

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

DOLORES ADRIANA SEIJAS VALDEZ

**“PRONTO ATENDIMENTO EM SAÚDE MENTAL”
(PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE)
-Perfil do Usuário-**

PORTO ALEGRE

2004

DOLORES ADRIANA SEIJAS VALDEZ

**“PRONTO ATENDIMENTO EM SAÚDE MENTAL”
(PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE)**

-Perfil do Usuário-

Trabalho de Conclusão de Graduação em Enfermagem apresentando a disciplina de Estágio Curricular, Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial à obtenção do título de ENFERMEIRA.

ORIENTADORA PROF^a DRA. TATIANA ENGEL GERHARDT

PORTO ALEGRE

2004

BIBLIOTECA
Esc de Enfermagem da UFRGS

Dedico este trabalho:

As pessoas com sofrimento psíquico e aos seus cuidadores.

AGRADECIMENTOS

A Deus-Mãe

À memória do meu pai, que me fez escolher este caminho

*Aos meus colegas de trabalho, amigos queridos, que me sustentaram
emocionalmente durante a graduação e realização deste trabalho.*

*As pessoas que compartilham da minha intimidade e souberam ter paciência e
carinho com minha falta de tempo.*

A esta terra maravilhosa que me acolheu e a qual espero retribuir.

Igual-desigual

Eu desconfiava:

todas as histórias em quadrinhos são iguais.

Todos filmes norte-americanos são iguais

Todos best sellers são iguais

Todos campeonatos nacionais e internacionais de futebol são iguais

Todas as mulheres que andam na moda são iguais

Todas experiências de sexo são iguais.

Todos sonetos, gazéis, virelais, sextinas e rondós são iguais

e todos, todos

os poemas em verso livre são enfadonhamente iguais.

Todas as guerras do mundo são iguais.

Todas as fomes são iguais.

Todos os amores, iguais iguais iguais.

Iguais todos rompimentos

A morte é igualíssima

Todas as criações da natureza são iguais.

Todas as ações, cruéis, piedosas ou indiferentes são iguais.

Contudo, o homem não é igual a nenhum outro homem bicho ou coisa.

Ninguém é igual a ninguém.

Todo ser humano é um estranho ímpar.

Carlos Drummond de Andrade

RESUMO

O objetivo do presente trabalho é traçar o perfil do usuário do Pronto Atendimento em Saúde Mental (PASM), da cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. O método utilizado é um levantamento epidemiológico com base no estudo observacional descritivo transversal, com análise quantitativa de dados. A pesquisa foi realizada no PASM, pertencente a Prefeitura Municipal de Porto Alegre. A população estudada foi constituída por todos os pacientes, usuários do SUS, que consultaram no PASM, no período de janeiro a setembro de 2003. A unidade de análise foi o prontuário de cada um dos 200 pacientes selecionados. Os dados quantitativos foram tabulados pelo processo manual e tratados estatisticamente através de percentuais, foram construídas tabelas e calculadas as características do conjunto de dados, agrupados conforme a distribuição de frequência e percentagem. Resultados: A idade dos pacientes varia de 13 a 74 anos, de ambos os sexos, sendo 55,0% entre 18 e 39 anos. O índice de internação, para o total de consultas é de 47,5%. Das internações 85,6% corresponderam a indivíduos com idade entre 18 e 59 anos, sendo 67,7% destes do sexo masculino. Ainda dentro dos que internaram, 67,8% retornou ao serviço, na proporção de 2,8 consultas por paciente e a média de internações, para o período de 9 meses estudado é de 1,5 AIHs por paciente. A principal causa dos atendimentos é o uso abusivo de álcool e drogas, correspondendo a 51,5% dos pacientes que necessitaram internação, sendo 21,1% para álcool e 30,0% para as outras drogas. Outras causas são o Transtorno de Humor, 21,0% para consultas e 24,4% em relação às internações. Aproximadamente 38% pertencem às Gerências Distritais de Saúde Partenon/Lomba do Pinheiro e Sul/Centro-Sul, e 14,4% a Restinga/Extremo-Sul. Conclusões: O paciente do PASM é na sua maioria, homem, na faixa de 18 a 39 anos, com transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso abusivo de álcool e/ou outras drogas, com uma incidência de internação de mais de 50% dos consultantes. Foi constatado baixo índice de resolutividade denotado pelo elevado número de reconsultas e reinternações. A rede de atendimento em Saúde Mental em Porto Alegre não está conseguindo assumir os cuidados deste paciente com características tão díspares dos programas existentes. Sendo o PASM um local que atende emergências, se faz necessária uma rede forte e aparelhada para receber e tratar este usuário na sua comunidade, recebendo tratamento integral de saúde e social.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 – Distribuição freqüencial do sexo dos pacientes do Pronto Atendimento Em Saúde Mental, no período de janeiro a setembro, Porto Alegre, 2003. 22
- Tabela 2- Distribuição freqüencial, por Gerência Distrital, do local de moradia dos pacientes que consultaram no Pronto Atendimento em Saúde Mental, no período de janeiro a setembro, Porto Alegre, 2003. 23
- Tabela 3– Distribuição freqüencial da idade, agrupadas por faixa etária, dos pacientes do Pronto Atendimento em Saúde Mental, no período de janeiro a setembro, Porto Alegre, 2003. 24
- Tabela 4- Distribuição freqüencial da emissão de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), para pacientes que consultaram no Pronto Atendimento em Saúde Mental, no período de janeiro a setembro, Porto Alegre, 2003. 25
- Tabela 5- Distribuição freqüencial do número de consultas realizadas pelos pacientes no Pronto Atendimento em Saúde Mental, no período de janeiro a setembro, Porto Alegre, 2003. 26
- Tabela 6- Distribuição freqüencial dos dias de permanência em Internação de Curta Duração (ICD), dos pacientes que consultaram no Pronto Atendimento em Saúde Mental, no período de janeiro a setembro, Porto Alegre, 2003. 27
- Tabela 7 - Distribuição freqüencial do número de dias em Sala de Observação (S.O), para pacientes consultaram no Pronto Atendimento em Saúde Mental, no período de janeiro a setembro, Porto Alegre, 2003. 27
- Tabela 8- Distribuição freqüencial do motivo da consulta dos pacientes que consultaram no Pronto Atendimento em Saúde Mental, no período de janeiro a setembro, Porto Alegre, 2003. 29
- Tabela 9- Distribuição freqüencial dos diagnósticos conforme a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), Capítulo V (F) dos pacientes que consultaram no Pronto Atendimento em Saúde Mental, no período de janeiro a setembro, Porto Alegre, 2003. 30
- Tabela 10- Distribuição freqüencial das internações psiquiátricas, dos pacientes que consultaram no Pronto Atendimento em Saúde Mental, no período de janeiro a setembro, Porto Alegre, 2003. 32
- Tabela 11- Distribuição freqüencial por sexo dos pacientes que necessitaram de internação psiquiátrica e que consultaram no Pronto Atendimento em Saúde Mental, no período de janeiro a setembro, Porto Alegre, 2003. 32

- Tabela 12- Distribuição freqüencial das idades agrupadas, dos pacientes que necessitaram de internação psiquiátrica e que consultaram no Pronto Atendimento em Saúde Mental, no período de janeiro a setembro, Porto Alegre, 2003. 33
- Tabela 13- Distribuição freqüencial dos diagnósticos conforme a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), Capítulo V (F) dos pacientes que internaram e consultaram no Pronto Atendimento em Saúde Mental, no período de janeiro a setembro, Porto Alegre, 2003. 34
- Tabela 14- Distribuição freqüencial do número de dias em Sala de Observação (S.O), para pacientes que necessitaram internação psiquiátrica e que consultaram no Pronto Atendimento em Saúde Mental, no período de janeiro a setembro, Porto Alegre, 2003. 35
- Tabela 15- Distribuição freqüencial, por Gerências Regionais, do local de moradia pacientes, que necessitaram internação psiquiátrica e que consultaram no Pro Atendimento em Saúde Mental, no período de janeiro a setembro, Porto Alegre, 2003. 36
- Tabela 16- Distribuição freqüencial do número de consultas dos pacientes que necessitaram internação psiquiátrica e que consultaram no Pronto Atendimento em Saúde Mental, período de janeiro ao a setembro, Porto Alegre, 2003. 37
- Tabela 17- Distribuição freqüencial da emissão de AIH, para pacientes que necessitaram internação psiquiátrica que consultaram no Pronto Atendimento em Saúde Mental, no período de janeiro a setembro, Porto Alegre, 2003. 38
- Tabela 18- Distribuição freqüencial do motivo de todas as consulta, dos pacientes que necessitaram internação psiquiátrica e que consultaram no Pronto Atendimento em Saúde Mental, no período de janeiro a setembro, Porto Alegre, 2003. 39
- Tabela 19- Distribuição dos pacientes que consultaram no Pronto Atendimento em Saúde Mental, no período de janeiro a setembro, segundo sexo e faixa etária, Porto Alegre, 2003. 41
- Tabela 20- Distribuição dos pacientes que consultaram no Pronto Atendimento em Saúde Mental, no período de janeiro a setembro, segundo faixa etária e a internação, Porto Alegre, 2003. 42
- Tabela 21- Distribuição dos pacientes que consultaram no Pronto Atendimento em Saúde Mental, no período de janeiro a setembro, segundo o sexo e a internação, Porto Alegre, 2003. 42
- Tabela 22- Distribuição dos pacientes que consultaram no Pronto Atendimento em Saúde Mental, no período de janeiro a setembro, segundo o sexo e a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), Porto Alegre, 2003. 43
- Tabela 23- Distribuição dos pacientes que consultaram no Pronto Atendimento em Saúde Mental, no período de janeiro a setembro, Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e a ocorrência de Internação, Porto Alegre, 2003. 44
- Tabela 24- Distribuição, segundo o sexo e a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), dos pacientes que consultaram no Pronto Atendimento em Saúde Mental e tiveram orientação de internação, no período de janeiro a setembro, Porto Alegre, 2003. 45

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 OBJETIVO	13
3 REVISÃO DE LITERATURA	14
3.1 EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA	14
3.2 REFORMA PSIQUIÁTRICA	15
4 METODOLOGIA	18
4.1 TIPO DE ESTUDO	18
4.2 LOCAL DE ESTUDO	18
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	19
4.4 COLETA DE DADOS	20
4.5 ASPECTOS ÉTICOS	20
4.6 ANÁLISE DOS DADOS	21
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	22
5.1 ANÁLISE UNIVARIADA DAS VARIÁVEIS	22
5.2 ANÁLISE BIVARIADA DAS VARIÁVEIS	41
REFERÊNCIAS	50
APÊNDICE A	52
APÊNDICE B	53
APÊNDICE C	53
ANEXO	53

1 INTRODUÇÃO

O Pronto Atendimento em Saúde Mental (PASM) da cidade de Porto Alegre foi inaugurado em janeiro de 1999, resultado de um processo histórico de construção de um novo paradigma para a Saúde Mental, decorrente da Reforma Psiquiátrica e contrário ao modelo hospitalocêntrico de atenção, existente anteriormente.

Em setembro de 2000, o PASM passou a funcionar 24 horas, atendendo à necessidade de adequação do município de Porto Alegre às diretrizes de organização dos serviços de saúde em geral e da saúde mental em particular. Estas diretrizes foram sendo construídas a partir das Conferências Nacionais de Saúde Mental (1987 e 1992), da Constituição Federal de 1988, das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentadas através da Lei Federal N° 8080/90, da Lei da Reforma Psiquiátrica do Estado do Rio Grande do Sul (N° 9.716/92), e o relatório da Comissão de Saúde Mental do Conselho Municipal de Saúde em 1993.

