

PREVALÊNCIA DE ALCOOLISMO EM INTERNAÇÕES HOSPITALARES NA EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA

PREVALENCE OF ALCOHOLISM IN HOSPITALIZATIONS OF PSYCHIATRIC EMERGENCY

PREVALENCIA DEL ALCOHOLISMO EN HOSPITALIZACIONES EN EMERGENCIA PSIQUIÁTRICA

Robsmeire Calvo Melo Zurita¹Rebeca Melo Zurita²Vanessa Alencar Carvalho³

RESUMO: A emergência psiquiátrica é utilizada para tratamento de pessoas com transtorno mental funcionando 24 horas, seguindo o novo modelo de atenção à saúde mental preconizado pelo Ministério da Saúde, criando opções de atendimento, com foco centrado na reintegração do paciente ao seu meio social e familiar. O estudo objetivou caracterizar as internações de pacientes na Emergência Psiquiátrica no Hospital Municipal de Maringá no período de Janeiro de 2009 a junho de 2010. Foram incluídas e selecionadas o total de 1548 internações, com transtorno de comportamento decorrente do uso do álcool. Predominância nas internações do sexo masculino com 88,6%, a faixa etária predominante em ambos os sexos foi a de 41-51 anos, com 59,75%, sendo a maioria das internações de pacientes residentes em Maringá. Encaminhados ao Hospital Psiquiátrico foram 46,18% das internações, diagnosticados em sua maioria em transtorno mentais e comportamentais devido ao uso de álcool, CID-10 F10, com 720 (46,51%) das internações. O marco legal da Reforma Psiquiátrica, ratificou, garantindo a universalidade de acesso e direito à assistência, bem como à sua integralidade; a descentralização do modelo de atendimento, configurando redes assistenciais mais atentas às desigualdades existentes, ajustando de forma equânime e democrática suas ações às necessidades da população.

1 Enfermeira. Doutoranda da Pós Graduação da Universidade Estadual de Maringá (UEM). Mestre pela UEM. Auditora da Secretaria Municipal da Saúde do município de Maringá-Paraná. robszurita@bol.com.br Endereço para correspondência: Rua das Camélias 435 Maringá-Paraná CEP 87060 020 Fone: 44 3029 1585

2 Acadêmica de Medicina. Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT). re_zurita@hotmail.com

3 Enfermeira. Centro Universitário de Maringá (CESUMAR). vane-alencar@hotmail.com

PALAVRA-CHAVE: Síndrome de abstinência a substância; Transtornos relacionados ao uso de álcool; Intoxicação alcoólica.

ABSTRACT: The psychiatric emergency is used to treat people with mental disorders working 24 hours followed the new model of mental health care recommended by the Ministry of Health, creating care options, with a focus centered on reintegration of the patient to their social and family. The study aimed to characterize the hospitalizations of patients in the Psychiatric Emergency Municipal Hospital of Maringá in the period January 2009 to June 2010. Were selected and included a total of 1548 hospitalizations, behavioral disorder due to alcohol use. Predominance in male admissions with 88.6%, the predominant age group in both sexes was 41-51 years with 59.75%, with the majority of hospitalizations of patients living in Maringá. Referred to the Psychiatric Hospital were 46.18% of hospitalizations, diagnosed mostly in mental and behavioral disorders due to alcohol use, CID-10 F10, with 720 (46.51%) of admissions. The legal framework of the Psychiatric Reform, ratified, guaranteeing the universal right to access and assistance as well as to its completeness; decentralization of the service model, configuring networks care more attentive to inequalities, setting fair and democratic way of their actions to needs of the population.

KEYWORDS: Substance Withdrawal Syndrome; Disorders Related to Alcohol use; Alcohol Intoxication.

RESUMEN: Una emergencia psiquiátrica se utiliza para tratar a las personas con trastornos mentales, trabajan 24 horas seguidas, el nuevo modelo de atención de salud mental recomendado por el Ministerio de Salud, la creación de opciones de atención, con un enfoque centrado en la reintegración del paciente en su entorno social y familiar. El estudio tuvo como objetivo caracterizar las hospitalizaciones de los pacientes en el Hospital de Emergencias Psiquiátricas Municipal de Maringá, en el período enero 2009 a junio 2010. Se seleccionaron e incluyeron un total de 1.548 hospitalizaciones, trastorno del comportamiento debidos al consumo de alcohol. Predominio de los ingresos masculinos con 88,6%, el grupo de edad predominante en ambos sexos fue de 41-51 años con el 59,75%, con la mayoría de las hospitalizaciones de los pacientes que viven en Maringá. Referido al Hospital Psiquiátrico fueron 46,18% de las hospitalizaciones, diagnosticada principalmente en los trastornos

mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol, la CID-10 F10, con 720 (46,51%) de los ingresos. El marco legal de la Reforma Psiquiátrica, ratificado, lo que garantiza el derecho universal al acceso y la asistencia, así como a su integridad, la descentralización del modelo de servicio, la configuración de redes de atención más atenta a las desigualdades, el establecimiento de manera justa y democrática de sus acciones para necesidades de la población.

