisadora)

Ahhh não sei, acho que fica ruim assim sabe, mas eh que cê pita assim e dá uma viajada.. fica mais sussa, dá pra dormir...mas faz tempo que eu num fumo num vô lembrar bem...mas não acho que é bão não....Que mais cê pergunta?(Douglas)

A literatura descreve os aspectos positivos do consumo de maconha relatado por pessoas com esquizofrenia. Costain (2008) ressalta que pessoas com esquizofrenia e que faziam uso de maconha vivenciavam um aumento da criatividade e controle sobre as vozes. Além disso, os ajudavam a relaxar e ter uma noite de sono efetiva.

Fumar maconha me abre a minha mente, porque eu fui DJ, né... Eu já fui DJ “disk jóik”... Ajuda a relaxar a mente, fazer uma música mentalmente... Inventar um blues...(Luis)

Novamente, encontramos os discursos relacionados ao relaxamento e ao aumento da criatividade associada ao uso de maconha. Dentre os aspectos positivos relacionados ao uso de maconha por pessoas diagnosticadas com transtornos mentais estão um maior sentimento de normalidade e busca por compartilhamento de sensações agradáveis e experiências prazerosas (Asher; Gask, 2010; Costain, 2008; Thornton et al., 2012).

Você considera que a maconha, interfere ou interferia nas suas alucinações ou nas suas vozes, tal...(Pesquisadora)

Nas minhas alucinações, minhas vozes... Não, eu acho que não.....A maconha não, a maconha fazia eu pensar mais... Sabe, quando eu penso mais... Faz eu pensar, refletir mais...pensar na vida e essas coisas sabe? (Anderson)

As entrevistas analisadas apresentaram dados que estão condizentes com a literatura na área. Os participantes demonstraram ter uma visão positiva sobre o uso da maconha, e embora pudessem demonstrar certa preocupação, suas falas trouxeram as experiências e os sentimentos ligados ao consumo.

Escutava mais vozes....é.....visões. Porque assim, Deus deu o livre arbítrio, pra gente, saúde... Jesus morreu por nós na cruz né... pelos nossos pecados. Aí eu buscando mais pecado ainda, aí pronto né (Augusto)

Gostaria de chamar atenção para a fala de Augusto, pois quando questionado se a maconha piorava ou ajudava em algum dos sintomas de sua doença, ele relata que escutava mais vozes, no entanto logo em seguida, podemos perceber que sua fala carrega uma culpa tão grande que chega a descrever o uso da maconha como pecado. Além disso, a fala de Augusto, assim como a de Lúcio, vai de encontro com os achados que descrevem um aumento dos sintomas positivos da esquizofrenia devido ao uso da maconha.

Você acha que quando você fumava a maconha, ela interferia nas suas visões, nas suas vozes ou nas suas ideias? (Pesquisadora)

Ficava tipo, meio perturbado né (Lúcio)

Como? (Pesquisadora)

Tipo é que parecia que tinha gente conversando, mas que tinha gente conversando sobre você, mas num é né. Pessoa conversava assim parecia que era com você, mas na verdade num era não. Num era nada disso (Lúcio)

Você acha que a maconha ajudava ou piorava sua doença? (Pesquisadora)

Piorava né, ficava mais perturbado (Lúcio)

Lúcio relata ficar mais “perturbado” após o uso da maconha, sentia que havia pessoas conversando com ele quando não havia ninguém. Assim como nos estudos de Buadze

et al (2010) e Costain (2008), que descrevem um agravamento dos sintomas positivos do transtorno. No entanto, apesar dos estudos sugerirem que o uso da maconha proporciona alívio de alguns sintomas e sensações prazerosas, a longo prazo, não é possível afirmar que este uso ainda seria benéfico.

5.4 Tratamento

Nessa categoria são apresentadas as compreensões que os participantes têm sobre o tratamento que recebem na rede de saúde mental, como se deu o início do tratamento e suas crenças e percepções sobre o cuidado em saúde mental.

A maioria dos participantes atribuía a procura pelo tratamento às suas famílias, principalmente às suas mães.

Bom, então eu gostaria começar conversando com você sobre a sua busca por atendimento nos serviços de saúde mental em geral. Por que você procurou tratamento em saúde mental?(Pesquisador).

Uai, foi a minha mãe sabe?[pausa] Eu tava no...na época eu tava doente, aí deu depressão, eu queria morrer, e fiquei com 43 quilos, eu acho. Aí eles me internou. Mas foi a minha mãe que procurou (Carlos).

Na fala de Carlos, ele relata estar doente e com vontade de morrer, e diz que foi a mãe quem procurou um tratamento a ele, que nesse caso foi a internação.

Minha mãe que mando me interná, eu já tava dando muito trabaio pra ela e meu pai também não tava me aguentano mais daí eles me mando pra lá, a ambulância teve que me busca, daí eu fui pro janjão e depois me mandaram pra lá (Douglas).

Assim como Carlos e Douglas atribuíram a busca pelo tratamento às suas mães, outros participantes trouxeram essa questão nas entrevistas. Podemos inferir que a doença altera a dinâmica familiar e a família pode ser fator decisivo para a busca e o início do tratamento, além de pilar de sustentação ou gatilhos para crises destas pessoas.

Teve alguém que te orientou a buscar tratamento? Alguém que falou pra você buscar tratamento? (Pesquisadora)

Minha irmã e minha mãe....Primeiro foi minha mãe. Eu me tratei, mas foi lá no Santa Teresa de Ribeirão Preto. Eu tava lá...(Augusto)

Sabe-se que o consumo de substância é um fenômeno complexo e de natureza multicausal, que envolve não somente o sujeito, mas toda sua rede de relações e

principalmente a sua família, que assume papel decisivo no que se refere ao início e permanência no tratamento.

Ah, porque minha mãe começou a notar que eu tava muito alterado, muito fora de mim assim... Muito fora da minha pessoa, assim... Falando bobagem, essas coisa... E foi uma coisa que realmente mesmo, eu achei que eu tava precisando mesmo duma ajuda mesmo, assim tipo... Sabe, pra... Ah, pra melhorar essas brigas, essa discussão... Essas coisas assim...(Anderson)

Mas como eram essas brigas, essas discussões?(Pesquisadora)

Era, mais dentro de casa sabe... Coisas familiares, essas coisas mais assim...[pausa] Hoje a gente já tá mais, assim, hoje a gente já tá mais em paz, assim, por causa desses problemas depois que eu comecei o tratamento eu mudei bastante minha pessoa, minha personalidade... Essas coisas... Coisas que... Tipo, eu voltei ao normal mesmo...sabe?(Anderson)

Anderson atribui a busca pelo tratamento à mãe e ressalta ainda como era difícil a convivência em casa, mas que depois do tratamento as coisas melhoraram. As famílias que convivem com o sofrimento psíquico de um de seus membros podem demonstrar sentimentos de medo, impotência e preocupação com seu ente querido, sofrem ainda uma sobrecarga financeira, física e emocional muito intensa e aos poucos vão transformando seus papéis e tornando-se cuidadores daquele familiar (Borba, Schwartz e Kantorski, 2008).

