



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

JÉSSICA ANDRADE TIZZIANI

**ASSISTÊNCIA À PACIENTES COM TRANSTORNOS
MENTAIS ATENDIDOS EM UNIDADE DE EMERGÊNCIA
NÃO ESPECIALIZADA**

JÉSSICA ANDRADE TIZZIANI

**ASSISTÊNCIA À PACIENTES COM TRANSTORNOS
MENTAIS ATENDIDOS EM UNIDADE DE EMERGÊNCIA
NÃO ESPECIALIZADA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), como requisito parcial à 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

T625a Tizziani, Jessica Andrade.
Assistência à pacientes com transtornos mentais em unidade de emergência não especializada / Jessica Andrade Tizziani. - Londrina, 2019.
65 f.

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. Transtornos mentais - Tese. 2. Hospital geral - Tese. 3. Unidades de emergência - Tese. 4. álcool e outras drogas - Tese. I. Soares, Marcos Hirata . II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDU 616-083

JÉSSICA ANDRADE TIZZIANI

**ASSISTÊNCIA À PACIENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS
ATENDIDOS EM UNIDADE DE EMERGÊNCIA NÃO ESPECIALIZADA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA

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

Prof^a. Julia Trevisan Martins
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Prof^a. Marcelle Paiano
Universidade Estadual de Maringá – UEM

Londrina, 09 de dezembro de 2019.

Dedico este trabalho aos pacientes em sofrimento psíquico e seus familiares.

AGRADECIMENTO

Quero agradecer a todos aqueles que sempre confiaram em mim, desde sempre.

À minha família e aos meus verdadeiros amigos.

“E aprendi que se depende sempre

De tanta, muita, diferente gente

Toda pessoa sempre é as marcas

das lições diárias de outras tantas pessoas.

É tão bonito quando a gente entende

Que a gente é tanta gente

Onde quer que a gente vá.

É tão bonito quando a gente sente

Que nunca está sozinho

Por mais que pense estar...” (Caminhos do coração – Gonzaguinha.)

Ao Prof. Dr. Marcos Hirata Soares, meu orientador e exemplo profissional, por não ter permitido que eu interrompesse o processo e pela confiança. Sua inteligência me inspira.

Aos meus pais, por me terem dado educação, valores e por me terem ensinado a andar. À minha mãe Denise, amor incondicional. Mãe, você que me gerou e me alfabetizou, ensinando-me a ler, e que muitas vezes renunciou aos seus sonhos para que eu pudesse realizar o meu, partilho com você a alegria deste momento. Pai, Magnivaldo, que nunca deixou de me amar, nem de confiar em mim.

À todos os meus familiares, primos, tios, padrasto João, e em especial meu avós, que contribuíram muito na minha criação. Há também aquelas pessoas especiais que diretamente me incentivaram e que procuro me espelhar.

Às minhas irmãs Aline e Ana Julia, no qual sinto um amor incondicional. Meus pensamentos estão sempre com vocês.

Ao meu parceiro Marcus Vinícius Galvão, por ser meu maior

incentivador. Você quem “segurou a barra” e me fez continuar. Seu carinho e compreensão foram essenciais.

Aos professores, funcionários e colegas do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da UEL, pela solicitude e solidariedade perante minhas dificuldades.

Aos alunos da turma do Mestrado, pela paciência e companheirismo.

À minha companheira de pesquisa, Jaqueline. Exemplo de ser humano e de profissional. Obrigada pelo compartilhamento das angústias e alegrias desse trajeto.

À Universidade Estadual de Londrina, por me proporcionar essa oportunidade única de disseminar o conhecimento de forma gratuita e de qualidade.

Com vocês, queridos, divido a alegria desta experiência.

**“Desconfiai do mais trivial, na aparência
singelo.**

**E examinai, sobretudo, o que parece
habitual.**

**Suplicamos expressamente: não aceiteis
o que é de hábito como coisa natural, pois
em tempo de desordem sangrenta, de
confusão organizada, de arbitrariedade
consciente, de humanidade desumanizada,
nada deve parecer natural
nada deve parecer impossível de mudar.”
(Bertolt Brecht)**

TIZZIANI, Jéssica Andrade. **Assistência à pacientes com transtornos mentais em unidade de emergência não especializada**. 2019. 65 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2019.

RESUMO

Introdução: Cerca de 25% de toda a população mundial, apresenta pelo menos um transtorno mental em alguma fase de sua vida, que contribui para a morbimortalidade e incapacitação precoce. **Objetivos:** geral: analisar a assistência prestada ao paciente com transtornos mentais em serviço de urgência e emergência não especializado; específicos: descrever o perfil sociodemográfico dos pacientes; e realizar Intervenção Breve nos pacientes com classificação indicativa. **Método:** Estudo descritivo e transversal desenvolvido em unidade de pronto-socorro em um hospital geral filantrópico. A coleta dos dados foi realizada entre outubro de 2018 e abril de 2019, por meio de um instrumento elaborado pela autora, contendo questões de identificação, sociodemográficos e culturais, clínicos e assistenciais, buscando em prontuário eletrônico dados necessários e a aplicação do instrumento *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)*. Realizado Intervenção Breve em pacientes com classificação indicativa. A amostragem se deu por conveniência. Os critérios de inclusão para participar foram: paciente com diagnóstico médico, de transtorno mental e/ou histórico de uso abusivo de álcool e outras drogas, descritos em prontuário e serem maiores de 18 anos. Os de exclusão foram o rebaixamento de nível de consciência e cognitivo, descrito em evoluções médica e/ou de enfermagem, no momento da coleta. Os dados coletados foram digitados em aplicativo online *Google Docs*, armazenados em planilha do *Microsoft Excel 2010* e analisados com o programa *Statistical Package for the Social Sciences* utilizando análises descritivas e teste qui-quadrado. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Associação Evangélica Beneficente de Londrina. Todos os participantes receberam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). **Resultados:** Do total, 80,2% dos pacientes relataram não ter um (a) companheiro (a). 33,4% tinha ensino médio completo, 53,1% relataram ter ocupação laboral. Em relação a renda, 43,3% afirmaram receber menos de um salário. Percebe-se uma maior prevalência de diagnósticos relacionados ao sistema gastrointestinal (19,8%). 59,3% dos pacientes relataram histórico de transtornos mentais. 25,8% faziam e 43,2% faz acompanhamento psiquiátrico. Com relação a dependência química atual, esta está presente em 81,5%, sendo o álcool o mais prevalente (66,7%). Muitos pacientes apresentaram agitação (39,5%) e/ou agressividade (18,5%). 45,7% e 37% sofreram contenção mecânica. 34,6% dos pacientes atendidos, apresentaram complicações agudas. A maioria não recebeu atendimento por psiquiatra nem psicologia e muitos não receberam encaminhamento para serviço especializado. A maioria (56,8%) foi encaminhado pelo serviço de ambulância. Do total, 81,6% dos atendimentos gerou hospitalização. 54,5% apresentaram indicação de Intervenção Breve, onde a maioria (39,5%) estavam em fase de contemplação. **Conclusões:** há inadequação de cuidado, a passo que a realização da Intervenção Breve como prática assistencial pela enfermeiro, demonstrou-se válida para técnica de abordagem ao usuário de substâncias psicoativas, viabilizando, assim, a assistência segundo os princípios da Rede de Atenção Psicossocial. Estudos de seguimento destes pacientes pós-alta

hospitalar devam ser realizados, a fim de intervir sobre os fatores de recaída e manutenção do comportamento sem a substância psicoativa, no qual, o enfermeiro capacitado pode atuar, seja em parceria com equipes de atenção primária ou em ambulatórios especializados.

Palavras-chave: Transtornos mentais. Hospital geral. Unidades de emergência. Álcool e outras drogas. Intervenção breve.

TIZZIANI, Jessica Andrade. **Assistance to patients with mental disorders in a non-specialized emergency unit.** 2019. 65 p. Master (Master in Nursing) – Universidade Estadual de Londrina. 2019

ABSTRACT

Introduction: About 25% of the entire world population has at least one mental disorder at some stage in their lives, which contributes to early morbidity and disability. **Objectives:** general: to analyze the care provided to patients with mental disorders in the non-specialized emergency service; include: describe the sociodemographic profile of the patients; and perform Brief Intervention on patients with indicative classification. **Method:** Descriptive and cross-sectional study developed in an emergency room in a philanthropic general hospital. Data collection was performed between October 2018 and April 2019, through an instrument prepared by the author, including identification questions, sociodemographic and cultural, clinical and clinical, searching the electronic medical records used data and the application of the instrument. Alcohol, Smoking and Substance Involvement Tracking Test (ASSIST). Brief Intervention performed in patients with indicative classification. Sampling was for convenience. The candidates for inclusion to participate were: patient with a medical diagnosis, mental disorder and / or history of abuse of alcohol and other drugs, medical record and use over 18 years. Exclusion rates were either the reduced level of consciousness and cognition described in the medical and / or nursing evolution at the time of collection. The collected data were entered into the Google Docs online application, stored in the Microsoft Excel 2010 spreadsheet and analyzed using the Statistical Package for the Social Sciences program using descriptive analysis and chi-square test. The project was submitted and approved by the Research Ethics Committee of the Evangelical Beneficent Association of Londrina. All participants received and signed the Informed Consent Form (ICF). **Results:** Of the total, 80.2% of the patients reported not having a partner. 33.4% had completed high school, 53.1% reported having work occupation. Regarding income, 43.3% said they received less than one salary. There is a higher prevalence of diagnoses related to the gastrointestinal system (19.8%. 59.3% of patients reported a history of mental disorders. 25.8% had and 43.2% had psychiatric follow-up. Regarding current chemical dependence, this is present in 81.5%, with alcohol being the most prevalent (66.7%). Many patients presented agitation (39.5%) and / or aggressiveness (18.5%). 45.7% and 37 % suffered mechanical restraint 34.6% of the patients treated had acute complications Most were psychiatric or psychiatric care and many were not referred to a specialized service Most (56.8%) were referred by the ambulance service. Of the total, 81.6% of the visits generated hospitalization, 54.5% had indication of Brief Intervention, where the majority (39.5%) were in the contemplation phase **Conclusions:** there is inadequate care, whereas Brief Intervention as Practice care by nurses, proved to be valid for the technique of approach to the user of psychoactive substances, thus enabling assistance according to the principles of the Psychosocial Care Network. Follow-up studies of these patients after hospital discharge should be performed in order to intervene on relapse factors and behavior maintenance without psychoactive substance, in which the trained nurse can act, either in partnership with primary care teams or in specialized outpatient clinics.

Key words: Mental disorders. General hospital emergency units. Alcohol and other drugs. Brief Intervention

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1** – Fluxograma do processo de seleção das referências bibliográficas28
- Figura 2** – Dependência química atual em pacientes com transtornos mentais em um hospital geral, Brasil, 2019.....36
- Figura 3** – Estratificação pelo ASSIST conforme o sexo em pacientes com transtornos mentais atendidos em um hospital geral, 201940

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** – Características sócio demográficas e culturais de pacientes atendidos em unidade de urgência de hospital geral, 2018 a 2019, Londrina-PR, Brasil34
- Tabela 2** – Prevalência de diagnósticos médicos atribuídos em unidade de emergência de um hospital geral, 2018 a 2019, Londrina-PR, Brasil36
- Tabela 3** – Características clínicas de pacientes com transtornos mentais atendidos em unidade de urgência de hospital geral, 2018 a 2019, Londrina-PR, Brasil37
- Tabela 4** – Características assistenciais de pacientes com transtornos mentais atendidos em unidade de urgência de hospital geral, entre outubro de 2019 e junho de 201938

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	Centro De Atenção Psicossocial
CDC	Centers For Disease Control and Prevention
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
HDA	Hemorragia Digestiva Alta
IB	Intervenção Breve
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONA	Organização Nacional de Acredita
RAPS	Rede de Apoio Psicossocial
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
TCM	Transtornos Mentais Comuns
UPA	Unidade de Pronto-atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	REVISÃO DA LITERATURA	19
2.1	INSERÇÃO DO PACIENTE PSIQUIÁTRICO EM HOSPITAL GERAL – DADOS HISTÓRICOS	19
2.2	USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS LÍCITAS E ILÍCITAS NO HOSPITAL GERAL	22
2.3	INTERVENÇÃO BREVE COMO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL	24
3	OBJETIVOS	26
3.1	GERAIS	26
3.2	ESPECÍFICOS	26
4	MATERIAL E MÉTODO	27
4.1	DELINEAMENTO.....	27
4.2	REVISÃO DA LITERATURA	27
4.3	LOCAL DE PESQUISA.....	28
4.4	COLETA DE DADOS	29
4.5	INSTRUMENTO DE PESQUISA.....	30
4.6	POPULAÇÃO E AMOSTRA	30
4.7	VARIÁVEIS DE ESTUDO.....	31
4.8	ANÁLISE DOS DADOS	31
4.9	PROCEDIMENTOS ÉTICOS	32
4.10	PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	32
5	RESULTADOS	34
6	DISCUSSÕES	40
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
	REFERÊNCIAS	50

APÊNDICES	55
APÊNDICE 1 – Instrumento de pesquisa para levantamento de dados.....	56
APÊNDICE 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	59
ANEXOS	61
ANEXO 1 – Assist (<i>Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test</i>)	62
ANEXO 2 – Autorização formal da Instituição de Saúde, local de pesquisa	64
ANEXO 3 – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa da Associação Evangélica Beneficente de Londrina	65

1 INTRODUÇÃO

Anteriormente à promulgação da Lei 10.216/2001, pessoas com transtornos mentais eram consideradas como desprovidas de direitos e sem condições de decidir sobre a própria vida, sendo retiradas do convívio social. A Constituição Federal de 1988, o movimento da Reforma Sanitária e o movimento social que fizeram parte do contexto responsável por dar início ao processo de Reforma Psiquiátrica do Brasil, no final da década de 70. Desde então, as práticas em saúde mental vem passando por inúmeras e contínuas mudanças, na busca de alternativas de tratamento em saúde mental que não necessite de longas internações em hospitais especializados, visando que o manejo de pessoas com transtornos mentais seja articulado em nível extra hospitalar, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que conta com o CAPS III, que permite internações de até 15 dias , ambulatórios especializados e serviços de atenção primária e também a instalação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais (BRASIL, 2005; BARROS; TUNG; MARI, 2010).

A Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017, que estabelece as Diretrizes para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e que determina algumas mudanças na Política de Saúde Mental, onde se deve estimular e ampliar a oferta de leitos a pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas em hospitais gerais. Para Volpe et al (2010), mesmo com o amadurecimento e desenvolvimento dos serviços extra hospitalares, pacientes com transtornos mentais, especialmente os graves, podem necessitar da assistência hospitalar em algum momento. No entanto, pouco se fala na literatura sobre a importância da avaliação desse modelo de assistência.

Para Ballester (2012) embora hajam políticas, métodos e técnicas efetivas para diminuir o sofrimento ou evitar o agravamento dos problemas, a organização dos serviços de emergência para o cuidado das pessoas com transtornos mentais continua sendo um desafio a ser enfrentado, pois ainda se mostram insuficientes. Entre os objetivos de um atendimento de emergência, está a busca pela estabilização do quadro, estabelecimento de uma hipótese diagnóstica, mesmo que provisória, a exclusão de uma causa orgânica e por fim, os

encaminhamentos (CALDIERARO et al, 2014).

Estima-se que cerca de 25% de toda a população mundial, ou seja, um em cada quatro pessoas, apresentem pelo menos um transtorno mental em alguma fase de sua vida. Segundo dados disponibilizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), aproximadamente 450 milhões de pessoas no mundo sofre de transtornos mentais ou de transtornos relacionados ao uso nocivo de álcool e outras drogas, que contribuem para a morbimortalidade e incapacitação precoce (World Health Organization, 2012).

Esses números refletidos em serviços de saúde, principalmente em hospitais gerais, estima que cerca de 30% dos pacientes internados para tratamento clínico ou cirúrgico em hospitais gerais fazem uso abusivo de substâncias psicoativas e que, além disso, grande parte desses pacientes apresenta como causa de suas doenças clínicas, a dependência química ou um transtorno mental (BOTEGA, 2017; MOLL et al, 2017).

A assistência em saúde mental em instituições de saúde não especializadas, se torna mais complexa em relação a outras especialidades, visto que os principais problemas relatados envolvem as dificuldades em manejar adequadamente a assistência prestada, pois o tratamento, muitas vezes, é focado nas alterações físico-biológicas, deixando de contemplar as dimensões psicossociais, bem como também, o estigma e preconceito inserido no contexto assistencial desses pacientes (FERNANDES et al., 2016; HIDEBRANDT; MARCOLAN, 2016; MOLL et al., 2017).

Nota-se também que o número de publicações científicas que abordam a assistência prestada ao paciente com transtorno mental internado em hospital geral em decorrência de complicações clínicas e/ou cirúrgicas ainda é pequeno e sua temática é pouco discutida no Brasil. Essa escassez de estudos contrasta com diversas publicações que afirmam que pacientes com transtornos mentais apresentam maior risco de desenvolver comorbidades somáticas, como por exemplo doenças pulmonares e circulatórias, diabetes, doenças infectocontagiosas, doenças ocasionadas pelo uso prolongado de bebidas alguns psicotrópicos, hábitos de vida não saudáveis, além de doenças decorrentes do uso abusivo de álcool, tabaco e outras drogas (ZOLNIEREK; CLINGERMAN, 2012; DE HERT ET AL., 2010; OUD ET AL., 2010; OUD ET AL., 2009; ZOLNIEREK, 2009).

A literatura aponta que há dificuldades no adequado manejo de

pacientes com transtornos mentais em serviços ou setores voltados especificamente ao atendimento dessa população (PAULON, 2012; DUARTE; OLSCHOWSKY, 2011). Isso leva-se ao questionamento sobre o cuidado produzido por equipes de saúde em hospitais não especializados, partindo do princípio que, nesses setores o contato com esses pacientes é inesperado, já que não se destinam exclusivamente ao atendimento a essa população.

Com isso, levando em conta a necessidade de reconhecer a importância da avaliação do cuidado prestado pelos profissionais de saúde à pacientes com transtornos mentais em unidades de pronto-atendimento de hospitais gerias, para que se desenvolva uma assistência integral a essas pessoas, este estudo pretende responder a seguinte questão: Como está sendo realizada a assistência a pacientes com transtornos mentais em uma unidade de pronto-atendimento não especializado? Tem-se como hipótese que o atendimento ao indivíduo com transtornos mentais é feita de forma inadequada nos serviços de urgência e emergência não especializados.

2 REVISÃO DA LITERATURA

A Política de Saúde Mental no Brasil, visa promover a redução de internações em hospitais psiquiátricos por longas permanências e que, diante da necessidade de intervenções hospitalares, seja feita em hospitais gerais, objetivando estabilizar a crise, ou o tratamento de doenças clínicas no menor tempo possível. Para isso, o RAPS vem ampliando a estruturação de serviços extra hospitalares, como o CAPS, Consultórios de Rua, Estratégia de Saúde da Família (ESF), Unidades de Pronto-atendimento (UPA), Residências Terapêuticas, Centros de Convivência, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), entre outros. Esses dispositivos se articulam na lógica da referência e contra referência, no intuito de proporcionar atenção integral ao usuário do serviço com transtornos mentais (BRASIL, 2005; 2011; 2012).

Não existem no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS), dados referentes à internação de pacientes psiquiátricos por causas clínicas não-psiquiátricas, mas, visto a notável demanda de pacientes com transtornos mentais no Brasil, a assistência psiquiátrica em hospitais gerais é um recurso necessário para o atendimento de pessoas em crise, da pessoa com transtorno mental internada por comorbidades clínicas e do paciente que durante a internação, apresente transtorno mental decorrente ou associado a ela (BOTEGA, 2006; THOMAS et al., 2007).

2.1 A INSERÇÃO DO PACIENTE PSIQUIÁTRICO EM HOSPITAL GERAL – DADOS HISTÓRICOS

Antes do hospício tornar-se um local destinado ao tratamento de pessoas com transtornos mentais, eles eram recolhidos e mantidos nos porões das Santas Casas, junto aos mendigos e ociosos. Nesse local permaneciam os indivíduos considerados “estragados” da sociedade, conforme apontado por Foucault (1997, p.84):

Portanto, o Hospital Geral deve receber os estragados, mas não os aceita sem formalidades: é preciso pagar sua dívida para com a moral pública, e deve-se estar preparado, nas sendas do castigo e da penitência, para voltar a uma comunhão da qual se foi expulso pelo pecado.

O hospital geral naquela época não tinha os mesmos objetivos dos

dias atuais. Constituíam-se em um local de abandono, depósito e privação das pessoas que ali viviam, muitas vezes, até morrer. Foucault (1997) também argumenta que o hospital geral não era uma instituição de cura ou tratamento para essa determinada população, e sim um espaço onde segregação, e a assistência a eles estavam relacionadas as questões espirituais e no intuito de corrigir possíveis falhas morais.

A partir do século XVIII, a até então denominada loucura passou a ser considerada doença mental e precisava de um local próprio para o seu manejo. A partir de então, criou-se o hospício como um instrumento básico de intervenção na insanidade mental. Dados históricos, discutidos por Machado et al. (1978, p.42), referem que,

desde 1830, quando aparecem os primeiros protestos médicos contra a situação dos loucos no Hospital da Santa Casa da Misericórdia, propõe-se a criação de um hospício de alienados. A argumentação é clara: tal como está organizado, o hospital não cura, não possibilita o domínio da loucura.

Por muito tempo, o hospício foi considerado como local ideal para o tratamento de pessoas com transtornos mentais. No entanto, foi percebido que este não estava cumprindo com o seu papel proposto, que era de cura do dito louco, surgindo então questionamentos sobre as instituições (HILDEBRANDIT, ALENCASTRE, 2001).

Houve início então a movimentos em âmbito mundial, que propunham alternativas ao modelo tradicional de psiquiatria. A partir daí, o hospital geral passou a inserir-se, mesmo que de forma tímida, nas práticas de atenção ao paciente psiquiátrico, sendo, em 1728 o primeiro relato de um hospital geral que recebeu esses pacientes, em Londres - o hospital St. Thomas (MAYOU, 1989).

A partir dos anos de 1900, começou a se intensificar a prática da inserção do paciente psiquiátrico em hospitais gerais. Nos Estados Unidos (EUA), a primeira unidade foi criada em 1902, em Detroit. Em 1906 foi em Toronto, no Canadá (GREENHILL, 1979; ALVES BRASIL, 1982).

Na América Latina, as primeiras unidades surgiram na década de 50, sendo o assunto, destaque no primeiro Congresso Latino-Americano de Saúde Mental, realizado em São Paulo, em 1954, focalizando a necessidade de criar esses espaços. A primeira unidade criada neste continente, foi em Lima, no Peru, em 1942 (SAMPAIO, 1956; BOTEGA; DALGALARRONDO, 1997).

Já no Brasil, a pioneira foi aberta em 1954, no Hospital das Clínicas da Universidade da Bahia, coordenada pelo professor Nelson Pires. Esse serviço contava com seis leitos femininos, em um local improvisado e, somente na década de 70 o local foi beneficiado com uma reestruturação da planta física, ganhando um novo espaço (BOTEGA; DALGALARRONDO, 1997). Muitas outras unidades foram inauguradas no Brasil nessa época, no entanto, sabemos que, dos anos 50 até a década de 70, a assistência manicomial predominava (HILDEBRANDIT, ALENCASTRE, 2001).

A década de 1960 em especial o período pós-ditadura militar foi marcada por muitas mudanças na área da saúde, em especial aos assuntos relacionados a assistência psiquiátrica devido à criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Nesse momento houve uma redução dos recursos financeiros na saúde passando então por um processo de privatização deste setor, reduzindo assim o papel do Estado e, transformado a assistência psiquiátrica em uma opção rendosa para os donos dos hospitais. Esse período ficou conhecido como a mercantilização da loucura (AMARANTE, 2003).

Desde então, na década de 70, vivenciou-se um amplo processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, protagonizado principalmente pelos esforços realizados pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que realizaram, juntamente com os familiares dos pacientes mantidos em manicômios, denunciavam a violência nesses locais, a mercantilização da loucura, o monopólio de uma rede privada de assistência, além de questionar o saber psiquiátrico, que era sustentado no modelo hospitalocêntrico de assistência às pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005). Bruscato (2012, p.32) sugere que:

A partir da reforma psiquiátrica, a reordenação da assistência, a partir das diretrizes antimanicomiais, fez com que as ações referentes à saúde mental fossem reformuladas, tendo como foco a atenção integral ao sujeito com sofrimento psíquico, a reorganizações dos serviços e das ações, a criação de novos dispositivos de atenção, que exigiram dos profissionais uma redefinição de funções, além da implementação de novas práticas, Isto trouxe mudanças na Psicologia e Saúde Mental, que abriu novas perspectivas de atuação e introduziu transformações qualitativas na prática, que por sua vez, solicitou novas construções teóricas.

