
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO – MEC
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR – SESu/MEC
HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE – HCPA
MESTRADO PROFISSIONAL EM PREVENÇÃO E ASSISTÊNCIA SAUDE MENTAL
E TRANSTORNOS ADITIVOS

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**PREVALÊNCIA E PERFIL DE USUÁRIOS DE ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS
DROGAS NA CONSULTORIA DO SERVIÇO DE PSIQUIATRIA E MEDICINA
LEGAL EM HOSPITAL GERAL UNIVERSITÁRIO DO SUL DO BRASIL**

PATRÍCIA DE SAIBRO

Orientadora: Lisieux de Borba Telles
Co-orientadora: Lísia Von Diemen

Porto Alegre
2019

CIP - Catalogação na Publicação

de Saibro, Patricia
PREVALÊNCIA E PERFIL DE USUÁRIOS DE ÁLCOOL, TABACO
E OUTRAS DROGAS NA CONSULTORIA DO SERVIÇO DE
PSIQUIATRIA E MEDICINA LEGAL EM HOSPITAL GERAL
UNIVERSITÁRIO DO SUL DO BRAZIL / Patricia de Saibro.
-- 2019.
76 f.
Orientadora: Prof.(a) Dra. Lisieux de Borba Telles.

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Lisia Von Diemen.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Hospital de Clínicas de Porto
Alegre, Programa de Pós-Graduação em Prevenção e
Assistência em Saúde Mental e Transtornos Aditivos,
Porto Alegre, BR-RS, 2019.

1. Consultoria de Ligação . 2. Psiquiatria. 3.
Medicina do Hospital Geral . 4. Prevalência de
Transtorno por Uso de Substâncias. 5. Álcool e drogas.
I. de Borba Telles, Prof.(a) Dra. Lisieux, orient.

II. Von Diemen, Prof^a. Dr^a. Lisia, coorient. III
Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os
dados fornecidos pelo(a) autor(a).

PATRICIA DE SAIBRO

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**PREVALÊNCIA E PERFIL DE USUÁRIOS DE ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS
DROGAS NA CONSULTORIA DO SERVIÇO DE PSIQUIATRIA E MEDICINA
LEGAL EM HOSPITAL GERAL UNIVERSITÁRIO DO SUL DO BRAZIL**

Dissertação apresentada como requisito parcial
para a obtenção do título de Mestre em Prevenção
e Assistência em Saúde Mental e Transtornos
Aditivos.

Orientador(a): Prof^ª. Dr^ª. Lisieux de Borba Telles
Co-orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Lísia Von Diemen

Porto Alegre
2019

PATRICIA DE SAIBRO

**PREVALÊNCIA E PERFIL DE USUÁRIOS DE ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS
DROGAS NA CONSULTORIA DO SERVIÇO DE PSIQUIATRIA E MEDICINA LEGAL
EM HOSPITAL GERAL UNIVERSITÁRIO DO SUL DO BRAZIL**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Prevenção e Assistência em Saúde Mental e Transtornos Aditivos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre – HCPA, sob a orientação do(a) Prof.(a) Dra. Lisieux de Borba Telles.

Aprovada por:

Profa. Dra. Lisieux de Borba Telles – MPAD/ Hospital de Clínicas de Porto Alegre – Medicina
Legal e Psiquiatria Forense
Presidente

Profa. Dra. Joana Correa de Magalhães Narvaez – Universidade Federal De Ciências Da Saúde
de Porto Alegre
Membro

Professor Dr. Marcio Wagner Camatta – MPAD/Hospital de Clínicas de Porto Alegre – Escola
de Enfermagem - UFRGS
Membro

Profa. Doutora Simone Hauck – Hospital de Clínicas de Porto Alegre – Departamento de
Psiquiatria UFRGS
Membro Externo

AGRADECIMENTOS

Desejo exprimir os meus agradecimentos a todos aqueles que, de alguma forma, permitiram que esta dissertação se concretizasse.

Em primeiro lugar a minha orientadora Profa. Dra. Lisieux de Borba Telles; pelo seu trato simples, correto e científico, com que sempre abordou as reuniões de trabalho, sem nunca ter permitido que o desalento se instalasse, mesmo quando as coisas não corriam bem. A minha co-orientadora Prof^{ta}. Dr^a. Lísia Von Diemen pela amizade, oportunidade e incentivo; por ser exemplo de profissionalismo carismático e motivador. Aos colegas e professores da banca pela disponibilidade e interesse.

Aos professores do curso do mestrado, que se dedicaram em muitos finais de semana em seminários e em horas de supervisão para a conclusão da dissertação, agradeço a paciência e sensibilidade. Em especial Silvia Halpern e Carla Dal Bosco. Aos meus colegas de turma do mestrado agradeço o bom convívio, as boas discussões e as boas risadas.

Gostaria de agradecer as minhas queridas amigas da vida toda : Milene Petry, Marcia Surdo Pereira e Nelly Zerraga que abraçaram a experiência do mestrado profissional comigo e Alessandra Mendes Calixto pelo suporte, carinho e correções ao longo de alguns anos de convívio.

Ao querido amigo André Lopes pela sua capacidade de fazer o bem a muitas pessoas; em especial a nossa turma.

Gostaria de agradecer meus colegas de trabalho da unidade Álvaro Alvim do HCPA: Anne Sordi, Ingrid Hartmann, Fernando Rocha, Thiago Hartmann, Pedro Goy e Melina Nogueira; que auxiliaram com as diversas trocas de plantões e sobreavisos. Em especial aos colegas e amigos Marianne Possa e Anderson Stolf agradeço as contribuições e sugestões e dedicação em me auxiliar.

Aos colegas residentes que participaram do trabalho pesado da pesquisa, meu agradecimento e respeito a todos representado pelo Caio Gibaile, Bibiana Lucion e Sofia Azevedo.

Aos colegas do CPAD que contribuíram para a confecção, organização, tabulação e digitação de todos os dados, agradeço a equipe toda na pessoa do Felipe Ornell. A Ceres Oliveira e a Vânia Hirakata pelas análises estatísticas.

À minha família, que são meus amigos de sangue e os de coração; dedico esse trabalho.

À todos, meus sinceros agradecimentos.

RESUMO

Estima-se que 25% das pessoas que ocupam leitos hospitalares têm problemas por uso de álcool e drogas. Essa população não é identificada na grande maioria dos atendimentos prestados, levando ao surgimento de complicações associadas ao uso, tanto de caráter agudo ou crônico, nos diversos setores do Hospital. O diagnóstico precoce dos mesmos, através de consultoria especializada em álcool e drogas, é uma das medidas preventivas possíveis de serem implementadas nas instituições. **Objetivo:** Avaliar a prevalência e o perfil de usuários de álcool, tabaco e outras drogas atendidos em consultoria pelo Serviço de Psiquiatria e Medicina Legal do Hospital Geral Universitário (HGU), no sul do país. **População:** Todos os pacientes internados nas unidades de assistência de um Hospital Geral Universitário (HGU), avaliados pela consultoria do Serviço de Psiquiatria e Medicina Legal, no período de junho 2017 a junho 2018. **Método:** Trata-se de um estudo transversal retrospectivo, com obtenção de dados através de Query e busca ativa dos prontuários. Dos 33.000 pacientes que foram internados no HGU no período do estudo, apenas 1.101 (3,33%) tiveram solicitadas consultorias ao Serviço de Psiquiatria de Adultos. A população total ajustada ficou em 1.049 pacientes, que foram estratificados em grupos que receberam supervisão da consultoria em álcool e drogas (GAD n = 251) e que não receberam (GNAD n= 798). **Resultados:** Houve predomínio do sexo feminino, com uma média de idade de 45,8 (+/- 20,1), trabalhando na informalidade, primeiro grau incompleto, branco, solteiro e provenientes de Porto Alegre. **Prevalência de uso de álcool, tabaco e drogas:** 62,3 % fizeram uso de drogas lícitas (álcool e tabaco) e 36 % de drogas ilícitas (maconha, cocaína/crack e outras drogas) pelo menos uma vez na vida. Houve predominância do sexo masculino tanto para drogas lícitas quanto ilícitas. A idade de maior frequência de experimentação nessa população para o álcool foi entre 30 a 59 anos (65,8%) e para o tabaco (68,8%) acima de 60 anos. Entre as drogas ilícitas, o uso na vida de maconha (54,4%) foi o mais frequente entre os 16 e 29 anos. **Perfil da consultoria:** a medicina interna (MEI) (51,8%) foi a especialidade que mais pedidos fez de consultoria, seguida pela obstetrícia (14,4%) e cirurgia (11,7%). **Conclusão:** Há a necessidade de programas multidisciplinares de capacitação de alunos, residentes e profissionais da área de assistência, a fim de melhorar a identificação precoce dos indivíduos com TUS.

Palavras Chave :Prevalência de Transtorno por Uso de Substâncias; TUS; Álcool; Tabaco; Drogas; Consultoria de Ligação; Psiquiatria; Medicina do Hospital Geral; Brasil; Hospital Universitário; Hospital da Escola

ABSTRACT

It is estimated that 25% of people occupying hospital beds have alcohol and drug use problems. This population is not identified in the vast majority of care provided, leading to the emergence of complications associated with the use, either acute or chronic, in the various sectors of the hospital. Early diagnosis through expert advice on alcohol and drugs is one of the preventive measures that can be implemented in institutions. **Objective:** To study the prevalence and profile of users of alcohol, tobacco and other drugs consulted by the Psychiatric and Forensic Medicine Service of the General University Hospital (HGU) in Southern Brazil. **Population:** All patients admitted to the general university hospital (HGU) units of care, evaluated by the consultancy of the Psychiatric and Forensic Medicine Service from June 2017 to June 2018. **Method:** This is a retrospective cross-sectional study, with data obtained through electronic medical data and active search of medical records. Of the 33,000 patients who were admitted to the HGU during the study period, only 1,101 (3.33%) had consultations with the Adult Psychiatry service. The total adjusted population was 1,049 patients who were stratified into groups that were supervised by the alcohol and drug consultancy team (GAD n = 251) and who did not receive (GNAD n = 798). **Results:** There was a predominance of females, with a mean age of 45.8 (+/- 20.1), working informally, incomplete first grade, white, single and from Porto Alegre. . When stratified into groups in the GAD, there was a predominance of males (66.1%), lower education (44.5%), mixed race (9.8%) and black (18.8%) and single. Prevalence of alcohol, tobacco and drug use: 62.3% used licit drugs (alcohol and tobacco) and 36% illicit drugs (marijuana, cocaine / crack and other drugs) at least once in their lives. . There was a male predominance for both licit and illicit drugs. The most frequent age of experimentation in this population for alcohol was between 30 and 59 years (65.8%) and for tobacco (68.8%) over 60 years. Among illicit drugs the use in life of marijuana (54.4%) was the most frequent between 16 to 29 years. In GAD, lifetime use (93.8%) and alcohol use disorder (72.3%) were more prevalent in men aged 30 to 59 years. Lifetime use of cocaine (91.3%) and marijuana (90.5%); current use of cannabis (66.7%); marijuana use disorder (60.8%) and cocaine use disorder (52.9%) were more frequent among young adults aged 16 to 29 years. Clinical conditions: Cardioneurovascular conditions (15.8%) were the most frequent in the total sample. In GAD, acute clinical conditions (16.3%) and those related to pregnancy and puerperium (16.3%) were prevalent. Psychiatric conditions: Depression was the most common psychiatric condition in both GNAD (37.5%) and GAD (15.8%). Consultancy Profile: Internal Medicine (MEI) (51.8%) was the most requested, followed by obstetrics (14.4%) and surgery (11.7%). In GAD, MEI accounted for 40% of requests, 18.4% for obstetrics and 15.1% for psychiatry. Length of stay and reason for discharge: On average it was 14.8 days (+/- 8.0-30.4). The proportion of treatment dropout (1.6%) and dropout (5.3%) was significantly higher in GAD. GAD Profile and readmissions: Those who readmitted more than 3 times within one year were significantly older (51.0 +/- 16) than the non-readmission group (p = 0.005). They also had higher morphine prescription (p <0.001) and with MEI as a service requesting consultancy (p = 0.001). **Conclusion:** There is a need for multidisciplinary training programs for students, residents and care professionals in order to improve the early identification of individuals with TUS.

Keywords: Prevalence of Substance Use Disorder; TUS; Alcohol; Tobacco; Drugs; Liaison Consulting; Psychiatry; Medicine, General Hospital; Brazil; University Hospital; School Hospital

LISTA DE FIGURAS E GRÁFICOS

Figura 1 - População em estudo	29
Gráfico 1 - Condições Psiquiátricas no GNAD.....	36
Gráfico 2 - Comorbidades psiquiátricas no GAD	37
Gráfico 3 - Frequência de síndrome de Wernicke em pacientes com e sem delirium (SCO).....	38
Gráfico 4 - Tempo para solicitar consultoria	42

LISTA DE ABREVIATURAS

SPA - SUBSTÂNCIA PSICOATIVA

HGU - HOSPITAL GERAL UNIVERSITÁRIO

TUS - TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS

SCO - SÍNDROME CEREBRAL ORGÂNICA

CID - CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS

PSIG - CONSULTORIA PSIQUIATRIA GERAL

ADC -CONSULTORIA ÁLCOOL E DROGAS

PFO - PSIQUIATRIA FORENSE

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE

UNODOC - UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AS CRIME. (ESCRITÓRIO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE DROGAS E CRIME)

GNAD - GRUPO NÃO ÁLCOOL E DROGAS

GAD - GRUPO ÁLCOOL E DROGAS

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Tipos de drogas utilizadas na vida.....	30
Tabela 2 - Uso de drogas lícitas e ilícitas na vida estratificadas por gênero	31
Tabela 3 - Uso de drogas lícitas e ilícitas na vida estratificada por faixa etária	32
Tabela 4 - Caracterização da amostra total e estratificada em GNAD e GAD quanto às variáveis sociodemográficas	34
Tabela 5 - Condições clínicas na internação de acordo com os CID, na população total e estratificada em GNAD e GAD	35
Tabela 6 - Serviços solicitantes da consultoria na amostra total e estratificado nos GNAD e GAD	40
Tabela 7 - Referência ao uso de SPA no pedido da consultoria no grupo total GNAD e GAD.....	41
Tabela 8 - Tempo de internação, de solicitação da consultoria, tempo de resposta e motivo da alta na amostra total e estratificado entre os grupos.....	43
Tabela 9 - Registro de uso de SPA na resposta do psiquiatra consultor na população total estudada	44
Tabela 10 - Registro de uso de SPA na resposta do Psiquiatra consultor nos GNAD e GAD	45
Tabela 11 - Dados relativos ao padrão de consumo de drogas estratificadas pelo tipo de substância, tempo máximo de abstinência (em meses) e idade de primeiro consumo (em anos) no GAD	47
Tabela 12 - Associação entre frequência de uso na vida, atual e transtorno por uso de SPA, estratificado por faixa etária e tipo de substância.....	48
Tabela 13 - Associação entre uso na vida, uso atual e transtorno por substância com faixa etária do paciente no GAD	49
Tabela 14 - Associações com reinternação no grupo GAD.....	50

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
1.1 EPIDEMIOLOGIA SUBSTANCIAS PSICOATIVAS.....	12
1.2 COMORBIDADES CLÍNICAS E PSIQUIÁTRICAS.....	14
1.3 COMORBIDADES CLÍNICAS, PSIQUIÁTRICAS E TUS.....	15
1.4 LOCAL E BUSCA POR ATENDIMENTO	16
1.5 CONSULTORIA	17
2 JUSTIFICATIVA	19
2.1 HIPÓTESE.....	19
3 OBJETIVOS.....	20
3.1 OBJETIVO GERAL	20
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
4 MATERIAL E MÉTODOS	21
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	21
4.2 POPULAÇÃO EM ESTUDO.....	21
4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	21
4.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	21
4.5 COLETA DE DADOS.....	22
4.5.1 Local da coleta.....	22
4.5.2 Seleção e descrição dos participantes.....	22
4.5.3 Logística da coleta.....	22
4.5.4 Variáveis estudadas	23
4.5.4.1 As variáveis estudadas através da QUERY	23
4.5.4.2 Variáveis coletadas por busca ativa em prontuários	24
4.5.4.2.1 CID Psiquiátricos.....	24
4.5.4.2.2 Motivo da consultoria mencionava uso de álcool tabaco e outras drogas	25
4.5.4.2.3. Resposta da Consultoria.....	25
4.5.4.2.4 Supervisão da consultoria	25
4.5.4.2.5 Investigação e registro do uso de álcool, tabaco, cocaína, maconha e outras drogas.....	25
4.5.4.2.6 Consultorias ADC (GAD)	25
4.7 ANÁLISE DOS DADOS.....	26
5.1 PREVALÊNCIA DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS.....	28
5.2 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO	33
5.3 CONDIÇÃO CLÍNICA E PSIQUIÁTRICA.....	35

5.4 PERFIL DAS CONSULTORIAS.....	39
5.5 PEDIDO DA CONSULTORIA.....	39
5.6 TEMPO DE INTERNAÇÃO E MOTIVO DA ALTA.....	42
5.7 RESPOSTA DA CONSULTORIA	44
5.8 PERFIL GAD	46
5.8.1 Prevalência de Transtornos por Uso de Substâncias.....	46
5.8.2 Reinternações e TUS.....	50
6.1 PREVALÊNCIA DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS (SPA) NA POPULAÇÃO ESTUDADA.....	52
6.2 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO.....	55
6.3 COMORBIDADES (CONDIÇÕES CLÍNICA E PSIQUIÁTRICA)	56
6.4 PERFIL DAS CONSULTORIAS.....	59
6.5 PERFIL GAD	61
6.6 LIMITAÇÕES E ASPECTOS RELEVANTES	65
7. CONCLUSÃO	67
8. PRODUTO.....	69
REFERÊNCIAS.....	70
APÊNDICE A - CÓPIA DO FORMULÁRIO ELETRÔNICO PARA SOLICITAÇÃO DE QUERY JUNTO AO HCPA.....	74
APÊNDICE B - PROTOCOLO DE PESQUISA	76

1 INTRODUÇÃO

O uso de álcool e drogas assim como seu transtorno (TUS) está associado a uma variedade de condições clínicas de elevada morbimortalidade (Pecoraro et al., 2012). O consumo de álcool representa 5,3 % da mortalidade e 4,6% da incapacidade em todo o mundo (Rehm et al., 2009)(GBD 2016 ALCOHOL COLLABORATORS, 2018). Além de conferir custos em nível individual, o uso de substâncias psicoativas (SPA) implica também o custo social decorrente do aumento da violência urbana, doméstica, acidentes de trânsito e mortes violentas (Waller et al., 1998; Collaborators, 2018).

