



VITORIA MANTOAN PADILHA

**ABORDAGEM E SEGUIMENTO DE USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS
PSICOATIVAS A PARTIR DE ATENDIMENTO EM UNIDADE DE
EMERGÊNCIA**

CAMPINAS

2012



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS**

VITORIA MANTOAN PADILHA

**“ABORDAGEM E SEGUIMENTO DE USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS
PSICOATIVAS A PARTIR DE ATENDIMENTO EM UNIDADE DE
EMERGÊNCIA”**

Orientadora: Profa. Dra. Renata Cruz Soares de Azevedo

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Ciências Médicas da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre em Ciências Médicas, área de concentração Saúde Mental.

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA
DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELA ALUNA VITORIA MANTOAN
PADILHA E ORIENTADA PELA PROFA. DRA. RENATA CRUZ
SOARES DE AZEVEDO

Assinatura da orientadora

CAMPINAS

2012

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA POR
MARISTELLA SOARES DOS SANTOS – CRB8/8402
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP

P134a Padilha, Vitoria Mantoan, 1978-
Abordagem e seguimento de usuários de substâncias psicoativas a partir de atendimento em unidade de emergência / Vitoria Mantoan Padilha. -- Campinas, SP : [s.n.], 2012.

Orientador : Renata Cruz Soares de Azevedo.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Serviços médicos de emergência. 2. Serviços de emergência psiquiátrica. 3. Transtornos relacionados ao uso de álcool. 4. Transtornos relacionados ao uso de substâncias. 5. Centros de tratamento de abuso de substâncias. I. Azevedo, Renata Cruz Soares de, 1968-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em inglês: Intervention and follow-up of psychoactive substances users after emergency care.

Palavras-chave em inglês:

Emergency medical services

Emergency services, Psychiatric

Alcohol-related disorders

Substance-related disorders

Substance abuse treatment centers

Área de concentração: Saúde Mental

Titulação: Mestre em Ciências Médicas

Banca examinadora:

Renata Cruz Soares de Azevedo [Orientador]

Marcelo Ribeiro de Araújo

Paulo Dalgalarondo

Data da defesa: 07-12-2012

Programa de Pós-Graduação: Ciências Médicas

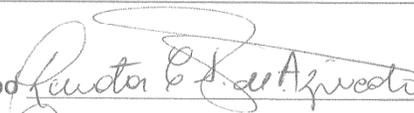
**COMISSÃO EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE
MESTRADO**

VITORIA MANTOAN PADILHA (RA: 108941)

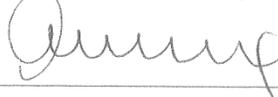
Orientador (a) PROF(A). DR(A). RENATA CRUZ SOARES DE AZEVEDO

Membros:

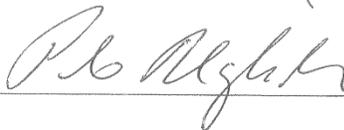
1. PROF(A). DR(A). RENATA CRUZ SOARES DE AZEVEDO



2. PROF(A). DR(A). MARCELO RIBEIRO DE ARAÚJO



3. PROF(A). DR(A). PAULO DALGALARRONDO



Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas

Data: 07 de dezembro de 2012

*“Todos os dias é um vai-e vem
A vida se repete nesta estação
Tem gente que chega pra ficar
Tem gente que vai pra nunca mais...”*
Milton Nascimento, Encontros e Despedidas

Para Matheus Verardino.

Para todas as pessoas atendidas nesse trabalho.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Renata Cruz Soares de Azevedo, por toda a sua contribuição e dedicação em todas as fases deste trabalho. Minha eterna gratidão!

A toda equipe do ASPA, em especial à Celina Matiko Hori Higa e ao Valêncio Dias de Oliveira, sem os quais este trabalho não teria sido possível.

A toda equipe da UER, em especial ao Amilton dos Santos Junior e Luiz Fernando de Almeida Lima e Silva, pela imensa disponibilidade, e a todos os residentes da Psiquiatria, que mostraram empenho e envolvimento com o projeto.

Aos professores Cláudio Eduardo Müller Banzato, Clarissa de Rosalmeida Dantas e Paulo Dalgalarondo, pelas contribuições valiosas que enriqueceram este trabalho.

Aos meus pais, Angela Maria Mantoan Padilha e João Guilherme Padilha Filho, e à minha irmã, Mariana Mantoan Padilha, pela paciência e incentivo.

Pelo incentivo, inspiração e infinita amizade: Delvana di Bello.

Pelo incentivo e pelo carinho: Antonio Manoel Mantoan Filho.

Ao Padre Pedro Paulo Teixeira Roque, pela amizade e pelo conhecimento compartilhado.

À Cleide Aparecida Moreira Silva e Helymar Costa Machado, pelo imenso auxílio nas análises estatísticas.

RESUMO

O consumo e a dependência de substâncias psicoativas (SPA) representam um importante fator de risco de morbi-mortalidade no mundo todo. A literatura internacional mostra que 20% dos pacientes que procuram as Unidades de Emergência (UE) são usuários ou dependentes de SPA. Para a maioria destes pacientes, a UE é o único provedor de cuidados médicos, o que mostra a importância de se aproveitar esse tipo de serviço para uma abordagem inicial e encaminhamento para tratamento. **Objetivos:** Descrever o perfil de pacientes com transtornos relacionados ao uso de SPA atendidos pela Psiquiatria em serviço de emergência, compará-los com o demais pacientes atendidos pela Psiquiatria e avaliar intervenção a partir do atendimento de emergência, comparando os pacientes que receberam com os que não receberam a intervenção, quanto aos desfechos redução do uso de SPA e busca de tratamento em 30 e 90 dias. **Método:** Estudo descritivo e quantitativo, que levantou dados de pacientes atendidos pela Psiquiatria na Unidade de Emergência Referenciada (UER) do HC-UNICAMP, detectou os pacientes atendidos com transtornos por uso de SPA e realizou seguimento longitudinal. Durante o período de maio de 2010 a maio de 2011, todos os pacientes atendidos pela psiquiatria na UER do HC-UNICAMP com transtornos por uso de SPA foram convidados a participar do grupo de intervenção (GI). Após 30 e 90 dias, todos os pacientes, os que compareceram e os que não compareceram ao grupo (GNI), foram avaliados quanto à redução do consumo de SPA e busca por tratamento. **Resultados:** Durante o período, 1.465 pacientes foram atendidos pela Psiquiatria da UER. Encontrou-se predomínio de mulheres (53,7%), idade média de 37 anos e brancos (79,6%). Os diagnósticos mais frequentes foram transtornos relacionados a SPA (23%) e transtornos depressivos (18,5%). Entre os pacientes com transtornos por uso de SPA, o perfil se constituiu de homens (79,1%), idade média de 34,9 anos, cor branca (78,6%), sem ocupação regular (65,3%) e provenientes de demanda espontânea (65,2%). Quando comparados com os demais pacientes atendidos pela Psiquiatria, os usuários de SPA eram mais jovens, receberam mais medicações na UE, porém menos psicofármacos e foram mais encaminhados para serviços especializados. Compareceram ao GI 123 pacientes (35,1%). A maioria desses pacientes era dependente de álcool (73,1%). Entre os pacientes que não compareceram ao grupo, a taxa de comorbidades psiquiátricas foi maior,

assim como o histórico de internações psiquiátricas e taxas maiores de dependência de crack. No seguimento de 30 e 90 dias, a redução do uso de SPA foi significativamente maior entre os pacientes do GI, assim como a busca por tratamento em 30 dias e em 90 dias. Ser dependente de crack esteve associado ao aumento do risco de não reduzir o uso de SPA em 90 dias. **Conclusão:** O grupo de intervenção se mostrou instrumento terapêutico eficaz na redução do uso de SPA e busca por tratamento após 30 e 90 dias, principalmente para os pacientes com dependência a álcool e sem comorbidade psiquiátrica.

ABSTRACT

The use and addiction to psychoactive substances (PAS) represent an important risk factor for morbidity and mortality worldwide. The international literature shows that 20% of patients seeking Emergency Unit (EU) are addicted or users of PAS. For most of these patients, the EU is the only provider of medical care, which shows the importance of taking this opportunity to use this type of service for an initial approach and referral for specific treatments. **Objectives:** Describe the profile of patients with disorders related to psychoactive substances use attended by the Psychiatry Service in the Emergency Unit, and evaluate the intervention given, starting from the care provided by EU and comparing the patients who received intervention with those who did not, regarding the outcomes reduction of psychoactive substances use and treatment-seeking in 30 and 90 days. **Methodology:** A descriptive and quantitative study that collected data of all patients attended by the Psychiatric Emergency Unit at UNICAMP Clinical Hospital, due to PAS use disorders and conducted longitudinal studies. During this period the patients with PAS use disorders were invited to join the support group of the patients attended by the UER, Intervention Group (IG). After 30 and 90 days, all patients, who attended and those who did not attend the group (NIG), were evaluated regarding the reduction in psychoactive substance use and search for treatment. **Results:** During the study period, 1465 patients were seen by the EU Psychiatric. We found a predominance of women (53,7%), mean age 37 years and white (79,6%). The most common diagnoses were substance use disorders (23%) and depressive disorders (18,5%). Among the patients with psychoactive substance use disorder, the profile consisted of men (79.1%), averaging 34.9 years old, caucasian (78.6%), with no regular occupation (65.3%) and from spontaneous demand (65.2 %). When compared with other patients seen by psychiatry, users of PAS were younger, received more medications in the EU, but less psychoactive and were more referred for specialized services. 123 patients (35.1%) attended the IG. Most of these patients were alcohol dependent (73.1%). Among patients who did not attend the group (NIG), the rate of psychiatric comorbidity was higher, as well as the history of psychiatric hospitalizations, and higher rates of crack addiction. In the following 30 and 90 days, the reduction of PAS use was higher among patients who attended the IG at 30 and 90 days as well as the search

for treatment in 30 days and 90 days. Crack addiction was associated with the increased risk of not reducing the use of psychoactive substances in 90 days. **Conclusion:** The intervention group presented itself as an effective therapeutic tool to reduce the use of psychoactive substances abuse and promote treatment-seeking after 30 and 90 days, especially for patients with alcohol dependence and without psychiatric comorbidity.

LISTA DE ABREVIATURAS

SPA: substância psicoativa

UE: Unidade de Emergência

UER: Unidade de Emergência Referenciada

ASPA: Ambulatório de Substâncias Psicoativas

HC-UNICAMP: Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas

GI: pacientes que compareceram ao grupo de intervenção

GNI: pacientes que não compareceram ao grupo de intervenção

CPG: Comissão de Pós-Graduação

FCM: Faculdade de Ciências Médicas

PAS: *psychoactive substances*

EU: *Emergency Unit*

IG: *intervention group*

NIG: *patients who did not attend the intervention group*

SNC: sistema nervoso central

OMS: Organização Mundial de Saúde

UNODC: *United Nations Office on Drugs and Crime*

CEBRID: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas

SENAD: Secretaria Nacional Anti Drogas

OPAS: Organização Pan-Americana de Saúde

EUA: Estados Unidos da América

FIESP: Federação das Indústrias do Estado de São Paulo

INCA: Instituto Nacional de Câncer

EP: Emergência Psiquiátrica

MAST: *Michigan Alcoholism Screening Test*

CAGE: *Cut Down/Annoyed/ Guilty/ Eyeopener*

AUDIT: *Alcohol Use Disorders Identification Test*

MINI: *Mini International Neuropsychiatric Interview*

SAMU: Serviço de Atendimento Médico de Urgência

GP: *general practioners*

REU: *Referenced Emergency Unit*

CAPS- AD: Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CAPS: Centro de Atenção Psicossocial

TS: tentativa de suicídio

SUMÁRIO

Resumo.....	ix
Abstract.....	xi
Lista de abreviaturas.....	xiii
1-Introdução.....	16
1.1-Apresentação da tese.....	17
1.2-Substâncias Psicoativas.....	18
1.3-Dados Epidemiológicos.....	19
1.4-Aspectos clínicos.....	22
1.5- Emergências Psiquiátricas.....	26
1.6-Atendimento de usuários de SPA na emergência.....	29
2-Objetivos.....	36
3-Método.....	39
4- Resultados.....	44
4.1- Artigo 1.....	45
4.2- Artigo 2.....	64
4.3- Artigo 3.....	87
4.4- Resultados complementares.....	114
5-Discussão	117
6-Conclusões	123
7-Referências Bibliográficas.....	125
8-Anexos.....	141

1-INTRODUÇÃO

1.1- Apresentação da tese

Esta tese se originou da convivência com o trabalho desenvolvido pelo Ambulatório de Substâncias Psicoativas (ASPA) do Hospital das Clínicas da Universidade de Campinas (UNICAMP). A demanda crescente em nosso ambulatório de pacientes provenientes de serviços de emergência denunciava um hiato no atendimento que, de forma espontânea e quase natural, começamos a pensar em suprir. O levantamento da literatura foi realizado a partir do *feedback* dos pacientes, agradecidos pelo rápido acolhimento em momentos de vulnerabilidade, indicando ser esse um terreno fértil para uma estratégia de abordagem, embora ainda pouco explorado em nosso ambiente.

Desta inquietação surgiu o presente estudo, dividido em 3 fases: descrição do perfil sociodemográfico e clínico de todos os pacientes atendidos pela Psiquiatria da Unidade de Emergência Referenciada (UER) do HC-UNICAMP; caracterização mais detalhada dos pacientes atendidos com transtornos por uso de substâncias, comparando-os com os demais pacientes atendidos pela Psiquiatria da UER e avaliação de resultados de intervenção com usuários de SPA a partir do atendimento na emergência, com seguimento de 30 e 90 dias. A primeira fase do estudo contou com a colaboração da aluna de Iniciação Científica Carolina Silva Said Schettini. O projeto contou também com o apoio financeiro (bolsa) do CNPq.

A tese está estruturada de acordo com a INFORMAÇÃO CCPG -002/06 da Comissão Central de Pós-Graduação da Unicamp, que faculta ao orientador, com a aprovação da Comissão de Pós-Graduação (CPG) da Unidade, incluir em capítulos ou apêndices da tese, cópias de artigos de autoria ou co-autoria do candidato, já publicados ou submetidos para publicação em revistas científicas.

No primeiro capítulo, segue a esta apresentação, uma revisão de literatura traçando um panorama das informações básicas sobre o uso de substâncias psicoativas, descrevendo brevemente a epidemiologia no Brasil e no mundo, os diagnósticos relevantes na abordagem dos usuários de substâncias e a descrição dos efeitos das principais substâncias observadas na prática clínica diária. A seguir, introduzimo-nos no

contexto da emergência psiquiátrica, sua definição, sua relevância na rede de atendimento da saúde mental e a abordagem de usuários de substâncias psicoativas na emergência.

O segundo capítulo apresenta o objetivo geral que norteou a pesquisa que constitui o tema desta tese e os objetivos específicos de cada um dos artigos apresentados.

Em comunicado de 15/09/2009 da CPG-FCM, definiu-se que os capítulos “Métodos” e “Resultados” poderiam ser substituídos pelos artigos derivados da pesquisa. Entretanto, optamos por manter como terceiro capítulo uma descrição mais abrangente dos métodos empregados neste trabalho, a qual não é possível no espaço restrito dos artigos científicos.

No quarto capítulo, “Resultados”, apresentamos os 3 artigos produzidos a partir dos resultados da pesquisa. O artigo 1, redigido em inglês e já submetido à revista *São Paulo Medical Journal*, trata da fase 1 do estudo, com a descrição do perfil sociodemográfico e clínico de toda a população atendida pela Psiquiatria da UER do HC-UNICAMP. O artigo 2, em fase de tradução para o inglês, a ser submetido para a *Revista Brasileira de Psiquiatria*, descreve a população de pacientes com transtornos por uso de substâncias psicoativas atendidos pela Psiquiatria da UER, fazendo uma comparação com os demais pacientes atendidos pela Psiquiatria. O artigo 3, também em fase de tradução para o inglês, a ser submetido para a *Revista Journal of Substance Abuse Treatment*, refere-se à fase 3 do estudo, descrevendo intervenção realizada a partir do atendimento da UER para os pacientes com transtornos por uso de substâncias psicoativas e os resultados do seguimento de 30 e 90 dias. Encerramos o capítulo com resultados complementares, não descritos nos referidos artigos.

No quinto capítulo buscamos integrar a discussão dos resultados apresentados no corpo da tese e em cada artigo, e por fim, no sexto capítulo apresentamos as conclusões gerais do trabalho.

1.2- Substâncias psicoativas

Define-se substância psicoativa (SPA) qualquer produto que, quando ingerido, sob diferentes vias de administração, atua no sistema nervoso central (SNC) produzindo

alterações de comportamento, humor e cognição, possuindo grande propriedade reforçadora sendo, portanto, passível de autoadministração.¹

Ao longo da história da humanidade, o uso de SPA foi percebido como benéfico ou nocivo em função da sua época, da cultura e, sobretudo, em função do padrão e dos motivos subjacentes ao seu consumo. O consumo de SPA engloba os costumes culturais, relações, rituais e símbolos que reforçam o seu consumo, na medida em que oferecem ao indivíduo um padrão de identificação com valores que podem ser complementares ou mesmo substitutivos dos valores sociais vigentes. Fonte de prazer, de inspiração, de misticismo e eventualmente de tratamento, as drogas foram acompanhando o homem ao longo dos tempos.^{2,3}

Apenas a partir da segunda metade do século XX, o conceito de dependência deixou de ser considerado um desvio de caráter ou um conjunto de sinais e sintomas físicos para ganhar características de transtorno mental.⁴

Na sociedade atual, o consumo e a dependência de SPA estão associados não só a diversos problemas de ordem biológica, como também a problemas sociais, dentre os quais se encontram a violência e questões ligadas ao uso e ao tráfico de drogas ilícitas.^{3,5} O uso de SPA deve ser considerado diante do contexto histórico, cultural, econômico e social vigente, tornando-se fenômeno complexo e de importância crescente na atualidade.

1.3- Dados epidemiológicos

Segundo dados do relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre uso de álcool, em 2005 o uso de bebidas alcoólicas no mundo foi equivalente a 6,13 litros por pessoa (entre os maiores de 15 anos). Cerca de 11,5% dos usuários de álcool tem um episódio de uso pesado de álcool (60 gramas ou mais) por semana, sendo 4 vezes mais nos homens que nas mulheres.⁶

Em relação ao uso de SPA ilícitas, o relatório do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (United Nations Office on Drugs and Crime – UNODC) de 2010⁷ mostra que entre 135 e 250 milhões de pessoas (3,5% a 5,7% da população mundial) consumiram alguma substância ilícita em 2008. O consumo de drogas tem se estabilizado nos países desenvolvidos, no entanto há sinais de aumento do consumo em países em

desenvolvimento, além de aumento do consumo de substâncias do tipo anfetamina e no abuso de medicamentos sob prescrição médica no mundo todo. Atualmente, a prevalência anual no uso de cocaína no mundo é de 0,4%, sendo que na América do Norte é de 2,0%, na América do Sul é de 1,0% e na Europa 0,9%. No Brasil, o índice é de 0,7%. O uso de SPA ilícitas contribui em 0,4% para a mortalidade mundial.⁵

Relatório da OMS sobre a saúde mundial indicou que 8,9% da carga global das doenças resultam do consumo de SPA. Em 2000, entre os 10 principais fatores de risco, em termos de carga das doenças evitáveis, o tabaco figurou como o quarto, com 4,1% e o álcool como quinto, com 4,0%, enquanto as substâncias ilícitas contribuíram com 0,8%.⁵

O abuso e a dependência de álcool causam 2,5 milhões de mortes por ano no mundo, cerca de 4% de todas as mortes. O tabaco é a maior causa mundial de morte evitável, sendo responsável pelo óbito de 6 milhões de pessoas ao ano, 8% da mortalidade mundial, incluindo cerca de 600.000 fumantes passivos. Apesar do aprimoramento das políticas públicas, com maior controle sobre o consumo nos países desenvolvidos, nos países em desenvolvimento o uso de SPA continua aumentando.^{6,8}

No Brasil, dados de 2011 do Vigitel – Sistema de Monitoramento de Fatores de Risco e Proteção para doenças crônicas não transmissíveis por meio de inquérito telefônico – mostrou que 17% dos maiores de 18 anos entrevistados relatou consumo abusivo de álcool (5 ou mais doses entre homens, 4 ou mais doses entre mulheres).⁹ Dados do II Levantamento Domiciliar Sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas, realizado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas (CEBRID) da UNIFESP com apoio da Secretaria Nacional Anti Drogas (SENAD), apontaram que 22,8% da população pesquisada já fez uso de drogas excetuando tabaco e álcool. O uso na vida de álcool foi 74,6% e de tabaco 44%. A estimativa de dependentes de álcool foi de 12,3% e de tabaco foi de 10,1%. A droga com maior uso na vida (exceto tabaco e álcool) foi maconha, com 8,8%. A prevalência do uso de cocaína, crack e merla foi, respectivamente, 2,9%, 0,7% e 0,2%.¹⁰ O Brasil representa atualmente o maior mercado da América do Sul em termos de usuários absolutos de cocaína: mais de 900.000 usuários.⁷ Nos últimos 20 anos, o uso de crack vem se alastrando pelo país, em idades cada vez mais precoces, em todas as classes

sociais, com facilidade de acesso e, quase sempre, antecedido pelo consumo de álcool e/ou tabaco.¹¹

A tendência mundial aponta para o uso cada vez mais precoce de SPA, incluindo o álcool.¹² O uso de SPA entre adolescentes é associado a acidentes automobilísticos, problemas escolares, disfunção familiar e comportamento criminoso. Além disso, o uso precoce de álcool e drogas aumenta a probabilidade de desenvolvimento de dependência ao longo da vida.¹³ No Brasil, estudo realizado pelo CEBRID sobre o uso indevido de drogas por estudantes dos 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras revelou que 74,1% dos adolescentes já haviam feito uso de álcool na vida. Quanto ao uso frequente, a taxa foi de 14,7%. Constatou-se que 19,5% dos estudantes faltaram à escola após beber, e que 11,5% brigaram sob o efeito do álcool.¹⁴ O levantamento seguinte, realizado pelo CEBRID em 2004, em 27 capitais brasileiras, mostrou que a idade média de início de uso de álcool foi 12,5 anos, de tabaco foi 12,8 anos, maconha 13,9 anos e cocaína 14,4 anos. Em comparação com alguns países da América do Sul, o Brasil apresentou o maior índice de estudantes que já usaram drogas pelo menos uma vez na vida: 22,6%, contra 19,8% no Chile, 13,5% no Uruguai, e 6% na Venezuela.¹⁵ Em Campinas, estudo realizado em 1998 por Soldera e colaboradores,¹⁶ com 2.287 estudantes de 1º e 2º graus e uso pesado de SPA (considerado como uso em 20 dias ou mais nos 30 dias que antecederam a pesquisa), a substância mais usada foi álcool (11,9%), seguida por tabaco (11,7%), maconha (4,4%), solventes (1,8%), cocaína (1,4%), medicamentos psicotrópicos (1,1%) e ecstasy (0,7%). Estudo mais recente realizado com 761 adolescentes de todo o país mostrou que mais da metade dos adolescentes fazia uso regular de álcool, e um em cada dez eram abusadores e/ou dependentes.¹⁷

No Brasil, estudo realizado em 1993 pela Federação das Indústrias do Estado de São Paulo (FIESP), mostrou que a dependência de álcool, se comparado a outros problemas de saúde, é responsável por gerar três vezes mais licenças médicas, aumentar em cinco vezes as chances de acidentes de trabalho, em oito vezes a utilização de diárias hospitalares, e levar as famílias a recorrerem três vezes mais às assistências médica e social.¹⁸

Estudo nacional que avaliou as internações por dependência de 1988 a 1999,¹⁹ mostrou que o álcool foi responsável por cerca de 90% das internações. Foi observado aumento das internações por outras drogas, sobretudo após 1990. Em segunda análise, realizada entre 1988 e 2008, o álcool permaneceu como SPA predominante (87% do total). A maconha, que até o início dos anos 90 era a segunda substância mais frequente, teve sua participação reduzida (de 978 casos em 1988 para 198 em 2008). Já a cocaína apresentou ascensão ao longo de todo o período pesquisado (0,77% em 1988 a 10,03% em 2008). Esse resultado provavelmente está associado ao crescente consumo de cocaína na forma de crack no país.¹²

1.4- Aspectos clínicos

Sabe-se hoje que a intensidade e as complicações relacionadas ao consumo de SPA variam ao longo de um *continuum* de gravidade, influenciado pela frequência e intensidade dos sintomas, e associado a fatores biológicos, psicológicos e sociais.²⁰

Define-se *uso* como qualquer consumo de substâncias, seja esporádico ou episódico. *Uso nocivo* ou *abuso* é caracterizado por um consumo de SPA já associado a algum tipo de prejuízo (biológico, psicológico ou social). Por fim, quando o consumo é frequente, compulsivo, destinado à evitação de sintomas de abstinência e acompanhado por problemas físicos, psicológicos e sociais, denomina-se *dependência*.^{1,21}

O uso de *baixo risco* de álcool é definido como o consumo de menos de 21 unidades por semana de álcool para os homens (ou menos de 3 unidades por dia) e 14 unidades por semana de álcool para as mulheres (ou menos de 2 unidades por dia), sendo a unidade de álcool equivalente a 10 a 12g de álcool puro.^{22,23}

Em relação ao tabaco, é bem estabelecido que não existe uso de baixo risco, sendo que estudos mostram que as taxas de câncer de pulmão em fumantes de 1 a 9 cigarros por dia é em média 6 vezes maior do que em não-fumantes.²⁴ Também em relação a todas as SPA ilícitas, não se considera nenhum uso como sem risco.²⁵

Os critérios diagnósticos preconizados pela Organização Mundial de Saúde através da Classificação Internacional de Doenças (CID-10)²⁶ e os critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Psiquiátrica Americana, DSM-IV,²⁷ são semelhantes para dependência de SPA. O mesmo não acontece, entretanto, com o diagnóstico de *abuso e uso nocivo*. O ponto comum entre as duas classificações é a impossibilidade do diagnóstico de abuso ou uso nocivo em um indivíduo que atualmente preenche critérios para dependência. Por outro lado, o DSM-IV exclui o diagnóstico de abuso ou uso nocivo em indivíduo que alguma vez foi dependente, enquanto a CID-10 não impede o diagnóstico posterior de abuso em indivíduo com diagnóstico de dependência prévia. Enquanto no *uso nocivo* há necessidade de clara evidência de que o uso da substância foi responsável por dano físico ou psicológico, o conceito de *abuso* refere-se a um padrão mal-adaptado de uso da substância, sem necessidade de se especificar a natureza dos problemas associados.^{28,29} Tais divergências devem ser revistas nos critérios diagnósticos das próximas classificações.^{30,31}

Seguem abaixo os critérios diagnósticos preconizados pela Organização Mundial de Saúde através da Classificação Internacional de Doenças (CID-10),²⁶ para diagnóstico de *uso nocivo e dependência*.

Quadro1- Critérios da CID-10 para Uso Nocivo de Substâncias
<ul style="list-style-type: none"> • O diagnóstico requer que um dano real tenha sido causado à saúde física e mental do usuário; • Padrões nocivos de uso são frequentemente criticados por outras pessoas e estão associados a consequências sociais adversas de vários tipos; • Uso nocivo não deve ser diagnosticado se a síndrome de dependência, um distúrbio psicótico ou outra forma específica de distúrbio relacionado com o álcool ou drogas estiver presente.

Quadro 2- Critérios da CID-10 para Dependência de Substâncias
<p>O diagnóstico de dependência deve ser feito se três ou mais dos seguintes critérios são experienciados ou manifestados durante o ano anterior:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Um desejo forte ou senso de compulsão para consumir a substância;

2. Dificuldades em controlar o comportamento de consumir a substância em termos de início, término ou níveis de consumo;
3. Estado de abstinência fisiológica, quando o uso da substância cessou ou foi reduzido, como evidenciado por: síndrome de abstinência característica para a substância, ou o uso da mesma substância (ou de uma intimamente relacionada) com a intenção de aliviar ou evitar os sintomas de abstinência;
4. Evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes da substância psicoativa são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas;
5. Abandono progressivo de prazeres ou interesses alternativos em favor do uso da substância psicoativa: aumento da quantidade de tempo necessário para obter ou tomar a substância ou recuperar-se de seus efeitos;
6. Persistência no uso da substância, a despeito de evidência clara de consequências manifestamente nocivas, tais como dano ao fígado por consumo excessivo de bebidas alcoólicas, estados de humor depressivos consequentes a período de consumo excessivo da substância, ou comprometimento do funcionamento cognitivo relacionado com a droga: deve-se procurar determinar se o usuário estava realmente consciente da natureza e extensão do dano.

O álcool é uma substância psicoativa depressora do SNC.²³ A clínica da intoxicação alcoólica depende do nível de alcoolemia e da tolerância desenvolvida pelo usuário.³² Alcoolemia entre 20 e 100 mg% pode causar incoordenação motora e humor elevado. Entre 100 e 200 mg%, o efeito esperado é de ataxia, fala arrastada, prejuízo da memória, náuseas e vômitos. De 300 a 400mg%, o indivíduo desenvolve hipotermia, disartria, amnésia e anestesia. Acima de 400mg% se instala o coma alcoólico, podendo ser fatal em níveis superiores a 600mg%.³³

A síndrome de abstinência alcoólica inicia-se horas após a diminuição ou a cessação do consumo de álcool.³⁴ Após a metabolização e eliminação do álcool no organismo, o sistema nervoso sofre efeito rebote e o indivíduo experimenta quadro oposto ao produzido pelo consumo de álcool.²³ Os sintomas de abstinência podem evoluir de tremores, náuseas, sudorese e ansiedade, até complicações como alucinações, convulsões e a sua apresentação mais grave denominada *delirium tremens* - quadro de abstinência alcoólica

caracterizado pela tríade alucinações vívidas, tremores grosseiros e oscilação do nível de consciência.¹

O uso crônico de álcool está associado a doenças como hepatopatias, gastrites e úlceras gástricas, doenças cerebrovasculares, alterações cognitivas, neoplasias do trato digestivo, doenças do pâncreas, esôfago, pulmões, entre outras. Além disso, está frequentemente associado a situações de violência (sexual, doméstica, assalto, suicídio, homicídio), prejuízos sociais, trabalhistas, familiares e econômicos.^{35,36}

O uso de cocaína e crack, assim como os demais estimulantes do SNC, está relacionado à hipertensão, taquicardia, convulsões, precordialgia, hipertermia, além de delírios persecutórios, agitação e agressividade.³² Também podem ocasionar insuficiência coronariana, endocardite (no caso de uso injetável), acidentes vasculares cerebrais e insuficiência vascular periférica.³⁷ A abstinência é dividida em três fases: a primeira fase, denominada *crash*, é caracterizada pelo *craving* (fissura intensa), irritabilidade, depressão, anedonia, e surge nas primeiras horas após a cessação do uso, durando cerca de 5 dias, a segunda fase é conhecida como *abstinência*, com duração de 2 a 12 semanas, e é caracterizada por sintomas depressivos e ansiosos e ressurgimento do *craving* na presença de estímulos ambientais e a terceira fase é conhecida como *extinção*, quando ocorre redução gradual do *craving* e remissão dos sintomas psíquicos, podendo durar meses a anos.²³

A cannabis é considerada substância psicoativa perturbadora do SNC, e seu uso está relacionado a sintomas agudos de ansiedade e crises de pânico, além de sintomas psicóticos como alucinações e paranóia. A síndrome de abstinência inclui irritabilidade, insônia, ansiedade, diminuição do apetite, perda de peso, dores musculares e fissura.^{23,32}

As classificações CID-10 e DSM-IV também procuram categorizar os transtornos mentais induzidos por SPA. Enquanto a CID-10 descreve apenas o transtorno psicótico, a síndrome amnésica e o transtorno psicótico residual e de início tardio, o DSM-IV inclui também os transtornos de humor, transtorno de ansiedade, disfunções sexuais e transtornos do sono induzidos por SPA.²⁹

A utilização de substâncias e os prejuízos relacionados aumentam a chance de ocorrência de outros transtornos psiquiátricos, sendo que os transtornos mais associados são, em ordem decrescente, os transtornos de ansiedade, transtornos de humor, transtorno de personalidade antissocial e esquizofrenia.³⁸ A presença de comorbidades psiquiátricas é particularmente relevante entre os usuários de múltiplas SPA. Estudo conduzido nos Estados Unidos ³⁹ mostrou que usuários de múltiplas SPA foram os mais propensos a terem outro diagnóstico psiquiátrico (21,2%), seguido pelos usuários exclusivos de cocaína (14,3%) e álcool (14,1%).