Além da busca pelo tratamento partir de algum membro da família, alguns participantes invariavelmente manifestaram a percepção de uma dinâmica familiar conturbada e fragilizada com a situação da doença e do consumo de drogas.

Bati na minha mãe....bati nela....espanquei e fiquei lá uns 5 ano, 6 ano...[na cadeia](João)

Você começou a fazer tratamento aqui só depois de ter saído da cadeia? (Pesquisadora)

É só depois que saí da cadeia....num tem casa, minha mãe não aceita eu lá....fui expulso de casa. Aí eu num tenho casa, tenho que fica em algum lugar né... (João)

Machado e Santos (2012) afirmam que em decorrência da desinstitucionalização e das internações psiquiátricas de curta duração, as famílias foram responsabilizadas intensamente pelos cuidados aos familiares que sofrem de algum transtorno psíquico. O modelo psicossocial entra juntamente com a família, assumindo um papel central no cuidado,

no que se refere a monitorar o cumprimento do tratamento, observar os sintomas e sinais decorrentes do transtorno, na evolução do tratamento e na percepção da eficácia das terapias. Os autores colocam ainda que pessoas que possuem algum transtorno mental percebem claramente a influência da doença sobre a convivência familiar, acreditam que são um fardo pesado que seus entes carregam, entendem a dificuldade que é vivenciada dentro de suas casas nos períodos mais críticos, e reforçam ainda a necessidade de apoio e compreensão.

Ahh....eu fiquei internado lá no Allan Kardec já sabe? Fiquei lá um tempo por que eu meio que comecei a dá trabaio dentro de casa, ficava brigando com meu pai dentro de casa, daí minha...minha mãe entrava no meio...daí é.....minha mãe não tava mais dando conta de mim....chamo a ambulância lá um dia pra ir me buscar, eu num lembro muito bem.....daí eu acordei no janjão e de lá já me mandaro pro Allan Kardec (Douglas)

Novamente presente na fala de Douglas a internação como alternativa única de tratamento e justificada pelo “trabalho” que o participante dava aos pais. Salles e Barros (2007) afirmam que pessoas com diagnósticos de transtornos mentais e seus familiares entendem que a internação ainda é a melhor forma de tratamento, essa percepção mostra que a ideologia manicomial persiste na sociedade nos dias de hoje, mesmo que sejam conhecidas outras formas de intervenção e terapêutica. Para os familiares que convivem com as dificuldades decorrentes de uma condição patológica especial, a internação é a possibilidade de reestabelecer a vida, descansar e ter momentos de tranquilidade no ambiente familiar. Mello e Scheneider (2011) apontam que a família que possui entre seus entes, um com algum diagnóstico psiquiátrico, ainda possui uma relação muito forte com o modelo de cuidado asilar, deixando evidente uma dificuldade em se pensar numa intervenção extra-hospitalar. Além disso, as famílias se veem despreparadas para lidar com situações e crise e acabam recorrendo à internação devido às mudanças de comportamento e eventuais situações de risco.

O dr. G. fala que não pode fumar não, senão vai piorar se mistura com as medicação que é forte né....ahh e nem bebe ele num deixa bebe também não...que ele fala que se eu beber eu vô para de novo lá no janjão e depois eles vai me manda interna de novo, e Deus me livre e guarde de interná....eles nem cigarro te dá....tem que fica esperando o tempo do cigarro. Fica todo mundo numa fila pra pega cigarro (Douglas)

Podemos inferir através da fala de Douglas que a internação implica na perda de autonomia do indivíduo, que já não pode fazer o que deseja na hora que bem entender. Seus hábitos são disciplinados e há uma infantilização dessa pessoa. Além disso, o discurso dos profissionais de saúde parece que soa como ameaça, ou seja, se essa pessoa fizer o uso de álcool ou de maconha novamente significa que ela sofrerá consequências, que no caso é a internação.

A internação hospitalar ou em comunidades terapêuticas foi algo muito presente nas entrevistas, sendo que a maioria dos participantes já passou por uma ou mais internações. Dos nove participantes, sete foram internados em hospital psiquiátrico e um participante internado em comunidade terapêutica. Além disso, relatam as práticas adotadas dentro desses lugares e o controle que é exercido sobre eles, assim como demonstrado na fala de Douglas acima. Apenas um participante não fez menção à internação durante a entrevista.

Voltando aos discursos dos participantes a respeito do tratamento podemos inferir a partir de suas falas, quão penosa e árdua tem sido essa trajetória nos mais diversos serviços que já passaram. A internação é tratada como algo necessário e imposto a essas pessoas que aos poucos incorporaram essa rotina de “serviço em serviço” como parte integrante da personalidade.

Ao levantarmos questões a respeito do preparo dos profissionais que atuam na rede de saúde mental, fica evidente que muitos ainda não sabem lidar com esse tipo de população e acabam adotando práticas violentas e desrespeitosas.

Quantas vezes a ambulância foi lá em casa me buscar... Aí leva amarrado, com os pé amarrado... Aí cê tenta, cê pede pra ele um negócio pra urinar, eles não traz não... Da outra vez o rapaz bateu na minhas coisa assim, bateu e doeu. Eu fiz até xixi na roupa... Aí ele veio e me apertou de novo, falou “Isso é pra você aprender não fazer mais isso”(Bruno)

Bruno traz na sua fala, como os profissionais de saúde, ao lidarem com pessoas que sofrem de algum transtorno mental, estão despreparados e trabalhando de uma forma totalmente desumanizada. Pensando no critério de relevância, proposto pelo método clínico-qualitativo (Turato, 2011), é importante que certa atenção seja direcionada para a fala de Bruno, que depois de ser amarrado, e tendo seus direitos básicos negados, acabou sendo violentado por um profissional. É importante nesse ponto questionarmos que, apesar de

mudanças na legislação e da evolução no que se referem aos cuidados com pessoas que possuem algum diagnóstico de transtorno mental, ainda se percebe o modelo de cuidado asilar incorporado na prática dos profissionais de saúde mental.

Sabe-se que durante muito tempo o modelo asilar foi a única forma de tratamento aos portadores de transtornos mentais. O modo asilar caracterizava-se pela visão organicista dos problemas mentais, o indivíduo é visto como um doente, tanto em relação à família quanto a um contexto social mais amplo, decorrendo daí uma intervenção mais centrada no próprio sujeito doente. Pouca consideração era dada ao indivíduo doente, principalmente no que se refere como ser participante no tratamento, que se baseava na medicalização do sujeito, no hospital psiquiátrico fechado (Amarante, 2000). O hospício assumia encargo total sobre a vida do doente mental, ele o isolava da família e sociedade, além de vigia-lo a todo o momento. No entanto, após a segunda guerra mundial, começaram a surgir alguns movimentos que questionavam os tratamentos oferecidos aos doentes mentais até então. Os movimentos de antipsiquiatria, psiquiatria comunitária e de reforma psiquiátrica, vieram para quebrar um paradigma e mudar a assistência dada às pessoas doentes mentais (Machado, 1978). Segundo Amarante (2007), o tratamento psiquiátrico no Brasil, era restrito ao modelo hospitalocêntrico, marcado pela ineficácia dos tratamentos e a violação dos direitos humanos. No final dos anos 70, muitos debates sobre a loucura e os efeitos da instituição asilar começaram a borbulhar, e a questão da violência institucional e da segregação dos internos tornou-se pauta principal das discussões dos profissionais de saúde e grupos de familiares de internos. O modelo até então utilizado, com vistas a isolar e internar mostrava sinais de falência. Em 1989, um projeto de lei do deputado Paulo Delgado, apresentado ao Congresso Nacional, sugeria um novo modelo de tratamento na assistência psiquiátrica, no entanto é somente no ano de 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, que a Lei Paulo Delgado é sancionada no país.

