



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

JAQUELINE FÁTIMA DE SOUZA

**ATENDIMENTO AO PACIENTE COM ABUSO DE
SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS EM UM HOSPITAL GERAL**

Londrina
2019

JAQUELINE FÁTIMA DE SOUZA

**ATENDIMENTO AO PACIENTE COM ABUSO DE
SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS EM UM HOSPITAL GERAL**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial para a obtenção do Título de MESTRE em Enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Hirata Soares

Londrina
2019

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

J36 Fátima de Souza dos Reis Aparecido, Jaqueline.
Atendimento ao paciente com abuso de substâncias psicoativas em um hospital geral / Jaqueline Fátima de Souza dos Reis Aparecido. - Londrina, 2019.
96 f. : il.

Orientador: Marcos Hirata Soares.
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2019.
Inclui bibliografia.

1. Substância psicoativas - Tese. 2. Intervenção breve - Tese. 3. saúde mental - Tese. 4. qualidade da assistência - Tese. I. Hirata Soares, Marcos. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDU 616-083

JAQUELINE FÁTIMA DE SOUZA

**ATENDIMENTO AO PACIENTE COM ABUSO DE
SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS EM UM HOSPITAL GERAL**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial para a obtenção do Título de MESTRE em Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Dr. Marcos Hirata Soares
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof. Dr^a Julia Trevisam Martins
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof. Dr^a. Clarissa Mendonça Corradi Webster
Universidade de São Paulo - USP/RP

Londrina, 03 de dezembro de 2019.

*Dedico este trabalho a minha mãe, Suely, minha imensa
gratidão pelo incentivo e o investimento em minha
formação educacional. Ao meu ilustre esposo, Fábio, por
apoiar minhas decisões,
e, principalmente, por estar comigo nos momentos
de incertezas sem medir
esforços. Ao meu filho, João Paulo, por
ter sido minha força para buscar
crescimento e conhecimento.*

AGRADECIMENTO (S)

Agradeço ao meu orientador Prof. Dr. Marcos Hirata Soares, não só pela constante orientação neste trabalho, sobretudo pela sua empatia e persistência.

A minha parceira Jéssica, que esteve comigo nesta trajetória árdua de pesquisa.

Gostaria de agradecer também a algumas pessoas que contribuíram, de forma pessoal, para que esta fase fosse concluída: Valdivina e José Paulo.

“O objetivo da avaliação da qualidade é determinar o grau de sucesso das profissões relacionadas com a saúde, em se autogovernarem... e o objetivo da monitorização da qualidade é exercer vigilância contínua, de tal forma que desvios dos padrões possam ser precocemente detectados e corrigidos”

(DONABEDIAN, 1978)

SOUZA, Jaqueline Fátima. **Atendimento ao paciente com abuso de substâncias psicoativas em um hospital geral**. 2019. 91 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2019.

RESUMO

Objetivos: Descrever o atendimento prestado a usuários de substâncias psicoativas, seu desfecho, complicações clínicas, e resultado da aplicação da Intervenção Breve, após alta hospitalar. **Métodos:** Estudo transversal com 67 pacientes em um hospital geral filantrópico acreditado pela Organização Nacional de acreditação em nível 3. Após a alta hospitalar, os pacientes foram contatados via telefone para avaliar o estado motivacional após a Intervenção Breve. Foi realizada uma análise descritiva exploratória a partir dos dados obtidos com os instrumentos *Addiction Severity Index – 6*, que tem a proposta de obter informações relacionadas aos aspectos sócio-econômico- demográfico e culturais associados ao abuso de álcool e drogas e *Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test*, que possibilita a identificação de problemas relacionados ao uso de álcool e substâncias psicoativas por meio de pontuação entre zero a >27 pontos. **Resultados:** Houve predominância do sexo masculino em 83,5% dos pacientes admitidos, sendo que 32,8% estavam com problemas relacionadas ao sistema músculo esquelético e 43,3% dos pacientes desconheciam morbidades prévias. Foi identificada uma prevalência de 73,7% de uso abusivo de álcool, sendo que 44,8% tiveram pontuação superior a 27 pontos. Dos 67 pacientes, 20,8% faziam uso de tabaco, drogas ilícitas e álcool, concomitantemente, quanto à autoavaliação do estado clínico, apenas 35,8% consideraram que seu estado de saúde estava ruim, e destes, 29,9% relataram que apresentavam dor há mais de 10 dias. Dos que apresentaram complicações clínicas 13,4% evoluíram para óbito. Em 100% dos pacientes foi possível realizar a Intervenção Breve. Quando foi avaliado o estado de mudança, 50,7% encontrava-se na fase de contemplação. Cerca de 41,8% referiram diminuir o uso da substância após a Intervenção Breve e 17,9% procuraram atendimento de profissionais especializados para ajuda na manutenção da abstinência. Dos 67 pacientes, 40,3% têm em seus convívios familiares, pessoas que também fazem uso de álcool ou drogas ilícitas. **Conclusão:** A dificuldade de reconhecerem a necessidade e importância do cuidado e a assistência à saúde mental foi uma das limitações de maior impacto quando passou a ser desvinculada das necessidades e complicações físicas. Nesse contexto, é perceptível que a avaliação de profissionais especializados em saúde mental não é realizada na devida proporção devido alguns impactos, apesar de ser uma orientação da Organização Nacional de acreditação. O contexto familiar e social foi um fator que pode ter influenciado o indivíduo a não se manter na abstinência da substância psicoativa após a alta hospitalar, sendo que é um fator que contribui para a vulnerabilidade do indivíduo. Assim, carece-se de esforços no sentido de aprimorar e amadurecer processos para garantir a qualidade do serviço e segurança do paciente no âmbito do atendimento de saúde mental em hospital geral.

Palavras-chave: Alcoolismo¹. Drogas Ilícitas². Hospital Geral³. Saúde Mental⁴. Intervenção na crise⁵.

SOUZA, Jaqueline Fatima. **Atención de pacientes con abuso de sustancias en un hospital general**. 2019. 91 f. Disertación (Maestría en Enfermería) - State University of Londrina, Londrina, 2019.

RESUMEN

Objetivos: Describir la atención prestada a los usuarios de sustancias psicoactivas en un hospital general, su resultado, complicaciones clínicas y el resultado de la aplicación de una breve intervención, después del alta hospitalaria. **Métodos:** Estudio transversal con 67 pacientes en un hospital general filantrópico acreditado por la Organización Nacional de Acreditación de Nivel 3. Después del alta hospitalaria, los pacientes fueron contactados por teléfono para evaluar el estado de motivación después de una breve intervención. Se realizó un análisis descriptivo exploratorio a partir de los datos obtenidos con los instrumentos Addiction Severity Index – 6, que tiene la propuesta de obtener información relacionada con los aspectos socioeconómicos y culturales asociados con el abuso de alcohol y drogas y alcohol tabaquismo y pruebas de detección de sustancias, que permite la identificación de problemas relacionados con el alcohol y las sustancias psicoactivas mediante la puntuación entre cero y >27 puntos. **Resultados:** Hubo predominio de los varones en el 83,5% de los pacientes ingresados, y el 32,8% tenía problemas relacionados con el sistema muscular esquelético y el 43,3% de los pacientes desconocían las morbilidades anteriores. Se identificó una prevalencia del 73,7% del abuso de alcohol y el 44,8% tuvo una puntuación superior a 27 puntos. De los 67 pacientes, el 20,8% consumió tabaco, drogas ilícitas y alcohol, de forma concomitante, en relación con la autoevaluación del estado clínico, sólo el 35,8% consideró que su estado de salud era deficiente, y de ellos, el 29,9% informó que tenía dolor durante más de 10 días. De los que presentaron complicaciones clínicas, el 13,4% murió. En el 100% de los pacientes fue posible realizar una breve intervención. Cuando se evaluó el estado de cambio, el 50,7% estaba en la fase de contemplación. Alrededor del 41,8% informó reducir el uso de la sustancia después de una breve intervención y el 17,9% buscó atención de profesionales especializados para ayudar a mantener la abstinencia. De los 67 pacientes, el 40,3% tiene en su vida familiar, personas que también consumen alcohol o drogas ilícitas. **Conclusión:** La dificultad de reconocer la necesidad y la importancia de la atención y la atención de la salud mental fue una de las limitaciones de impacto más afectadas cuando se desprende de las necesidades físicas y complicaciones. En este contexto, es notable que la evaluación de profesionales especializados en salud mental no se lleva a cabo en la debida proporción debido a algunos impactos, a pesar de ser una orientación de la Organización Nacional de Acreditación. El contexto familiar y social fue un factor que pudo haber influido en que el individuo no permaneciera en la abstinencia de la sustancia psicoactiva después del alta hospitalaria, y es un factor que contribuye a la vulnerabilidad del individuo. Así, se hacen esfuerzos para mejorar y madurar los procesos para garantizar la calidad del servicio y la seguridad del paciente en el contexto de la atención de salud mental en un hospital general.

Palabras clave: Alcoholismo¹. Drogas Ilícitas². Hospital General³. Salud Mental⁴. Intervención en la crisis⁵.

SOUZA, Jaqueline Fatima. **Patient care with substance abuse in a general hospital.** 2019. 91 p. Dissertation (Masters in Nursing) - State University of Londrina, Londrina, 2019.

ABSTRACT

Objectives: To describe the care provided to users of psychoactive substances in a general hospital, its outcome, clinical complications, and result of the application of brief intervention, after hospital discharge. **Methods:** Cross-sectional study with 67 patients in a philanthropic general hospital accredited by the National Organization of Level 3 Accreditation. After hospital discharge, patients were contacted via telephone to assess motivational status after Brief Intervention. An exploratory descriptive analysis was performed from the data obtained with the Addiction Severity Index – 6 instruments, which has the proposal to obtain information related to the socio- economic-demographic and cultural aspects associated with abuse of alcohol and drugs and Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test, which allows the identification of problems related to alcohol and psychoactive substances by scoring between zero and >27 points. **Results:** There was predominance of males in 83.5% of the patients admitted, and 32.8% had problems related to skeletal muscle system and 43.3% of patients were unaware of previous comorbidities. A prevalence of 73.7% of alcohol abuse was identified, and 44.8% had a score higher than 27 points. Of the 67 patients, 20.8% used tobacco, illicit drugs and alcohol, concomitantly, regarding the self-assessment of clinical status, only 35.8% considered that their health status was poor, and of these, 29.9% reported that they had pain for more than 10 days. Of those who presented clinical complications, 13.4% died. In 100% of the patients it was possible to perform brief intervention. When the state of change was evaluated, 50.7% were in the contemplation phase. About 41.8% reported reducing the use of the substance after brief intervention and 17.9% sought care from specialized professionals to help maintain abstinence. Of the 67 patients, 40.3% have in their family life, people who also use alcohol or illicit drugs. **Conclusion:** The difficulty of recognizing the need and importance of mental health care and care was one of the most impact limitations when it became detached from physical needs and complications. In this context, it is noticeable that the evaluation of professionals specialized in mental health is not carried out in due proportion due to some impacts, despite being an orientation of the National Accreditation Organization. The family and social context was a factor that may have influenced the individual not to remain in the abstinence of the psychoactive substance after hospital discharge, and it is a factor that contributes to the vulnerability of the individual. Thus, efforts are made to improve and mature processes to ensure the quality of service and patient safety in the context of mental health care in a general hospital.

Key words: Alcoholism¹. Illicit drugs². General Hospital³. Mental Health⁴. Intervention in the crisis⁵.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** - Fluxo de avaliação do referencial teórico de 2015 a 2019, levantamento realizado de junho 2018 a julho de 2019. Londrina – Pr - 2019. 22
- Figura 2** - Fluxo para identificação do indivíduo com base nos itens de inclusão. Londrina – Pr, 2019 24
- Figura 3** - Frequência e porcentagem de paciente internados que referiram uso concomitante de duas ou mais substâncias. Londrina-Pr, 2019..... 35
- Figura 4** - Estágio de mudança em que o paciente se encontra. Londrina-Pr, 2019... 41
- Figura 5** - Estimativa do custo e receita dos prontuários faturados relacionados à internação dos pacientes em uso de SPA. Londrina-Pr, 2019. 43

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Caracterização e perfil dos pacientes em abuso de álcool e drogas em um hospital geral. Londrina-PR, 2019.....	30
Tabela 2 -	Distribuição da renda per capita dos indivíduos e familiares e sua escolaridade. Londrina-PR, 2019.....	31
Tabela 3 -	Frequência e porcentagem das doenças físicas, comorbidades e o tempo de internação em hospital geral e em unidade de terapia intensiva. Londrina-PR, 2019	33
Tabela 4 -	Percentual do uso de substâncias psicoativas, pontuação do teste Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test para cada substancia psicoativa. Londrina-PR, 2019.	34
Tabela 5 -	Percepção do indivíduo relacionado à suas condições físicas, desconforto e dor associados ao quadro clínico. Londrina – PR, 2019.	36
Tabela 6 -	Percentuais de alteração do sensopercepção, privação do sono, deprimidos e com pensamentos suicidas. Londrina-Pr, 2019.....	38
Tabela 7 -	Caracterização da oferta de atendimento em saúde mental em hospital filantrópico acreditado, Londrina-PR, 2019.	39
Tabela 8 -	Caracterização da busca por atendimento em saúde mental previamente a internação em hospital geral nos últimos seis meses. Londrina – Pr	40
Tabela 9 -	Rede de apoio social de pacientes alcoolistas internados em hospital filantrópico acreditado, Londrina-Pr, 2019.....	42
Tabela 10 -	Distribuição dos custos: diárias, uso de materiais, medicamentos e procedimentos cirúrgicos por paciente internado, Londrina – Pr 2019.....	44

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ASSIST	Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test
ASI – 6	Addiction Severity Index - 6
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
GEPPSAM	Grupo de Estudos, Práticas e Pesquisas em Saúde Mental
IB	Intervenção Breve
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe Ciências da Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SAPS 3	Simplified Acute Physiology Score 3
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SPA	Substância Psicoativa
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMP	Tempo Médio de Permanência
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
1.1	DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA, OBJETIVO E JUSTIFICATIVA DO ESTUDO	14
1.2	REVISÃO DE LITERATURA	20
1.3	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	20
1.3.1	Geral	20
1.3.2	Específicos.....	20
1.4	PERGUNTA DE PESQUISA	21
1.5	HIPÓTESE DA PESQUISA.....	21
1.6	JUSTIFICATIVA.....	21
2	MÉTODO	23
2.1	TIPO DE ESTUDO, LOCAL E DATA DA COLETA.....	23
2.2	POPULAÇÃO E AMOSTRA	23
2.3	INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	25
2.4	ORGANIZAÇÃO E CAPACITAÇÃO DA EQUIPE DE PESQUISA	27
2.5	REALIZAÇÃO DO TESTE PILOTO.....	27
2.5.1	Procedimento de Coleta de Dados.....	28
2.6	ANÁLISE DE DADOS	29
2.7	ASPECTOS ÉTICOS	29
3	RESULTADOS	30
3.1	PERFIL E CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO	30
3.2	PERCEPÇÕES DO INDIVÍDUO QUANTO À GRAVIDADE DE SUA SAÚDE FÍSICA DE ACORDO COM A ESCALA ADDICTION SEVERITY INDEX	36
3.3	ESTADO DA SAÚDE MENTAL E SENTIMENTOS, IDENTIFICADOS PELO INDIVÍDUO EM SUA TRAJETÓRIA DE VIDA.....	37
3.4	O CONVÍVIO SOCIAL DO INDIVÍDUO EM ABUSO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS	41
3.5	GESTÃO DE CUSTO: CUSTO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR DO PACIENTE QUE FAZ USO DE SPA E COM COMPLICAÇÕES ORGÂNICAS.....	43
4	DISCUSSÃO	45

4.1	INTERNAÇÕES EM HOSPITAL GERAL DECORRENTE DO ABUSO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS.....	45
4.2	FERRAMENTAS E ESTRATÉGIAS UTILIZADAS COMO DIRECIONADORAS PARA O CUIDADO INTRA- HOSPITALAR.....	47
4.3	QUALIDADE ASSISTENCIAL A PESSOAS EM USO DE SPA.....	50
4.4	A VULNERABILIDADE SOCIAL E FAMILIAR.....	58
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	63
	REFERÊNCIAS	65
	APÊNDICES.....	75
	APÊNDICE A - Termo de ciência livre esclarecido – Londrina-PR. 2018.....	75
	APÊNDICE – B – Carta de autorização para o projeto de pesquisa – Londrina- Pr. 2018	77
	APÊNDICE – C – Confirmativo de submissão de artigo	78
	ANEXOS	79
	ANEXO A - Teste alcohol, smoking and substancie involvement screening test – assist.....	79
	ANEXO B - Escala de gravidade de dependência – the addiction severity index (ASI-6).....	81

1. INTRODUÇÃO

1.1 DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA, OBJETIVO E JUSTIFICATIVA DO ESTUDO.

Historicamente, o sueco Magnus Huss expressou o uso de álcool como alcoolismo crônico, até o momento do século XX. Neste contexto, era considerado problema exclusivamente médico, e foram então criadas as instituições exclusivas aos alcoólatras a partir de 1830 na Europa e nos Estados Unidos. Demonstravam-se que o interesse dos hospitais era por razão de cunho financeiro, tendo em vista que os tratamentos ofereciam bons lucros para o médico e para a instituição (SILVA, 2016).

Posteriormente, surgiram os movimentos sociais que tinham como objetivo controlar o consumo de álcool. No entanto, o eixo central envolvia os conceitos morais da época, que consideravam que o alcoólatra não era doente, mas sim delinquente. Simultaneamente, era então discutido o conceito de doença versus o conceito moral. Com isso, surgiu a Lei 1919-1932, “Lei seca”. Nesta perspectiva, foi proposto o conceito de “síndrome de Dependência do Álcool”, sendo então reconhecido em 1977 o alcoolismo como uma doença mental (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2012).

Em meio ao século XIX, surgiu na Europa a palavra “alcoolismo” para aqueles que consumiam excessivamente o álcool. Esta população foi, a partir disso, tratada como uma grave “praga”, sendo considerada capaz de gerar desordem, promiscuidade, indisciplina e ameaça à produtividade social e, até mesmo, à integridade da população humana. Sendo associada, durante um século, à degradação física, psicológica e moral, podendo até mesmo transmitir o “problema” aos seus descendentes (SOUZA, et al, 2015).

Tradicionalmente, o modelo hospitalar de cuidado ainda pode ser afetado pelo julgamento com base em valores morais. Ou seja, por se tratar de pacientes psiquiátricos, há uma mistura entre preconceito e falta de conhecimento quanto ao

acompanhamento do transtorno mental. Isso ainda influencia os atendimentos gerais, impedindo que não sejam tratadas as causas das doenças e morbidades com a mesma precisão com que é tratado o quadro agudo. World Health Organization (WHO), 2004 estima que apenas 20% dos pacientes procura tratamento para a causa primária do abuso do álcool ou drogas, sendo que 25% da população mundial apresenta um transtorno mental em uma dada fase da vida, seja ter sofrimento de transtorno mentais ou até mesmo transtornos mentais relacionado ao uso nocivo de álcool e outras drogas.

Ainda, de acordo com WHO, (2018), o consumo de álcool tem variação entre as regiões, no entanto, estima-se que cerca de 2,3 bilhões de pessoas consomem álcool atualmente. A prevalência do abuso de álcool baixou em 4,4% entre 2000 e 2016 em algumas regiões como África, América e Europa. Em contrapartida, nas regiões do Sudeste Asiático Ocidental ainda não são claras para as pesquisas. No Brasil, sendo um dos países mais populosos, está previsto o aumento também do consumo de álcool, assim como no México e nos Estados Unidos.

Na Europa não é diferente: o consumo de álcool aumentou, conforme estatística Nacional do Conselho de Saúde e do Instituto Estadual de Soro, 2015. Estônia, Áustria e França são os países com maior consumo de álcool nos últimos 20 anos. Já a Dinamarca, que realizou o estudo, se encontra em 19º colocado em consumo de álcool (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

O abuso de álcool e outras drogas é mundialmente considerado um problema de saúde pública. Segundo dados do Relatório Mundial sobre Drogas de 2012, aproximadamente 230 milhões de pessoas fizeram uso de alguma droga e 27 milhões de pessoas tiveram problemas decorrentes deste abuso. Isso tudo resulta 3 milhões de mortes por ano pelo uso nocivo do álcool, representando 5,3% de todas as causas de mortes (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2012; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2018).

O abuso do uso do álcool permanece entre os problemas de saúde mental mais comum, e para pontos de intervenções se faz necessário à identificação de utilização de concomitantes substâncias e outros distúrbios. A todo tempo discute-

se evidências de que as relações de causalidades estão associadas, e como devem ser consideradas: O uso do álcool associado a outros transtornos causa outra psicopatologia? Ou, a psicopatologia, causa transtorno para o uso de álcool? Ou, porque ambos compartilham de causas comuns? Questões como estas são difíceis de inferir respostas, no entanto estas informações são importantes para novos testes, para compreender as causas da morbidade, e assim, determinar a estratégia para melhorar a saúde e bem-estar do indivíduo (CASTILHO-CARNIGLIA et al, 2019).

Estas informações epidemiológicas possibilitariam desvendar as associações entre transtornos de uso de álcool e outras doenças ao longo do tempo uma vez que as internações por complicações, morbidades e emergências em decorrência do abuso de álcool não são as únicas causas encontradas nos hospitais gerais. Dentre as substâncias psicoativas (SPA), também se depara com as consequências do abuso de drogas ilícitas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Quando o assunto está relacionado ao abuso de drogas ilícitas, de acordo com relatório de World Drug Report, (2018), houve um aumento de 39% do consumo entre os anos de 2001 e 2015, ampliando em 60% as causas de mortes no mundo, com maior ocorrência de consumo pelos homens. Nos Estados Unidos, em 2015, por exemplo, 10,1% das pessoas com mais de 12 anos utilizavam drogas ilícitas e 7,8% desenvolveram transtornos pelo uso abusivo, no mesmo ano, de acordo com esse mesmo estudo (PARK- LEE, et al 2017).