Durante a realização do estágio de Administração em Enfermagem, e também como integrante da equipe do PASM (desempenho funções de Técnica de Enfermagem), foi constatado que completados três anos de funcionamento em setembro, este serviço ainda não dispunha de dados que possibilitassem um maior conhecimento da demanda e portanto um melhor planejamento das ações, assim como, situar este serviço em relação à rede de atendimento em Saúde Mental, através do Sistema Único de Saúde, na cidade de Porto Alegre. A necessidade destas informações constituiu a motivação para a realização deste estudo.

A Lei da Reforma Psiquiátrica, no seu artigo segundo, dispõe sobre a “substituição do sistema hospitalocêntrico de cuidados às pessoas que padecem de sofrimento psíquico por uma rede integrada e variados serviços assistenciais de atenção sanitária e social”, e sugere, entre outros, “emergências psiquiátricas em hospitais gerais”. (RIO GRANDE DO SUL, 2000, p. 63)

O PASM é um serviço público, de funcionamento ininterrupto e encontra-se situado na área 16, no terceiro andar do prédio do Centro de Saúde Vila dos Comerciários (CSVC), sendo um dos serviços integrantes do Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (PACS), que presta atendimento também nas áreas de pediatria, clínica geral, odontologia, traumatologia, curativos e remoções. Referência para Porto Alegre em emergências de Saúde Mental, oferece atendimentos nas áreas de psiquiatria, psicologia, enfermagem e serviço social, para usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), em nível de consultório, internação e regula a emissão de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) para a cidade de Porto Alegre.

O acesso dos pacientes a este serviço acontece por demanda espontânea da população de Porto Alegre ou encaminhados de outras unidades da rede pública; trazidos pela Brigada Militar (BM), encaminhados pelo Ministério Público (MP) ou através de outras secretarias da Prefeitura - Fundação de Assistência Social e Cidadania (FASC) -, de instituições do Estado - Fundação de Assistência Socioeducativa (FASE) - e sempre que seja necessária uma avaliação, emissão de AIH, internação de curta duração (ICD) ou sala de observação (S.O), na área psiquiátrica e em regime de urgência/emergência.

Os pacientes chegam ao saguão de entrada e se dirigem ao guichê, onde é realizado o boletim de atendimento e aberto um prontuário -quando é primeira consulta- ou procurado o anterior, quando é uma reconsulta. Dependendo da gravidade da crise, o paciente, é imediatamente atendido ou aguarda no saguão, conforme a ordem de chegada. O acolhimento¹ pode ser feito por diferentes membros da equipe multidisciplinar, sendo que, os casos de agitação psico-motora (APM), os pacientes trazidos pela BM, ou encaminhados pelo MP, são recepcionados pela Enfermeira, que avalia as condições do paciente, requerendo, quando necessário, a imediata intervenção do médico psiquiatra, ou providenciando os

¹ O Acolhimento constitui uma das diretrizes da política de atenção integral à saúde mental e é definida como a capacidade de desenvolver ações que acolham todos os usuários que procurem os serviços, em distinções que levem à exclusão e segregação, organizando os serviços de forma que haja disponibilidade para o atendimento e/ou escuta imediata.)Governo do Rio Grande do Sul, 2002, p.7)

encaminhamentos para a emergência clínica (principalmente nos casos de pacientes que necessitam desintoxicação).

Após a consulta com o médico psiquiatra, o paciente pode ter vários encaminhamentos, entre os quais destacamos: atendimento por outro integrante da equipe multiprofissional (psicólogo ou assistente social), referência para a rede de atendimento, emissão de AIH (medicado e liberado para aguardar vaga em casa ou medicado e permanência em S.O), medicado e permanência em ICD. Os pacientes que ficam em sala de observação, são aqueles que necessitam de internação hospitalar, mas, sem vaga no momento e não tendo condições de aguardar vaga em casa, devido à gravidade dos sintomas apresentados, iniciam o tratamento neste setor. A internação de curta duração, destina-se aos pacientes que necessitam um esclarecimento do diagnóstico, ou tem possibilidades de beneficiar-se desta indicação terapêutica (até 72 horas de internação), quando, através da medicação e atendimento por parte da equipe serão esbatidos os sintomas, permitindo desta maneira um retorno ao convívio social-familiar e continuação do tratamento na rede, evitando-se a internação hospitalar.

O PASM dispõe de sete leitos, destinados a pacientes que chegam ao serviço em agitação psico-motora e aqueles que permanecem em sala de observação e internação de curta duração.

A equipe multiprofissional está constituída por: Equipe de Enfermagem, Médicos Psiquiatras, Psicólogos e Assistente Social. Em número de : seis Enfermeiras, três Técnicos de Enfermagem e dezesseis Auxiliares de Enfermagem (sendo dois em funções administrativas), quinze Médicos Psiquiatras, quatro Psicólogas (das 7:00 às 19:00) e um Assistente Social (das 7:00 às 19:00 horas). A equipe médica e de enfermagem estão presentes nas 24 horas de atendimento. Na equipe de enfermagem coexistem o regime de

plantão de 12 horas e as 6 horas diárias, todos completando a carga horária de 40 horas semanais. A Coordenação do PASM é exercida por uma Psicóloga.

No PASM, a equipe multidisciplinar, pretende atender o usuário (paciente e sua família) de maneira integral, esforçando-se por obter resolutividade nas avaliações e encaminhamentos, reforçando o trabalho em rede, com a finalidade de evitar a primeira internação e diminuir as reinternações.

As contribuições, que esta pesquisa pode trazer, são de relevância para o conhecimento do perfil do usuário do SUS, que procura um Pronto Atendimento em Saúde Mental, na cidade de Porto Alegre, e para a qualificação da assistência do usuário deste serviço.

2 OBJETIVO

O objetivo deste trabalho é conhecer o perfil dos usuários que consultam no Pronto Atendimento em Saúde Mental, em Porto Alegre, Rio Grande do Sul.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Os temas escolhidos para esta revisão bibliográfica, nos situam sobre os principais pontos que sustentam o trabalho realizado no Pronto Atendimento em Saúde Mental (local escolhido para a realização da presente pesquisa) e a legislação em vigor, sobre a Saúde Mental.

3.1 EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA

Qualquer situação de natureza psiquiátrica em que existe um risco significativo (vida ou injúria grave) para o paciente ou para outros, se constitui em uma Emergência Psiquiátrica, necessitando de uma intervenção terapêutica imediata. Nas emergências psiquiátricas, podem ser encontradas situações que não se enquadram como emergências. Três tipos de situações são encontrados basicamente nestes serviços: Emergência: “distúrbio do pensamento, sentimentos ou ações que envolvem risco de vida ou risco social grave, necessitando de intervenções imediatas e inadiáveis (tempo medido em minutos ou horas)”. Exemplos: violência, suicídio ou tentativa de suicídio, grave autonegligência, auto e heteroagressão, distúrbio grave de pensamento. Urgência: implica em riscos menores, requerendo intervenção a curto prazo (dias ou semanas). Exemplos: ansiedade em fase aguda, síndromes conversivas, comportamento bizarro. A terceira situação encontrada é a Eletiva em que a rapidez da intervenção não se constitui em critério importante de atendimento. Exemplos: ansiedade leve, dificuldades de relacionamento interpessoal, fornecimento de receitas, informações sobre medicação. (SPODE; FLECK; 2001, p. 17).

Segundo Kaplan e Sadock (1995) qualquer perturbação nos pensamentos, sentimentos ou ações constitui uma emergência psiquiátrica e requer uma intervenção imediata. Destacam uma variedade de motivos para o aumento do número de pacientes de emergência: crescente incidência de violência, incremento na percepção da doença orgânica na alteração do estado mental e a epidemia de alcoolismo e outros transtornos por uso de substâncias. Problemas especializados, que vão além da prática psiquiátrica geral, como abuso de substâncias, violência em forma de suicídio, homicídio e estupro, questões sociais (sem-teto, idosos, síndrome de imunodeficiência adquirida - AIDS).

3.2 REFORMA PSIQUIÁTRICA

O movimento social no Brasil em defesa dos direitos da cidadania dos loucos, destacando uma assistência digna e reabilitadora, incompatível com os macroasilos e suas práticas predominantemente repressivas denominaram sua luta de antimanicomial. Uma das influências desta manifestação foi o movimento iniciado nos anos 60 por uma equipe de psiquiatras italianos, que realizou “uma polêmica e inovadora experiência de transformação do hospital psiquiátrico de Gorizia num espaço de problematização da prática psiquiátrica, e, depois, iniciou o processo de desativação do Hospital de Trieste”. O propósito era restituir ao asilado a sua condição de sujeito político, sendo reintegrado a sociedade. (JACOBINA, 2000, p. 95).

A Constituição Federal de 1988 no artigo 196 dispõe :

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (RIO GRANDE DO SUL, 2000, p.14).

A lei estadual número 9.716, de 07 de agosto de 1992,

Dispõe sobre a reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul, determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental, determina regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações compulsórias, e dá outras providências. (RIO GRANDE DO SUL, 2000, p. 63).

Artigo 2º A reforma psiquiátrica consistirá na gradativa substituição do sistema hospitalocêntrico de cuidados às pessoas que padecem de sofrimento psíquico por uma rede integrada e variados serviços assistenciais de atenção sanitária e social, tais como ambulatorios, emergências psiquiátricas em hospitais gerais, leitos ou unidades de internação psiquiátrica em hospitais gerais, hospitais-dia, hospitais-noite, centros de convivência, centros comunitários, centros de atenção psicossocial, centros residenciais de cuidados intensivos, lares abrigados, pensões comunitárias, oficinas de atividades construtivas e similares. (RIO GRANDE DO SUL, 2000, p. 63).

Os princípios orientadores do SUS são: Saúde como Direito, Universalidade, Equidade, Integralidade da Atenção, e Participação.

Sobre a Equidade, o Guia de Serviços de Saúde Mental, diz: “Considera-se a igualdade na assistência à saúde, com ações e serviços priorizados em função de situações de risco, das condições de vida e da saúde de determinados indivíduos e grupos de população”. (RIO GRANDE DO SUL, 2002, p. 8).

Os objetivos da política de atenção integral à Saúde Mental são:

- Desencadear e potencializar a atenção integral à saúde mental para crianças, adolescentes, adultos e idosos.
- Implantar o Projeto São Pedro Cidadão.
- Garantir os direitos dos portadores de sofrimento psíquico, visando ampliar a capacidade de autonomia dos cidadãos, dos grupos e da coletividade.
- Implementar ações para melhoria da qualidade de vida dos portadores de sofrimento psíquico institucionalizados.
- Incrementar a qualificação dos trabalhadores de saúde em saúde mental.

(RIO GRANDE DO SUL, 2002, p. 9).

Quanto às ações desenvolvidas o Guia de Serviços em Saúde Mental recomenda:

Para melhor identificar quais os principais grupos de ações de promoção, de proteção e de recuperação da saúde a serem desenvolvidas prioritariamente, é necessário conhecer as principais características do perfil epidemiológico da população, não só em termos de doenças mas frequentes, como também em termos das condições sócio-econômicas da sociedade, dos seus hábitos e estilos de vida e de suas necessidades de saúde; os grupos de maior risco e vulnerabilidade social e a infraestrutura de serviços disponíveis. (RIO GRANDE DO SUL, 2002, p.11).

