

**HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE E EM ÁREA
PROFISSIONAL DA SAÚDE
ATENÇÃO INTEGRAL AO USUÁRIO DE DROGAS**

ISABELLE LEITÃO CARDOSO

**CARACTERIZAÇÃO DAS QUEDAS SOFRIDAS POR PACIENTES USUÁRIOS DE
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS INTERNADOS EM UMA UNIDADE DE ADIÇÃO**

PORTO ALEGRE

2018

ISABELLE LEITÃO CARDOSO

**CARACTERIZAÇÃO DAS QUEDAS SOFRIDAS POR PACIENTES USUÁRIOS DE
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS INTERNADOS EM UMA UNIDADE DE ADIÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Residência Integrada Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional da Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Atenção Integral ao Usuário de Drogas.

Orientador: Enf. Me. Márcio Silveira da Silva

Co-orientador: Prof. Dr. Marcio Wagner Camatta

PORTO ALEGRE

2018

AGRADECIMENTOS

"A vida é um ciclo, ninguém chega ao topo sem humildade para recomeçar. Ninguém é tão sábio que não possa aprender ou tão inexperiente que não possa ensinar. Somos a soma de todos nossos afetos."

Autor desconhecido

Ao longo desse dois anos de residência, aprendi muito mais que as principais teorias e práticas sobre a atenção integral ao usuário de drogas. Tive que me reinventar como pessoa e como enfermeira. Recomeçar uma nova caminhada, em um velho local já conhecido, não foi fácil. Fui atacada pela escolha que fiz, me questionei inúmeras vezes se tinha feito a escolha certa. Mas, no fundo, eu sabia, que o velho lugar conhecido ainda tinha tanto para me ensinar.

Nessas 60 horas semanais, vivenciei diversas divergências de opinião e discussões, mas momentos de muito afeto e reconhecimento. Afeto que me permitiu estar hoje concluindo esse trabalho e que me faz querer expressar minha gratidão a todos que estiveram ao meu lado durante esse período.

Primeiramente, gostaria de expressar minha gratidão aqueles que toleraram meu cansaço e minha ausência, mas que também me deram todo suporte e me motivaram a terminar essa jornada árdua, acreditando no meu potencial e vibrando comigo a cada conquista, mesmo que distante. Eliana, Clóvis, Lucas e Gabriel vocês são o motivo de ir em busca do meu melhor, gratidão por todo cuidado dedicado a mim ao longo desses dois anos.

Aos preceptores do programa de atenção integral ao usuário de drogas do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, gratidão pelas inúmeras trocas e "puxões de orelha" ao longo desses anos. Consigo compreender hoje o real sentido de uma equipe multi ordenando o cuidado e a importância de cada um nesse processo.

A minha preceptora Charlise e enfermeiras que me supervisionaram diretamente ao longo do meu estágio na Unidade de Adição, Marise Hartmann, Michele Carvalho, Marília Borges, Emi da Silva, Mitieli Disconzi, gratidão pela acolhida, trocas e por compartilharem tanto conhecimento e experiência comigo. Estendo essa gratidão a enfermeira e preceptora Paula Filippin e enfermeira supervisora Luiza Bohnen, que além da acolhida e das trocas, me ensinaram a refletir e desconstruir tantos pré conceitos que foram formados ao longo da vida.

Aos técnicos de enfermagem da Unidade de Adição e do Ambulatório de

Adição, gratidão por confiarem no meu julgamento como enfermeira, por compartilharem experiências, conversas informais na sala de lanche e todo afeto novamente dispensados à mim.

Aos meus colegas Rruas, Silvio, Tati, Rodrigo e Joyce; e R1s, Jéssica Priscila, Juliane, Dienifer, Ana, Juliana e Pablo; gratidão pelas trocas ao longo de cada ano. Foi maravilhoso poder conviver com vocês!

Aos meus colegas R2, logo Rruas, que dividiram esses dois anos loucos comigo. Tivemos nossas adversidades, mas se teve algo que aprendi nesse último ano é que nenhum de nós é tão bom quanto todos nós juntos. Suane, impossível encontrar alguém tão parceira como tu, seja para comer um lanche ou para dividir e criar atividades para um grupo. Laís, tu é ótima e super esforçada, nunca deixam que te digam ao contrário nunca! Gérson, te admiro muito por todo teu conhecimento e dedicação para isso. Contigo aprendi a analisar as coisas de maneira diferente. Tu vai ser um baita profissional e professor! André, ter me aproximado de ti esse ano me fez ver as coisas de maneira mais leve. Tu é um cara incrível e tem um potencial enorme. Não deixa que a vida tire essa ingenuidade que tens. Espero que possamos manter essa cumplicidade que construímos. Carol, que surpresa maravilhosa! Incrível como somos parecidas e ao mesmo tempo, tão diferentes. Criamos laços que ultrapassam esse espaço. Ainda bem que Caxias é perto, porque a saudade vai ser grande. Gratidão a todos vocês pela convivência e por terem me ensinado tanto. Levarei essa experiência pro resto da vida e espero compartilhar ainda tantas outras com vocês.

Aos grupo dos sensacionais, gratidão por me ensinarem que é possível ter um trabalho leve mesmo em um ambiente cheio de durezas, por me fazerem acreditar no meu potencial, pelo afeto, por cada troca, brincadeira, meme, cantoria, dança, gestos... Foi sensacional conviver com vocês ao longo desse ano. Somos passageiros no ambulatório, mas nosso afeto não, porque o maior desejo é que ele possa ser estendido para além desse espaço.

Ao meu co-orientador e tutor do programa, Marcio Wagner Camatta, gratidão por acreditar no meu potencial, pela cumplicidade e por sempre conseguir um tempo para me ensinar, quando necessário, ao longo desses dois anos.

Por último, mas não menos importante, meu orientador, enfermeiro supervisor, exemplo de profissional, Márcio Silveira da Silva. Meu processo de formação no Serviço de Enfermagem em Adição está terminando e tu teve papel

importante ao longo dessa caminhada. Hoje, tua pupila termina a residência bem diferente daquela estagiária de 2015. Gratidão por ter acreditado no meu potencial, por ter topado esse processo de orientação comigo e ter ensinado tanto, mesmo mais distante nessa reta final.

“É necessário se espantar, se indignar e se contagiar. Só assim é possível mudar a realidade.”

Nise da Silveira

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	07
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	10
2.1 Substâncias psicoativas.....	10
2.1.1 Conceitos básicos.....	10
2.1.2 Álcool.....	14
2.1.3 Tabaco.....	16
2.1.4 Maconha.....	18
2.1.5 Cocaína e Crack.....	19
2.1.6 Benzodiazepínicos.....	22
2.1.7 Anfetaminas.....	23
2.1.8 Principais psicofármacos utilizados no tratamento dos transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas.....	25
2.2 Quedas.....	28
3 OBJETIVOS.....	33
3.1 Geral.....	33
3.2 Específicos.....	33
4 METODOLOGIA.....	34
4.1 Tipo de estudo.....	34
4.2 Campo de estudo.....	34
4.3 População e amostra.....	36
4.4 Coleta de dados.....	37
4.5 Análise dos dados.....	38
4.6 Aspectos éticos.....	38
5 ARTIGO.....	39
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	59
REFERÊNCIAS.....	61
APÊNDICE A - Instrumento para Coleta de Dados.....	65
ANEXO A - Parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	67
ANEXO B - Normas para submissão de artigo na Revista Gaúcha de Enfermagem.....	71

1 INTRODUÇÃO

A busca pela qualidade da assistência em saúde tem sido amplamente discutida por profissionais e gestores, principalmente em instituições hospitalares. Em 1999, a partir da divulgação do relatório "*To err is human: building a safer health care system*" do Instituto de Medicina dos Estados Unidos da América que aborda os custos sociais e econômicos dos eventos adversos na assistência à saúde, a segurança foi incorporada como um dos seis atributos necessários para produzir um cuidado de qualidade (BRASIL, 2017).

Atualmente, diversas iniciativas vêm sendo criadas para estimular a implementação de políticas e práticas institucionais destinadas a garantir uma assistência mais segura. A Organização Mundial da Saúde (OMS), reconhecendo a relevância do problema, criou, em 2004, a *World Alliance for Patient Safety*. O objetivo principal da aliança era concentrar esforços entre os estados membros para o desenvolvimento de ações, além do compartilhamento de soluções eficazes, para o enfrentamento dos eventos adversos relacionados à assistência (WHO, 2017b).

Em 2005, a OMS firmou parceria com a *The Joint Commission* (TJC), principal agência de acreditação em saúde dos Estados Unidos, e, seu braço internacional, a *Join Commission International* (JCI) para fundação do centro colaborador para soluções de segurança para o paciente. As principais funções no comando do centro colaborador eram o desenvolvimento e disseminação de soluções para a segurança do paciente (BRASIL, 2017).

Nessa perspectiva, a JCI em parceria com a OMS, elaborou seis metas internacionais para segurança do paciente visando orientar boas práticas para a diminuição de riscos e eventos adversos nos serviços de saúde. Dentre as metas elencadas, destaca-se, por ser considerada mundialmente um importante problema de saúde pública (WHO, 2018), a metade número seis que tem como objetivo reduzir o risco de lesões ao paciente decorrentes de quedas (BRASIL, 2017).

As quedas são responsáveis por dois em cada cinco eventos adversos em hospitais (HEALEY; SCOBIE, 2007), aumentando o tempo de internação e o custo do tratamento dos pacientes, além de agravar a condição de saúde, gerando graves consequências como fraturas e até mesmo o óbito (WHO, 2018). Estima-se que, a cada ano, 646.000 pessoas acabem indo a óbito por causa do evento, tornando as

quedas a segunda causa de morte por acidentes involuntários no mundo (WHO, 2018).

A prevenção e tratamento dos transtornos mentais e comportamentais relacionados ao consumo de álcool e outras drogas, por muito tempo, foi atribuída apenas às instituições religiosas e de segurança pública. Somente a partir da década de 1990, impulsionado pelo avanço da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e do aumento da variedade, do uso e do consumo precoce, o governo brasileiro, com apoio dos movimentos sociais a favor dos direitos humanos, concebeu o uso de drogas como um problema de saúde pública e começou a desenvolver políticas públicas direcionadas ao tratamento, prevenção, reabilitação e reinserção social dos usuários de drogas (MACHADO; BOARINI, 2013).

Segundo o Relatório Brasileiro sobre Drogas, foram realizadas 135.585 internações hospitalares associadas a transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de drogas em todo o Brasil no ano de 2007 (DUARTE; STEPLIUK; BARROSO, 2009). Em uma publicação da Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, o estado do Rio Grande do Sul aparece com o maior número de leitos de saúde mental em hospitais gerais no Brasil no ano de 2014 (BRASIL, 2015). Os leitos de saúde mental em hospital geral preconizados pela Reforma Psiquiátrica em substituição aos leitos em hospitais psiquiátricos e pela Rede de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2013) foram construídos com o objetivo de superar o estigma e o cuidado fragmentado entre o corpo e menteconstruído histórica e socialmente (PAES et al, 2013). Destinam-se ao atendimento de comorbidades clínicas decorrentes do uso de substâncias psicoativas, em especial ao manejo de abstinências e intoxicações graves, e de situações de crise em saúde mental (BRASIL, 2015).

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) é um hospital público, geral, integrante da rede de hospitais universitários do Ministério da Educação e vinculado academicamente à Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Recentemente foi acreditado pela JCI pela adequação a padrões internacionais de atendimento, gestão, infraestrutura e qualificação profissional, com foco na qualidade e segurança de pacientes e profissionais. A Unidade de Adição do HCPA disponibiliza leitos masculinos para internação de usuários com diagnóstico de transtornos mentais e comportamentais relacionados ao uso de substâncias psicoativas. A internação conta com uma equipe multiprofissional e disponibiliza um programa de tratamento

com foco na motivação para a mudança, a prevenção da recaída, a psicoeducação, o manejo da fissura e a administração do ócio, incluindo atividades grupais externas ao leito que exigem deslocamento e capacidade funcional do paciente.

No HCPA, os pacientes adultos internados com risco de quedas são identificados pela equipe de enfermagem a partir da aplicação de escalas para avaliação do risco. Após inúmeras discussões e práticas assistenciais, a equipe percebeu que a escala disponível na instituição para avaliação do risco de quedas e os cuidados preconizados e disponibilizados no sistema informatizado de prescrição de enfermagem se mostravam pouco dinâmicas às características dos pacientes usuários de drogas em processo de desintoxicação, impedindo assim que pudessem usufruir das atividades do programa.

Diante do contexto apresentando e tendo em vista que existem poucos estudos em relação à promoção da assistência de qualidade e o risco de queda na população com transtornos mentais e comportamentais relacionados ao uso de substâncias psicoativas que subsidiem a prática, pretende-se com o presente estudo responder o seguinte problema de pesquisa: como se caracterizam as quedas sofridas por pacientes usuários de álcool e outras drogas internados na Unidade de Adição do HCPA?

Este estudo visa contribuir para a melhora da assistência de qualidade aos pacientes na Unidade de Adição e preencher uma importante lacuna existente na literatura científica, até o momento, sobre o assunto em questão. Além disso, pretende-se elaborar hipóteses referentes a fatores de risco para a queda nessa população, que podem ser testadas subsequentemente, em estudos específicos.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

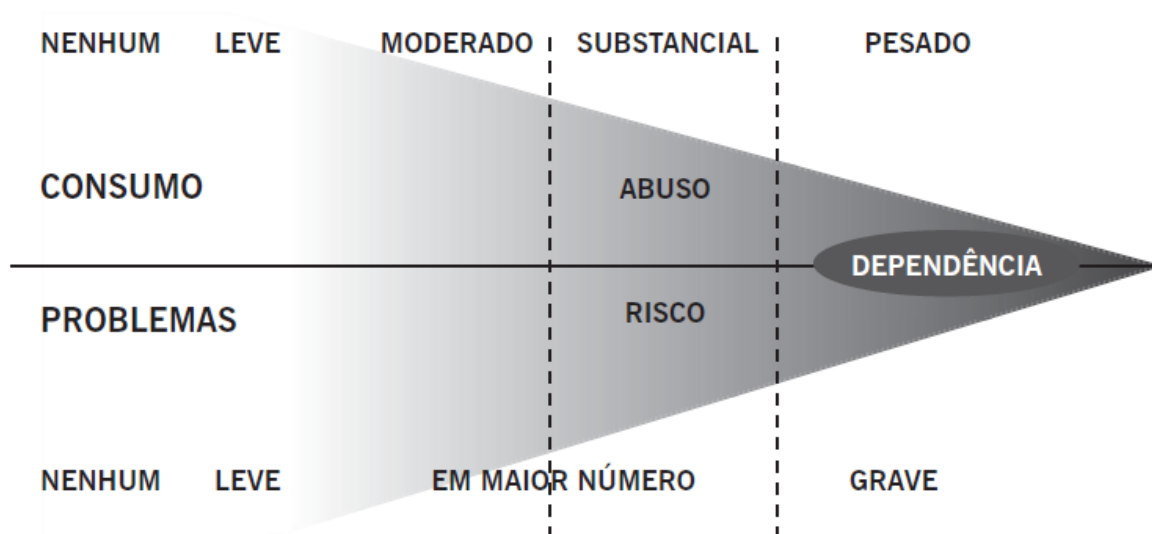
2.1 Substâncias Psicoativas

2.1.1 Conceitos Básicos

Segundo a OMS, as substâncias psicoativas são substâncias químicas que, quando administradas, modificam, principalmente, o funcionamento do Sistema Nervoso Central (SNC), podendo alterar o nível de consciência, cognição, sensopercepção, julgamento, afeto, comportamento e outras respostas psicofisiológicas (WHO, 2017a). Algumas substâncias psicoativas tem o potencial de gerar abuso e dependência (DIEHL et al, 2011; BRASIL, 2012b; DUARTE; FORMIGONI, 2017a), tendo em vista que quando alcançam o sistema de recompensa cerebral, aumentam a produção de dopamina, gerando sensações prazerosas nos indivíduos que as consomem (NIDA, 2016b; DIEHL et al, 2011; DUARTE; FORMIGONI, 2017a). Esse prazer experimentado pode desencadear nos usuários de substâncias a autoadministração repetida, uma vez que existe a descoberta e a busca por um prazer quase imediato (DIEHL et al, 2011; DUARTE; FORMIGONI, 2017a). Além desse reforçador prazeroso, as substâncias podem ser utilizadas pelos indivíduos para alívio da ansiedade, tristeza, depressão ou de sensações desagradáveis, aumentando ainda mais a chance da autoadministração repetitiva (DUARTE; FORMIGONI, 2017a).

Em relação aos problemas relacionados ao consumo de substâncias psicoativas, cabe salientar que qualquer padrão de consumo pode acarretar problemas para os indivíduos (Figura 1) (BRASIL, 2012b).

Figura 1 - Problemas relacionados ao consumo de substâncias psicoativas



Fonte: MARQUES; RIBEIRO (2002, p.5).

A OMS, através da 10ª revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), apresenta os termos intoxicação aguda, uso nocivo, síndrome de dependência e síndrome ou estado de abstinência como subdivisões diagnósticas que retratam as condições clínicas dos usuários de substâncias psicoativas de potencial abusivo. Esses termos são encontrados no quinto capítulo do CID-10 no agrupamento F10-19 que explana o diagnóstico de transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de substância psicoativa. O agrupamento, além da subdivisão por condição clínica, também se subdivide conforme o tipo de substância de uso. (DUARTE; FORMIGONI, 2017b; WHO, 2016). No Brasil, a CID-10 é utilizada para fins de diagnóstico no Sistema Único de Saúde (SUS).