Eu fiquei internado ali no Allan Kardec um bom tempo também... Faz três mês que me internaram lá... Eu fiquei internado até minha mãe me tirar de lá... Aí depois eu passei pra vim pra cá...(Eduardo)

Assim como Eduardo, a maioria dos participantes passou por internações em hospitais psiquiátricos, ou em comunidades, o que reforça que apesar das novas modalidades de assistência e a preconização da internação de curta duração e em casos especiais, esse

fenômeno mostra que ainda estamos presos às práticas adotadas no período pré-reforma psiquiátrica.

Sabemos que o advento da reforma psiquiátrica no Brasil é contemporâneo à reforma sanitária, que preconizava a mudança nos modelos de assistência e gestão das práticas de saúde em defesa da saúde coletiva e da equidade dos serviços oferecidos. A experiência italiana de desinstitucionalização em psiquiatria e sua crítica radical ao manicômio foi inspiradora, e revelou a possibilidade de ruptura com os antigos paradigmas. A Reforma Psiquiátrica traz uma nova perspectiva de tratamento baseada na valorização do ser humano e no entendimento de que o transtorno mental pode não ser apenas uma doença, mas também como um problema social. Junto à mudança de paradigmas, faz-se necessária a construção de novas formas de assistência psicossocial. O modelo psicossocial, que fora base para a criação de novas práticas considera os fatores políticos e biopsicosocioculturais como determinantes, seus meios básicos de atuação contam com as psicoterapias, laborterapias, socioterapias, além de um amplo conjunto de dispositivos que visam à reintegração do sujeito em seu meio (Amarante, 2000).

A situação da saúde mental se revela ainda distante dos modelos que foram preconizados, sendo necessário que profissionais, usuários, familiares e sociedade continuem lutando para repensar as políticas e melhorar a prática a cada dia, dando a essas pessoas um tratamento digno, eficaz e responsivo. São necessários maiores esforços para construção e fortalecimento das bases práticas e conceituais de uma assistência de qualidade.

Considerações Finais

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve como objetivo analisar os significados atribuídos a respeito do uso de maconha por pacientes com diagnóstico de esquizofrenia oriundos do CAPS-ad do município de Franca, interior de São Paulo.

A partir da análise dos dados coletados através das entrevistas podemos inferir que os participantes compreendem que os sintomas da esquizofrenia os incapacitam para a condução de diversas atividades que gostariam de realizar, como o trabalho, além de tirar destes a autonomia para a tomada de decisões. Os participantes relatam o preconceito e estigma que envolve este diagnóstico. Entretanto, estes constroem uma crítica de que, a incapacidade e a perda de autonomia, pode estar relacionada não apenas ao diagnóstico, mas também, ao estigma que o envolve. Também, para estas pessoas, muitas vezes a terminologia “esquizofrenia” não tem um significado maior, sendo importante para elas as experiências vivenciadas. Muitas vezes o que fica evidente são os discursos que estão implicados nas falas dos entrevistados, que por passarem grande parte de vida em instituições de saúde acabam por repetir orientações que já ouviram muitas vezes, sem que estas pareçam ter muito sentido a eles. Os participantes, ao discorrerem sobre como percebem o adoecimento, remetem ao preconceito vivido por eles, aos sentimentos de medo e ao desconhecimento associado ao diagnóstico. Demonstraram ainda, uma falta de percepção a respeito da cronicidade da doença, falando sobre ela como algo do passado e usando a palavra “cura”. É importante salientar que estas pessoas têm capacidade de discernimento e crítica diante da vida assim como qualquer outra pessoa, com um diagnóstico de transtorno mental ou não.

Em relação ao uso de maconha os participantes narraram como se deu este uso pela primeira vez e quais suas trajetórias de consumo. Eles relataram uso de maconha iniciado, em sua maioria, na adolescência e sempre na companhia de amigos, o que aponta para a alta sociabilidade como característica que envolve a substância. Colocam ainda que este consumo continuou através dos anos devido aos efeitos que a maconha proporciona, de relaxamento, bem estar e como forma de lidar com sentimentos de tristeza. Além disso, nota-se um aumento do consumo da substância influenciado pelo ambiente em que este participante se encontra, como viagens ou reuniões com amigos.

As significações dadas ao consumo de maconha pelos participantes, e as associações feitas com o diagnóstico de esquizofrenia, que vão de encontro com a literatura, que embora

ainda escassa sobre o tema, contribui para uma visão mais abrangente e conhecimento mais aprofundado desse assunto tão complexo. Os participantes descrevem o consumo de maconha como algo prazeroso e que proporcionaria uma experiência de relaxamento intensa. Ao estabelecerem associações, relatavam que a maconha aumentaria a criatividade e capacidade de pensar. Outro ponto que chamou bastante atenção foi de que o uso de substância proporcionaria experiências relacionadas à religiosidade de forma intensa e exitosa. Também que ajudaria a ter uma noite de sono mais efetiva. Dois participantes ao tentarem explicar se a maconha interferia nas vozes ou pensamentos, usaram a palavra “perturbado” e disseram que ela aumentaria as vozes, o que vai de encontro com a literatura no que se refere ao aumento dos sintomas positivos devido a umas das substâncias presentes na maconha.

Podemos dizer que em relação ao tratamento a maioria dos participantes já passou por internação, alguns mais de uma vez, outro dado importante foi o de que a busca pelo tratamento deu-se por um familiar do participante e, na maioria dos casos, pelas suas mães. Outro tema que apareceu com frequência e que está associado a esta busca pelo tratamento, são os conflitos que os participantes vivem dentro de casa, com seus familiares. Muitas vezes as famílias, por não entenderem o estado de seu ente que sobre de alguma condição especial, demonstram sentimentos de medo e impotência e sofrem ainda uma sobrecarga emocional muito intensa. Conhecer a visão dessas pessoas a respeito do uso de maconha, a respeito de sua doença e do tratamento até então recebido, poderá fornecer novos elementos na construção de uma nova prática, mais humana e concisa.