Em 19 de fevereiro de 2002, o Governo Federal através da Portaria /GM número 336, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. No seu Artigo 1º estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II E CAPS III definidos por ordem crescente de porte / complexidade e abrangência populacional, “que deverão estar capacitados para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo”. Sobre o CAPS III, a portaria estabelece que se constitui em serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana.(BRASIL, 2002)

A Portaria / GM número 816, de 30 de abril de 2002, institui, no âmbito do SUS , o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de álcool e Outras Drogas, desenvolvido de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos estados, Distrito Federal e municípios, considerando as determinações da Lei e decorrente da constatação: do aumento do consumo de álcool e outras drogas entre crianças e adolescentes no País; os crescentes problemas relacionados ao uso de drogas pela população adulta e economicamente ativa; o aumento do número de casos de doenças relacionadas ao consumo de drogas; a necessidade de uma rede de serviços de saúde e sociais, com ênfase na reabilitação e reinserção social dos usuários e entre outras, as deliberações da III Conferência Nacional de Saúde Mental, (2001). (BRASIL, 2002)

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um levantamento epidemiológico que tem por base um estudo observacional descritivo transversal, com análise quantitativa dos dados. O Estudo Transversal "é um tipo de Estudo Observacional Descritivo, tendo por objetivo verificar a prevalência ou a frequência de uma determinada característica. Estes estudos descrevem a realidade de forma estática, referindo-se a um determinado momento". (GOLDIM, 2000, p. 69).

Estudos transversais são "investigações que produzem 'instantâneos' da situação de saúde de um grupo ou comunidade. É um estudo epidemiológico no qual fator e efeito são observados num mesmo momento histórico" (ROUQUAYROL, 1999. p).

Polit e Hungler (1995) definem o estudo quantitativo como o que visa descrever e sintetizar dados para chegar a conclusões de uma população, a partir de uma amostra.

4.2 LOCAL DE ESTUDO

A pesquisa foi realizada no Pronto Atendimento em Saúde Mental (PASM), um dos serviços de Pronto Atendimento Cruzeiro de Sul (PACS), pertencentes à Prefeitura Municipal de Porto Alegre.

Atualmente são atendidos aproximadamente um mil pacientes por mês, incluindo adultos, adolescentes e crianças e idosos, de ambos os sexos, com sintomatologia compatível com algum transtorno mental e de comportamento.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população estudada foi constituída por todos os pacientes, usuários do SUS, que consultaram no PASM, no período de janeiro a setembro de 2003.

A média aritmética dos pacientes que consultaram no PASM, no período acima citado, foi de 970 pacientes mensais. A amostra foi composta por duzentos pacientes, aproximadamente 20% das consultas mensais, sorteados da população escolhida.

A unidade de análise foi o prontuário de cada um dos 200 pacientes selecionados.

Segundo Sounis (1979), ao referir-se ao tamanho da amostra, há autores que recomendam um mínimo de 30 observações e há outros que consideram mais de 100, quando se quer um limiar digno de confiança.

Com a finalidade de tornar mais prático este estudo e a amostra representativa para todos os meses do ano selecionados, foram sorteados quatro meses, sendo a amostragem constituída por 50 prontuários retirados de cada mês, obtidos através de Amostragem Aleatória Simples, constituindo desta maneira a amostra de 200 prontuários.

As amostras probabilísticas se baseiam nas leis do acaso, sendo as únicas que podem originar uma generalização estatística, permitindo, através do cálculo das probabilidades, utilizar-se da inferência estatística. (CONTANDRIOPOULOS, 1999)

Segundo Goldim (2000), o método de Amostragem Sistemática Probabilística e dentro desta a técnica de Amostragem Aleatória Simples permite que todos os elementos da população estudada tenham a mesma probabilidade de seleção.

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu através da análise dos prontuários dos pacientes sujeitos do estudo.

As variáveis independentes pesquisadas foram: idade, sexo, bairro de procedência (agrupados por Gerência Distrital de Saúde), número de consultas realizadas por paciente (durante o período estudado), ICD, S.O, motivo da consulta, diagnóstico médico segundo a Classificação Internacional de Doenças, Capítulo V (F) (CID-10), (quando registrado no prontuário) e Internação Psiquiátrica.

Foi utilizada uma tabela (apêndice C), onde foram registrados os dados coletados nos prontuários.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

"Nada em si é bom ou mau; tudo depende daquilo que pensamos" (SHAKESPEARE apud GOLDIM, 2000, p. 101)

A coleta de dados foi precedida pela autorização da Comissão de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de Porto Alegre (ANEXO A) e a apresentação, de um Termo de Responsabilidade para consulta dos prontuários, assinado pelo pesquisador e no qual se compromete com o anonimato dos pacientes e o uso dos dados somente para o previsto estudo, para a Coordenação do Pronto Atendimento em Saúde Mental, obtendo o ciente da mesma.(APÊNDICE A)

O projeto desse estudo foi submetido à aprovação da Comissão de Estágio Curricular da Escola de Enfermagem da UFRGS.

Os dados levantados foram utilizados exclusivamente com a finalidade científica expressada no projeto de pesquisa ao qual o estudo se vincula.

A privacidade dos pacientes foi mantida, já que eles não foram contatados, utilizando-se somente os dados contidos nos prontuários, coletados diretamente no PASM, sem a utilização dos dados de identificação (nome e endereço), para este levantamento.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados quantitativos foram tabulados pelo processo manual e tratados estatisticamente através de percentuais, pela análise exploratória descritiva que tem como finalidade a redução dos dados, construindo tabelas e calculando algumas características do conjunto de dados, agrupados conforme a distribuição de frequência e porcentagem (organização sistemática de valores numéricos de elementos pertencentes a uma determinada classe, do mais baixo ao mais alto, junto de uma contagem ou porcentagem, do número de vezes em que cada valor foi obtido). (POLIT e HUNGLER, 1995).

Para essa análise foi utilizado o programa EPI-INFO versão 6.04d. Inicialmente foram selecionadas as variáveis a serem trabalhadas, (do prontuário, conforme item 4.4), e posteriormente foi elaborada uma categorização dessas variáveis, para inserção destas no banco de dados.

O estudo iniciará com uma análise freqüencial ou univariada das variáveis escolhidas, seguindo com o cruzamento de algumas dessas variáveis para avaliar a relação entre elas, através do método estatístico chi-quadrado (análise bivariada).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 ANÁLISE UNIVARIADA DAS VARIÁVEIS

Esta análise é de cunho descritivo, tendo o objetivo de informar sobre a distribuição de um evento. Em epidemiologia, os elementos essenciais de um estudo descritivo, consistem em definir o evento e especificar as suas freqüências em relação às características das pessoas atingidas pelo evento ("QUEM"), os lugares ("ONDE") e o tempo ("QUANDO"). Estas informações devem ser organizadas de maneira que se mostre "COMO" os eventos variam na população. (PEREIRA, 2002, p. 63)

A análise do estudo será iniciada com uma descrição de algumas das variáveis contidas no prontuário do paciente que foram julgadas importantes para o levantamento epidemiológico em questão. Estas variáveis foram escolhidas por estarem presentes em todos os prontuários sorteados. Não foram trabalhadas as relacionadas à situação sócio/econômica/cultural do paciente, embora de relevância ao perfil que se deseja traçar, devido a estarem incompletas ou ausentes dos prontuários.

A tabela 1, permite visualizar que os pacientes do sexo feminino e masculino procuraram com a mesma freqüência o Pronto Atendimento em Saúde Mental, no período de janeiro a setembro de ano de 2003.

Tabela 1 – Distribuição freqüencial do sexo dos pacientes do Pronto Atendimento em Saúde Mental, no período de janeiro a setembro, Porto Alegre, 2003.

SEXO	FREQÜÊNCIA	%
MASCULINO	101	50,5%
FEMININO	99	49,5%
TOTAL	200	100,0%

Fonte: Dolores A.S.Valdez, pesquisa "Pronto Atendimento em Saúde Mental – Perfil do Usuário", 2004.

A tabela 2 é o resultado da análise do local de moradia dos pacientes que consultaram no PASM, no período de janeiro a setembro de 2003, por Gerência Distrital de Saúde. Para a construção desta, foram agrupados os bairros constantes nos boletins de atendimento, em 16 regiões, conforme o mapa oficial de Porto Alegre, fornecido pela Prefeitura Municipal (Apêndice B) e posteriormente por Gerências Distritais. Os bairros que não estavam contemplados em nenhuma das 16 regiões, foram incluídos em “outros bairros”. Os pacientes não pertencentes a Porto Alegre foram incluídos no indicador “Fora de Porto Alegre” e os provenientes de Instituições, no indicador “Instituições”.

Tabela 2- Distribuição freqüencial, por Gerência Distrital, do local de moradia dos pacientes que consultaram no Pronto Atendimento em Saúde Mental, no período de janeiro a setembro, Porto Alegre, 2003.

GERENCIAS DISTRITAIS	FREQÜÊNCIA	%
NOROESTE / HUMAI-NAVEG-ILHAS	11	5,5%
CENTRO	16	8,0%
NORTE / EIXO BALTASAR	19	9,5%
LESTE / NORDESTE	11	5,5%
GLÓRIA / CRUZEIRO / CRISTAL	31	15,5%
SUL / CENTRO-SUL	37	18,5%
RESTINGA / EXTREMO-SUL	21	10,5%
PARTENON / LOMBA DO PINHEIRO	37	18,5%
OUTROS BAIRROS	6	3,0%
MORADOR DE RUA	3	1,5%
INSTITUIÇÕES	4	2,0%
FORA DE PORTO ALEGRE	4	2,0%
TOTAL	200	100,0%

Fonte: Dolores A.S.Valdez, pesquisa “Pronto Atendimento em Saúde Mental – Perfil do Usuário”, 2004.

Estes indicadores nos mostram que a Gerência Distrital Sul / Centro-Sul, à qual pertencem os bairros: Espírito Santo, Guarujá, Hípica, Ipanema, Pedra Redonda, Serraria, Tristeza, Vila Assunção, Vila Conceição, Camaquã, Campo Novo, Cavalhada, Nonoai, Teresópolis e Vila Nova, foi a que apresentou a maior afluência de pacientes, 18,5%, assim como a Gerência Distrital Partenon / Lomba do Pinheiro, onde se incluem os bairros: Cel.

Aparício Borges, Partenon, Santo Antônio, São José, Vila João Pessoa, Agronomia e Lomba do Pinheiro, que obteve igual percentual. Em segundo lugar, a Gerência Distrital Glória / Cruzeiro / Cristal, a qual pertencem os bairros: Belém Velho, Cascata, Cruzeiro, Medianeira, Santa Teresa e Cristal, esteve representada com 15,5%, dos pacientes que procuraram o PASM.

Tabela 3– Distribuição freqüencial da idade, agrupadas por faixa etária, dos pacientes do Pronto Atendimento em Saúde Mental, no período de janeiro a setembro, Porto Alegre, 2003.

IDADES AGRUPADAS	FREQÜÊNCIA	%
13 a 17 anos	12	6,0%
18 a 39 anos	110	55,0%
40 a 59 anos	62	31,0%
60 a 74 anos	16	8,0%
TOTAL	200	100,0%

Fonte: Dolores A.S.Valdez, pesquisa “Pronto Atendimento em Saúde Mental – Perfil do Usuário”, 2004.