O TUS pode resultar em múltiplos agravos à saúde, incluindo trauma, cirrose e câncer além da má gestão de outras doenças crônicas (Saitz, 2005), piorando o prognóstico das patologias já existentes e diminuindo a expectativa de vida.

Essa população de pacientes gera um altíssimo custo para o sistema de saúde, estando os mesmos associados à baixa adesão aos tratamentos propostos e piores evoluções clínicas quando internados (Baldwin et al., 1993). As hospitalizações são de longa permanência, entretanto, em função de sintomas de privação e o não relato do uso de substâncias psicoativas, ocorrem muitas altas a pedido e contra orientação médica (Alfandre, 2009). Com essa dinâmica de altas por evasão ou contra orientação médica, as reinternações são frequentes, levando à utilização em demasia dos serviços de emergência (Fuller et al., 2013; Mark et al., 2013).

Várias dessas internações e reinternações resultam de condições médicas causadas ou exacerbadas por problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas. As hospitalizações podem ocorrer como consequência direta do uso, a saber: overdose, infecções de tecidos moles, endocardite, lesões ou traumas relacionados à intoxicação (Weintraub et al., 2001; Macdonald et al., 2003; Takahashi et al., 2003). Dessa maneira, os pacientes com TUS na sua grande maioria apresentam comorbidades com outras doenças clínicas .

A população de pacientes que faz uso de drogas lícitas e ilícitas pode desenvolver ou não transtornos relacionados a este uso, dependendo de uma série de fatores biopsicossociais. Os transtornos psiquiátricos relacionados a esses pacientes são referentes à dependência de outra substância psicoativa além daquela de preferência.

Apesar das importantes consequências para a saúde pública, os transtornos por uso de substâncias (TUS) continuam sendo um dos transtornos mentais mais subtratados e

subdiagnosticados no mundo todo. Esse fenômeno ocorre particularmente no Hospitais Gerais (Friedmann, 2013). A prevalência estimada em relação a esses pacientes em *settings* hospitalares é de 9% a 27 %. Fatores relacionados aos pacientes, aos médicos e ao sistema de saúde contribuem para a baixa prevalência de tratamento.

As consultorias psiquiátricas especializadas em transtornos por uso de substâncias, álcool, tabaco e outras drogas (TUS), realizadas no Hospital Geral, podem desempenhar um papel importante nesta realidade por conseguir identificar o problema e com isso aumentar a qualidade no atendimento a uma população de pacientes particularmente vulneráveis.

Nesta introdução, abordaremos, a partir de uma revisão da literatura, a epidemiologia, as comorbidades clínicas e psiquiátricas mais frequentes nessa população, como dos serviços de consultoria prestados no contexto hospitalar.

1.1 EPIDEMIOLOGIA : SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

O uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas são os principais fatores de risco globais para incapacidade e perda prematura de vidas (*United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC)*, 2018). O ônus à saúde é acompanhado por custos econômicos significativos, como gastos com assistência médica e aplicação da lei, perda de produtividade e outros custos diretos e indiretos, incluindo danos a terceiros.

Em 2018, o álcool foi o sétimo principal fator de risco para mortes prematuras e incapacitação no mundo, segundo dados do *Global Burden of Disease* (Foreman et al., 2018). Indivíduos com 15 a 49 anos foram os mais expostos, sendo atribuídos a eles 3,8% e 12,2% dos óbitos entre mulheres e homens, respectivamente. A carga total de prejuízos à saúde atribuíveis ao uso de substância aumenta com a progressão da quantidade de álcool consumida, sendo que a partir de 10 g de álcool por dia já aumentaria o risco relativo de danos à saúde. Os transtornos relacionados ao uso de álcool estão entre os transtornos mentais mais prevalentes em todo o mundo, afetando 8,6% (IC95% 8,9-9,1) dos homens e 1,77% (1,6-1,9) das mulheres em 2017 (Carvalho, Heilig, Perez, Probst & Rehm, 2019).

O tabagismo é uma das principais causas de morbimortalidade e também o fator de risco passível de prevenção de vários tipos de doenças no mundo todo. Aproximadamente 18,5% dos

adultos fumam diariamente, entretanto a prevalência mundial varia muito, sendo nos países subdesenvolvidos as mais elevadas (Lozano et al., 2018).

Globalmente, estima-se que cerca de 35 milhões de pessoas sofram de transtornos relacionados ao uso de drogas e precisem de serviços de tratamento. Em 2017, foi estimado que 271 milhões de pessoas, ou 5,5% da população global entre 15 e 64 anos, usaram drogas no ano anterior, enquanto estima-se que 35 milhões de pessoas sofram de transtornos por uso de drogas como necessidade de tratamento, de acordo com o último Relatório Mundial sobre Drogas de junho de 2019 (UNODC, 2018).

Conhecer e entender padrões de consumo de álcool tabaco e outras drogas são um passo importante para prever as consequências do uso e para criar medidas que contribuam para mudar hábitos nocivos. A progressão do uso para o padrão de dependência é sutil e decorre não somente da quantidade consumida, mas também da frequência, circunstâncias deste consumo e consequências para a saúde.

Na população geral Brasileira temos I e II Levantamento Domiciliar sobre o uso de Drogas Psicotrópicas (2014) onde a prevalência de dependência de álcool na população geral brasileira é de 12,3%, sendo 19,5% de homens e 6,9% de mulheres. A porcentagem de dependência é de 10,1% para tabaco. O mesmo levantamento ainda verificou que 22,8% da população já haviam usado algum tipo de droga, excluindo álcool e tabaco e que a porcentagem de dependência é de 10,1% para tabaco, 1,2% para maconha, 0,5% para benzodiazepínicos, 0,2% para solventes e 0,2% para estimulantes. Em relação às drogas ilícitas, cocaína (inalada e na forma de crack) e maconha são as drogas mais prevalentes (Laranjeira e Madruga, 2012). O uso de crack esta associado com complicações pulmonares e doenças infecciosas (HIV, TBC) (Maçano et al., 2008).

No III Levantamento domiciliar, as substâncias em que foram observadas as maiores prevalências de uso na vida, depois do álcool e tabaco, foram a maconha, a cocaína em pó, os solventes, e as cocaínas fumáveis. Em relação ao uso atual (<30 dias), as maiores prevalências foram observadas em relação ao consumo de maconha, apresentando uma estimativa substancialmente maior, em pelo menos cinco vezes, do que a de quaisquer outras substâncias. A segunda substância mais frequentemente consumida foi a cocaína em pó, seguida pela fumada (crack). O uso de alguma substância ilícita foi mais frequentemente reportado pelos homens do que pelas mulheres.

1.2 COMORBIDADES CLÍNICAS E PSIQUIÁTRICAS

Estima-se que 25% da população adulta tenha problemas de saúde mental e 68% deles sofram de condições médicas comórbidas. Pacientes psiquiátricos têm sido amplamente relatados como tendo um risco aumentado de morbimortalidade devido a distúrbios físicos (Fridell et al., 2019).

Um distúrbio mental grave e persistente pode resultar na perda de até quatro anos de vida do paciente, em comparação com indivíduos sem transtorno mental. Suicídio, câncer, acidentes, doença hepática e septicemia aumentam a mortalidade prematura entre pessoas com transtorno mental grave e persistente. A presença de um distúrbio mental é um fator de risco para distúrbios físicos e vice-versa. Isso na prática significa que ter uma doença física é um fator de risco significativo para a depressão; e a depressão também é um fator de risco para doenças físicas. Então, frente a pacientes clínicos, o médico deveria sempre pensar em investigar a condição mais frequentemente associada que é a depressão. A depressão, diferente de outras patologias psiquiátricas, já superou muito o estigma das doenças mentais. As pessoas conseguem verbalizar expressões como depressão, ansiedade e stress, porém o mesmo não ocorre com esquizofrenia, bipolaridade e dependência química (Miranda, 2015).

Em outros estudos, a depressão é relatada como comórbida com 26 categorias de doenças e é mais prevalente em combinação com doenças gastrointestinais, acidente vascular cerebral, doenças osteomusculares, doença de Parkinson, doenças respiratórias e obesidade, como resumido por Hert et al. (2011)

As condições físicas em pacientes com doenças psiquiátricas são principalmente de distúrbios crônicos não transmissíveis: doença cardiovascular, hipertensão, diabetes, hipertireoidismo, hipotireoidismo, colesterol alto, obesidade, celulite, condições pulmonares crônicas, doença pulmonar obstrutiva crônica, asma, infecção pelo vírus da hepatite C (HCV), hepatite B, HIV (+), epilepsia, doenças da pele e tecidos subcutâneos, doenças parasitárias infecciosas, doenças digestivas, doença hepática, gastrite. As condições de transtorno mental examinadas foram predominantemente na categoria de transtornos mentais crônicos, incapacitantes

e prevalentes: transtornos do humor (depressão maior, transtorno do humor bipolar), esquizofrenia, transtorno esquizoafetivo e transtornos de personalidade esquizoide) (Šprah, Dernovšek, Wahlbeck & Haaramo, 2017).

Em pacientes comórbidos, além de apresentarem um maior índice de mortalidade, um pior estado funcional ou de qualidade de vida, também tem sido relatado um maior uso dos serviços de saúde. A comorbidade de distúrbios mentais e físicos foi identificada como “o desafio mais importante” à medicina do século XXI (Sartorius, 2018).

1.3 COMORBIDADES CLÍNICAS, PSIQUIÁTRICAS E TUS

O uso abusivo ou a dependência de outras substâncias psicoativas é regra na população de dependentes químicos, sendo a comorbidade mais frequente o uso ou abuso de outra droga, além daquela dita de preferência (Gossop, Marsden & Stewart, 2002; Arnaout & Petrakis, 2008). A importância clínica desse achado significa que a presença do uso nocivo de uma substância psicoativa é fator de risco para a existência da outra.

Os casos de TUS com transtornos mentais comórbidos têm um curso mais grave e incapacitante da doença, piores resultados sociais e clínicos pois acabam sendo subtratados e apresentam mais intercorrências (complicações) ao longo da internação do que aqueles com TUS puros (Harris et al., 2019). Depressão, ansiedade e suicídio são altamente prevalentes em usuários de álcool e outras drogas (Volkow, 2004; Gilchrist & Sadler, 2019). Watkins et al. afirmam ser provável a existência de um ou mais transtornos mentais em usuários de álcool e *crack*, sendo depressão e ansiedade os mais prevalentes (Watkins et al., 2004). Entretanto, Harris e col descobriram que a presença de comorbidade com outros transtorno mental dobrou as chances de recebimento do tratamento para TUS (Han, Lopez & McCance-Katz, 2019).

Em relação ao diagnóstico de transtorno de personalidade cluster B, em um grande estudo populacional nos Estados Unidos - *The National Comorbidity Survey Replication*, 84,5% dos pacientes que preencheram os critérios para Eixo 2 também preencheram os critérios para um ou mais distúrbios do eixo I (DSM-IV-TR), com uma média de 3,2 eixos comórbidos por paciente (Lenzenweger et al., 2007).

A ocorrência de doenças infectocontagiosas na população de usuários de álcool e drogas é altamente prevalente e pertencer a esse grupo é considerado fator de risco em diversos estudos nacionais e internacionais (Foreman et al., 2018).

1.4 LOCAL E BUSCA POR ATENDIMENTO

O uso de substâncias psicoativas por pacientes em geral está associado à baixa adesão a tratamentos ambulatoriais e piores evoluções clínicas quando internados (Baldwin et al., 1993), longas internações, altas a pedido e contra orientação médica (Alfandre, 2009). Geralmente, os pacientes usuários de substâncias psicoativas utilizam de forma recorrente e inadequada o sistema de saúde, lotando as salas de emergência e não dando seguimentos aos tratamentos (Segatto et al., 2007; Cherpitel & Ye, 2008); se por um lado as emergências são frequentemente utilizadas por consumidores de medicações prescritas para dor, as internações hospitalares o são por ansiosos e deprimidos (Billings & Mijanovich, 2007; Walley et al., 2012).

Pacientes extremamente frequentes do serviço de saúde são definidos como aqueles que apresentam mais de quatro visitas aos setores de emergência ou internação no período de um ano. Estes usuários do sistema têm um perfil caracterizado por serem do sexo masculino, jovens (25 a 30 anos), com comorbidades psiquiátrica e clínica crônicas (HAS, Diabete), não terem trabalho ou estarem em benefício, além de serem atendidos em mais de um serviço de saúde (Huynh et al., 2016). Em estudo prévio (O'toole et al., 2007) referem que as condições associadas com o uso muito frequente de serviços de saúde, principalmente serviços de emergência, são relativos ao baixo suporte social, doença mental, desemprego, uso de álcool e drogas e doença clínica crônica (Doupe et al., 2012).

Estão presentes nesses pacientes, o infarto do miocárdio (Stjärne et al., 2004) psicose, depressão, comportamento suicida e condições de vida precárias (Hansagi et al., 2001; Allardyce et al., 2005). Outras condições clínicas (como câncer, infecções e problemas cardiovasculares crônicos) são associadas com uso crônico de substâncias psicoativas, que se tornam mais aparentes à medida que o indivíduo fica mais velho e necessita de mais assistência médica (Gozdzik et al., 2015).

A ausência de diagnóstico coloca os pacientes em risco de desenvolver síndrome de abstinência dessas substâncias, sem abordagem adequada ou receber tratamento que piorem o quadro (Williams & Mitchell, 2014). Em estudo realizado com pacientes no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), em 2004, apenas 50% dos pacientes apresentavam alguma referência sobre o consumo de álcool no prontuário e quase sempre de forma pouco informativa como “bebe socialmente” (Pechansky et al., 2004).

Várias são as barreiras para a identificação dos pacientes com problemas pelo uso de álcool, tabaco e outras drogas nas diferentes áreas de atendimento nos hospitais (Nygaard & Aasland, 2011), desde a resistência da equipe de assistência ao despreparo técnico pelos mesmos (Geirsson et al., 2005). O rastreamento dos Transtorno por Uso de Substância (TUS) é complexo e muitas vezes os pacientes omitem estas informações, mesmo quando questionados. Medidas alternativas para triagem e identificação destes casos são utilizadas, visto que o custo para a realização de *screening* urinário para detecção de drogas de abuso deve ser realizado somente nos pacientes com maior risco. Em um estudo realizado em emergências, foi identificado que uso de álcool em binge e tabagismo (mais de 1 carteira por dia) estão altamente relacionados ao uso problemático de drogas ilícitas e podem ser utilizados como informações na triagem (Macias Konstantopoulos et al., 2014).

1.5 CONSULTORIA

As consultorias especializadas em TUS, realizadas no Hospital Geral, visam aumentar a qualidade no atendimento a uma população de pacientes particularmente vulneráveis, além de poder gerar um desfecho diferente em relação ao número de reinternações nas unidades, redução no tempo de permanência, bem como aumentar o conhecimento técnico das diferentes equipes assistentes quanto ao reconhecimento, abordagem e manejo desta patologia (Nordeck et al., 2018).

Devido ao importante papel que os TUS podem acarretar a saúde e no prognóstico do paciente, muitos hospitais formaram serviços de consultoria especializados em transtornos por uso de substâncias (Consultoria em Álcool e Drogas – CAD). Estes serviços oferecem uma forma promissora de intervenção na resolução das necessidades complexas das pessoas com problemas médicos, decorrentes direta ou indiretamente pelo uso agudo ou crônico de substâncias. Tais serviços podem ser desenvolvidos e integrados em ambientes hospitalares, fornecendo

recomendações especializadas às equipes de atendimento sobre o manejo de sintomas de abstinência, início do tratamento do TUS no hospital e encaminhamentos para o tratamento, entre outros serviços (Aszalos et al., 1999; Murphy et al., 2009; Wakeman & Rich, 2018).

Em um Hospital Geral Universitário (HGU), vinculado à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), o Serviço de Psiquiatria recebe solicitação de consultorias oriundas das diversas especialidades médicas. A Consultoria do Serviço de Psiquiatria e Medicina Legal abrange as consultorias da infância e adolescência, forense, adição e a psiquiatria geral. A média dos atendimentos, segundo estimativa levantada pelo próprio departamento, é de 900 casos ano em 2017. As consultorias relacionadas aos problemas por uso de álcool e outras drogas estão entre as mais frequentes, principalmente devido ao desenvolvimento de SAA sem diagnóstico prévio de problemas com álcool, por agitação psicomotora, agressividade com equipe e solicitação de alta precoce nos pacientes com transtorno por uso de substâncias (TUS), especialmente por uso de cocaína e crack.