O uso nocivo de substâncias é um padrão de uso de substâncias psicoativas que promove prejuízos reais à saúde mental ou física de um indivíduo, sem que os critérios para dependência sejam confirmados. O estado de abstinência, também chamado de síndrome de abstinência, é definido como um conjunto de sintomas com grau de gravidade variados que ocorrem na interrupção ou diminuição do consumo de substâncias psicoativas após administração repetitiva de doses elevadas por um período prolongado. O início dos sintomas e o curso da síndrome são limitados no tempo e estão relacionadas ao tipo de substância e dose que está

sendo utilizada imediatamente antes da cessação ou diminuição (WHO, 2016). A tolerância à substância pode ser definida de duas maneiras: uma necessidade de consumo de quantidades gradativamente maiores para atingir a intoxicação ou o efeito desejado; e a diminuição do efeito com a mesma quantidade de substância, quando há uso continuado do indivíduo (NIDA, 2016b; DUARTE; FORMIGONI, 2017a; DIEHL et al, 2012). Cabe salientar que após um período de abstinência, a tolerância pode ser perdida, levando a overdoses acidentais, e pode ser retomada de maneira mais rápida após uma perda (DUARTE; FORMIGONI, 2017a; DIEHL et al, 2012).

O *craving*, popularmente conhecido como fissura, é definido como um desejo intenso e quase incontrolável de experimentar novamente os efeitos proporcionados por uma determinada substância (DUARTE; FORMIGONI, 2017a; DIEHL et al, 2012). Simultaneamente ao desejo, os usuários de substâncias psicoativas costumam apresentar alterações de humor, de comportamento e no pensamento (DUARTE; FORMIGONI, 2017a). Alguns usuários também podem relatar sensações físicas (DUARTE; FORMIGONI, 2017a; SAYETTE et al, 2000) que antecipam os efeitos positivos associados ao consumo de substância e aliviam os sentimentos negativo e os sintomas da síndrome de abstinência (SAYETTE et al, 2000). O *craving* pode ser desencadeado por estímulos internos (p. ex. humor deprimido, ansiedade, estresse, dor) ou externos (p. ex. locais de uso, conflitos, a própria substância) (DUARTE; FORMIGONI, 2017a) e pode acontecer tanto no período inicial da abstinência como após um longo período sem consumir a substância (DIEHL et al, 2011). Ressalta-se que a presença de fissura, tolerância e síndrome de abstinência em indivíduos que consomem substâncias psicoativas são evidências significativas para legitimação do diagnóstico de síndrome de dependência (WHO, 2016).

A síndrome de dependência é definida como um conjunto de sintomas comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se manifestam após consumo repetitivo de uma substância psicoativa. O diagnóstico da dependência somente é confirmado se, em algum momento, nos últimos 12 meses, os indivíduos apresentarem três ou mais dos seguintes sintomas descritos: desejo quase incontrolável de consumir a substância; perda do controle do início, fim ou nível de consumo; evidência de tolerância, surgimento da síndrome da abstinência na interrupção ou redução do consumo; consumo persistente e de difícil controle,

apesar das consequências negativas; e prioridade ao consumo de substância em detrimento de demais atividades (DUARTE; FORMIGONI, 2017b; WHO, 2016; BRASIL, 2012b).

Segundo a OMS, a intoxicação aguda é uma condição transitória após o consumo de substâncias psicoativas que resulta em perturbações no nível de consciência, cognição, afeto, percepção, comportamento ou outras funções e respostas psicofisiológicas. A intoxicação depende do tipo de substância e dose consumida, sendo influenciada pelo nível de tolerância e pelo estado de saúde de cada indivíduo. Cabe salientar que o diagnóstico de intoxicação deve ser determinado apenas caso e não existam, no momento, problemas relacionados ao consumo que justifiquem o diagnóstico de outra condição clínica citada anteriormente (WHO, 2016).

Em relação à classificação das substâncias psicoativas, destaca-se que há inúmeras, porém, tendo em vista os objetivos da pesquisa, cabe salientar a classificação conforme os efeitos farmacológicos: substâncias depressoras, estimulantes e perturbadoras. As depressoras lentificam o funcionamento do SNC, podendo causar sonolência nos consumidores. Algumas dessas substâncias também são chamadas de sedativos ou hipnóticos, sendo várias delas utilizadas para fins medicinais. Entre as substâncias depressoras destaca-se os benzodiazepínicos, o álcool, os inalantes e os opiáceos. As substâncias estimulantes aceleram o funcionamento do SNC, provocando euforia, insônia, entre outros sintomas. Dentre as mais utilizadas no Brasil, encontra-se o crack, a cocaína, a nicotina, a cafeína e as anfetaminas. As substâncias perturbadoras provocam mudanças qualitativas no SNC, produzindo delírios, alucinações e alterações na capacidade de distinguir o tempo e o espaço. Alguns exemplos de substâncias estimulantes são a dietilamida do ácido lisérgico (LSD), a maconha e o ecstasy (BRASIL, 2012b).

Realizado em 2012, o II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD), evidenciou que os benzodiazepínicos, as anfetaminas, a cocaína, o crack e a maconha são as principais substâncias ilícitas consumidas pela população adulta brasileira nos últimos 12 meses. No mesmo levantamento, foi verificado que a prevalência do consumo de tabaco na população diminuiu cerca de 3,9% e que o consumo de álcool em *binge* teve um aumento significativo (LARANJEIRA, 2014). Diante desse fato, serão abordados, a seguir, os principais efeitos, a intoxicação e a

abstinência das substâncias lícitas e ilícitas com consumo mais prevalente na população brasileira.

2.1.2 Álcool

Segundo estudo realizado em 2012, mais da metade da população brasileira consumia álcool regularmente (uma vez ou mais na semana), sendo que 6,8% preenchiam critérios para o diagnóstico de dependência alcoólica (LARANJEIRA, 2014). O álcool é uma substância ilícita presente em diversas bebidas e obtida através da fermentação ou destilação da glicose de raízes, frutas ou cereais (BRASIL, 2012b).

O consumo de álcool pode ser medido pela quantidade de doses ingeridas por um indivíduo, sendo que uma dose padrão equivale a 14 gramas de álcool (BRASIL, 2012b). Cabe ressaltar que para saber a quantidade de doses equivalentes em uma bebida, é necessário o conhecimento de sua concentração (DIEHL et al, 2011; BRASIL, 2012b). O *binge* é a forma mais comum de consumo de álcool e pode ser definido como um episódio de consumo em que a pessoa ingere cinco ou mais doses de álcool para homens e quatro ou mais doses para mulheres em uma mesma ocasião. Esse padrão de consumo tem sido associado principalmente aos adultos jovens e adolescentes (DIEHL et al, 2011).

Os efeitos do álcool estão relacionados com depressão do SNC, entretanto, em doses baixas, o corpo ativa os mecanismos de compensação e busca pela homeostase, produzindo efeitos estimulantes, levando os indivíduos a experimentarem sensações de euforia, socialização, desinibição e prazer (DUARTE; FORMIGONI, 2017a). Conforme ocorre um aumento nas doses, o corpo não consegue manter os mecanismos de compensação ativados anteriormente, produzindo assim níveis crescentes de depressão corporal, podendo inclusive levar os indivíduos ao coma, depressão respiratória e óbito (DIEHL et al, 2011; BRASIL, 2012b). A intoxicação alcoólica é uma condição transitória decorrente da ingestão de álcool acima do nível tolerado por um indivíduo. A sintomatologia da intoxicação é relacionada aos níveis plasmáticos de sangue (Figura 2) e variam conforme sexo, grau de tolerância e quantidade ingerida.

Figura 2 - Níveis plasmáticos de álcool e sintomatologia relacionada

Níveis plasmáticos de álcool e sintomatologia relacionada	
Alcoolemia (dg/L)	Quadro clínico
3	Euforia e excitação Alterações leves da atenção
5	Incoordenação motora discreta Alteração do humor, da personalidade e do comportamento
10	Incoordenação motora pronunciada Diminuição da concentração Piora dos reflexos sensitivos Piora do humor
20	Piora da <i>ataxia</i> (falta de coordenação dos movimentos) Náuseas e vômitos
30	Incapacidade de articular as palavras Amnésia Hipotermia Anestesia
40	Coma Morte

Fonte: BRASIL (2012b, p. 31).

Para os indivíduos que apresentarem alcoolemia acima de 15 dg/L sem sintomatologia relacionada, é importante investigar a presença de dependência alcoólica e a possibilidade do desenvolvimento de síndrome de abstinência alcoólica (SAA) (BRASIL, 2012b). A SAA se inicia 6 horas após a interrupção ou diminuição do consumo de álcool com pico de sinais e sintomas normalmente entre 24-48 horas de abstinência. A grande maioria dos pacientes apresenta uma SAA entre leve e moderada, com leve agitação psicomotora, tremores finos de extremidades, insônia, sudorese discreta, cefaleia, náuseas sem vômito e ansiedade leve, com sintomas se resolvendo entre 5 a 7 dias (DIEHL et al, 2011). Entretanto, cerca de 5% apresentam uma SAA grave (BRASIL, 2012b), com agitação psicomotora intensa, tremores generalizados, sudorese profusa, cefaleia, náuseas com vômito, crises convulsivas, desorientação, ansiedade, alterações de sensopercepção, hipertensão arterial e taquicardia, insônia, cefaleia e tontura (DIEHL et al, 2011). Pacientes com SAA graves não tratados ou subtratados poderão evoluir para *delirium tremens* (DT), correndo risco de óbito (BRASIL, 2012b). O DT é uma das mais graves

complicações da SAA que ocorre em cerca de 5% dos pacientes e tem taxa de mortalidade de até 20%. Trata-se de uma psicose orgânica reversível, caracterizada por confusão mental, desorientação, delírios, alucinações, tremor intenso, letargia, agitação, insônia, taquicardia, hipertensão, febre, midríase e sudorese intensa. O DT apresenta piora progressiva dos sintomas ao final do dia e geralmente a mortalidade ocorre por colapso cardíaco, infecção e desidratação (BRASIL, 2012b).

Quando utilizado de forma prolongada e em doses elevadas, o consumo de álcool age de forma tóxica em diversos órgãos. As consequências observadas mais frequentes são as gastrites e úlceras, hepatites tóxicas, esteatose hepática, cirrose hepática, pancreatites, lesões cerebrais, demência, neuropatias, problemas cardíacos, predisposição ao depósito de placas gordurosas nos vasos, com risco de infarto, hipertensão e acidentes vasculares cerebrais. O álcool também eleva o risco de câncer em diversos órgãos, principalmente no trato gastrintestinal, na bexiga e na próstata (BRASIL, 2012b).

A tiamina, também conhecida como vitamina B1, é fundamental para o funcionamento neurológico. Em indivíduos com consumo crônico de álcool, devido à presença de tiamina no metabolismo do álcool, a desnutrição e a absorção prejudicada de vitaminas em geral no sistema digestório, ocorre a deficiência dessa vitamina (BRASIL, 2012b). A Encefalopatia de Wernick ocorre quando há a deficiência dessa vitamina e é caracterizada pela presença de confusão mental, ataxia, nistagmo e oftalmoplegia. Quando não tratada, a encefalopatia pode acarretar uma seqüela neurológica crônica (BRASIL, 2012b), conhecida como Síndrome de Korsakoff que é caracterizada pela presença de confabulação, alucinações e amnésia anterógrada (SILVA; ENES, 2013) Cabe ressaltar que a Síndrome de Wernicke-Korsakoff, combinação das complicações citadas acima, sem tratamento adequado, pode evoluir para estupor, coma e óbito (SILVA; ENES, 2013).

2.1.3 Tabaco

O tabaco é um produto agrícola produzido a partir das plantas do gênero *Nicotiana*. O cigarro é a forma mais prevalente de consumo do tabaco (DIEHL et al, 2011) e estima-se que atualmente é a principal causas de morte passível de prevenção no mundo (DUARTE; FORMIGONI; 2017a). Os danos causados a saúde

estão associados principalmente a fumaça do cigarro que possui mais de quatro mil substâncias, sendo algumas cancerígenas e tóxicas para diversos órgãos do corpo (BRASIL, 2012b). Entre os principais problemas físicos desencadeados pelo tabaco estão doença cardiovascular aterosclerótica, câncer pulmonar e doença pulmonar obstrutiva crônica (BRASIL, 2012b; DUARTE; FORMIGONI, 2017a), câncer de boca, laringe, faringe, esôfago, bexiga, rins, pâncreas e colo de útero, enfisema, bronquite, infarto, arritmias cardíacas, infecções respiratórias, alergias, impotência e infertilidade (DUARTE; FORMIGONI, 2017a).

O principal componente aditivo do tabaco é a Nicotina, um estimulante leve que atua no sistema de recompensa cerebral e pode produzir dependência (DIEHL et al, 2011; BRASIL, 2012b; DUARTE; FORMIGONI, 2017a). Embora o primeiro uso do tabaco geralmente seja marcado por efeitos desagradáveis, esses efeitos diminuem rapidamente e os tabagistas, após desenvolvimento da tolerância, relatam que fumar gera prazer, relaxamento, melhora da atenção, redução da ansiedade, alívio do estresse e da fome.

Os sintomas da abstinência podem ser manifestados em apenas alguns meses de uso do tabaco e incluem irritabilidade, fissura, aumento da tosse, dor de cabeça, aumento do apetite, apatia, tristeza, insônia ou excesso de sono, ansiedade, dificuldade de concentração, inquietação, diminuição do batimento cardíaco, entre outros (DIEHL et al, 2011; BRASIL, 2012b; DUARTE; FORMIGONI, 2017a). O pico dos sintomas ocorre geralmente nos primeiros dias, podendo durar em média cerca de duas semanas até meses (BRASIL, 2012b).

Os fumantes, além da dependência física, também podem desenvolver dependência comportamental e psicológica (DIEHL et al, 2011; BRASIL, 2012b). A dependência comportamental está relacionada a associação dos efeitos prazerosos do tabaco com situações diárias, tornando esses eventos gatilhos para o uso, como, por exemplo, tomar café e acender um cigarro. A dependência psicológica refere-se aos papéis que o tabaco desempenha na vida do fumante, como companhia para a solidão, suporte em momentos de estresses. Essas dependências não tem duração pré-definida como a síndrome de abstinência, sendo assim, é importante que o tratamento modifique os pensamentos permissivos em relação ao tabaco e reorganize a rotina de modo a romper com essas associações (BRASIL, 2012b).

2.1.4 Maconha

O termo maconha refere-se aos brotos e as folhas ressecas e esverdeadas das *Cannabis*, gênero de plantas que produz a substâncias psicoativas tetra-hidrocanabinol (THC). Para obter-se os efeitos do THC, a maconha é picada ou esfarelar e enrolada em um papel de seda, formando cigarros, também conhecidos como *becks* ou baseados, para serem fumados (BRASIL, 2012b).

As *Cannabis* estão entre as plantas mais antigas cultivadas pelo homem e a maconha, dependendo da época, foi consumida para diversos fins. No ano de 1960, o uso recreacional da maconha expandiu-se progressivamente entre diversas camadas da população mundial, elevando os níveis de consumo até os dias atuais (DIEHL et al, 2011). De acordo com o II LENAD, realizado 2012, a maconha é a substância ilícita mais consumida no Brasil e quase 40% dos usuários adultos que a consomem são dependentes (LARANJEIRA, 2014).

Existem diversos fatores que influenciam nos efeitos da maconha no organismo, tais como a concentração de THC, ambiente de consumo, experiências individuais anteriores, entre outros fatores. Os principais efeitos da maconha são os euforizantes (sensação de relaxamento, risos imotivados, fala solta, aumento na percepção do tempo, das cores e dos sons), os físicos (taquicardia, boca seca, hipotermia, retardo psicomotor, tonturas, capacidade reduzida para execução de tarefas, aumento ou redução da acuidade visual, hipotensão ortostática, aumento do apetite, tosse e midríase) e os efeitos psíquicos (depressão, irritabilidade, alucinações, sonolência, ansiedade, prejuízo da tenacidade, do julgamento e da memória recente, lentificação, ataques de pânico e alucinações paranoides) (BRASIL, 2012b). Cabe salientar que o consumo também pode desencadear ou agravar quadros de natureza ansiosa ou psicótica, inclusive a esquizofrenia em indivíduos predispostos (DIEHL et al, 2011; BRASIL, 2012b).

Para a produção dos efeitos mínimos, é necessário o consumo de um baseado de maconha com cerca de 2 a 3 mg de THC. O pico de ação ocorre cerca de 30 minutos após o consumo de um baseado, porém os efeitos iniciam rapidamente (DUARTE; FORMIGONI, 2017a). Para a produção de quadros de intoxicação, é necessário o consumo de THC 1.000 vezes maior que a quantidade consumida usualmente (DUARTE; FORMIGONI, 2017a). Destaca-se que alguns

usuários podem exibir os sintomas e sinais de intoxicação por até 24 horas (BRASIL, 2012b).

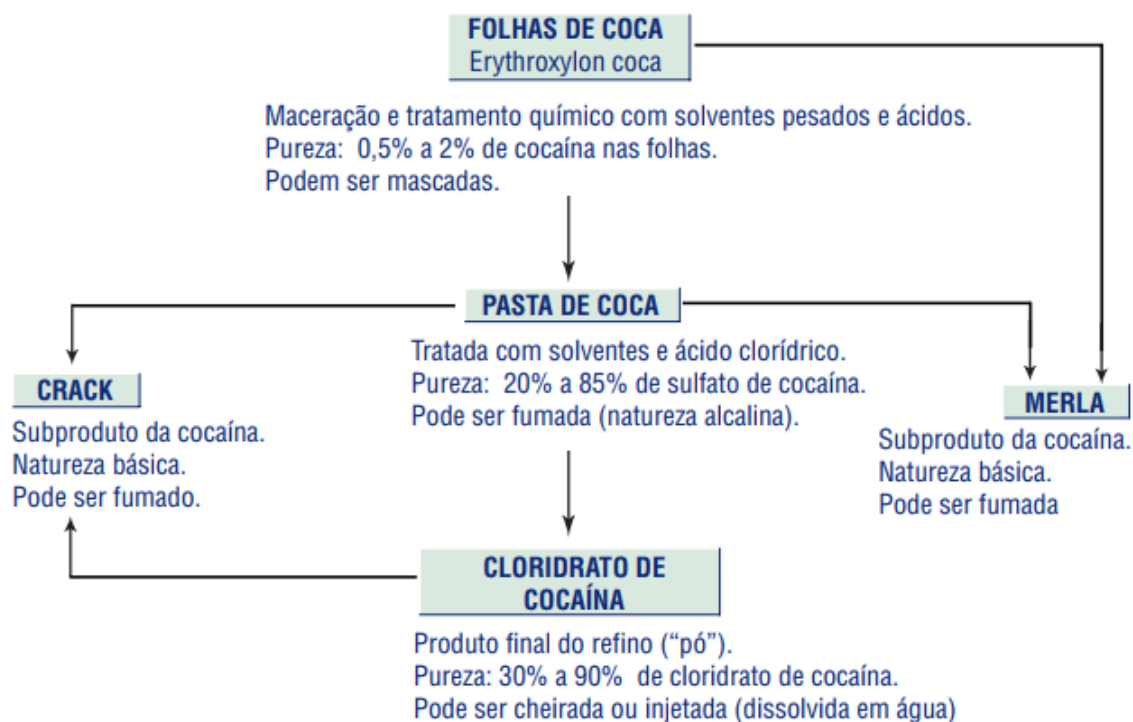
A extensão dos prejuízos relacionados ao consumo abusivo ou a dependência de maconha ainda são muito discutidos por profissionais da saúde e tem sido pouco estudados (DIEHL et al, 2011). Observa-se, no consumo regular e em longo prazo, déficits cognitivos importantes, prejuízos significativos da atenção, da memória e do aprendizado (BRASIL, 2012b; DUARTE; FORMIGONI, 2017a); asma, bronquite, hipertensão arterial, redução da testosterona, cânceres, ansiedade, depressão, síndrome amotivacional, pânico e paranoia e psicose (DUARTE; FORMIGONI, 2017a).