A regulamentação da *cannabis* nos Estados Unidos objetivou apontar os impactos benéficos para a sociedade, bem como destacar aspectos contrários ao pensamento desta corrente, considerando fatores a promover reestruturação econômica, e para, além disso, há possibilidade de prover o aumento do consumo da droga, sendo então tratada como mercadoria dentro do sistema capitalista (REIS, 2017).

A normatização possibilitou o aumento do uso de *cannabis*, sendo amplamente consumida e aparenta ter expandido em 16% na última década, e pode estar relacionada com a permissão do uso sem indicação médica em oito

jurisdição nos Estados Unidos, consumo este que aumentou na faixa etária entre 18 e 25 anos. Em alguns países ocidentais há evidências de baixo risco de dano ao uso de *cannabis*. Quanto ao consumo de cocaína, ficou evidente aumento nos indicadores da América do Norte entre 2013 e 2016, devido à grande disseminação do tráfico na Ásia e na África, chegando em 2016 com elevação de 69%, cálculo baseado na apreensão de cocaína (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2018).

Desde séculos atrás, a loucura e, atualmente, a saúde mental vem sendo negligenciada, lotada de preconceitos e carregada de estigmas deixados pelo modelo manicomial. Com objetivo de superar tais questões, a Reforma Psiquiátrica se propôs a um novo modelo de atendimento aos pacientes com transtornos mentais, propondo-se a preservar a autonomia e cidadania do indivíduo (SANTOS, et al, 2018).

Contudo, vários desafios são enfrentados no contexto da reforma psiquiátrica, vários aspectos foram abordados desde então. A gestão da saúde pública, quanto ao processo favorável de *Desinstitucionalização*, refletiu a respeito de questões benéficas e também ruins para os movimentos sociais. Ainda se entende no senso comum que o sofrimento psíquico de certa forma é uma irracionalidade, o que sugere que o modelo manicomial seria o mais apropriado (NASCIMENTO, 2018).

Na história mundial a situação não é diferente no que se refere às internações pelo uso de SPA. No estado de Santa Catarina, em pesquisa das internações pelo sistema único de saúde (SUS), entre 1988 e 2015, o abuso de álcool foi considerado a maior incidência de internações entre os transtornos mentais, totalizando 87 internações a cada 100.000 habitantes/ano. (SAKAE, et al, 2018).

No Brasil, como em outros muitos países, o alcoolismo foi então um alvo médico. Campanhas foram criadas no século XX, direcionadas à classe popular menos favorecida e aos estereótipos do sexo masculino, pois o homem deveria ser o “provedor” da família e a mulher a “perfeita dona-de-casa”, o que considerava o alcoolista o indivíduo oposto a estes valores, assim eram associados à

vagabundagem e ao crime (SOUZA, et al, 2015). Incluindo mais pesquisas nacionalmente, ocorreram 1.424.241 internações em Alagoas, sendo 7,94% dos casos decorrentes de transtornos mentais. Quanto ao uso de SPA, entre os anos de 2008 e 2015 chegaram a 15,10%, mostrando um crescimento gradativo (SILVA, 2015).

Enalta-se, a dependência de SPA tem sido considerada um grande problema de saúde pública mundial, não sendo diferente no Brasil. Segundo o Levantamento Nacional de Álcool e Drogas, foi considerando que o álcool é que mais traz repercussões negativas à saúde física e social para a população (LARANJEIRA, 2014).

Com a reforma psiquiátrica brasileira, o suporte de leitos psiquiátricos em hospitais gerais foi previsto, e estes que são cadastrados na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) recebem incentivos de custeio anual por cada leito implantado se a ocupação for maior ou igual a 80%. (SANTOS, et al, 2018, BRASIL, 2017). No entanto, o hospital filantrópico, cenário desta pesquisa não possui contrato com o Ministério da Saúde para o atendimento e atenção às pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades de saúde decorrente de álcool e outras drogas (BRASIL, 2019).

Em análise da evolução das hospitalizações decorrente de SPA em Santa Catarina por meio do sistema DATASUS, entre o ano de 2000 a 2012, foram avaliadas taxas de hospitalização por 100 mil habitantes, concluindo que a implantação de serviços desencadeada pela reforma psiquiátrica não foi acompanhada de redução das taxas de hospitalização ou tempo médio de permanência (BALBINOT, et al, 2016).

Mesmo com as questões de limitações financeiras, os hospitais gerais de média e alta complexidade assumiram e iniciaram a integração da RAPS, por meio da portaria nº 3.088, propondo atendimento assistência integral, possibilitando atuação de profissionais com formação específica como rege os princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2013; 2011).

Dessa forma, as políticas de saúde, após a reforma psiquiátrica em 1970, consideraram que os hospitais gerais seriam grandes opções para o atendimento

aos usuários de SPA e que necessitam de intervenções emergenciais para o restabelecimento da saúde física. Por meio da Lei 10.216 angariou força e espaço no Brasil, concomitantemente com os princípios do SUS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

Durante a experiência profissional em hospital geral, observamos diversas internações hospitalares decorrentes de complicações e agravos pelo abuso de SPA, dando ênfase em abuso do álcool e drogas. Isso demonstra reflexo e impacto no âmbito da saúde pública e no contexto social. Santana (2015) em sua pesquisa na cidade de Maringá-PR, com 30 familiares expostos a evento sentinela, atendidos em hospitais gerais, identificou que a internação estava relacionada ao uso de álcool ou drogas, dos quais, o percentual de usuários de álcool era de 93,3%, seguido dos poliusos de drogas com 43,3%, podendo levar a morbidades e situações de emergência.

No entanto, usuários de SPA podem muitas vezes procurar por ajuda, tratamento e vários fatores podem influenciar nesta tomada de decisão, porém há alto índice de abandono do tratamento, estudo desenvolvido em regiões da Austrália, na Alemanha, evidenciou que 52,9% de dependentes químicos desistiram do tratamento. No Piauí-BR, não foi diferente 56,8% de uma população de 227 dependentes químicos também abandonaram o tratamento. A busca de ajuda destaca-se pela motivação, a vontade de mudar o comportamento e enfrentar os problemas; o que nem sempre consegue ser mantido como premissa (MONTEIRO, et al, 2011; CASARES-LÓPEZ et al, 2014; PROCHASKA e DICLEMENTE, 1982).

Nesse sentido, Prochaska e Diclemente desenvolveram a teoria sobre a mudança de comportamento: modelo transteórico de mudança comportamental, em 1980, o qual baseia-se na combinação de ideias em que o indivíduo se reconhece como papel central no processo de mudança, onde este indivíduo transitará em quatro estágios de motivação: pré-contemplação, contemplação, preparação/ação, manutenção (PROCHASKA e DICLEMENTE, 1982). Ressalta a inda que o papel da família se torna um fator preditivo à mudança de comportamento do usuário de SPA.

1.2 REVISÃO DE LITERATURA

A seleção de artigos em base de dados foi realizada do mês de julho de 2018 ao mês de julho de 2019, empregando nas bases de dados, Literatura Latino-Americana e do Caribe Ciências da Saúde (LILACS) Scientific Electronic Library Online (Scielo), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), PubMed e Google Acadêmico as combinações dos descritores e meshs: Inglês: Alcoholism; hospitals in general; Street Drugs; Crisis Intervention; Espanhol: Alcoholismo; Hospitalares, generales; Drogas Ilícitas; Intervención en la Crisis (Psiquiatria); Português: Alcoolismo; Hospital geral; Drogas Ilícitas; Intervenção na crise; ligação. Posteriormente, procedeu-se a análise dos títulos, conseqüentemente a leitura e elaboração dos resumos, a seleção dos estudos que atenderam aos critérios de inclusão: textos completos disponíveis nas bases de dados selecionados, no período compreendido entre 2015 a 2019.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Geral

Descrever o atendimento prestado a usuários de SPA, seu desfecho, complicações clínicas, e resultado da aplicação da Intervenção Breve (IB), após alta hospitalar.

1.3.2 Específicos

Descrever o perfil sócio-econômico-cultural e demográfico dos usuários de SPA em hospital geral.

Descrever os aspectos relacionados à IB e a transição dentre os estágios motivacionais propostos pelo modelo transteórico.

Descrever o processo de IB realizado em indivíduo internado e os resultados que possam ser alcançados após a alta hospitalar.

Descrever os fatores que possam melhorar a qualidade do atendimento ao usuário de SPA.

1.4 PERGUNTA DE PESQUISA

Como é o atendimento ao usuário com abuso de SPA em um hospital geral de alta complexidade?

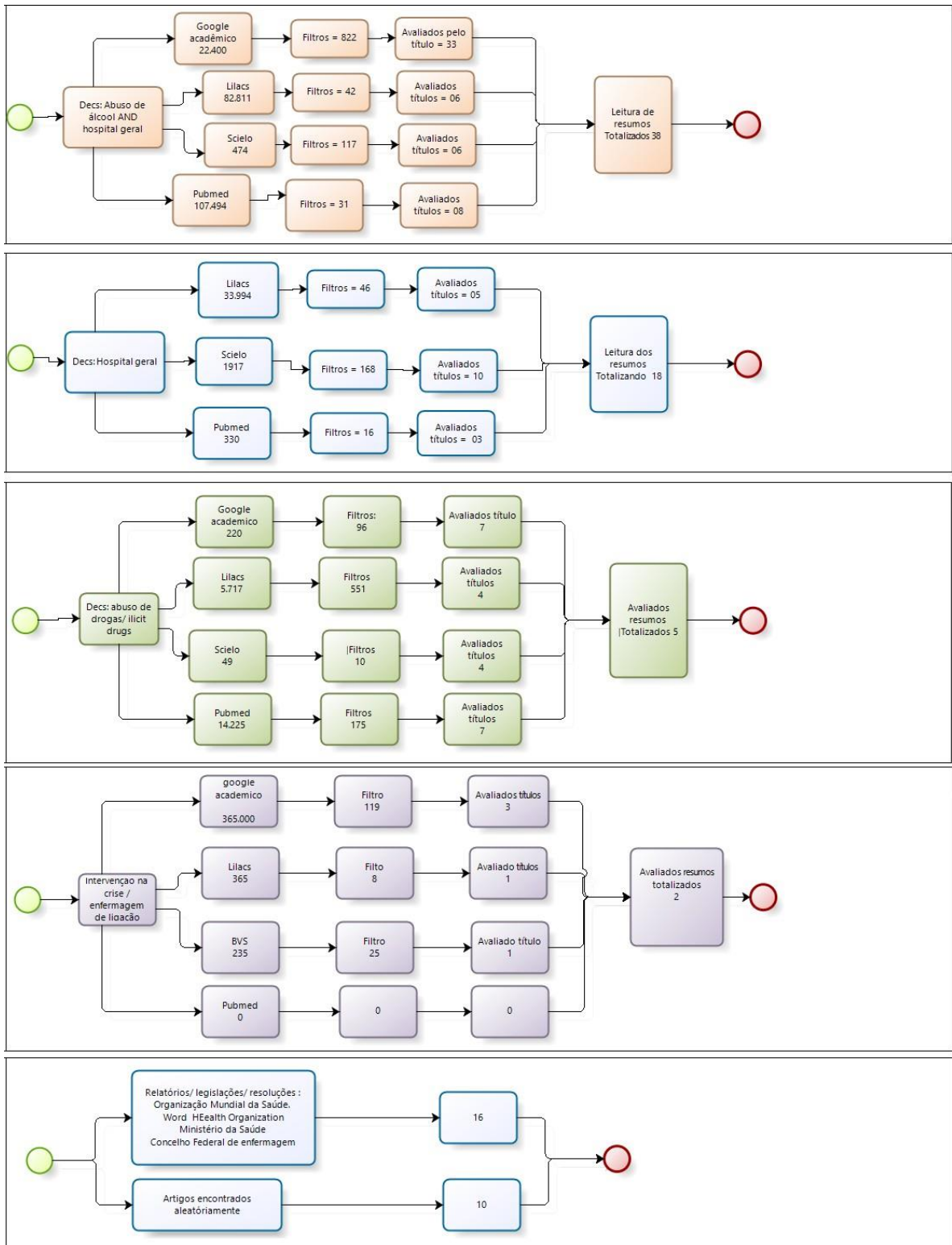
1.5 HIPÓTESE DA PESQUISA

Acredita-se que o atendimento clínico ao usuário em SPA no hospital geral pode estar comprometido quando não realizado de forma adequada.

1.6 JUSTIFICATIVA

- Dificuldade no manejo clínico do usuário em abuso de álcool;
- Alta Incidência de internamento por complicações clínicas de usuário em abusivo de álcool em hospital geral;
- Ausência de uma assistência especializada para atendimento a esta população.

Figura 1- Fluxo de avaliação do referencial teórico de 2015 a 2019, levantamento realizado de junho 2018 a julho de 2019. Londrina – Pr. - 2019.



2. MÉTODO

2.1 TIPO DE ESTUDO, LOCAL E DATA DA COLETA

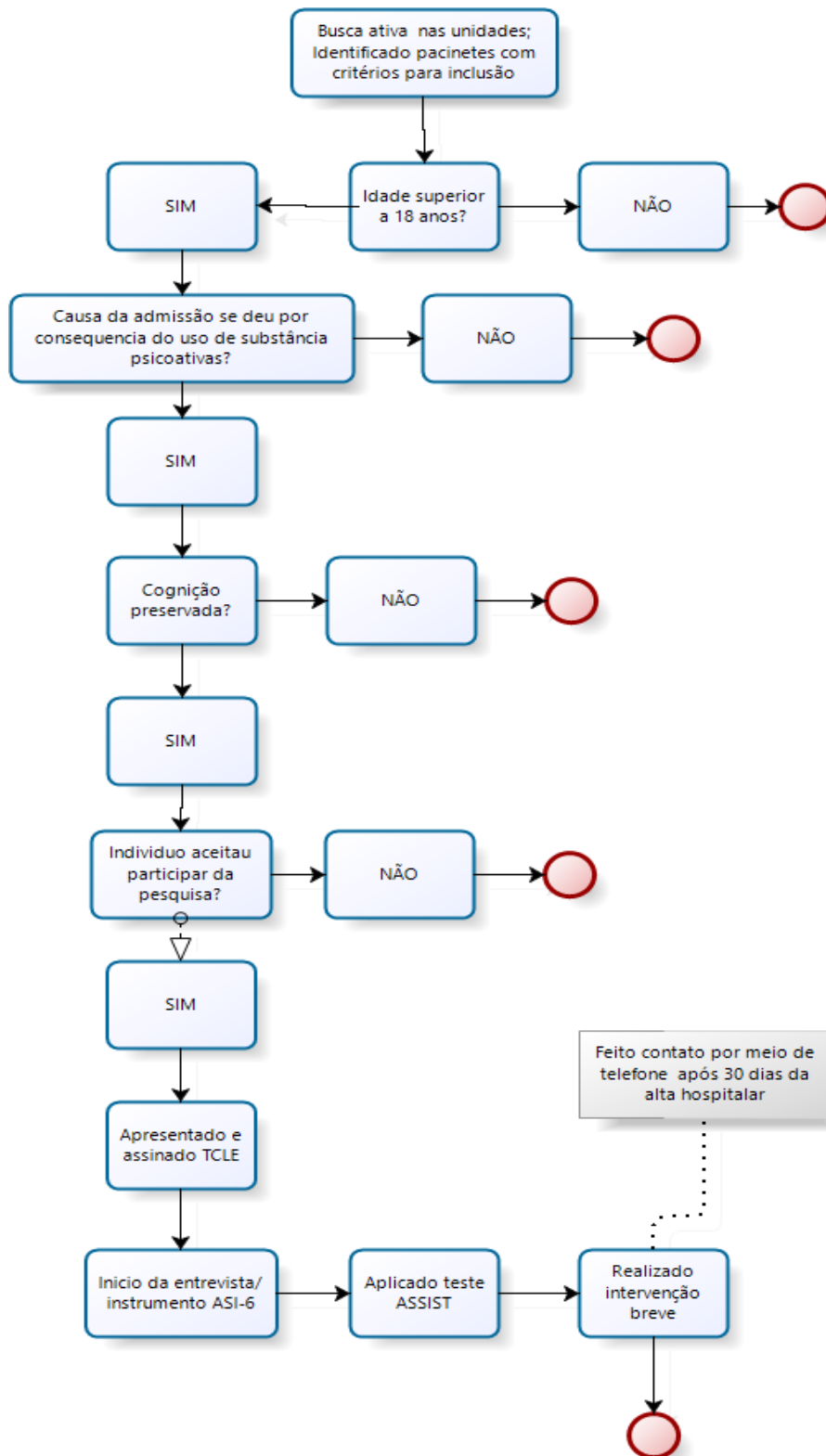
Trata-se de um estudo transversal, realizado em um hospital geral filantrópico, com atendimento do convênio SUS, convênios privados e atendimento particular, acreditado pela Organização Nacional de Acreditação (ONA) nível 3, na região sul do país. Possui 338 leitos, mas sem leitos psiquiátricos. A coleta ocorreu entre novembro de 2018 e abril de 2019.

2.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A amostra foi não probabilística por conveniência. Para inclusão foram selecionados pacientes acima de 18 anos, com internação superior a 24 horas, com história relatada pelo indivíduo de uso de álcool ou drogas, de ambos os sexos e com qualquer doença ou estado clínico que estivesse associado ao abuso das SPA pré-estabelecidas.

Foram excluídos pacientes com diagnóstico de transtorno mental severo, indivíduos com deterioração física, pobreza de linguagem e/ou intoxicação que limitasse a aplicação do instrumento. Realizou-se busca ativa nas unidades de internação e unidades de terapia intensiva, com abordagem de cada indivíduo, momento no qual foi explicado o objetivo da pesquisa, aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, sequencialmente, aplicado a escala ASI-6 e teste ASSIST, posteriormente realizado a IB.

Figura 2 - Fluxo para identificação do indivíduo com base nos itens de inclusão.
Londrina – Pr., 2019



Aconteceram 25 perdas, as quais foram:

- 10 Pacientes: foram acompanhados, porém não realizada a pesquisa por não terem obtido condições clínicas e cognitivas;
- 02 Pacientes: não aceitaram participar da pesquisa;
- 02 Pacientes: na primeira abordagem não apresentaram condições clínicas e quando houve a melhora fizeram pedido de alta hospitalar;
- 11 Pacientes: na primeira abordagem não apresentaram condições clínicas e evoluíram a óbito posteriormente.

2.3 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

O Teste ASSIST tem como objetivo a identificação de problemas relacionados ao uso de álcool e SPA por meio de pontuação total de zero a > 27 pontos. O teste é estruturado em oito questões sobre a frequência do uso de SPA: tabaco, álcool, maconha, cocaína, estimulantes, sedativos, inalantes, alucinógenos e opiáceos. Este teste é utilizado pela OMS e foi validado no Brasil por Henrique et al (2004), cujo estudo foi parte da fase II do projeto multicêntrico An International Validity Study of the Alcohol and Substance Involvement Screening Test, organizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). A confiabilidade foi por meio de teste-reteste pelos coeficientes Kappa que se deu entre 0,58 a 0,90.

Como descrição da IB após a aplicação do teste ASSIST, as sessões da entrevista e avaliações tiveram média de duração total de 62 minutos, baseadas na abordagem biopsicossocial, conduzida para mudança do comportamento, identificando-se o estágio em que se encontravam: pré-contemplação, contemplação, preparação, ação, manutenção e recaída.

A escala ASI-6 foi delineada para obter informações relacionadas aos aspectos sócio-econômico-demográfico e culturais associados ao abuso de álcool e drogas. Escala elaborada em 1979 por A. Thomas Mc Lellan no Center for Studies of Addiction, Filadélfia, Estados Unidos, traduzida para o português em

2005 e validada em 2011 por Felix Henrique Paim Kessler. A escala contém 257 questões divididas em oito eixos para compreensão psicossocial do indivíduo. Para este estudo foram utilizadas as seguintes abordagens:

- 1º Eixo: informações gerais para identificação do indivíduo quanto ao nome, idade, data de nascimento, endereço, totalizando 14 questões;
- 2º Eixo: aborda a apresentação do histórico de internação hospitalar psiquiátrica, com 12 questões;
- 3º Eixo: questões sobre a saúde física, com 28 questões;
- 4º Eixo: abordagem sobre a educação e sustento, com 36 questões;
- 5º Eixo: explana questões do uso de álcool e drogas assim como qualquer tratamento que tenha recebido, sendo 60 questões.
- 6º Eixo: traz o levantamento das questões que envolvem a justiça criminal e/ou atividades ilegais, com 32 questões;
- 7º Eixo: trata do relacionamento social e familiar, com 54 questões;
- 8º Eixo: levanta os tratamentos realizados para qualquer problema psicológico ou psiquiátrico, com 21 questões.

Além da aplicação dos instrumentos, foram coletados dados do prontuário eletrônico, com informações do período de internação e assistência prestada pelos profissionais psicólogos, psiquiatra, assistente social dentre outra especialidade médica específica para o tratamento físico.

Os dados dos prontuários foram obtidos por acesso eletrônico, com apoio de filtro disponibilizado pelo serviço de arquivo médico e estatística. Conseqüentemente, foi realizado contato por meio telefônico após 30 dias da alta hospitalar, com objetivo de identificar se houve mudança do comportamento ou se permaneceu a mudança obtida após a IB intra hospitalar.