Ao entender o consumo de álcool e outras SPA como um padrão de comportamento cuja gravidade varia, surge a necessidade de organizar serviços que atendam aos usuários em seus diferentes estágios e considerem também sua reabilitação psicossocial e qualidade de vida. Neste *continuum* de gravidade, quanto mais precoce o diagnóstico, melhor a chance de sucesso no tratamento.^{4,40}

Dentre os serviços disponíveis, tem sido cada vez mais reconhecida a importância dos serviços de emergência psiquiátrica como parte fundamental da rede de assistência à saúde mental. Para um número cada vez maior de pacientes, os serviços de emergência são a porta de entrada para o sistema de saúde.⁴¹

1.5- Emergências Psiquiátricas

A emergência psiquiátrica (EP) pode ser definida como qualquer situação de natureza psiquiátrica em que existe risco significativo para o paciente ou para outros, necessitando de intervenção terapêutica imediata.⁴² Pode-se complementar definindo EP como qualquer alteração de comportamento que não pode ser manejada de maneira rápida e adequada pelos serviços de saúde, sociais ou judiciários existentes na comunidade.⁴³

Segundo Caldieraro e colaboradores,⁴² existem três tipos de situações possíveis em um atendimento de EP:

- *Emergência*: distúrbio de pensamento, sentimento ou ações que envolvam risco de morte ou risco social grave, necessitando de intervenções imediatas e inadiáveis. Exemplos incluem violência, suicídio ou tentativa de suicídio, estupor depressivo,

excitação maníaca, automutilação, juízo crítico gravemente comprometido e autonegligência severa;

- *Urgência*: implica riscos menores que necessitam de intervenções em curto prazo. Alguns exemplos são comportamento bizarro, quadros agudos de ansiedade, síndromes conversivas, entre outros;

- *Eletivas*: a rapidez da intervenção não é um critério essencialmente importante. São exemplos ansiedade leve, distúrbios de relacionamento interpessoal, informações sobre medicações e fornecimento de receitas.

Segundo Bernik e colaboradores,⁴⁴ os pacientes que procuram a EP podem ser agrupados em três categorias:

- pacientes com episódio agudo de enfermidade psiquiátrica crônica ou recorrente;

- pacientes com base médica subjacente justificando sintomas psiquiátricos, como, por exemplo, intoxicação, *delirium*, interação entre drogas ou sintomas psiquiátricos induzidos por iatrogenia;

- pacientes essencialmente sem transtorno mental, mas quando sob evento grave, como acidente, crime, ataque hostil, início súbito ou descoberta de uma enfermidade física grave alteram sua capacidade psicológica de discernimento racional.

As funções da EP não se restringem ao controle dos problemas comportamentais que justificaram o atendimento emergencial e à tomada de decisão quanto à indicação ou não de internação. O atendimento na EP inclui uma avaliação diagnóstica acurada, detecção de transtornos clínicos subjacentes e início de tratamento adequado para o manejo da condição psicopatológica e clínica. O uso sistemático de critérios técnicos para a indicação da necessidade ou não de internação em hospital psiquiátrico pode contribuir de maneira significativa para a redução de internações psiquiátricas desnecessárias.^{45,46}

Bridges,⁴⁷ em 1967, na Inglaterra, já relatava a importância de se instalar serviços de emergência psiquiátrica para melhor atendimento dos pacientes com transtornos mentais, alegando a falta de preparo dos clínicos gerais no manejo destes pacientes, principalmente

pelo estigma envolvendo o doente mental. Segundo este autor, 10% de todos os atendimentos de urgência na época referiam-se a transtornos psiquiátricos, sendo que o especialista só era chamado em caso de dúvida diagnóstica.

Nos Estados Unidos, os serviços especializados para atendimento psiquiátrico na emergência surgiram durante a década de 60 como um dos cinco serviços considerados essenciais pelas políticas locais para atendimento da saúde mental.⁴⁶ Aproximadamente 1 em cada 20 pacientes dos 115 milhões de visitantes anuais das Unidades de Emergências (UE) dos Estados Unidos são atendidos por quadros psiquiátricos.^{48,49} Neste país, a proporção anual de visitas psiquiátricas aumentou de 4,9% em 1992 para 6,3% em 2001.⁵⁰

Na Inglaterra, estudo sobre perfil diagnóstico na EP,⁵¹ mostrou que 62% dos pacientes tinham doenças afetivas, 16% transtornos por uso de SPA, 11% apresentavam transtornos psicóticos e 4% transtornos ansiosos. Outro estudo conduzido no mesmo país, que avaliou a fonte de encaminhamento dos pacientes atendidos na EP,⁵² mostrou que a maioria dos pacientes (54%) foram originários de demanda espontânea, com predomínio de homens, abuso de SPA e distúrbios de comportamento. Dos pacientes encaminhados pelo clínico geral (26%), a maioria apresentava primeiro episódio de doença mental ou não-adesão ao tratamento medicamentoso. Dos pacientes encaminhados por equipes de saúde mental (21%), a maioria era constituída de recidiva de quadros psicóticos.

No Brasil, até meados de 1980, a maioria dos pacientes psiquiátricos era assistida em instituições com características asilares, de forma improvisada em serviços de saúde não psiquiátricos, ou ainda com abordagens não médicas, como serviços religiosos. As primeiras emergências psiquiátricas surgiram como iniciativas isoladas de centros universitários, e não havia a preocupação de se integrar esses serviços com o restante da rede.⁴⁶

Com as mudanças na política brasileira de atenção à saúde mental, os cuidados aos pacientes passaram a ser baseados em atendimentos extra-hospitalares e as emergências psiquiátricas a ocupar papel de destaque na rede de atendimento, à medida que se instalaram como porta de entrada da comunidade para o serviço médico, ou como suporte para o serviço ambulatorial.⁵³ Devido às políticas de desinstitucionalização do doente

mental, houve aumento da demanda de serviços de emergência psiquiátrica. Indivíduos com transtornos psiquiátricos graves, que atualmente vivem na comunidade, buscam com maior frequência o atendimento nos serviços de emergência psiquiátrica devido às descompensações periódicas da própria doença, suporte social ineficiente e eventuais falhas nos serviços de saúde mental.⁵⁴ Frente a essas mudanças, as unidades de emergência psiquiátrica precisaram se reestruturar, ampliando suas funções. Além de proporcionar suporte psicossocial, passaram também a triar casos de internação e a intervir em quadros agudos, estabilizando ou iniciando o tratamento efetivo em um paciente em crise.^{55,56}

Estudo realizado na Unidade de Emergência Psiquiátrica do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto-SP,⁴⁵ que analisou os atendimentos nos anos 1988 a 1997, apontou que 18% dos pacientes atendidos tinham o diagnóstico de Abuso/Dependência de álcool ou drogas, 15,8% de Psicoses Esquizofrênicas, 12,5% de Transtornos Neuróticos, 8,5% de outras psicoses não orgânicas, 6,3% de Psicoses por Álcool e outras drogas e 5,9% de Psicoses Afetivas. Notou-se que houve diminuição progressiva das proporções de transtornos não psicóticos e aumento de problemas relacionados a álcool e drogas, esquizofrenia e psicoses afetivas.

1.6- Atendimento de usuários de SPA na Emergência

Atualmente, um dos motivos mais importantes e frequentes de busca de atendimento emergencial é representado por pacientes cuja relação com SPA se desestabilizou.⁴⁴ Além disso, para a maioria dos pacientes usuários e dependentes de SPA, a unidade de emergência (UE) é o único provedor de cuidados médicos.⁵⁷ Estudos mostram prevalência de abuso ou dependência de SPA em aproximadamente 20% do total de pacientes que procuram as UE,⁵⁷⁻⁶⁰ e 30% entre aqueles que são atendidos na emergência psiquiátrica.⁴⁹ A tendência é de aumento crescente nas admissões emergenciais por transtornos relacionados a uso de SPA, sendo mais significativo em relação a SPA ilícitas: de 1995 até 2005 houve aumento de 0,65% para 3,7%.⁶¹ Estudo prospectivo conduzido em UE terciária no Canadá mostrou que 59% dos pacientes que foram atendidos pela psiquiatria tinham diagnóstico de dependência química primária ou

secundária.⁶² Whiteman e colaboradores⁶³ acompanharam 2432 adultos que passaram pela UE e encontraram evidências de problemas com álcool em 24%. Em outros estudos norte-americanos envolvendo entrevista direta, pesquisadores encontraram evidências de problemas com álcool em 54% dos estudantes universitários que passaram pela UE,⁵⁸ 43% dos adultos jovens⁶⁰ e em 21% de todos os adultos.⁵⁹

O abuso de SPA está relacionado a mais de 50% dos traumas atendidos nas emergências.⁶⁴⁻⁶⁷ Cerca de 53% dos pacientes vítimas de traumas tem níveis positivos de alcoolemia⁶⁸ e 24 a 31% preenchem pelo menos 2 critérios positivos para o questionário CAGE.⁶³

Cherpitel⁶⁹ conduziu uma revisão sobre álcool e trauma, concluindo que embora pacientes traumatizados sejam mais propensos a terem o exame de bafômetro ou o instrumento autoaplicado positivo para o abuso de álcool, pacientes não-traumatizados também procuram a UE por condições associadas tanto ao uso agudo (p.ex., coma, intoxicações, abstinência), quanto ao uso crônico de álcool (p.ex., cirrose). Esta revisão apontou altas taxas de recorrência de traumas relacionados a uso de álcool naqueles pacientes que chegaram intoxicados à UE, assim como naqueles pacientes que tiveram o instrumento autoaplicado positivo para transtornos relacionados a uso de álcool.

Nos atendimentos de emergência, o álcool está relacionado a quase 70% dos homicídios, 40% dos suicídios, 50% dos acidentes automobilísticos, 60% das queimaduras fatais, 60% dos afogamentos e 40% das quedas fatais.^{70,71}

Estudo realizado no Canadá mostrou que pacientes com problemas relacionados a substâncias passam mais tempo na UE do que pacientes sem esses problemas.⁵⁷ Nesse estudo, 67% dos pacientes assistidos com problemas com SPA tiveram alta, 25% foram admitidos no hospital e apenas 1% foram encaminhados para unidades especializadas em desintoxicação. Pacientes com problemas com SPA apesar de mais jovens, permanecem mais tempo nas UE, são mais propensos a serem internados e a procurarem novamente a emergência no próximo ano, o que mostra o papel importante desses serviços na detecção e intervenção no abuso e dependência de SPA.

Pesquisa sobre atendimentos recorrentes na emergência (10 ou mais consultas em 1 ano) mostrou que entre os dependentes de álcool e drogas ilícitas, a taxa de readmissão foi 38,5%, enquanto que no restante da população foi 22%.⁷²

No Brasil, estudos com emergência e uso de SPA são limitados e a maioria é focada no consumo de álcool, no entanto, confirmam a associação entre acidentes e agressões com alcoolemia positiva.⁷³⁻⁷⁵ Reis e colaboradores⁷⁶ pesquisaram o uso de SPA entre vítimas de traumas não-fatais em uma UE na cidade de São Paulo, mostrando que 11% dos pacientes admitidos apresentavam alcoolemia positiva, 13,6% apresentavam screening positivo para *cannabis* e 3,3% positivo para cocaína. Este estudo mostrou um consumo de *cannabis* muito próximo do álcool entre as vítimas de trauma não-fatal.

Comparando-se com pacientes da rede básica, pacientes atendidos em UE são 1,5 a 3 vezes mais propensos a relatar uso pesado de álcool, dependência e consequências adversas do álcool.⁷⁷ Os dados sugerem que, embora a rede de atenção primária seja importante para detecção precoce de problemas relacionados ao álcool, a alta prevalência de usuários de álcool atendidos nas UE faz desses locais ambientes com alto potencial de detecção e intervenção.

Entre as principais situações de emergência psiquiátrica relacionadas a SPA estão a intoxicação aguda, a síndrome de abstinência, agitação psicomotora, os sintomas induzidos (psicóticos, do humor e de ansiedade) e comportamento suicida.^{32,37}

O atendimento psiquiátrico de usuários de SPA na emergência deve contemplar os seguintes aspectos⁵³:

- realizar triagem;
- fazer o diagnóstico psiquiátrico;
- avaliar a condição clínica, a situação de risco decorrente do quadro psicopatológico e o prejuízo causado pelo uso crônico da substância;
- iniciar o tratamento quando apropriado, devendo ser considerado se o paciente permanecerá ou não dentro da unidade;

- realizar encaminhamento.

Vários estudos demonstram que a aplicação de questionários para triagem de usuários com problemas com álcool são viáveis nos serviços de emergência.^{60,67,78-81} Nos últimos 25 anos, vários instrumentos para detecção de problemas com álcool foram elaborados, como o MAST (*Michigan Alcoholism Screening Test*), desenvolvido por Selzer em 1971,⁸² o CAGE (*Cut Down/Annoyed/ Guilty/ Eyeopener*), elaborado por Ewing, em 1984,⁸³ e o AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*), desenvolvido por Saunders e colaboradores, em 1993.⁸⁴

Ao procurar um serviço de emergência, esses pacientes provavelmente encontram-se mais permeáveis à intervenção. Desse modo, escutar a queixa, ter empatia com a dificuldade do paciente, e tentar oferecer alternativas tornam-se imprescindíveis na aderência ao tratamento.⁵³ Em estudo conduzido por Hungerford e colaboradores,⁶⁰ grande número de pacientes entrevistados na UE relatou que não teriam sido expostos àquelas informações se não tivessem participado da pesquisa.

Chafetz e colaboradores⁸⁵ foram os primeiros pesquisadores a demonstrar a eficácia de intervenção breve na UE, através da elaboração de um programa que abordava de forma empática os pacientes alcoolistas na emergência: 65% dos pacientes que foram submetidos ao programa procuraram tratamento especializado, comparado com 5% do grupo controle.

D'Onofrio e Degutis⁷⁹ mostraram, em sua revisão sistemática de 32 estudos, que a intervenção breve na UE propiciou redução da morbidade e mortalidade em 12 estudos (38%), assim como redução nos níveis de gamaglutamiltransferase, redução da pressão arterial, da síndrome fetal alcoólica e traumas. Foi observado diminuição no uso de álcool em 29 estudos (90%) e redução de visitas a UE e hospitalizações em 4 estudos (13%).

Entre adolescentes, Monti e colaboradores⁸⁶ mostraram redução na frequência e abuso de álcool entre os adolescentes submetidos à intervenção breve na UE.

Longabaugh e colaboradores⁸⁷ compararam intervenção breve com intervenção breve seguida por visita agendada com supervisor 7-10 dias mais tarde, e os resultados

mostraram redução do uso de álcool e de consequências negativas relacionadas em ambos os grupos. Porém, o grupo com supervisão obteve maior redução nos acidentes relacionados ao álcool durante o período de seguimento.

Por outro lado, estudo conduzido na Suíça⁸⁸ com bebedores pesados vítimas de traumas, mostrou que ambos os grupos, os que foram submetidos à intervenção breve e o grupo controle, mostraram redução no consumo de álcool no período de seguimento, sendo que a intervenção breve não influenciou nos resultados. Os pesquisadores levantaram a hipótese de que a visita à UE, associada à presença de traumas, foram por si só suficientes para promover mudança de comportamento.

Algumas barreiras foram apontadas pelos profissionais para a realização de triagem e aconselhamento aos pacientes nas UE:

- Falta de tempo: é o maior obstáculo para triagem e intervenção em salas de emergência. Associado com o grande volume de pacientes atendidos nestes locais, a prática de intervenções tendem a ser adaptadas à escassez de tempo;^{59,67,89-92}

- Demora no atendimento: muitas vezes, a UE se torna local de internação provisória, devido à demora no atendimento, sem as compensações que o paciente teria se estivesse efetivamente internado (conforto, alimentação, anamnese detalhada).⁹⁰ Além disso, estudos mostram que usuários de SPA tendem a ficar mais tempo na emergência do que os demais pacientes atendidos pela psiquiatria,^{57,93} causando insatisfação e baixa adesão;

- Formação acadêmica insuficiente dos profissionais de saúde que trabalham nas UE, quanto à abordagem de usuários de SPA.^{46,89,94} Este problema fez com que alguns estudos optassem por equipe especificamente treinada para realizar a intervenção breve nos pacientes da emergência, uma saída eficaz, porém pouco viável;^{59,95}

- Medo de incomodar os pacientes com um assunto sobre SPA;^{59,89}

- Ausência de relação terapêutica e relação precária com a equipe para a qual o paciente será encaminhado.^{46,90}

A dificuldade do médico e da equipe de plantão provém muitas vezes da necessidade de tomar decisões rápidas e assertivas diante de quadros clínicos de intoxicação, os quais,

não raro, se apresentam mascarados ou exacerbados por intercorrências clínicas, traumas intencionais (p.ex. tentativa de suicídio) ou ainda pelo uso de outras SPA além do álcool que não são relatadas ou identificadas no momento da avaliação inicial.^{96,97}

Apesar dessas limitações, a grande demanda de pacientes com transtornos relacionados a SPA nas UE faz desses locais peças-chave na detecção de novos casos, nos encaminhamentos e nas orientações visando melhor adesão ao tratamento.^{37,46}

Sabe-se que a taxa de dependentes químicos que aderem ao tratamento é menor que 50%.⁹⁸ Estudos demonstraram barreiras associadas com a baixa taxa de admissão e adesão dos pacientes dependentes químicos no tratamento.⁹⁹ Essas barreiras para o tratamento podem ser internas ou externas.¹⁰⁰ Barreiras internas incluem a dificuldade em reconhecer o problema, medo da reação das outras pessoas, do estigma e da ignorância sobre o tratamento.¹⁰¹

Rapp e colaboradores¹⁰² demonstraram a presença de quatro barreiras internas – negação do problema, suporte social deficitário, medo do tratamento e interesses pessoais – assim como três barreiras externas - tempo, disponibilidade precária de tratamento e dificuldade na admissão. Xu e colaboradores⁹⁹ associaram uma quinta barreira interna, que seria usar a substância como um “estilo de vida”. Esses autores relataram que características do sistema de saúde podem interferir negativamente na admissão para o tratamento, como políticas públicas mal estruturadas, critérios de admissão complexos, ausência de serviços para grupos específicos como mulheres, falta de cooperação entre os serviços e listas de espera.

A demora na admissão ao tratamento está associada com o aumento do abandono. Usuários que demoram em iniciar o tratamento estão mais propensos a complicações de saúde como overdoses e exposição a doenças sexualmente transmissíveis.⁹⁸

Estudo com abusadores de álcool identificou 3 principais barreiras para adesão ao tratamento: (1) problemas pessoais; (2) crença de que o tratamento é desnecessário e (3) impedimentos práticos e econômicos para a participação. Por outro lado, os incentivos para o tratamento incluíram prejuízos sociais relacionados ao álcool, pressão social,

inabilidade na resolução dos próprios problemas, pressão no trabalho e incentivos religiosos/legais para procurar ajuda.¹⁰³

Estudo brasileiro qualitativo sobre a relação clínico-paciente em dependência química,¹⁰⁴ mostrou que alguns entrevistados revelaram temores por características de suposta crueldade aos clínicos e instituições, e também, medo do tratamento, explicitado na percepção de que os profissionais são “distantes” e “incompetentes”.

Além da complexidade no tratamento da dependência química, que envolve múltiplos fatores, existe entre a população geral - e entre os profissionais de saúde - uma estigmatização do usuário e conseqüentemente dificuldade de acesso ao tratamento e políticas públicas inadequadas.¹⁰⁵ Soma-se a isso a dificuldade na adesão do dependente químico ao tratamento, devido a características inerentes desse tipo de paciente.

O aumento na prevalência do uso, particularmente do uso de risco de SPA na população geral torna necessário o estudo de medidas terapêuticas que visem minimizar as conseqüências individuais e coletivas, além de suas repercussões para a saúde pública. A crescente demanda de pacientes com problemas relacionados ao uso de SPA na emergência torna necessário o conhecimento das características sociodemográficas e clínicas dessa população, assim como a conduta e os encaminhamentos realizados, tornando o atendimento na emergência uma oportunidade de iniciar estratégias de intervenção específicas.

O serviço de emergência, com sua característica cada vez mais marcante de porta de entrada para o tratamento em saúde mental, torna-se peça chave na rede de tratamento e cenário rico para detecção de pacientes com transtornos por SPA e encaminhamento para tratamento. O seguimento destes pacientes amplia as abordagens de tratamento existentes, aliado a maior rapidez na detecção e avaliação desses casos.

2- OBJETIVOS

2.1- Objetivo geral

Descrever o perfil de pacientes com transtornos relacionados ao uso de SPA atendidos pela Psiquiatria em serviço de emergência e avaliar intervenção a partir do atendimento de emergência, comparando os pacientes que receberam com os que não receberam a intervenção, quanto aos desfechos redução do uso de SPA e busca de tratamento em 30 e 90 dias.

2.2- Objetivos específicos

1. Descrever o perfil sociodemográfico e clínico da população atendida pela Psiquiatria na Unidade de Emergência Referenciada (UER) do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (HC-UNICAMP).
2. Descrever o perfil sociodemográfico e clínico de pacientes com transtornos relacionados ao uso de SPA atendidos pela Psiquiatria da UER do HC-UNICAMP comparando-os com os demais pacientes atendidos pela Psiquiatria da UER, e descrever o histórico de tratamentos prévios dos pacientes com transtornos por uso de SPA.
3. Comparar o perfil sociodemográfico, clínico e o histórico de tratamentos prévios dos pacientes com transtornos relacionados ao uso de SPA atendidos pela Psiquiatria da UER do HC-UNICAMP que compareceram ao convite para o grupo de intervenção (GI) com os pacientes que não compareceram ao grupo (GNI).
4. Avaliar os resultados de um grupo de intervenção (GI), comparando com os pacientes que não receberam intervenção (GNI) quanto aos desfechos redução do uso de SPA e busca de tratamento em 30 e 90 dias, e analisar variáveis associadas aos desfechos.

MODELO ALTERNATIVO DE TESE

No Programa de Pós Graduação em Ciências Médicas da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, a apresentação formal da tese ou dissertação **pode ser substituída pelo modelo alternativo**, no qual os capítulos: MATERIAL E MÉTODOS E RESULTADOS são substituídos pelo artigo ou artigos correspondentes ao trabalho realizado. O aluno deverá ser o primeiro autor da publicação, que deverá ter no máximo 2 anos e estar vinculada à linha de pesquisa da tese.

O presente trabalho será apresentado no formato alternativo, incluindo três artigos resultantes da pesquisa e adicionará no item MÉTODO algumas informações complementares que julgamos pertinentes para a compreensão do estudo e que não constam dos artigos apresentados.

No item RESULTADOS, foram acrescidos resultados complementares que não fazem parte dos artigos apresentados.

3- MÉTODO

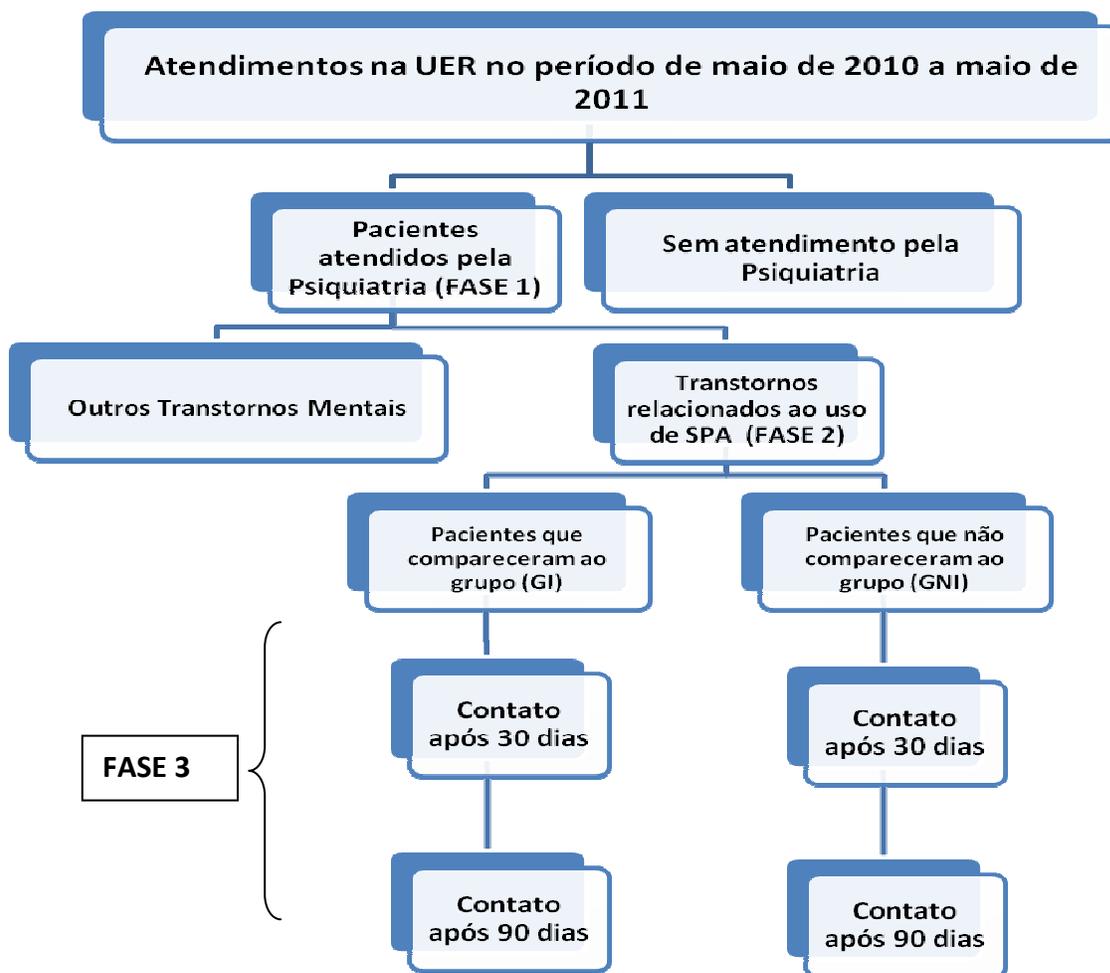
Este foi um estudo descritivo, prospectivo e quantitativo, dividido em 3 fases:

Fase 1: Descrição do perfil sociodemográfico e clínico de todos os pacientes que foram atendidos pela Psiquiatria da UER do HC-UNICAMP no período de maio de 2010 a maio de 2011, a partir das fichas de atendimento da UER;

Fase 2: Descrição do perfil sociodemográfico, clínico e do histórico de tratamentos dos pacientes com transtornos por uso de SPA atendidos pela Psiquiatria da UER (ANEXO I). Esses pacientes receberam, ao final do atendimento, um convite impresso (ANEXO II) para participarem do grupo de intervenção;

Fase 3: Seguimento longitudinal de 30 e 90 dias dos pacientes com transtornos por uso de SPA, comparando os pacientes que compareceram ao grupo de intervenção (GI) com os que não compareceram ao grupo (GNI) quanto a mudança no padrão de uso de SPA e busca por tratamento.

Figura 1: Fluxograma com as fases do estudo



De maio de 2010 a maio de 2011, todos os pacientes com transtornos por uso de SPA atendidos pela Psiquiatria da UER, mediante acordo prévio com a equipe de Psiquiatria da UER, receberam convite impresso (ANEXO II), que foi disponibilizado na sala de atendimento médico da UER, para que o plantonista (residente da Psiquiatria ou psiquiatra assistente) entregasse para o paciente ao término da consulta. Neste impresso, os pacientes com transtornos por uso de álcool e outras drogas atendidos na UER eram convidados a comparecerem ao Ambulatório de Substâncias Psicoativas do HC-UNICAMP

(ASPA) para participar do grupo de intervenção em até 7 dias do atendimento na UER. Todos esses pacientes foram também encaminhados para serviços de dependência química disponíveis da rede pública, conforme procedimento de rotina padrão da equipe de Psiquiatria da UER.

Com o objetivo de reforçar o convite entregue no momento do atendimento da UER, foi tentado um contato telefônico na véspera do atendimento no ASPA, lembrando-os do convite para o grupo de intervenção.

Descrição do Grupo de Intervenção (GI)

Os pacientes atendidos na UER chegavam à recepção do ambulatório (ASPA) portando o convite recebido ao final do atendimento na UER. Eram recepcionados pela auxiliar de enfermagem, que registrava o nome dos pacientes e passava para a pesquisadora. Das 7:30h às 10:00h, os pacientes iam sendo chamados para atendimento, individualmente ou em grupo, dependendo da demanda de cada semana. Todos os casos eram discutidos em supervisão com o psiquiatra docente do ASPA. Conforme as necessidades particulares de cada paciente, os casos eram também passados para a assistente social, que viabilizava, por exemplo, contato com o serviço para o qual o paciente iria ser encaminhado, transporte ou mesmo contato com familiar. Todos os pacientes saíam com consulta agendada no serviço disponível da rede e prescrição de medicamentos até a data da consulta.

Aos pacientes com transtornos relacionados ao uso de SPA atendidos na Psiquiatria da UER que compareceram ao Grupo de Intervenção, foi aplicada a Ficha de Avaliação de Egressos da UER (ANEXO I), que constava das seguintes variáveis: nome, sexo, idade, cor da pele, estado civil, escolaridade, se é estudante, profissão (mão-de-obra especializada ou não-especializada), ocupação, procedência, com quem mora, religião, se possui carro, casa, computador e telefone, motivo da consulta na UER, tempo de permanência na UER, presença de diagnóstico de uso, abuso ou dependência de SPA, padrão de uso de SPA, início de uso das SPA, presença de comorbidade psiquiátrica (e qual), histórico de internações médicas gerais, idas anteriores a UER ou a outros serviços de emergência, histórico de acidentes de trânsito e problemas legais, histórico de tratamentos prévios para

dependência química, internações psiquiátricas, uso de medicações psicotrópicas, histórico de tentativas de suicídio, uso ou abstinência de SPA no momento da tentativa de suicídio, rede de apoio social, patologias clínicas, se foi prescrito medicação clínica na UER, se foram prescritas medicações psicotrópicas na UER e quais, encaminhamentos realizados, se houve evasão e prescrição para casa.

