

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

MARCIA REGINA MACHADO CAMARANO

**ACESSIBILIDADE GEOGRÁFICA E ORGANIZACIONAL DE ALCOOLISTAS AOS
SERVIÇOS ESPECIALIZADOS NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE EM PORTO ALEGRE**

Porto Alegre

2006

MARCIA REGINA MACHADO CAMARANO

**ACESSIBILIDADE GEOGRÁFICA E ORGANIZACIONAL DE ALCOOLISTAS AOS
SERVIÇOS ESPECIALIZADOS NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE EM PORTO ALEGRE**

**Trabalho de Conclusão do Curso de
Especialização em Políticas Públicas e
Gestão Estratégica em Saúde apresentado
ao Programa de Pós-Graduação em
Administração da Universidade Federal do
Rio Grande do Sul**

Orientadora: Profª Maria Ceci Misoczky

RESUMO

Estudos apontam que, em Porto Alegre, 8% da população sofre com o alcoolismo. Este trabalho visa a dar visibilidade às condições de acesso a alcoolistas na rede pública de saúde da capital gaúcha, em seus aspectos organizacional e geográfico.

Acesso é visto como a disponibilidade de serviços no momento e lugar em que o usuário deles necessita. Em Porto Alegre, a atenção a alcoolistas segue a hierarquização e regionalização preconizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da atenção básica, atingindo a média e alta complexidade. Ainda, atende aos preceitos da Reforma Psiquiátrica contida na Lei 10.216/2001.

O estudo aponta para a necessidade de qualificação no atendimento nas unidades básicas, por ser a porta de entrada do Sistema, responsável por grande parte das demandas de saúde. Ainda, defende a ampliação no atendimento especializado, ainda acanhado.

Como destaque, o trabalho apresenta um serviço de média complexidade representado pelo Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogadição (CAPs ad) do Grupo Hospitalar Conceição. Um Centro que atende à parcela moradora da região norte da capital.

Palavras-chave: Alcoolismo, Gestão em Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	04
2 REVISÃO TEÓRICA	07
3 OBJETIVOS	12
3.1 OBJETIVO GERAL.....	12
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
4 MÉTODOS	13
5 RESULTADOS	14
6 CONCLUSÃO	17
REFERÊNCIAS	18
ANEXOS	19

1 INTRODUÇÃO

Há muito a organização do trabalho vem sendo fator de risco importante para o sofrimento mental. Estudos recentes apontam que os transtornos psíquicos estão sendo considerados como um elemento fundamental de afastamento do trabalho. Para a coordenadora do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador em São Paulo, Maria Maeno, as doenças do trabalho atingem pessoas em plena idade produtiva, tornando-se um problema de saúde pública: “Todo mundo perde, o trabalhador, a sociedade, o governo, menos as empresas”, afirma¹.

Diante disso, é preciso dar visibilidade ao sofrimento que o trabalho causa, verificar se a estrutura social a que estamos inseridos está apta para atender a essas demandas cada vez mais freqüentes, especialmente, no que toca à dependência química e, mais especificamente, ao alcoolismo, um sério problema relacionado ao trabalho pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

O alcoolismo crônico relacionado ao trabalho é definido como segue:

Alcoolismo refere-se a um modo crônico e continuado de usar bebidas alcoólicas, caracterizado pelo descontrole periódico da ingestão ou por um padrão de consumo de álcool com episódios freqüentes de intoxicação e preocupação com o álcool e seu uso, apesar das conseqüências adversas desse comportamento para a vida e a saúde do usuário. A Síndrome de Dependência do Álcool (SDA) é um dos problemas relacionados ao trabalho. A Sociedade Americana de Dependências, em 1990, considerou o alcoolismo como uma doença crônica primária que tem seu desenvolvimento e manifestações influenciados por fatores genéticos, psicossociais e ambientais, freqüentemente progressiva e fatal. A perturbação do controle de ingestão de álcool caracteriza-se por ser contínua ou periódica e por distorções do pensamento, isto é, o bebedor alcoólico tende a não reconhecer que faz uso abusivo do álcool (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, p.175).

Dados do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) sobre a concessão de benefícios previdenciários de auxílio-doença, por incapacidade para o trabalho superior a 15 dias, e de aposentadoria por invalidez, por incapacidade definitiva para o trabalho, mostram que os transtornos mentais, com destaque para o alcoolismo

¹ Análise feita por meio de entrevista concedida à autora do trabalho em julho de 2005, em São Paulo.

crônico, ocupam o terceiro lugar entre as causas dessas ocorrências no país. A ingestão excessiva de álcool, conforme a psiquiatra Magda Vaissman (2004), é a terceira maior causa de mortes no mundo, atrás somente do câncer e das doenças cardíacas.

No Brasil, ainda segundo a pesquisadora, o alcoolismo é o terceiro motivo para faltas e a causa mais freqüente de acidentes no trabalho. Problemas direta ou indiretamente relacionados a isso consomem de 0,5 a 4,2% do Produto Interno Bruto (PIB). Essas questões justificam o fato de o alcoolismo ser hoje considerado um grave problema de saúde pública.

Em Porto Alegre, capital do Rio Grande do Sul, com 1,4 milhão de habitantes, no que diz respeito à prevalência de transtornos mentais, há poucos estudos. Os últimos dados constataam que os transtornos prevalentes na cidade são: ansiedade (18%), depressão (10%) e alcoolismo (8%). (Secretaria Municipal de Saúde, 2005). Tais informações mostram a importância de um estudo sobre as condições de acesso, bem como a necessidade de adequação aos serviços voltados para alcoolistas na capital gaúcha.

Autores do Plano de Saúde Mental (2005) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) reconhecem a necessidade de ampliação da rede de serviços especializados, especialmente nas áreas consideradas de maior fragilidade, que são infância/adolescência e alcoolistas. Isso porque foi detectado um aumento significativo de pessoas acometidas de transtornos mentais nos diversos níveis em que se apresentam, fato que faz com que a rede instalada seja insuficiente para dar conta da atual realidade.