Para a avaliação da satisfação do paciente quanto ao atendimento prestado pelos profissionais da categoria médica e da enfermagem, ao final da entrevista

fez-se a seguinte pergunta: de zero a dez, quanto você considera que foi atendido pela equipe de enfermagem e médica?

2.4 ORGANIZAÇÃO E CAPACITAÇÃO DA EQUIPE DE PESQUISA

O trabalho de campo foi realizado pela autora e por outra mestranda do curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina – UEL. A capacitação para a abordagem a ser realizada ao pesquisado e a aplicação da IB foram realizadas durante os encontros e atividades desenvolvidas pelo grupo de estudos, práticas e pesquisas em saúde mental (GEPPSAM) da UEL e se deram em três etapas, totalizando 20 horas:

1ª etapa - foi disponibilizado pelo orientador material teórico para a leitura e conhecimento do processo de aplicação do método de avaliação das mudanças de comportamento para a IB.

2ª etapa - foi realizado pelo orientador um grupo para discussão e esclarecimento das dúvidas quanto ao assunto proposto – IB.

3ª etapa - foram realizados dois momentos separadamente, simulações de atendimento ao indivíduo usuário de SPA e aplicação da IB na população, em forma de teste piloto, a fim de se ajustarem possíveis dúvidas.

A capacitação permitiu que o pesquisador identifique a fase de mudança do comportamento em que o indivíduo pesquisado se encontrava, sendo estas: Pré-contemplação: fase de negação, onde não considera o uso de SPA um problema. Contemplação: o indivíduo reconhece o problema com uso de SPA, porém acredita não conseguir mudar. Preparação/ação: início de mudanças comportamentais; Manutenção: mantem estratégias e comprometimento.

2.5 REALIZAÇÃO DO TESTE PILOTO

Foram realizados dois testes-piloto no mês de outubro de 2018, com aplicação das etapas propostas, sendo entrevistados 2 pacientes do sexo masculino, com histórico de uso de álcool, estando internados por cirrose hepática. O teste piloto permitiu identificar falhas na organização para a abordagem, como: aplicação do instrumento na íntegra, por meio de pergunta e

resposta, sendo então necessário criar roteiro para direcionalidade, possibilitando que o indivíduo conte sua história de forma espontânea; e fragilidade na programação e planejamento do tempo e momento em que fosse possível realizar a abordagem do indivíduo com a disponibilidade de tempo para ambos.

2.5.1 Procedimento de Coleta de Dados

A coleta de dados se deu no setor, enfermaria ou quarto em que o paciente se encontrava internado no momento. Visto que não se dispunha na instituição local destinado a estas entrevistas, assim como alguns pacientes que se encontravam com repouso absoluto ou até mesmo acamado. A abordagem do paciente teve início com a apresentação do pesquisador e explanação do objetivo da pesquisa. O diálogo ocorreu de forma que o indivíduo passou a relatar sua história, suas dificuldades, seus anseios e até mesmo seus medos, neste período o pesquisador passou a nortear por meio do roteiro baseado no ASI-6, o destino de cada assunto, tendo a entrevista um período médio de duração de 58 minutos, o menor tempo de entrevista foi de 30 minutos e o maior tempo de entrevista de 03h 35 minutos. Neste tempo, foi então identificado em qual etapa do estado motivacional o paciente se encontrava: pré-contemplação, contemplação, preparação/ ação ou manutenção. No momento em que o indivíduo abordava sobre sua dependência química o teste ASSIST foi aplicado, sendo então utilizada esta pontuação para uma ligação, assim propondo ao pesquisado que relate os pontos positivos e os negativos do uso da SPA, possibilitando assim a realização da IB.

A busca direta de pacientes para esta pesquisa em meio aos setores do hospital passou a fazer parte de um cuidado, o qual passou a nem sempre ser necessário fazer a busca, mas em várias situações o enfermeiro da unidade passou a fazer contato com o pesquisador, informando que foi admitido em seu setor um ou mais paciente que tinha como fator complicador o uso de SPA.

Estar disponível seja em horários comerciais e até mesmo aos finais de semana, para acompanhar e intermediar junto a estes pacientes, foi uma das maiores vantagens identificada nesta pesquisa junto à equipe assistencial. Após algum tempo do início da pesquisa, indiretamente e em alguns momentos, o pesquisador identificou um sentimento de estar fazendo parte da equipe como um

profissional a ser solicitado para interconsulta com objetivo de prestar cuidados em saúde mental.

2.6 ANÁLISE DE DADOS

A análise estatística se deu de forma descritiva exploratória, usando medidas de tendência central para a análise das variáveis.

2.7 ASPECTOS ÉTICOS

Nesta pesquisa, todos os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012) foram seguidos. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde o estudo foi realizado, sendo o CAAE: 99251518.6.0000.5696, o certificado desta ação.

3. RESULTADOS

3.1 PERFIL E CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

Dentre os 67 pacientes entrevistados 81,6% atendido pelo convênio SUS, 6,6% por convênios privados/ particulares. Segundo a tabela 1, houve uma predominância de internações no hospital geral pelo sexo masculino, sendo de 83,5%. De acordo com a idade, 37,3% estão na faixa etária entre 31 a 50 anos de idade. Quanto à posição civil, tem-se 53,7% de solteiros. Quanto à etnia, se autodeclararam 80,6% como brancos.

Tabela 1 - Caracterização e perfil dos pacientes em abuso de álcool e drogas em um hospital geral. Londrina-PR, 2019.

Variável	Frequência	%
Gênero		
Masculino	56	83,5
Feminino	11	16,4
Total	67	100,0
Faixa etária		
18 a 30 anos	15	22,4
31 a 50 anos	25	37,3
51 a 70 anos	19	28,4
71 a 90 anos	8	11,9
Total	67	100,0
Etnia		
Negra	2	3,0
Branca	54	80,6
Parda mestiça	11	16,4
Total	67	100,0
Posição civil		
Casado ou com parceiro	17	25,4
Com parceiro anteriormente	14	20,9
Solteiro	36	53,7
Total	67	100,0

Segundo a tabela 2, quanto à renda *per capita*, 53,7% destes indivíduos sobrevivem com uma renda de até um salário mínimos, 17,9% não possuem renda mensal, 25,4% tem sua fonte por meio de trabalhos informais e 62,9% não tinham

carteira de trabalho assinada. A pesquisa também demonstrou um índice de baixa escolaridade: 52,2% possuem apenas o ensino fundamental, 62,9% dos indivíduos tiveram seu último trabalho sem carteira assinada. Quanto às condições de moradia, 26,3% relataram já ter habitado abrigos supervisionados.

Tabela 2 - Distribuição da renda *per capita* dos indivíduos e familiares e sua escolaridade. Londrina-PR, 2019.

Variável	Frequência	%
Renda		
Sem renda	12	17,9
< 1 salário	24	35,8
1-2 salários	20	29,9
2-5 salários	4	6,0
> 5 salários	7	10,4
Total	67	100,0
Fonte de renda		
Emprego	8	11,9
Aposentadoria ou invalidez	15	22,4
Famílias e outros	16	23,9
Dinheiro ilegal	4	6,0
Trabalho não-formal	17	25,4
Nenhuma fonte de renda	7	10,4
Total	67	100,0
Dependentes da renda		
Não	49	73,1
Sim	18	26,9
Total	67	100,0
Quantos filhos biológicos		
Nenhum	29	43,3
Até 3	22	32,8
4 a 7	16	23,9
Total	67	100,0
Escolaridade		
Não alfabetizado	3	4,5

Fundamental	35	52,2
Ens. Médio	27	40,3
Ens. Superior	2	3,0
Total	67	100,0

Quanto aos aspectos clínicos, foi identificado que 43,3% dos pacientes internados não tinham morbidades ou diagnóstico estabelecido previamente. Dos indivíduos que possuíam conhecimento de morbidades, havia 23,9% com doenças do sistema gastrointestinal e destes, 22,9% eram cirrose hepática alcoólica. Em relação às doenças do sistema cardiovascular, 28,4% possuíam hipertensão arterial. No entanto, 32,8% foram internados por consequências de múltiplas fraturas.

Dentre os demais achados neste estudo, foram admitidos 17,9% dos pacientes por consequências de alterações do sistema gastrointestinal, a maior incidência foi de doença hepática e com o mesmo percentual foram admitidos pacientes com alterações neurológicas (trauma crânio-encefálico e acidente vascular cerebral).

Segundo a tabela 3, o tempo médio de permanência (TMP), foi de 1 a 7 dias, para 53,7% dos pacientes, e maior que 15 dias, para 7,5% deles. Considerando que 13,4% destes internados necessitaram de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e tiveram um tempo médio de permanência de 6,7 dias, ao serem admitidos na UTI, apresentaram o escore *Simplified Acute Physiology Score 3* (SAPS 3), sendo este escore um instrumento preenchido pelo médico no ato da admissão do paciente em UTI que tem como propósito a validação e refinamento de índices prognósticos em pacientes graves.

Assim, houveram 9,0% destes pacientes a pontuação menor que 20% e 6,0% a pontuação entre 40 a 60%, e 4,5% dos pacientes com SAPs, superior com 80% de disfunção orgânica. Quanto ao grau de dependência conforme a escala de *Fugulin* de todos os indivíduos, 34,2% foram classificados com grau de dependência III, 30,1% com grau de dependência II e 27,1% com grau de dependência IV.

Tabela 3 - Frequência e porcentagem das doenças físicas, morbidades e o tempo de internação em hospital geral e em unidade de terapia intensiva. Londrina-PR, 2019.

Variável	Frequência	%
Causas de admissão		
Sistema musculo esquelético	22	32,8
Sistema gastrointestinal	12	17,9
Sistema neurológico	10	14,9
Outros	23	34,3
Total	67	100,0
Comorbidades		
Nenhuma	29	43,3
Sistema cardiovascular	19	28,4
Sistema gastrointestinal	16	23,9
Sistema respiratório	1	1,5
Outras	2	3,0
Total	67	100,0
Tempo médio de hospitalização		
1 a 7 dias	36	53,7
8 a 14 dias	26	38,8
> 15 dias	5	7,5
Total	67	100,0

Correlacionando o percentual de grau de dependência, com a complicação do sistema do corpo humano, observou-se que os indivíduos que foram internados por complicações do sistema gastrointestinal demandaram maior tempo de atendimento e atenção da equipe de enfermagem, quando comparado com as demais complicações de outros sistemas do corpo humano, destes, 13,4% tiveram uma classificação do grau de dependência com escore IV em algum momento do período da internação. Já os atendidos por complicações do sistema muscular-esquelético, tiveram uma média percentual de 14,9% com grau de dependência III.

Foi possível constatar, que por meio do teste ASSIST, 73,7% dos sujeitos referiram fazer uso de bebida alcoólica, 38,8% tiveram um escore de 11 a 26 pontos, indicando necessidade de IB e, também, 44,8% destes tiveram uma pontuação acima de 27, necessitando serem encaminhados para tratamento

específico. Dos pesquisados, 39,5% também faziam uso de tabaco sendo que 19,4% dos indivíduos tiveram pontuação maior que 27.

Quanto ao tempo de uso de álcool, 27,6% relataram fazer consumo pelo período entre 20 e 49 anos, 22,4% abusam do álcool de 11 a 20 anos, sendo que 7,9% destes fazem uso de álcool há mais de 50 anos de sua vida regularmente, com 03 ou mais dias na semana.

Quando avaliado o uso de substâncias ilícitas pelos indivíduos pesquisados 38,2% fazem uso, podendo esta pessoa fazer uso de uma ou mais substancia ilícita, tendo neste resultado o uso de maconha e cocaína/crack. 25,9% relataram fazer uso de maconha, 26,9% usam cocaína/crack (tabela 4). Sendo que 72,4% destes usuários de drogas ilícitas fizeram o primeiro uso entre 10 e 17 anos, e 27,6% fizeram o primeiro uso após os 18 anos de vida.

Tabela 4 - Percentual do uso de substâncias psicoativas, pontuação do teste *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* para cada substancia psicoativa. Londrina-PR, 2019.

Variável	Frequência	%
% do uso de substância psicoativa		
Álcool	56	73,7
Tabaco	30	39,5
Drogas ilícitas	29	38,2
Maconha	17	25,9
Cocaína/crack	18	26,9
Álcool		
Não faz uso	7	10,4
0-10 pontos	4	6,0
11-26 pontos	26	38,8
> 27 pontos	30	44,8
Total	67	100,0
Tabaco		
Não faz uso	34	50,7
0-3 pontos	2	3,0
4-26 pontos	18	26,9
> 27 pontos	13	19,4
Total	67	100,0
Maconha		

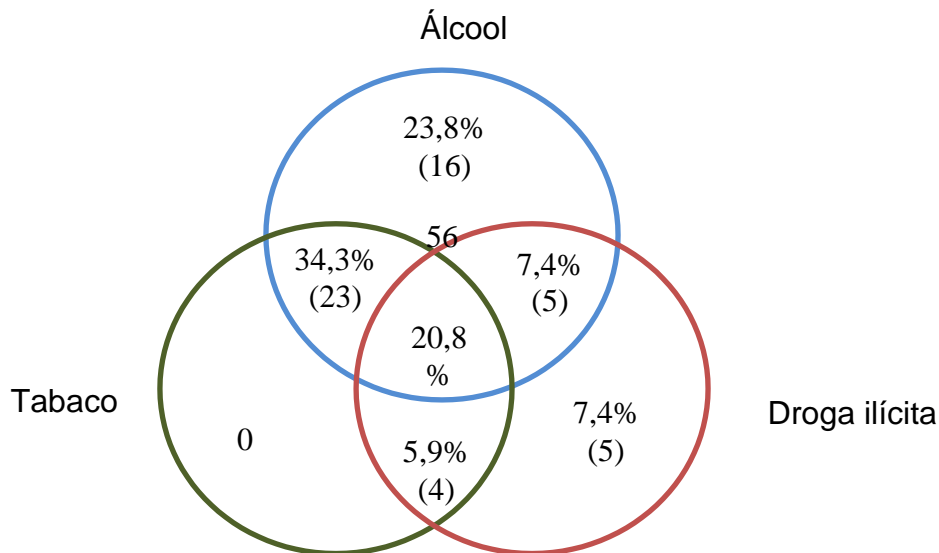
Não faz uso	50	74,6
0-3 pontos	4	6,0
11-26 pontos	4	6,0
> 27 pontos	9	13,4
Total	67	100,0

Cocaína - Crack

Não faz uso	48	71,6
0-3 pontos	2	3,0
4-26 pontos	4	6,0
> 27 pontos	13	19,4
Total	67	100,0

Obs.: Quanto à variável uso de substância psicoativa, 01 indivíduo poderia fazer uso de mais de uma substância psicoativa assim não possibilitando um percentual de 100%.

Figura 3 - Frequência e porcentagem de paciente internados que referiram uso concomitante de duas ou mais substâncias. Londrina-Pr., 2019.



Quando identificado à média de idade para o início do uso de SPA foi encontrado que para o uso de álcool a média foi aos 14 anos, sendo que 40,3% tinham entre 16 a 22 anos e 37,3% entre 9 e 15 anos, já para o uso de drogas ilícitas o intervalo de idade se deu em maior percentual entre os 9 e 15 anos com 13,4% dentre os que fazem uso de maconha, para os que fazem uso de cocaína/crack o maior percentual também foi entre os 16 e 22 anos com 20,9%.

3.2 PERCEPÇÕES DO INDIVÍDUO QUANTO À GRAVIDADE DE SUA SAÚDE FÍSICA DE ACORDO COM A ESCALA ADDICTION SEVERITY INDEX

Apenas 1,5% dos indivíduos consideraram a sua saúde física como muito boa, 49,3% consideraram suas condições de saúde razoável. Dentre os 67 pacientes avaliados, 35,8% consideraram seu estado físico ruim, ou seja, entenderam que havia fragilidade nas condições de saúde física.

Dos pacientes que se encontravam na fase de pré-contemplação 8,9% consideraram seu estado de saúde ruim, e 22,3% consideraram que o estado de saúde estava razoável.

Estas percepções foram consideradas relacionando o desconforto físico e a dor: 31,3% relataram ter sentido dor extrema, seguido de 29,9% com sensação de dor bastante considerável, e 29,9% apresentando desconforto ou dor por mais de 10 dias, o que pode ter levado a demonstrarem-se preocupados com o estado e quadro atual, 44,8% informaram estar extremamente preocupados no momento, e 40,3% estavam consideravelmente preocupados com o estado clínico vigente (tabela-5).

Tabela 5 – Percepção do indivíduo relacionado à suas condições físicas, desconforto e dor associados ao quadro clínico. Londrina – PR, 2019.

Variável	Frequência	%
Percepção das condições física		
Muito boa	1	1,5
Boa	9	13,4
Razoável	33	49,3
Ruim	24	35,8
Total	67	100,0
Desconforto/dor físico atual		
Nada	7	10,4
Levemente	6	9,0
Moderadamente	13	19,4
Consideravelmente	20	29,9
Extremamente	21	31,3

Total	67	100,0
Desconforto/ dor física em dias antes da internação		
1 a 5 dias	36	53,7
6 a 10 dias	11	16,4
>10 dias	20	29,9
Total	67	100,0
Preocupação com as condições do quadro de saúde		
Levemente	1	1,5
Moderadamente	9	13,4
Consideravelmente	27	40,3
Extremamente	30	44,8
Total	67	100,0

Neste contexto da autopercepção da condição de saúde, ficou evidente que o desconforto ou a dor levou à preocupação com o estado de saúde, ponderando que para o restabelecimento da saúde física total se faz importante que o paciente reconheça a associação entre seu estado de saúde e o uso abusivo de álcool e outras drogas.

3.3 ESTADO DA SAÚDE MENTAL E SENTIMENTOS, IDENTIFICADOS PELO INDIVÍDUO EM SUA TRAJETÓRIA DE VIDA.

Nos últimos seis meses que antecederam a internação hospitalar, 11% dos indivíduos estiveram internados em hospital especializado em psiquiatria, internações estas decorrentes do uso abusivo de SPA. Cerca de 65,5% dos avaliados já havia apresentado alterações na sensopercepção, sejam elas em algum momento da vida e nos últimos 30 dias. No entanto, 23,9% apresentaram alucinações nos últimos 30 dias, seja estas decorrentes da abstinência da SPA e/ou pelo excesso de SPA.

A manutenção do sono adequada foi uma das dificuldades apontadas por estes pacientes, onde 59,7% relataram ter tido dificuldade de dormir seja em algum momento na vida e nos últimos 30 dias, o que pode também favorecer o aumento do consumo de SPA. Percebemos que 100% dos indivíduos no presente estudo, relataram já ter se sentido deprimidos em algum momento da sua vida, sendo que 50,7% destes pacientes tiveram pensamentos suicidas e 9% já tentaram cometer suicídio.

Tabela 6 - Percentuais de alteração do sensopercepção, privação do sono, deprimidos e com pensamentos suicidas. Londrina-Pr., 2019.

Variável	Frequência	%
Alteração sensopercepção		
Não apresentaram alteração	22	32,8
Em algum momento da vida	13	19,4
Nos últimos 30 dias	9	11,8
Na vida e nos últimos 30 dias	23	34,3
Total	67	100,0
Privação do sono		
Em algum momento da vida	13	19,4
Nos últimos 30 dias	19	20,9
Na vida e nos últimos 30 dias	40	59,7
Total	67	100,0
Sentiu-se deprimido ou “para baixo”		
Na vida	10	14,9
Nos últimos 30 dias	15	22,4
Na vida e nos últimos 30 dias	42	62,7
Total	67	100,0
Teve pensamentos sérios de suicídio		
Não	33	49,3
Sim – em algum momento da vida	34	50,7
Total	67	100,0
Tentou algo contra a própria vida		
Não	61	91,0
Sim – em algum momento da vida	6	9,0
Total	67	100,0
Teve alucinações?		
Não	9	13,4
Na vida	13	19,4
Nos últimos 30 dias	16	23,9
Na vida e nos últimos 30 dias	29	43,3
Total	67	100,0
Quantos dias ficou internado em hosp. psiquiátrico nos últimos 6 meses		
Nenhum	59	88,1
1 a 30 dias	6	9,0
> 30 dias	2	3,0
Total	67	100,0

No presente estudo, consta registro em prontuários do sistema eletrônico que 9% recebeu atendimento direcionado à psicologia, e 3% teve inter consulta com um médico psiquiatra. Cerca de 38,8% dos pacientes receberam atendimento do serviço social, não sendo possível avaliar pelos registros no sistema eletrônico se houve ou não encaminhamento para serviços de saúde mental ou de apoio social após a alta médica. Isso indica que 55,2% dos pacientes em uso de SPA não receberam atendimento normalmente feito por estes profissionais.

Nada obstante, 100% dos pacientes receberam IB pela pesquisadora, obtendo-se resultados significativos. Foi identificado em cada indivíduo o estágio de mudança em qual se encontravam no momento. De acordo com a tabela 7, 50,7% estavam no estágio de contemplação.

O contato pós alta foi possível em 65,7% dos indivíduos, sendo que destes, 41,8% conseguiram diminuir o uso de SPA, 17,9% procuraram por ajuda de profissionais especializados em saúde mental, 1,5% não mais fazem uso da substância, 4,5% não procuraram por ajuda e permanecem fazendo o uso de SPA.

Tabela 7 - Caracterização da oferta de atendimento em saúde mental em hospital filantrópico acreditado, Londrina-PR, 2019.

Variável	Frequência	%
Atendimento especialista no hospital geral		
Nenhum	37	55,2
Psiquiatra	2	3,0
Psicóloga	2	3,0
Assistente Social	22	32,8
Psicóloga e Assistente social	4	6,0
Total	67	100,0
Desfecho clínico		
Óbito	9	13,4
Alta médica	50	74,6
Alta a pedido	7	10,4
Evasão	1	1,5
Total	67	100,0
Acompanhamento da IB após 30 dias da alta hospitalar		
Óbito	9	13,4
Procuraram tratamento	12	17,9

Não procuraram tratamento	3	4,5
Diminuíram o uso de SPA	28	41,8
Não faz mais uso de SPA	1	1,5
Não foi possível contato	14	20,9
Total	67	100,0

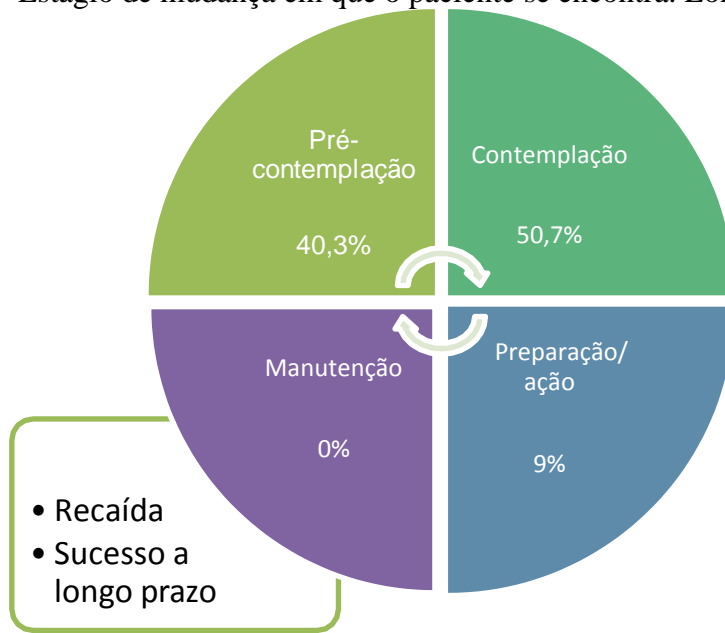
Quanto ao tratamento pelo uso de SPA previamente a internação hospitalar 62,7% dos pacientes nunca fizeram tratamento ou tiveram ajuda de especialistas da saúde mental. Dos pacientes que já fizeram tratamento 4,5% estiveram internados em hospital psiquiátrico nos últimos 6 meses por 30 dias ou mais.

Tabela 8 - Caracterização da busca por atendimento em saúde mental previamente a internação em hospital geral nos últimos seis meses. Londrina – Pr.

Variável	Frequência	%
Tratamento saúde mental		
Não	42	62,7
Sim, e ainda está fazendo tratamento.	5	7,5
Sim, deveria estar fazendo, mas não está.	20	29,9
Total	67	100
Internação em hospital psiquiátrico		
Nenhum	59	88,1
1 a 14 dias	2	3,0
15 a 30	3	4,5
> 30 dias	3	4,5
Total	67	100,0

Quanto a avaliação do estágio de mudança, 40,3% dos pacientes encontravam-se na fase de pré-contemplação, 50,7% fase de contemplação e 9% na fase de preparação, não identificado pacientes na fase de manutenção (figura 4).

Figura 4 - Estágio de mudança em que o paciente se encontra. Londrina-Pr., 2019



Nota: Percentual apresentado na figura 4 é referente a esta pesquisa

Considerando a satisfação do paciente de uma pontuação de zero a dez para o atendimento prestado pelos profissionais da categoria médica e de enfermagem, a média de pontuação foi de 9,39 para o atendimento da equipe de enfermagem: 4,5% consideraram o atendimento com pontuação mínima em 5, e 25,4% consideraram o atendimento com pontuação em 10, estando totalmente satisfeitos. Quanto ao atendimento do profissional médico, a média foi de 8,18 pontos, a pontuação mínima foi em 3 com 1,5% e tendo a pontuação máxima de 10 para 31,3% dos pacientes.

3.4 O CONVÍVIO SOCIAL DO INDIVÍDUO EM ABUSO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

A adesão ao tratamento pode sofrer influência negativas, quando o indivíduo retorna ao seu convívio social em meio a hábitos costumeiros associados ao consumo de SPA. Assim como, a manutenção do uso de SPA pode influenciar no relacionamento e o estado de harmonia na convivência com familiares e amigos. Segundo a tabela 8, 52,2 % dos indivíduos têm em seu convívio, pessoas que fazem uso de SPA. Dentre estes, 40,3% são familiares e 11,9% são amigos. Estes 52,2%, por sua vez, relataram não estar nada satisfeitos no seu relacionamento com as pessoas de seu convívio, 14,9% disseram estar

moderadamente satisfeitos, 10,4% relataram ter um convívio social familiar extremamente satisfeito e 37,3% dos indivíduos consideraram não poder contar com pessoas nos momentos difíceis.

O relacionamento familiar e convívio social resultaram em agressão física para 44,8% dos indivíduos, sendo que para 71,6%, a primeira agressão sofrida se deu com menos de 10 anos de vida, 19,7% sofreu a agressão entre os 11 e 20 anos de idade, e apenas 5,3% a agressão ocorreu acima dos 20 anos de idade. Dos indivíduos que sofreram agressão física, 5,3% também sofreram agressão sexual em algum momento da vida, sendo estas 100% do sexo feminino.

Tabela 9 - Rede de apoio social de pacientes alcoolistas internados em hospital filantrópico acreditado, Londrina-Pr., 2019.

Variável	Frequência	%
Com quem mora atualmente?		
Sozinho	16	23,9
Cônjuge/parceiro	20	29,9
Filhos	2	3,0
Pais	16	23,9
Outros adultos não parentes	13	19,4
Total	67	100,0
Quais pessoas do convívio que faz uso de SPA?		
Ninguém	32	47,8
Parceiro ou parentes	27	40,3
Amigo	8	11,9
Total	67	100,0
Qual sua satisfação com o relacionamento com família e amigos?		
Nada satisfeito	35	52,2
Levemente satisfeito	4	6,0
Moderadamente satisfeito	10	14,9
Consideravelmente satisfeito	11	16,4
Extremamente satisfeito	7	10,4
Total	67	100,0
É importante para você ter um relacionamento com outras pessoas?		
Não	34	50,7
Sim	33	49,3
Total	67	100,0
Com quem pode contar se precisar de ajuda?		
Ninguém	25	37,3

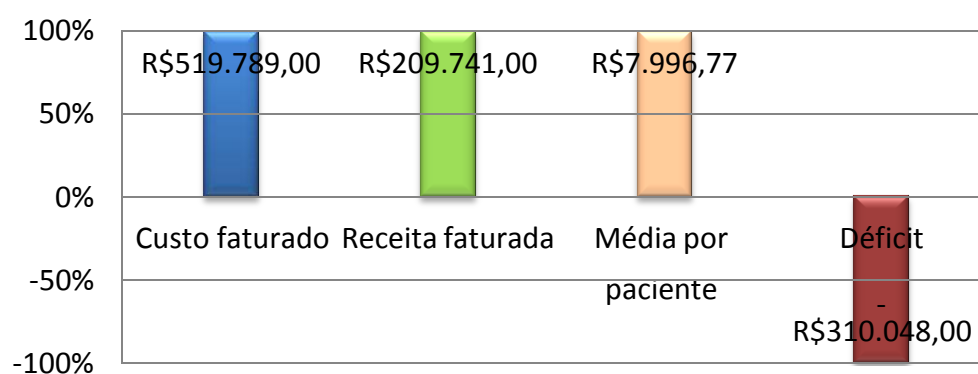
Parceiros e parentes	42	62,7
Total	67	100,0

O consumo de SPA está diretamente ligado, também, às dificuldades e com as condições econômicas familiares, o que pode fragilizar ainda mais o convívio e confiança da família. Neste estudo, identificou-se que 47,6% dos indivíduos tiveram um gasto financeiro de até R\$ 100,00 mensais para o uso de SPA, 38,1% gastaram de R\$101,00 a R\$ 300,00 e 14,3% tiveram gastos acima de R\$ 300,00.

3.5 GESTÃO DE CUSTO: CUSTO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR DO PACIENTE QUE FAZ USO DE SPA E COM COMPLICAÇÕES ORGÂNICAS.

Considerando os custos relacionados à internação hospitalar, no levantamento dos prontuários, foi identificado que, dos 67 pacientes internados 64 tiveram as contas faturadas com o custo total entre materiais, medicamentos, diárias, procedimentos cirúrgicos, o valor total foi de R\$519.789,00 sendo que o valor total da receita destas mesmas contas foi faturado em um valor de R\$209.741,00 calculando uma média de R\$7.996,77 por paciente internado. Houve custo estimado em R\$ 173.106,00 com os pacientes que tiveram em UTI, de 13,4%. Estima-se que o hospital estaria deficitário em R\$ 310.048,00.

Figura 5 - Estimativa do custo e receita dos prontuários faturados relacionados à internação dos pacientes em uso de SPA. Londrina-Pr., 2019.



Descrito na tabela 9 o compilado das informações da distribuição dos custos: 59,4% dos pacientes tiveram custo com material e medicamentos entre R\$ 1 e 1.000,00 relacionado à diária, 43,8% o custo se deu entre R\$ 1.001,00 e

5.000,00. Quanto ao custo relacionado a procedimento cirúrgico 43,8% não foram submetidos a nenhum procedimento e, portanto, não tiveram custo. Porém, dos que foram submetidos a procedimento cirúrgico, 4,7% tiveram um custo maior que R\$ 15.000,00. Quanto ao levantamento todo custo total da internação 21,9% tiveram um custo maior que R\$ 15.000,00.

Tabela 10 – Distribuição dos custos: diárias, uso de materiais, medicamentos e procedimentos cirúrgicos por paciente internado, Londrina – Pr. 2019.

Variável	Frequência	%
Custos de materiais e medicamentos		
R\$ 1,00 a 1.000,00	38	59,4
R\$ 1.001,00 a 5.000,00	18	28,1
R\$ 5.001,00 a 15.000,00	7	10,9
>R\$15.000,00	1	1,6
Total	64	100,00
Custos com diárias		
R\$ 1,00 a 1.000,00	22	34,4
R\$ 1.001,00 a 5.000,00	28	43,8
R\$ 5.001,00 a 15.000,00	13	20,3
>R\$ 15.000,00	1	1,6
Total	64	100,0
Custo com procedimento cirúrgico		
Nenhum custo	28	43,8
R\$ 1,00 a 1.000,00	15	23,4
R\$ 1.001,00 a 5.000,00	11	17,2
R\$ 5.001,00 a 15.000,00	7	10,9
> R\$ 15.000,00	3	4,7
Total	64	100,0
Custo total da internação		
R\$ 1,00 a 1.000,00	13	20,3
R\$ 1.001 a 5.000,00	22	34,4
R\$ 5.001 a 15.000,00	15	23,4
>R\$ 15.000,00	14	21,9
Total	64	100,0

4. DISCUSSÃO

4.1 INTERNAÇÕES EM HOSPITAL GERAL DECORRENTE DO ABUSO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS.

Partindo do contexto, a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, não se limitando apenas a ausência de doença física, sendo supracitado na Lei nº 102016, de 06 de abril de abril de 2001, que dispõe dos direitos e proteção às pessoas portadoras de transtornos mentais. (BRASIL, 2013):

A Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios. (BRASIL, 2005, p. 06).

As internações decorrentes do uso de drogas como causa principal se deram em 15,1%, sendo a segunda causa de maior impacto de internação dos transtornos da saúde mental na população alagoense, a média do período de 2008 a 2015 para o uso do álcool se deu em 8,9% seguida do uso de múltiplas drogas com 4,7%. Mostrou neste mesmo estudo um crescimento do abuso das SPA com maior intensidade entre os anos de 2013 e 2014, de 6,9% para 8,1% (SILVA, 2015).

Com base nos dados da WHO (2012), em que 25% da população mundial sofre de transtorno mental, os dados levantados por Botega (2017) são corroborados, uma vez que 30% dos pacientes que internam em hospital geral seja para tratamento clínico ou cirúrgico fazem uso de SPA, e apresentam doenças clínicas relacionado com a dependência química ou transtorno mental.

Considerando a prevalência de internações hospitalares, entre os anos de 2008 e 2015 no estado de Alagoas, de 1.424.241 casos, 7,9% estavam relacionados a transtorno mental. Destes casos de transtorno mental, 15,1% foram decorrentes do abuso de drogas: em 99,2%, a causa primária estava relacionada ao abuso do álcool e múltiplas drogas (SILVA, 2016).

Contrapondo com o perfil de internações pelo SUS em Santa Catarina, entre os anos de 1998 e 2015, houve 108.721 internações hospitalares decorrentes de transtornos mentais. Ao longo deste período, a substância psicoativa que maior representou as internações foi o abuso do álcool, com 73,8%, (87 internações/100.000 hab./ano). Em seguida, 16,72% de internações se deram pelo uso de múltiplas drogas e a cocaína, um percentual em 7,2% dos casos, tendo uma prevalência de 89,6% dos indivíduos do sexo masculino (SAKAE, et al, 2018).

Tendo o conhecimento do perfil das internações e com o objetivo de garantir o acesso dos usuários a tecnologias, o cuidado e manejo das intercorrências e complicações clínicas em hospitais, foi então por meio da nota técnica nº25/2012 em conformidade com a Portaria GM/MS nº 148/2012, na qual se apresentaram os termos para a implantação de leitos destinados à saúde mental em hospitais gerais (BRASIL, 2012). Portanto, as morbidades associadas ao uso de álcool e tabaco são doenças de interesse principalmente dos profissionais da atenção primária, sendo um problema de saúde pública, dada a sua alta prevalência encontrada nas últimas décadas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

Nesse sentido, é de fundamental importância o diagnóstico precoce de doenças associadas ao uso de SPA nas unidades básicas de saúde, por meio das entrevistas realizadas por profissionais capacitados que podem utilizar conhecimentos e técnicas de IB, isso junto aos programas de saúde pública (ABREU, et al, 2018). Neste estudo em questão, evidenciou-se que 41,4% desconhecia qualquer problema de saúde previamente.

Por vez, alguns pacientes deste estudo, tiveram o diagnóstico de morbidades associadas ao uso de SPA após a internação do indivíduo na instituição hospitalar. Deste modo, observa-se a importância da atuação de profissionais com conhecimento e capacitação para oferecer atendimento com qualidade assistencial em saúde mental, possibilitando a aplicação da técnica de IB (SOL JAWOROWSKI, et al, 2018).

A IB foi proposta em 1972 por Sanchez-Craig e colaboradores, no Canadá, para uma abordagem de forma terapêutica aos usuários de álcool. Foi

identificado que os maiores danos não estavam associados aos usuários crônicos, por esta ser uma parcela menor de pessoas, porém, o maior dano se dá pelos que fazem uso nocivo do álcool. Assim, foi então estruturado a estratégia para uma abordagem na qual o indivíduo perceba não somente o desejo de parar, mas identificar e entender as diversas mudanças que deverá realizar em seu estilo de vida (MILLER e SANCHEZ, 1994). A IB utiliza uma abordagem na qual a proposta é abordar os problemas do indivíduo, e não levantar questões morais e julgamentos à pessoa em si.

4.2 FERRAMENTAS E ESTRATÉGIAS UTILIZADAS COMO DIRECIONADORAS PARA O CUIDADO INTRA-HOSPITALAR.

A IB é mundialmente conhecida pela sua eficácia com a redução significativa do uso de SPA, contudo observado uma escassez de estudos realizados em hospitais gerais nacionalmente, para compararmos os resultados quanto ao perfil e características socioeconômicas, muito embora o objetivo deste estudo não fosse mostrar o a eficácia da IB, uma vez que já é comprovada, corroboramos que este estudo demonstrou vantagens prática no cotidiano, não somente para os pacientes, mas também contribuiu seguramente para a equipe de enfermagem.

Internações hospitalares por complicações decorrentes ao uso de SPA foram identificadas e esta percepção é corroborada por um estudo realizado no Sistema de Internações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), em Alagoas – BR, entre 2008 a 2015, onde, das 113.046 internações, 17.073 (15,10%) foram realizadas decorrentes do uso abusivo de drogas. Destas 17.073 internações, 99,19% tinham a associação de álcool e drogas (SILVA, 2016).

Após a implantação dos CAPS em Santa Catarina, um estudo, realizado em 2015 quanto às internações hospitalares, demonstrou que não houve variação estatisticamente significativa das internações ou no tempo médio de permanência, o que era esperado no modelo de atendimento substitutivo promovido pelo país aos serviços extra hospitalares. Não foi possível analisar no estudo se a limitação da taxa de hospitalização não teve variação decorrente do esgotamento da oferta de leitos (BALBINOT, et al, 2015).

Neste contexto, múltiplos fatores podem contribuir para um tempo médio de permanência de internação, levando ao atraso na alta hospitalar, designadamente relacionados com os serviços sociais, dada a este a tendência de três tipos de causas que podem interferir diretamente no atraso da alta hospitalar: causas organizacionais ou intra hospitalares; causas individuais e causas da comunidade relacionadas a recursos existentes na comunidade para o atendimento ao indivíduo (MODAS e NUNES, 2019).

O processo de internação em hospital geral tem como seu maior impacto o tempo médio de permanência quando associado às dificuldades socioeconômicas, apontando a dificuldade da alta hospitalar devido ao fator sociodemográfico que tem como impacto diretamente a falta de renda. Tal fato demonstra também a necessidade de atenção ao serviço social (BAEZA, et al, 2018).

Com o objetivo de ofertar uma assistência multiprofissional e estabelecer um modelo assistencial com qualidade e segurança aos indivíduos de maior vulnerabilidade, A ONA (2014) descreve a sua avaliação de cada instituição em três níveis, tendo como princípios, nível 1 acreditado: nível de garantir a segurança do paciente; em nível 2 pleno: garantir a segurança e organização de processos assistenciais; e em nível 3 excelência: garante a segurança, organização e práticas de gestão e qualidade. Cada nível é composto de seções e subseções que devem ser integralmente atendidas, contendo em subseção que “*o atendimento prestado ao paciente e aos seus familiares quanto às questões socioeconômicas, e reintegração social*”, devendo ter estes profissionais o suporte para propiciar a identificação destes indivíduos por meio do perfil epidemiológico institucional.

Outro estudo realizado em Portugal, no ano de 2016, em uma avaliação retrospectiva dos registros, levantou que os motivos mais frequentes de solicitação de intervenção da psiquiatria de ligação¹ foram depressão 42,1%, dificuldade de adaptação à doença médica 31,2%, e ansiedade 21,4%, outros pedidos menos

¹ Nota: Psiquiatria de ligação: subespecialidade da psiquiatria centrada nas perturbações mentais, que surgem em doentes em condições clínica e cirúrgica.

frequentes foram por agitação, uso de substâncias, ideação suicida, dentre outras. A abordagem e tratamento das perturbações mentais por profissionais com capacitação é vital para o doente (FRANÇA, et al 2019).

Todavia, as interconsultas nem sempre são solicitadas ou bem aceitas em determinadas regiões do mundo. Estudo realizado na Polônia, sugeriu que apenas 16% dos psiquiatras têm interação clínica com os demais especialistas disponíveis no hospital geral (CHOJNOWSKI e ZALUSKA, 2016). Soma-se o fato de que há dificuldade para alta, o fato do hospital também ter como fator a descontinuidade do cuidado, acarretando em insuficiência de serviços e profissionais na rede de serviços psiquiátricos públicos (ANDRADE, et al, 2018).

Em estudo de intervenção do tipo descritivo exploratório de abordagem qualitativa, realizado com quatro grupos, 31 indivíduos, observou-se que a busca por ajuda se deu a partir da instalação da dependência química ou por estes indivíduos terem perdido algo significativo em sua vida. O usuário transpassou por internações hospitalares decorrentes a complicações. Em um dos grupos houve o relato de um dos pacientes que teve encaminhamento do serviço social para a UBS para o tratamento de redução do uso de tabaco, após o acolhimento pela enfermeira e a adesão ao tratamento foi encaminhado para o CAPS (AZEVEDO, 2016).

Neste mesmo estudo, realizado por Azevedo (2016), outro grupo apresentou a igreja como a primeira ajuda, onde se sentiram acolhidos. Relataram que no primeiro momento houve a diminuição do uso da substância, mas com recaídas logo após. O CAPS também foi citado em um dos grupos como a fonte de apoio, com tratamento medicamentoso. No entanto, aparece não como prioritário para o tratamento, podendo-se ter uma visão equivocada pelos usuários do atendimento oferecido, pois consideraram como lugar para consulta psiquiátrica e não o trabalho interdisciplinar para tratamento e reabilitação (AZEVEDO, 2016).

Nessa perspectiva, destaca-se que o uso de SPA pode avultar o desenvolvimento de morbidades, assim como a propensão a crimes violentos, o que leva a enfatizar a necessidade de atenção ao usuário de SPA à

interdisciplinaridade do atendimento, uma vez que estão vulneráveis aos problemas sócio-econômico-cultural e familiar (CLARO, et al, 2015).

4.3 QUALIDADE ASSISTENCIAL A PESSOAS EM USO DE SPA

No que se trata de um atendimento com segurança e qualidade, o dimensionamento de pessoal deve ser levado em consideração. Sabendo que, dos profissionais atuantes no hospital geral, a equipe de enfermagem é quem demanda maior tempo realizando o atendimento diretamente ao indivíduo, dispõe-se então do sistema de classificação de pacientes por *escore*. Esta foi elaborada em 1994 por Fernanda Maria Togeiro Fugulin, e tem como finalidade correlacionar a complexidade do paciente ao tempo de cuidados demandado pela equipe de enfermagem (RUFINO, et al, 2015).

A escala de *Fugulin* compreende a avaliação do indivíduo em nove áreas: estado mental, oxigenação, sinais vitais, motilidade, deambulação, alimentação, cuidado corporal, eliminação e terapêutica. A partir destes resultados considera-se a categoria do grau de dependência: quanto maior a pontuação, maior a dependência do cuidado de enfermagem, sendo subdividido em Grau I - cuidados mínimos; Grau II - cuidados intermediários; Grau III - cuidados semi intensivos; Grau IV - cuidados intensivos (RUFINO, et al, 2015; Conselho Federal de Enfermagem, 2004).

Já, o dimensionamento de pessoal para os serviços especializados em saúde mental, baseado na Resolução 543/2017, descreve que o paciente em atendimento pelo CAPS III adultos e CAPS- álcool e drogas, demanda até 10 horas de atividade profissional por dia. (Conselho Federal de Enfermagem, 2017).

Considerando o tempo de atividade da enfermagem para assistir o paciente com transtorno de saúde mental, o COFEN (2017), por meio da Resolução 543/2017, estabelece parâmetros para o dimensionamento nos serviços especializados, mas não para o atendimento a estes pacientes com doença mental internados em hospital geral, em setores de internação. Contudo, baseados nas condições da saúde mental, na qual se enquadram pacientes com necessidades de cuidados especializados, podemos questionar e refletir se os indivíduos

pesquisados, internados por complicações físicas, não se enquadrariam na complexidade III, conforme escala de *Fugulin*. Necessitam um olhar e cuidado diferenciado, pela complexidade que apresentaram no âmbito da saúde mental e da saúde física.

Inferindo assim que a qualidade assistencial a estes pacientes pode sofrer impactos significativos relacionados ao atendimento da saúde mental, assim como levando à sobrecarga de trabalho a equipe de enfermagem.

Quando correlacionada à complexidade do paciente com doença mental por uso de SPA, esta demanda 10h/dia da atuação profissional de enfermagem em uma unidade especializada. Quando este passa a ser atendido em hospitais gerais para suas doenças físicas, o quantitativo de pessoal disponível passa a ser definido pelo grau de dependência, conforme determina o COFEN, pela Resolução 543/2017. Ou seja, não se considera a atuação do profissional para o cuidado relacionado à saúde mental.

O Sistema de Classificação de Pessoal (SCP) utilizado nos países da Europa é conhecido como RAFAELA, foi desenvolvido na década de 1990 na Finlândia, tem o intuito de ajudar na mensuração sistemática da intensidade de assistência de enfermagem ao paciente. Este tem como base para o dimensionamento de pessoal a complexidade e dependência do paciente, considerando o perfil e particularidade de cada setor avaliado. (DINI, et al 2011, ABREU, et al, 2014).

Considerando, além da dependência física, a complexidade do cuidado em saúde mental para o cálculo de dimensionamento, este poderia levar a um hiperdimensionamento de pessoal. Desta forma, quando se tem internações de pacientes com quadros clínicos, mas que possuam diagnósticos de transtornos mentais, o quantitativo adequado de pessoal de enfermagem pode interferir no sucesso de atendimento do paciente que além de suas demandas clínicas, possui também, necessidade de atenção à doença mental. O enfermeiro, sendo o elemento que realiza a classificação do grau de dependência, é o profissional central da equipe multidisciplinar. É também por meio das intervenções de enfermagem que podem possibilitar e melhorar o encaminhamento dos pacientes que necessitam de ajuda em saúde mental (VALENTIN, et al, 2017).

Neste mesmo âmbito, o processo de gerenciamento do cuidado foi um processo implantado e avaliado em partes do mundo. Em Washington, a intervenção da gerência do cuidado não obteve reflexos significativos para a diminuição ou abstinência do uso de álcool, no entanto a IB centrada no paciente apresentou ser mais eficaz com os indivíduos avaliados. Este estudo avaliou 304 indivíduos, utilizando ensaio clínico randomizado (BRADLEY, et al, 2018).

Na dinâmica desta pesquisa, na abordagem das pessoas que usam SPA, o curto tempo de entrevista foi um dos desafios, uma vez que estabelecer confiança entre as partes é um dos requisitos importante para o sucesso da intervenção breve, mesmo porque o indivíduo pode estar na fase de pré-contemplação, ou seja, não reconhece que sua condição de saúde clínica mesmo estando internado, pode estar sendo comprometida decorrente ao abuso de SPA. No entanto, a capacitação profissional é de extrema importância. Mesmo com o desafio do curto tempo, o fator intra hospitalar pode ser utilizado como ponto positivo para o sucesso da IB. O profissional capacitado consegue articular e direcionar a entrevista de forma que o indivíduo tem maior facilidade de entender o motivo que está internado e que o uso de SPA deve ser considerado como uma doença mental, sendo importante minimizar o consumo de SPA e buscar ajuda especializada após a alta hospitalar.

Neste contexto a assistência a estes pacientes em hospital geral se torna a cada dia mais complexo quando comparado a outras doenças, devido a suas particularidades clínica e de comportamento do paciente e da equipe de saúde. Isso porque nem sempre as equipes estão preparadas e capacitadas para suprir a necessidade. Assim, em grande parte, as necessidades psicossociais não são contempladas nos tratamentos. O estudo demonstra que os profissionais apresentam dificuldade para prestar atendimento adequado a estes pacientes, por isso o tratamento passa a ser focado nas alterações fisio-biológica (MOLL, et al, 2017; FERNANDEZ et al, 2016)

Quando apresentado neste estudo a baixa incidência de atendimento especializado pode se inferir que nem todo profissional compreende a necessidade e importância do atendimento de especialista para este paciente, assim corrobora os autores, que o *déficit* na formação, no conhecimento e habilidade existe, e que

precisa ser transformada emergencialmente. Visto que as políticas de saúde pública considera que o atendimento destes pacientes em hospitais gerais seja imprescindível (MOLL, et al 2017; HILDEBRANDT e MARCOLAN, 2017).

Quando comparado à realidade do baixo atendimento de especialistas em saúde mental encontrado neste estudo com o contexto internacional, equipes internacionais se propuseram a ser referência de um processo *Case Management*, no qual toma para si a responsabilidade de sustentar um relacionamento com o paciente em seu ambiente extra-hospitalar. No Brasil, formas de arranjos e processos foram desenhadas para que o modelo de intervenção seja desenhado junto aos usuários da rede, no entanto elementos paradoxais exigem elaboração de planos de forma coletiva, mas também individual. Uma das grandes dificuldades encontrada se deu em formar equipes dentro e fora do CAPS, mesmo sendo equipes de referência especializadas, a escassez de recursos comunitários e a sobrecarga do trabalho, associadas ao grande número de paciente, são fatores que dificultaram o enraizamento do método proposto (MIRANDA e ONOCKO-CAMPOS, 2010).

Ainda nesta perspectiva de atendimento especializado em saúde mental um estudo feito na Inglaterra com 179 hospitais, mostrou que 168 gozavam de serviços de ligação em psiquiatria, sendo que 79% destes hospitais incluíam na equipe ao menos um psiquiatra e um enfermeiro especialista em saúde mental. Equipe essa que prestava atendimento em todas as unidades do hospital. No entanto, o estudo não relata qual o percentual de atendimento dos indivíduos internados que necessitavam de atendimento da equipe. Como principal causa de admissão neste estudo, se deu em 63% por automutilação, dentre estes pelo abuso de álcool e de substâncias (WALKER, et al, 2018).

Dos 67 pacientes deste estudo 9% tiveram atendimento de psicologia e 3% foram atendidos por psiquiatra, atendimentos estes se deram por solicitação de interconsulta, sendo as solicitações realizadas por médico ou pelo enfermeiro, com este fluxo de solicitação infere-se que poderia ter proporcionado um maior número de atendimento, sendo que anteriormente as interconsultas poderiam ser solicitadas somente pelos profissionais médicos, o que ficava ostensivo os poucos atendimentos realizados pela equipe de saúde mental. Corrobora Paula, (2016)

que neste novo âmbito de atendimento hospitalar, onde se deu a valorização multiprofissional, além do profissional médico outros profissionais passaram também a solicitar avaliações e interconsultas aos indivíduos elegíveis para tratamento em saúde mental, no entanto para que seja efetivo se faz necessário à capacitação do profissional para a identificação precoce dos pacientes que necessita ou necessitarão de acompanhamento especializado em saúde mental.

Não foi possível identificar as causas que levaram a serem realizadas as solicitações de interconsulta aos pacientes deste estudo. No hospital de Vila Franca de Xira, Lisboa - Portugal, uma pesquisa de 5 anos, foram avaliadas as solicitações de interconsulta de 750 pacientes. Foi identificado que 25% destes pedidos tiveram como motivo a depressão e 19% foram por agitação psicomotora, considerando perturbações mentais orgânicas agudas, sendo que 60% dos pacientes não tinham acompanhamento prévio em psiquiatria (SILVA e LOPES, 2019).

Os resultados deste estudo relacionados ao custo das internações podem ter influenciado no baixo percentual de solicitação de interconsulta? Todavia, estudo realizado na Polônia, mostrou que interconsultas para o atendimento da saúde mental nem sempre são bem aceitas nos serviços gerais, sugeriu que apenas 16% dos psiquiatras têm interação clínica com os demais especialistas disponíveis no hospital geral (CHOJNOWSKI E ZALUSKA, 2016). Soma-se o fato de que há dificuldade para alta, o fato do hospital também ter como fator a descontinuidade do cuidado, acarretando em insuficiência de serviços e profissionais na rede de serviços psiquiátricos públicos, contribuindo para a não adesão do paciente ao tratamento e levando a maiores complicações clínica, o que leva à procura de atendimento de emergência (ANDRADE, et al, 2018).

Sendo as complicações clinica uma das razões para o qual os usuários buscam ajuda, principalmente a instalação das doenças do fígado nos usuários de álcool (LIMA et al, 2018). O que corrobora para este estudo, onde a busca de atendimento no hospital geral se deu por complicações físicas, do sistema musculo esquelético com 32,8% e gastrointestinais com 17,9% sendo estas doenças do fígado relacionada ao abuso de álcool e doenças do sistema cardiovasculares, sendo o uso de SPA nem sempre descrito como um diagnóstico

médico primário a causa, mas mencionado de forma secundário na admissão no hospital geral. Não podendo deixar de mencionar que 29,9% dos pacientes deste estudo apresentavam dor há mais de 10 dias.

Sabendo que a dor física e complicações orgânicas é um fator que se destaca neste estudo para a busca de ajuda, ficou também evidente que a busca por ajuda para o uso de SPA previamente as complicações clinica tiveram um percentual baixo, onde apenas 7,5% estão fazendo tratamento, 29,9% já fizeram tratamento em algum momento, porém 62,7% nunca fizeram tratamento. Para corroborar com estes resultados Siqueira, et al (2018) descreve que, a busca de ajuda especializada para o uso de SPA quando não associada a dor e desconforto físico diretamente são outros, motivos que estão relacionados a sentimentos.

Uma pesquisa fenomenológica realizada na região Centro-Oeste do Brasil mostrou que a busca por tratamento nos CAPS se dá, principalmente, com objetivo de recuperação da saúde e a melhoria da situação biográfica. No que tange às relações sociais, as diversas perdas contribuíram para a procura de tratamento. Esta pesquisa permitiu compreender que a vida do usuário de SPA foi permeada pelos agravos da saúde, assim como as perdas de pessoas importantes, perdas de bens materiais, perda da confiança entre familiares e da moral frente a pais e filhos. Assim se dá a busca por ajuda, com a finalidade de recomeçar, reconstruindo as relações familiares e sociais. E para isso é de fundamental importância a atuação do profissional da saúde capacitado, para desenvolver um cuidado singular pautado nas necessidades de cada indivíduo (SIQUEIRA, et al, 2018).

Em estudo realizado com quatro grupos, 31 indivíduos, observou-se que a busca por ajuda se deu a partir da instalação da dependência química ou por estes indivíduos terem perdido algo significativo em sua vida. O usuário transpassou por internações hospitalares decorrentes de complicações. Os indivíduos revelaram ter a percepção de que o abuso de substância psicoativa é uma doença de multicausalidade, e que tiveram outros problemas como morbidades, problemas com relacionamentos com outras pessoas, tendo a família o maior desafeto. Ainda neste estudo, por outro lado, a maioria dos avaliados não

demonstraram conhecimento sobre as Políticas Públicas sobre Drogas e os programas e estratégias para ajudá-los na redução de Danos (AZEVEDO, 2016).

Considerando que o convívio social é um dos cinco itens do pilar das necessidades humanas, este pode refletir diretamente e/ou indiretamente na percepção, adesão e manutenção do tratamento para abstinência ao uso de substância psicoativa e um dos maiores desafios da reforma psiquiátrica brasileira ainda é a reabilitação psicossocial, no que tange ao mercado de trabalho (SENA, et al, 2017). O que robustece esta pesquisa, onde 37,3% nos relataram não poder contar com ninguém como apoio, sendo que 62,7% relataram que tem como apoio parceiros e outros parentes para ajuda na reabilitação do uso de SPA, podendo este apoio ter contribuído para que 41,8% dos indivíduos diminuíssem o uso de SPA após terem sido submetido a IB durante a internação e 17,9% terem procurado ajuda especializada também após a IB durante a internação.

Para isso, a percepção do usuário quanto à qualidade e condições de saúde se faz necessária, é importante que este perceba que o uso das drogas provoca alterações físicas na saúde. Este estudo sugere que profissionais de enfermagem especialistas devem ajudar na prestação de cuidados e reabilitação deste indivíduo (SILVA, et al, 2016). Com esta pesquisa foi possível identificar os impactos na saúde física pelo uso de SPA. Entre os danos foram também observadas as morbidades psiquiátricas, como mudança de pensamento, delírios e alucinações, amnésia transitória, alterações emocionais e de comportamento, incluindo comportamentos agressivos e violentos. Com isso podemos inferir que o período de internação em hospital geral pode ser utilizado como momento estratégico para a realização da IB com objetivo de ajudar o paciente a identificar e compreender seu processo de saúde doença

Para as intervenções serem de sucesso, se faz necessária a identificação do momento propício, pois o uso de droga nem sempre é considerado um problema pelo usuário, mas sim um estilo de vida prazeroso que possibilita uma qualidade de vida satisfatória a este. No estudo realizado por Bica et al, (2019), ficou expressamente perceptível a alternância dos relatos dos usuários quanto ter influência negativa e positiva no contexto geral da vida, relacionado a negatividade pelo sofrimento e as dificuldades do cotidiano.

O que evidencia a importância de a atuação da equipe não ser centrada somente na saúde física, mas dando ênfase também aos aspectos psicossociais de cada indivíduo. Todavia, as fragilidades encontradas até mesmo pelo prejulgamento podem influenciar diretamente no modelo assistencial dos hospitais gerais, tendo ou não influência de certificações de qualidade de assistência.

Segundo a OMS (2001), a dependência química deverá ser tratada simultaneamente como uma doença crônica e como um problema social, considerando que a dependência não é somente a ingestão compulsiva de SPA, mas também uma disfunção do comportamento familiar, e deve ser analisada cada pessoa em sua universalidade e considerando-a como parte ativa no processo saúde/doença (MARQUES, 2015).

Desse modo, a utilização do Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento (Transtheoretical Model of Change) desenvolvido por James Prochaska nos anos 70, afirma que o indivíduo, para estar preparado para a mudança de comportamento, poderá transitar por quatro estágios motivacionais: Pré-contemplação, Contemplação, preparação para ação e manutenção (PROCHASKA, et al, 1994).

Baseado no modelo descrito anteriormente por Prochaska, et al (1994), foi identificado nesta pesquisa que 40,3% dos pacientes estavam na fase de pré-contemplação, ou seja, fase de recusa que é o comportamento aditivo, o indivíduo não vê problema no uso de substância psicoativa e que não tem intenção de mudar. Já 50,7% dos pacientes encontravam-se na fase de contemplação, fase esta que o indivíduo consegue identificar os problemas causados pelo uso da substância psicoativa, porém não acredita que consiga mudar, as incertezas nesta fase é que se sobrepõe aos seus pensamentos. E apenas 9% dos pacientes foram identificados na fase de preparação/ação, ou seja, iniciaram as mudanças comportamentais, é neste momento que identifica que seu comportamento é um problema e traça-se objetivos para transformá-lo.

Considerando que são os enfermeiros que mantêm um contato mais prolongado com cada indivíduo internado e que esses têm conhecimento para reconhecer os problemas relacionados ao abuso de substâncias psicomotoras, além do objetivo de propor intervenções para o restabelecimento físico, cabe a

oportunidade para desenvolver ações para motivação ao tratamento biopsicossocial, pois o enfermeiro tem o desenvolvimento e a interação com o paciente de acordo com a teoria das relações interpessoais por Hildegard Elizabeth Peplau (CARTER, 1997).

Com as premissas do conhecimento científico, o enfermeiro pode empregar também as intervenções com base no modelo transteórico, assim sendo fundamental a identificação em qual etapa do processo de mudança do comportamento cada indivíduo se encontra. O modelo foi desenvolvido por Prochaska e Di Clemente, em 1982, e tem como principal pressuposto a aplicação da estratégia no momento certo (PROCHASKA, et al, 1994).

No entanto, a dificuldade de reconhecerem a necessidade e a importância do cuidado e a assistência à saúde mental no hospital geral foi uma das limitações e de maior impacto, quando passou a ser desvinculada das necessidades e complicações físicas. Diante de todo o cenário apresentado no percurso deste estudo, foi possível contribuir para esclarecer a necessidade de elaboração de indicadores assistenciais diretamente relacionados a esta temática para análises, podendo, portanto, realizar a capacitação da equipe multiprofissional.

4.4 A VULNERABILIDADE SOCIAL E FAMILIAR

Após estudo de 29 casos, que estavam relacionados a eventos sentinelas, em 93,3% destes ocorreu a internação hospitalar pelo uso crônico de bebida alcoólica. Tendo uma média de abuso do álcool de 20,8 anos, 55,2% destas famílias haviam comportamento aditivo ao uso de SPA, tendo casos com mais de 20 anos de abuso do álcool; e apenas 10,3% destas famílias não foram consideradas vulneráveis em questões sociais, sendo elas de desemprego, baixa escolaridade, uso diário de droga, o que permitiu concluir que o uso de SPA agravou as condições de vulnerabilidade das famílias (REIS e OLIVEIRA, 2017).

No âmbito da pesquisa qualitativa, foi feito o levantamento da percepção dos familiares quanto às mudanças no cotidiano, seja familiar e/ou social, após a inserção da dependência de drogas (RODRIGUES, 2018). Estes relatos empíricos podem nos demonstrar que a convivência com pessoas dependentes de SPA pode

desencadear vários tipos de sentimentos, emoções e expectativas para uma mudança por meio da fé, assim como fica evidente o sentimento de medo.

Mudanças e sentimentos estes que pode expor a criança e o jovem a maior propensão ao uso de SPA. O que evidenciamos também nesta pesquisa, que a média de idade para o início do uso de álcool foi de 14 anos, sendo 40,3% entre os 16 e 22 anos, e para o uso de drogas ilícitas como a maconha 13,4% encontravam-se entre os 9 e 15 anos quando fizeram o uso da droga pela primeira vez, já o uso da cocaína/crack se deu o maior percentual entre os 16 a 22 anos com 20,9%. Sendo que 52,2% dos indivíduos tem em seu convívio pessoas que fazem uso de SPA. Contribui a United Nations Office On Drugs And Crime (UNODC), com o relato da divisão do uso de drogas entre jovens em duas tipologias extremas: Drogas de clube configurando o uso na vida noturna e inalante entre crianças de rua.

Diferem-se também o uso de SPA entre países e depende também das circunstâncias sociais e econômicas. Consideram que para o uso nocivo é influenciado não somente por um único fator, mas sim por vários fatores que passam a ficar fora do controle do indivíduo, em nível macro o ambiente socioeconômico e físico pode tornar o adolescente com maior vulnerabilidade ao uso de substâncias (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2018). Dados estes que corrobora com esta pesquisa, onde a variável da renda *per capita* teve maior proporção sendo de 35,8% dos indivíduos que sobrevivem com renda menor que um salário mínimo, e 17,9% não possui nenhuma renda para ao mínimo suprir suas necessidades básicas humanas, e 23,9% são dependentes de uma renda de familiares ou outros parentes e amigos.

Outro estudo qualitativo realizado na região metropolitana da Baixada Santista/SP, com usuários de crack (29), identificou, nos relatos, que o uso das drogas ilícitas ocorria com o consentimento ou compartilhamento com os próprios pais. Destacando também o comportamento agressivo e violento dos pais, sendo o pai o maior agressor quando se encontrava sob o efeito de drogas (BARROS e TUCCI, 2018). O que vem a nos fundar aos relatos dos pacientes desta pesquisa onde 71,6% dos sofreram agressão física por pessoas de seu convívio nos primeiros 10 anos de vida.

Dentre diversos fatores para o uso precoce de drogas, destacaram-se neste estudo, na ótica do usuário de crack, a fragilidade dos vínculos familiares com presença de violência doméstica na infância, conflitos, perdas afetivas, separações das figuras parentais e o uso de álcool ou outras drogas ilícitas entre os familiares de seu convívio. Em 2009, avaliou-se também a presença de violência infantil associada ao uso de SPA, identificou-se, na época, que muitos não consideraram a agressão como ato de violência, por ser uma prática comum e aceita culturalmente como uma prática educativa (BARROS e TUCCI, 2018; DUNLAP, et al. 2009).

Podemos inferir com os estudos anteriores citados, que valores, questões culturais, composição familiar e convívio social interferem nas relações afetivas, sendo a violência doméstica o fator de maior relevância e impacto para influenciar o indivíduo ao uso de SPA precocemente, dificultando a harmonia familiar e social.

O que vimos corroborar com o estudo, que 44,8% dos indivíduos sofreram agressão física, sendo que destes 71,6% tinham idade menor há 10 anos quando foram agredidos fisicamente, e 19,7% estavam entre os 11 e 20 anos de idade, complementamos ainda, que 5,3% eram do sexo feminino e 100% delas também sofreram agressão sexual em algum momento da sua vida. O que nos leva a refletir quanto a dificuldade de estabelecimento de confiança destes indivíduos para com aqueles que os rodeiam.

Estabelecer uma relação de confiança e cuidado da saúde mental, entre os familiares e os usuários de SPA, é uma meta ainda a ser atingida pelos profissionais, uma vez que as necessidades de saúde ainda são vinculadas à saúde física, pois o que não se manifesta por meio de sinais e sintomas nem sempre é reconhecido como uma necessidade (LIMA, et al, 2017). Exposição esta que nos mostra a falta de consciência para com as doenças que afetam o comportamento e saúde mental.

Com isso, a busca de ajuda hospitalar pelo paciente, pode ser utilizada como um momento propício para firmar uma relação de confiança, entre o profissional e o paciente durante o período de internação, de forma a planejar a assistência e o cuidado não somente a questão clínica, mas planejar e identificar o

momento oportuno para a realização de uma IB assim possibilitar o encaminhamento para tratamento especializado. Fato este que ficou notório ao pesquisador, o tempo, a persistência e o conhecimento são requisitos importantes para o sucesso de uma IB, assim tendo um resultado positivo como o desta pesquisa, onde 41,8% diminuíram o uso de SPA e 17,9% procuraram ajuda de especialistas após a alta hospitalar, mesmo não tendo em mãos um encaminhamento formal.

Nesta premissa, ajudar o paciente no auto percepção de que necessita de ajuda, e que o apoio familiar é o pilar para a continuidade de tratamento é fundamental para o processo de mudança de comportamental, no entanto cabe ao profissional de saúde saber identificar o estágio motivacional de cada pessoa, para que seja traçado o melhor planejamento para a reabilitação desta pessoa (FERREIRA, et al, 2015).

Contribuiu a pesquisa qualitativa, no CAPS-PR, com familiares, que levantou relatos e percepções de que alguns fatos como a existência de uma pessoa importante para o indivíduo podem ser motivacionais para ao menos o dependente de SPA, tentar manter-se na abstinência. Houve também relatos de momentos de afeto positivo e diversão que impediram a recaída para o uso de drogas, assim como afetos negativos dentre o convívio familiar que levaram ao retorno ao uso de drogas (CZARNOBAY, et al, 2015).

Contudo para que o indivíduo possa dar início a uma reabilitação, a avaliação por profissionais especialistas em saúde mental no período de internação em hospital geral é importante para estabelecer confiança, poder identificar e mostrar junto ao paciente que existe caminhos possíveis para um tratamento de reabilitação quanto ao uso de SPA, e este processo pode ser realizado por meio da IB como foi realizado pelo pesquisador neste estudo quando identificado nos resultados o percentual de busca por tratamento e diminuição de uso da SPA após terem recebido alta hospitalar.

4.5 O custo relacionado ao tratamento do paciente em uso de SPA

Estudo de coorte realizado pelo instituto de Saúde Catalão entre 2011 e 2012, avaliaram por meio dos registros em prontuário eletrônico o custo do atendimento prestado ao paciente com uso de tabaco e álcool, houve um aumento de € 1.290 (R\$5.989,189), tendo o álcool uma relação dose-resposta positiva com o aumento do custo dos cuidados de saúde. Da mesma forma pacientes fumantes e ex-fumantes também tinham um custo mais elevado de tratamento comparado ao que nunca havia fumado (MIQUEL, et al, 2018).

Os dados de Manthey, et al (2016) são corroborados pela pesquisa em duas regiões da Alemanha por seis meses foram avaliados de 1356 pacientes com dependência de álcool e em cuidados de saúde primária, concluíram que o custo médio entre dependentes de álcool correlacionando com os não dependentes de álcool foram superiores em 50%, sendo um resultado de 1.836 € (R\$ 6.199,957) com custos excessivos por pacientes dependentes de álcool. Os maiores fatores que contribuíram para ao aumento do custo foram: a invalidez (27%), tratamento hospitalar (26%) e desemprego (20%), o tratamento do álcool diretamente constituiu apenas em 6% destes encargos.

Estudo realizado no Paraná mostra que os gastos das internações por uso de SPA em hospitais com leitos psiquiátricos contratualidades, entre o ano de 1999 e 2012 se deu um valor de R\$ 19.633.373,97 sendo uma média de R\$451,73 em 1999 e R\$ 720,48 em 2012, considerando que estas internações não tinham consequências de complicações orgânica, sendo estas para tratamento do uso de SPA, por transtornos mentais e comportamentais (ZURITA, et al 2016).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados deste estudo, as internações hospitalares destes indivíduos foram identificadas e associadas ao uso de SPA e se deu em uma maior população com vulnerabilidade socioeconômica e educacional. A dificuldade de reconhecerem a necessidade e importância do cuidado e a assistência à saúde mental foi uma das limitações de maior impacto quando passou a ser desvinculada das necessidades e complicações físicas.

Diante de todo o cenário apresentado no percurso da presente pesquisa, foi possível discernir a importância do amadurecimento na identificação dos indivíduos com maior perturbação em saúde mental. Nesse contexto, é perceptível que a avaliação de profissionais especializados em saúde mental não é realizada na devida proporção, uma vez que a verba de custeio do SUS não consegue suprir financeiramente a prestação de serviços de profissionais especialistas em saúde mental, apesar de orientação da ONA, como requisito para gestão de qualidade e segurança, para que os indivíduos vítimas de agressão física, moral, psicológica, abandono e tentativa de suicídio recebam atendimento.

Considerando as condições socioeconômicas e a vulnerabilidade dos indivíduos deste estudo, há um caminho com grandes esforços a ser percorrido, no sentido de aprimorar e amadurecer processos que visam à qualidade assistencial quanto à reintegração social, uma vez que apresentou 44,8% dos indivíduos em uso de álcool com pontuação maior que 27, necessitando, portanto, de encaminhamento ao serviço de atendimento especializado para reabilitação da saúde mental.

Podemos inferir, que a IB intra-hospitalar contribuiu positivamente para o reconhecimento do indivíduo quanto ao uso de SPA e às condições clínicas em que se encontra, e a importância de se procurar ajuda de profissionais especializados após a alta hospitalar. Contudo, o envolvimento familiar como apoio à reabilitação é um fator imprescindível para o sucesso e a privação desse apoio e a debilidade clínica passam a ser um dificultador para o processo de reabilitação psicossocial.

Foram notórios os resultados, nos quais a atuação do pesquisador junto a estes pacientes obteve resultados positivos após a IB realizada, uma vez que

59,7% dos pacientes relataram ter diminuído o uso de SPA e em 17,9% buscaram ajuda após 30 dias da alta hospitalar. Outros estudos serão importantes para acompanhar o indivíduo, por mais tempo possibilitando a identificação das fases de mudança e intervenção.

REFERÊNCIAS

1. ABREU, A.M.M. et al; Rastreamento e Intervenção Breve para uso de álcool e outras drogas. Revista Brasileira de enfermagem - Reben. 2018. Disponível em: [\[Link\]](#). Acesso em: 11 de março de 2019.
2. ABREU, S. P. de; et al. Use of patients' classification instruments: analysis of the Brazilian production of knowledge. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 48, n. 6, p. 1111-1118, Dec. 2014. Acesso em: [\[Link\]](#). Acesso em: 11 de março de 2019.
3. AZEVEDO, C.F. Manejo do uso abusivo de álcool e outras drogas na perspectiva da entrevista motivacional. 2015. 137 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2015. Disponível em [\[Link\]](#). Acesso em: 11 de março de 2019.
4. ANDRADE, A. C. M., et al. Cuidado multiprofissional em uma unidade psiquiátrica de um hospital geral. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**. 2018;7(1):60-71. Doi: 10.17267/2317-3394rpds.v7i1.1846. Disponível em: [\[Link\]](#). Acesso em: 11 de março de 2019.
5. BAEZA, F.L. et al. Predictors of length of stay in an acute psychiatric inpatient facility in a general hospital: a prospective study. Rev. Bras. Psiquiatr. vol.40 no.1 São Paulo Jan. /Mar. 2018. Disponível em: [\[Link\]](#). Acesso em 11 de março de 2019.
6. BALBINOT, A.D. et al. Hospitalization due to drug use did not change after a decade of the Psychiatric. **Revista Saúde Pública**, 2016; 50:26. Disponível em: [\[Link\]](#). Acesso em: 11 de março de 2019.
7. BARROS, N. A.; TUCCI, A. M. Percepções dos Usuários de Crack sobre as suas Relações Familiares na Infância e Adolescência. **Psic. Teor. e Pesq.** Brasília, v. 34, e 34418, 2018 Epub nov. 29, 2018. <https://dx.doi.org/10.1590/0102.3772e34418> disponível em: [\[Link\]](#). Acesso em: 11 de março de 2019.
8. BICA, S.C.L; OLIVEIRA, M.M; CRUZ, V.D; La piedra es mi remedio: usuarios de crack en la percepción de su propia salud. SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. 2019 jan.-mar.15(1):50-56 DOI:

- 10.11606/issn.1806-6976.smad.2019.151787. Disponível em: [\[Link\]](#). Acesso em 11 de março de 2019.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília-DF, 23 de dezembro de 2011. Disponível em: [\[Link\]](#). Acesso em 11 de março de 2019.
 10. _____. Diário Oficial da União. Lei nº 8080/90. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e das outras providências. Brasília - DF, artigo rescrito pela lei nº 12.864, de 24 de setembro de 2013. Disponível em: [\[Link\]](#). Acesso em: 11 de março de 2019.
 11. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: OPAS, 2005. Disponível em: [\[Link\]](#). Acesso em 11 de março de 2019.
 12. _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as portarias de consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a rede de atenção psicossocial, e dá outras providências. Diário oficial da união. [\[Link\]](#). Acesso em 11 de março de 2019.
 13. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. Data. SUS. Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (2019). Disponível em: [\[Link\]](#). Acesso em 11 de março de 2019.
 14. BRADLEY, K.A et al. Alcohol-Related Nurse Care Management in Primary Care A Randomized Clinical Trial. JAMA Internal Medicine. 2018; 178(5):613-621. doi:10.1001/jamainternmed.2018.0388 Published online March 26. Disponível em [\[Link\]](#). Acesso em: 11 de março de 2019.
 15. BOTEGA NJ, organizador. Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2017.
 16. CARTER, E. et al. The ins and outs of psychiatric-mental health nursing and the American Nurses Association*1. Journal of the American

- Psychiatric Nurses Association, 3(1), 10–16. (1997) doi: 10.1016/s1078-3903(97)90009-4.
17. CASARES-LÓPEZ JM, ET AL. Predictors of retention in a drug-free unit/substance abuse treatment in prison. *Int J Law Psychiatry* [Internet]. 2013 [cited 2014 Dec 05]; 36(3):264-72. Disponível em: [\[Link\]](#)
 18. CASTILLO-CARNIGLIA, A. et al. Co-morbidades psiquiátricas em transtorno do uso de álcool. Sociedade e Saúde Research Center, Facultad de Humanidades, Universidad Mayor, Santiago, Chile. Séries. Publicado online décima sétima de outubro de 2019 [http://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30222-6](http://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30222-6). Disponível em: [\[Link\]](#). Acesso em: 19 de outubro de 2019.
 19. CLARO, H. G. et al. Uso de drogas, saúde mental e problemas relacionados ao crime e à violência: Estudo transversal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 6, p. 1173-1180, 2015. [\[Link\]](#). Acesso em 12 de março de 2019.
 20. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN. Resolução COFEN N°. 293/2004. Disponível em: [\[Link\]](#). Acesso em 12 de março de 2019.
 21. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN. Resolução COFEN N° 543/2017. Disponível em: [\[Link\]](#). Acesso em 12 de março de 2019.
 22. CZARNOBAY, J. et al. Intrapersonal and interpersonal determinants perceived by the family as a cause of relapse in drug users. *REME • Rev. Min. Enferm.* 2015 abr/jun; 19(2): 93-99. DOI 10.5935/1415-2762.20150028. Disponível em: [\[Link\]](#) Acesso em 12 de março de 2019.
 23. CHOJNOWSKI, J; ZALUSKA, M; Psychiatric wards in general hospitals – the opinionsof psychiatrists employed there. *Polskie Towarzystwo Psychiatryczne – Psychiatric Polka.* 2016. <http://dx.doi.org/10.12740/PP/35378>. Disponível em: [\[Link\]](#). Acesso em 12 de março de 2019.
 24. DINI, Ariane Polidoro et al. Sistema de Classificação de Pacientes Pediátricos: construção e validação de categorias de cuidados. **Rev. Esc.**

- Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 575-580, June 2011. Disponível em [\[Link\]](#). Acesso em: 12 de março de 2019.
25. DONABEDIAN, A.. The quality of medical care. *Science*. *Science* 26 May 1978: Vol. 200, Issue 4344, pp. 856-864 DOI: 10.1126/science.417400. Disponível em: [\[Link\]](#). Acesso em: 19 de agosto de 2019.
26. DUNLAP, E., et al. Normalization of violence: Experiences of childhood abuse by inner-city crack users. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, (2009). 8(1), 15-34. Doi: 10.1080/15332640802683359. Disponível em: [\[Link\]](#). Acesso em: 15 de abril de 2019.
27. FERNANDES, M. A; Nursing care to psychiatric patients in a general hospital emergency. *Ver Enferm UFPI* 2016;5(2). Disponível em: [\[Link\]](#). Acesso em 15 de abril de 2019.
28. FERREIRA, A.C.Z, et al. Drug addicts treatment motivations: perception of family members. **Rev Bras Enferm.** 2015;68(3):415-22. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680314i>. Disponível em:[\[Link\]](#). Acesso em: 15 de março de 2019.
29. FRANÇA, G. et al Intervenção da psiquiatria de ligação num hospital geral – estudo retrospectivo. *Revista de Psiquiatria Conciliar e de Ligação*. VOL. 26 nº 1 de 2019. Disponível em: [\[Link\]](#). Acesso em 15 de março de 2019.
30. HILDEBRANDT LM, MARCOLAN JF. Conceptions of nursing staff about psychiatric care in general hospital. **Rev Rene** 2016;17(3). Disponível em [\[Link\]](#) . Acesso em: 15 de março de 2019.
31. LARANJEIRA, R. (Org.). II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD). São Paulo: **Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD)**, UNIFESP, 2014. Disponível em: [\[Link\]](#). Acesso em 15 de abril de 2019.
32. LIMA, D.W.C. et al. Necessidades de saúde de familiares de usuários de substâncias psicoativas. *Rev. Eletr. Enf.* 2018; 20: v20a12. Doi: 10.5216/ree.v20.47410. Disponível em: [\[Link\]](#). Acesso em 15 de abril de 2019.

33. MARQUES M. E. R; Motivação para o Tratamento: Ajuda na transição para a abstinência, inserida na Prática do Cuidar em Enfermagem, numa Unidade de Desabilitação. Instituto politécnico de Setúbal escola superior de saúde, 2015. Disponível em: [\[Link\]](#). Acesso em: 15 de abril de 2019.
34. MANTHEY, J. Et al. Economic burden associated with alcohol dependence in a German primary care sample: a bottom-up study. **BMC Public Health**, 2016. 16:906 DOI 10.1186/s12889-016-3578-8. Disponível em: [\[Link\]](#). Acesso em 15 de abril de 2019.
35. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Direitos humanos e saúde mental. [Internet] 27 nov. 2014 [acesso em 27 nov. 2014]. Disponível em: [\[Link\]](#). Acesso em: 15 de abril de 2019.
36. MINISTÉRIO DA SAÚDE: Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Nota técnica Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS. Disponível em: [\[Link\]](#). Acesso em: 14 de junho de 2019.
37. MILLER, W. R., & Sanchez, V. C. (1994). Motivating young adults for treatment and lifestyle change. In G. S. Howard & P. E. Nathan (Eds.), *Alcohol use and misuse by young adults* (pp. 55-81). Notre Dame, IN, US: University of Notre Dame Press. Disponível em: [\[Link\]](#). Acesso em 15 de abril de 2019.
38. MIQUEL, L. et al; Alcohol, tobacco and health care costs: a population-wide cohort study ($n = 606\ 947$ patients) of current drinkers based on medical and administrative health records from Catalonia, **European Journal of Public Health**, Volume 28, Issue 4, August 2018, Pages 674–680, <http://doi.org/10.1093/eurpub/ckx236> Disponível em: [\[Link\]](#). Acesso em: 15 de junho de 2019.
39. MIQUEL, L. et al. Alcohol, tobacco and health care costs: a population wide cohort study ($n = 606\ 947$ patients) of current drinkers based on medical and administrative health records from Catalonia. **European Journal of Public Health**, Vol. 28, No. 4, 674–680. doi:10.1093/eurpub/ckx236. Disponível em: [\[Link\]](#). Acesso em 15 de agosto de 2019.

40. MIRANDA, L.; ONOCKO-CAMPOS, R. T. Análise das equipes de referência em saúde mental: uma perspectiva de gestão da clínica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 1153-1162, June 2010. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000600009> Acesso em [Link]. Acesso em: 15 de agosto de 2019.
41. MODAS, D. A; NUNES, E. M. G. T. Instrumentos de avaliação do risco de prolongamento de internação hospitalar. **Acta paul. Enferm.** São Paulo , v. 32, n. 2, p. 237-245, Mar. 2019 . Epub June 10, 2019. <https://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201900032> Disponível em: [Link]. Acesso em: 15 de agosto de 2019.
42. MOLL, M.F; et al. Profissionais de enfermagem e a internação psiquiátrica em hospital geral: percepções e capacitação profissional. **Cogitare Enferm.** 2017;(22)2 Disponível em: [Link]. Acesso em 15 de agosto de 2019.
43. MONTEIRO CFS, ET AL. Sociodemographic profile and adhesion to treatment for alcohol dependents at CAPS-ad in Piauí state]. *Esc. Anna Nery Rev Enferm* [Internet]. 2011 [cited 2011 Oct. 22];15(1):90-5. Disponível em: [Link]. Acesso em: 14 de junho de 2019.
44. NASCIMENTO, L. R. do. Reforma psiquiátrica brasileira. 2018. 122 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2018. Disponível em: [Link]. Acesso em: 12 de março de 2019.
45. ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). Manual Brasileiro de Acreditação. Organização Prestadora de Serviços de Saúde. Editora: FGV. 2018.
46. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Relatório mundial álcool e saúde. 2012. Disponível em: [Link]. Acesso em: 12 de março de 2019.
47. PACHECO, A. M; SILVA, R. D. M.S; RAMOS, M. C; Organização do fluxo de atendimento aos usuários abusivos ou dependentes de álcool e outras drogas. *Rev. Bras. Pesq. Saúde*, Vitória, 19(1): 21-27, jan. / mar. 2017 |2. Disponível em: [Link]. Acesso em: 12 de março de 2019.

48. PAULA, B.H.B. Estudo das relações Inter profissionais no hospital geral: contribuições da saúde mental para uma clínica do sujeito. Campinas, SP: 2016. Disponível em: [\[Link\]](#). Acesso em: 11 de março de 2019.
49. PARK-LEE E, et al. Receipt of Services for Substance Use and Mental Health Issues Among Adults: Results from the 2016 National Survey on Drug Use and Health. 2017 Sep. In: **CBHSQ Data Review. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); 2012.** Disponível em: [\[Link\]](#). Acesso em: 14 de junho de 2019.
50. PROCHASKA JO, DICLEMENTE CC. Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory Research Practice [Internet]*. 1982 [cited 2011 Oct 22]; 19(3):276-88. Disponível em: [\[Link\]](#). Acesso em: 14 de junho de 2019.
51. PROCHASKA, J. O. et al. Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. *Health Psychology, 13(1), 39-46. (1994).* Doi: 10.1037/0278-6133.13.1.39. Disponível em: [\[Link\]](#). Acesso em: 14 de agosto de 2019.
52. PROCHASKA, J., & VELICER, W. (1997). The Transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion, 12(1), 38-48.* Disponível em: [\[Link\]](#). Acesso em: 14 de junho de 2019.
53. REIS, L.M; OLIVEIRA, M.L.F. Social vulnerability in families living with long-term addictive behavior. *Acta Paul Enferm.* 2017; 30(4):412-9. Disponível em: [\[Link\]](#). Acesso em: 14 de junho de 2019.
54. REIS, E.M. A trajetória legal da cannabis na Espanha, no Uruguai e nos estados unidos: uma análise da regulamentação da maconha à luz da corrente ecossocialista. Dissertação (Mestrado em Economia) – Faculdade de Economia, Universidade Federal da Bahia, 2017. Disponível em: [\[Link\]](#). Acesso em: 14 de junho de 2019.
55. RODRIGUES, T.F.C.S, et al. Feelings of families regarding drug dependence: in the light of comprehensive sociology. **Rev Bras Enferm [Internet]**. 2018; 71(Suppl 5):2272-9. [Thematic Issue: Mental health] DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0150> Disponível em: [\[Link\]](#). Acesso em 14 de agosto de 2019.

56. RUFINO, A.S. et al. Classification of patients according to the dependence degree of nursing team. Rev Enferm Atenção Saúde [online]. Ago. / Dez. 2015; 4(2):5-19. . Disponível em: [\[Link\]](#). Acesso em 14 de agosto de 2019.
57. SAKAE, T. M. et al Analysis of the hospital drug interventions profile in Santa Catarina between 1998 and 2015. **Arq. Catarin Med.** 2018 jul.-set. 47(3):16-37. Disponível em: [\[Link\]](#) . Acesso em: 14 de junho de 2019.
58. SANTANA, C. J. Internação hospitalar e trauma: evento sentinela para monitoramento dos efeitos das drogas de abuso. 205 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Maringá. Orientadora: Magda Lúcia Félix de Oliveira. Maringá, 2015. Disponível em: [\[Link\]](#). Acesso em: 14 de abril de 2019.
59. SANTOS, I.M.S; et al. Avaliação Psicológica com Usuários de Substâncias Psicoativas (SPA): uma Revisão Sistemática da Literatura. PSI UNISC, Santa Cruz do Sul, Vol. 2, n. 1, jan. /jun. 2018, p.<48-60>. Doi: 10.17058/psiunisc.v2i2.10837. Disponível em: [\[Link\]](#). Acesso em: 14 de junho de 2019.
60. SANTOS, A.B. et al. Mental health, humanization and human rights. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.10, n.25, p.01-19, 2018. Disponível em: [\[link\]](#). Acesso em: 14 de agosto de 2019.
61. SENA, E.L.S; et al. Psychosocial rehabilitation according to drug consumers' perspective. Rev Fund Care Online. 2017 abr/jun; 9(2):520-525. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i2.520-525>. Disponível em: [\[Link\]](#). Acesso em 15 de março de 2019.
62. SILVA, I. C; LOPES, J. "5 Anos de Psiquiatria de Ligação no Hospital Vila Franca de Xira." Revista de Psiquiatria Conciliar e de Ligação 26.1 (2019). Disponível em: [\[Link\]](#). Acesso em: 14 de junho de 2019.
63. SILVA, F.C.L; Evolution of hospital instruments from abusive use of alcohol and other drugs in the period 2008 to 2015. Repositório UFAL, 2016. Disponível em: [\[Link\]](#). Acesso em: 14 de abril de 2019.

64. SILVA, E.R et al. Drug use impact in drug addicts' physical and mental health. Source: *Ciência, Cuidado e Saúde*. Jan-Mar2016, Vol. 15 Issue 1, p101-108. 8p. Disponível em: [\[Link\]](#). Acesso em: 14 de abril de 2019.
65. SIQUEIRA, D. F; et al. Ações de cuidado aos familiares de usuários de substâncias psicoativas: intencionalidades/expectativas. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília , v. 71, supl. 5, p. 2221-2228, 2018 . Available from. <https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0027> Disponível em: [\[Link\]](#). Acesso em: 14 de junho de 2019.
66. SOL JAWOROWSKI, et al. Alcohol Related Harm: Knowledge Assessment of Medical and Nursing Staff in a General Hospital. *Isr. J. Psychiatry* - Vol. 55 - No 2 2018. Disponível em: [\[Link\]](#). Acesso em: 14 de junho de 2019.
67. SOUZA, L.G.S; MENANDRO, M.C.S; MENADRO I, P.R.M. O alcoolismo, suas causas e tratamento nas representações sociais de profissionais de Saúde da Família. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 25 [4]: 1335-1360, 2015. Disponível em: [\[Link\]](#). Acesso em: 14 de junho de 2019.
68. UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). Relatório mundial sobre drogas. 2012. Disponível em: [\[Link\]](#). Acesso em: 14 de junho de 2019.
69. UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). Relatório mundial sobre drogas. 2018. Disponível em: [\[Link\]](#). Acesso em: 14 de junho de 2019.
70. VALENTIM, O. S; SANTOS, C.; RIBEIRO, J. P. (2017). Grupos de autoajuda: a percepção de gravidade do alcoolismo, da saúde física e mental. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (Spe. 5), 93-97. Disponível em: [\[Link\]](#). Acesso em 14 de agosto de 2019.
71. ZURITA RCM, et al. Evolução dos gastos hospitalares com internações psiquiátricas por drogas. **Rev Gaúcha Enferm.** 2016 set;37(3):e53289. Doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.03.53289>. Disponível em: [\[Link\]](#). Acesso em: 12 de março de 2019.
72. WALKER, J. et al. The prevalence of depression in general hospital inpatients: A systematic review and meta-analysis of interview-based

- studies. **Psychological Medicine**, 48(14), 2285-2298. Doi: 10.1017/S0033291718000624. Disponível em: [\[Link\]](#). Acesso em: 12 de março de 2019.
73. WORLD DRUG REPORT 2018 (United Nations publication, Sales No. E.18.XI.9). Disponível em: [\[Link\]](#). Acesso em: 14 de março de 2019.
74. WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. Global Status Report: alcohol policy. Available from: 2015. Disponível em: [\[Link\]](#). Acesso em: 14 de março de 2019.
75. WORLD HEALTH ORGANIZATION; 2018. Global status report on alcohol and health 2018. Disponível em: [\[Link\]](#). Acesso em: 14 de março de 2019.
76. WORLD DRUG REPORT 2018 (United Nations publication, Sales No. E.18.XI.9). Disponível em: [\[Link\]](#). Acesso em: 14 de março de 2019.
77. WORLD HEALTH ORGANIZATION 2004. Neurociências: consumo e dependência de substâncias psicoativas. WHO Library Cataloguing-in-Publication. Disponível em: [\[Link\]](#). Acesso em: 14 de março de 2019.

APÊNDICE – A - Termo de ciência livre esclarecido – TCLE. Londrina-Pr.
2018.

CONVITE PARA PARTICIPAÇÃO DA AVALIAÇÃO DO ATENDIMENTO AO PACIENTE COM TRANSTORNO MENTAL EM UM HOSPITAL

Prezado(a) Senhor(a): _____

Gostaríamos de convidá-lo (a) para participar da pesquisa, Avaliação do Atendimento ao Paciente com transtorno mental em um Hospital Geral, que faz parte do Programa de pesquisa da Universidade Estadual de Londrina – UEL coordenado pela Prof. Dr. Marcos Hirata Soares. O objetivo geral avaliar o atendimento prestado ao paciente com transtorno mental em serviços hospitalares gerais, sendo os objetivos específicos descrever os serviços hospitalares de atendimento geral quanto à normatização do ministério da saúde em relação à saúde mental; Descrever as intervenções propostas para o atendimento ao usuário de álcool em hospital geral; Descrever o perfil sócio-econômico-cultural e demográfico.

Sua participação é muito importante e ela se daria da seguinte forma: você irá responder duas escalas específicas para a pesquisa, será acompanhado durante o período de internação para acompanhamento das avaliações multiprofissional que será submetido.

Esclarecemos que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Esclarecemos, também, que suas informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, a pesquisadora se compromete a guardar o anonimato de suas informações. Esclarecemos ainda, que você não pagará e nem será remunerado (a) por sua participação.

Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos poderá nos contatar Nome: Marcos Hirata Soares, Endereço: Rua Robert Koch, 60 Departamento de Enfermagem - Prédio do Centro de Ciências da Saúde (CSS) Vila Operária. CEP: 86038-440. Mestranda Jaqueline Fátima de Souza e Jessica Tizziani.

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas devidamente preenchida, assinada e entregue à você.

_____ (NOME POR EXTENSO),
tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa,
concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____

: _____

Data: _____

APÊNDICE – B – Carta de autorização para o projeto de pesquisa – Londrina-
Pr. 2018.



PARECER PROCESSO 16/ 2018

À Pesquisadora

JAQUELINE FATIMA DE SOUZA

Considerando o Projeto de Pesquisa com o título AVALIAÇÃO DO ATENDIMENTO AO PACIENTE EM USO DE ÁLCOOL EM UM HOSPITAL GERAL, apresentado à Associação Evangélica Beneficente de Londrina;

Considerando o parecer favorável apresentado nas instâncias administrativas que envolvem a realização do estudo;

Vimos informar que **somos de parecer favorável à realização de coleta de dados, no período de outubro/2018 a junho/2019**, resguardando-se o atendimento da legislação vigente.

Solicitamos também que, uma vez realizado o estudo, uma cópia seja apresentada a esta Diretoria, para ciência e divulgação.

Londrina, 16 de agosto de 2018.

Dr. Ricardo Maria João Teixeira
Diretor Técnico e Assistencial
AEBEL
e-REM 12-380

[Assinatura]

Diretoria da AEBEL

[Assinatura]

Centro de Estudos

Denise S. Pavan
Supervisora do Centro
Estudos



APÊNDICE – C – Confirmativo de submissão de artigo.

1º Artigo – Perfil sociodemográfico e clínico de usuários de substâncias psicoativas atendidos em hospital filantrópico acreditado.

The screenshot shows the 'Submissões' (Submissions) page in the SMAD system. The user is logged in as 'jaquesouza'. The page title is 'Submissões' and it has tabs for 'Fila' and 'Arquivos'. Under 'Submissões Designadas a Mim', there is a search bar and a 'Nova Submissão' button. A single submission is listed for 'Jaqueline Fátima de Souza' with ID '163560'. The submission title is 'Perfil sociodemográfico e clínico de usuários de substâncias psicoativas atendidos...'. The status is 'Submissão' and it has 1 comment. The page indicates '1 de 1 submissões'.

2º Artigo – Intervenção Breve intra hospitalar como ferramenta para mitigação por substância psicoativas

The screenshot shows the 'Author Dashboard' for 'Jaqueline Fátima de Souza' on the ScholarOne Manuscripts platform. The dashboard includes navigation links for 'Home' and 'Author', and a section for 'Submitted Manuscripts'.

The sidebar menu for the Author Dashboard includes the following items:

- 1 Submitted Manuscripts
- Start New Submission
- Legacy Instructions
- 5 Most Recent E-mails

Submitted Manuscripts

STATUS	ID	TITLE	CREATED	SUBMITTED
ADM: Paul Enferm, Acta	APE-2019-0337	Intervenção Breve intra hospitalar como ferramenta para mitigação por substância psicoativas	26-Dec-2019	30-Dec-2019
Awaiting Admin Processing		View Submission		

ANEXO -A - Teste alcohol, smoking and substance involvement screening test

- ASSIST .

Nome: _____ Registro _____
 No. ENTREVISTADOR: _____ UBS: _____ DATA: / / _____
ASSIST - OMS **QUESTIONÁRIO DE TRIAGEM PARA DO USO DE ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS SUBSTÂNCIAS**

1. Na sua vida qual(is) dessa(s) substâncias você já usou? <i>(somente uso não prescrito pelo médico)</i>	NÃO	SIM
a. derivados do tabaco	0	3
b. bebidas alcoólicas	0	3
c. maconha	0	3
d. cocaína, crack	0	3
e. anfetaminas ou éxtase	0	3
f. inalantes	0	3
g. hipnóticos/sedativos	0	3
h. alucinógenos	0	3
i. opióides	0	3
j. outras, especificar	0	3

- SE "NÃO" em todos os itens investigue: Nem mesmo quando estava na escola?
- Se "NÃO" em todos os itens, pare a entrevista
- Se "SIM" para alguma droga, continue com as demais questões

2. Durante os três últimos meses, com que frequência você utilizou essa(s) substância(s) que mencionou? <i>(primeira droga, depois a segunda droga, etc)</i>	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	2	3	4	6
b. bebidas alcoólicas	0	2	3	4	6
c. maconha	0	2	3	4	6
d. cocaína, crack	0	2	3	4	6
e. anfetaminas ou éxtase	0	2	3	4	6
f. inalantes	0	2	3	4	6
g. hipnóticos/sedativos	0	2	3	4	6
h. alucinógenos	0	2	3	4	6
i. opióides	0	2	3	4	6
j. outras, especificar	0	2	3	4	6

- Se "NUNCA" em todos os itens da questão 2 pule para a questão 6, com outras respostas continue com as demais questões

3. Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir? <i>(primeira droga, segunda droga, etc)</i>	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	3	4	5	6
b. bebidas alcoólicas	0	3	4	5	6
c. maconha	0	3	4	5	6
d. cocaína, crack	0	3	4	5	6
e. anfetaminas ou éxtase	0	3	4	5	6
f. inalantes	0	3	4	5	6
g. hipnóticos/sedativos	0	3	4	5	6
h. alucinógenos	0	3	4	5	6
i. opióides	0	3	4	5	6
j. outras, especificar	0	3	4	5	6

4. Durante os três últimos meses, com que frequência o seu consumo de <i>(primeira droga, depois a segunda droga, etc)</i> resultou em problema de saúde, social, legal ou financeiro?	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	4	5	6	7
b. bebidas alcoólicas	0	4	5	6	7
c. maconha	0	4	5	6	7
d. cocaína, crack	0	4	5	6	7
e. anfetaminas ou éxtase	0	4	5	6	7
f. inalantes	0	4	5	6	7
g. hipnóticos/sedativos	0	4	5	6	7
h. alucinógenos	0	4	5	6	7
i. opióides	0	4	5	6	7
j. outras, especificar	0	4	5	6	7

5. Durante os três últimos meses, com que frequência, por causa do seu uso de <i>(primeira droga, depois a segunda droga, etc)</i> , você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas de você?					
	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	5	6	7	8
b. bebidas alcoólicas	0	5	6	7	8
c. maconha	0	5	6	7	8
d. cocaína, crack	0	5	6	7	8
e. anfetaminas ou éxtase	0	5	6	7	8
f. inalantes	0	5	6	7	8
g. hipnóticos/sedativos	0	5	6	7	8
h. alucinógenos	0	5	6	7	8
i. opióides	0	5	6	7	8
j. outras, especificar	0	5	6	7	8

7. Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de <i>(primeira droga, depois a segunda droga, etc...)</i> e não conseguiu?			
	NÃO, Nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses
a. derivados do tabaco	0	6	3
b. bebidas alcoólicas	0	6	3
c. maconha	0	6	3
d. cocaína, crack	0	6	3
e. anfetaminas ou éxtase	0	6	3
f. inalantes	0	6	3
g. hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. alucinógenos	0	6	3
i. opióides	0	6	3

- FAÇA as questões 6 e 7 para todas as substâncias mencionadas na questão 1

6. Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com seu uso de <i>(primeira droga, depois a segunda droga, etc...)</i> ?			
	NÃO, Nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses
a. derivados do tabaco	0	6	3
b. bebidas alcoólicas	0	6	3
c. maconha	0	6	3
d. cocaína, crack	0	6	3
e. anfetaminas ou éxtase	0	6	3
f. inalantes	0	6	3
g. hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. alucinógenos	0	6	3
i. opióides	0	6	3
j. outras, especificar	0	6	3

NOMES POPULARES OU COMERCIAIS DAS DROGAS

a. produtos do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)
b. bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga uísque, vodka, vermute, caninha, rum tequila, gin)
c. maconha (baseado, erva, liamba, diamba, bira, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank, etc)
d. cocaína, crack (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, caximbo, brilho)
e. estimulantes como anfetaminas (bolinhas, rebites, bifetamina, moderine, MDMA)
f. inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tinner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da loló)
g. hipnóticos, sedativos (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam)
h. alucinógenos (LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte, mesalina, peiote, cacto)
i. opiáceos (morfina, codeína, ópio, heroína elixir, metadona)
j. outras – especificar:

ANEXO-B – Escala de gravidade de dependência – *the addiction severity index*
(asi-6)

Escala de Gravidade de Dependência

The Addiction Severity Index
(ASI)

Versão 6

Observação:

Este instrumento encontra-se em fase de validação para a cultura brasileira. Seus direitos autorais pertencem à Universidade da Pensilvânia, e suas informações não podem ser divulgadas ou distribuídas sem o prévio consentimento dos autores. O Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) é o responsável pela utilização desta versão em português, que ainda se encontra em fase de testes. Quaisquer informações sobre o instrumento no Brasil podem ser obtidas pelos seguintes contatos:

Dr. Felix Kessler:
kessler.ez@terra.com.br

Dr. Flavio Pechansky:
fpechans@uol.com.br

ASI6

Resumo dos Escores de Gravidade do ASI

Sub-escalas	Ques- tão	Grau de Preocupação	Ques- tão	Necessidade de Tratamento
Médica	M23	0 - 1 - 2 - 3 - 4	M24	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Emprego/S.	---	-----	E23	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Álcool	D22	0 - 1 - 2 - 3 - 4	D23	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Drogas	D47	0 - 1 - 2 - 3 - 4	D48	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Legal	L25	0 - 1 - 2 - 3 - 4	---	-----
Lazer	F22	-----	---	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Família/Soc.	F14	0 - 1 - 2 - 3 - 4	F15	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Trauma	F38	0 - 1 - 2 - 3 - 4	F39	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Filhos	F48	0 - 1 - 2 - 3 - 4	F49	0 - 1 - 2 - 3 - 4
Psiquiátrica	P20	0 - 1 - 2 - 3 - 4	P21	0 - 1 - 2 - 3 - 4

Códigos para aplicação do instrumento:

- X – não sabe ou
não entendeu a questão
- N – não se aplica
- Q – não quis responder
- B – o entrevistador deixou
em branco incorretamente

AS16

Emprego/Sustento – As questões seguintes são sobre a sua educação, emprego e finanças.

E1. Qual é o grau máximo de estudo que você completou?

- | | | |
|---------------------------------|----------------------|--------------------------|
| 1 – Ensino Fundamental | 4 – Bacharelado | <input type="checkbox"/> |
| 2 – Ensino Médio | 5 – Mestrado ou mais | <input type="checkbox"/> |
| 3 – Ensino Superior (Faculdade) | 6 – Nenhum | <input type="checkbox"/> |

E2. Você tem algum outro diploma, licença ou certificado de algum treinamento formal? 1 – Sim, 0 – Não

E3. Qual é a última série ou ano que você completou?

- | | |
|----------------------------------|--|
| 01 = Não alfabetizado | 16 = 3º e/ou 4º ano de faculdade |
| 02 = 1ª à 4ª série | 17 = 5º e/ou 6º ano de faculdade |
| 12 = 5ª à 8ª série | 18 = 1º ao 2º ano de pós-g. (mestrado) |
| 13 = 1º e ou 2º ano do E.M. | 19 = Doutorado completo ou não |
| 14 = 3º ano Ensino Médio | 20 = Pós-doutorado completo ou não |
| 15 = 1º e ou 2º ano de faculdade | |

E4. Você prestou serviço militar? 1 – Sim, 0 – Não

E5. Você participa atualmente de treinamento técnico ou programa educacional?
0 – Não, 1 – Meio-Turno, 2 – Turno Integral

E6. Você tem carteira de motorista válida? 1 – Sim, 0 – Não

E7. Você usa ou tem um carro ou moto? 1 – Sim, 0 – Não

E8. Neste momento, é difícil ir ao trabalho/escola, ou procurar trabalho por causa de meio de transporte? 1 – Sim, 0 – Não

[NOTA: Codifique E9. Pergunte apenas se incapaz de codificar baseado na informação prévia]

E9. Você lê/escreve (português) suficientemente bem para preencher uma ficha de emprego? 1 – Sim, 0 – Não

E10. Qual é a sua principal situação de emprego atual? [Marque uma]

1. Turno Integral (TI) (35+ h/trabalho), → E12
2. Meio Turno (< 35 h/trabalho), → E12
3. Desempregado e ativamente procurando por trabalho "dispensa temporária", → E14
4. Fora do mercado de trabalho – não trabalha e não procura ativamente por trabalho
5. Bicos (trabalho irregular e sem horário fixo)

E11. [Se fora do mercado de trabalho ou faz bicos responda:] Qual opção melhor descreve sua situação atual?

[NOTA: Marque uma ou duas e passe para E14]

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Dona-de-casa/do lar | <input type="checkbox"/> 5. Não procura por trabalho |
| <input type="checkbox"/> 2. Estudante | <input type="checkbox"/> 6. Procura por trabalho |
| <input type="checkbox"/> 3. Incapaz | <input type="checkbox"/> 7. Institucionalizado |
| <input type="checkbox"/> 4. Aposentado | <input type="checkbox"/> 8. Outro _____ |

Comentários:

E12. Que tipo de trabalho você faz (trabalho principal)?
Especifique: _____

[NOTA: Codifique uma categoria nas caixas E12. Lista em anexo]

- 01 – Especialidades Profissionais e Ocupações Técnicas
- 02 – Ocupações Executivas, Administrativas, Gerenciais
- 03 – Vendas
- 04 – Apoio Administrativo e de Escritório
- 05 – Ocupações de Produção de Precisão, Manufatura e Conserto
- 06 – Operadores de Máquinas, Montadores e Inspetores
- 07 – Ocupações de Transporte e Mudanças
- 08 – Serviços gerais, Limpeza de Equipamentos, Auxiliar, Operário
- 09 – Ocupações de Serviços, Exceto Empregados Domésticos
- 10 – Fazendeiro ou Gerente/Administrador de Fazenda
- 11 – Trabalhador Rural
- 12 – Militar
- 13 – Empregados Domésticos
- 14 – Outro

E13. Este trabalho é sem carteira assinada (informal)? 1 – Sim, 0 – Não

E14. Quanto tempo durou seu trabalho de turno integral mais longo?
– com um empregador ou como autônomo
Meses
000 → E17

E15. Há quanto tempo ele terminou?
[NOTA: Coloque 000 somente se o trabalho atual (TI) é o mais longo]
Meses
000 → E17

E16. Qual era o seu trabalho/ocupação então?
Especifique: _____
[NOTA: Codifique uma categoria da NOTA E12.]

E17. Nos últimos 6 meses (desde _____),
quantas semanas você teve um trabalho pago?
– inclua licenças, férias,
dias como autônomo, trabalho informal e bicos.
Semanas.
Max = 26
00 → E22

E18. Nos últimos 6 meses, quanto dinheiro você ganhou (renda bruta)? – incluir bicos

(E19 – E22) Nos últimos 30 dias:

E19. Quantos dias remunerados você trabalhou?
– inclua licenças, férias, dias como autônomo,
trabalho informal e bicos.
Dias
00 → E22

E20. Quanto dinheiro você ganha (renda bruta)? – incluir bicos R\$

E21. Quantos dias você teve qualquer problema relacionado com o trabalho?
ex. baixa produtividade, discussões,
ser chamado atenção, atrasos, etc.
Dias

E22. Você procurou algum emprego?
ex. mandou um currículo, preencheu uma ficha de emprego,
falou com um possível empregador
1 – Sim, 0 – Não

E23. Neste momento, quão importante é para você receber qualquer tipo de orientação (como aconselhamento, treinamento ou educação) para ajudá-lo a se preparar para ou a encontrar um emprego, ou lidar com problemas profissionais? – assistência atual ou adicional
0 – Nada
1 – Levemente
2 – Moderadamente
3 – Consideravelmente
4 – Extremamente

AS16

As próximas perguntas (E24 - E36) são sobre as suas fontes de suporte financeiro e renda.

E24. Você mora em habitação financiada pelo governo ou recebe auxílio moradia? 1 - Sim, 0 - Não

Nos últimos 30 dias, quanto dinheiro você recebeu de:

E25. pensão, seguro social, seguro desemprego? ex. previdência social ou INSS R\$

E25b.... últimos 6 meses? R\$

E26. assistência pública? ex. bolsa família / bolsa escola / moradia / roupas R\$

E26b.... últimos 6 meses? R\$

E27. outra assistência? ex. vale-refeição ou vale-transporte R\$

E27b.... últimos 6 meses? R\$

E28. sustento ou pensão alimentícia para crianças? do pai da criança ou ex-cônjuge. R\$

E28b.... últimos 6 meses? R\$

E29. atividades ilegais? ex. tráfico de drogas, prostituição, jogo ilegal, venda de objetos ilegais R\$

E29b.... últimos 6 meses? R\$

E29c. bicos? R\$

E29d.... últimos 6 meses? R\$

E30. alguma outra fonte? ex. pediu emprestado/recebeu dinheiro da família ou renda inesperada (herança, impostos, loteria, etc.) R\$

E30b.... últimos 6 meses? R\$

E31. Quais são suas fontes atuais de sustento financeiro para moradia, comida e outras despesas de vida? [Marque todas que se aplicam]

1. Emprego
2. Aposentadoria
- ex. pensão, seguro social (INSS)
3. Invalidez / Incapacidade
- ex. pensão, seguro social (INSS), indenização
4. Seguro desemprego
5. Assistência pública ou governamental
- ex. previdência social, vale-refeição, moradia subsidiada
6. Sustento ou pensão alimentícia para criança
7. Família, amigos ou sócios
8. Dinheiro ilegal
9. Institucionalizado ou vivendo em supervisão
- ex: Hospital, pensão protegida, albergue ou pensão.
10. Outras, ex. economias, etc:
Especifique: _____
11. Bicos
12. Nenhuma

E32. Você alguma vez declarou falência? 1 - Sim, 0 - Não

E33. Você já deixou de pagar um empréstimo para o governo ou instituição privada? ex. crédito educativo, casa, empréstimos bancários. 1 - Sim, 0 - Não

E34. Você está mais do que um mês atrasado nos seus pagamentos para alguma coisa? ex: habitação, serviços, cartões de crédito, pensão de filhos, outros empréstimos/débitos (contas médicas, custos legais, empréstimos pessoais) 1 - Sim, 0 - Não

E35. Quantas pessoas (não inclui você mesmo) atualmente dependem de você para o sustento financeiro regular? ex. para moradia, comida, sustento de filho, mesada, etc. inclui pessoas que o sujeito sustenta, bem como aquelas que ele/ela é obrigado a sustentar

E36. Você tem renda suficiente para pagar necessidades como moradia, comida e roupas para você mesmo e seus dependentes? - exclua dinheiro de atividades ilegais 1 - Sim, 0 - Não

Comentários:

AS16

Uso de Substâncias – Categorias Problema

01 – Alcool
 02 – Maconha
 03 – Sedativos
 04 – Cocaína / Crack
 05 – Estimulantes
 06 – Alucinógenos

07 – Heroína
 08 – Metadona
 09 – Outros Opióides
 10 – Inalantes
 11 – Outras Substâncias (inclui nicotina)
 12 – Nenhuma

Rota(s) de Administração

De que forma você já usou _____?

<p>Problema Primário D34. Qual das substâncias listadas (01-12) está causando a você mais dificuldade e pode tê-lo levado a buscar tratamento?</p> <p>Indique a substância específica dentro das categorias codificadas: _____</p>	<p>A. Categoria</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>12 → D37</p>	<p>B. Na vida [marque todas que se aplicam]</p> <p>__1. Ingerida __4. Injetada __2. Inalada __5. Outra __3. Fumada</p>	<p>C. Últimos 30 Dias [marque todas que se aplicam]</p> <p>__1. Ingerida __4. Injetada __2. Inalada __5. Outra __3. Fumada __6. Sem uso</p>
<p>Problema Secundário D35. Qual das substâncias listadas (01-12) está causando a 2ª maior dificuldade e pode tê-lo levado a buscar tratamento?</p> <p>Indique a substância específica dentro das categorias codificadas: _____</p>	<p>A. Categoria</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>12 → D37</p>	<p>B. Na vida [marque todas que se aplicam]</p> <p>__1. Ingerida __4. Injetada __2. Inalada __5. Outra __3. Fumada</p>	<p>C. Últimos 30 Dias [marque todas que se aplicam]</p> <p>__1. Ingerida __4. Injetada __2. Inalada __5. Outra __3. Fumada __6. Sem uso</p>
<p>Problema Terciário D36. Qual das substâncias listadas (01-12) está causando a 3ª maior dificuldade e pode tê-lo levado a buscar tratamento?</p> <p>Indique a substância específica dentro das categorias codificadas: _____</p>	<p>A. Categoria</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>12 → D37</p>	<p>B. Na vida [marque todas que se aplicam]</p> <p>__1. Ingerida __4. Injetada __2. Inalada __5. Outra __3. Fumada</p>	<p>C. Últimos 30 Dias [marque todas que se aplicam]</p> <p>__1. Ingerida __4. Injetada __2. Inalada __5. Outra __3. Fumada __6. Sem uso</p>

[NOTA: 4. Injeção = EV (endovenosa) ou IV (intravenosa)
 e não-EV/IV: ex. intramuscular, intradérmica, etc.]

Comentários adicionais:

ASI6

Legal – As próximas questões são a respeito de seu envolvimento a Justiça Criminal e/ou atividades ilegais.

L1. Na sua vida inteira, você já esteve em uma prisão ou detido em delegacia, mesmo que por poucas horas? 1 - Sim, 0 - Não

L2. Na sua vida inteira, você já foi preso? 1 - Sim, 0 - Não
Se L1 e L2 = 0 → L18

L3. Que idade você tinha na primeira vez? >17 → (L7-14)

L4. Antes dos 18 anos, você já foi preso por? [Marque todas que se aplicam]
 ___ 1. Crimes violentos ou crimes contra pessoas
 ex. roubo, agressão, estupro
 ___ 2. Ato ilícito ligado a drogas
 ex. porte, tráfico, manufatura de drogas
 ___ 3. Crimes visando lucro ou contra a propriedade
 ex. roubo de carro ou em loja, arrombamento, vandalismo, incêndio
 ___ 4. Infrações praticadas somente por jovens
 ex. fugir de casa, violação do toque de recolher, vadiagem
 ___ 5. Outras infrações (Especifique: _____)

L5. Quantas vezes você foi condenado por um ato infracional antes dos 18 anos? Vezes

L6. Antes dos 18 anos, qual o tempo total que você passou trancado em centros de detenção ou instituições para menores infratores (FASE/FEBEM/DEGASE)? Meses

(L7 – L14) Desde os 18 anos:

Pré-A. Você já foi preso ou detido por _____
 [NOTA: Se Não, codifique 00 para A. e passe para o próximo item]

A. Quantas vezes no total?

B. Quantas vezes nos últimos 6 meses?

	A. Total	B. 6 Meses
L7. Porte de drogas? - ou equipamentos de droga (parafarmácia)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
L8. Venda ou produção de drogas? - vender inclui traficar/ distribuir	<input type="text"/>	<input type="text"/>
L9. Roubo? - roubo à força, ou sob ameaça de força	<input type="text"/>	<input type="text"/>
L10. Outros crimes visando lucro? - fraude venda de objetos roubados, vandalismo, incêndio - em loja	<input type="text"/>	<input type="text"/>
L11. Crime violento? - violência doméstica, estupro, assassinato.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
L12. Armas, prostituição ou jogo? - inclua cafetinação, dinheiro por sexo, pornografia	<input type="text"/>	<input type="text"/>
L13. Dirigir alcoolizado? - ou sob efeito de drogas	<input type="text"/>	<input type="text"/>
L14. Alguma outra infração criminal? - violação da condicional, conduta desordeira, invasão, violação de ordem restritiva, negligência ou deserção, etc.	<input type="text"/>	<input type="text"/>

L15. Há quanto tempo foi a última vez que você foi preso ou detido por qualquer coisa? Anos Meses
 [Codifique 00 se dentro do último mês (30 dias)]

L16. Quantas vezes você foi condenado por um crime cometido após os 18 anos de idade? Vezes

L17. Desde os 18 anos, quanto foi o tempo total que você passou na cadeia ou prisão? Anos Meses

L18. A sua admissão para o tratamento foi ordenada pela justiça? 1 - Sim, 0 - Não
 ex. um juiz a requisitou

Você está atualmente envolvido com a justiça criminal de alguma das seguintes formas? 1 - Sim, 0 - Não

L19. Investigado em inquérito policial

L20. Suspensão condicional do processo

L21. Aguardando julgamento ou sentença

L22. Sursis ou em Liberdade condicional

L23. Participando de um programa de justiça terapêutica

L24. Outros
 ex. procurado pela justiça, mandado de prisão, prisão domiciliar, supervisão pré-julgamento, está cumprindo pena

L25. Quão graves você considera seus problemas atuais com a justiça criminal?
 0 - Nada 3 - Consideravelmente
 1 - Levemente 4 - Extremamente
 2 - Moderadamente

(L26 – L30) Nos últimos 6 meses:

Pré-A. Você _____ ?

[NOTA: Se Não, codifique 000 para A. e passe para o próximo item]

A. número de dias, últimos 6 meses

B. número de dias, últimos 30 dias

	A. Últimos 6 Meses	B. 30 Dias
L26. Vendeu ou fabricou drogas? - traficou ou distribuiu para fazer dinheiro, por sexo ou lucro de qualquer outra maneira	<input type="text"/>	<input type="text"/>

L27. Roubou alguém?

L28. Furtou, roubou, arrombou, fraudou, falsificou prescrições ou cheques, destruiu propriedade ou incendiou algo?
 Se L28 = 0 → L29

L28c. Roubou em loja

L28d. Praticou arrombamento

L28e. Roubou veículo a motor

L28f. Falsificou

L28g. Fraudou

L28h. Cometeu vandalismo

L28i. Provocou incêndio (premeditado)

L28j. Roubou / danificou propriedade

L29. Ameaçou ou agrediu alguém?
 - com ou sem uma arma;
 - inclua violência doméstica, estupro e assassinato Se L29 = 0 → L30
 - exclua roubo

L29c. Ameaçou sem agressão física

L29d. Agrediu fisicamente com uma arma ..

L29e. Agrediu fisicamente sem uma arma ..

L29f. Agrediu sexualmente

L29g. Assassinou alguém

L29h. OUTRO

ASI6

- L30. Fez qualquer outra coisa ilegal? A. Últimos 6 Meses B. 30 Dias
 - portou arma sem licença, envolveu-se com prostituição, cafetinagem ou jogo ilegal, etc. [exclua uso de droga pessoal ou posse, dirigir sob influência de álcool]
 L30c. Carregar uma arma sem licença
 L30d. Prostituição / cafetinagem
 L30e. Jogo ilegal.....
 L31. No total, nos últimos 30 dias, quantos dias você fez qualquer uma das atividades/coisas acima?
 L32. Quantos dias, no total, você dirigiu sob efeito de drogas ou álcool?

Família/Social – As questões seguintes são sobre sua família e relacionamentos sociais.

- F1. Você teve um relacionamento amoroso ou sexual com um(a) parceiro(a) durante o último mês? [NOTA: Se não, pule a coluna A (F3A-F9A).]
 F2. Quantos amigos íntimos/verdadeiros⁸ você tem? - exclua parceiros sexuais/cônjuge, e quaisquer outros familiares adultos. [NOTA: Se 00, pule a coluna C (F3C-F9C).]

NOTA: Para F3 – F9:

- A. Refere-se a esposa/marido ou parceiro
 B. Refere-se a quaisquer outros membros adultos da família ou parentes. ex. pais, avós, irmãos, filhos crescidos, tios/tias, primos
 C. Refere-se a qualquer amigo íntimo/verdadeiro

Nos últimos 30 dias, você:

- | (1 - Sim, 0 - Não) | A. Parceiro(s) | B. Parentes Adultos | C. Amigos Íntimos |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| F3. passou tempo (pessoalmente) com (seu A/quaisquer B,C): | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F4. teve qualquer contato, como, cartas, telefonemas ou e-mail (outro) com: - se F3+F4 = 0, Pule para F9 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F5. falou para (A/B/C) sobre seus sentimentos ou problemas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F6. teve problema de relacionamento c/ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F7. teve qualquer discussão com: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F8. O(s) seu (s) (A/B/C) tem um problema atual com álcool ou uso de drogas? - inclua somente aquelas pessoas com quem você passou tempo ou teve contato nos últimos 30 dias | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F9. Se você precisa de ajuda, você pode contar com: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F10. Você atualmente tem alguma ordem judicial de afastamento contra alguém? | <input type="checkbox"/> | | |

Comentários:

⁸ Amigo íntimo / verdadeiro: considere alguém com quem você convive com uma certa frequência e pode contar, sem conotação sexual.

- F11. Nos últimos 30 dias, alguma situação com seu parceiro, parentes adultos ou amigos íntimos resultou em empurrar/bater ou atirar coisas?
 F12. Além do seu parceiro, outros parentes adultos e amigos íntimos, existe alguém com quem você possa contar caso você realmente precise de ajuda? ex. padre/pastor, médico, padrinho de AA, conselheiro, advogado, etc.
 F13. No geral, nos últimos 30 dias, quão satisfeito você tem estado com os seus relacionamentos com adultos? ex. número de relacionamentos, quantidade de contato, qualidade da comunicação, se dá bem, ajudam-se mutuamente, etc.
 F14. Nos últimos 30 dias, quão preocupado ou incomodado você tem estado com quaisquer problemas com os seus relacionamentos com adultos?
 F15. Neste momento, quão importante é para você receber um auxílio, aconselhamento ou tratamento (atual ou adicional) para seus problemas de relacionamento com adultos?
 F16. Você acha difícil falar sobre os seus sentimentos ou problemas mesmo com pessoas íntimas (inclui parentes)?
 F17. Você sente-se nervoso ou desconfortável quando está com outras pessoas?
 F18. É importante para você ter relacionamento próximo/íntimo com pessoas?

Nos últimos 30 dias (F19-F22):

- F19. você foi à missa/serviços ou atividades religiosas organizados pela sua igreja/congregação? - exclua reuniões de auto-ajuda ou AA
 F20. você fez algum trabalho voluntário?
 F21. você frequentemente sentiu-se chateado ou com dificuldade para aproveitar o seu tempo livre?
 F22. Quão satisfeito você tem estado com a forma com que você aproveita o seu tempo livre?

As questões seguintes são sobre qualquer abuso ou trauma que você possa ter sofrido ao longo da sua vida.

- F23. Você já foi fisicamente agredido/abusado por alguém que você conhecia? - exclua abuso sexual, pois este será codificado em F26
 F24. Que idade você tinha quando isso aconteceu pela primeira vez?
 F25. Quando isso aconteceu pela última vez? - se nos últimos 30 dias, codifique '00 00'

ASI6

- F26. Alguma vez você já foi agredido/abusado sexualmente por alguém? 0 → F29
- F27. Que idade você tinha quando isso aconteceu pela primeira vez?
- F28. Quando aconteceu pela última vez? - se nos últimos 30 dias, codifique '00 00' Anos Antes Meses Atrás
- F29. Você alguma vez foi vítima de um crime violento como ser espancado ou agredido? - exclua familiares, amigos e pessoas conhecidas - exclua abuso como descrito em F26 e experiência de guerra 0 → F32
- F30. Que idade você tinha quando isso aconteceu pela primeira vez?
- F31. Quando aconteceu pela última vez? - se nos últimos 30 dias, codifique '00 00' Anos Atrás Meses Atrás
- F32. Você já esteve em alguma outra situação de risco de vida? 0 → F35
ex. desastre, acidente grave/incêndio, guerra - exclua abuso, crimes violentos como descritos acima
- F33. Que idade você tinha quando isso aconteceu pela primeira vez?
- F34. Quando aconteceu pela última vez? - se nos últimos 30 dias, codifique '00 00' Anos Atrás Meses Atrás
- F35. Você já esteve em uma situação onde você viu alguém sendo morto, espancado/agredido ou muito ferido? 0 → NOTA
- exclua desastres/acidentes graves ou incêndio e guerra como descrito acima em F32
- F36. Que idade você tinha quando isso aconteceu pela primeira vez?
- F37. Quando aconteceu pela última vez? - se nos últimos 30 dias, codifique '00 00' Anos Antes Meses Antes

[NOTA: Se não há história de abuso ou trauma (i.e., F23, F26, F29, F32, e F35. São todos 0 - Não), pule para F40.]

- F38. Nos últimos 30 dias, quão preocupado ou incomodado você tem estado com sentimentos, pensamentos ou outras reações relacionadas a esses eventos? - inclua pesadelos/sonhos, lembranças (flashbacks), etc.
0 - Nada 3 - Consideravelmente
1 - Levemente 4 - Extremamente 2 - Moderadamente
- F39. Neste momento, quão importante é para você receber auxílio, aconselhamento ou tratamento (atual ou adicional) para quaisquer sentimentos, pensamentos ou outras reações relacionadas a esses eventos?
0 - Nada 3 - Consideravelmente
1 - Levemente 4 - Extremamente 2 - Moderadamente

As questões seguintes são sobre seus filhos ou qualquer outra criança vivendo com você.

- F40. Quantos filhos biológicos e/ou adotivos você tem? 00 → F45
- F41. Quais as idades dos seus filhos vivos, começando pelo mais velho?
- | | | | |
|---------|--------------------------|----------|--------------------------|
| Filho 1 | <input type="checkbox"/> | Filho 6 | <input type="checkbox"/> |
| Filho 2 | <input type="checkbox"/> | Filho 7 | <input type="checkbox"/> |
| Filho 3 | <input type="checkbox"/> | Filho 8 | <input type="checkbox"/> |
| Filho 4 | <input type="checkbox"/> | Filho 9 | <input type="checkbox"/> |
| Filho 5 | <input type="checkbox"/> | Filho 10 | <input type="checkbox"/> |

[NOTA: Se todos os filhos têm 18 ou mais, → F45]

- F42. Existe algum processo de guarda aberto pela mãe/pai ou qualquer outro parente? 1 - Sim, 0 - Não
- F43. Quantos dos seus filhos estão atualmente afastados da família por decisão judicial? Filhos
- inclua também aqueles cuidados por parentes via decisão judicial
- F44. Nos últimos 30 dias, quantos filhos (menores de 18 anos) moraram com você pelo menos por algum tempo? Filhos
- F45. Nos últimos 30 dias, alguma outra criança (então/neto/sobrinho(a), etc.), menor de 18 anos morou com você por pelo menos algum tempo? - codifique crianças que passam a noite regularmente ou que tenham ficado na sua casa por longo período de tempo 1 - Sim, 0 - Não

[NOTA: Se F44 e F45 são 0, i.e. sem crianças nos últimos 30 dias, pule para F51]

- F46. Quantas das crianças (que moraram com você) têm problema(s) grave(s) de saúde, de comportamento ou de aprendizado que requerem cuidado profissional, tratamento ou atendimento especializado? Crianças 0 → F48
- F47. Neste momento, quão necessários são serviços adicionais para tratar esses problemas?
0 - Nada 3 - Consideravelmente
1 - Levemente 4 - Extremamente 2 - Moderadamente
- F48. Nos últimos 30 dias, você teve problemas para conviver bem com essas crianças (< 18) que moraram com você por pelo menos algum tempo?
0 - Nada 3 - Consideravelmente
1 - Levemente 4 - Extremamente 2 - Moderadamente
- F49. Neste momento, quão importante é para você o aconselhamento (ex. aulas para pais) para ajudar a conviver melhor com essas crianças (< 18) que moraram com você? - aconselhamento atual ou adicional
0 - Nada 3 - Consideravelmente
1 - Levemente 4 - Extremamente 2 - Moderadamente
- F50. Neste momento, você precisa de mais auxílio para cuidar das crianças a fim de participar do tratamento para drogas, trabalhar/estudar ou procurar trabalho? 1 - Sim, 0 - Não

- F51. Você já foi investigado ou esteve sob supervisão do Conselho Tutelar ou outro programa de proteção a crianças? 1 - Sim, 0 - Não

[NOTA: se 0 ou nunca teve filhos passe para seção psiquiátrica]

- F52. Alguma vez um filho seu já foi retirado de casa pelo Conselho Tutelar ou outro programa? 1 - Sim, 0 - Não
- F53. Alguma vez seu poder de pai/mãe (pátrio poder) foi suspenso? - teve seus direitos de ser pai/mãe (poder familiar) ou a guarda dos seus filhos retirados pela justiça 1 - Sim, 0 - Não
- F54. Atualmente você está respondendo a processo de guarda, ou sendo investigado / supervisionado pelo Conselho Tutelar ou outro programa de proteção a crianças? 1 - Sim, 0 - Não