PALABRAS CLAVE: Síndrome de Abstinencia a substâncias; Transtornos relacionados com alcohol; Intoxicación alcohólica.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Lei 8080/90, define que o conjunto de ações e serviços de saúde que têm por finalidade a promoção de maior qualidade de vida para toda a população brasileira; no intuito de garantir o acesso de todos a uma assistência integral e equitativa à saúde⁽¹⁾.

A ausência de cuidados que atingem, de forma histórica e contínua, aqueles que sofrem de exclusão desigual pelos serviços de saúde, aponta para a necessidade da reversão de modelos assistenciais que não contemplem as reais necessidades de uma população, o que implica em disposição para atender igualmente ao direito de cada cidadão⁽²⁾.

Segundo o Ministério da Saúde, a Lei 10.216 de 06 de abril de 2001, marco legal da Reforma Psiquiátrica, ratificou, de forma histórica, as diretrizes básicas que constituem o SUS; garantindo aos usuários de serviços de saúde mental a universalidade de acesso e direito à assistência, bem como à sua integralidade; valoriza a descentralização do modelo de atendimento, quando determina a estruturação de serviços mais próximos do convívio social de seus usuários, configurando redes assistenciais mais atentas às desigualdades existentes, ajustando de forma equânime e democrática as suas ações às necessidades da população⁽¹⁾.

A emergência psiquiátrica, um dos serviços substitutivos do novo modelo assistencial, é utilizada para tratamento de pacientes com distúrbios mentais, seguindo o novo modelo de atenção à saúde mental preconizado pelo MS. Este modelo tem como filosofia humanizar o tratamento, criando outras opções de atendimento, com foco centrado na reintegração do paciente ao seu meio social e familiar⁽¹⁾.

O paciente que precisar de atendimento de urgência, inclusive alcoólicos e usuários de outras drogas, passou a ser avaliado por uma equipe multidisciplinar formada por psiquiatra, clínico geral, psicólogo, enfermeiro e assistente social, tendo como atividades terapêuticas terapia medicamentosa, abordagem psicossocial, atendimento individual e em grupos, oficinas recreativas, horta terapêutica, atividades físicas e oficina do embelezamento⁽¹⁾.

Viabilizando as deliberações da III Conferência Nacional de Saúde Mental, no sentido de normalizar a atenção a usuários de álcool e drogas, o Ministério da Saúde publicou portarias voltadas para a estruturação de rede de atenção específica a estas pessoas. A Portaria GM nº 336 de 19 de fevereiro de 2002 define normas e diretrizes para a organização de serviços que prestam assistência em saúde mental, tipo Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) incluídos aqui os CAPS voltados para o atendimento aos usuários de álcool e drogas, os CAPSad⁽¹⁾.

A Portaria SAS nº 189 de 20 de março de 2002 regulamenta a Portaria GM nº 336, criando no âmbito do SUS os serviços de atenção psicossocial para o desenvolvimento de atividades em saúde mental para pacientes com transtornos decorrentes do uso prejudicial e/ou dependência de álcool e outras drogas⁽¹⁾.

O uso do álcool impõe ao Brasil e às sociedades de todos os países uma carga global de agravos indesejáveis e extremamente dispendiosos, que acometem indivíduos em todos os domínios de sua vida. A magnitude e complexidade do quadro epidemiológico recomendam uma gama extensa de respostas políticas para o enfrentamento dos problemas decorrentes do consumo⁽²⁾.

No mundo 90% da população adulta consome algum tipo de bebida alcoólica sendo que desses, 10% irão apresentar uso nocivo de álcool e outros 10% se tornarão dependentes, ou seja, em cada cinco bebedores, um terá algum problema de saúde relacionado à ingestão etílica⁽³⁾.

As implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas do uso de drogas não são consideradas na compreensão global do problema e a percepção distorcida da realidade do uso de álcool acabou por promover a disseminação de uma cultura que associa o uso de drogas à criminalidade e que combate substâncias que são inertes por natureza, fazendo que o indivíduo e o seu meio de convívio fiquem aparentemente relegados a um plano menos importante⁽²⁾.