2 JUSTIFICATIVA

A partir do conhecimento da prevalência e do perfil do paciente que usa álcool e outras drogas dentro do ambiente hospitalar, ações preventivas podem ser implementadas nos diferentes serviços de atendimentos (Madras et al., 2009). Quanto mais indicadores relacionados ao perfil desses pacientes forem identificados, medidas de tratamento e encaminhamento poderão ser elaboradas.

Estão associados com a identificação precoce destes pacientes, a diminuição de complicações clínicas, sociais, éticas e legais durante a internação hospitalar, menor tempo de internação, menos intervenções e menores custos ao serviço (Nordeck et al., 2018).

Como parte do processo de elaboração e estruturação de serviço interdisciplinar de consultoria em álcool e drogas do Hospital Geral Universitário, o presente trabalho tem por objetivo estudar a prevalência e o perfil do paciente usuário de álcool, tabaco e outras drogas a partir dos atendimentos realizados nos diversos setores hospitalares pela Consultoria do Serviço de Psiquiatria.

2.1 HIPÓTESE

Existe alta prevalência de uso de álcool, tabaco e outras drogas em pacientes de consultoria de internação, solicitada para o Serviço de Psiquiatria e Medicina Legal em Hospital Geral universitário do sul do país.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Avaliar a prevalência e o perfil de pacientes que fazem uso de álcool, tabaco e outras drogas para os quais foi solicitada consultoria ao Serviço de Psiquiatria de Hospital Geral Universitário (HGU), na região sul do Brasil, no período de junho/2017 a junho/2018.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as características sociodemográficas da população em estudo, estratificada em Grupo Álcool e Drogas (GAD) e Grupo não Álcool e Drogas (GNAD);
- Identificar comorbidades clínicas, cirúrgicas e psiquiátricas nos grupos a partir do CID registrado na internação hospitalar;
- Caracterizar o perfil das consultorias;
- Caracterizar o Grupo AD (GAD).

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal com busca ativa em prontuários eletrônicos de pacientes atendidos pela consultoria do Serviço de Psiquiatria e Medicina Legal de um Hospital Geral Universitário, durante o período compreendido entre junho de 2017 a junho de 2018.

4.2 POPULAÇÃO EM ESTUDO

Foram analisados todos os prontuários de pacientes internados nas unidades de assistência de um Hospital Geral Universitário, avaliados pela consultoria do Serviço de Psiquiatria e Medicina Legal no período acima referido. O tamanho da amostra correspondeu ao número de casos retornados pela Query que foi gerada, dentro da estimativa de 900 casos ano.

4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Prontuários de todos os pacientes atendidos pela consultoria do Serviço de Psiquiatria e Medicina Legal de um Hospital Geral Universitário, com registro de consumo de álcool, tabaco ou outras drogas descritas no prontuário no período compreendido entre 01/06/2017 a 30/06/2018.

4.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Pacientes que tiveram a consultoria encerrada antes da avaliação pela equipe da Psiquiatria (óbito e/ou solicitação equivocada);
- Prontuários de pacientes atendidos pela consultoria do Serviço de Psiquiatria e Medicina Legal do HCPA, com menos de 20% dos dados de preenchimento completos.

4.5 COLETA DE DADOS

4.5.1 Local da coleta

O trabalho foi realizado em um Hospital Geral Universitário (HGU), vinculado à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

4.5.2 Seleção e descrição dos participantes

O período estudado foi de 01 junho de 2017 a 30 de junho de 2018 e incluídos na pesquisa todos os prontuários de pacientes para os quais foi solicitada Consultoria em Psiquiatria Geral, e excluídos aqueles para os quais a Consultoria tenha sido solicitada erroneamente, ou solicitada em duplicidade a um pedido ainda vigente e aquelas para as quais o acesso às informações do prontuário encontrava-se restrito por motivo de sigilo institucional e por óbito. Os pacientes cuja equipe assistente solicita uma Consultoria em Psiquiatria Geral são avaliados por residentes da psiquiatria geral no seu terceiro ano de formação, que supervisionam os mesmos com professores e psiquiatras contratados do departamento. Muitas vezes, após a supervisão, alguns pacientes são reencaminhados para consultorias especializadas, como a Consultoria em Álcool e Drogas (ADC) ou Psiquiatria Forense (PFO). Os residentes fazem o registro dos atendimentos no prontuário, assim como dos encaminhamentos para nova consultoria, caso seja necessário.

Como AD e PFO são consultorias independentes da Psiquiatria Geral (PSI), muitas solicitações já são feitas diretamente para as mesmas, quando o médico solicitante percebe a necessidade de avaliação específica e especializada para o caso em questão.

Os dados foram levantados pelo autor a partir das informações dos prontuários arquivados na instituição, através de um manual sistematizado para coleta de dados (Apêndice B), bem como de uma QUERY (Apêndice A), como descrito a seguir.

4.5.3 Logística da coleta

Os dados foram levantados a partir da investigação retrospectiva em prontuário eletrônico, através de pesquisa do tipo QUERY solicitado ao serviço de informática do HGU. A partir de um

formulário eletrônico (Apêndice A) foram inseridas as variáveis do protocolo de pesquisa, que puderam ser respondidas pela QUERY. Para as demais variáveis do protocolo, realizou-se busca ativa e revisão de prontuários por meio de um manual sistematizado. Diante da multiplicidade de especificações presentes no Código Internacional de Doenças 10ª Edição (CID-10), optou-se por categorizar os 81 códigos diferentes presentes na amostra em 10 grandes grupos, que foram construídos a partir do agrupamento de condições semelhantes. Objetivou-se que permanecessem como grupos individuais apenas aqueles que representassem no mínimo 5% da amostra de 1049 pacientes (isto é: pelo menos 53 pacientes), porém, dois grupos foram mantidos apesar de terem número menor que 53, dado que representa condições mais específicas, tais como perder o detalhamento ao agrupar com outras condições: psiquiátricas, infectocontagiosas e transplantes. Outros CIDs de difícil generalização e agrupamento foram incluídos em um único grupo, chamado de “outros”.

4.5.4 Variáveis estudadas

4.5.4.1 As variáveis estudadas através da QUERY

Filtros aplicados:

- Ano junho 2017/junho 2018;
- Consultoria Psiquiatria Geral;
- Consultoria Álcool e Drogas;
- Consultoria Psiquiatria Forense.

Colunas recuperadas:

- Número do prontuário;
- Idade;
- Sexo;
- Etnia;
- Escolaridade;
- Ocupação;

- Estado civil;
- Doenças clínicas diagnosticadas na internação;
- Serviço solicitante da consultoria;
- Data da internação;
- Data da solicitação da consultoria;
- Data da visualização pelo consultor;
- Data da resposta da consultoria;
- Data da alta;
- Tipos de alta;
- Número de reinternações no período de junho 2017 a junho de 2018.

4.5.4.2 Variáveis coletadas por busca ativa em prontuários

Os dados foram levantados pelo autor e equipe de assistentes de pesquisa, a partir das informações dos prontuários arquivados na instituição através de um protocolo para coleta dos dados. As variáveis selecionadas foram codificadas e computadas para posterior análise. Dado tratar-se de um estudo que avalia um período de 13 meses, era esperado que um paciente pudesse ter mais de uma avaliação de consultoria psiquiátrica em todo o período. Nestes casos, a fim de buscar a informação mais completa possível para atingir o objetivo de caracterizar o perfil do uso de substâncias psicoativas da amostra, optou-se por padronizar a coleta de informações sempre a partir da última consultoria respondida no período descrito (junho/2017 a junho/2018), na expectativa de que ela, já com embasamento das anteriores, tivesse um registro mais aprofundado da avaliação do uso de SPA.

4.5.4.2.1 CID Psiquiátricos

Os assistentes de pesquisa buscaram na resposta da consultoria o diagnóstico psiquiátrico identificado pelo residente/consultor. Utilizou-se para codificação de doenças a décima revisão da Classificação Internacional de Doenças – Transtornos Mentais e de Comportamento (CID-10 [1998]).

4.5.4.2.2 Motivo da consultoria mencionava uso de álcool tabaco e outras drogas

Assistentes de pesquisa verificaram se o médico clínico no chamado da consultoria identificou o uso de alguma substância psicoativa (Sim = 1; Não = 0).

4.5.4.2.3. Resposta da Consultoria

Verificar se a equipe de consultores conseguiu responder ao chamado (Sim = 1; Não = 0).

4.5.4.2.4 Supervisão da consultoria

O assistente de pesquisa verificou, na conduta do residente/consultor, com qual professor/contratado o caso foi discutido. Caso tenha sido com alguém da equipe de álcool e drogas, considerar (Sim =1; Não= 2).

4.5.4.2.5 Investigação e registro do uso de álcool, tabaco, cocaína, maconha e outras drogas

Pesquisa se o residente/consultor investigou o uso de álcool, tabaco, cocaína, maconha e outras drogas pelo paciente. Se sim = 1. Não tendo registro dessa avaliação, a resposta foi não = 0.

Em caso positivo (sim=1), foi verificado se o uso era atual ou passado.

Sendo presente o uso atual ou passado no prontuário, foi registrado (Sim = 1) e (Não =0), quando não havia registro.

4.5.4.2.6 Consultorias ADC (GAD)

Investigação e registro do uso de álcool, tabaco, cocaína, maconha e outras drogas

- Idade do primeiro consumo para cada substância;
- Prescrição de morfina na internação atual;
- CID de comorbidades psiquiátricas;

- Tempo de uso registrado em anos para cada substância;
- Tempo de abstinência registrado em meses para cada substância;
- Histórico de internações prévios para dependência química;
- Motivação em seguir tratamento para dependência química após consultoria;
- Sorologias HIV HCV Sífilis;
- Tuberculose;
- Morador (a) de rua.

4.6 SUPORTE LOGÍSTICO

A área administrativa do Hospital contribui através do serviço de atenção ao paciente e apoio logístico, integrando os protocolos já existentes que contemplam as variáveis que serão estudadas. A elaboração do Query e ajuste das variáveis de pesquisa foram analisadas em conjunto com o Serviço de Informática do HGU (CGTIC).

A análise estatística do banco de dados, consultoria técnica e armazenamento dos mesmos foi realizada pelo Centro Colaborador de Pesquisa em Álcool e Drogas do HCPA.

4.7 ANÁLISE DOS DADOS

As variáveis quantitativas foram descritas por média e desvio padrão ou mediana e amplitude interquartílica. As variáveis categóricas foram descritas por frequências absolutas e relativas. Para comparar médias entre os grupos, o teste *t-student* foi aplicado. Em caso de assimetria, os testes de Mann-Whitney ou Kruskal-Wallis (complementado por Dunn) foram utilizados. Na comparação de proporções, os testes qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher foram aplicados. Para as variáveis politômicas, o teste dos resíduos ajustados foi utilizado para identificar as associações estatisticamente significativas. O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$) e as análises foram realizadas no programa SPSS versão 21.0.

4.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICO-LEGAIS

Considerando a resolução 466/2012, em que toda a pesquisa possui riscos, neste estudo eles são mínimos pois não se realiza nenhuma intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas, psicológicas ou sociais dos indivíduos. Entretanto, por ser um projeto que empregou métodos retrospectivos de pesquisa com consulta em prontuário, há o risco de quebra da confidencialidade envolvido.

Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em pesquisa do HCPA e o acesso e utilização dos dados provenientes do prontuário eletrônico foram analisados respeitando o critério da confidencialidade. Foram utilizados o Termo de Compromisso para a Utilização de Dados (Prontuários) e Termo de Compromisso para a Utilização de Dados Institucionais, assinados pelos pesquisadores, para diminuir esse risco em potencial às informações coletadas.

O projeto consta com a aprovação junto ao Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA (CEP/HCPA) através do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) sob o número 05600018.8.0000.5327

5. RESULTADOS

5.1 PREVALÊNCIA DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Descrição da amostra : Dos 33.000 pacientes internados no serviço hospitalar do estudo, no período de junho/2017 a junho/2018, apenas 1.101 (3,33%) tiveram solicitadas consultorias ao Serviço de Psiquiatria de Adultos. Esse número foi encontrado a partir da aplicação dos filtros da QUERY para todos os pedidos feitos à Psiquiatria Geral (PSIG), Psiquiatria da Adição (ADC) e Psiquiatria Forense (PFO) no sistema, resultando em um número de 1.924 saídas.

Com a exclusão de 823 prontuários em função da duplicidade dos mesmos, chegou-se a um total de 1.101. Dessa forma, o Serviço de Psiquiatria foi acionado para avaliação de, em média, 84,7 pacientes diferentes a cada mês, no período de 01 de junho/2017 a 31 de junho/2018.

Dentre os 1101 pedidos de consultoria, 66 (6%) foram solicitados à PFO, 176 (15,98%) à ADC, e 859 (78,01%) à PSIG. Analisando o grupo da PSIG com 859 pedidos, 61 deles (5,8%) foram casos discutidos e supervisionados pela equipe da Adição (ADC).

De tal maneira, constituíram-se dois grupos distintos:

- O Grupo Adição (GAD), com pacientes encaminhados diretamente via pedido da consultoria e os pacientes reencaminhados pelo Serviço de Psiquiatria e aqueles que supervisionaram com equipe ADC;
- O Grupo não Adição (GNAD) são as consultorias encaminhadas para o serviço, mas não tiveram supervisão ADC.

A população total ajustada ficou em 1.049 pacientes, para os quais foram solicitadas as consultorias. Destes, 798 (76,1%) foram GNAD e 251 (23,9%) GAD (Figura 1).

Figura 1 - População em estudo

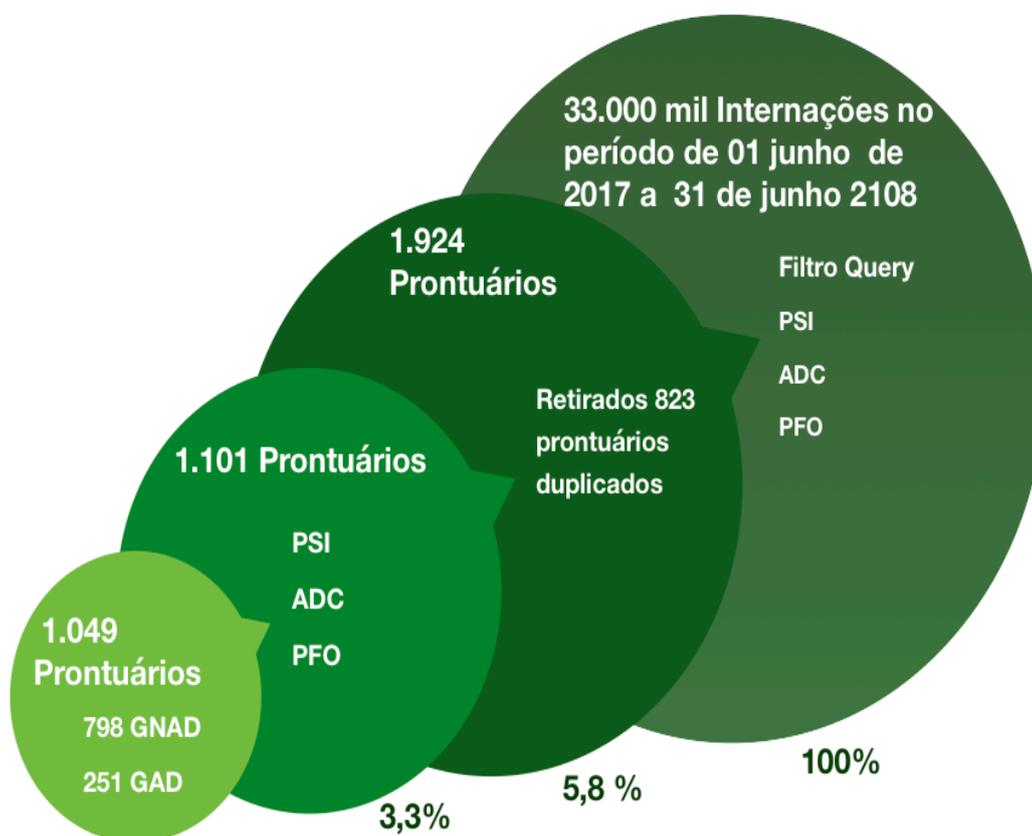


Figura 1: População em estudo. PFO: Psiquiatria Forense. PSIG: Psiquiatria Geral. ADC: Psiquiatria de Adição. GNAD: Grupo Não-Adição. GAD: Grupo Adição

Fonte: Elaborada pela autora.

Dos 1049 prontuários avaliados, 654 (62,3%) tinham registro do uso de algum tipo de SPA. Evidenciou-se que o uso de álcool, tabaco e/ou outras drogas, sendo o uso de drogas lícitas o mais prevalente ao longo da vida: mais de 62% da amostra. Entretanto, tais números podem estar subestimados, dado que os registros das avaliações não se mostraram completos na maior parte das vezes. Diante dos dados registrados nas respostas aos pedidos de consultorias, encontrou-se a prevalência para uso na vida de álcool, tabaco, maconha, cocaína/crack e outras drogas, conforme apresentado na tabela a seguir (Tabela 1).