Nos pacientes que compareceram ao grupo de intervenção, foi aplicada a seção de abuso e dependência de SPA do Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI),¹⁰⁶ ANEXO III.

Os pacientes que compareceram ao grupo de intervenção receberam o termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO IV). O termo foi lido pela pesquisadora, e os pacientes que concordaram em participar assinaram o termo.

Após 30 e 90 dias, foi tentado contato telefônico com todos os pacientes atendidos na UER com transtornos relacionados ao uso de SPA no período do estudo. Foram feitos vários contatos na semana do D30 e D90 com o objetivo de minimizar as perdas e de conseguir contato diretamente com o paciente. Foi aplicada a Ficha de Avaliação de Egressos da UER - RETORNO APÓS 30 E 90 DIAS DO ATENDIMENTO INICIAL (ANEXO V), que questionou quanto a busca de tratamento e mudança no padrão de consumo de SPA. Foi perguntado se o paciente estava inserido em algum tratamento, se havia sido internado naquele período, se havia retornado a algum serviço de emergência naquele período, se o paciente sentia-se melhor, pior ou igual e se houve alteração no consumo de SPA, ou seja, redução, aumento ou manutenção do uso.

O projeto de pesquisa foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa da FCM-UNICAMP (nº 269/2010), ANEXO VI.

4-RESULTADOS

Artigo 1

Encaminhado para a revista São Paulo Medical Journal em 13/09/12

(comprovante de submissão, Anexo VII)

ORIGINAL ARTICLE

Profile of patients seen by the Psychiatric Emergency of a University General Hospital

Caracterização de pacientes atendidos em Emergência Psiquiátrica de Hospital Geral Universitário

Vitoria Mantoan Padilha^I (Padilha VM), Carolina Silva Said Schettini^{II} (Schettini CSS), Amilton Santos Junior^{III} (Junior AS), Renata Cruz Soares Azevedo^{IV} (Azevedo RCS)

^IMD. Psychiatrist, Department of Medical Psychology and Psychiatry, Faculty of Medical Sciences, Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Campinas, São Paulo, Brazil.

^{II}Undergraduate Student, Department of Medical Psychology and Psychiatry, Faculty of Medical Sciences, Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Campinas, São Paulo, Brazil.

^{III}MD, MSc. Psychiatrist, Department of Medical Psychology and Psychiatry, Faculty of Medical Sciences, Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Campinas, São Paulo, Brazil.

^{IV}MD, PhD. Psychiatrist and Professor, Department of Medical Psychology and Psychiatry, Faculty of Medical Sciences, Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Campinas, São Paulo, Brazil.

Department of Medical Psychology and Psychiatry, Faculty of Medical Sciences, Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Campinas, São Paulo, Brazil

KEY WORDS:

Emergency medical services.

Emergency services, psychiatric.

Emergency service, hospital.

Psychiatric department, hospital.

Mental health.

ABSTRACT

CONTEXT AND OBJECTIVE: The prevalence of psychiatric disorder in clinical settings is high, particularly in emergency services, representing a challenge for health professionals and an essential element in the functioning of the mental health network. The objective was to describe the socio demographic profile and clinical practices for patients treated by Psychiatry in the Emergency Unit.

DESIGN AND SETTING: Descriptive and quantitative study, conducted in the Hospital das Clínicas (HC), Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), São Paulo, Brazil.

METHODS: Socio demographic data, reasons of attendance, diagnostic hypotheses and treatment were analyzed.

RESULTS: There were 1835 attendances by Psychiatry in the period, corresponding to 1465 patients. We found a predominance of women (53,7%), mean age 37 years, white (79,6%) and 41,3% lived with their parents. The most common reasons for attendance were depressive symptoms (28,1%), agitation (23,6%) and substance use-related problems (19,5%). The most common diagnoses were substance use disorders (23%) and depressive disorders (18,5%). 31,6% of patients were referred to community health centers, 29,2% to specialized clinic and 8,2% were hospitalized.

CONCLUSIONS: This study reinforces the importance of professionals working in emergency service have information about the profile, the main reasons that lead patients to seek psychiatric care, and the diagnose establishment that will allow a proper conduct in the service and its referral.

PALAVRAS-CHAVE:

Serviços de emergência psiquiátrica.

Serviços médicos de emergência.

Psiquiatria.

Unidade hospitalar de psiquiatria.

Saúde mental.

RESUMO

CONTEXTO E OBJETIVO: A prevalência de quadros psiquiátricos em contextos clínicos é elevada, particularmente em serviços de emergência, representando um desafio para os profissionais da saúde e um elemento essencial no funcionamento da rede de saúde mental. Objetivou-se descrever o perfil sócio demográfico, clínico e condutas para pacientes atendidos pela psiquiatria na Unidade de Emergência.

TIPO DE ESTUDO E LOCAL: Estudo descritivo e quantitativo, conduzido no Hospital das Clínicas (HC), Universidade Estadual de Campinas (Unicamp).

MÉTODOS: Foram analisados dados sócio demográficos, motivos de atendimento, hipóteses diagnósticas e condutas.

RESULTADOS: Houve 1.835 atendimentos pela Psiquiatria no período, correspondendo a 1.465 pacientes. Encontrou-se predomínio de mulheres (53,7%), idade média de 37 anos, brancos (79,6%); 41,3% moravam com os pais. Os motivos mais frequentes de atendimento foram sintomas depressivos (28,1%), agitação (23,6%) e problemas com substâncias psicoativas (SPA) (19,5%). Os diagnósticos mais frequentes foram transtornos relacionados a SPA (23%) e transtornos depressivos (18,5%). 31,6% dos pacientes foram encaminhados para centros de saúde, 29,2% para ambulatórios especializados e 8,2% foram internados.

CONCLUSÃO: O estudo reforça a importância de que profissionais que atuem em serviços de emergência tenham informações sobre o perfil, os principais motivos que levam os pacientes a procurar atendimento psiquiátrico, além do estabelecimento de uma hipótese diagnóstica que permita uma adequada conduta no serviço e o seu encaminhamento.

INTRODUCTION

Mental disorders have high rates of prevalence in the population and represent a significant demand for health services.¹ Among the medical conditions that require attention, the Psychiatric Emergency (PE) is highlighted, which can be defined as any situation of psychiatric nature in which there is a significant risk of death or serious injury to the patient or to others, requiring immediate therapeutic intervention.²

Bridges,³ in 1967, in England, had already reported the importance of installing Psychiatric Emergency Services (PES) for better care of patients with mental disorders, claiming the difficulty of General Practitioners (GPs) in the managing of these patients, especially due to the stigma surrounding the mental illness. In the United States, the PES emerged during the 60s as one of the services considered essential in the assistance of local communities mental health.⁴ From 1992 to 2001, in the United States, there was a substantial increase in the number of visits to emergency units due to psychiatric conditions (17.1 to 23.6 per 1000 inhabitants).⁵

In Brazil, particularly since the changes of mental health policies initiated in the mid-80s,⁶ the care of patients with mental disorders began to be based on outpatient services and PES have assumed a prominent role in the network of attendance.⁷

The PES have a relevant role in the indication of treatment for each case, playing the role of screening new cases, inserting patients in the available network of services, assessing and treating acute behavioral changes, as well as associated medical conditions, and providing help in hospitalizations, especially in non-operating period of other services.^{4,8}

Considering this scenario, in which the attendance of psychiatric emergencies represents both a challenge for health professionals and an essential tool for the well-functioning of integrated mental health services, it is essential to understand the characteristics of the assisted population, in order to optimize care and treatment's flow.

OBJECTIVE

To describe the socio-demographic and clinical profile of the population attending by the psychiatric staff from the Referenced Emergency Unit (REU).

METHODS

Type of Study

This is a descriptive and quantitative study which evaluated data from the charts of all patients seen by psychiatric during the period of 12 months, starting at May 2010.

Local

The REU of the Hospital das Clínicas (HC), Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) provides high complexity health services to the city of Campinas metropolitan area, covering a population of about 5.000.000 inhabitants. The main objective of the REU is the specialized care of medical urgencies and emergencies, being that the patients presenting the most serious cases have priority in medical care. The referral of most medical specialties from the covered area to the REU is done primarily through telephone contact by public rescue systems (mainly the Service for Attendance of Medical Urgencies - SAMU) or by the Regulatory Centers of Vacancies, from the Regional Centers of Health Administration (of Campinas and municipalities). Prior to the medical consultation, patients undergo nurses' screening, and those with potentially more serious conditions have priority in attendance. There are also patients who search the service by spontaneous demand, and again the criterion of gravity, evaluated by the nurses' screening, is respected for the order of attendance.

The amount of REU's service is 200 adult patients per day on average. Patients under 14 years-old are evaluated separately, by the Pediatric Emergency Service of the HC/Unicamp. The psychiatric care is done by doctors of the 1st, 2nd and 3rd years of the Medical Residency Program in Psychiatry, accompanied by medical students and supervised on site by a supervisor psychiatrist, every day of the week, 24 hours a day.

Sample

All patients, of both genders, who sought psychiatric care, were included.

There were excluded recurrent appointments of the same patient during the study period, being considered only the first visit of each patient. Patients who had more than one care during the period (repeaters) were analyzed separately, in order to evaluate whether they constituted a group with peculiar characteristics.

It is important to report that the sample was comprised exclusively of patients who sought Psychiatric medical care. Patients that appear in the records of referral requested by other specialties of the REU are not being included.

From all patients seen in psychiatry of the REU the following data was collected from medical records: name, registration number, gender, city of origin, age, marital status,

race, education, profession, occupation, with whom one lives, religion, referral source, reason for consultation in the REU, diagnosis hypotheses recorded at the end of the attendance, if it was prescribed clinical medications, whether there were prescribed psychotropic medications (and which one, in affirmative cases), mechanical restraints were necessary, if there was evasion, performed referrals, prescriptions and procedures to be utilized at home.

Procedures

From May 2010 to May 2011, the charts of all patients who sought for Psychiatry consultation were weekly separated and the data transferred to a bookmark collection, to build the database.

The data collection form was elaborated from the records of the REU, and the variables of interest were included in it. There was conducted a pilot study, with a survey of 50 medical records of Psychiatry care at the REU, aiming to adapt and standardize data collection. There were analyzed all the reasons for attendance described in the beginning of the consultation (noted by the resident in the field of "main complaint") and the diagnostic hypotheses were defined by the doctor at end of the medical care consultation. In the pilot phase, groupings of reasons and diagnostic hypotheses were defined, thus standardizing the collection to build the database. Among the reasons for medical care were classified as "others" situations such as memory problems, side effects of medications and prescriptions' requests. Similarly, there were standardized categories related to the source of referral, prescriptions of medications and the performed referrals.

Throughout data collection, doubts about the suitability of the raw data collected from the records of the REU were discussed between the undergraduate student, a psychiatrist member of the Psychiatric staff of the REU, the first author of the study and the supervisor of the project.

The research project was approved by the Ethics Committee of the Faculty of Medical Sciences, Unicamp (No 269/2,010).

RESULTS

In the period from May 25, 2010 to May 31, 2011, there were 70,137 attendances, 189 calls per day, on average. Of these, 1,835 (2.6%) were Psychiatric consultations, corresponding to 1,465 patients, or 5 calls a day, on average. During these period 238 patients were attended more than once by Psychiatric service at REU, which were named repeaters, accounting for 16.2% of those assisted by Psychiatric staff. **Table 1** shows the socio-demographic profile of the patients.

Most patients (67%) were originally from Campinas. The missing data rate was 1.7% for age, 32.4% for marital status, 7.5% for race, 50.7% for occupation, 48.1% for educational and 47.7% for cohabitation. **Table 2** shows the source of referral, the reasons for the consultation and the diagnostic hypotheses by the end of the attendance. **Table 3** shows data about the psychiatrics conducts during the attendance, namely: the performed pharmacological conduct, if any, whether there was need for mechanical restraint, the dropout rate, prescriptions and referral at discharge.

When comparing the repeaters (patients who sought psychiatric treatment more than once during the period) with patients who were treated at once, there were no significant differences between the two groups regarding gender, age, marital status, occupation, schooling level and main diagnostic hypotheses. The only significant difference between the groups was the reason for searching attendance. Among repeaters, the main reason was agitation/behavioral change (29.1%) and in the group of non-repeaters this reason was responsible for 23.1 % of visits ($P = 0.05$), being the second leading cause of looking for help.

DISCUSSION

Nowadays, the clinical and social relevance of mental disorders points to the need for studies that contribute to the quality of medical care for this population, especially in clinical settings. It is estimated that 25 to 30% of general practitioners consultations are due to mental disorders.⁹ Considering this, this study presents the characterization of a

significant sample (n=1,465) of patients who sought psychiatric care in the emergency service and discusses the analyzed clinical variables.

Regarding socio-demographic profile, this study showed a preponderance of females, caucasian, mean age of 37 years-old, with slight predominance of married/cohabiting individuals, regularly employed, and particularly draws attention to the high rates of patients still living with their parents (41.3%), considering the age group. The profile was similar to other Brazilian and international studies.^{10,11} However, differed from two Brazilian studies,^{12,13} performed in city of Ribeirão Preto and Sobral. These have described a predominance of male patients, without conjugal bonds, with lower levels of education and professionally inactive. This discrepancy was probably due to the characteristics of each service, because in the mentioned places, a significant portion of patients was treated due to alcohol withdrawal, which ends up being more compatible with the described profile. This study included patients who directly sought psychiatric care and, in the REU/HC/Unicamp, majority of alcohol withdrawal, especially *delirium tremens*, is primarily attended by other specialists, such as clinics, surgeons, orthopedists and neurosurgeons, mainly because of other complaints, consequent or comorbid to alcohol dependence, Psychiatry is often elicited later, to help deal with mental and behavioral symptoms of these conditions. In the present study, inter consultations and referrals for psychiatry was not analyzed.

Comparing the main reasons for searching for psychiatric emergency consultations with other Brazilian and international studies,^{12,14,15} there is similarity in most of the data, however, in the present study, there were lower rates of searching psychiatric help for suicide attempted. This difference probably relates to the fact that suicide attempts in the REU/HC/Unicamp are overall primarily attended by medical clinic, with support from the staff of the Poison Control Center (when the attempted suicide is due to substances' overdose) or even by trauma surgeons (when it comes to injury by firearms or knives) and Psychiatry is only triggered later, for subsequent liaison consultations. It is important that non-psychiatrists professionals and services involved in emergency care receive trainings to recognize, intervene and appropriately refer patients to psychiatrists, according to the main reasons for seeking help: symptoms of depression, psychomotor agitation/behavioral change and problems with alcohol and/or other drugs.¹⁶

Regarding the diagnostic hypotheses made by the physician at the end of consultation at the REU, there was a predominance of psychoactive substance (PAS) use disorders, followed by depressive and psychotic disorders. The predominance of psychoactive use disorders has also been demonstrated in most Brazilian and international surveys.^{12,13,16-18} and the trend towards increasing emergency admissions for disorders related to use of PAS has already been reported; in the United States, from 1995 to 2005 rates increased from 0.65% to 3.7%.¹⁹ A national study conducted in the Psychiatric Emergency Unit of the Hospital das Clínicas of Ribeirão Preto, São Paulo,¹⁷ which analyzed attendances from 1988 to 1997 showed that there was a progressive decrease of proportions of non-psychotic disorders and an increased problems related to alcohol and other drugs, schizophrenia and affective psychoses.

One should consider that the establishment of diagnosis in psychiatry requires a longitudinal follow-up to your final drawing. In the emergency context, it is important to elaborate the diagnoses of the main psychiatric syndromes (descriptive definition, with relatively constant clusters of certain signs and symptoms) which are primarily based on clinical presentation and on additional information, concerning the background provided by the patient and the companions.^{16,20}

It is important to point out that there were differences in the descriptions of the situations which motivated the search for assistance and in the hypotheses formulated by the professionals. Whereas the presence of psychiatrists in emergency services constitute in itself an exception in Brazilian hospitals, it is essential that physicians and nurses working in these services are able to recognize the frames behind the complaints, especially to differentiate between possible causes of agitation and behavioral changes which may indicate either organic diseases, consumption of PAS, psychotic and manic syndromes, among others.²¹ Although the context of emergency presents limitations for the further and deeper diagnosis of psychiatric disorders, it is desirable for practitioners that they are able to establish hypotheses and conducts as specific as possible, providing the emergency care the best qualified moment for the health network of the patient.^{4,22}

Regarding the pharmacologic conduct performed at the Emergency Unit, the present study showed much lower rates of prescribing when compared to national studies previously cited.^{12,13} In one study,¹² patients received medication in nearly 70% of cases,

compared with 23% in this study. The discrepancy may be due to the characteristics of each service. While in the REU/HC/Unicamp most patients come from spontaneous demand, in the cited study the majority is referred from other services. Also, the medical team of Psychiatry in the REU considers, as a priority in emergency care, the subsequent insertion of the patient into the mental health network, leaving, whenever possible, the prescription of psychotropic medications for the professionals who will later follow the patient. Additionally, in the studies cited, the services have exclusive space for patients assisted by the Psychiatry staff in the emergency unit, which can help patients stay longer, being more often treated in the service itself.

Regarding referrals made after the period of REU care, our study showed the primary care network as the main destination for the referral of patients, followed by the specialized psychiatric outpatient clinics of the HC/Unicamp itself. This scenario is probably due to the characteristics of the assisted population: the predominance of spontaneous demand and of patients from Campinas favors referrals to the basics mental health public network and the presence of residents in Psychiatry in the service facilitates referral to the specialized outpatient's psychiatric clinics in HC/Unicamp. Instead of the recommended by the Brazilian Ministry of Health, the Centers for Psychosocial Care (CAPS) were barely utilized as a referral alternative.²³ The rate of referrals to psychiatric hospitalization (8.2%) was lower than the national and international studies.^{12,15,18} This finding probably reflects the characteristics of the population, as well as the network of care available in the city.

The most commonly prescribed medications at the discharge of patients, in order of frequency, were benzodiazepines, followed by antidepressants and antipsychotics. This finding is similar to a study conducted in São Paulo,¹⁰ which indicated antidepressants, followed by benzodiazepines and antipsychotics. Highlighted is the compatibility of prescriptions with the leading diagnostic hypotheses formulated, namely, psychoactive substance use disorders, depressive and psychotic disorders.

When comparing the repeaters and non-repeaters patients, the groups differed only regarding the higher rate of psychomotor agitation/behavioral changes as a reason for searching for help among repeaters. A study conducted in Ribeirão Preto,¹² also showed no significant differences in socio-demographic profiles. However, we observed a significantly

higher proportion of psychotic disorders and a lower portion of substance use disorders among repeaters. It is possible that the number of repeaters had limited the comparison, suggesting that studies with a larger number of patients should be performed in order to discuss other features that characterize repeater patients therefore assisting in the qualification measures for their care.

It is important to consider some limitations of this study. The first one refers to the incompleteness of recorded information on charts, notably socio-demographic variables, probably considered less essential, when compared with clinical data, which are fundamental for decision-making in the emergency context. This difficulty was also observed in other studies conducted in emergency services.^{18,24,25} This problem limits data collection, resulting in high rates of missing data and hindering descriptive analyzes and the establishment of correlations.

Another limitation was the lack of standardization of diagnoses made in the REU, which required its establishment through a *posteriori* analysis of patients' charts; although it has been done after the pilot phase and the consensus of three psychiatrists, there is no certainty of equivalence to the diagnosis made at the moment when the care was provided.

A final limitation that deserves to be pointed was the inclusion criteria that defined the study population patients who sought care for Psychiatry, excluding the consultations coming from referral of an interconsultant. This probably excluded from the study a considerable number of patients, with possibly different socio-demographic and clinical characteristics from the population described, especially regarding the presence of clinical comorbidities and in cases of psychiatric care of children.

These limitations indicate caution in extrapolating data for services with different characteristics.

The psychiatric care at emergency services constitutes an important link in the chain of attention to these patients. Despite this, there is a scarceness of Brazilian studies that characterize both the population and the involved clinical aspects. This is one of the largest national studies that described the population served by a psychiatric emergency team, besides discussing the reasons for attendance and principles of management. The authors expect to have contributed to the planning of actions designed to provide attention and care for patients seeking emergency services due to psychiatric conditions.

CONCLUSIONS

The results of this study show that the profile of patients seen by Psychiatry in the emergency unit was comprised mostly of women, averaging 37 years-old and from spontaneous demand. Reasons for consultations were mainly symptoms of depression, psychomotor agitation/behavioral changes or problems with psychoactive substances, and 16.2% of patients had more than one psychiatric consultation at the service during the period (mainly due to psychomotor agitation/behavior changes). The most frequent diagnostic hypotheses were psychoactive substances related disorders, depressive and psychotic disorders. Less than a quarter of the patients were prescribed medication inside the service and almost half received prescriptions for home, especially benzodiazepines, antidepressants and antipsychotics. The patients were mainly referred to the basic network of mental health care and to the University specialized psychiatric outpatient clinics. The rate of hospitalizations was lower than those of literature reports.

REFERENCES

1. Ballester DA, Filippon AP, Braga C, Andreoli SB. The general practitioner and mental health problems: challenges and strategies for medical education. Sao Paulo Med J. 2005;123(2):72-6.
2. Caldieraro MA, Spode A, Fleck MPA. Avaliação do paciente na emergência. In: Quevedo J, Schimitt R, Kapczinski F, editors. Emergências psiquiátricas. Porto Alegre: Artmed; 2008. p.17-48.
3. Bridges PK. Psychiatric emergencies. Postgrad Med J. 1967;43(503):599-604.
4. Barros RE, Tung TC, Mari Jde J. Psychiatric emergency services and their relationships with mental health network in Brazil. Rev Bras Psiquiatr. 2010;32(Supl 2):71-7.

5. Larkin GL, Claassen CA, Emond JA, Pelletier AJ, Camargo CA. Trends in U.S. emergency department visits for mental health conditions, 1992 to 2001. *Psychiatr Serv.* 2005;56(6):671-7.
6. Ministério da Saúde. Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil. Brasília, 2005. Available from:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf Accessed in 2012 (Jun 24).
7. Claudino AD, Gonçalves E. Situações relacionadas ao uso de substâncias na emergência psiquiátrica. In: Silveira DX, Moreira FG. *Panorama atual de drogas e dependências*. São Paulo: Atheneu; 2006. p.192-5.
8. Del-Ben CM, Teng CT. Psychiatric emergencies: challenges and vicissitudes. *Rev Bras Psiquiatr.* 2010;32(Suppl 2):S67-8.
9. Almeida-Filho N, Mari Jde J, Coutinho E, et al. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. Methodological features and prevalence estimates. *Br J Psychiatry.* 1997;171:524-9.
10. Calfat EL, Pan PM, Shiozawa P, Chaves AC. The compliance to prescribed drug treatment and referral in a psychiatric emergency service: a follow-up study. *Rev Bras Psiquiatr.* 2012;34(2):149-54.
11. Owens PL, Mutter R, Stocks C. Mental health and substance abuse-related emergency department visits among adults, 2007. HCUP Statistical Brief 92. Rockville, Agency for health care Research and Quality, 2010. Available from: <http://www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb92.pdf> . Accessed in 2012 (Jul 1).
12. Santos MESB, Amor JA, Del-Ben CM, Zuardi AW. Psychiatric emergency service in a school general hospital: a prospective study. *Rev Saúde Pública.* 2000;34(5):468-74.

13. Sousa FSP, Silva CAF, Oliveira EN. Emergency psychiatric service in general hospitals: a retrospective study. *Rev Esc Enferm USP*. 2010;44(3):785-91.
14. Carpenter LL, Schecter JM, Underwood JA, Tyrka AR, Price LH. Service expectations and clinical characteristics of patients receiving psychiatric emergency services. *Psychiatr Serv*. 2005;56(6):743-5.
15. Brakoulias V, Mandali R, Seymour J, Sammut P, Starcevic V. Characteristics of admissions to a recently opened Psychiatric Emergency Care Centre. *Australas Psychiatry*. 2010;18(4):326-9.
16. Kropp S, Andreis C, Wildt B, et al. Characteristics of psychiatric patients in the accident and emergency department (ED). *Psychiatr Prax*. 2007;34(2):72-5.
17. Del-Ben MC, Marques JMA, Sponholz Jr A, Zuardi AW. Mental health policies and changes in the emergency services profile. *Rev. Saúde Pública*. 1999;33(5):470-76.
18. Lambert MT, LePage JP, Schmitt AL. Five-year outcomes following psychiatric consultation to a tertiary care emergency room. *Am J Psychiatry*. 2003;160(7):1350-3.
19. Cherpitel CJ, Ye Y. Trends in alcohol- and drug-related ED and primary care visits: data from three U.S. National Surveys (1995-2005). *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2008;34(5):576-83.
20. Stowell KR, Florence P, Harman HJ, Glick RL. Psychiatric evaluation of the agitated patient: consensus statement of the american association for emergency psychiatry project Beta psychiatric evaluation workgroup. *West J Emerg Med*. 2012;13(1):11-6.
21. Essex B. Diagnostic pathways in clinical medicine: an epidemiological approach to clinical problems. London: Churchill Livingstone; 1978.

22. Jayaram G, Triplett P. Quality improvement of psychiatric care: challenges of emergency psychiatry. *Am J Psychiatry*. 2008;165(10):1256-60.

23. Ministério da Saúde. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília- DF, 2004. Available from:

http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/SM_Sus.pdf. Accessed in 2012 (Apr 15).

24. Soares E. Qualidade dos registros de atendimento em pronto-socorro [Assistance register quality in emergency services]. *Rev Enf UERJ*. 1995;3(1):10-8.

25. Avanzi MP, Silva CRG. Diagnósticos mais frequentes em serviço de emergência para adulto em um hospital universitário [Most common diagnoses in the adult emergency medical service of a college hospital]. *Rev Cienc Med (Campinas)*. 2005;14(2):175-85.

Sources of funding: CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico); Protocol Number: 152560/2010-6.

Conflict of interest: None

Date of first submission: September 13, 2012

Address for correspondence:

Vitoria Mantoan Padilha

Av. Professor Vicente Quirino, 405

Aparecida — Jaboticabal (SP) — Brasil

CEP 14882-075

E-mail: vitpadilha@gmail.com

Table 1 - Socio-demographic profile of patients seen by the Psychiatric Emergency

Characteristics	N	%
Gender		
Female	787	53,7
Male	678	46,2
Mean Age	37,1 (\pm 13,9)	
Age Group		
< 18 years old	66	4,5
18- 24 years old	206	14,3
25- 39 years old	602	41,8
40- 59 years old	469	32,5
>60 years old	97	6,7
Marital Status(n= 990)		
Married/Cohabiting	431	43,5
Single	383	38,6
Separated	146	14,7
Widow	30	3,0
Color (n=1356)		
White	1079	79,6
Brown	203	14,9
Black	71	5,2
Asian	3	0,2
Occupation (n= 797)		
Regular occupation	279	35,0
Unemployed	234	29,3
Retired	103	12,9
Housewife	73	9,1
Informal jobs	32	4,0
Student	76	9,5
Schooling (n= 759)		
<=Middle school	326	42,9
High School	330	43,4
Post Secondary Education	103	13,5
Lives with (n= 765)		
Parents	316	41,3
Spouse + Children	156	20,3
Alone	84	10,9
Only Spouse	79	10,3
Only children	73	9,5
Other	57	7,4

Table 2 - Clinical data of patients treated by the Emergency Psychiatric

Characteristics	N	%
Source of referral		
Spontaneous	905	61,7
Other ERs*	188	12,8
Brought by family	98	6,6
SAMU**	70	4,7
Other Services	70	4,7
Missing Data	134	9,1
Reason for Medical Care		
Depressive symptoms	412	28,1
Agitation and behavioral change	346	23,6
Problems with alcohol and/or other drugs	286	19,5
Suicidal behavior	115	7,8
Ideas of persecution	93	6,3
Other	180	12,2
Missing Data	33	2,2
Diagnostic Hypothesis		
Disorders related to the use of PAS***	338	23,0
Depressive Disorder	272	18,5
Psychotic disorder	182	12,4
Anxiety/Panic Syndrome	132	9,0
Manic / Hypomanic episodes	109	7,4
Adjustment reaction	68	4,6
Suicide attempt	66	4,5
Personality Disorder	37	2,5
Other	200	13,6
Missing Data	61	4,1

*ERs: Emergency Rooms

**SAMU: Service for Attendance of Medical Urgencies

***PAS : psychoactive substance

Table 3 - The REU conduct, prescriptions and referrals

Characteristics	N	%
Received medication in the REU	339	23,1
Received psychiatric medication in the REU	296	20,2
Prescribed medications in the REU (n= 464)		
Benzodiazepinic	218	46,9
Antipsychotic	145	31,2
Complex B / Thiamine	38	8,1
Promethazine	48	10,3
Antidepressant	6	1,2
Biperiden	8	1,7
Mood stabilizer	1	0,2
Medications prescribed for home (n= 959)		
Benzodiazepinic	449	46,8
Antidepressant	222	23,1
Antipsychotic	218	22,7
Mood stabilizer	40	4,1
Complex B / Thiamine	16	1,6
Biperiden	8	0,8
Promethazine	6	0,6
Medical restraint	69	4,9
Evasion	19	1,3
Referrals		
Basic Public Health Care	374	31,6
Specialized clinics from HC	345	29,2
ASPA	204	17,2
CAPS	103	8,7
Psychiatric Hospitalization	98	8,2
CAPS-AD	39	3,3
Inpatient Care	11	0,9
Therapeutic Community	7	0,5

REU: Referenced Emergency Unit.

HC: Hospital das Clínicas/Universidade Estadual de Campinas (Unicamp)

ASPA: Clinic for Psychoactive Substances

CAPS: Psychosocial Care Center

CAPS-AD: Psychosocial Care Center for alcohol and drug disorders

Artigo 2

A ser encaminhado para a Revista Brasileira de Psiquiatria.

Em fase de tradução para o inglês.

Perfil sociodemográfico e clínico de pacientes atendidos pela Emergência Psiquiátrica de Hospital Geral Universitário com transtornos por uso de Substâncias Psicoativas

Social, demographic and clinical profile of patients, with Psychoactive Substances use disorders, attended by the Psychiatric Emergency Department of an University General Hospital

AUTORES: Vitoria Mantoan Padilha^I, Carolina Silva Said Schettini^{II}, Amilton dos Santos Jr.^{III}, Renata Cruz Soares de Azevedo^{IV}

Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, São Paulo, Brasil

Departamento de Psicologia Médica – Faculdade de Ciências Médicas – Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP – 13088-970, Campinas, São Paulo, Brasil

^I - Médica Psiquiatra, Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, Brasil.

^{II} - Estudante de graduação, Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, Brasil.