A síndrome de abstinência da maconha inicia 24 horas após o último uso e atinge o pico máximo em 2 a 3 dias (DIEHL et al, 2011). Geralmente é de baixa intensidade (DUARTE; FORMIGONI, 2017a) e compreende os seguintes sintomas: fraqueza, hipersônia, retardo psicomotor, ansiedade, inquietação, depressão, insônia (DIEHL et al, 2011), redução do apetite, fissura e irritabilidade (BRASIL, 2012b) .

2.1.5 Cocaína e Crack

O II LENAD, realizado em 2012, revelou que Brasil representa 20% do consumo de crack e cocaína mundial (LARANJEIRA, 2014). A cocaína é uma substância psicoativa estimulante extraída da planta *Erythroxylon coca* (DIEHL et al, 2011). Quando refinada, as folhas de coca podem criar diversos subprodutos (Figura 3).

Figura 3 - Processo de refinamento da cocaína e alguns de seus subprodutos



Fonte: ROMANO, RIBEIRO, MARQUES (2002, p. 4).

O início, a intensidade e a duração dos efeitos do consumo da cocaína são diferentes conforme a via de administração e da apresentação do produto. Destaca-se que quanto maior a demora o início dos sintomas, maior a duração do efeito e menor o potencial abusivo da substância (NIDA, 2016a; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2012). O crack, subproduto conhecido como pedra entre os usuários, quando inalado, apresenta início de ação entre 8 a 10 segundos e duração máxima dos efeitos entre 5 a 10 minutos (RIBEIRO; LARANJEIRA, 2012). Geralmente, a curta duração dos efeitos faz com que os usuários de crack consumam doses repetitivas para manterem-se intoxicados e desenvolvam dependência a curto prazo (BRASIL, 2012b; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2012).

Os sintomas frequentemente observados após o consumo agudo de crack ou cocaína são o aumento do estado de vigília e da sensação, sensação de bem estar e autoconfiança, euforia, aceleração do pensamento, inquietação psicomotora (BRASIL, 2012b; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2012), aumento da libido e do prazer sexual (RIBEIRO; LARANJEIRA, 2012), aumento da frequência cardíaca, respiratória e da temperatura corporal; sudorese, tremor leve de extremidades, contrações musculares involuntárias, entre outros (BRASIL, 2012b; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2012). Quando o efeito agudo do consumo de crack e cocaína

cessam, os indivíduos experimentam um aumento dos comportamentos impulsivos e violentos (DIEHL et al, 2011), associados a fadiga intensa, irritabilidade e disforia (RIBEIRO; LARANJEIRA, 2012). Cabe salientar que os indivíduos procuram atendimento após o consumo intenso principalmente quando existe a presença de quadros agudos de pânico, sintomas psicóticos e humor deprimido (BRASIL, 2012b).

A overdose por cocaína pode ser desencadeada por diversas complicações médicas (taquicardia, arritmia, insuficiência cardíaca, isquemia, infarto agudo do miocárdio, fibrilação ventricular, acidente vascular encefálico, crises convulsivas, dispneia, falência respiratória, asfixia, hipertermia e insuficiência renal aguda) associadas à intoxicação aguda (RIBEIRO; LARANJEIRA, 2012). Comumente, os dependentes de crack ou cocaína também apresentam o uso problemático de outra substância psicoativa (DIEHL et al, 2011). Essa combinação pode ser potencialmente perigosa e fatal, principalmente quando o uso é intenso em pouco tempo (NIDA, 2016a).

O consumo crônico pode desencadear prejuízos cognitivos (DUARTE; FORMIGONI, 2017a) e físicos em diversos órgãos do corpo (NIDA, 2016a). A síndrome de abstinência da cocaína é descrita como trifásica. Entretanto, as fases podem não ser vistas no período de hospitalização dos usuários tendo em vista que são influenciadas por fatores ambientes (RIBEIRO; LARANJEIRA, 2012). Na primeira fase, conhecida por *crush*, os indivíduos apresentam drástica redução da energia associada à depressão, ansiedade, anorexia, fissura intensa, hipersônia e ingestão de grandes quantidades de alimento. A duração dessa fase pode estender-se até quatro dias e instala-se cerca de 15 a 10 minutos após o consumo (BRASIL, 2012b). A segunda fase, denominada como síndrome disfória tardia, pode durar de duas a 12 semanas. Nessa fase, os indivíduos ficam suscetíveis a lapsos e recaídos frequentes. Os principais sintomas descritos pelos usuários são os problemas de memória, a fissura intensa, a anedonia, a disforia e a sonolência (BRASIL, 2012b). A terceira fase, ou fase de extinção, tem duração indefinida e é marcada pela diminuição dos sintomas disfóricos e dos episódios de fissura (RIBEIRO; LARANJEIRA, 2012).

2.1.6 Benzodiazepínicos

Os benzodiazepínicos (BZDs) são fármacos com propriedades sedativas, hipnóticas, ansiolíticas, anticonvulsivantes e relaxantes musculares (DIEHL et al, 2011; BRASIL, 2012b). Geralmente, são indicadas para o tratamento de inúmeros transtornos mentais (ansiedade generalizada, fobia social, transtorno do pânico e transtornos do sono) (DIEHL et al, 2011), de epilepsia e de abstinência alcoólica (BRASIL, 2012b). Atualmente, estão entre os fármacos mais prescritos no mundo (DIEHL et al, 2011). No Brasil, o consumo de BZDs aumentou 3,85% entre os anos de 2005 a 2012, conforme o II LENAD, realizado em 2012. Destaca-se que no mesmo levantamento, foram consideradas as substâncias psicoativas mais consumidas entre a população adulta nos últimos 12 meses que antecederam a pesquisa (LARANJEIRA, 2014).

Tendo em vista o seu potencial efeito depressor do SNC, os BZDs não podem ser consumidos com outros fármacos que causem o mesmo efeito, em virtude do risco de morte. Apesar dos efeitos positivos, os BZDs são substâncias de potencial abusivo e seu uso prolongado, mesmo nas doses prescritas, pode ocasionar dependência física e tolerância em um curto espaço de tempo, além do surgimento de sintomas de síndrome de abstinência (DIEHL et al, 2011; BRASIL, 2012b). Destaca-se que a escolha e prescrição dos BZDs devem ser realizadas de forma cautelosa, uma vez que quanto menor o tempo de meia vida do BZDs no organismo, maior o potencial abusivo da substância (DUARTE; FORMIGONI, 2017a). Além disso, é importante levar em consideração os efeitos colaterais – sonolência, tontura, zumbido, perda do equilíbrio, agressividade, desinibição, embotamento afetivo, amnésia retrógrada, piora da coordenação motora fina, quedas e fraturas – desses fármacos (DIEHL et al, 2011, BRASIL, 2012b).

Os sintomas de abstinência de BZDs são semelhantes aos da abstinência alcoólica, entretanto a intensidade, a gravidade e a duração são diferentes e variam conforme tipo, dose, tempo de uso do fármaco e os fatores individuais (BRASIL, 2012b). Cerca de 12 a 24 horas após a cessação do fármaco, os usuários apresentaram os primeiros sintomas de abstinência (BRASIL, 2012b) que podem durar de 10 dias (DIEHL et al, 2011) à meses nas abstinências leves (BRASIL, 2012b). Os indivíduos frequentemente apresentam tremores, sudorese, náusea, vômitos, cefaleia, dores musculares, irritabilidade, insônia, agitação, pesadelo,

disforia, despersonalização/desrealização, prejuízo da memória, convulsões, delírium e alucinações durante o período de abstinência (QUEVEDO; CARVALHO, 2014).

Segundo Diehl et al (2011), a intoxicação por BZDs é rara e os sintomas predominante são característicos da depressão do SNC – sonolência, intenso relaxamento muscular, diminuição de reflexos e confusão mental. Destaca-se que a maioria dos óbitos relacionados ao consumo de BZDs está associada ao consumo concomitante de outros depressores do SNC, como álcool e antidepressivos (DIEHL et al, 2011; QUEVEDO; CARVALHO, 2014).

2.1.7 Anfetaminas

As anfetaminas são substâncias estimuladoras do SNC capazes de causar euforia, agitação psicomotora, aumento do estado de alerta, do desempenho físico, da iniciativa, autoconfiança e concentração; diminuição da sensação de fadiga e do efeito depressor de outras substâncias, inibição do apetite e do sono, alteração do humor, pensamento acelerado, taquilália, aumento da pressão arterial, taquicardia, midríase, entre outros sintomas (DIEHL et al, 2011; BRASIL, 2012b). Originalmente, o uso terapêutico das anfetaminas era destinado ao tratamento da asma, de casos de hipotensão durante procedimento anestésico e da congestão nasal. Entretanto, após a descoberta de alguns efeitos das anfetaminas, o uso estendeu-se ao tratamento dos casos de narcolepsia, de transtornos de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e da obesidade (DIEHL et al, 2011; BRASIL, 2012b).

Comumente, os sintomas produzidos pelas anfetaminas são limitados pelo tempo de ação, entretanto, no consumo crônico, a substância acaba sendo utilizada para amenizar os sintomas de abstinência (BRASIL, 2012b). O consumo sem prescrição das anfetaminas, por muito tempo, foi restrito aos motoristas de caminhão e as pessoas que desejavam perder peso (DUARTE; FORMIGONI, 2017a). Contudo, nas últimas décadas, com o desenvolvimento de novas substâncias sintetizadas a partir das anfetaminas, o uso recreacional expandiu-se (DIEHL et al, 2011).

As metanfetaminas, conhecidas também como "balas", são as mais potentes das substâncias anfetamínicas. Os efeitos após a administração aguda são semelhantes às demais anfetaminas, porém os efeitos alucinógenos e entactógenos

(aumento da autoestima, desenvolvimento de maior empatia e sensação de proximidade e intimidade com outros indivíduos) foram potencializados durante a sintetização para o uso recreacional (DIEHL et al, 2011).

O consumo crônico e a administração aguda das anfetaminas aumenta o risco de eventos cardiovasculares e do desenvolvimento de quadros psicóticos prolongado, inclusive esquizofrenia, principalmente em pessoas predispostas a tais eventos (BRASIL, 2012b; DIEHL et al, 2011). Além desses riscos, destacam-se também os efeitos neurotóxicos que podem ocasionar a perda progressiva das funções cognitivas; o prejuízo da memória e da atenção, o surgimento de disfunção sexual (DUARTE; FORMIGONI, 2017a; DIEHL et al, 2011; BRASIL, 2012b) e a desnutrição (BRASIL, 2012b).

Na intoxicação por anfetaminas, os sintomas observados são a cefaleia, agitação psicomotora, confusão mental, alucinações paranoides, delírios, crises de pânico, agressividade, delírios, tremores, hipertermia, hipertensão grave, convulsão, colapso cardiovascular, edema pulmonar e trauma. Além disso, também pode ocorrer tendência suicida e homicida (DIEHL et al, 2011). Cabe salientar que, dependendo da dose, os indivíduos podem correr importante risco de morte, necessitando de atendimento médico imediato (BRASIL, 2012b).

Os indivíduos apresentam sintomas contrários aos efeitos da substância no organismo quando tentam abandonar o consumo crônico de anfetaminas (BRASIL, 2012b). Antes de sentir os sinais e sintomas específicos da síndrome de abstinência, os indivíduos experimentam a fase chamada *crash*. Essa fase inicia logo após a cessação do consumo e é caracterizada por uma cascata de sintomas. Inicialmente os indivíduos manifestam depressão, seguida de ansiedade, agitação e fissura intensa. Comumente, esses sintomas são vencidos pela fadiga, a depressão, a perda pelo interesse em consumir a substância e sonolência (DIEHL et al, 2011). Se não for retomado o consumo após essa fase, os usuários crônicos manifestam depressão, fissura intensa, pesadelos, redução da energia e ansiedade, sintomas característicos da síndrome de abstinência (DIEHL et al, 2011; BRASIL, 2012b). Destaca-se que a fase de *crash* e os sintomas da síndrome de abstinência tende a desaparecer em poucos dias, exceto a fadiga e a depressão que podem persistir durante vários meses (DIEHL et al, 2011).

2.1.8 Principais psicofármacos utilizados no tratamento dos transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas

A psicofarmacologia é considerada um pilar importante no tratamento das adições e tem como objetivo o alívio dos sintomas da abstinência, a extinção da fissura, a redução parcial ou total do desejo e do comportamento de busca pelas substâncias e o tratamento das comorbidades psiquiátricas. Entende-se que a ausência de desconforto físico ou mental proporcionado pela terapia medicamentosa, auxilia no engajamento dos usuários em intervenções psicossociais que buscam auxiliar na resolução dos conflitos internos e externos (RIBEIRO; LARANJEIRA, 2012).

Os BZDs pertencem à classe de psicofármacos ansiolíticos e têm propriedades sedativas, hipnóticas, ansiolíticas, anticonvulsivantes e de relaxamento muscular (DIEHL et al, 2011; BRASIL, 2012b). São utilizados principalmente para o tratamento da SAA (GIGLIOTTI, 2010; DIEHL et al, 2011; BRASIL, 2012b) , porém podem ser utilizados também no alívio dos sintomas de natureza ansiosa ou psicótica decorrentes da intoxicação e abstinência de outras drogas como cocaína, crack (GIGLIOTTI, 2010), maconha (DIEHL et al, 2011) e anfetaminas (BRASIL, 2012b). Os principais efeitos colaterais associados ao uso de BZDs são ataxia, sedação, sonolência, confusão mental, tolerância, embotamento afetivo, perda do equilíbrio, tontura, zumbidos, amnésia anterógrada, agitação, desinibição e agressividade (DIEHL et al, 2011; TOWNSEND, 2013). Entre os principais representantes estão os fármacos Alprazolam, Clordiazepóxido, Diazepam, Lorazepam, Clonazepam e Midazolam (TOWNSEND, 2013). Cabe ressaltar que os BZDs tem alto potencial para gerar dependência, sendo necessária a redução gradual da medicação nesses casos (DIEHL et al, 2011).

O Dissulfiram, também comercializado como antietanol, age no metabolismo hepático do álcool, causando o “efeito antabuse”, caracterizado por rubor facial, cefaleia, taquipnéia, pré-cordialgia, náusea, vômitos, sudorese e cansaço. Dependendo da quantidade ingerida, a reação pode progredir e o indivíduo pode apresentar visão turva, confusão mental, vertigem, hipotensão, rebaixamento do nível de consciência e em casos mais graves, coma e morte. Por isso, é importante que os usuários em tratamento com uso de Dissulfiram tenha conhecimento de seus riscos (DIEHL et al, 2011). Estudos observaram que a adesão ao Dissulfiram foi

preditor para melhores taxas de abstinência alcoólica (CORDIOLI; GALLOIS; ISOLAN, 2015) e extinção do comportamento de busca em usuários de crack (RIBEIRO; LARANJEIRA, 2012). Os efeitos colaterais mais comuns associados ao uso são letargia, tontura, alteração no nível de consciência, pré-cordialgia, rubor facial, sudorese, sonolência, taquipnéia, vômitos (CORDIOLI; GALLOIS; ISOLAN, 2015), gosto metálico e mal estar gastrointestinal (DIEHL et al, 2011). Outros fármacos vêm sendo estudados como coadjuvantes das intervenções psicossociais no tratamento da SAA e da dependência (DIEHL et al, 2011), entretanto, não são utilizadas no local do estudo.

Os antipsicóticos são indicados para o tratamento da esquizofrenia, psicoses agudas e agitação psicomotora (TOWNSEND, 2013). Os fármacos dessa classe podem ser divididos em atípicos e típicos. Os típicos atuam no efeito dos chamados sintomas positivos (alucinações, delírios) e tem como principais representantes os fármacos Haloperidol e Clorpromazina. Os atípicos atuam nos sintomas negativos (apatia, isolamento social, empobrecimento afetivo, dificuldade na fala, indiferença emocional) e são representados pelos fármacos Clozapina, Olanzapina, Quetiapina e Risperidona (TOWNSEND, 2013). Os principais efeitos colaterais do uso dos antipsicóticos são a sedação, visão turva, boca seca, constipação intestinal, retenção urinária, náusea, hipotensão ortostática, fotossensibilidade, diminuição da libido, ganho de peso, agranulocitose e sintomas extrapiramidais (discinesia tardia, acinesia, acatisia, pseudoparkinsonismo, distonia) (TOWNSEND, 2013). Alguns antipsicóticos foram testados e tiveram eficácia no tratamento dos transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas. O Haloperidol está associado com o alívio dos sintomas de natureza psicótica decorrentes da intoxicação e abstinência de crack e cocaína (GIGLIOTTI, 2010; BRASIL, 2012b) e podem melhorar casos de alucinação alcoólica (BRASIL, 2012b). Alguns estudos observaram que a Risperidona pode melhorar a adesão e diminuir a fissura pelo uso de cocaína e crack e que os antipsicóticos atípicos podem auxiliar na redução do consumo de maconha (GIGLIOTTI, 2010).