Tabela 1 - Tipos de drogas utilizadas na vida

Variáveis	Informação Disponível n(%)	Estatística Descritiva* n(%)
<i>Uso de Drogas lícitas na vida</i>	1049 (100)	654 (62,3)
<i>Álcool</i>	554 (52,0)	334 (60,0)
<i>Tabaco</i>	539 (51,3)	320 (68,6)
<i>Uso de Drogas ilícitas na vida</i>		385 (36)
<i>Maconha</i>	443 (42,0)	150 (14,3)
<i>Cocaína/Crack</i>	502 (47,0)	147 (14,0)
<i>Outras Drogas</i>	471 (44,0)	88 (8,3)

Fonte: Elaborada pela autora. * teste dos resíduos ajustados a 5% de significância.

Tabela 2 - Uso de drogas lícitas e ilícitas na vida estratificadas por sexo

Variável	Feminino	Masculino
<i>Uso de Drogas lícitas na vida</i>		
<i>Álcool</i>	110/237(46,4)	210/284(73,9)*
<i>Tabaco</i>	148/255(58,1)	191/274(69,7)
<i>Uso de Drogas ilícitas na vida</i>		
<i>Maconha</i>	61/201(29,6)	81/211(38,4)
<i>Cocaína/Crack</i>	64/205(31,2)	101/225(44,9)
<i>Outras Drogas</i>	41/214(19,2)	41/232(17,7)

Fonte: elaborada pela autora. * Associação estatisticamente significativa pelo teste dos resíduos ajustados a 5% de significância.

Houve predominância do gênero masculino para uso na vida tanto de drogas lícitas quanto ilícitas

Tabela 3 - Uso de drogas lícitas e ilícitas na vida estratificada por faixa etária

Variáveis	16-29 n(%)	30-59 n(%)	>60 n(%)
<i>Uso de Drogas lícitas na vida</i>			
<i>Álcool</i>	57/93(61,3)	194/295(65,8)*	68/121(56,2)
<i>Tabaco</i>	52/91(57,1)	188/288(65,3)	95/138(68,8)*
<i>Uso de Drogas ilícitas na vida</i>			
<i>Maconha</i>	49/90(54,4)*	81/225(36,0)	8/88 (9,1)
<i>Cocaína/Crack</i>	46/90(51,1)*	110/246(44,7)	8/81(9,9)
<i>Outras Drogas</i>	45/86(52,3)	52/242(21,5)	13/106(12,3)

Fonte: elaborada pela autora.

* Associação estatisticamente significativa pelo teste dos resíduos ajustados a 5% de significância

A faixa etária de 30-59 anos foi a mais prevalente para uso de álcool. Tabaco foi mais experimentado nos pacientes acima de 60 anos. Todas as drogas ilícitas apresentaram maior prevalência nos pacientes com 16 a 29 anos, conforme tabela 3.

5.2 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

Na amostra estudada, houve predomínio de pacientes do sexo feminino (53,8%), com 1º grau incompleto (38,4%), brancos (81,3%), solteiros (54,3%), provenientes de Porto Alegre (53,2%), trabalhando na informalidade (56,6%) ou aposentados (13,7 %). A média de idade dos pacientes foi de 45,8 anos ($\pm 20,1$). Quando estratificados em GNAD e GAD os resultados encontrados foram :

- **Sexo:** no GNAD há maior predominância do sexo feminino, e no GAD já maior predominância do sexo masculino.
- **Etnia:** no grupo GNAD houve associação significativa com a etnia branca e no grupo GAD com as etnias parda e preta.
- **Escolaridade:** no grupo GNAD a associação foi significativa com o segundo grau completo e no grupo GAD a associação foi significativa com o 1º grau incompleto.
- **Estado civil:** quanto ao estado civil, a associação foi significativa de estar casado no grupo GNAD e solteiro no grupo GAD.

Demais informações acerca do perfil sociodemográfico pacientes encontram-se descritas na Tabela 4 .

Tabela 4 - Caracterização da amostra total e estratificada em GNAD e GAD quanto às variáveis sociodemográficas

Variáveis	Amostra total (n=1049)	GNAD (n=798)	GAD (n=251)	p
Idade (anos) – média ± DP	45,8 ± 20,1	46,1 ± 21,3	45,0 ± 16,2	0,396
Sexo – n(%)				<0,001
Masculino	450/973 (46,2)	288/728 (39,6)	162/245 (66,1)	
Feminino	523/973 (53,8)	440/728 (60,4)	83/245 (33,9)	
Nível de escolaridade – n(%)				0,031
Nenhuma	89/921 (9,7)	68/694 (9,8)	21/227 (9,3)	
1º grau incompleto	354/921 (38,4)	253/694 (36,5)	101/227 (44,5)*	
1º grau completo	140/921 (15,2)	112/694 (16,1)	28/227 (12,3)	
2º grau incompleto	55/921 (6,0)	37/694 (5,3)	18/227 (7,9)	
2º grau completo	184/921 (20,0)	152/694 (21,9)*	32/227 (14,1)	
Superior incompleto	41/921 (4,5)	27/694 (3,9)	14/227 (6,2)	
Superior completo	58/921 (6,3)	45/694 (6,5)	13/227 (5,7)	
Etnia – n(%)				<0,001
Branca	790/972 (81,3)	616/727 (84,7)*	174/245 (71,0)	
Parda	56/972 (5,8)	32/727 (4,4)	24/245 (9,8)*	
Preta	124/972 (12,8)	78/727 (10,7)	46/245 (18,8)*	
Amarela	1/972 (0,1)	0/727 (0,0)	1/245 (0,4)	
Indígena	1/972 (0,1)	1/727 (0,1)	0/245 (0,0)	
Estado Civil – n(%)				0,003
Casado	305/973 (31,3)	248/728 (34,1)*	57/245 (23,3)	
Solteiro	528/973 (54,3)	368/728 (50,5)	160/245 (65,3)*	
Divorciado	42/973 (4,3)	33/728 (4,5)	9/245 (3,7)	
Separado	40/973 (4,1)	31/728 (4,3)	9/245 (3,7)	
Viúvo	49/973 (5,0)	42/728 (5,8)	7/245 (2,9)	
Outro	9/973 (0,9)	6/728 (0,8)	3/245 (1,2)	

Fonte: elaborada pela autora. * Associação estatisticamente significativa pelo teste dos resíduos ajustados a 5% de significância

5.3 CONDIÇÃO CLÍNICA E PSIQUIÁTRICA

As condições clínicas mais representadas na população estudada, por ordem de frequência, foram as cardioneurológicas (15,8%), condições clínicas agudas (15,7%), condições clínicas crônicas (14,9%) e as neoplásicas (14,0%). Nas cardioneurológicas, as causas mais frequentes foram Acidente Vascular Cerebral sem especificação (CID10: I.64) em 39% dos casos e 29% apresentou quadro de Insuficiência Cardíaca Congestiva (CID10: I.50).

As condições clínicas agudas foram as patologias relacionadas à dor aguda, sangramento e infecções sendo as mais prevalentes no grupo; Pneumonia Bacteriana (CID10: J.15) com 19,7%; Hematêmese (CID10: K.92) 15% e dor aguda (CID10: R.52) com 14%. Nas condições clínicas crônicas, a insuficiência renal crônica (CID10: N.18) compreendeu 16,7% da amostra, seguida pela Diabetes Mellitus (CID10: E.10) em 15,2% e cirrose (CID10: K.74) com 11,3%, conforme tabela a seguir.

Os pacientes do GNAD apresentaram significativamente maior proporção de condições relacionadas a condições clínicas crônicas (16,9%) e as Comorbidades cardioneurológicas (16,3%). Já o grupo de pacientes GAD apresentaram significativamente maior proporção de condições psiquiátricas (33%) em relação ao GNAD (1,8%), sendo as patologias clínicas agudas (16,3%) e as ligadas à gestação e puerpério (16,3%) as mais prevalentes no grupo (Tabela 5).

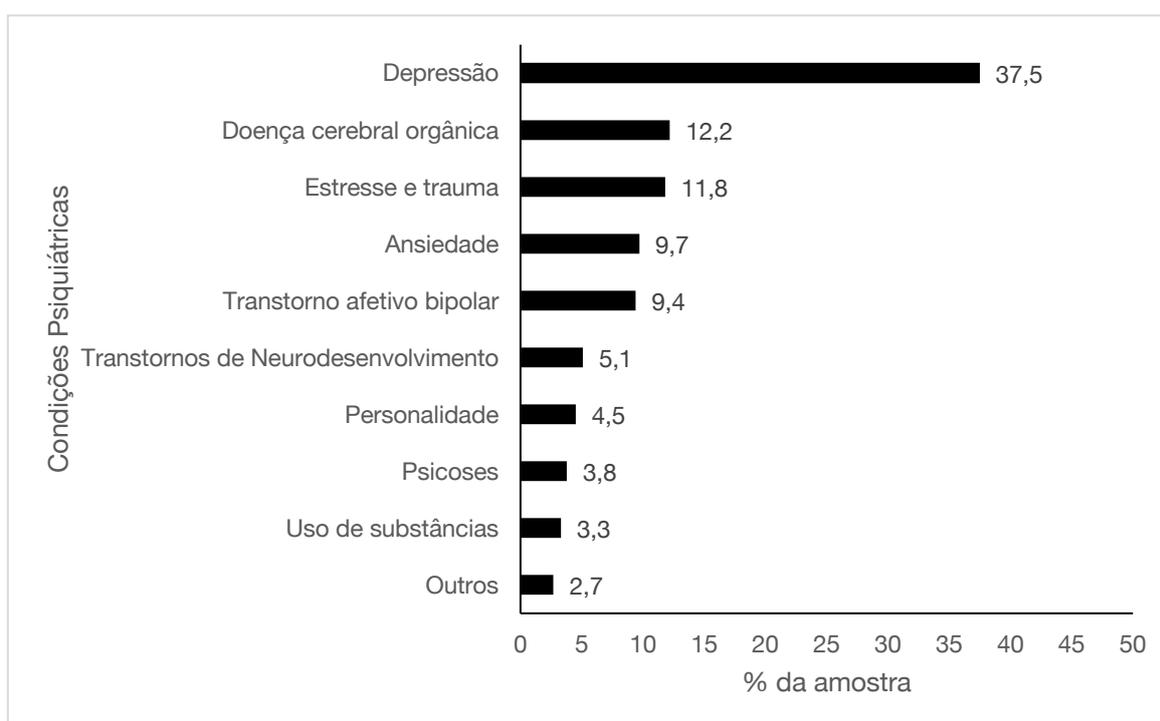
Tabela 5 - Condições clínicas na internação de acordo com os CID, na população total e estratificada em GNAD e GAD

CIDs	Amostra Total	GNAD	GAD	P
	(n=973; 92,8%)	(n=728; 91,2%)	(n=245; 97,6%)	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Psiquiátricos	46 (4,7)	13 (1,8)	33 (13,5)	<0,001
Neurológicos	63 (6,5)	52 (7,1)	11 (4,5)	0,190
Cardiovasculares	154 (15,8)	119 (16,3)	35 (14,3)	0,507
Neoplasias	136 (14,0)	113 (15,5)	23 (9,4)	0,022
Infecções	52 (5,3)	37 (5,1)	15 (6,1)	0,644
Sepse	56 (5,8)	45 (6,2)	11 (4,5)	0,409
Gestação e Puerpério	110 (11,3)	70 (9,6)	40 (16,3)	0,006
Outras condições agudas	153 (15,7)	113 (15,5)	40 (16,3)	0,843
Outras condições crônicas	145 (14,9)	123 (16,9)	22 (9,0)	0,004
Transplantes e Enxertos	21 (2,2)	20 (2,7)	1 (0,4)	0,054
Outros	37 (3,8)	23 (3,2)	14 (5,7)	0,106

Fonte: elaborada pela autora. * Associação estatisticamente significativa pelo teste dos resíduos ajustados a 5% de significância

Conforme descrito no método os CID foram encontrados a partir das respostas das consultorias . No GNAD o diagnóstico de Depressão e Doença Cerebral Orgânica foram as mais prevalentes na frequência de 37,5% e 12,2 % respectivamente .Demais diagnósticos estão ilustrados na figura 2.

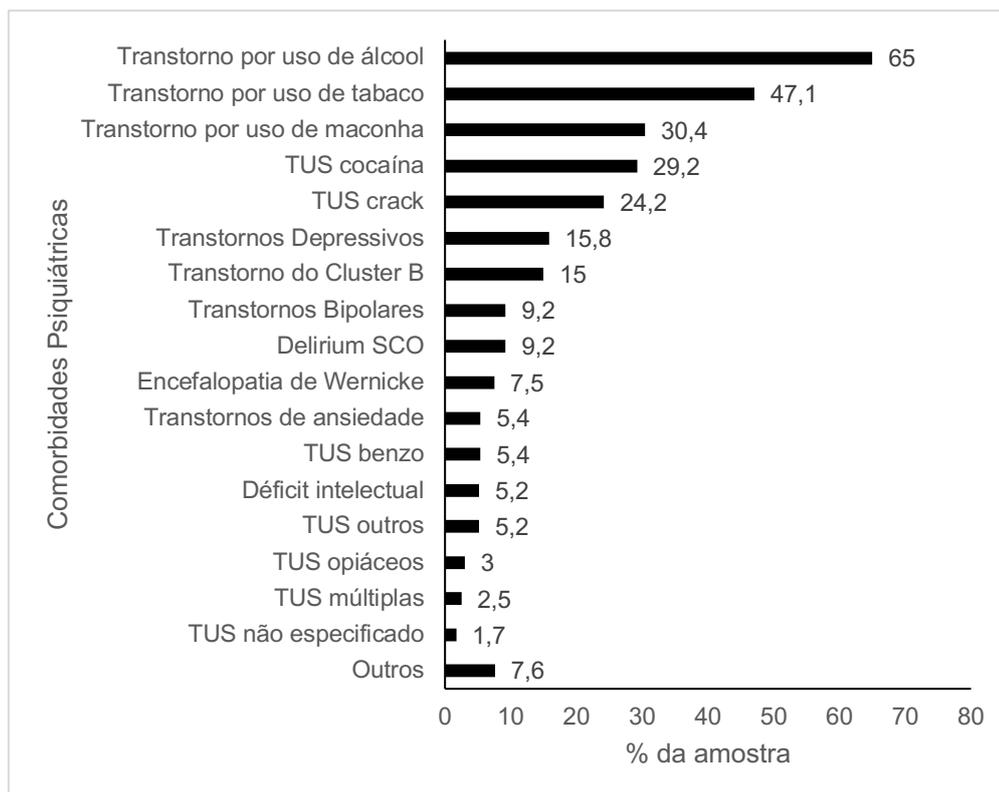
Gráfico 1 - Condições Psiquiátricas no GNAD



Fonte: elaborado pela autora. * Associação estatisticamente significativa pelo teste dos resíduos ajustados a 5% de significância

No GAD as Comorbidades relacionadas ao transtorno por uso de SPA estão apresentadas no gráfico 2 . Os transtornos mais prevalentes no GAD, afora os transtornos por uso de SPA, foram os depressivos, transtornos de personalidade do cluster B e delirium.

Gráfico 2 - Comorbidades psiquiátricas no GAD

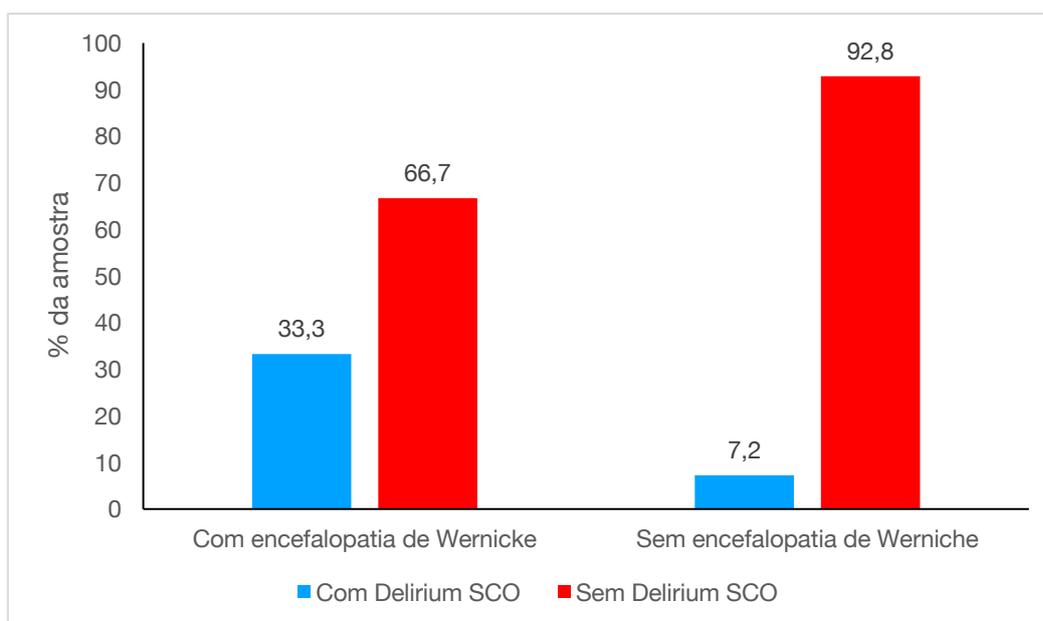


Fonte: elaborado pela autora.

* Associação estatisticamente significativa pelo teste dos resíduos ajustados a 5% de significância

Em relação à proporção de *Delirium* SCO foi significativamente maior no grupo de pacientes com encefalopatia de Wernicke no grupo GAD ($p=0,003$), conforme apresenta o Gráfico 3, a seguir.