A despeito das limitações do presente estudo, como este trabalho utiliza a metodologia qualitativa, seus resultados não são universais e só se referem à população estudada dentro deste contexto específico. Essa observação não impede que os princípios e os conceitos que apoiam este trabalho não possam ser úteis em outros contextos. Vale lembrar que ao discutir o conceito de generalização na pesquisa clínico-qualitativa, Turato (2005) descreve que esta é conceitual, ou seja, a pesquisa deve gerar novos conhecimentos e rever pressupostos que serão aplicados para compreender pessoas com a mesma condição ou *settings* constituídos pelas mesmas vivências. Assim, ao propormos compreender os significados atribuídos ao uso de drogas por pacientes com diagnóstico psiquiátrico pretendemos gerar conhecimentos que poderão ser testados e validados na prática clínica, já que com esta compreensão, profissionais poderão adotar uma postura mais próxima, empática e colaborativa junto a pessoas que vivenciam esta situação e, com isto, oferecer um atendimento adequado às suas necessidades.

Além disso, como outra limitação do estudo podemos citar o fato da entrevista ser

conduzida pela pesquisadora que também é uma profissional de saúde mental e inevitavelmente ser identificada dessa forma pelos participantes, embora no momento da entrevista, ter se identificado como estudante e não profissional. Isso pode ter possibilitado que os participantes de certa forma direcionassem suas respostas, reproduzindo aquilo que aprenderam durante suas trajetórias de serviço em serviço. Ressalta-se ainda que a pesquisadora cuidou do *setting* para minimizar esta questão, fazendo as entrevistas sempre em uma sala privada, sem interferência de profissionais, garantindo aos participantes o sigilo das informações, mantendo uma postura aberta e não valorativa a respeito da temática. Como já descrito anteriormente, esta pesquisa seguiu os Critérios Consolidados para Relatar Pesquisa Qualitativa (COREQ *checklist*) (Tong, Sainsbury & Craig, 2007).

Em vista disso, sugerimos que mais estudos sejam realizados que levem em conta a perspectiva da pessoa que tem um diagnóstico psiquiátrico e faz uso de maconha, ou de outras substâncias, bem como estudos que busquem compreender suas experiências e significados envolvidos ao consumo. Além disso, gostaríamos de recomendar estudos que explorem os significados que os profissionais de saúde atribuem a este fenômeno e quais as práticas adotadas e norteadoras frente a esta questão, e ainda testar estratégias de trabalho com esta população.

Referências

REFERÊNCIAS

- Almeida, V., et al. (2013). Cannabidiol exhibits anxiolytic but not antipsychotic property evaluated in the social interaction test. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry* 41, 30–35.
- Alvarenga, P. G.; Andrade, A. G. (2008). Fundamentos em Psiquiatria. 1ª edição. São Paulo: Manole.
- Alves, H.; Kessler, F.; Ratto, L. R. C. (2004). Comorbidade: uso de álcool e outros transtornos psiquiátricos. *Revista brasileira de psiquiatria*, 26, 51-53.
- Alves, A. A. M.; Rodrigues, N. F. R. (2010). Determinantes sociais e económicos da saúde mental. *Rev. Port. Sau. Pub.*, Lisboa, 28(2).
- Amarante, P.; (org). (2000). Ensaios: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fio Cruz.
- Amarante, P. D. C. (1996). O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ, Retrieved from: <http://books.scielo.org>.
- American Psychiatric Association. Dsm-5 (2014). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5 ed., Porto Alegre: Artmed.
- Andrade, T. M.; Lurie, P.; Medina, M. G. et al. (2001). The opening of south America's first needle exchange program and an epidemic of crack use in Salvador, Bahia-Brazil. *Aids and behavior*, 5(1), 51-64.
- Arseneault, L.; Cannon, M.; Poulton, R.; Murray, R.; Caspi, A., Moffitt, T. E. (2002). Maconha use in adolescence and risk for adult psychosis: longitudinal prospective study. *The british journal of psychiatry*, 325, 1212–1213.
- Asher, C. J; Gask, L. (2010). Reasons for illicit drug use in people with schizophrenia: qualitative study. *Bmc psychiatry*, 10:94.
- Barnett, J. H.; Werners, U.; Secher, S. M.; Hill, K. E.; Brazil, R.; Masson, K.;...Jones, P. B. (2007). Substance use in a population-based clinic sample of people with first-episode psychosis. *Br. J. Psychiatry*, 190, 515–520.
- Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
- Bhavsar, V. (2015). Environmental factors, including cannabis, are strongly related to the age of onset and morbidity of schizophrenia. *Evid Based Mental Health*, 18(3), 84-85.
- Benaiges, I.; Prat, G.; Adan, A. (2010). Neuropsychological aspects of dual diagnosis. *Curr drug abuse rev.*, 3(3), 175-88.

Bergamaschi, M. M.; Queiroz, R. Z.; Zuardi, A. W.; Crippa, J. A. (2011). Safety and side effects of cannabidiol, a Cannabis sativa constituent. *Curr Drug Saf*, 1;6(4), 237-249.

Berlinck, M. T. (2014). A dinâmica da psicopatologia: o caso da maconha. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 17(1), 11-14. Retrieved from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-7142014000100001&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S1415-47142014000100001.

Bizzarri, J. V.; Rucci, P.; Sbrana, A.; Miniati, M.; Raimondi, F.; Ravani, L. et al. (2009). Substance use in severe mental illness: self-medication and vulnerability factors. *Psychiatry research*, 165, 88–95.

Borba L. O., Schwartz E., Kantorski L. P. (2008). A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. *Acta Paul Enferm*, 21(4), 588-594.

Brasil. Ministério da Saúde. (2004). Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Buadze, A.; Stohler, R.; Schulze, B.; Schaub, M.; Liebrezn, M. (2010). Do patients think maconha causes schizophrenia? A qualitative study on the causal beliefs of maconha using patinets with schizophrenia. *Harm reduction journal*, 7:22.

Carlini, E. A., et al. (2006). II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005 - São Paulo : Cebrid - Centro Brasileiro de Informação sobre drogas psicotrópicas: Unifesp - Universidade Federal de São Paulo.

_____, et al. (2010). VI Levantamento Nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio das redes pública e privada de ensino nas 27 capitais brasileiras. São Paulo : Cebrid - Centro Brasileiro de Informação sobre drogas psicotrópicas: Unifesp - Universidade Federal de São Paulo.

_____, et al. (2001). Psychotrophics Drugs – what they are and how they act. *Revista IMESC*, 3, 9-35.

Carlini, E. A. (2006). A história da maconha no Brasil. *J. Brasileiro de psiquiatria*, 55,4, 314-317.

Carvalho, N. R.; Costa, I. I. (2008). Primeiras crises psicóticas: identificação de pródromos por pacientes e familiares. *Psic. Clin.*, 15 (2),153-164.

Chagas, M. H. N., et al. (2014). Effects of cannabidiol in the treatment of patients with Parkinson's disease: An exploratory double-blind trial. *Journal of Psychopharmacology*, 28(11) 1088–1092.

Childs, H. E.; Mccarthy-Jones, S.; Rowse, G.; Turpim, G. (2011). The journey through maconha use a qualitative study of the experiences of young adults with psychosis. *The journal of nervous and mental disease*, 199(9), 703-708.

Crippa, J. A. S.; Zuardi, A. W.; Hallak, J. E. C. (2010). Uso terapêutico dos canabinóides em psiquiatria. *Revista brasileira de psiquiatria*, 32, 56-66.