Os antidepressivos são indicados para o tratamento da depressão maior, distímia, depressão associada a outras doenças e transtorno afetivo bipolar. Tem como principais efeitos colaterais a sedação, boca seca, visão turva, hipotensão ortostática, fotossensibilidade, disritmias, retenção urinária, constipação intestinal, insônia, agitação, cefaleia, perda ou ganho de peso, disfunção sexual e crises

hipertensivas. O efeito terapêutico dos antidepressivos inicia entre 4 a 6 semanas de uso continuado (TOWNSEND, 2013). Os fármacos são classificados conforme o mecanismo de ação, sendo os mais conhecidos os inibidores da monoaminoxidase, os tricíclicos e os inibidores seletivos da recaptção de serotonina. Entre os representantes dos antidepressivos estão os fármacos Amitriptilina, Nortriptilina, Sertralina, Fluoxetina, Citalopram, Bupropiona, Venlafaxina, Escitalopram, Paroxetina, entre outros (TOWNSEND, 2013).

Alguns antidepressivos foram submetidos a estudo e tiveram eficácia no tratamento dos transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas. A Bupropiona tem efeito conhecido no tratamento de cessação do tabagismo, dobrando as chances dos indivíduos pararem de fumar se combinado com a terapia de reposição de nicotina (BRASIL, 2012b). A Nortriptilina é considerada intervenção de segunda linha para o tabagismo, sendo indicada apenas quando não há bons resultados com o uso de Bupropiona (GIGLIOTTI, 2010). A Fluoxetina se mostrou eficaz na redução dos sintomas depressivos associados ao consumo de álcool ao tratamento de depressão maior em pacientes alcoolistas (DIEHL et al, 2011).

Os estabilizadores de humor são a classe de fármacos utilizados para a manutenção da estabilidade do humor, principalmente no tratamento do transtorno afetivo bipolar (TOWNSEND, 2013). Alguns fármacos são capazes de desempenhar esse papel: Carbonato de Lítio, Ácido Valpróico/Valproato, Carbamazepina, Lamotrigina, Gabapentina e Topiramato. Entre os principais efeitos colaterais estão a sonolência, tonturas, cefaleia, boca seca, desconfortos gastrointestinais, náusea, vômitos, tremores finos das mãos, ganho de peso, entre outros (TOWNSEND, 2013). É importante o controle do nível sérico dos estabilizadores devido ao estreitamento entre a dosagem terapêutica e a de toxicidade e a observação dos principais sintomas que evidenciam a toxicidade (a visão turva, vômito e diarreia, ataxia, zumbido nos ouvidos, poliúria, confusão mental e tremores de intensidade crescente) (TOWNSEND, 2013).

Os estimulantes do SNC são indicados para o tratamento da obesidade, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade e narcolepsia e tem como principais efeitos a diminuição da sensação de fadiga, melhora do humor e aumento da atividade motora (TOWNSEND, 2013). Os principais efeitos colaterais do uso dessa classe a estimulação excessiva, inquietação, confusão mental, insônia, palpitação, taquicardia, anorexia e perda de peso, tolerância, dependência física e psicológica.

Entre os principais representantes dessa classe se encontram o Metilfenidato e as Metanfetaminas (TOWNSEND, 2013).

Até o momento, não há evidência clínica suficiente para o uso eficaz de fármacos do grupo de estabilizadores do humor ou estimulantes do SNC para proporcionar alívio dos sintomas de abstinência, tampouco para atuar sobre o comportamento de busca da substância (GIGLIOTTI, 2010). Cabe ressaltar que o uso dos fármacos com efeitos clínicos decorrentes do uso continuados para tratamento das comorbidades são indicados apenas em caso de persistência dos transtornos, com duração superior ao período de intoxicação e desintoxicação (DIEHL et al, 2011).

2.2 Quedas

Segundo a OMS, a queda é definida como um evento adverso no qual um indivíduo “inadvertidamente vai ao solo, chão ou níveis inferiores, excluindo mudança intencional da posição para repouso na mobília, paredes ou outros objetos” (WHO, 2007, p. 1). A queda é considerada um evento multicausal, relacionado a fatores intrínsecos ou extrínsecos ao paciente (REBRAENSP, 2013). O grau de atividade, segundo a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (2008), também pode ser relacionado ao risco de queda, seja pela atividade intensa ou pela inatividade do paciente. Alguns estudos relacionam ainda o processo de trabalho como um fator contribuinte para a queda. Entende-se que a falta de conhecimento ou sensibilização dos profissionais pode contribuir para disseminação do evento (PASA, 2014).

Os pacientes hospitalizados tem maior risco de queda tendo em vista a vulnerabilidade apresentada no momento (PASA, 2014). Além dos danos físicos e psicológicos acarretados pela queda ao paciente, o evento pode gerar insatisfação e descrença com a assistência prestada pelos profissionais de enfermagem, o aumento nos custos assistenciais e implicações éticas e legais para as instituições, gestores e profissionais de saúde (PRATES et al, 2014; BRASIL, 2017).

Decorrente da necessidade de promover uma assistência de qualidade e diminuir os riscos associados às quedas surge a necessidade de identificar pacientes com risco de queda, considerando que, antecipar o evento é o aspecto mais importante da prevenção de quedas (MORSE, 2009). Na literatura é possível

encontrar diversas escalas para quantificar e qualificar o risco de queda, entretanto, nenhuma específica para pacientes usuários de álcool e outras drogas. Na unidade elencada para o estudo, são utilizadas atualmente a *Morse Fall Scale*, escala padrão na instituição do estudo para avaliação dos pacientes adultos internados quanto ao risco de quedas, e o teste *Time Up and Go* (TUG) a fim de transcender as dificuldades encontradas pelos enfermeiros na avaliação e prescrição de cuidados.

A *Morse Fall Scale* é composta por seis critérios para avaliação do risco de quedas: História de quedas, diagnósticos secundário, auxílio na deambulação, terapia endovenosa/dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado, marcha e estado mental. Cada critério avaliado pelos profissionais pode receber uma pontuação que varia de zero a 30, totalizando um escore, cuja classificação é definida como risco baixo (0-24), risco médio (25-44) e risco alto (≥ 45) (URBANETTO et al, 2014). No quadro 1, são apresentados as definições operacionais e a pontuação de cada critério da escala.

Quadro 1 – Definições operacionais de cada critério da *Morse Fall Scale*

Item e pontuação	Definição Operacional
1. Histórico de Quedas	
Não – 0 pontos	Se o paciente não tem história de quedas nos últimos três meses.
Sim - 25 pontos	Se o paciente caiu durante o período da internação hospitalar ou se tem histórico recente (até três meses) de quedas por causas fisiológicas, tais como convulsões ou marcha comprometida antes da admissão hospitalar.
2. Diagnóstico Secundário	
Não – 0 pontos	Se no prontuário do paciente apresentar apenas um diagnóstico médico
Sim – 15 pontos	Se no prontuário do paciente apresentar mais de um diagnóstico médico.
3. Auxílio na deambulação	
Nenhum/Acamado/Auxiliado por profissional – 0 pontos	Se o paciente deambula sem equipamento auxiliar (muleta, bengala ou andador), ou se deambula com a ajuda de um membro da equipe de saúde, ou ainda se usa cadeira de rodas ou se está acamado e não sai da cama sozinho.
Muletas/Bengala/Andador – 15 pontos	Se o paciente utiliza muletas, bengala ou

Mobiliário/Parede – 30 pontos	andador. Se o paciente se movimenta apoiando-se no mobiliário/paredes
4. Terapia Endovenosa/Dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado	
Não – 0 pontos	Se o paciente não usa dispositivo endovenoso. Nota: quando o paciente usa dispositivo totalmente implantado, considera-se pontuação zero, quando não estiver em uso.
Sim – 20 pontos	Se o paciente usa dispositivo endovenoso com infusão contínua ou não (salinizado ou heparinizado).
5. Marcha	
Normal/Sem deambulação, acamado, cadeira de Rodas – 0 pontos	Uma marcha normal é caracterizada pelo andar de cabeça ereta, braços balançando livremente ao lado do corpo e passos largos, sem hesitação. Também recebe a mesma pontuação se o paciente está acamado e/ou usa cadeira de rodas (sem deambulação).
Fraca – 10 pontos	Os passos são curtos e podem ser vacilantes. Quando a marcha é fraca, embora o paciente incline-se para frente enquanto caminha, é capaz de levantar a cabeça sem perder o equilíbrio. Além disso, caso ele faça uso de algum mobiliário como apoio, este apoio se dá de maneira leve somente para se sentir seguro, não para se manter ereto.
Comprometida/Cambaleante – 20 pontos	O paciente dá passos curtos e vacilantes e pode ter dificuldade de levantar da cadeira, necessidade de se apoiar nos braços da cadeira para levantar e/ou impulsionar o corpo (faz várias tentativas para se levantar impulsionando o corpo). Com esse tipo de marcha, a cabeça do paciente fica abaixada e ele olha para o chão. Devido à falta de equilíbrio, o paciente agarra-se ao mobiliário, a uma pessoa ou utiliza algum equipamento de auxílio à marcha (muletas, bengalas, andadores) para se segurar e não consegue caminhar sem essa ajuda. Quando

	ajuda estes pacientes a caminhar, o membro da equipe de saúde nota que o paciente realmente se apoia nele e que, quando o paciente se apoia em um corrimão ou mobília, ele o faz com força até que as articulações de seus dedos das mãos fiquem brancas.
6. Estado Mental	
Orientado/capaz quanto a sua capacidade/limitação – 0 pontos	Ao perguntar ao paciente “Você é capaz de ir ao banheiro sozinho ou precisa de ajuda?” verifique se a resposta é consistente com as informações constantes no prontuário e/ou com sua avaliação. Em caso positivo, o paciente é classificado como capaz.
Superestima capacidade/Esquece limitações – 15 pontos	Ao perguntar ao paciente “Você é capaz de ir ao banheiro sozinho ou precisa de ajuda?” verifique se a resposta não é consistente com as informações do prontuário e/ou com sua avaliação ou se a avaliação do paciente é irreal. Se isto acontecer, este paciente está superestimando suas habilidades e esquecendo suas limitações.

Fonte: URBANETTO et al (2014, p. 572).

Os pacientes devem ser reavaliados semanalmente, quando houver mudança de unidade de atendimento, queda e/ou mudança no estado de saúde (MORSE, 2009).

Em outro momento, já foi testado na Unidade de Adição à utilização da avaliação de risco por critério medicamentoso associado a Morse Fall Scale. A avaliação de risco por critério medicamentoso foi elaborada a partir do artigo “*Use of psychotropics and the risk of falls in hospitalized psychiatric patients*”, de SANO et al (2013), e trata-se de um carimbo que contém três questionamentos sobre como está o uso atual de psicofármacos do paciente: uso de diazepam 15 mg em uma única dose e/ou uso de clorpromazina 600 mg em uma única dose e/ou prescrição de cinco ou mais psicofármacos. Caso o paciente apresente um desses critérios, já é considerado com risco de quedas, independente do score prévio na *Morse Fall Scale*. Na figura 4, estão listados os psicofármacos que podem ser prescritos e ponderados na aplicação da escala.

Figura 4 –Lista de psicofármacos para avaliação de risco por critério medicamento

Estabilizadores do Humor/Anticonvulsivantes		Antidepressivos	Antipsicóticos	Antiparkinsonianos
Ácido valpróico		Amitriptilina	Amisulpirida	Biperideno
Carbamazepina		Bupropiona	Clozapina	Triexifenidil
Carbonato de Lítio		Fluoxetina	Aripirazol	Amantadina
Fenobarbital		Sertralina	Risperidona	
Fenitoína		Citalopram	Olanzapina	Anti-Histamínicos/Sedativos
Lamotrigina		Clomipramina	Quetiapina	Ciproptadina
Oxcarbazepina		Escitalopram	Clorpromazina	Hidroxizina
Topiramato		Imipramina	Levomepromazina	Prometazina
		Mirtazapina	Haloperidol	
Ansiolíticos/Hipnóticos		Nortriptilina	Sulpirida	
Alprazolam	Estazolam	Paroxetina	Pimozida	
Bromazepam	Nitrazepam	Trazodona	Trifluoperazina	
Clonazepam	Nitrazepam	Venlafaxina	Ziprazidona	
Diazepam	Flurazepam	Reboxetina	Zuclopentixol	
Lorazepam	Flunitrazepam	Duloxetina	Droperidol	
Midazolam	Zopiclona	Fluvoxamina	Flufenazina	
Zolpidem	Buspirona	Mianserina	Periciazina	
Hidrato de Cloral	Clobazam	Tranilcipromina	Pipotiazina	
Triazolam	Oxazepam		Tioridazina	
	Clorazepato			
	Clordiazepóxido			
	Clozazolam			

Fonte: SATO et al (2013).

O teste TUG trata-se avalia o nível de mobilidade funcional de pacientes de forma rápida e prática e consiste em mensurar o tempo gasto por um individuo para levantar da cadeira, andar uma distância de 3 metros, dar a volta, retornar a cadeira e sentar novamente (WOELLNER; ARAÚJO; MARTINS, 2014).Atualmente, o teste TUG é utilizado de maneira complementar a *Morse Fall Scale* e apenas o critério do tempo é utilizado para avaliação do risco de quedas na Unidade de Adição. O cronômetro para marcação do tempo deve ser disparado no momento em que o paciente iniciar o processo de levantar-se na cadeira e interrompido assim que o paciente encostar as costas no encosto da cadeira quando retorno do percurso. Para ser avaliado como baixo risco, o paciente deve completar o percurso em menos de 20 segundos; entre 20 a 29 segundos, o risco é considerado médio e acima de 30 segundos, é considerado alto (GUIMARÃES et al, 2004). O teste deve ser realizado sempre que um paciente for liberado para participação das atividades do programa de tratamento, conforme mudança no estado de saúde, queda e/ou semanalmente quando o tempo de teste for acima de 20 segundos.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Caracterizar as quedas sofridas, entre março de 2012 e dezembro de 2017, por pacientes usuários de álcool e outras drogas internados na Unidade de Adição do HCPA.

3.2 Específicos

- a) Caracterizar o perfil clínico e sociodemográfico dos pacientes usuários de álcool e outras drogas que sofreram queda durante o período de internação na Unidade de Adição do HCPA.
- b) Identificar possíveis fatores de risco para queda em pacientes usuários de álcool e outras drogas internados na Unidade de Adição do HCPA.

4 METODOLOGIA

A seguir apresenta-se o caminho metodológico realizado para alcançar os objetivos da pesquisa.

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa, do tipo observacional, descritiva, retrospectiva. Em relação à abordagem da pesquisa quantitativa, Fonseca (2002) refere que os resultados dessa abordagem recorrem à linguagem matemática para descrever as causas de um fenômeno e as relações entre as variáveis, podendo ser considerados como se constituíssem um retrato real da população alvo.

No método observacional, de acordo com Gil (2008, p.16), os pesquisadores apenas observam algo que acontece ou já aconteceu, sem controlar variáveis. Quanto aos estudos descritivos, Franco (2011, p. 166) afirma que:

Os estudos descritivos descrevem os padrões de ocorrência de doenças, ou de agravos à saúde, em uma população, de acordo com certas características, particularmente em relação à pessoa, ao lugar e ao tempo. [...] O conhecimento da ocorrência das doenças em uma população, em seus diferentes grupos, ao longo do tempo, capacita os responsáveis pela saúde a agirem adequadamente e a estabelecerem programas de saúde com definição de prioridades, bem como para avaliação dos resultados de medidas adotadas. [...] Permitem a verificação de associações estatísticas que conduzem à formulação de hipóteses referentes a fatores ou causas das doenças, que podem ser testadas, subsequentemente, com estudos analíticos específicos.

4.2 Campo de estudo

O estudo foi realizado na Unidade de Adição, localizada na Unidade Álvaro Alvim do HCPA. A Unidade de Adição foi inaugurada em março de 2012 em uma parceria entre o HCPA e a Secretária Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), posteriormente à criação do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas que estimula ações visando ampliar a rede de assistência ao usuário de substâncias psicoativas em todo o país (BRASIL, 2010).

A Unidade de Adição possui 22 leitos masculinos para usuários de álcool e outras drogas com idade superior a 18 anos, sendo dois leitos para pacientes particulares e 20 para pacientes oriundos da rede pública, em geral, de Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS AD) e de Prontos Atendimentos

em Saúde Mental do município de Porto Alegre. A internação, de caráter voluntário e em regime fechado, dispõe de uma equipe multiprofissional, composta por médicos psiquiatras, enfermeiros, técnicos de enfermagem, terapeuta ocupacional, educador físico, psicóloga, assistente social, nutricionista, farmacêutica, técnicos administrativos, profissionais de higienização e seguranças que busca promover o cuidado integral dos usuários.

O programa de tratamento para dependência química empregado na Unidade de Adição foi desenvolvido por essa equipe multiprofissional juntamente com os próprios pacientes e, desde a inauguração do serviço, tem sido constantemente reformulado com o intuito de promover uma melhor adesão dos pacientes internados. A motivação para a mudança, a prevenção da recaída, a psicoeducação, o manejo da fissura e a administração do ócio são os pilares norteadores do tratamento.

As atividades do programa estão estruturadas em três etapas. Os primeiros dias de internação, considerados como a etapa um, tem como objetivo avaliar a motivação para o tratamento, diagnosticar comorbidades clínicas e psiquiátricas e realizar o manejo da síndrome da abstinência e da fissura. A liberação para participar das atividades do programa de tratamento só ocorre após avaliação criteriosa da equipe assistente. Destaca-se que a avaliação do risco de queda nesse momento é fundamental tendo em vista que as atividades são externas ao leito e exigem deslocamento e capacidade funcional do paciente.