Os números contidos no plano de saúde mental mostram que em Porto Alegre há uma crescente demanda direta na assistência pública. Em 2004, 7.761 pacientes foram encaminhados para a Central de Leitos do município. Destes, 3.321 (42,8%) eram pacientes com dependência química. As internações para DQ por ordem judicial em leitos privados totalizaram 260, sendo que o custo médio de cada internação foi de R\$ 7.079,08, perfazendo um gasto total de R\$ 1.840.561,53.

Na capital gaúcha há de 170 a 188 vagas em ambulatório para atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS), divididas entre quatro hospitais. Não há hospital específico para Dependência Química (DQ).

A única unidade regulamentada e em funcionamento é a do Hospital Conceição, instituição federal, que atende basicamente à população ao seu redor.

Há uma unidade para desintoxicação no Hospital Vila Nova, com 28 leitos mistos e um período médio de internação de sete a 14 dias, sem local especializado para encaminhamento no pós-alta.

No Hospital Espírita há uma unidade com 30 leitos masculinos e femininos com período de internação de 28 dias. No pós-alta, o paciente é encaminhado para sua Unidade de Saúde. Já no Hospital de Clínicas há duas vagas de internação, que podem chegar a quatro, com período de internação variável com a necessidade do paciente. No pós-alta, os pacientes são encaminhados para o ambulatório da instituição. Não há comunidades terapêuticas municipalizadas ou que tenham convênio com a prefeitura.

2 REVISÃO TEÓRICA

O acesso pode ser compreendido como a disponibilidade de serviços no momento e lugar em que o usuário deles necessita, possibilitando seu ingresso ao sistema sem barreiras.

Como informam Aday e Andersen (1992, p.605):

El problema de analizar el acceso em términos de criterios tales como costo, disponibilidad, economía interna (tiempo de espera, demoras e interrupciones em la prestación de los servicios, etc) y variables psicológicas o conocimiento sobre la salud, reside en que ellos mismos no sirven para indicar si todos aquellos individuos que desean ingresar al sistema efectivamente lo logran.

Avedis Donabedian (1988, p. 48), cita acesso como o “ingresso al sistema de atención de salud”. Acesso, para o autor, significa “a) el acceso al servicio; b) el uso del servicio; c) la calidad de la atención; d) el mantener la autonomia y la dignidad del cliente; y f) la libertad para elegir”. Conceitos que reforçam uma visão de que o acesso não significa apenas ter o serviço à disposição, mas que outros fatores também contribuem para a efetivação do mesmo.

As barreiras para o acesso não são só econômicas, mas também de razão organizativa, social, informativa, espacial, psicológica, entre outras. Para Donabedian (1998, p.497), a acessibilidade pode ser considerada como algo adicional à mera presença ou disponibilidade do recurso em um lugar ou em um dado momento. “Incluye aquellas características del recurso que facilitan u obstaculizan la utilización por parte de los clientes potenciales”. Ele distingue duas classes de acessibilidade: sócio-organizacional e geográfica. Quanto ao aspecto sócio-organizacional, Donabedian (1998, p.497) diz agrupar “todas las características de los recursos que no son de carácter espacial y que facilitan u obstaculizan los esfuerzos del cliente para obtener la atención”.

Um item abordado pelo autor serve bem para descrever barreiras que os alcoolistas enfrentam na busca ao acesso de serviços. Ele diz:

[...] resultan especialmente importantes las políticas de admisión formal o informal que excluyen a los pacientes según el

color, la capacidad económica o el diagnóstico. Entre estas últimas se encuentran las restricciones a la admisión de personas con alguna enfermedad tal, alcohólicas, drogictas, tuberculosas y que padecen enfermedades contagiosas en general (DONABEDIAN, 1988, P.497).

Em relação ao aspecto geográfico, Donabedian (1988, p.503) afirma que:

La accesibilidad tiene también un aspecto temporal que podría discutirse aquí, como una característica de la organización social, o junto con los atributos especiales que se discutirán bajo el rubro de 'accesibilidad geográfica'. El tiempo y el espacio están estrecha y quizás inextricablemente ligados... De manera general, las horas durante las cuales el médico da consulta en su consultorio o durante las cuales está abierta la instalación de atención de ambulatoria influyen en la capacidad de los clientes, en especial de los trabajadores, de recibir atención. Un modelo más elegante se propondría comparar la periodicidad del recurso de salud con los ritmos sociales, y quizá biológicos, que rigen a las poblaciones humanas.

Pode-se considerar como um dos fatores mais marcantes do acesso o fato de os serviços serem oferecidos o mais perto possível da casa de quem necessita. Donabedian (1988, p.529) afirma que “los resultados sobre la disposición a trasladarse en respuesta a las necesidades que tienen diversos grados de fuerza impulsora tienen implicaciones obvias para la planeación y la organización de los servicios de salud”.

Julio Frenk (1994, p.64) identifica quatro formas de acessibilidade. A primeira, como Donabedian, é geográfica, e refere-se ao grau de ajuste entre a distribuição espacial da população e dos recursos, ou seja, a saúde mais perto da casa de quem necessita. No caso de Porto Alegre, a acessibilidade geográfica se dá por meio de Distritos Sanitários.

Conforme Rosa Maria Gouvêa Del Corona (1998, p.07), os Distritos Sanitários (Anexo 01) são uma forma de organização dos serviços que se relaciona diretamente com o tema da acessibilidade.

Gouvêa Del Corona (1998, p. 01-2) observa que a acessibilidade deve levar em conta que o deslocamento se dá, na maior parte das vezes, por meio da utilização do sistema de transporte coletivo.

A segunda é a acessibilidade financeira, ou o grau em que os ingressos dos usuários alcançam para pagar o preço dos serviços. O custo para a população, segundo Frenk, inclui não só o preço monetário direto, mas também o custo do transporte e o valor do tempo utilizado na busca de atenção.

A terceira forma, para Frenk (1994, p.64), é a chamada acessibilidade organizativa, que engloba os obstáculos para a utilização dos serviços. Ele cita como exemplos de obstáculos a demora para obter uma consulta e os horários de atendimento que não correspondem ao tempo livre da população. Finalmente, a

quarta forma, cultural, que se refere à distância entre os prestadores e os usuários em aspectos como idioma e crenças sobre saúde.

Frenk (1994, p.64) acredita que acessibilidade implica relação funcional entre a população e os recursos (incluindo as instalações e os prestadores de serviços), que reflete “la existencia diferencial ya sea de obstáculos, impedimentos y dificultades, o bien de factores facilitadores para los beneficiários potenciales de la atención”. Para ele,

La distribución de estos obstáculos y facilitadores suele ser muy desigual, de tal suerte que los grupos más pobres de la población enfrentan las mayores barreras geográficas, financieras, organizacionales y culturales, a pesar de ser los que tienen mayores necesidad de salud.

Aday e Andersen (1992, p.604) apontam a crescente preocupação para com a necessidade de melhorar o sistema de atenção.

Hasta el momento, el acceso es más un concepto político que operativo. Desde hace ya tiempo, la accesibilidad del sistema constituye, explicita ou implícitamente, un objetivo de las políticas de salud pero se han hecho pocos intentos para elaborar una definición sistemática de la misma, ya sea conceptual o empírica, que posibilite a los responsables de la toma de decisiones y a los consumidores la efectividad de los diferentes programas para alcanzar dicha meta.

No que diz respeito ao fato de os serviços estarem o mais perto possível de quem os necessita, Aday e Andersen (1992, p.605) defendem que “estos se encuentran disponibles em el momento y lugar em que el paciente los necesita y que la forma de ingreso al sistema resulta clara”.

Da mesma forma que Donabedian (1988), eles distinguem dois aspectos fundamentais para acesso, sócio-organizativo e geográfico:

Entre los atributos sócio-organizativos se encuentran todos aquellos relativos a los recursos, independientemente de los geográficos, que facilitan u obstaculizan los esfuerzos del paciente para obtener la atención médica. La accesibilidad geográfica se refiere a la ‘fricción del espacio’, que és una función del tiempo y la distancia física que debe recorrerse para ser atendido. Es posible concluir entonces que la accesibilidad supone algo más que la mera existencia o disponibilidad de recursos en un momento adecuado (ADAY e ANDERSEN, 1992, p.605).

Os dois autores também fazem uma consideração muito apropriada para usuários alcoolistas, que é o querer ser tratado:

También se debe considerar la ‘voluntad’ del consumidor potencial de recibir atención, la cual depende de su actitud y su conocimiento acerca de la atención de salud así como de las definiciones sociales y culturales de la enfermedad que el individuo ha asimilado (ADAY e ANDERSEN, 1992, p.605).

Para o estudo proposto, também é preciso se debruçar sobre o conceito de avaliação, um campo que se expandiu no final do século XX. Zulmira Maria de Araújo Hartz e Ligia Maria Vieira da Silva (2005, p. 11) defendem que a avaliação em saúde não deve desconhecer o senso comum, mas que busque superá-lo: “O exercício permanente da crítica, do diálogo e da discussão, de um lado, e a explicação de categorias, conceitos, teorias, modelos teóricos, métodos e técnicas de investigação, de outro”, representam, para elas, caminhos para isso.

Hartz e Silva (2005, p.11) também sustentam que:

A análise de implantação ou implementação tem exatamente como foco da avaliação a relação entre a intervenção (políticas, programas, serviços, ações) e seu contexto de inserção na produção dos efeitos, o que se torna particularmente importante quando a intervenção é complexa, com múltiplos componentes e contingencial.

Ainda segundo Hartz e Silva:

A avaliação toma por objeto desde as práticas do cotidiano até aquelas relacionadas com o trabalho, nos seus diversos âmbitos, que envolve intervenções sociais planejadas. O significado do que seria ‘juízo’ também pode variar desde a formulação de um juízo de valor dicotômico qualitativo ou quantitativo (cuidado à saúde, bom ou ruim, cobertura vacinal igual ou superior a 70% ou inferior a 70%) até uma análise que envolva o significado do fenômeno (2005, p.16).

Citado pelas autoras, Patton (1997) discute três objetivos primários para avaliação de programas: a) para fazer julgamentos; b) para facilitar o seu desenvolvimento; c) para contribuir com o conhecimento.

As autoras também destacam a preocupação que se deve ter com a suficiência de oferta das ações e serviços disponibilizados. Em que medida os recursos existentes são suficientes para atender às necessidades da população-alvo? Hartz e Silva (2005, p.30) observam que a avaliação pode produzir informação tanto para a melhoria das intervenções em saúde como para o julgamento acerca da

sua cobertura, acesso, equidade, qualidade técnica, efetividade, eficiência e percepção dos usuários a seu respeito.

A avaliação do que é ofertado depende do olhar de quem está promovendo, pois os serviços podem ser julgados a partir da percepção de usuários, gestores e profissionais. Hartz e Silva (2005) sustentam que:

Usuários dos serviços, representantes da população, profissionais de saúde e gestores dos serviços têm objetivos e percepções distintas em relação aos serviços de saúde e, geralmente, dão prioridade a aspectos diferentes que avaliam a qualidade das ações de saúde.

Para este estudo, serão levados em conta os aspectos geográfico e organizacional para avaliação de acesso de alcoolistas aos serviços especializados ofertados em Porto Alegre. O âmbito geográfico se refere aos serviços disponíveis no momento e lugar em que o usuário necessita, sem barreiras espaciais ou temporais. O aspecto organizacional aborda os recursos disponíveis para os alcoolistas e também os obstáculos que enfrentam para obter atenção, como demora para conseguir consulta e horário de atendimento incompatível com a disponibilidade dos usuários.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o acesso geográfico e organizacional de alcoolistas aos serviços específicos da rede pública de saúde em Porto Alegre.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever os serviços e programas destinados a alcoolistas na rede de saúde pública de Porto Alegre;
- Localizar espacialmente os serviços e programas prestados a alcoolistas na capital gaúcha;
- Identificar a disponibilidade de ações nos serviços;
- Descrever as formas de acesso a essas ações;
- Conhecer a percepção dos usuários sobre o acesso organizacional.

4 MÉTODOS

Uma das propostas deste trabalho foi descrever os serviços e programas destinados a alcoolistas na rede de saúde pública de Porto Alegre, a partir de perguntas enviadas por e-mail (Anexos 02 e 03) à coordenadora do Serviço de Saúde Mental da SMS.

A localização espacial desses serviços e programas foi obtido por meio de informações coletadas junto à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e à Empresa Pública de Transporte Coletivo (EPTC), órgão responsável pela mobilidade urbana na capital gaúcha. No caso da EPTC, foi feita uma visita àquele órgão e posterior envio de questionário por e-mail.

Ainda, junto à SMS, identificou-se a disponibilidade de ações nos serviços, bem como no Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogadição (CAPs ad) do Grupo Hospitalar Conceição. No caso da SMS, as informações foram obtidas junto ao site da Secretaria e por contato telefônico com a Gerência de Regulação de Serviços, mesmo método utilizado para descrever as formas de acesso a essas ações.

Quanto ao CAPs ad, houve uma visita ao local, oportunidade em que foram feitas entrevistas com uma profissional (Anexo 04), que respondeu pela instituição, e com três usuários. Foram realizadas entrevistas abertas, ou não-estruturadas, de natureza individual, com a profissional e os usuários (Anexo 05) do CAPs ad.

5 RESULTADOS

A Coordenação do Programa de Atendimento à Dependência Química da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) informou que “o alcoolista segue os caminhos de todos os usuários do SUS”. Portanto, seu ingresso se dá a partir da Unidade Básica, porta de entrada na rede pública de saúde.

A rede é um sistema organizacional que envolve os serviços próprios do Sistema Único de Saúde (SUS) e os conveniados que visam à promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde. Portanto, as ações em saúde mental devem estar de acordo com os princípios do SUS e da reforma psiquiátrica (ampla mudança de atendimento em saúde mental, regulamentada em 2001 pela Lei 10.216), que prevê a desinstitucionalização de pacientes cronicamente asilados, política antes hegemônica em tratamentos psiquiátricos, e a conseqüente inclusão de pacientes ao convívio social (MS, 2005).

A desinstitucionalização foi um processo iniciado na década de 80, firmada a partir dos princípios e diretrizes do SUS (universalidade, equidade, gratuidade, integralidade). A partir da Lei 10.216, as internações, quando necessárias, são feitas em hospitais gerais ou em CAPs 24 horas (MS, 2005).

A rede de atenção à saúde mental se estrutura de forma articulada, regionalizada e hierarquizada a partir da atenção básica e, para além dela, pode-se contar com os serviços de média complexidade, onde estão inseridos os Centros de Atenção Psicossocial, bem como serviços residenciais terapêuticos, ambulatoriais, entre outros, até chegar aos leitos em hospitais gerais (alta complexidade).

A Chefia da Central de Marcação de Consultas da SMS de Porto Alegre informou os passos a serem seguidos para a entrada no sistema: em uma Unidade ou Centro de Saúde, o usuário é atendido por um médico que vai indicar a especialidade necessária em um documento de referência e contra-referência. É a Unidade de Saúde que acessa o Setor de Marcação de Consultas Especializadas.

Na média complexidade, este trabalho destaca um serviço voltado especialmente para álcool e drogadição, que é o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPs ad), do Grupo Hospitalar Conceição. O CAPs é um serviço

de saúde do SUS e seu objetivo é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência.

No caso do CAPs ad do GHC, abrange cerca de 300 mil habitantes atendidos por todas as unidades de saúde dos Distritos Norte/Eixo Baltazar, parte da Leste/Nordeste e parte da Noroeste/Humaitá/Navegantes/Ilhas (Batista Flores, Jardim Fapa, Jardim Protásio Alves, Safira Nova, Timbaúva, Vila Safira, Wenceslau Fontoura, Chácara da Fumaça, IAPI, Nazaré e Vila Ipiranga). Também são atendidos todos os 12 postos de saúde comunitária do GHC.

O usuário tem acesso ao CAPs após ser encaminhado por uma dessas unidades, trazendo consigo o documento de referência e contra-referência. “Esse é o conceito mágico, porque quer dizer que o posto considerou que o usuário precisa de um tratamento especializado. Então, ele é tratado e, a seguir, volta para seu posto de origem”, descreve a representante do CAPs. Quando uma internação é necessária, é acionada a Central de Leitos de Porto Alegre

Os usuários do CAPs ad não têm problemas de locomoção, pois todos habitam ao redor da instituição. Alguns chegam a pé e quem precisa de ônibus paga somente uma passagem para ir e outra para voltar.

A Empresa Pública de Transporte e Circulação (EPCT) explica que o sistema de transporte porto-alegrense oferece vias prioritizadas para o transporte coletivo com corredores exclusivos de ônibus e um conjunto de terminais de integração e de transferência nos pontos de maior concentração nos transbordos (EPTC, 2001).

No caso dos usuários do CAPs ad, quem utiliza ônibus passa pelo corredor da Avenida Assis Brasil (Anexo 06). É o exemplo de um usuário de 55 anos, morador do bairro Rubem Berta: “Utilizo um ônibus para vir, outro para voltar. Pago passagem”, ele diz. Outro usuário, por morar no bairro Lindóia, se desloca a pé, e ainda outro, também morador no Rubem Berta, aos 65 anos, não paga mais passagem.

Os usuários entrevistados mostraram-se satisfeitos com os serviços oferecidos pelo CAPs ad. O primeiro lembra: “Me mandaram para o Posto de Saúde do Rubem Berta. Foi aí que consegui encaminhamento para cá. Foi fácil, o atendimento foi rápido e isso também foi bom para a minha recuperação”.

O segundo revela que procurou ajuda “no postinho da Floresta. A guia me atendeu muito bem. Foi mais rápido do que eu pensava”. Já o terceiro diz ter sido

“denunciado” pela irmã, que procurou ajuda direto no CAPs. “Quando vim, participei de uma palestra, o psiquiatra me atendeu, fui medicado”.

6 CONCLUSÃO

O estudo Acessibilidade Geográfica e Organizacional de Alcoolistas aos Serviços Especializados na Rede Pública de Saúde em Porto Alegre permite identificar que a assistência a usuários de álcool segue a organização da rede de atenção à saúde que caracteriza o SUS, ou seja, hierarquização e regionalização.

Também segue os preceitos da reforma psiquiátrica, estabelecido em lei em 2001, onde está prevista a desinstitucionalização. O município tem seus serviços distribuídos por Distritos Sanitários que compõem as Gerências Distritais, que cumprem com as responsabilidades administrativas, organizacionais e espaciais na estruturação da complexidade dos serviços de saúde mental.

A hierarquização das ações está organizada por baixa, média e alta complexidade. O acesso se dá a partir da unidade básica de saúde, porta de entrada do sistema. Complementa-se com os serviços de média complexidade, onde o CAPs ad do GHC está incluído e, em casos de internação, são utilizados os hospitais gerais (alta complexidade). Este fluxo é coordenado pela Secretaria Municipal de Saúde por meio de sua Gerência de Regulação.

Embora exista organização geográfica e espacial no atendimento, é possível identificar a possibilidade de melhorar e ampliar o atendimento na atenção básica, pois estudos mostram que a maior parte das demandas podem ser resolvidas na porta de entrada. Entre as sugestões para qualificar as ações está a de capacitar as equipes das Unidades Básicas de Saúde para que tenham condições de identificar casos de alcoolismo e saibam como tratá-los.

Também se torna importante a ampliação da rede de serviços especializados, visto que há apenas um CAPs ad em funcionamento que atende a uma determinada região de Porto Alegre, instituído em 2004. Nos últimos anos, não houve ampliação de serviços nessa modalidade, inclusive para atender a outras regiões da cidade.

Em razão de suas especificidades e da dimensão do uso abusivo de álcool, este é um grave problema de saúde pública que exige responsabilidade do Estado e de toda a sociedade civil para garantir e ampliar a oferta de serviços à população.

REFERÊNCIAS

- ADAY, Lu Ann & ANDERSEN, Ronald. “Marco teórico para el estudio del acceso a la atención médica”. In: WHITE, Kerr L. (ed.). *Investigaciones sobre servicios de salud: una antología*. Washington D.C. Organización Panamericana de la Salud, 1992.
- CORONA, Rosa Maria Gouvêa Del. *Caracterização da acessibilidade geográfica aos serviços ambulatoriais de referência em Porto Alegre*. Porto Alegre: Biblioteca da Escola de Administração/UFRGS.
- DONABEDIAN, Avedis. *Los espacios de la salud: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica*. México. Biblioteca de la Salud, 1988.
- FRENK, Julio. *La salud de la población hacia una nueva salud pública*. México: La Ciencia/133, 1994.
- FURASTÉ, Pedro Augusto. *Normas Técnicas para o Trabalho Científico*. 14. ed. Porto Alegre: [S.ed.], 2006.
- HARTZ, Zulmira M. A & SILVA, Ligia M. V. (orgs). *Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática de avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador: Ufba, 2005.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE/BRASIL. População dos Municípios Brasileiros Disponível em: <www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao> Acesso em: 04 out. 2006.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE e ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/BRASIL. “Doenças relacionadas ao trabalho”. In: Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, n.114, 2001.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE/BRASIL. “Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial”. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. “Os caminhos de Porto Alegre via EPTC”. Porto Alegre: Empresa Pública de Transporte e Circulação, 2001
- _____. Como acessar serviços. Disponível em <www.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=664> Acessado em 20 out. 2006.
- VAISSMAN, Magda. *Alcoolismo no trabalho*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

ANEXOS

ANEXO 01 – Gerencias Distritais de Saúde em Porto Alegre

ANEXO 02 – Questionário por e-mail com a Coordenadora do Programa de Atendimento à dependência química da SMS.

ANEXO 03 – Resposta por e-mail da Coordenadora do Programa de Atendimento à dependência química da SMS.

ANEXO 04 – Entrevista com a terapeuta ocupacional do CAPS ad.

ANEXO 05 – Entrevistas com usuários do CAPS ad.

ANEXO 06 – Mapa Linha Amarela: Corredor Assis Brasil.

ANEXO 01

AS GERÊNCIAS DISTRITAIS DE SAÚDE EM PORTO ALEGRE

Gerência Distrital Centro: UBS Santa Cecília, PSF Sem Domicílio;

Gerência Distrital Glória/Cruzeiro/ Cristal: UBS Alto Embratel, UBS Mato Grosso, UBS Orfanatório, UBS Osmar Freitas, UBS Santa Anita, UBS Santa Tereza, UBS São Gabriel, UBS Cruzeiro do Sul, UBS Jardim Cascata, UBS 1º de Maio, UBS Aparício Borges, UBS Belém Velho, UBS Cristal, UBS Glória, UBS Tronco, UBS Vila Gaúcha, UBS Estrada dos Alpes, UBS Graciliano Ramos.

Gerência Distrital Leste/Nordeste: UBS Vila Jardim, UBS Chácara da Fumaça, UBS Vila Brasília, UBS Tijuca Laranjeiras, UBS Vila Fátima, UBS Batista Flores, UBS Vila Pinto, UBS Wenceslau Fontoura, UBS Jardim da Fapa, UBS Milta Rodrigues, UBS Timbaúva, UBS Vila Safira, UBS Jardim Carvalho, UBS Jardim Protásio Alves, UBS Vila Safira Nova, UBS Morro Santana, UBS Safira, UBS Bom Jesus, UBS Divina Providência, UBS Sesc, UBS Barão de Bagé, UBS Coinma.

Gerência Distrital Lomba do Pionheiro/Partenon: UBS Pitoresca, UBS Pequena Casa da Criança, UBS Bananeiras, UBS São José, UBS São Carlos, UBS Esmeralda, UBS Herdeiros, UBS Lomba do Pinheiro, UBS Pitinga, UBS São Pedro, UBS Viçosa, UBS Mapa, UBS Panorama, UBS Murialdo 2, UBS Murialdo 3, UBS Murialdo 4, UBS Murialdo 5, UBS Murialdo 6, UBS Murialdo 7, UBS Murialdo 8.

Gerência Distrital Noroeste/Humaitá/Navegantes/Ilhas: UBS Farrapos, UBS Diretor Pestana, UBS Ilha da Pintada, UBS Ilha dos Marinheiros, UBS Vila Ipiranga, UBS Nazaré, UBS Navegantes, Posto Hospital Conceição, Posto Vila Floresta, Unidade Jardim Itu, Unidade Santíssima Trindade (Vila Dique).

Gerência Distrital Norte/Eixo Baltazar: UBS Asa Branca, UBS Jenor Jarros, UBS Nova Gleba, UBS Planalto, UBS Passo das Pedras II, UBS Beco dos Coqueiros, UBS São Borja, UBS Assis Brasil, UBS Nova Brasília, UBS Ramos, UBS Santa Rosa, UBS Sarandi, UBS Vila Elisabete, UBS São Cristóvão, UBS Passo das Pedras I, UBS Rubem Berta, Unidade Parque dos Maias, Unidade Jardim Leopoldina, Unidade Nossa Senhora Aparecida, Unidade Costa e Silva, UBS Santo Agostinho.

Gerência Distrital Restinga/Extremo Sul: UBS Ponta Grossa, UBS Belém Novo, UBS Lami, UBS Castelo, UBS Chácara do Banco, UBS Macedônia, UBS Restinga, UBS 5ª Unidade.

Gerência Distrital Sul/Centro Sul: UBS Ipanema, UBS Beco do Adelar, UBS Moradas da Hípica, UBS Morro dos Sargentos I e II, UBS Tristeza, UBS Guarujá, UBS Cidade de Deus, UBS Camaquã, UBS São Vicente Mártir, UBS jardim das Palmeiras, UBS Monte Cristo, UBS Alto Erechim, UBS Nonoai, UBS Calábria, UBS Campo Novo, UBS Campos do Cristal.

Em 2004, a rede assistencial de saúde distribuída nessas regiões era composta de 99 Unidades Básicas de Saúde, sendo que 54 contavam com Equipes de Saúde da Família. Além dessas unidades, existiam mais 21 gerenciadas por outras instituições (Grupo Hospitalar Conceição, Murialdo, PUC, Hospital Mãe de Deus e Hospital Moinhos de Vento). A rede municipal possuía ainda oito Centros de Saúde, com vários ambulatórios de especialidades e cinco Pronto-Atendimentos. Havia 45 serviços com atendimento odontológico e 11 serviços especializados. Na atenção ambulatorial, a rede pública era complementada por 26 serviços conveniados e 70 de apoio diagnóstico e terapêutico. A atenção hospitalar era realizada por 21 unidades hospitalares, sendo dois municipais: HPS e HMIPV. Eram quatro os hospitais de grande porte respondendo pelo atendimento da maior parte das internações na cidade, sendo referências para os procedimentos de alta complexidade hospitalar para as outras regiões do Estado.

Marcia Camarano

De: "Marcia Camarano" <marcia.camarano@saude.gov.br>
Para: <carlabic@terra.com.br>
Enviada em: terça-feira, 17 de outubro de 2006 14:40
Assunto: Acesso de alcoolistas à rede pública de saúde de POA

Olá, Carla. Conforme te adiantei por telefone hoje pela manhã, estou fazendo um curso de pós-graduação na UFRGS sobre saúde pública. Meu trabalho é sobre o acesso de alcoolistas à rede de saúde de Porto Alegre. Preciso de algumas informações tuas sobre isso, pois pretendo fazer uma descrição de serviços e programas ofertados, localizando-os espacialmente (onde encontrar), bem como busco identificar a disponibilidade de ações nos serviços e também descrever a forma de acesso a essas ações. Elaborei um questionário abaixo, que julgo auxiliar no que procuro saber e balisar as tuas respostas. Desde já, obrigada.

- 1- Como Porto Alegre está organizada para atender às demandas de alcoolismo na rede pública?
- 2- Quais são os serviços, programas e ações à disposição?
- 3- Como o usuário tem acesso a eles?
- 4- Considera o serviços instalados e as ações suficientes para atender à demanda?
- 5- Em caso de internação, como é o procedimento? Quantas vagas estão à disposição e onde são encontradas?
- 6- Quantos alcoolistas/mês são atendidos na rede pública de Porto Alegre?
- 7- É possível apontar em que região (ões) a demanda é maior?
- 8- Porto Alegre está dividida em distritos sanitários. Quantos e quais são? Todos tem atendimento para alcoolistas? Por favor, cita onde e que tipo de serviço é ofertado.
- 9- Além dos moradores da capital, a rede porto-alegrense atende alcoolistas de outras cidades e de outros estados? Se sim, qual o percentual de cada um?
- 10- Dentro do tema acesso: Como se dá o acesso ao serviço? Todos os que procuram têm acesso? Quanto tempo de espera em média para o usuário ingressar na rede de atendimento? O usuário tem liberdade de escolher o tipo de serviço e onde será atendido ou isto é regulado pela rede? Os serviços podem ser oferecidos o mais perto possível da casa do demandado? Há demora no atendimento?
- 11- Por fim, que análise a Saúde Mental da SMS faz dos serviços e ações implementados em Porto Alegre ?

Muito obrigada pelas tuas informações. Meus telefones para contato são 99-919525, 33-519634 (casa) e 32-132003 (trabalho). Além desse, meu e-mail de casa é mcamarano@cpovo.net. Obrigada pelas informações,
Marcia Camarano

ANEXO 03

Página 1 de 1

Marcia Camarano

De: "Carlos Salgado" <csalg@terra.com.br>
Para: "Marcia Camarano" <marcia.camarano@saude.gov.br>
Enviada em: quinta-feira, 19 de outubro de 2006 17:42
Assunto: Re: Pedido de informações

Márcia,
recebi e estava vendo como te responder, mas o problema é que não tenho como te dar alguma resposta no momento. Não há no município essa estrutura de encaminhamentos que pensas. Hoje o alcoolista segue os caminhos de todos usuários do sus. Não há uma via especial. Estamos recém criando uma política municipal para alcool e drogas, que está sendo apresentada aos conselhos e após aprovação geral, será publicada. Lamento, por hora, não poder te auxiliar.
Um abraço
Carla Bicca

— Original Message —

From: [Marcia Camarano](#)
To: carlabic@terra.com.br
Sent: Thursday, October 19, 2006 1:00 PM
Subject: Pedido de informações

Olá, Carla. Espero que tenhas recebido meu e-mail com o questionário e não tenhas esquecido de mim. Quando achas que poderá me responder? Obrigada pela atenção, Marcia Camarano

E-mail classificado pelo Identificador de Spam Inteligente.
Para alterar a categoria classificada, visite o [Terra Mail](#)

Esta mensagem foi verificada pelo [E-mail Protegido Terra](#).
Scan engine: McAfee VirusScan / Atualizado em 18/10/2006 / Versão: 4.4.00/4876
Proteja o seu e-mail Terra: <http://mail.terra.com.br/>

ANEXO 04

Entrevista com Milene Calderaro, terapeuta ocupacional, que respondeu pelo CAPs ad do GHC.

Pergunta: Quem pode ser atendido no CAPs ad do GHC?

Milene: *Apesar de ser o único de Porto Alegre, esse CAPs não atende toda a cidade, em função da regionalização. Mas cobre uma área que tem cerca de 300 mil habitantes que são atendidos por todas as unidades de saúde dos Distritos Norte/Eixo Baltazar, parte da Leste/Nordeste e parte da Noroeste/Humaitá/Navegantes/Ilhas (Batista Flores, Jardim Fapa, Jardim Protásio Alves, Safira Nova, Timbaúva, Vila Safira, Wenceslau Fontoura, Chácara da Fumaça, IAPI, Nazaré e Vila Ipiranga). Também atendemos às demandas dos 12 postos de saúde comunitária do GHC.*

Pergunta: Como funciona o CAPs ad?

Milene: *Funciona como um nível intermediário de atenção entre a UBS e o hospital. Aqui, se faz desintoxicação e o tempo de duração do tratamento depende do nível de complexidade. Não há internação. Se for um caso grave, não temos estrutura de atendimento. Os casos podem ser considerados leves, moderados e graves. Nosso nível de atendimento vai até a escala moderada.*

Pergunta: Como o usuário têm acesso ao serviço do CAPs ad?

Milene: *Não é uma porta propriamente aberta, mas se alguém chega aqui intoxicado e não tem encaminhamento de sua UBS, é atendido e a parte burocrática fica para depois. Mas o procedimento rotineiro é a pessoa vir encaminhada de seu posto de saúde com o documento chamado referência/contra-referência. Esse é o conceito mágico, porque quer dizer que o posto considerou que o usuário precisa de um tratamento especializado. Então, ele é tratado e, a seguir, volta para seu posto de origem.*

Pergunta: Qual a média de atendimento por mês para alcoolistas especificamente?

Milene: *Não temos esse dado específico. Há uma média de 230 atendimentos por mês no geral, mas posso dizer que a maior parte é para tratamento de álcool.*

Pergunta: Quanto tempo dura, em média, um tratamento?

Milene: *No caso dos pacientes ativos, há três modalidades de atendimento, que são o intensivo, o semi-intensivo e o não-intensivo. O intensivo demanda mais da equipe e é contado a partir de 12 atendimentos por mês; o semi-intensivo é até 12 e o não intensivo, até quatro atendimentos por mês. Cada usuário se encaixa pelo plano terapêutico individual.*

Pergunta: Os usuários terminam seu tratamento e voltam para sua unidade de saúde?

Milene: *Isso é o que gostaríamos que acontecesse, mas o índice de abandono é alto. Consideramos que o usuário concluiu seu tratamento em um ano ou um ano e meio, mas muitos não chegam até aí. A evasão é um comportamento típico do dependente e a aderência ao tratamento é muito difícil.*

Pergunta: Como vocês buscam resolver esse problema?

Milene: *O abandono é comunicado à UBS de origem do usuário, mandamos uma correspondência dizendo há quanto tempo ele não está freqüentando. Temos de estar sempre monitorando cada um deles, inclusive em função das recaídas, que também é típico do dependente. Quando estão aqui, não podem sair, só com autorização e acompanhado. É uma forma de evitar a recaída.*

Pergunta: Há vagas suficientes para atender à demanda?

Milene: *Pelo Ministério da Saúde, temos um número de vagas, mas não podemos fechar as portas para quem procura atendimento. Porém, em função da evasão, ainda não nos deparamos com o problema da falta de vaga.*

Pergunta: Em caso de necessidade de internação, como fazer, já que o CAPs não tem esse serviço?

Milene: *Aí, nos recorremos à Central de Leitos de Porto Alegre. Necessitamos da rede não só no caso de internação, mas é preciso ver que os alcoolistas chegam com muitos problemas clínicos. Aí, é feita a interconsulta no GHC. Os usuários do CAPs têm o privilégio de serem logo atendidos.*

Pergunta: **É fácil encontrar esse endereço? Eu, por exemplo, custei a encontrar, percorri toda a rua, mas não há nenhuma placa.**

Milene: *Eles vêm encaminhados com o endereço e muitos já sabem onde fica. Quanto a não ter placa, é porque eles entram aqui muito constrangidos. Eles já são estigmatizados o bastante, a placa seria só mais um elemento para constranger.*

Pergunta: **O que os usuários têm à disposição quando entram aqui?**

Milene: *Quando eles chegam, vão direto ao Grupo de Motivação, que são três encontros, um por semana. Nesses encontros, se fala tudo sobre a dependência. Estamos abertos das 8h às 18h. Contamos com dois leitos na enfermagem para repouso e desintoxicação, consultório médico, oficinas temáticas como de culinária, trabalhos manuais ou culturais e são organizados grupos para cuidar do ambiente, com o objetivo de que eles mesmos se sintam responsáveis pelo asseio do local, como se fosse a casa deles.*

Pergunta: **Como é formada a equipe profissional do CAPs?**

Milene: *Contamos com um auxiliar de limpeza, um vigilante, dois auxiliares administrativos, um terapeuta ocupacional, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem, um assistente social, um médico clínico, um psiquiatra, um psicólogo e também temos uma média de três médicos residentes circulando ao longo do dia.*

ANEXO 05

Entrevistas com usuários do CAPS AD

Nome: Jorge Garcia Pacheco

Idade: 55 anos

Morador do bairro Rubem Berta, procurou a emergência do Hospital Conceição em 2002, pois estava há muitos dias sem comer e se achava doente.

“Continuei na recuperação até maio de 2006, quando recaí. Voltei ao Emergência do Conceição em setembro e me mandaram para o Posto de Saúde do Rubem Berta. Foi aí que consegui encaminhamento para cá. Foi fácil. O atendimento foi rápido e isso também foi bom para a minha recuperação porque, se tivesse que aguardar dois ou três meses, não ia agüentar. Do posto até aqui foi no mesmo dia. Eu entro aqui às 8h e saio às 17h. Utilizo um ônibus para vir, outro para voltar. Pago passagem”.

Nome: Silvio Moreira Barbosa

Idade: 52 anos

Morador do bairro Jardim Lindóia, chegou ao CAPs por meio do Posto de Saúde Floresta.

“No dia 18 de setembro, procurei o posto, porque estava com insônia, dor de cabeça, não estava comendo e, quando comia, vomitava, não tinha disposição. No último mês, estava tomando dois litros de cachaça por dia. Eu prestei atenção nisso, ‘mas o que estou fazendo comigo?’. Fui procurar ajuda no postinho da Floresta. Meu endereço antigo é de Cachoeirinha e eu não poderia ser atendido aqui. Mas como me mudei para o Lindóia, apresentei uma conta do apartamento. A guria me atendeu muito bem. Foi mais rápido do que eu pensava. Fico aqui todos os dias, de segunda a sexta-feira, com exceção de feriados, sábados e domingos. Como é perto da minha casa, venho a pé, faça sol ou faça chuva”.

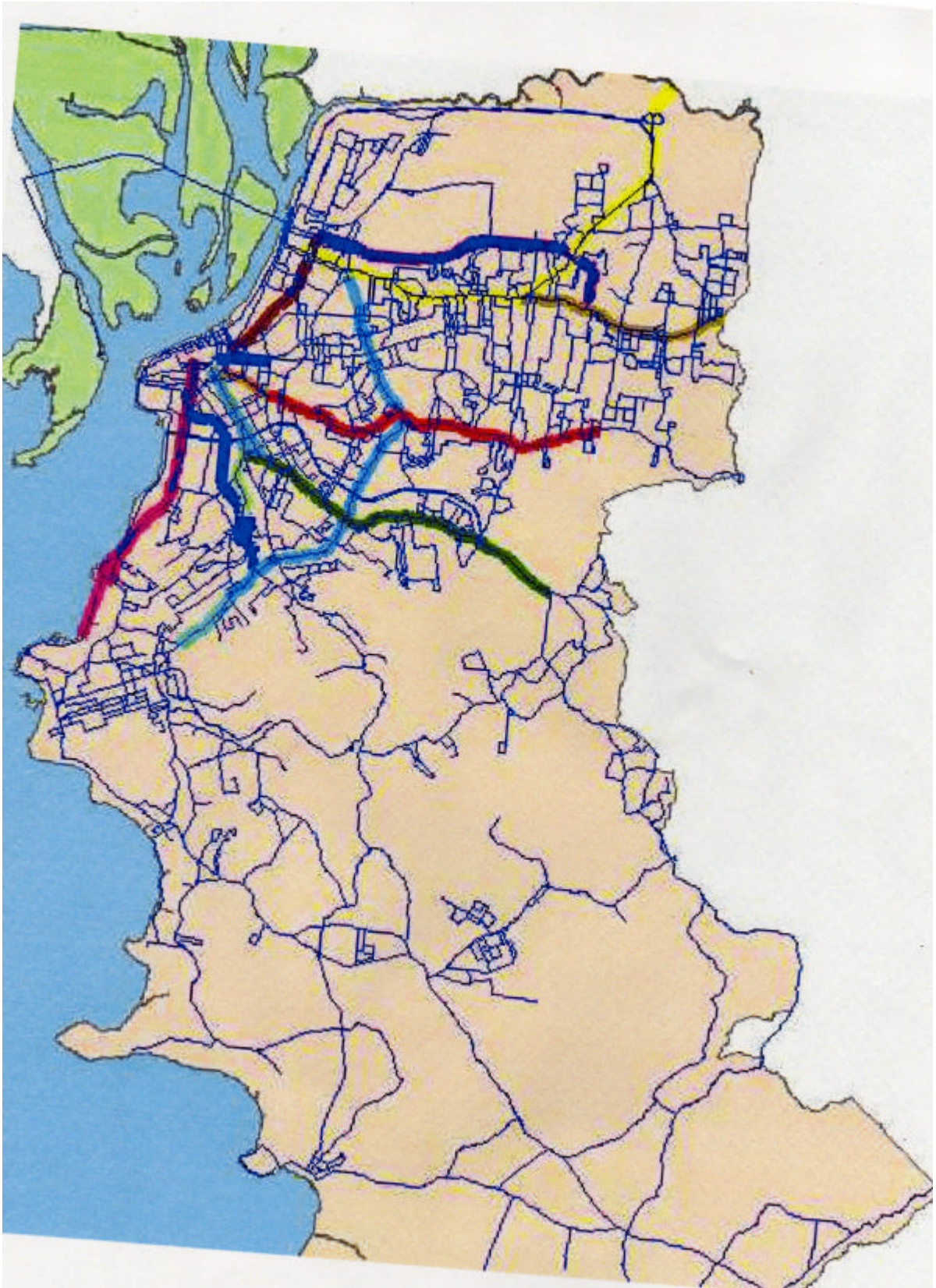
Nome: Jandir Silva Cardoso

Idade: 65 anos

Morador do bairro Rubem Berta.

“Vim parar aqui porque a minha irmã me denunciou no CAPs. Ela veio direto aqui, não passei pelo posto. Quando eu vim, participei de uma palestra, o psiquiatra me atendeu, fui medicado. Isso tem um ano e dois meses. Fui convidado a participar. Fiquei quatro meses vindo todos os dias. Agora, são três dias por semana. Às vezes, eu bebo ainda, gosto do vinho tinto, seco. Mas ontem (10/10/2006) fiquei em casa e não tomei nada. Antes, eu bebia todo dia, mas agora quero fazer um teste, ver se me recupero por minha própria vontade. Pego um ônibus para vir, outro para voltar, mas não pago passagem por causa da idade”.

ANEXO 06



Linha Amarela: Corredor da Assis Brasil é utilizado por usuários do CAPS ad.