No Brasil e em outros países de baixa e média renda, poucos estudos estão disponíveis sobre a avaliação de serviços de saúde, incluindo internação psiquiátrica de hospital geral. (THORNICROFT et al., 2010).

Os serviços de emergência psiquiátrica em hospitais gerais também podem auxiliar nos serviços de saúde mental para promover melhora e estabilização do quadro de alguns pacientes agudamente doentes. Neste caso, as unidades de emergência psiquiátrica nos hospitais gerais funcionam como porta de entrada para o tratamento intensivo. Estas controlam o encaminhamento para as unidades de internação psiquiátricas (BARROS et al., 2010). A decisão de internar o paciente deve ser baseada na avaliação clínica, na disponibilidade de leitos e na necessidade de tratamento de comorbidades clínicas associadas.

2.2 USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS LÍCITAS E ILÍCITAS NO HOSPITAL GERAL

Segundo o Relatório Mundial sobre Drogas (2018), o número de pessoas que consumiram drogas no ano de 2017 foi de cerca de 275 milhões, correspondendo a 5,6% da população global entre 15 e 64 anos. Além disso, as mortes causadas diretamente pelo uso de drogas aumentaram em 60% nos últimos 15 anos.

No Brasil é possível notar que a questão da atenção integral em álcool e outras drogas têm sido tratadas de maneira excludente, estigmatizante e com assuntos apenas de modo pontual, mesmo diante de um sistema normativo que cria condições para uma política de prevenção, promoção e tratamento integral articulado aos usuários de tais substâncias.

O uso de substâncias é considerado um problema de saúde pública, por diferentes organizações, OMS e o *Center for Disease Control and Prevention* (CDC), devido ao seu uso estar relacionado a diversas doenças crônicas e associado à violência, acidentes, comportamento sexual de risco e intoxicações (BASTOS, 2017).

Com relação ao álcool, os transtornos relacionados ao uso abusivo da substância estão entre os mais prevalentes transtornos mentais em todo o mundo, afetando predominantemente homens. Os indivíduos com esses distúrbios apresentam controle sobre o consumo de álcool e cronicamente exibem um padrão pesado e muitas vezes crescente de álcool apesar dos sérios custos prejudiciais para sua saúde, a vida de seus familiares e amigos, e à sociedade em geral. Apesar de ser um importante problema de saúde pública, os distúrbios do uso de álcool continuam sendo os transtornos mentais mais subtratados (World Health

Organization, 2018; REHM, SHIELD, 2018; CARVALHO et al, 2019).

De todas as mortes atribuíveis ao álcool no mundo, 28% foram causadas por lesões, como as de acidentes de trânsito, danos pessoais e violência interpessoal; 21% devido a distúrbios digestivos; 19% devido a doenças cardiovasculares e o restante devido a doenças infecciosas, cânceres, transtornos mentais e outras condições de saúde (World Health Organization, 2018).

Segundo relatório da OMS (2018), o álcool foi o 7º fator de risco no mundo para anos de vida perdidos e o 1º para o indicador chamado DALY (Disability-Adjusted Life Year), que seria a soma dos anos potenciais de vida perdidos, devido à mortalidade prematura e os anos de vida produtiva perdidos devido à deficiência.

No Brasil, Um levantamento realizado no ano de 2017, apresentados no III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela população brasileira (2017), estima que no ano em questão, a prevalência de pessoas que faziam uso abusivo de bebidas alcoólicas, os chamados *binge drinking* foi de 16,5%, o que corresponde a 45 milhões de brasileiros (BASTOS et al, 2017).

O mesmo estudo ainda demonstra que os riscos relacionados ao uso de álcool são ainda subestimados pela população Brasileira, visto que 44,5% das pessoas acreditam que o crack é a droga mais associada às mortes no país e apenas 26,7% colocaram o álcool no topo da lista. Mas é sabido que o álcool é a substância que direta ou indiretamente, mais causa danos à saúde que levam à morte (BASTOS et al, 2017).

Apesar de sua alta prevalência, os transtornos por uso de álcool são subtratados em parte por causa do alto estigma associado a eles, mas também por causa da triagem sistemática insuficiente, embora existam intervenções psicossociais e farmacológicas eficazes e econômicas (CARVALHO et al, 2019).

Cerca de 200 milhões de pessoas em todo o mundo usam drogas ilícitas, de acordo com um estudo publicado no *The Lancet* por Csete (2016) e o uso de substância, como a cocaína e o crack estão associados a diversos problemas clínicos, entre os principais estão os problemas respiratórios, circulatórios e renais (BASTOS, 2017).

Com isso, acredita-se que a internação de pacientes que fazem o uso nocivo de álcool e outras drogas é grande, no entanto a identificação desse fator associado à doença muitas vezes não acontece, devido à desvalorização desse fato

por parte da equipe de saúde. Um estudo realizado por Soares, Vargas e Oliveira (2011) verificou a produção científica sobre a temática atitudes e conhecimentos de profissionais de saúde diante do álcool, do alcoolismo e do alcoolista, nos últimos 50 anos, por meio de consulta sistemática e concluiu que no geral, os profissionais apresentam atitudes de senso comum e que com o passar das décadas esse comportamento foi se replicando e que isso pode estar relacionado a escassez do ensino sobre esse tema durante a formação profissional.

2.3 INTERVENÇÃO BREVE COMO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

A Intervenção Breve (IB) para abordagem do uso de álcool e outras drogas vem aos poucos ganhando espaço nas condutas de diversos profissionais de diferentes formações, incluindo profissionais de saúde, da assistência social, da área de educação e agentes comunitários. No entanto, a técnica ainda não é muito utilizada, devido à falta de capacitação desses profissionais (MICHELI, FORMIGONI, CARNEIRO, 2014).

A técnica de IB foi proposta como uma abordagem terapêutica para usuários de álcool, em 1972, por Sanchez-Craig e colaboradores e, desde 2001, a OMS tem recomendado a prática da IB em diversos setores, pois tem se mostrado efetiva nesse contexto para a redução do consumo abusivo de álcool e outras drogas e, apesar dos seus benefícios e de ser um importante recurso utilizado nessa problemática, existem diversas barreiras que dificultam sua aplicação, onde se destacam a carência de recursos humanos, a falta de tempo dos profissionais e a alta demanda dos usuários (JOMAR, ABREU, GRIEP, 2014; COSTA et al., 2013; RIBEIRO, 2011; ALLEN et al., 2011). Segundo Micheli, Formigoni, Carneiro (2014), a IB:

é uma estratégia de intervenção estruturada, focal e objetiva, com procedimentos técnicos, que permitem estudos sobre sua efetividade. Seu objetivo é ajudar no desenvolvimento da autonomia das pessoas, atribuindo-lhes a capacidade de assumir a iniciativa e a responsabilidade por suas escolhas.

A OMS define IB como sendo práticas que visam identificar um problema real ou potencial do uso de álcool, além de motivar os usuários de substância psicoativas à mudança. A IB inclui triagem e avaliação, isso permite

fornecer informações ao profissional para que o mesmo consiga sensibilizar o usuário sobre os riscos do consumo de álcool e outras substâncias, objetivando a diminuição do consumo (MCCAMBRIDGE, CUNNINGHAM, 2014).

Embora tenham se concentrado amplamente nos serviços de atenção primária em saúde, qualquer profissional de saúde com o treinamento adequado pode desenvolvê-la. Alguns estudos realizados em unidades de urgência e emergência, utilizaram da IB como forma de assistência, no intuito de diminuição do consumo de substâncias pelos pacientes atendidos ali, demonstrando ser uma técnica viável também nos serviços terciários e em serviços de urgência e emergência e que O pronto-socorro pode ser um local apropriado para a implementação de triagem, intervenção breve e encaminhamento ao tratamento, pois pode favorecer a diminuição de problemas e readmissões devido ao uso de álcool. (PENGPID et al., 2013; MCQUEEN et al, 2015; VIPOND J, MENNENGA, 2019).

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

Analisar a assistência prestada à pacientes com transtornos mentais atendidos em unidade de emergência não especializado.

3.2 ESPECÍFICOS

Descrever o perfil sociodemográfico dos pacientes.

Realizar Intervenção Breve nos pacientes com classificação indicativa.

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 DELINEAMENTO

Estudo quantitativo, descritivo e transversal. A pesquisa quantitativa, que tem suas raízes no pensamento positivista lógico, tende a enfatizar o raciocínio dedutivo, as regras da lógica e os atributos mensuráveis da experiência. É um método de pesquisa que trabalha com indicadores numéricos e segue critérios estatísticos nas avaliações. Esse método de pesquisa é apropriado para medir opiniões, atitudes e preferências (Lehman e Mehrens, 1971).

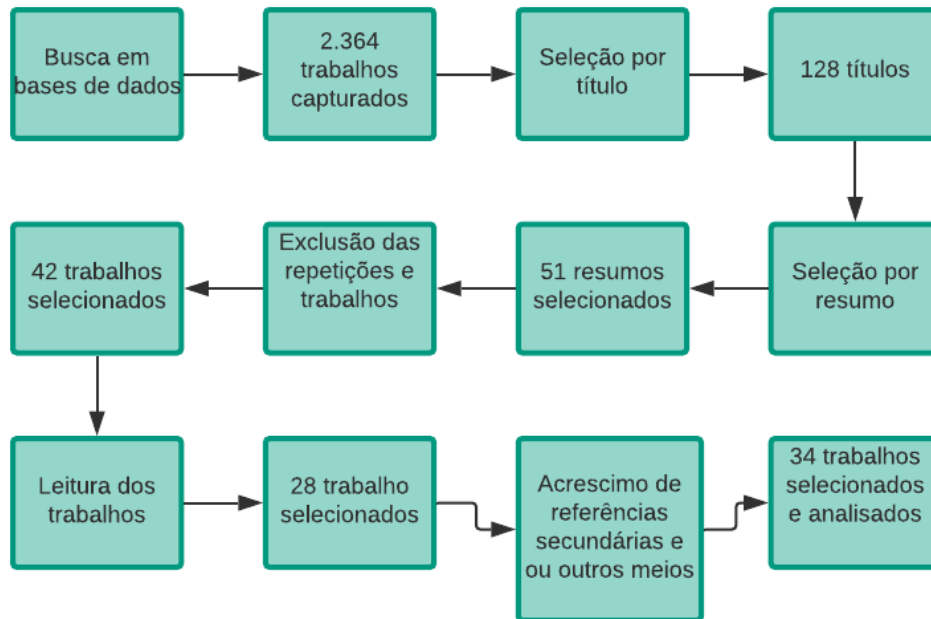
Pesquisa descritiva: é a investigação que procura "determinar natureza e grau de condições existentes" (Lehman e Mehrens, 1971, p. 95). Nessa metodologia, há a possibilidade de poder coletar dados de uma única amostra ou de mais de uma amostra, como também poder trabalhar com uma ou mais variáveis, sem o intuito de estabelecer relações ou fazer previsões. Tem como único propósito descrever condições existentes (Lehman e Mehrens, 1971).

Estudos transversais propõem-se a estudar um problema utilizando dados colhidos em diferentes subgrupos de pessoas que estejam em diferentes estágios de desenvolvimento (Lehman e Mehrens, 1971, p. 95).

4.2 REVISÃO DE LITERATURA

Para atender o pressuposto foi utilizada uma busca de dados on-line no Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME), Base de Dados em Enfermagem (BDENF), a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), o Scientific Electronic Library Online (SciELO) e o Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE). Os descritores de assuntos foram: Hospital Geral, Assistência ao Paciente, Transtornos Mentais e Serviços Médicos de Emergência. Foram utilizados como critérios de inclusão, estudos científicos publicados em periódicos nos últimos 10 anos (2009-2019), no descarte foram inseridos estudos recorrentes e dissertações.