As idades foram agrupadas da seguinte maneira: menores de idade (até 17 anos), adultos (18 a 39 ; 40 a 59 anos) e pessoas acima de 60 anos. Assim é possível avaliar a demanda de acordo com a realidade do PASM, que, no que se refere à oferta de internações hospitalares e serviços, são apresentados desta maneira.

Na tabela 3, podemos analisar a idade dos pacientes, que consultaram no PASM, por faixa etária, no período de janeiro a setembro de 2003. A idade variou dos 13 aos 74 anos, sendo que, 86,0% desta amostra, se situa entre os 18 e os 59 anos, . A maior incidência de consultas foi encontrada entre os pacientes com idades entre 18 e 39 anos, com 55,0% das consultas, tanto para o sexo feminino como masculino (conforme tabela 1). A média de idade situa-se em 36,195 anos.

É interessante destacar que os menores de 17 anos foram em número de 12, o que corresponde a 6,0% do total de pacientes que consultaram no período estudado, enquanto as pessoas acima de 60 anos correspondem a 8,0%. A partir destes dados podemos inferir que o paciente que procura o PASM é em sua maioria adulto jovem.

Tabela 4- Distribuição freqüencial da emissão de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), para pacientes que consultaram no Pronto Atendimento em Saúde Mental, no período de janeiro a setembro, Porto Alegre, 2003.

AIH	FREQÜÊNCIA	PERCENTAGEM
NÃO FOI EMITIDA	105	52,5%
UMA VEZ	65	32,5%
DUAS VEZES	18	9,0%
TRÊS VEZES	10	5,0%
QUATRO VEZES	2	1,0%
TOTAL	200	100,0%

Fonte: Dolores A.S.Valdez, pesquisa "Pronto Atendimento em Saúde Mental – Perfil do Usuário", 2004.

A emissão de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) é um ato médico, que acontece quando a doença psiquiátrica encontra-se, temporariamente, sem possibilidade de tratamento em nível ambulatorial.

Para análise desta variável não foram computadas as emissões de AIH anteriores ou posteriores ao período estudado. Dos pacientes que consultaram, 47,5% tiveram indicação de internação. Destes, 32,5%, obtiveram uma única emissão de AIH e portanto, a sua internação e encaminhamentos, foram resolutivos, não sendo necessário o retorno ao PASM. Os 15,0% que retornaram obtiveram novos laudos de internação, sendo, de 9,0% , 5,0% e 1,0%, respectivamente, para dois, três e quatro novas AIHs.

A diferença de 2,5%, entre a emissão de AIH, 47,5%, e os pacientes que internaram, corresponde àqueles pacientes que após a emissão do laudo de internação, os familiares recusaram esta indicação. Neste caso, os familiares assinaram um termo de responsabilidade.

Tabela 5- Distribuição freqüencial do número de consultas realizadas pelos pacientes no Pronto Atendimento em Saúde Mental, no período de janeiro a setembro, Porto Alegre, 2003.

NÚMERO DE CONSULTAS	FREQÜÊNCIA	%
1	98	49,0%
2	58	29,0%
3	22	11,0%
4	10	5,0%
5	4	2,0%
6	1	0,5%
7	1	0,5%
8	1	0,5%
9	1	0,5%
10	2	1,0%
11	1	0,5%
13	1	0,5%
TOTAL	200	100,0%

Fonte: Dolores A.S.Valdez, pesquisa "Pronto Atendimento em Saúde Mental – Perfil do Usuário", 2004.

Na análise desta variável, não foram computadas as consultas anteriores nem posteriores ao período estudado. A freqüência de consultas por paciente, variou de uma a treze consultas, sendo que 49,0% dos pacientes consultaram somente uma vez, 29,0% duas vezes, e 11,0% três vezes.

Podemos observar que 51,0% dos pacientes retornaram a procurar o PASM, sendo que 22% realizaram entre três e treze consultas no período de nove meses estudados.

Esses dados nos mostram que mais da metade dos pacientes que consultaram, não conseguiram resolutividade no primeiro atendimento e embora tenham recebido encaminhamentos para continuar o mesmo na rede, retornaram ao Pronto Atendimento.

Neste ponto podemos levantar várias hipóteses: a rede não está conseguindo absorver os pacientes provenientes do Pronto Atendimento em Saúde Mental (referenciados via documento de Referência-Contra-referência), com a presteza necessária à gravidade apresentada; a transcrição de receitas de psicofármacos, que pode ser realizada pelo médico do Posto de Saúde, nem sempre está acontecendo; os pacientes que, após a emissão da AIH,

aguardam vaga em casa, muitas vezes necessitam retornar ao Pronto Atendimento em Saúde Mental, devido à demora na obtenção da vaga hospitalar (por agravamento dos sintomas ou para renovação da AIH que tem validade de 30 dias); outros pacientes, após a alta hospitalar, ou a fuga do hospital, retornam ao serviço, necessitando uma nova AIH.

As hipóteses que se referem à nova emissão de AIH podem ser aferidas na tabela 4.

Tabela 6- Distribuição freqüencial dos dias de permanência em Internação de Curta Duração (ICD), dos pacientes que consultaram no Pronto Atendimento em Saúde Mental, no período de janeiro a setembro, Porto Alegre, 2003.

ICD	FREQÜÊNCIA	%
NÃO FOI PRESCRITO	183	91,5%
UM DIA	1	0,5%
DOIS DIAS	11	5,5%
TRES DIAS	1	0,5%
QUATRO DIAS	2	1,0%
CINCO DIAS	2	1,0%
TOTAL	200	100,0%

Fonte: Dolores A.S.Valdez, pesquisa "Pronto Atendimento em Saúde Mental – Perfil do Usuário", 2004.

A Internação de Curta Duração é uma medida terapêutica que visa esbater os sintomas agudos da doença psiquiátrica, através de internação por um período de até 72 horas, permitindo o retorno ao convívio familiar e ou tratamento ambulatorial, evitando desta maneira a internação. De todos os pacientes que consultaram, somente, 8,5% se beneficiaram da ICD, correspondendo à soma de 44 dias de internação, para a amostra estudada.

Tabela 7 - Distribuição freqüencial do número de dias em Sala de Observação (S.O), para pacientes consultaram no Pronto Atendimento em Saúde Mental, no período de janeiro a setembro, Porto Alegre, 2003.

NUMERO DE DIAS S.O	FREQÜÊNCIA	%
0	163	81,5%
1	6	3,0%
2	11	5,5%
3	4	2,0%
4	4	2,0%
5	5	2,5%
6	5	2,5%
8	2	1,0%
TOTAL	200	100,0%

Fonte: Dolores A.S.Valdez, pesquisa "Pronto Atendimento em Saúde Mental – Perfil do Usuário", 2004.

A tabela 6 pode ser comparada com a tabela 7. Lembramos que a S.O tem por finalidade aguardar vaga hospitalar (embora o paciente permaneça recebendo cuidados especiais), não constituindo, portanto, uma medida terapêutica específica e resolutive, neste momento, para o quadro psíquico do paciente.

Comparando o baixo índice de aproveitamento da ICD, conforme análise acima, com o elevado número de pacientes que permaneceram em Sala de Observação (S.O), que correspondeu a 18,5% de todos os pacientes que consultaram, num total (somando os dias) de 127 dias de internação para o total da amostra, podemos supor que a alta taxa de utilização dos leitos para S.O, dificultam a adequada utilização dos mesmos para a ICD, já que os leitos utilizados são os mesmos, para uma ou outra indicação.

Tabela 8- Distribuição freqüencial do motivo da consulta dos pacientes que consultaram no Pronto Atendimento em Saúde Mental, no período de janeiro a setembro, Porto Alegre, 2003.

MOTIVO CONSULTA -1	FREQÜÊNCIA	%
AGRESSIVIDADE	6	3,0%
ALCOOLISMO	33	16,5%
ANSIEDADE	17	8,5%
AGITAÇÃO PSICO-MOTORA	2	1,0%
AUTOMUTILAÇÃO	1	0,5%
DEFICIÊNCIA MENTAL	1	0,5%
DELÍRIO PARANÓIDE	1	0,5%
DEMENCIA	1	0,5%
DEPRESSÃO	28	14,0%
DIAGNÓSTICO HIV+	1	0,5%
USO DE DROGAS	35	17,5%
EPILEPSIA	2	1,0%
ESQUIZOFRENIA	17	8,5%
ESTRESSE P/ ASSALTO	1	0,5%
FOBIA SOCIAL	1	0,5%
IMPREGNAÇÃO	2	1,0%
INSÔNIA	3	1,5%
LUTO	2	1,0%
RISCO DE SUICÍDIO	4	2,0%
SEM MEDICAÇÃO	4	2,0%
SÍNDROME PANICO	1	0,5%
SURTO MANIACO	8	4,0%
SURTO PSICÓTICO	7	3,5%
TRANSTORNO HUMOR	8	4,0%
TRANSTOR. CONDUTA	1	0,5%
TRISTEZA	1	0,5%
TENTATIVA SUICÍDIO	11	5,5%
VIOLÊNCIA DOMÉSTICA	1	1,5%
TOTAL	200	100,0%

Fonte: Dolores A.S.Valdez, pesquisa "Pronto Atendimento em Saúde Mental – Perfil do Usuário", 2004.

Esta tabela refere-se ao motivo principal da consulta, conforme consta no prontuário. O alcoolismo e o uso de drogas, constituem os principais índices, com 16,5% e 17,5%, respectivamente, dado que se confirma na comparação com a tabela 9, da Classificação Internacional das Doenças. Em terceiro lugar temos a depressão com 14,0%, sendo neste item

agrupados todos os tipos de depressão, informados no boletim de atendimento, inclusive a depressão pós-parto.

Tabela 9- Distribuição freqüencial dos diagnósticos conforme a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), Capítulo V (F) dos pacientes que consultaram no Pronto Atendimento em Saúde Mental, no período de janeiro a setembro, Porto Alegre, 2003.

CID-10 AGRUPADOS	FREQÜÊNCIA	%
F06	1	0,5%
F10 - F19	67	33,5%
F20 - F29	25	12,5%
F30 - F39	42	21,0%
F40 - F48	23	11,5%
F60	1	0,5%
F70	2	1,0%
SEM DIAGNÓTICO	39	19,5%
TOTAL	200	100,0%

Fonte: Dolores A.S.Valdez, pesquisa “Pronto Atendimento em Saúde Mental – Perfil do Usuário”, 2004.

A Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças e Problemas de Saúde Relacionados (CID-10), da Organização Mundial da Saúde (OMS), no seu Capítulo V (F), trata sobre os Transtornos Mentais e de Comportamento. Os pacientes que consultam no PASM, são classificados, a partir dos critérios diagnósticos recomendados nestas publicações.

Dos pacientes que consultaram, no período estudado, 19,5% não tiveram um diagnóstico fechado.

Conforme a classificação da OMS, na lista de categorias, “F00 – F09”, corresponde aos “Transtornos mentais orgânicos, incluindo sintomáticos” (OMS, 1993, p. 21).