Gráfico 3 - Frequência de síndrome de Wernicke em pacientes com e sem delirium (SCO)



Fonte: elaborado pela autora. * Associação estatisticamente significativa pelo teste dos resíduos ajustados a 5% de significância

5.4 PERFIL DAS CONSULTORIAS

Foram avaliadas as características do pedido em relação aos serviços solicitantes e se havia menção de uso de substâncias psicoativas no mesmo. A variável tempo foi descrita em relação ao tempo levado para solicitar a consultoria, a mesma ser respondida pela equipe consultora e o tempo para a alta da internação após a consultoria ser feita. Na resposta da consultoria, foi verificado se a mesma foi respondida, qual o motivo da não resposta e se foi registrado uso de álcool, tabaco e outras drogas na vida.

5.5 PEDIDO DA CONSULTORIA

O serviço que mais solicitou consultorias foi a Medicina Interna, perfazendo 51,8%. O grupo GNAD apresentou maior número de solicitações de consultorias vindo do serviço da MEI e Cirúrgicas. A MEI apresentou diferença estatisticamente significativa em relação ao GNAD para o GAD.

No GAD o maior número de solicitações também foram provenientes da MEI, seguida pela Obstetrícia, entretanto foram as solicitações de consultoria da Psiquiatria que o grupo se mostrou diferente estatisticamente em relação ao GNAD (Tabela 6).

Tabela 6 - Serviços solicitantes da consultoria na amostra total e estratificado nos GNAD e GAD

Serviço que solicitou a consultoria	Amostra total (n=973; 92,8%)	GNAD (n=728; 91,2%)	GAD (n=245; 97,6%)	P
Cirurgias	114 (11,7)	97 (13,3)	17 (6,9)	0,010
Psiquiatrias	53 (5,4)	16 (2,2)	37 (15,1)	<0,001
Emergência	103 (10,6)	77 (10,6)	26 (10,6)	1,000
Infecto	41 (4,2)	28 (3,8)	13 (5,3)	0,424
MEI	504 (51,8)	406 (55,8)	98 (40,0)	<0,001
Obstetrícia	140 (14,4)	95 (13,0)	45 (18,4)	0,052
Otorrino/Oftalmo	18 (1,8)	9 (1,2)	9 (3,7)	0,030

Fonte: elaborada pela autora.

* Associação estatisticamente significativa pelo teste dos resíduos ajustados a 5% de significância.

Entre as solicitações da consultoria, 29,4 %fazia menção de uso de SPA nos pedidos. No GAD, a frequência de referência ao uso ao uso nos pedidos foi de 89,2% conforme a tabela 7.

Tabela 7 - Referência ao uso de SPA no pedido da consultoria no grupo total GNAD e GAD

Variáveis	Informação Disponível n (%)	Estatística Descritiva n (%)
Grupo Total	1049 (100)	308 (29,4)
GNAD	798 (100)	84 (10,5)
GAD	251 (100)	224 (89,2)

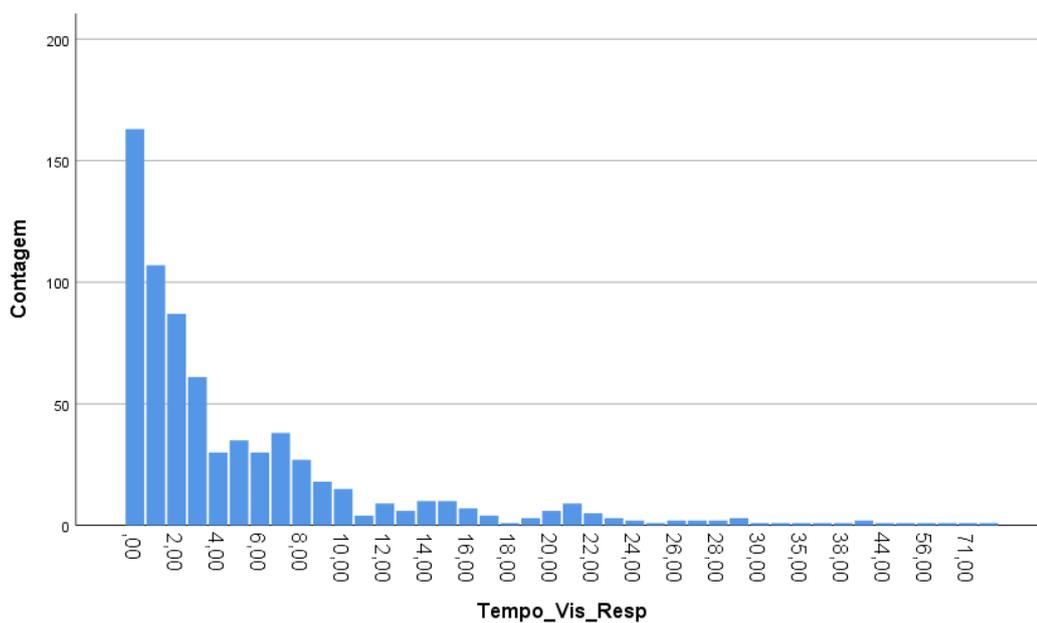
Fonte: elaborada pela autora.

* Associação estatisticamente significativa pelo teste dos resíduos ajustados a 5% de significância.

5.6 TEMPO DE INTERNAÇÃO E MOTIVO DA ALTA

O tempo de internação do grupo como um todo foi bastante amplo, ficando em média 14,8 dias (+/- 8,0-30,4). Na tabela está demonstrado que o tempo para solicitar a consultoria foi em média de 4,7 dias (1,7-10,8) e para a resposta foi de 2,9 dias (1,1-7,2). Depois da alta médica, (90,1%) o óbito (6%) foi o segundo motivo mais frequente de alta, conforme o gráfico que segue.

Gráfico 4 - Tempo para solicitar consultoria



Fonte: elaborado pela autora.

O tempo de internação e o tempo entre a internação e a visualização foi significativamente menor no GAD. No GAD, a desistência do tratamento e alta por evasão foram os mais prevalentes (Tabela 8).

Tabela 8 - Tempo de internação, de solicitação da consultoria, tempo de resposta e motivo da alta na amostra total e estratificado entre os grupos

Variáveis	Amostra total (n=1049)	GNAD (n=798)	GAD (n=251)	p
	Mediana (P25-P75)	Mediana (P25-P75)	Mediana (P25-P75)	
Tempo de internação (dias)*	14,8 (8,0-30,4)	15,6 (8,5-31,9)	13,6 (6,8-26,1)	0,015
Tempo entre internação e visualização (dias)	4,7 (1,7-10,8)	5,1 (1,8-12,6)	3,6 (1,1-7,8)	<0,001
Tempo entre resposta e alta (dias)	3,3 (0,6-9,8)	3,4 (0,5-9,9)	3,0 (0,9-9,8)	0,895
Tempo entre visualização e resposta (dias)	2,9 (1,1-7,2)	3,0 (1,1-7,2)	2,7 (1,0-7,3)	0,751
Motivo da alta – n(%)				<0,001
Alta médica	877/973 (90,1)	656/728 (90,1)	221/245 (90,2)	
Desistência do tratamento	28/973 (2,9)	15/728 (2,1)	13/245 (5,3)**	
Evasão	7/923 (0,7)	3/728 (0,4)	4/245 (1,6)**	
Óbito >24h	58/923 (6,0)	53/728 (7,3)**	5/245 (2,0)	
Transferência para outro hospital	3/923 (0,3)	1/728 (0,1)	2/245 (0,8)	

Fonte: elaborada pela autora.

* Excluídos os pacientes pediátricos.

** Associação estatisticamente significativa pelo teste dos resíduos ajustados a 5% de significância.

5.7 RESPOSTA DA CONSULTORIA

A tabela abaixo ilustra o padrão de resposta da consultoria em relação ao registro do uso de SAP e posterior investigação. Na amostra total houve 91% das consultorias respondidas, sendo que o principal motivo da não resposta foi alta do paciente e encaminhamento equivocado, pois, na verdade, eram para a psiquiatria infantil (54,5%).

Tabela 9 - Registro de uso de SPA na resposta do psiquiatra consultor na população total estudada

Variável	Informação Disponível n (%)	Estatística Descritiva n (%)
Consultorias respondidas	1049 (100)	955(91)
Consultorias sem resposta	1049 (100)	94(9)
Motivo de não ter respondido	60/94 (63,8)	
PFO		5 (9,0)
Psiquiatria Infantil		30 (54,5)
TDD		1 (1,8)
Óbito		3 (5,4)
Alta		14 (25)
Outros		2 (3,6)

Fonte: elaborada pela autora. *teste dos resíduos ajustados a 5% de significância.

Quando comparados os grupos GNAD e GAD, quanto ao percentual de consultoria respondida, os do grupo GAD apresentaram um percentual de resposta à consultoria significativamente mais elevado do que o do GNAD (94,8% vs 89,8%, respectivamente; $p=0,023$).

Tabela 10 - Registro de uso de SPA na resposta do Psiquiatra consultor nos GNAD e GAD

Variáveis	GNAD (n=798)		GAD (n=251)	
	Informação Disponível n (%)	Estatística Descritiva n (%)	Informação Disponível n (%)	Estatística Descritiva n (%)
Consultoria respondida	798 (100)	717 (89,8)	251 (100)	238 (94,8)*
Registro de uso de SPA na resposta				
<i>Drogas lícitas</i>				
Álcool	715 (89,6)	340 (47,6)	242 (96,4)	210 (86,8)
Tabaco	715 (89,6)	372 (52,0)	242 (96,4)	174 (71,9)
<i>Drogas ilícitas</i>				
Maconha	678 (85,0)	50 (7,4)	151 (60,2)	100 (66,2)
Cocaína	678 (85,0)	42 (6,2)	159 (63,3)	105 (66,0)
Crack	671 (84,1)	29 (4,3)	127 (50,6)	70 (55,1)

Fonte: elaborada pela autora. * teste dos resíduos ajustados a 5% de significância.

5.8 PERFIL DO GAD

5.8.1 Prevalência de Transtornos por Uso de Substâncias

A partir das respostas das consultorias, buscou-se o registro de transtorno por uso de substâncias lícitas e ilícitas. Os dados encontrados foram estratificados pelo tipo de substância utilizada, idade de primeiro consumo, tempo de abstinência prévio e tempo de uso. Além disso, verificou-se a prevalência de doenças infecto-contagiosas, que são notificadas e frequentemente estão presentes nessa população.

Em relação ao álcool os pacientes apresentavam um tempo máximo de abstinência de 6 meses (1-27), com a idade de primeiro consumo de 16 anos ($\pm 5,2$) e 28 anos de uso em média (12-38). As drogas lícitas são utilizadas por mais tempo. Cocaína e crack têm início mais tardio e período de abstinência mais curto. O tabaco é a substância com o menor tempo de abstinência com 4,5 meses (1-29), seguido pelo crack e cocaína. (Tabela 11) Em relação à cocaína, na experimentação (91,3%) e no transtorno pelo uso (52,9%), a associação com a faixa etária mais jovem também foi significativa. (Tabela 11)

Tabela 11 - Dados relativos ao padrão de consumo de drogas estratificadas pelo tipo de substância, tempo máximo de abstinência (em meses) e idade de primeiro consumo (em anos) no GAD

Variáveis	Informação Disponível n (%)	Estatística Descritiva* n (%)
Uso de Drogas Lícitas		
Álcool		
Tempo de abstinência	50/71 (70,4)	6 (1 – 27)
Primeiro consumo	105/210 (50,0)	16,0 ± 5,2
Tempo de uso	87/210 (41,4)	28 (12 – 38)
Tabaco		
Tempo de abstinência	20/49 (40,8)	4,5 (1 – 29)
Primeiro consumo	60/174 (34,5)	14,8 ± 3,8
Tempo de uso	64/174 (36,8)	26 (14 – 39)
Uso de Drogas Ilícitas		
Maconha		
Tempo de abstinência	19/35 (54,3)	120 (4 – 228)
Primeiro consumo	60/100 (60)	15,8 ± 2,8
Tempo de uso	43/100 (43)	10 (5 – 20)
Cocaína		
Tempo de abstinência	30/37 (81,8)	36 (6 – 108)
Primeiro consumo	54/105 (51,4)	19,7 ± 5,7
Tempo de uso	42/105 (40,0)	9 (2 – 14)
Crack		
Tempo de abstinência	14/22 (63,6)	8 (3 – 39)
Primeiro consumo	28/70 (40,0)	24,4 ± 9,9
Tempo de uso	29/70 (41,4)	10 (5 – 17)

Fonte: elaborada pela autora. * Descritas por média ± desvio padrão, mediana (percentis 25-75) ou (%)

Na tabela abaixo, encontram-se diferenças significativas relacionadas ao uso na vida (90,5%), uso atual (66,7%) e nos transtornos por uso de maconha (60,8%) na faixa etária mais jovem, de 16 a 29 anos. O transtorno pelo uso de álcool foi mais prevalente na faixa etária entre 30 a 59 anos. Os demais achados estão descritos a seguir. (Tabela 12)

Tabela 12 - Associação entre frequência de uso na vida, atual e transtorno por uso de SPA, estratificado por faixa etária e tipo de substância

Variáveis	16 – 29 anos	30 – 59 anos	≥60 anos	p
	n (%)	n (%)	n (%)	
Uso na vida				
Álcool	40/46 (87,0)	120/128 (93,8)	30/40 (75,0)	0,004
Tabaco	36/43 (83,7)	90/105 (85,7)	24/36 (66,7)	0,036
Maconha	38/42 (90,5)*	56/85 (65,9)	5/23 (21,7)	<0,001
Cocaína/Crack	42/46 (91,3)*	84/102 (82,4)	6/19 (31,6)	<0,001
Outras drogas	13/39 (33,3)	39/108 (36,1)	6/39 (15,4)	0,054
Uso atual				
Álcool	27/42 (64,3)	89/128 (69,5)	20/37 (54,1)	0,212
Tabaco	25/34 (73,5)	67/94 (71,3)	15/28 (53,6)	0,163
Maconha	22/33 (66,7)*	26/65 (40,0)	2/18 (11,1)	<0,001
Cocaína/Crack	21/27 (77,8)	50/62 (80,6)	3/10 (30,0)	0,003
Transtornos por uso de substâncias				
Álcool	31/51 (60,8)	99/137 (72,3)	26/51 (51,0)	0,020
Tabaco	25/51 (49,0)	69/137 (50,4)	19/51 (37,3)	0,316
Maconha	31/51 (60,8)*	36/135 (26,7)	5/50 (10,0)	<0,001
Cocaína	27/51 (52,9)*	40/137 (29,2)	3/51 (5,9)	<0,001
Crack	12/51 (23,5)	43/137 (31,4)	3/51 (5,9)	0,004
Opiáceos	1/48 (2,1)	5/135 (3,7)	1/48 (2,1)	0,911
Benzo	1/51 (2,0)	8/137 (5,8)	4/51 (7,8)	0,598
Outros	7/48 (14,6)	4/134 (3,0)	1/49 (2,0)	0,004
Múltiplas	1/51 (2,0)	5/137 (3,6)	0/51 (0,0)	0,544
Não especificado	1/51 (2,0)	2/136 (1,5)	1/51 (2,0)	0,992

Fonte: elaborada pela autora.

** Associação estatisticamente significativa pelo teste dos resíduos ajustados a 5% de significância.

Quando estratificados por sexo, encontrou-se diferença significativa somente em relação ao álcool (0,005), demonstrando, ainda, que as mulheres estão se equiparando aos homens no uso da maconha.(Tabela 13)

Tabela 13 - Associação entre uso na vida, uso atual e transtorno por substância com faixa etária do paciente no GAD

Variáveis	Sexo masculino	Sexo feminino	p
	n (%)	n (%)	
Uso na vida			
Álcool	132/141 (93,6)	54/68 (79,4)	0,005*
Tabaco	95/116 (81,9)	49/62 (79,0)	0,793
Maconha	61/96 (63,5)	35/51 (68,6)	0,664
Cocaína/Crack	82/109 (75,2)	46/54 (85,2)	0,210
Outras drogas	31/120 (25,8)	25/63 (39,7)	0,078
Uso atual			
Álcool	95/138 (68,8)	37/64 (57,8)	0,170
Tabaco	64/99 (64,6)	37/51 (72,5)	0,427
Maconha	30/74 (40,5)	18/38 (47,4)	0,624
Cocaína/Crack	46/64 (71,9)	26/33 (78,8)	0,622
Transtornos por uso de substâncias			
Álcool	108/157 (68,8)	44/77 (57,1)	0,108
Tabaco	72/157 (45,9)	36/77 (46,8)	1,000
Maconha	42/155 (27,1)	28/76 (36,8)	0,173
Cocaína	40/157 (25,5)	28/77 (36,4)	0,116
Crack	36/157 (22,9)	21/77 (27,3)	0,572
Opiáceos	2/151 (1,3)	5/75 (6,7)	0,042
Benzo	6/157 (3,8)	7/77 (9,1)	0,128
Outros	7/149 (4,7)	5/76 (6,6)	0,545
Múltiplas	3/157 (1,9)	3/77 (3,9)	0,398
Não especificado	2/156 (1,3)	2/77 (2,6)	0,601

Fonte: elaborada pela autora.

* Associação estatisticamente significativa pelo teste dos resíduos ajustados a 5% de significância

O GAD apresentou, em relação à ocorrência de doenças infecto-contagiosas, que são notificadas uma prevalência elevada para histórico de tuberculose prévia (25%) e sorologias positiva para HIV (18,5%).