Figura 1- Fluxograma do processo de seleção das referências bibliográficas



4.3 LOCAL DE PESQUISA

A pesquisa foi desenvolvida em unidade de pronto-socorro de um hospital filantrópico acreditado de grande porte na cidade de Londrina, Pr. Classificado como hospital geral, com 338 leitos, onde 41 disponíveis para Unidade de Terapia intensiva (UTI) adulto, 10 em Unidade de Cuidados Intermediários (UCI), 8 leitos em Unidade Coronariana, 2 centros cirúrgicos com 12 salas cirúrgicas, 10 leitos em UTI neonatal, 15 leitos em UCI neonatal, 16 leitos em Unidade Pediátrica e 43 leitos destinados a Maternidade. Atende diversas especialidades, entre elas: anatomia patológica, anestesiologia, cardiologia, cirurgia buco-maxilo-facial, pediatria, urologia, vascular e angiologia, dermatologia, endocrinologia, gastroenterologia, ginecologia e obstetrícia, hematologia, hemodinâmica, hemoterapia, infectologia, nefrologia, neonatologia, neurologia e neurocirurgia, oftalmologia, oncologia, ortopedia e trauma, otorrinolaringologista, pneumologia, radiologia, reumatologia, serviço de urgência e emergência, entre outros. O hospital não conta com equipe fixa de psiquiatria, sendo preciso que seja acionada conforme necessidade. Do total de leitos, 140 são destinados ao atendimento de pacientes

pelo Sistema único de Saúde (SUS) e não conta com leitos destinados especificamente ao paciente com transtornos mentais.

É considerada referência de saúde, atendendo à população de uma cidade de grande porte, com mais de 510 mil habitantes. Por ano, são realizados mais de 64.000 atendimentos no Pronto Socorro. Além disso, possui diversos reconhecimentos, sendo o mais importante deles a Acreditação com Excelência pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), justificando o interesse por essa instituição.

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta dos dados foi realizada entre outubro de 2018 e abril de 2019, por meio de um instrumento elaborado pela autora, contendo questões para levantamento de dados de identificação, sociodemográficos e culturais, clínicos e assistenciais.

Foi realizada a identificação dos pacientes com o uso abusivo de substâncias psicoativas, através de busca ativa na unidade de estudo, com apoio da equipe de estratificação de risco e funcionários do setor. Para os dados que não puderam ser identificados diretamente com o paciente e seu familiar, foi acessado seu prontuário eletrônico. Para a identificação do padrão de uso de álcool foi aplicado na população selecionada o instrumento *ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test)*.

Para um maior aprofundamento do estudo foi realizado IB nos pacientes que apresentaram classificação indicativa após aplicação do instrumento ASSIST, afim de promover uma assistência adequada aos pacientes inseridos no estudo.

Para isto, foram realizados encontros do Grupo de Pesquisa voltados ao desenvolvimento de habilidades referentes a aplicação de IB pela autora. Essas habilidades foram desenvolvidas através do material disponibilizado gratuita e universalmente pela Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas, do Ministério da Justiça, e é voltado ao estudo da técnica de IB, que tem como foco a mudança de comportamento do usuário de substâncias, assim como desenvolvimentos de habilidades sobre os princípios da IB, que são: devolutiva ou retorno, responsabilidade e metas, aconselhamento, menu de opções e empatia e auto eficácia.

Após 30 dias da primeira IB realizada intrahospitalar, foi realizado contato via telefone com os pacientes, com autorização prévia, utilizando os dados disponibilizados no decorrer da entrevista.

4.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O instrumento elaborado pela autora (Apêndice 1) trata-se de um questionário estruturado, contendo questões de identificação, sociodemográficos, clínicos e assistenciais.

O *ASSIST* (Anexo 1), desenvolvido pela OMS e validado no Brasil por Henrique (2004) é um questionário estruturado, composto por oito questões sobre o uso de substâncias psicoativas, sendo um método simples de triagem do uso de risco, nocivo ou dependente de tabaco, álcool, maconha (*cannabis*), cocaína, anfetaminas, sedativos, alucinógenos, inalantes, opiáceos e outras drogas. As questões abordam a frequência do uso, problemas relacionados ao uso, preocupação a respeito do uso por parte de pessoas próximas, prejuízo no cumprimento de tarefas, tentativas mal sucedidas de abandonar ou reduzir o uso, sentimento de compulsão e o uso de substâncias via injetável. Cada resposta corresponde a um score. A soma é feita para cada substância e pode variar, sendo que os valores podem indicar a necessidade ou não de intervenções. Segundo Henrique et al., o estudo da confiabilidade teste-reteste do *ASSIST* foi realizado com 236 indivíduos, em diferentes locais do mundo, sendo observado bom nível de confiança (coeficientes Kappa entre 0,58 a 0,90 para as principais questões). Além disso, foi aplicado questionário sociodemográfico com intuito de obter dados para compor o perfil dos pacientes.

4.6 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A amostragem se deu por conveniência, nos quais, os casos eram identificados pela equipe de estratificação de risco e também pelos funcionários atuantes nos setores. Os critérios de inclusão para participar desta pesquisa foram: paciente com diagnóstico médico primário ou secundário, de transtorno mental e/ou histórico de uso abusivo de álcool e outras drogas, descritos em prontuário e serem maiores de 18 anos.

Já os critérios de exclusão foram o rebaixamento de nível de consciência e cognitivo, descrito em evoluções médica e/ou de enfermagem, no momento da coleta. Do total, 7 casos foram excluídos da amostra por se enquadrarem nos critérios de exclusão, e 5 recusaram-se a assinar o TCLE ou desistiram de participar no decorrer da coleta, sendo obtidos 81 instrumentos preenchidos.

4.7 VARIÁVEIS DO ESTUDO

O estudo teve como variáveis dependentes o uso de contenção mecânica, administração de medicações psicotrópicas, complicações ocorridas durante permanência em unidade, avaliação psicológica e psiquiátrica e encaminhamento a centro de referência. Nas variáveis independentes foram analisados os seguintes dados:

1. Sociodemográficos: idade, sexo, cor da pele, naturalidade, procedência, área de moradia, com quem reside, tipo de residência, situação conjugal, grau de instrução, profissão, ocupação, religião e classificação econômica.
2. Clínicos: dia da internação, diagnóstico médico de entrada (CID-10), histórico de uso de medicação e tratamentos psiquiátricos, existência de comportamento suicida e envolvimento com substâncias psicoativas.

4.8 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram digitados em aplicativo online *Google Docs* e armazenados em planilha do *Microsoft Excel 2010*. Após a verificação e correção de eventuais erros de digitação e inconsistências, os dados foram analisados com o programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 20.0 por métodos descritivos e apresentado em forma de tabelas. Os resultados obtidos pela análise descritiva estão expressos por medidas de tendência central para variáveis numéricas e para as categóricas, por frequências e percentuais.

4.9 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Para a realização desta pesquisa, foi solicitada autorização formal da Direção Geral do Hospital para a entrada no campo do estudo (Anexo 2). Para respeitar seus direitos, como determina a Lei Federal nº 10.216, de 06 de abril de 2001, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”, a qual prevê em seu art. 2º, inciso IV, sobre a garantia de sigilo das informações prestadas, e conforme está previsto na Resolução nº 466/2012, serão garantidos aos sujeitos o anonimato e a liberdade de participar ou não da pesquisa, podendo haver desistência em qualquer momento. (BRASIL, 2001; 2012).

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Associação Evangélica Beneficente de Londrina, em 01 de agosto de 2018, CAAE 99251518.6.0000.5696 (Anexo 3). Todos os participantes receberam e assinaram o TCLE (Apêndice 2) para iniciar-se a coleta de dados.

4.10 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

A abordagem ao paciente elegível para a pesquisa se deu no próprio setor, ou então, caso o mesmo houvesse sido transferido para setor de unidades de internação ou unidades de terapia intensiva (UTI), ocorria a abordagem nesses setores. A entrevista ocorria em local oportuno e discreto. Já os pacientes que estavam imobilizados em leito devido às suas condições físicas, a entrevista ocorria no leito.

Iniciou-se a abordagem com a apresentação dos pesquisadores e explicação sobre o objetivo da pesquisa. O instrumento utilizado serviu como norteador para transcorrer a pesquisa. O tempo médio de cada entrevista foi de 36 minutos, variando entre 18 e 72 minutos. Nesse período, foi levantado com os pacientes os dados necessários para a pesquisa, além disso, oportunizou-se um momento onde alguns pacientes sentiu-se à vontade para relatar seus anseios, dificuldades e fragilidades.

Para a realização desta pesquisa, foi solicitada autorização formal da Direção Geral do Hospital para a entrada no campo do estudo. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do respectivo hospital sob

o parecer nº 3.027.130. Todos os participantes receberam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para iniciar-se a coleta de dados.

5 RESULTADOS

Conforme apresentado na tabela 1, referente às características sociodemográficas e culturais dos pacientes apresentadas na tabela 1, constatou-se que a média de idade foi de 43,5, variando entre 18 e 84 anos. A faixa etária predominante foi de 18 a 39 anos, correspondendo a 49,3% dos casos.

A maioria dos entrevistados, relatou não ter um (a) companheiro (a), sendo 46,9% solteiros e 33,3% viúvos ou divorciados. Do total, 33,4% tinha ensino médio completo, 53,1% relataram ter ocupação laboral, como empregado assalariado ou autônomo. Em relação a renda, a maioria (90,2%) recebia até 4 salários mínimos, sendo que destes, 43,3% afirmaram receber menos de um salário.

Tabela – 1 Características sócio demográficas e culturais de pacientes atendidos em unidade de urgência de hospital geral, 2018 a 2019, Londrina-PR, Brasil

Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	60	74,1
Feminino	21	25,9
Total	81	100
Faixa etária		
18 – 39	40	49,3
40 – 59	28	34,7
60 ou mais	13	16,0
Total	81	100
Estado Civil		
Casado (a) / União estável	27	19,8
Solteiro (a)	38	46,9
Viúvo (a) / Divorciado (a)	16	33,3
Total	81	100
Escolaridade		
Analfabeto	3	3,7
Fundamental incompleto	21	25,9
Fundam. Completo / Médio incomp.	23	28,4

Médio Completo / Superior incomp.	27	33,4
Superior Completo	7	8,6
Total	81	100
Ocupação		
Sem ocupação / desempregado	19	23,5
Estudante	3	3,7
Autônomo / Assalariado	43	53,1
Aposentado	16	19,8
Total	81	100
Renda		
≤ 1 salário	35	43,3
De 2 a 4 salários	38	46,9
> 5 salários	4	4,9
Não responderam	4	4,9
Total	81	100

Fonte: Dados do próprio autor.

A tabela 2 apresenta dados referentes ao diagnóstico médico de entrada dos pacientes. Percebe-se uma maior prevalência de diagnósticos relacionados ao sistema gastrointestinal (19,8%), seguido daqueles relacionados ao sistema neurológico (17,3%) e do sistema osteomuscular (12,3%), os quais, foram associados ao uso de álcool. Já os diagnósticos de transtornos mentais propriamente ditos, foram de 12,3%, e incluindo os comportamentos suicidas, esse número sobe para 22,2%.

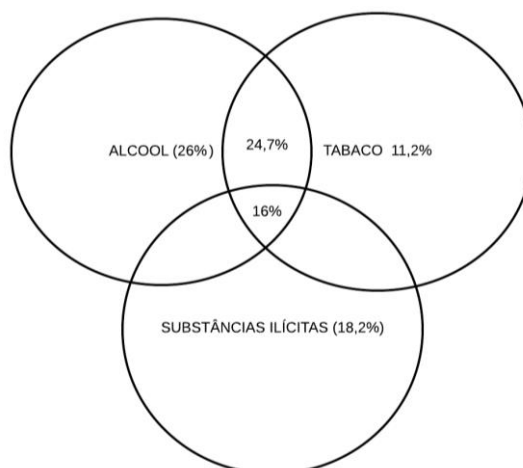
Tabela – 2 Prevalência de diagnósticos médicos atribuídos em unidade de emergência de um hospital geral, 2018 a 2019, Londrina-PR, Brasil

Motivo de entrada	Sexo		%
	Masculino	Feminino	
Comportamento suicida	4	4	9,9
Outros transtornos mentais	2	8	12,3
Distúrbios gastrointestinais	13	3	19,8
Distúrbios neurológicos	12	2	17,3
Distúrbios cardiovasculares	6	3	11,1
Distúrbios renais	2	1	3,7
Distúrbios respiratórios	3	1	4,9
Distúrbios osteomusculares	7	3	12,3
Causas externas	4	2	7,4
Outros	1	0	1,2
Total	54	27	100

Fonte: Dados do próprio autor.

No que diz respeito às características clínicas dos pacientes (tabela 3), 59,3% dos pacientes relataram histórico de transtornos mentais de pelo menos uma vez na vida. O uso atual de medicamento psicotrópico, pode ser evidenciado em 35,8% da amostra e 43,2% faz acompanhamento psiquiátrico, seja ele no CAPS ou ambulatoriamente.

Figura 2 – Dependência química atual em pacientes com transtornos mentais atendidos em um hospital geral, Brasil, 2019.



Fonte: Dados do próprio autor.