^{III} - Médico Psiquiatra, Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, Brasil.

^{IV} - Médica Psiquiatra, Professor Doutor do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da FCM-UNICAMP. Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, Brasil.

Resumo

Objetivo: Descrever o perfil sócio demográfico, clínico e o histórico de tratamentos de pacientes com transtornos relacionados ao uso de SPA atendidos pela Psiquiatria da Unidade de Emergência Referenciada (UER) do Hospital de Clínicas da UNICAMP. **Métodos:** Estudo descritivo e quantitativo, que avaliou os pacientes com transtornos relacionados ao uso de SPA atendidos pela Psiquiatria da UER do HC-UNICAMP no período de 12 meses a partir de maio de 2010. **Resultados:** Houve aumento na taxa de atendimento desses pacientes ao longo do estudo ($p=0,05$). Os pacientes com transtornos por uso de SPA são em sua maioria homens e mais jovens do que os demais pacientes. Em relação ao motivo do atendimento, o principal motivo foi queixa psiquiátrica outra que não o uso de SPA (23,1%), seguido do desejo de se tratar/internar (20,8%) e intoxicação (12,5%). 38,5% tinham diagnóstico de dependência de múltiplas SPA e 34,8% dependência exclusiva de álcool. Cerca de 20% dos pacientes nunca tinham feito tratamento para o transtorno por SPA. **Conclusão:** O estudo comprova os dados da literatura internacional, quanto ao aumento da demanda de pacientes com transtornos por uso de SPA nas unidades de emergência e reforça a necessidade de se conhecer as características específicas dessa população.

Palavras-chave: Serviços Médicos de Emergência, Serviços de Emergência Psiquiátrica, Transtornos relacionados ao uso de álcool, Transtornos relacionados ao uso de substâncias, drogas ilícitas.

Abstract

Objective: To describe the social demographic, historical and clinical treatment of patients, with disorders related to psychoactive substance use, attended by the Referenced Psychiatric Emergency Room (UER) at UNICAMP Clinical Hospital . **Methods:** A descriptive and quantitative study, which evaluated patients with disorders related to psychoactive substance use, attended by the Psychiatric Department of the Referenced Psychiatric Emergency Room at UNICAMP Clinical Hospital during the period of 12 months starting from May 2010. **Results:** There was an increase in the rate of medical care attendance among these patients throughout the course of this study ($p = 0.05$). Patients with psychoactive substance use disorders are mostly men and usually younger than the other patients. Regarding the justification for seeking medical care, the main reason was psychiatric complaints other than the psychoactive substance use (23.1%), followed by the desire to treat / check in (20.8%) and intoxication (12.5%). 38.5% were diagnosed with multiple psychoactive substance dependence and 34.8% exclusive of alcohol dependence. 1/3 of the patients had never been treated for the psychoactive substance use disorder .**Conclusion:** The study confirms the data from the international literature, regarding the increasing demand of patients with psychoactive substance use disorders in Emergency Rooms and reinforces the necessity to recognize the specific characteristics of this population.

Introdução

O consumo e a dependência de substâncias psicoativas (SPA) representam um importante fator de risco para diversas doenças globalmente. Relatório da Organização Mundial de Saúde indicou que 9% da carga global das doenças resultam do consumo de SPA.¹ Em relação ao álcool, 4% das mortes no mundo são atribuídas ao uso problemático de bebidas alcoólicas, em função de traumas, distúrbios neuropsiquiátricos, cardiovasculares e câncer.² A United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) estima que em 2010 houve entre 99.000 a 253.000 mortes resultantes do uso de drogas ilícitas.³ Estudos mostram que os usuários de SPA tendem a procurar menos os atendimentos médicos de rotina e preventivos, buscando preferencialmente hospitais e serviços de emergência para atendimentos por problemas tanto físicos quanto mentais desencadeados pelo consumo de SPA.^{4,5}

Estima-se que apenas 20% dos usuários de drogas ilícitas no mundo receberam algum tratamento em 2010.³ Para a maioria dos pacientes usuários e dependentes de SPA, a Unidade de Emergência (UE) é o único provedor de cuidados médicos.⁶ Estudos mostram prevalência de abuso ou dependência de SPA em aproximadamente 20% do total de pacientes que procuram as UE,⁶⁻⁸ e 30% entre aqueles que são atendidos na emergência psiquiátrica (EP).⁹ Estudo prospectivo conduzido em uma UE terciária no Canadá mostrou que 59% dos pacientes que foram atendidos pela psiquiatria tinham diagnóstico de dependência química primária ou secundária.¹⁰ Usuários crônicos de SPA tem 30% mais chance de procurarem a UE do que usuários casuais ou não-usuários.¹¹ Dados norte americanos indicam que há tendência de aumento nas admissões emergenciais por transtornos relacionados a uso de SPA, sendo mais significativo em relação a SPA ilícitas: de 1995 até 2005 houve aumento de 0,65% para 3,7%.¹²

Pacientes com problemas por uso de SPA, quando comparados a pacientes que procuram a UE por outros motivos, são mais jovens, no entanto permanecem mais tempo nas UE, são mais propensos a serem internados e a procurarem novamente a emergência no próximo ano,⁶ o que mostra o importante papel dessas unidades e prontos-socorros na detecção e intervenção no abuso e dependência de SPA.

Diante da tendência de aumento na procura de pacientes com transtornos relacionados ao uso de SPA na emergência, faz-se necessário conhecer o perfil desta população, no intuito de otimizar e flexibilizar o atendimento oferecido.

Objetivo

Descrever o perfil sócio demográfico, clínico e o histórico de tratamentos prévios de pacientes com transtornos relacionados ao uso de SPA atendidos pela Psiquiatria da Unidade de Emergência Referenciada (UER) do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (HC-UNICAMP).

Método

Tipo de estudo

Estudo descritivo e quantitativo, que avaliou os pacientes com transtornos relacionados ao uso de SPA atendidos pela Psiquiatria da UER do HC-UNICAMP no período de 12 meses a partir de maio de 2010.

Local

A UER do HC-UNICAMP presta atendimento de alta complexidade para a cidade de Campinas e região, abrangendo uma população de cerca de 5.000.000 de habitantes. O principal objetivo da UER é o atendimento especializado de urgência e emergência. O encaminhamento à UER é feito principalmente através de contato telefônico pelos sistemas de resgate do Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) ou pela Central Reguladora de Vagas da Direção Regional de Saúde e municípios da região. Também são atendidos pacientes por demanda espontânea, neste caso respeitando-se o critério de gravidade na ordem dos atendimentos. Os pacientes passam por uma triagem da enfermagem prévia ao atendimento médico, sendo que os pacientes graves têm prioridade no atendimento. Apenas os atendimentos da Ortopedia e da Psiquiatria não passam por esta triagem e os pacientes são atendidos diretamente pela especialidade.

O fluxo de atendimento da UER é de 200 pacientes por dia em média. São atendidos pacientes maiores de 14 anos, sendo que os menores de 14 são atendidos separadamente

pelo Serviço de Emergência Pediátrica do HC-UNICAMP. O atendimento psiquiátrico é feito por médicos do Programa de Residência Médica em Psiquiatria, acompanhados por alunos da medicina e supervisionados *in loco* por um supervisor psiquiatra, todos os dias da semana, 24 horas por dia.

Participantes do estudo

Pacientes com transtornos por uso de SPA que procuraram atendimento pela Psiquiatria na UER do HC-UNICAMP no período de 12 meses a partir de maio de 2010.

Critérios de inclusão: pacientes maiores de 18 anos, de ambos os sexos, atendidos pelo serviço de Psiquiatria da UER durante o período de maio de 2010 a maio de 2011 que apresentavam na anamnese histórico de abuso ou dependência a alguma SPA, ou se constava na hipótese diagnóstica abuso, dependência ou transtornos psiquiátricos induzidos por SPA, não sendo necessariamente o principal motivo do atendimento.

Critérios de exclusão: atendimentos recorrentes no período do estudo, sendo considerado apenas o primeiro atendimento do período para cada paciente.

Desfechos clínicos de interesse

De todos os pacientes atendidos na Psiquiatria da UER no período, foram colhidos os seguintes dados das fichas de atendimento: nome, matrícula, sexo, cidade de procedência, idade, estado civil, cor da pele, escolaridade, fonte de encaminhamento, motivo da consulta na UER, hipótese diagnóstica registrada no final do atendimento, se foi prescrita medicação clínica, se foram prescritas medicações psicotrópicas e quais, se foi necessário contenção mecânica, se ocorreu evasão, encaminhamentos realizados e prescrição para casa.

Esses dados foram posteriormente analisados, comparando-se os pacientes usuários de SPA com os pacientes com outros diagnósticos psiquiátricos atendidos pela Psiquiatria no período do estudo.

Dos pacientes atendidos por transtornos relacionados ao uso de SPA, foram também colhidos dos prontuários as seguintes informações: padrão de uso de SPA, presença de

diagnóstico de uso, abuso ou dependência de SPA, presença e tipo de comorbidade psiquiátrica.

Todos os pacientes com transtornos por uso de SPA receberam ao final do atendimento na UER um impresso, convidando-os a comparecerem ao Ambulatório de Substâncias Psicoativas (ASPA) do HC-UNICAMP na semana seguinte ao atendimento na emergência. Dos pacientes que compareceram ao ASPA foram colhidos os seguintes dados adicionais: tabagismo, histórico de faltas ao trabalho relacionadas ao uso de SPA, dirigir sob efeito de SPA, acidentes de trânsito, problemas legais, histórico de envolvimento com tráfico, histórico de prisão, idas anteriores a UE, histórico de tentativa de suicídio (TS), TS na vigência do uso de SPA, TS na abstinência, internações clínicas, presença de doenças clínicas relacionadas ao uso de SPA, rede de apoio social, histórico de uso de medicações psiquiátricas, histórico de tratamento ambulatorial, internações psiquiátricas prévias, tratamento em comunidades terapêuticas e inserção em grupos de apoio.

Análises dos dados

Os dados colhidos foram inseridos em banco de dados do programa SAS System for Windows, versão 9.2. Para avaliar a relação entre as variáveis categóricas foram utilizados os testes Qui-Quadrado ou Exato de Fisher (para valores esperados menores que 5).

Procedimentos

De maio de 2010 a maio de 2011, as fichas de todos os pacientes que procuraram atendimento pela Psiquiatria da UER do HC-UNICAMP foram separadas semanalmente e os dados transferidos para a ficha de coleta para construção do banco de dados.

A ficha de coleta de dados foi elaborada a partir das fichas da UER, e nela incluídas as variáveis de interesse. Foi realizado um estudo piloto com o levantamento de 50 fichas de atendimento da Psiquiatria na UER visando à adequação e padronização da coleta de dados. Foram analisados todos os motivos descritos no início do atendimento (anotados pelo médico residente no campo “queixa principal”) e as hipóteses diagnósticas definidas pelo médico ao final do atendimento. Nos motivos do atendimento, foi caracterizado como “queixa psiquiátrica” qualquer sintoma de ordem psiquiátrica que não o consumo de SPA

(p.ex, sintomas depressivos, ansiosos, insônia). Foi definido que o paciente era portador de comorbidade psiquiátrica quando outro transtorno psiquiátrico era explicitamente citado nas hipóteses diagnósticas. Na fonte de encaminhamento, foi definido em “outros serviços” pacientes provenientes de comunidades terapêuticas. Na fase piloto foram definidos agrupamentos dos motivos e das hipóteses diagnósticas, padronizando dessa forma a coleta para a construção do banco de dados. Do mesmo modo, foram padronizadas as categorias relacionadas à fonte de encaminhamento, prescrição de medicamentos e encaminhamentos realizados.

Ao longo da coleta dos dados, dúvidas quanto à adequação dos dados brutos colhidos a partir das fichas da UER foram discutidas entre a aluna de iniciação científica (CSSS), um psiquiatra do serviço de Psiquiatria da UER (ASJ), a primeira autora do trabalho (VMP) e a orientadora do projeto (RCSA).

O projeto de pesquisa foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa da FCM-UNICAMP (nº 269/2010).

Resultados

No período de 25 de maio de 2010 a 31 de maio de 2011, houve 70.137 atendimentos na UER do HC-UNICAMP, ou seja, 189 atendimentos por dia em média. Destes, 1.835 (2,6%) foram atendimentos pela Psiquiatria, correspondendo a 1.465 pacientes, ou 5 atendimentos ao dia em média. Dentre estes pacientes, 358 pacientes foram atendidos por quadros relacionados ao uso de SPA. Excluindo os menores de 18 anos, 350 (23,8% do total de atendidos pela Psiquiatria) foram estudados. 16 desses pacientes tinham o quadro relacionado ao uso de SPA como comorbidade (não era o diagnóstico principal).

Houve aumento nos atendimentos de pacientes com quadros relacionados ao uso de SPA durante o estudo, quando comparado o 1º semestre da coleta de dados do estudo (n=157 pacientes) com o 2º semestre (n=188 pacientes) (p=0.05).

A tabela 1 mostra o perfil dos pacientes com quadros relacionados ao uso de SPA, comparando-os com os pacientes atendidos por outros diagnósticos psiquiátricos.

INSERT TABLE 1 HERE

A Tabela 2 apresenta os motivos relatados pelos pacientes para busca de atendimento e os diagnósticos estabelecidos durante o atendimento de usuários de SPA atendidos na Unidade de Emergência.

INSERT TABLE 2 HERE

A tabela 3 mostra a descrição dos pacientes que compareceram ao Ambulatório de Substancias Psicoativas (ASPA) do HC-UNICAMP (n=123) e a complementação de dados sociais, clínicos e histórico de tratamentos relacionados ao uso de SPA.

INSERT TABLE 3 HERE

Discussão

Os pacientes com quadros relacionados ao uso de SPA totalizaram 23,8% dos pacientes atendidos pela Psiquiatria da UER do HC-UNICAMP no período. Taxas semelhantes foram encontradas em estudo na Inglaterra (28%)¹³ e nos Estados Unidos (24,4%).¹⁴ Houve tendência ao longo do estudo de aumento nas taxas de admissão de pacientes com transtornos por uso de SPA na UER ($p=0.05$), aumento também mostrado anteriormente em estudos nacionais e internacionais. Na Índia, o registro de paciente com transtornos por uso de SPA – principalmente por uso de drogas ilícitas – aumentou 8 vezes em três décadas.¹⁵ No Brasil, estudo realizado na Unidade de Emergência Psiquiátrica do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto-SP,¹⁶ que analisou os atendimentos nos anos 1988 a 1997, apontou diminuição das proporções de transtornos não psicóticos e aumento progressivo de problemas relacionados a álcool e drogas, esquizofrenia e psicoses afetivas.

Os pacientes com quadros relacionados ao uso de SPA diferiram dos demais pacientes atendidos pela Psiquiatria da UER do HC-UNICAMP por serem em sua maioria homens, mais jovens, e com escolaridade superior quando comparados aos pacientes atendidos com outros diagnósticos psiquiátricos. O perfil traçado se assemelha ao de outros estudos

internacionais.^{6,14,17,18} Estudo realizado nos Estados Unidos,¹⁹ apontou que a chance de necessitar de atendimento devido a SPA aumentou 10 vezes entre pacientes com idade entre 18 e 24 anos e 2 vezes no sexo masculino, quando comparado com a população geral atendida em UER.

Neste estudo, os motivos mais frequentemente relatados para a busca de atendimento foram queixas psiquiátricas outras que não o uso de SPA (23,1%), seguida do desejo de se tratar/internar (20,8%), e intoxicação (12,5%). Esses dados mostram a importância de se fazer uma investigação ativa quanto ao uso de SPA, uma vez que quase um quarto dos pacientes não relatou o uso como queixa. Em estudo realizado nos Estados Unidos,¹⁴ o motivo mais frequente de atendimento entre os pacientes com transtornos relacionados ao uso de SPA foram sintomas de humor (42,7%), seguidos dos sintomas ansiosos (26,1%) e condições relacionadas ao uso de álcool (22,9%).

Quanto ao perfil diagnóstico, nosso estudo mostrou predomínio de dependência de múltiplas SPA: 38,5%. O uso de múltiplas SPA é um padrão que atualmente se constitui mais em regra do que em exceção.²⁰ Estudo realizado nos Estados Unidos, que avaliou a admissão hospitalar de pacientes com transtornos relacionados ao uso de SPA,¹⁸ indicou que 49% dos pacientes usavam duas ou mais drogas. Os dependentes de múltiplas SPA possuem maiores taxas de atendimentos recorrentes na UE, quando comparados com a população atendida por outros transtornos por uso de SPA.¹⁷ No presente estudo, quando avaliamos a dependência exclusiva de uma SPA, o álcool foi a substância mais frequentemente relatada. O predomínio de álcool também foi encontrado na maioria dos estudos realizados em serviços de emergência.^{6,13,15,21,22}

Os pacientes com quadros relacionados ao uso de SPA receberam mais medicações clínicas e menos medicações psicotrópicas que os demais pacientes atendidos pela Psiquiatria na UER. Esse quadro se deve provavelmente ao fato dos pacientes com quadros relacionados ao uso de SPA apresentarem situações que exijam cuidados clínicos, como a intoxicação e a abstinência. Em relação à prescrição para casa, pacientes com quadros relacionados ao uso de SPA receberam mais prescrição de benzodiazepínicos e vitaminas (complexo B e tiamina), e menos prescrição de

antidepressivos e antipsicóticos do que os pacientes com outros diagnósticos psiquiátricos. Este padrão foi semelhante ao mostrado em estudo nos Estados Unidos,²³ em que a não-prescrição foi mais frequente nos pacientes usuários de SPA, nos pacientes com ideação suicida e naqueles que já faziam tratamento psiquiátrico ambulatorial.

Quando comparamos os encaminhamentos realizados para os pacientes com quadros relacionados ao uso de SPA com os demais pacientes atendidos pela Psiquiatria, observamos que, como esperado, os primeiros foram mais encaminhados para CAPS-AD, para o ambulatório de Substâncias Psicoativas do HC (ASPA) e para internação clínica. Além disso, a taxa de encaminhamentos para a rede básica de saúde foi muito inferior entre os atendidos com problemas relacionados ao uso de SPA. Esse dado sugere que pacientes com quadros relacionados ao uso de SPA são provavelmente considerados mais graves que outros diagnósticos psiquiátricos, sendo mais frequentemente encaminhados para serviços especializados. A rede básica de saúde, assim como a unidade de emergência, é considerado ambiente propício para detecção de pacientes com problemas relacionados a SPA.¹² Em relação ao seguimento desses pacientes, sugere-se que na atenção primária sejam acompanhados os casos menos graves e que não tenham histórico de tratamento anterior, devendo os pacientes com diagnóstico de dependência e comorbidades serem preferencialmente encaminhados para serviços especializados.^{24,25} É fundamental que o encaminhamento seja feito considerando-se a gravidade e as necessidades de cada paciente.²⁶

O presente estudo mostrou que 36% dos pacientes apresentavam alguma comorbidade psiquiátrica. Em estudo realizado nos Estados Unidos,¹⁴ enquanto os pacientes com transtornos relacionados ao uso de SPA com comorbidade psiquiátrica foram responsáveis por 43% dos atendimentos de emergência psiquiátrica, os pacientes com transtornos por SPA sem comorbidade foram responsáveis por 29,3% dos atendimentos. Estudo que avaliou a associação entre comorbidade psiquiátrica e transtornos por uso de SPA nos pacientes atendidos em UE,¹⁷ mostrou que os pacientes usuários de múltiplas SPA foram mais propensos a terem outro diagnóstico psiquiátrico (21,2%), seguido pelos usuários com transtornos por uso de cocaína (14,3%) e dependentes de álcool (14,1%). Os pacientes com diagnóstico primário de transtornos por uso de SPA tiveram em média 2,5

visitas a UE em 4 anos, enquanto pacientes com comorbidades tiveram 5,2 visitas.

No presente estudo, 60,9% dos pacientes declararam ser tabagistas, taxas bem acima da população geral brasileira, que apresenta 14,8% de tabagistas entre os maiores de 18 anos.²⁷ Em estudo que avaliou pacientes internados,²⁸ os tabagistas tinham 2,5 vezes mais chances de serem dependentes de alguma outra substância. Em estudo realizado na Austrália,²⁹ que avaliou a associação entre uso de álcool e tabagismo, 41,2% dos pacientes eram tabagistas. Outro estudo realizado nos EUA mostrou que a associação entre alcoolismo e tabagismo era de 77% (versus 41% da população geral atendida na UE).³⁰ No Brasil, estima-se que 200.000 mortes por ano são decorrentes do tabagismo.³¹ Estudo nacional³² mostrou que entre os tabagistas, a maioria (42,4%) declarou uso frequente ou pesado de álcool e 31,8% declarou uso na vida de alguma outra SPA.

Em nosso estudo, 40,6% dos pacientes relataram histórico de tentativa de suicídio. Estudos clínicos tem mostrado que a prevalência ao longo da vida de TS entre usuários de SPA varia de 16 a 71%, comparado a taxas de 3 a 5% na população geral.^{33,34} Estudo sobre tentativas de suicídio entre pacientes dependentes mostrou que 47% da amostra referiram TS na vida, sendo mais frequente em dependentes de múltiplas SPA do que em dependentes exclusivamente de álcool (58% vs 38%, respectivamente).³⁴ Estudo nacional que avaliou depressão, transtornos por uso de álcool e tabagismo em pacientes internados em hospital geral,³⁵ mostrou que a presença de transtorno por uso de álcool teve associação significativa com TS prévia (OR: 2,3), assim como o tabagismo (OR: 1,8). Em nosso estudo, os pacientes relataram TS principalmente em vigência do uso de SPA (24,3%). Outro estudo nacional,³⁶ que avaliou a diferença nas TS entre os gêneros, 28,3% dos homens relataram fazer uso de SPA no momento da TS, enquanto que entre as mulheres essa taxa foi de 16% (p=0,03).

No presente estudo, 42,2% dos pacientes relataram alguma doença clínica relacionada ao uso de SPA, taxa bastante elevada, considerando a idade média de 34,9 anos. Em estudo realizado no Haváí,²² essa taxa foi semelhante (59%). Em nosso estudo, foram apresentadas altas taxas de consequências negativas relacionadas ao uso de SPA, que variaram de 8,9% para prisão, a 55,2% para faltas ao trabalho. O abuso de SPA está

relacionado não apenas a problemas na esfera da saúde, através do surgimento de doenças ou traumas, mas também a perda da produtividade e a problemas legais, com a característica marcante de acometer principalmente a população de adultos jovens.^{2,3}

Os pacientes relataram como principal rede de apoio o cônjuge (31,7%) e os pais (30%). É notável o grande número de pacientes que relataram depender do suporte dos pais, o que denota a abrangente disfunção social desses indivíduos. A família é um fator crítico no tratamento, e a avaliação e abordagem dos vínculos são fundamentais.³⁷

Neste estudo, cerca de 18% dos pacientes nunca tinham feito tratamento prévio para o transtorno por uso de SPA, e cerca de 30% relataram internação prévia, reforçando a hipótese de se tratarem de pacientes com quadros de dependência grave, com histórico de tratamentos em outros serviços. Estudo conduzido nos Estados Unidos mostrou que 43% dos pacientes com transtornos por uso de SPA atendidos na UE tinham histórico de tratamento prévio para dependência química.³⁸

É importante considerar algumas limitações do presente estudo. A primeira delas refere-se à incompletude dos registros de informações nas fichas, notadamente nas variáveis sócio demográficas, provavelmente consideradas menos imprescindíveis quando comparadas aos dados clínicos, fundamentais à tomada de decisões no contexto da emergência. Esta dificuldade foi também observada em outros estudos realizados em serviços de emergência.^{39,40} Este problema limita a coleta de dados, acarretando altas taxas de dados ausentes e dificultando as análises descritivas e o estabelecimento de correlações.

Outra limitação foi a falta de padronização dos diagnósticos realizados na EP, o que necessitou o seu estabelecimento *a posteriori* através da análise das fichas; embora o mesmo tenha sido feito após a fase piloto e o consenso de três psiquiatras, não há equivalência ao diagnóstico feito no momento do atendimento.

As limitações apresentadas indicam cautela na extrapolação dos dados para serviços com características diferentes das apresentadas.

Um serviço de atendimento de saúde deve conhecer a fundo o perfil da população-

alvo em potencial e o contexto sócio cultural que a circunda. É necessário, também, planejar o futuro do serviço, monitorar a implementação e avaliar os resultados de modo constante e sistemático.²⁶ Diante da tendência de aumento da demanda de atendimento por quadros relacionados a uso de SPA, esse estudo contribuiu com dados brasileiros sobre o perfil detalhado desta população, através da caracterização sócio demográfica, particularidades clínicas e histórico de tratamentos prévios. Espera-se, dessa forma, auxiliar no planejamento de ações voltadas aos pacientes com quadros relacionados ao uso de SPA que procuram o serviço de emergência, otimizando o atendimento de acordo com as características descritas.

Conclusão

Os resultados desse estudo mostram que o perfil dos pacientes atendidos pela Psiquiatria em UE devido a transtornos por uso de SPA foi composto em sua maioria de homens, mais jovens e com mais escolaridade do que os demais pacientes atendidos pela Psiquiatria. Em relação à fonte de encaminhamento, ambos os grupos vieram principalmente de demanda espontânea, porém os pacientes com transtornos por uso de SPA foram mais provenientes de outros serviços (comunidades terapêuticas) do que os demais pacientes. Os pacientes com transtornos por uso de SPA foram mais encaminhados para ambulatórios especializados e menos para a rede básica de saúde do que os pacientes com outros diagnósticos. Na descrição do atendimento dos pacientes com transtornos por uso de SPA, o principal motivo do atendimento foi queixa psiquiátrica outra que não o uso de SPA, seguido do desejo de se tratar/internar e intoxicação. Quanto ao perfil diagnóstico, houve predomínio de dependência de múltiplas SPA, seguido da dependência exclusiva de álcool. Mais de 1/3 dos pacientes com transtorno por uso de SPA apresentavam comorbidade psiquiátrica. A maioria dos pacientes declarou ser tabagista. Quase metade apresentava histórico de TS e doença clínica relacionada ao uso de SPA. A rede de apoio social se constituiu principalmente dos cônjuges e genitores. A maioria dos pacientes relatou antecedente de algum tratamento para o transtorno por uso de SPA.

Referências

- 1- World Health Organization. Global Health Risks .Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneve: WHO, 2009. [cited 2012 Sep 02].
Avaliabile from URL:
http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf
- 2- World Health Organization. Global Status Report on Alcohol and Health. Geneve: WHO, 2011. [cited 2012 Sep 02]. Available from URL:
http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsruprfiles.pdf
- 3- UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime). World Drug Report. 2012. [Cited 2012 Sep 02] Avaliabile from URL: http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/WDR_2012_web_small.pdf
- 4- Charalambous MP. Alcohol and the accident and emergency department: a current review. Alcohol & Alcoholism. 2002; 37(4):307-12.
- 5- French MT, Fang H, Balsa AI. Longitudinal analysis of changes in illicit-drug use and health services utilization. Health Serv Res. 2011;46(3):877-99.
- 6- Brubacher JR, Mabie A, Ngo M; Abu-Laban RB, Buchanan J; Shenton T, Purssell R. Substance-related problems in patients visiting an urban Canadian emergency department. CJEM. 2008;10(3):198-204.
- 7- Helmkamp JC, Hungerford DW, Williams JM, Manley WG, Gurbee PM, Horn KA, Pollock DA. Screening and brief intervention for alcohol problems among college students treated in a university hospital emergency department. J Am Coll Health. 2003; 52:7-16.
- 8- Hungerford DW, Williams JM, Furbee PM, Manley WG, Helmkamp JC, Horn K, Pollock DA. Feasibility of screening and intervention for alcohol problems among young adults in the ED. Am J Emerg Med. 2003; 21:14-22.
- 9- Larkin GL, Claassen CA, Emond JA, Pelletier AJ, Camargo CA. Trends in U.S. emergency department visits for mental health conditions, 1992 to 2001. Psychiatr Serv. 2005; 56(6):671-7.

- 10-Lambert MT, Lepage JP, Schmitt AL. Five-year outcomes following psychiatric consultation to a tertiary care emergency room. *Am J Psychiatry*. 2003; 160:1350-3.
- 11-McGeary KA, French MT. Ilicit drug use and emergency room utilization. *Health Serv Res*. 2000; 35:153-69.
- 12-Cherpitel CJ, Ye Y. Trends in alcohol- and drug-related ED and primary care visits: data from three U.S. National Surveys (1995-2005). *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2008; 34(5): 576-83.
- 13-Spurrell M, Hatfield B, Perry A. Characteristics of patients presenting for emergency psychiatric assessment at an English Hospital. *Psychiatr Serv*. 2003;54(2): 240-5.
- 14-Owens PL, Mutter R, Stocks C. Mental health and substance abuse-related emergency department visits among adults, 2007. HCUP Statistical Brief 92. Rockville, Agency for health care Research and Quality, 2010. [Cited 2012 Jul 01] Available from URL:
<http://www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb92.pdf>
- 15-Basu D, Aggarwal M, Das PP, Mattoo, SK, Kulhara P, Varma VK. Changing pattern of substance abuse in patients attending a de-addiction centre in North India (1978-2008). *Indian J Med Res*. 2012;135: 830-6.
- 16-Del-Ben MC, Marques JMA, Sponholz JrA, Zuardi AW. Políticas de saúde mental e mudanças na demanda de serviços de emergência. *Rev Saúde Pública*. 1999; 33(5): 470-6.
- 17-Curran GM, Sullivan G, Williams K, Han X, Allee E, Kotrla KJ. The association of psychiatric comorbidity and use of the emergency department among persons with substance use disorders: an observational cohort study. *BMC Emergency Medicine*. 2008 [Cited 2012 Aug 16]; 8:17. Available from URL:
<http://www.biomedcentral.com/1471-227X/8/17>
- 18-Santora PB, Hutton HE. Longitudinal trends in hospital admissions with co-occurring alcohol/drug diagnoses, 1994-2002. *J Subst Abuse Treat*. 2008; 35(1): 1-12.