Copello, A. et al. (2009). Exploring the attitudes of staff working within mental health settings toward clients who use maconha. *Birmingham & Solihull mental health trust*, 16(4), 311-329.

Corstens, D. et al. (2014). Emerging Perspectives From the Hearing Voices Movement: Implications for Research and Practice. *Schizophrenia Bulletin*, 40 (4), 285–294.

Costa, J. S. D.; Victora, C. G. (2006). O que é "um problema de saúde pública"? *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 9(1), 144-146.

Costain, W. F. (2008). The effects of maconha abuse on the symptoms of schizophrenia: patient perspectives. *International journal of mental health nursing*, 17, 227–235.

De Hert, M.; et al. (2011). Effects of maconha use on age at onset in schizophrenia and bipolar disorder. *Schizophrenia research*, 126, 270–276.

DeLise, L. E., Proal, A. C., Fleming, J., Galvez-Buccollini, J. A. (2014). A controlled family study of cannabis users with and without psychosis. *Schizophrenia Research*, 152, 283–288

Damjanovic, a., et al. (2015). Cannabis and psychosis revisited. *Psychiatria danubina*, v. 27, n. 1, p. 97-100.

Di Forti, M., et al. (2015). Proportion of patients in south London with first-episode psychosis attributable to use of high potency cannabis: a case-control study. Retrieved from: [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)00117-5](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(14)00117-5)

Diehl, D. C.; Cordeiro, R.; Laranjeira, R. (2011). Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed.

DSM-IV-TR. (2002). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (Trad. Cláudia Dornelles); 4 ed. rev. – Porto Alegre: Artmed.

Feinstein, A. R. (1970). The pre-therapeutic of co-morbidity in chronic disease. *J chron dis*, 23, 455-468.

Fontanella, B. J. B. (2000). Procura de tratamento por dependentes de substâncias psicoativas: um estudo clínico-qualitativo. Tese de doutorado. Universidade estadual de campinas – faculdade de ciências médicas.

_____. (2010). Sintomas psicóticos e cognitivos associados à busca de tratamento por dependentes de substâncias – um estudo qualitativo. *Jornal brasileiro de psiquiatria*, 59(2), 139-145.

Fontanella, B. J. B., Ricas, J., Turato, E. R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde pública*, 24(1), 17-27.

Gentil, A. F. et al. (2009). Alcohol use disorders in patients with obsessive–compulsive disorder: the importance of appropriate dual-diagnosis. *Drug and alcohol dependence*, 100, 173–177.

Giorgiano, G. N., Ohlsson, H., Sundquist, K., Sundquist, J., Kendler, K. S. (2015). The association between cannabis abuse and subsequent schizophrenia: a Swedish national co-relative control study. *Psychological Medicine*, 45, 407-414.

Gitlow, S. (2008). Transtornos relacionados ao uso de substâncias. 2. Ed. – Porto Alegre, Artmed.

Gregg, L., Barrowclough, C., & Haddock, G. (2007). Reasons for increased substance use in psychosis. *Clinical psychology review*, 27, 494–510.

Grubits, S. & Noriega, J. A. (Orgs.). (2004) Método qualitativo: epistemologia, complementariedades e campos de aplicação. São Paulo: Vetor Editora.

Hall, W., Lynskey, M., Teesson, M. (2001). What is comorbidity and why does it matter? In national comorbidity project canberra: common wealth department of health and aged care, p. 11-17.

Henquet, C., et al. (2005). The environment and schizophrenia: the role of cannabis use. *Schizophrenia bulletin*, 31, 608–612.

Ho, B. C., Black, D. N., Andreasen, N. C. Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos. In: Hales, R. E., Yudofsky, S. C. (2012). Tratado de Psiquiatria Clínica. 5ª Ed., Porto Alegre, Artmed.

Katz, G.; Durst, R.; Shufman, E.; Bar-Hamburger, R.; Grunhaus, L. (2010). Maconha abuse and severity of psychotic and affective disorders in Israeli psychiatric inpatients. *Comprehensive psychiatry*, 51, 37–41.

Kohn, R., Mello, M. F., Mello, A. A. F. (2007). Epidemiologia da saúde mental no Brasil. 1ª. Ed, Porto Alegre. Editora Artmed.

Leão, E. A. (2016). Uso de drogas por indivíduos em tratamento psiquiátrico sob a perspectiva de profissionais de um serviço de saúde mental. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo.

Lima, P. F.; Paulo, M. A. L. (2012). A importância da família na recuperação do usuário de álcool e outras drogas. *Saúde Coletiva em Debate*, 2(1), 41-51.

Linnell, M.; Holland, M. (2007). Mental illness and maconha – the story of David – the man with transparent head. Lifeline publications.

Lobanna, F., et al. (2010). Understanding factors influencing substance use in people with recent onset psychosis: A qualitative study. *Social Science & Medicine*, 70, 1141–1147.

Louzã-Neto, M. R.; Elkis, H. & cols. (2007). *Psiquiatria básica*. 2ª. Ed. Porto Alegre: artes. Médicas.

Mané, A., et al. (2015). Relationship between cannabis and psychosis: reasons for use and associated clinical variables. *Psychiatry research*. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2015.07.070>

Machado, R., et al (1978). *Danação da norma – medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Grall.

Machado, V. C.; Santos, M. A. (2012). O apoio familiar na perspectiva do paciente em reinternação psiquiátrica: um estudo qualitativo. *Comunicação saúde educação*, 16 (42), 793-806.

Mack, A. H.; Franklin Jr., J. E.; Frances, R. J. (2006). Transtornos por uso de substâncias. In: Hales, R. E.; Yudofsky, S. C. *Tratado de psiquiatria clínica*. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed.

MacRae, E.; Simões, J. A. (2003). A subcultura da maconha, seus valores e rituais entre setores socialmente integrados. Retrieved from: http://www.acervosaber.com.br/trabalhos/drogas1/a_subcultura_da_maconha.php

Manrique-Garcia, E., et al. (2014). Prognosis of schizophrenia in persons with and without a history of cannabis use. *Psychological Medicine*, 44, 2513–2521

Mcdonald, C. & Murray, R. M. (2000). Early and late environmental risk factors for schizophrenia. *Brain research reviews*, 31, 130-137.

McGrath, J., Welham, J., Scott, J., Varghese, D., Degenhardt, L., Hayatbakhsh, M.R., Alati, R., Williams, G.M., Bor, W., Najman, J.M., 2010. Association between cannabis use and psychosis-related outcomes using sibling pair analysis in a cohort of young adults. *Arch. Gen. Psychiatry* 67 (5), 440–447.

Malbergier, A.; Oliveira Jr., H. P. (2005). Dependência de tabaco e comorbidade psiquiátrica. *Revista de psiquiatria clínica*, 32 (5), 276-282.

Malbergier, A.; Oliveira Jr., H. P. (2014). Comorbid psychiatric disorders and stages of change in maconha-dependent, treatment-seeking patients. *Revista brasileira de psiquiatria* 36, 101-105.

McCabe, M. P.; Staiger, P. K.; Thomas, A. C.; Cross, W.; Ricciardelli, L. (2011). Screening for comorbid substance use disorders among people with a mental health diagnosis who present to emergency departments. *Australasian emergency nursing journal*, 14, 163-171.

Mello, R. M.; Scheneider, J. F. (2011). A família e a internação psiquiátrica em hospital geral. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 32 (2), 226-233.

Menezes P. R.; Mann A. H. (1996). Mortality among patients with nonaffective functional psychoses in a metropolitan area of southeastern Brazil. *Rev Saude Pública*, 30(4), 304-9.

Ministério da Saúde. (2004). Saúde mental no sus: os centros de atenção psicossocial. Brasília, Ministério da Saúde.

Minayo, M. C. S.; Deslandes, S. F., orgs. (2002). Caminhos do pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz.

Minayo, M. C. S. (2010). O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec.

Mogadouro M. A.; Cordeiro Q.; Zung S.; Vallada H. (2009). Mortalidade e esquizofrenia. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo*, 54(3), 119-26.

Monteiro, C. F.S; Araújo, T. M. E.; Sousa, C. M. M.; Martins, M. C. C.; Silva, L. L. L. (2012). Adolescentes e uso de drogas ilícitas: um estudo transversal. *Rev. Enfermagem do Rio de Janeiro*, 20(3), p.344-348.

Montoya, I. D. (2007). Perspectivas sobre la comorbilidad entre trastornos por uso de sustancias y trastornos psiquiátricos. *Rev. Colomb. Psiquiat.*, Xxxvi, 385-389.

Moore, T. H., Zammit, S., Lingford-Hughes, A., Barnes, T. R. E., Jones, P. B., Burke, M., et al. (2007). Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: A systematic review. *Lancet*, 370, 319-328.

Morihsa, R. S. (2006). Estudos de comorbidades psiquiátricas entre adolescentes com transtornos por uso de substâncias psicoativas atendidos em um hospital universitário. São Paulo. Dissertação de mestrado. Faculdade de medicina da Universidade de São Paulo.

Muñoz, N. M., et al. (2011). Pesquisa clínica em saúde mental: o ponto de vista dos usuários sobre a experiência de ouvir vozes. *Estudos de Psicologia* 16(1), 83-89.

Nutt, D. (2012). Drugs without the hot air – minimising the harms of legal and ilegal drugs. UIT, Cambridge, England.

Oliveira, R. M., Facina, P. C. B. R. & Siqueira Júnior, A. C. (2012). A realidade do viver com esquizofrenia. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(2), 309-316.

OMS. Organização Mundial da Saúde. (1993). Cid-10. 10ª. Rev. Classificação de transtornos mentais e de comportamento. Porto Alegre: artes médicas.

Pacheco, J. G. (2011). Representações sociais da loucura e práticas sociais: o desafio cotidiano da desinstitucionalização. Tese de doutorado. Universidade de Brasília.

Parakh, P. & Basu, D. (2013). Maconha and psychosis: have we found the missing links? *Asian journal of psychiatry* 6, 281-287.

Pessoti, I. A loucura e as épocas. 2ª ed Rio de Janeiro, 1994.

Peters, B. D., et al. (2009). Subjective effects of maconha before the first psychotic episode. *Australian and New Zealand Journal of psychiatry*, 43, 1155–1162.

Oliveira, S. R., Piccinini, V. C. (2009). Validade e reflexividade na pesquisa qualitativa. *Cadernos EBAPE. BR*, 7(1), 88-98.

OMS. Organização Mundial da Saúde. (2006). Classificação dos Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artmed.

Sadock, B. J; Sadock, Y. A. (2007). Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. Tradução Cláudia Dornelles et. al. Porto Alegre: Artmed.

Salles, M., M. & Barros, S. (2007). Reinternação em hospital psiquiátrico: a compreensão do processo saúde/doença na vivência do cotidiano. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41(1), 73-81.

Santos, V. E., Yonekura T., Soares C. B., Campos C. M. S.(2012). Valores sociais: com a palavra a juventude. *Acta Paul Enferm.*, 25(2), 263-269.

Silva, R. C. B. (2006). Esquizofrenia: uma revisão. *Psicologia USP*, 17(4), 263-285.

Schade, A., Marquenie, L. A., Van Balkom, A. J., De Beurs, E., Van Dick, R., Van Den Brink, W. (2003). Do comorbidity anxiety disorders in alcohol-dependent patients need specific treatment to prevent relapse? *Alcohol Alcoholism.*, 38(3), 255-62.

Scheffer, M.; Pasa, G. G.; Almeida, R. M. M. (2010). Dependência de álcool, cocaína e crack e transtornos psiquiátricos. *Psic.: teor. E pesq.*, 26(3).

Schenker, M.; Minayo, M. C. S. (2005) Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. *Ciência & Saúde coletiva*, 10(3), 707-717.

Schofield, D., Tennant, C., Nash, L., Degenhardt, L., Cornish, A., Hobbs, C., Brennan, G., 2006. Reasons for cannabis use in psychosis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 40, 570–574.

Sewell, R. A.; Skosnik, P. D.; Icelini Garcia-Sosa, I.; Ranganathan, M.; D'souza, D. C. (2010). Efeitos comportamentais, cognitivos e psicofisiológicos dos canabinoides: relevância para a psicose e a esquizofrenia. *Revista brasileira de psiquiatria*, 32, supl i.

Silva, V. A., & Mattos, H. F. (2004). Os jovens são mais vulneráveis às drogas? In I. Pinsky & M. Bessa (Orgs.), *Adolescência e drogas* (pp. 31-44). São Paulo: Contexto.

Swendsen J., Conway K. P., Degenhardt L., Glantz M., Jin R., Merikangas K. R., Sampson N., Kessler R. C. (2010) Mental disorders as risk factors for substance use, abuse and dependence: results from the 10-year follow-up of the National *Comorbidity Survey*. *Addiction*, 105(6), 1117-28.

Tavares, B. F., Béria, J. U., & Lima, M. S. (2001). Prevalência do uso de drogas e desempenho escolar entre adolescentes. *Revista de Saúde Pública*, 35(2), 150-158.

Thornton, L. K.; Baker, A. L.; Johnson, M. P.; Kay-Lambkin, F.; Lewin, T. J. (2012). Reasons for substance use among people with psychotic disorders: method triangulation approach. *Psychol addict behav.*, 26(2), 279-88.

Tong, A., Craig, J., Sainsbury, P. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349–357.

Torrens, M.; Rossi, P. C.; Martinez-Riera, R.; Martinez-Sanvisens, D.; Bulbena, A. (2012). Psychiatric co-morbidity and substance use disorders: treatment in parallel systems or in one integrated system? *Substance use & misuse*, 47, 1–10.

Triviños, A. N. S. (1987). Introdução à pesquisa em ciências sociais. *São Paulo: Atlas*.

Turato, E. R. (2011). Tratado da metodologia de pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 5ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes.

_____. (2000). Introdução à metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: definição e principais características. *Revista portuguesa de psicossomática*, 2(1), 93-108.