Os registros produzidos de forma rotineira nas inúmeras atividades da área da saúde são dados que podem ser transformados em informações. Ao se consolidarem em conjunto integrados de componentes articulados dentro de normas e regras determinadas e com referencial explicativo sistemático, produzem e analisam indicadores que são incorporados nos Sistemas de Informação do SUS (SIS)⁽⁴⁾.

A informação é o dado útil, ou seja, é o produto da análise dos dados obtidos, devidamente registrados, classificados, organizados, relacionados e interpretados dentro de um contexto para transmitir conhecimento, conduzindo à melhor compreensão de fatos e situações. O conhecimento é construído a partir da acumulação de informações, consolidando-se através de permanente atualização, que confronta antigas e novas informações, adquiridas a todo o momento⁽⁵⁾.

É cada vez mais expressiva a importância que a informação vem assumindo na sociedade moderna, a tal ponto que já se tornou lugar comum dizer que vivemos na “era da informação”. A cada dia, são introduzidas inovações tecnológicas e metodológicas que repercutem diretamente no conteúdo, no formato e na divulgação da informação produzida nos mais diversos campos do conhecimento humano⁽⁶⁾.

O processo de produção de informação é composto por um conjunto de elementos relacionados entre si, dentre os quais figura como componente básico o dado. Dado é qualquer elemento quantitativo ou qualitativo, em forma bruta, que por si só não conduz à compreensão de determinado fato ou situação⁽⁶⁾.

A transformação do dado em informação se dá através de processos de armazenamento, processamento e análise, que podem ser realizados manual ou eletronicamente. A guarda dos dados ou armazenamento obedece a condições econômicas, organizacionais, jurídicas e administrativas. Já o seu processamento envolve as mais diversas operações de cálculo e agrupamento, obtendo-se então a informação, que irá permitir a análise do fato ou situação em foco⁽⁶⁾.

Segundo Ribeiro⁽⁷⁾, informação é definida como dados acerca de alguém ou de algo; comunicação trazida ao conhecimento de uma pessoa ou do público; conhecimento amplo e bem-fundamentado, resultante da análise e combinação de vários informes, sendo ferramenta essencial à tomada de decisões em todos os âmbitos da vida humana, não sendo diferente na área da saúde.

Desta forma, há um crescente interesse em utilizar os bancos de dados originados na rotina dos serviços de saúde como ferramenta para a elaboração de políticas de saúde, para o planejamento e gestão de serviços de saúde⁽⁸⁾.

Ainda, segundo o mesmo autor, algumas condições contribuem para isso, como, por exemplo, a implementação da descentralização das ações no setor saúde e a municipalização efetiva, fatores que definem as prioridades no nível de atuação estabelecidas pelas Normas Operacionais (NOAS) de 1993 e 1996 e promovem a democratização do uso da informática, gerando fácil acesso ao uso. Os dados administrativos de saúde se disponibilizam em grande quantidade de informações com reduzido tempo entre o evento ocorrido e seu efetivo registro, a que se acrescenta o baixo custo⁽⁸⁾.

Os municípios são reconhecidos como entes governamentais autônomos que devem responsabilizar-se pelo planejamento, organização, controle e avaliação das ações e serviços de saúde de sua região. Para tanto, a produção, gerenciamento e divulgação de informação são elementos estratégicos que podem servir tanto para o fortalecimento dos objetivos e ações estatais quanto para a eficácia e oportunidade das ações de controle social⁽⁶⁾.

O Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS) é o sistema de informação utilizado pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS), órgão da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, que contém as informações que viabilizam o pagamento dos serviços hospitalares prestados pelo SUS, através da captação de dados relativos a mais de 1.300.000 internações por mês⁽⁶⁾.

O SUS tem ainda como fator integrante os SISs, que, por sua vez, tem a proposta de organizar a produção de informações, respaldar atividades diárias, conhecer e monitorar o estado de saúde da população. Acrescente-se ainda que esse sistema atue como facilitador nas ações e serviços de planejar, apoiar, supervisionar e controlar tomadas de decisões, com o objetivo de avaliar as intervenções, resultados e impactos, subsidiar a educação, promover a saúde, pesquisar e produzir o conhecimento⁽⁹⁾.

No Brasil, o processo de implantação do SUS, iniciado em 1988, tem posto o tema em evidência, uma vez que os princípios e a legislação que norteiam os SISs enfatizam a importância dos indicadores gerenciais e epidemiológicos para o cumprimento das atribuições federais, estaduais e municipais⁽⁶⁾.

Os SISs também processam dados sobre as causas de internação; a quantidade de leitos por especialidade; o tempo médio de permanência do paciente hospitalizado e a relação

dos procedimentos mais frequentes em cada hospital, município e estado. Suas informações buscam facilitar a atividade de controle e avaliação do repasse de recursos efetuado pelo SUS⁽⁶⁾.

O SIH/SUS trabalha dados referentes às internações hospitalares, particularmente aqueles que informam sobre os procedimentos realizados. A partir destes dados, são efetuados pagamentos aos hospitais conveniados ou contratados pelo SUS⁽¹⁾.

Conta com um documento padrão que é a AIH, que contém grande detalhamento de dados, a partir de dados individuais, o Cadastro Nacional de Saúde (CNS) favorece a elaboração, implantação e análise do impacto de protocolos clínicos em cada indivíduo, bem como a obtenção dos históricos de assistência de qualquer usuário, presente, a almejada e o impacto das alternativas de intervenção possíveis, limitando as ações de planejamento e a tomada de decisões que está ainda em fase de implementação a nível nacional⁽¹⁾.

Mathias e Sobol⁽¹⁰⁾ estudando internações realizadas no município de Maringá-PR, concluíram que a confiabilidade da variável diagnóstica é oscilante em diferentes grupos, apontando que a comparação entre os dados de prontuários médicos realizada segundo capítulos da CID-9 mostra-se melhor do que com a utilização da versão resumida da CID-9 editada pelo INAMPS. Como uma das causas da baixa confiabilidade das informações relativas ao diagnóstico considera que o fato de a AIH ter com “objetivo” principal o reembolso dos serviços hospitalares prestados ao paciente, faz com que importância maior seja dispensada à informação relativa ao procedimento e não ao diagnóstico.

Na área da saúde, está mais intensa o debate quanto ao papel da informação para o planejamento, execução e avaliação inerentes ao setor. A partir daí é de extrema importância manter o desenvolvimento e a atualização da informação produzida, verificando constantemente se ela se mantém relevante, eficiente, eficaz e satisfazendo aos que dela necessitam⁽²⁾.

A informação corresponde, assim, à matéria-prima para o processo de tomada de decisão. Toda instituição tem informações que podem proporcionar sustentação para suas decisões, mas só algumas as têm de forma organizada e voltada para aperfeiçoar o processo decisório⁽²⁾.

Esse estudo teve como objetivo analisar a prevalência de internações por alcoolismo na Emergência Psiquiátrica do município de Maringá-PR.

METODOLOGIA

A rede de Saúde Mental em Maringá é composta por psicólogos nas 27 Unidades Básicas de Saúde, CISAM (Centro Integrado de Saúde Mental), Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II), Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPS i), Centro de Atenção Psicossocial de álcool e outras drogas (CAPSad), Emergência Psiquiátrica e três Residências Terapêuticas. O Hospital Psiquiátrico de Maringá é uma instituição privada com 240 leitos credenciados e contratualizados ao SUS⁽¹¹⁾.

O local de coleta de dados foi na Emergência Psiquiátrica (EP) no Hospital Thelma Villanova Kasprovicz, que é uma ala no interior do Hospital Público Municipal, a EP iniciou suas atividades em 2003. Este referido hospital é classificado como de baixa complexidade, atendendo pacientes e usuários do SUS residentes no município de Maringá-PR, com 90 leitos, sendo 26 leitos da emergência psiquiátrica, onde destes são 14 leitos masculino e 12 leitos feminino. Somente a Emergência Psiquiátrica é referência para três regionais de saúde sendo a 11º Regional de Saúde de Campo Mourão, a 13º Regional de Saúde de Cianorte e a 15º Regional de Saúde de Maringá, totalizando 67 municípios da área de abrangência⁽¹¹⁾.

Conta com uma equipe multiprofissional composta por médicos psiquiatras, psicólogos, assistente social, terapeuta ocupacional, enfermeiros e auxiliares de enfermagem. Atende todas as faixas etárias em situação de Emergência Psiquiátrica e tendo como objetivo do serviço prestar o atendimento aos pacientes com transtorno mental que estejam em crise para que sejam avaliados e encaminhados, ao tratamento mais adequado⁽¹²⁾.

No Hospital Municipal Thelma Villanova Kasprovicz, o sistema de informação, onde os dados foram coletados, é denominado de Gestor Saúde com sua implantação em 2008 e ainda não se finalizou em todos os serviços próprios da Secretaria Municipal da Saúde. É através do código de usuário com numeração própria que se tem acesso ao prontuário eletrônico do paciente. Além do cadastro de usuário e do prontuário eletrônico, o sistema gestor realiza o controle de estoque de toda a rede de serviços de saúde e almoxarifado central⁽¹¹⁾.

O programa foi desenvolvido por uma empresa contratualizada de informática através de licitação e chamamento público e por uma comissão de servidores públicos municipais, lotado na Secretaria da Saúde. O Cadastro Nacional de Saúde (CNS) é utilizado pelo Sistema de Informação Gestor e tem campo para ser preenchido⁽¹¹⁾.

Como fontes de dados foram utilizadas as bases de formulários de AIH do Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH/SUS) da Emergência Psiquiátrica do Hospital Municipal Thelma Villanova Kasprovicz no período janeiro de 2009 a junho de 2010.

Foram incluídos e selecionados no estudo todas as internações ocorridas por pacientes com Classificação Internacional de Doenças (CID-10), no capítulo V, com F10 (Transtorno de Comportamento Decorrente do Uso do Álcool). Ressaltando, que no estudo realizado, as internações ocorridas não são números de pacientes, pois, o mesmo paciente poderá ter tido mais de uma internação no período estudado.

Foi solicitado ao Centro de Formação e Capacitação Permanente dos Trabalhadores (CECAPS) da Secretaria Municipal de Saúde acesso à utilização do sistema de informações e prontuários de pacientes para realização do estudo, cujo ocorreu liberação deverá para realizar a coleta. O Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do CESUMAR em conformidade com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde apreciou o estudo e o aprovou mediante parecer de liberação nº 322A/2010.

Considerando que se trata de um estudo em que se utilizaram dados de domínio público de fontes secundárias, não havendo identificação física e nominal do paciente, não foi preciso utilizar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os dados foram coletados a partir do Sistema de Informações Hospitalares, Sistema Gestor Saúde e Sistema de Informação SUS. Onde foi caracterizada a população com transtorno de abstinência alcoólica, através do instrumento de coleta, quanto ao gênero, idade, manifestações, procedência, encaminhamento, reinternação e município de origem.

Os dados foram armazenados em um banco de dados do programa software o Aplicativo Microsoft Excell 2007. Os resultados foram gerenciados no banco de dados e se utilizou a análise univariada. Foram apresentados de forma tabular de variáveis categóricas nominais, por meio de frequência absoluta e relativa. Em relação às variáveis discretas, estas serão apresentadas por meio de gráficos e tabelas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Das internações ocorridas na emergência psiquiátrica foram 1548, sendo que 175 do gênero feminino, ou seja, 11,3%; e com predominância do gênero masculino de 1373, ou seja, 88,6% das internações no período estudado.

Observou-se em estudos brasileiros, que indicam o número de usuários de drogas ilícitas do sexo masculino que se submetem a internação em hospital psiquiátrico para tratamento da dependência é muito maior que o de indivíduos do sexo feminino. A razão média no ano de 1998, de oito homens para cada mulher, dele apenas diferindo quanto ao tipo de droga de uso mais prevalente⁽¹³⁾.

Em estudo realizado em Ribeirão Preto, no estado de São Paulo, verificou-se um índice de uso de álcool preocupante, principalmente entre os homens. Tal dado indica a necessidade do preparo adequado do grupo de enfermagem, não só para a realização de intervenções específicas como também para orientar a população usuária dos serviços quanto à sua vulnerabilidade para desenvolver quadros clínicos de dependência e/ou suas conseqüências⁽¹⁴⁾.

Do total de 1548 internações na EP, houve predominância na faixa etária entre 41-51 anos em ambos os sexos, que corresponde a 611 pacientes, ou seja, 39,47%; na faixa etária 30-40 anos 471 das internações, ou seja, 30,42%; na faixa etária dos 52-62 anos obteve-se 265 das internações, ou seja, 17,11%.

Em estudo realizado num centro de tratamento químico de internação de dependência, a maioria dos pacientes internados para desintoxicação hospitalar e emergencial é em média dos 30-50 anos de idade, uma correlação entre a ocorrência de crises de abstinência e do número de desintoxicação foi significativa para os grupos de pacientes na faixa etária maiores de 40 anos e menores de 60 anos⁽¹⁵⁾.

Borini⁽¹⁵⁾ relata que são mais graves os casos de abstinência nos alcoólicos mais velhos. No entanto, vale lembrar que a população de dependentes de álcool pessoas com idade maior do que 40 anos é mais suscetível a graves distúrbios somáticos e as complicações somáticas. Além disso, os pacientes mais idosos que experimentam episódios repetidos de abstinência são mais propensos a desenvolver apreensões da retirada ou delirium tremens.