Os “Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas”, se incluem no agrupamento “F10 – F19”, sendo o “F10”, os “Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de álcool” e o “F19” “Transtornos mentais e

de comportamento decorrentes do uso de múltiplas drogas e do uso de outras substâncias psicoativas”. (OMS, 1993, p. 23)

Dentro do “F20 – F29” encontramos a “Esquizofrenia, transtornos esquizotípico e delirantes”. (OMS, 1993, p. 25-26)

Na faixa “F30 – F39”, estão descritos os “transtornos do humor (afetivos)”, sendo: “F30” - Episódio Maníaco, “F31” – Transtorno afetivo bipolar, “F32” – Episódio depressivo e “F33” – Transtorno depressivo recorrente. (OMS, 1993, p. 27-28)

Uma outra categoria corresponde ao “F40 – F48”, onde se incluem “Transtornos neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes”. Sendo “F40” - “Transtorno fóbico-ansiosos”, “F41” - “Outros transtornos ansiosos”, “F43” - “Reação a estresse grave e transtornos de ajustamento”, “F44” - “Transtornos dissociativos (ou conversivos)”. (OMS, 1993, p. 29-30)

A categoria “F60 – F69”, corresponde aos “Transtornos de personalidade e de comportamento em adultos”. (OMS, 1993, p. 33-34)

Outra categoria incluída nos diagnósticos é “F70 – F79”, correspondendo ao “Retardo Mental”. (OMS, 1993, p. 35)

A maior frequência correspondeu aos diagnósticos “F10 – F19”, álcool e drogas, com uma frequência de 33,5%, seguido dos Transtornos do humor (afetivos), “F30 – F39”, com 21,0% e o terceiro, em número de casos, “Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes”, “F20 – F29”, com 12,5%. Estes três diagnósticos, somados, tiveram uma frequência de 67,0%.

Tabela 10- Distribuição freqüencial das internações psiquiátricas, dos pacientes que consultaram no Pronto Atendimento em Saúde Mental, no período de janeiro a setembro, Porto Alegre, 2003.

INTERNAÇÃO	FREQÜÊNCIA	%
SIM	90	45,0%
NÃO	110	55,0%
TOTAL	200	100,0%

Fonte: Dolores A.S.Valdez, pesquisa “Pronto Atendimento em Saúde Mental – Perfil do Usuário”, 2004.

Esta tabela nos mostra que, dos pacientes que consultaram no Pronto Atendimento em Saúde Mental, no período estudado, 45,0% necessitaram de internação em Hospital Psiquiátrico.

Nas próximas tabelas trabalharemos com o número de pacientes que internaram, e não mais com o total de consultantes.

Tabela 11- Distribuição freqüencial por sexo dos pacientes que necessitaram de internação psiquiátrica e que consultaram no Pronto Atendimento em Saúde Mental, no período de janeiro a setembro, Porto Alegre, 2003.

SEXO	FREQÜÊNCIA	PERCENTAGEM
MASCULINO	61	67,8%
FEMININO	29	32,2%
TOTAL	90	100,0%

Fonte: Dolores A.S.Valdez, pesquisa “Pronto Atendimento em Saúde Mental – Perfil do Usuário”, 2004.

A variável “sexo”, quando relacionada aos indivíduos que internaram, nos permite inferir que 67,8% destes pacientes pertencem ao sexo masculino, sendo 32,2% do sexo feminino.

Esta significativa diferença nos aponta para a gravidade e impossibilidade, no momento, de atendimento em nível ambulatorial dos sintomas agudos do transtorno mental masculino, apontando para a necessidade de uma rede aparelhada que dê conta desta clientela, desconstituindo desta maneira a cultura hospitalocêntrica. Lembramos que na tabela 1, que

relaciona o número total de consultas no PASM, estas estavam na ordem de 50,0%, para homens e mulheres.

Tabela 12- Distribuição freqüencial das idades agrupadas, dos pacientes que necessitaram de internação psiquiátrica e que consultaram no Pronto Atendimento em Saúde Mental, no período de janeiro a setembro, Porto Alegre, 2003.

IDADES	FREQÜÊNCIA	%
13 A 17 ANOS	8	8,9%
18 A 39 ANOS	53	58,9%
40 A 59 ANOS	24	26,7%
60 A 74 ANOS	5	5,6%
TOTAL	90	100,0%

Fonte: Dolores A.S.Valdez, pesquisa "Pronto Atendimento em Saúde Mental – Perfil do Usuário", 2004.

A leitura de tabela 12 nos mostra que 85,6% das internações corresponderam a indivíduos com idade entre 18 e 59 anos, e se lembramos a tabela 11, com alta percentagem do sexo masculino e ainda, podemos comparar com a tabela 13 (a seguir), que nos diz que, 51,1% dos pacientes que internaram, o fez pelos transtornos provocados pelo uso de álcool e drogas. Então, podemos dizer que é forte a tendência, de que, o paciente que interna em vaga psiquiátrica em Porto Alegre, é do sexo masculino, com transtorno mental e de comportamento decorrente do uso de substâncias psicoativas, em idade produtiva.

Com referência aos menores de 18 anos, 8,9% internaram, no período estudado. Este dado é importante para a organização e o funcionamento do serviço, porque quando se trata de crianças e adolescentes, o Estatuto da Criança e o Adolescente (ECA), prevê prioridade, assim como o direito à proteção especial. O adolescente que permanece no PASM, o faz acompanhado de um adulto responsável e em caso de ter indicação de internação, e não existindo vaga na rede pública, a Prefeitura Municipal de Porto Alegre é obrigada a comprar vaga na rede privada.

Tabela 13- Distribuição freqüencial dos diagnósticos conforme a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), Capítulo V (F) dos pacientes que internaram e consultaram no Pronto Atendimento em Saúde Mental, no período de janeiro a setembro, Porto Alegre, 2003.

CID-10 - AGRUPADOS	FREQÜÊNCIA	PERCENTAGEM
F10 - F19	46	51,1%
F20 - F29	21	23,3%
F30 - F39	22	24,4%
F60 - F69	1	1,1%
TOTAL	90	100,0%

Fonte: Dolores A.S.Valdez, pesquisa "Pronto Atendimento em Saúde Mental – Perfil do Usuário", 2004.

A maior incidência de internações, tem como causa os transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas, uso abusivo de álcool e drogas ("F10 - F19") correspondendo a 51,1% do total. Em segundo lugar, com 24,4% dos diagnósticos constantes nas AIH, encontram-se os transtornos do humor (afetivos), "F30 - F39". Em terceiro lugar, com 23,3%, encontramos os diagnósticos de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes, "F20 - F29".

Os 46 casos de uso abusivo de álcool e drogas (considerados para esta análise como 100,0%), estiveram distribuídos da seguinte maneira: F10 (Transtorno mentais e de comportamento decorrentes do uso de álcool), com 19 casos(41,3%), F14 (Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de cocaína) com 8 pacientes (17,4%) e F19 (Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de múltiplas drogas e uso de outras substâncias psicoativas) com 19 casos (41,3%).

Portanto, podemos inferir, que dos 51,1% resultantes na tabela, 21,1% para os casos de uso de álcool e 30% para o de outras drogas. Estes dados, nos mostram um índice maior para os agravos da saúde mental decorrente do uso de outras drogas que do álcool.

Informações do Ministério da Saúde do ano de 2001 (DATASUS, 2001), informam que houve no Brasil "84.467 internações para o tratamento de problemas relacionados ao uso

de álcool, mais de quatro vezes o número de internações ocorridas por uso de outras drogas”.
(BRASIL, 2003)

Esta leitura nos alerta para a necessidade de monitoramento destes dados, os que podem ser indícios confirmatórios do aumento de agravos decorrentes do uso de outras drogas que não o álcool, no município de Porto Alegre. Além disto, a discriminação destes dados, vão ajudar a obter um diagnóstico mais preciso do perfil do usuário do PASM, num momento em que a prefeitura de Porto Alegre e o Ministério da Saúde, tencionam a implantação dos Centros de Atenção Psicossocial para álcool e drogas (CAPSad), obedecendo aos desígnios da Reforma Psiquiátrica, com o intuito de substituir o modelo hospitalocêntrico, e promover uma atenção integral de saúde e social, através do Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas, conforme a Portaria GM / 816 de 30 de abril de 2002. (BRASIL, 2002)

Tabela 14- Distribuição freqüencial do número de dias em Sala de Observação (S.O), para pacientes que necessitaram internação psiquiátrica e que consultaram no Pronto Atendimento em Saúde Mental, no período de janeiro a setembro, Porto Alegre, 2003.

NÚMERO DE DIAS EM S.O	FREQÜÊNCIA	PERCENTAGEM
NENHUM	56	62,2%
1 DIA	6	6,7%
2 DIAS	8	8,9%
3 DIAS	4	4,4%
4 DIAS	4	4,4%
5 DIAS	5	5,6%
6 DIAS	5	5,6%
8 DIAS	2	2,2%
TOTAL	90	100,0%

Fonte: Dolores A.S.Valdez, pesquisa “Pronto Atendimento em Saúde Mental – Perfil do Usuário”, 2004.

Dos pacientes que necessitaram internação psiquiátrica pelo SUS, 62,2%, não necessitaram ficar em S.O, ou seja, obtiveram uma vaga hospitalar no mesmo dia (somente necessitaram ficar no serviço algumas horas) ou aguardaram a internação em casa. Já 37,8%, permaneceram no PASM, em S.O, uma média de 1,34 dias. Este tempo de permanência foi

delimitado, pelo encaminhamento para internação hospitalar ou a melhora dos sintomas do paciente, sendo possível, assim, aguardar a vaga em casa.

Entre os motivos para permanência em S.O. se encontram: a inexistência de vaga em hospital psiquiátrico; a impossibilidade de localização dos familiares; ter patologias clínicas concomitantemente com as psiquiátricas; a falta de identificação do paciente (muitas vezes trazido pela BM, sem acompanhante e sem identificação); a impossibilidade de aguardar vaga no seu domicílio, seja pela gravidade dos sintomas, por ser morador de rua, ou não ter familiar que possa cuidá-lo, pela sua inexistência ou conflitos que impedem o convívio.

Tabela 15- Distribuição freqüencial, por Gerências Regionais, do local de moradia dos pacientes, que necessitaram internação psiquiátrica e que consultaram no Pronto Atendimento em Saúde Mental, no período de janeiro a setembro, Porto Alegre, 2003.

GERENCIAS DISTRITAIS	FREQÜÊNCIA	%
NOROESTE / HUMAI-NAVEG-ILHAS	6	6,7%
CENTRO	6	6,7%
NORTE / EIXO BALTASAR	10	11,1%
LESTE / NORDESTE	7	7,8%
GLÓRIA / CRUZEIRO / CRISTAL	9	10,0%
SUL / CENTRO-SUL	15	16,7%
RESTINGA / EXTREMO-SUL	13	14,4%
PARTENON / LOMBA DO PINHEIRO	17	18,9%
OUTROS BAIRROS	3	3,3%
MORADOR DE RUA	1	1,1%
INSTITUIÇÕES	0	0,0%
FORA DE PORTO ALEGRE	3	3,3%
TOTAL	90	100,0%

Fonte: Dolores A.S.Valdez, pesquisa "Pronto Atendimento em Saúde Mental – Perfil do Usuário", 2004.

Na tabela 15, podemos observar o número de pacientes que necessitaram internação com referência ao seu lugar de moradia.

Os procedentes da Gerência Distrital Partenon/Lomba do Pinheiro aparecem em primeiro lugar com 18,9% das internações, em segundo lugar os da gerência Sul/Centro-Sul aparecem com 16,7% das internações e em terceiro lugar os da Restinga/Extremo-Sul com 14,4%, dos pacientes que internaram.

Quando comparamos com a tabela 2, (referente ao local de moradia, de todos os pacientes que consultaram no PASM e por Gerência Distrital), podemos observar, que as gerências Partenon/[Lomba do Pinheiro e Sul/Centro-Sul, se apresentam como primeiro lugar e quando se trata de internação psiquiátrica, em primeiro e segundo lugar, respectivamente. No entanto, o terceiro lugar, que, nas consultas corresponde à Glória/Cruzeiro/Cristal, não se repete nas internações, onde esta gerência aparece em quinto lugar.