O uso prévio de uma ou mais drogas ilícitas, pode ser evidenciado em 51,9% dos entrevistados. Destes, 47% indicaram a maconha como droga de uso

prévio mais prevalente. Com relação a dependência química atual, está presente em 81,5%, sendo o álcool, o mais prevalente (66,7%) (figura 2).

Tabela – 3 Características clínicas de pacientes com transtornos mentais atendidos em unidade de urgência de hospital geral, 2018 a 2019, Londrina-PR, Brasil

Variáveis	N	%
Histórico de transtornos mentais		
Sim	48	59,3
Não	33	40,7
Total	81	100
Uso atual de medicamento psicotrópico		
Sim	29	35,8
Não	52	64,2
Total	81	100
Faz tratamento psiquiátrico		
Sim	35	43,2
Não	46	56,8
Total	81	100
Uso prévio de drogas ilícitas		
Sim	42	51,9
Não	39	48,1
Total	81	100
Dependência química atual		
Sim	66	81,5
Não	15	18,5
Total	81	100

Fonte: Dados do próprio autor.

A tabela 4 apresenta os dados referentes ao processo de cuidar dos pacientes. Podemos observar que muitos pacientes apresentaram agitação (39,5%) e/ou agressividade (18,5%). Com relação a contenção, 45,7 receberam medicamentos psicotrópicos como forma de contenção química. Já os que sofreram contenção mecânica, foi 37%. Dos que sofreram contenção mecânica, 76,6% não apresentaram prescrição médica referente ao procedimento. Um dado que chama atenção foi que cinco (5) pacientes não apresentaram agitação psicomotora nem

agressividade, no entanto foram restritos mecanicamente.

Tabela 4 - Características assistenciais de pacientes com transtornos mentais atendidos em unidade de urgência de hospital geral, entre outubro de 2019 e junho de 2019.

Variáveis	N	%
Atendido pelo(a) psiquiatra		
Sim	9	11,1
Não	72	89,9
Total	81	100
Atendido pelo(a) psicólogo(a)		
Sim	18	22,2
Não	63	77,8
Total	81	100
Agitação psicomotora		
Sim	32	39,5
Não	49	60,5
Total	81	100
Comportamento agressivo		
Sim	15	18,5
Não	66	81,5
Total	81	100
Contenção química		
Sim	37	45,7
Não	44	54,3
Contenção mecânica		
Sim	30	37,0
Não	51	63,0
Total	81	100
Complicações agudas		
Sim	28	34,6
Não	53	65,4
Total	81	100
Encaminhado ao serviço de saúde mental		
Sim	17	21,0

Não	64	79,0
Total	81	100

Fonte: Dados da própria autora.

Do total, 34,6% dos pacientes atendidos apresentaram complicações agudas, onde a mais prevalente foi no sistema neurológico (18,5%). Nessa pesquisa, ficou evidente que a poucos pacientes receberam atendimentos da psiquiatria (11,1%) e psicologia (22,2%) e apenas 21% receberam encaminhamentos para serviço especializado em saúde mental.

Com relação ao tipo de entrada em PS, a maioria (56,8%) foi encaminhado pelo serviço de ambulância, demonstrando o grau de gravidade em que se encontravam. Cerca de 23,5% deram entrada após serem encaminhados de outra instituição, entre elas o CAPS, Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Pronto-atendimento (UPA). Quanto aos demais 19,8%, estes procuraram o serviço por conta própria.

O tempo de permanência média em unidade de PS foi de 10,37 horas, com 12,3% tendo alta em até 12 horas. Do total, 81,6% gerou hospitalização na própria instituição, onde 41% foram encaminhados para Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) e 40,6% para unidade de internação. Apenas para 4,9% dos casos, houve encaminhamento para o tratamento ambulatorial e/ou especializado após avaliação inicial, devido a necessidade de tratamento clínico e de alta complexidade. Ainda, uma quantidade mínima de pacientes (1,2%) evadiu-se.

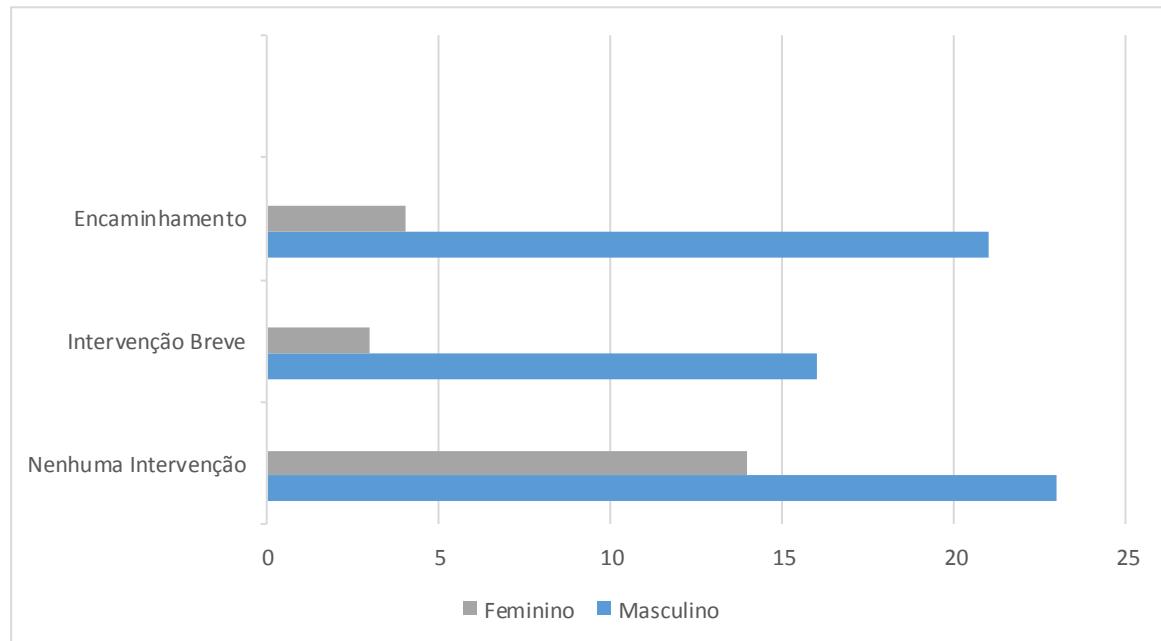
Sobre o encaminhamento para serviço especializado, isso ocorreu em apenas 21% dos casos. Ainda assim, todos os encaminhamentos realizados, foram à pacientes dependentes de álcool e/ou outras drogas. A associação dessas variáveis apresentou associação significativa ($p > 0,05$).

Em relação a IB realizada pela autora, evidencia-se que, do total da amostra, 54,5% foram estratificados pelo ASSIST como sendo usuário nocivo de alguma substância, e destes, 23,5% classificados para receber IB e 30,5% necessitavam de encaminhamento para serviço especializado. Já sobre a fase em que encontravam-se, a maioria (39,5%), estavam em fase de contemplação, (32,1%), estavam na fase de pré-contemplação e apenas 6,2% estavam na fase de ação.

Após 30 dias da primeira IB, foi realizado contato via telefone. Do

total, 40,7% dos pacientes relataram a diminuição do uso de substâncias, no entanto, apenas 28,8% afirmaram estar em tratamento especializado, como o CAPS ou psiquiatra ambulatorial. 23,5% mantiveram o padrão de consumo, e ainda 35,8% vieram a óbito ou não foi possível o contato via telefone.

Figura 3 – Estratificação pelo ASSIST conforme o sexo em pacientes com transtornos mentais atendidos em um hospital geral, 2019.



6 DISCUSSÃO

Características sociodemográficas

Segundo a tabela 1, 49,3% dos entrevistados possuem entre 18 e 39 anos, assemelhando-se com a literatura, que apresentam essa faixa idade como predominante (PADILHA et al, 2013; ZENARDO et al., 2017; SOUZA, SILVA, OLIVEIRA, 2010; OLIVEIRA et al, 2011). Tal faixa etária predominante compreende as pessoas em idade ativa economicamente, podendo acarretar em diversos prejuízos, pois presença de certos transtornos nessa faixa etária, influencia diretamente no modo de vida das pessoas, podendo inclusive interromper sua produtividade em consequência da incapacidade resultante de algumas doenças (SOUZA, SILVA, OLIVEIRA, 2010).

A maioria dos casos foi composta pelo sexo masculino (74,1%),

diferindo de alguns estudos semelhantes (PAES et al, 2018; PADILHA et al, 2013; ZENARDO et al., 2017; OLIVEIRA et al, 2014) que tem o sexo feminino com maior predominância. No entanto, vale ressaltar que na amostra, há um número expressivo de pacientes que fazem o uso nocivo de álcool e outras drogas (66,6%), justificando essa diferenciação, uma vez que, segundo A Vigilância De Fatores De Risco e Proteção Para Doenças Crônicas Por Inquérito Telefônico (VIGETEL¹) de 2019, há uma maior prevalência de consumo abusivo de álcool entre homens em comparação com as mulheres. Essa diferença entre os sexos com relação ao padrão de consumo de álcool e outras drogas, são amplamente conhecidas e também espelham o padrão mundial, sendo explicado pelo fato de que os homens são menos abastêmios e fazem o uso de substâncias com maior frequência e quantidade além de, possivelmente a complexa combinação de fatores genéticos, comportamentais e culturais próprios do sexo masculino possa desempenhar um papel importante nessa predisposição (GARCIA, FREITAS, 2015; JAEGER, MOLA, SILVEIRA, 2018; VIGETEL, 2019).

Mecanismos biológicos também podem ajudar a explicar diferenças tanto na prevalência quanto na apresentação de transtornos relacionados ao uso de álcool em homens e mulheres. Por exemplo, um estudo sobre usuários sociais de álcool (Erol, Karpyak, 2015) mostrou que a magnitude da liberação de dopamina ventrostriatal após administração oral administração de álcool foi maior em homens do que em mulheres, e que a liberação de dopamina se correlacionou com medidas de ativação subjetiva em homens, mas não em mulheres. Esse mecanismo poderia contribuir para a diferenças na vulnerabilidade a transtornos relacionados ao uso de álcool.

Como observado na Tabela 1, a quantidade de pacientes solteiros foi significativa. Essas características relacionadas ao estado civil também são corroboradas com a literatura nacional que apresentam achados semelhantes em seus resultados (JAEGER, MOLA, SILVEIRA, 2018; ZENARDO et al., 2017; SOUZA, SILVA, OLIVEIRA, 2010). No entanto, a maioria não reside só, mas com algum familiar, como por exemplo filhos, pais e/ou irmãos. Uma possível explicação para esse achado pode ser o fato de que os indivíduos em relacionamentos mais estáveis

1 O Vigitel compõe o sistema de Vigilância de Fatores de Risco para doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) do Ministério da Saúde, juntamente com outros inquéritos e Realizada pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde.

têm melhores hábitos de vida com relação à saúde (JAEGER, MOLA, SILVEIRA, 2018). Porém, o tamanho da amostra do presente estudo pode ter sido insuficiente para encontrar associação entre as variáveis.

Com relação a escolaridade, os achados no presente estudo divergem da literatura encontrada, que demonstra que a prevalência de transtornos mentais é maior em pessoas com baixa escolaridade, quando se consideram todos os tipos de transtornos mentais e não exclusivamente ao envolvimento com substâncias psicoativas (LUCCHESI et al., 2014).

A maioria dos pacientes informaram ter alguma fonte de renda, seja ela por trabalho autônomo, assalariado ou aposentado. Resultados semelhantes pode ser encontrados em estudo realizado por Lucchese et al. (2014).

Sabe-se que, de modo geral, a renda familiar baixa está relacionada com um maior índice de problemas psicológicos, que surgem a partir da redução do poder aquisitivo, insegurança, eventos diários estressantes que acarretam baixa autoestima, além da dificuldade do cumprimento de papéis sociais, aumentando assim a probabilidade do indivíduo também desenvolver algum outro tipo de transtorno mental (MOREIRA et al., 2011; FONE, 2013).

Características Clínicas

Como apresentado na Tabela 2, pode ser observado que há diferenças quanto ao diagnóstico de entrada de homens e mulheres com transtornos mentais. Entre as mulheres, predomina a entrada por transtornos mentais, propriamente dito, como o transtorno depressivo. Já entre os homens, prevalece os diagnósticos relacionados aos distúrbios gastrointestinais, como hemorragia digestiva alta (HDA), pancreatite, doenças do fígado, entre outros problemas ocasionados pelo uso abusivo de álcool. Esses resultados correspondem a literatura, que demonstram essa relação (PAES et al., 2018; BOTEGA, 2017; EATON et al., 2012).