5.8.2 Reinternações e TUS

As reinternações em hospital geral no GAD foram da ordem de 40,2%. Entre esses pacientes, houve no mínimo uma reinternação no último ano e no máximo onze. Pacientes que já haviam feito algum tratamento prévio para dependência química foram 47,7% da amostra e 52 % demonstravam desejo de seguir tratamento após internação atual. As correlações feitas estão apresentadas na Tabela 14.

Tabela 14 - Associações com reinternação no grupo GAD

Variáveis	Com 3 ou mais reinternações (n=45)	Com 2 ou menos internações (n=204)	P
Idade (anos) – média ± DP	51,0 ± 16,9	43,7 ± 15,7	0,005
Sexo – n(%)			0,098
Masculino	35/45 (77,8)	127/200 (63,5)	
Feminino	10/45 (22,2)	73/200 (36,5)	
HIV positivo	5/38 (13,2)	32/162 (19,8)	0,478
HCV positivo	7/37 (18,9)	21/151 (13,9)	0,610
Sífilis positivo	2/30 (6,7)	27/138 (19,6)	0,153
Tuberculose prévia	4/10 (40,0)	12/54 (22,2)	0,252
Histórico de moradia de rua	3/8 (37,5)	23/63 (36,5)	1,000
Prescrição de morfina	34/45 (75,6)	80/203 (39,4)	<0,001
Serviço que solicitou a consultoria			0,001
Cirurgias	5/44 (11,4)	12/198 (6,1)	
Psiquiatrias	0/44 (0,0)	37/198 (18,7)*	
Emergência	7/44 (15,9)	19/198 (9,6)	
Infecto	2/44 (4,5)	11/198 (5,6)	
MEI	27/44 (61,4)*	68/198 (34,3)	
Obstetrícia	2/44 (4,5)	43/198 (21,7)*	
Otorrino/Oftalmo	1/44 (2,3)	8/198 (4,0)	

Fonte: elaborada pela autora.

* Associação estatisticamente significativa pelo teste dos resíduos ajustados a 5% de significância

Quando associadas às variáveis com três ou mais reinternações no grupo GAD, os que reinternaram apresentaram idade significativamente mais elevada do que o grupo que não reinternou ($p=0,005$). Também apresentaram associação com a prescrição de morfina ($p<0,001$) e com o MEI como serviço solicitando a consultoria ($p=0,001$). No grupo que não reinternou no mínimo três vezes, os serviços que significativamente estão associados são os de Psiquiatrias e Obstetrícia.

6 DISCUSSÃO

6.1 PREVALÊNCIA DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS (SPA) NA POPULAÇÃO ESTUDADA

O objetivo deste estudo foi fornecer uma compreensão maior e aprofundada da população de pacientes com uso de substâncias psicoativas, assim como descrever as características relacionadas à consultoria mapeando o caminho que esse paciente percorre dentro da instituição, de obter ou não algum tipo de intervenção oferecida ou realizada, desde a percepção do potencial problema pelo médico assistente, nos diferentes setores do hospital, até a avaliação pela equipe de psiquiatras consultores, sua supervisão e posterior sugestão de conduta.

O perfil para uso de álcool, tabaco e outras drogas encontrado foi significativamente associado ao gênero masculino, com idade média de 45 anos, sendo na maioria pardos e negros, solteiros / não casados, com o primeiro grau incompleto, em trabalho informal ou aposentado, provenientes de Porto Alegre. Comorbidades frequentemente detectadas foram as psiquiátricas e condições clínicas agudas, como: sangramento digestivo, pneumonia bacteriana e dor aguda. Transtornos psiquiátricos mais relacionados ao GAD foram: depressão, transtorno de personalidade cluster B (antissocial, borderline, narcisista) e delirium (Encefalopatia de Wernicke). Os serviços que mais solicitaram consultoria foram: Medicina Interna, Obstetrícia e Psiquiatria. A menção do uso de SPA pelo médico que solicitou a consultoria ocorreu em somente 29% de todas as consultorias. Nas consultorias solicitadas para pacientes com transtorno pelo uso de substâncias (TUS) 89,2 % mencionavam uso de substância no pedido. A média de tempo de internação dos pacientes do GAD foi menor que a média dos pacientes do GNAD. O tempo para solicitação e para a resposta da consultoria para pacientes do GAD foi menor que dos pacientes do GNAD. Os motivos de alta mais frequente se deveram à evasão e desistência do tratamento enquanto nos pacientes do GNAD por óbito. As prevalências de TUS nos pacientes do GAD foram de álcool 65%, tabaco 47,1%, maconha 30,4%, cocaína 29,2%, crack 24,2% e 5,4% benzodiazepínico.

Apresenta-se uma visão geral da prevalência do uso de álcool, tabaco e outras drogas entre adultos (com 15 anos ou mais) internados, atendidos pela consultoria do Serviço de Psiquiatria de um Hospital Geral Universitário do sul do Brasil.

Trabalhos similares, relatando a prevalência do uso de álcool e drogas entre pacientes hospitalizados, variam de acordo com a população de pacientes estudada, como foi feito o diagnóstico do transtorno e o ponto de corte utilizado. Os dados produzidos por este trabalho não

devem ser generalizados para outra população, pois os resultados obtidos dizem respeito a uma população clínica internada, portanto, é nesse contexto que devem ser interpretados e, eventualmente, generalizados.

Os estudos relacionados à prevalência do consumo de álcool, tabaco e outras drogas no hospital geral, na sua grande maioria, fazem referência aos seus transtornos. Poucos registros existem em relação ao uso na vida ou a padrões regulares de consumo na bibliografia nacional, além dos dados encontrados nos levantamentos populacionais (Laranjeira et al., 2014; Bastos, Vasconcellos, De Boni, Brandini, Dos Reis & Coutinho, 2017).

O uso na vida implica em experimentação, já no uso regular o indivíduo pode acarretar o desenvolvimento de complicações físicas e mentais necessitando de acompanhamento para a verificação da mudança no padrão de consumo. O uso esporádico em *binge* desencadeia mais problemas de contexto social como acidentes, brigas, homicídios, suicídios mesmo em pessoas sem história de uso regular ou até mesmo sem nenhum uso (Monteiro Vieira et al., 2018). O perfil do consumo de álcool e as respectivas complicações estão relacionados ao volume ingerido e à frequência de uso. Dentre as principais complicações destacam-se o uso nocivo e a dependência (Nutt, Gual, Anderson & Rehm, 2019).

Estima-se que o uso nocivo de álcool seja mais prevalente entre os pacientes hospitalizados em comparação com a população em geral, embora os dados de literatura sejam bastante limitados. Roson e colaboradores encontraram no seu estudo 12% de pacientes internados que apresentavam consumo de álcool nocivo. Esse número foi inferior ao encontrado em estudos anteriores, feitos pelo mesmo grupo, em que a prevalência de exames positivos para álcool variou de 16% a 26% (Rosón et al., 2010).

A porcentagem de pacientes que evidenciam transtornos por uso de substâncias (TUS) em Hospitais Gerais (HG) varia muito (Mitchell, Meader, Bird & Rizzo, 2012; Trowbridge et al., 2017). Smothers e cols. sugerem que aproximadamente 7,4% de todos os pacientes hospitalizados nos HG dos EUA apresentam transtornos relacionados ao uso de álcool, com taxas que aumentam para 9,7% nos hospitais de ensino e 12,3% nos hospitais do governo. Da mesma forma, Smothers e cols. relataram que o uso de drogas não alcoólicas ocorrem em 5% todas as internações hospitalares, aumentando para 14% na faixa etária de 18 a 44 anos (BA, HT & CE, 2004). Um estudo recente conduzido na Inglaterra identificou que 1 em cada 5 pacientes internados em HG tinha uso nocivo de álcool e 1 em cada 10 tinha transtorno por uso de álcool (Roberts et al., 2019).

Esses dados sugerem que o comportamento relacionado ao uso de SPA é diferente frente a outros condicionantes, fazendo com que as informações dos estudos não possam ser generalizadas. Essas diferenças demonstram a necessidade de investigação continuada dos padrões de consumo de substâncias psicoativas, de forma sistemática e regular, para que as diferenças relacionadas à realidade de uma determinada comunidade, num dado momento, possam ser diagnosticadas de forma mais acurada. Medidas relacionadas a essa necessidade vêm sendo implementadas em países desenvolvidos, onde o uso de instrumentos estruturados para triagem são aplicados por equipe multidisciplinar como forma de prevenção primária universal (Wakeman, Herman, Wilens & Regan, 2019).

Como a população estudada já apresenta uma condição clínica ou psiquiátrica que a fez buscar tratamento hospitalar, o uso de álcool e outras drogas, e não somente o transtorno relacionado a esse uso, afeta a evolução e prognóstico desses pacientes.

Dos 1.049 pacientes avaliados pelas consultorias havia informação disponível em 654(60,2%) que fizeram uso de drogas lícitas (álcool e tabaco) e 385(36,0%) de drogas ilícitas (maconha, cocaína/crack e outras drogas) pelo menos uma vez na vida. Observou-se que em 38% dos casos avaliados pelo serviço de consultoria não havia informação disponível a respeito do uso de álcool ou tabaco na vida. Em apenas 385 deles avaliou-se o uso de substâncias ilícitas. Esse *gap* é amplamente reportado na literatura nacional e internacional, e a metodologia de identificação varia, por vezes, incluindo toda a população internada nos hospitais em que os estudos são realizados. Neste caso, utilizou-se uma amostra clínica, de conveniência, e por essa peculiaridade metodológica talvez o *gap* esteja aumentado, visto que utilizaram-se apenas pacientes avaliados em consultoria e nem todos foram submetidos a *screening* sistemático biológico para triagem de álcool e drogas (teste de urina). (Wakeman, Herman, Wilens & Regan, 2019).

Na população estudada, encontrou-se que 60,2 % da amostra havia feito uso de álcool pelo menos uma vez na vida, sendo esse número condizente com o último levantamento domiciliar conduzido pela Fio Cruz, com dados de 2017, em contraposição, a experimentação de tabaco nesse grupo foi duas vezes mais prevalente que a população geral pelo mesmo estudo (64,0%). No grupo de drogas ilícitas, o uso de crack/cocaína foi o mais prevalente com uma distribuição de 38,9% dos casos. Houve predominância do sexo masculino para uso na vida tanto de drogas lícitas quanto ilícitas. A idade de maior frequência de uso na vida de álcool foi a de 29 a 50 anos.

Em relação ao uso de tabaco na vida, a população mais prevalente foi de homens acima de 60 anos (68,8%). Em estudo de base população nacional (C. S. Madruga et al., 2010), no qual foram descritos a prevalência e o padrão de uso de tabaco entre idosos, acima de 60 anos no Brasil, 60% da amostra havia feito uso de tabaco na vida.

Cocaína/crack e maconha foram as drogas mais experimentadas pelo sexo masculino (44,9%)(38,4%), entre 16-29 anos, respectivamente (51,1%)(54,4%). No último levantamento sobre padrões de consumo da população brasileira, a maconha foi a droga que apresentou uma estimativa mais elevada de uso na vida, 7,7% (IC95%: 7,1% - 8,3%), entre os brasileiros de 12 a 65 anos (Bastos, Vasconcellos et al., 2017); e a cocaína inalada foi a segunda.

6.2 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

Na amostra estudada, houve predomínio de pacientes do sexo feminino (53,8%), com 1º grau incompleto (38,4%), brancos (81,3%), solteiros (54,3%), provenientes de Porto Alegre (53,2%), trabalhando na informalidade (56,6%) ou aposentados (13,7%). A média de idade dos pacientes foi de 45,8 anos ($\pm 20,1$).

O fato de a procedência de 53,8% dos pacientes na amostra total ser de Porto Alegre se deve em parte à política de descentralização e regionalização dos serviços de saúde promovida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que assegura o acesso aos serviços de saúde, em todos os níveis de atenção, o mais próximo possível da moradia dos usuários. O Núcleo Interno de Regulação (NIR) é uma das estratégias de gestão criadas pela Política Nacional de Atenção Hospitalar do Ministério da Saúde em 2013. Ela visa a organização do acesso aos leitos de internação, sendo fundamental para o conhecimento do perfil epidemiológico dos pacientes.

Quando estratificado em GNAD e GAD, houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos quanto ao sexo, nível de escolaridade, etnia e estado civil. No GNAD há maior predominância do sexo feminino, maior escolaridade, casados e de etnia branca e no GAD maior predominância do sexo masculino, menor escolaridade, etnia parda e preta e solteiros.

6.3 COMORBIDADES (CONDIÇÕES CLÍNICA E PSIQUIÁTRICA)

6.3.1 CONDIÇÕES CLÍNICAS : A população geral estudada apresentou condições clínicas relacionadas a doenças cardíacas, neurológicas e vasculares, na maioria dos casos, englobando uma série de condições referentes à morbimortalidade relacionada ao uso de álcool, tabaco e outras drogas. Houve diferença significativa nas consultorias em relação à obstetrícia solicitadas para GAD e GNAD, talvez em virtude da estruturação e implantação do programa de aplicação de Testes Rápidos de Cocaína e Maconha, na Admissão do Centro Obstétrico deste HGU, como rotina. Este serviço funciona há dois anos, em parceria com o Serviço de Consultoria da Psiquiatria de Adição, como um modelo de triagem universal para todas as gestantes que chegam ao Centro Obstétrico, através de *screening* urinário para drogas. Esse modelo de assistência integrado foi formado em função da alta prevalência de gestantes e puérperas usuárias de crack em nosso meio.

Problemas psiquiátricos foram mais frequentes, de forma significativa, no grupo GAD, fato que pode estar relacionado à grande quantidade de transtornos comórbidos com quadros psicóticos e uso de cannabis (Gage, 2019). A maconha foi a droga mais prevalente no GAD em todos os padrões de uso na vida, uso nocivo e dependência nos adultos jovens.

Entre as comorbidades clínicas, o sangramento digestivo e as pneumonias bacterianas foram as mais prevalentes nesse grupo, fato que poderia estar relacionado ao uso de álcool nos sangramentos devido à úlcera, cirrose e plaquetopenia (Whitfield et al., 2018), e as infecções poderiam estar vinculadas à baixa imunidade em função do uso das substâncias, associada a uma perda ponderal significativa, além do estilo de vida de risco adotado pelo consumo droga (Holst, Tolstrup, Sørensen & Becker, 2017).

Condições cardioneurovasculares crônicas e neoplásicas foram mais associadas ao grupo GNAD, e nesse caso há a hipótese de que sejam indivíduos com problemas decorrentes do uso de medicamentos psicotrópicos de longa data, que produzem síndromes metabólicas, diabetes e HAS (Chang & Lu, 2012; Sartorius, 2018).

6.3.2 CONDIÇÕES PSIQUIÁTRICAS : A presente investigação constatou que os códigos de diagnóstico da CID-10 registrados em prontuário podem não ser um reflexo preciso da verdadeira prevalência de transtornos psiquiátricos e TUS, pois em apenas 46 dos casos de consultoria solicitados havia registro do CID-10 das doenças psiquiátricas.

Pesquisas anteriores já relataram a existência dessa diferença, principalmente em relação à percepção do médico que preenche a avaliação do paciente e determina o código no momento da internação. Os motivos pelos quais isso ocorre pode ser atribuído a vários fatores, desde a falta de conhecimento técnico pelo médico em diagnosticar precisamente o problema psiquiátrico ou valorizar pouco a importância da doença mental frente ao quadro clínico do paciente, até pelo receio de quebrar a privacidade do paciente, visto o estigma que as doenças mentais ainda têm, além do medo da reação do paciente frente a um diagnóstico psiquiátrico ou de uso de substâncias no seu registro, já que este buscou tratamento por outra condição (Pilowsky & Wu, 2012; Weinstein, Wakeman & Nolan, 2018; Wakeman et al., 2019)

Muitos pacientes psiquiátricos buscam atendimento clínico e omitem sua condição psiquiátrica, aumentando a necessidade de capacitação dos profissionais dessa área na triagem e investigação de doenças mentais em tratamentos clínicos no hospital geral (Mendes Abreu, Tavares, Taets, Souza & Fernandes, 2018). No caso desta pesquisa, além desses fatores, o número de códigos por prontuário fica limitado a dois: o principal e o secundário, impedindo que outras comorbidades possam constar na nota de baixa.

A presença de depressão em 37,5 % dos pacientes do GNAD e 15,8 % no GAD converge com a literatura, que refere que quase 50% dos pacientes com um transtorno mental apresentam mais de um diagnóstico psiquiátrico concomitantemente, sendo a depressão o mais prevalente (Madruga et al., 2015).

Os transtornos mais prevalentes no GAD além dos depressivos foram os transtornos de personalidade do cluster B (15,0 %) e *delirium* (9,2%).

A proporção de *Delirium* SCO foi significativamente maior no grupo de pacientes com encefalopatia de Wernicke. A encefalopatia de Wernicke é uma condição neuropsiquiátrica aguda causada por um suprimento insuficiente de tiamina (vitamina B1) ao cérebro. Se não diagnosticada ou tratada, é provável que evolua para a síndrome de Korsakoff. A encefalopatia de Wernicke, quando associada ao uso / dependência de álcool pode exigir que até 1 grama de tiamina IV nas primeiras 24 horas seja dada (Thomson, Guerrini & Marshall, 2012).