A partir da liberação para participar das atividades, o paciente evolui para a etapa dois. Nesta etapa, os pacientes são acolhidos e recebem um manual de orientação, com as regras básicas de convivência e a descrição do programa. Além deste, os pacientes também recebem um manual diário que oferece espaço para registro dos pensamentos, sentimento e comportamentos identificados pelo paciente diariamente e onde é possível pontuar a participação nas atividades de grupo, a realização das tarefas, o respeito às regras e o autocuidado. O registro da pontuação do manual diário é realizado pela equipe de enfermagem no final de cada turno e posteriormente pode ser revertida pelo paciente por meio de prêmios (telefonema, hora extra de vídeo game, atividade física extra, corte de cabelo, palavras cruzadas, visita extra e rádio com fone para uso no quarto). A evolução para a etapa três acontece no momento que o paciente inicia as atividades de prevenção de recaída, projeto de vida e preparação para a alta.

sofreram uma ou mais quedas durante sua hospitalização. Cabe salientar que os pacientes que apresentaram reinternações no local do estudo e que sofreram queda em mais de uma dessas internações foram sinalizados, porém computados como um novo paciente tendo em vista que apresentaram alterações em diversas variáveis selecionadas para o estudo. Pacientes que não permanecerem no mínimo 24 horas internados na unidade de adição foram excluídos da amostra do estudo.

Tendo em vista que o estudo tem com objetivo selecionar a totalidade de pacientes que sofreram queda no período determinado, não foi necessário realizar cálculo amostral para determinar o número de indivíduos que compuseram a amostra.

4.4 Coleta de dados

A coleta dos dados foi realizada de forma retrospectiva e operacionalizada em duas etapas. Na primeira etapa, as variáveis sociodemográficas, o número do prontuário e a ficha de notificação de quedas dos pacientes foram solicitados à instituição do estudo por meio de uma *query*. Na segunda etapa da coleta, as demais variáveis foram coletadas por meio de consulta ao prontuário eletrônico dos pacientes no dia anterior a queda, no dia da queda e na anamnese. Os dados coletados, em ambas as etapas, por meio de instrumento elaborado pela própria autora (APÊNDICE A) foram codificados e tabulados de forma eletrônica em uma planilha do *Microsoft Office Excel 2007* para, posteriormente, serem analisados.

Para alcançar os objetivos do estudo, as variáveis selecionadas foram: idade, escolaridade, profissão, estado civil, serviço de procedência, data da baixa e alta hospitalar, tempo de permanência, diagnóstico médico na baixa hospitalar, tipo de droga utilizada, idade de início do uso, padrão de uso, data do último uso; comorbidades clínicas e psiquiátricas, número de internações prévias, internação prévia na Unidade de Adição, presença de queda nas demais internações na Unidade de Adição, vínculo a serviço de saúde, data da queda, local da queda, profissional notificador, turno da queda, fatores desencadeantes da queda, tipo de queda, atividade desempenhada no momento da queda, consequência sofrida com a queda, presença de diagnóstico de enfermagem Risco de Quedas na última evolução de enfermagem registrada antes da queda, *Morse Fall Scale* na baixa hospitalar e na última evolução de enfermagem registrada antes da queda, alteração

no último exame do estado mental registrado antes da queda e psicofármacos prescritos como fixos 24 horas antes da queda e na data da queda.

4.5 Análise dos dados

A análise dos dados foi realizada com o auxílio do *software* estatístico *International Business Machines (IBM) SPSS Statistics* versão 22 após dupla checagem do banco de dados. As variáveis quantitativas foram descritas através da média e do desvio padrão. A frequência absoluta e a porcentagem foram empregadas para descrição das variáveis categóricas.

4.6 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi analisado e aprovado sob parecer nº 2.615.846 no dia 23 de Abril de 2018 pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HCPA (ANEXO A). Com intuito de evitar o risco de exposição das informações coletadas, todos os pesquisadores envolvidos no estudo assinaram o Termo de Compromisso para Utilização de Dados comprometendo-se preservar a privacidade, o anonimato e o uso exclusivo para esse projeto dos dados coletados em prontuários e bases de dados do HCPA.

Os participantes não tiveram benefício direto com a participação na pesquisa, entretanto contribuíram para o aumento dos conhecimentos sobre o assunto estudado e os resultados poderão contribuir para melhorar a assistência de qualidade aos futuros pacientes internados na Unidade de Adição. A fim de manter o sigilo e a privacidade dos participantes, os dados coletados não foram apresentados individualmente durante o estudo.

As diretrizes e normas estabelecidas na Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as normas para pesquisa com seres humanos, foram respeitadas ao longo de todas as etapas da pesquisa (BRASIL, 2012a). Cabe salientar que também foi respeitada a autenticidade das ideias, conceitos e definições dos autores pesquisados fazendo as devidas citações e referências conforme as orientações da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

5 ARTIGO

O artigo abaixo é resultante do projeto de pesquisa e será submetido a Revista Gaúcha de Enfermagem. As normas de submissão da Revista foram incluídas no final desse relatório (ANEXO B).

CARACTERIZAÇÃO DAS QUEDAS SOFRIDAS POR PACIENTES USUÁRIOS DE DROGAS INTERNADOS EM UMA UNIDADE DE ADIÇÃO

RESUMO

Objetivo: Caracterizar as quedas sofridas por pacientes usuários de drogas internados em uma Unidade de Adição. **Método:** Estudo descritivo realizado em um hospital geral, público e universitário do Sul do Brasil com pacientes masculinos usuários de drogas que sofreram quedas, entre março de 2012 a dezembro de 2017, durante internação na Unidade de Adição. Os dados foram coletados de forma retrospectiva por meio de busca no prontuário, sendo analisados no SPSS versão 22 através das estatísticas descritivas. **Resultados:** As 98 quedas ocorreram em média no 10º dia de internação, no período diurno, no quarto, da própria altura, durante deambulação, sem ocorrência de dano e em pacientes com risco moderado para quedas. **Conclusões:** As quedas foram influenciadas pelo perfil da unidade e pelo contexto de cuidado em constante mudança, exigindo um olhar diferenciado dos profissionais para implementação de mecanismos fidedignos de avaliação e prevenção para garantir uma assistência mais segura.

Palavras-chave: Acidente por Quedas. Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias. Centros de Tratamento de Abuso de Substâncias. Segurança do Paciente.

INTRODUÇÃO

A busca pela qualidade da assistência em saúde tem sido amplamente discutida por profissionais e gestores, principalmente em instituições hospitalares. Desde a divulgação do relatório "*To err is human: building a safer health care system*", em 1999, que aborda os custos sociais e econômicos dos eventos adversos na assistência à saúde, diversas iniciativas vêm sendo criadas para estimular a implementação de políticas e práticas institucionais destinadas a garantir uma assistência mais segura⁽¹⁾.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), reconhecendo a relevância dos eventos adversos na assistência a saúde, firmou uma parceria com a *Join Comission International* (JCI), braço internacional da principal agência de acreditação em saúde dos Estados Unidos para o desenvolvimento e disseminação de soluções para a segurança do paciente. Nessa perspectiva, foram elaboradas seis metas internacionais para segurança do paciente visando orientar boas práticas para a diminuição de riscos e eventos adversos nos serviços de saúde⁽¹⁾.

As quedas são responsáveis por dois em cada cinco eventos adversos em hospitais⁽²⁾, aumentando o tempo de internação e o custo do tratamento dos pacientes, além de agravar a condição de saúde, gerando graves consequências como fraturas e até mesmo o óbito⁽³⁾. Segundo OMS, a queda é definida como um evento adverso multicausal no qual um indivíduo inadvertidamente vai ao solo ou níveis inferiores, excluindo mudança intencional da posição para repouso na mobília, paredes ou outros objetos⁽³⁾. A cada ano, estima-se que 646.000 pessoas acabem indo a óbito decorrente de uma queda, tornando o evento a segunda causa de morte por acidentes involuntários no mundo⁽³⁾. Diante da dimensão do problema, foi incluída nas metas internacionais de segurança do paciente a meta número seis, que tem como objetivo reduzir o risco de lesões ao paciente decorrentes da queda⁽¹⁾.

Os leitos de saúde mental em hospital geral preconizados pela Reforma Psiquiátrica e pela Rede de Atenção Psicossocial, em substituição aos leitos em hospitais psiquiátricos,

foram construídos com o objetivo de superar o estigma e o cuidado fragmentado entre o corpo e mente construído histórica e socialmente⁽⁴⁾. Destinam-se ao atendimento de comorbidades clínicas decorrentes do uso de substâncias psicoativas, em especial ao manejo de abstinências e intoxicações graves, e de situações de crise em saúde mental⁽⁵⁾. Segundo o Relatório Brasileiro sobre Drogas, foram realizadas 135.585 internações hospitalares associadas a transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de drogas em todo o Brasil no ano de 2007⁽⁶⁾.

A Unidade de Adição, pertencente a um hospital público, geral e universitário, localizado no sul do Brasil, foi inaugurada em 2012 através de uma parceria com a Secretária Nacional de Políticas sobre Drogas, posteriormente à criação do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas que estimulava ações visando ampliar a rede de assistência ao usuário de substâncias psicoativas em todo o país⁽⁷⁾. A unidade dispõe de 20 leitos masculinos para internação de usuários de drogas com idade superior a 18 anos, oriundos da rede pública do município. A internação, de caráter voluntário, conta com uma equipe multiprofissional e com um programa de tratamento desenvolvido de forma que busque promover o cuidado integral aos usuários. O programa de tratamento dispõe de atividades de vida diárias, exercícios físicos, grupos terapêuticos e outras atividades que são externas ao leito, exigindo deslocamentos e capacidades funcionais dos pacientes. Tendo em vista os riscos clínicos e psiquiátricos envolvidos, tanto na síndrome de abstinência quanto durante o uso de drogas, é fundamental que seja realizado uma avaliação criteriosa do risco de quedas dos pacientes.

Com a busca da instituição hospitalar pela acreditação internacional da JCI e adequação a padrões internacionais de qualidade e segurança, a Equipe de Enfermagem vem problematizando a aplicabilidade das metas internacionais de segurança do paciente na Unidade de Adição. Após inúmeras discussões e práticas assistenciais, a equipe percebeu que

a escala disponível na instituição para avaliação do risco de quedas e os cuidados preconizados e disponibilizados no sistema informatizado de prescrição de enfermagem se mostravam pouco dinâmicas às características dos pacientes usuários de drogas em processo de desintoxicação, impedindo assim que pudessem usufruir das atividades do programa.

Diante do contexto apresentando, questiona-se: como se caracterizam as quedas sofridas pelos pacientes usuários de drogas na Unidade de Adição? Esse estudo justifica-se uma vez que existe uma lacuna na literatura científica que subsidie as práticas e relacione a promoção da assistência de qualidade e o risco de queda nessa população. Assim, o presente estudo tem como objetivo geral caracterizar as quedas sofridas por pacientes usuários de drogas internados em uma Unidade de Adição.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, realizado em uma Unidade de Adição de um Hospital público, geral e universitário, localizado no sul do Brasil. A população do estudo foi composta pelos pacientes usuários de drogas que internaram na unidade entre Março de 2012 a Dezembro de 2017, sendo incluídos na amostra os pacientes que sofreram uma ou mais quedas durante o período de internação. Os pacientes que apresentaram reinternações e que sofreram queda em mais de uma internação foram computados como um novo paciente, a cada internação, tendo em vista que sofreram alterações significativas em variáveis selecionadas no estudo. Foram excluídos da amostra os pacientes que não permaneceram no mínimo 24 horas internados. Não foi necessário realizar cálculo amostral, uma vez que o estudo tem como objetivo incluir a totalidade de pacientes que sofreram queda no período definido.

A coleta de dados foi realizada de forma retrospectiva e operacionalizada em duas etapas. Na primeira etapa, as variáveis número de prontuário, idade, data da notificação de

queda, data de internação e alta hospitalar, diagnóstico médico na alta hospitalar, tempo de permanência e tipo de alta foram solicitadas a instituição por meio de uma *query* e as fichas de notificação de quedas, a comissão de quedas da instituição. Na segunda etapa, as variáveis escolaridade, profissão, estado civil, serviço de procedência, tipo de droga utilizada, comorbidades clínicas e psiquiátricas, número de internações prévias, internação e queda prévia na Unidade de Adição, vínculo a serviço de saúde, local da queda, profissional notificador, turno da queda, fatores desencadeantes da queda, tipo de queda, atividade desempenhada no momento da queda, dano na queda, presença de diagnóstico de enfermagem risco de queda na última evolução de enfermagem registrada antes da queda, *Morse Fall Scale* na internação hospitalar e na última evolução de enfermagem registrada antes da queda, alteração no último exame do estado mental registrado antes da queda e medicamentos psicotrópicos prescritos como fixos 24 horas antes da queda e na data da queda foram coletas por meio de consulta ao prontuário eletrônico dos pacientes. As variáveis foram codificadas e tabuladas de forma eletrônica em um banco de dados no *Microsoft Office Excel* 2007. A análise estatística descritiva foi realizada com auxílio do *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 22.0.

Esse estudo é produto do trabalho de conclusão de curso da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição sob o parecer nº 2.615.846 no dia 23 de Abril de 2018. Os pesquisadores assinaram o termo de compromisso para utilização de dados comprometendo-se em preservar a privacidade, o anonimato e o uso exclusivo dos dados coletados para esse projeto.

RESULTADOS

Entre março de 2012 a dezembro de 2017, internaram 1.647 pacientes na Unidade de Adição. Nesse mesmo período, foram notificadas 100 quedas em um total de 84 pacientes. Para o estudo, considerou-se apenas 98 quedas de 83 pacientes, uma vez que um paciente contabilizado no sistema informatizado da instituição não foi internado na unidade de estudo e uma das quedas de um paciente ocorreu fora da unidade estudada.

Os dados encontrados apontaram que o perfil dos pacientes que sofreram quedas era predominantemente branco (75,9%), com ensino fundamental incompleto (48,2%), estado civil solteiro (73,5%), desempregados (36,1%), procedentes dos pronto atendimentos de saúde mental da rede pública do município (84,3%), com vínculo de tratamento em serviços especializados da rede pública do município (40,9%), não tendo internado mais de uma vez na Unidade de Adição (84,3%) e já tendo realizado outras internações para tratamento dos transtornos mentais e comportamentais relacionados ao uso de drogas (67,4%).

Entre os diagnósticos médicos na alta hospitalar, conforme 10ª edição da Classificação Internacional de Doenças (CID) publicado pela OMS, 41% dos pacientes foram diagnosticados com transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool - F10, 30,1% com transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de múltiplas drogas - F19 e 28,9% com transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de cocaína/crack - F14. Dos 83 pacientes que sofreram queda, 61,4% apresentaram alguma comorbidade clínica e/ou psiquiátrica, e destes, 35,3% apresentaram duas ou mais comorbidades. Em relação as comorbidades clínicas e/ou psiquiátricas mais prevalentes, verificou-se que 23,5% dos pacientes apresentavam Hipertensão Arterial, 23,5% Doença pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), 11,7% Diabetes Mellitus, 11,7% Hepatite C, 9,8% Transtorno Afetivo Bipolar e, 5,8% Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade.

A média de idade, tempo de permanência e a *Morse Fall Scale* da amostra foi de 44,34 \pm 12,713 anos, 36,25 \pm 22,46 dias e 33,87 \pm 27,713, respectivamente. Na Tabela 1, a idade, o tempo de permanência e avaliação da *Morse Fall Scale* realizada durante a anamnese de enfermagem na internação hospitalar são apresentados conforme o tipo de diagnóstico apresentado na alta hospitalar.

Tabela 1 - Idade, tempo de permanência e avaliação da *Morse Fall Scale* realizada durante a anamnese de enfermagem, conforme o tipo de diagnóstico apresentado na alta hospitalar de pacientes usuários de drogas, que sofreram quedas entre Março de 2012 a Dezembro de 2017, durante internação na Unidade de Adição. Porto Alegre, RS, 2018.

Variáveis	Diagnóstico na alta hospitalar (CID)		
	F10	F19	F14
Idade (anos)	52,76 \pm 1,792	42,40 \pm 2,172	34,42 \pm 1,879
Tempo de permanência (dias)	46,24 \pm 3,870	34,24 \pm 4,579	24,21 \pm 3,014
<i>Morse Fall Scale</i>	47,94 \pm 4,888	25,25 \pm 4,967	15,88 \pm 3,766

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

F10 - Transtornos mentais e comportamentais relacionados ao uso de álcool; F19 - Transtornos mentais e comportamentais relacionados ao uso de múltiplas drogas; F14 - Transtornos mentais e comportamentais relacionados ao uso de cocaína/crack.

Analisando as 98 quedas ocorridas na Unidade de Adição, verificou-se que 40,8% das quedas foram sofridas por pacientes com diagnóstico de transtornos mentais e comportamentais relacionados ao uso de álcool, 30,6% por pacientes com diagnóstico de transtornos mentais e comportamentais relacionados ao uso de múltiplas drogas e, 28,6% por pacientes com diagnóstico de transtornos mentais e comportamentais relacionados ao uso de cocaína/crack.

Em relação ao número de quedas sofridas por paciente, averiguou-se que 14,4% dos pacientes sofreram duas quedas durante o período de internação e 1,2% sofreu quatro quedas. Destaca-se que apenas 1,2% dos pacientes sofreram queda em mais de uma internação na Unidade de Adição. Considerando a data de internação e da notificação da queda, foi possível observar que, em média, os pacientes caíram $10,23 \pm 9,175$ dias após a data da internação.

Na Tabela 2 são apresentados os dados coletados de caracterização das quedas sofridas pelos pacientes usuários de drogas internados na Unidade de Adição em relação ao turno, registro em prontuário, local, tipo e dano.

Tabela 2 - Caracterização das quedas sofridas por pacientes usuários de drogas internados na Unidade de Adição entre Março de 2012 a Dezembro de 2017 em relação ao turno, registro em prontuário, local, tipo, dano e atividade desempenhada. Porto Alegre, RS, 2018.

Variáveis	n (%)
Turno	
Manhã	28 (28,6)
Tarde	27 (27,5)
Noite	40 (40,8)
Sem registro	3 (3,1)
Registro no Prontuário	
Enfermeiro	88 (89,7)
Médico	20 (20,4)
Educador Físico	10 (10,2)
Nutricionista	1 (1)
Terapeuta Ocupacional	1 (1)
Sem registro	5 (5,1)

Local

Quarto	33 (33,6)
Banheiro	23 (23,5)
Corredor	9 (9,2)
Sala de convivência	9 (9,2)
Academia	9 (9,2)
Refeitório	1 (1)
Área externa à unidade	4 (4,1)
Sem registro	10 (10,2)

Tipo

Própria altura	75 (76,5)
Leito	10 (10,2)
Cadeira	5 (5,1)
Vaso Sanitário	2 (2,1)
Sem registro	6 (6,1)

Dano

Grau 0 - Sem dano	63 (64,3)
Grau 1 - Contusão, abrasão, pequeno dano na pele ou laceração, envolvendo pouco ou nenhum cuidado	25 (25,5)
Grau 2 - Distensão, laceração grande ou profunda, lesão de pele ou contusão que necessita de intervenção	2 (2,1)
Sem registro	8 (8,2)

Atividade desempenhada no momento da queda

Deambulando pelo quarto ou pela unidade	24 (24,5)
Levantando-se do leito ou da cadeira	15 (15,3)

Realizando cuidados de higiene pessoal	19 (19,4)
Participando de atividades do programa de tratamento	18 (18,4)
Em atendimento individual com profissional da equipe	2 (2)
Outras atividades	5 (5,1)
Sem registro	15 (15,3)

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Os profissionais registraram como principais fatores desencadeantes de quedas o uso de sedativos (50%), estar desacompanhado no momento da queda (44,9%), a sonolência (14,3%), o piso molhado (14,3%), presença de tontura (24,5%), ter história de queda prévia (12,2%), o ato de escorregar (11,2%) e a desorientação (10,2%). Cabe destacar que foi registrado apenas uma suspeita de simulação como fator desencadeante de queda. Na avaliação das funções psíquicas, da evolução de enfermagem imediatamente anterior à evolução com o registro da queda, foi possível verificar que 34,7% dos pacientes não apresentaram alteração no exame do estado mental (EEM) anterior a queda, 34,7% apresentaram alteração no afeto e/ou humor, 26,5% no juízo crítico, 21,4% no pensamento, 17,3% na conduta, 12,2% na orientação, 8,2% na atenção, 4% na memória, 2% na sensopercepção e 1% na linguagem.

Quanto a presença do diagnóstico de enfermagem Risco de Queda anterior ao evento da queda, 68,4% dos pacientes não possuía o diagnóstico e a prescrição de cuidados de enfermagem para prevenção da queda, 29,6% possuíam o diagnóstico e a prescrição de cuidados e 2% não possuía registro quanto ao diagnóstico. Na *Morse Fall Scale* descrita na evolução anterior à queda, averiguou-se uma média de $36,69 \pm 3,332$.

Em relação à quantidade de medicações psicotrópicas, houve um predomínio na prescrição de uma medicação psicotrópica e duas medicações psicotrópicas por prescrição médica, totalizando, respectivamente, 34,7% e 35,7% das prescrições na data anterior à queda

e, 33,7% e 40,8% das prescrições na data da queda. Apenas 5,1% das prescrições na data anterior a queda e 3,1% na data da queda possuíam cinco ou mais medicações psicotrópicas prescritas. As classes farmacológicas e as principais medicações prescritas no dia anterior e no dia da queda estão descritas na Tabela 3.

Tabela 3 - Classes farmacológicas e principais medicações psicotrópicas prescritas no dia anterior e no dia da queda, para pacientes usuários de drogas que sofreram quedas entre Março de 2012 a Dezembro de 2017, durante internação na Unidade de Adição. Porto Alegre, RS, 2018.

Medicações Psicotrópicas	Prescrição Médica (%)	
	Data anterior à queda	Data da Queda
Benzodiazepínicos		
Diazepam	52	52
Clonazepam	21,4	23,5
Antipsicóticos típicos		
Clorpromazina	22,4	20,4
Haloperidol	15,3	12,2
Antipsicóticos atípicos		
Olanzapina	16,3	19,4
Risperidona	13,3	17,3
Estabilizadores do Humor		
Ácido Valpróico	13,3	15,3
Antidepressivos ISRS		
Fluoxetina	16,3	17,3

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

ISRS - Inibidores seletivos de recaptção de serotonina.

Durante a coleta de dados, foi possível observar que diversas variáveis selecionadas para o estudo em geral não tinham sido registradas pelos profissionais no prontuário eletrônico dos pacientes ou tinham registros insuficientes. Ao final da análise, verificou-se que as variáveis sem registro totalizavam 12% dos dados coletados.

DISCUSSÃO

Os dados encontrados sobre o perfil dos pacientes que sofreram quedas durante a internação na Unidade de Adição em relação a escolaridade, estado civil e trabalho são semelhantes a estudos que abordaram o perfil sociodemográfico de indivíduos em tratamento em unidades de internação psiquiátrica⁽⁸⁻⁹⁾. Em relação ao nível de escolaridade, foram achadas semelhanças em um estudo⁽¹⁰⁾ sobre os fatores associados ao risco de queda em pacientes adultos hospitalizados. Um estudo⁽¹¹⁾ com objetivo de verificar associação entre a capacidade cognitiva e quedas em uma população de idosos evidenciou que indivíduos com menor escolaridade apresentaram maior comprometimento da capacidade cognitiva e maior risco de queda. O uso de drogas a longo prazo, principalmente o álcool, também pode afetar a capacidade cognitiva dos indivíduos, aumentando ainda mais o risco de queda⁽¹²⁾.

A reincidência de internações para tratamento dos transtornos mentais e comportamentais também foi encontrada por outro estudo⁽⁸⁾, que relaciona o achado com a falha na continuidade do tratamento na atenção comunitária e com a necessidade de elaboração de planejamento pós alta mais efetivos. Mesmo com 40,9% dos pacientes referindo serem vinculados a serviços especializados da rede pública do município, não é possível estimar o vínculo referido por não haver outras informações sobre este dado no prontuário eletrônico. O número expressivo de pacientes procedentes de pronto atendimento de saúde mental é explicado pela organização da rede de assistência do município que só abriu a possibilidade de encaminhar pacientes dos Centro de Atenção Psicossocial Álcool e

Drogas para internação hospitalar sem a necessidade de passar pelo pronto atendimento a partir de 2016.

O transtorno mental e comportamental relacionado ao uso de álcool foi o diagnóstico médico mais recorrente na alta hospitalar, divergindo de outros estudos⁽⁸⁻⁹⁾. Além do álcool ser descrito na literatura como fator de risco para queda, é comum que pacientes com história prévia de síndrome de abstinência alcoólica grave necessite de desintoxicação em ambiente protegido, em razão dos riscos clínicos e as alterações orgânicas, fisiológicas e psicológicas associadas a esse processo⁽¹²⁾. Cabe ressaltar que a Unidade de Adição no início recebia exclusivamente pacientes usuários de cocaína/crack. Ao longo de sua história, foi aberto para o recebimento de pacientes com uso de outras drogas e permaneceu fechada por um determinado período de tempo para recebimento de pacientes com diagnóstico de transtornos mentais e comportamentais relacionados ao uso de múltiplas drogas e ao uso de cocaína/crack nos anos de 2016 e 2017. Em relação às comorbidades mais prevalentes, a Diabetes Mellitus e a Hipertensão Arterial foram as únicas encontradas pelo estudo que são correlacionadas com o risco de queda em outras pesquisas^(10,14).

Os resultados encontrados na caracterização das quedas em relação ao local e ao tipo de queda corroboram com os resultados encontrados em outros estudos⁽¹³⁻¹⁴⁾. Em relação as atividades desempenhadas no momento da queda, observou-se a prevalência de atividades relacionadas à autonomia do paciente e, que são estimuladas pelo próprio programa de tratamento proposto na unidade. A maioria das quedas avaliadas não ocasionou nenhum dano ao paciente, resultado que vai ao encontro dos descritos na literatura⁽¹⁴⁾. Entretanto, ainda se faz necessário o investimento em medidas de prevenção de quedas, uma vez que 27,5% das quedas ocasionaram danos com necessidade de alguma intervenção ou pequeno cuidado.

O predomínio do evento queda ocorreu no turno noturno. Para o estudo, foi considerado os turnos definidos pela instituição para troca de plantão entre as equipes de

enfermagem, sendo considerado o horário das 7 horas até as 13 horas como turno manhã, das 13 horas até as 19 horas como turno da tarde e das 19 horas até as 7 horas como turno noturno. Porém, deve-se levar em consideração que o período noturno compreende 12 horas consecutivas, enquanto os demais turnos da manhã e tarde compreendem apenas 6 horas. Se avaliarmos o período diurno com 12 horas consecutivas, 59,2% das quedas teriam ocorrido neste. Os resultados em relação ao horário predominante das quedas são semelhantes aos encontrados em outro estudo⁽¹³⁾ que tinha como objetivo caracterizar o perfil das quedas sofridas pelos pacientes durante sua internação nas diferentes unidades de um hospital de ensino de nível terciário.

O tempo médio de permanência dos pacientes que sofreram queda foi de 33,87 dias, divergindo de outro estudo⁽¹⁴⁾. Pacientes com diagnóstico de transtornos mentais e comportamentais relacionados ao uso de álcool tiveram um tempo de permanência maior do que os pacientes com os demais diagnósticos no estudo. A queda pode implicar no aumento do tempo médio de internação⁽¹⁾. Entretanto, também é necessário levar em consideração que o tempo de permanência pode ser influenciado pela duração da síndrome de abstinência específica de cada droga, as complicações clínicas e psiquiátricas associadas ao consumo de droga à longo prazo e o manejo da fissura⁽¹²⁾, além de outros fatores relacionados as características da unidade, como as atividades estruturadas do programa de tratamento proposto e a voluntariedade no tratamento.

Pesquisas⁽¹³⁻¹⁶⁾ apontam que a maioria dos pacientes que sofreram queda possuíam idade igual ou superior a 58 anos, divergindo da média de idade encontrada no estudo. A pontuação média obtida na avaliação da *Morse Fall Scale* na internação hospitalar e no dia anterior a queda indica que os pacientes que sofreram queda durante internação na Unidade de Adição possuem risco moderado para quedas. Os achados em relação à pontuação contrapõem

os de outros estudos⁽¹⁵⁻¹⁶⁾ que constataram uma prevalência da classificação de risco de quedas elevado em pacientes que sofreram quedas.

Os pacientes do estudo sofreram a queda, em média, 10,23 dias após a data de internação, divergindo de outro estudo⁽¹³⁾ em que a maioria caiu entre o primeiro e o quinto dias de internação. Na Unidade de Adição, os pacientes permanecem durante os primeiros dias geralmente restritos ao leito para manejo da síndrome da abstinência e da fissura, avaliação das comorbidades clínicas e psiquiátricas e da motivação, sendo liberados somente após avaliação criteriosa da equipe assistencial. O resultado encontrado pode estar relacionado ao início das medicações, falta de familiaridade com a organização espacial do ambiente, ansiedade pela nova condição⁽¹³⁾ e atenuação dos cuidados de enfermagem.

Os cuidados para prevenção do risco de queda na instituição são incluídos na prescrição de enfermagem a partir da confirmação do risco elevado de queda pela Morse FallScale. Uma pesquisa⁽¹⁷⁾ realizada na mesma instituição mostrou baixa prevalência do uso do diagnóstico de enfermagem Risco de Queda, relacionando o resultado a não utilização de um protocolo para avaliação do risco de queda no período da pesquisa. Entretanto, os resultados encontrados no estudo demonstraram que os pacientes que sofreram queda na Unidade de Adição geralmente não são diagnosticados pela escala preditiva e não recebem a prescrição do diagnóstico de enfermagem risco de quedas e a inclusão dos cuidados de prevenção, mesmo com a inclusão do protocolo e a definição de uma escala preditiva padrão na instituição.

Sabe-se que a investigação de fatores de risco de queda podem auxiliar na melhora da qualidade da assistência a saúde⁽¹⁰⁾. Entre os principais fatores elencados pelos profissionais, estar desacompanhado, uso de sedativos, piso molhado e tontura foram igualmente encontrados por outro estudo⁽¹⁴⁾ como desencadeantes de quedas. Não há estudos que correlacionem as alterações no EEM como um fator desencadeante para quedas. Entretanto,

as alterações no EEM fazem parte da sintomatologia de diversas desordens psiquiátricas e 61,2% dos pacientes que sofreram queda apresentaram alguma alteração descrita em evolução de enfermagem no dia anterior a queda. Estudo⁽¹⁰⁾ que analisou os fatores relacionados ao risco de quedas em pacientes adultos internados em um hospital privado do interior do estado do Rio Grande do Sul evidenciou que vários fatores extrínsecos e intrínsecos descritos pelo estudo não eram avaliados pela *Morse Fall Scale*. Esse resultado é semelhante aos achados nesse estudo, uma vez que apenas um fator desencadeante dos elencados pelos profissionais é avaliado pela escala.

O uso de medicações psicotrópicas é descrito na literatura como um potencial fator de risco para quedas⁽¹⁸⁻¹⁹⁾. Pesquisa⁽¹⁸⁾ realizada em uma unidade psiquiátrica constatou uma prevalência maior de quedas conforme o uso de 5 ou mais medicações psicotrópicas, divergindo dos resultados encontrados que demonstraram uma prevalência de uso de uma ou duas medicações psicotrópicas por paciente. Em relação às classes farmacológicas, foi possível observar que os pacientes que sofreram queda faziam o uso de benzodiazepínicos, antipsicóticos e antidepressivos, resultados semelhantes aos encontrados por outros estudos^(13,19). Cabe destacar que o estabilizador de humor Ácido Valpróico que também foi utilizado pelos pacientes que sofreram queda na unidade é citado por um estudo⁽¹⁹⁾ pela forte associação com o risco de queda.

Diante do exposto, destaca-se que a queda é um evento multifatorial e complexo, associado a um ambiente e contexto de cuidados em constante mudança⁽¹³⁾. O enfermeiro ainda é o profissional que mais envolve-se no cuidado e prevenção desse incidente quando comparado com a equipe multiprofissional. Entretanto, o registro incompleto ou a falta dele ainda é recorrente, contribuindo para a invisibilidade da equipe de enfermagem no processo de assistência a saúde, uma vez que não é possível observar os resultados obtidos com as intervenções realizadas. Além disso, a falta de registro prejudica o desenvolvimento das

pesquisas sobre o processo de trabalho da enfermagem e descumpre o alicerce jurídico que ampara o exercício profissional⁽²⁰⁾.

CONCLUSÕES

Os resultados desse estudo evidenciaram que as quedas ocorrem com mais frequência no período diurno, por volta do 10º dia de internação, no quarto, da própria altura, durante deambulação e são relacionadas à autonomia do paciente, estimulada principalmente pelo próprio programa de tratamento proposto na unidade para que o paciente possa retomar a condição de sujeito-cidadão. Destaca-se que o dano não é frequente nas quedas analisadas, porém, ele ainda ocorre, sendo necessária a implementação de medidas preventivas mais adequadas ao perfil da unidade para evitar o evento e, em consequência, os danos resultantes do mesmo.

A *Morse Fall Scale* e o protocolo utilizados na instituição para avaliação do risco de queda dos pacientes internados apresentam baixa sensibilidade para avaliação e classificação do risco para os pacientes internados na Unidade de Adição. Esse dado é evidenciado uma vez que a prescrição do diagnóstico de enfermagem e implementação de cuidados não é efetiva e que os principais fatores desencadeantes e medicações psicotrópicas que contribuem para queda, e já estão descritos na literatura, não são contempladas na avaliação do risco de queda.

Além disso, é possível observar a prevalência de queda entre pacientes usuários de álcool, brancos, com ensino fundamental incompleto, solteiros, desempregados, procedentes dos pronto atendimentos em saúde mental do município, com história prévia de reinternações, com vínculo de tratamento em serviços especializados na rede pública do município e com média de idade de 44,34 anos. Esse perfil encontrado é um recorte histórico da Unidade, porém, deve-se levar em consideração as constantes mudanças experimentadas desde a abertura do serviço, em relação ao tipo de paciente a ser recebido.

Diante do exposto, conclui-se que os resultados encontrados sobre a caracterização das quedas sofridas pelos pacientes usuários de drogas são influenciados pelo perfil da unidade e pelo contexto de cuidados em constante mudança. Nesse sentido, acredita-se que as quedas exigem um olhar diferenciado dos profissionais para implementação de mecanismos mais claros e fidedignos de avaliação e prevenção para garantir a qualificação e o aprimoramento de uma assistência segura em saúde.

Esse estudo apresenta limitações porque sustenta-se apenas nos dados do prontuário eletrônico dos pacientes que, muitas vezes, não são registrados ou são registrados de maneira incompleta. Apesar disso, pode contribuir na desconstrução do cuidado fragmentado entre o corpo e mente estabelecido histórica e socialmente na área de saúde mental e, para o desenvolvimento de novas estratégias para avaliação e prevenção do risco de quedas, para que assim seja possível oferecer um cuidado mais humanizado, integral e efetivo aos usuários de drogas. Sugere-se que sejam elaborados mais estudos que analisem o evento queda em pacientes usuários de drogas em outras unidades de internação e outros serviços de saúde, a fim de apurar outras características e fatores de risco que necessitem ser contemplados na elaboração de um novo protocolo para avaliação e prevenção do risco de queda para pacientes usuários de drogas.

REFERÊNCIAS

1. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Assistência Segura: Uma reflexão teórica aplicada à prática [Internet]. Brasília (DF); 2017 [citado 2018 out 21]. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/caderno-1-assistencia-segura-uma-reflexao-teorica-aplicada-a-pratica>.
2. National Patient Safety Agency (UK). The third report from the Patient Safety Observatory: Slips, trips and falls in hospital [Internet]. London; 2007 [cited 2018 out 21]. Available from: <http://www.gestionerischio.asl3.liguria.it/pdf/npsa%20rapporto%20su%20cadute%20UK.pdf>.
3. World Health Organization. Falls [Internet]. Geneva; 2018 [cited 2018 out 21]. Available from: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls>.