Com relação à faixa etária, observou-se grande incidência de internações na fase adulta. A idade usual da busca de tratamento para dependência química se dá por volta dos quarenta anos, quando o indivíduo apresenta graves problemas de saúde decorrentes do uso abusivo de álcool⁽¹⁶⁾.

Tabela 1: Caracterização das internações da EP, diagnosticados de acordo a CID-10, Maringá-PR, 2010.

DIAGNÓSTICO	CID-10	N	FREQUÊNCIA %
Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool	F 10	720	46,51
Uso nocivo a saúde	F 10.1	5	0,37
Síndrome de dependência	F 10.2	431	27,84
Síndrome estado de dependência	F 10.3	39	2,51
Síndrome de abstinência com <i>delirium</i>	F 10.4	25	1,61
Transtorno psicótico	F 10.5	13	0,83
Transtorno psicótico residual	F 10.7	16	1,03
Outros transtornos	F 10.8	119	7,68
Uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas	F 19	18	1,16
Transtornos associados	F10+19+20	162	10,46
TOTAL	-	1548	100,00

A maioria das 720 (46,51%) internações foram diagnosticadas com F10, 431 internações com F10.2 (27,84%); 119 internações com F10.8, ou seja, 7,68%; 162 (10,46%) das internações hospitalares na emergência psiquiátrica foram diagnosticados com transtornos associados e o restante dos diagnósticos somando 7,61%.

Podemos perceber que houve um número expressivo de internações hospitalares determinadas pelo uso/abuso do álcool, algo que nos chama a atenção, pois se trata de uma droga considerada de uso natural, sendo comum o seu consumo no ambiente domiciliar, em festividades ou mesmo em ambientes públicos, sendo a sociedade permissiva ao estimular o consumo da mesma por meio da propaganda, não considerando a dependência de álcool como uma doença grave, mesmo observando que o seu consumo traz claras conseqüências⁽⁷⁾.

Laranjeira⁽¹⁸⁾ trouxe em seu estudo informações importantes sobre os problemas relacionados com o beber. Mostrou que cerca da metade dos que bebem apresentam problemas, os físicos, por serem uma decorrência imediata do beber, aparecem mais

freqüentemente, bebedores consome álcool num padrão de alto risco, a consequência é que os problemas acabam aparecendo e são estreitamente relacionados com o padrão de consumo, mais do que com qualquer característica pessoal do bebedor.

Tiveram sua primeira internação 333 pacientes na EP, ou seja, 21,51%; sendo a prevalência de reinternações de 781, ou seja, 50,45%; constatou-se falta de dados na análise, pois tiveram 434 internações com déficit nesta informação, ou seja, 28,03%, sem dados da reinternação.

Atualmente, acredita-se que o ponto-chave para a redução das reinternações seja a disponibilidade de serviços extramurais como ambulatorios, hospitais-dia, oficinas protegidas, que realizam de forma eficiente a farmacoterapia, a psicoterapia, a orientação, a terapia ocupacional e a reabilitação social⁽¹⁸⁾.

A necessidade de internação ocorre quando o paciente se apresenta em síndrome de abstinência (conjunto de sintomas desenvolvidos em função da abstinência ou redução da substância no organismo), devido à necessidade de monitoramento constante de seu quadro clínico. Entretanto, o pico dos sintomas ocorre entre 24 e 48 horas, desaparecendo, na maioria dos casos, após sete dias. Após quinze dias há remissão dos sintomas da síndrome de abstinência⁽¹⁹⁾.

A quantidade de internações por condições sensíveis à atenção primária pode mostrar a qualidade da rede de atenção ambulatorial com relação às doenças cujos diagnósticos e tratamentos precoces são eficazes na prevenção de complicações, sendo que, manejo e controle adequados previnem internações⁽²⁰⁾.

Quanto à procedência registradas nas internações na EP, predominaram as internações voluntárias com 654 internações (42,24%); procedências do SAMU foram de 457 internações (29,52%); de procedências do CAPS 26 das internações (1,67%); de procedência das UBS, 96 internações (6,2%); e procedências classificadas como outros podendo ser do Hospital Universitário, Regionais de Saúde, Centros prisionais e Poli-clínicas com 315 internações (20,34%) do total das internações.

A partir desses resultados encontrados, percebe-se que a principal justificativa para a internação segundo Souza⁽¹⁷⁾ foi o surgimento de complicações clínicas ocasionadas pelo uso abusivo do álcool. De acordo com Laranjeira⁽¹⁸⁾, as complicações clínicas proporcionam um critério da gravidade da dependência e, quando detectadas no início, podem ser tratadas e

promover recuperação completa. Além disso, a existência das referidas complicações pode estimular alguns pacientes a buscar a abstinência, aceitando ficar em tratamento.

Constatou-se que a maioria das internações na EP, foram de pacientes com transtorno relacionado ao uso de álcool, residentes no município de Maringá, que foram 925 internações, ou seja, 59,75%. Das demais regionais de saúde houveram 623 internações, ou seja, 40,2% das internações.

Seguindo o novo modelo de atenção à saúde mental preconizado pelo MS, a Emergência Psiquiátrica no município de Maringá funciona como porta de entrada para tratamento de pacientes em crise agitação, delírios e/ou alucinações, risco de suicídio, intoxicação abstinência de substâncias psicoativas e distúrbio do movimento e outros. Tem como objetivo avaliar e autorizar se houver solicitação de internação em regime hospitalar geral ou em hospital psiquiátrico⁽¹⁾.

Em relação ao encaminhamento após o período de internação psiquiátrica verificou-se que a maioria das internações foram encaminhadas ao Hospital Psiquiátrico de Maringá, com 715 dos registros, ou seja, 46,18%; os encaminhados de volta ao domicílio foram de 342, ou seja, 22,09%; encaminhados ao CAPS municipais foram de 297 das internações, ou seja, 19,18%; os encaminhados ao CAPS das regionais, 43 internações, ou seja, 2,77%; encaminhados as UBS de origem 72 das internações, ou seja, 4,65%; e os outros encaminhamentos (Ortopedia, Fuga, Transferência a outros hospitais, alta a pedido, abandono), foram 79 ou seja, 5,10% das internações ocorridas no período estudado.

Segundo os autores, a emergência clínica psiquiátrica será a melhor intervenção, solicitando-se a presença imediata de familiares ou amigos para orientação quanto à gravidade do quadro. O paciente será encaminhado para tratamento hospitalar especializado, sendo que a família deverá receber uma intervenção psico-educacional sobre o transtorno, concomitantemente⁽¹⁸⁾.

O hospital é um tratamento estruturado e intensivo e, portanto, mais custoso. Está indicado para pacientes com síndrome de abstinência grave; em casos de comorbidades clínicas e/ou psiquiátricas graves com remissão prolongada; em dependentes graves que não se beneficiaram de outras intervenções; para aqueles que usam múltiplas substâncias psicotrópicas, e também para aqueles que apresentam comportamento auto ou heteroagressivo⁽¹⁶⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos dados analisados podemos perceber que houve um número expressivo de internações determinadas pelo uso/abuso do álcool, algo que chama a atenção, pois se trata de uma droga considerada de uso natural, sendo comum o seu consumo no ambiente domiciliar, em festividades ou mesmo em ambientes públicos, sendo a sociedade permissiva ao estimular o consumo da mesma por meio da propaganda, não considerando a dependência de álcool como uma doença grave, mesmo observando que o seu consumo traz claras conseqüências.

Verificou-se que as internações de SAA, foram com maior predominância encaminhada ao Hospital Psiquiátrico de Maringá e encaminhados ao CAPS municipais foram, 19,18% e o número baixo de encaminhamentos para os serviços substitutivos das regionais (11ª e 13ª) deve-se a falta de serviços substitutivos de tratamento para álcool e outras drogas.

Atualmente, acredita-se que o ponto chave para a redução das reinternações seja a disponibilidade de serviços extramurais como os CAPS, ambulatórios de saúde mental, hospitais-dia, oficinas protegidas, projetos com geração de renda que realizam de forma eficiente a farmacoterapia, a psicoterapia, a orientação, a terapia ocupacional e a reabilitação social.

Não existem dúvidas de que a expansão da rede CAPS foi fundamental para as visíveis mudanças que estão em curso na assistência às pessoas com transtornos mentais. Nos últimos quatro anos, a rede CAPS experimentou uma expansão digna de nota, tendo duplicado o número de serviços no país. A implantação dos serviços de atenção diária tem mudado radicalmente o quadro de desassistência que caracterizava a saúde mental pública no Brasil. A cobertura assistencial vem melhorando progressivamente, mas, de fato, ainda está aquém do parâmetro estabelecido pelo Ministério da Saúde.

Constatou-se que a busca por tratamento está associada aos danos causados pelo abuso de substâncias psicoativas. Os principais danos são problemas sociais, doenças ou acidentes e estão relacionados com o padrão de uso e substância utilizada.

O diagnóstico e tratamento precoces da dependência ao álcool têm papel fundamental no prognóstico deste transtorno, o que se amplia em uma perspectiva global de prevenção e promoção da saúde, e se agrava ao constatarmos que, de uma forma geral, o

despreparo significativo e a desinformação das pessoas que lidam diretamente com o problema, sejam elas usuários, familiares ou profissionais de saúde.

A importância de se investir em pesquisa nesta área se faz necessária para que se possa oferecer aos pacientes o melhor tratamento em termos de eficácia e efetividade, com o melhor custo-benefício. Além de aprimorar os mecanismos de acolhimento, no primeiro atendimento e estabelecimento do vínculo do usuário com o serviço para melhorar a aderência ao tratamento.

Portanto com o aumento abusivo do consumo do álcool pela população adulta há necessidade de novas políticas de saúde, de modelos assistenciais que são fundamentais para as visíveis mudanças que estão em curso na assistência às pessoas com transtornos mentais. De uma equipe multiprofissional com atuação no planejamento de ação integral, humanizada proporcionando uma reabilitação social, com tratamento adequado prevenindo complicações mais graves no futuro.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. *A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.*
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. .*
3. Diniz MH. *Síndrome de abstinência*. Dicionário Jurídico. 2 ed. São Paulo: Saraiva, 2005.
4. Silveira DX, Julião AM, Niel M. Tratamento do alcoolismo: o acompanhamento psiquiátrico. In: *Panorama atual de drogas e dependências*. 1ª edição. São Paulo: Atheneu, 2006.

5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada. Colegiado de gestão regional na região de saúde intraestadual: orientações para organização e funcionamento / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. *Departamento de Apoio à Descentralização*. Termo de compromisso de gestão municipal / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007.
7. Ribeiro LP, Andrade AG. Transtornos mentais relacionados ao uso de substâncias psicoativas. In: NETO. Mario Rodrigues Louza; Hélio Elkis. *Psiquiatria Básica*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.
8. Bittencourt AS, Camacho LB, Leal MC. O Sistema de Informação Hospitalar e sua aplicação na saúde coletiva. *Caderno de Saúde Pública*, v. 22, n. 1, p. 19-30, 2006.
9. Niel M; Julião AM. Alcoolismo: Conceitos Gerais, Avaliação Diagnóstico e Complicações Clínicas. In: Silveira. DX, Moreira FG. *Panorama atual de drogas e dependências*. 1.ed. São Paulo: Atheneu, 2006. cap. 10.1.
10. Mathias TAF, Soboll MLMS. Confiabilidade de diagnósticos nos formulários de autorização de internação hospitalar. *Revista Saúde Pública*, vol. 32 n.6, São Paulo.1998.
11. Maringá. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. *Protocolos da Atenção Básica*. Maringá, 2010.
12. Brasil. Ministério da Saúde *Gestão Municipal de Saúde: textos básicos*. Rio de Janeiro. 2010.
13. Almeida LM, Coutinho ESF. Prevalência de consumo de bebidas alcoólicas e de alcoolismo em uma região metropolitana do Brasil. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2003. vol.27, n.1.

14. Luis MAV. Protocolo para avaliação da síndrome de abstinência alcoólica por profissionais de enfermagem nos serviços de urgência: teste piloto. Monte Alegre - Ribeirão Preto – SP, Acta Paul Enferm 2008;
15. Borini P. Usuários de drogas ilícitas internados em hospital psiquiátrico: padrões de uso e aspectos demográficos e epidemiológicos. In: Jornal brasileiro de psiquiatria / Instituto de A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
16. Botega NJ. Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência psiquiátrica. Cogitare Enferm 2005.
17. Souza FSP. Caracterização das internações de dependentes químicos em Unidade de Internação Psiquiátrica do Hospital Geral. Ciência e Saúde Coletiva. Vale do Araraú, 2010.
18. Laranjeira R. I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira / Elaboração, redação e organização:[et al.] ; Revisão técnica científica: Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte. Brasília : Secretaria Nacional Antidrogas, 2007.
19. Fontanella BJ B. Sintomas psicóticos e cognitivos associados à busca de tratamento por dependentes de substâncias – Um estudo qualitativo. Rev. Bras Psiquiatra. 2010.
20. Costa JSD. Prevalência de internação hospitalar e fatores associados em Pelotas. Revista Saúde Pública. Rio Janeiro, 2010.