Delirium tremens representa a complicação mais grave da síndrome de abstinência alcoólica, aumentando significativamente a morbimortalidade dos pacientes.(Schuckit, 2014). O delírio de abstinência alcoólica é caracterizado por redução abrupta no padrão de consumo de álcool, tremor, sudorese intensa, hipertensão, taquicardia, juntamente com sintomas delirantes gerais como rebaixamento da consciência, desorientação, alteração do ritmo circadiano, distúrbios de sensopercepção e dos processos de pensamento. Esse quadro confusional tende a ser menor pela manhã, piorando no final do dia início da noite. O seu diagnóstico diferencial é difícil nos *settings* clínicos, pois vários quadros de distúrbios metabólicos e neurológicos podem ter os mesmos sintomas (Jesse et al., 2017).

Aproximadamente 16-26% dos pacientes hospitalizados têm problemas com dependência de álcool. O *delirium* se desenvolve em 5-20% dos pacientes tratados pela síndrome de abstinência alcoólica, com as taxas variando de estudo para estudo de 1,25% a 33%. Sintomas de abstinência surgem em 31% dos pacientes em salas de traumatologia e em 16% no pós-operatório. Nos departamentos especializados no tratamento da dependência de álcool, a taxa de *delirium tremens* foi de 5 a 11% (Mainerova et al., 2015).

Os achados deste estudo estão consoantes com a literatura, onde o tratamento especializado consegue diagnosticar precocemente o quadro de *delirium* e possível evolução para um quadro de Wernicke-Korsakoff. A antecipação dos eventos relacionados à síndrome de abstinência alcóolica produz um impacto positivo nos desfechos clínicos, como tempo de internação e número de eventos adversos durante a internação (Weinstein et al., 2018).

Medidas simples como a prescrição em doses profiláticas ou de tratamento de tiamina EV (Freire-Aragón, Fernández Delgado, Carbajal-Guerrero & Ribera-Rubiales, 2017; Galvin et al., 2010) e capacitação de equipe médica e da enfermagem (Berl et al., 2015) no reconhecimento dos sintomas do quadro podem ser facilmente implementadas.

Os transtornos mais prevalentes foram do cluster B para a população TUS, sendo o transtorno antissocial mais prevalente nos homens e o transtorno *borderline* nas mulheres (Trull, Waudby & Sher, 2004).

O *National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions* encontrou taxas elevadas similares de comorbidade no eixo I, mais comumente; transtornos de ansiedade (74,2%), incluindo transtorno de estresse pós-traumático (39,2%), transtornos de humor (75%) e transtornos por uso de substâncias (72,9%) (Grant et al., 2008).

6.4 PERFIL DAS CONSULTORIAS

O número de pedidos ao Serviço de Consultoria da Psiquiatria Geral foi de 1101 (0,3%). Estudos internacionais relacionados à consultoria e ligação reportam índices um pouco maiores, ficando entre 0,9% a 6% para o número de pedidos. Destes, estima-se que 50% sejam relacionados ao uso de SPA e apenas 17% são encaminhados para avaliação e tratamento. Essas taxas sugerem que as consultorias são serviços amplamente sub utilizados.

O serviço que mais solicitou consultorias foi a Medicina Interna, perfazendo 51,8%. A grande maioria dos trabalhos sobre consultoria também provém da Medicina Interna (Pezzia, Pugh, Lanham & Leykum, 2018).

A menção de uso de substâncias psicoativas nos pedidos de consultoria está diretamente relacionada a dois fatores. Um deles é o próprio destino, de forma que as consultorias GAD são aquelas em que há menção específica às drogas utilizadas pelos pacientes. No caso da consultoria GNAD, essa menção é significativamente reduzida. Outro aspecto diz respeito ao encaminhamento, pois grande parte das consultorias GAD foram originalmente direcionadas ao grupo GNAD e redirecionadas por médicos residentes em psiquiatria para o grupo GAD. Além disso, a capacitação foi também grande estimuladora dos pedidos de consultoria GAD, ressaltando-se, novamente, as ações efetuadas junto ao Serviço de Medicina Interna e GO.

O tempo de internação do grupo como um todo foi bastante amplo, em média 14,8 dias (+/- 8,0-30,4). Na tabela 11 está demonstrado que o tempo para solicitar a consultoria foi em média de 4,7 dias (1,7-10,8) e para a resposta foi de 2,9 dias (1,1-7,2). Depois da alta médica (90,1%) o óbito (6%) foi o segundo motivo mais frequente de alta.

A demora para fazer o pedido de consultoria tem sido associado ao maior número de complicações durante a internação e prolongamento da estadia do paciente. Diversos estudos relatam a iniciativa em adotar uma atitude pró-ativa em relação ao pedido da consultoria, efetivando o pedido precocemente baseado no perfil do paciente por ter uma chance da internação prolongada. Este projeto ocorreu em várias enfermarias, incluindo pronto-socorro, cuidados paliativos, endocrinologia, psiquiatria e assistência social (Somlo, Repenning & Mangi, 2018).

Existe um conjunto de motivos pelos quais ocorre esse atraso: os médicos titulares dos casos se sentem responsáveis em ter de tratar, não valorizam os sintomas psiquiátricos e sociais, por

exemplo. Dados referentes às dificuldades para encaminhamento passam pela não percepção dos sinais de problemas relacionados a pacientes de alta complexidade, falta de comunicação entre as equipes e dificuldades administrativas hospitalares. No entanto, existem dados limitados sobre atrasos nas consultas em Medicina Interna.

Pode haver uma oportunidade considerável para pesquisas futuras que seriam aplicáveis a consultoria psiquiátrica no hospital geral e às configurações de cuidados primários. Comparando as taxas de referência à prevalência de doença mental entre pacientes hospitalizados, fica claro que a maioria dos pacientes apresentam comorbidades psiquiátricas (Chen, Evans & Larkins, 2016).

Entre as solicitações de consultoria, 29,4% fazia menção de uso de substâncias psicoativas nos pedidos. No GAD, a frequência de referência ao uso SPA nos pedidos foi de 89,2%. Quando comparados os grupos GNAD e GAD quanto ao percentual de consultoria respondida, os do grupo GAD apresentaram um percentual de resposta à consultoria significativamente mais elevado do que o do GNAD (94,8% vs 89,8%, respectivamente, $p=0,023$).

6.5 PERFIL GAD

O impacto na saúde dos indivíduos e por conseguinte para a saúde pública é determinado por três importantes mecanismos geradores de dano: a toxicidade da substância (efeitos físicos agudos e crônicos), os efeitos psicoativos que ela produz (estimulante, depressor) e seu potencial para produzir dependência. Os riscos associados às substâncias psicoativas variam de acordo com o modo de administração, dose e padrão de uso. Esses mecanismos mediam as consequências do uso de drogas e sugerem que a substância química em si é apenas um dentre muitos fatores que determinam quanto dano ocorre.

A idade de primeiro consumo e o tempo de uso mostram o tempo que a pessoa foi exposta à substância psicoativa e aos seus efeitos deletérios sobre a saúde. Sabe-se que quanto mais tempo exposto ao uso de substâncias maior a chance de desenvolver tolerância aos efeitos e evoluir para um uso mais frequente e potencialmente desenvolver dependência, além de outros agravos à integridade física da pessoa, como câncer, hipertensão e diabetes; e mental como depressão e ansiedade. O período livre de uso ou abstinência confere uma diminuição a esses riscos.

Para a população brasileira em relação à idade de primeiro consumo para álcool, encontraram a média para homens e mulheres a idade de 13,4 e 13,7 anos. Para o tabaco foi de 15,1 anos e 14,9 anos, para homens e mulheres, respectivamente. A idade do primeiro consumo de álcool 16,0 ($\pm 5,2$) na presente amostra foi mais elevada do que a média populacional e de tabaco 14,8 ($\pm 3,8$) não diferiu muito. (Laranjeira et al., 2014; Bastos, Vasconcellos, De Boni, Brandini, Dos Reis & Coutinho, 2017).

Aproximadamente 15 milhões de indivíduos que referiram ter usado alguma substância ilícita na vida, a mediana da idade de primeiro consumo foi de 16,6 anos sendo que não houve diferença estatisticamente significativa entre homens e mulheres, segundo o III Lenad. Em relação à idade de experimentação da maconha, encontrou-se uma idade média de 15,8 anos $\pm 2,8$ e para cocaína inalada 19,7 $\pm 5,7$, nesta amostra. A aferição da idade do primeiro consumo é sujeita ao viés de memória e outros vieses, o que muitas vezes torna as medidas imprecisas (Johnson & Mott, 2001; Livingston et al., 2016). Vale ressaltar o percentual de dados perdidos nas variáveis idade do primeiro consumo e tempo de uso, onde o percentual de perda gira em torno de 50%, conforme a droga utilizada (para maconha, por exemplo, o percentual de perda é de 40% para idade do primeiro consumo e de 57% para tempo de uso).

Os transtornos pelo uso de álcool e tabaco foram mais prevalentes na faixa etária entre 30 a 59 anos, sendo a distribuição igual entre os sexos. No presente estudo, encontraram-se diferenças significativas relacionadas ao uso na vida (90,5%), uso atual (66,7%) e no transtorno por uso de maconha (60,8%), na faixa etária mais jovem de 16 a 29 anos. Esse dado vai ao encontro dos dados relacionados ao uso da maconha nos dois últimos levantamentos nacionais, onde se mostrava um crescimento progressivo na experimentação e uso recente na população de adultos jovens.

Houve predomínio do sexo masculino em relação ao uso na vida, uso atual e transtorno por uso de SPA para as drogas ilícitas, porém não foi significativa. Em relação à cocaína, na experimentação (91,3%) e no transtorno pelo uso (52,9%), a associação com a faixa etária mais jovem também foi significativa. Cocaína e crack foram as drogas ilícitas mais reportadas como uso na vida. Esses achados também conversam com a prevalência nacional, onde a cocaína inalada é a segunda droga ilícita mais prevalente, depois da maconha seguida pelos inalantes e pelo crack.

O crack provou ser um grave problema de saúde pública, relacionado a efeitos complexos sobre a saúde e a qualidade de vida dos usuários. Apresenta complicações frequentes relacionadas a transtornos mentais, morte por overdose e violência (homicídio, suicídio), sexo desprotegido e doenças infecto-contagiosas como tuberculose, hepatite C e HIV.

Estudos transversais que se direcionem a esta clientela são, na sua grande maioria, em unidades de internação psiquiátricas para desintoxicação dessa substância, mas não em unidades Hospitais Gerais. Em função dessa segregação social, o usuário de crack não é frequentador do Hospital Geral para buscar tratamento e quando necessita muitas vezes omite o uso. Na prática da consultoria, neste estudo, a maioria dos casos de pacientes usuários de crack são provenientes das avaliações das gestantes, dos pais e familiares na neonatologia, além das enfermarias de infectologia e oncologia.

A prevalência de sorologia positiva para o vírus HIV também é extremamente elevada nessa população, estando muitas vezes associada à tuberculose, ocorrendo concomitantemente, encontrada a prevalência de 18,5%.

Em relação à sífilis e hepatite C, as frequências não foram muito elevadas, contrariando a literatura mundial em relação à hepatite C e como ela se distribui na população de pacientes com alcoolismo. O que se pode interpretar em relação aos achados é que a população do GAD é extremamente doente, apresentando pelo menos uma doença crônica concomitante com o uso de álcool e drogas.

As reinternações em hospital geral no GAD foram da ordem de 40,2%. Entre esses pacientes houve no mínimo uma reinternação no último ano e no máximo onze. As reinternações são uma medida utilizada para avaliar o insucesso terapêutico e identificar pacientes de alto custo (Šprah, Dernovšek, Wahlbeck & Haaramo, 2017). Nesse sentido, os dados aqui apresentados mostram a reinternação de todos os pacientes, com pelo menos dois episódios no período de um ano. Isso reforça a importância dos treinamentos e da assistência psiquiátrica na identificação de tais indivíduos, de forma que se possa agir preventivamente, evitando custos desnecessários de internações e monitorando o tratamento de forma intensiva, para tentar diminuir tais ocorrências.

Quando associadas às variáveis com três ou mais reinternações no grupo GAD, os que reinternaram apresentaram idade significativamente mais elevada do que o grupo que não reinternou ($p=0,005$). O grupo que não reinternou no mínimo três vezes foram significativamente pertencentes à unidade de Psiquiatria e Obstetrícia. Na Psiquiatria os pacientes têm longos períodos de internação em função de quadros psicóticos, muitas vezes permanecendo acima de 30 dias, fazendo com que dificilmente o mesmo paciente reinterne mais de três vezes ao ano. Em relação à Obstetrícia, os pacientes geralmente são os familiares das gestantes comparecendo no momento do nascimento da criança, sendo por esse motivo um número inferior de reinternações.

Conhecer as motivações subjacentes para a busca e adesão ao tratamento é essencial para o desenvolvimento de estratégias de tratamento baseadas em evidências. Embora exista um grande número de dados sobre o tratamento de países desenvolvidos, o uso dessas informações para apoiar as melhorias dos serviços de saúde no Brasil é problemático, pelas diferenças culturais que se impõem. Pacientes que já haviam feito algum tratamento prévio para dependência química foram 47,7% da amostra e 52 % demonstravam desejo de seguir tratamento após internação atual.

No estudo de base populacional, sobre as correlações do desejo de parar de beber e tratar os transtornos do álcool entre aqueles com abuso / dependência de álcool conduzido por Madruga e colaboradores (Madruga et al., 2015) foi identificado que a disposição de parar de beber (motivação) associou-se positivamente ao paciente ser do sexo masculino 2,65 (1,76 a 3,99), ter algum impacto negativo pelo uso do álcool 1,56 (1,37 a 1,78), ter problemas psicológicos autorrelatados causados pelo álcool 1,79 (1,24 a 2,56) e ser orientado por um médico 4,87 (2,52 a 9,41). O tratamento dos transtornos relacionados ao álcool foi associado a problemas físicos 1,89 (1,13 a 3,15), problemas psicológicos autorrelatados 2,12 (1,42 a 3,18) e ao aconselhamento médico por desistência 6,02 (1,85 a 19,64).

O crescimento da Medicina é paralelo ao crescimento substancial de psicofármacos projetados para tratar distúrbios psiquiátricos, dor, disfunção cognitiva, sofrimento mental e distúrbios do sono. Esses medicamentos, muitos dos quais com alto potencial de dependência, são distribuídos principalmente, pelo menos em países de alta renda, por meio de um sistema de prescrição (Babor et al., 2019).

No Brasil, o sistema de dispensação de medicamentos para o tratamento da dor, como morfina e seus derivados sintéticos, ocorre principalmente dentro de hospitais nos centros cirúrgicos, serviços de emergência e traumatologia, nos cuidados paliativos e oncologia.

Neste estudo foi feito levantamento da prescrição de morfina nos pacientes atendidos pela consultoria e encontrou-se uma correlação positiva para os pacientes que reinternaram mais de três vezes, isto é, de 4 a 11 vezes, com a prescrição de morfina. Percebeu-se que a prescrição de morfina se necessário era constante nessa população de pacientes com algum transtorno por uso de SPA. Extensa literatura alerta que esses pacientes são mais propensos a desenvolver dependência à morfina. Além disso, se a substância da qual ele depende também for depressora do sistema nervoso central, a resistência aos efeitos da medicação para a dor é grande, levando esse paciente a solicitar mais analgesia, acelerando o processo para a dependência dessa substância, que é extremamente dependógena. O tratamento da dor em pacientes com TUS precisa seguir um protocolo distinto dos demais pacientes, visto que a prescrição livre (se necessário) de morfina potencializa problemas físicos e mentais. Entretanto, isso não significa privar o paciente com TUS de ter um tratamento adequado para a dor, o que pode ocorrer em função de preconceito e desconhecimento em relação a abordagem dos mesmos.

Medidas para a capacitação das equipes médicas e de enfermagem, para o reconhecimento precoce desses pacientes e a implementação e treinamento dos protocolos para dor já existentes na instituição, tem o potencial de reduzir complicações ao longo da internação dos pacientes com TUS em enfermarias clínicas e cirúrgicas do hospital geral.

6.6 LIMITAÇÕES E ASPECTOS RELEVANTES

Os resultados apresentados neste estudo se referem a um subgrupo bastante específico e para o qual não existem dados publicados de forma sistemática na literatura, pois trata-se apenas dos indivíduos para os quais foram solicitadas as consultorias psiquiátricas, diferentemente de estudos que abrangem toda a população de pacientes internados em hospitais gerais. Dessa maneira, as informações produzidas por esse trabalho não devem ser generalizadas para outra população, pois os resultados obtidos dizem respeito a uma população clínica internada e é nesse contexto que devem ser interpretados e, eventualmente, generalizados.

Este estudo teve como foco as consultorias psiquiátricas de adultos, porém a amostra solicitada ao sistema eletrônico de prontuários do hospital em questão conteve pacientes com idade inferior a 18 anos. Avaliando as respostas às consultorias, notou-se que, em tais casos, a solicitação de avaliação psiquiátrica ocorria não para o menor de idade, mas para seu responsável (em geral, mãe ou pai). Dado que o responsável estava na condição de acompanhante, o mesmo não possuía prontuário ativo na internação para que a equipe solicitasse a avaliação diretamente para ele. Tal prática permite o registro do atendimento pela consultoria no sistema, porém levanta questões éticas, como: a informação sobre a avaliação deve ser sigilosa ao paciente, estando disponível no prontuário do filho do paciente, permitindo que o filho tenha acesso aos dados, comprometendo a confidencialidade. Como se está avaliando outra pessoa que não o paciente, não é possível prescrever medicações do hospital, sendo necessário que o paciente as adquira por meios próprios. A avaliação é feita para o acompanhante do paciente, que, por não estar internado, não necessariamente estará de forma contínua no hospital para reavaliação.