4. Paes MR, Silva TL, Chaves MMN, Maftum MA. O papel do hospital geral na rede de atenção à saúde mental no Brasil. *CiencCuid Saúde*. 2013; 12 (2):407-12. doi: 10.4025/cienccuidsaude.v12i2.14207.
5. Ministério da Saúde (BR). Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Saúde Mental em Dados 12* [Internet]. Brasília; 2015 [citado 2018 out 21]. Disponível em: http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf.
6. Duarte PCAV, Stempliuk VA, Barroso LP, organizadores. *Relatório brasileiro sobre drogas*. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; 2009.
7. Ministério da Justiça (BR). Decreto nº 7.179, de 20 de Maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. 2010 maio 21; (seção 1): 43.
8. Fernandes MA, Pinto KLC, Neto JAT, Magalhães JM, CarvaloAMS, Oliveira ALCB. Transtornos mentais e comportamentais por uso de substâncias psicoativas em hospital psiquiátrico. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*. 2017; 13 (2): 64-70. doi: 10.11606/issn.1806-6976.v13i2p64-70.
9. Capistrano FC, Ferreira ACZ, Silva TL, Kalinke LP, Maftum MA. Perfil sociodemográfico e clínico de dependentes químicos em tratamento: análise de prontuários. *Esc. Anna Nery*. 2013; 17 (2): 234-241.
10. BittencourtVLL, Graube SL, StummEMF, Battisti IDE, Loro MM, Winkelmann ER. Fatores associados ao risco de quedas em pacientes adultos hospitalizados. *Rev esc enferm USP*. 2017; 51: e03237. doi: 10.1590/s1980-220x2016037403237.
11. Cruz DT, Cruz FM, Ribeiro AL, Veiga CL, Leite ICG. Associação entre capacidade cognitiva e ocorrência de quedas em idosos. *Cad Saúde Colet*. 2015; 23 (4): 386-393. doi: 10.1590/1414-462X201500040139.
12. Diehl A, Cordeiro DC, Laranjeira R, organizadores. *Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas*. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.
13. Laus AM, Meneguetti MG, Santos JA, Rosa PDP. Perfil das quedas em pacientes hospitalizados. *Cienc Cuid Saude*. 2014; 13 (4): 688-695. doi: 10.4025/cienccuidsaude.v13i4.19234.
14. Victor MAG, Luzia MF, Severo IS, Almeida MA, Goes MGO, Lucena AFL. Quedas em pacientes cirúrgicos: subsídios para o cuidado de enfermagem seguro. *Rev Enf UFPE on line*. 2017; 11(10): 4027-35. doi: 10.5205/reuol.10712-95194-3-SM.1110sup201704.
15. Pasa TS, Magnago TSBS, Urbanetto JS, Baratto MAM, Morais BX, Carollo JB. Avaliação do risco e incidência de quedas em pacientes adultos hospitalizados. *RevLatAm Enfermagem*. 2017; 25: e2862. doi: 10.1590/1518-8345.1551.2862.

16. Remor CP, Cruz CB, Urbanetto JS. Análise dos fatores de risco para queda de adultos nas primeiras 48 horas de hospitalização. *Rev Gaúcha Enferm.* 2014; 35(4): 28-34. doi: 10.1590/1983-1447.2014.04.50716.
17. Luzia MF, Victor MAG, Lucena AF. Diagnóstico de enfermagem Risco de Quedas: prevalência e perfil clínico de pacientes hospitalizados. *Rev LatAm Enfermagem.* 2014; 22(2):262-268. doi: 10.1590/0104-1169.3250.2411.
18. Sano T, Harada M, Sugawara T, Isaka N, Masuoka A, Mikami A, et al. Use of psychotropics and the risk of falls in hospitalized psychiatric patients. *Yakugaku Zasshi - Journal of the Pharmaceutical Society of Japan.* 2013; 133(8):897-903. doi:10.1248/yakushi.13-00003.
19. Costa-Dias MJS, Oliveira AS, Moreira CN, Santos AS, Martins T, Araújo F. Quedas dos doentes internados em serviços hospitalares, associação com os grupos terapêuticos. *Rev Enf Ref.* 2013; serIII(9):105-114. doi: 10.12707/RIII12142.
20. Silval TG, Santos RM, Crispim LMC, Almeida LMWS. Conteúdo dos registros de enfermagem em hospitais: contribuições para o desenvolvimento do processo de enfermagem. *Enferm. Foco.* 2016; 7 (1): 24-27.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os objetivos desse projeto foram alcançados com a produção do artigo. Com isso, utiliza-se dessas considerações para ampliar a discussão da produção deste trabalho no processo da residência e as contribuições e implicações dos achados na prática profissional e no Sistema Único de Saúde.

O presente trabalho foi construído a partir da inquietude da residente frente a prática profissional do enfermeiro no cuidado, prevenção e avaliação do risco de quedas e a experiência junto a equipe de enfermagem da Unidade de Adição nas inúmeras tentativas de busca e construção de um protocolo de avaliação e prevenção do risco de queda que contemplasse as características dos pacientes em processo de desintoxicação. Os achados do artigo constataram que os questionamentos da equipe frente aos protocolos da instituição eram adequados e que avaliações subjetivas baseadas no conhecimento teórico e clínico para prevenir quedas, e, conseqüentemente, danos graves aos pacientes eram de suma importância para a manutenção e aproveitamento dos pacientes no programa de tratamento da unidade. Entretanto, faz-se necessário a qualificação dos registros dos profissionais da Unidade para que o processo de assistência não seja invisível aos olhos da instituição, uma vez que a falta destes ou a inconformidade não propicia a observação dos resultados obtidos com as intervenções realizadas para prevenir as quedas.

Espera-se que esse projeto proporcione a equipe de enfermagem um olhar diferenciado e auxilie na implementação de um protocolo efetivo para avaliação e prevenção de quedas, garantindo uma assistência segura e de qualidade na Unidade de Adição. É de suma importância que a equipe multiprofissional seja incluída nas discussões de elaboração e implementação de um novo protocolo, uma vez que o programa de tratamento é construído por vários profissionais e existem atividades que podem implicar em maior ou menor risco de queda, sendo necessário a disseminação desse conhecimento para obter resultados mais efetivos.

Além do processo de implementação de um protocolo efetivo na Unidade, entende-se que os resultados encontrados no artigo possam ser utilizado em outros pontos da Rede de Atenção Psicossocial, além dos hospitais gerais. Os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas são substituídos ao modelo asilar e, assim como na Unidade, estimulam a autonomia do usuário para que este possa retomar a

condição de sujeito-cidadão. A permanência em leito de observação por até 14 dias é um forma de atendimento desses dispositivo e pode ser utilizado por usuários em situações de crise ou que necessitem de desintoxicações leves, agravos esses que podem ocasionar risco de queda.

A elaboração do projeto de pesquisa e do artigo durante o processo de residência foi exaustivo pela alta carga de assistência e aulas, mas de suma importância para o crescimento profissional. A residente pode vislumbrar a importância da pesquisa para produção de novas formas de cuidado e a importância da dedicação e da ética para tal. Além disso, estar em formação no mesmo local do estudo proporcionou analisar os dados de maneira mais crítica e sensível às necessidades dos profissionais e pacientes atendidos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária(ANVISA). **Assistência Segura: Uma reflexão teórica aplicada à prática**. Brasília: ANVISA, 2017. Disponível em: <<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/caderno-1-assistencia-segura-uma-reflexao-teorica-aplicada-a-pratica>>. Acesso em: 22 out. 2017.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 13 dez. 2012a. Seção 1, p. 59

_____. Decreto nº 7.179, de 20 de Maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 maio 2010. Seção 1, p. 43.

_____. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Tratamento da dependência de crack, álcool e outras drogas: aperfeiçoamento para profissionais de saúde e assistência social**. Brasília: SENAD, 2012b. p.248.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados 12**. 2015. Informativo eletrônico. Disponível em: <http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf>. Acesso em: 24 out. 2017.

_____. Ministério da saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).**Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 maio 2013. Seção 1, p. 37.

CORDIOLI, Aristides Volpato; GALLOIS, Carolina Benedetto; ISOLAN, Luciano (org.).**Psicofármacos: consulta rápida**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.1024 p.

DA FONSECA, João José Saraiva. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza, 2002.(Apostila do curso de especialização em comunidades virtuais de aprendizagem - informática educativa da Universidade Estadual do Ceará).

DIEHL, Alessandra et al. **Dependência Química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2011

DUARTE, Paulina do Carmo Arruda Vieira; FORMIGONI, Maria Lúcia Oliveira de Souza (org.). **Efeitos de substâncias psicoativas: módulo 2**. 11. ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2017a. 146 p. (SUPERA: Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento).

DUARTE, Paulina do Carmo Arruda Vieira; FORMIGONI, Maria Lúcia Oliveira de Souza (org.). **Deteção do uso e diagnóstico de dependência de substâncias psicoativas**: módulo 3. 11. ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2017b. 70 p. (SUPERA: Sistema para deteção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento).

DUARTE, Paulina do Carmo Arruda Vieira; STEPLIUK, Vladimir de Andrade; BARROSO, Lúcia Pereira (org.). **Relatório brasileiro sobre drogas**. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2009. 364 p.

FRANCO, Laércio Joel. Epidemiologia Descritiva. In: FRANCO, Laércio Joel; PASSOS, Afonso Dinis Costa. **Fundamentos de epidemiologia**. 2. ed. São Paulo: Manole, 2011. cap. 8, p. 166-178.

GIGLIOTTI, Analice (ed). **Diretrizes gerais para tratamento da dependência química**. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2010. 255 p.

GIL, Antônio Carlos. Métodos das ciências sociais. In: _____. **Métodos e técnicas em pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008. cap.2, p.08-25.

GUIMARÃES, L.H.C.T. et al. Comparação da propensão de quedas entre idosos que praticam atividade física e idosos sedentários. **Rev. Neurociências**, v. 12, n. 2, p. 68-72, abr/jun 2004. Disponível em: <<http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2004/RN%2012%2002/Pages%20from%20RN%2012%2002-2.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2017.

HEALEY, Frances; SCOBIE, Sarah. **The third report from the Patient Safety Observatory**: Slips, trips and falls in hospital. London: National Patient Safety Agency, 2007. Disponível em: <<http://www.gestionerischio.asl3.liguria.it/pdf/npsa%20rapporto%20su%20cadute%20UK.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2017.

LARANJEIRA, Ronaldo (Org.). **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas**: Relatório de 2012. São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), 2014.

MACHADO, Leticia Vier; BOARINI, Maria Lúcia. Políticas Sobre Drogas no Brasil: a Estratégia de Redução de Danos. **Psicol. ciênc. prof.**, Brasília, v. 33, n. 3, p.580-595, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v33n3/v33n3a06.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2017.

MARQUES, Ana Cecília PettaRoselli; RIBEIRO, Marcelo. **Abordagem Geral do Usuário de Substâncias com Potencial de Abuso**. Projeto Diretrizes (Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina). 2002. Disponível em: <http://www.bibliomed.com.br/diretrizes/pdf/abordagem_abuso.pdf>. Acesso em: 22 out. 2017.

MORSE, Janice M. **Preventing patient falls**: establishing a fall intervention program. 2. ed. New York: Springer Publishing Company, 2009. p. 192.

NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE (NIDA). U.S. Department of Health and Human Services. **Cocaine**. 2016a. Disponível em: <<https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/1141-cocaine.pdf>>. Acesso em: 23 out. 2017.

_____. U.S. Department of Health and Human Services. **Understanding Drug Use and Addiction**. 2016b. Disponível em: <https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/df_understanding_drug_use_final_08_2016.pdf>. Acesso em: 23 out. 2017.

PAES, Marcio Roberto; et al. O papel do hospital geral na rede de atenção à saúde mental no Brasil. **Cienc. Cuid. Saúde**, Maringá, 2013, v.12, n. 2, p.407-412.

PASA, Thiani Sebben. **Avaliação do risco de quedas em pacientes adultos hospitalizados**. 2014. 153 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de pós graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2014.

PRATES, Cassiana Gil et al. Quedas em adultos hospitalizados: incidência e características desses eventos. **Cienc. Cuid. Saúde**, Maringá, 2014, v.13, n. 1, p.74-81.

QUEVEDO, João; CARVALHO, André F. **Emergências psiquiátricas**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE (REBRAENSP). **Estratégias para a segurança do paciente**: manual para profissionais da saúde. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013. Disponível em: <https://www.rebraensp.com.br/images/publicacoes/manual_seguranca_paciente.pdf>. Acesso em: 24 out. 2017.

RIBEIRO, Marcelo; LARANJEIRA, Ronaldo. **O tratamento do usuário de crack**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 336.

ROMANO, Marcos; RIBEIRO, Marcelo; MARQUES, Ana Cecília PettaRoselli. **Abuso e dependência de cocaína**. Projeto Diretrizes. (Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina). 2002. Disponível em: <http://diretrizes.amb.org.br/_BibliotecaAntiga/abuso-e-dependencia-da-cocaina.pdf>. Acesso em: 22 out. 2017.

SANO, T. et al. **Use of psychotropics and the risk of falls in hospitalized psychiatric patients**. *Yakugaku Zasshi*, Tóquio, v. 133, n. 8, p. 897-903, 2013. Disponível em: <https://www.jstage.jst.go.jp/article/yakushi/133/8/133_13-00003/_article/-char/ja/>. Acesso em: 24 out. 2017.

SAYETTE, Michel A. et al. The measurement of drug craving. **Addiction Journal**, London, 2000, v. 92, n. 2, p.189-210. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2683662/>>. Acesso em: 23 out. 2017.

SILVA, André; ENES, André. Síndrome de Wernicke-Korsakoff: revisão literária da sua base neuroanatômica. **ArqMed**, Porto, v. 27, n. 3, p. 121-127, jun. 2013. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0871-34132013000300004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 24 nov. 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. **Queda em idoso: prevenção**. Projeto Diretrizes.(Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina). 2008. Disponível em: <http://diretrizes.amb.org.br/_BibliotecaAntiga/quedas-em-idosos-prevencao.pdf>. Acesso em: 24 out. 2017.

TOWNSEND, Mary C. **Enfermagem psiquiátrica: conceitos de cuidados na prática baseada em evidências**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

URBANETTO, Janeta de Souza et al. **Morse Fall Scale: tradução e adaptação transcultural para a língua português**. Rev. Esc. Enferm. USP, São Paulo, v. 47, n.3, p.569-575, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000300569>. Acesso em 24 out. 2017.

WOELLNER, Simone Suzuki; ARAÚJO, Alisson Guimbala; MARTINS, Juliandro Steidel. Protocolo de equilíbrio e quedas em idosos. **Neurociências**, v. 10, n. 2, p. 104-117, 2014. Disponível em: <http://www.ace.br/documentos/fisioterapia/2014/artigo_protocolos_de_equilibrio_alisson.pdf>. Acesso em: 30 out. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Falls**. 2018. Disponível em: <<http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls/>>. Acesso em: 22 out. 2018.

_____. **International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD - 10)**. Geneva: World Health Organization, 2016. Disponível em: <<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en#/>>. Acesso em: 21 out. 2017.

_____. **Psychoactive substances**. Disponível em: <http://www.who.int/substance_abuse/terminology/psychoactive_substances/en/>. Acesso em: 21 out. 2017a.

_____. **WHO global report on falls prevention in older age**. 2007. Disponível em: <http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf?ua=1>. Acesso em: 24 out. 2017.

_____. **World Alliance for Patient Safety**. Disponível em: <<http://www.who.int/patientsafety/worldalliance/en/>>. Acesso em: 24 out. 2017b.

APÊNDICE A - Instrumento para Coleta de Dados

Número: _____

Prontuário	Idade	Profissão
Escolaridade <input type="checkbox"/> Ensino fundamental incompleto <input type="checkbox"/> Ensino fundamental completo <input type="checkbox"/> Ensino médio incompleto <input type="checkbox"/> Ensino médio completo <input type="checkbox"/> Ensino superior incompleto <input type="checkbox"/> Ensino superior completo	Estado civil <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Namorando <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Divorciado	Serviço de Procedência <input type="checkbox"/> PA IAPI <input type="checkbox"/> PA Cruzeiro do Sul <input type="checkbox"/> CAPS AD _____
Data da internação	CID na internação	MORSE na internação
Data da alta hospitalar	Tipo de alta	Tempo de permanência
Tipo de droga, idade de início do uso, padrão de uso, data do último uso <input type="checkbox"/> Álcool: _____ _____ - ____/____/____ <input type="checkbox"/> Tabaco: _____ _____ - ____/____/____ <input type="checkbox"/> Maconha: _____ _____ - ____/____/____ <input type="checkbox"/> Cocaína: _____ _____ - ____/____/____ <input type="checkbox"/> Crack: _____ _____ - ____/____/____ <input type="checkbox"/> Benzodiazepínicos: _____ _____ - ____/____/____ <input type="checkbox"/> Anfetaminas: _____ _____ - ____/____/____ <input type="checkbox"/> Outras: _____ - ____/____/____		
Comorbidades clínicas e psiquiátricas		
Número de internações prévias para tratamento	Queda em internação anterior na unidade de adição/HCPA	

Vínculo a serviço de saúde para tratamento <input type="checkbox"/> Unidade de Saúde _____ <input type="checkbox"/> CAPS _____ <input type="checkbox"/> Ambulatório _____

Data da queda	Turno da queda	Profissional notificador
Local da queda	Fatores desencadeantes	
Tipo de queda		
Atividade desempenhada no momento da queda		
Consequência da queda <input type="checkbox"/> 0 - Sem dano <input type="checkbox"/> 1 - Contusão, abrasão, pequeno dano na pele ou laceração, envolvendo pouco ou nenhum cuidado <input type="checkbox"/> 2 - Distensão, laceração grande ou profunda, lesão de pele ou contusão que necessita de intervenção <input type="checkbox"/> 3 - Fratura, perda de consciência, mudança no estado físico ou mental, requerendo intervenção maior <input type="checkbox"/> 4 - Óbito		
Alteração no último exame do estado mental registrado antes da queda <input type="checkbox"/> Sim, qual? <input type="checkbox"/> Não		
Presença de diagnóstico de enfermagem "Risco de Quedas" na evolução anterior a queda <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		MORSE na evolução anterior a queda
Psicofármacos prescritos como FIXO 24 horas antes da queda (medicamento/dose/frequência)	Psicofármacos prescritos como FIXO no dia da queda (medicamento/ dose/frequência)	

ANEXO A - Parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

UFRGS - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
DA UNIVERSIDADE FEDERAL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CARACTERIZAÇÃO DAS QUEDAS SOFRIDAS POR PACIENTES USUÁRIOS DE
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS INTERNADOS EM UMA UNIDADE DE ADIÇÃO

Pesquisador: Márcio Silveira da Silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 86380718.9.0000.5327

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.615.846

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa, do tipo observacional, descritiva e retrospectiva com objetivo de caracterizar as quedas sofridas, entre março de 2012 e dezembro de 2017, por pacientes usuários de álcool e outras drogas internados na Unidade de Adição do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. A coleta dos dados será realizada por meio de instrumento elaborado pela própria autora e operacionalizada em duas etapas, por meio de solicitação de variáveis sociodemográficas, número de prontuário e a ficha de notificação de quedas a instituição por meio de uma query e após as demais variáveis serão coletadas por meio de consulta ao prontuário eletrônico dos pacientes no dia anterior a queda, no dia da queda e na anamnese. A análise dos dados será realizada com o auxílio do software estatístico IBM SPSS Statistics versão 22. Pretende-se elaborar hipóteses referentes a fatores de risco para a queda nessa população, que podem ser testadas subsequentemente, em estudos específicos.

