

FACULDADE IBGEN – INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO DE NEGÓCIOS
MBA EM GESTÃO PÚBLICA

ESTUDO DE VIABILIDADE DE IMPLANTAÇÃO DE UM CAPS AD
EM PORTO ALEGRE

MÔNICA KRANEN

PORTO ALEGRE / RS

JUNHO / 2008

MÔNICA KRANEN

**ESTUDO DE VIABILIDADE DE IMPLANTAÇÃO DE UM CAPS AD
EM PORTO ALEGRE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Pós Graduação em MBA em Gestão
Pública da Faculdade IBGEN, como requisito
parcial à obtenção do título de Especialista.

Orientadora Metodológica:
Professora Ms. Rita Maria Silvia Carnevale

PORTO ALEGRE / RS

JUNHO / 2008

Aos Trabalhadores da Saúde Mental, que por sua **paixão** e **esperança** lutaram por condições mais humanas para o atendimento dos portadores de transtornos mentais e que seguem, até o dia de hoje, dando tudo de si, independente das condições oferecidas, para fazer de seu **sonho** de trabalho, uma **realidade**.

AGRADECIMENTOS

Aos meus filhos Gabriel, Thomaz e Lucía, pela compreensão em relação aos momentos em que “não estive”.

Ao meu marido Fabián por todo o apoio, estímulo, compreensão e ajuda, tomando para si todo o possível, o que me permitiu em vários momentos “não estar”.

Aos professores, orientadores e colegas que com suas atitudes e posturas me lançaram o desafio de chegar até aqui.

“Quando não houver saída
Quando não houver mais solução
Ainda há de haver saída
Nenhuma idéia vale uma vida.
Quando não houver esperança
Quando não restar nem ilusão
Ainda há de haver esperança
Cada um de nós algo de uma criança.
Enquanto houver sol
Enquanto houver sol
A vida haverá “.

Titãs

LISTA DE ABREVIATURAS

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS I – Atende população adulta em municípios de até 70.000 habitantes, funciona de segunda a sexta-feira das 8 as 18 horas

CAPS II – Atende população adulta em municípios de até 200.000 habitantes, funciona de segunda a sexta-feira das 8 as 18 horas

CAPS III – Atende população adulta em municípios com mais de 200.000 habitantes, funciona todos os dias 24 horas

CAPS i – Atende população infantil, funciona de segunda a sexta feira das 8h às 18 horas

CAPS AD – Atende população dependente química, funciona de segunda a sexta-feira das 8 as 18 horas

CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas

CID – Código Internacional de Doenças

DQ – Dependência Química

EP – Emergência Psiquiátrica

GHC – Grupo Hospitalar Conceição (Federal)

HCPA – Hospital de Clínicas de Porto Alegre (Universidade Federal)

IH – Internação Hospitalar

MS – Ministério da Saúde

MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

OMS – Organização Mundial da Saúde

PSF – Programa de Saúde da Família

SM – Saúde Mental

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SNC – Sistema Nervoso Central

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

RESUMO

As Emergências Psiquiátricas, com a implantação do SUS e da Reforma Psiquiátrica, sofreram uma grande mudança no seu papel. Inicialmente, muitas vezes o único local de atendimento e acompanhamento do transtorno mental de muitos usuários, para posteriormente transformar-se na porta de entrada de uma Rede de Serviços substitutivos à Internação Hospitalar – a Rede de Serviços em Saúde Mental. A partir disto as EP's assumem um caráter avaliador, triador e de diagnóstico inicial das necessidades em atendimento da população. Podem, e devem, servir de indicador aos Gestores locais, das demandas a serem atendidas e das necessidades de Serviços na composição da Rede de SM. Analisando-se tendências nacionais, percebe-se da necessidade de instalação de Serviços Especializados no atendimento à Dependência Química, como forma de reduzir custos com a Internação Hospitalar e o desafogamento das Emergências Psiquiátricas.

Palavras chaves: Política de Saúde Mental. Rede de Serviço em SM. CAPS AD. Mudança da demanda da EP.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 TEMA DE PESQUISA.....	10
1.2 DELIMITAÇÃO DO TEMA DE PESQUISA	10
1.3 JUSTIFICATIVA	10
1.4 OBJETIVOS.....	11
1.4.1 Objetivo Geral	11
1.4.2 Objetivos Específicos.....	11
1.5 ESTUDO DE CASO	12
2 REFERENCIAL TEÓRICO	13
2.1 A SAÚDE NO BRASIL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA	13
2.2 A DEPENDÊNCIA QUÍMICA.....	15
2.3 POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL E MUDANÇAS NA DEMANDA DOS SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA.....	18
3 DEMANDAS EM SAÚDE MENTAL NA CIDADE DE PORTO ALEGRE	20
3.1 A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE.....	20
3.2 DEFICIÊNCIAS NO ATENDIMENTO À DEPENDÊNCIA QUÍMICA	20
3.2 EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA CRUZEIRO DO SUL – UM RETRATO DA REALIDADE	21
4 CONCLUSÕES.....	22
REFERÊNCIAS	23
APÊNDICES	25

1 INTRODUÇÃO

A partir da promulgação das Leis Estadual e Federal da Reforma Psiquiátrica ocorre uma mudança no modelo assistencial em Saúde Mental – do hospitalocêntrico ao psicossocial ou do disciplinar ao transdisciplinar – envolvendo o desenvolvimento de uma Rede de Serviços substitutivos, uma Rede de cuidados em Saúde Mental.

Surge, então, a necessidade de, frente a essa mudança de paradigmas, repensar e planejar a nova forma de trabalho das equipes de saúde, baseadas em conceitos como hierarquização e territorialização, níveis de complexidade e especialização, para atender as demandas em SM da população.

Fica claro, então, como é complexo o processo de planejamento e construção de uma política pública no município e o quanto o entrelaçamento entre as diretrizes e legislação, produções teóricas e as condições de sustentabilidade local para a implantação de serviços na área pública, exigem estratégias políticas e técnicas.

Tem-se percebido, ao longo dos anos, em várias cidades brasileiras, incluindo Porto Alegre, que as emergências psiquiátricas têm tido papel fundamental na identificação dessas demandas bem como das fragilidades da Rede, e deveriam servir, justamente, de subsídio técnico para embasar a Política dos Municípios e as estratégias de implantação de Serviços.

Através deste estudo de caso analisou-se a realidade das EP's em quatro municípios do interior do estado de São Paulo (Araraquara, São Carlos, Ferraz de Vasconcelos e Franco da Rocha), municípios estes que não contam com uma Rede de Serviços em SM estruturada, e outros dois municípios (Ribeirão Preto e Rio de Janeiro) que já contam com uma boa Rede de Serviços.

Observou-se que a EP de um município que conta com uma boa Rede cumpre com seu papel de avaliadora inicial, triadora e de porta de entrada para esta Rede através dos encaminhamentos, além de diminuir significativamente o número de Internações Hospitalares. Com a ausência desta Rede, a EP torna-se, muitas vezes, o próprio e único local de tratamento para a população e não possui, portanto, outra opção a não ser daí o encaminhamento para a Internação Hospitalar.

Porém, com o aumento dos atendimentos por DQ, constatou-se uma deficiência em Serviços Especializados para dar conta desta demanda de uma forma geral no país como um todo. Inclusive municípios possuidores de uma rede de serviços em SM estruturada, carecem dos CAPS AD.

Porto Alegre não se encontra em situação distinta a municípios como Ribeirão Preto e Rio de Janeiro. Possui uma boa rede que possibilitou uma diminuição no número de internações hospitalares e mostrou-se capaz de absorver os usuários a ela encaminhados pela EP.

Porém, os dados demonstram que a procura pela EP tem aumentado significativamente e é alarmante constatar que, metade das indicações de internação numa emergência em SM são para DQ.

Os laudos emitidos para internação de DQ aumentaram a tal ponto, obrigando o Município, inclusive, a comprar inúmeras vagas em clínicas particulares. Espera-se que este trabalho sirva de alerta aos que elaboram projetos em política de saúde mental no município e que possa servir de base para a implementação de serviços ambulatoriais extremamente necessários na rede da cidade de Porto Alegre como os CAPS AD.

1.1 TEMA DE PESQUISA

Estudo de viabilidade de implantação de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

1.2 DELIMITAÇÃO DO TEMA DE PESQUISA

Estudo de viabilidade de implantação de um CAPS AD na cidade de Porto Alegre – RS.

1.3 JUSTIFICATIVA

Tendo em vista o crescente número de atendimentos no Plantão/Emergência de Saúde Mental, bem como do número de internações hospitalares, de adultos jovens e adolescentes por uso abusivo e dependência de álcool e/ou outras drogas, faz-se necessária a implantação de uma rede de serviços em Saúde Mental especializada em atender a esta nova demanda. Nos

últimos dois anos, aproximadamente 48% dos atendimentos são de patologias associadas à dependência química e, destes, 77% encontram-se na faixa etária de 10 a 40 anos, o que representa uma perda, por incapacitação temporária e, por vezes definitiva, do potencial de uma população jovem, em idade produtiva, além dos gastos cada vez maiores, por parte do Município, na internação hospitalar destes sujeitos e nas perdas que a dependência química ocasiona em termos das contribuições econômicas e sociais dos mesmos a sua cidade.

Considerando-se esse aumento na demanda de atendimento da Dependência Química e, constatando-se da existência de um único CAPS AD no município de Porto Alegre e que não pertence à Rede de Serviços próprios da Secretaria Municipal de Saúde, fica clara a urgente necessidade da implantação de, no mínimo, um CAPS AD no âmbito do Município.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo Geral

Realizar um estudo de viabilidade de implantação de um CAPS AD no município de Porto Alegre a partir de uma avaliação da demanda existente e dos benefícios obtidos com o mesmo a curto, médio e longo prazo refletidos no perfil dos atendimentos na Emergência Psiquiátrica e das Internações Hospitalares.

1.4.2 Objetivos Específicos

Analisar os indicadores de atendimento da dependência química nos serviços de emergência e nas internações hospitalares, verificando o percentual que esta demanda representa, atualmente, na demanda de atendimento da rede especializada de saúde mental no município de Porto Alegre.

Estabelecer uma relação custo x benefício onde possa ficar claro o investimento necessário para a implantação de um CAPS AD.

Comparar dados e estudos de demanda realizados em outros Municípios e Estados do país e analisar a relação entre a implantação dos CAPS e as mudanças ocorridas nos atendimentos dos Serviços de Urgência e nas Internações Hospitalares.

1.5 Estudo de caso

O método de pesquisa a ser utilizado e o de um estudo de caso, que trabalhará com os levantamentos estatístico quanto ao número atual de atendimentos da Rede de Serviços de Saúde Mental do Município de Porto Alegre a Dependência Química, percentual que este representa, necessidade de internações e possíveis custos sociais dos mesmos.

Trabalhará, também, com uma descrição da Dependência Química enquanto doença e seus traços incapacitadores, prejuízos no amplo sentido e custos da mesma para um município como Porto Alegre, traçando um comparativo com Municípios dos Estados do Rio de Janeiro e São Paulo onde realizou-se um levantamento quantitativo e qualitativo dos atendimentos nos Plantões de Saúde Mental e Internações, relacionando os mesmos com a existência ou não de uma Rede de Atendimento e conseqüente Política Pública nos Municípios. Tentaremos, posteriormente, comprovar da viabilidade de instalação de um CAPS AD considerando-se um ganho a relação de investimento financeiro realizado versus benefícios obtidos com o atendimento especializado da doença.

Ou seja, trabalhara numa linha propositiva de implantação de um Serviço comprovando que, através de uma política específica de atenção, de determinadas ações, através de investimento orçamentário se obterão resultados e se causará o impacto social desejado por um gestor da política pública.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A SAÚDE NO BRASIL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA

Para dar sustentação teórica ao estudo, vamos nos fundamentar na Reforma Psiquiátrica no Brasil e no conceito de desinstitucionalização.

A Reforma Psiquiátrica no Brasil não é uma discussão recente, faz parte de um cenário que data desde a década de 60, quando era consenso geral que a assistência psiquiátrica brasileira era de má qualidade.

Este processo que atingiu seu ápice no final da década de 1980 foi denominado de Reforma Psiquiátrica Brasileira. Conforme Delgado (1992), a Reforma Psiquiátrica é uma expressão imprecisa, e tem sido usada como recurso para designar o conjunto de modificações recentes que vêm sendo produzidas, a partir do final da década de 1970, das relações discursivas que se vêm estabelecendo entre a Psiquiatria e demais disciplinas de saúde, do campo social, das instituições e dos movimentos sociais.

A década de 70 foi marcada pelas lutas de redemocratização do país, o que proporcionou o aparecimento de vários movimentos sociais e, entre eles, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental – MTSM – como rede informal que objetivava organizar núcleos voltados às lutas contra o modelo asilar – mais tarde, denominado de Movimento Nacional da Luta Antimanicomial.

Assim, no final da década de 1970, surge o MTSM buscando iniciativas e formulações das Políticas de Saúde no subsetor de saúde mental, a fim de reformular a assistência psiquiátrica. Para Amarante (1995), não existe dúvida que este foi o marco da Reforma Psiquiátrica brasileira de onde emergiram as propostas de reformulação do sistema assistencial, no qual se consolida o pensamento crítico ao saber psiquiátrico.

Na década de 1980, o processo de redemocratização deu-se com a eleição direta de governantes estaduais e possibilitou que setores progressistas assumissem a condução de políticas públicas de saúde.

Nesse contexto, emergiram propostas dos trabalhadores em Saúde Mental que faziam críticas a prática e ao saber psiquiátricos clássicos, a função tutelar e segregadora da intervenção psiquiátrica e ao aparato manicomial (BARROS, 1996). Esta configuração da

conjuntura política na primeira metade de 1980 impulsionou toda a organização em torno da criação do Sistema Único de Saúde – SUS.

Para falarmos em saúde, faz-se necessário, portanto, discorrer acerca de temas e palavras-chaves que fundamentam o nosso “saber” e a nossa prática diária, contidas nas Leis 8080/1990 e 8142/1990 que instituem o SUS (Sistema Único da Saúde) no Brasil, previsto na Constituição Federal de 1988. Segundo elas a “[...] saúde é direito de todos e dever do Estado”.

Este sistema alicerça-se nos princípios de acesso universal, público e gratuito às ações e serviços de saúde; integralidade das ações, cuidando do indivíduo como um todo; equidade, como dever de atender igualmente o direito de cada um, respeitando suas diferenças; descentralização dos recursos de saúde, garantindo cuidado de boa qualidade o mais próximo dos usuários que dele necessitam, introduzindo, então, uma nova lógica, a da territorialização.

Um País, um estado, uma cidade, uma vila, um vilarejo são recortes de diferentes tamanhos dos territórios que habitamos. Território não é apenas uma área geográfica, embora esta seja importante para caracterizá-lo, fundamentalmente, é constituído pelas pessoas que nele habitam, com seus interesses, seus conflitos, suas instituições e seus cenários. Diz-se da política como a ciência de organizar e governar as ações em Saúde Mental em um País, Estado ou Município.

No Brasil, a Lei n. 10.216 de 6 de Abril de 2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais (Lei da Reforma Psiquiátrica) e a Portaria 336/GM de 19 de Fevereiro de 2002, redirecionam o modelo assistencial em saúde mental deslocando o centro do cuidado para fora do hospital, em direção à comunidade, ao território. Cria-se, assim, a atual Política de Saúde Mental que define normas e diretrizes para a organização de uma Rede de Serviços que prestam assistência em saúde mental. É essa noção de território que busca organizar uma REDE de atenção as pessoas que sofrem com transtornos mentais. Para construir esta REDE, todos os recursos afetivos (família, amigos, etc.), sanitários (serviços de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, etc), econômicos (dinheiro, previdência, etc.), culturais, religiosos e de lazer estão convocados para potencializar as equipes de saúde nos esforços de cuidado e reabilitação psicossocial.

A rede de saúde mental constitui-se da Rede Básica de Saúde, Ambulatórios Especializados, CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), Emergências Psiquiátricas e Hospitais.

Os CAPS deverão assumir seu papel estratégico na articulação e no tecimento dessas redes, tanto cumprindo suas funções na assistência direta e na regulação da rede de serviços

de saúde, trabalhando em conjunto com as equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, quanto na promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, articulando os recursos existentes em outras redes: sócio-sanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas, empresas, etc. Os CAPS, assumindo um papel estratégico na organização da rede comunitária de cuidados, farão o direcionamento local das políticas e programas de Saúde Mental: desenvolvendo projetos terapêuticos e comunitários, dispensando medicamentos, encaminhando e acompanhando usuários que moram em seu território. Para pacientes cujo principal problema é o uso prejudicial de álcool e outras drogas passam a existir, a partir de 2002, os CAPSad.

Os CAPSad devem oferecer atendimento diário a pacientes que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, também chamados de substâncias psicoativas, permitindo o planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada de evolução contínua. Possibilita ainda intervenções precoces, limitando o estigma associado ao tratamento. Assim, a rede proposta se baseia nesses serviços comunitários, apoiados por leitos psiquiátricos em hospital geral e outras práticas de atenção comunitária (ex: internação domiciliar, inserção comunitária de serviços), de acordo com as necessidades da população-alvo dos trabalhos.

2.2 A DEPENDÊNCIA QUÍMICA

As substâncias psicoativas são classificadas em três níveis que alteram o Sistema Nervoso Central – SNC, as drogas depressoras (diminuem a atividade do cérebro); as estimulantes (aumentam a atividade do cérebro) e as perturbadoras (desordenam as atividades cerebrais). São aquelas que administradas em qualquer organismo vivo, são capazes de modificar as funções fisiológicas ou de comportamento (DELGADO, 1992).

Estudos realizados sobre um breve histórico das substâncias psicoativas descrevem que, entre as drogas classificadas como depressoras do SNC, o consumo de álcool pelo ser humano data de aproximadamente 6000 a.C. Registros arqueológicos revelam que um jarro de cerâmica descoberto no norte do Irã com resíduos de vinho resinado é a evidência mais antiga da bebida alcoólica. A noção de álcool como uma substância divina, encontrada na mitologia pode ter sido um dos fatores responsáveis pela manutenção do hábito de beber ao longo do tempo. O ópio, classificado também como depressor, foi descoberto pelos povos na Mesopotâmia em 3.500 a.C., nome dado por eles à papoula que pode ser traduzido por “Flor

do Prazer”. Os tranqüilizantes/ansiolíticos descobertos no começo do século XX, foram substituídos mais tarde, a partir da nova descoberta, pelos benzodiazepínicos e barbitúricos, classificados como drogas lícitas depressoras (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL..., 1993).

Das drogas estimulantes do SNC, a mais antiga é a folha de coca descoberta cerca de 3000 a.C, costumeiramente mastigada na América do Sul, conhecida como coca ou epadu, nome dado pelos índios; atualmente denominada de cocaína, produzida em forma de pó para ser inalada. O tabaco começou a ser utilizado aproximadamente no ano 1000 a.C, nas sociedades indígenas da América Central, em rituais mágicos e religiosos. As anfetaminas, drogas usadas em regimes, e o MDMA (metilondioximetanfetamina), princípio ativo do Ecstasy, droga sintética produzida em laboratório, foram descobertas em 1912 pela indústria farmacêutica alemã Merck. Já o crack, derivado da planta de coca, é resultante da mistura de cocaína, bicarbonato de sódio ou amônia e água destilada, resultando em grãos que são fumados em cachimbos. O surgimento do crack se deu no início da década de 80, o que possibilitou seu fumo foi a criação da base de coca batizada como livre (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL..., 1993).

As principais drogas perturbadoras do SNC são: a maconha e o LSD25 (dietilamida do ácido lisérgico). A maconha foi usada desde 5000 a.C pelos chineses e aproximadamente 2000 a.C pelos hindus, mesopotâneos, gregos e indianos, para fins medicinais ou como fonte de prazer e coragem. O LSD 25, droga sintética, foi criada em 1938 pelo químico suíço Albert Hofman, que por meio de uma ingestão acidental em 1943, descobre o efeito da mais potente droga alucinógena (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL..., 1993).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) ao definir a dependência química estabeleceu conceitos que constam na 10ª Revisão da CID (CEBRID, 2002) e classifica a dependência química como Transtornos Mentais e de Comportamento. No curso da preparação do capítulo sobre transtorno mental da CID – 10, alguns temas foram de grande interesse para debate, visando criar padrões básicos e confiáveis de conduta para se traçar um diagnóstico com uma linguagem comum. Foram levantados fatores de consenso:

- a) comprometimento: perda ou anormalidade de estrutura ou função, manifestado psicologicamente por interferência em funções mentais como memória, atenção e reações emotivas;
- b) incapacidade: restrição ou falta de capacidade de desempenhar uma atividade de maneira ou dentro do limite considerado normal para um ser humano;

- c) prejuízo: desvantagem para um indivíduo, que impede ou limita o desempenho de um papel que é normal para aquele indivíduo.

Dentro da lista de categorias da CID – 10 os transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas estão relacionados nos códigos de F10 a F19. Estas caracterizações dos diagnósticos como transtornos são importantes para estabelecer informações básicas e seguras de que a dependência química não é uma deficiência de caráter, e, nos permite uma avaliação mais precisa, livre de conceitos simplistas, preconceituosos e moralistas, bem como atualizar profissionais da área acerca das inovações conceituais para auxiliá-los a traçar o melhor programa terapêutico e/ou de reinserção social.

Os transtornos ocasionados pelo uso de substâncias psicoativas aumentam a cada ano e estudos e pesquisas realizados no país sinalizam que o uso indevido de drogas está se tornando cada vez mais presente na vida cotidiana dos cidadãos, atingindo, crescentemente, o jovem. Suas dimensões e conseqüências ultrapassam aquelas imaginadas há dez ou vinte anos atrás, constituindo um grave problema de saúde pública que exige uma ampliação de recursos de toda ordem, principalmente nas áreas de prevenção, tratamento e reinserção social.

No que se refere às internações, o álcool responde por 90% delas. Segundo levantamento do CEBRID (6) houve um aumento de 4,7% para 15,5% na proporção das internações provocadas pela dependência de outras drogas, sendo a maconha a primeira colocada (6,95%), seguida pelos solventes (5,85%), cocaína (4,6%), anorexígenos (4,35%), benzodiazepínicos (3,35%), estimulantes (1,5%) e heroína (0,1%) (BRASIL, 2004).

A dependência química atinge indistintamente homens e mulheres de todos os níveis sociais e econômicos – independente de idade, grupo étnico, nível de instrução e de profissionalização – afetando as sociedades em todos os seus setores. Seus efeitos podem ser detectados nos crescentes gastos com tratamento médico e internação hospitalar, no número de mortes prematuras, no crescimento nos índices de acidentes de trânsito, de acidentes de trabalho e de violência urbana e, ainda, na perda de produtividade dos trabalhadores. Os custos de tratamento oneram famílias e o sistema de saúde. Assim, a cada ano, o uso abusivo de drogas custa ao Brasil 7,9% do Produto Interno Bruto – PIB – em tratamento médico, perda de produtividade e acidentes que equivalem a 48 bilhões de dólares, segundo estimativa da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, no ano de 2001 (ARAÚJO FILHO, 2007). Além disso, o abuso de drogas afeta não somente o próprio usuário, mas também todos a sua volta, na família e sociedade, inviabilizando também, o bom relacionamento profissional e conseqüentemente sua capacitação e atuação. Frequentemente eleva o absentismo das

instituições, acarretando déficit na capacidade produtiva, organização do trabalho e na relação custo/benefício (ARAÚJO FILHO, 2007).

2.3 POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL E MUDANÇAS NA DEMANDA DOS SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA

Durante as três últimas décadas, os Serviços de Emergência Psiquiátrica foram fortemente influenciados por mudanças ocorridas nas Políticas de Saúde Mental, como a desinstitucionalização dos pacientes psiquiátricos e o desenvolvimento de Serviços extra-hospitalares.

Frente a estas mudanças, a Emergência Psiquiátrica reestruturou-se para se adaptar às novas demandas, ampliando suas funções. Além de proporcionar suporte psicossocial, passou também a triar casos de internação e a intervir em quadros agudos, estabilizando ou iniciando o tratamento e encaminhando o paciente para a Rede.

A instalação de outros tipos de Serviço de Saúde Mental pode oferecer suporte adequado a determinadas categorias de pacientes, diminuindo o uso da emergência. Isso pode ser um estímulo para novas estratégias para aumentar a continência de pacientes psiquiátricos graves, que são os principais usuários da Emergência Psiquiátrica. Pode-se, portanto, afirmar que a EP estando efetivamente inserida na Rede pública, mantém-se como porta de entrada para internação integral, atendimento exclusivo da urgência, além da função de triagem, investigação diagnóstica e estabelecimento inicial do tratamento direcionado à Rede.

Nos estudos realizados em quatro cidades de São Paulo (Araraquara, São Carlos, Ferraz de Vasconcelos, Franco da Rocha e Ribeirão Preto) e na cidade do Rio de Janeiro, procurou-se verificar, por meio da frequência tanto de internação como de consultas ambulatoriais, se a existência de Serviços de Saúde Mental, e, em particular, dos Hospitais Psiquiátricos, poderia estar modificando o perfil da clientela atendida.

Considerando-se as cidades estudadas, observa-se em Ribeirão Preto e Rio de Janeiro, ao contrário de Araraquara, São Carlos, Ferraz de Vasconcelos e Franco da Rocha, a existência de uma Rede de Serviços de Saúde Mental melhor estruturada. Esta Política de diminuição do número de leitos de internação psiquiátrica e criação de serviços ambulatoriais de saúde mental, bem como no aumento da capacidade dos já existentes, levou a uma diminuição no número de internações em 64,6%.

Atualmente, em ambas as cidades, do número de atendimentos na Emergência Psiquiátrica, somente 20% é encaminhado para internação e 60% é encaminhado para tratamento na Rede.

Nos outros quatro Municípios Paulistas, percebe-se, pela falta da existência de uma Rede de Serviços em Saúde Mental estruturada e inexistência dos CAPS, a Emergência Psiquiátrica mantém-se como principal lugar de atendimento dos transtornos mentais (APÊNDICE Sp7). Observa-se o retorno à Emergência como principal conduta/encaminhamento adotado, a internação como segunda opção, outros Serviços (Rede) como terceira e a alta por último. (APÊNDICE Sp3)

Entre os diagnósticos atribuídos aos usuários, percebe-se, justo pela falta de Serviços de Saúde Mental, ainda uma alta incidência da Psicose e Neuroses (APÊNDICE Sp2), e, especificamente em Ferraz de Vasconcelos e Franco da Rocha onde o índice de internações é o mais alto do que em Araraquara e São Carlos, a alta incidência da dependência química (APÊNDICE Sp4) e (APÊNDICE Sp5).

No que se refere ao diagnóstico em atendimento nas Emergências Psiquiátricas e nas Internações Hospitalares, percebe-se, no geral, como maior causa o uso de substâncias psicoativas (APÊNDICE Graf A), e, em todos os Municípios, a faixa etária mais atendida é a de adultos jovens, entre 21 e 40 anos de idade (APÊNDICE Sp1).

Tais indicadores tão somente confirmam as estatísticas apresentadas pelo Ministério da Saúde de que 3% da população geral sofre ou sofrerá um dia de transtornos mentais severos e persistentes e 6% desta mesma população apresenta transtornos psíquicos graves decorrentes do uso/abuso do álcool e outras drogas

Esta estatística e a constatação de tal realidade nas Emergências Psiquiátricas e Internações Hospitalares (APÊNDICE Graf B) tem sua causa claramente apontada no mapeamento dos Serviços de Saúde Mental, mais especificamente os CAPS – responsáveis pelo atendimento da crise e evitação da internação – no território Nacional, também fornecido pelo Ministério da Saúde (APÊNDICE Graf C).

3 DEMANDAS EM SAÚDE MENTAL NA CIDADE DE PORTO ALEGRE

3.1 A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) é o órgão gestor do SUS em Porto Alegre, que tem como atribuições coordenar os serviços, as ações e políticas de saúde na cidade. Estabelece ações integradas e intersetoriais com outros setores públicos e privados das esferas municipal, estadual e federal.

A Equipe da SMS compõe-se pelo Secretário e seu Gabinete, Assessoria de Planejamento (ASSEPLA), Coordenação da Rede Básica (CRABS), Vigilância em Saúde (CGVS), Gerência de Regulação dos Serviços (GRSS), Apoio Técnico/Administrativo (CGATA), Administração e Desenvolvimento dos Servidores da Saúde (CGDSS), Administração financeira/Orçamentária (CGAFO), Assessoria Jurídica e Assessoria de Comunicação. A SMS possui: 117 UBS, 08 Centros de Saúde, 02 Hospitais e 84 PSF's.

No que se refere à Rede de SM existem : 4 CAPS II (2 deles não próprios), 2 CAPS I (1 não próprio), 1 CAPS AD (não próprio), 7 Ambulatórios de SM Adulto, 2 Ambulatórios de SM Infância, 1 EP, 01 Residencial Terapêutico e 1 Oficina Terapêutica e de Trabalho/Reabilitação.

3.2 DEFICIÊNCIAS NO ATENDIMENTO À DEPENDÊNCIA QUÍMICA

Em Porto Alegre, como em outros municípios, a EP é muitas vezes, a porta de entrada do usuário na Rede de Serviços em SM. Nos últimos anos, em especial nos dois últimos anos (2006/2007), observou-se um aumento do número de atendimentos a adolescentes e adultos jovens que sofrem de algum transtorno relacionado ao uso/abuso de álcool e outras drogas.

A DQ representa hoje 48% do total de atendimentos realizados e atinge usuários na faixa dos 10 aos 40 anos de idade predominantemente, encaminhados, na sua maioria, para Internação Hospitalar devido à ausência de Serviços Especializados para tratamento na Rede.

3.2 EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA CRUZEIRO DO SUL – UM RETRATO DA REALIDADE

Analisando-se os atendimentos realizados pela EP ao longo dos anos 2006 e 2007, verifica-se uma média de 17.979 pacientes atendidos ao ano. Destes, 75,3% são inseridos na Rede de Atendimento em Saúde Mental da cidade e somente 24,7% são encaminhados para a Internação Hospitalar (APÊNDICE Graf X e Y).

A DQ representa 48% do total dos atendimentos, atinge predominantemente o sexo masculino (80%) e sujeitos com idade entre 10 e 40 anos (77%) (APÊNDICE Graf Z e M).

Considerando-se somente estes atendimentos, encontra-se um índice de encaminhamentos para internação hospitalar de 79,5%. Pode-se deduzir, portanto, que os 21,5% restantes sejam crianças, encaminhadas para o CAPS i Casa Harmonia (próprio da SMS), ou uns poucos adultos que residam especificamente na pequena região da cidade atendida pelo CAPS AD do GHC (não próprio da SMS) (graf f)

A partir desta análise de realidade, fica clara a necessidade de instalação de pelo menos mais dois CAPS AD na cidade de Porto Alegre.

Estes Serviços, inseridos na atual Rede de Serviços de SM reduziriam, conforme constatado nas cidades estudadas, o encaminhamento para a Internação Hospitalar dos casos de DQ e diminuiriam, inclusive, a busca por atendimento na Emergência Psiquiátrica.

4 CONCLUSÕES

Ao finalizar esta análise dos dados referentes aos atendimentos da EP em Porto Alegre, considerando-os como importante fonte diagnóstica das necessidades, demandas, forças e fragilidades de nossa Rede e, comparando este retrato com a realidade encontrada em outras cidades dos país, pode-se concluir que:

Porto Alegre possui, em relação a outras cidades, a mesma problemática a ser enfrentada no que se refere ao aumento dos atendimentos, em caráter de emergência, da DQ, acometendo uma população jovem e produtiva.

- a) uma Rede de Serviços estruturada dá conta de atender às necessidades em SM da população, evitando a busca pela EP e, principalmente, pela IH.
- b) Porto Alegre não difere da estatística nacional no que se refere ao número de CAPS existentes e do tipo de atendimento prestado (APÊNDICE Graf W).

Considerando-se, ainda, a estimativa do MS em relação à probabilidade de incidência de determinados transtornos mentais relacionados à DQ, e a comprovação deste quadro nos atendimentos das EP's, urge, por parte do Gestor, a adoção de uma Política de atenção à DQ e conseqüente implantação de Serviços Especializados para o tratamento da mesma (CAPS AD). Isto baseado nos conteúdos desenvolvidos nas disciplinas de Planejamento, Projetos, Gestão, Ética e, inclusive, Marketing, apontam para a necessidade de propor respostas às problemáticas apontadas pela sociedade.

Por fim, levando-se em conta a existência de um único CAPS AD, embora não próprio (GHC), localizado na região norte da cidade, propõe-se a criação de pelo menos dois Serviços mais: um na região centro da cidade e outro na região sul.

Considerando-se, ainda, a característica da região centro de abrigar um enorme contingente de moradores de rua (geralmente com diagnóstico de DQ) e ser a mesma de fácil acesso a qualquer outra região da cidade, prioritariamente deve estruturar-se nesta região, um CAPS AD.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. D. C. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica na Brasil**. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995.

ARAÚJO FILHO, Oscar Egídio. **Drogas e álcool: a quem cabe este problema?** Instituto Sorocaba:

ARNT, Ricardo. Agora as empresas brasileiras começam a descobrir os prejuízos causados pelo abuso de drogas entre seus funcionários. **Exame**, São Paulo, p. 42-56, ed. 743, jun. 2001.

BARROS, S. **O louco, a loucura e a alienação institucional: o ensino de enfermagem psiquiátrica sub judice**. 1996. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (SP), 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: o centro de atenção psicossocial**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Portaria nº 1.935**. Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Diário Oficial da União, 2004.

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS – CEBRID. **Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil**. Brasília, DF: CEBRID, UNIFESP, 2002. Estudos envolvendo as 107 maiores cidades do país.

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS – CEBRID. **Psicotrópicas**, 2003.

CORDEIRO, H. **Sistema único de saúde**. Rio de Janeiro: Ayuri Editorial, 1991.

DEL-BEM, Cristina M; MARQUES, João M A; SPONHOLZ JÚNIOR, Alcion e ZUARDI, Antonio W. Políticas de saúde mental e mudanças na demanda de serviços de emergência. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 5, out. 1999.

DELGADO, P. G. G. Reforma psiquiátrica e cidadania: o debate legislativo. **Saúde em Debate**, São Paulo, n. 35, p. 84-92, 1992.

GIRARD, Giovana. Breve história das drogas. **Galileu**, São Paulo, Especial, n. 3, p. 6-7, ago. 2003.

LANCMAN, Selma. Instituições psiquiátricas e comunidades: um estudo de demanda em saúde mental no Estado de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 13, 98-102, jan./mar. 1997.

LEI FEDERAL Nº 8666, de 21 de junho de 1993.

LEI FEDERAL Nº 10.216, de 06 de abril de 2001.

LEI FEDERAL Nº 8080, de 1990.

LEI FEDERAL Nº 8142, de 1990.

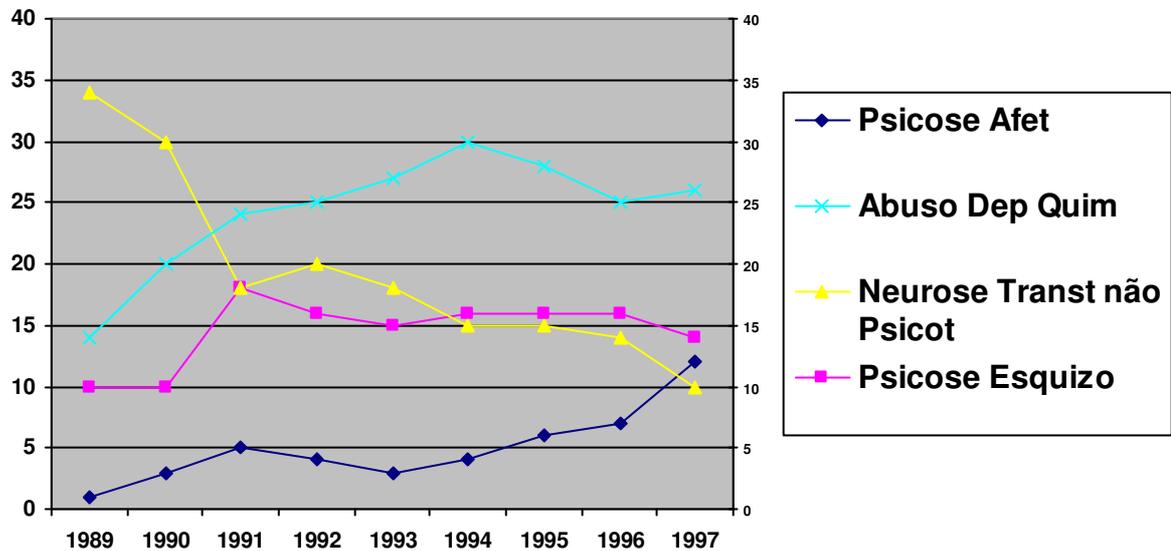
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (Coord.). Classificação de transtornos mentais e de comportamento. CID 10. **Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

PORTARIA nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002.

SEIBEL, Sergio Dario; TOSCANO JÚNIOR, Alfredo. **Dependência de drogas**. São Paulo: Ateneu, 2001.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2006, 212 p.

APÊNDICES



Graf A

DADOS REFERENTES AO USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Epidemiologia no Brasil : uso e dependência de álcool por gênero e faixa etária.

Faixa Etária	Uso na vida (%)			Dependência (%)		
	Homens	Mulheres	Média	Homens	Mulheres	Média
12-17 anos	52,2	44,7	48,3	6,9	3,5	5,2
18-24 anos	78,3	68,2	73,2	23,7	7,4	15,5
25-34 anos	85,6	67,6	76,5	20	7,1	13,5
> 34 anos	82,1	59,5	70,1	16,1	5,1	10,3
Média	77,3	60,6	68,7	17,1	5,7	11,2

Fonte : I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas, CEBRID, 2002.

Substâncias	Uso na vida (%)			Dependência (%)		
	Homens	Mulheres	Média	Homens	Mulheres	Média
Tabaco	46,2	36,3	41,1	10,1	7,9	9
Maconha	10,6	3,4	6,9	1,6	0,3	1
Solventes	8,1	3,6	5,8	*	*	0,8
Benzodiazepínicos	2,2	4,3	3,3	*	*	1,1
Cocaína	3,7	0,9	2,3	*	*	*

* Dados não apresentados pelos pesquisadores devido à baixa prevalência

Fonte : I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas, CEBRID, 2002.

Graf B

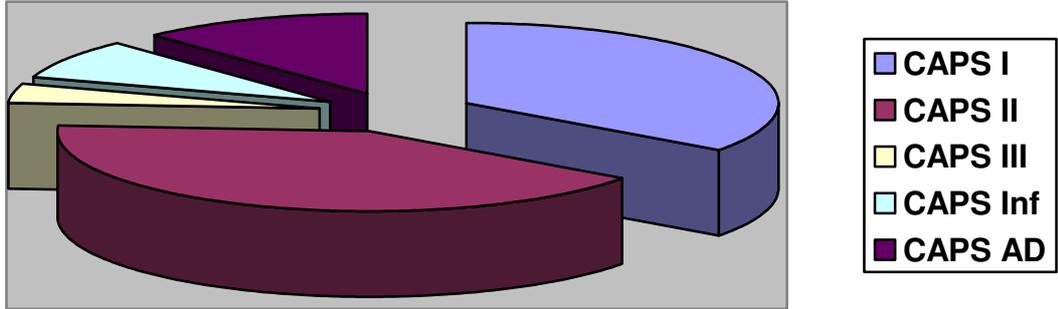


Gráfico C: Proporção de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) existentes no território nacional.

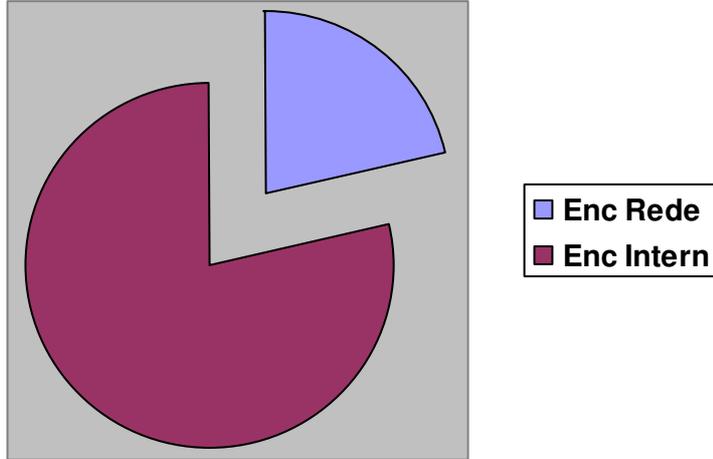


Gráfico F: encaminhamento dado ao paciente diagnosticado por DQ

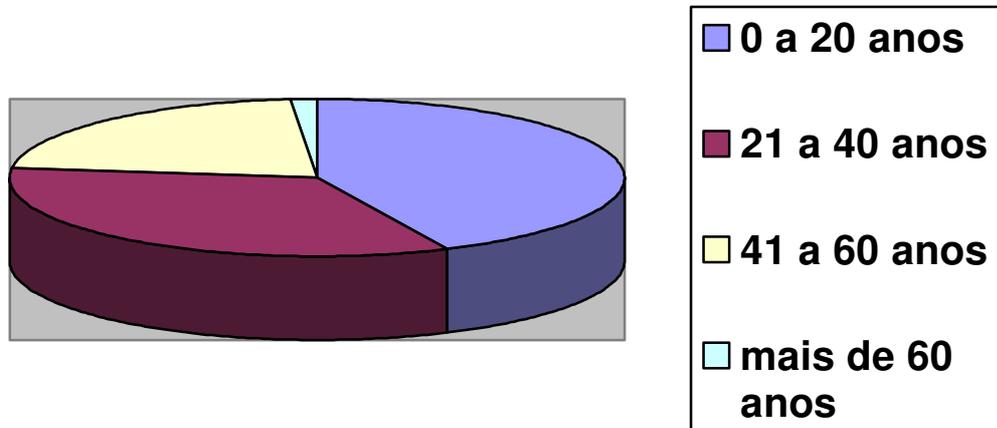


Gráfico M: Distribuição em faixas etárias dos pacientes diagnosticados com DQ

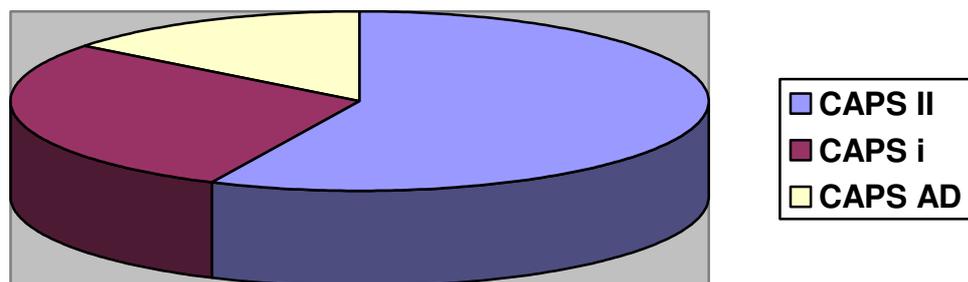


Gráfico W: Tipos de CAPS existentes em Porto Alegre

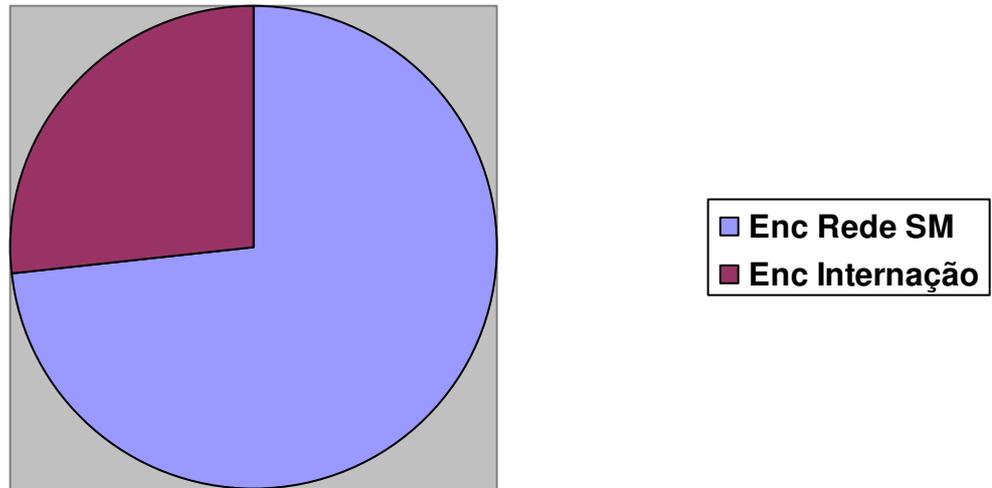


Gráfico Y: distribuição das Internações Hospitalares por Patologia

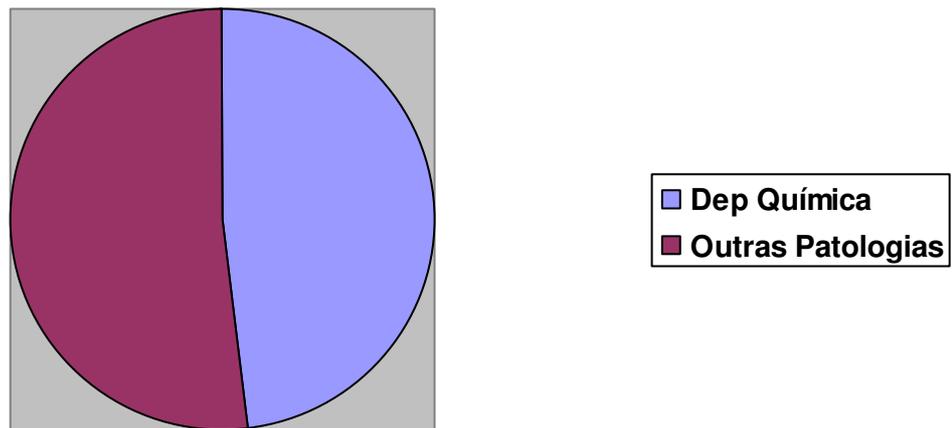
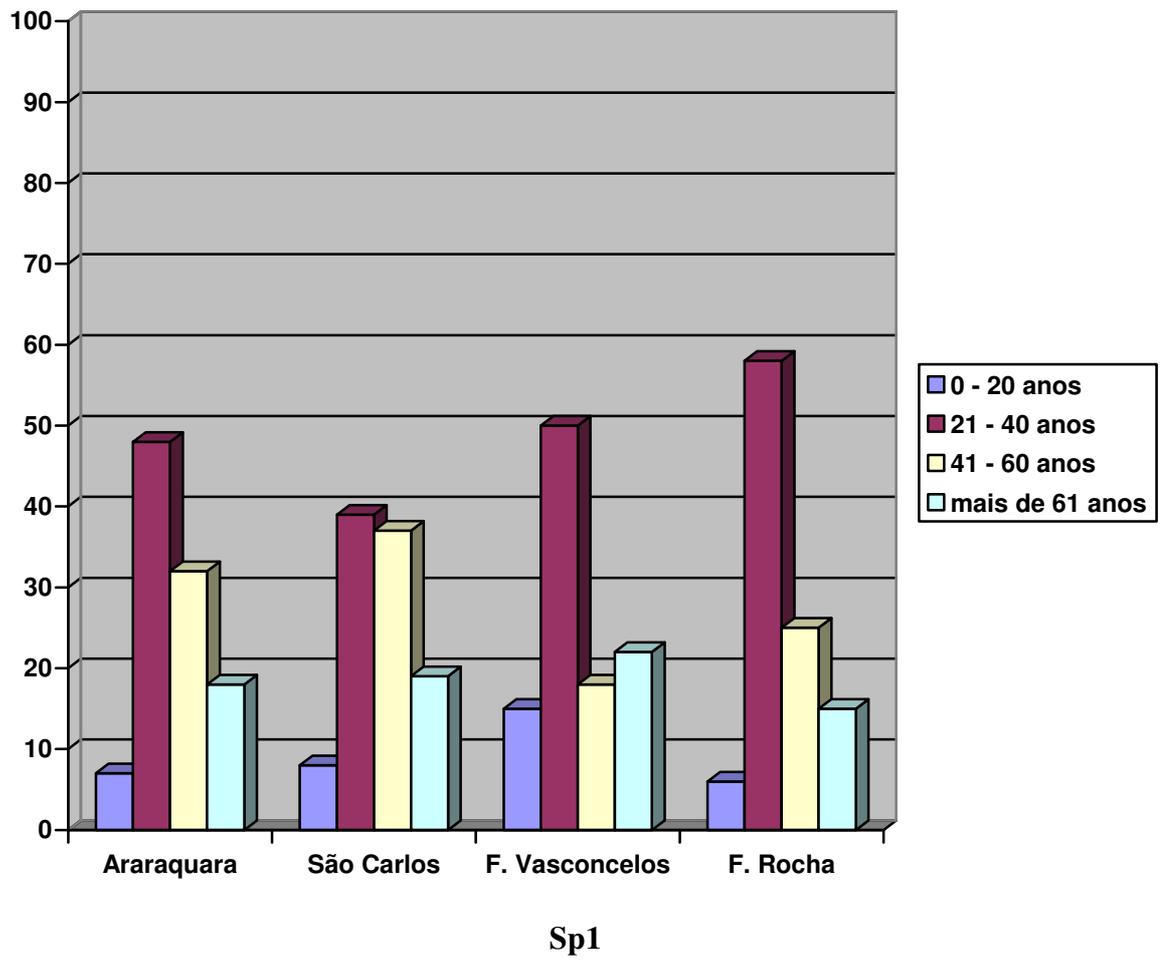
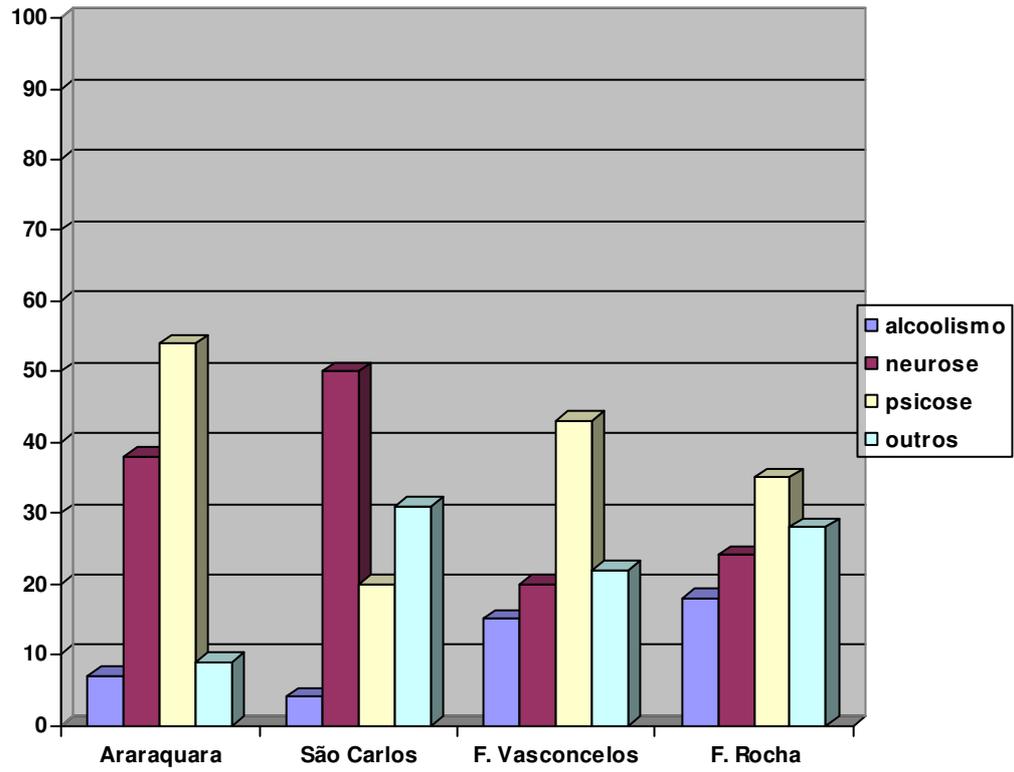
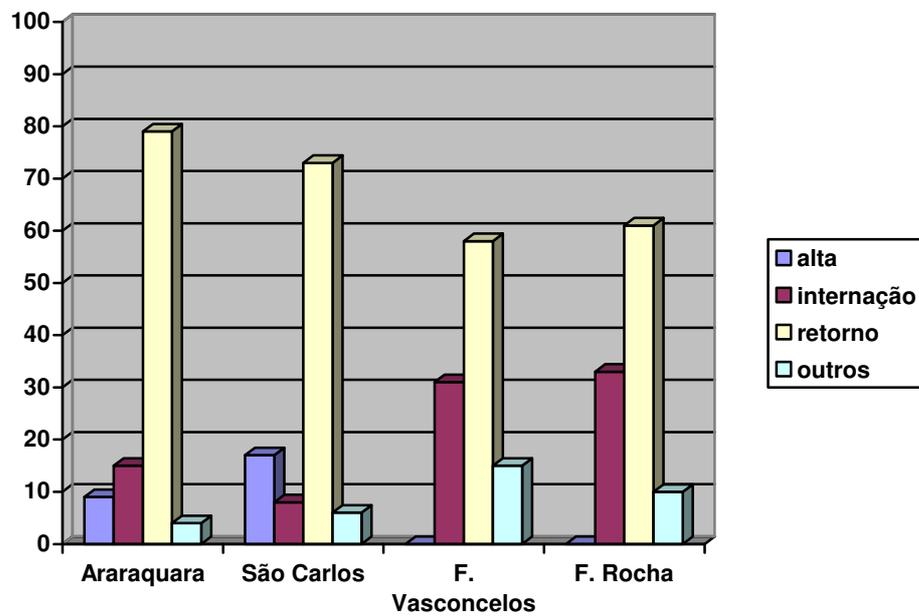


Gráfico Z: distribuição das Internações por Patologia





Sp2



Sp3

Diagnóstico	S. Carlos		Araraquara		F. Rocha		F. Vasconcelos	
	H	M	H	M	H	M	H	M
Alcoolismo	5,0	0,3	9,6	1,6	30,6	2,9	23,6	3,6
Neurose	30,3	57,5	21,9	45,8	12,6	38,1	11,6	32,3
Psicose	23,4	16,4	56,8	47,7	33,3	31,0	45,8	39,2
Outras	41,3	25,8	11,7	5,0	23,4	28,0	19,0	25,1
Total	100	100	100	100	100	100	100	100

Sp4

Encaminhamentos	Araraquara		São Carlos		F. Rocha		F. Vasconcelos	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Alta	15	10,2	5	5,6	-	-	-	-
Internação	41	27,9	12	13,5	101	53,7	175	48,7
Retorno	187	59,2	71	79,8	67	35,3	163	45,4
Outros	4	2,7	1	1,1	20	10,6	21	5,8
Total	247	100	89	100	188	100	369	100

Sp5

Cidades	Araraquara	São Carlos	F. Rocha	F. Vasconcelos
Cons./Ano	9.680	6.328	15.936	10.160
Cons. entre moradores	7.840	5.422	8.127	3.149
Cons./ 1.000 hab.	50,1	34,0	154,3	35,8
Intern./Ano	888	360	2.008	2.624
Intern. entre moradores	719	309	1.024	813
Intern./ 1.000 hab.	4,5	1,9	19,4	9,2

Sp7

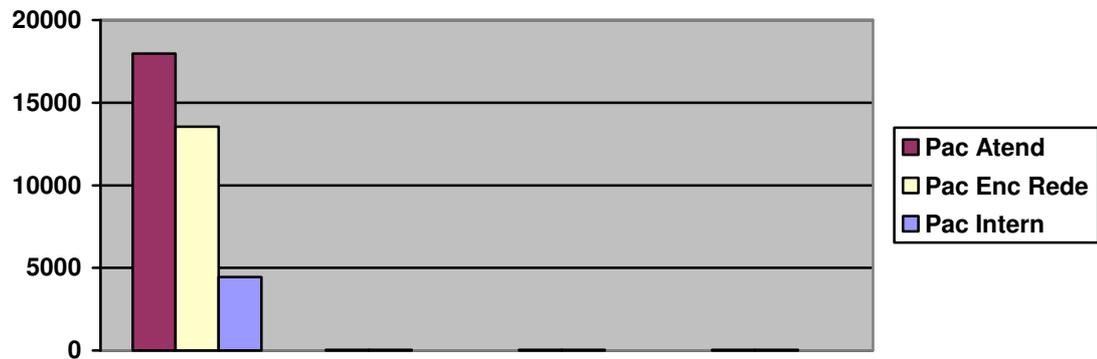


Gráfico 2: Pacientes atendidos na EP Cruzeiro do Sul/ Porto Alegre e encaminhamentos conforme indicação terapêutica

Tabela A: Encaminhamento dado aos pacientes atendidos na EP, Ribeirão Preto/Rio de Janeiro

Encaminhamentos	Número	Frequência (%)
Ambulatórios	377	62,8
Internação integral	118	19,6
Transferência para outra clínica	16	2,7
Sem encaminhamento	14	2,3
Evasão	12	2,0
Hospital dia	7	1,2
Alta a pedido	3	0,5
Outros	7	1,2
Sem resposta	46	7,7
Total	600	100

Tabela B: Comparação de diagnóstico de pacientes atendidos na EP,
Ribeirão Preto/Rio de Janeiro

DIAGNÓSTICO	TOTAL (%)
Transtornos do uso de álcool	17,6
Esquizofrenias	15,5
Episódio Maníaco	11,8
Episódio Depressivo	10,9
Transtornos não Psicóticos	10,9
Transtornos do uso de outras drogas	8,7
Transtornos de personalidade	8,0
Condição médica geral	5,6
Retardo mental	3,5
Transtorno psicótico breve	3,2
Reações adversas à medicação	2,7
Outros transtornos psicóticos	1,6