O fato de se tratar de um estudo transversal de revisão de prontuários, a ausência de informações registradas que seriam pertinentes ao trabalho foi verificada com uma margem de perda relativamente elevada, chegando a quase 40 % na variável idade de primeiro consumo da maconha, por exemplo.

Entretanto essa limitação do estudo, paradoxalmente, passa a ter um importante valor heurístico, uma vez que o achado de ausência de registro de variáveis importantes pode ser levado em consideração pela instituição para melhorar o sistema de registro no futuro. Essa tarefa permanece para pesquisas futuras que possam ter essa tese como referência preliminar.

Dentre as conquistas permitidas pelo estudo, destaca-se a disponibilidade, pela primeira vez em nosso meio, de que essa população possa ser descrita em termos de perfil sociodemográfico, comorbidades clínicas e psiquiátricas, serviços onde estes pacientes são mais prevalentes em função das patologias que motivaram a internação.

7. CONCLUSÃO

Com os dados apresentados, fica claro a necessidade de programas multidisciplinares de capacitação de alunos e residentes e demais profissionais da assistência, a fim de melhorar a identificação precoce dos indivíduos com TUS e o seu registro. Isso remete à importância da educação continuada, para a investigação do consumo de SPA como ponto relevante da anamnese, no sentido de melhor identificar problemas relacionados a TUS.

Em virtude da formação, supervisão e treinamento, os grupos especializados em álcool e drogas conseguem investigar melhor sinais e sintomas relacionados a esses aspectos. Os achados deste estudo evidenciam isso, quando se considera que em 95% dos pacientes avaliados pelo GAD havia registro das informações pertinentes a drogas tanto lícitas quanto ilícitas.

Bastante relevante do ponto de vista clínico é que alguns setores hospitalares conseguiram identificar com maior precisão os problemas relacionados a TUS do que outros. Isso poderia ser reflexo de treinamento e capacitação em conjunto, que envolve os serviços de psiquiatria de adição e GO; e nos seminários sobre TUS para os residentes da MEI. O maior número de solicitações da consultoria poderia ser reflexo dessas ações e também uma maior proximidade, melhorando a comunicação entre os serviços.

Ocorre a presença de uma prevalência significativa de transtornos de personalidade do cluster B no grupo GAD, o que se reflete na prática observada no cotidiano, com os dados relativos de alta por evasão e contra orientação médica, que são também maiores no grupo GAD.

As reinternações muito frequentes (>3vezes em um ano) prevaleceram nesse grupo de pacientes e apresentaram uma associação significativa com a prescrição de morfina.

Resta evidente que a triagem e identificação dos pacientes com TUS necessita ser feita de forma sistemática nos diversos setores da instituição, começando pela assistência e não permanecendo somente nela, mas que possa ocorrer em conjunto com o ensino na graduação; nas residências médica e multiprofissional; e na pesquisa, de forma a integrar as diversas disciplinas que são necessárias para a identificação precoce (prevenção secundária e terciária), tratamento de um paciente extremamente complexo e carente de muitos recursos. O ambiente hospitalar, durante

a internação, é um espaço oportuno onde esse paciente está acessível para ser abordado e motivado a dar início ou retomar o seu tratamento.

Uma vez identificado e avaliado, ao paciente fica assegurado o direito de receber tratamento adequado, de forma igualitária, sem discriminação, às pessoas usuárias ou dependentes de drogas lícitas ou ilícitas dentro do Hospital Geral, sendo um exemplo o modelo de abordagem construída na Gineco Obstetrícia, onde se fornece a possibilidade de *screening* urinário para detectar a presença de SPA para todas as gestantes do Centro Obstétrico.

Com essas medidas, espera-se que as consultorias em álcool e drogas possam ser encaminhadas de forma acurada pelo serviço solicitante, que a qualidade das informações sobre uso de SPA prestadas melhore no registro dos pacientes e que a comunicação entre as equipes que prestam assistência a essa população possam ser mais próximas e direta.

Dessa forma, acredita-se que os indicadores de qualidade de atendimento relacionados a esses pacientes possam ser atingidos (diminuição de reinternações e altas a pedidos, por exemplo).

8. PRODUTO

Considera-se que esses achados podem contribuir para ações em três níveis diferentes:

- Estimular o reconhecimento da necessidade de criar programas para detecção precoce do uso nocivo de álcool, tabaco e outras drogas nos pacientes internados no HGU. O paciente identificado nesse universo pode ser investigado adequadamente quanto à severidade do TUS, ter ofertada a possibilidade de iniciar o tratamento durante a internação e planejar o seguimento na comunidade com antecedência.
- Disponibilizar o conhecimento da prevalência de TUS e patologias psiquiátricas e sua associação com patologias clínicas sabidamente mais prevalentes nessa população, como uma condição essencial para o planejamento de serviços com base em evidências.
- Gerar disseminação de dados epidemiológicos em nossa própria instituição (indicadores HGU), regional, em nível nacional e internacional para permitir comparações e uso de experiências locais globalmente.

REFERÊNCIAS

ALFANDRE, D. J. I'm going home: discharges against medical advice. **Mayo Clin Proc**, v. 84, n. 3, p. 255-60, Mar 2009. ISSN 1942-5546. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19252113> >.

ALLARDYCE, J. et al. Social fragmentation, deprivation and urbanicity: relation to first-admission rates for psychoses. **Br J Psychiatry**, v. 187, p. 401-6, Nov 2005. ISSN 0007-1250. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16260813> >

ANDERSON, P. et al. Scaling-up primary health care-based prevention and management of heavy drinking at the municipal level in middle-income countries in Latin America: Background and protocol for a three-country quasi-experimental study. **F1000Res**, v.6, p.311, 2017. ISSN 2046-1402. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29188013> >

ASZALOS, R. et al. Engaging hospitalized heroin-dependent patients into substance abuse treatment. **J Subst Abuse Treat**, v. 17, n. 1-2, p. 149-58, 1999 Jul-Sep 1999. ISSN 0740-5472. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10435263> >

BALDWIN, W. A. et al. Substance abuse-related admissions to adult intensive care. **Chest**, v. 103, n. 1, p. 21-5, Jan 1993. ISSN 0012-3692. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8417881>>

BILLINGS, J.; MIJANOVICH, T. Improving the management of care for high-cost Medicaid patients. **Health Aff (Millwood)**, v. 26, n. 6, p. 1643-54, 2007 Nov-Dec 2007. ISSN 1544-5208. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17978384> >

BUTLER, K. et al. The hidden costs of drug and alcohol use in hospital emergency departments. **Drug Alcohol Rev**, v. 35, n. 3, p. 359-66, 05 2016. ISSN 1465-3362. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26194638> >

CHERPITEL, C. J.; YE, Y. Drug use and problem drinking associated with primary care and emergency room utilization in the US general population: data from the 2005 national alcohol survey. **Drug Alcohol Depend**, v. 97, n. 3, p. 226-30, Oct 2008. ISSN 0376-8716. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18499355> >

COLLABORATORS, G. R. F. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. **Lancet**, v. 388, n. 10053, p. 1659-1724, Oct 2016. ISSN 1474-547X. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27733284> >

DOUPE, M. B. et al. Frequent users of emergency departments: developing standard definitions and defining prominent risk factors. **Ann Emerg Med**, v. 60, n. 1, p. 24-32, Jul 2012. ISSN 1097-6760. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22305330> >

- EKPU, V. U.; BROWN, A. K. The economic impact of smoking and of reducing smoking prevalence: review of evidence. **Tob Use Insights**, v. 8, p. 1-35, 2015. ISSN 1179-173X. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26242225> >
- FRIEDMANN, P. D. Clinical practice. Alcohol use in adults. **N Engl J Med**, v.368, n.4, p. 365-73, Jan 2013. ISSN 1533-4406. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23343065>>
- GEIRSSON, M.; BENDTSEN, P.; SPAK, F. Attitudes of Swedish general practitioners and nurses to working with lifestyle change, with special reference to alcohol consumption. **Alcohol Alcohol**, v. 40, n. 5, p. 388-93, 2005 Sep-Oct 2005. ISSN 0735-0414. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16043435> >
- GOZDZIK, A. et al. Cardiovascular risk factors and 30-year cardiovascular risk in homeless adults with mental illness. **BMC Public Health**, v. 15, p. 165, Feb 2015. ISSN 1471-2458. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25886157> >
- HANSAGI, H. et al. Frequent use of the hospital emergency department is indicative of high use of other health care services. **Ann Emerg Med**, v. 37, n. 6, p. 561-7, Jun 2001. ISSN 0196-0644. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11385324> >
- HOLLOWAY, A. S. et al. The effect of brief interventions on alcohol consumption among heavy drinkers in a general hospital setting. **Addiction**, v. 102, n. 11, p. 1762-70, Nov 2007. ISSN 0965-2140. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17784901> >
- HUYNH, C. et al. Factors Influencing the Frequency of Emergency Department Utilization by Individuals with Substance Use Disorders. **Psychiatr Q**, v. 87, n. 4, p. 713-728, Dec 2016. ISSN 1573-6709. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26875101> >.
- KRUPSKI, A. et al. Impact of brief interventions and brief treatment on admissions to chemical dependency treatment. **Drug Alcohol Depend**, v. 110, n. 1-2, p. 126-36, Jul 2010. ISSN 1879-0046. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20347234> >
- LADER, M. Benzodiazepines revisited--will we ever learn? **Addiction**, v. 106, n. 12, p. 2086-109, Dec 2011. ISSN 1360-0443. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21714826> >
- LARANJEIRA, R.; MADRUGA, C. S. **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) –2012**. São Paulo: Cromosete, 2012. 85 p.
- LARANJEIRA, R. et al. Alcohol use patterns among Brazilian adults. **Rev Bras Psiquiatr**, v.32, n.3, p. 231-41, Sep 2010. ISSN 1516-4446. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19918673>>
- MACIAS KONSTANTOPOULOS, W. L. et al. Identifying patients with problematic drug use in the emergency department: results of a multisite study. **Ann Emerg Med**, v.64, n. 5, p. 516-25, Nov 2014. ISSN 1097-6760. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24999283>>

MADRAS, B. K. et al. Screening, brief interventions, referral to treatment (SBIRT) for illicit drug and alcohol use at multiple healthcare sites: comparison at intake and 6 months later. **Drug Alcohol Depend**, v. 99, n. 1-3, p. 280-95, Jan 2009. ISSN 1879-0046. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18929451> >

MANÇANO, A. et al. Pulmonary complications of crack cocaine use: high-resolution computed tomography of the chest. **J Bras Pneumol**, v. 34, n. 5, p. 323-7, May 2008. ISSN 1806-3756. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18545829> >

MURPHY, M. K. et al. Development of a substance abuse consultation and referral service in an academic medical center: challenges, achievements and dissemination. **J Clin Psychol Med Settings**, v. 16, n. 1, p. 77-86, Mar 2009. ISSN 1573-3572. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19219627> >

NORDECK, C. D. et al. Rehospitalization and substance use disorder (SUD) treatment entry among patients seen by a hospital SUD consultation-liaison service. **Drug Alcohol Depend**, v. 186, p. 23-28, May 2018. ISSN 1879-0046. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29529456> >

NYGAARD, P.; AASLAND, O. G. Barriers to implementing screening and brief interventions in general practice: findings from a qualitative study in Norway. **Alcohol Alcohol**, v. 46, n. 1, p. 52-60, 2011 Jan-Feb 2011. ISSN 1464-3502. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21059696> >

O'TOOLE, T. P. et al. Factors identifying high-frequency and low-frequency health service utilization among substance-using adults. **J Subst Abuse Treat**, v. 33, n. 1, p. 51-9, Jul 2007. ISSN 0740-5472. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17588489> >

PARTHASARATHY, S.; WEISNER, C. M. Five-year trajectories of health care utilization and cost in a drug and alcohol treatment sample. **Drug Alcohol Depend**, v.80, n.2, p. 231-40, Nov 2005. ISSN 0376-8716. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15916868>>

PECHANSKY, F. et al. References to alcohol consumption and alcoholism in medical records of a general hospital of Porto Alegre, Brazil: a comparison between samples with a 20 year gap. **Subst Abus**, v. 25, n. 2, p. 29-34, Jun 2004. ISSN 0889-7077. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15982965>>

PECORARO, A. et al. Early data from Project Engage: a program to identify and transition medically hospitalized patients into addictions treatment. **Addict Sci Clin Pract**, v. 7, p. 20, Sep 2012. ISSN 1940-0640. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23185969>>

REHM, J. et al. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. **Lancet**, v.373, n.9682, p.2223-33, Jun 2009. ISSN 1474-547X. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19560604> >

SAITZ, R. Clinical practice. Unhealthy alcohol use. **N Engl J Med**, v. 352, n. 6, p. 596-607, Feb 2005. ISSN 1533-4406. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15703424>>

SAITZ, R. et al. Some medical inpatients with unhealthy alcohol use may benefit from brief intervention. **J Stud Alcohol Drugs**, v. 70, n. 3, p. 426-35, May 2009. ISSN 1938-4114. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19371494>>

SEGATTO, M. L. et al. Screening and brief intervention for alcoholic patients treated at emergency rooms: prospects and challenges. **Cad Saude Publica**, v. 23, n. 8, p. 1753-62, Aug 2007. ISSN 0102-311X. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17653393>>

STJÄRNE, M. K.; PONCE DE LEON, A.; HALLQVIST, J. Contextual effects of social fragmentation and material deprivation on risk of myocardial infarction-results from the Stockholm Heart Epidemiology Program (SHEEP). **Int J Epidemiol**, v. 33, n. 4, p. 732-41, Aug 2004. ISSN 0300-5771. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15155706>>

WAKEMAN, S. E.; RICH, J. D. Barriers to medications for addiction treatment: how stigma kills. **Subst Use Misuse**, v. 53, n. 2, p. 330-333, Jan 2018. ISSN 1532-2491. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28961017>>

WALLER, S. et al. Perceptions of alcohol-related attendances in accident and emergency departments in England: a national survey. **Alcohol Alcohol**, v. 33, n. 4, p. 354-61, 1998 Jul-Aug 1998. ISSN 0735-0414. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9719393>>

WALLEY, A. Y. et al. Acute care hospital utilization among medical inpatients discharged with a substance use disorder diagnosis. **J Addict Med**, v. 6, n. 1, p. 50-6, Mar 2012. ISSN 1932-0620. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21979821>>

WHO. World Health Organization - WHO. **Global status report on alcohol and health, 2014**. Geneva: World Health Organization; 2014. 376 p.

WILLIAMS, K.; MITCHELL, M. Inpatient alcohol withdrawal: time to prevent the preventable? **J Gen Intern Med**, v. 29, n. 1, p. 7-9, Jan 2014. ISSN 1525-1497. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24197633>>

APÊNDICE A - CÓPIA DO FORMULÁRIO ELETRÔNICO PARA SOLICITAÇÃO DE QUERY JUNTO AO HCPA

Especificação da Query

Título: Rastreamento dos pedidos das consultorias ao Serviço de Psiquiatria e adição - Junho de 2016 a Junho de 2018

Data Solicitação

Solicitante

E-mail Ramal /Fone

Solicitação de Query

Enviar para L-CGTI-SOLIC-QUERY@hcpa.edu.br após o preenchimento de todos os campos da solicitação.

O prazo médio de atendimento é 10 dias úteis. Entraremos em contato, caso seja necessário.

Finalidade

Gestão Administrativa Projeto de Pesquisa

Área: Número do Projeto:

Motivo

Termo de Compromisso para Utilização de Dados Institucionais

Ao receber o resultado da pesquisa do Banco de Dados, o solicitante compromete-se a utilizar os dados apenas com o objetivo apresentado no motivo constante neste formulário – não podendo ser utilizado para nenhum outro fim. Esta instrução está embasada na Decisão 005/2010 (item III, parágrafo 3º), cujo descumprimento é considerado falta grave.

Filtros a serem aplicados

Consultoria Psiquiátrica

Consultoria Álcool e Drogas

Consultoria Forense

Mês/Ano: junho 2016/ junho 2018

Colunas Recuperadas:

Número do prontuário;

Idade;

Sexo;

Etnia;

Escolaridade;

Ocupação;

Estado civil;

Doenças clínicas diagnosticadas na internação;

Serviço solicitante da consultoria;

Data da internação;

Data da solicitação da consultoria;

Data da visualização pelo consultor;

Data da resposta da consultoria;

Data da alta;

Tipos de alta;

Número de reinternações no período de junho 2017 a junho de 2018.

APÊNDICE B - PROTOCOLO DE PESQUISA

Número Prontuário

Idade / data de nascimento

Sexo

Estado Civil

Escolaridade

Ocupação

Data da internação atual

Serviço Solicitante Consultoria Atual

Intervalo entre a internação atual e a anterior

Motivo da internação atual

Data solicitação da consultoria

Motivo da consultoria

Data da resposta da consultoria

Data da alta

Alta a pedido:

Medicações em uso na internação atual: derivados morfina.

Avaliação Psiquiátrica Atual: Diagnóstico de Transtorno de Humor, Ansiedade, Uso de SPA, Abstinência de SPA, Esquizofrenia, Síndrome Cerebral Orgânica, Psicose Puerperal.

Investigação do uso de álcool e outras drogas na anamnese médica com ou sem especificadores de tipo de substância, quantidade, frequência (atual e na vida), tempo de uso e idade de início