Estas diferenças nos permitem inferir que os pacientes da gerência Glória / Cruzeiro / Cristal, vieram ao PASM, provavelmente pela proximidade geográfica do local, com queixas menos graves e de possível atendimento na rede de saúde, onde poderiam receber uma assistência global. O contrário se aplica aos pacientes correspondentes à Gerência Distrital Restinga / Extremo Sul, que aparece em quarto lugar para consultas e em terceiro lugar quando se trata de internações. As distâncias destes locais podem ser conferidas no mapa do Apêndice B.

Tabela 16- Distribuição freqüencial do número de consultas dos pacientes que necessitaram internação psiquiátrica e que consultaram no Pronto Atendimento em Saúde Mental, no período de janeiro a setembro, Porto Alegre, 2003.

NÚMERO CONSULTAS	FREQÜÊNCIA	%
1	29	32,2%
2	26	28,9%
3	15	16,7%
4	8	8,9%
5	4	4,4%
6	1	1,1%
7	1	1,1%
8	1	1,1%
9	1	1,1%
10	2	2,2%
11	1	1,1%
13	1	1,1%
TOTAL	90	100,0%

Fonte: Dolores A.S.Valdez, pesquisa "Pronto Atendimento em Saúde Mental – Perfil do Usuário", 2004.

A distribuição freqüencial do número de consultas, referente aos pacientes que internaram, nos mostra que 32,2% realizaram uma consulta e uma internação, sendo os procedimentos e encaminhamentos realizados resolutivos, para este período estudado, portanto, não necessitando retornar ao serviço.

Os 67,8% restantes retornaram, realizando entre 2 e 13 consultas. O total de consultas é de 252, para os 90 pacientes que internaram, sendo a média de 2,8 consultas por paciente.

A partir destes dados, podemos levantar algumas hipóteses: após a alta hospitalar o paciente retornou ao PASM porque não obteve recursos na rede; o paciente fugiu antes de terminar o tratamento hospitalar e retornou devido à “agudização” dos sintomas.

Tabela 17- Distribuição freqüencial da emissão de AIH, para pacientes que necessitaram internação psiquiátrica e que consultaram no Pronto Atendimento em Saúde Mental, no período de janeiro a setembro, Porto Alegre, 2003.

AIH	FREQÜÊNCIA	PERCENTAGEM
1 VEZ	60	66,7%
2 VEZES	18	20,0%
3 VEZES	10	11,1%
4 VEZES	2	2,2%
TOTAL DE PACIENTES	90	100,0%

Fonte: Dolores A.S.Valdez, pesquisa “Pronto Atendimento em Saúde Mental – Perfil do Usuário”, 2004.

Esta tabela (tomando os pacientes que internaram), permite visualizar, que, além de realizar várias consultas, conforme demonstrado na tabela 16, 33,3% também tiveram mais de uma AIH emitida, o equivalente a 1,5 AIHs por paciente, no período de 9 meses estudados.

Este fato nos induz a refletir sobre a eficiência da terapêutica disponível em Porto Alegre, ainda calcada no modelo hospitalocêntrico e de abordagem médica.

Tabela 18- Distribuição freqüencial do motivo de todas as consulta, dos pacientes que necessitaram internação psiquiátrica e que consultaram no Pronto Atendimento em Saúde Mental, no período de janeiro a setembro, Porto Alegre, 2003.

MOTIVO DA CONSULTA	FREQÜÊNCIA	%
AGRESSIVIDADE	23	9,1%
ALCOOLISMO	28	11,1%
ALUCINAÇÕES	4	1,6%
AGITAÇÃO PSICO-MOTORA	10	4,0%
AUTOMUTILAÇÃO	2	0,8%
BULIMIA	1	0,4%
CONDUTA BIZARRA	1	0,4%
DEFICIENTE MENTAL	3	1,2%
DELÍRIO PARANÓIDE	5	2,0%
DEMÊNCIA	2	0,8%
DEPRESSÃO	18	7,1%
DESEMPREGO	1	0,4%
DIABETE DESCOMPEN.	1	0,4%
EPILEPSIA	4	1,6%
ESQUIZOFRENIA	21	8,3%
EXPOSIÇÃO MORAL	2	0,8%
FALTA DE CONSULTA	5	2,0%
FALTA DE MEDICAÇÃO	10	4,0%
HIV+	5	2,0%
IMPREGNAÇÃO	1	0,4%
INSÔNIA	2	0,8%
ENC. CONSELHO TUTELAR	1	0,4%
ORDEM JUDICIAL	5	2,0%
PSICOTICO CRÔNICO	1	0,4%
PSICOSE ORGÂNICA	1	0,4%
RISCO HOMICÍDIO	4	1,6%
RISCO DE SUICÍDIO	12	4,7%
SURTO MANÍACO	9	3,6%
SURTO PSICÓTICO	9	3,6%
TUBERCULOSE	1	0,4%
TRANSTORNO HUMOR	5	2,0%
TENTATIVA SUICÍDIO	11	4,3%
USUÁRIO DE DROGAS	42	16,6%
VIUEZ RECENTE	2	0,8%
TOTAL	252	100,0%

Fonte: Dolores A.S.Valdez, pesquisa "Pronto Atendimento em Saúde Mental – Perfil do Usuário", 2004.

Na tabela 18 foram listados todos (252) os motivos das consultas (consultas ou reconsultas), realizadas pelos pacientes que necessitaram internação ou reinternação. Podemos observar que os motivos são os mais variados possíveis e muitas vezes relacionados a queixas clínicas, sociais e até de Segurança Pública (estresse por assalto), como mostra a tabela 8. Muitos destes motivos requerem tratamento em nível ambulatorial na rede de saúde e/ou social com ênfase na intersectorialidade pretendida pelo Ministério da Saúde. (BRASIL, 2003)

Podemos comparar estes dados com os da tabela 13, em que aparecem com 51,1% os transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de álcool e outras drogas, e com o que nos diz o Ministério da Saúde sobre o assunto: “a constatação de que tal uso (álcool e drogas)² tomou proporção de grave problema de saúde pública no país e encontra ressonância nos diversos segmentos da sociedade, pela relação comprovada entre o consumo e agravos sociais que dele decorrem ou que o reforçam”. (BRASIL, 2003, p. 5)

Quando observamos o alto índice de reconsultas, reinternações, motivos da consulta e os principais diagnósticos de nossos pacientes, nos damos conta que é impossível pensar em resolutividade de uma maneira isolada, então nos lembramos dos temas abordados no Seminário sobre Saúde Mental e DST/AIDS, realizado em Porto Alegre em outubro de 2003, quando foi apresentada “A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas” e se falou sobre as políticas públicas a este respeito (o de maior incidência entre nossos usuários). O Ministério da Saúde considera este um “tema transversal a outras áreas da saúde, da justiça, da educação, social e de desenvolvimento” que “requer uma intensa capilaridade para a execução de uma política de atenção integral ao consumidor de álcool e outras drogas”. (BRASIL, 2003, p. 25)

Este quadro nos oferece um indicativo das demandas atuais dos pacientes da Saúde Mental, dado fundamental para a construção do perfil do mesmo.

² Parêntese do autor.

5.2 ANÁLISE BIVARIADA DAS VARIÁVEIS

Serão realizadas uma descrição e análise do cruzamento de algumas das variáveis utilizadas para este estudo, julgadas relevantes para o aprimoramento do perfil do usuário do PASM. Para tal análise foi aplicado o teste estatístico do chi-quadrado, utilizando como ponto de corte o $p=0,05$. A probabilidade (p) é dada por um número que varia de 0 a 1 e quanto mais próximo de zero estiver a probabilidade, menor é a chance de sua ocorrência; quanto mais próximo de um, maior é a chance de ocorrência do evento. (PEREIRA, 2002, p. 333)

Tabela 19- Distribuição dos pacientes que consultaram no Pronto Atendimento em Saúde Mental, no período de janeiro a setembro, segundo sexo e faixa etária, Porto Alegre, 2003.

IDADES AGRUPADAS	SEXO		TOTAL
	MASCULINO	FEMININO	
13-17 ANOS	10	2	12
18-39 ANOS	58	52	110
40-59 ANOS	26	36	62
60-74 ANOS	7	9	16
TOTAL	101	99	200

Fonte: Dolores A.S.Valdez, pesquisa "Pronto Atendimento em Saúde Mental – Perfil do Usuário", 2004.

$$\text{Chi-quadrado} = 7,50 \quad p = 0.05744910 \quad p > 0,05$$

Através do cruzamento das variáveis sexo e idade, da tabela 19, o valor de p maior que 0,05, nos diz que não há diferença significativa entre idade e sexo e se esta existir pode ser atribuída ao acaso, já que o valor de p é muito próximo de 0,05. As proporções, para homens e para mulheres, se mantêm em percentuais aproximados, a única diferença acontece nos menores de 18 anos, em que a grande maioria é do sexo masculino.

Nesta tabela podemos visualizar que 55,0% dos pacientes, encontram-se na faixa etária de 18 a 39 anos, sendo este número praticamente igual para homens como para mulheres. Isto nos mostra o alto índice de transtornos mentais que acomete a população de adultos jovens, o

que nos faz refletir acerca do alto custo social e das necessidades de reorientação do funcionamento dos serviços, à procura de soluções mais adequadas a essa realidade.

Tabela 20- Distribuição dos pacientes que consultaram no Pronto Atendimento em Saúde Mental, no período de janeiro a setembro, segundo faixa etária e a internação, Porto Alegre, 2003.

IDADES	INTERNAÇÃO		TOTAL
	SIM	NÃO	
13-17 anos	8	4	12
18-39 anos	53	57	110
40-59 anos	24	38	62
60-74 anos	5	11	16
TOTAL	90	110	200

Fonte: Dolores A.S.Valdez, pesquisa "Pronto Atendimento em Saúde Mental – Perfil do Usuário", 2004.

$$\text{Chi quadrado} = 3.97 \quad p = 0.26486853 \quad p > 0,05$$

O valor de $p > 0,05$ nos diz que não há diferença significativa quando se realiza o cruzamento entre as variáveis internação e idade, dos pacientes que consultaram no PASM. De todos os pacientes que consultaram, dentro da mesma faixa etária, não houve diferença significativa entre os que necessitaram internação hospitalar e os que tiveram resolução em nível ambulatorial, ou seja, a necessidade de internação não tem correlação com a idade do paciente, mas sim com a gravidade da sua situação.

Tabela 21- Distribuição dos pacientes que consultaram no Pronto Atendimento em Saúde Mental, no período de janeiro a setembro, segundo o sexo e a internação, Porto Alegre, 2003.

INTERNAÇÃO	SEXO		TOTAL
	MASCULINO	FEMININO	
SIM	61	29	90
NÃO	40	70	110
TOTAL	101	99	200

Fonte: Dolores A.S.Valdez, pesquisa "Pronto Atendimento em Saúde Mental – Perfil do Usuário", 2004.

$$\text{Chi quadrado} = 19.54 \quad p = 0.00000984 \quad p < 0,05$$

Esta tabela nos permite visualizar que há uma diferença significativa no sexo quando nos referimos à variável internação. A grande maioria dos pacientes que internaram são do sexo masculino, 61 para 29 femininos, enquanto os que não necessitaram internação se distribuem em 70 mulheres e 40 homens.