- 19-Rockett IRH, Putnam SL, Jia H, Smith GS. Assessing substance abuse treatment need: a statewide hospital emergency department study. *Ann Emerg Med.* 2003; 41: 802-13.
- 20-Montoya ID, McCann DJ. Drugs of abuse: management of intoxication and antidotes. *EXS.* 2010;100:519-41.
- 21-Santos MESB, Amor JA, Del-Ben MC, Zuardi AW. Psychiatric emergency service in a school general hospital: a prospective study. *Rev Saúde Pública.* 2000; 34(5):468-74.
- 22-Breton AR, Taira DA, Burns E, O'Leary J, Chung RS. Follow-up services after an emergency department visit for substance abuse. *Am J Manag Care.* 2007;13(9):497-505.
- 23-Ernst CL, Bird SA, Goldberg JF, Ghaemi SN. The prescription of psychotropic medications for patients discharged from a psychiatric emergency service. *J Clin Psychiatry.* 2006;67(5): 720-6.
- 24-Ritsher JB, Moos RH, Finney JW. Relationship of treatment orientation and continuing care to remission among substance abuse patients. *Psychiatr Serv.* 2002; 53(5): 595-601.
- 25-Favaro C. Unidade básica de saúde e atenção primária. In: Diehl A, Cordeiro DC, Laranjeira R. Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas. 1.ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- 26-Ribeiro M. Services organization for the treatment of alcohol dependence. *Rev Bras Psiquiatr.* 2004; 26(Supl I): 59-62.
- 27-Vigitel Brasil 2011. Vigilância de fatores de risco para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília. 2012. [Cited 2012 Sep 09] Available from URL: http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2012/Ago/22/vigitel_2011_final_0812.pdf
- 28-Katz A, Goldberg D, Smith J, Trick WE. Tobacco, alcohol and drug use among hospital patients: concurrent use and willingness to change. *Journal of Hospital Medicine.*2008;3(5):369-75.
- 29-Alati R, Kinner S, Najman JM, Fowler G, Watt K, Green D. Gender differences in

- the relationship between alcohol, tobacco and mental health in patients attending an emergency department. *Alcohol & Alcoholism*. 2004;399(5): 463-9.
- 30-Whiteman PJ, Hoffman RS, Goldfrank LR. Alcoholism in the emergency department: an epidemiologic study. *Acad Emerg Med*. 2000;7(1):14-20.
- 31-OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde). Indicadores Básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. Brasília: OPAS; 2002. [Cited 2012 Sep 20] Available from URL:
http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/ind_basicos_2_edicao.pdf
- 32-Opaleye ES, Sanchez ZM, Moura YG, Galduróz JCF, Locatelli DP, Noto AR. The brazilian smoker: a survey in the largest cities of Brazil. *Rev Bras Psiquiatr*. 2012; 34: 43-51.
- 33-Darke S, Ross J, Lynskey M, Teesson M: Attempted suicide among entrants to three treatment modalities for heroin dependence in the Australian Treatment Outcome Study (ATOS): prevalence and risk factors. *Drug Alcohol Depend*. 2004; 73:1-10.
- 34-Landheim AS, Bakken K, Vaglum P. What characterizes substance abusers who commit suicide attempts? Factors related to Axis I disorders and patterns of substance use disorders. *Eur Addict Res*. 2006;12:102-8.
- 35-Botega NJ, Mitsuushi GN, Azevedo RCS, Lima DD, Fanger PC, Mauro MLF, Gaspar KC, Silva VF. Depression, alcohol use disorders and nicotine dependence among patients at a general hospital. *Rev Bras Psiquiatr*. 2010; 32(3):250-6.
- 36-Stefanello S, Cais CFS, Mauro MLF, Freitas GVS, Botega NJ. Gender differences in suicide attempts: preliminary results of the multisite intervention study on suicidal behavior (SUPRE-MISS) from Campinas, Brazil. *Rev Bras Psiquiatr*. 2008; 30(2):139-43.
- 37-Payá R. Terapia familiar. In: Diehl A, Cordeiro DC, Laranjeira R. Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas. 1.ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.p. 319-327.
- 38-Blow FC, Walton MA, Murray R, Cunningham RM, Chermack ST, Barry KL, Ilgen MA, Booth BM. Intervention attendance among emergency department patients with alcohol- and drug-use disorders. *J Stud Alcohol Drugs*. 2010; 71(5):713-19.

- 39-Lambert MT, Lepage JP, Schmitt AL. Five-year outcomes following psychiatric consultation to a tertiary care emergency room. *Am J Psychiatry*. 2003;160:1350-3.
- 40-Avanzi MP, Silva CRG. Diagnósticos mais frequentes em serviço de emergência para adulto em um hospital universitário. *Rev Cienc Med (Campinas)*. 2005;14(2):175-85.

Tabela 1- Comparação dos pacientes com transtornos por uso de SPA e demais pacientes atendidos pela Psiquiatria da UER

Variável	Uso de SPA (n=350)		Sem uso de SPA (n=1115)		p
	N	%	N	%	
Sexo					
Masculino	277	79.1	383	34.3	
Feminino	61	17.4	683	61.2	<0.0001
Dado ausente	12	4.4	49	4.3	
Idade média (em anos)	34,9± 11		37,9 ±14		0.0020
Escolaridade					
≤ Ensino fundamental	104	29.7	210	18.8	
Ensino médio ou superior	109	31.1	312	27.9	0.0326
Dado ausente	137	39.1	593	53.1	
Fonte de encaminhamento (n=1271)					
Espontâneo	137	65.2	732	68.9	
Serviços de emergência	30	14.2	148	13.9	
Trazido pela família	13	6.1	79	7.4	0.0004
SAMU	10	4.7	58	5.4	
Outros serviços	16	7.6	38	3.5	
Medicado na UE (n=329)	95	36.4	234	22.3	< 0.0001
Medicação psiquiátrica na UE (n=286)	83	63.3	203	87.5	< 0.0001
Medicações na UE:					
Benzodiazepínico (n=322)	60	51.7	150	72.8	0.0001
Antipsicótico (n=1145)	29	25.2	111	54.1	<0.0001
Complexo B/Tiamina (n=324)	30	25.4	8	3.8	<0.0001
Prometazina (n=649)	1	0.6	44	9.1	0.0002
Medicações para casa:					
Benzodiazepínico (n=1332)	110	38.8	330	31.4	0.0187
Antipsicótico (n=1332)	27	9.5	184	17.5	0.0011
Complexo B/Tiamina (n=1332)	16	5.6	0	0.0	<0.0001
Antidepressivo (n=1332)	21	7.4	193	18.4	<0.0001
Estabilizador de humor (n=1332)	6	2.1	33	3.1	0.3637
Encaminhamentos					
Rede básica de saúde (n=1386)	19	5.8	311	29.3	< 0.0001
CAPS* (n=1386)	13	3.9	84	7.9	0.0148
CAPS-AD** (n=1386)	25	7.6	10	0.9	< 0.0001
Internação psiquiátrica (n=1387)	25	7.6	65	6.1	0.3228
Internação clínica (n=1386)	10	3.0	0	0.0	< 0.0001
ASPA*** (n=1398)	190	56.3	14	1.3	< 0.0001
Outro ambulatório do HC (n=1395)	53	15.8	308	29	< 0.0001

* Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

** Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD)

*** Ambulatório de Substâncias Psicoativas (ASPA) do HC-UNICAMP

Tabela 2- Motivo de atendimento e perfil diagnóstico dos pacientes com quadros relacionados ao uso de SPA (n=350)

Variável	N	%
Motivo de atendimento		
Queixa psiquiátrica	81	23.1
Desejo de se tratar/internar	73	20.8
Intoxicação	44	12.5
Queixas clínicas relacionadas ao uso de SPA	39	11.1
Abstinência	30	8.5
Queixas clínicas outras/acidentes	21	6.0
Tentativa de suicídio	19	5.4
Demanda da família	16	4.5
Dado ausente	27	7.7
Perfil diagnóstico		
Dependência de múltiplas SPA	135	38.5
Dependência exclusiva de álcool	122	34.8
Dependência exclusiva de cocaína	26	7.4
Dependência exclusiva de crack	17	4.8
Dependência exclusiva de maconha	6	1.7
Abuso de álcool	51	14.5
Abuso de cocaína	34	9.7
Abuso de crack	15	4.2
Abuso de maconha	21	6.0
Abuso de múltiplas SPA	22	6.2
Comorbidade psiquiátrica		
Quadro psicótico	56	16
Quadro depressivo	35	10
Transtorno de Personalidade	16	4.5
Quadro ansioso/pânico	11	3.1
Outros	5	1.4
Episódio Maníaco/hipomaníaco	3	0.8

**Tabela 3- Caracterização dos pacientes com quadros relacionados ao uso de SPA
(n=123)**

Variáveis	N	%
Tabagista	75	60.9
Faltas ao trabalho relacionadas ao uso de SPA	68	55.2
Já dirigiu sob efeito de SPA	51	41.4
Acidentes de trânsito	41	33.3
Problemas legais	32	26.0
Histórico de envolvimento com tráfico	11	8.9
Histórico de prisão	21	17.0
Idas anteriores a UE	80	65.0
Histórico de tentativa de suicídio (TS)	50	40.6
TS na vigência do uso de SPA	30	24.3
TS na abstinência	15	12.1
Internações clínicas	53	43.0
Doenças clínicas relacionadas ao uso de SPA	52	42.2
Trato gastrointestinal	16	13.0
Neurológica	11	8.9
Outras	25	20.3
Rede de apoio social		
Cônjuge	39	31.7
Pais	37	30.0
Irmãos	13	10.5
Ninguém	13	10.5
Amigo	3	2.4
Filhos	2	1.6
Outros	2	1.6
Tratamentos prévios para o transtorno por SPA		
Nenhum tratamento	22	17.8
Uso de medicação psiquiátrica	86	69.9
Ambulatorial	77	62.6
Internação psiquiátrica	39	31.7
Comunidade Terapêutica	31	25.2
Grupo de apoio	30	24.3

Artigo 3

A ser encaminhado para a revista Journal of Substance Abuse Treatment.

Em fase de tradução para o inglês.

Intervenção para pacientes com transtornos por uso de substâncias psicoativas a partir de atendimento psiquiátrico de emergência: seguimento após 30 e 90 dias

Intervention for patients with psychoactive substance use disorders from psychiatric emergency care: follow-up study after 30 and 90 days

AUTORES: Vitoria Mantoan Padilha^I, Renata Cruz Soares de Azevedo^{II}

Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, São Paulo, Brasil

Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria– Faculdade de Ciências Médicas – Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP – 13088-970, Campinas, São Paulo, Brasil

^I - Médica Psiquiatra, Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, Brasil.

^{II} - Médica Psiquiatra, Professora Doutora do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da FCM/Unicamp.

Resumo

Objetivo: Avaliar intervenção realizada a partir do atendimento de emergência, comparando os pacientes com transtornos por uso de substâncias psicoativas (SPA) que compareceram com os que não compareceram à intervenção, quanto aos desfechos redução do SPA e busca de tratamento em 30 e 90 dias, e analisar variáveis associadas aos desfechos. Método: Estudo prospectivo, descritivo e quantitativo, que detectou os pacientes com transtornos por uso de SPA atendidos pela Psiquiatria da Unidade de Emergência Referenciada do HC-UNICAMP no período de maio de 2010 a maio de 2011, convidou esses pacientes a participar do grupo de intervenção (GI) – cujo propósito era aumentar a motivação e facilitar o acesso a tratamento na rede de atenção da região – e realizou seguimento avaliando redução do consumo de SPA e busca de tratamento após 30 e 90

dias, comparando os pacientes do GI com os que não compareceram ao grupo (GNI). Resultados: Houve maior redução do uso de SPA no GI após 30 dias ($p < 0,0001$) e 90 dias ($p < 0,0001$), maior busca por tratamento após 30 dias ($p < 0,0001$) e 90 dias ($p = 0,0026$) e menores taxas de internação em 30 dias ($p < 0,0001$) e 90 dias ($p = 0,0005$). Dependentes de crack tiveram 1,66 vezes mais chance de não reduzir o consumo em 90 dias. Conclusão: o grupo de intervenção se mostrou instrumento eficaz na redução do uso de SPA e na busca de tratamento após 30 e 90 dias.

Abstract

Objective: To evaluate the intervention process performed, starting from emergency care by comparing patients with psychoactive substance use disorders who attended the intervention group (IG) with those who did not attend (NIG), regarding the outcomes, reduction of psychoactive substance use, treatment-seeking within the period of 30 and 90 days and analyze variables associated with the outcomes. Methods: Prospective, descriptive and quantitative study, which detected patients with psychoactive substance use disorders treated at the Psychiatric Emergency Unit HC-UNICAMP from May 2010 to May 2011, these patients were invited to attend the IG - whose purpose was to increase motivation and facilitate access to treatment in the health care network in the region - and conducted follow-up evaluating reduction in psychoactive substances consumption and treatment-seeking after 30 and 90 days by comparing patients that attended in IG with those who did not (NIG). Results: The intervention group had a greater reduction in psychoactive substance use, after 30 days ($p < 0.0001$) and 90 days ($p < 0.0001$), more patients sought treatment after 30 days ($p < 0.0001$) and 90 days ($p = 0.0026$) and there was lower hospitalization rates within 30 days ($p < 0.0001$) and 90 days ($p = 0.0005$). Crack addicts were 1.66 times more likely to not reduce consumption in 90 days. Conclusion: The intervention group proved itself an effective tool in reducing psychoactive substance abuse and promoting treatment-seeking after 30 and 90 days.

Introdução:

Para a maioria dos pacientes usuários e dependentes de substâncias psicoativas, (SPA), a Unidade de Emergência (UE) é o único provedor de cuidados médicos (Brubacher et al, 2008). Estudos internacionais mostram prevalência de abuso ou dependência de SPA em aproximadamente 20% dos pacientes que procuram as UE (Brubacher et al, 2008, Helmkamp et al, 2003, Hungerford et al, 2000, Hungerford et al, 2003) e 30% entre aqueles que são atendidos na emergência psiquiátrica (Larkin et al, 2005). A tendência é de aumento crescente nas admissões emergenciais por transtornos relacionados a uso de SPA, principalmente em relação a SPA ilícitas: de 1995 até 2005 houve aumento de 0,65% para 3,7% (Cherpitel & Ye, 2008). Em 2007, 12,5% de todos os atendimentos feitos na emergência foram devido a transtornos por uso de SPA, e 41% desses atendimentos resultaram em admissão hospitalar, um índice 2,5 vezes maior que todas as outras condições médicas (Owens et al, 2010).

Ao procurar um serviço de emergência, os pacientes com transtornos por uso de SPA provavelmente encontram-se mais permeáveis à intervenção. Desse modo, escutar a queixa, ter empatia com as dificuldades do paciente e oferecer alternativas tornam-se imprescindíveis na aderência ao tratamento (Claudino & Gonçalves, 2006). Em estudo conduzido por Hungerford e colaboradores (2003), grande número de pacientes entrevistados na UE relatou que não teriam sido expostos àquelas informações se não tivessem participado da pesquisa (43%). Nesse mesmo estudo, 80,5% relataram que as informações sobre uso de álcool foram úteis, e 70,2% relataram que a UE é um bom local para esse tipo de informação.

Chafetz e colaboradores (1962) foram os primeiros pesquisadores a demonstrar a eficácia de intervenção breve na UE, através da elaboração de um programa que abordava de forma empática os pacientes alcoolistas na emergência: 65% dos pacientes que foram submetidos ao programa procuraram tratamento especializado, comparado com 5% do grupo controle.

Revisão sistemática de 37 estudos aponta que a intervenção breve na UE propiciou redução da morbidade e mortalidade em 12 estudos (38%), assim como redução nos

níveis de gamaglutamiltransferase, redução da pressão arterial, da síndrome fetal alcoólica e traumas. Foi observada diminuição no uso de álcool em 29 estudos (90%) e redução de visitas a UE e hospitalizações em 4 estudos (13%)(D'Onofrio & Degutis, 2002).

No entanto, algumas barreiras foram apontadas pelos profissionais para a realização de triagem e aconselhamento aos pacientes nas UE: falta de tempo (Hungerford et al, 2000, Jayaram & Triplett, 2008, Nordqvist et al, 2004, Segatto et al, 2007, Stange et al, 1998, Wallace, 2001); demora no atendimento (Jayaram & Triplett, 2008); formação acadêmica insuficiente dos profissionais de saúde que trabalham nas UE, quanto à abordagem de problemas ocasionados pelo uso de substâncias (Barros et al, 2010, Havard et al, 2008, Segatto et al, 2007); medo de incomodar os pacientes com um assunto sobre SPA (Hungerford et al, 2000, Segatto et al, 2007); ausência de relação terapêutica e relação precária com a equipe para a qual o paciente será encaminhado (Barros et al, 2010, Jayaram & Triplett, 2008).

Sabe-se que a taxa de dependentes químicos que aderem ao tratamento é menor que 50% (Carr et al, 2008). Estudos demonstraram barreiras associadas com a baixa taxa de busca e adesão dos pacientes dependentes químicos no tratamento (Xu et al, 2006). Essas barreiras podem ser internas ou externas (Allen, 1994). Barreiras internas incluem a dificuldade em reconhecer o problema, medo da reação das outras pessoas, do estigma e ignorância sobre o tratamento (Allen, 1995). As principais barreiras externas são a demora no atendimento, disponibilidade precária de tratamento e dificuldade de acesso (Rapp et al, 2006). A demora na admissão ao tratamento está associada com o aumento do abandono. Usuários que demoram para iniciar o tratamento estão mais propensos a complicações de saúde como overdoses e exposição a doenças sexualmente transmissíveis (Carr et al, 2008).

A literatura menciona vários estudos sobre intervenção na UE para pacientes com transtornos por uso de álcool com resultados positivos (Aseltine, 2010, Babor & Higgins-Biddle, 2000, Brown et al, 2007, Daepfen et al, 2007, D'Onofrio & Degutis, 2002, Havard et al, 2008, Hungerford et al, 2000, Leontieva et al, 2009, Longabaugh et al, 2001, Pal et al, 2007, Rockett et al, 2003, Wright et al, 1998), mas poucos estudos foram

feitos neste contexto com pacientes portadores de transtornos por uso de outras substâncias (Blow et al, 2010, Carroll et al, 2006, McKay et al, 2005). Além disso, na maioria dos estudos, a intervenção ocorre dentro do serviço de emergência, que embora seja um local propício, conta com as dificuldades de aplicação inerentes ao contexto da UE. A demora no atendimento desses pacientes acarreta considerável agravamento do quadro, e, mesmo considerando as dificuldades, a grande demanda de pacientes com transtornos por uso de SPA nas UE faz desses locais peças-chave na detecção e abordagem precoce (Barros et al, 2010, Cordeiro & Baldaçara, 2011). É necessário ampliar as possibilidades de oferta de tratamento à população com transtornos por uso de SPA, num momento em que se encontram particularmente receptivos – o atendimento de emergência – a se vincularem em um tratamento para o abuso/dependência da substância. Considerando as dificuldades quanto à abordagem do uso de álcool e outras drogas, foi proposto um modelo de intervenção em que o paciente é detectado a partir do atendimento da emergência e convidado para abordagem em curto prazo, visando à facilitação do seu acesso e vinculação a tratamento.

Objetivo

Avaliar intervenção realizada a partir do atendimento de emergência, comparando os pacientes com transtornos por uso de SPA que compareceram com os que não compareceram à intervenção, quanto aos desfechos redução do uso de SPA e busca de tratamento em 30 e 90 dias, e analisar variáveis associadas aos desfechos.

Método

Estudo prospectivo, descritivo e quantitativo, que detectou os pacientes com transtornos por uso de SPA atendidos pela Psiquiatria da Unidade de Emergência Referenciada (UER) do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (HC-UNICAMP) no período de maio de 2010 a maio de 2011. Os pacientes detectados receberam um convite para participar do grupo de intervenção (GI), que ocorria em até 7 dias após a visita à UER. Foi realizado seguimento avaliando se houve redução do consumo de SPA e busca de tratamento após 30 e 90 dias, comparando os pacientes que receberam e os que não receberam a intervenção.

O estudo dividiu-se em 2 fases:

Fase 1: descrição dos pacientes atendidos pela psiquiatria da UER com transtornos relacionados a uso de SPA no período de maio de 2010 a maio de 2011;

Fase 2: seguimento longitudinal de 30 e 90 dias dos pacientes com transtornos por uso de SPA, comparando os pacientes que compareceram ao grupo de intervenção (GI) com os que não compareceram (GNI).

Sujeitos

Critérios de inclusão:

- pacientes maiores de 18 anos, de ambos os sexos, atendidos pelo serviço de Psiquiatria da UER durante o período de maio de 2010 a maio de 2011 com transtornos relacionados ao uso de SPA, e que possuíam contato telefônico que possibilitasse o seguimento em 30 e 90 dias.

Critérios de exclusão:

- pacientes que não possuíam nenhum contato telefônico viável para a realização do seguimento na fase 2.

Local da Pesquisa

Fase 1: Os dados sócio demográficos foram colhidos a partir das fichas de atendimento dos pacientes atendidos pelo serviço de Psiquiatria da UER do HC-UNICAMP. A UER do HC-UNICAMP presta atendimento de alta complexidade para a cidade de Campinas e região, abrangendo uma população de cerca de 5.000.000 de habitantes. O principal objetivo da UER é o atendimento especializado de urgência e emergência. O encaminhamento à UER é feito principalmente através de contato telefônico pelos sistemas de resgate do Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) ou pela Central Reguladora de Vagas da Direção Regional de Saúde e municípios da região. Também são atendidos pacientes por demanda espontânea, neste caso respeitando-se o critério de gravidade na ordem dos atendimentos. Os pacientes passam por uma triagem da enfermagem prévia ao atendimento

médico, em que os pacientes graves têm prioridade no atendimento. Apenas os atendimentos da Ortopedia e da Psiquiatria não passam por esta triagem, sendo os pacientes atendidos diretamente pela especialidade. O atendimento psiquiátrico é feito por médicos do Programa de Residência Médica em Psiquiatria, acompanhados por alunos da medicina e supervisionados *in loco* por um supervisor psiquiatra, todos os dias da semana, 24 horas por dia.

Fase 2: Todos os pacientes com transtornos relacionados ao uso de SPA atendidos pela Psiquiatria da UER receberam do médico que os atendeu um convite impresso para participar do grupo de intervenção (GI) que ocorria em até 7 dias após o atendimento na emergência. Os pacientes foram também encaminhados para serviços de tratamento para transtornos por SPA, disponíveis na rede pública, conforme rotina padrão da Psiquiatria da UER.

O grupo de intervenção (GI) ocorreu semanalmente, fazendo parte da programação do Ambulatório de Substâncias Psicoativas (ASPA) do HC-UNICAMP. Seu principal objetivo foi atuar como ponte entre o atendimento feito pela Psiquiatria da UER e o tratamento em dependência química disponível na rede, a fim de que os pacientes com transtornos por uso de SPA atendidos na emergência buscassem e não abandonassem o tratamento. No momento do grupo, os pacientes foram avaliados por um médico psiquiatra, que utilizou ficha de atendimento padronizada composta por anamnese clínica e psiquiátrica, informações do atendimento na UER, levantamento da prescrição de medicamentos, local de encaminhamento, se o paciente estava usando a medicação prescrita e se tinha ido ao local para onde foi encaminhado pela equipe da UER. Os casos foram discutidos com supervisor docente do ASPA, visando avaliar a presença de comorbidades psiquiátricas, adequar a prescrição medicamentosa quando necessário e indicar o melhor tipo de atendimento e local para cada paciente, dentro dos serviços para dependência química disponíveis na rede de Campinas e região. Todo paciente saía com consulta marcada no local da rede pública mais adequado possível quanto a gravidade do quadro e proximidade de sua casa, além de prescrição de medicamentos até a data da consulta. Os pacientes foram orientados quanto às consequências negativas do uso de SPA, foi reforçada a importância da busca e adesão ao tratamento e procurou-se detectar possíveis resistências a este. Todo o

atendimento foi pautado em uma abordagem empática, respeitando-se os princípios da Entrevista Motivacional (Miller & Rollnick, 2001). Dependendo da demanda da semana, os pacientes eram avaliados em grupo ou individualmente, e quando acompanhado de familiar, o mesmo também era orientado.

Instrumentos

Fase 1: De todos os pacientes atendidos pela Psiquiatria da UER com transtornos por uso de SPA foram colhidos das fichas de atendimento os seguintes dados: nome, matrícula, sexo, procedência, idade, estado civil, cor da pele, escolaridade, profissão, ocupação, com quem mora, religião, motivo da consulta na UER, quem encaminhou para a UER, hipótese diagnóstica, se foi prescrito medicação clínica, se foram prescritas medicações psicotrópicas e quais, se foi necessário contenção mecânica, encaminhamentos realizados e prescrição para casa, padrão de uso de SPA, presença de diagnóstico de uso, abuso ou dependência de SPA, tabagismo, presença e tipo de comorbidade psiquiátrica, histórico de tentativa de suicídio (TS), histórico de problemas legais, idas anteriores a serviços de emergência, histórico de internações clínicas, histórico de tratamento ambulatorial, inserção em grupos de apoio, tratamento em comunidades terapêuticas, internações psiquiátricas prévias e uso de medicações psiquiátricas para tratamento da dependência.

Fase 2: Após 30 e 90 dias, todos os pacientes com transtornos relacionados ao uso de SPA atendidos na Psiquiatria da UER no período do estudo foram contactados por telefone e aos mesmos foi aplicada uma ficha de avaliação, constando de perguntas referentes à busca de tratamento e mudança no padrão de consumo de SPA. Foi perguntado se o paciente estava inserido em algum tratamento para o transtorno por uso de SPA, se havia sido internado naquele período, se havia retornado a algum serviço de emergência, se o paciente sentia-se melhor, pior ou igual e se houve mudança no padrão de consumo de SPA (se houve aumento, redução ou manutenção do padrão de uso).

Análises dos dados

Cálculo amostral: o cálculo da amostra foi obtido a partir do piloto do estudo, com 90 dias de coleta. Usando o cálculo de Fleiss, com correção de continuidade, chegou-se a n=109 no grupo GI e n=218 no grupo GNI.

Para identificar fatores associados aos desfechos foi utilizada a análise de regressão de Cox univariada e múltipla. O processo de seleção de variáveis empregado foi o *Stepwise*. O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi 5%.

Procedimentos

De maio de 2010 a maio de 2011, todos os pacientes com transtornos por uso de SPA atendidos pela Psiquiatria da UER, mediante acordo prévio com a equipe de Psiquiatria da UER, receberam convite impresso, que foi disponibilizado na sala de atendimento médico, para que o plantonista (residente da Psiquiatria ou psiquiatra assistente) entregasse para o paciente ao término da consulta. Neste impresso, os pacientes com transtornos por uso de álcool e outras drogas atendidos na UER eram convidados a comparecerem ao ASPA para participar do grupo de intervenção e disponibilizava o telefone do ambulatório. No impresso constavam os seguintes dizeres: *“CONVITE: Você foi atendido na Unidade de Emergência Referenciada do HC da Unicamp em função de problemas relacionados ao uso de álcool ou outras drogas. Convidamos você a comparecer ao Ambulatório de Substâncias Psicoativas no 2º andar do HC, na próxima 4ª feira às 7h30 para atendimento com Dra Vitória. Contamos com a sua presença. Até lá!”*

As fichas de atendimento da UER desses pacientes foram recolhidas e fotocopiadas pela pesquisadora, de onde foram extraídos os dados sócio demográficos e o contato telefônico. Foram analisados todos os motivos descritos no início do atendimento e as hipóteses diagnósticas definidas pelo médico ao final do atendimento. Na fase piloto foram definidos agrupamentos dos motivos e das hipóteses diagnósticas, padronizando dessa forma a coleta para a construção do banco de dados. Definiu-se queixas psiquiátricas sintomas outros que não o consumo de SPA, como insônia, ansiedade, humor deprimido, ou qualquer outro sintoma de ordem psíquica. Do mesmo modo, foram padronizadas as

categorias relacionadas à fonte de encaminhamento, prescrição de medicamentos e encaminhamentos realizados.

Após 30 e 90 dias do atendimento na UER, todos os pacientes, incluindo os que compareceram ao grupo de intervenção (GI) e os que não compareceram (GNI), receberam contato telefônico, e foram questionados quanto à busca de tratamento e padrão de uso de SPA. O contato foi feito com o próprio paciente, ou com algum familiar disponível no momento, que soubesse fornecer as informações.

O projeto de pesquisa foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa da FCM-UNICAMP (n° 269/2010).

Resultados

No período de 25 de maio de 2010 a 31 de maio de 2011, houve 70.137 atendimentos na UER do HC-UNICAMP, ou seja, 189 atendimentos por dia em média. Destes, 1.835 (2,6%) foram atendimentos pela Psiquiatria, correspondendo a 1.465 pacientes, ou 5 atendimentos ao dia em média. Dentre estes pacientes, 358 pacientes foram atendidos por quadros relacionados ao uso de SPA. Excluindo os menores de 18 anos, 350 pacientes (23,8% do total de atendidos pela Psiquiatria) foram estudados.

Houve tendência de aumento nos atendimentos de pacientes com quadros relacionados ao uso de SPA durante o estudo, quando comparado o 1º semestre da coleta de dados do estudo (n=157 pacientes) com o 2º semestre (n=188 pacientes) (p=0.05).

Entre os pacientes com transtornos por uso de SPA, 123 (35,1%) compareceram ao grupo de intervenção (GI) e 227 (64,8%) não compareceram (GNI). Não houve nenhuma recusa de paciente, quanto aos termos do consentimento livre e esclarecido.

As taxas de perdas (nenhum contato no seguimento de 30 e/ou 90 dias) foram 10,5% (n=13) no GI e 37,4% (n=85) no GNI.

A Tabela 1 mostra o perfil sócio demográfico dos pacientes dos grupos GI e GNI.

INSERT TABLE 1 HERE

A taxa de dados ausentes variou de 4,8% para faixa etária a 46,8% para religião.

A Tabela 2 apresenta os dados clínicos dos pacientes dos grupos GI e GNI, a saber: motivo do atendimento na Psiquiatria da UER, diagnóstico relacionado ao uso de SPA, tabagismo, presença de comorbidades psiquiátricas, histórico de tentativas de suicídio e histórico de problemas legais.

INSERT TABLE 2 HERE

A Tabela 3 mostra os desfechos em 30 e 90 dias dos pacientes nos grupos 1 e 2.

INSERT TABLE 3 HERE

A análise univariada mostrou que as variáveis relacionadas à maior redução do uso em 30 dias foram estado civil casado/amasiado ($p=0,0482$), cor branca ($p=0,0318$) e cor parda ($p=0,0318$). Ter problemas legais esteve associado à menor redução em 30 dias ($p<0,0001$).

A variável relacionada à maior redução do uso em 90 dias foi ter escolaridade superior ($p=0,0490$). As variáveis relacionadas a menores taxas de redução do uso em 90 dias foram: dependência de cocaína ($p=0,0451$), dependência de crack ($p=0,0099$), dependência de maconha ($p=0,0250$), dependência de múltiplas SPA ($p=0,0324$), comorbidade psiquiátrica ($p=0,0206$), histórico de internação psiquiátrica ($p=0,0313$), histórico de tentativa de suicídio ($p=0,0339$) e tabagismo ($p=0,0372$). O desfecho internação em 30 e 90 dias esteve significativamente mais associado ao diagnóstico de dependência de múltiplas SPA (30 dias: $p=0,0379$; 90 dias: $p=0,0368$).

Em relação à análise multivariada (regressão de Cox), a dependência de crack teve 1,66 vezes mais chance de não reduzir o consumo de SPA em 90 dias ($p=0,0412$; IC 95%; 1.020;2.702).

Na análise multivariada, ter recebido o grupo de intervenção resultou em redução do uso de SPA em 90 dias (risco 2.424; IC95% 1.244;4.725, $p=0,0093$).

Discussão

O presente estudo avaliou os resultados de uma intervenção realizada a partir do serviço de emergência, realizada em até 7 dias do atendimento, para pacientes com transtornos por uso de SPA. O modelo proposto de intervenção procurou atuar como ponte entre o serviço de emergência e o atendimento na rede pública de Campinas e região, visando ser um facilitador no acesso e na motivação do paciente para busca por tratamento, e apontou resultados relevantes.

