

MICHELLE ALVES VASCONCELOS PONTE

INTERNAMENTO POR CRACK: PERFIL DOS USUÁRIOS E PADRÃO DE
ASSISTÊNCIA EM HOSPITAL GERAL

Dissertação submetida à Coordenação do Curso de Mestrado em Saúde Pública da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública.

Área de concentração: Epidemiologia.

Orientador: Prof. Dr. José Gomes Bezerra Filho

Co-orientadora: Profa. Dra. Regina Fátima Gonçalves Feitosa

FORTALEZA

2012

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

P857i

Ponte, Michelle Alves Vasconcelos.

Internamento por crack: perfil dos usuários e padrão de assistência em hospital geral
/ Michelle Alves Vasconcelos Ponte. – 2012.
114 f. : il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Mestrado em Saúde Pública, Fortaleza, 2012.

Área de concentração: Epidemiologia

Orientação: Prof. Dr. José Gomes Bezerra Filho

Coorientação: Profa. Dra. Regina Fátima Gonçalves Feitosa

1. Cocaína Crack 2. Hospitais Gerais 3. Saúde Mental 4. Estudos Transversais I.Título.

CDD 362.1

MICHELLE ALVES VASCONCELOS PONTE

INTERNAMENTO POR CRACK: PERFIL DOS USUÁRIOS E PADRÃO DE
ASSISTÊNCIA EM HOSPITAL GERAL

Dissertação submetida à Coordenação do
Curso de Mestrado em Saúde Pública da
Faculdade de Medicina, da Universidade
Federal do Ceará, como requisito parcial
para obtenção do grau de Mestre em
Saúde Pública.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. José Gomes Bezerra Filho (Orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof.^a Dra. Regina Fátima Gonçalves Feitosa (Co-orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Luciano Lima Correia
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof.^a Dra. Raimunda Hermelinda Maia Macena
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dra. Eliany Nazaré Oliveira
Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)

Aos meus pais, esposo e filhos por todas as oportunidades e compreensão para que eu construísse o meu futuro profissional através da busca constante pelo conhecimento.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por seu amor e proteção sempre me mostrando o caminho correto a seguir, por colocar pessoas tão iluminadas na minha vida e ser a força com quem pude contar nos momentos de dificuldade ao longo de mais esta jornada.

Aos meus pais Raimundo e Fransquinha e irmãos pelo esforço e apoio para mais essa conquista na minha carreira profissional.

Ao meu esposo Francisco por ser meu grande incentivador, por me fazer acreditar que os sonhos podem ser realizados e suprir minhas ausências devido às horas de estudo.

Aos meus filhos Francisco Júnior, Ana Clara e Guilherme pela compreensão e apoio incondicional nesta jornada. Espero um dia poder apoiá-los nesse mesmo caminho do conhecimento, que é o mestrado!

Ao meu sogro Raimundo, minha sogra Antonia e cunhados pelo apoio para mais essa conquista na minha carreira profissional.

Ao professor, orientador e amigo Prof. Dr. José Gomes Bezerra Filho, por todos os momentos de confiança, ajuda, compreensão, disponibilidade e, sobretudo, amizade.

À minha co-orientadora Prof.^a Dr.^a. Regina Fátima Feitosa, pelo seu tempo e contribuição para que este trabalho fosse realizado da melhor forma possível.

À Banca examinadora, prof^a Dr^a Eliany Nazaré, referência em Saúde Mental, aos Professores Dr^a Hermelinda Macena e Dr^o Luciano corréia pelo tempo despendido na avaliação criteriosa e qualificada deste trabalho. Agradeço pelas sugestões, comentários e pelas colaborações durante todo mestrado.

À direção das instituições: Santa Casa de Misericórdia de Sobral, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Sobral, Faculdades INTA e Hemocentro Regional de Sobral pela liberação, facilitação e incentivo ao meu ingresso no mestrado.

As minhas equipes de trabalho, enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos e professores, em especial a Regina Aguiar, Jackeline, Eliana, Claudênia, Keila, Aurineide, Sandra, Luciana, Regina, Lucila, Bruna que facilitaram de toda forma para que este sonho pudesse ser realizado, pela torcida e amizade.

Aos professores deste Departamento, pela oportunidade de compartilhar conhecimento da maneira mais privilegiada.

Ao grupo de Estudos e Pesquisas em Violência e Acidentes: ação pela paz da Universidade Federal do Ceará e ao Grupo de Pesquisa em Substâncias Psicoativas das Faculdades INTA, em vocês eu encontro apoio para seguir. Obrigada pelas considerações e ajuda nas etapas da pesquisa.

À Enfermeira Ana Carolina, coordenadora de enfermagem da unidade de psiquiatria do Hospital Geral Dr. Estevam Ponte, e a Diretoria desse hospital, pela confiança em fornecer os dados essenciais à realização dessa pesquisa.

À Dra Virna Viera, responsável pelo departamento de Saúde Mental do Estado do Ceará e a todos os funcionários que me acolheram com muito carinho.

Às novas amigadas conquistadas e as que foram fortalecidas na colaboração ao longo desses dois anos pelo nosso grupo de estudos: Késia, Isabelle, Teresa, Kelly, Marinila, Vilma, Ivoneide, Meire, Rosa, Cléa, Adriano, Abigail e Fabíola. E a todos os meus colegas de mestrado.

Aos bolsistas do programa PIBIC Júlio, Cícero e Paulo pela colaboração e empenho.

Aos meus amigos de longa data que sempre me apoiaram e compreenderam minha ausência durante mais esse período de dedicação a estudos.

A Dominik e à Zenaide, secretárias da Coordenação do Programa de Mestrado em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, pela disponibilidade e presteza.

Aos sujeitos desse estudo que tiveram suas vidas, de certa forma, expostas mesmo que anonimamente.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pelo apoio financeiro para realização da pesquisa, sem o qual não seria possível ter tornado este sonho realidade;

E a todos que, de alguma forma, contribuíram e não foram mencionados.

“O que eu faço, é uma gota no meio de um oceano. Mas sem ela, o oceano será menor” (Madre Teresa de Calcutá)

RESUMO

O propósito de mudança na concepção de internação hospitalar por uso de substâncias psicoativas tem um novo direcionamento de assistência, atuando numa lógica antimanicomial e interdisciplinar. Os objetivos do estudo foram: Analisar o perfil epidemiológico dos pacientes usuários de crack internados em leitos de um hospital geral de Sobral-CE, regulado pelo SUS, no ano de 2010; caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico de usuários de crack, estimar a frequência, por tipo de internação psiquiátrica, devido ao uso de crack e descrever características desse atendimento tais como: custos, profissionais envolvidos e assistência. Estudo quantitativo, transversal, cuja coleta de dados foi realizada de novembro/2011 a fevereiro de 2012, tomando-se por base, dados de prontuários de pacientes internados na enfermaria psiquiátrica no Hospital Geral, Dr. Estevam Ponte, na cidade de Sobral-CE. Selecionou-se usuários de crack, internados no hospital, no ano de 2010, representando 31,5% das internações por uso de substâncias psicoativas neste ano, no total de 97 internamentos. Para coleta de dados foram extraídas variáveis relevantes para o estudo relacionadas à internação e ao paciente. A análise foi realizada por meio dos software SPSS e R 2.10. Para identificar diferença entre os tipos de desfecho e variáveis sociodemográficas e clínicas dos usuários de crack, realizou-se testes de qui-quadrado de Pearson e Fisher, sendo utilizado valor de p menor que 0,05 e cálculo bruto das razões de chance e de prevalência. Utilizou-se o teste de Mann-Whitney e com base nos resultados foram selecionadas variáveis para análise multivariadas segundo critério de Hosmer-Lemeshow para regressão logística e regressão de Cox. Para análise da permanência hospitalar adaptou-se as técnicas de análise de sobrevivência e as curvas de Kaplan-Meier. O estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa e financiado pelo CNPq. Quanto ao perfil dos usuários de crack, eram em sua maioria do sexo masculino, na faixa etária de 25 a 34 anos, com baixa escolaridade, sem ocupação no momento da admissão, com vínculo conjugal, com residência fixa. Relativo a tipologia das internações, mostrou-se estatisticamente significativa ($p < 0,05$) o número de profissionais envolvidos, o valor da internação e o uso de outras drogas associadas ao crack. Ao aplicarmos a regressão logística concluímos que os fatores de risco para internação involuntária foram o uso abusivo de substâncias e a faixa etária de 25 a 34 anos. Relacionado ao tempo de internação foi observado que a idade dos usuários, o fato de estar desenvolvendo alguma ocupação e o número de profissionais que o assistem tem diferença significativa ($p < 0,05$) na permanência hospitalar dos mesmos, foram descritos aspectos importantes dos usuários com tratamento anterior. A importância do conhecimento do perfil destes pacientes e características de internações nos permite uma reflexão sobre os modelos de atenção e direcionamento de políticas voltadas para este cenário.

Palavras-chave: Cocaína Crack . Hospitais Gerais. Internação psiquiátrica. Saúde Mental. Estudos transversais.

ABSTRACT

The purpose of changing the conception of hospitalization for psychoactive substance use has a new direction for assistance, working in a logic antimanicomial and interdisciplinary. The study objectives were: To analyze the epidemiological profile of crack users hospitalized patients in beds of a general hospital in Sobral-CE, regulated by the UHS, in 2010; characterize the sociodemographic and clinical profile of crack users, estimate the frequency, type of psychiatric hospitalization due to crack use and describe characteristics of services such as: costs, professional involvement, assistance. A quantitative study, a cross-sectional data collection was performed from November/2011 to February 2012, using as a base, data from medical records of patients admitted to the psychiatric ward at the General Hospital, Dr. Estevam Ponte in the city of Sobral-CE. Crack users hospitalized in the year 2010 were selected, representing 31.5% of admissions for psychoactive substance use this year, a total of 97 admissions. To collect data relevant variables were extracted for the study related to hospitalization and the patient. The analysis was performed using the SPSS and R 2.10. To identify differences between the types of outcome and the sociodemographic and clinical variables of crack users, Pearson's chi-square and Fisher's were conducted, and used p value less than 0.05 and rough estimate of odds ratios and prevalence. It was used the Mann-Whitney and based on the outcome variables were selected for multivariate analysis according to the criteria of Hosmer-Lemeshow test for logistic regression and Cox regression. For analysis of length of hospital stay it was adapted to the techniques of survival analysis and Kaplan-Meier method. The study was approved by the research ethics committee and funded by CNPq. As the profile of crack users, mostly were male, aged 25-34 years with low education, no occupation at the time of admission, with marital bond, with fixed residence. On the type of admissions, the number of professionals involved was statistically significant ($p < 0.05$), as the value of hospitalization and use of other drugs associated with the crack. By applying logistic regression it was concluded that the risk factors for involuntary hospitalization were substance abuse and the age group 25-34 years. Related to length of stay it was observed that the age of users, the fact that it is developing some occupation and the number of professionals who assist them have significant difference ($p < 0.05$) in their length of hospital stay, important aspects were described of the users previously treated. The importance of understanding the profile of these patients and characteristics of these hospitalizations allows a reflection on the models of care and direction of policies for this scenario.

Key words: Crack Cocaine. General Hospitals. Psychiatric hospitalization. Mental Health. Cross-sectional studies.

LISTA DE TABELAS

1	Dados sóciodemográficos dos pacientes internados por uso de Crack, em Hospital Geral. Sobral-CE, 2010.....	52
2	Continuação. Dados sóciodemográficos dos pacientes internados por uso de crack, em Hospital Geral. Sobral-CE, 2010.	53
3	Conclusão. Dados sóciodemográficos dos pacientes internados por uso de Crack, em Hospital Geral. Sobral-CE, 2010.....	54
4	Distribuição dos tipos de diagnósticos iniciais de pacientes usuários de crack com indicação de internação. Sobral-CE, 2010	57
5	Dados relativos às internações por uso de crack em unidade psiquiátrica de um hospital geral da Macrorregião de Saúde de Sobral-Ce, no ano de 2010.....	60
6	Descrição do tempo de internação de usuários de crack, em leitos de UPHG,de acordo com características sociodemográficas dos internados em Sobral-CE, no ano de 2010.....	64
7	Descrição do tempo de internação de usuários de crack, em leitos de UPHG,de acordo com características do tipo de internação e a ocorrência de internação anterior, em Sobral-CE, no ano de 2010.....	66
8	Descrição do tempo de internação de usuários de crack, em leitos de UPHG, de acordo com assistência recebida por profissionais durante esta internação, em Sobral-CE, no ano de 2010.....	69
9	Modelo de regressão de Cox para Tempo de internação hospitalar.....	70
10	Distribuição do tipo de internação de usuários de crack relacionado ao uso de outras drogas, número de profissionais envolvidos na assistência e o custo da internação. Sobral – CE, 2010. Teste Mann-Whitney.....	71
11	Dados sociodemográficos e o tipo de internação segundo registros hospitalares, em UPHG, Sobral-Ce, 2010.	72
12	Características clínicas e o tipo de internação segundo registros hospitalares, em UPHG, Sobral-Ce, 2010	74
13	Uso de outras drogas e o tipo de internação segundo registros hospitalares, em UPHG, Sobral-Ce, 2010	75
14	Qualidade do ajuste do modelo de regressão logística para o tipo de internação de usuários de crack em unidade de psiquiatria em hospital geral,.....	76
15	Frequência, percentagem, Razão de chances bruta e ajustada através de regressão logística da internação involuntária em usuários de crack, em UPHG, 2010.....	77
16	Características sociodemográficos de usuários de crack internados em relação à internação anterior segundo registros hospitalares, em UPHG, Sobral-Ce, 2010.....	79

17	Distribuição da ocorrência de internações anteriores entre usuários de crack e a gravidade do uso de drogas, Sobral – CE, 2010. Teste Mann-Whitney.....	80
18	Relação da ocorrência de internações anteriores entre usuários de crack e características da internação, Sobral – CE, 2010.....	81

LISTA DE FIGURAS

1	Distribuição proporcional por condição de chegada ao Hospital Geral de usuários de crack, para internação em unidade psiquiátrica do SUS, no ano de 2010. Sobral-CE.....	55
2	Distribuição proporcional por condução a unidade hospitalar dos internados, por uso de crack, em leitos de unidade psiquiátrica em Hospital geral de Sobral-Ce, no ano de 2010.	56
3	Distribuição proporcional de admissões em leitos de um hospital geral de Sobral - CE por uso de CRACK segundo motivo de internação, no ano de 2010.	57
4	Distribuição proporcional do uso de álcool pelos usuários de crack, internados, obtidos pelos registros de enfermagem e evolução médica em uma UPHG, no ano de 2010.....	58
5	Distribuição proporcional do uso de maconha pelos usuários de crack, internados, obtidos pelos registros de enfermagem e evolução médica em uma UPHG, no ano de 2010.....	58
6	Distribuição proporcional do uso de tabaco pelos usuários de crack, internados, obtidos pelos registros de enfermagem e evolução médica em uma UPHG, no ano de 2010.....	59
7	Distribuição proporcional do uso de solvente pelos usuários de crack, internados, obtidos pelos registros de enfermagem e evolução médica em uma UPHG, no ano de 2010.....	59
8	Curva de Kaplan-Meier do tempo de internação hospitalar, relacionado ao tipo de sexo, de usuários de crack em UPHG, em Sobral-CE, 2010	61
9	Curva de Kaplan-Meier do tempo de internação hospitalar, relacionado à faixa etária de usuários de crack em UPHG, em Sobral-CE, 2010.....	62
10	Curva de Kaplan-Meier do tempo de internação, relacionado a ter uma ocupação no momento na admissão de usuários de crack em UPHG, em Sobral-CE, 2010.	62
11	Curva de Kaplan-Meier do tempo de internação hospitalar, relacionado à escolaridade de usuários de crack em UPHG, em Sobral-CE, 2010.	63
12	Curva de Kaplan-Meier do tempo de internação hospitalar, relacionado à escolaridade de usuários de crack em UPHG, em Sobral-CE, 2010.....	63
13	Curva de Kaplan-Meier do tempo de internação relacionado ao tipo de internação, de usuários de crack em UPHG, em Sobral-CE, 2010.....	65
14	Curva de Kaplan-Meier do tempo de internação relacionado a ocorrência de internação anterior, de usuários de crack em UPHG, em Sobral-CE, 2010.....	65
15	Curva de Kaplan-Meier do tempo de internação de usuários de crack em UPHG, relacionado à assistência do psicólogo durante sua internação, em Sobral-CE, em 2010.....	67

16	Curva de Kaplan-Meier do tempo de internação de usuários de crack em UPHG, relacionado à assistência do Educador Físico durante sua internação, em Sobral-CE, em 2010.....	68
17	Curva de Kaplan-Meier do tempo de internação de usuários de crack em UPHG, relacionado à assistência do Assistente Social durante sua internação, em Sobral-CE, em 2010.....	68
18	Curva de Kaplan-Meier do tempo de internação de usuários de crack em UPHG, relacionado à assistência do Assistente Social durante sua internação, em Sobral-CE, em 2010.....	68
19	Curva de tempo de internação controlado pelas variáveis idade e número de profissionais envolvidos na assistência de usuários de crack em uma UPHG, 2010.....	70
20	Curva ROC para regressão logística.....	76

LISTA DE SIGLAS

AIH	Autorização de Internação Hospitalar
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
CID	Código Internacional de Doenças
CNM	Confederação Nacional dos Municípios Brasileiros
CONAD	Conselho Nacional Antidrogas
CRES	Célula Regional de Saúde
FUNAD	Fundo Nacional Antidrogas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OBID	Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas
PNAD	Política Nacional sobre Drogas
SENAD	Secretaria Nacional Antidrogas
SISNAD	Sistema Nacional Antidrogas
SPSS	Statiscal Package for Social Scence
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UPHG	Unidade Psiquiátrica em Hospital Geral

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
1.1	Meu encontro com o objeto.....	17
1.2	Conceitos e problemática relacionadas ao crack	18
1.3	Justificativa	23
2	OBJETIVOS	25
2.1	Objetivo geral.....	25
2.2	Objetivos específicos	25
3	REVISÃO DE LITERATURA	26
3.1	O Consumo de Crack no Brasil.....	26
3.2	O crack e os Fatores de risco associados	28
3.3	Legislação brasileira sobre drogas	30
3.3.1	Política Nacional sobre Drogas.....	31
3.3.2	Pressupostos e objetivos da política nacional	33
3.4	Internação Hospitalar em Saúde Mental: Novo Modelo de Assistência.....	37
3.4.1	Da Reforma Psiquiátrica aos dias atuais	37
3.4.2	Internações decorrentes do uso de drogas no Sistema Único de Saúde.....	40
3.4.3	A proposta das Enfermarias Especializadas.....	42
4	METODOLOGIA	44
4.1	Delineamento do estudo	44
4.2	Local do estudo.....	44
4.3	População e amostra do estudo.....	44
4.4	Critérios de inclusão da amostra.....	45
4.5	Critérios de exclusão da amostra	45
4.6	Coleta de Informações	45
4.7	Análise dos dados	46
4.7.1	Análise do Tempo de Internação Hospitalar.....	48
4.7.2	Estimador produto de Kaplan – Meier.....	48
4.8	Aspectos éticos.....	49
5	RESULTADO	51
5.1	Características Sociodemográficas dos internados por uso de crack.....	51
5.2	Caracterização das Condições Clínicas de usuários de crack.....	55
5.3	Tipologia e Descrição dos Internamentos.....	60
5.4	Tempo de Internação Hospitalar e possível variáveis preditoras.....	61

5.5	Relação entre o Tipo de Internação variáveis sociodemográficas, clínicas e padrão de Assistência de usuários de crack.....	71
5.6	Relações entre a Ocorrência de Internações Anteriores por uso de drogas e variáveis do Estudo.....	79
6	DISCUSSÃO.....	83
7	CONSIDERAÇÕES FNAIS	94
	REFERÊNCIAS.....	96
	APÊNDICES	102
	ANEXOS	109

1 INTRODUÇÃO

1.1 Meu encontro com o objeto

O uso de substâncias psicoativas na atualidade é caracterizado como um grande desafio da Saúde Pública, sua amplitude e abrangência são percebidos nos veículos de comunicação, nas estatísticas ligadas a área da saúde, educação, segurança pública; em fóruns, debates com participação social, dentre outros.

Atualmente temos nos deparado com uma série de medidas, esforços, modelos de atenção, políticas que tem como objetivo a mudança deste cenário que ora se instalou no Brasil. Muito mais do que os danos ao organismo dos usuários que apropriam-se de tais substâncias, o presente estudo tem como enfoque o uso do crack, que gera grande impacto em toda sociedade, pelo seu padrão de consumo, formas de obtenção da droga e peculiaridades de seu tratamento.

O envolvimento com a temática surge ainda na graduação, através de uma vivência como acadêmica de enfermagem, em um hospital psiquiátrico da região Norte do Ceará, marcado por longas internações, abandono dos pacientes pelas famílias, a cultura de exclusão dos portadores de transtornos, ancorados em lógica manicomial excludente, os quais foram motivos de denúncias públicas.

A interseção entre a realidade vivenciada foi marcada por acontecimentos que contextualizam as hipóteses para investigação. A assistência a saúde mental do município teve uma reorganização do seu modelo de atenção, não mais direcionada por uma visão hospitalocêntrica, mas tendo como pano de fundo a política de humanização do SUS. O espaço físico do hospital deu lugar posteriormente, a uma Instituição de Ensino Superior e os pacientes que eram atendidos neste regime foram assistidos por uma Rede de Atenção Integral a Saúde Mental com várias formas de atenção e serviços.

Todavia, como enfermeira do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) observou-se através da assistência prestada a pacientes com transtornos mentais e comportamentais por uso abusivo de álcool e/ou outras

drogas, a recorrência do encaminhamento dos mesmos para internação em hospital geral e a prevalência desta situação associada à utilização do Crack.

Neste sentido se configuram duas realidades antagônicas: por um lado a instalação de uma rede substitutiva as internações, com outras estratégias de atenção, com diversidade terapêutica, de base comunitária para tais usuários e de outro lado a permanência da necessidade de hospitalização destes pacientes. Diante desta dualidade surgiram questionamentos que a referida pesquisa tenta elucidar.

1.2 Conceitos e problemáticas relacionadas ao Crack

O crack é uma droga, obtida a partir da pasta de folha de coca ou pasta básica (sulfato de cocaína) por meio da maceração ou pulverização com solvente (álcool, benzina, parafina ou querosene), ácido sulfúrico e carbonato de sódio. É uma forma impura de cocaína e não um subproduto, sendo consumida pela via pulmonar. A fumaça inalada pela queima da pedra de crack chega ao sistema nervoso central em segundos, devido a grande área de absorção pulmonar. Seu efeito de euforia é mais forte do que o da cocaína, produz muita depressão após o uso, o que leva o usuário a utilizar novamente para compensar o mal-estar, provocando intensa dependência (RIBEIRO e LARANJEIRA, 2010).

As alterações decorrentes do consumo de substâncias psicoativas são, em grande parte, reversíveis, apesar do processo de recuperação ser lento e prolongado o que possibilita recaída e retornos aos comportamentos de consumo. Os modelos de tratamentos atuais recomendam o gerenciamento de casos como uma maneira eficaz de auxiliar o usuário a viver sem a droga (CORSI *et al*, 2010). As estratégias de tratamento devem ser continuamente avaliada e modificada de acordo com a necessidade do usuário, pois suas demandas se modificam com rapidez.

Nos últimos anos observamos um cenário epidemiológico de franca expansão do consumo de drogas. Esta realidade é acentuada pelo aumento alarmante da utilização do Crack, principalmente entre crianças e adolescentes.

Seu primeiro relato no Brasil foi em São Paulo e com o decorrer dos anos a quantidade excessiva de usuários cresceu substancialmente e o crack se estabeleceu em todo país pelo seu grande lucro, devido a dependência que causa no usuário, a inclusão das mulheres e a prática de trocarem a droga por sexo (MARTINS, 2009).

O pensamento dos usuários, com a utilização contínua foca-se no seu consumo de forma que as atividades e comportamentos, tais como: sono, alimentação, afeto, senso de responsabilidade e sobrevivência perdem o significado (OLIVEIRA, 2008).

Em estudos realizados por Ferreira Filho *et al* (2003) relativos ao perfil sócio-demográfico de dependentes de cocaína internados em hospitais psiquiátricos de São Paulo apontaram que usuários de crack estão mais expostos a situação de violência sugerindo uma maior vulnerabilidade e aumento de fatores de risco para a saúde a população.

Ribeiro *et al* (2006) alerta ainda que estas pessoas apresentam maior risco de morte do que a população em geral, tendo como uma das principais causas, o homicídio.

Aos poucos, o crack, foi deixando de ser uma droga usada por classes menos favorecidas e foi ganhando todas as camadas sociais, associado a novas estratégias de difusão, o que sugere que a cultura de utilização e o perfil de seus usuários tenham sofrido modificações desde sua primeira descrição, fortalecendo sua permanência apesar de seus efeitos físicos e psíquicos devastadores.

Em resposta as transformações sociais, do alarmante crescimento do uso de substâncias psicoativas, da dependência química e seus fatores associados, observa-se um esforço do governo e da sociedade na elaboração de políticas públicas e leis que levem em consideração a prevenção, o tratamento e reinserção social dos usuários.

A concepção ampla de atendimento previsto pelo Sistema Único de Saúde e orientado pela Política Nacional sobre drogas encorajam a adoção de estratégias diferenciadas de atenção e cuidado aos pacientes e ações de enfrentamento de combate ao crack que sejam subsidiadas pelo contexto de vida

em que os mesmos estão inseridos bem como, seu perfil sócio-econômico e cultural (BRASIL, 2004).

A necessidade de aprofundamento da reorientação do modelo assistencial em saúde mental, com a reestruturação da atenção psiquiátrica hospitalar, além da expansão da rede de atenção comunitária, com a participação efetiva de usuários e familiares foram temas abordados na III Conferência Nacional de Saúde Mental que ocorrera em 2001 (BRASIL, 2011).

Apesar do crescimento e ampliação da rede de serviços de base comunitária fortalecida a partir das discussões pautadas e com os avanços e desafios da reforma psiquiátrica ainda surge na IV Conferência Nacional de Saúde Mental em 2010 a necessidade de Implantar e implementar serviços de saúde mental municipais e/ou regionais, com atendimento integral da criança ao idoso, ampliar o número de Residências Terapêuticas e as possibilidades de implantação de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e garantir a obrigatoriedade de leitos psiquiátricos em Hospitais Gerais destinados a crianças, adolescentes e adultos assegurando uma rede comunitária de serviços em completa substituição à internação em hospitais psiquiátricos. Credenciar e garantir o financiamento de leitos psiquiátricos para as pessoas com transtornos mentais e leitos de desintoxicação para usuários de álcool e outras drogas em Pronto atendimentos e Hospitais Gerais (BRASIL, 2011).

O propósito da mudança na concepção de internação hospitalar, a usuários do SUS, por transtorno mental ou de comportamento, ganha um novo modelo de assistência atuando numa lógica antimanicomial e interdisciplinar.

A consolidação da reforma psiquiátrica exige a priorização, por parte dos gestores dos níveis federal, estadual e municipal, da atenção a crise no âmbito da rede substitutiva em saúde mental, considerando sua importância fundamental na implementação de um processo efetivo que possibilite a extinção dos hospitais psiquiátricos e de quaisquer outros estabelecimentos em regime fechado (BRASIL, 2010).

A proposta de criação, fortalecimento, e ampliação da rede de saúde mental e de ações articuladas na atenção básica, ambulatórios de saúde mental, Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), Núcleos de Atenção Psicossocial

(NAPS), Residências Terapêuticas, Centros de Atenção Psicossocial, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), Unidades de Pronto Atendimento (UPA)/Pronto Atendimento, e leitos em hospitais regionais e gerais, de forma integrada garantindo a implantação e implementação dos dispositivos normativos já existentes e relativos à criação de leitos psiquiátricos em Hospitais Gerais nos municípios, incluindo Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas (BRASIL, 2010).

A redução dos hospitais psiquiátricos com fortalecimento e expansão de intervenções comunitárias é objeto de constantes mudanças na área da saúde mental, principalmente no Brasil. Com o propósito de uma nova reformulação de assistência no âmbito das internações hospitalares, fora dos moldes dos asilos psiquiátricos surge a inclusão do atendimento destes agravos nos hospitais gerais (BRASIL, 2011).

Lucchesi e Malik (2009) descrevem que a unidade psiquiátrica em hospital geral consiste em um conjunto de serviços de saúde mental situados em uma estrutura hospitalar geral. A implantação mais abrangente dessas unidades teve início após a Segunda Guerra Mundial, na Europa Ocidental e na América do Norte. No Brasil, durante os movimentos das reformas sanitárias e psiquiátricas, iniciou uma discussão mais ampla na década de 1970, porém apenas na década de 1980 surgiram trabalhos acadêmicos baseados em experiências concretas, na sua maioria baseado em literatura internacional, que esclareceu a viabilidade desse tipo de assistência à realidade brasileira, sendo regulamentada na década de 1990.

Em torno dessa implantação, de atendimentos a agravos ligados a saúde mental em hospitais gerais, observa-se uma realidade atual, na qual emergem reflexões necessárias. A expansão desses leitos fortalece a resignificação da atenção hospitalar a estes indivíduos, principalmente aos usuários de substâncias psicoativas, pois proporcionam uma assistência mais ampla, multiprofissional e favorece a diminuição do estigma. Contudo, verifica-se que este processo é lento, o que nos leva a questionar o possível desinteresse dos gestores dos hospitais gerais pela prestação deste tipo de serviço, a limitação financeira do custeio dessas internações ou se ainda existe estigma, relacionado aos portadores de transtornos mentais, que influencia negativamente esta expansão.

Corroborando com alguns dos questionamentos levantados, foi lançado um conjunto de ações integradas para enfrentar o crack, parceria entre os ministérios da Saúde e da Justiça, com o nome de “*Crack, é possível vencer*” cujo investimento será de R\$ 4 bilhões da União em articulação com estados, Distrito Federal, municípios e sociedade civil (BRASIL, 2011).

A iniciativa tem o objetivo de aumentar a oferta de tratamento de saúde aos usuários de drogas, enfrentar o tráfico e as organizações criminosas ampliando as ações estruturadas em três eixos: cuidado, autoridade e prevenção. Uma das novidades do plano é a ampliação de enfermarias especializadas nos hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS). Até 2014, o Ministério da Saúde repassará recursos para que estados e municípios criem novos leitos, que serão usados para atendimentos e internações de curta duração durante crises de abstinência e em casos de intoxicações graves. Para estimular a criação destes espaços, o valor da diária de internação crescerá 250% de R\$ 57 para até R\$ 200. Ao todo, serão investidos R\$ 670,6 milhões (BRASIL, 2011).

Com objetivo de definir normas de funcionamento e habilitação de mais de 3.508 leitos em enfermaria especializada no Serviço Hospitalar para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas foi lançada a portaria nº 148/12 que além de normatizar estas novas vagas, também elevam o valor do repasse médio para os hospitais gerais e cria um estímulo financeiro para implantação (BRASIL, 2012).

A garantia de assistência e tratamento adequado as necessidades do usuário, que é a base do modelo de atenção em Saúde mental, pressupõe o conhecimento dos sujeitos, qual seu perfil epidemiológico, das variáveis estão envolvidas no processo de internação, onde estão sendo referenciados e quais encaminhamentos dentro da rede de assistência que está sendo assegurado. A presente pesquisa procurou responder alguns questionamentos propostos com o objetivo de analisar o Perfil epidemiológico dos pacientes usuários de crack, internados em um Hospital Geral da cidade de Sobral-CE, regulado pelo Sistema Único de Saúde e as características da internação dos referidos usuários.

1.3 Justificativa

Com a problemática da expansão do crack e em especial no Estado do Ceará foi estruturado fóruns de discussões sobre os avanços desta droga e suas consequências no Brasil e em especial no nosso estado, a partir de seminários e encontros do Pacto pela Vida, uma iniciativa da Assembléia Legislativa do Estado do Ceará por meio de seu Conselho de Altos Estudos e Assuntos Estratégicos que vem desencadeando um amplo diálogo com diversos atores sociais, envolvendo instituições públicas e as organizações da sociedade cearense em torno de quatro eixos: prevenção, tratamento, repressão e reinserção social de usuários. A participação foi possível através do convite ao grupo de pesquisa em Violência e Acidentes: Ação pela Paz do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Ceará (UFC), vinculado ao Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina/ UFC no qual a pesquisadora esta inserida na linha da epidemiologia do uso de substâncias psicoativas.

As características do ambiente universitário e a participação da comunidade científica, sempre estiveram permeando todo processo de discussão e construção da Política Nacional a cerca das Drogas e suas redes de atenção integral em Saúde Mental. A partir de debates e da experiência, já mencionada da pesquisadora, foi possível perceber lacunas que, por vezes, enfraquecem ou impossibilitam estratégias de enfretamento ao uso do Crack. Analisar e caracterizar usuários com transtornos mentais ou comportamentais por uso de crack em leitos especiais de um hospital geral de Sobral- Ceará, são respostas necessárias para direcionar planos de ações integradas aos usuários, bem como, uma reflexão sobre a rede de atenção e assistência aos usuários de drogas.

Esta pesquisa é parte de um projeto que visa caracterizar o perfil dos usuários de crack em todos os hospitais gerais do Estado do Ceará, com leitos ativos, junto ao SUS para internação psiquiátrica, no ano de 2010 financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq através do edital 41/2010.

Para tal, todos os resultados e recomendações do estudo estão sendo divulgados para a comunidade científica, instituição de fomento, gestores, atores e

redes sociais, organizações governamentais e instituições formadoras que integram os fóruns de discussões embasados no tema em questão por meio de relatórios, artigos em periódicos e apresentação em eventos científicos.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar o perfil epidemiológico dos pacientes usuários de crack internados em leitos de um hospital geral na cidade de Sobral-CE, regulados pelo Sistema Único de Saúde, no ano de 2010.

2.2 Objetivos específicos

Caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico de usuários de crack, internados em um hospital geral, no ano de 2010.

Estimar a frequência por tipo de internação psiquiátrica, devido o uso de crack.

Descrever as características do atendimento, custos e profissionais envolvidos na assistência e período da internação de usuários de crack.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 O Consumo de Crack no Brasil

O crack surgiu entre os anos de 1984 e 1985 nos bairros mais pobres de Los Angeles, Nova York e Miami. Esta droga, cocaína em forma de pasta, era obtida através de um processo artesanal dentro de residências abandonadas. Os cristais eram fumados em cachimbos que estralavam quando expostos ao fogo (cracking), característica que deu origem ao nome, sendo utilizada de preferência por jovens, usuários de cocaína refinada, atraídos pelo baixo custo da substância, a euforia de grande magnitude e de curta duração. O crescimento do consumo de cocaína e seus derivados nos Estados Unidos se alastrou tornando-o mercado de maior consumo durante várias décadas.(RIBEIRO, 2010)

No Brasil, levantamentos epidemiológicos não detectaram a presença do Crack antes de 1989, contudo na década de 90 os serviços ambulatoriais especializados começaram a sentir o impacto da droga. A proporção de usuários de Crack pulou de 17% em 1990 para 64% em 1994, entre os dependentes de cocaína que buscavam tratamento, atingindo níveis superiores a 70% (NOTO et al., 1998).

O consumo de drogas pelo homem, não é fato novo. O novo é a amplitude e diversificação que assume nos dias atuais...A lógica da droga é a lógica das sensações alucinantes, dos prazeres estonteantes. A ética da droga é a ética do *no limits*.(KEHL,2003).

Nappo (1996) afirma que com o intuito de facilitar sua disseminação no Brasil e adesão pelos usuários, os traficantes esgotavam suas reservas de outras drogas em locais destinados ao fornecimento e ofertavam o crack. Desta forma a adesão e opção pelo seu uso foram potencializados. Tais estratégias, favoreceu ao mercado progressão de seu uso e a rápida popularização em todo território brasileiro.

Dados obtidos de dois levantamentos domiciliares realizados pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) em parceria com a Secretaria Nacional de Políticas sobre drogas (SENAD) entre brasileiros com idade de 12 a 65 anos em cidades maior que 200 mil habitantes e incluindo a cidade de Palmas trouxeram informações relevantes sobre o panorama da utilização de drogas no Brasil.

No ano de 2001 a amostra foi constituída de 8.589 pessoas e em 2005 por 7.939. A prevalência do uso na vida da cocaína passou de 2,3% para 2,9% em 2005, o crack de 0,4% para 0,7%. Em ambos os anos o gênero masculino apresenta maior uso na vida e a faixa etária de maior dependência foi de 18 a 24 anos seguida de 25 a 34 anos. Relacionado a prevalência do uso na vida de crack por gênero em 2001 os homens tinham 0,7% em 2005 passaram para 1,5% no total de uso de substâncias psicoativas estudadas. As mulheres mantiveram 0,2%(BRASIL, 2009).

Quando observa-se a faixa etária mais prevalente no uso de crack, em ambos os estudos, temos de 25 a 34 anos. A prevalência de uso na vida das drogas citadas, exceto tabaco e álcool foi maior na região Nordeste, onde 27,6% dos sujeitos já fizeram uso de alguma droga. O uso na vida de crack foi de 0,7% para as maiores 108 cidades do Brasil, o que significa o contingente de mais de 380 mil pessoas, relacionado a percepção sobre os graves riscos do uso diário de cocaína/crack, pelos entrevistados, foi o maior em todas as regiões pesquisadas (BRASIL, 2009).

Observando pesquisas com estudantes de ensino fundamental e médio em cinco estudos epidemiológicos realizados pelo CEBRID, o primeiro em 1987 e o último em 2004, neste observa-se que o uso na vida de cocaína entre os Estudantes foi de 2%, em relação aos quatro estudos anteriores. Houve um aumento do consumo de cocaína entre os estudantes das capitais nordestinas: Salvador, Recife e Fortaleza (CEBRID, 2011).

Segundo a Confederação Nacional dos Municípios Brasileiros (CNM), em inquérito realizado no ano de 2010 com 3.950 municípios, o que representa 71% do total dos municípios do Brasil, 98% destes municípios tem problemas relacionados ao Crack, destes apenas 14,7% possuem Centro de Atenção Psicossocial instalado, um componente prioritário na reforma psiquiátrica, que constitui a porta de entrada,

no Sistema Único de Saúde aos usuários de substâncias psicoativas. Informações do Observatório do Crack, ligado a CNM divulgadas em 2011 com participação de 4.430 municípios, o que representa 79,6% de todos os municípios, descreve quanto a circulação da droga; 6,8% indicaram que o crack é a droga predominante, 22,9% indicaram outras drogas; e maioria 68,7% relatam que são ambas as drogas (BRASIL, 2008).

O consumo do crack foi citado como um problema em 90,7% dos municípios pesquisados. Todavia, a existência de programas municipais de combate ao crack só foi observado em 8,4% das cidades, 91,5% ainda não tem programas municipais implantados com este propósito. Relacionado a percepção dos gestores municipais sobre o nível de consumo desta droga em seus municípios, classificaram em baixo consumo em 1.135 cidades (28,1%), médio consumo em 1.809 (44,7%) e alto em 1.078 cidades (26,7%). Em relação às principais áreas que apresentam problemas ligados ao crack foram: saúde com 63,7%, segurança 58,5%, assistência social 44,6%, educação 37,5% e outros com 12,3% (BRASIL,2008).

Na área da Saúde, que aparece em primeiro lugar, os principais problemas descritos foram: a fragilidade da rede de atenção básica ao usuário de droga, a falta de leitos para internação, o espaço físico inadequado, a carência na disponibilidade de remédios e a ausência de profissionais especializados na área da dependência química. Entre os pesquisados houve relatos da dificuldade quando existe a necessidade de internação hospitalar por falta de leitos disponíveis principalmente em cidades de pequeno porte e excesso de gastos com transferências de usuários/pacientes para outras localidades o que impossibilita, dentro do município, uma atenção integral.

3.20 crack e os fatores de risco associados

O crack é um estimulante do sistema nervoso central com alto potencial de dependência associado ao padrão de uso compulsivo, os seus efeitos estão relacionados a danos não somente físicos mas também sociais. É frequente sua associação com atividades violentas, como roubos, assaltos, homicídio para obtenção da droga.

Em estudo de cinco anos, com usuários de crack realizado por Ribeiro et al (2006) relata que 18% da amostra faleceram neste período e que 56,6% das mortes foram homicídios. A alta frequência de mortes entre usuários de cocaína e *crack* tem chamado a atenção. Estima-se que na Europa, 1% a 15% das mortes relacionadas a drogas tenha relação com o uso de cocaína. Países como Alemanha, Espanha, França e Hungria relatam índices de 8 a 12% de mortes causadas por cocaína (SCHIFANO, 2008).

As investigações sobre o uso de drogas por universitários, assim como com os profissionais da saúde, têm sido mais frequentes entre os da área médica, e o estresse da profissão tem se mostrado como fator de alto risco para esse consumo. Um estudo de revisão sobre o consumo de substâncias psicoativas entre estudantes de sete universidades brasileiras comparou pesquisas realizadas com estudantes da Universidade de São Paulo em 1996 e 2001. Houve um aumento significativo para o uso, na vida, de álcool (88,5% e 92%), tabaco (42,8% e 50,5%), maconha (31,3% e 35,3%) e alucinógenos (6,1% e 11,4%) (BRASIL, 2008).

O surgimento, bem como o crescimento o crack, agravou o quadro de violência à medida que aumentam os danos para si e terceiros. Se tomarmos especificamente as relações de dependência de crack fica claro a importância de mudanças no tratamento legal da questão. O consumo desta droga traz, como uma dimensão possível, o trânsito no campo da ilegalidade (furtos, venda de objetos roubados, microtráfico); e, portanto convoca a que se desenvolvam outras modalidades de compreensão e intervenção, no âmbito da segurança pública e da justiça, resultando em menos rigidez e punição para o usuário de crack e mais formas de responsabilizá-lo e engajá-lo em sua história e trajetória. Sem compromisso com qualquer imperativo que venha incidir sobre a condução do processo de atenção; ou sobre outras medidas que também possam ser disponibilizadas (DIAS, 2010).

Observa-se também, a alta frequência de doenças sexualmente transmissíveis em usuários de crack, a cultura de troca da droga por sexo tem demonstrado a crescente soro prevalência nessa população, que por compartilharem o mesmo modo de transmissão são também infectados pelos vírus da hepatite B e C, sífilis e HIV.

Estudo realizado na Guiana Francesa, demonstrou que o uso de crack foi associado a um aumento da incidência de AIDS, sendo a relação de 27,8 por 100 pessoas-ano *versus* 6,6 por 100 pessoas-ano para os não usuários desta droga (NACHER, 2009). No Brasil, pesquisa realizada em São Paulo detectou HIV em 11% dos usuários, relacionando o uso de crack e sexo sem proteção ao risco de infecção pelo HIV (AZEVEDO, 2007).

Segundo Carvalho (2009) ao avaliar, no Brasil, 273 usuários de drogas que procuraram tratamento, 22% afirmaram ter contraído doenças sexualmente transmissíveis, 53% desses tinham história de gonorreia e 6,6% de HIV permitindo observar a relação de prostituição, baixo uso de preservativos e uso de drogas.

Acredita-se que o risco de morte precoce dos usuários de crack está relacionado não somente as propriedades farmacológicas ou alterações físicas que a droga provoca no organismo, mas a todo contexto de vulnerabilidade social e individual que estes usuários estão inseridos.

3.3 Legislação Brasileira sobre Drogas

Em um processo contínuo, a legislação brasileira tem passado por atualizações, com o intuito de organizar a assistência, definir diretrizes e orientar os eixos de combate a expansão das drogas em nosso país. Algumas leis foram atualizadas pelo Congresso Nacional e sancionadas pela Presidência da República, tais como:

- Lei nº 11.343/06, antes Projeto de Lei nº 115/02 do Senado, que substituiu as Leis nº 6.368/76 e nº 10.409/02 que antes discorriam sobre drogas e hoje trazem um texto com ênfase nos aspectos de prevenção, formas de atenção, reinserção social do usuário e dependente químico. Outros aspectos abordados foram, de forma mais incisiva, as penas para quem faz o tráfico destas substâncias, a instituição do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, a distinção entre usuário/dependente de drogas e traficante, a concessão de benefícios fiscais para iniciativas de prevenção e tratamento.

3.3.1 Política Nacional sobre Drogas (PNAD)

Em junho de 1998 ocorreu em Nova York a XX Assembléia Geral Especial das Nações Unidas cuja temática em destaque foi a responsabilidade compartilhada e a redução da demanda e oferta das drogas. A partir das discussões destes princípios foi criada a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) ligada ao Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República culminando no I Fórum Nacional Antidrogas com o intuito de elaborar a Política Nacional Antidrogas (PNAD). Contudo esta política só foi formalmente elaborada no ano de 2001 com base nos resultados do primeiro e segundo Fórum Nacional Antidrogas, sendo então instituída por meio do Decreto nº 4.345.

Os fundamentos da PNAD passaram por várias modificações ao longo dos anos para contemplar as diversas transformações sociais, econômicas, políticas, tecnológicas e de perfil do usuário, do acesso as substâncias psicoativas, dentre outras.

A Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), como órgão articulador responsável em coordenar e integrar as ações do governo na área de redução da demanda de drogas, e acompanhar Política de drogas no país desenvolveu, em 2004 um processo para o realinhamento desta Política, utilizando dados epidemiológicos e principalmente na ampla participação da sociedade garantindo a intersectorialidade do cenário em que encontramos relacionado com este tema.

Neste sentido foram realizados no Brasil uma série de oito eventos: um Seminário Internacional de Políticas Públicas sobre Drogas, seis fóruns regionais e o Fórum Nacional sobre Drogas. Além da representatividade social, participaram representantes do governo federal, através dos Ministérios da Saúde, Educação, Justiça, Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Ciência e Tecnologia e Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República.

A Política Nacional sobre Drogas foi uma construção paripassu entre governo e sociedade com uma preocupação de contextualização, parcerias e embasamento em ações que mostraram resultados, sendo retratados cronologicamente, momentos marcantes que demonstram a importância da representatividade, da participação social:

- a) Internacional: através de um seminário Internacional de Políticas Públicas sobre Drogas compartilhando experiências exitosas com países, como Portugal, Canadá, Itália, Países Baixos. Este seminário apresenta-se como momento inicial para construção e realinhamento da Política Nacional Antidroga com a reflexão dos problemas e formas de enfrentamentos dos países acima citados.
- b) Regional: com objetivo de descentralização, estes momentos congregaram a SENAD, os governos dos estados, os conselhos estaduais de entorpecentes e a partir de oficinas discutiam pressupostos básicos da PNAD, prevenção, tratamento, redução de danos sociais e a saúde, redução da oferta e através da representação da comunidade científica foram incluídos estudos, pesquisas e avaliações. O resultado destes momentos em cinco regiões do Brasil: Sul – Florianópolis(SC), Sudeste – São Paulo (SP), Nordeste 1- Salvador (BA), Nordeste 2 – São Luis (MA), Norte – Manaus (AM), Centro Oeste – Campo Grande (MS) geraram relatórios de atividades que continham reflexões, críticas e sugestões.
- c) Nacional: o Fórum Nacional sobre Drogas, ocorrido em Brasília no ano de 2004 concluiu todo processo de discussão e caracterização desta política. É importante destacar que este evento teve um tripé em que o Governo Federal foi o coordenador, representado pela SENAD, a comunidade científica mediou este momento e a sociedade, com sua participação, opinou sobre os pressupostos apresentados. Os resultados obtidos foram encaminhados ao Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) que aprovou esta política sendo sancionada pelo Presidente da República Luis Inácio Lula da Silva em outubro de 2005.

O Conselho Nacional Antidrogas aprovou em 2005, a nova Política Nacional sobre Drogas resultado do realinhamento da Política Nacional Antidrogas vigente desde 2001.

3.3.2 Pressupostos e objetivos da Política Nacional sobre Drogas (PNAD)

Os pressupostos da Política Nacional são:

- Buscar, incessantemente, atingir o ideal de construção de uma sociedade protegida do uso de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas.
- Reconhecer as diferenças entre o usuário, a pessoa em uso indevido, o dependente e o traficante de drogas, tratando-os de forma diferenciada.
- Tratar de forma igualitária, sem discriminação, as pessoas usuárias ou dependentes de drogas lícitas ou ilícitas.
- Buscar a conscientização do usuário e da sociedade em geral de que o uso de drogas ilícitas alimenta as atividades e organizações criminosas que têm, no narcotráfico, sua principal fonte de recursos financeiros.
- Garantir o direito de receber tratamento adequado a toda pessoa com problemas decorrentes do uso indevido de drogas.
- Priorizar a prevenção do uso indevido de drogas, por ser a intervenção mais eficaz e de menor custo para a sociedade.
- Não confundir as estratégias de redução de danos como incentivo ao uso indevido de drogas, pois se trata de uma estratégia de prevenção.
- Intensificar, de forma ampla, a cooperação nacional e internacional, participando de fóruns sobre drogas, bem como estreitando as relações de colaboração multilateral, respeitando a soberania nacional.
- Reconhecer a corrupção e a lavagem de dinheiro como as principais vulnerabilidades a serem alvo das ações repressivas, visando ao desmantelamento do crime organizado, em particular do relacionado com as drogas.
- Elaborar planejamento que permita a realização de ações coordenadas dos diversos órgãos envolvidos no problema, a fim de impedir a utilização do território nacional para o cultivo, a produção, a armazenagem, o trânsito e o tráfico de drogas ilícitas.

- Garantir, incentivar e articular, por intermédio do Conselho Nacional Antidrogas - CONAD, o desenvolvimento de estratégias de planejamento e avaliação nas políticas de educação, assistência social, saúde e segurança pública, em todos os campos relacionados às drogas.
- Garantir ações para reduzir a oferta de drogas, por intermédio de atuação coordenada e integrada dos órgãos responsáveis pela persecução criminal, em níveis federal e estadual, visando realizar ações repressivas e processos criminais contra os responsáveis pela produção e tráfico de substâncias proscritas, de acordo com o previsto na legislação.
- Fundamentar, no princípio da responsabilidade compartilhada, a coordenação de esforços entre os diversos segmentos do governo e da sociedade, em todos os níveis, buscando efetividade e sinergia no resultado das ações, no sentido de obter redução da oferta e do consumo de drogas, do custo social a elas relacionado e das conseqüências adversas do uso e do tráfico de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas.
- Garantir a implantação, efetivação e melhoria dos programas, ações e atividades de redução da demanda (prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social) e redução de danos, levando em consideração os indicadores de qualidade de vida, respeitando potencialidades e princípios éticos.
- Incentivar, orientar e propor o aperfeiçoamento da legislação para garantir a implementação e a fiscalização das ações decorrentes desta política.
- Pesquisar, experimentar e implementar novos programas, projetos e ações, de forma pragmática e sem preconceitos, visando à prevenção, tratamento, reinserção psicossocial, redução da demanda, oferta e danos com fundamento em resultados científicos comprovados.
- Garantir que o Sistema Nacional Antidrogas - SISNAD seja implementado por meio dos Conselhos em todos os níveis de governo e que esses possuam caráter deliberativo, articulador, normativo e consultivo, assegurando a composição paritária entre sociedade civil e governo.

- Reconhecer o uso irracional das drogas lícitas como fator importante na indução de dependência, devendo, por esse motivo, ser objeto de um adequado controle social, especialmente nos aspectos relacionados à propaganda, comercialização e acessibilidade de populações vulneráveis, tais como crianças e adolescentes.
- Garantir dotações orçamentárias permanentes para o Fundo Nacional Antidrogas - FUNAD, a fim de implementar ações propostas pela Política Nacional sobre Drogas, com ênfase para aquelas relacionadas aos capítulos da PNAD: prevenção, tratamento e reinserção social, redução de danos, redução da oferta, estudos e pesquisas.

Seus objetivos procuram:

- Conscientizar a sociedade brasileira sobre os prejuízos sociais e as implicações negativas representadas pelo uso indevido de drogas e suas conseqüências.
- Educar, informar, capacitar e formar pessoas em todos os segmentos sociais para a ação efetiva e eficaz de redução da demanda, da oferta e de danos, fundamentada em conhecimentos científicos validados e experiências bem-sucedidas, adequadas à nossa realidade.
- Conhecer, sistematizar e divulgar as iniciativas, ações e campanhas de prevenção do uso indevido de drogas em uma rede operativa, com a finalidade de ampliar sua abrangência e eficácia.
- Implantar e implementar rede de assistência integrada, pública e privada, intersetorial, para pessoas com transtornos decorrentes do consumo de substâncias psicoativas, fundamentada em conhecimento validado, de acordo com a normatização funcional mínima, integrando os esforços desenvolvidos no tratamento.
- Avaliar e acompanhar sistematicamente os diferentes tratamentos e iniciativas terapêuticas, fundamentados em diversos modelos, com a finalidade de promover aqueles que obtiverem resultados favoráveis.
- Reduzir as conseqüências sociais e de saúde decorrentes do uso indevido de drogas para a pessoa, a comunidade e a sociedade.

- Difundir o conhecimento sobre os crimes, delitos e infrações relacionados às drogas ilícitas e lícitas, prevenindo-os e coibindo-os por meio da implementação e efetivação de políticas públicas para a melhoria da qualidade de vida do cidadão.
- Combater o tráfico de drogas e os crimes conexos, em todo território nacional, dando ênfase às áreas de fronteiras terrestres, aéreas e marítimas, por meio do desenvolvimento e implementação de programas socioeducativos específicos, multilaterais, que busquem a promoção da saúde e a reparação dos danos causados à sociedade.
- Assegurar, de forma contínua e permanente, o combate à corrupção e à lavagem de dinheiro, como forma de estrangular o fluxo lucrativo desse tipo de atividade ilegal, que diz respeito ao tráfico de drogas.
- Manter e atualizar, de forma contínua, o Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas - OBID, para fundamentar, dentro de outras finalidades, o desenvolvimento de programas e intervenções dirigidas à redução de demanda (prevenção, tratamento e reinserção psicossocial), redução de danos e de oferta de drogas, resguardados o sigilo, a confidencialidade e seguidos os procedimentos éticos de pesquisa e armazenamento de dados.
- Garantir rigor metodológico às atividades de redução da demanda, oferta e danos, por meio da promoção de levantamentos e pesquisas sistemáticas, avaliados por órgão de referência da comunidade científica.
- Garantir a realização de estudos e pesquisas visando à inovação dos métodos e programas de redução da demanda, da oferta e dos danos sociais e à saúde.
- Instituir, em todos os níveis de governo, com rigor metodológico, sistema de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações de redução da demanda, da oferta e dos danos sociais e à saúde.
- Assegurar, em todos os níveis de governo, dotação orçamentária e efetivo controle social sobre os gastos e ações preconizadas nesta política, em todas

as etapas de sua implementação, contemplando os preceitos estabelecidos pelo CONAD, incentivando a participação de toda a sociedade.

3.4 Internação Hospitalar em Saúde Mental : novo modelo de assistência

3.41 Da Reforma Psiquiátrica aos dias atuais

Um recorte histórico sobre a mudança do conceito de internamento como pano de fundo para elucidar alguns pressupostos da reforma psiquiátrica são descrita por Amarante (1998), que durante toda a Idade Média, a percepção social da loucura representada pela ética do internamento, não se cruza com a elaboração do conhecimento sobre a loucura. O internamento na Idade Clássica é baseado em uma prática de "proteção e guarda" como um jardim de espécies. Contudo depois, é marcado pela convergência entre percepção, dedução e conhecimento, ganhando o internamento características terapêuticas e médicas. No século XVII, ocorreu o que Foucault chamou de "Grande Internação". Por um Edito Real, foi criado o Hospital Geral destinado aos "pobres de Paris", que deveria acolher, alojar, alimentar aqueles que se apresentassem de espontânea vontade ou aqueles que para lá fossem encaminhados pela autoridade real ou jurídica (FOUCAULT, 1987 *apud* ORNELLAS, 1997).

A internação devido a transtornos de comportamentos, considerado como loucos torna-se por um longo período o mundo da exclusão. Corroboramos com Oliveira (2002), a "Grande Internação", ao pautar-se em fenômeno eminentemente moral, instrumento de poder político, implicava que a internação do louco não obedecia a critérios médicos, mas à ordem da razão. Em outras palavras, nas casas de internamento, o louco não era percebido como doente, muito menos como doente mental. O que havia de comum entre os indivíduos que faziam parte do "mundo dos internos" era a sua incapacidade de tomar parte na produção, articulação e acúmulo de riquezas. Nessa época, o trabalho era sobretudo uma categoria de moral e a pobreza era tida como uma ausência de disciplina e constituída obstáculo à nova ordem social.

Com o advento do capitalismo, no século XVII surgiram críticas ao enclausuramento do louco, que passou a ser percebido como desperdício e um pesado custo para a sociedade. Nesse sistema econômico, o indivíduo passou a ser visto como um produtor de riqueza, uma vez que esta é fruto do trabalho humano. Assim, os indivíduos que no período anterior eram confinados junto aos loucos constituindo "o mundo dos internos", foram colocados em liberdade, com exceção dos loucos e criminosos. Então, nesse mecanismo de inclusão/exclusão, a loucura foi separada das formas de não racionalidade e passou a ocupar um espaço científico, sob a responsabilidade da medicina. (GOMES E OLIVEIRA, 2004)

O hospital, enquanto lugar de ação da medicina mental sobre seu objeto próprio, a loucura, nasceu e desenvolveu-se com a Psiquiatria. Muitos foram os questionamentos ao modelo alienista do século XIX e início do XX. A loucura, encarada como doença mental, deixa de ser abordada apenas como vigilância e contenção e passa a ser objeto de prevenção médica culminando, em novas formas de intervenção (AMARANTE, 1994).

Conforme Lobosque (2001) a partir dos anos 60 ocorre uma enorme proliferação de hospitais psiquiátricos privados contratados pelo poder público, ao longo da ditadura militar. Lucrativa e fácil a indústria da loucura prosperava com o ostensivo respaldo do governo do país. Fabricava e multiplicava "doentes mentais", a fragilidade de pessoas em situação de conflito, quando se manifestava num deslize ou num descontrole, resultava em sua imediata psiquiatrização.

Esta realidade é corroborada por Desviat (1999) que relata, as críticas a eficácia do asilo não tardaram a se produzir, mas foi depois da Segunda Guerra Mundial, em tempos de crescimento econômico e reconstrução social, de grande desenvolvimento dos movimentos civis e de maior tolerância e sensibilidade para com as diferenças e as minorias, que a comunidade profissional e cultural, por vias diferentes, chegaram a conclusão de que o hospital psiquiátrico deveria ser reformado ou abolido.

No Brasil surgiram timidamente experiências de comunidades terapêuticas, centros de saúde, hospitais-dia e outras modalidades de atenção. Em particular, o movimento de desinstitucionalização italiano contribuiu significativamente para subsidiar as discussões sobre o processo de reforma

psiquiátrica surgido no final dos anos 70, ou seja, a constituição de um novo cenário de saúde mental (OLIVEIRA, 2002).

A Reforma Psiquiátrica é considerada por Amarante (1998) como um processo histórico de formulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o questionamento e elaboração de propostas de transformação do modelo clássico do paradigma da psiquiatria. No Brasil, a Reforma Psiquiátrica é um processo que surge mais concreta e principalmente, a partir da conjuntura da redemocratização em fins da década de 70 e tem como fundamentos apenas uma crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também - e principalmente - uma crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, dentro de toda a movimentação político-social que caracteriza a conjuntura de redemocratização.

No final dos anos 70, alguns trabalhadores de Saúde Mental de vários estados brasileiros se reúnem, a partir de um intenso questionamento a esta situação. O movimento consegue pronunciar-se em congressos e eventos oficiais da psiquiatria, e pressionar setores governamentais: estes segmentos são forçados a admitir a necessidade de uma Reforma Psiquiátrica (LOBOSQUE, 2001).

Sampaio e Barroso (2001) enfatizam acontecimentos marcantes no Brasil que favoreceram esta reforma, as VIII e a IX Conferências Nacionais de Saúde em 1986 e 1992 respectivamente, as I e II Conferências Nacionais de Saúde Mental, em 1987 e 1992, a Constituição de 1988, o Projeto de Lei Federal do Deputado Paulo Delgado, a Lei Cearense nº 12.151 de 29 de julho de 1993 de autoria do Deputado Mário Mamede, a consolidação do SUS e o processo de municipalização.

A I Conferência Nacional de Saúde Mental, como um desdobramento da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que marca o fim da trajetória sanitária e o início da trajetória de desinstitucionalização. O II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental em dezembro do mesmo ano, na cidade de Bauru. Deste encontro surge a palavra de ordem "Por uma sociedade sem manicômios" e o Dia Mundial da Luta Antimanicomial, o 18 de Maio (OLIVEIRA, 2002).

Nesse contexto que surgem uma rede de serviços de apoio e atenção capaz de substituir o sistema Hospitalocêntrico. A Lei Federal nº 10.216 de 06 de abril de 2001 dispõe sobre a proteção e o direito das pessoas com transtornos

mentais, garantindo tanto aos usuários de Serviço de Saúde Mental como os que sofrem de transtornos decorrentes do consumo de álcool e outras drogas, a territorialização do atendimento a partir da estruturação dos serviços, introduzindo modificações importantes com a regulamentação. Entretanto, fica determinado que as internações ocorram somente quando os demais recursos se mostrarem insuficientes. No que diz respeito à regulamentação, as internações são classificadas em: voluntárias – acontecem com o consentimento da pessoa que vai ser internada –, involuntárias – ocorrem sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro –, e compulsórias – determinadas pela justiça.

A tipologia das internações trouxe diversos benefícios como a inserção do Ministério Público para acompanhar as internações involuntárias, que devem ser comunicadas ao Ministério Público Estadual num período de 72 horas. Esse órgão tem a função de exercer a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis, ou seja, garantir a efetivação dos direitos dos cidadãos (BRITO, 2004). O termo de consentimento para assinatura do paciente quando internado voluntariamente, e a internação por ordem judicial, através da internação compulsória.

Todavia, tem sido questionado por alguns pesquisadores sobre quando realmente deve-se utilizar deste mecanismo e até onde o usuário de droga tem condição de decidir sobre sua internação, o tratamento a seguir.

Não há estratégias simples e isoladas que conduzam à cura simples e conclusiva de uma condição altamente complexa como a dependência de substâncias psicoativas. Independente do ambiente escolhido, a intensidade e a qualidade do tratamento oferecido são fatores preditivos (EDWARDS et al., 2005).

3.4.2 Internações Decorrentes do Uso de Drogas no Sistema Único de Saúde

A internação por transtorno mental ou de comportamento decorrente do uso abusivo de substâncias psicoativas não é somente útil mas necessária à preservação da vida do paciente ou de seus familiares. Em um estudo realizado por Noto et al. (2002) que descreveu as internações hospitalares por uso de psicotrópicos no Brasil, ao longo do anos de 1988 e 1999 com uma amostra composta por 726.429 pacientes, o álcool foi responsável por 90% das internações.

Contudo foi observado que a proporção de internamentos decorrentes da utilização de psicotrópicos cresceu consideravelmente nestes anos de 4,7% em 1988 para 15,5% em 1999, sendo que a cocaína e seus derivados foram os psicotrópicos que mais cresceram no período, passando de 0,8% (1988) para 4,6% (1999).

No relatório brasileiro sobre drogas realizado no período de 2001 a 2007 sobre internações decorrentes do uso de drogas e notificados no Sistema de Informações Hospitalares os quais totalizaram 138.585, sendo maior número ligado ao álcool com 68,7%, cocaína com 5% e a associação de múltiplas drogas de 22,8%. O estado do Ceará apresenta crescente porcentagem de internações decorrentes do uso de drogas em relação ao número total de internações em 2001 foi de 0,3% em 2007 passou para 0,9% (BRASIL, 2008).

Quanto aos óbitos associados ao uso de drogas, os transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool são os responsáveis pelo maior número de mortes correspondendo aproximadamente a 90% dos casos, seguidos pelo uso de tabaco, com cerca de 6%, de múltiplas drogas, com 0,7% e de cocaína, com 0,4%) (BRASIL, 2008).

No Brasil, foram notificados 5.689 óbitos associados ao uso de drogas em 2001, 5.738 em 2002, 5.932 em 2003, 6.541 em 2004, 7.247 em 2005, 7.885 em 2006 e 7.856 em 2007. As taxas de óbitos associados ao uso de drogas em geral são menores na Região Norte. A Região Nordeste chega a atingir 5 mortes por 100.000 habitantes nos anos de 2006 e 2007. Esse aumento entretanto, pode expressar melhora na qualidade da informação. Em 2007, os estados com maiores taxas são Espírito Santo (8,68), Sergipe (8,30), Ceará (7,45) e Piauí (6,93)(BRASIL,2008)..

Na avaliação da tendência no tempo, observou-se que no Brasil houve tendência de crescimento, e que o mesmo ocorreu nos estados do Acre, Maranhão, Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Alagoas, Sergipe, Bahia, Minas Gerais, Espírito Santo e Rio Grande do Sul. As capitais com maior número absoluto de óbitos são: São Paulo, Rio de Janeiro e Brasília contudo nas regiões, as capitais que mais contribuem para o total de óbitos são Manaus na Região Norte, Fortaleza no Nordeste, São Paulo e Rio de Janeiro no Sudeste, Porto Alegre no Sul e Brasília na Região Centro-Oeste (BRASIL,2008).

3.4.3 A proposta das Enfermarias Especializadas

As enfermarias especializadas, de atendimento psiquiátrico, nos Hospitais gerais representam uma proposta de atenção articulada, mais ampla na reforma psiquiátrica. Tem propósito de fornecer um ambiente protegido temporariamente para pessoas em estado mental ou comportamental desorganizado e perigoso para si ou para os outros. (BOTEGA, 1998)

Inseridas em hospitais gerais, cujo objetivo é atender pacientes com transtornos psiquiátricos de várias causas, inclusive por uso de substância psicoativa, que tem como objetivo a avaliação, acompanhamento médico, o trabalho multidisciplinar intensivo, incluindo atividades ocupacionais, encaminhamentos pós-alta, dentre outros. Ferreira et al. (2005) destaca que estas enfermarias podem representar alternativas aos hospitais psiquiátricos tradicionais pois evitam internações prolongadas, diminuindo o risco de isolamento social, perda de habilidades, de vínculos sociais e de cidadania.

Corroborando com este pensamento Dalgalarondo (1990) apud Ribeiro (2010) alerta que a dificuldade de desenvolver enfermarias, em hospitais gerais, que assistissem de forma mais especializada este tipo de paciente, seria causada pela predominância de políticas públicas mais orientadas para serviços extra-hospitalares, deixando de lado as internações.

Observa-se um consenso entre os autores dessa temática, que o tratamento hospitalar de pacientes usuários de substâncias psicoativas é apenas uma parte deste processo, em situações especiais, e como tal deve ser cercado de um trabalho multidisciplinar, de capacitação dos profissionais envolvidos e da participação desses pacientes em seus tratamentos com envolvimento de seus familiares.

Tais, enfermarias tem como objetivo o atendimento a pacientes com problemas relacionados à saúde mental, principalmente os relacionados ao consumo de álcool e outras drogas através de uma proposta de atenção multidisciplinar, incluindo atividades ocupacionais, de desenvolvimento de redes sociais e de prevenção de recaídas (LARANJEIRA, 2012). O tempo de internação teve acompanhar o período de maior intensidade dos sintomas apresentados e o

tratamento dependerá de uma boa avaliação do indivíduo, bem como de seu suporte social e familiar.

Para Gentil (2007) a rápida diminuição de leitos psiquiátricos e uma lenta criação de serviços ambulatoriais, associados a uma ideia errônea que após a criação de equipamentos extra-hospitalares, a internação seria desnecessária ou haveria uma diminuição significativa desta forma de tratamento , tem gerado uma crise, na assistência a dependência química. O número de leitos é inferior ao número de pessoas que necessitam de internação.

Para estimular a criação dessas enfermarias, oferecendo um maior número de leitos, e normatizar o seu funcionamento o Ministério da Saúde lançou em 2012 a portaria nº 148/12 considerando a necessidade de intensificar, ampliar e diversificar as ações de tratamento, redução de riscos e danos associados ao consumo de substâncias psicoativas (BRASIL, 2012).

A adesão dos gestores para esta proposta e a construção desse modelo de assistência são necessários para uma resposta satisfatória a que a portaria propõe para os serviços hospitalar de referência.

4 METODOLOGIA

4.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo transversal, com abordagem quantitativa, descritivo-analítico, que foi realizado em um Hospital Geral da cidade de Sobral, na zona Norte do Estado do Ceará, utilizando dados de internação de pacientes em uso abusivo de drogas – Crack.

4.2 Local de estudo

O estudo foi realizado na cidade de Sobral-CE, no Hospital Geral Dr. Estevam Ponte, que tem 17 leitos cadastrados para internamentos psiquiátricos. Atende a usuários em estado agudo de crise psicótica, quadro de depressão associada à dependência química, dentre outros. A unidade configura-se como um serviço organizado tendo como pressupostos os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, trabalhando de maneira articulada com a rede de atenção do município e desenvolve uma assistência de natureza multiprofissional com caráter interdisciplinar na busca por um cuidado humanizado, além de ter um programa de Residência Médica em Psiquiatria (BARROS E JORGE, 2011).

A escolha pelo local justifica-se no contexto histórico-político desta cidade, dentro da reforma psiquiátrica no estado do Ceará. No esforço em romper com modelo hospitalocêntrico de lógica asilar ocorreu a extinção do hospital psiquiátrico, Casa de Repouso Guararapes, no ano de 2000, um dispositivo com características manicomiais e internações prolongadas. Costa et al. (1997) deflagra que nesta Casa de Repouso havia internamentos inadequados, maus tratos, um número de óbitos e evasão altos comparados a outros estabelecimentos e nenhuma complementação ambulatorial pós-alta com indícios do binômio terapêutica-leito como única opção de assistência.

Os leitos no hospital geral Dr. Estevam Ponte, enfermagem psiquiátrica, marca o início de uma nova proposta de atenção hospitalar, a usuários de substâncias psicoativas da região.

4.3 População e Amostra do estudo

Os sujeitos da pesquisa serão todos os pacientes internados durante o ano de 2010 no hospital supracitado cujo motivo de internação foi devido a transtorno mental e comportamental relacionado ao uso abusivo de crack , utilizando como base a Classificação Internacional de Doenças, 10^a revisão ,com o objetivo da construção deste Perfil e caracterização do tratamento hospitalar.

4.4 Critérios de inclusão da amostra

Foram incluídos na amostra os pacientes cuja, internações estavam relacionadas ao uso abusivo de drogas, associado a utilização do Crack.

4.5 Critérios de exclusão da amostra

Foram excluídos os pacientes internados por uso de múltiplas substâncias que não tenham descritos em seus prontuários a utilização de Crack.

4.6 Coleta de Informações

Os dados foram coletados de forma secundária e as variáveis foram analisadas mediante dados extraídos dos prontuários de internação de usuários de crack.

Na execução da pesquisa utilizamos um formulário (Apêndice E) contendo informações sociodemográficas para o conhecimento de gênero, idade, etnia, escolaridade, naturalidade, ocupação, área de residência e dados sobre a

internação; condições iniciais da internação, tempo de internação, tipo de tratamento recebido, motivo da alta e encaminhamentos pós-alta.

Foi aplicado um estudo piloto, no local da pesquisa, com a finalidade de promover adequações ao formulário, de forma retratar a realidade do objeto de estudo, com autorização da coordenação do hospital.

As etapas de procedimento para coleta de dados foram:

a. Etapa I

Após adequação dos Instrumentos de Coleta de dados foi solicitado anuência da direção do hospital através da Carta de Solicitação para entrada no Campo.

b. Etapa II

A não informatização do Serviço de Arquivos Médicos do hospital fez com que a procura pelos prontuários fosse manual. Inicialmente foram selecionados os prontuários por mês e resgatados utilizando como informação para busca, o CID 10⁰ (F14 a F19).

Após, realizou-se a leitura dos prontuários para averiguar os que haviam associação do crack ao internamento.

Etapa III

Para preenchimento das informações foram pesquisados, dados da Autorização de Internação Hospitalar - AIH, descrições da evolução médica e de enfermagem, folhas do faturamento do prontuário e encaminhamentos.

4.7 Análise de dados

De posse dos dados, estes foram tabulados e processados por meio do *software Statistical Package for Social Science - SPSS*, o *software* estatístico R 2.10, um pacote de domínio público desenvolvido por “The R Development Core Team”, disponível no *site* <http://cran.r-projet.org>, e *Excel* 2010.

Os dados foram analisados com o uso das técnicas de Regressão Logística, testes de associação e análise descritiva. Para analisar a associação

entre o desfecho e as variáveis categóricas foi utilizado o teste do qui-quadrado ou o teste exato de Fischer, quando necessário. O teste de Teste Mann-Whitney foi utilizado para verificar a associação das variáveis contínuas com o desfecho. Foi considerado o nível de significância de 5%.

As variáveis do estudo utilizadas foram:

- 1) Características sociodemográficas dos pacientes internados: sexo, idade, estado civil, ocupação, escolaridade, área e local de residência.
- 2) Características da internação: tipo, motivo e diagnóstico do internamento, substâncias psicoativas utilizadas, tempo de internação, condições de chegada no hospital e custos.
- 3) Características da assistência: tipo de acompanhamento profissional, motivo da alta hospitalar e encaminhamentos pós alta.

As variáveis dependentes utilizadas no estudo foram:

- a) Tipo de internamento voluntário e involuntário: conforme classificação proposta pela Lei nº 10.216 de 2001, que redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental e as variáveis independentes as demais características. Entende-se por internação voluntária aquela em que o indivíduo procura o serviço com ou sem a presença de acompanhantes para realizar o tratamento, internação involuntária aquela em que o indivíduo necessita de internação, porém não tem o desejo expresso de ficar no hospital, sua condição é que justifica sua internação. É importante mencionar que entre os sujeitos do estudo não foi observado a internação compulsória.
- b) Internação anterior: a descrição nos registros que este paciente já necessitou de internação hospitalar para tratamento, devido uso de substância psicoativa.
- c) Tempo de permanência Hospitalar: O tempo decorrido da admissão hospitalar até sua alta.

4.7.1 Análise do Tempo de Internação Hospitalar

Foi utilizada a análise de sobrevida, pois a variável dependente de interesse foi o tempo decorrido entre a admissão do paciente no hospital até sua alta seja por tratamento completado ou interrompido. A análise de sobrevida é uma técnica estatística utilizada para analisar a ocorrência de um fenômeno dicotômico quando o tempo é o objeto de interesse.

A função de sobrevivência foi contada a partir da admissão hospitalar, considerado tempo zero, e a sua alta hospitalar é o evento final indicando o tempo de permanência hospitalar.

4.7.2 Estimador produto de Kaplan-Meier

Utilizou-se como ferramenta exploratória na análise univariada as curvas de sobrevida estimadas pelo método Kaplan-Meier, verificando dessa forma os pressupostos de proporcionalidade do efeito das covariáveis no tempo de sobrevida. Através dessa curva obteve-se o tempo mediano e o respectivo Intervalo de Confiança de 95%.

A análise de sobrevida pelo Kaplan-Meier, as probabilidades de sobrevida não são calculados por tempos fixos, mas determinadas pelo aparecimento de uma falha. Desse modo o número de falhas a cada intervalo de tempo é 1. O Kaplan-Meier é um método não paramétrico, pois não assume uma distribuição de probabilidade, e elimina o pressuposto de assumir que as censuras das observações ocorram uniformemente durante este intervalo.

A estimativa de distribuição de sobrevida mais utilizada é o estimador produto de Kaplan-Meier, que é o produto das probabilidades de sobrevida. Esse estimador produto utiliza conceitos de independência de eventos e de probabilidade condicional para sobreviver até o tempo t , sendo que a sobrevida em cada intervalo de tempo anterior a t é independente e cuja probabilidade é condicional aos que estão sob risco em cada período, sendo que a probabilidade de sobreviver até o tempo t é o produto das probabilidades de sobreviver até cada um dos tempos

anteriores. esperada se a incidência fosse igual em todos os grupos. A estatística que mede a distância entre os eventos observados e esperados segue uma distribuição χ^2 , com $k - 1$ graus de liberdade, sob a hipótese nula de que não há diferenças entre as curvas de sobrevivência. O teste de Peto dá maior peso às diferenças (ou semelhanças), no início da curva, sob a justificativa de que no início da curva está concentrado um maior número de casos e esta ponderação é conseguida pela inclusão de um fator multiplicativo igual $S(t_i)$ no estimador log-rank. Todas as covariáveis que apresentaram diferenças significativas (nível de significância de 10%) entre as categorias foram consideradas para compor o modelo estatístico.

4.8 Aspectos éticos

A pesquisa foi desenvolvida dentro das recomendações contidas na Resolução nº.196/96, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Esta resolução visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado (BRASIL, 1996).

O projeto de pesquisa teve anuência da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, através do Departamento de Saúde Mental por fazer parte de um projeto mais amplo e anuência do Hospital estudado. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú através do CAAE. 0098.0.039.472-11.

Como durante a realização da coleta de dados não foi possível a solicitação da anuência dos sujeitos que tiveram internado no ano de 2010, através do termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice) foi utilizado o termo de fiel depositário (apêndice) a fim de assegurar a confidencialidade e o sigilo da identificação dos mesmos, e a utilização dos dados contidos no prontuário para fins de pesquisa.

Ressalta-se que a pesquisa ofereceu médio risco aos indivíduos que tiveram suas informações pessoais e dados de sua internação expostos ao pesquisador no momento da utilização deste. O risco foi controlado pela assinatura

do Termo de Fiel Depositário e endereçado ao responsável portador dos prontuários, no caso, a instituições hospitalar pesquisada.

Ademais, as informações contidas nos prontuários foram utilizadas para fins de estudo e os resultados desta pesquisa serão divulgados por meio de trabalhos em congressos, publicação de artigos científicos e defesa da dissertação.

5 RESULTADOS

Os resultados expostos baseiam-se em uma amostra de 97 internações decorrentes do uso de Crack em uma unidade psiquiátrica no hospital geral (UPHG) Dr. Estevam Ponte, em Sobral-CE no ano de 2010. Esta unidade admite pacientes advindos através de demanda espontânea e também referenciada. No ano de 2010, houve 311 internações por uso de álcool e outras drogas, sendo que, o uso de crack foi descrito em 31,5% delas, as quais serão descritas nesta seção.

Para análise e apresentação dos resultados foram coletadas variáveis contidas nas autorizações de internação hospitalar (AIH), prontuários dos pacientes, faturamento hospitalar, fichas de encaminhamentos de outros estabelecimentos de saúde, contidos nos prontuários. Houve limitações quanto à análise de algumas variáveis de preenchimento não obrigatório, devido a ausência das mesmas em algumas fontes de coleta das informações.

Com o intuito de organizar os resultados obtidos dividiremos em categorias contendo: características sociodemográficas dos internados, caracterização das condições clínicas apresentadas no momento da internação, tipologia e descrição dos internamentos, tipos de internação e internação anterior com variáveis relacionadas e tempo de internação.

5.1 Características sociodemográficas dos internados por uso de crack

Como identificado, quanto ao sexo dos pacientes internados, 77,3% eram masculinos, 45,4% estavam na faixa etária de 25 a 34 anos, seguida a de 35 anos ou mais com 27,8 %; 74,5% são pardos (Tabela 1).

Relacionado ao estado civil, foram agrupados em duas variáveis com e sem vínculo conjugal. Em 65,6% dos usuários, possuem vínculo conjugal e 74,5% eram pardos (Tabela 1).

TABELA 1 – Dados sóciodemográficos dos pacientes internados por uso de Crack, em Hospital Geral. Sobral-CE, 2010.

VARIÁVEIS	TOTAL		
	N	% *	% **
SEXO			
Masculino	75	-	77,3
Feminino	22	-	22,7
TOTAL	97	-	100,0
FAIXA ETÁRIA			
14 - 24	26	-	26,8
25 - 34	44	-	45,4
35 OU MAIS	27	-	27,8
TOTAL	97	-	100,0
VINCULO CONJUGAL			
Com Vínculo conjugal	32	62,9	65,6
Sem Vínculo conjugal	61	33,0	34,4
Ignorado	04	4,1	-
TOTAL	97	100,0	100,0
RAÇA/COR			
Parda	35	36,1	74,5
Branca	12	12,4	25,5
Ignorado	50	51,5	-
TOTAL	97	100,0	100,0

* Percentual total

** Percentual dos informados

No concernente a escolaridade, dentre os que informaram 83,8% são alfabetizados e 60% cursaram até o ensino fundamental. O tipo de profissão dos pacientes é uma informação escassa nos registros; dos informados 84,6% tem profissão definida, contudo 45,3% estavam sem ocupação no momento da internação (Tabela 2).

TABELA 2 - Continuação. Dados sóciodemográficos dos pacientes internados por uso de crack, em Hospital Geral. Sobral-CE, 2010.

VARIÁVEIS	TOTAL		
	N	% *	% **
ESCOLARIDADE			
Ensino Médio	7	7,2	14,0
Ensino Fundamental	30	30,9	60,0
Não Alfabetizado	13	13,4	26,0
Ignorado	47	48,5	-
TOTAL	97	100,0	100,0
OCUPAÇÃO			
Ocupado	25	25,8	36,2
Sem Ocupação	44	45,3	13,0
Ignorado	28	28,9	-
TOTAL	97	100,0	100,0
PROFISSÃO			
Profissão Definida	33	34,0	84,6
Estudante	6	6,2	15,4
Ignorado	58	59,8	-
TOTAL	97	100,0	100,0

* Percentual total

** Percentual dos informados

De acordo com a Tabela 3, os pacientes internados por uso de crack, eram em 84,5% residentes na cidade de Sobral, sendo que 15,5% residentes de outros municípios que compõe esta região.

Quanto ao tipo de residência, destaca-se que 98,9% tinham residência fixa, sendo a região mais prevalente a zona urbana com 93,8% (Tabela 3).

TABELA 3 - Conclusão. Dados sóciodemográficos dos pacientes internados por uso de Crack, em Hospital Geral. Sobral-CE, 2010.

VARIÁVEIS	TOTAL		
	N	% *	% **
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA			
Sobral	82	-	84,5
Outro	15	-	15,5
TOTAL	97	-	100,0
TIPO DE RESIDÊNCIA			
Residência fixa	91	93,8	98,9
Abrigo/albergues	1	1,0	1,1
Ignorado	5	5,2	-
TOTAL	97	100,0	100,0
ÁREA DA RESIDÊNCIA			
Zona Urbana	91	93,8	93,8
Zona Rural	6	6,2	6,2
TOTAL	97	100,0	100,0

* Percentual total

** Percentual dos informados

5.2 Caracterização das Condições Clínicas de usuários de Crack

. Quanto as condições de admissão dos pacientes, 42,3% estavam cooperativos, 22,7% agressivos, 10,3% mostravam-se ansiosos e 8,2% estavam sonolentos ao chegarem ao hospital (Gráfico 1).

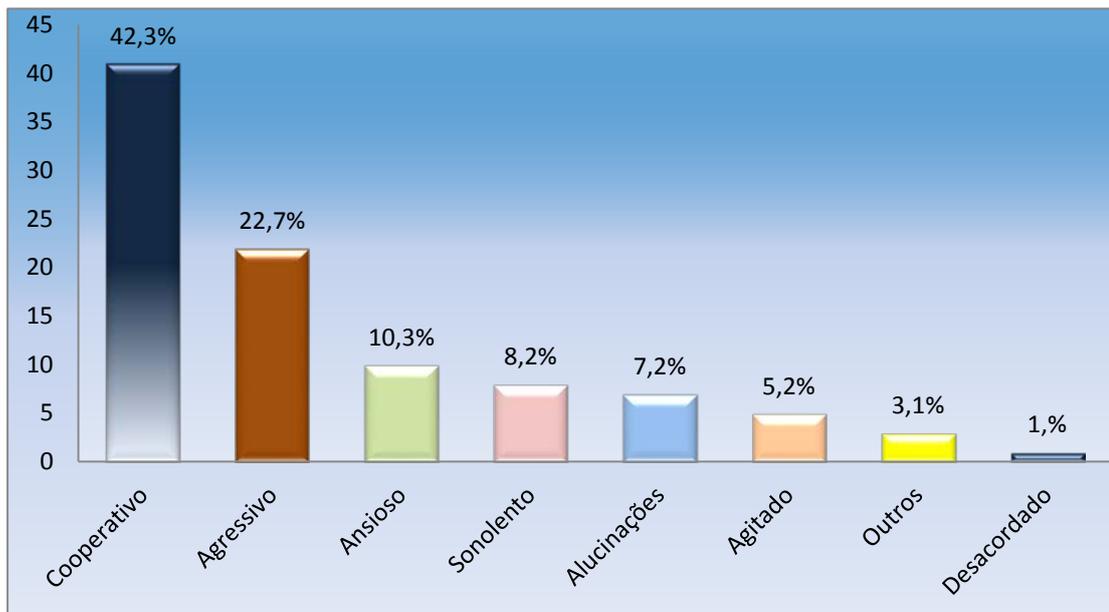


GRÁFICO 1 - Distribuição proporcional por condição de chegada ao Hospital Geral de usuários de crack, para internação em unidade psiquiátrica do SUS, no ano de 2010. Sobral-CE.

Ao chegar a unidade hospitalar de 97 pacientes foi relatada com o acompanhamento de familiares em 46,5% das vezes, seguidos de condução em ambulância em 20,9%, trazidos pelo CAPS em 18,6%. Também observou-se que há usuários que procuram por internação hospitalar sem nenhum tipo de acompanhante, 14% (Gráfico 2).

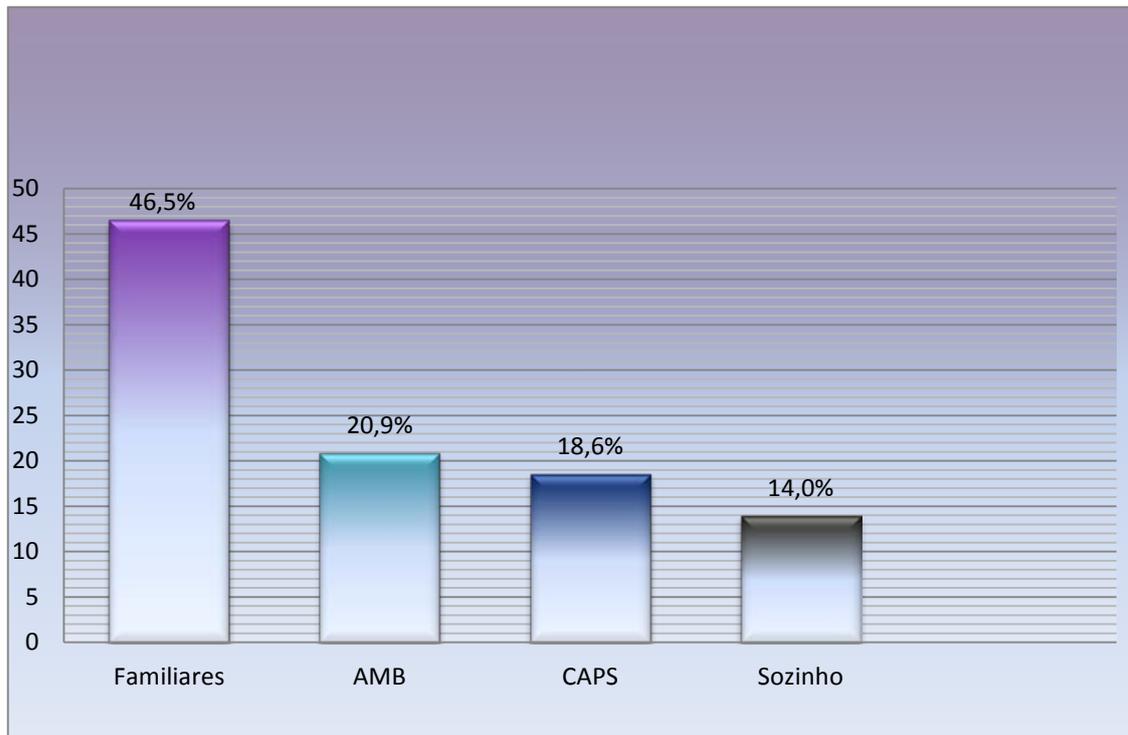


GRÁFICO 2 - Distribuição proporcional por condução a unidade hospitalar dos internados, por uso de crack, em leitos de unidade psiquiátrica em Hospital geral de Sobral-Ce, no ano de 2010.

Dentre os motivos que justificaram a indicação de internação hospitalar apresentados pelos usuários de crack, o risco para si, apresenta prevalência de 48,5%, o uso abusivo da droga, 28,9% e em situações que este risco envolve os usuários e terceiros foram observadas em 17,5% (Gráfico 3).

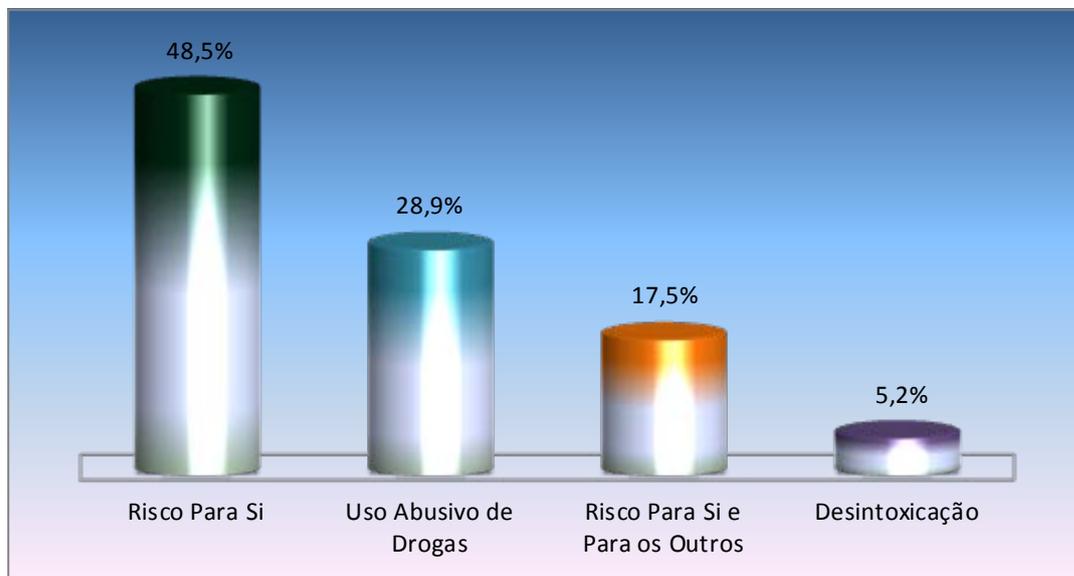


GRÁFICO 3 - Distribuição proporcional de admissões em leitos de um hospital geral de Sobral - CE por uso de CRACK segundo motivo de internação, no ano de 2010.

TABELA 4 - Distribuição dos tipos de diagnósticos iniciais de pacientes usuários de crack com indicação de internação. Sobral-CE, 2010

VARIÁVEL	N	%
DIAGNÓSTICO INICIAL		
Transtorno de comportamento devido uso de substância	60	61,9
Uso abusivo de drogas	20	20,6
Dependência de múltiplas drogas	11	11,3
Transtorno mental por uso de crack	6	6,2
TOTAL	97	100,0

No concernente as descrições médicas contidas nas AIH, o transtorno de comportamento devido ao uso de substância psicoativa (crack) ocorreu em 61,9% dos usuários, características clínicas decorrentes do abuso desta droga, 20,6% (Tabela 4).

O estudo evidenciou nos registros médicos e de enfermagem, de todos os pacientes internados, informações sobre a utilização de outras substâncias psicoativas concomitantes ao uso de crack. Encontramos que 61% tem registro de

utilização de álcool (Gráfico 4), 27% tem descrito o uso da maconha(Gráfico5). A utilização de tabaco (Gráfico 6) e de solvente (Gráfico 7) também foi observada.

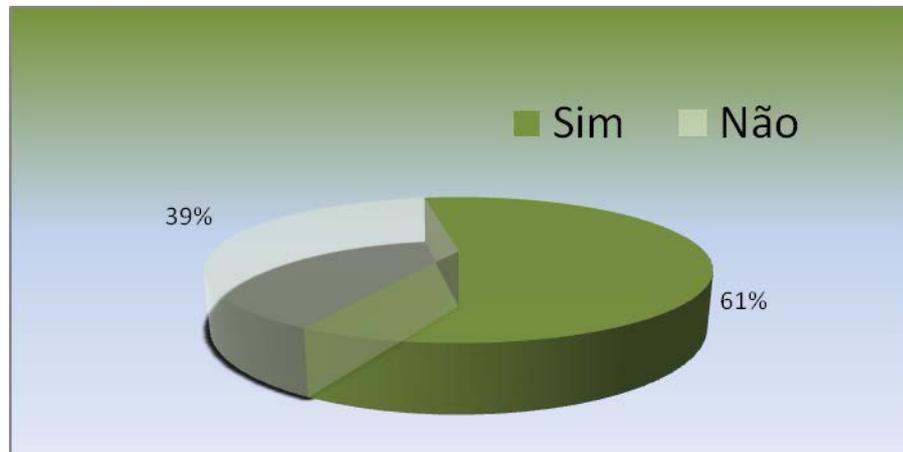


GRÁFICO 4 - Distribuição proporcional do uso de álcool pelos usuários de crack, internados, obtidos pelos registros de enfermagem e evolução médica em uma UPHG, no ano de 2010.

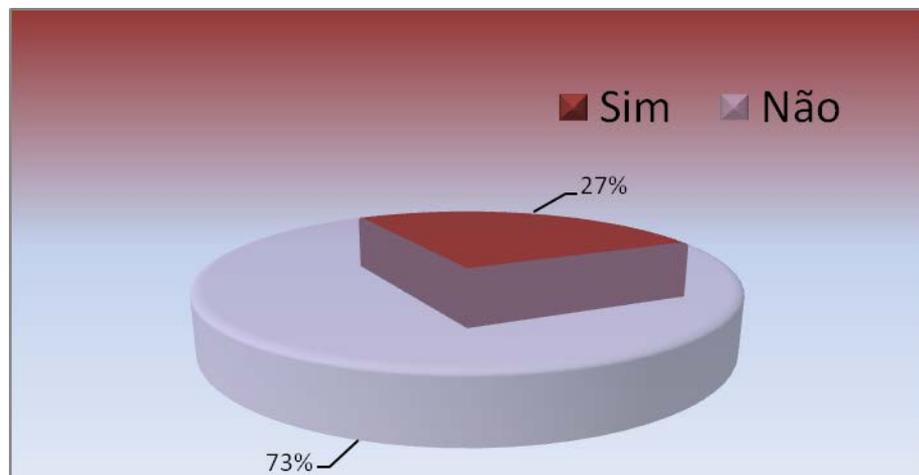


GRÁFICO 5 - Distribuição proporcional do uso de maconha pelos usuários de crack, internados, obtidos pelos registros de enfermagem e evolução médica em uma UPHG, no ano de 2010.

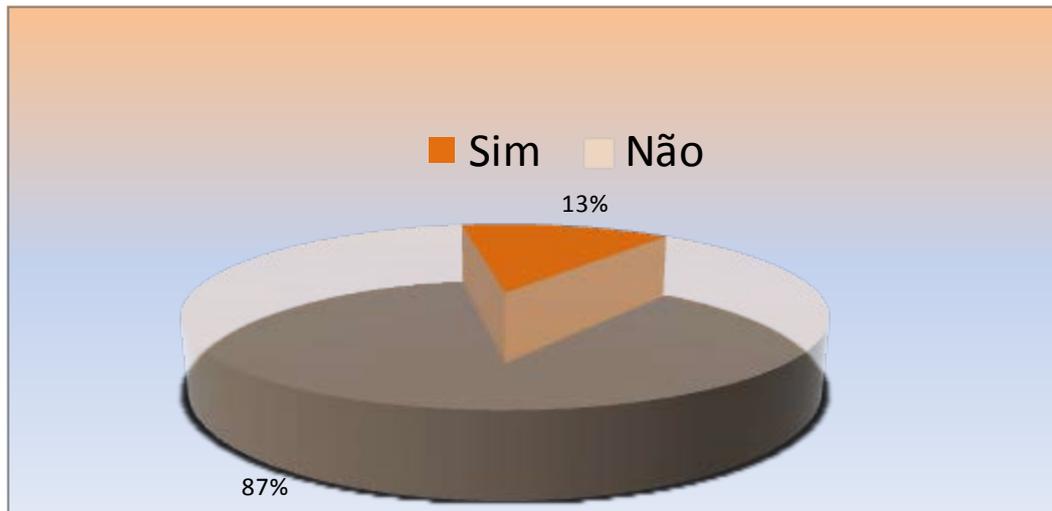


GRÁFICO 6 - Distribuição proporcional do uso de tabaco pelos usuários de crack, internados, obtidos pelos registros de enfermagem e evolução médica em uma UPHG, no ano de 2010.

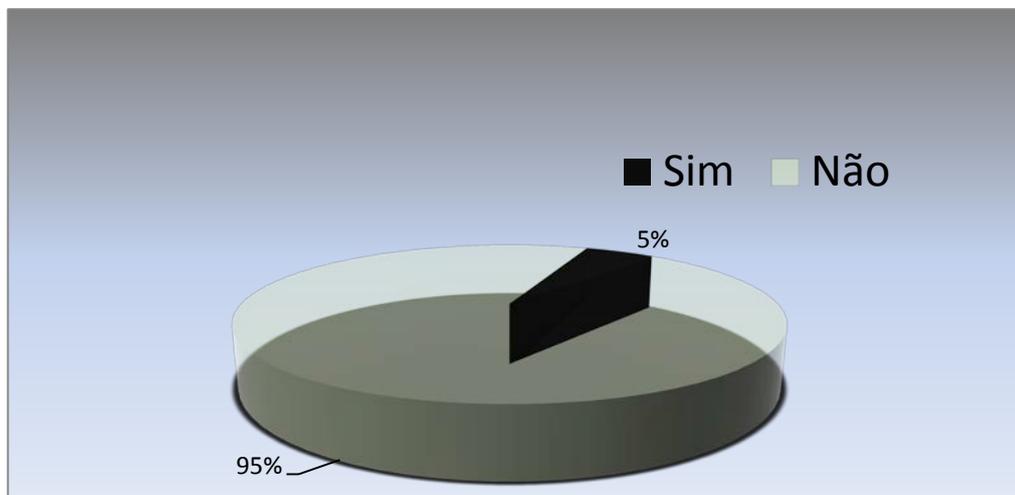


GRÁFICO 7 - Distribuição proporcional do uso de solvente pelos usuários de crack, internados, obtidos pelos registros de enfermagem e evolução médica em uma UPHG, no ano de 2010.

5.3 Tipologia e Descrição dos Internamentos

Por internação voluntária, entende-se a procura do indivíduo pelo serviço com ou sem a presença de acompanhantes para realizar o tratamento. Tal condição foi observada em 66,0%. Tivemos 34% de eventos em que o usuário não tem o desejo expresso de ficar no hospital, sua condição é que justifica esta internação, caracteriza-se como internação involuntária (Tabela 5).

TABELA 5 - Dados relativos às internações por uso de crack em unidade psiquiátrica de um hospital geral da Macrorregião de Saúde de Sobral-Ce, no ano de 2010.

VARIÁVEIS	TOTAL		
	N	% *	% **
TEMPO DE INTERNAÇÃO			
Baixa Permanência (1 a 5 dias)	47	-	48,5
Média Permanência (6 a 10 dias)	39	-	40,2
Alta Permanência (> 10 dias)	11	-	11,3
TOTAL	97		100,0
TIPO DE INTERNAÇÃO			
Voluntária	64	-	66,0
Involuntária	33	-	34,0
TOTAL	97	-	100,0
INTERNAÇÃO ANTERIOR			
Sim	57	58,8	70,4
Não	24	24,7	29,6
Ignorado	16	16,5	-
TOTAL	97	100,0	100,0
MOTIVO DA ALTA			
Alta Melhorada	85	-	87,6
Evasão/fuga	7	-	7,2
Alta a pedido	5	-	5,2
TOTAL	97	-	100,0
ENCAMINHAMENTO POS ALTA			
CAPS AD	81	83,5	93,1
Outra Unid. Terapêutica	6	6,2	6,9
Ignorado	10	10,3	-
TOTAL	97	100,0	100,0

* Percentual total

** Percentual dos informados

Segundo observado, o tempo de internamento até cinco dias, caracterizado neste estudo, como baixa permanência foi registrada em 48,5%, seguidos de seis a dez dias classificado como média permanência em 40,2% e

acima de dez dias em 11,3%, alta permanência (Tabela 5). O custo médio de todas as internações, pelo faturamento das AIHs, foi de R\$ 316,16.

Dos pacientes que foram internados por uso abusivo de crack, no ano de 2010, neste hospital geral, 70,4% já haviam internamentos anteriores. Quando observado a necessidade da permanência na unidade para o tratamento hospitalar, 12,4% interromperam este processo (evasão/fuga em 7,2% e alta a pedido em 5,2%). O encaminhamento pós-alta para os que concluíram esta etapa de tratamento em 93,1% foram direcionados para acompanhamento no CAPS (Tabela 5).

5.4 Tempo de Internação hospitalar e possíveis variáveis preditoras

Optou-se por analisar esta categoria relativa ao tipo de desfecho, tempo de internação, o método de Kaplan Meier, devido ser um método não paramétrico e tempo dependente. Para estimação da função de tempo de internação hospitalar que permite comparar o tempo de internação com os diferentes estratos ou grupos. O tempo de internação hospitalar em dias foi calculado considerando o intervalo entre a admissão do paciente no hospital até a saída do mesmo.

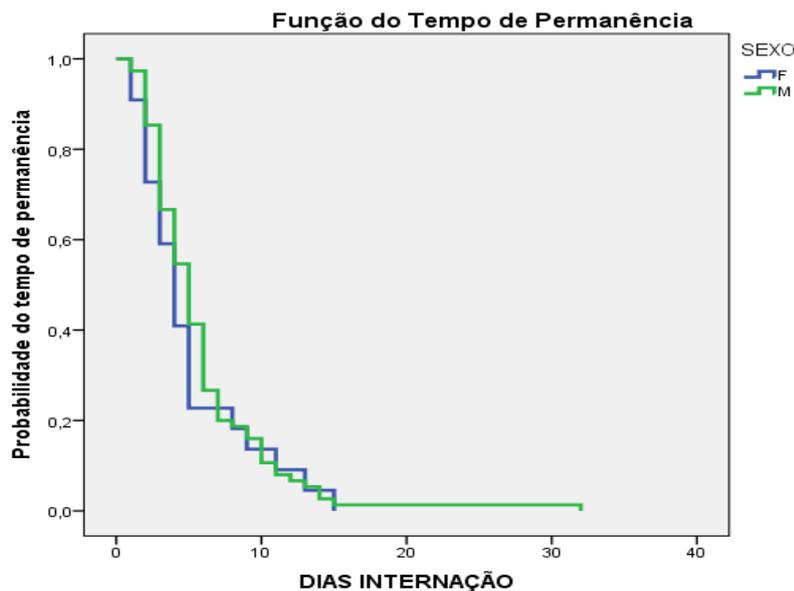


GRÁFICO 8- Curva de Kaplan-Meier do tempo de internação hospitalar, relacionado ao tipo de sexo, de usuários de crack em UPHG, em Sobral-CE, 2010.

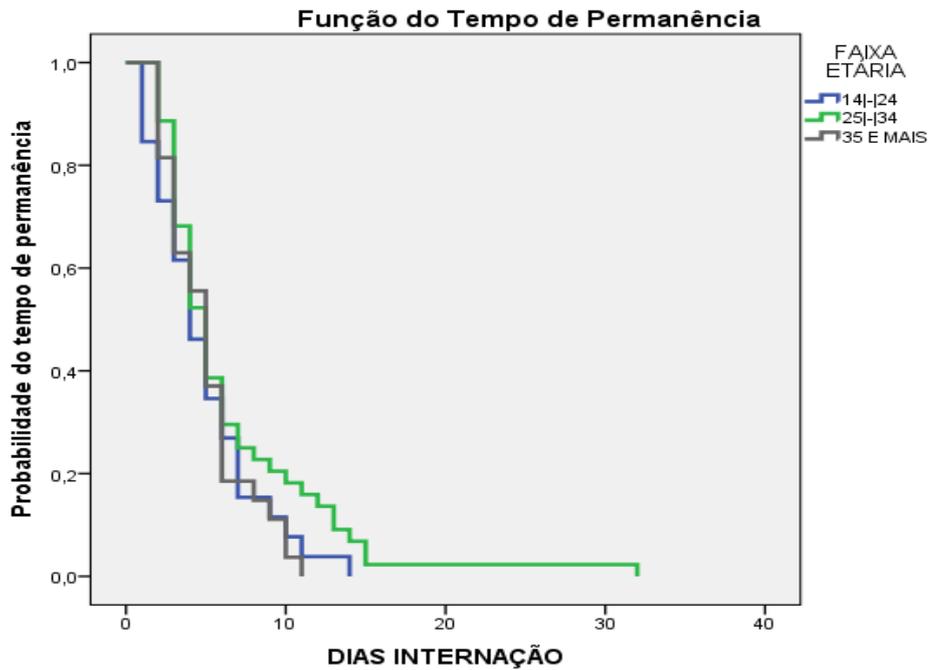


GRÁFICO 9 - Curva de Kaplan-Meier do tempo de internação hospitalar, relacionado à faixa etária de usuários de crack em UPHG, em Sobral-CE, 2010.

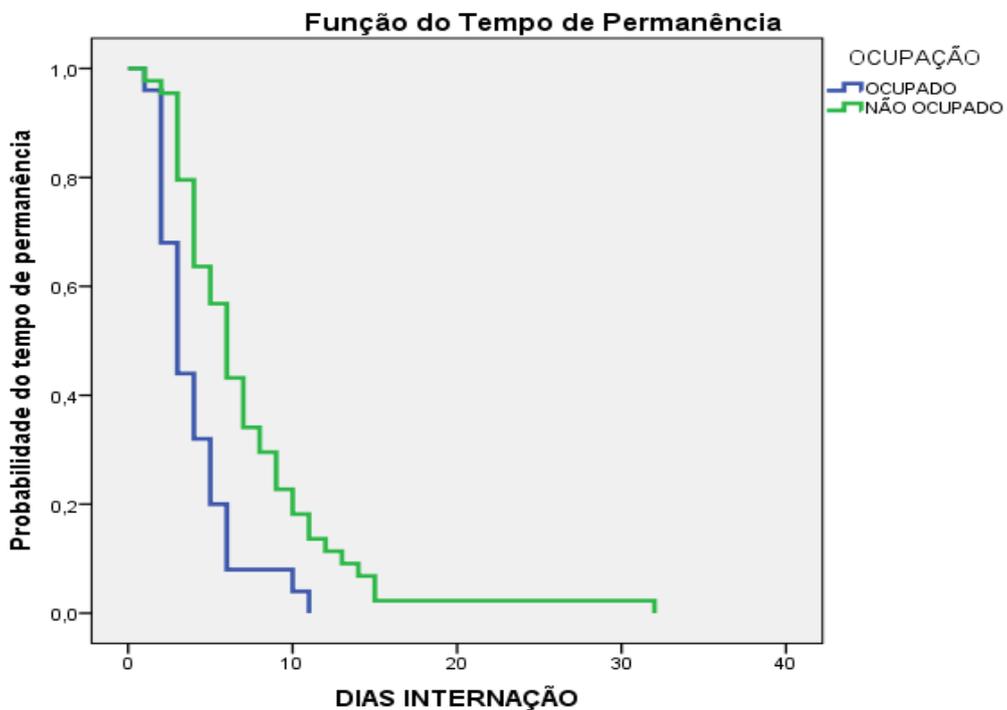


GRÁFICO 10- Curva de Kaplan-Meier do tempo de internação, relacionado a ter uma ocupação no momento na admissão de usuários de crack em UPHG, em Sobral-CE, 2010.

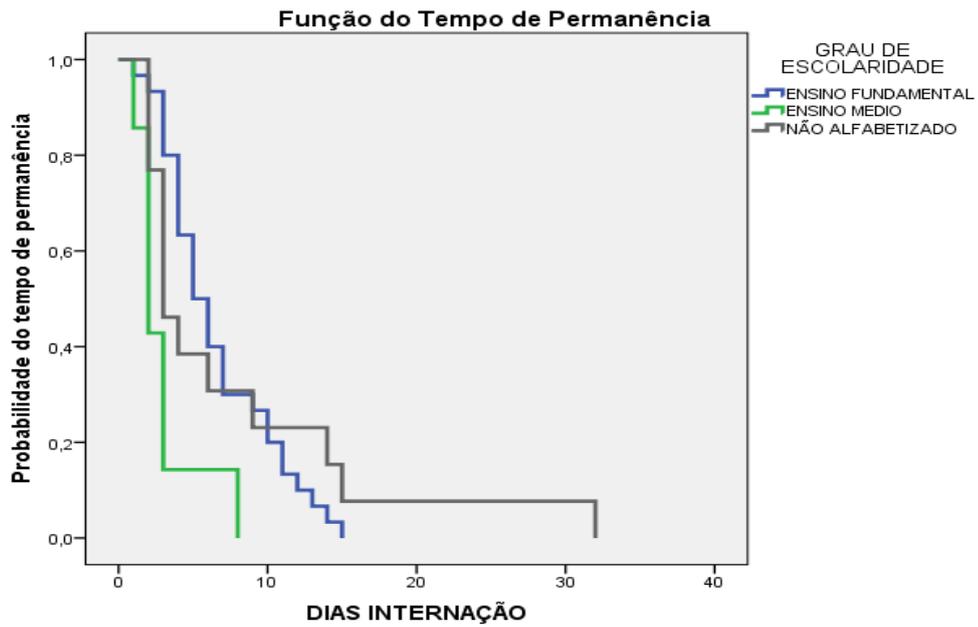


GRÁFICO 11 - Curva de Kaplan-Meier do tempo de internação hospitalar, relacionado à escolaridade de usuários de crack em UPHG, em Sobral-CE, 2010.

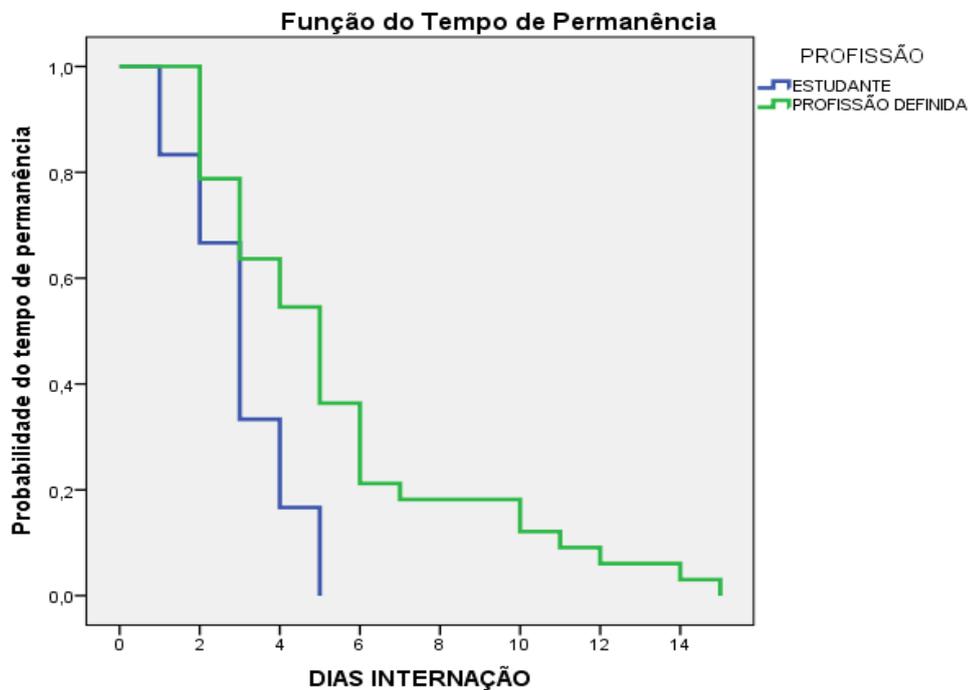


GRÁFICO 12- Curva de Kaplan-Meier do tempo de internação hospitalar, relacionado à escolaridade de usuários de crack em UPHG, em Sobral-CE, 2010.

TABELA 6 - Descrição do tempo de internação de usuários de crack, em leitos de UPHG, de acordo com características sociodemográficas dos internados em Sobral-CE, no ano de 2010.

VARIÁVEL	N	MEDIANA	IC (95%)	TESTE DE LOG RANK (Mantel-cox)
SEXO (n =97)				
Masculino	75	5,0	(4,12-- 5,88)	0,478
Feminino	22	4,0	(2,87 – 5,13)	
FAIXA ETÁRIA (n=97)				
14 – 24	26	4,0	(2,57 – 5, 42)	0,239
25 – 34	44	5,0	(4,02 – 5,97)	
35 e Mais	27	5,0	(4,01 – 5,98)	
ESCOLARIDADE (n=50)				
Ensino Médio	7	2,0	(1,14 – 2,85)	0,011
Ensino Fundamental	30	5,0	(3,46 – 6,53)	
Sem escolaridade	13	3,0	(1,59 – 4,40)	
PROFISSÃO (n=49)				
Profissão Definida	33	5	(3,79 – 6,20)	0,027
Estudante	6	3	(1,86 – 4,13)	
OCUPAÇÃO (n=69)				
Ocupado	25	3,0	(2,18 – 3,81)	0,001
Recebe Benefício	9	10,0	(1,23 – 18,76)	
Sem ocupação	35	5,0	(3,75 – 6,24)	

Nas variáveis sociodemográficas relacionadas ao tempo de internação hospitalar apresenta diferença significativa ao nível de 5% no teste de Log Rank, grau de escolaridade dos internados (p 0,011) e se os mesmos estavam ou não desenvolvendo alguma ocupação (p 0,001) influenciando o desfecho (Tabela 6).

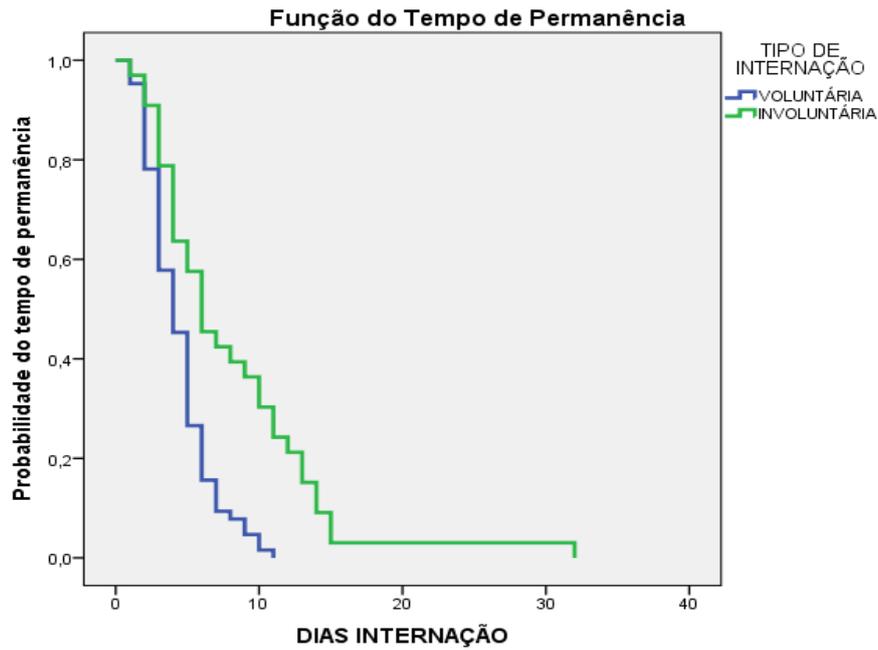


GRÁFICO 13 - Curva de Kaplan-Meier do tempo de internação relacionado ao tipo de internação, de usuários de crack em UPHG, em Sobral-CE, 2010.

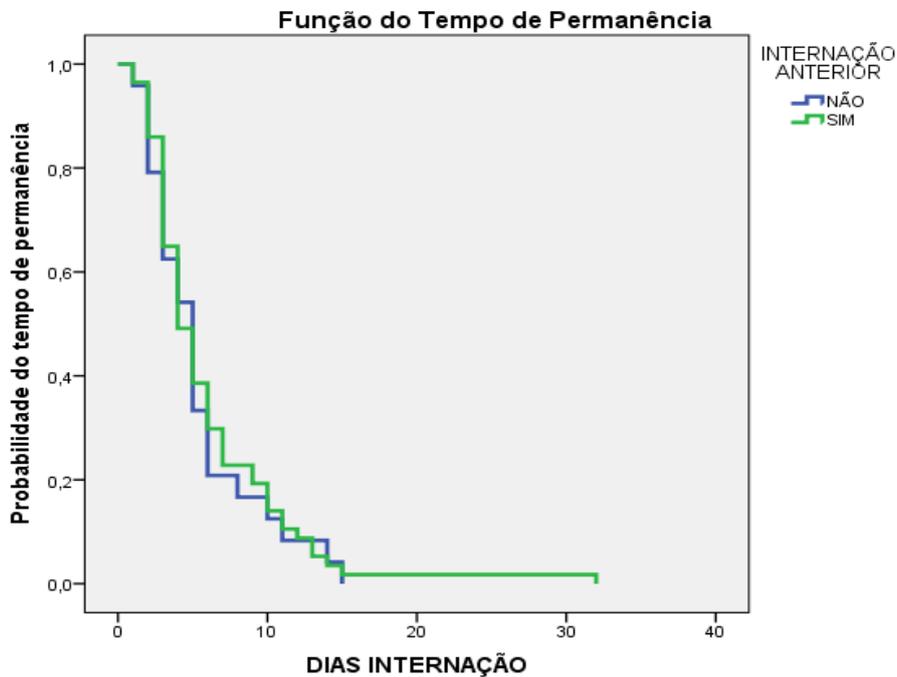


GRÁFICO 14 - Curva de Kaplan-Meier do tempo de internação relacionado a ocorrência de internação anterior, de usuários de crack em UPHG, em Sobral-CE, 2010.

TABELA 7 - Descrição do tempo de internação de usuários de crack, em leitos de UPHG, de acordo com características do tipo de internação e a ocorrência de internação anterior, em Sobral-CE, no ano de 2010.

VARIÁVEL	N	MEDIANA	IC (95%)	TESTE DE LOG RANK (Mantel-cox)
INTERNAÇÃO (N =97)				
Voluntária	64	4,0	(3,21 - 4,78)	0,001
Involuntária	33	6,0	(3,75 – 8,24)	
INTER. ANTERIOR (n=81)				
Sim	57	4,0	(3,01 – 4,98)	0,768
Não	24	5,0	(3,70 – 6,29)	

Como podemos observar através do teste estatístico *log rank* o valor *p* associado foi de 0,001 para o tipo de internação, o que nos permite supor que existe uma diferença entre o tempo de internação quando esta é voluntária ou involuntária, já a diferença de tempo de internação caso este usuário de crack, tenha realizado internações anteriores não se mostrou significativa.

Para compreensão da assistência recebida por estes usuários em uma unidade de psiquiatria de um Hospital Geral, foram realizados testes que descrevem a relação entre a assistência prestada por profissional específico e o tempo de internação hospitalar.

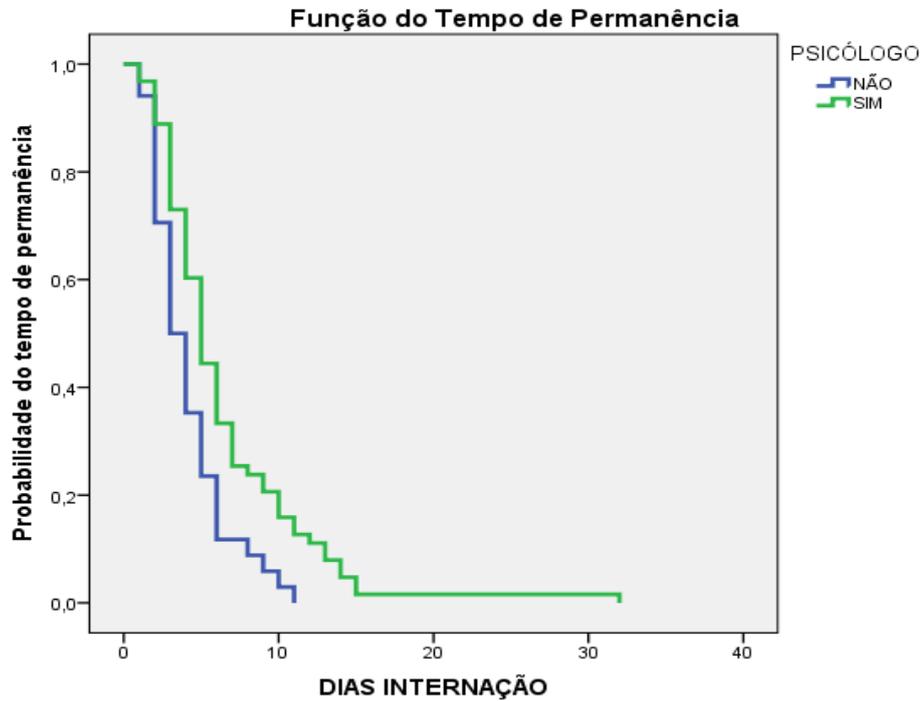


GRÁFICO 15 - Curva de Kaplan-Meier do tempo de internação de usuários de crack em UPHG, relacionado à assistência do psicólogo durante sua internação, em Sobral-CE, em 2010.

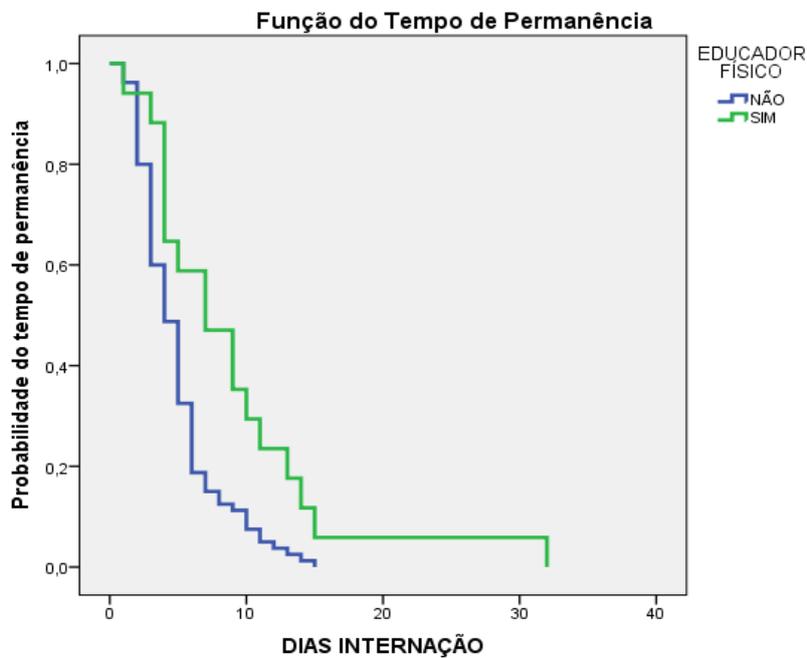


GRÁFICO 16 - Curva de Kaplan-Meier do tempo de internação de usuários de crack em UPHG, relacionado à assistência do Educador Físico durante sua internação, em Sobral-CE, em 2010.

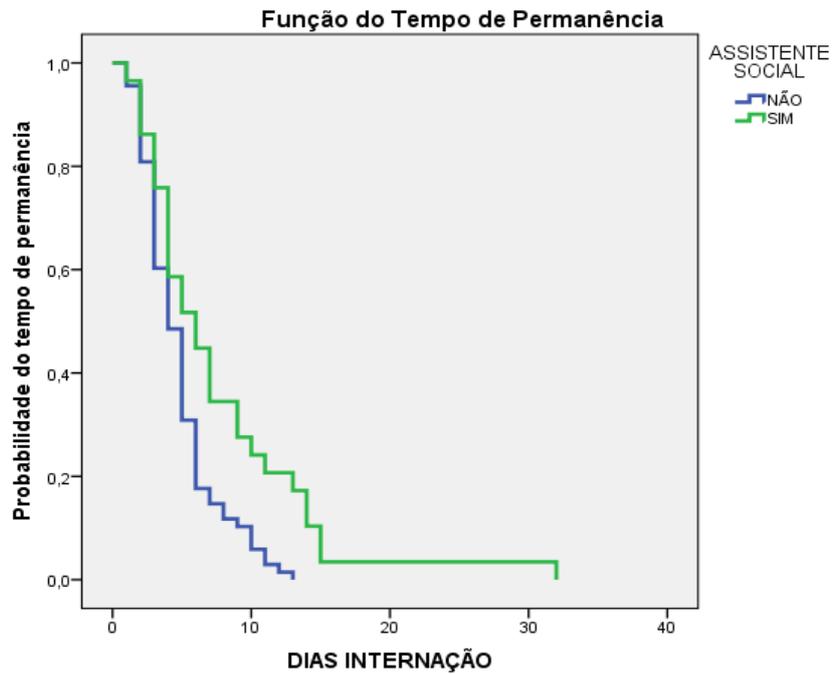


GRÁFICO 17 - Curva de Kaplan-Meier do tempo de internação de usuários de crack em UPHG, relacionado à assistência do Assistente Social durante sua internação, em Sobral-CE, em 2010.

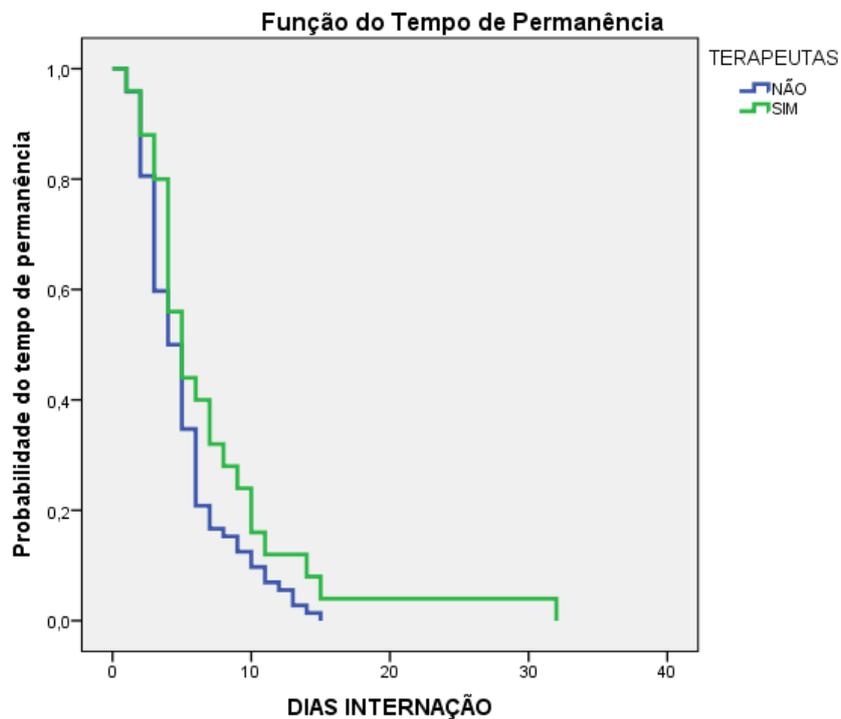


GRÁFICO 18 - Curva de Kaplan-Meier do tempo de internação de usuários de crack em UPHG, relacionado à assistência do Assistente Social durante sua internação, em Sobral-CE, em 2010.

TABELA 8 - Descrição do tempo de internação de usuários de crack, em leitos de UPHG, de acordo com assistência recebida por profissionais durante esta internação, em Sobral-CE, no ano de 2010.

VARIÁVEL	N	MEDIANA	IC (95%)	TESTE DE LOG RANK (Mantel-cox)
PSICÓLOGO (N=97)				
Sim	63	5	(4,22 - 5,77)	0,002
Não	34	3	(2,04 – 3,95)	
EDUCADOR FÍSICO (N = 97)				
Sim	17	4,0	(2,96 – 11,03)	0,004
Não	80	5,0	(3,20 – 4,79)	
ASSISTENTE SOCIAL(N=97)				
Sim	29	6	(3,37 – 8,62)	0,030
Não	68	4	(3,19 – 4,80)	
TERAPEUTA OCUPACIONAL (N=97)				
Sim	25	5	(3,37- 6,62)	0,087
Não	72	4	(3,07 – 4,92)	

- Os profissionais Psiquiatra e Enfermeiro não foram mencionados, pois foram observados na totalidade das internações, impossibilitando a realização do teste.

Ao analisarmos a Tabela 8, podemos estimar que a assistência dos profissionais recebida pelos usuários de crack durante a internação, pode influenciar no tempo que os mesmos permanecem no hospital.

TABELA 9: Modelo de regressão de Cox para Tempo de internação hospitalar.

Variáveis na equação							
	B	SE	Wald	df	Sig.	Exp(B)	IC a 95,0% para Exp(B)
Idade	-,028	,014	3,970	1	0,046	0,972	(0,945 - 1,000)
N ^o de Profissionais na Assistência	-,200	,072	7,789	1	0,005	0,819	(0,712 - 0,942)
Ocupação	1,070	,288	13,772	1	0,000	2,915	(1,657- 5,130)

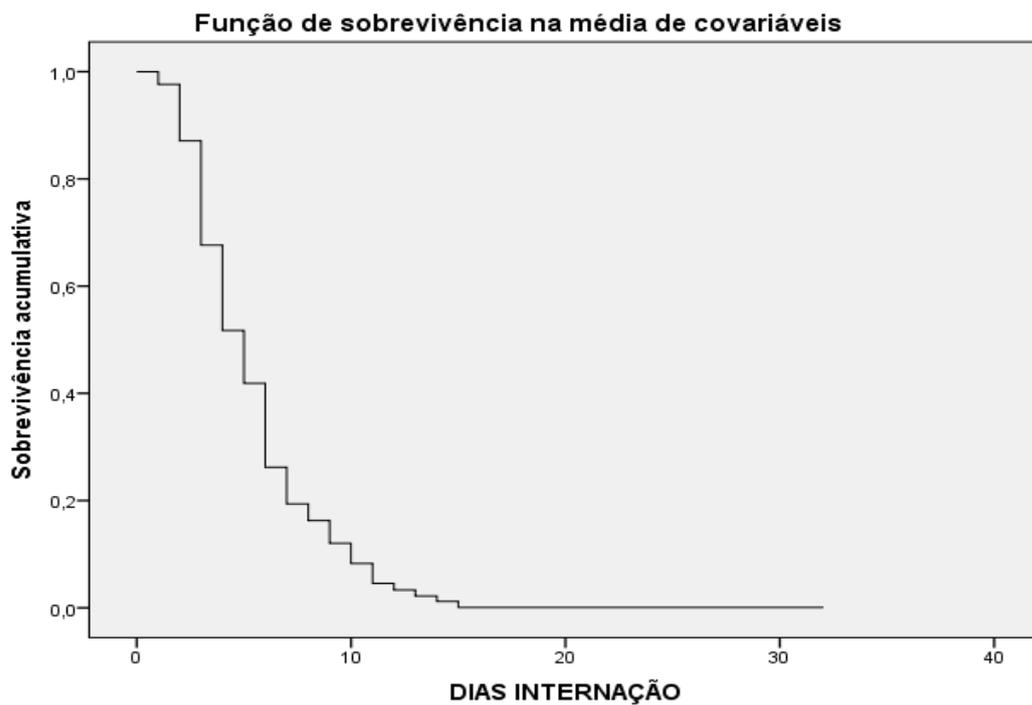


GRÁFICO 19: Curva de tempo de internação controlado pelas variáveis idade e número de profissionais envolvidos na assistência de usuários de crack em uma UPHG, 2010.

Ao realizarmos o modelo de regressão de Cox, observamos através das variáveis que permaneceram no modelo que, o aumento da idade e o número de profissionais envolvidos no processo de cuidar dos indivíduos protegem para uma permanência maior no ambiente hospitalar observando o valor de β exponencial e do intervalo de confiança, já a variável ocupação é potencial fator de risco para uma permanência a maior.

5.5 Relações entre o tipo de internação e as variáveis sociodemográficas, clínicas e padrão de assistência de usuários de crack

TABELA 10 - Distribuição do tipo de internação de usuários de crack relacionado ao uso de outras drogas, número de profissionais envolvidos na assistência e o custo da internação. Sobral – CE, 2010. Teste Mann-Whitney.

VARIÁVEIS	TIPO DE INTERNAÇÃO		<i>P</i>
	INVOLUNTÁRIA	VOLUNTÁRIA	
Uso de outras de drogas			
Média	6,12	5,19	0,017
Mediana	6,00	5,00	
Erro Padrão	0,32	0,14	
Nº de Profissionais envolvidos na assistência			
Média	4,67	3,59	0,001
Mediana	5,00	3,00	
Erro Padrão	0,31	0,14	
Valor da Internação			
Média	448,47	247,93	0,001
Mediana	336,00	224,00	
Erro Padrão	59,15	16,42	

Para melhor análise entre a relação do uso de outras substâncias pelos pacientes do estudo foram atribuídos pesos as drogas utilizadas, como descrito: crack peso 4 (todos os internados), cocaína 3, álcool e tabaco 2 e maconha 1. Observou-se que existe uma diferença estatística, significativa entre o poliuso e o tipo de internação. O número de profissionais envolvidos na assistência dos usuários de crack, internados nesta unidade psiquiátrica, difere em relação ao tipo de internação (Tabela 10).

O custo da internação dos usuários de crack diferiu de acordo com o tipo de internação dos mesmos (Tabela 10).

TABELA 11 - Dados sociodemográficos e o tipo de internação segundo registros hospitalares, em UPHG, Sobral-Ce, 2010.

VARIÁVEIS	Tipo de Internação									
	Involuntária		Voluntária		ODDS		RP		X ²	P Fisher
	N	%	n	%	Valor	IC 95%	Valor	IC 95%	P-valor	P-valor
Sexo										
Masculino	28	37,3	47	62,7	2,03	0,61-7,1	1,64	0,72-3,75	0,2035	-
Feminino	5	22,7	17	77,3	1	1	1	1	1	-
Grau de Escolaridade										
Ensino Fundamental	13	43,3	17	56,7	1,91	0,26-17,14	1,52	0,44-5,24	-	0,3938
Não Alfabetizado	5	38,5	8	61,5	1,56	0,15-17,95	1,35	0,35-5,24	-	0,5257
Ensino Médio	2	28,6	5	71,4	1	1	1	1	-	1
Faixa Etária										
14 - 24	9	34,6	17	65,4	2,33	0,56-9,97	1,07	0,72-4,84	0,1839	-
25 - 34	19	43,2	25	56,8	3,34	0,96-12,33	2,33	0,99-5,51	0,0329	-
35 e mais	5	18,5	22	81,5	1	1	1	1	1	-
Ocupação										
Não Ocupado	18	40,9	26	59,1	1,78	0,55-5,89	1,46	0,71-3,01	0,2835	-
Ocupado	7	28	18	72	1	1	1	1	1	-

Ao classificar os tipos de internação ocorrida com os usuários de crack em relação as variáveis sociodemográficas e clínicas, é possível observar o perfil dos pacientes em relação a esta tipologia (Tabelas 11 e 12).

A internação involuntária é mais frequente entre os indivíduos do sexo masculino, apresentando diferença de acordo com a idade, mostrando-se mais associada a faixa etária 25|-|34 anos. No tocante a ocupação, observou-se uma diferença na distribuição dos usuários de crack, sendo mais frequente, nos pacientes não ocupados em sua admissão para tratamento hospitalar.

Foram observados, eventos de internação involuntária tanto nos usuários que tinham internações anteriores como os que estavam em tratamento hospitalar, pela primeira vez, devido uso de crack, não sugerindo associação com esta variável. Contudo, quando analisadas as variáveis , diagnóstico inicial, e motivo da alta, sugere que usuários de crack que são admitidos por uso abusivo de drogas e que já tiveram internações anteriores, com alta hospitalar tenham maior risco para este tipo de internação (Tabela 12).

Quanto ao motivo que justifica a necessidade de internação hospitalar nestes usuários, a desintoxicação teve 52,9% de indivíduos com internação involuntária (Tabela 12).

TABELA 12 - Características clínicas e o tipo de internação segundo registros hospitalares, em UPHG, Sobral-Ce, 2010.

VARIÁVEIS	Tipo de Internação									
	Involuntária		Voluntária		ODDS		RP		X ² p Fisher	
	n	%	n	%	Valor	IC 95%	valor	IC 95%	P-valor	P-valor
Internação Anterior										
Sim	23	40,4	34	59,6	1,35	0,45-4,15	1,21	0,63-2,31	0,5529	-
Não	8	33,3	16	66,7	1	1	1	1	1	-
Motivo da Alta										
Tratamento Completado	32	37,6	52	62,4	6,77	0,83-146,83	4,57	0,69-30,45	-	0,0368
Tratamento Interrompido	1	8,3	11	91,7	1	1	1	1	-	1
Motivo Internação										
Risco para si e para os outros	2	40	3	60	1,67	0,16-16,47	1,4	0,41-4,76	0,6085	-
Desintoxicação	9	52,9	8	47,1	2,81	0,68-12,08	1,85	0,89-3,87	0,102	-
Risco para si	14	29,8	33	70,2	1,06	0,34-3,37	1,04	0,5-2,17	0,9109	-
Uso abusivo de drogas	8	28,6	20	71,4	1	1	1	1	1	-
Diagnostico inicial										
Uso abusivo de drogas	14	70	6	30	8,44	2,4-31,13	3,23	1,85-5,66	-	0,00007
Dependência de múlt. drogas	4	36,4	7	63,6	2,07	0,42-9,74	1,68	0,67-4,2	-	0,2449
Transt Mental por uso de crack	2	33,3	4	66,7	1,81	0,2-13,7	1,54	0,45-5,26	-	0,4139
Transt de comportamento devido ao uso de substância	13	21,7	47	78,3	1	1	1	1	-	1
Tratamento anterior										
Sim	24	36,9	41	63,1	1	0,31-3,3	1	0,51-1,96	0,9948	-
Não	7	36,8	12	63,2	1	1	1	1	1	-

TABELA 13 - Uso de outras drogas e o tipo de internação segundo registros hospitalares, em UPHG, Sobral-Ce, 2010.

VARIÁVEIS	Tipo de Internação									
	Involuntária		Voluntária		ODDS		RP		χ^2	p Fisher
	n	%	n	%	Valor	IC 95%	valor	IC 95%	P-valor	P-valor
Usa maconha										
Sim	14	53,8	12	46,2	3,19	1,14-9,04	2,01	1,19-3,4	0,0126	-
Não	19	26,8	52	73,2	1	1	1	1	1	
Usa Álcool										
Sim	21	35,6	38	31,6	1,2	0,46-3,12	1,13	0,63-2,01	0,6837	-
Não	12	31,6	26	68,8	1	1	1	1	1	
Usa cocaína										
Sim	2	50	2	50	2	0,19-21,15	1,5	0,54-4,17	-	0,4198
Não	31	33,3	62	66,7	1	1	1	1	-	1
Usa Tabaco										
Sim	7	53,8	6	46,2	2,6	0,69-9,89	1,74	0,96-3,16	0,1	-
Não	26	31	58	69	1	1	1	1	1	
Usa Solvente										
Sim	4	80	1	20	8,69	0,85-213,66	2,54	1,49-4,32	0,0258	-
Não	29	31,5	63	68,5	1	1	1	1	1	

Como identificado, quanto a distribuição do uso de outras drogas isoladas relacionado ao tipo de internação, os usuários de maconha, álcool, tabaco e solvente tiveram um percentual maior de internação involuntária (Tabela 13).

TABELA 14 - Qualidade do ajuste do modelo de regressão logística para o tipo de internação de usuários de crack em unidade de psiquiatria em hospital geral, 2010.

TIPO DE INTERNAÇÃO	Predito			%
	TIPO DE INTERNAÇÃO		%	
	VOLUNTÁRIA	INVOLUNTÁRIA		
VOLUNTÁRIA	55	5	91,7	
INVOLUNTÁRIA	15	16	51,6	
%			78,0	

De acordo com a tabela vemos que o percentual de acertos do modelo logístico para involuntária e voluntária foi de 78%.

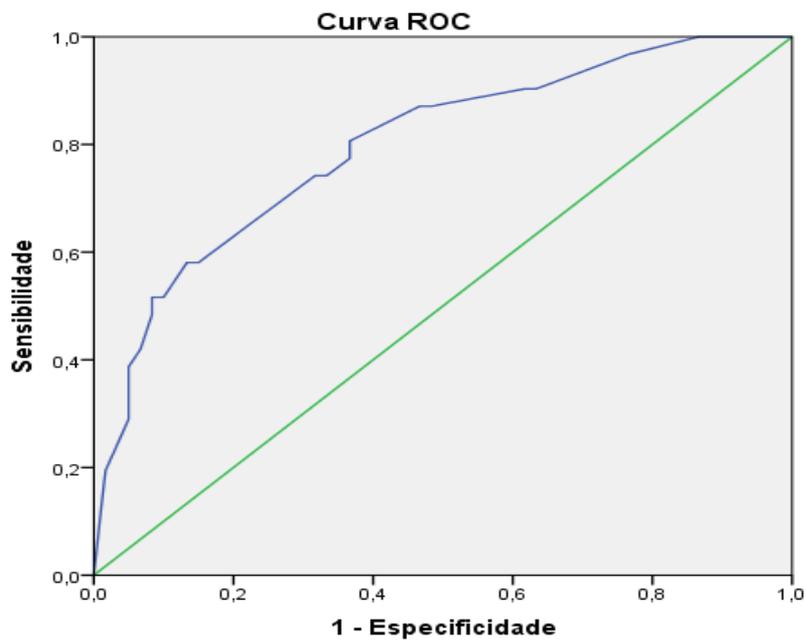


GRÁFICO 20 - Curva ROC para regressão logística.

Área abaixo na curva = 0,797 IC 95% [0,699;0,894]

TABELA 15 - Frequência, percentagem, Razão de chances bruta e ajustada através de regressão logística da internação involuntária em usuários de crack, em UPHG, 2010.

	Tipo de internação							
	involuntária		voluntária		ODDS BRUTA		ODDS AJUSTADA	
	n	%	n	%	valor	IC 90%	Valor	IC 90%
Faixa Etária								
14 - 24	9	34,6	17	65,4	2,33	0,56-9,97	2,30	0,52-10,0
25 - 34	19	43,2	25	56,8	3,34	0,96-12,33	4,164	1,12-15,46
35 e mais	5	18,5	22	81,5	1	1	1	1
Diagnostico inicial								
Uso abusivo de drogas	14	70	6	30	8,44	2,4-31,13	10,73	2,99-38,51
Dependência de múltiplas drogas	4	36,4	7	63,6	2,07	0,42-9,74	3,36	0,74-15,35
Transtorno Mental por uso de crack	2	33,3	4	66,7	1,81	0,2-13,7	2,22	0,33-15,05
Transtorno de comportamento devido ao uso de substância	13	21,7	47	78,3	1	1	1	1
Presença acompanhada								
Sim	24	41,4	34	58,6	2,62	0,89-7,93	2,405	0,77-7,43
Não	7	21,2	26	78,8	1	1	1	1

R² = 0,337

Após a análise da Razão de chances bruta e da razão de prevalência, o modelo foi ajustado para o cálculo do risco de internação involuntária, de forma a controlar todas as variáveis entre si, por meio da regressão logística.

Incluídas as variáveis que obtiveram significância para o risco de internação involuntária é demonstrado que no concernente da faixa etária, quando comparado o intervalo de 35 anos e mais com a idade de 25 a 34 anos, esta categoria tem maior risco para internação involuntária. O uso abusivo de drogas é um fator associado ou potencial fator de risco para internação involuntária. A presença acompanhada no modelo justifica-se, apesar de não ser estatisticamente significativa, por sustentar a odds na variável faixa etária (Tabela 15).

Ao se realizar o teste de bondade do ajuste para o modelo logístico, identificou-se que o modelo apresenta maior valor preditivo positivo (91,7%) se comparado ao valor Preditivo negativo (51,6%), isto é, identifica com maior precisão os usuários de crack que tiveram internação involuntária. O referido teste é graficamente representado pela curva ROC (Figura 5).

5.6 Relações entre a ocorrência de internações anteriores por uso de droga e variáveis do estudo

A ocorrência de internação anterior devido uso nocivo de substância psicoativa foi deflagrada em 74,6% dos usuários de crack do sexo masculino e em 55,6% do sexo feminino, com faixa etária mais frequente de 25| - |34 anos (76,9%), contudo quando observamos a faixa etária de 14| a |24 anos existe uma prevalência maior de internação anterior. No tocante a escolaridade 81,8% dos não-alfabetizados tiveram recorrência desta forma de tratamento (Tabela 16).

TABELA 16 - Características sociodemográficos de usuários de crack internados em relação à internação anterior segundo registros hospitalares, em UPHG, Sobral-Ce, 2010

VARIÁVEIS	Internação Anterior									
	Sim		Não		ODDS		RP		X ²	p (Fisher)
	n	%	n	%	Valor	IC 95%	valor	IC 95%	P-valor	P-valor
Faixa Etária										
35 e mais	14	70	6	30	1,62	0,38-7,07	1,18	0,75-1,86	0,4611	-
25 - 34	30	76,9	9	23,1	2,31	0,65- 8,33	1,3	0,88-1,92	0,1425	-
14 - 24	13	59,1	9	40,9	1	1	1	1	1	
Sexo										
Masculino	47	74,6	16	25,4	2,35	0,69 - 7,98	1,34	0,87-2,08	0,1185	-
Feminino	10	55,6	8	44,4	1	1	1	1	1	-
Escolaridade										
Alfabetizado	39	67,2	19	32,8	1	1	1	1	1	1
Não Alfabetizado	9	81,8	2	18,2	2,19	0,38 - 16,36	1,22	0,87 - 1,7	0,3353	0,4832
Profissão										
Estudante	4	80	1	20	2,22	0,18-59,91	1,24	0,74 - 2,09	2,09	0,6431
Profissão	18	64,3	10	35,7	1	1	1	1	1	1

TABELA 17 – Distribuição da ocorrência de internações anteriores entre usuários de crack e a gravidade do uso de drogas, Sobral – CE, 2010. Teste Mann-Whitney.

VARIÁVEIS	INTERNAÇÃO ANTERIOR		<i>P</i>
	SIM	NÃO	
Gravidade do uso de drogas			
Média	5,58	5,71	0,605
Mediana	5,00	5,00	
Erro Padrão	0,17	0,41	
Número de profissionais			
Média	4,09	4,08	0,957
Mediana	4,00	4,00	
Erro Padrão	0,21	0,28	
Valor da internação			
Média	336,15	301,93	0,688
Mediana	280,00	224,00	
Erro padrão	36,88	42,86	

A hipótese de existir diferença entre o número de profissionais envolvidos na assistência e gravidade do uso de substâncias psicoativas relacionadas ao evento de internações anteriores não foram refutadas neste estudo. Os valores médios da internação tanto nos casos com ou sem internamentos anteriores mantiveram, sem haver diferenciação significativa (Tabela 17).

TABELA 18 – Relação da ocorrência de internações anteriores entre usuários de crack e características da internação, Sobral – CE, 2010.

	INTERNAÇÃO ANTERIOR									
	Sim		Não		ODDS		RR		<i>p</i> (Pearson)	<i>p</i> (Fisher)
	n	%	n	%	Valor	IC 95%	Valor	IC 95%	p-valor	p-valor
Tipo de Internação										
Involuntária	23	74,2	8	25,8	1,35	0,45-4,15	1,09	0,82-1,45	0,5529	-
Voluntária	34	68	16	32	1	1	1	1	1	-
DIAS INTERNAÇÃO										
Alta permanência	8	72,7	3	27,3	1,33	0,24 - 8,12	1,09	0,7-1,7	0,7117	-
Baixa permanência	29	72,5	11	27,5	1,32	0,42-4,17	1,09	0,79-1,49	0,5981	-
Média permanência	20	66,7	10	33,3	1	1	1	1	1	-
MOTIVO INTERNAÇÃO										
Uso abusivo de drogas	18	69,2	8	30,8	1,04	0,31-3,5	1,01	0,72-1,41	0,94525	-
Risco para si e para os outros	10	76,9	3	23,1	1,54	0,3-8,63	1,12	0,78-1,62	0,5614	-
Desintoxicação	3	75,0	1	25,0	1,38	0,11-38,45	1,1	0,6-201	0,7866	-
Risco para si	26	68,4	12	31,6	1	1	1	1	1	-
DIAGNÓSTICO INICIAL										
Transtorno de comportamento devido ao uso de substância	31	68,9	14	31,1	1,48	0,43-5,05	1,15	0,76-1,73	0,4845	-
Dependência de múltiplas drogas	9	90,0	1	10,0	6	0,55-152,23	1,5	0,99-2,27	0,09	-
Transtorno Mental por uso de crack	5	83,3	1	16,7	3,33	0,27-90,75	1,39	0,84-2,3	0,292	-
Uso abusivo de drogas	12	60,0	8	40,0	1	1	1	1	1	-
PRESEÇA ACOMPANHADA										
Não	21	77,8	6	22,2	2,52	0,79-8,36	1,28	0,98-1,68	0,08	-
sim	31	63,3	18	36,7	1	1	1	1	1	-
TRATAMENTO ANTERIOR										
Sim	49	87,5	7	12,5	16,8	3,88-79,27	2,97	1,42-6,25	-	0,0000095
Não	5	29,4	12	70,6	1	1	1	1	-	1

Ao classificar a ocorrência de internação anterior, em relação às características clínicas é possível observar condições importantes em relação a este tipo de tratamento.

Entre os usuários de crack que tiveram internação anterior, houve maior prevalência em todos os períodos de internação. Pacientes com internação involuntária tiveram 74,2% de outras experiências de tratamento hospitalar e já ter realizado tratamento anterior foi observado em 87,5% dos pacientes.

Apesar da análise da odds bruta e do nível de significância ($<0,05$) de algumas variáveis não obtivemos modelo multivariado.

6 DISCUSSÃO

A análise de internações e suas características em determinados agravos constituem possíveis indicadores da qualidade e da utilização do serviço assistencial extra-hospitalar e políticas de prevenção. Os registros hospitalares são importantes na obtenção de informações sobre internações em saúde mental. O preenchimento da Autorização de Internação Hospitalar (AIH), e registros realizados pelos profissionais que assistem este paciente constituem instrumentos para construção de informações que direcionam e avaliam estratégias de atenção.

O estudo realizado com pacientes, usuários de crack, internados em leitos de um hospital geral de Sobral-Ce, nos trouxe diversos resultados que oferecem um panorama de características sócio-demográficas, clínicas dos usuários, bem como, características relevantes para internação dos mesmos.

Os dados encontrados nesta pesquisa corroboram com particularidades sociodemográficas mais prevalentes descritas na literatura relativa ao perfil dos usuários de crack, como o predomínio do sexo masculino (77,3%). Quando relacionado com a tipologia da internação, o tempo de internação hospitalar e internação anterior não foram observados diferença entre os sexos masculino e feminino, todavia Laranjeira (2012) ressalta que em relação ao sexo masculino, as adolescentes, usuárias de crack, tem maior probabilidade de dependência e consequências deste uso, mas tal diferença entre os sexos desaparece na idade adulta.

A faixa etária de 25 a 34 anos (45,4%) também tem sido descrita por alguns estudos, como o de Guimarães et al. (2008) com usuários de crack internados, no ano de 2007, em um Hospital de Porto Alegre (RS) cuja média da idade foi 27,3. Resultados obtidos por Sousa e Oliveira (2010) com usuários de álcool e outras drogas, na mesma unidade de internação do referido estudo, a faixa etária divergiu com a prevalência entre 30 a 49 anos (62,5%). Convém ressaltar que, algumas pesquisas deflagraram que, a experiência com substâncias psicoativas vem ocorrendo em idade cada vez mais precoce (ALVES E KOSSOBUDZKY, 2002). Marquez (2002) apud Costa et al. (2011) ressalta que levantamentos

epidemiológicos sobre o consumo de álcool e outras drogas entre jovens do Brasil demonstram que a experimentação de drogas ilícitas ocorre na passagem da infância para adolescência.

O Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas da Universidade Federal de São Paulo (CEBRID), no levantamento em 27 capitais brasileiras com 5.191 estudantes do ensino fundamental e médio de escolas públicas revelaram que as maiores porcentagens de usuários de substâncias psicoativas surgem a partir dos 16 anos.

Relacionado a moradia, a maioria residia em Sobral, na zona urbana e tinha residência fixa, divergindo de outros estudos, em que, o uso de crack foi relacionado a maior chance de abandono da residência e morar na rua (VAUGHN, 2010). A afirmação de vínculo conjugal foi mais frequente entre os usuários internados.

Quanto a escolaridade, 60,0% dos informados cursou até o ensino fundamental e 26,0% não são alfabetizados. Resultados descritos por Sanchez e Nappo (2002) em estudos com usuários e ex-usuários de crack com mais de 18 anos; houve grande prevalência de interrupção dos estudos no primeiro grau. Pesquisa realizada em uma unidade de desintoxicação em São Paulo com usuários de crack, durante dois anos, foi relatada que a diminuição de anos de escolaridade relacionava-se com a diminuição da probabilidade de sobrevida dos mesmos. Outro estudo, com 292 dependentes que procuravam por internação breve para desintoxicação na Holanda, foi descrito que ter menos de 10 anos de estudo é um fator preditor para abandono precoce do tratamento (DE WEERT-VAN OENE et al., 2007).

Esta realidade é ainda alarmante quando observamos o efeito que o crack causa na vida produtiva de usuários, pois apesar de um número expressivo dos sujeitos investigados ter uma profissão definida, em sua maioria, não estavam desenvolvendo nenhuma ocupação, no momento da admissão hospitalar.

Consoante evidenciado, o fato de estarem ou não ocupados ($p < 0,05$) e a escolaridade ($p < 0,05$) está associada significativamente ao tempo de internação hospitalar destes pacientes, os que estavam sem ocupação, no momento de sua

internação e de baixa escolaridade permaneceram maior tempo no hospital. Comprovando com nossos achados, dados de estudos brasileiros deflagraram como um dos fatores preditivos para abandono e baixa adesão do tratamento, o baixo nível de habilidades sociais (LARANJEIRA, 2012).

Os usuários de crack além de se expor a uma série de complicações secundárias ao consumo, também se expõem a situações de risco geradas pela necessidade de manutenção de seu consumo. O baixo nível de habilidades sociais, a pouca escolaridade e por vezes a falta de condições financeiras, favorecem a busca por outros meios para adquirir a droga.

O cenário descrito fragiliza o usuário e o torna vulnerável a situações de risco. Pechansky et al. (2006) em estudo com 1.449 usuários de droga de Porto Alegre, demonstrou que o perfil dos usuários de crack são marcados por apresentarem baixo nível socioeconômico e maior tendência em trocar sexo por droga, o que propicia uma altíssima taxa de soroprevalência para HIV e Hepatite, quando comparadas aos usuários de cocaína inaladas.

No referente ao uso de outras substâncias psicoativas além do crack, é característica bastante presente e retratada em diversas pesquisas (RODRIGUES et al., 2012; VARGENS et al., 2011). No estudo, a descrição do uso de diferentes substâncias associadas ao crack ratificou essa tendência sem, contudo, ser possível estabelecer com clareza como as associações se processaram e como se dá o seu padrão de consumo. A droga mais descrita foi o álcool em 61% dos usuários de crack, seguida de maconha em 27%, sendo também citados o tabaco e o solvente.

Observações realizadas por Oliveira e Nappo (2008) sobre a tendência de indivíduos que passaram de uma fase compulsiva de consumo de crack para padrões controlados, dentre algumas estratégias utilizadas, foi moderar a utilização de outras substâncias ou administrar algumas drogas em substituição ao crack.

Outrora, evidencia-se em nossa pesquisa, relativos ao uso de várias drogas; estudo com usuários de crack atendidos em 15 serviços de ambulatório e internação da cidade de São Paulo, o uso de maconha, álcool e tabaco atingiu quase a totalidade dos pacientes (DUNN E LARANJEIRA, 1994 *apud* LARANJEIRA et al., 2012).

Pesquisa realizada na unidade de psiquiatria do Hospital universitário do Paraná com crianças e adolescentes no ano de 2008, internados por uso abusivo de substâncias psicoativas, a droga com maior frequência entre os internados de ambos os sexos, foi o crack com 87,6% em seguida a maconha com 85,2%. Dos usuários de crack, 79% usavam esta droga associado à maconha (LOPES, 2009).

Para Gossop et al. (2006) as combinações entre cocaína e álcool e crack e álcool podem diferir: no primeiro caso o uso do álcool, normalmente, reforça os efeitos positivos da cocaína, sendo ambas as substâncias administradas em maior quantidade; já no caso do crack, o uso de álcool é realizado após com o intuito de “molhar” a secura da boca, “rebater” a intensidade do crack, e/ou amenizar efeitos indesejáveis.

Estudo realizado com 203 usuários de crack no Canadá e um levantamento realizado no Reino Unido observa-se que ser jovem e poliusuário era o principal fator de risco para iniciar o consumo de Crack (PAQUETE et al., 2010; SMITH et al., 2011). Desse modo torna-se imprescindível a instalação e a manutenção de programas que objetivem prevenção e a diminuição do consumo das drogas consideradas lícitas.

No que se refere as condições clínicas apresentadas na admissão hospitalar, o diagnóstico médico mais frequente dos internados foi transtorno de comportamento devido ao uso de substância psicoativa seguida do uso abusivo de drogas. O motivo que justificou a necessidade da internação foi o risco para si na maioria das internações.

Foram admitidos no hospital, em sua maioria, cooperativos (42,3%), sendo conduzidos por familiares (46,5%). O projeto técnico do serviço Hospitalar para este tipo de atendimento deverá contemplar a abordagem familiar, incluídas orientações sobre diagnóstico, programa de tratamento, a alta hospitalar e orientações para continuidade de tratamento em outras formas de atenção da Rede de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2012).

Para Barros e Jorge (2011), a presença ou a ausência da família no tratamento de uma pessoa com transtorno mental multicausal, propicia resultados diferenciados fundamentais para adesão da pessoa ao tratamento. Chama-nos

atenção que em 14% dos pacientes houve procura por internação sem nenhum tipo de acompanhamento.

No concernente as internações hospitalares, a regulamentação brasileira após o movimento da reforma psiquiátrica, estabelece um limite para a ocorrência da internação: só deve ser indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes e caracterizando a tipologia das internações como internação psiquiátrica voluntária, involuntária e compulsória; e ratifica a necessidade de informação ao Ministério Público Estadual em caso de internação involuntária até 72 horas, o motivo da referida internação para que o poder público possa acompanhar tal decisão (BRASIL, 2011).

Neste sentido observa-se que existe uma definição de critérios muito subjetiva, conforme Britto (2004), não há uma definição clara que descreva o que seja insuficiente no concernente aos recursos extra hospitalares, para justificar a internação.

A internação involuntária foi observada em 34%. Pesquisa idealizada em um hospital do Rio de Janeiro sobre internação de usuários de drogas, foi observada nos depoimentos dos profissionais médicos, uma definição bem simplificada a respeito da caracterização da internação involuntária, “*contra a vontade do paciente*”. Porém, não foram apresentadas maiores discussões ou reflexões do que seja a condição do paciente decidir sua própria internação. Quanto a esta questão, Brito (2004) propõe a seguinte condição: se a pessoa concorda em se internar, é feita uma internação voluntária e ela é considerada capaz para decidir, contudo se não concorda, ela é considerada incapaz de decidir e faz-se uma internação involuntária. Vale ressaltar que, nem sempre o consentimento da pessoa em se internar, é que determina sua capacidade de decisão.

A mesma pesquisa relata que quando arguidos sobre a principal condição do usuário para a ocorrência de uma Internação involuntária, os médicos foram unânimes em afirmar que a pessoa estar correndo algum tipo de risco – risco de vida consigo ou com outros, de injúria física ou moral (BRITO, 2004). O motivo para internação dos usuários de crack também foi citado em nossos resultados.

No Brasil, em especial na região Sudeste, está sendo adotada uma estratégia, para usuários de crack, com risco de morte, e em sua maioria, menores de idade, de internação involuntária, ocorrendo sem o consentimento dos mesmos e a pedido de uma terceira pessoa – como um parente. Contudo esta estratégia tem gerado uma série de discussões e reflexões sobre a efetividade desta ação e os fatores sociopolíticos e culturais envolvidos (PIMENTEL, 2011).

Quando analisamos o número de profissionais envolvidos no tratamento relacionado ao tipo de internação voluntária e involuntária observamos que existe uma diferença estatística ($p < 0,05$), ou seja, indivíduos com internação involuntária tem uma maior média de assistência de profissionais distintos. Sampaio (2011) relata que na forma de compor uma nova atenção; ocorrem mudanças nos modos de organizar os processos de trabalho e de produzir ações numa perspectiva de atender as necessidades de saúde apresentadas pelos usuários, buscando integrar o homem em suas diversas dimensões. Emerge a dimensão de trabalho, de equipe fundamentada na interdisciplinaridade, rompendo a fragmentação dos saberes e a hierarquia das relações.

Quando observamos o tempo de internação relacionado a assistência de profissionais específicos, é possível estimar que atuação dos mesmos influencia no tempo que os usuários de crack permanecem no ambiente hospitalar. Nossos achados viabilizaram a observação que, relacionado a assistência dos profissionais educador físico, assistente social e psicólogo, os pacientes permaneceram por um tempo maior. Todavia, esses resultados não devem ser analisados como na contramão das internações rápidas, preconizadas por esse novo modelo de atenção, mas serve de pano de fundo para discussões sobre tempo de internação e assistência efetiva e a importância de profissionais que atuam em diferentes contextos na equipe multidisciplinar no cuidado a pacientes envolvidos com substâncias psicoativas.

As possibilidades que essas informações geram não podem ser completamente respondidas nesse estudo, porém são sugeridas pesquisas com amostra de maior dimensão que possam averiguar os indícios inferidos no estudo.

Convém ressaltar que na regulamentação das internações hospitalares em saúde mental (BRASIL, 2002), foram descritas exigências mínimas para aberturas de leitos especiais em hospitais gerais relativos a equipe técnica multiprofissional, o que ratifica com resultados obtidos sobre a importância e relação dos profissionais com o processo de internação destes usuários.

Sobre os custos hospitalares, achados neste estudo, foi descrito que a média do valor da internação involuntária ($p < 0,05$) foi diferente nos usuários de crack que tiveram internação voluntária. Obtivemos ainda que, o uso abusivo de drogas, por usuários de crack é um potencial fator de risco para internação involuntária e que paciente que estejam entre a faixa etária de 25 a 34 anos quando comparado a faixa etária maiores, também tem maior risco de internação. Todavia, estudos relacionados a tais informações ainda são insipientes, impossibilitando uma maior fundamentação desse resultado.

O tempo da internação hospitalar de usuários de droga é algo bastante discutido na contemporaneidade. Concernente ao tempo de internação hospitalar, o período compreendido de 1 a 5 dias de internação, foi o mais frequente em nosso estudo. Embora, tendo registros de permanência acima de 10 dias em alguns casos (11,3%). O serviço hospitalar de referência com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas deverá ter internações de curta duração, até a estabilização clínica do usuário, respeitando as especificidades de cada caso (BRASIL, 2012).

Este achado vai ao encontro do preconizado pela portaria GM nº 148/12 que define as normas de funcionamento e habilitação do serviço hospitalar para atendimento a usuários de drogas, porém, outra situação proposta por Hubbard (2003), alerta que a internação breve, quando isolada, é menos eficaz do que modelos de internação de longa duração.

Há uma necessidade de avaliarmos a efetividade dos tratamentos com os usuários de drogas psicoativas, não basta apenas à discussão sobre o tratar ou como tratar, também é necessário saber quais os resultados que pretendemos obter com o referido tratamento (SILVA, 2012).

O tempo de internamento diferiu em relação ao tipo de internação. Os usuários de crack, com internação involuntária passaram maior tempo em tratamento hospitalar.

Dados encontrados neste estudo comprovam que o número de profissionais ($p < 0,05$) envolvidos no tratamento é um fator de proteção para alta permanência hospitalar. A média de assistência no estudo foi de quatro profissionais, de formações distintas. No redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental destaca-se que o tratamento em regime de internação deve ser estruturado de forma a possibilitar uma assistência integral à pessoa que necessita de tratamento, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, de lazer, e outros (BRASIL, 2001).

Laranjeira et al. (2012) aponta que é preciso investir significativamente na estrutura de serviços para lidar com esse problema tão complexo, e ratifica que o sistema de tratamento que visa a estabilização física e mental deverá trabalhar em sintonia com a reinserção social de forma a possibilitar que os usuários possam almejar uma vida sem drogas.

As internações, por vezes, parecem figurar como a legítima terapêutica e não um dos recursos possíveis, que pode vir a ser acionado em momento específico; em função de certos combinados e contingências; e fruto de uma ponderação coletiva envolvendo os implicados no processo. O entendimento que a internação não é para toda hora e nem em qualquer circunstância em que o consumo de crack, mesmo que intensificado, se faça presente. Contudo, esta forma de tratamento pode parecer bastante atraente, em função da promessa de distanciamento em relação a droga, gerando não só alívio, como também, um sentimento de segurança pela interrupção do uso da droga (PATTO, 2000).

Um desafio na atenção à saúde mental, a luz da reforma psiquiátrica brasileira, é a garantia de atendimento a crise que não necessariamente deveria ser no ambiente hospitalar. No entanto, a escassez em território brasileiro do CAPS nível III, com uma cobertura de maior abrangência, é um dos pontos fracos desta reforma (LOBOSQUE, 2011). Corroborando com o descrito, em pesquisa realizada no atendimento pré-hospitalar móvel as vítimas com transtorno mental e de

comportamento por uso de substâncias psicoativas, no ano de 2010, os atendidos foram conduzidos para o hospital em 71,8% dos chamados (PONTE et al., 2010).

A pesquisa supracitada evidenciou que 70,4% dos pacientes tinham episódios de internações anteriores pela utilização de drogas. Entre os dependentes de substâncias psicoativas que buscam tratamento, o usuário de cocaína e crack são destacados por possuírem frequências altas de abandono (LEITE, 1996; ALVES, 2001).

Silva (2012) alerta que, baseado nas propostas da política pública brasileira na área de drogas, a maioria trabalha a questão da interrupção do consumo, que também é necessária, mas dedica pouca atenção a manutenção do comportamento de mudança. Neste sentido, é necessária a construção e o fortalecimento de redes de políticas sociais que possibilitem que esse indivíduo possa parar de fazer o consumo definitivamente de uma determinada droga, caso isto não venha a acontecer, existem sérios riscos de recaída e ficar entregue ao fenômeno anacrônico da invisibilidade social.

Apesar da correlação das variáveis com a ocorrência de internação anterior dos pacientes estudados não terem demonstrado relação significativa ($p > 0,05$), faz-se necessário pontuar algumas considerações que julgamos importantes: a maioria dos usuários de crack que tiveram internação voluntária e baixa permanência hospitalar tinham relatos de internações anteriores a este evento; o motivo da internação - risco para si, teve maior frequência entre os usuários com outros internamentos por uso de droga e a prevalência de outras internações nos que conseguiram completar seu tratamento, ou seja, com alta melhorada também foi descrito.

Neste contexto, Belmonte de Abreu e Candiago (2007) ao estudarem a tendência de internações psiquiátricas, evidenciaram o crescimento proporcional de internações psiquiátricas em hospitais gerais de 97,7% no período de cinco anos. Pela tendência observada, o número destas internações em hospitais gerais irá continuar a crescer. Muitas vezes a internação serve não só como limitador externo para a falta de controle de impulsos e de limites do paciente, mas também como

uma experiência de como ele pode viver com controle sobre si, de forma benéfica (PACHECO, 2003).

Conforme Thornicroft (2010) inexistente sistema de saúde mental que possa funcionar sem leitos para episódios críticos, a redução de leitos deve acontecer *paripassu* a implantação de rede comunitária que se mostre eficiente no atendimento das necessidades de usuários e familiares.

De acordo com levantamento realizado pela Organização mundial da Saúde a proposta de ampliação expressiva de leitos psiquiátricos inseridos no hospital geral tem por finalidade minimizar o estigma, beneficiar o acesso a exames complementares e principalmente favorecer o cuidado multiprofissional (WHO, 2007).

Lopes (2009) alerta que no âmbito assistencial a atenção aos pacientes usuários de drogas deve ser direcionada pela compreensão de que tais pessoas estão em um estado de adoecimento e requerem uma assistência ampla. Segundo estudo sobre o consumo de substâncias psicoativas tem contemplado suas multicausalidades, o que fortalece a elaboração de ações preventivas e efetivas, o que poderá refletir no perfil dos indivíduos internados e no número de internações por esta causa.

A internação hospitalar por usuários de substâncias psicoativas em leitos de Hospital Geral conforme preconiza a reorganização do modelo de atenção em saúde mental (BRASIL, 2011) é um processo em construção, apesar de sua adoção ter sido encorajada ainda em 2001. É relevante expor, que antes da Unidade de Internação Psiquiátrica estudada, foi realizada visita de campo em outros hospitais gerais com pactuação de leitos junto ao Sistema Único de Saúde para este tipo de atendimento, com objetivo de ampliar a abrangência da pesquisa, todavia não foi possível a realização do levantamento de dados.

Questiona-se como se dá a pactuação de leitos nos hospitais gerais; existe a sensibilização e capacitação das equipes que realizarão o tratamento e acompanhamento dos usuários supracitados, que favoreça o acolhimento dos mesmos? O repasse dos incentivos financeiros é suficiente para fortalecer as internações? Existe uma subnotificação deste agravado?

O desenho da pesquisa adotado não favoreceu uma investigação mais aprofundada sobre a não utilização dos leitos de outros hospitais gerais, da mesma região de saúde do hospital pesquisado, vinculados ao Sistema Único de Saúde e os motivos pelos quais não realizam este tipo de internamento apesar de suas pactuações.

Neste caso um referencial qualitativo seria importante para aprofundar os aspectos em questão, deflagrando situações, realidades e reflexões necessárias no direcionamento de ações na referida área.

As questões pontuadas nesta pesquisa também são refletidas, no cenário nacional. Uma série de estratégias vem sendo desenvolvidas com base na problemática até então mencionada e do consumo de drogas; e como se dá hoje o tratamento de usuários de substâncias psicoativas. O plano, crack é possível vencer, contempla uma série de medidas, entre as quais estão inseridas a ampliação do número de leitos para internação de usuários de substâncias psicoativas em hospitais gerais, bem como, o apoio financeiro e de custeio através do aumento do valor das AIH, além de treinamentos e capacitação da equipe previstos (BRASIL, 2011).

No intuito de definir normas de funcionamento e habilitação de serviço hospitalar de referência para tal atendimento de forma a garantir o padrão de assistência e instituir investimentos e custeio por parte do governo foi lançada uma portaria regulamentadora, a Portaria GM nº 148/12 (BRASIL, 2012).

Outras limitações foram identificadas no decorrer da pesquisa: a não informatização dos atendimentos em banco de dados do hospital, considerando o Código internacional de Doenças, o que acarreta em seleção manual pelas AIH, com comprometimento de tempo da pesquisa e muitas vezes inviabilizando coortes históricas. A falta de preenchimento de dados referentes ao usuário e as características da internação, a não padronização dos diagnósticos e condições que justificam tais internações que por vezes dificultam a análise dos dados pela variabilidade que apresentam.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Consoante o estudo revelou, que os usuários de crack, internados na unidade psiquiátrica no Hospital Geral Dr. Estevam Ponte, em Sobral-CE são em sua maioria do sexo masculino, pardos, considerados adultos jovens (25 a 34 anos) com ensino fundamental e apesar de profissão definida encontram-se sem ocupação; possuem vínculo conjugal, moram em residência fixa, na zona urbana da cidade de Sobral.

Ademais se destaca que, quando admitidos no hospital, muitos estavam cooperativos, acompanhados por familiares, o motivo que justificou a internação foi o risco para si e o diagnóstico mais frequente foi transtorno de comportamento devido uso de substâncias. Foi descrito o uso de álcool, maconha, solvente, tabaco e cocaína concomitante ao crack.

Também como observado, relativo a tipologia das internações, 64% foram voluntárias e 33% involuntária, não foi observado internação compulsória no período, entre os sujeitos da pesquisa. O tempo de internação de 1 a 5 dias foi recorrente, considerado baixa permanência hospitalar. Tiveram seu tratamento na unidade encerrado por alta melhorada e encaminhamento para CAPS AD pós-internação.

Cabe enfatizar que na internação involuntária mostrou-se estatisticamente significativa a idade dos pacientes, o uso de outras substâncias associadas ao crack. A média do custo hospitalar foi diferente quando comparado o tipo da internação.

O tempo de internação hospitalar dos usuários de crack diferiu em relação a idade, número de profissionais envolvidos na assistência e ocupação. Os aumentos da idade e do número de profissionais são possíveis fatores de proteção para maior tempo de internação, já o fato do paciente não está ocupado, demonstrou-se como fator de risco. Informação importante para destacar o quão se faz necessário a reinserção social dos usuários, através do fortalecimento das habilidades sociais, para combater o ócio e oportunizar novas perspectivas na vida dos mesmos.

Quando observou-se a influência de profissionais específicos no tempo em que estes usuários se mantem no hospital tivemos indícios que a presença dos

mesmos influenciam no tempo dessa internação. Entretanto, não é possível dimensionar por meio desse estudo, toda complexidade dessa informação devido às limitações da amostra. Todavia, esses resultados servem para sinalizar a necessidade de pesquisas com esse enfoque para fortalecer a importância de um trabalho multiprofissional e como deve ser composta esta equipe.

Conforme se percebeu, o histórico de internações anteriores foi presente em 70% dos pacientes, não foi possível comprovar fatores de proteção ou de risco para este desfecho. Esse fato aponta para a importância de outras pesquisas mais abrangentes que possam identificar possíveis relações com a ocorrência de tratamentos hospitalares recorrentes.

Apesar da limitação do estudo através de dados secundários, pôde-se observar, pela leitura dos prontuários e documentos anexos que os usuários de crack procuram por este tipo de tratamento decorrente do sofrimento e das consequências que o crack acarreta em suas vidas e a esperança de que a situação difícil que estão vivendo possa ser minimizada.

A título de conclusão e baseados nos resultados expostos, alerta-se: urge uma discussão mais aprofundada sobre o tratamento de usuários de droga através da internação hospitalar; a tipologia dessa internação, acompanhamento dos usuários pós-alta e quais os fatores estão influenciando nas internações recorrentes; o papel da assistência multiprofissional deve ser encorajado nas políticas públicas voltadas para esta área de atenção como garantia de um tratamento direcionado; ações de sensibilização sobre as drogas lícitas e ilícitas devem ser intensificadas.

É válido que, atualmente, existam programas e projetos de incentivo financeiro para implantação de enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais para garantir o acesso a tratamento aos usuários de drogas, contudo faz-se necessário, investigar como se dá essa pactuação, a compreensão dos gestores de hospitais gerais sobre a viabilidade dessas internações e possíveis desafios.

REFERÊNCIAS

ALVES, R. **Caracterização dos adolescentes internados por álcool e outras drogas na cidade de Curitiba.** Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2001.

AMARANTE, P.(Org.). **Loucos pela vida:** a trajetória de reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

BALBINOT, A. D.; ALVES, .G. S. L.; AMARAL JUNIOR, A. F.; ARAUJO, R. B. Associação entre fissura e perfil antropométrico em dependentes de crack. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 60, n. 3, p. 205-219, 2011.

BARROS, M. M. M.; JORGE, M. S. B. **Concepções e Práticas de Atenção à Saúde Mental:** o discurso do sujeito coletivo. Fortaleza: EdUECE, 2011.

BASSOLS, A. M. S. **Adolescência e infecção pelo HIV:** situação de risco e proteção, auto-estima e sintomatologia psiquiátrica. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

BEATO FILHO, C.C.; ASSUNÇÃO, R. M.; SILVA, B. F. A.; MARINHO, F. C.; REIS, I. A.; ALMEIDA, M. C M. Conglomerados de homicídios e o tráfico de drogas em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, de 1995 a 1999. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n. 5, set./out. 2001.

BELMONTE DE ABREU, P.; CANDIAGO, R. H. Uso do Datasus para avaliação dos padrões das internações psiquiátricas, Rio Grande do Sul. **Rev. Saúde Pública**, v.41, n. 5, 2007.

BRASIL. Lei nº10. 216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtorno mental e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 abr. 2001. Seção 1, p. 3.

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas públicas sobre drogas no Brasil. **Legislação e políticas públicas sobre drogas no Brasil.** Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências.** Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 148 de 31 de janeiro de 2012. **Define normas de funcionamento e habilitação para o serviço hospitalar de referência em Saúde Mental.** Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.SVS/CN-DST/AIDS.A **Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de álcool e outras drogas.** Brasília, 2004.

BRASIL. Presidência da República. **Plano Crack, é preciso vencer**. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/enfrentandoocrack/noticias/plano-crack-e-possivel-vencerpretende-aumentar-oferta-de-tratamento>>. Acesso em: 2 dez. 2011.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Relatório brasileiro sobre drogas**. Brasília: SENAD, 2010.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Fé na Prevenção: prevenção do uso de drogas em instituições religiosas e movimentos afins**. Brasília: SENAD, 2011.

BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **O uso de substâncias Psicoativas no Brasil: Epidemiologia, legislação, políticas públicas e fatores culturais**. Brasília, 2008.

BRITO, R. C. **A internação Psiquiátrica Involuntária e a Lei 10.216/01**: reflexões acerca da garantia de proteção aos direitos da pessoa com transtorno mental. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2004.

CASTEL, S. **Fatores de predição de prognóstico de farmacodependentes avaliados pela escala de seguimento de dependentes de substâncias psicoativas**. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

CEARÁ. Assembléia Legislativa. Conselho de altos estudos. **Drogas: onde buscar ajuda**. Fortaleza: INESP, 2010.

CEARÁ. **Coordenadorias Regionais de Saúde**. Disponível em <<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/regionalizacao>>. Acesso em: 2 dez. 2011.

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS. **Apresenta trabalhos brasileiros relacionados ao uso de substâncias psicoativas**. São Paulo, 2006. Disponível em: <<http://www.cebrid.epm.br>>. Acesso em: 1 out. 2011.

CHAVES, T. V.; SANCHEZ, Z. M.; RIBEIRO, L. A.; NAPPO, S. A. Fissura por crack: comportamentos e estratégias de controle de usuários e ex-usuários. **Rev. Saúde Pública**, v. 45, n. 6, p. 1168-1175, 2011.

CORSI, K. F.; RINEHART, D. J.; KWIATKOWSKI, C. F.; BOOTH, R. E. Case management outcomes for women who use crack. **J. Evid. Based Soc. Work**, 2010.

COSTA, G. M.; SOIBELMAN, M.; ZANCHET, D. L.; COSTA, P. M.; SALGADO, C. A. I. Gestantes dependentes de crack em uma unidade de internação psiquiátrica. **J. Bras. Psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 61, n. 1, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_artte04720852012000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 6 jun. 2012.

COSTA, J. S. D.; VICTORA, C. G. O que é "um problema de saúde pública?". **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 9, n.1, p.144 -146, mar. 2006.

COSTA, L. *et al.* **Análise de internamentos psiquiátricos de rede hospitalar pública, contratada e conveniada pelo Sistema único de Saúde do Ceará.** Aracatiçu: Centro de Atenção Psicossocial de Aracati, 1997.

DATASUS. **Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).** Brasília, 2011.

DE WEERT-VAN OENE, G. H.; BURGER, H.; GROBBEE, D. E.; SCHRIJVERS, A. J. Identificacion of patients at high risc of noncompliance in substance dependence treatment. **Eur. Addict. Res.**, v. 13, n. 2, p.74-80, 2007.

DESVIAT, M. **A Reforma Psiquiátrica.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 19complete o ano

DIAS, A. C. **Estudo longitudinal que acompanhou o percurso de dependentes de crack ao longo de 12 anos: perfil, evolução da coorte, trajetórias de consumo e principais desfechos após a alta de um episódio de internação.** Tese (Doutorado) – Universidade Federal de São Paulo, 2010.

DIAS, A. C.; ARAUJO, M. R.; LARANJEIRA, R. Evolução do consumo de crack em coorte com histórico de tratamento. **Rev. Saúde Pública**, v.45, n.5, p. 938-948, 2011.

EDWARDS, G. *et al.* **O tratamento do alcoolismo: um guia para profissionais de saúde.** 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

FERREIRA FILHO, O. F. R.; TURCHI, M. D.; LARANJEIRA, R.; CASTELO, A. Perfil socio-demográfico e de padrões de uso entre dependentes de cocaína hospitalizados. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.37, n.6, p.751-759, 2003.

FERREIRA, F. G. K. Y. *et al.* Uma visão multiprofissional humanizada no tratamento da pessoa com dependência química em enfermaria psiquiátrica de um hospital geral no Paraná. **Cogitare Enfermagem**, v. 10, n. 2, p. 54-58, 2005.

FERREIRA, L. N. *et al.* Perfil do consumo de bebidas alcoólicas e fatores associados em um município do Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 8, ago. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X201100080003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 05 mar. 2012.

GALDURÓZ, J. C. F.; NOTO, A. R.; FONSECA, A. M.; CAROLINE, E. A. **V Levantamento Nacional Sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras: 2004.** São Paulo: SENAD/CEBRID, 2005.

GALDURÓZ, J. C. F.; NOTO, A. R.; NAPPO, S. A.; CARLINI, E. A. **I Levantamento domiciliar nacional sobre uso de drogas psicotrópicas – parte A: estudo envolvendo as 24 maiores cidades do estado de São Paulo (1999).** São Paulo: FAPESP/CEBRID, 2000.

GAWRYSZEWSKI, V. P.; KAHN, T.; MELLO JORGE, M. H. P. Informações sobre homicídios e sua integração com o setor saúde e segurança pública. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.39, n. 4, p.627-633, 2005.

GOMES, B. V.; OLIVEIRA, E. N. **Centro de Atenção Psicossocial – álcool e outras drogas**: descrevendo o funcionamento do serviço em Sobral-CE. Monografia (Especialização) - Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral, CE, 2004.

HORTA, R. L.; ROSSET, A. P.; HORTA, C. L. Perfil dos usuários de crack que buscam atendimento em Centros de Atenção Psicossocial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 11, nov. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011001100019&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 19 mar. 2012.

HUBBARD, R. L.; CRADDOCK, S. G.; ANDERSON, J. Overview of 5 year followup outcomes in the drug abuse treatment outcome studies (DATOS). **J. Subst. Abuse Treat.**, v. 25, n. 3, p. 125-134, 2003.

IBGE. **Censo 2010**. Disponível em:<<http://www.ibge.gov.br/censo2010/primeiros-dados-divulgados/index.php>>. Acesso em: 4 nov. 2011.

KEHL, M. R. A lógica da droga está em toda parte. **Revista Época**, mar. 2003.

LARANJEIRA, R. et al. **O tratamento do usuário de crack**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

LARANJEIRA, R. et al. **O tratamento do usuário de crack**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

LEITE, M. C. **Relações entre dependência de cocaína e transtorno depressivo**: contribuição para o estudo da co-morbidade psiquiátrica em pacientes dependentes de substâncias psicoativas. Dissertação (Mestrado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

LEITE, M. C.; ANDRADE, A. G. **Cocaína e Crack**: dos fundamentos ao tratamento. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

LOPES, E. P. A. Crack: um desafio social. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, fev. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?>>. Acesso em: 19 mar. 2012.

LUCCHESI, M.; MALIK, A. M. Viabilidade de unidades psiquiátricas em hospitais gerais no Brasil. **Rev. Bras. Saúde Pública**, v. 43, n.1, 2009.

MALBERGIER, A. Transtornos psiquiátricos em usuários de drogas injetáveis infectados pelo HIV. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 48, n.6, 1998.

MARTINS, M. C.; PILLON, S. C. A relação entre a iniciação do uso de drogas e o primeiro ato infracional entre adolescentes em conflitos com a lei. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p.1112 - 1120, mar. 2009.

MELLO JORGE, M. H. P. Violência como problema de Saúde Pública. **Cienc. Cultura**, São Paulo, v.54, n. 1, p. 52-53, 2002.

MELLO JORGE, M. H. P.; KOIZUMI, M. S. Gastos governamentais do SUS com internações hospitalares por causas externas: análise no Estado de São Paulo, 2000. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 228-238, jun. 2004.

MOMBELLI, M. A.; MARCON, S. S.; COSTA, J. B. Caracterização das internações psiquiátricas para desintoxicação de adolescentes dependentes químicos. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 63, n. 5, out. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672010000500007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 22 maio 2012.

NAPPO, A. S.; SANCHEZ, Z. M.; OLIVEIRA, L. G.; SANTOS, A. S.; CORADETE JÚNIOR, J.; PACCA, J. C. B.; LACKS, V. **Comportamento de Risco de Mulheres Usuárias de Crack em relação às DST/AIDS**. São Paulo: CEBRID, 2004.

NICACIO, E. Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000300023&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 19 abr. 2012.

NOTO, A. R. *et al.* **IV levantamento sobre uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua em seis capitais brasileiras 1997**. São Paulo: Centro Brasileiro de informações sobre drogas Psicotrópicas (CEBRID), Universidade Federal de São Paulo, 1998.

NOTO, A. R.; MOURA, Y. G.; NAPPO, S.; GALDUROZ, J. C. F.; CARLINI, E. A. Internações por Transtornos mentais e de comportamento decorrentes de substâncias psicoativas: um estudo epidemiológico nacional do período de 1988 a 1999. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 51, n. 2, p. 113-121, 2002.

OLIVEIRA, E. N. *et al.* O Sistema de Saúde Mental do município de Sobral: avanços e desafios. **Essentia: Revista de Cultura, Ciência e Tecnologia da Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral**, v. 2, n. 2, p. 129-145, dez. 2000/maio 2001.

OLIVEIRA, F. B. **Construindo saberes e práticas em saúde mental**. João Pessoa: UFPB/Editora Universitária, 2002.

OLIVEIRA, L. G.; NAPPO, S. A. Caracterização da Cultura de Crack na Cidade de São Paulo: Padrão de Uso Controlado. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 664-671, 2008.

OLIVEIRA, L. G.; NAPPO, S. A. Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n. 4, 2008.

OMS. **Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001 – Saúde Mental**: Nova Concepção, Nova Esperança. Genebra, 2001.

ORNELLAS, C. P. **O paciente excluído**: história e crítica das práticas médicas de confinamento. Rio de Janeiro: Revan, 1997.

PAQUETTE, C.; ROY, E.; PETIT, G.; BOIVIN, J. F. Predictors of crack cocaine initiation among Montreal street youth: a first look at the phenomenon. **Drug Alcohol Depend.**, v. 110, n. 1/2, p. 85-91, 2010.

RIBEIRO, M. E.; LARANJEIRA, R. (Org.). **O tratamento do usuário de crack**. São Paulo: Casa Leitura Médica, 2010.

RIBEIRO, M.; DUNN, J.; SESSO, R.; DIAS, A. C.; LARANJEIRA, R. Causes of death among crack cocaine users. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 28, n. 3, 2006.

SAMPAIO, J. J. C.; BARROSO, C. M. C. **Manual de Organização de centro de atenção psicossocial generalista**. Quixadá, 1994; Sobral, 2001.

SCHIFANO, F.; CORKERY, J. Cocaine/crack cocaine consumption, treatment demand, seizures, related offences, prices, average purity levels and deaths in the UK (1990-2004). **J. Psychopharmacol.**, v. 22, n. 1, p. 71-79, 2008.

SILVA, A. M. C. **Fatores de risco para doenças sexualmente transmissíveis em Cuiabá, Mato Grosso**. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Mato Grosso, Cuiabá, 1999.

SMITH, G. W.; FARRELL, M.; BUNTING, B. P.; HOUSTON, J. E.; SHEVLIN, M. Patterns of polydrug use in Great Britain: finding from a national household population survey. **Drug Alcohol Depend.**, v. 113, n. 2/3, p. 222-228, 2006.

SOBRAL. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social e Saúde. **Projeto do Programa de Abordagem do uso e abuso de substâncias psicoativas no município de Sobral – CE**. Sobral, 2002.

SOUSA, F. S. P.; OLIVEIRA, E. N. Caracterização das internações de dependentes químicos em Unidade de Internação Psiquiátrica do Hospital Geral. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, maio 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232010000300009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 abr. 2012.

VARGENS, R. W.; CRUZ, M. S.; SANTOS, M. A. Comparação entre usuários de crack e de outras drogas em serviço ambulatorial especializado de hospital universitário. **Rev. Latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 19, n. esp., jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692011000700019&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 22 maio 2012.

WAISELFISZ, J. J. **Mapa da Violência dos Municípios Brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Prezado senhor (a),

Sou aluna do programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Ceará da Faculdade de Medicina – Departamento de Saúde Comunitária. Estou desenvolvendo um estudo para Analisar o Perfil epidemiológico dos pacientes usuários de crack internados em leitos de Hospital Geral em Sobral-CE, por uso abusivo de drogas, regulados pelo Sistema Único de Saúde.

Nesse sentido, estou solicitando sua colaboração na participação deste estudo, em permitir o acesso a informações contidas em seu prontuário de internação. Gostaria de deixar claro que essas informações são sigilosas, não falarei para ninguém e, principalmente, seu nome, não será em nenhum momento divulgado. Caso se sinta constrangido (a), envergonhado (a), você tem o direito de pedir para sair da pesquisa.

Os dados obtidos serão aos dados de outras pessoas, sempre respeitando o caráter confidencial de seu nome. Pretendemos com este estudo, obter informações sobre aspectos importantes ligados a internação hospitalar de usuários de substâncias psicoativas.

Informo ainda, que:

- Mesmo tendo aceitado participar, se por qualquer motivo, durante o andamento da pesquisa, resolver desistir, tem toda liberdade para retirar o seu consentimento.
- Permitir o acesso a seus dados não trará nenhum risco para você. Entretanto, caso se sinta constrangido poderá, interromperemos sua participação.
- Estarei disponível para qualquer outro esclarecimento no Endereço: Cel. Antonio Mendes Carneiro, 274, Sobral – CE, Centro, telefone: (88) 9942 8710.

Caso queira reclamar sobre esse trabalho, poderá dirigi-se pessoalmente ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) localizado no Centro de Ciências da Saúde (CCS) situado no Campus do Derby na rua General Rangel nº 186, atualmente encontra-se no CENTEC, avenida Dr. Guarani, 317 no mesmo bairro ou fazê-lo por escrito e entregar na sala do CEP. Em fase a este motivo, gostaria muito de poder contar com sua colaboração.

Consentimento pós – informado

Declaro que tomei conhecimento do estudo que pretende Analisar o Perfil epidemiológico dos pacientes usuários de crack internados em leitos de Hospital Geral por uso abusivo de drogas, regulados pelo Sistema Único de Saúde, no ano de 2010 á realizado pela pesquisadora Michelle Alves Vasconcelos, compreendi seus propósitos e, concordo em participar do estudo, não me opondo à permitir o acesso ao meu prontuário de internação e também que em qualquer momento posso retirar meu consentimento em participar do mesmo.

Sobral _CE, _____ de _____ de 2011.

APÊNDICE B – TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO

Eu, _____,
atuando no CARGO _____, fiel depositário dos
prontuários e da base de dados desta
instituição _____ de _____,

declaro que o Michelle Alves Vasconcelos está autorizada a realizar nesta Instituição o projeto de pesquisa: INTERNAMENTO POR CRACK: PERFIL DOS USUÁRIOS E PADRÃO DE ASSISTÊNCIA EM HOSPITAL GERAL sob a responsabilidade da pesquisadora Michelle Alves Vasconcelos e orientação do Prof. Dr. José Gomes Bezerra Filho, cujo objetivo geral é **Analisar o Perfil epidemiológico dos pacientes usuários de crack internados na enfermaria psiquiátrica devido uso abusivo de crack, regulados pelo Sistema Único de Saúde, neste hospital geral**

Ressalto que estou ciente de que serão garantidos os direitos, dentre outros assegurados pela resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, de:

- 1) Garantia da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos outros.
- 2) Que não haverá riscos para o sujeito de pesquisa.
- 3) Emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa.
- 4) Retorno dos benefícios obtidos através deste estudo para as pessoas e a comunidade onde o mesmo foi realizado.

(CIDADE, _____ de _____ de _____.

(CARIMBO E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR)

APÊNDICE C – CARTA DE ANUÊNCIA PARA ENTRADA EM CAMPO PARA ESTUDO PILOTO

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - FACULDADE DE
MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO EM SAÚDE
PÚBLICA**

Fortaleza-CE, 10 de JULHO de 2011

CARTA DE SOLICITAÇÃO PARA ENTRADA NO CAMPO

De: Michelle Alves Vasconcelos

Para: Setor de Psiquiatria do Hospital Geral Dr. Estevam Ponte – Sobral-CE

Assunto: Solicitação de Pesquisa/ Validação de Instrumento de Pesquisa

Ilma Coordenadora,

Eu, Michelle Alves Vasconcelos, CPF 751.716.783 - 91, atuo na área de Epidemiologia das Violências, encontro-me cursando o Mestrado acadêmico em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará sob orientação do Prof. Dr. José Gomes Bezerra Filho e com projeto de dissertação, aprovado pelo edital MCT/ CNPq nº 41/2010 -Temática I -Caracterização dos Usuários, em desenvolvimento intitulado: Internamento por crack: perfil dos usuários e padrão de assistência em hospital geral. O estudo visa analisar o Perfil sócio-demográfico dos pacientes usuários de crack internados, no ano de 2010 neste hospital e caracterizar esta internação.

A pesquisa realizar-se-á por meio da análise dos prontuários de Internação de indivíduos que tiveram a indicação de internação hospitalar por uso abusivo de crack no ano de 2010. Não serão utilizadas expressões, comentários ou qualquer outra referência direta aos sujeitos da pesquisa.

Convém ressaltar que os participantes estão em situação de médio risco, porém asseguro o direito de não violação de privacidade destes sem que traga qualquer prejuízo para o desenvolvimento da pesquisa.

Informo que os resultados da pesquisa serão apresentados ao curso de Mestrado acadêmico em Saúde Pública, ao CNPq e divulgados junto à comunidade acadêmica, respeitando o caráter confidencial de sua identidade.

Com propósito de realizar um piloto para validação do Instrumento (em anexo) que será utilizado na Coleta de Informações.

Sem mais para o momento, agradeço a atenção e compreensão dispensada.

Michelle Alves Vasconcelos

Departamento de Saúde Comunitária – UFC

Mestrado em Saúde Pública

2. DADOS RELATIVOS A INTERNAÇÃO

*Município: _____ *Data da Internação: ___/___/___

*Unidade Hospitalar: _____ *CID _____

* Motivo da Internação: _____

* Conduzido à Unidade Hospitalar por: 1 – Familiares 2 – CAPS 3 – SAMU
 4 - Ambulância s/profissional de Saúde
 5 – Ambulância c/profissional de Saúde
 6 – Viatura Policial 7- Sozinho 9 - Ignorado

*Encaminhado com ficha de referência: 1 – Sim 2 – Não 9 – Ignorado

*Em caso afirmativo (1), qual unidade Referenciou: 1- Centro de Saúde da Família 2- CAPS
 3- Outra Unidade Hospitalar 4- Ambulatório
 5 – Outros _____ 9- Ignorado

*Condições de Chegada ao Hospital: 1- Sonolento 2 – Desacordado
 3 – Cooperativo 4 - Agressivo
 4- Outros _____ 9- Ignorado

*Presença de Familiares e/ou no momento da internação: 1- Sim 2- Não 9- Ignorado

*Tratamento e/ou Acompanhamento anterior a internação: 1- Sim 2- Não 9- Ignorado

*Em caso afirmativo(1), onde fazia tratamento/acompanhamento: 1- Centro de Saúde da Família
 2 – Clínicas Particulares 3 – Comunidades Terapêuticas
 4- Unidades de Desintoxicação 5- Grupos de Mútua ajuda
 6 – Hospital-dia 7- CAPS
 8 – Outros _____ 9 – Ignorado

*Quais as drogas que fazia uso: _____

2. DADOS RELATIVOS A INTERNAÇÃO

*Qual tipo de tratamento recebido: _____

*Tipo de Acompanhamento profissional recebido: Médico/Clinico Enfermeiro
 Psiquiatras Psicólogos
 Terapeutas Assistentes Sociais
 Outros _____

*Tempo de Internação: _____ (dias) *Data da Alta Hospitalar ____/____/____/

*Motivo da Alta Hospitalar: 1- Alta Melhorada 2 – Evasão/Fuga
3 – Transferência para outro serviço 4 – Óbito
5 – Outros _____ 9 – Ignorado

* Encaminhamento Pós-Alta: _____
_____ 9 – Ignorado.

*Custo da Internação: _____

ANEXO A – ANUÊNCIA DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



UNIVERSIDADE ESTADUAL
VALE DO ACARAÚ
Comitê de Ética em Pesquisa



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Ciência, Tecnologia
e Educação Superior

PARECER CONSUBSTANCIADO DE ANÁLISE DE PROTOCOLO DE PESQUISA

I. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO			
Processo Nº: 476263	Protocolo Nº: 1060	Data de entrada CEP: 11/11/2030	
CAAE: 0098.0.039.472-11			
Título: PERFIL DOS USUÁRIOS DE CRACK EM TRATAMENTO HOSPITALAR NO ESTADO DO CEARÁ			
Área de conhecimento: Ciências da Saúde	Grupo: III	Nível: PREVENÇÃO	Fase: NÃO
Pesquisador responsável: Michelle Alves Vasconcelos		Titulação máxima: especialista	
Finalidade	prevenção		
Objetivo geral	Caracterizar o perfil epidemiológico dos pacientes usuários de crack internados em leitos para internação, por uso abusivo de drogas, regulados pelo Sistema Único de Saúde, em Hospitais Gerais do Estado do Ceará		
Objetivos Específicos	<ul style="list-style-type: none"> - Descrever o perfil sociodemográfico de usuários de crack, internados nos hospitais gerais do Estado do Ceará, no ano de 2010 - Estimar a prevalência de Internação por uso abusivo de drogas. - Descrever características importantes desta internação 		

II. ANÁLISE CRÍTICA E ÉTICA RESPALDADA NA Res.196/96 E COMPLEMENTARES DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE
<p>O protocolo de pesquisa foi analisado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú, na reunião do 11 de Abril de 2012, tendo sido deliberado o que se segue:</p> <p>Projeto APROVADO</p>

III. DECISÃO DO PLENÁRIO E PARECER DO CEP	IV. DATA
Aprovado o voto do relator(a). Projeto classificado como: Aprovado	Sobral (CE), 11 de Abril de 2012


Prof.ª Dr.ª Maristela Inês Osawa Chagas
Coordenadora do CEP/UVA

ANEXO B

LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001.

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

- I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10. Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11. Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12. O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 13. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2001; 180º da Independência e 113º da República. FERNANDOHENRIQUECARDOSO
JoseGregori JoséSerra Roberto Brant

ANEXO C

Lei nº 12151 - De 29 de julho de 1993 - Ceará

Dispõe sobre a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outros recursos assistenciais, regulamenta a internação psiquiátrica compulsória, e dá outras providências.

Dispõe sobre a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outros recursos assistenciais, regulamenta a internação psiquiátrica compulsória, e dá outras providências.

O Governador do Estado do Ceará,

FAÇO saber que a Assembléia Legislativa decretou e/ou sancionou a seguinte lei:

Art.1.º Fica proibido no território do Estado do Ceará, a construção e ampliação de hospitais psiquiátricos, públicos ou privados, e a contratação e financiamento, pelos setores estatais, de novos leitos naqueles hospitais.

§ 1.º No prazo de cinco anos, contados da publicação desta lei, os hospitais psiquiátricos existentes deverão adaptar-se ao disposto na presente lei.

§ 2.º O Conselho Estadual de Saúde, quando da adaptação dos hospitais existentes observará, sempre que possível, critérios de atendimento a que os hospitais psiquiátricos se destinavam.

Art.2.º A Secretaria Estadual de Saúde, as comissões interinstitucionais, o Conselho Estadual, as comissões municipais, locais e as secretarias municipais de saúde, estabelecerão a planificação necessária para a instalação e o funcionamento de recursos alternativos de atendimento, como leitos psiquiátricos em hospitais gerais, hospital-dia, hospital-noite, centros de atenção, centros de convivência, lares, pensões protegidas, entre outros, bem como estabelecerão, conjuntamente, critérios para viabilizar o disposto no § 1.º do artigo anterior, fixando a extinção progressiva dos leitos psiquiátricos.

§ 1.º O Conselho Estadual de Saúde constituirá uma Comissão Estadual de Reforma em Saúde Mental, no qual estarão representados os trabalhadores em saúde mental, familiares, poder público, Ordem dos Advogados do Brasil e Comunidades Científicas, sendo da sua competência o acompanhamento da elaboração dos planos regionais e/ou locais da atenção à saúde mental; fiscalizar sua implantação bem como aprová-los ao seu tempo.

§ 2.º É competência das secretarias estadual e municipais, a coordenação do processo de substituição de leitos psiquiátricos, bem como a fixação, ouvidas as entidades a que se refere o "caput" deste artigo, dos prazos e condições para a total extinção dos hospitais psiquiátricos no estado.

§ 3.º Os Conselhos Municipais de Saúde (CMS) estabelecerão critérios objetivos para a reserva de leitos psiquiátricos indispensáveis nos hospitais gerais, observados os princípios previstos nesta lei, bem como fixará a base demográfica mínima para a atenção integral, em postos de saúde, na área de saúde mental.

§ 4.º A substituição do sistema atual obedecerá a critérios de planejamento, não podendo a desativação exceder a um vigésimo (1/20) do total de leitos existentes no Estado, ao ano.

Art.3.º Aos pacientes asilares, assim entendidos aqueles que perderam o vínculo com a sociedade familiar e encontram-se ao desamparo dependendo do Estado para a sua manutenção, este providenciará atenção integral, devendo, sempre que possível, integrá-los à sociedade através de políticas comuns com a comunidade de sua proveniência.

Art.4.º A internação psiquiátrica compulsória deverá ser comunicada pelo médico que a procedeu, no prazo de vinte e quatro horas, à autoridade do Ministério Público e à Comissão de Ética Médica do

estabelecimento.

§ 1.º Define-se como internação psiquiátrica compulsória aquela realizada sem o consentimento do paciente, em qualquer tipo de serviço de saúde, sendo responsabilidade do médico autor da internação sua caracterização enquanto tal.

§ 2.º O Ministério Público procederá vistorias periódicas nos estabelecimentos que mantenham leitos para atendimentos psiquiátricos, para fim de verificação do correto cumprimento do disposto nesta lei.

Art.5.º Todas as internações de caráter psiquiátrico, compulsória ou não, deverão ser confirmadas, no máximo em quarenta e oito horas da internação respectiva, por laudo da junta interdisciplinar, composta por membros da comunidade, trabalhadores em saúde mental, e por representantes do Poder Público local.

Art.6.º Compete às secretarias municipais de saúde e aos conselhos municipais de saúde a fiscalização sobre a aplicação das medidas necessárias à efetivação do disposto nesta lei, bem como a correta observância do previsto no artigo anterior, sem prejuízo da competência reservada à Secretaria Estadual de Saúde.

Art.7.º No prazo máximo de um ano, os órgãos competentes deverão apresentar à Assembléia Legislativa do Estado os planos e os critérios objetivos que viabilizem, ao final do prazo previsto no § 1.º do Art. 1.º a total extinção dos hospitais psiquiátricos no território estadual, e a absorção da política determinada por este diploma, pelos hospitais gerais públicos e privados.

Art.8.º A Secretaria Estadual de Saúde poderá, para garantir a execução dos fins desta lei, cassar licenciamento, aplicar multas e outras punições administrativas previstas na legislação em vigor, bem como expedirá os atos administrativos necessários para sua regulamentação.

Art.9.º Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Palácio do Governo do Estado do Ceará, em Fortaleza, aos 29 de julho de 1993.

Ciro Ferreira Gomes
Governador do Estado

Ana Maria Cavalcante e Silva
Secretária de Saúde do Estado

Mário Mamede
Deputado