_____. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, 39(3), 507-514.

Walker, E., Kestler, L., Bollini, A., & Hochman, K. M. (2004). Schizophrenia: Etiology and course. *Annual Review of Psychology*, 55, 401-430.

Willig, C. (2001). Introducing qualitative research in psychology: adventures in theory and method. New York: Open University Press.

WHO, World Health Organization. (2015). Management of substance abuse – Cannabis Retrieved from: http://www.who.int/substance_abuse/facts/cannabis/en/

WHO, World Health Organization. (1998). Schizophrenia and public health. Retrieved from: http://www.who.int/mental_health/media/en/55.pdf?ua=1

WHO, World Health Organization. (2002). The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. Retrieved from: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf

Zaleski, m., et. Al. (2006). Diretrizes da associação brasileira de estudos do álcool e outras drogas (abead) para o diagnóstico e tratamento de co-morbidades psiquiátricas e dependência de álcool e outras substâncias. *Rev brasil psiquiatr*, 28(2), 142-148.

Zammit S. et al. (2002). Self reported cannabis use as a risk factor for schizophrenia in swedish conscripts of 1969: historical cohort study. *British medical journal*, 325, 1199–1201.

Zanelati T. V., Biojone C, Moreira F. A., Guimarães F. S., Joca S. R. (2010). Antidepressantlike effects of cannabidiol in mice: possible involvement of 5-HT_{1A} receptors. *Br J Pharmacol*, 159(1), 122-8.

Zuardi A. W., Crippa J. A., Hallak, J. E., Bhattacharyya S., Atakan, Z., Martin-Santos. R., et al. (2012). A critical review of the antipsychotic effects of cannabidiol: 30 years of a translational investigation. *Curr pharm des*;18(32), 5131–40.

ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Universidade de São Paulo
Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto
Comitê de Ética em Pesquisa

Câmpus de Ribeirão Preto

Of.CEtP/FFCLRP-USP/127/-vjmc

Ribeirão Preto, 15 de dezembro de 2014

Prezada Pesquisadora,

Comunicamos a V. Sa. que o projeto de pesquisa intitulado **"CONSUMO DE MACONHA POR PESSOAS COM DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA"** foi reanalisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP-USP, em sua 139ª Reunião Ordinária, realizada em 11.12.2014, e enquadrado na categoria: **APROVADO** (CAAC n.º 37199214.2.0000.5407).

Solicitamos que eventuais modificações ou emendas ao projeto de pesquisa sejam apresentadas ao CEP, de forma sucinta, identificando a parte do projeto a ser modificada e suas justificativas, e que, ao término do estudo, um relatório final seja entregue, via Plataforma Brasil.

Atenciosamente,

Prof.ª Dr.ª ANDRÉIA SCHMIDT
Coordenadora

À Senhora
Livia Sicaroni Rufato
Programa de Pós-graduação em Psicologia da FFCLRP-USP

C/C:
Profa. Dra. Clárisa Mendonça Corradi-Webster
Departamento de Psicologia da FFCLRP USP

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP USP
Fone: (13) 3602-4811
Fax: (13) 3635 2860 (direto) ou 3533-8015
Avenida Dandará, 3900 - bloco 23 - casa 37 - 14040-901 - Ribeirão Preto - SP - Brasil
Homepage: <http://www.ffcrlp.usp.br> - e-mail: cep@ffcrlp.usp.br

ANEXO B – APROVAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FRANCA

PREFEITURA MUNICIPAL DE FRANCA
Secretaria Municipal de Saúde
Gabinete da Secretária

PREFEITURA
FRANCA
Trabalhando por você

DECLARAÇÃO DE ACEITE

Rosane Moscardini Alonso, Secretária Municipal de Saúde do Município de Franca, Estado de São Paulo, no uso de suas atribuições legais, Declara, para os devidos fins, que tomou ciência do possível desenvolvimento do trabalho de Pós-Graduação intitulado "Consumo de Cannabis por pessoas com diagnóstico de esquizofrenia", a ser desenvolvido pela aluna **Livia Sicaroni Rufato**, sob orientação da Profª Drª Clarissa Mendonça Corradi-Webster, junto ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto (FFCLRP-USP).

Caso este seja aprovado pelo Programa, disponibilizará o acesso da pesquisadora nos setores de Ambulatório de Saúde Mental e Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas e colocará a Coordenadora dos respectivos setores a disposição para esclarecer eventuais dúvidas que possam surgir no período de execução do trabalho.

Em 05 de Junho de 2014.

Rosane Moscardini Alonso
Secretária Municipal de Saúde

ANEXO C - Consolidated criteria for reporting qualitative studies (COREQ): 32-item checklist

Tong A, Sainsbury P, Craig J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19, 6: 349 – 357

	Guide questions/description	Answer/ Reported page
Domain 1: Research team and reflexivity		
<i>Personal Characteristics</i>		
1. Interviewer/facilitator	Which author/s conducted the inter view or focus group?	Lívia Sicaroni Rufato
2. Credentials	What were the researcher's credentials? E.g. PhD, MD	Master's student
3. Occupation	What was their occupation at the time of the study?	Master's student
4. Gender	Was the researcher male or female?	Female
5. Experience and training	What experience or training did the researcher have?	Pages 14-15
<i>Relationship with participants</i>		
6. Relationship established	Was a relationship established prior to study commencement?	Methods – pages 40-53
7. Participant knowledge of the interviewer	What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research	Methods – pages 40-53
8. Interviewer characteristics	What characteristics were reported about the inter viewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic	Methods – pages 40-53
Domain 2: study design		
<i>Theoretical framework</i>		
9. Methodological orientation and Theory	What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis	Methods – pages 40-53
<i>Participant selection</i>		
10. Sampling	How were participants selected? e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball	Methods – pages 40-53
11. Method of approach	How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email	

12. Sample size	How many participants were in the study?	Methods – pages 40-53
13. Non-participation	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?	None
<i>Setting</i>		
14. Setting of data collection	Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace	Methods – pages 40 - 53
15. Presence of non-participants	Was anyone else present besides the participants and researchers?	
16. Description of sample	What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic data, date	Methods – pages 40-53 and Table 1
<i>Data collection</i>		
17. Interview guide	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?	Methods – pages 40-53
18. Repeat interviews	Were repeat inter views carried out? If yes, how many?	None
19. Audio/visual recording	Did the research use audio or visual recording to collect the data?	Methods – pages 40-53
20. Field notes	Were field notes made during and/or after the interview or focus group?	Methods – pages 40-53
21. Duration	What was the duration of the inter views or focus group?	Methods – pages 40-53
22. Data saturation	Was data saturation discussed?	Methods – pages 40-53
23. Transcripts returned	Were transcripts returned to participants for comment and/or correction?	No
Domain 3: analysis and findings		
<i>Data analysis</i>		
24. Number of data coders	How many data coders coded the data?	N/A
25. Description of the coding tree	Did authors provide a description of the coding tree?	N/A
26. Derivation of themes	Were themes identified in advance or derived from the data?	Results pages 55-83
27. Software	What software, if applicable, was used to manage the data?	None
28. Participant checking	Did participants provide feedback on the findings?	No
<i>Reporting</i>		
29. Quotations presented	Were participant quotations presented to illustrate the themes/findings? Was each quotation identified? e.g. participant number	Results – pages 55-83
30. Data and findings consistent	Was there consistency between the data presented and the findings?	Results – pages 55-83