Em relação ao perfil sócio demográfico, os pacientes atendidos com transtornos por uso de SPA foram em sua maioria homens, com idade média de 35 anos, características compatíveis com os dados da literatura (Brubacher et al, 2008, Curran et al, 2008, Owens et al, 2010, Rockett et al, 2003). O perfil sócio demográfico dos pacientes que compareceram ao grupo de intervenção (GI) e dos pacientes que não compareceram (GNI) foi semelhante, diferindo apenas na idade (cerca de 3 anos mais velhos no GI) e na cor (ligeiro predomínio de brancos no GNI). Em estudo de seguimento de 3 meses com pacientes com problemas com álcool (Leontieva et al, 2009), entre os pacientes que completaram o seguimento havia mais mulheres, menos casados, menos tabagistas e com maior escolaridade. Outro estudo envolvendo usuários de álcool e drogas, os que compareceram ao seguimento eram menos casados e desempregados (Blow et al, 2010). Tais diferenças não foram encontradas no presente estudo.

Quanto ao perfil clínico e histórico de tratamentos prévios, observamos algumas características particulares entre os pacientes que compareceram ao grupo de intervenção (GI) quando comparados com os que não compareceram (GNI). Quanto ao diagnóstico, no GI houve predomínio de pacientes com diagnóstico de dependência de álcool, enquanto que no GNI houve taxas maiores de dependência a crack e de abuso de cocaína. O GI apresentou taxas menores de comorbidades psiquiátricas e problemas legais do que no GNI. Em relação a tratamentos prévios, o histórico de internações psiquiátricas foi maior no grupo GNI. Quanto às demais modalidades de tratamento prévio, não houve diferenças entre os grupos GI e GNI. Esses dados sugerem que os pacientes que não compareceram ao grupo de intervenção (GNI) provavelmente constituíam um grupo de pacientes mais graves do que os que compareceram (GI). Em relação ao motivo de atendimento, no grupo GI

houve taxas maiores de síndrome de abstinência do que no grupo GNI, provavelmente devido ao predomínio de dependentes de álcool, enquanto que no GNI houve taxas maiores de queixas psiquiátricas outras que não o uso de SPA, intoxicação e de ter sido trazido pela família do que no GI. Essa diferença reforça a hipótese de que os pacientes do grupo GNI possivelmente tinham quadros mais graves, sendo mais dependentes da família e talvez com menor nível de autonomia do que os pacientes do grupo GI. Este dado indica a necessidade de criação de estratégias mais direcionadas a este subgrupo de pacientes, que provavelmente necessitam de intervenções diferenciadas.

Quanto aos desfechos, houve diferença significativa na redução do uso de SPA após 30 dias, que se manteve após 90 dias entre os pacientes que compareceram ao grupo de intervenção. Estudo realizado na Inglaterra (Wright et al, 1998), que avaliou a intervenção breve realizada na UE em 202 pacientes com transtornos por uso de álcool, a redução do uso de álcool após 6 meses foi estatisticamente significativa, com uma redução média de 43%. Estudo de seguimento de 3 meses realizado na Índia com 90 pacientes (Pal et al, 2007) mostrou que houve significativa redução na gravidade da dependência e melhora na qualidade de vida nos pacientes que receberam duas sessões de intervenção breve. Revisão de 30 estudos de intervenção em pacientes com problemas relacionados a álcool atendidos em UE (Harvard et al, 2008) mostrou que não houve significativa redução subsequente do uso de álcool, mas a taxa de problemas relacionados ao uso teve declínio significativo (OR=0,59).

No presente estudo, os pacientes que compareceram ao grupo de intervenção tiveram taxas maiores de busca por tratamento após 30 e 90 dias. Estudo que avaliou a intervenção breve como técnica para aumentar a adesão ao tratamento em dependência química (Carroll et al, 2006), após 30 dias a taxa de adesão foi de 84% nos pacientes submetidos à intervenção breve e 75% nos pacientes submetidos ao procedimento padrão, sendo que os pacientes com transtornos por uso de álcool tiveram resultados consistentes após 90 dias, o que não foi observado nos usuários de outras SPA.

Em relação às taxas de internação, essas foram menores no GI em 30 dias e 90 dias. Revisão sistemática de 37 estudos sobre intervenção breve na UE para pacientes com transtornos relacionados ao álcool mostrou redução de hospitalização em 4 estudos

(D'Onofrio & Degutis, 2002).

Em nosso estudo, as variáveis que estiveram relacionadas a menores taxas de redução do uso em 90 dias foram dependência de cocaína, dependência de crack, dependência de maconha, dependência de múltiplas SPA, comorbidade psiquiátrica, histórico de internação psiquiátrica, histórico de tentativa de suicídio e tabagismo. O desfecho internação em 30 e 90 dias esteve significativamente mais associado ao diagnóstico de dependência de múltiplas SPA. Tais dados indicam a necessidade de inclusão de modelos de tratamento específicos, que contemplem as necessidades de cada subgrupo.

Na análise multivariada, ser dependente de crack teve 1,66 vezes mais chance de não reduzir o consumo de SPA em 90 dias. O crack é considerado uma droga com efeitos potencialmente mais graves quando comparada com as demais SPA. Possui risco duas vezes maior de dependência que usuários de cocaína inalada, e risco ainda maior quando há associação de cocaína, maconha e álcool (Chen et al, 2004, Marques et al, 2012, Wagner et al, 2007). A taxa de mortalidade dessa população chega a ser 7 vezes superior da população geral, principalmente devido a causa violentas (Ribeiro et al, 2006). Os usuários de crack possuem maior dificuldade em aderir ao tratamento (Ribeiro & Laranjeira, 2010). Em estudo realizado em Nova York (Kleinman et al, 1992), 42% dos usuários de crack que participaram da seleção para a pesquisa não compareceram ao início do tratamento. Consideramos que a estratégia proposta neste estudo mostrou-se pouco efetiva para esta população em particular.

Em nosso estudo, o único desfecho em que não houve diferença entre os dois grupos foi a procura por atendimento de emergência em 30 e 90 dias. Em estudo que avaliou pacientes com comorbidade psiquiátrica e transtornos por uso de SPA durante 4 anos, (Curran et al, 2008) o grupo de pacientes com diagnóstico primário de transtornos por uso de SPA teve 2,5 visitas a UE, enquanto os pacientes com comorbidade psiquiátrica tiveram 5,2 visitas. É possível que o tempo de seguimento tenha sido insuficiente para a avaliação deste desfecho.

Neste estudo, as variáveis sócio demográficas relacionadas à maior redução do uso em 30 dias foram estado civil casado/amasiado, cor branca e parda e em 90 dias foi ter

escolaridade superior, dado também observado em outro estudo (Leontieva et al, 2009). Estudo que avaliou a presença de união estável como fator de proteção entre pacientes com transtornos por uso de cocaína e heroína, mostrou que entre os pacientes casados/amasiados, a redução do uso foi maior durante todo o período do estudo (35 semanas), comparado com pacientes sem união estável (Heinz et al, 2009). Estudo realizado nos Estados Unidos, que buscou agrupar os pacientes atendidos na UE conforme a gravidade do uso de SPA, mostrou associação entre funcionamento social pobre e maior nível de gravidade do transtorno por uso de SPA. (Blow et al, 2011) Em nosso estudo, ter problemas legais esteve associado à menor redução do uso em 30 dias. Estudo realizado anteriormente com os pacientes atendidos no ASPA e em um CAPS-AD de Campinas (Oliveira, 2010) apontou que 40,4% da população atendida tinha histórico de comportamento criminoso, estando este significativamente associado com dependência de múltiplas SPA, Transtorno de Personalidade Antissocial e histórico de uso de solventes.

É importante apontar algumas limitações deste estudo. A primeira delas refere-se à alta taxa de dados ausentes, notadamente nas variáveis sócio demográficas, provavelmente consideradas menos imprescindíveis quando comparadas aos dados clínicos, fundamentais à tomada de decisões no contexto da emergência. Esta dificuldade tem sido apontada em outros estudos realizados em serviços de emergência (Avanzi, 2005, Breton et al, 2007, Lambert et al, 2003, Soares, 1995).

Outra limitação foi o fato de não ter havido uma aleatorização dos pacientes, sendo que a escolha metodológica foi por oferecer o GI a toda a população estudada. Embora esta opção possa ser justificada eticamente e tenha permitido uma observação mais naturalística das subpopulações que aceitaram o convite ao GI, indica parcimônia na análise dos resultados uma vez que os usuários que não compareceram ao grupo (GNI) compuseram um subgrupo de maior gravidade, o que indica que esta estratégia pode não se mostrar exitosa em pacientes diferentes do que os que compuseram o GI.

Outra limitação foi a taxa de perdas durante o seguimento, problema também observado em outros estudos (Brown et al, 2007, Hungerford et al, 2000, Leontieva, 2009, McKay et al, 2005, Monti et al, 1999, Rocket et al, 2003, Wright et al, 1998), atribuído em parte ao caráter naturalmente itinerante da população que procura o serviço de emergência,

particularmente, entre usuários de SPA (Aseltine, 2010). Em estudo conduzido na Inglaterra (Wright et al, 1998), a taxa de perdas durante o seguimento chegou a 46,5%. Em estudo realizado nos Estados Unidos (Hungerford et al, 2000), os pacientes que terminaram o seguimento não foram representativos do total (27,7%). Em outro estudo conduzido nos Estados Unidos (Aseltine, 2010), do total de pacientes acompanhados, 63% completaram o seguimento em 3 meses, 52% completaram em 6 meses e apenas 38% finalizaram os 12 meses do estudo. Em estudo realizado nos Estados Unidos (Rockett et al, 2003), 79,5% completaram o estudo, 15,6% recusaram e 4,9% participaram parcialmente.

Apesar dessas limitações, o estudo mostrou dados consistentes de redução do uso de SPA e de busca de tratamento entre os pacientes que frequentaram o grupo de intervenção. O fato da intervenção não ter sido feita propriamente na UE e sim em ambiente próprio, no ambulatório especializado, tornou-se perfeitamente viável, fazendo parte atualmente da rotina dos dois serviços. Alguns estudos conduzidos na emergência foram realizados com equipe especializada para a intervenção, o que eleva os custos e dificulta consideravelmente a sua implementação na rotina (D'Onofrio & Degutis, 2002, Hungerford et al, 2003, Wright et al, 1998).

Estudo que analisou quais quesitos da intervenção breve realizada em serviço de emergência foram mais determinantes no seguimento de 3 meses, mostrou que a realização de encaminhamento foi a conduta mais associada à redução do consumo de álcool, seguida do estabelecimento de meta durante a intervenção breve (Leontieva et al, 2009). No entanto, surpreendentemente, apenas 2% desses pacientes receberam encaminhamento. Estudo que analisou o agendamento no tratamento após atendimento na UE de usuários de SPA (Breton et al, 2007), apontou que somente 13% recebeu agendamento nos 14 dias seguintes em serviço especializado. Em nosso estudo, os pacientes foram atendidos no máximo 7 dias após o atendimento da emergência, e uma das maiores preocupações no grupo de intervenção era garantir o acompanhamento dos pacientes. Estudo que avaliou a relação entre o tempo de espera para o início do tratamento e a retenção no tratamento (Hoffman et al, 2011), mostrou relação inversa entre a demora para o início e retenção: enquanto 37,1% dos pacientes atendidos em 30 dias tiveram retenção no tratamento, medido como a frequência em pelo menos 4 sessões, entre aqueles atendidos em 10 dias o

índice de retenção foi de 61,7%. Estudos vêm mostrando a necessidade de abordar os pacientes usuários de SPA atendidos na UE com queixas clínicas primárias quanto ao seguimento em serviço especializado em transtornos por SPA, ressaltando ser o atendimento de emergência um momento crucial para que essa ponte seja feita e que o agendamento seja facilitado (Blow et al, 2011, Fortney et al, 2010).

Vale ressaltar que em nosso estudo, mesmo os pacientes que não compareceram ao grupo de intervenção tiveram taxas consideráveis de redução do uso de SPA em 30 e 90 dias (39% e 47%, respectivamente), assim como na busca por tratamento em 30 e 90 dias (41,5% e 49,1%, respectivamente). Esses dados sugerem que o atendimento na emergência por si já se constitui um fator facilitador para a mudança de comportamento, dado mostrado em outros estudos (Blow et al, 2011, Daepfen et al, 2007). Questiona-se se a entrega do convite impresso e/ou o contato telefônico no seguimento também tenham contribuído para essas taxas. Estudos anteriores mostraram que intervenções fracionadas se mostraram eficazes. Estudo que avaliou o impacto da intervenção breve realizada em UE após 3, 6 e 12 meses de seguimento, mostrou que após 3 meses houve significativa redução no consumo de álcool, mas essa redução não se manteve no 6º e 12º mês, o que fez os autores sugerirem a realização de intervenções fracionadas em múltiplos contatos (Aseltine, 2010).

Os resultados positivos mantidos após 90 dias mostraram que o grupo de intervenção proposto neste estudo se mostrou eficaz e viável, e incentivam a elaboração de novas pesquisas nesta área, visando à ampliação da rede de atenção aos pacientes com transtornos por uso de SPA e uma melhor interligação entre os serviços disponíveis, particularmente incluindo os serviços de emergências. O aumento do uso de SPA na população geral e o aumento da demanda dessa população nos serviços de emergência mostram que medidas urgentes devem ser tomadas para melhorar a oferta de tratamento a esses pacientes.

Conclusão

Os resultados desse estudo mostram que no seguimento de 30 e 90 dias, os pacientes do grupo GI tiveram maior redução do uso de SPA e maior busca de tratamento do que os pacientes do grupo GNI. Não houve diferença no seguimento quanto a atendimentos de emergência em ambos os grupos. Os pacientes que compareceram ao grupo de intervenção

(GI) eram mais velhos, tinham maiores taxas de dependência de álcool, menores índices de comorbidades psiquiátricas, menos problemas legais e menos histórico de internação psiquiátrica do que os pacientes que não compareceram ao grupo (GNI). Ser dependente de crack esteve associado a aumento do risco de não reduzir o uso de SPA em 90 dias.

Referências

Allen, K. (1994). Development of an instrument to identify barriers to treatment for addicted women, from their perspective. *International Journal of Addictions*. 29(4):429–44.

Allen, K. (1995). Barriers to treatment for addicted African-American women. *Journal of the American Medical Association*. 87:751–6.

Aseltine, R.H. (2010). The impact of screening, brief intervention and referral for treatment in Emergency Department patients' alcohol use: a 3-,6- and 12-month follow-up. *Alcohol and Alcoholism*. 45(6): 514-9.

Avanzi, M.P. & Silva, C.R.G. (2005). Diagnósticos mais frequentes em serviço de emergência para adulto em um hospital universitário. *Rev Cienc Med (Campinas)*. 14(2):175-85.

Babor, T.F. & Higgins-Biddle, J.C. (2000). Alcohol screening and brief intervention: dissemination strategies for medical practice and public health. *Addiction*. 95(5), 677-86.

Barros, R.E.M., Tung, T.C. & Mari, J.J. (2010). Psychiatric emergency services and their relationships with the mental health network in Brazil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 32 (Supl II), p.71-7.

Blow, F.C., Walton, M.A., Murray, R., Cunningham, R.M., Chermack, S.T., Barry, K.L., Ilgen, M.A. & Booth, B.M. (2010). Intervention attendance among Emergency Department patients with alcohol- and drug-use disorders. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*. 71(50):713-719.

Blow, F.C., Walton, M.A., Barry, K.L., Murray, R.L., Cunningham, R.M., Lynn, S.M., Chermack, S.T. & Booth, B.M. (2011). Alcohol and drug use among patients presenting to an inner-city emergency department: a latent class analysis. *Addict Behav*. 36(8): 793-800.

Breton, A.R., Taira, D.A., Burns, E., O'Leary, J. & Chung, R.S. (2007). Follow-up services after an emergency department visit for substance abuse. *Am J Manag Care*. 13(9):497-505.

Brown, R.L., Saunders, L.A., Bobula, J.A., Mundt, M.P. & Koch, P.E. (2007). Randomized-controlled trial of a telephone and mail intervention for alcohol use disorders: three-month drinking outcomes. *Alcohol Clin Exp Res*. 31(8): 1372-9.

Brubacher, J.R., Mabie, A., Ngo, M., Abu-Laban, R.B., Buchanan, J., Shenton, T. & Pursell, R. (2008). Substance-related problems in patients visiting an urban Canadian emergency department. *CJEM*.10(3):198-204.

Carr, C.J.A., Xu, J., Redko, C., Lane, D.T., Rapp, R.C., Goris, J. et al. (2008) Individual and system influences on waiting time for substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 34:192-201.

Carroll, K.M., Ball, S.A., Nich, C., Martino, S., Frankforter, T.L., Farentinos, C. et al. (2006). Motivational interviewing to improve treatment engagement and outcome in individuals seeking treatment for substance abuse: a multisite effectiveness study. *Drug Alcohol Depend*. 81(3):301-12.

Cherpitel, C.J. & Ye, Y. (2008). Trends in alcohol- and drug-related ED and primary care visits: data from three U.S. National Surveys (1995-2005). *Am J Drug Alcohol Abuse*. 34(5): 576-83.

Chafetz, M.E., Blane, H.T., Abrams, H.S., Golner, J., Lacy, E., McCourt, W.F. et al. (1962) Establishing treatment relations with alcoholics. *J Nerv Ment Dis*. 134:395-409.

Chen, C.Y. & Anthony, J.C. (2004). Epidemiological estimates of risk in the process of becoming dependent upon cocaine: cocaine hydrochloride powder versus crack cocaine. *Psychopharmacology (Berl)*. 172:78-86.

Cordeiro, D.C. & Baldaçara, L.R. (2011). Pronto-Socorro. In: Diehl, A., Cordeiro, D.C. & Laranjeira, R. (org). *Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas*. Porto Alegre: Artmed.

Claudino, A.D. & Gonçalves E. (2006) Situações relacionadas ao uso de substâncias na emergência psiquiátrica. In: Silveira DX, Moreira FG. *Panorama Atual de Drogas e Dependências*. São Paulo: Atheneu. p.192-5.

Curran, G.M., Sullivan, G., Williams, K., Han, X., Allee, E. & Kotrla, K.J. (2008). The association of psychiatric comorbidity and use of the emergency department among persons with substance use disorders: an observational cohort study. *BMC Emergency Medicine*. 8:17. doi: 10.1186/1471-227X-8-17.

Daeppen, J.B., Gaume, J., Bady, P., Yersin, B., Calmes, J.M., Givel, J.C. et al. (2007). Brief alcohol intervention and alcohol assessment do not influence alcohol use in injured patients treated in the emergency department: a randomized controlled clinical trial. *Addiction*.102: 1224-33.

D'Onofrio, G. & Degutis, L.C. (2002) Preventive care in the emergency department: screening and brief intervention for alcohol problems in the emergency department: a systematic review. *Acad Emerg Med*. 9(6): 627-38.

Fortney, J.C., Tripathi, S.P., Walton, M.A., Cunningham, R.M. & Booth, B.M. (2010). Patterns of substance abuse treatment seeking following cocaine-related Emergency Department visits. *Journal of Behavioral Health Services & Research*. 38(2):221-33.

Havard, A., Shakeshaft, A. & Sanson-Fischer, R. (2008). Systematic review and meta-analyses of strategies targeting alcohol problems in emergency departments: interventions reduce alcohol-related injuries. *Addiction*. 103:368-76.

Heinz, A.J., Wu, J., Witkiewitz, K., Epstein, D.H. & Preston, K.L. (2009). Marriage and relationship closeness as predictors of cocaine and heroine use. *Addict Behav*. 34(3): 258-63.

Helmkamp, J.C., Hungerford, D.W., Williams, J.M., Manley, W.G., Furbee, P.M., Horn, K.A. et al. (2003) Screening and brief intervention for alcohol problems among college students treated in a university hospital emergency department. *J Am Coll Health*. 52:7-16.

Hoffman KA, Ford JH, Tillotson CJ & Choi D, McCarty D. (2011). Days to treatment and early retention among patients in treatment for alcohol and drug disorders. *Addict Behav.* 36(6): 643-47.

Hungerford, D.W., Pollock, D.A. & Todd, K.H. (2000). Acceptability of emergency department-based screening and brief intervention for alcohol problems. *Academic Emergency Medicine.* 7(12): 1383-92.

Hungerford, D.W., Williams, J.M., Furbee, P.M., Manley, W.G., Helmkamp, J.C., Horn, K. et al. (2003). Feasibility of screening and intervention for alcohol problems among young adults in the ED. *Am J Emerg Med.* 21:14-22.

Jayaram, G. & Triplett, P. (2008). Quality improvement of psychiatric care: challenges of emergency psychiatry. *Am J Psychiatry.* 165(10):1256-60.

Kleinman, P.H., Kang, S.Y., Lipton, D.S., Woody, G.E., Kemp, J. & Millman, R.B. 1992). Retention of cocaine abusers in outpatient psychotherapy. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 18(1): 29-43.

Lambert, M.T., Lepage, J.P. & Schmitt, A.L. (2003). Five-year outcomes following psychiatric consultation to a tertiary care emergency room. *Am J Psychiatry.* 160:1350-3.

Larkin, G.L., Claassen, C.A., Emond, J.A., Pelletier, A.J. & Camargo, C.A. (2005). Trends in U.S. emergency department visits for mental health conditions, 1992 to 2001. *Psychiatr Serv.* 56(6):671-7.

Leontieva. L., Kimberly, H.E., Helmkamp, J., Furbee, M., Jarrett, T. & Williams, J. (2009). Counselors' reflections on the administration of screening and brief intervention for alcohol problems in the emergency department and 3-month follow-up outcome. *Journal of Critical Care.* 24, 273-279.

Longabaugh, R., Woolard, R.F., Nirenberg, T.D., Minugh, A.P., Becker, B., Clifford, P.R. et al. (2001). Evaluating the effects of a brief motivational intervention for injury drinkers in the Emergency Department. *J Stud Alcohol.* 62:806-16.

Marques, A.C.P.R., Ribeiro, M., Laranjeira, R.R. & Andrade, N.C. (2012). Abuso e dependência: crack. *Rev Assoc Med Bras.* 58(2): 141-53.

McKay, J.R., Lynch, K.G., Shepard, D.S., Pettinati, H.M. (2005). The effectiveness of telephone-based continuing care for alcohol and cocaine dependence: 24-month outcomes. *Arch Gen Psychiatry.* 62(2): 199-207.

- Miller, W.R & Rollnick, S. (2001). *Entrevista motivacional: preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos*. Porto Alegre: Artmed.
- Monti, P.M., Colby, S.M., Barnett, N.P., Spirito, A., Ronsenow, D.J., Myers, M., et al. (1999). Brief intervention for harm reduction with alcohol-positive older adolescents in a hospital emergency department. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 67(6): 989-94.
- Nordqvist, C., Johansson, K. & Bendtsen, P. (2004). Routine screening for risky alcohol consumption at an emergency department using the AUDIT-C questionnaire. *Drug Alcohol Depend*. 74:71-5.
- Oliveira KD. (2010). Perfil sócio demográfico, padrão de consumo e comportamento criminoso em usuários de substâncias psicoativas que iniciaram tratamento [Tese – Mestrado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas.
- Owens, P.L., Wens, P.L., Mutter, R. & Stocks C. (2010) Mental health and substance abuse-related emergency department visits among adults, 2007. *National Comorbidity Survey and National Comorbidity Survey Replication*. Available from: <http://www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb92.pdf> [Acesso em 04 agosto 2012].
- Pal, H.R., Yadav, D., Mehta, A.S. & Mohan, I. (2007). A comparison of brief intervention versus simple advice for alcohol use disorders in a North India Community-based sample followed for 3 months. *Alcohol & Alcoholism*. 42(4), p.328-332.
- Rapp, R.C., Xu, J., Carr, C.A., Lane, D.T., Wang, J. & Carlson, R. (2006). Treatment barriers identified by substance abusers assessed at a centralized intake unit. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 30:227-35.
- Ribeiro, M., Dunn, J., Sesso, R., Dias, A.C. & Laranjeira, R. (2006). Causes of death among crack cocaine users. *Rev Bras Psiquiatr*. 28(3):196-202.
- Ribeiro, M. & Laranjeira, R. (2010). O plano de tratamento. In: Ribeiro, M. & Laranjeira, R. (org). *O tratamento do usuário de crack*. São Paulo: Casa Leitura Médica, p. 19-42.
- Rockett, I.R.H., Putnam, S.L., Jia, H. & Smith, G.S. (2003). Assessing substance abuse treatment need: a statewide hospital emergency department study. *Ann Emerg Med*.

43:802-13.

Segatto, M.L., Pinsky, I., Laranjeira, R., Rezende, F.F. & Vilela, T.R. (2007). Triage e intervenção breve em pacientes alcoolizados atendidos na emergência: perspectivas e desafios. *Cad. Saúde Pública*. 23(8):1753-62.

Soares E. (1995). Qualidade dos registros de atendimento em pronto-socorro. *Rev Enf*. 3(1):10-8.

Stange, K., Flocke, S. & Goodwin, M. (1998) Opportunistic preventive services delivery: are time limitations and patient satisfaction barriers. *J Fam Pract*. 46, 419-24.

Wagner, F.A. & Anthony, J.C. (2007). Male-female differences in the risk of progression from first use to dependence upon cannabis, cocaine and alcohol. *Drug Alcohol Depend*. 86:191-8.

Wallace, P. (2001). Patients with alcohol problems – simple questioning is the key to effective identification and management. *Br J Gen Pract*. 51:172-3.

Wright, S., Moran, L., Meyrick, M., O'Connor, R. & Touquet, R. (1998). Intervention by an alcohol health worker in an accident and emergency department. *Alcohol & Alcoholism*. 33(6): 651-6.

Xu, J., Rapp, R.C., Carr, C.A., Lane, D.T., Wang, J. & Carlson, R.G. (2006). Factor analysis of treatment barriers identified by substance abusers following assessment at a centralized intake unit. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 30(3):227-35.

Tabela 1-Perfil sociodemográfico dos Grupos GI e GNI

Variável	GI (n=123)		GNI (n=227)		p
	N	%	N	%	
Sexo (n=350)					
Feminino	17	13.8	43	18.9	0.2087
Masculino	106	86.1	184	81.0	
Idade média (em anos)	37.4		34.4		0.0146
Faixa etária (n=333)					
18-24 anos	17	13.8	40	19.0	0.2132
25-39 anos	58	47.1	103	49.0	
40-59 anos	42	34.1	56	26.6	
>60 anos	6	4.8	7	3.3	
Procedente de Campinas (n=349)	97	78.8	171	75.6	0.4990
Estado civil (n=311)					
Solteiro	52	42.9	89	46.8	0.7888
Casado/amasiado	50	41.3	72	37.8	
Separado/divorciado	17	14.0	27	14.2	
Viúvo	2	1.6	2	1.0	
Cor (n=299)					
Branca	84	69.4	145	81.4	0.0561
Parda	20	16.5	18	10.1	
Negra	16	13.2	14	7.8	
Oriental	1	0.8	1	0.5	
Escolaridade (n=276)					
≤ 8 anos	54	44.1	77	49.9	0.5098
> 8 anos	68	55.5	77	49.9	
Ocupação (n=287)					
Do lar	2	1.6	7	4.2	0.8334
Sem ocupação	50	40.6	62	37.8	
Trabalho informal	11	8.9	18	10.9	
Ocupação regular/constante	38	30.8	49	29.8	
Aposentado	11	8.9	13	7.9	
Afastado	11	8.9	15	9.1	
Com quem mora (n=297)					
Sozinho	12	9.8	23	13.1	0.3533
Com cônjuge	23	18.8	23	13.1	
Cônjuge + filhos	21	17.2	29	16.5	
Com filhos	5	4.1	3	1.7	
Pais	44	36.0	78	44.5	
Outros	17	13.9	19	10.8	
Religião (n=186)					
Católica	63	70.7	53	54.6	0.0540
Evangélica	22	24.7	40	41.2	
Espírita	3	3.3	3	3.0	

Tabela 2-Dados clínicos dos Grupos GI e GNI

Variável	GI (n=123)		GNI (n=227)		p
	N	%	N	%	
Motivo de ida a UER (n=326)					
Intoxicação	14	11.4	32	15.6	0.0062
Abstinência	19	15.5	12	5.8	
Tentativa de suicídio	8	6.5	11	5.3	
Queixas psiquiátricas	23	18.8	58	28.4	
Desejo de se tratar/internar	24	19.6	49	24.0	
Queixas clínicas outras/acidentes	11	9.0	10	4.9	
Queixas clínicas relacionadas ao uso de SPA	20	16.3	19	9.3	
Trazido pela família	3	2.4	13	6.3	
Dado ausente	1	0.8	23	10.1	
Diagnóstico relacionado ao uso de SPA					
Dependência a álcool (n=339)	90	73.1	118	53.8	0.0005
Dependência a cocaína (n=347)	50	40.6	101	45.0	0.4250
Dependência a crack (n=345)	27	21.9	81	36.4	0.0053
Dependência a maconha (n=342)	24	19.6	52	23.6	0.3983
Dependência a múltiplas SPA (n=348)	30	24.5	65	28.7	0.4046
Abuso de álcool (n=134)	12	35.2	40	40.0	0.6267
Abuso de cocaína (n=195)	6	8.2	28	22.9	0.0087
Abuso de crack (n=235)	3	3.1	12	8.5	0.0957
Abuso de maconha (n=262)	7	7.2	14	8.4	0.7150
Abuso de múltiplas SPA (n=251)	2	2.1	12	7.5	0.0695
Tabagismo (n=142)	75	65.2	67	69.7	0.4806
Presença de comorbidades psiquiátricas (n=326)	35	29.1	92	44.6	
Quadro depressivo	11	8.5	24	18.7	0.0057
Quadro psicótico	14	10.9	42	32.8	
Quadro ansioso/pânico	4	3.1	7	5.4	
Transtorno de personalidade	5	3.9	11	8.5	
Episódio maníaco/hipomaníaco	1	0.7	2	1.5	
Outros	0	0.0	7	5.4	
Histórico de tentativas de suicídio (n=256)	50	41.6	53	38.9	0.6607
Problemas legais (n=181)	32	30.4	35	46.0	0.0322
Consulta em serviço de emergência (n=205)	80	70.8	75	81.5	0.0753
Internações clínicas (n=217)	53	46.9	47	45.1	0.8006
Tratamento ambulatorial (n=282)	77	64.1	106	65.4	0.8258
Grupo de Apoio (n=243)	30	25.6	28	22.2	0.5322
Internação em Comunidade Terapêutica (n=283)	31	25.8	48	29.4	0.5029
Internação em Hospital Psiquiátrico (n=293)	39	32.5	88	50.8	0.0018
Uso de psicofármacos (n=290)	86	69.9	128	76.6	0.1979

Tabela 3- Análise descritiva e comparações dos desfechos entre participantes ou não do grupo

Variável	GI (n=110)		GNI (n=142)		p
	N	%	N	%	
Redução do uso de SPA em 30 dias (n=196)					
Sim	76	79.1	39	39.0	<0.0001
Não	20	20.8	61	61.0	
Busca por tratamento em 30 dias (n=211)					
Sim	67	68.3	47	41.5	<0.0001
Não	31	31.6	66	58.4	
Retornou ao PS em 30 dias (n=200)					
Sim	24	25.5	29	27.3	0.7702
Não	70	74.4	77	72.6	
Foi internado em 30 dias (n=209)					
Sim	9	9.4	41	35.9	<0.0001
Não	86	90.5	73	64.0	
Redução do uso de SPA em 90 dias (n=193)					
Sim	75	82.4	48	47.0	<0.0001
Não	16	17.5	54	52.9	
Busca por tratamento em 90 dias (n=206)					
Sim	63	70.0	57	49.1	0.0026
Não	27	30.0	59	50.8	
Retornou ao PS em 90 dias (n=194)					
Sim	14	16.0	29	27.1	0.0663
Não	73	83.9	78	72.9	
Foi internado em 90 dias (n=199)					
Sim	9	10.2	34	30.6	0.0005
Não	79	89.7	77	69.3	

Resultados

Complementares

1. Reforço do convite através de contato telefônico

Com o objetivo de reforçar o convite entregue pelo médico ao término do atendimento na UER, foi tentado, pela pesquisadora, um contato telefônico toda véspera do grupo de intervenção, convidando os pacientes atendidos na UER naquela semana a comparecerem ao grupo.