No geral, os diagnósticos por problemas clínicos são predominantes no presente estudo, podendo ser observado na tabela 2, que entre eles, destacam-se os decorrentes de problemas gastrointestinais e neurológicos. Estudo realizado em Londres sobre admissões hospitalares gerais agudas em pacientes com transtornos mentais com uma amostra de mais de 18.000 pacientes, demonstra

resultado semelhante, apontando que os achados clínicos associados ao abuso de álcool e outras drogas são predominantes nesse tipo de internação. O estudo ainda apresenta em seus resultados que pessoas com transtornos mentais apresentaram maiores chances de desenvolverem comorbidades clínicas quando comparados com a população geral (JAYATILLEKE et al., 2018).

Os dados apresentados na tabela 3 sugerem que grande parte relata ao menos um episódio de algum transtorno mental na vida. Ainda assim, a maioria relata não fazer tratamento psiquiátrico e uma parte significativa faz uso de medicamento psicotrópico atualmente. A constatação do fato de que grande parte dos pacientes não fazem tratamento psiquiátrico preocupa, pois a não adesão ao tratamento pode ser considerado um sério problema na atenção à saúde mental e que pode trazer consequências como o descontrole dos sintomas, aumento da frequência e tempo de internamento e conseqüentemente o aumento dos custos dos cuidados de saúde (DE SOUZA, 2016).

Com relação ao histórico relacionado às drogas ilícitas, mais da metade relatou já ter feito uso prévio ou atual, sendo a maconha, a droga de abuso mais prevalente. Apesar do presente estudo não realizar a associação entre o uso de drogas e a chance de desenvolver transtornos mentais, fica evidente essa associação em diversos outros estudos (SILVA et al, 2017; SABAN et al., 2014; LEV-RAN et al, 2014; KEDZIOR, LAEBER, 2014).

Estudo realizado por Gage et al. (2015), destacou a maconha como uma droga que pode aumentar o risco em 2,2 vezes de desenvolver alguns transtornos mentais, principalmente a depressão, quando consumida de forma abusiva. Outros estudos, associaram o uso de pelo menos uma vez na vida de maconha, com o desenvolvimento de Transtornos Mentais Comuns (TMC), entre eles a fobia social, transtorno de estresse pós traumático e depressão maior, e ainda pode aumentar entre 1,17 e 1,62 vezes a mais de desenvolver depressão e ansiedade, quando comparado com indivíduos que nunca fizeram o uso (LUCCHESI et al., 2017; SABAN et al., 2014; LEV-RAN et al., 2014; KEDZIOR, LAEBER, 2014).

A presença de dependência química atual, está expresso em grande parte da amostra, onde o álcool é a substância de abuso mais prevalente, sendo que destes, 26% fazem uso de álcool de maneira isolada, 24,7% associado ao uso de tabaco e 16% além do álcool e tabaco, também fazem uso nocivo de substâncias

ilícitas. Um estudo sobre o perfil sociodemográfico e clínico realizado por Silva et al. (2015) no Brasil, demonstra resultados semelhantes ao presente estudo, onde grande parte da amostra fazia o uso principalmente de álcool e tabaco (SILVA et al., 2014).

Pesquisa realizada por Lima et al (2019), identificou maior prevalência de transtornos mentais em usuários de substâncias lícitas e ilícitas. Cerca de 22% de dependentes de nicotina, 30% de dependentes de álcool e 45% de outras drogas apresentaram algum tipo de transtorno associado. Já na população não-dependente, essa porcentagem foi menor, aproximadamente 12%. Com relação a maconha, a dependência da mesma foi relacionada com a chance de desenvolver algum transtorno, duas vezes maior que para os não-dependentes

Características Assistenciais

Conforme apresentado na tabela 4, a interconsulta psiquiátrica e psicológica ainda é pouco realizada no serviço, sendo 11,1 % e 22,2% respectivamente de pacientes atendidos por esses profissionais na amostra.

A interconsulta psiquiátrica no Brasil, inclui a consultoria psiquiátrica e a psiquiatria de ligação, que referem-se à atuação de um profissional especializado na clínica psicossocial e que possa avaliar e orientar uma terapêutica para pacientes que estão sendo atendidos por outras especialidades (BOTEGA, 2006).

O número de serviços de interconsulta psiquiátrica em hospitais gerais é desconhecido no Brasil, muito embora, a maioria se concentre em hospitais-escola. Mas essa prática já está sistematizada em algumas instituições, permitindo assim um atendimento de mais qualidade, em situações que pacientes com transtornos mentais precisam de internações clínicas, ou quando desenvolvem algum transtorno psiquiátrico no decorrer de sua internação.

Segundo Martins (1997), entre os objetivos de um serviço de interconsulta psiquiátrico e psicológico, inclui entre outros, auxiliar no diagnóstico e tratamento de pacientes com transtornos mentais, instrumentalizar o restante da equipe para lidar com as situações emergentes de caráter psicológico, auxílio no manejo dos psicofármacos, ampliação da compreensão do paciente em seu

contexto biopsicossocial e estimular uma instância reflexiva sobre o cotidiano da prática assistencial.

Ressalta-se que no presente estudo, o local escolhido para a coleta de dados, não conta com corpo clínico fixo de psiquiatria. Segundo a necessidade, há uma solicitação ao médico psiquiatra e fica a critério do mesmo a decisão sobre o atendimento ou não, da demanda solicitada. Já em relação à psicologia, o serviço contava com dois psicólogos em 2019, os quais eram responsáveis por atender toda a demanda hospitalar.

Entre as solicitações de atendimento psiquiátrico, A maioria dos pedidos de interconsulta foi proveniente de especialidades clínicas, corroborando com estudos realizados por Botega (2006) e Nakabayashi et al. (2010). A clínica que mais realizou solicitação, foi a que atendeu pacientes por tentativa de suicídio. Já sobre as solicitações da psicologia, houve mais com os pacientes internados por distúrbios gastrointestinais, decorrentes do uso de álcool, seguido de pacientes internados por tentativa de suicídio. Um dado que chama a atenção é que a maioria dos atendimentos psicológicos, foram à pacientes que apresentaram agitação psicomotora e/ou agressividade durante a permanência na unidade de urgência. O cruzamento dessas variáveis, apresentou associação significativa, sugerindo que há relação entre o fato do paciente apresentar agitação psicomotora e a solicitação de atendimento psicológico ao mesmo.

Cabe ressaltar que as vantagens do trabalho de interconsulta são extensas, sendo apontadas na literatura como positivas por ocasionar em redução no tempo de hospitalização e diminuição de reinternações, trazendo benefícios tanto para o paciente e para os profissionais, quanto para a comunidade (BOTEGA, 2006).

Conforme apresentando na tabela 4, muitos pacientes apresentaram agitação psicomotora e/ou agressividade, resultando assim, em contenção mecânica.

Estudos epidemiológicos demonstraram que pessoas com transtornos mentais são propensas a desenvolverem quadros de agressividade e agitação, e que entre 18% a 25% delas apresentam esse comportamento enquanto hospitalizadas (WAND, COULSON, 2006; RAJA, AZZONI, 2005). O presente estudo difere da literatura encontrada e demonstrou uma prevalência maior (58%). Acredita-se que isso se deu pelo fato de a amostra contar com grande número de pacientes

etilistas e dependentes químicos, que, como já citado, aumenta o risco de apresentar esses comportamentos.

A contenção física deve ser utilizada apenas em situações em que o paciente encontra-se em intensa agitação, com manifestações de comportamentos agressivos, apresentando riscos para ele próprio e para terceiros, porém só deve ser utilizada quando as tentativas de intervenções verbais iniciais não forem eficazes. Para Fernandes et al (2016), a contenção física poderá ser um procedimento válido no atendimento ao paciente com agitação psicomotora. Já Araújo et al (2010) orienta que deve ser utilizada com cautela, apenas quando o comportamento gera risco para o próprio paciente ou a terceiros, e utilizando de faixas específicas para a técnica. A contenção física realizada sem a indicação correta pode trazer danos psíquicos e físicos, como necrose, trombos, fraturas, aspiração e asfixia para os pacientes (PIMENTA, BARROS, 2019).

A indicação da contenção física é citada pela Resolução 1.598, de 9 de agosto de 2000, do Conselho Federal de Medicina (CFM), devendo ser indicada e prescrita apenas pelo profissional médico. Já o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), cita na Resolução nº427, de 15 de maio de 2012 que, profissionais de enfermagem, somente poderão empregar a técnica sob supervisão direta do enfermeiro e em conformidade com os protocolos estabelecidos pela instituição no qual está vinculado. Ambas resoluções informam que o paciente durante a contenção mecânica, deve ser monitorado atentamente por profissional da equipe de enfermagem.

Para alguns autores como Silva (2007), a contenção mecânica de pacientes com transtornos mentais não é considerada medida de cuidado em saúde, pois há uma dificuldade de justificar sua eficácia. Uma revisão sistemática produzida por Sailas e Fenton (2000), e conduzida pela Cochrane Collaboration rastreou 2.155 citações, e analisou 35 sobre o uso de contenção mecânica. No entanto, nenhum deles apresentou teor científico nos moldes da medicina baseado em evidências, por se tratar de trabalhos qualitativos. Concluíram então, que não há caráter científico do benefício da técnica e, portanto, deve ser questionada e produzidos novos estudos conduzidos por ensaios clínicos controlados.

Percebeu-se que alguns pacientes não apresentaram agressividade e nem agitação, no entanto, foram contidos mecanicamente. Porém, não foi possível

nesse estudo, compreender a justificativa para tal prática. Os dados referentes ao uso de contenção mecânica foram retirados do prontuário eletrônico dos pacientes, através das evoluções clínicas das diversas especialidades, e da evolução e anotação de enfermagem, total. No entanto, pouco se registra a prática de forma detalhada e seu tempo de permanência.

Ainda sobre a tabela 4, um número pequeno de pacientes foram encaminhados para serviço especializado, como tratamento psiquiátrico ambulatorial ou para o CAPS. Esses valores divergem da literatura encontrada, que apresentam valores muito superiores, mas cabe ressaltar que os estudos que analisaram essas variáveis, tinha como local de estudo alas psiquiátricas em hospital geral. Não foram encontrados estudos que analisaram a variável em hospitais gerais que não contavam com ala psiquiátrica (PADILHA, 2013; SOUZA, SILVA, OLIVEIRA, 2010).

Intervenção Breve (IB)

O presente evidenciou um número elevado de pacientes que necessitavam, segundo estratificação, de encaminhamento para serviço especializado. Um estudo randomizado, realizado por Pengpid et al (2013), demonstrou também uma porcentagem elevada de pacientes internados em hospital geral por problemas clínicos que necessitavam de encaminhamentos para serviço especializado (31,2%). Estudo, de Hungerford et al., (2003) também demonstrou uma alta prevalência (43%) de pessoas com problemas relacionados ao álcool. No entanto, ambos estudos utilizaram-se de outro instrumento de estratificação, o AUDIT (*Questionário de Identificação de Transtornos pelo Consumo de Álcool*).

Degutis (1998) afirma em seu estudo que a aplicação de questionários para triagem que estratificam os pacientes conforme o grau de gravidade, são viáveis em serviços de emergência. O AUDIT, o CAGE (*Cut Down/Annoyed/Guilty/Eye-opener Questionnaire*) e o ASSIST são exemplos de instrumentos para triagem. Esses instrumentos de triagem não fazem diagnósticos, mas apontam os prováveis casos de dependência em substâncias.

Com relação a fase em que se encontravam os pacientes durante o processo de IB, a maioria estava ciente de seu vício, mas ainda ambivalente quanto à intenção de mudança (fase de contemplação). Acredita-se que o fato se dá devido a conscientização de que o uso de substâncias o tenha levado a doença clínica e ao

internamento. Ainda assim, um número expressivo, não apresentou intenção de mudança (fase de pré-contemplação), reforçando ainda mais a necessidade de IB nesse grupo. A menor parte estavam na fase de ação.

A eficácia da IB já é amplamente conhecida e difundida, inclusive no Brasil e Um grande número de experimentos controlados já foram realizados em serviços de. Um estudo publicado pela Cochrane Systematic Review, por Kaner et al (2018) apresenta uma revisão com diversos ensaios clínicos randomizados que demonstraram uma redução significativa do uso de substâncias aos pacientes que receberam essa intervenção.

O estudo ainda conclui, que apesar dos resultados encontrados, e embora as IB pareçam ser eficazes na redução do consumo perigoso e prejudicial de adultos, principalmente com base em países de alta renda, há uma clara necessidade de mais pesquisas avaliativas sobre IB com pessoas mais jovens, de grupos minoritários culturais e também países de renda média-baixa e que há uma necessidade urgente de padronização dos resultados em estudos com álcool e sugere que estudos futuros devem relatar tempos de acompanhamento mais longos para ajudar a entender a duração do efeito (KANER et al, 2018).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desta pesquisa são semelhantes, em termos gerais, a outros estudos realizados em hospitais gerais, os quais a assistência prestada aos pacientes com transtornos mentais atendidos possui falhas, sugerindo falta de raciocínio clínico, habilidade de abordagem e cuidado adequados ao usuário de substâncias psicoativas, levando a prestarem cuidados de baixa qualidade para tais pacientes.

A realização da IB na unidade de emergência colaborou para que mais de 40% dos sujeitos diminuíssem o consumo de substâncias psicoativas por conta própria. Entretanto, quase 29% relataram ter procurado ajuda profissional no CAPS municipal. Desta forma, tais dados sugerem que há estratégias factíveis, de baixo custo que podem ser implementadas, para a melhoria do atendimento a esses pacientes, visando colaborar para o fortalecimento da /rede de Atenção Psicossocial.

Por fim, considera-se que estudos de seguimento destes pacientes pós-alta hospitalar devam ser realizados, a fim de intervir sobre os fatores de recaída e manutenção do comportamento sem a substância psicoativa, para a qual, o enfermeiro capacitado pode atuar, seja em parceria com equipes de atenção primária ou em ambulatórios especializados.

REFERÊNCIAS

ALLEN et al. The efficacy of a brief intervention in reducing hazardous drinking in working age men in Russia: the HIM (Health for Izhevsk Men) individually randomised parallel group exploratory trial. **Trials**, vol. 12, n. 238. 2011.

ANARDO, Gabriela Lemos de Pinho et al . Psychiatric admission and readmission in a general hospital of Porto Alegre: sociodemographic, clinic, and use of Network for Psychosocial Care characteristics. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 20, n. 3, p. 460-474, July 2017

AZEVEDO, BARROS, M. M. A. (2019). Ações e práticas de enfermagem frente ao paciente psiquiátrico atendido em um hospital de urgência e emergência de Porto Velho-RO. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, (28), e1059 [Link]

BALLESTER, Dinarte Alexandre et al . The general practitioner and mental health problems: challenges and strategies for medical education. *Sao Paulo Med. J.*, **São Paulo** , v. 123, n. 2, p. 72-76, Mar. 2005 . [Link].

BARROS, Régis Eric Maia; TUNG, Teng Chei; MARI, Jair de Jesus. Serviços de emergência psiquiátrica e suas relações com a rede de saúde mental Brasileira. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo , v. 32, supl. 2, p. S71 S77, out. 2010 . Disponível em [Link].

BRASIL. 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. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em [Link].

Botega, N. J. (2006). *Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: Interconsulta e Emergência* (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed.

BOTEGA, organizador. *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2017.

CALDIERARO et al. Avaliação do paciente na emergência. In: Quevedo J, Schmitt R, Kapczinski F, editors. *Emergências psiquiátricas*. Porto Alegre: Artmed; 2014.

Carvalho, A. F., Heilig, M., Perez, A., Probst, C., & Rehm, J. (2019). *Alcohol use disorders*. **The Lancet**, 394(10200), 781–792. doi:10.1016/s0140-6736(19)31775-1

CFM. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.598, de 09 de agosto de 2000. *Normatiza o atendimento médico a pacientes portadores de transtorno mental*. Disponível em [Link]

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº427, de 15 de maio de 2012. *Normatiza os procedimentos da enfermagem no emprego de contenção mecânica de pacientes*. [Link]

- COSTA et al TM. Metodologia de implementação de práticas preventivas ao uso de drogas na atenção primária latino-americana. **Rev Panam Salud Publica**. vol.33, n.5, p.325-31. 2013.
- CSETE et al. Public health and international drug policy. **Rev. The Lancet**, vol. 387. 2016 [Link]
- DEGUTIS. Screening for alcohol problems in emergency department patients with minor injury: results and recommendations for practice and policy. **Contemp Drug Probl**, vol.25, p.463-75, 1998.
- DE HERT et al. Physical health management in psychiatric settings. **Eur Psychiatry**, Paris, v. 25, supl. 2, jun. p. 22-8. 2010. [Link]
- DUARTE, M. L. C.; OLSCHOWSKY, A. Fazeres dos enfermeiros em uma unidade de internação psiquiátrica de um hospital universitário. **Rev Bras Enferm**, Brasília, DF, v. 64, n. 4, p. 698-703, 2011. [Link]
- EATON et al. An Invariant Dimensional Liability Model of Gender Differences in Mental Disorder Prevalence: Evidence from a National Sample. **J AbnormSocPsychol**. vol.121, n.1, 2012.
- EROL , KARPYAK . Sex and gender-related differences in alcohol use and its consequences: Contemporary knowledge and future research considerations. *Rev. Elsevier*, vol.156, n.1, p.1-13. 2015.
- FERNANDES et al. Nursing care to psychiatric patients in a general hospital emergency. **RevEnferm UFPI**. Vol.5, n.2. 2016 [Link].
- GARCIA, FREITAS. Consumo abusivo de álcool no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 24, n. 2, p. 227-237, 2015 <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000200227&lng=en&nrm=iso>
- HENRIQUE et al . Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo , v. 50, n. 2, p. 199-206, Apr. 2004
- HILDEBRANDT, MARCOLAN . Conceptions of nursing staff about psychiatric care in general hospital. **Rev Rene**. Vol. 17, n. 3. 2017 [Link].
- HUNGERFORD et al. Feasibility of screening and intervention for alcohol problems among young adults in the ED. **Am J Emerg Med**, vol.21, p.14-22. 2003.
- JAYATILLEKE et al, Acute general hospital admissions in people with serious mental illness, **Psychological Medicine**, vol.48, n.16. 2018.
- MOREIRA et al. [Prevalence of common mental disorders in the population attended by the Family Health Program]. **J Bras Psiquiatr**. vol.60, n.3, p.221-6 2011.

JAEGER, MOLA, SILVEIRA. Transtornos relacionados ao uso de álcool e fatores associados em zona rural do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 52, supl. 1, 8s, 2018 . [Link]

JOMAR, ABREU, GRIEP. Padrões de consumo de álcool e fatores associados entre adultos usuários de serviço de atenção básica do Rio de Janeiro, RJ, **Brasil. Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 1, p. 27-38, Jan. 2014

KANER et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations (Review). **Cochrane Database of Systematic Reviews**. 2018, Issue 2. Art. No.: CD004148. DOI: 10.1002/14651858.CD004148.pub4.

KEDZIOR, LAEBER. A positive association between anxiety disorders and cannabis use or cannabis use disorders in the general population- a meta-analysis of 31 studies. **BMC Psychiatry**, vol.14, n.136, p.1-22. 2014

LEV-RAN et al. The association between cannabis use and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. **Psychol Med**. vol.44, p.797-810. 2014

LIMA et al . Prevalência de Transtornos Mentais Comuns e Uso de Álcool e Drogas entre Agentes Penitenciários. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília , v. 35, p.3555, 2019.

LUCCHESI et al. Prevalência de transtorno mental comum na atenção primária. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 27, n. 3, p. 200-207, June 2014. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002014000300200&lng=en&nrm=iso>

MCCAMBRIDGE, CUNNINGHAM. The early history of ideas on brief interventions for alcohol. **Addiction**. Vol. 109, n.4, p. 538-46. 2014.

MICHELI, D.; FORMIGONI, M. L. O. S.; CARNEIRO, A. P. L. Intervenção Breve: princípios básicos e aplicação passo a passo. In: FORMIGONI, M, L. O. S. (Org.). SUPERA: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, Intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento. 5 ed. São Paulo: UNIFESP, 2014, cap. 1, p. 11-22.

MOLL et al. Profissionais de enfermagem e a internação psiquiátrica em hospital geral: percepções e capacitação profissional. **Rev. CogitareEnferm**. V. 22, n.2. 2017. [Link]. Acesso em:

OLIVEIRA et al, A. Dependência nicotínica nos transtornos mentais, relação com indicadores clínicos e o sentido para o usuário . **Revista Latino Americana De Enfermagem**, vol.22, n.4, p.685-692. 2014 <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3549.2468>

_____ . Care for patients with severe mental illness: the general practitioner's role perspective. **BMC Fam Pract**, London, v. 10, n. 29, 2009 [Link].

_____ . Care provided by general practitioners to patients with psychotic disorders: a cohort study. **BMC Fam Pract**, London, v. 11, n. 92, p. 1-6, 2010 [Link]

Organização Mundial de Saúde (OMS). Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Relatório Sobre a Saúde no Mundo: saúde mental: nova concepção, nova esperança. Brasília; 2001.

PADILHA, Vitoria Mantoan et al . Profile of patients attended as psychiatric emergencies at a university general hospital. **Sao Paulo Med. J.**, São Paulo, v. 131, n. 6, p. 398-404, 2013 .

PAULON, S.M. O foco míope: apontamentos sobre o cuidado à crise em saúde mental em emergências de hospitais gerais. **Rev. Polis e Psique**, v. 2, n. temático, p. 73-94, 2012. [Link]

PENGPID et al. (2013). Screening and brief interventions for hazardous and harmful alcohol use among university students in South Africa: results from a randomized controlled trial. **International Journal of Environmental Research and Public Health**. 2013.

REHM J, SHIELD KD. Global Burden of Disease and the Impact of Mental and Addictive Disorders. **Curr Psychiatry Rep** 2019; 21: 10. 2019 [Link]

RIBEIRO. A medicina geral e familiar e a abordagem do consumo de álcool: detecção e intervenções breves no âmbito dos cuidados de saúde primários. **Acta Med Port**. 2011

SABAN et al. The association between substance use and common mental disorders in young adults: results from the South African Stress and Health (SASH) Survey. **Pan African Med J**, vol17. N.1, p.11. 2014

SAILAS, FENTON. Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses. **Cochrane Database Syst Rev**. Vol. 2. 2000.

SOUSA, SILVA, OLIVEIRA. Serviço de Emergência Psiquiátrica em hospital geral: estudo retrospectivo. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 44, n. 3, p. 796-802, Sept. 2010

VIPOND, MENNENGA. Screening, brief intervention and referral to treatment by emergency nurses: a review of the literature. **Journal of Emergency nursing**, v.45, n.2, p.178-184, 2019.

VOLPE, Fernando Madalena et al . Perfil da clientela atendida em um serviço público de urgência psiquiátrica no município de Belo Horizonte, Brasil, no período de 2002 a 2007. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro , v. 59, n. 3, p. 203-209, 2010 . [Link]. Acesso em:

WHO. Global status report on alcohol and health 2018. World Health Organization. 2018. [Link]

Wand, Timothy. Zero tolerance: A policy in conflict with current opinion on aggression and violence management in health care. **Australasian Emergency Nursing Journal**, vol. 9, n.4, p.163 – 170. 2006

WHO. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2014 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2014 [Link].

ZOLNIEREK, C. D.; CLINGERMANN, E.M. A Medical-Surgical Nurse's Perceptions of Caring for a Person With Severe Mental Illness. **Journal of the American Psychiatric Nurses Association**, St. Louis, v. 18, n. 4, p. 226-235, 2012. [Link]

ZOLNIEREK, C.D. Non-psychiatric hospitalization of people with mental illness: systematic review. **J. Adv. Nurs.**, Oxford, v. 65, n. 8, p. 1570-83, 2009 [Link].

APÊNDICES

APÊNDICE 1

Instrumento de pesquisa para levantamento de dados.



Instrumento 1



I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO			
1- CÓDIGO	2- DATA DA COLETA	3 - NOME DO PACIENTE	4 - TELEFONE
II DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS			
5- IDADE	6- SEXO: (1) MASC (2) FEM	7- COR DA PELE : (1) PRETA (2) BRANCA (3) PARDA (4) AMARELA (5) INDÍGENA	
8- PROCEDÊNCIA: (1) LONDRINA (2) OUTRA CIDADE DO PARANÁ (ITEM 8.1) (3) OUTRO ESTADO (ITEM 8.2) (4) OUTRO PAÍS (ITEM 8.3) (5) NÃO SABE			
8.1 QUAL? _____ 8.2 QUAL? _____ 8.3 QUAL? _____			
9- AREA DE MORADIA: (1) URBANA (2) RURAL		10- RESIDE COM: (1) SOZINHO (2) CONJUGE (3) FILHO(S) (4) CONJUGE E FILHO(S) (5) AMIGOS (6) PAI E/OU MÃE (6) INTITUCIONALIZADO	
11- TIPO DE RESIDÊNCIA: (1) PRÓPRIA (2) ALUGADA (3) CEDIDA (4) MORADOR DE RUA (9) NÃO SE APLICA		12- SITUAÇÃO CONJUGAL: (1) CASADO OU RELAÇÃO ESTAVEL (2) SOLTEIRO (3) DIVORCIADO (4) VIÚVO	
13- INSTRUÇÃO: (1) ANALFABETO (2) ENS. FUNDAMENTAL (1, 2, 3 SERIES) (3) ENS. FUNDAMENTAL (4, 5, 6 SERIES) (4) ENS. FUNDAMENTAL (5, 6, 7 SERIES) (5) ENS. FUNDAMENTAL (8ª SERIE COMPLETO) (6) ENSINO MEDIO INCOMPLETO (7) ENSINO MEDIO COMPLETO (8) SUPERIOR INCOMPLETO (9) SUPERIOR COMPLETO (10) PÓS GRADUAÇÃO		14- RELIGIÃO: (1) CATÓLICO (2) EVANGÉLICO/PROTESTANTE (3) ESPIRITA (4) AFRO-BRASILEIRA (5) BUDISMO (6) OUTRA _____ (7) NÃO TEM	
15- PROFISSÃO: (1) SAÚDE (2) EDUCAÇÃO (3) CONSTRUÇÃO CIVIL (4) ADMINISTRATIVO (5) COMÉRCIO (6) INDÚSTRIA (7) SERVIÇOS DOMÉSTICOS (8) PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS (9) TRABALHO RURAL (10) NÃO TEM		16- OCUPAÇÃO: (1) DO LAR (2) ESTUDANTE (3) DESEMPREGADO (4) EMPREGADO ASSALARIADO (5) AUTÔNOMO (6) APOSENTADO (7) SEM OCUPAÇÃO	
17- RENDA: _____ (1) MENOS DE 1 SALÁRIO MÍNIMO (2) 1 SALARIO MINIMO (3) 2 A 4 SALÁRIOS (4) 5 OU MAIS SALÁRIOS (9) DADOS PREJUDICADOS		18- NÚMERO DE PESSOAS QUE CONTIBUEM COM A RENDA: _____ NÚMERO DE PESSOAS QUE DEPENDEM DA RENDA: _____	

III DADOS CLÍNICOS		
19- DIA DE ENTRADA EM SETOR:	20- HORA DO INTERNAMENTO:	21- TIPO DE ENTRADA: (1) CONTA PRÓPRIA (2) AMBULÂNCIA (3) CAPS (4) OUTROS _____
22- MOTIVO DA INTERNAÇÃO (CID-10)		
(1) ESQUIZOFRENIA (2) TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR (3) TRANSTORNO DEPRESSIVO (4) TRANSTORNO DE ANSIEDADE (5) TRANSTORNO SOMATOFORME	(6) TRANSTORNOS ALIMENTARES (7) TMCDUSP (8) TMCDUA (9) COMPORTAMENTOS SUICÍDA (10) OUTROS _____	
23- HISTÓRICO/DIAGNÓSTICO PRÉVIO DE TRANSTORNOS MENTAIS: (1) SIM (ITEM 23.1 E 23.2) (2) NÃO	23.1- HÁ QUANTO TEMPO?	
23.2- QUAL?		
(1) ESQUIZOFRENIA (2) TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR (3) TRANSTORNO DEPRESSIVO (4) TRANSTORNO DE ANSIEDADE (5) TRANSTORNO SOMATOFORME	(6) TRANSTORNOS ALIMENTARES (7) TMCDUSP (8) TMCDUA (9) COMPORTAMENTOS SUICÍDA (10) OUTROS _____	
24- FAZ USO DE MEDICAÇÕES PSICOTRÓPICAS? .1 ANTIPSICÓTICOS: .2 ESTABILIZADOR DE HUMOR: .3 ANTIDEPRESSIVO: 4. ANSOLÍTICO: .5 SEDATIVOS: .6 PSICOESTIMULANTES: .7 HIPNÓTICOS: .8 ANTICONVULSIVANTES:	(1) SIM (2) NÃO (1) SIM (2) NÃO (1) SIM (2) NÃO (1) SIM (2) NÃO (1) SIM (2) NÃO (1) SIM (2) NÃO (1) SIM (2) NÃO (1) SIM (2) NÃO	
25- FAZ TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO:	(1) SIM (ITEM 25.1)	(2) NÃO
25.1 LOCAL: (1) AMBULATÓRIO (2) CAPS (3) HOSPITAL-DIA (4) HOSPITAL GERAL (5) UBS (6) HOSPITAL PSIQUIÁTRICO (7) OUTRO: _____		
26- USO PRÉVIO DE DROGRAS: (1) SIM (ITEM 26.1)	(2) NÃO	
26.1- QUAL: (1) MACONHA (2) COCAÍNA (3) CRACK (4) HEROÍNA (5) ANFETAMINAS (6) ECSTASY (7) SOLVENTE (8) OUTRAS _____	(1) SIM (2) NÃO (1) SIM (2) NÃO (1) SIM (2) NÃO (1) SIM (2) NÃO (1) SIM (2) NÃO (1) SIM (2) NÃO (1) SIM (2) NÃO (1) SIM (2) NÃO	
27- DEPENDÊNCIA QUÍMICA ATUAL: (1) SIM (2) NÃO		
(1) ALCOOL (2) TABACO (3) OUTRA. QUAL? _____		

IV: DADOS ASSISTENCIAIS

28- QUAL FOI A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

- (1) EMERGÊNCIA
- (2) MUITO URGENTE
- (3) URGENTE
- (4) POUCO URGENTE
- (5) NÃO URGENTE

29- ESTA RECEBENDO ATENDIMENTO PELA EQUIPE DE PSIQUIATRIA? (1) SIM (2) NÃO

30- ESTA RECEBENDO ATENDIMENTO PSICOLÓGICO? (1) SIM (2) NÃO

31- APRESENTOU AGITAÇÃO PSICOMOTORA (1) SIM (2) NÃO

32- APRESENTO AGRESSIVIDADE (1) SIM (2) NÃO

33- HOUVE ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÕES PSICOTRÓPICAS? (1) SIM (ITEM 33.1) (2) NÃO

33.1- QUAL: _____

34- HOUVE CONTENÇÃO MECÂNICA? (1) SIM (ITEM 34.1 E 34.2) (2) NÃO

34.1 HÁ PRESCRIÇÃO DE CONTENÇÃO MECÂNICA? (1) SIM (2) NÃO

34.2 QUAL TEMPO DE PERMANÊNCIA? _____

35- HOUVE COMPLICAÇÕES AGUDAS DURANTE INTERNAMENTO EM PS? (1) SIM (ITEM 35.1) (2) NÃO

35.1 QUAL?

- | | |
|----------------------|-----------------|
| (1) CARDIOVASCULAR | (1) SIM (2) NÃO |
| (2) RENAL | (1) SIM (2) NÃO |
| (3) NEUROLÓGICA | (1) SIM (2) NÃO |
| (4) OSTEOMUSCULAR | (1) SIM (2) NÃO |
| (5) URINÁRIO | (1) SIM (2) NÃO |
| (6) TEGUMENTAR | (1) SIM (2) NÃO |
| (7) GASTROINTESTINAL | (1) SIM (2) NÃO |
| (8) RESPIRATÓRIO | (1) SIM (2) NÃO |
| (9) OUTRAS _____ | (1) SIM (2) NÃO |

36- DESFECHO:

- (1) INTERNAÇÃO (ITEM .1)
- (2) ALTA
- (3) ÓBITO

36.1 SETOR:

- (1) UNIDADE DE INTERNAÇÃO
- (2) UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA
- (3) UNIDADE SEMI-INTENSIVA

37- REFERENCIAMENTO: (1) SIM (2) NÃO

APÊNDICE 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

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

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: _____

ANEXOS

ANEXO 1

Assist (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test)

Nome: _____ Registro _____
 Entrevistador: _____ DATA: ____ / ____ / ____

ASSIST - OMS

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 êxtase	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

QUESTIONÁRIO PARA TRIAGEM DO USO DE ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS SUBSTÂNCIAS.

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 êxtase	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 êxtase	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 êxtase	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

NOMES POPULARES OU COMERCIAIS DAS DROGAS

- a. produtos do tabaco** (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)
- b. bebidas alcólicas** (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga uísque, vodca, vermouths, caninha, rum tequila, gin)
- c. maconha** (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, malo, 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:

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 êxtase	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

- 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 êxtase	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

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 êxtase	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

Nota Importante: Pacientes que tenham usado drogas injetáveis nos últimos 3 meses devem ser perguntados sobre seu padrão de uso injetável durante este período, para determinar seus níveis de risco e a melhor forma de intervenção.

8- Alguma vez você já usou drogas por injeção? (Apenas uso não médico)

NÃO, nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses

Guia de Intervenção para Padrão de uso injetável

Uma vez por semana ou menos Ou menos de três dias seguidos	Intervenção Breve incluindo cartão de "riscos associados com o uso injetável"
---	---

Mais do que uma vez por semana Ou mais do que três dias seguidos	Intervenção mais aprofundada e tratamento intensivo*
---	--

PONTUAÇÃO PARA CADA DROGA

	Anote a pontuação para cada droga. SOME SOMENTE das Questões 2, 3, 4, 5, 6 e 7	Nenhuma intervenção	Receber Intervenção Breve	Encaminhar para tratamento mais intensivo
Tabaco		0-3	4-26	27 ou mais
Alcool		0-10	11-26	27 ou mais
Maconha		0-3	4-26	27 ou mais
Cocaína		0-3	4-26	27 ou mais
Anfetaminas		0-3	4-26	27 ou mais
Inalantes		0-3	4-26	27 ou mais
Hipnóticos/sedativos		0-3	4-26	27 ou mais
Alucinógenos		0-3	4-26	27 ou mais
Opióides		0-3	4-26	27 ou mais

Cálculo do escore de envolvimento com uma substância específica.

Para cada substância (de 'a' a 'j') some os escores obtidos nas questões 2 a 7 (inclusive).

Não inclua os resultados das questões 1 e 8 aqui.

Por exemplo, um escore para maconha deverá ser calculado do seguinte modo: Q2c + Q3c + Q4c + Q5c + Q6c + Q7c.

Note que Q5 para tabaco não é codificada, sendo a pontuação para tabaco = Q2a + Q3a + Q4a + Q6a + Q7a

ANEXO 2

Autorização formal da Instituição de Saúde, local de pesquisa.

Autorizamos acesso dos pesquisadores abaixo no período de **01 de outubro de 2018 a 30 de junho de 2019**, para a coleta de dados para o projeto **AVALIAÇÃO DO ATENDIMENTO AO PACIENTE COM TRANSTORNOS MENTAIS EM UM HOSPITAL GERAL**

Pesquisador:

Jaqueline Fatima de Souza

Jessica Andrade Tizziani

Orientamos aos pesquisadores:

- 1) O acesso sempre será feito pelo térreo, entrada de colaboradores, catraca
- 2) O pesquisador sempre deverá portar essa **autorização**
- 3) Ao pesquisador será liberada a entrada apenas no período proposto nesse email. Qualquer alteração de datas deve ser comunicado a esse setor.
- 4) Essa solicitação servirá ao propósito apenas de solicitar à portaria acesso do pesquisador para coleta de dados para a pesquisa mencionada e aprovada pela Diretoria.

Atenciosamente,

Denise Pavan

Comitê de Ética em Pesquisa

Fone: 43 3378.1310

E-mail: cep@abel.org.br

AEBEL- Associação Evangélica Beneficente de Londrina
www.abel.org.br



ANEXO 3

Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa da Associação Evangélica Beneficente de Londrina



PARECER PROCESSO 16/ 2018

À Pesquisadora

JÉSSICA ANDRADE TIZZIANI

Considerando o Projeto de Pesquisa com o título **AVALIAÇÃO DO ATENDIMENTO AO PACIENTE COM TRANSTORNOS MENTAIS 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, 27 de dezembro de 2018.

Diretoria da AEBEL

Dr. Bruno H. Bressianni de Almeida
Diretor Técnico e Assistencial
AEBEL
CRM 25.859

Centro de Estudos

Denise S. Pavan
Supervisora do Centro
de Estudos