Objetivo da Pesquisa:

Caracterizar as quedas sofridas, entre março de 2012 e dezembro de 2017, por pacientes usuários de álcool e outras drogas internados na Unidade de Adição do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Com intuito de evitar o risco de exposição das informações coletadas, destaca-se que todos os pesquisadores envolvidos no estudo assinaram o Termo de Compromisso para Utilização

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F

Bairro: Santa Cecília

CEP: 90.035-903

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3359-7640

Fax: (51)3359-7640

E-mail: cephcpa@hcpa.edu.br

UFRGS - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
DA UNIVERSIDADE FEDERAL



Continuação do Parecer: 2.615.846

de Dados comprometendo-se preservar a privacidade, o anonimato e o uso exclusivo para esse projeto dos dados coletados em prontuários e bases de dados do HCPA. A fim de manter o sigilo e a privacidade dos participantes, os dados coletados não serão apresentados individualmente durante o estudo.

Benefícios: Os participantes não terão benefício direto com a participação na pesquisa, entretanto contribuirão para o aumento dos conhecimentos sobre o assunto estudado e os resultados poderão contribuir para melhorar a assistência de qualidade aos futuros pacientes internados na Unidade de Adição.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa, do tipo observacional, descritiva, retrospectiva. A coleta dos dados será realizada de forma retrospectiva e operacionalizada em duas etapas. Na primeira etapa, as variáveis sociodemográficas, o

número do prontuário e a ficha de notificação de quedas dos pacientes serão solicitados à instituição do estudo por meio de uma query. Na segunda etapa da coleta, as demais variáveis serão coletadas por meio de consulta ao prontuário eletrônico dos pacientes no dia anterior a queda, no dia da queda e na anamnese. Serão incluídos na amostra do estudo os pacientes usuários de álcool ou outras drogas, internados na Unidade de Adição no período de Março de

2012 a Dezembro de 2017, que sofreram uma ou mais quedas durante sua hospitalização. Cabe salientar que os pacientes que apresentaram reinternações no local do estudo e que sofreram queda em mais de uma dessas internações serão sinalizados, porém computados como um novo paciente tendo em vista que podem apresentar alterações em diversas variáveis selecionadas para o estudo.

Serão excluídos pacientes que não permanecerem no mínimo 24 horas internados na unidade de adição.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto apresenta TCUD, em conformidade.

Recomendações:

É necessário atualizar cronograma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Recomenda-se aprovação. Não observadas inadequações.

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F
Bairro: Santa Cecília **CEP:** 90.035-903
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cephcpa@hcpa.edu.br

**UFRGS - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
DA UNIVERSIDADE FEDERAL**



Continuação do Parecer: 2.615.846

Considerações Finais a critério do CEP:

Lembramos que a presente aprovação (versão projeto de 27/03/2018 e demais documentos que atendem às solicitações do CEP) refere-se apenas aos aspectos éticos e metodológicos do projeto.

Os pesquisadores devem atentar ao cumprimento dos seguintes itens:

- a) Este projeto está aprovado para inclusão de registros de 100 participantes no Centro HCPA, de acordo com as informações do projeto. Qualquer alteração deste número deverá ser comunicada ao CEP e ao Serviço de Gestão em Pesquisa para autorizações e atualizações cabíveis.
- b) Para que possa ser realizado, o projeto deve estar cadastrado no sistema WebGPPG em razão das questões logísticas e financeiras.
- c) O projeto somente poderá ser iniciado após aprovação final da Comissão Científica, através do Sistema WebGPPG.
- d) Qualquer alteração nestes documentos deverá ser encaminhada para avaliação do CEP.
- e) Deverão ser encaminhados ao CEP relatórios semestrais e um relatório final do projeto.
- f) A comunicação de eventos adversos classificados como sérios e inesperados, ocorridos com pacientes incluídos no centro HCPA, assim como os desvios de protocolo quando envolver diretamente estes pacientes, deverá ser realizada através do Sistema GEO (Gestão Estratégica Operacional) disponível na intranet do HCPA.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1028049.pdf	27/03/2018 08:57:14		Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	27/03/2018 08:56:54	Márcio Silveira da Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.docx	27/03/2018 08:56:19	Márcio Silveira da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_compromisso.pdf	26/03/2018 10:43:11	Isabelle Leitão Cardoso	Aceito
Outros	Delegacao_funcoes.pdf	26/03/2018 10:42:59	Isabelle Leitão Cardoso	Aceito
Orçamento	Orcamento_projeto.xlsx	26/03/2018 10:40:38	Isabelle Leitão Cardoso	Aceito

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F

Bairro: Santa Cecília

CEP: 90.035-903

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3359-7640

Fax: (51)3359-7640

E-mail: cephcpa@hcpa.edu.br

UFRGS - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
DA UNIVERSIDADE FEDERAL



Continuação do Parecer: 2.615.846

Cronograma	Cronograma.docx	26/03/2018 10:37:35	Isabelle Leitão Cardoso	Aceito
------------	-----------------	------------------------	----------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 23 de Abril de 2018

Assinado por:
Marcia Mocellin Raymundo
(Coordenador)

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F
Bairro: Santa Cecília **CEP:** 90.035-903
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cephcpa@hcpa.edu.br

ANEXO B - Normas para submissão de artigo na Revista Gaúcha de Enfermagem

3.2 Apresentações dos originais

A redação deve ser clara e concisa, com a exposição precisa dos objetivos. A argumentação deve estar fundamentada em evidências bem justificadas.

Para o preparo do manuscrito, recomenda-se a busca e citação de artigos pertinentes ao tema, previamente publicados na literatura científica nacional e internacional, facilitando a contextualização, coerência e continuidade para os leitores.

A Revista não assume a responsabilidade por equívocos gramaticais, e se dá, portanto, o direito de decidir quanto a alterações e correções.

Os trabalhos devem ser encaminhados em *Word for Windows*, fonte *Times New Roman* 12, espaçamento duplo (inclusive os resumos), com todas as páginas numeradas, configurados em papel A4 e com as quatro margens de 2,5 cm. Quando os artigos forem redigidos em português, devem respeitar o Acordo Ortográfico de 1990, promulgado em 29 de dezembro de 2008.

Os títulos das seções textuais devem ser destacados gradativamente, sem numeração. O título do artigo e o resumo devem ser em caixa-alta e em negrito (ex.: **TÍTULO; RESUMO**); *abstract* e *resumen*, em caixa-alta, negrito e itálico (ex.: **ABSTRACT; RESUMEN**); seção primária, em caixa-alta e negrito (ex.: **INTRODUÇÃO**); e seção secundária, em caixa-baixa e negrito (ex.: **Histórico**). Evitar o uso de marcadores ao longo do texto (ex.: -, *, etc.) e alíneas [a), b), c)....).

A extensão dos artigos originais, revisões sistemáticas e revisões integrativas deve ser de no máximo 20 páginas, enquanto as reflexões teóricas e relatos de caso devem ter, no máximo, 10 páginas.

A Revista publica as seguintes seções:

Editorial: é texto de responsabilidade da Comissão Editorial (CED) da Revista, que poderá convidar autoridades para redigi-lo. O editorial deverá obedecer ao limite de 500 palavras;

Artigos originais: são contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa original inédita. Devem obedecer à seguinte estrutura: a **introdução** deve apresentar a questão norteadora, justificativa, revisão da literatura (pertinente, relevante e atualizada) e objetivos. Os **métodos** empregados, a população estudada, a fonte de dados e os critérios de seleção devem ser descritos de forma objetiva e completa. Os **resultados** devem ser descritos em sequência lógica. Quando apresentar tabelas e ilustrações, o texto deve complementar e não repetir o que está descrito nestas. A **discussão**, que pode ser redigida junto com os resultados nos estudos de abordagem qualitativa, deve desenvolver a argumentação crítica dos resultados, com o apoio na literatura, e a interpretação dos autores. As **conclusões ou considerações finais** devem destacar os achados mais importantes, comentar as limitações e implicações para novas pesquisas. Devem obedecer ao limite de **20 páginas no total do artigo (títulos, resumos, descritores, corpo do artigo, ilustrações e conter 20 referências, no máximo)**;

Artigos de revisão sistemática: são contribuições cujo método de pesquisa é conduzido por meio da síntese de resultados de estudos originais quantitativos que têm por objetivo responder a uma questão específica e de relevância para a enfermagem ou para a saúde. Os procedimentos metodológicos deverão ser descritos detalhadamente em todas as suas etapas no que se refere à busca dos estudos originais, critérios de inclusão e exclusão, testes preliminares e de níveis de evidência, segundo o referencial teórico metodológico adotado. A revisão sistemática poderá se caracterizar em meta-análise e ou metassíntese dependendo do tipo de abordagem metodológica do manuscrito e do objetivo do estudo. Os procedimentos metodológicos deverão ser detalhados em todas as etapas preconizadas pelo referencial primário adotado (p.ex. <http://www.prisma->

statement.org/statement.htm). **Devem obedecer ao limite de 20 páginas no total do artigo (títulos, resumos, descritores, corpo do artigo, ilustrações e não possui limite de referências);**

Artigos de revisão integrativa: são contribuições cujo método de pesquisa é conduzido por meio da síntese e comparação de resultados de estudos quantitativos, qualitativos originais e reflexões teóricas criticamente sustentadas. Seu objetivo é responder questões norteadoras específicas, que expressem o estado da arte e ou as lacunas do conhecimento em relação a fenômenos relevantes para a enfermagem e ou saúde. Os procedimentos metodológicos deverão ser detalhados em todas as etapas preconizadas pelo referencial primário adotado por ex.: Cooper, Ganong, Whittemore e Knafl, Broome, dentre outros). **Não se trata de artigo de revisão da literatura. Devem obedecer ao limite de 20 páginas no total do artigo (títulos, resumos, descritores, corpo do artigo, ilustrações e não possui limite de referências);**

Artigos de reflexão: são formulações discursivas, de efeito teorizante, com fundamentação teórica filosófica sobre a situação global em que se encontra determinado assunto investigativo ou potencialmente investigativo. Devem obedecer ao limite de **10 páginas no total do artigo (títulos, resumos, descritores, corpo do artigo, ilustrações e conter 15 referências no máximo);**

Relatos de caso: são contribuições descritivas e contextualizadas, complementada por análise crítica fundamentada, a partir de um caso, situação, procedimento, experiência ou inovação, podendo ser na área do cuidado, do ensino ou de pesquisa. Devem conter título; resumo; descritores; introdução, objetivo, estratégia de busca na literatura; exposição do caso, técnica ou situação; discussão fundamentada na literatura; conclusão e referências. Faculta-se a inclusão de figuras, tabelas, gráficos e ilustrações. Tratando-se de relato de caso clínico, é obrigatório enviar o parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos como documento suplementar. Devem obedecer ao limite de **10 páginas no total do artigo, incluindo as referências (15 no máximo).**

Os manuscritos devem conter:

Título: coerente com os objetivos do estudo e que identifique o conteúdo, em até 15 palavras;

Resumo: o primeiro resumo deve ser apresentado no idioma do manuscrito, conter até 150 palavras, e ser acompanhado de sua versão para o inglês (*Abstract*) e para o espanhol (*Resumen*).

Deve ser elaborado obedecendo ao formato de **resumo estruturado**, com os seguintes itens:

Objetivo: (objetivo geral)

Métodos: (tipo de estudo, amostra, período e local da pesquisa, coleta de dados, análise dos dados)

Resultados: (principais achados com dados estatísticos, se apropriados)

Conclusões: (respostas aos objetivos baseadas nos resultados)

No caso de artigos de reflexão teórica, a descrição da metodologia poderá ser suprimida.

Palavras-chave: ao final do Resumo, indicar de 3 a 6 palavras que permitam identificar o assunto do manuscrito, em português; e suas respectivas versões para o inglês (*Keywords*) e espanhol (*Palabras clave*), conforme os “Descritores em Ciências da Saúde - DeCS” (<http://decs.bvs.br>), podendo a RGE modificá-los, se julgar necessário.

Título em outros idiomas: indicar o título nas versões em inglês (*Title*) e em espanhol (*Título*), logo após os palavras-chave do respectivo idioma.

Introdução: deve apresentar o problema de pesquisa, a justificativa, a revisão da literatura (pertinente, relevante e atualizada), a questão norteadora da pesquisa e os objetivos coerentes com a proposta do estudo.

Metodologia ou Métodos ou Materiais e Métodos: deve apresentar o método empregado: tipo de estudo; referencial teórico do estudo e o utilizado para análise dos dados, inclusive os testes estatísticos quando apropriados; amostra e amostragem, critérios de inclusão e exclusão dos sujeitos/participantes; período do estudo; local do estudo; considerações éticas (número e data de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos); uso de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e/ou Termo de Consentimento para Uso de Dados, quando apropriado.

Resultados: devem ser descritos em sequência lógica. Quando forem apresentados em tabelas e ilustrações, o texto deve complementar e não repetir o que está descrito nestas.

Discussão: deve conter a comparação dos resultados com a literatura representativa, atualizada, e a interpretação dos autores apontando o avanço do conhecimento atual. A discussão poderá ser apresentada juntamente com os resultados quando se tratar de artigos originais resultantes de estudos com abordagens qualitativas.

Conclusões ou Considerações Finais: devem destacar os achados mais importantes na perspectiva dos objetivos do estudo, comentar as limitações e as implicações para novas pesquisas e para o corpo de conhecimento na área de Enfermagem e da Saúde, considerando o ensino, pesquisa, assistência e gestão.

Referências: devem ser apresentadas no máximo 20 referências para os artigos originais e 15 para os artigos de reflexão. Não há limite de referências para as revisões sistemáticas e as revisões integrativas. As referências, de abrangência nacional e internacional, devem ser atualizadas (últimos três a cinco anos), sendo aceitáveis fora desse período no caso de constituírem referencial primário ou clássico sobre um determinado assunto. No caso de teses e dissertações, recomenda-se que sejam citados, preferencialmente, os artigos oriundos das mesmas.

Devem ser digitadas em espaço simples e separadas por um espaço simples. Utiliza-se nessa seção o título “Referências” e não “Referências bibliográficas”. A lista de referências deve ser composta por todas as obras citadas, numeradas de acordo com sua ocorrência no corpo do texto. Deve-se utilizar o estilo de referências *Vancouver*, do *International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE)*, atualizado em 2013, disponível em: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html, e adaptado pela RGE (cf. exemplos de referências). Os títulos dos periódicos devem ser abreviados de acordo com o *NLM Catalog: Journals referenced in the NCBI Databases*, disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>. Para os periódicos que não se encontram neste *site*, poderão ser utilizadas as abreviaturas do Catálogo Coletivo Nacional de Publicações Seriadas (CCN), do IBICT, disponível em: <http://ccn.ibict.br/busca.jsf> e o Portal de Revistas Científicas em Ciências da Saúde da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), disponível em: <http://portal.revistas.bvs.br>.

Citações: devem ser apresentadas no texto de acordo com o sistema numérico, com os números correspondentes entre parênteses e sobrescritos, sem espaço entre a palavra e o número da citação e precedendo o ponto final. Nas citações não deve ser mencionado o nome dos autores, excluindo-se expressões como: “segundo...”, “de acordo com...”. Quando se tratar de citação sequencial, os números devem ser separados por hífen e, quando intercaladas, devem ser separados por vírgula. Em caso de transcrição de palavras, frases ou parágrafos com palavras do autor (citação direta), devem-se utilizar aspas iniciais e finais na sequência do texto. Recomenda-se a utilização criteriosa desse recurso, de acordo com a norma da ABNT NBR 10520/2002 (Informação e Documentação – Citações em documentos – Apresentação).

Exemplos:

Pesquisas apontam que...⁽¹⁻⁴⁾.

Alguns autores acreditam que...^(1,4-5).

“[...] e nos anos seguintes o mesmo se repetiu”⁽⁷⁾.

Os manuscritos ainda podem conter:

Depoimentos: frases ou parágrafos ditos pelos sujeitos/participantes da pesquisa. Não utilizar aspas, e observar a seguinte estrutura: recuo do parágrafo (1,25 cm), fonte tamanho 11, em itálico, espaçamento simples, com sua identificação entre parênteses, codificadas a critério do(s) autor(es), e separadas entre si por um espaço simples. Supressões devem ser indicadas pelo uso das reticências entre colchetes “[...]”, e as intervenções dos autores ao que foi dito pelos participantes do estudo devem ser apresentadas entre colchetes.

Ilustrações: no máximo de **cinco** (gráficos, quadros e tabelas), em preto e branco, conforme as especificações a seguir:

- **Gráficos e quadros:** apresentados conforme a norma da ABNT NBR 6022/2003 (Informação e documentação – Artigo em publicação periódica científica impressa – Apresentação);

- **Tabelas:** devem ser apresentadas conforme IBGE – Normas de Apresentação Tabular, disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>;

- **Demais ilustrações:** apresentadas conforme a norma da ABNT NBR 6022/2003 (Informação e documentação – Artigo em publicação periódica científica impressa – Apresentação).

Símbolos, abreviaturas e siglas: conforme a norma da ABNT NBR 6022/2003 (Informação e documentação – Artigo em publicação periódica científica impressa – Apresentação).

Utilizar negrito para destaque e itálico para palavras estrangeiras.

Deve ser evitada a apresentação de apêndices (elaborados pelos autores) e **anexos** (elaborados a partir de materiais publicados por outros autores).