Segue abaixo Tabela 1, com os resultados dos contatos telefônicos visando reforçar o convite ao grupo de intervenção:

Tabela 1- Resultados dos contatos telefônicos para convite

Convite telefônico	N	%
Não realizado	154	44
Contato feito com o próprio paciente	70	20
Contato feito com genitores	45	12.8
Contato feito com outro familiar	65	18.5
Contato feito com outras pessoas	16	4.5

2. Resultados adicionais do grupo de intervenção

Todos os pacientes que compareceram ao grupo de intervenção tiveram seu diagnóstico relacionado ao uso de SPA (relatado na ficha de atendimento da UER) confirmado através da aplicação do MINI¹⁰⁶ (seção uso e dependência de substâncias), ANEXO III. Destes, 12,1 % tiveram seus diagnósticos modificados após a aplicação do instrumento.

Os pacientes que compareceram ao grupo de intervenção passaram por anamnese psiquiátrica com o intuito de detectar comorbidades psiquiátricas. Dentre esses pacientes, 16,2% apresentavam alguma comorbidade psiquiátrica não descrita na ficha de atendimento da UER.

A tabela 2 mostra alterações no diagnóstico do uso de SPA, diagnóstico de comorbidades psiquiátricas realizadas a partir do grupo de intervenção (GI) e alteração na prescrição medicamentosa:

Tabela 2 – Alterações diagnósticas feitas a partir do grupo de intervenção (GI)

Variável	GI	
	N	%
O diagnóstico relacionado ao uso de SPA mudou?		
Sim	15	12.1
Não	108	87.8
Diagnósticos modificados a partir do grupo de intervenção		
Dependência de álcool	10	8.1
Dependência de cocaína	11	8.9
Dependência de crack	7	5.6
Dependência de maconha	8	6.5
Dependência de múltiplas SPA	6	4.8
Abuso de álcool	2	1.6
Abuso de cocaína	2	1.6
Diagnóstico de comorbidade psiquiátrica feito no grupo		
Sim	20	16.2
Não	103	83.7
Tipo de comorbidade		
Quadro depressivo	2	1.6
Quadro psicótico	7	5.6
Quadro ansioso/pânico	1	0.8
Transtorno de personalidade	4	3.2
Episódio maníaco/hipomaníaco	2	1.6
Outros	4	3.2
Foi alterada a prescrição da UER?		
Sim	57	46.3
Não	66	53.6
Se sim, foi prescrito		
Benzodiazepínico	9	7.3
Antipsicótico	18	14.6
Complexo B/Tiamina	23	18.6
Antidepressivo	15	12.1
Estabilizador de humor	6	4.8

5-DISSCUSSÃO

Este trabalho propôs descrever a população atendida pela Psiquiatria da UER do HC-UNICAMP (fase 1), descrever mais especificamente a população de pacientes com transtornos relacionados ao uso de SPA atendidos, comparando-os com os demais pacientes atendidos pela Psiquiatria da UER no mesmo período (fase 2) e avaliar intervenção para os pacientes com transtornos relacionados ao uso de SPA a partir do atendimento de emergência (fase 3), comparando os pacientes que receberam com os que não receberam a intervenção, quanto aos desfechos redução do uso de SPA e busca de tratamento em 30 e 90 dias.

No período de 25 de maio de 2010 a 31 de maio de 2011, houve 1.835 atendimentos pela Psiquiatria da UER, correspondendo a 1.465 pacientes. Na análise do perfil sócio demográfico da população atendida pela Psiquiatria da UER, o estudo apontou preponderância de pacientes do sexo feminino, de cor branca, com idade média de 37 anos, leve predomínio de casados/amasiados, a maioria com ocupação regular/constante e morando com os pais. O perfil mostrou-se semelhante a estudos nacionais e internacionais.¹⁰⁷⁻¹¹⁰ Em relação ao motivo de atendimento, o estudo apontou como os mais frequentes sintomas depressivos, seguido de agitação/alteração de comportamento e problemas com álcool e drogas, dados semelhantes a de estudos nacionais e internacionais.^{51,107,111} Quanto à hipótese diagnóstica formulada pelo médico ao final do atendimento, houve predomínio dos transtornos por uso de SPA (23%), seguido dos transtornos depressivos (18,5%) e psicóticos (12,4%). Houve, no período do estudo, 238 pacientes que tiveram mais de um atendimento pela Psiquiatria na UER, que foram denominados repetidores, correspondendo a 16,2% dos atendidos pela Psiquiatria. Esses pacientes não apresentaram na análise características significativamente distintas do restante da população atendida. Esses dados diferiram de estudos anteriores, que mostraram entre os repetidores taxas maiores de transtornos psicóticos crônicos^{72,107} e de transtornos por uso de álcool e drogas^{57,72,112,113} do que na população dos não repetidores.

A organização de um serviço se faz através do conhecimento da estrutura disponível e do perfil da população atendida, assim como de suas necessidades.⁴ O presente estudo, que descreveu a população, o perfil diagnóstico e a conduta realizada pelo atendimento psiquiátrico na emergência, pretendeu contribuir com dados balizadores às equipes que

trabalham em serviços de emergência, contribuindo para o planejamento de ações destinadas à atenção aos pacientes que procuram serviços de emergência em função de quadros psiquiátricos.

Quase $\frac{1}{4}$ dos pacientes atendidos pela Psiquiatria da UER apresentavam transtornos por uso de SPA. Nas análises da fase 2, foi observado que houve tendência ao longo do período do estudo de aumento nas taxas de admissão de pacientes com transtornos por uso de SPA na UER, aumento já apontado anteriormente em estudos nacionais e internacionais.^{45,61,93,114} Os pacientes com quadros relacionados ao uso de SPA diferiram dos demais pacientes atendidos pela Psiquiatria da UER por serem em sua maioria homens, mais jovens, e com mais escolaridade quando comparados aos demais pacientes atendidos pela Psiquiatria. O perfil traçado se assemelha ao de estudos internacionais.^{39,57,109,112,116} Quanto ao perfil diagnóstico, entre os pacientes com transtornos por uso de SPA, houve predomínio de dependência de múltiplas SPA, seguido de dependência exclusiva de álcool e dependência exclusiva de cocaína. O uso de múltiplas SPA é um padrão que atualmente se constitui mais em regra do que em exceção, sendo o álcool quase sempre associado no uso.¹¹⁵ O predomínio de álcool também foi encontrado na maioria dos estudos realizados em serviços de emergência.^{52,57,107,108,114,117} Entre os pacientes com transtornos por uso de SPA, 36% apresentavam alguma comorbidade psiquiátrica, taxa semelhante às encontradas em outros estudos internacionais.^{39,109,118} Cerca de $\frac{1}{4}$ dos pacientes relatou como motivo de atendimento queixas psiquiátricas outras que não o uso da substância, reforçando a importância da investigação ativa quanto a uso de substâncias no momento do atendimento emergencial. Esperou-se, com esse estudo, auxiliar no planejamento de ações voltadas aos pacientes com quadros relacionados ao uso de SPA que procuram o serviço de emergência, otimizando o atendimento de acordo com as características descritas.

Os pacientes com transtornos por uso de SPA, ao término do atendimento na UER, além do encaminhamento padrão para tratamento ambulatorial, foram convidados por meio de convite impresso a participarem do grupo de intervenção em até 7 dias do atendimento na emergência (fase 3). O grupo de intervenção tinha como principal objetivo atuar como ponte entre o atendimento feito pela Psiquiatria da UER e o tratamento em dependência química disponível na rede pública, servindo como facilitador

na busca de tratamento por esses pacientes, contribuindo para minimizar o abandono e as barreiras existentes para a adesão ao tratamento do abuso/dependência de SPA. O impacto do grupo de intervenção foi avaliado em seguimento de 30 e 90 dias, comparando a redução do uso da substância e a busca por tratamento entre os pacientes que compareceram ao grupo de intervenção (GI) com os que não compareceram ao grupo (GNI). No GI houve predomínio de pacientes dependentes de álcool, enquanto que no GNI houve taxas maiores de dependentes de crack e abusadores de cocaína. Os participantes do GI apresentaram menores taxas de comorbidades psiquiátricas e de problemas legais do que no GNI, sugerindo que os pacientes que não compareceram ao grupo tivessem quadros psiquiátricos mais graves do que os que compareceram ao grupo de intervenção.

Quanto aos desfechos, houve significância estatística na redução do uso de SPA após 30 dias ($p < 0,0001$) e que se manteve após 90 dias ($p < 0,0001$) entre os pacientes que compareceram ao grupo de intervenção. Estudos anteriores de intervenção breve na UE para dependentes de álcool também apontaram redução do uso.^{94,95,119} Os pacientes que compareceram ao grupo de intervenção tiveram taxas maiores de busca por tratamento após 30 dias ($p < 0,0001$) e 90 dias ($p = 0,0026$). Quanto às taxas de internação, essas foram menores no grupo GI em 30 dias ($p < 0,0001$) e 90 dias ($p = 0,0005$). O único desfecho em que não houve diferença entre os dois grupos foi a procura por atendimento de emergência em 30 e 90 dias. As variáveis que estiveram relacionadas a menores taxas de redução do uso em 90 dias foram dependência de cocaína, dependência de crack, dependência de maconha, dependência de múltiplas SPA, comorbidade psiquiátrica, histórico de internação psiquiátrica, histórico de tentativa de suicídio e tabagismo. O desfecho internação em 30 e 90 dias esteve significativamente mais associado ao diagnóstico de dependência de múltiplas SPA. Em relação à análise multivariada, a dependência de crack teve 1,66 vezes mais chance de não reduzir o consumo de SPA em 90 dias. Tais dados indicam a necessidade de inclusão de modelos de tratamento específicos, que contemplem as necessidades de cada subgrupo. A relevância deste estudo é ressaltada pelos resultados positivos no grupo de intervenção, mantidos após 90 dias no seguimento, mostrando que o grupo de intervenção se mostrou eficaz e viável. O fato da

intervenção não ter sido feita propriamente na UE e sim em ambiente próprio, no ambulatório especializado, tornou-se perfeitamente viável, fazendo parte atualmente da rotina dos dois serviços. Em nosso estudo, os pacientes foram atendidos no máximo 7 dias após o atendimento da emergência, e uma das maiores preocupações no grupo de intervenção foi garantir o acompanhamento terapêutico dos pacientes. Os resultados incentivam a elaboração de novas pesquisas nesta área, visando à ampliação da rede de atenção aos pacientes com transtornos por uso de SPA, principalmente em subgrupos específicos, e uma melhor interligação entre os serviços disponíveis. O aumento do uso de SPA na população geral e o aumento da demanda dessa população nos serviços de emergência mostram que medidas urgentes devem ser tomadas para melhorar a oferta de tratamento a esses pacientes.

Com o objetivo de reforçar o convite entregue pelo médico ao término do atendimento na UER, foi tentado um contato telefônico com os pacientes, convidando-os para o grupo de intervenção, sempre na véspera do grupo. Porém, o contato telefônico para convite não foi utilizado na análise em função da baixa taxa de telefonemas realizados com o próprio paciente (20%). Diferentemente do contato feito no seguimento (D30 e D90), no convite foi feita apenas uma tentativa de contato, sempre na véspera do grupo de intervenção, com os pacientes atendidos na UER naquela semana, limitando as chances de sucesso. Altas taxas de perda no contato telefônico também foram observadas em outros estudos.^{59,120-122} Sugere-se que estudos futuros analisem a eficácia do contato telefônico através da realização de vários contatos.

Entre os pacientes que compareceram ao GI, 12,1% tiveram alteração do diagnóstico relacionado ao uso de SPA no grupo de intervenção, 16,2% tiveram diagnóstico de comorbidades psiquiátricas que não haviam sido diagnosticadas no atendimento da emergência e 46,3% tiveram a prescrição medicamentosa modificada. Estudos apontam que a rapidez com que as decisões diagnósticas necessitam ser tomadas no contexto de emergência por vezes limitam o aprofundamento diagnóstico, tornando mais relevante a valorização da linha de cuidado dos pacientes através de um funcionamento articulado em rede.^{72,80,117}

Quanto às limitações do estudo, é necessário citar a alta taxa de dados ausentes, limitação também encontrada em outros estudos em serviços de emergência,^{62,117,123,124} notadamente nas variáveis sócio demográficas, dificultando as análises descritivas e o estabelecimento de correlações. A falta de padronização dos diagnósticos realizados na EP necessitou o seu estabelecimento *a posteriori* através da análise das fichas; embora o mesmo tenha sido feito após a fase piloto e o consenso de três psiquiatras, não há equivalência ao diagnóstico feito no momento do atendimento.

O critério de inclusão que definiu como população do estudo os pacientes que buscaram atendimento pela Psiquiatria, não incluiu os atendimentos de interconsulta – quando a Psiquiatria é acionada para avaliar pacientes de outras especialidades – excluindo, provavelmente, pacientes com características clínicas diferentes da população descrita. Outra limitação foi a taxa de perdas durante o seguimento, problema também observado em outros estudos,^{59,80,86,95,120,122,125} atribuído em parte ao caráter itinerante da população que procura o serviço de emergência.¹²¹ As limitações apresentadas indicam cautela na extrapolação dos dados para serviços com características diferentes das apresentadas.

Apesar destas limitações, o estudo apresentou dados relevantes no tocante à descrição da população atendida pela psiquiatria em um serviço de emergência universitário e delineou as particularidades do perfil dos atendidos em função do uso de SPA. Pretendemos com isso contribuir na organização de serviços e na maior resolutividade dos casos. Os resultados observados no seguimento de 30 e 90 dias indicam a necessidade de estudos que proponham outras estratégias aos pacientes que foram menos responsivos à proposta de intervenção deste projeto. Por outro lado, os resultados positivos observados a partir do GI incentivam a utilização de medidas que facilitem o acesso ao tratamento para pacientes com abuso e dependência de SPA.

6- CONCLUSÕES

1- O perfil dos pacientes atendidos pela Psiquiatria em unidade de emergência foi composto por maioria de mulheres, com idade média de 37 anos e proveniente de demanda espontânea. Foram atendidos principalmente por sintomas depressivos, agitação/alteração de comportamento ou problemas com substâncias psicoativas (SPA) e 16,2% dos pacientes tiveram mais de um atendimento no período. As hipóteses diagnósticas mais frequentes foram transtornos relacionados ao uso de SPA, depressivos e psicóticos. Foram encaminhados principalmente para a rede básica e ambulatórios especializados.

2- O perfil dos pacientes atendidos pela Psiquiatria em unidade de emergência devido a transtornos por uso de SPA foi composto em sua maioria de homens, mais jovens e com mais escolaridade do que os demais pacientes atendidos pela Psiquiatria. Houve tendência de aumento no atendimento desses pacientes durante o período de estudo. Os pacientes com transtornos por uso de SPA foram mais encaminhados para ambulatórios especializados e menos para a rede básica de saúde do que os pacientes com outros diagnósticos. Quanto ao perfil diagnóstico, houve predomínio de dependência de múltiplas SPA, seguido da dependência exclusiva de álcool. Mais de 1/3 dos pacientes com transtorno por uso de SPA apresentavam comorbidade psiquiátrica.

3- Os pacientes que compareceram ao grupo de intervenção (GI) eram mais velhos, tinham maiores taxas de dependência do álcool, menos comorbidades psiquiátricas, menos problemas legais e menos histórico de internação psiquiátrica do que os pacientes que não compareceram ao grupo (GNI). No seguimento de 30 e 90 dias, os pacientes do GI tiveram maior redução do uso de SPA e maior busca de tratamento do que os pacientes do GNI. Não houve diferença no seguimento quanto a atendimentos de emergência em ambos os grupos. Ser dependente de crack esteve associado a aumento do risco de não reduzir o uso de SPA em 90 dias.

4- A descrição do perfil dos pacientes atendidos, assim como os resultados do seguimento, apontam para a importância da caracterização desta população visando qualificar o atendimento, para a possibilidade de replicação dos resultados favoráveis e para a necessidade de criação de estratégias para os subgrupos de pacientes que se mostraram menos responsivos à estratégia empregada.

7-REFERÊNCIAS
BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Organização Mundial de Saúde. Lexicon of alcohol and drug terms. Geneve: WHO, 1994.
- 2- Niel M. Aspectos históricos sobre o uso de drogas. In: Diehl A, Cordeiro DC, Laranjeira R (org). Dependência Química: prevenção, tratamento e políticas públicas. São Paulo: Artmed, 2011.
- 3- Oliveira KD. Perfil sócio demográfico, padrão de consumo e comportamento criminoso em usuários de substâncias psicoativas que iniciaram tratamento [Tese – Mestrado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2010.
- 4- Ribeiro M. Organização de serviços para o tratamento de dependência do álcool. Rev Bras Psiquiatr. 2004;26(Supl I): 59-62.
- 5- Organização Mundial de Saúde. The world health report 2000. Geneve: WHO, 2002.
- 6- Organização Mundial de Saúde. Global Status Report on Alcohol and Health 2011. Geneve, 2011. [acesso em 02 de setembro de 2012] Disponível em URL:
http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/index.html
- 7- UNODC. World Drug Report 2010. New York, NY, United Nations Office on Drugs and Crime, 2011. [acesso em 02 de setembro de 2012] Disponível em URL:http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2010/World_Drug_Report_2010_lo-res.pdf
- 8- Organização Mundial de Saúde. Report on the Global Tobacco Epidemic, 2011: Warning about the dangers of tobacco. Geneve, 2011. [acesso em 02 de setembro de 2012] Disponível em URL:
http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240687813_eng.pdf

- 9- Vigitel Brasil 2011. Vigilância de fatores de risco para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília. 2012. [acesso em 09 de setembro de 2012]. Disponível em URL:
http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2012/Ago/22/vigitel_2011_final_0812.pdf
- 10- Carlini EA (supervisão) [et. al.]. II Levantamento Domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país; 2005. São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas psicotrópicas: UNIFESP- Universidade Federal de São Paulo, 2006.
- 11- Perrenoud LO, Ribeiro M. Neurociência & Clínica de dependência do crack. In: Ribeiro M, Laranjeira R (org).O tratamento do usuário de crack. São Paulo: Casa Leitura Médica, 2010. p. 43-8.
- 12- Galduróz JCF, Sanchez ZM, Noto AR. Epidemiologia do uso, do abuso e da dependência de substâncias psicoativas. In: Diehl A, Cordeiro DC, Laranjeira R (org). Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed, 2011.p. 49-58.
- 13- Chisolm DJ, Kelleher K. Admission to acute care hospitals for adolescent substance abuse: a national descriptive analysis. Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy.2006; 1:17.
- 14- Galduróz JC, Noto AR, Carlini EA. IV Levantamento sobre o Uso de Drogas dentre Estudantes de 1º e 2º Grau em 10 Capitais Brasileiras - 1997. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID, Escola Paulista de Medicina, 1997.
- 15- Galduróz JCF, Noto AR, Fonseca AM, Carlini. V Levantamento nacional sobre o consumo de drogas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas da Universidade Federal de São Paulo, 2005.

- 16- Soldera M, Dalgalarondo P, Corrêa Filho HR, Silva CAM. Uso de drogas psicotrópicas por estudantes: prevalência e fatores sociais associados. Rev Saúde Pública. 2004; 38(2): 277-83.
- 17- Madruga CS, Laranjeira R, Caetano R, Pinsky I, Zaleski M, Ferri CP. Use of licit and illicit substances among adolescents in Brazil – a national survey. Addict Behav. 2012; 37(10): 1171-5.
- 18- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas/Ministério da Saúde. 2.ed. rev. ampl.– Brasília: Ministério da Saúde, 2004 [acesso em 17 de abril de 2011]. Disponível em URL: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/A%20politica.pdf>
- 19- Noto AR, Moura YG, Nappo SA, Galduróz JCF, Carlini EA. Internações por transtornos mentais e de comportamento decorrentes de substâncias psicoativas: um estudo epidemiológico nacional do período de 1988 a 1999. J Bras Psiquiatr. 2002; 51(2):113:21.
- 20- Edwards G, Marshal EJ, Cook CCH. O tratamento do alcoolismo. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 1999.
- 21- Laranjeira RR, Nicastri S. Abuso e dependência de álcool e drogas. In: Almeida O, Dractu L, Laranjeira RR. Manual de Psiquiatria. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996. p.83-112.
- 22- Sesso HD. Alcohol and cardiovascular health: recent findings. Am J Cardiovasc Drugs. 2001; 1(3):167-72.
- 23- Figlie NB, Bordin S, Laranjeira R. Aconselhamento em Dependência Química. São Paulo: Roca, 2004.
- 24- INCA- Instituto Nacional do Câncer. Ministério da Saúde. Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV). Abordagem e tratamento do fumante – Consenso 2001. Rio de Janeiro: INCA, 2001.

- 25- Marques ACPR. A avaliação inicial: identificação, triagem e intervenção mínima para o uso de substâncias psicoativas. In: Diehl A, Cordeiro DC, Laranjeira R (org). Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed, 2011, p. 83-88.
- 26- Organização Mundial de Saúde. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- 27- American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition. Washington, DC: APA, 1994.
- 28- Gigliotti A, Bessa MA. Síndrome de Dependência do Álcool: critérios diagnósticos. Rev Bras Psiquiatr. 2004; 26 (Supl I): 11-13.
- 29- Silva CJ. Critérios de diagnóstico e classificação. In: Diehl A, Cordeiro DC, Laranjeira (org). Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed, 2011, p. 89-97.
- 30- Hasin D, Hatzenbuehler ML, Keyes K, Oqburn E. Substance use disorders: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition (DSM-IV) and International Classification of Diseases, tenth edition (ICD-10).Addiction. 2006; 101(Supl I): 59-75.
- 31- Shah AD, Wood DM, Dargan PI. Survey of ICD-10 coding of hospital admissions in the UK due to recreational drug toxicity. QJ Med. 2011;104: 779-84.
- 32- Amaral RA, Malbergier A, Andrade AG. Management of patients with substance use illnesses in psychiatric emergency department. Rev Bras Psiquiatr. 2010; 32(Supl II):104-111.
- 33- Boni R, Saibro P, Pechansky F. Emergências associadas ao álcool e a drogas de abuso. In: Quevedo J, Schimitt R, Kapczinski F (eds). Emergências Psiquiátricas. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2008, p. 143-168.

- 34- Laranjeira RR, Dunn J, Araújo MR. Álcool e drogas: emergência psiquiátrica. In: Botega NJ (org.). Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência. Porto Alegre: Artmed, 2002. p. 223-268.
- 35- Sadock BJ, Sadock VA. Compêndio de Psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica. 9.ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- 36- Seibel SD. Dependência de drogas. 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2010.
- 37- Cordeiro DC, Baldaçara LR. Pronto-Socorro. In: Diehl A, Cordeiro DC, Laranjeira R (org.). Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- 38- Regier FK. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the epidemiologic catchment area (ECA) study. JAMA.1990; 264(19): 2511-8.
- 39- Curran GM, Sullivan G, Williams K, Han X, Allee E, Kotrla KJ. The association of psychiatric comorbidity and use of the emergency department among persons with substance use disorders: an observational cohort study. BMC Emergency Medicine. 2008 [acesso em 16 de agosto de 2012]; 8:17. Disponível em URL: <http://www.biomedcentral.com/1471-227X/8/17>
- 40- Kerr-Corrêa F, Lima MEC, Dalben I, Hegedus AM. A importância da gravidade da dependência e do gênero para a evolução de dependentes de drogas. Ribeirão Preto.1999; 32(Supl.1):36-45.
- 41- Brasil MAA. Serviços de emergência psiquiátrica: peça-chave da rede assistencial [editorial]. Ver Bras Psiquiatr. 2010; 32(Supl II).
- 42- Caldieraro MA, Spode A, Fleck MPA. Avaliação do paciente na emergência. In: Quevedo J, Schimitt R, Kapczinski F (eds). Porto Alegre: Artmed, 2008, p. 17-48.
- 43- Hillard JR. The past and the future of psychiatric emergency. Hosp Com_ Psychiatry.1994; 44:927-8.

- 44- Bernik V, Piovacari AC, Bernik MA. Urgências em psiquiatria. In: Paes JJ, Bianchi-Giavina P. Diagnóstico e terapêutica das urgências médicas. 1.ed. São Paulo: Roca, 2003. p. 310-342.
- 45- Del-Ben MC, Marques JMA, Sponholz JrA, Zuardi AW. Políticas de saúde mental e mudanças na demanda de serviços de emergência. Rev. Saúde Pública.1999; 33 (5): 470-6.
- 46- Barros REM, Tung TC, Mari JJ. Psychiatric emergency services and their relationships with the mental health network in Brazil. Revista Brasileira de Psiquiatria. 2010; 32 (Supl II), p.71-7.
- 47- Bridges PK. Psychiatric emergencies. Postgrad med J. 1967;43, p.599-604.
- 48- Hazlett SB, McCarthy ML, Londner MS, Onyke CU. Epidemiology of adult psychiatric visits to US emergency departments. Acad Emerg Med. 2004;11(2):193-5.
- 49- Larkin GL, Claassen CA, Emond JA, Pelletier AJ, Camargo CA. Trends in U.S. emergency department visits for mental health conditions, 1992 to 2001. Psychiatr Serv.2005; 56(6):671-7.
- 50- Boudreaux ED, Allen MH, Claassen C, Currier GW, Bertman L, Glick R et al. The Psychiatric Emergency Research Collaboration-01: methods and results. Gen Hosp Psychiatry. 2009; 31(6): 515-22.
- 51- Carpenter LL, Schecter JM, Underwood JA, Tyrka AR, Price LH. Service expectations and clinical characteristics of patients receiving psychiatric emergency services. Psychiatric Services. 2005 [acesso em 12 de abril de 2011]; 56(6). Disponível em URL: <http://www.psychiatryonline.org>
- 52- Spurrell M, Hatfield B, Perry A. Characteristics of patients presenting for emergency psychiatric assessment at an English Hospital. Psychiatric Services. 2003 [acesso em 12 de abril de 2012]; 54(2). Disponível em URL: <http://www.psychservices.psychiatryonline.org>.

- 53- Claudino AD, Gonçalves E. Situações relacionadas ao uso de substâncias na emergência psiquiátrica. In: Silveira DX, Moreira FG. Panorama Atual de Drogas e Dependências. São Paulo: Atheneu, 2006. p.192-5.
- 54- Kates N, Eaman S, Sanone J, Didemus C, Steiner M, Craven M. An integrated regional emergency psychiatric service. *Gen Hosp Psychiatric*. 1996;18(4):251-6.
- 55- Forster P, King J. Definitive treatment of patients with serious mental disorders in an emergency service. Part I. *Hosp Community Psychiatry*. 1994; 45(9):867-9.
- 56- Oyewumi LK, Odejide O, Kazarian SS. Psychiatric emergency services in a Canadian city:I. Prevalence and patterns of use. *Can J Psychiatry*. 1992; 37(2): 91-5.
- 57- Brubacher JR, Mabie A, Ngo M; Abu-Laban RB, Buchanan J; Shenton T, Purssell R. Substance-related problems in patients visiting an urban Canadian emergency department. *CJEM*. 2008;10(3):198-204.
- 58- Helmkamp JC, Hungerford DW, Williams JM, Manley WG, Furbee PM, Horn KA et al. Screening and brief intervention for alcohol problems among college students treated in a university hospital emergency department. *J Am Coll Health*. 2003; 52:7-16.
- 59- Hungerford DW, Pollock DA, Todd KH. Acceptability of emergency department-based screening and brief intervention for alcohol problems. *Acad Emerg Med*. 2000;7:1383-92.
- 60- Hungerford DW, Williams JM, Furbee PM, Manley WG, Helmkamp JC, Horn K et al. Feasibility of screening and intervention for alcohol problems among young adults in the ED. *Am J Emerg Med*. 2003; 21:14-22.
- 61- Cherpitel CJ, Ye Y. Trends in alcohol- and drug-related ED and primary care visits: data from three U.S. National Surveys (1995-2005). *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2008; 34(5): 576-83.

- 62- Lambert MT, Lepage JP, Schmitt AL. Five-year outcomes following psychiatric consultation to a tertiary care emergency room. *Am J Psychiatry*. 2003; 160:1350-3.
- 63- Whiteman PJ, Hoffman RS, Goldfrank LR. Alcoholism in the emergency department: an epidemiologic study. *Acad Emerg Med*. 2000; 7:14-20.
- 64- Parran TVJr, Weber E, Tasse J, Anderson B, Adelman C. Mandatory toxicology testing and chemical dependence consultation follow-up in a level-one trauma center. *J Trauma*. 1995;38:278-80.
- 65- Field CA, Claassen CA, O'Keefe G. Association of alcohol use and other high-risk behaviors among trauma patients. *J Trauma*. 2001;50:13-9.
- 66- McLean AS, Blow FC, Walton MA, Gregor MA, Barry KL, Maio RF, Knutzen SR. Rates of at-risk drinking among patients presenting to the emergency department with occupational and non-occupational injury. *Acad Emerg Med*. 2003; 10:1354-61.
- 67- Nordqvist C, Johansson K, Bendtsen P. Routine screening for risky alcohol consumption at an emergency department using the AUDIT-C questionnaire. *Drug Alcohol Depend*. 2004;74:71-5.
- 68- Fantus RJ, Zautcke JL, Hickey PA, Fantus PP, Naqorka FW. Driving under the influence: a level I trauma center's experience. *J Trauma*. 1991; 31:1517-20.
- 69- Cherpitel CJ. Alcohol and injuries: a review of international emergency room studies since 1995. *Drug Alcohol Rev*. 2007; 26:201-14.
- 70- Cherpitel CJ. Alcohol and violence-related injuries: an emergency room study. *Addiction*. 1993; 88(1): 79-88.
- 71- Lowenstein SR, Weissberg M, Terry D. Alcohol intoxication, injuries, and dangerous behaviors-and the revolving emergency department door. *J Trauma*. 1990; 30(10): 1252-8.

- 72- Dent A, Hunter G, Webster AP. The impact of frequent attenders on a UK emergency department. *Eur J Emerg Med.* 2010; 17(6): 332-6.
- 73- Chaves AG, Pereira EA, Anicete GC, Ritt AG, Melo ALN, Nunes CA et al. Alcoolemia em acidentes de trânsito. *Rev HPS.* 1989; 35:27-30.
- 74- Kerr-Corrêa F, Inaty S, Rossini R, Boccuto C, D'Barri RAG, Sousa LB. Alcoolismo: associação com hospitalizações por trauma/lesões e doença do aparelho digestivo. *J Bras Psiquiatr.* 1993; 42:285-9.
- 75- Boni RD, Bozzetti MC, Hilgert J, Sousa T, Diemen LV, Benzano D et al. Factors associated with alcohol and drug use among traffic crash victims in southern Brazil. *Accident Analysis and Prevention.* 2011; 43:1408-13.
- 76- Reis AD, Figlie AD, Laranjeira R. Prevalence of substance use among trauma patients treated in a Brazilian emergency room. *Rev Bras Psiquiatr.* 2006; 28(3):191-5.
- 77- Cherpitel CJ. Drinking patterns and problems: a comparison of primary care with the emergency room. *J Subst Abuse.* 1999; 20:85-95.
- 78- Babor TF, Higgins-Biddle JC. Alcohol screening and brief intervention: dissemination strategies for medical practice and public health. *Addiction.* 2000; 95(5), 677-86.
- 79- D'Onofrio G, Degutis LC. Preventive care in the emergency department: screening and brief intervention for alcohol problems in the emergency department: a systematic review. *Acad Emerg Med.* 2002; 9(6): 627-38.
- 80- Rockett IRH, Putnam SL, Jia H, Smith GS. Assessing substance abuse treatment need: a statewide hospital emergency department study. *Ann Emerg Med.* 2003; 41:802-13.
- 81- Roche AM, Freeman T, Skinner N. From data to evidence, to action: findings from a systematic review of hospital screening studies for high alcohol consumption. *Drug and Alcohol Dependence.* 2006; 83:1-14.

- 82- Selzer M. MAST: The quest for a new diagnostic instrument. *American Journal of Psychiatry*. 1971; 127:1653-8.
- 83- Ewing J. Detecting alcoholism (the CAGE questionnaire). *Journal of the American Medical Association*. 1984; 252:1905-7.
- 84- Saunders JB, Aasland OG, Babor TD, De La Fuente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption. Part II. *Addiction*. 1993; 88:791-804.
- 85- Chafetz ME, Blane HT, Abrams HS, Golner J, Lacy E, McCourt WF et al. Establishing treatment relations with alcoholics. *J Nerv Ment Dis*. 1962; 134:395-409.
- 86- Monti PM, Spirito A, Myers M, Colby SM, Barnett NP, Rohsenow DJ et al. Brief intervention for harm reduction with alcohol-positive older adolescents in a Hospital Emergency Department. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1999; 67(6):989-94.
- 87- Longabaugh R, Woolard RF, Nirenberg TD, Minugh AP, Becker B, Clifford PR et al. Evaluating the effects of a brief motivational intervention for injury drinkers in the Emergency Department. *J Stud Alcohol*. 2001; 62:806-16.
- 88- Daepfen JB, Gaume J, Bady P, Yersin B, Calmes JM, Givel JC et al. Brief alcohol intervention and alcohol assessment do not influence alcohol use in injured patients treated in the emergency department: a randomized controlled clinical trial. *Addiction*. 2007; 102: 1224-33.
- 89- Segatto ML, Pinsky I, Laranjeira R, Rezende FF, Vilela TR. Triagem e intervenção breve em pacientes alcoolizados atendidos na emergência: perspectivas e desafios. *Cad. Saúde Pública*. 2007; 23(8):1753-62.
- 90- Jayaram G, Triplett P. Quality improvement of psychiatric care: challenges of emergency psychiatry. *Am J Psychiatry*. 2008; 165(10):1256-60.

- 91- Stange K, Flocke S, Goodwin M. Opportunistic preventive services delivery: are time limitations and patient satisfaction barriers. *J Fam Pract.* 1998; 46, 419-24.
- 92- Wallace P. Patients with alcohol problems – simple questioning is the key to effective identification and management. *Br J Gen Pract.* 2001; 51:172-3.
- 93- Kropp S, Andreis C, Wildt B, Reulbach U, Ohlmeier M, Auffarth I et al. Psychiatric patients turnaround times in the emergency department. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health.* 2005;13:1-27.
- 94- Havard A, Shakeshaft A, Sanson-Fischer R. Systematic review and meta-analyses of strategies targeting alcohol problems in emergency departments: interventions reduce alcohol-related injuries. *Addiction.* 2008;103:368-76.
- 95- Wright S, Moran L, Meyrick M, O'Connor R, Touquet R. Intervention by an alcohol health worker in an accident and emergency department. *Alcohol & Alcoholism.* 1998; 33(6): 651-6.
- 96- Diehl A. Tratamento farmacológico da intoxicação aguda por álcool: o pronto-socorro como uma janela de oportunidades. In: *Tratamentos farmacológicos para dependência química: da evidência científica à prática clínica.* Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 89-93.
- 97- Ribeiro M, Laranjeira R, Dunn J. Álcool e drogas: emergência psiquiátrica. In: *Botega NJ. Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência.* 2.ed. Porto Alegre: Artmed; 2006. p. 263-81.
- 98- Carr CJA, Xu J, Redko C, Lane DT, Rapp RC, Goris J et al. Individual and system influences on waiting time for substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment.* 2008; 34:192-201.
- 99- Xu J, Rapp RC, Carr CA, Lane DT, Wang J, Carlson RG. Factor analysis of treatment barriers identified by substance abusers following assessment at a centralized intake unit. *Journal of Substance Abuse Treatment.* 2006;30(3):227-35.

- 100- Allen K. Development of an instrument to identify barriers to treatment for addicted women, from their perspective. *International Journal of Addictions*. 1994; 29(4):429-44.
- 101- Allen K. Barriers to treatment for addicted African-American women. *Journal of the American Medical Association*. 1995; 87:751-6.
- 102- Rapp RC, Xu J, Carr CA, Lane DT, Wang J, Carlson R. Treatment barriers identified by substance abusers assessed at a centralized intake unit. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2006; 30:227-35.
- 103- Tucker JA, Vuchinich RE, Rippens PD. A factor analytic study of influences on patterns of help-seeking among treated and untreated alcohol dependent persons. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2004; 26: 237-42.
- 104- Fontanella BJB, Turato ER. Barreiras na relação clínico-paciente em dependentes de substâncias psicoativas procurando tratamento. *Rev Saúde Pública*. 2002; 36(4): 439-47.
- 105- Ronzani TM, Fernandes AGB, Gebara CFP, Oliveira AS, Scoralick NN, Lourenço LM. Mídia e drogas: análise documental da mídia escrita brasileira sobre o tema entre 1999 e 2003. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009; 14(5):1751-62.
- 106- Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*. 1998;59 (Suppl 20):22-33.
- 107- Santos MESB, Amor JA, Del-Ben MC, Zuardi AW. Psychiatric emergency service in a school general hospital: a prospective study. *Rev Saúde Pública*. 2000; 34(5):468-74.
- 108- Sousa FSP, Silva CAF, Oliveira EN. Emergency psychiatric study in general hospital general: a retrospective study. *Rev Esc Enferm USP*. 2010;44(3):796-80.

- 109- Owens PL, Mutter R, Stocks C. Mental health and substance abuse-related emergency department visits among adults, 2007. HCUP Statistical Brief 92. Rockville, Agency for health care Research and Quality, 2010. [acesso em 01 de julho de 2012]. Disponível em URL:
<http://www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb92.pdf>
- 110- Calfat ELB, Pan PM, Shiozawa P, Chaves AC. The compliance to prescribed drug treatment and referral in a psychiatric emergency service: a follow-up study. Rev Bras Psiquiatr. 2012;34(2):149-54.
- 111- Brakoulias V, Mandali R, Seymour J, Sammut P, Starcevic V. Characteristics of admissions to a recently opened psychiatric emergency care centre. Australas Psychiatry. 2010. [acesso em 20 de março de 2012]. Disponível em URL: <http://apy.sagepub.com/content/18/4/326>.
- 112- Baune BT, Mikolajczyk RT, Reymann G, Duesterhaus A, Fleck S, Kratz H, Sundermann U. A 6-months assessment of the alcohol-related clinical burden at emergency-rooms (ERs) in 11 acute care hospitals of an urban area in Germany. BMC Health Services Researc. 2005 [acesso em 24 de agosto de 2012]; 5:73. Disponível em URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1314886/pdf/1472-6963-5-73.pdf>
- 113- Goldbeck R, Asif M, Sanderson M, Farquharson C. Alcohol and drug misuse, risk of re-admission to a general hospital and psychiatric contact. Scottish Medical Journal. 2012; 57:1-5.
- 114- Basu D, Aggarwal M, Das PP, Mattoo, SK, Kulhara P, Varma VK. Changing pattern of substance abuse in patients attending a de-addiction centre in North India (1978-2008). Indian J Med Res. 2012; 135: 830-6.
- 115- Montoya ID, McCann DJ. Drugs of abuse: management of intoxication and antidotes. EXS. 2010;100:519-41.
- 116- Santora PB, Hutton HE. Longitudinal trends in hospital admissions with co-occurring alcohol/drug diagnoses, 1994-2002. J Subst Abuse Treat. 2008; 35(1): 1-

- 12.
- 117- Breton AR, Taira DA, Burns E, O'Leary J, Chung RS. Follow-up services after an emergency department visit for substance abuse. *Am J Manag Care.* 2007;13(9):497-505.
- 118- Roncero C, Rodríguez-Cintas I, Barral C, Fuste G, Daigre C, Ramos-Quiroga JA, Casas M. Treatment adherence to treatment in substance users referred from Psychiatric Emergency service to outpatient treatment. *Actas Esp Psiquiatr.* 2012; 40(2): 63-9.
- 119- Pal HR, Yadav D, Mehta AS, Mohan I. A comparison of brief intervention versus simple advice for alcohol use disorders in a North India Community-based sample followed for 3 months. *Alcohol & Alcoholism.* 2007; 42(4):328-32.
- 120- McKay JR, Lynch KG, Shepard DS, Pettinati HM. The effectiveness of telephone-based continuing care for alcohol and cocaine dependence: 24-month outcomes. *Arch Gen Psychiatry.* 2005; 62(2): 199-207.
- 121- Aseltine RH. The impact of screening, brief intervention and referral for treatment in Emergency Department patients' alcohol use: a 3-,6- and 12-month follow-up. *Alcohol and Alcoholism.* 2010; 45(6): 514-9.
- 122- Brown RL, Saunders LA, Bobula JA, Mundt MP, Koch PE. Randomized-controlled trial of a telephone and mail intervention for alcohol use disorders: three-month drinking outcomes. *Alcohol Clin Exp Res.* 2007; 31(8): 1372-9.
- 123- Soares E. Qualidade dos registros de atendimento em pronto-socorro. *Rev Enf.* 1995;3(1):10-8.
- 124- Avanzi MP, Silva CRG. Diagnósticos mais frequentes em serviço de emergência para adulto em um hospital universitário. *Rev Cienc Med(Campinas).* 2005;14(2):175-85.
- 125- Leontieva L, Kimberly HE, Helmkamp J, Furbee M, Jarrett T, Williams J. Counselors' reflections on the administration of screening and brief intervention for

alcohol problems in the emergency department and 3-month follow-up outcome.
Journal of Critical Care. 2009; 24: 273-9.

8-ANEXOS

ANEXO I

AMBULATÓRIO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS – HC -UNICAMP

Ficha de avaliação de egresso da UER

Nome do Entrevistador: _____ Data da Entrevista: ___/___/_____

Supervisor: _____ HC do Paciente: _____

Nome da/o Paciente: _____ Sexo: () M () F

Idade: _____ Situação conjugal: () solteira/o; () casada/amasiada; () viúva; () separada

Cor da pele: () branca; () parda; () negra; () de origem oriental.

Profissão: _____ Ocupação: () do lar; () sem ocupação; () bicos;
() ocupação regular/constante () aposentado: (Se aposentado; motivo: () por doença. () por idade. () Afastado por doença (apos./afast. há qto tempo: _____

Escolaridade: _____, Anos de Esc. com Sucesso: _____

Residência: () Campinas (Bairro: _____) Outra

Cidade: _____ Est: _____ Endereço: _____

Com quem reside atualmente: _____

Religião: _____ Prática Religiosa: () não pratica; () sim

Nível sócio-econômico: O paciente e/ou a família tem: 1. casa própria () não; () sim; n°
cômodos: _____ 2. tem carro próprio; () não; () sim; 3. computador; () não; () sim;

telefone não () sim () Número do tel: _____

Data do atendimento na UER: ___/___/___

Tempo de permanência na UER: _____ dias

Dados do encaminhamento:

HD: _____

Conduta: _____

Observações: _____

Informações do atendimento ASPA: _____

SPA	Primeiro uso (idade)	Uso regular (idade)	Último uso	Freq. uso	Binge?	Qtos binges no último mês?
Álcool						
Maconha						
Cocaína						
Crack						
Tabaco						
Outros						

Internações médicas gerais: () sim () não Quantas: ()

Idas anteriores ao PS: () sim () não Quantas vezes: ()

Acidentes de trânsito: () sim () não
Dirigir sob o efeito de SPAs: () sim () não
Problemas legais: () sim () não
Faltas no trabalho: () sim () não
Envolvimento com tráfico: () sim () não
Prisão: () sim () não
Outro Transtorno psiquiátrico:

Internações Psiquiátricas anteriores: () nunca, () sim (quantas: _____; em que anos:

Uso anterior de psicofármacos: () nunca, () sim (quais; doses, duração de uso, resposta (+) ou (-): _____

Tratamentos Psicológicos (psicoterapia ou outros) anteriores: () nunca; () sim

Outro tratamento _____

Tentativa de Suicídio anterior: () nunca; () sim (quantas: _____) Como foi: _____

Uso de SPA na ocasião da TS? () sim () não

Estava em abstinência de SPA na ocasião da TS? () sim () não

Doenças físicas:

Rede de apoio social:

História de vida: _____

Exame Físico:

Estado Físico Geral: () Ótimo Estado Geral; () Bom Estado Geral; () Regular Estado Geral; () Mal Estado Geral. Pressão Arterial: ____/____ Peso: _____Kg; Altura: ____ IMC: ____

Exame Psíquico (dados positivos) : _____

Personalidade: _____

Pedir ao paciente que pontue de 0 a 10 como se sente hoje: _____

Pontuar de **zero** a **dez** a opinião do paciente sobre seu estado: _____

Pontuar de **zero** a **dez** a opinião do examinador sobre o estado do paciente: _____

Descreva o **desejo/motivação de ser ajudado**, tomar medicamentos, fazer psicoterapia. _____

Pontuar de **zero** a **dez** na opinião do paciente: _____

Pontuar de **zero** a **dez** na opinião do examinador: _____

FORMULAÇÕES E HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS:

TRATAMENTO:

Medicações Prescritas:

1. _____ 2. _____

3. _____ 4. _____

Indicado **Psicoterapia**: () não; () sim, onde: _____

Descrever o Projeto Terapêutico:

Convite

Você foi atendido na Unidade de Emergência Referenciada do HC da Unicamp em função de problemas relacionados ao uso de álcool ou outras drogas.

Convidamos você a comparecer ao Ambulatório de Substâncias Psicoativas no 2º andar do HC, na próxima 4ª feira às 7h30 para atendimento com Dra Vitória.

Contamos com a sua presença.

Até lá!

Telefone do ambulatório (ASPA):

(19) 3521-7514

ANEXO III

MINI- SEÇÃO DE ABUSO E DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS

J. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE ÁLCOOL

J1	Nos últimos 12 meses, por mais de três vezes você bebeu, em menos de três horas, mais do que cinco latas de cerveja ou uma garrafa de vinho ou três doses de uma bebida alcoólica forte (pinga, caipirinha, conhaque, vodka, whisky...)?	→ NÃO	SIM	1
----	--	----------	-----	---

J2 Durante os últimos 12 meses:

a	Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de álcool para obter o mesmo efeito?	NÃO	SIM	2
b	Quando bebia menos, as suas mãos tremiam, transpirava ou sentia-se agitado (a)? Alguma vez bebeu uma dose para evitar esses problemas ou evitar uma ressaca? COTAR "SIM", SE RESPOSTA "SIM" NUM CASO OU NO OUTRO	NÃO	SIM	3
c	Quando começava a beber, com frequência bebia mais do que pretendia?	NÃO	SIM	4
d	Tentou, mas não conseguiu diminuir seu consumo de álcool ou parar de beber?	NÃO	SIM	5
e	Nos dias em que bebia, passava muito tempo procurando bebida, bebendo ou se recuperando dos efeitos do álcool?	NÃO	SIM	6
f	Reduziu suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os outros por causa da bebida?	NÃO	SIM	7
g	Continuou a beber mesmo sabendo que isso lhe causava problemas de saúde ou problemas psicológicos?	NÃO	SIM	8

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM J2 ?

NÃO SIM

DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL

ATUAL

O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UMA DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL ?	→ NÃO	SIM
--	----------	-----

J3 Durante os últimos 12 meses:

a	Ficou embriagado ou de "ressaca" várias vezes, quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa? Isso lhe causou problemas? COTAR "SIM" SOMENTE SE A EMBRIAGUEZ / RESSACA CAUSOU PROBLEMAS	NÃO	SIM	9
---	--	-----	-----	---

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

- | | | | | |
|---|--|-----|-----|----|
| b | Alguma vez esteve sob o efeito do álcool em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso... ? | NÃO | SIM | 10 |
| c | Teve problemas legais como uma interpelação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha bebido? | NÃO | SIM | 11 |
| d | Continuou a beber mesmo sabendo que a bebida lhe causava problemas com seus familiares ou com outras pessoas ? | NÃO | SIM | 12 |

HÁ PELO MENOS 1 RESPOSTA "SIM" EM J3 ?

NÃO	SIM
<i>ABUSO DE ÁLCOOL ATUAL</i>	

LISTA DE SUBSTÂNCIAS

ANFETAMINA	ECSTASY	MORFINA
BRANCA	ERVA	ÓPIO
CANNABIS	ÉTER	PCP
BASEADO	GASOLINA	PÓ
COCAÍNA	HAXIXE	RITALINA
CODEÍNA	HEROÍNA	COGUMELO
COLA	L.S.D.	SPEEDS
CRACK	MARIJUANA	TEGISEC
MACONHA	MESCALINA	TOLUENO
MERLA	METADONA	TRICLOROETILENO

⇒ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

K. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE SUBSTÂNCIAS (NÃO ALCOÓLICAS)

K1 Agora, vou lhe mostrar / ler (MOSTRAR A LISTA DAS SUBSTÂNCIAS / LER A LISTA ABAIXO) uma lista de drogas e de medicamentos e gostaria que me dissesse se, durante os últimos 12 meses, usou várias vezes uma destas substâncias para se sentir melhor, para mudar o seu estado de humor ou para ficar “ de cabeça feita / chapado”?

→
NÃO SIM

ENVOLVER COM UM CÍRCULO CADA SUBTÂNCIA CONSUMIDA

Estimulantes : anfetaminas, “speed”, ritalina, pílulas anorexígenas.

Cocaína: cocaína, “coca”, crack, pó, folha de coca

Opiáceos: heroína, morfina, ópio, metadona, codeína, meperidina

Alucinogêneos: L.S.D., “ácido”, mescalina, PCP, “pó de anjo”, “cogumelos”, ecstasy.

Solventes voláteis: “cola”, éter.

Canabinóides: cannabis, “erva”, maconha, “baseado”, haxixe, THC

Sedativos: Valium, Diazepam, Lexotan, Lorax, Halcion, Frontal, Rohypnol, barbitúricos

Diversos: Anabolisantes, esteróides, “poppers”. Toma outras substâncias?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA (S) MAIS CONSUMIDA (S): _____

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA (S) A SER(EM) EXPLORADA(S) SEGUNDO OS CRITÉRIOS ABAIXO INDICADOS:

- SE HÁ CONSUMO DE VÁRIAS SUBSTÂNCIAS (AO MESMO TEMPO OU SEQUENCIALMENTE):
CADA SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) SEPARADAMENTE
SOMENTE A SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) MAIS CONSUMIDA
- SE HÁ CONSUMO DE UMA SÓ SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS):
SOMENTE UMA SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS)

K2 Considerando o seu consumo de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], durante os últimos 12 meses:

- | | | | | |
|---|--|-----|-----|---|
| a | Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] para obter o mesmo efeito ? | NÃO | SIM | 1 |
| b | Quando usava menos ou parava de consumir [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], tinha problemas como dores, tremores, febre, fraqueza, diarreia, náuseas, suores, aceleração do coração, dificuldade de dormir ou sentir-se agitado(a), ansioso (a), irritável ou deprimido (a) ?
Ou você tomava qualquer outra coisa para evitar esses problemas ou para se sentir melhor ?
COTAR “SIM”, SE RESPOSTA “SIM” NUM CASO OU NO OUTRO | NÃO | SIM | 2 |
| c | Quando começava a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], freqüentemente consumia mais do que pretendia ? | NÃO | SIM | 3 |
| d | Tentou, sem conseguir, diminuir ou parar de usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA]? | NÃO | SIM | 4 |
| e | Nos dias em que usava [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], passava mais de 2 horas tentando conseguir a(s) droga(s), se drogando, ou se recuperando dos efeitos do(a) [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], ou ainda pensando nessas coisas ? | NÃO | SIM | 5 |

⇒ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

- f Reduziu as suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os outros por causa da(s) droga(s) ? NÃO SIM 6
- g Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA] mesmo sabendo que esta(s) lhe causava(m) problemas de saúde ou problemas psicológicos? NÃO SIM 7

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM K2 ?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S): _____

NÃO SIM
DEPENDÊNCIA DE
SUBSTÂNCIAS(S)
ATUAL

O (A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UMA DEPENDÊNCIA DE UMA/
VÁRIAS SUBSTÂNCIA(S) CONSUMIDA(S) ?

NÃO → SIM

K3 Durante os últimos 12 meses:

- a Por várias vezes ficou intoxicado ou "de cabeça feita / chapado" com [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa ? Isso lhe causou problemas? NÃO SIM 8
COTAR "SIM" SOMENTE SE A INTOXICAÇÃO CAUSOU PROBLEMAS
- b Alguma vez esteve sob o efeito de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA] em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso, etc.? NÃO SIM 9
- c Teve problemas legais como uma intimação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha usado [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA]? NÃO SIM 10
- d Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA] mesmo sabendo que esta(s) droga(s) lhe causava(m) problemas com os seus familiares ou com outras pessoas ? NÃO SIM 11

HÁ PELO MENOS 1 "SIM" EM K3 ?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S): _____

NÃO SIM
ABUSO DE SUBSTÂNCIAS(S)
ATUAL

ANEXO IV - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

 <p>UNICAMP</p>	<p>FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA</p> <p>Fone: (19) 3521-8936</p>
--	--

Projeto: Abordagem e seguimento de usuários de substâncias psicoativas a partir de atendimento em unidade de emergência

Responsável: Profa. Dra. Renata Cruz Soares de Azevedo

Declaro ter sido informado de que estarei participando espontaneamente de um estudo de cunho acadêmico, que tem por objetivo a coleta de informações para realização de pesquisa sobre o grupo de intervenção para pacientes com o diagnóstico de transtornos por uso de substâncias psicoativas, e estou ciente de que serei submetido (a) a uma entrevista que constará de dados sócio demográficos, além de avaliação através de questionários próprios, sobre o padrão de consumo das substâncias psicoativas e adesão ao tratamento.

Estou ciente de não haver riscos previsíveis ao participar da pesquisa.

Os benefícios esperados são aqueles inerentes aos resultados da pesquisa, podendo-se conhecer mais sobre os temas pesquisados para que se possa investir mais em novas pesquisas e formas de tratamento.

Terei, ao participar desta pesquisa, garantias de que poderei desistir a qualquer momento, inclusive sem nenhum motivo, bastando para isso, informar minha decisão ao pesquisador. Minha participação é voluntária e sem interesse financeiro, e não implicará prejuízo ao tratamento atual e futuro.

Toda a informação dada será codificada, mantida em sigilo e tratada da mesma maneira que um registro médico. Poderei solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação da mesma.

A coleta de dados para a pesquisa constará de entrevistas individuais e em grupo e de questionários, garantindo-se toda a privacidade e a confidência das informações e será realizada pela Dr(a).Vitoria Mantoan Padilha, sob supervisão da Prof.(a) Dra Renata Cruz Soares de Azevedo.

Como o meu anonimato será preservado por questões éticas, confirmo estar sendo informado por escrito e verbalmente dos objetivos deste estudo científico e em caso de divulgação, autorizo a publicação.

O Sr(a) Receberá, ao final da entrevista, cópia deste consentimento livre e esclarecido.

Campinas,.....de.....20(....).

Eu,

Idade:.....sexo:.....naturalidade:.....

Portador do RG:.....UF:.....

Assinatura do participante

Contato Pesquisadora: Vitória Mantoan Padilha – Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria– Faculdade de Ciências Médicas – Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP – 13088-970, Campinas, SP; telefone: (16) 35217514; vitpadilha@yahoo.com.br

ANEXO V
AMBULATÓRIO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS-HC-UNICAMP
Ficha de avaliação de egresso da UER
RETORNO APÓS 30 DIAS DO ATENDIMENTO INICIAL:

Nome do Entrevistador: _____

Data da Entrevista: ___/___/_____ Tempo transcorrido: _____

Paciente está em atendimento? () não () sim*

Por que? _____

No local encaminhado? () não () sim

Por que? _____

Quantas vezes passou por atendimento: _____

Foi internado? () sim () não

Como se sente com relação ao problema que o levou ao PS?

() melhor () pior () igual () não sabe

Precisou ir novamente a um atendimento de urgência? () não () sim*

Por que? _____

Padrão de uso atual de SPA:

SPA	Primeiro uso (idade)	Uso regular (idade)	Último uso	Freq. uso	Binge?	Qtos binges no último mês?
Álcool						
Maconha						
Cocaína						
Crack						
Tabaco						
Outros						

O uso de SPAs reduziu desde o último contato? () sim () não

Rede de apoio social: _____

Pedir ao paciente que pontue de 0 a 10 como se sente hoje: _____

Descrever a capacidade **crítica do paciente** em relação aos seus sintomas e comportamentos: _____

Pontuar de **zero** a **dez** a opinião do paciente sobre seu estado: _____

Pontuar de **zero** a **dez** a opinião do examinador sobre o estado do paciente: _____

Descreva o **desejo/motivação de ser ajudado**, tomar medicamentos, fazer psicoterapia. _____

Pontuar de **zero** a **dez** na opinião do paciente: _____

Pontuar de **zero** a **dez** na opinião do examinador: _____

Avaliação do atendimento: _____

Conduta: _____

AMBULATÓRIO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS- HC-UNICAMP
Ficha de avaliação de egresso da UER
RETORNO APÓS 90 DIAS DO ATENDIMENTO INICIAL:

Nome do Entrevistador: _____

Data da Entrevista: ___/___/_____ Tempo transcorrido: _____

Paciente está em atendimento? () não () sim*

Por que? _____

No local encaminhado? () não () sim

Por que? _____

Quantas vezes passou por atendimento: _____

Foi internado? () sim () não

Como se sente com relação ao problema que o levou ao PS?

() melhor () pior () igual () não sabe

Precisou ir novamente a um atendimento de urgência? () não () sim*

Por que? _____

Padrão de uso atual de SPA:

SPA	Primeiro uso (idade)	Uso regular (idade)	Último uso	Freq. uso	Binge?	Qtos binges no último mês?
Álcool						
Maconha						
Cocaína						
Crack						
Tabaco						
Outros						

O uso de SPAs reduziu desde o último contato? () sim () não

Rede de apoio social: _____

Pedir ao paciente que pontue de 0 a 10 como se sente hoje: _____

Descrever a capacidade **crítica do paciente** em relação aos seus sintomas e comportamentos:

Pontuar de **zero** a **dez** a opinião do paciente sobre seu estado: _____

Pontuar de **zero** a **dez** a opinião do examinador sobre o estado do paciente: _____

Descreva o **desejo/motivação de ser ajudado**, tomar medicamentos, fazer psicoterapia. _____

Pontuar de **zero** a **dez** na opinião do paciente: _____

Pontuar de **zero** a **dez** na opinião do examinador: _____

Avaliação do atendimento: _____

Conduta: _____

ANEXO VI



FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html

CEP, 27/04/10
(Grupo III)

PARECER CEP: Nº 269/2010 (Este nº deve ser citado nas correspondências referente a este projeto)
CAAE: 0207.0.146.000-10

I - IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: “ABORDAGEM E SEGUIMENTO DE USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS ATENDIDOS EM UNIDADE DE EMERGÊNCIA”.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Vitória Mantoan Padilha

INSTITUIÇÃO: Hospital das Clínicas/UNICAMP

APRESENTAÇÃO AO CEP: 12/04/2010

APRESENTAR RELATÓRIO EM: 27/04/11 (O formulário encontra-se no *site* acima)

II - OBJETIVOS

Descrever uma estratégia de intervenção para pacientes que receberam atendimento psiquiátrico em uma unidade de emergência e avaliar os resultados desta intervenção.

III - SUMÁRIO

Comparar a evolução clínica de usuários de substância psicóticas, atendidos em unidades de emergência que foram submetidos, posteriormente, a intervenções secundárias e terciárias com a evolução clínica daqueles que não o foram.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

Após análise crítica do protocolo não encontramos riscos ou prejuízos para os sujeitos da pesquisa (possibilidade e gravidade). Os autores do projeto se mostram com o compromisso de cumprir as exigências da Resolução 196/96 e suas complementares. O trabalho está elaborado dentro das normas éticas e científicas. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é adequado.

V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa, o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, bem como todos os anexos incluídos na pesquisa supracitada.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

Comitê de Ética em Pesquisa - UNICAMP
Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126
Caixa Postal 6111
13083-887 Campinas - SP

FONE (019) 3521-8936
FAX (019) 3521-7187
cep@fcm.unicamp.br



VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

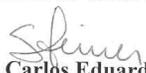
O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

VII – DATA DA REUNIÃO

Homologado na IV Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 27 de abril de 2010.


Prof. Dr. Carlos Eduardo Steiner
PRESIDENTE do COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP

ANEXO VII

Comprovante de envio do artigo 1

Aviso: Hemeroteca - São Paulo Medical Journal - Evidence for Health Care

1 mensagem

noreply@hemeroteca.com.br <noreply@hemeroteca.com.br>

13 de setembro de

Para: vitpadilha@gmail.com

Cc: publicacoes@apm.org.br, revistas@apm.org.br

Aviso Importante!

O Manuscrito **Profile of patients seen by the Psychiatric Emergency of a University General Hospital**(Protocolo: SPMJ000598/2012) teve o status modificado para: Submissão finalizada.

Associação Paulista de Medicina

13/09/2012 00:00:24

Não responda essa mensagem. Do not reply this message.