31. Clarity of major themes	Were major themes clearly presented in the findings?	Results - pages 55-83
32. Clarity of minor themes	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?	Results – pages 55-83

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar do estudo “*Consumo de maconha por pessoas com diagnóstico de esquizofrenia*”. Esse estudo será conduzido pela pesquisadora Livia Sicaroni Rufato, sob orientação da Profa. Dra. Clarissa M. Corradi-Webster, junto a Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto (FFCLRP-USP). Sabemos que o uso de maconha é muito comum entre diversas pessoas, em especial aquelas que possuem um diagnóstico psiquiátrico. Dessa forma o nosso estudo pretende compreender os significados atribuídos a respeito do uso de maconha por pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, conhecer como essas pessoas percebem o adoecimento e a busca pelos serviços de saúde mental, conhecer também como se deu o início do consumo de maconha e como está atualmente, além de compreender como elas percebem a relação entre o adoecimento e o uso de maconha e a sua visão sobre o tratamento que é oferecido nas unidades. Para isto, iremos fazer algumas perguntas sobre este tema e pedimos sua autorização para gravarmos esta conversa. O objetivo da gravação é de transcrever com exatidão o conteúdo da entrevista, para que nenhuma informação seja perdida. Esta gravação será arquivada pelo período de 5 anos e depois destruída. Gostaríamos de esclarecer que: seu nome será mantido em sigilo; as informações que você nos der serão confidenciais e serão usadas apenas para este estudo; estas informações poderão ser publicadas e/ou apresentadas com objetivo científico. Entretanto, não será possível identificar as pessoas envolvidas. Sua participação é voluntária, sem nenhum tipo de pressão, isto é, você não é obrigado a participar deste estudo e se desejar em qualquer momento não participar mais, sua decisão será respeitada. Não há previsão de riscos em participar deste estudo. Entretanto, caso a entrevista cause em você alguns sentimentos ruins você poderá interromper esta a qualquer momento, no qual poderemos conversar sobre o mal estar, esclarecer possíveis dúvidas caso essa seja a sua vontade, e/ou o acompanharei até seu profissional de referência. A única coisa que lhe pedimos é o tempo para responder a entrevista, sendo que esse não atrapalhará nenhuma atividade. Prevemos que o tempo de duração da entrevista será entre 40 minutos à uma hora. As informações que você nos der serão muito úteis para compreendermos melhor como as pessoas que tem um transtorno e utilizam maconha percebem a interação destes e, com isto, melhor compreender os serviços que oferecemos.

Se você concordar em participar da pesquisa, queremos esclarecer que:

- a) você é livre para, a qualquer momento, recusar-se a responder às perguntas que lhe ocasionem constrangimento de qualquer natureza;
- b) você pode deixar de participar da pesquisa em qualquer momento e não precisa apresentar justificativas para isso;
- c) não haverá nenhuma forma de reembolso de dinheiro para esta participação, já que você não terá nenhum gasto;
- d) a sua participação nessa pesquisa não acarretará em prejuízo ou benefício no curso do seu tratamento na unidade de referência, já que as atividades dessa pesquisa não tem qualquer relação com as atividades realizadas no serviço que você faz tratamento.

Agradecemos sua colaboração e colocamo-nos à disposição para esclarecimentos que se fizerem necessários. Este termo está em duas vias, uma ficará com você e outra com o pesquisador responsável.

Estando de acordo com a participação no projeto *“Consumo de maconha por pessoas com diagnóstico de esquizofrenia”*:

Nome do participante: _____ RG: _____

Assinatura do participante: _____

Assinatura da pesquisadora responsável: _____

Se precisar de algum outro tipo de esclarecimento sobre o estudo, você pode entrar em contato com as pesquisadoras responsáveis:

Profa. Dra. Clarissa M. Corradi-Webster
Departamento de Psicologia
Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto - USP
(16) 3602.0196 - clarissac@usp.br

Lívia Sicaroni Rufato
Mestranda do Departamento de Psicologia
Faculdade Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP
(16) 99183-8556 - livia.rufato23@gmail.com

Se você quiser mais esclarecimentos referentes aos aspectos éticos da pesquisa, entre em contato:

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto - USP

*Avenida Bandeirantes, 3900 - Bloco 23 - Casa 37 - 14040-901 - Ribeirão Preto - SP - Brasil
Fone: (16) 3602-4811 / Fax: (16) 3633-2660 E-mail: coetp@ffclrp.usp.br*

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA

Dados de Identificação

Nome

Sexo:

Idade:

Estado Civil:

Escolaridade:

Serviço de referência:

Diagnóstico (retirado do prontuário):

Busca de atendimento em saúde mental

Gostaria de iniciar conversando sobre a busca do atendimento em serviços de saúde mental.

- Por que você procurou tratamento em saúde mental? Como você estava se sentindo quando começou a ser atendido em saúde mental? Quem te orientou a procurar o serviço? Quem te ajudou a vir até o serviço?
- Me fale sobre sua condição emocional, sobre seu adoecimento.
- Você sabe qual o diagnóstico que você tem? O que isto significa para você?
- Porque você acha que você adoeceu?

Uso de maconha

- Quando foi a primeira vez que você experimentou maconha? Onde e com quem você estava? Você lembra como você se sentiu? Você já usou haxixe? Se sim, como foi e o que sentiu?
- Depois disto, como foi seu consumo de maconha no decorrer do tempo? Porque você acha que continuou a usá-la?
- Qual foi o período de maior consumo de maconha em sua vida? Porque você acha que isto aconteceu?
- Qual foi o período de menor consumo de maconha? Porque você acha que isto aconteceu?
- Como você se sente/sentia quando usa/usava maconha (quando estava sob o efeito desta)? E no dia seguinte ao uso?

- Alguém já te disse que você tinha problemas com o uso da maconha e que devia parar de usá-la? Me fale sobre isto e sobre sua opinião.

Relação maconha e esquizofrenia

- O tratamento psiquiátrico foi posterior ou anterior ao começo do uso da maconha?
- Você acha que existe alguma relação entre o uso da maconha e seu adoecimento? Se sim, qual?
- Você considera que a maconha interfere/interferia nas suas alucinações (vozes, visões, etc)? Ou em suas ideias e preocupações? Ou nos seus sentimentos, em como você se sente? No modo como se relaciona com as pessoas? Na visão que tem de você e da vida?
- Considerando sua condição, quais os benefícios e prejuízos que percebe em relação ao uso da maconha?

Tratamento

- Você acha que a maconha interfere no tratamento que você faz para sua condição psiquiátrica?
- Você foi orientado por profissionais de serviços de saúde em relação ao consumo da maconha?
- Como acha que os profissionais e serviços lidam com esta questão?
- Você acha que precisa/precisou de tratamento para o uso de maconha?