Realizando uma comparação com a tabela 10, dos 45,0% de pacientes que internaram, 30,5% são do sexo masculino, enquanto 14,5% do feminino. Dos 55,0% que obtiveram resolatividade em nível ambulatorial, 35,0% são do sexo feminino e somente 20,0% do masculino.

Destes dados podemos inferir que, os homens, de uma forma geral, procuram menos os serviços de saúde ou demoram mais para procurá-lo, chegando aos mesmos com sintomas mais graves. Isto também pode ser verificado para os pacientes que procuraram o PASM, no período estudado. Como consequência disto, há necessidade de intervenções que exigem medidas de maior complexidade por parte dos profissionais de saúde.

Tabela 22- Distribuição dos pacientes que consultaram no Pronto Atendimento em Saúde Mental, no período de janeiro a setembro, segundo o sexo e a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), Porto Alegre, 2003.

CID-10 AGRUPADO	SEXO		TOTAL
	MASCULINO	FEMININO	
F10 – F19	53	14	67
F20 – F29	19	6	25
F30 – F39	12	30	42
F40 – F48	5	18	23
TOTAL	89	68	157

Fonte: Dolores A.S.Valdez, pesquisa "Pronto Atendimento em Saúde Mental – Perfil do Usuário", 2004.

$$\text{Chi quadrado} = 42.47 \quad p = 0.00000000 \quad p < 0,05$$

Para a realização da presente tabela, levamos em conta apenas 157 pacientes classificados segundo os diagnósticos do CID-10. Do total dos pacientes (200) que consultaram, 39 não obtiveram essa classificação (conforme tabela 10). Dos 161 classificados,

um teve diagnóstico F06, um F60 e dois F70 e foram excluídos deste cruzamento para poder efetuar o teste do Chi2.

Na presente tabela podemos analisar que o diagnóstico de “Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas” –F10 – F19- , corresponde, na maioria, para homens, sendo 26,5% de todos os atendimentos do PASM, com uma representação para as mulheres de 7,0%.

A classificação F20 – F29 – “Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes”, teve mais casos masculinos (9,5%), que femininos (3,0%).

O grupo F30 – F39 – “Transtornos de humor (afetivos)”, o sexo feminino é maioria, com 15,0% dos casos, contra 6,0% para o sexo masculino.

Os “Transtornos neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes”, F40 – F48, acometeram maior número de pessoas do sexo feminino (9,0%), enquanto que do sexo masculino foi de 2,5%.

Estas diferenças são marcantes e interessantes de serem levadas em consideração, tanto para disponibilização de vagas hospitalares, quanto para se pensar e propor políticas de saúde pública adaptadas ao seu tratamento e prevenção.

Tabela 23- Distribuição dos pacientes que consultaram no Pronto Atendimento em Saúde Mental, no período de janeiro a setembro, Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e a ocorrência de Internação, Porto Alegre, 2003.

CID-10 AGRUPADOS	INTERNAÇÃO		TOTAL
	SIM	NÃO	
F10 – F19	46	21	67
F20 – F29	21	4	25
F30 – F39	22	20	42
F40 – F48	0	23	23
TOTAL	89	68	157

Fonte: Dolores A.S.Valdez, pesquisa “Pronto Atendimento em Saúde Mental – Perfil do Usuário”, 2004.

chi quadrado = 41,92

$p = 0,000000$

$p < 0,05$

Este cruzamento de dados, entre a CID-10 agrupadas e a ocorrência ou não de internação, também obtém um teste que nos diz que há diferença significativa entre estas variáveis.

Para esta análise consideraremos sendo 100,0% cada faixa do CID-10 agrupado (exemplo: F10-F19=100,0%). Enquanto que os transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de álcool e outras drogas (F10-F19), internaram na proporção de 68,6% de todos os que consultaram com essa patologia, os pacientes esquizofrênicos (F20-F29), internaram na proporção de 84,0% (consultaram 25 internaram 21). Quando se observam os valores dos distúrbios de humor, 52,3% internaram, para 47,7% que não internaram. A maior diferença se constatou nos “Transtornos neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes”, (F40-F48), os quais apresentaram 100,0% de atendimentos somente ambulatoriais.

Tabela 24– Distribuição, segundo o sexo e a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), dos pacientes que consultaram no Pronto Atendimento em Saúde Mental e tiveram orientação de internação, no período de janeiro a setembro, Porto Alegre, 2003.

CID-10 AGRUPADOS	SEXO		TOTAL
	MASCULINO	FEMININO	
F10 – F19	49	10	59
F20 – F29	6	2	8
F30 – F39	6	17	23
TOTAL	61	29	90

Fonte: Dolores A.S.Valdez, pesquisa “Pronto Atendimento em Saúde Mental – Perfil do Usuário”, 2004.

Chi quadrado= 24,80 $p=0.00000412 <--- p < 0,05$

A tabela 24 nos permite inferir que, entre os pacientes que tiveram indicação de internação hospitalar, há significativa diferença estatística quando se realiza o cruzamento das variáveis sexo e diagnóstico pela CID-10. Esta diferença se manifesta nas três principais agrupações de diagnósticos e entre sexos.

O sexo masculino internou 35.5% a mais que o feminino. O maior percentual **corresponde aos transtornos mentais decorrentes do uso abusivo de álcool e drogas, onde os homens significam 83,0%** do total de pessoas que internam por esta razão. Em segundo lugar encontramos os transtornos de humor, onde a maioria das internações ocorre entre mulheres, com 73,9% do total de internações por este motivo. Quando se trata das esquizofrenias novamente os homens são maioria: 6 internações para cada duas femininas. Este último dado está contradizendo os estudos sobre a esquizofrenia que dizem ser igual o número de mulheres e homens acometidos pela doença. Isto nos faz pensar na possibilidade de existir uma dificuldade maior no manejo com os homens que têm esta doença.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O resultado alcançado neste estudo, “Ponto Atendimento em Saúde Mental – Perfil do Usuário”, é sem dúvida parcial, já que não foi possível incluir as condições sócio-econômicas-culturais dos pacientes, devido a esses dados terem registros parciais ou inexistentes nos prontuários, que se constituiu em nossa unidade de análise. No entanto, acreditamos que o estudo epidemiológico resultante, a partir das variáveis analisadas e do período, possam contribuir para uma primeira aproximação com o objeto de nosso estudo e servir para incentivar ações avaliativas e propositivas para a Saúde Mental no PASM. Também acreditamos ser de interesse para o município de Porto Alegre, pois os resultados encontrados podem contribuir ao avanço e melhoria, para os usuários, para os trabalhadores desta área e, sobretudo, para a sociedade como um todo, produtora e produto dos achados desta pesquisa.

Tomando como base o total de consultas, a idade dos pacientes varia entre 13 e 74 anos, encontrando mais da metade na faixa dos 18 a 39 anos (55,0%). Excluindo os menores de idade (até 17 anos) que representam 6,0% e as pessoas acima de 60 anos que representam 8,0%, nos deparamos com que 86,0% dos usuários têm idade que se situa entre 18 e 59 anos. Estas proporções se mantêm, quando relacionadas às internações e ao sexo.

O sexo dos pacientes não apresenta diferenças significativas quando nos referimos ao total de consultas, situando-se em 49,5 para as mulheres e 51,5 para os homens, no entanto, ao realizarmos esta análise relacionando ao número de internações, observamos que os homens internam em quantidade significativamente maior que as mulheres, 67,8% e 32,2% respectivamente.

Os domicílios dos usuários situam-se em todas as Gerências Distritais de Saúde de Porto Alegre e também fora de Porto Alegre, pertencendo a maioria às Gerências Distritais Sul/Centro-Sul, Partenon/Lomba do Pinheiro e Glória/Cruzeiro/Cristal, somando entre as três

52,5%. Os moradores de fora de Porto Alegre, de rua, institucionalizados e de bairros não identificados no mapa oficial da cidade, correspondem a 8,5%, distribuindo-se os outros 39,0% entre as cinco gerências restantes.

Os principais motivos da consulta são: o alcoolismo (16,5%), uso de drogas (17,5%) e a depressão (14,0%), seguido das esquizofrenias e dos transtornos de ansiedade. Os diagnósticos médicos mais recorrentes, traduzidos pela CID-10, são: 33,5% para os “transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de álcool e outras drogas”, 21,0% para os “transtornos de humor (afetivos)”, 12,5% para as “esquizofrenias, transtornos esquizotípicos e delirantes”, sendo o quarto lugar com 11,5% para os “transtornos neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes”. O índice de reconsulta está na ordem dos 51,1%, resultando na média de 2,07 consultas por paciente. A Internação de Curta Duração, somente beneficia a 8,5% dos pacientes e o índice de indicação de internação é 47,5%. Analisando os 47,5% de pacientes que têm indicação de internação, observamos que 67,8% são do sexo masculino, a maioria com idades entre 18 e 39 anos (58,9%), sendo 8,9% menores de idade. A principal causa de internação é o uso abusivo de álcool e drogas que corresponde a 51,1%. As vagas hospitalares são insuficientes para 37,8% dos pacientes que têm esta indicação, pelo que permanecem aguardando a internação hospitalar no serviço em média 1,34 dia, em S.O.. Este último dado apresentado, justifica o baixo índice de indicação da terapêutica da ICD, devido à carência de vagas no PASM (7 leitos) e também demonstra a superlotação do serviço.

Propomos fazer uma projeção dos dados acima encontrados com o número de pacientes do mês de setembro de 2003 (1.200). Considerando que 47,5% deles tivessem tido indicação de internação em hospital psiquiátrico, e que destes 37,8% não obtivessem esta vaga no momento tendo que utilizar-se da S.O (o número dos que aguardam vaga em casa não pode ser levantado porque este dado não consta no prontuário) e cada um deles permanecesse

1,34 dia, estaríamos utilizando 289 leitos/mês. Lembramos que o total de leitos disponíveis no PASM é de sete ou seja 210 leitos/mês, portanto estaríamos com um déficit de 79 leitos/mês, o que representa 2,53 leitos/dia, somente para esta finalidade, sem contar as vagas para ICD e o caso de pacientes que necessitam permanecer algumas horas no serviço, seja para esbater os sintomas agudos ou aguardar remoção.

Estas constatações, - superlotação do PASM, reconsultas, reinternações, grande número de usuários de álcool e outras drogas, pacientes adultos jovens (que antecipam um “rejuvenescimento” da saúde mental), insuficiência de vagas hospitalares, hospitalizações ineficientes e, portanto, pacientes que não se beneficiam destas - , são indicativas de que para avaliar as necessidades do usuário é preciso antes de tudo conhecê-lo (suas características e suas demandas), permitindo desta maneira, uma melhor avaliação dos serviços, assim como sua adequação à legislação vigente, resultante, entre outras, das deliberações da III Conferência Nacional de Saúde Mental.

O acima exposto, ratifica a necessidade de atenção integral para o usuário dos serviços de saúde em geral e da saúde mental em particular, da qual o PASM é apenas uma célula. Destacamos, portanto, a importância da inclusão de Porto Alegre no movimento que está acontecendo em nível nacional, com o apoio do Ministério da Saúde, e que consiste na implementação de ações para o cumprimento da legislação vigente sobre a Reforma Psiquiátrica: instalação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)-álcool e drogas, CAPS III e CAPS Infantojuvenil, promovendo a ampliação e o fortalecimento da rede de atendimento em Saúde Mental.

Conforme apontado no primeiro parágrafo deste texto, deixamos como indicativo para outras pesquisas a inclusão dos dados sócio-econômicos-culturais, de riqueza inestimável para um perfil mais aprimorado do usuário em Saúde Mental.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria executiva. **Legislação em saúde mental 1990-2002**. 3 ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre [et al]. **Saber preparar uma pesquisa**. 3. ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Editora Hucitec – Abrasco, 1999.

_____. **Manual de Iniciação à Pesquisa em Saúde**. 2. ed. Ver. e ampl. Porto Alegre: Dacasa Editora, 2000.

JACOBINA, Ronaldo Ribeiro. O manicômio e os movimentos de reforma na psiquiatria: do alienismo à psiquiatria democrática. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.24, n.54, p. 90-104, jan/abr.2000.

KAPLAN, Harold I.; SADOCK Benjamin, J. **Medicina Psiquiátrica de Emergência**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas**. Traduzido por Dorgavil Caetano. Porto Alegre:Artes Médicas, 1993.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

POLIT, Denise F.; HUNGLER, Bernadette P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

RIO GRANDE DO SUL. **SUS é legal**. Legislação Federal e Estadual. Porto Alegre: 2000.

_____. **Guia de Serviços de Saúde Mental**. Cuidar, sim. Excluir, não. 2002.

SOUNIS, Emilio. **Bioestatística: princípios fundamentais, metodologia estatística, aplicação às ciências biológicas**. 2. ed. Revisada. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1979.

SPODE, Alessandra; FLECK, Marcelo Pio de Almeida. Avaliação do paciente na emergência. In: KAPCZINSKI, Flávio et all. **Emergências Psiquiátricas**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001. Pág.17-39.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. FAGED. **Orientação para Elaboração de Trabalhos Acadêmicos: teses, dissertações e outros**. (ABNT, 2002).

APÊNDICE A

APÊNDICE – TERMO DE RESPONSABILIDADE

Porto Alegre, outubro de 2003.

À
Psicóloga Marisa Soares de Soares
Coordenadora do Pronto Atendimento em Saúde Mental
Prefeitura Municipal de Porto Alegre-RS

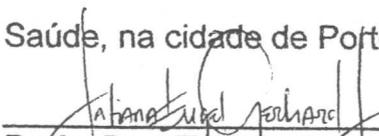
Sra.Coordenadora:

Por meio deste, solicitamos a autorização para desenvolver o trabalho de conclusão vinculado à Disciplina de Estágio Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da UFRGS.

O projeto de pesquisa intitulado “Pronto Atendimento em Saúde Mental – Perfil do Usuário” tem como objetivo conhecer as características dos pacientes deste serviço. Os dados para a realização deste estudo, serão obtidos dos prontuários dos pacientes, nos comprometendo com o anonimato dos mesmos, não coletando nenhum dado que possibilite sua posterior identificação. Este projeto tramitará na Comissão de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de Porto Alegre, a fim de obter a autorização para sua realização.

O período destinado à coleta de dados, segundo o cronograma, compreende os meses de novembro e dezembro de 2003.

A partir dos dados coletados e através da análise dos mesmos, pressupõe-se contribuir para um melhor planejamento das ações, assim como, situar este serviço em relação à rede de atendimento em Saúde Mental, através do Sistema Único de Saúde, na cidade de Porto Alegre.



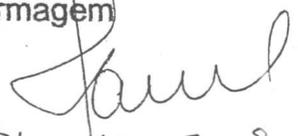
Profa. Dra. Tatiana Engel Gerhardt
EENF-UFRGS
Fone para Contato: 3316-5481



Dolores Adriana Seijas Valdez
Acadêmica de Enfermagem
Fone: 92 02 87 33

Ciente

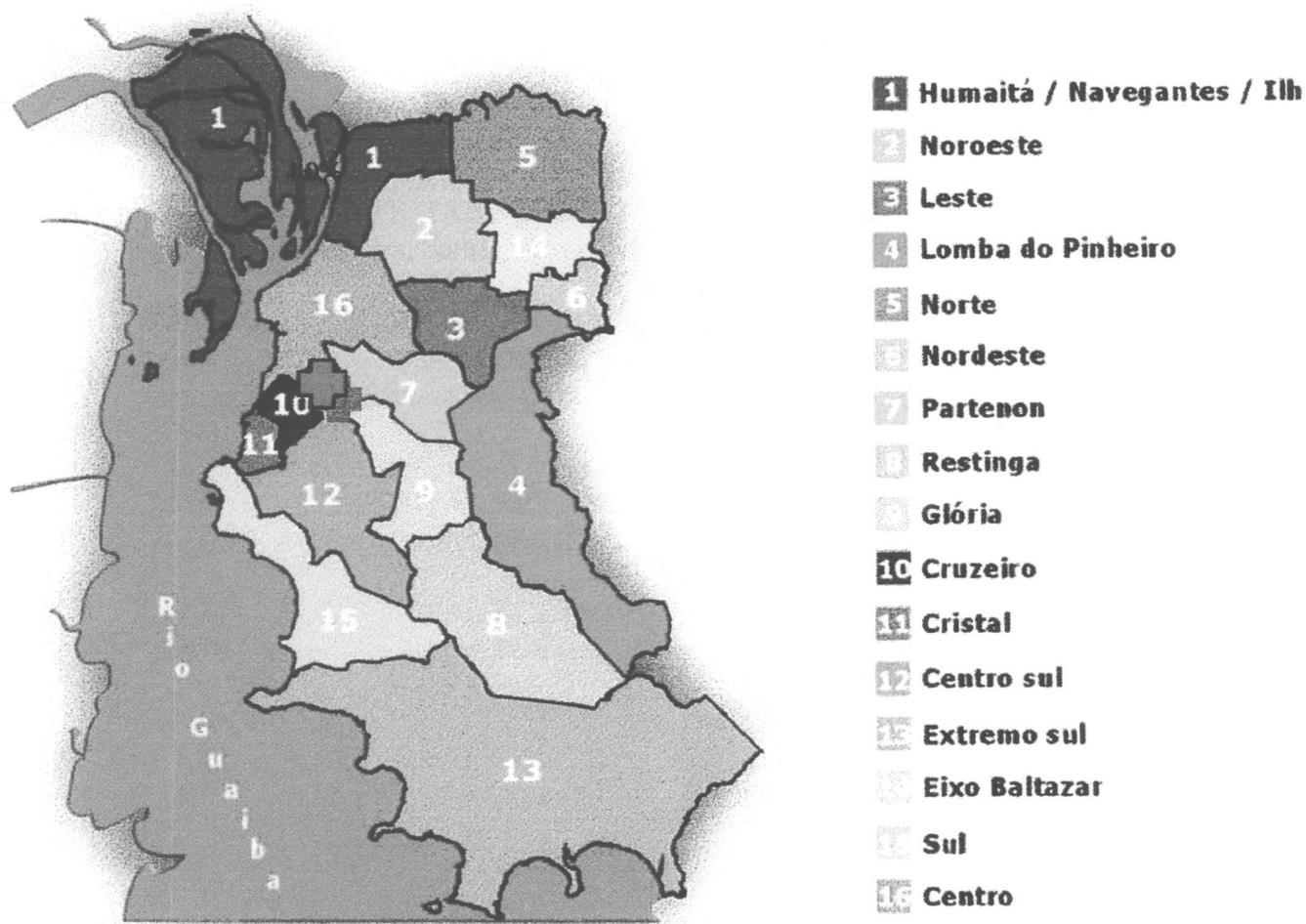
em: 31, 10, 2003



Marisa S. de Soares
CRP 071593
Coordenadora CAPS - Cruzeiro

APÊNDICE B

MAPA DE PORTO ALEGRE E REGIÕES DO ORÇAMENTO PARTICIPATIVO



Capturado na Internet 18/12/2003 na página www.portoalegre.rs.gov.br/Op/default.htm

GERÊNCIAS DISTRITAIS DE SAÚDE

 - PRONTO ATENDIMENTO CRUZEIRO DO SUL - (PASM).

GERÊNCIA DISTRITAL CENTRO – (No mapa região 16)

Bairros: Auxiliadora, Azenha, Bela Vista, Bom Fim, Centro, Cidade Baixa, Farroupilha, Floresta, Independência, Jardim Botânico, Menino Deus, Moinhos de Vento, Mont’Serrat, Petrópolis, Praia de Belas, Rio Branco, Santa Cecília, Santana.

GERÊNCIA DISTRITAL NOROESTE / HUMAITÁ – NAVEGANTES - ILHAS (No mapa regiões 1 e 2)

Bairros: Anchieta, Ilhas (Arquipélago), Farrapos, Humaitá, Navegantes, São Geraldo, Boa Vista, Higienópolis, Jardim Itú, Jardim Lindóia, Jardim São Pedro, Passo d'Aréia, Santa Maria Goretti, São João, São Sebastião, Vila Floresta, Vila Ipiranga.

GERÊNCIA DISTRITAL LESTE / NORDESTE (No mapa regiões 3 e 6)

Bairro: Mario Quintana, Bom Jesus, Chácara das Pedras, Jardim Carvalho, Jardim do Salso, Jardim Sabará, Morro Santana, Vila Jardim.

GERÊNCIA DISTRITAL PARTENON / LOMBA DO PINHEIRO (No mapa regiões 7 e 4)

Bairros: Agronomia, Lomba do Pinheiro, Cel. Aparício Borges, Partenon, Santo Antônio, São José, Vila João Pessoa.

GERÊNCIA DISTRITAL GLÓRIA / CRUZEIRO / CRISTAL (No mapa regiões 9, 10 e 11)

Bairros: Medianeira, Santa Teresa, Bairros: Medianeira, Santa Teresa, Cristal.

GERÊNCIA DISTRITAL SUL / CENTRO-SUL (No mapa regiões 15 e 12)

Bairros: Espírito Santo, Guarujá. Hípica, Ipanema, Pedra Redonda, Serraria, Tristeza, Vila Assunção, Vila Conceição, Camaquã, Campo Novo, Cavalhada, Nonoai, Teresópolis, Vila Nova.

GERÊNCIA DISTRITAL RESTINGA / EXTREMO-SUL (No mapa regiões 8 e 13)

Bairro: Restinga, Belém Novo, Chapéu do Sol, Lageado, Lami, Ponta Grossa.

GERÊNCIA DISTRITAL NORTE / EIXO-BALTAZAR (No mapa regiões 5 e 14)

Bairro: Sarandi, Passo das Pedras, Rubem Berta.

APÊNDICE C

TABELA PARA COLETA DE DADOS

1	Idade ..	M /F .	Bairro	No.Cons.	S.O	ICD	Nº In.Psiq.	Diagnóstico
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								

Esta tabela foi ampliada e adaptada para facilitar a coleta das informações, que foi realizada de forma manual.

ANEXO

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ASSESSORIA DE PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO

PROJETO: “**PRONTO ATENDIMENTO EM SAÚDE MENTAL – Perfil do Usuário**”
AUTOR: **DOLORES ADRIANA SEIJAS VALDEZ**
ORIENTADORA: **Prof. Dra. TATIANA ENGEL GERHARDT**
PROCESSO: 001.060429.03.8

PARECER:

- Objetivo – bem definido e alcançável.
- Justificativa – apresenta argumentos quanto à relevância da proposta.
- Método – definido com clareza, contempla todos os requisitos.
- Aspectos éticos – contemplados.

Com base no exposto acima, consideramos o projeto apto para ser desenvolvido.

Porto Alegre, 05 de janeiro de 2004.


Mitoyo Shoji Araujo

Especialista e Mestre em Enfermagem Psiquiátrica pela
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA