



UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
LUIZA BENTO DA SILVA BERTOLINO

**ASSOCIAÇÃO ENTRE DISPONIBILIDADE DE SERVIÇOS AMBULATORIAIS DE
SAÚDE MENTAL E DEMANDA DE ATENDIMENTOS POR TRANSTORNOS POR
USO DE SUBSTÂNCIAS EM UMA EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA DE SANTA
CATARINA**

Palhoça

2018

LUIZA BENTO DA SILVA BERTOLINO

**ASSOCIAÇÃO ENTRE DISPONIBILIDADE DE SERVIÇOS AMBULATORIAIS DE
SAÚDE MENTAL E DEMANDA DE ATENDIMENTOS POR TRANSTORNOS POR
USO DE SUBSTÂNCIAS EM UMA EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA DE SANTA
CATARINA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Ciências
da Saúde como requisito parcial para a
obtenção do título de Mestre em Ciências
da Saúde.

Orientadora: Profa. Aline Daiane Schlindwein, Dra.

Palhoça

2018

B46 Bertolino, Luiza Bento da Silva, 1983-

Associação entre disponibilidade de serviços ambulatoriais de saúde mental e demanda de atendimentos por transtornos por uso de substâncias em uma emergência psiquiátrica de Santa Catarina / Luiza Bento da Silva Bertolino. – 2018.

65 f. : il. ; 30 cm

Dissertação (Mestrado) – Universidade do Sul de Santa Catarina, Pós-graduação em Ciências da Saúde.

Orientação: Prof. Dra. Aline Daiane Schlindwein

1. Emergências psiquiátricas. 2. Psiquiatria social 3. Psiquiatria. 4. Saúde pública. 5. Abuso de substâncias. I. Schlindwein, Aline Daiane. II. Universidade do Sul de Santa Catarina. III. Título.

CDD (21. ed.) 616.89025

Ficha catalográfica elaborada por Carolini da Rocha CRB 14/1215



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE - MESTRADO

Título da Dissertação

Associação entre disponibilidade de serviços ambulatoriais de saúde mental e demanda de atendimento por Transtorno de Uso de Substâncias em uma emergência psiquiátrica em Santa Catarina

LUIZA BENTO DA SILVA BERTOLINO

AUTOR

Aprovada pela Banca Avaliadora de Defesa da Dissertação em 31 de julho de 2018.

Doutora Aline Daiane Schlindwein (orientador)

Doutor Tadeu Lemos (Avaliador externo - UFSC)

Doutor Maicon Roberto Kwiecinski (avaliador interno - PPGCS)

Professor Doutor Jefferson Traebert

COORDENADOR DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE - UNISUL

- Unisul – Universidade do Sul de Santa Catarina – Sede – Reitoria – Av. José Acácio Moreira, 787 – Bairro Dehon – CEP: 88704-900 – Tubarão – Santa Catarina – Fone: (48) 3621.3100
- Campus Universitário de Tubarão – Av. José Acácio Moreira, 787 – Bairro Dehon – CEP: 88704-900 – Tubarão – Santa Catarina – Fone: (48) 3621.3000
- Campus Universitário da Grande Florianópolis – Av. Pedra Branca, 25 – Cidade Universitária Pedra Branca – CEP: 88137-270 – Palhoça – Santa Catarina – Fone: (48) 3279.1000
- Campus Universitário UnisulVirtual – Av. dos Lagos, 41 – Cidade Universitária Pedra Branca – CEP: 88137-100 – Palhoça – Santa Catarina – Fone: (48) 3279.1242

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Profa. Aline Daiane Schindwein, minha orientadora pela confiança em mim depositada, por ter acreditado no meu potencial e por todas as oportunidades que me deu. Uma orientadora que além de sabedoria e competência, possui uma grande determinação, dinamismo e carisma que a tornam uma pessoa muito especial. Muito obrigado ao Prof. Alexandre Paim Diaz, meu colega de trabalho, pelo qual tenho muita admiração, pela assistência, apoio e tempo dedicado durante este trabalho, me proporcionou e ainda proporciona grandes aprendizados. Obrigada ao Prof. Tadeu Lemos pelo acolhimento ao longo dessa minha trajetória e minha inspiração para estudos sobre o tema.

Agradeço ainda a todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade do Sul de Santa Catarina - PB que compartilharam seu trabalho de modo enriquecedor, cuja convivência e troca de ideias foi motivadora para minha formação acadêmica e pessoal.

Agradeço a minha família, principalmente aos meus pais, que não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa de minha vida. Obrigada pelo amor, incentivo, apoio incondicional e pela compreensão do tempo de convívio muitas vezes sacrificado para realização deste trabalho.

Agradeço a minha melhor amiga Alessandra Pozza, pelo apoio, incentivo e compreensão deste período de distanciamento e de dificuldades pessoais. Aos amigos e colegas da pós-graduação que fiz durante toda esta jornada, nossas informações trocadas foram fundamentais para minha trajetória.

Agradeço ainda aos profissionais do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina, pela sua essencial cooperação durante o estudo, à equipe do Serviço de Arquivo Médico e Estatístico e às Secretarias de Saúde dos municípios de Florianópolis e São José, pelo fornecimento dos dados atualizados sobre os serviços públicos municipais de saúde mental.

Agradeço também a todos que direta ou indiretamente fizeram parte deste meu trajeto.

RESUMO

Introdução: O Transtorno por Uso de Substâncias (TUS) é um transtorno crônico que pode trazer sequelas cognitivas e comportamentais e refletir em diversos problemas de saúde pública. A presença de serviços públicos ambulatoriais pode auxiliar na detecção precoce de crises, evitar piora da gravidade do quadro e atuar na manutenção terapêutica extra-hospitalar, reduzindo a procura por hospitais psiquiátricos.

Objetivo: Avaliar a associação entre disponibilidade de Serviços Públicos de Saúde Mental nos municípios de São José e Florianópolis e a demanda de consultas, internações e reinternações por Transtornos por Uso de Substâncias em uma unidade de emergência psiquiátrica entre os anos de 2014 e 2016.

Métodos: Estudo ecológico. Dados de 2012 a 2016 foram coletados pelo Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME), do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (IPq/SC), em São José, Brasil. Características da rede ambulatorial foram obtidas das Secretarias de Saúde de dois municípios diferentes, São José, cuja estrutura ambulatorial foi ampliada a partir de 2015, e Florianópolis, cuja rede se manteve estável no período avaliado (2012 a 2016). Análise estatística realizada com o SPSS 20.0[®]. Aplicado o teste t de *student* para amostras independentes com IC 95%.

Resultados: Quando analisados os números referentes a pacientes procedentes de São José, não houve redução significativa da demanda por atendimento de emergência com a ampliação da rede ambulatorial entre os anos de 2014 e 2016. No entanto, tal demanda foi significativamente menor ($p < 0,001$) para consultas, internações e reinternações quando comparada a indivíduos procedentes de Florianópolis, cuja rede de saúde mental ambulatorial não teve ampliação significativa no período avaliado.

Conclusão: A maior oferta de serviços públicos ambulatoriais de saúde mental pode reduzir a necessidade de consultas de emergência, internações e reinternações por TUS. No entanto, para que tal impacto ocorra, pode ser necessário não apenas a implementação dos serviços, mas principalmente sua manutenção ao longo dos anos.

Palavras chaves: Serviços de emergência psiquiátrica; psiquiatria comunitária; saúde pública; Transtorno por Uso de Substâncias.

ABSTRACT

Introduction: Substance Use Disorder (TUS) is a chronic disorder that can bring about cognitive and behavioral sequelae and reflect on a number of public health problems. The presence of outpatient public services can help in the early detection of seizures, avoid worsening severity of the condition and act in the extra-hospital therapeutic maintenance, reducing the demand for psychiatric hospitals.

Objective: Evaluate the association between the availability of Public Mental Health Services (PMHS) and the demand for consultations, hospitalizations and readmissions for Substance Use Disorders (SUD) in a psychiatric emergency unit (EU).

Methods: Ecological study. Data from 2012 to 2016 were collected by the Medical and Statistical Archive Service (MSAS), from the Institute of Psychiatry of Santa Catarina (IPq/SC), in São José, Brazil. Characteristics of the outpatient network were obtained from the Health Departments of two different municipalities, São José, whose ambulatory structure was expanded from 2015 onwards and Florianópolis, whose network remained stable during the period evaluated (2012 to 2016). Statistical analysis performed on SPSS 20.0®. Student's t test was applied for independent samples with 95% CI.

Results: When analyzing the numbers referring to patients coming from São José, there was no significant reduction in the demand for emergency care with the expansion of the outpatient network. However, this demand was significantly lower ($p < 0.001$ for consultations, hospitalizations and readmissions) when compared to individuals from Florianópolis, whose outpatient mental health network did not have a significant increase in the evaluated period.

Conclusion: The increased availability of outpatient mental health services can reduce the need for emergency consultations, hospitalizations and readmissions for SUD. However, for such an impact to occur, it may not only be necessary to implement the services, but especially their maintenance over the years.

Keywords: Emergency psychiatric service; community psychiatry; public health; Substance Use Disorder.

LISTAS

Lista de siglas

I LENAD – I Levantamento Nacional de Álcool e Drogas

II LENAD – II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas

AA – Alcoólicos Anônimos

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS Ad – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CAPS I – Centro de Atenção Psicossocial I

CAPS II – Centro de Atenção Psicossocial II

CAPS III – Centro de Atenção Psicossocial III

CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial Infantil

CCS – Centro de Convivência Santana

CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas

CID-10 – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

D1 – Receptores de dopamina tipo 1

D2 – Receptores de dopamina tipo 2

DQ – Dependência química

DSM 5 - *Diagnostical and Statistic Manual of Mental Disorders* – versão 5

ESF – Equipe de Saúde de Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDEB – Índice de Desenvolvimento da Educação Básica

IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

INPAD – Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas

IPq/SC – Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina

MDMA – 3,4-metilenodioximetanfetamina

MS – Ministério da Saúde

NA – Narcóticos Anônimos

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NIDA – *National Institute of Drug Abuse*

QV – Qualidade de Vida
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
SAM – Sistema de Apoio Matricial
SAME – Serviço de Arquivo Médico e Estatístico
SC – Santa Catarina
SES – Secretaria de Estado da Saúde
SME – Suporte Matricial Especializado
SNC – Sistema Nervoso Central
SPAs – Substâncias Psicoativas
SPSM – Serviços Públicos de Saúde Mental
SR – Sistema de Recompensa
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TUS – Transtornos por Uso de Substâncias
UE – Unidade de Emergência
WDR – *World Drug Report*

Lista de quadros

Quadro 1 - Variáveis do Estudo.....36

Lista de figuras

Figura 1 - Média mensal por 100.000 habitantes das consultas, admissões e readmissões por transtornos por uso de substâncias ocorridas no município de São José (Santa Catarina) nos anos de 2014 e 2016.....42

Figura 2 - Média das consultas, admissões e readmissões por dependência química ocorridas no município de Florianópolis (Santa Catarina) no ano de 2014 comparadas ao ano de 2016.....44

Lista de tabelas

Tabela 1 - Números absolutos de pacientes com Transtorno por Uso de Substâncias provindos de São José (Santa Catarina), que procuraram a Unidade de Emergência Psiquiátrica entre 2012 e 2016.....39

Tabela 2 - Números absolutos de pacientes com Transtorno por Uso de Substâncias provindos de Florianópolis (Santa Catarina), que procuraram a Unidade de Emergência Psiquiátrica entre 2012 e 2016.....40

Tabela 3 - Características dos municípios de Florianópolis e São José (Santa Catarina) de acordo com a disponibilidade de serviços de saúde mental ambulatorial de 2012 a 2016.....	40
Tabela 4 - Características dos municípios de Florianópolis e São José (Santa Catarina) de acordo com critérios socioeconômicos.....	41
Tabela 5 - Média das consultas, admissões e readmissões de Transtorno por uso de substâncias ocorridas no município de São José (Santa Catarina) no ano de 2014 comparadas ao ano de 2016.....	42
Tabela 6 - Média das consultas, admissões e readmissões por dependência química ocorridas no município de Florianópolis (Santa Catarina) no ano de 2014 comparadas ao ano de 2016.....	43
Tabela 7 - Comparação entre as médias das consultas, internações e reinternações por TUS de pacientes procedentes dos municípios de São José e Florianópolis para os anos de 2014 e 2016.....	44

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
1.1 REFERENCIAL TEÓRICO	14
1.1.1 Transtornos por Uso de Substâncias	14
1.1.1.1 Definição e características	15
1.1.1.2 Mecanismo de ação das Substâncias Psicoativas	19
1.1.1.3 Epidemiologia do uso de SPAs	22
1.1.1.4 Diagnóstico	25
1.1.1.5 Classificação	26
1.1.2 Assistência Pública em Saúde Mental em Santa Catarina	26
1.1.2.1 História da Política em Saúde Mental	26
1.1.2.2 Hospital Psiquiátrico de Santa Catarina	28
1.1.2.3 Núcleo de Apoio à Saúde da Família	29
1.1.2.4 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas	30
2. OBJETIVOS	33
2.1 OBJETIVO GERAL	33
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	33
3. MATERIAL E MÉTODOS	34
3.1 TIPO DE ESTUDO	34
3.2 POPULAÇÃO/LOCAL/TEMPO/AMOSTRA	34
3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	35
3.4 CRITÉRIO DE EXCLUSÃO	35
3.5 COLETA DE DADOS	35
3.6 VARIÁVEIS DO ESTUDO	36
3.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	36
3.8 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	37
4. RESULTADOS	39
5. DISCUSSÃO	46
6. CONCLUSÃO	51
6.1. PERSPECTIVAS FUTURAS	51

REFERÊNCIAS.....	53
APÊNDICE.....	59
APÊNDICE A – Documento encaminhado às Secretarias de Saúde	59
ANEXO	61
ANEXO A- Parecer Aprovação do Comitê de Ética	61

1. INTRODUÇÃO

A Dependência Química ou Transtorno por Uso de Substâncias (TUS) consiste na presença de um agrupamento de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos em que o indivíduo continua o uso da substância apesar de problemas significativos relacionados à mesma¹.

Segundo dados do *World Drug Report (WDR)*, é estimado que 275 milhões de pessoas no mundo com idades entre 15 a 64 anos utilizaram algum tipo de droga em 2016, e destas, cerca de aproximadamente 11% apresentaram algum transtorno por uso de substâncias². A estimativa de prevalência do uso de substâncias teve um aumento de 0,7% entre os anos de 2006 a 2016, sendo que em 2016 os dados mostram uma prevalência 5,6% na população mundial. Em números absolutos, houve um aumento de 67 milhões de pessoas, neste mesmo período, que utilizaram qualquer tipo de substância².

Ademais, observa-se uma redução da idade de início ou “experimentação” da droga, com metade das pessoas que já usaram álcool na vida apresentando primeiro uso entre 14 e 21 anos, 15 a 21 anos para o tabaco, 16 a 22 anos para maconha e 19 a 28 anos para cocaína³. Este fato traz consequências fisiológicas e psicológicas cada vez mais cedo ao usuário, uma vez que é na adolescência em que grande parte do neurodesenvolvimento cerebral ocorre⁴, dificultando o tratamento e levando a um pior prognóstico para o paciente.

No Brasil, no ano de 2001 e 2005, foi realizado, respectivamente, o I e II Levantamento Domiciliar sobre o uso de Drogas Psicotrópicas, pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas (CEBRID). Nesta pesquisa, observou-se que 19,4% da população pesquisada em 2001 e 22,8% em 2005 já fizeram uso de algum tipo de substância ilícita. A estimativa de dependentes de álcool foi de 11,2% e de tabaco 9,0% no ano de 2001, e de 12,3% e 10,1%, respectivamente, em 2005^{5,6}. A região Sul apresentou um decréscimo da prevalência de uso na vida de qualquer substância, exceto álcool e tabaco, de 17,1% em 2001 para 14,8% em 2005^{5,6}.

Em 2006 e 2012, foram realizadas, respectivamente, a primeira e a segunda fase da coleta de dados do I e do II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD I e II)^{7,8}, mostrando que a substância mais consumida no Brasil é o álcool, o qual cursando com uma prevalência de 52% e 50%, respectivamente, de uso na população no último ano, seguido pelo tabaco com 20,8% em 2006 e 16,9% em 2012. No segundo levantamento, os autores encontraram que a substância ilícita mais consumida no Brasil é a maconha, correspondendo aos dados internacionais², com 6,8% da população brasileira adulta já tendo feito uso da substância alguma vez na vida, seguido pela cocaína com 3,8% da população⁸.

Cada substância psicoativa apresenta particularidades em relação a sua via de administração, duração dos efeitos, desenvolvimento e curso de problemas; fato que intervém tanto a curto quanto a longo prazo em alterações neurofisiológicas no sistema nervoso central (SNC), levando a graves sequelas cognitivas e comportamentais⁹. Além destas alterações, podemos observar que quando o usuário busca tratamento médico, o mesmo muitas vezes já apresenta problemas sociofamiliares, comorbidades clínicas e psiquiátricas, problemas jurídicos e de aspectos legais que comprometem seu tratamento, manutenção da abstinência e relações interpessoais¹⁰⁻¹².

Nos últimos anos, o tratamento psiquiátrico voltado para pacientes com TUS consistia principalmente de internações hospitalares voltadas para desintoxicação, porém a prática psiquiátrica vivenciou extensas transformações com intuito de elaborar alternativas que evitassem não apenas a hospitalização, mas também a permanência dos pacientes por longos períodos em hospitais psiquiátricos. Permitindo, desta forma, a ampliação de uma rede de saúde pública com a proposta de melhorar a assistência aos pacientes com TUS e, conseqüentemente, reduzir o número de internações e reinternações^{13,14}. No decorrer deste cenário, o Ministério da Saúde (MS) regulamentou os serviços de atenção à saúde mental no Brasil criando diversos pontos de atendimento aos pacientes com Transtornos psiquiátricos e TUS. Dentre estes serviços, destacam-se a presença dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS Ad)¹⁴, regulamentado por meio da Portaria n.º 336/2002¹⁵ e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), regulamentado pela Portaria n.º 154/2008¹⁶.

Posteriormente, a Política Nacional de Saúde Mental buscou consolidar um modelo de atenção aberto e de base comunitária com a proposta de garantir a livre circulação das pessoas pelos serviços, pela comunidade e pela cidade, visando integração da rede e cuidado contínuo do paciente. Este modelo é chamado de Atenção Psicossocial (RAPS) e foi promulgado pela Portaria n.º 3.088/2011¹⁷.

A ampliação de uma rede de serviços ambulatoriais pode auxiliar na detecção precoce de situações de crise, como também tentar resolvê-las antes de se chegar a uma gravidade que exija hospitalização, além de atuar na manutenção da terapêutica extra-hospitalar¹⁸. A integração entre o serviço hospitalar e os Serviços Públicos de Saúde Mental (SPSM) é fundamental para a efetividade de um tratamento especializado^{18,19}. Portanto, se o atendimento psiquiátrico ambulatorial demonstra-se insuficiente, isso pode refletir em uma superlotação de emergências psiquiátricas, independentemente da apresentação clínica e severidade do quadro¹⁸.

O Estado de Santa Catarina conta com o Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (IPq/SC), único hospital psiquiátrico público com um pronto atendimento 24 horas para o atendimento de emergências psiquiátricas da região metropolitana de Florianópolis, capital do Estado e, portanto, referência para uma população de cerca de um milhão de habitantes¹⁶.

Em decorrência da falta de estudos epidemiológicos focados nesta população no Estado de Santa Catarina e região, busca-se com esta pesquisa avaliar se o aumento da disponibilidade de serviços de assistência à saúde mental ambulatorial está associado a uma redução na demanda de atendimentos, internações e reinternações na Unidade de Emergência (UE) psiquiátrica do IPq/SC e, além do mais, comparar se esta demanda sofre variações nos diferentes municípios, visto que estes apresentam perfis distintos de assistência ambulatorial em saúde mental nos últimos anos.

1.1 REFERENCIAL TEÓRICO

1.1.1 Transtornos por Uso de Substâncias

1.1.1.1 Definição e características

TUS é uma síndrome definida pelo *Diagnostical and Statistic Manual of Mental Disorders* – versão 5 (DSM – 5) que abrange dez categorias distintas de substâncias: álcool, *Cannabis*, alucinógenos, inalantes, opióides, sedativos, hipnóticos e ansiolíticos, estimulantes, tabaco e outras substâncias, e necessita da presença de um agrupamento de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos que indica o uso contínuo pelo indivíduo de qualquer substância (exceto cafeína), apesar dos problemas significativos relacionados a mesma¹.

Historicamente, os indivíduos com TUS eram vistos como pessoas hedonistas, com problemas puramente comportamentais e julgados moralmente pelo uso de qualquer tipo de substância, não como portadores de uma doença. Devido a este motivo, ainda hoje, muitos usuários de substâncias psicoativas acabam por serem conduzidos por familiares, autoridades escolares ou pelo sistema judicial, ao invés de serem tratados em programas especializados de tratamento de uso de drogas²⁰.

Embora o uso de múltiplas substâncias geralmente inicie na adolescência e continue ao longo da vida adulta, a escolha pelo “tipo de droga” é influenciada por diversos fatores além da idade, que inclui: “tendências da moda”, influências de amigos, fatores psicológicos e biológicos individuais¹¹.

Há um crescente indício de que as pessoas apresentem uma vulnerabilidade diferente para a progressão do uso para o abuso, e depois para a dependência de substâncias¹¹. A evolução nos estudos sobre TUS demonstra uma forte evidência para o conceito multifatorial da doença, que abrange: uma explicação neuronal para os sintomas físicos, a presença de vulnerabilidade genética²¹, fatores intrínsecos e extrínsecos ao usuário²⁰ e características semelhantes a outras doenças crônicas^{20,22}, sugerindo que as adicções podem ser consideradas como doenças adquiridas²².

A sua dificuldade de tratamento, com presença de muitas recaídas com oscilações periódicas de abstinência, abandono do tratamento medicamentoso e início precoce, demonstram um curso permanente e podem ser comparadas com outros modelos de doenças crônicas presentes na população, como diabetes mellitus tipo I, hipertensão e asma, por meio da comparação de suas

taxas de recaídas²³. Em dados estatísticos, o TUS apresenta uma taxa de recaída em torno de 40 a 60%, enquanto a Diabetes tipo I de 30 a 50%, a Hipertensão e Asma de 50 a 70%²³, respectivamente.

Ao longo do curso de tratamento, os usuários experimentam diversos estágios motivacionais e funcionam como um “espiral” que gira em torno de uma linha de abstinência, ora com períodos mais contemplativos, ora sem contemplação. Embora muitos usuários consigam um período de abstinência sem tratamento formal, é visto que na maioria dos casos o sucesso do tratamento está associado à participação ativa em grupos de apoio como Alcoólicos Anônimos (AA) e/ou Narcóticos Anônimos (NA), associados ou não ao tratamento médico e psicológico¹¹.

Os estágios motivacionais no TUS são definidos pelo Modelo Transteórico de Prochaska e DiClemente²⁴, o qual é baseado na premissa de que a mudança comportamental é um processo, que as pessoas têm diversos níveis de motivação e de prontidão para mudar. Sua classificação baseia-se em cinco estágios que estruturam este processo: pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção. Os indivíduos que estão no estágio de pré-contemplação não mostram evidências de intenção de mudar o seu comportamento e, por isso, dificilmente procuram ajuda para iniciar seu processo de mudança e, quando o fazem, geralmente são impelidos por outros motivos como, por exemplo, encaminhamento judicial²⁵. Eles não estão cientes de que seu comportamento já se constitui um problema ou que poderá vir a se tornar. Os pré-contempladores tendem a perceber mais as consequências “positivas” do que negativas em seu comportamento, acreditando que esse está “sob controle” e que é “administrável”²⁶.

A consideração da possibilidade de mudança ocorre no estágio de contemplação. A característica principal deste estágio é a ambiguidade sobre as implicações que seu comportamento traz para si e para os que estão a sua volta. No estágio de Determinação há uma melhor conscientização do problema, os indivíduos admitem mudanças nas suas atitudes e comportamentos e isso pode incluir busca de ajuda de um psicoterapeuta, consulta a um clínico, aconselhamento e o envolvimento em atividades saudáveis²⁷.

O estágio de ação acontece quando os indivíduos mudam de forma clara o seu comportamento por um período determinado de tempo. Esse é o momento no qual os pacientes praticam o que foi planejado no estágio anterior²⁴. A estabilização do quadro, com manutenção da abstinência e evitando-se a recaída, é a marca do estágio de manutenção. Estar apto a permanecer livre do comportamento aditivo é o critério para se considerar este estágio.

Além do mais, a motivação para busca da abstinência está diretamente relacionada com a gravidade das consequências adquiridas ao longo da vida, como perdas de relacionamentos, encarceramento e sequelas neurológicas causadas pelo uso da substância. Apesar da motivação, estes usuários necessitam de um suporte externo para continuar em tratamento além do passo inicial, a desintoxicação¹⁰.

A dependência química (DQ) ou TUS provoca danos à saúde do indivíduo e, qualquer tipo de uso, seja abuso, nocivo ou pela dependência está associado a algum tipo de prejuízo que pode levar a baixa Qualidade de Vida (QV), pois está diretamente ligada ao desequilíbrio entre a combinação do bem-estar psicológico e a saúde física²⁸.

Tendo em vista que sujeitos com DQ apresentam QV pior do que a população geral^{29,30}, para melhorar este aspecto, os pacientes com DQ devem buscar a prevenção e o tratamento dos transtornos relacionado ao uso de Substâncias Psicoativas (SPAs)^{11,31}. Estas ações proporcionam ao indivíduo a criação do hábito de observar seu comportamento, identificando situações de risco, fazendo-o buscar novas estratégias, facilitando o desenvolvimento da autoestima, da autoconfiança e da autoajuda, na tentativa de encontrar uma resposta diferente, que não a droga³².

Durante os primeiros anos de intervenção, a maioria dos usuários apresentam recaídas que diminuem de frequência ao longo do programa terapêutico. O risco de recaída é alto nos primeiros doze meses e muitos pacientes passam por ciclos de uso e abstinência antes de concluírem para si próprios que o “uso controlado” não é possível e não faz parte da abstinência do quadro³³.

Independente do local ou das modalidades utilizadas, a frequência, intensidade e duração do tratamento determinam um melhor resultado. A

abstinência prolongada associada a uma melhora no funcionamento social e ocupacional acontece naqueles que tem baixos riscos de comorbidades, que utilizam grupos de autoajuda e que tem uma melhor capacidade de desenvolver novas relações³⁴.

Outra característica importante deste grupo de pacientes se forma em nível neurofisiológico onde ocorre uma alteração dos circuitos cerebrais após o uso de qualquer substância^{9,11}, provocando neuroadaptações moleculares, genéticas e farmacológicas que são fundamentais para o desenvolvimento e manutenção do uso³³. A transição para a dependência envolve a neuroplasticidade em diversas estruturas cerebrais relacionadas ao sistema dopaminérgico mesolímbico, em conjunto com neuroadaptações que ocorrem do estriado ventral ao córtex orbitofrontal e a desregulação do córtex pré-frontal, giro do cíngulo e amígdala³⁵.

Estas alterações geralmente podem levar a sequelas que persistem após a desintoxicação, especialmente em indivíduos mais graves¹¹. Seus efeitos comportamentais estão associados a recaídas constantes e uma fissura intensa pelo uso das drogas quando são expostos a estímulos relacionados a elas, o que é chamado de “gatilho”⁹.

Estudos científicos evidenciam que a adolescência é um momento de transformações morfológicas e funcionais no cérebro e que, conjuntamente com o aumento dos níveis hormonais associado às influências culturais, econômicas e psicossociais, os pensamentos, sentimentos e comportamentos dos adolescentes são moldados³⁶. Além do mais, durante esse período, o cérebro apresenta taxas cinco vezes maior de formação de novos neurônios ao comparados a idade adulta³⁷, além de alterações na velocidade e no fluxo das informações entre as regiões cerebrais interligadas³⁸, dado importante para pensarmos como o uso de substâncias nesta fase da vida pode interferir na neuromodulação e comportamentos da fase adulta.

Para melhor compreensão dos avanços neurobiológicos no modelo de dependência no SNC, pode-se dizer que todas as drogas quando utilizadas, ativam, direta ou indiretamente, o sistema de recompensa cerebral causando acentuadas liberações de dopamina no núcleo *accumbens*, base

neurofisiológica para compreensão da dependência de SPAs e comportamentos relacionados ao seu uso⁹.

1.1.1.2 Mecanismo de ação das Substâncias Psicoativas

As diversas SPAs variam seu mecanismo de ação devido ao seu efeito no SNC, sua via de administração e curso da doença¹.

As drogas que apresentam uma via de absorção mais rápida e eficiente na corrente sanguínea (p. ex.: intravenosa, fumada) possuem um maior potencial aditivo¹. Isso está associado a maior velocidade com que a substância chega ao SNC, a menor duração e maior intensidade do seu efeito; resultando em uma intoxicação imediata, sintomas de abstinência mais intensos e com maior gravidade. Além do mais, uma absorção mais acelerada apresenta maior probabilidade de um padrão progressivo de uso da substância, pois o usuário sente um imenso prazer e de uma forma rápida, necessitando repetir a “dose” quando acabam seus efeitos¹.

Outro fator que influencia no mecanismo de ação é a meia-vida da substância utilizada, ou seja, o tempo necessário para que a concentração plasmática do fármaco se reduza pela metade no organismo. Quanto mais prolongada for a meia-vida da droga, mais tempo entre a interrupção e o início dos sintomas de abstinência, e maior a duração destes, fazendo com que sua síndrome seja menos intensa¹.

Estudos recentes têm dado ênfase à explicação neurobiológica para os TUS, através das mudanças em nível molecular e celular que o uso das diversas substâncias pode provocar. Apesar de cada substância apresentar diferentes efeitos químicos no cérebro, os cientistas identificaram características físicas e hereditárias que são semelhantes a maioria dos usuários⁹.

O principal sistema envolvido no TUS é chamado de Sistema de Recompensa (SR) e seu principal neurotransmissor é a dopamina.

O SR ou sistema mesolímbico-mesocortical é composto pelo *nucleus accumbens*, pela amígdala e pelo córtex pré-frontal, e está localizado entre o putâmen e cabeça do núcleo caudado, próximo ao hipotálamo. Este sistema é responsável por promover e estimular comportamentos que favoreçam a

manutenção da vida e da espécie, respondendo com sensações de prazer e satisfação³³.

O uso de SPAs libera uma grande quantidade do neurotransmissor dopamina e de peptídeos opióides na fenda sináptica, principalmente no corpo estriado ventral, que se liga aos receptores de dopamina tipo 1 e 2 (D1 e D2) do neurônio pós-sináptico, levando ao sentimento de prazer e recompensa imediata³⁹. Estes receptores estão presentes em uma região do cérebro conhecida como núcleo estriado, que parece ser responsável pela motivação dos indivíduos a apresentar um comportamento impulsivo em busca de gratificação instantânea, apesar dos riscos que esta busca envolve. Portanto, quando há uma resposta mais baixa de dopamina entre os receptores D2 no estriado, os indivíduos começam a apresentar maior impulsividade na busca de recompensa a curto prazo. Da mesma forma, pessoas com uma propensão genética para uma menor quantidade de receptores D2 no estriado, os torna naturalmente susceptíveis ao uso e comportamentos impulsivos³²⁻³⁴.

Além do mais, o modelo neurobiológico para TUS também divide as alterações do uso de SPAs em três grandes áreas do SR: I – alterações no gânglio basal conduzindo episódios de binge e intoxicação, II – alterações na amígdala levando a comportamentos negativos, e III – alterações no córtex pré-frontal levando à preocupação e antecipação. Nestes três domínios, mudanças em neurotransmissores e neuromoduladores específicos estão relacionados ao sistema mesolímbico cortical ascendente, fator de liberação de corticotropina no *nucleus accumbens* da amígdala, e projeções do glutamato corticoestriatal⁹.

Durante o estágio de binge ou intoxicação, os circuitos cerebrais que estavam em estado de latência são ativados pelo aumento da neurotransmissão de dopamina e glutamato no gânglio basal, desencadeado pelo uso das SPAs. Este processo gera um sinal de recompensa que estimula o aprendizado e condicionamento ao prazer momentâneo. Com a exposição repetida à mesma substância, as células de dopamina param de disparar em resposta à própria recompensa, reorganizam as neurotransmissões em uma resposta a estímulo condicionado, gerando a lembrança do prazer do uso quando ocorre a exposição a fatores ambientais que lembrem o efeito da droga, o que chamamos de gatilhos⁴⁰.

Além de redefinir o SR do cérebro, a exposição repetida às drogas leva a adaptações nos circuitos da amígdala e prosencéfalo basal, resultando em aumento da reatividade das pessoas ao estresse e ao surgimento de emoções negativas. Este sistema é modulado pelo fator liberador de corticotropina e dinorfinas, que normalmente ajudam a manter a homeostase. Ao longo do tempo, esta neuroplasticidade do SNC forma conexões sinápticas relacionadas à aprendizagem e à formação de memória esclarecendo os comportamentos compulsivos dos TUS, pois os usuários acabam associando a obtenção de prazer apenas com uma grande liberação de dopamina na fenda sináptica, ao invés de obtenção de prazer com atividades rotineiras⁹.

A ingestão excessiva de substâncias também condiciona déficits paralelos na função executiva através da desregulação de redes neuronais glutamatérgicas, gabaérgicas e dopaminérgicas no córtex pré-frontal, perpetuando a desregulação da função de recompensa e estresse, da capacidade de auto-regulação na tomada de decisões e induzem ao uso compulsivo de drogas^{9,40}.

Estudos pré-clínicos e clínicos têm demonstrado que o consumo de drogas desencadeia aumentos muito menores de dopamina na fenda sináptica quando já existe uma dependência da mesma^{41,42}, tornando o sistema de recompensa do cérebro muito menos sensível ao estímulo por recompensas, relacionadas ou não com as substâncias.

O uso crônico de SPAs provoca neuroadaptações dificilmente reversíveis, pois a manutenção do consumo faz com que o cérebro se adapte à presença constante da droga e estimula a manutenção de um funcionamento patológico, com mudanças persistentes da motivação (ambivalência) e dificuldade em autocontrole. Estas mudanças aumentam a probabilidade de recaída mesmo após longos períodos de abstinência, tornando complexo o tratamento deste usuário e com prognóstico reservado em muitos casos, ainda mais se associados a fatores de estresse ambiental, comorbidades psiquiátricas, disposições de personalidade e temperamentos⁴⁰.

1.1.1.3 Epidemiologia do uso de SPAs

A prevalência do uso de substâncias lícitas e ilícitas têm aumentado no Brasil e no mundo, sofrendo oscilações nos seus percentuais de acordo com cada tipo de substância^{11,12}.

O relatório do WDR refere que a incidência no uso de substâncias teve um aumento de 0,7% entre os anos de 2006 a 2016, sendo que neste último ano os dados mostram uma prevalência no uso de SPAs de 5,6% na população mundial. Em números absolutos, houve um aumento de 67 milhões de pessoas que, neste mesmo período, utilizaram qualquer tipo de substância².

O WDR estima que 275 milhões de pessoas no mundo com idades entre 15 a 64 anos utilizaram algum tipo de droga em 2016, em torno de 11% destas apresentaram algum transtorno por uso de substâncias, porém apenas um em cada 6 usuários com TUS receberam tratamento². *Cannabis* foi a substância ilícita mais amplamente utilizada em 2016, com 192 milhões de pessoas tendo feito uso desta, seguido pelo uso de anfetaminas e cocaína. Ainda, apesar do uso de opióides ter apresentado uma baixa estimativa de uso em relação às outras substâncias, em torno de 35 milhões de usuários, é a classe que apresenta maior potencial para trazer danos à saúde do indivíduo².

O *National Institute of Drug Abuse* (NIDA) estima que a prevalência de diversas drogas está aumentando nos últimos anos. Segundo pesquisa realizada com base populacional mundial, foi avaliado o uso de drogas em toda vida, no último ano e no último mês durante o período de 2013, 2014 e 2015 em estudantes do ensino médio e fundamental⁴³. O resultado deste estudo demonstrou um aumento da prevalência de taxas de uso principalmente de drogas sintéticas, como 3,4-metilenodioximetanfetamina (MDMA), inalantes e metanfetaminas entre as diversas faixas etárias. Houve um aumento de 2% no uso de drogas ilícitas em indivíduos entre 12 a 17 anos no período de 2013 a 2015¹¹, enquanto indivíduos entre 18 e 24 anos apresentam taxas de prevalência relativamente mais altas para o uso de praticamente todas as substâncias⁴⁴.

Nos anos de 2001 e 2005, foi realizado o I e II Levantamento Domiciliar sobre o uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID). Nesta pesquisa, observou-

se que 19,4% da população pesquisada em 2001 e 22,8% em 2005 já fizeram uso de algum tipo de substância psicoativa, exceto álcool e tabaco, durante a vida. A estimativa de dependentes de álcool foi de 11,2% e de tabaco 9,0% no ano de 2001, e de 12,3% e 10,1%, respectivamente, em 2005^{5,6}.

Ainda comparando estes dois estudos (I e II Levantamento Domiciliar sobre o uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil), curiosamente a região Sul apresentou um decréscimo da prevalência de uso na vida de qualquer droga, exceto álcool e tabaco, entre estes dois anos, de 17,1% para 14,8%^{6,45}. Não há estudos mais atuais para esta comparação.

O álcool foi a substância com maior prevalência de uso na vida, com 69,1% em 2001 e 73,9% em 2005, seguida pelo tabaco com 44,1% e 49,3%, para 2001 e 2005, respectivamente. Em relação às drogas ilícitas, a maconha manteve a primeira colocação entre as demais, cursando com prevalência de 8,4% em 2001 e 9,7% em 2005, seguida pela cocaína com 3,6% em 2001 e 3,1% em 2005. É importante destacar que apesar da redução discreta do uso de cocaína, o crack (cocaína fumada) apresentou um aumento de sua prevalência em 0,6% entre estes anos. Os estimulantes cursaram com prevalência de 2% em 2001 e 2,6% em 2005 e os alucinógenos de 0,6% em 2001 e 1,1% em 2005^{5,6}.

Em 2006, no Brasil, foi realizada a primeira fase da coleta de dados do LENAD pelo Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), um estudo transversal que permite o entendimento das tendências do uso de álcool e tabaco entre os anos de 2006 e 2012 e, pela primeira vez, identifica as prevalências de uso de substâncias ilícitas em uma amostra representativa de toda a população brasileira^{7,8}.

O primeiro Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (I LENAD), realizado em 2006, é um estudo de base populacional que cursou com 3007 entrevistas realizadas a domicílio em 147 municípios brasileiros e teve como foco a identificação dos padrões de uso de álcool e tabaco pela população⁷. Seguindo a mesma linha de pesquisa, em 2012, foi realizado a segunda fase da coleta de dados chamado de II LENAD, que também é um estudo de base populacional que cursou com 4.607 participantes, de 14 anos ou mais, em 149 municípios brasileiros, focado na avaliação dos padrões de uso de álcool, tabaco e drogas

ilícitas, bem como fatores associados ao uso problemático, como depressão, suporte social, saúde física, violência infantil e doméstica, entre outros⁸.

Nesta coleta de dados, foi utilizada uma amostra representativa da população brasileira, estratificada com alocação proporcional à população de cada estado. Foi utilizada uma amostra probabilística em todos os estágios de seleção com arrolamento dos pontos amostrais e a estratificação da amostra foi baseada utilizando-se dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). O levantamento alcançou um índice de resposta de 77%, considerado muito bom para este tipo de levantamento⁸. Devido à metodologia utilizada, os dados podem ser extrapolados para a população de adultos e adolescentes no Brasil, porém não podem ser extrapolados para os diversos Estados.

O I LENAD mostrou que a prevalência do uso de álcool no último ano foi de 52% dos brasileiros, com proporções equivalentes entre o beber ocasional (27%) e beber mais frequente (25%)⁷, e que 12% da população brasileira tem algum tipo de problema com álcool, seja: social, familiar, de trabalho, físicos, legais ou relacionados à violência, mostrando um índice significativo em termos de saúde pública para se dimensionar o custo social da substância⁷.

Além do mais, o mesmo estudo mostrou que homens nas faixas etárias mais jovens, classes sociais mais ricas e moradores da Região Sul, acabam tendo um perfil de beber mais frequente⁷. Em relação ao uso nocivo e dependência de álcool, do total da população com 18 anos ou mais, 3% faz uso nocivo e 9% é dependente de bebidas alcoólicas. Tanto o uso nocivo quanto a dependência predominam entre os homens, sendo sua média quatro vezes maior comparada à média das mulheres⁷.

Já no II LENAD, os resultados mostram que a substância mais consumida no Brasil é o álcool, cursando com uma prevalência de 50% de uso na população em 2012, seguido pelo tabaco com 16,9%, e dentre estes fumantes, a região Sul apresenta uma prevalência de uso de 20,2%⁸. Foi visto que a substância ilícita mais consumida no Brasil é a maconha, correspondendo aos dados internacionais¹⁰, com 6,8% da população brasileira adulta já ter feito uso da substância alguma vez na vida, seguido pela cocaína aspirada com 3,8% da população, a cocaína fumada com 1,3%, os estimulantes com 2,7%, os alucinógenos com 0,9% e o ecstasy com 0,7% da população⁸.

As taxas de dependência de álcool em 2012, foram de 6,8% da população brasileira (10,5% entre homens e 3,6% entre mulheres), da maconha com 0,64% e da cocaína, tanto aspirada como fumada, com taxa de dependência de 0,5% (62% aspirada e 38% fumada) da população brasileira^{8,46}.

1.1.1.4 Diagnóstico

Para se fazer o diagnóstico de TUS, utiliza-se tanto os critérios da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde⁴⁷ (CID – 10), quanto do *Diagnostical and Statistic Manual Of Mental Disorders – versão 5*⁴⁸ (DSM – 5). Ambos são baseados em um padrão patológico de comportamentos relacionados ao uso da substância e organizados em agrupamentos com critérios bem definidos.

Em ambas as diretrizes, define-se que deve haver um padrão problemático de uso que leva a um comprometimento ou sofrimento significativo ocorrendo durante o período mínimo de doze meses (critério essencial) e contemplando no mínimo dois dos critérios citados abaixo^{1,47}:

1. Consumo frequente e em maiores quantidades ou por um período mais longo do que pretendido;
2. Desejo persistente ou esforços malsucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso;
3. Muito tempo gasto em atividades necessárias para obtenção ou uso da substância, ou na recuperação dos seus efeitos;
4. Fissura ou um forte desejo de consumo;
5. Uso recorrente da substância, resultando no fracasso em desempenhar papéis importantes no trabalho, na escola ou em casa;
6. Uso continuado apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados por seus efeitos;
7. Importantes atividades sociais, profissionais ou recreacionais são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso;
8. Uso recorrente em situações nas quais isso representa perigo para a integridade física;

9. Manutenção do uso apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pela substância;
10. Tolerância definida pela necessidade de doses cada vez maiores para alcançar o efeito desejado e pelo efeito acentuadamente menor com o uso continuado da mesma quantidade de substância;
11. Abstinência definida pela Síndrome de Abstinência, quando a substância é consumida para evitar ou aliviar seus efeitos da cessação do uso.

1.1.1.5 Classificação

Os TUS podem ser classificados de acordo com sua gravidade, sendo um transtorno leve quando há presença de pelo menos dois ou três sintomas; moderado, quatro a cinco sintomas; e grave por seis ou mais sintomas, podendo ocorrer oscilação entre o quadro ao longo do percurso do tratamento. O TUS pode ainda ser classificado de acordo alguns especificadores, como: “em remissão inicial”, “em remissão sustentada”, “em terapia de manutenção” e “em ambiente protegido”⁴⁸.

Toda esta divisão e classificação visa caracterizar melhor o perfil do paciente a ser atendido e definir seu tratamento de acordo com suas necessidades individuais.

1.1.2 Assistência Pública em Saúde Mental em Santa Catarina

1.1.2.1 História da Política em Saúde Mental

Nas últimas décadas, a prática psiquiátrica vivenciou extensas transformações, aspirando a elaboração de alternativas de tratamento que evitassem a permanência dos pacientes por longos períodos em hospitais psiquiátricos⁴⁹.

Em boa parte do mundo ocidental, até os anos de 1950, o número de pessoas moradoras em instituições para doentes mentais aumentava

proporcionalmente ao crescimento populacional⁵⁰. Em 1952, com a introdução do primeiro antipsicótico, Clorpromazina, na prática clínica foi possível iniciar a desinstitucionalização destes pacientes⁵¹. Em subsequência, a redução de moradores em instituições psiquiátricas deu-se no decorrer dos anos de 1970, como resultado dos movimentos socioculturais e políticos, voltados a favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado⁵².

Ao longo deste período, o Brasil promulgou a Lei 10.216, publicada em abril de 2001¹³, a qual expressa o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental e dispõe de maior cuidado e proteção aos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e a predileção por uma assistência junto a comunidade de origem do indivíduo, sempre que possível, dando início a redução de leitos para internação psiquiátrica em nível hospitalar e visando a ampliação de uma rede de saúde pública com a proposta de melhorar a assistência aos pacientes com TUS e, conseqüentemente, reduzir o número de internações e reinternações^{13,14}.

No decorrer deste cenário, o Ministério da Saúde regulamentou os serviços de atenção à saúde mental no Brasil criando diversos pontos de atendimento aos pacientes com Transtornos psiquiátricos e TUS. Dentre estes serviços, destacam-se a presença dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS Ad)¹⁴, regulamentado por meio da Portaria n.º 336/2002¹⁵ e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), regulamentado pela Portaria n.º 154/2008¹⁶.

Em subsequência, a partir de 2014, fica instituída a Rede de Atenção Psicossocial, cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta proposta surgiu pela necessidade do SUS fornecer uma rede de serviços de saúde mental integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção à saúde, garantindo a livre circulação de

pessoas com transtornos psiquiátricos pelos serviços, pela comunidade e pela cidade¹⁷.

A criação de uma rede de serviços diferente das hospitalizações auxiliou não só a detecção precoce de situações de crise, como também resolvê-las antes de se chegar a uma internação e exercer uma manutenção terapêutica extra-hospitalar^{49,53}. Apesar desta mudança, ainda hoje a existência de um hospital psiquiátrico mantém sua importância por poder avaliar o funcionamento adequado da atenção primária e secundária, servir como porta de entrada de pacientes em primeiros surtos psicóticos, e auxiliar a suprir as demandas excedentes associadas às deficiências dos serviços extrahospitalares¹⁸.

O Estado de Santa Catarina conta com o Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (IPq/SC), que é um hospital psiquiátrico público que atende pacientes dependentes químicos na região da grande Florianópolis, considerado referência para internação por TUS.

1.1.2.2 Hospital Psiquiátrico de Santa Catarina

O Hospital Colônia Santana foi inaugurado em 10 de novembro de 1941, no município de São José, no Estado de Santa Catarina. Distante 25 km da capital do estado, o hospital seguiu um modelo instituído pelo psiquiatra Philippe Pinel, na França, pioneiro no reconhecimento destes pacientes como doentes mentais e trazendo a Psiquiatria como especialidade médica^{54,55}. Em 1996 a antiga instituição chegou ao fim, surgindo em seu lugar o IPq/SC, o qual construiu uma história que acompanhou o desenvolvimento político assistencial em saúde mental, passando de uma trajetória de segregação e superlotação para se transformar na atualidade em uma instituição psiquiátrica diferente do modelo anterior.

O IPq/SC é referência especializada em assistência psiquiátrica em Santa Catarina, está localizado na Rua Engelberto Koerich, 333, Bairro Colônia Santana, no município de São José – Santa Catarina (SC). Trata-se de um órgão público e funciona sob administração da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES- SC). Possui 160 leitos para internação de pacientes agudos provindos da emergência psiquiátrica, além do Centro de Convivência

Santana (CCS) que abriga pacientes remanescentes do antigo Hospital Colônia Santana. Atualmente são atendidos 463 pacientes internados, entre crônicos e agudos, dos quais cerca de 40% moram no local.

Em relação aos pacientes com diagnóstico entre F10 e F19 (CID-10)⁴⁷, o hospital conta com uma enfermaria masculina que possui 40 leitos para tratamento de desintoxicação. Não há enfermaria feminina específica para internação de pacientes com diagnóstico de TUS, sendo estas, alocadas na enfermaria feminina de agudos que abriga 40 leitos no total.

1.1.2.3 Núcleo de Apoio à Saúde da Família

O NASF, regulamentado pela Portaria n.º 154/2008¹⁶, surgiu com a proposta de trabalho integrado entre a ESF e a equipe de Saúde Mental, cujo papel é oferecer apoio à equipe de referência em termos de esclarecimento diagnóstico, organização de um projeto terapêutico, abordagem familiar e na formulação de intervenções psicossociais específicas na atenção primária, configurando o chamado Sistema de Apoio Matricial (SAM). A recomendação é de que exista NASF para duas Equipe de Saúde de Família (ESF)¹⁶.

O SAM fornece suporte matricial especializado (SME) quando necessário. Por exemplo, quando confrontado com uma situação em que a equipe de saúde de referência (responsável pelos cuidados de saúde em geral) não se sente completamente competente ou confiável para lidar e precisa de esclarecimentos diagnósticos, aconselhamento estratégico terapêutico ou orientação do especialista, a equipe SME pode ser chamada⁵⁶.

Esse compartilhamento se produz em forma de corresponsabilização pelos casos, que pode se efetivar através de discussões conjuntas de casos, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos, e também na forma de supervisão e capacitação. Essa responsabilização compartilhada dos casos exclui a lógica do encaminhamento, pois visa aumentar a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe local⁵².

Alguns estudos^{18,57} demonstram que a presença deste sistema contribui significativamente para a redução do número de internações e o aumento do tempo antes das readmissões psiquiátricas.

1.1.2.4 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

A partir do século XXI inicia, em Santa Catarina, o funcionamento de unidades regionalizadas que servem como porta de entrada ao sistema público, relacionados a saúde mental, os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS)⁵⁸.

Regulamentado por meio da Portaria n.º 336/2002¹⁵, são serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico que oferecem atividades terapêuticas e atendimento clínico em regime de atenção diária, onde o tratamento é realizado por uma equipe multidisciplinar. Este modelo visa promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais, regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção básica. Estas unidades têm seu tratamento voltado para atendimento de pacientes geralmente vindos de internações hospitalares, quadros graves e/ou pacientes com problemas sociais desprovidos de apoio familiar ao tratamento, por exemplo⁵².

Os CAPS se diferenciam pelo porte, capacidade de atendimento, clientela atendida e organizam-se no país de acordo com o perfil populacional dos municípios brasileiros. Assim, estes serviços diferenciam-se como Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I), Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II), Centro de Atenção Psicossocial III (CAPS III), Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi) e Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS Ad)⁵². Para o atendimento de pacientes com TUS, a rede municipal conta com a existência de um centro específico, o CAPS Ad¹⁴.

Os CAPS I são os Centros de Atenção Psicossocial de menor porte, atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias, é indicado para Municípios com população acima de vinte mil habitantes¹⁷.

Os CAPS II são serviços de médio porte, e dão cobertura a municípios com mais de 70.000 habitantes¹⁷. Atende adultos com transtornos mentais severos e persistentes, podendo atender também pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local¹⁷.

Os CAPS III são os serviços de maior porte da rede CAPS, e atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, indicado para Municípios ou regiões com população acima de 200.000 habitantes¹⁷.

Os CAPSi, especializados no atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais, são equipamentos geralmente necessários para dar resposta à demanda em saúde mental em municípios com mais de 200.000 habitantes. Funcionam durante os cinco dias úteis da semana.

Os CAPS Ad, especializados no atendimento de adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para Municípios ou regiões com população acima de 70.000 habitantes¹⁷.

CAPS AD III: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo doze leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para Municípios ou regiões com população acima de 200.000 habitantes¹⁷.

Atualmente existe 11 CAPS na região metropolitana de Florianópolis sendo 4 em Florianópolis (1 CAPSi, 2 CAPS Ad, 1 CAPS II), 3 em Palhoça (1 CAPS Ad, 1 CAPSi e 1 CAPS II), bem como 1 CAPS I em Biguaçu e 3 em São José (1 CAPS Ad, 1 CAPSi e 1 CAPS II), oferecendo suporte ao tratamento hospitalar e articulando o cuidado, da população usuária de álcool e outras drogas, bem como de portadoras de transtornos mentais, com a atenção primária.

A região metropolitana de Florianópolis, com apenas uma emergência psiquiátrica pública disponível, oferece uma oportunidade única para avaliar a associação entre a estrutura do sistema de saúde mental na comunidade e número de atendimentos, internações e reinternações na emergência psiquiátrica, o que pode dar indícios sobre a efetividade desses serviços comunitários ambulatoriais.

Como não há dados sobre o tratamento público de pacientes com TUS na Grande Florianópolis ou mesmo no Estado de Santa Catarina, este projeto é considerado pioneiro na análise entre os dados referentes a procura por uma unidade de emergência psiquiátrica e a rede de saúde mental voltada para pacientes com TUS.

Além do mais, suas informações também poderão ser utilizadas para planejamento de políticas públicas voltadas para este perfil de pacientes na região da Grande Florianópolis e do Estado de Santa Catarina.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a associação entre disponibilidade de Serviços Públicos de Saúde Mental nos municípios de São José e Florianópolis e a demanda de consultas, internações e reinternações por Transtornos por Uso de Substâncias em uma unidade de emergência psiquiátrica entre os anos de 2014 e 2016.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever a rede ambulatorial em saúde mental dos municípios avaliados;
- Caracterizar o perfil de consultas, internações e reinternações por Transtorno por Uso de Substâncias no Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina;
- Correlacionar a demanda de consultas, internações e reinternações por Transtorno por Uso de Substâncias no Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina em relação a rede ambulatorial disponível dos municípios avaliados;
- Avaliar o impacto da rede ambulatorial de saúde mental em relação a demanda e procura por atendimento, internações e reinternações em uma emergência psiquiátrica.

3. MATERIAL E MÉTODOS

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo ecológico analítico baseado em dados secundários sobre consultas, internações e reinternações na unidade de emergência psiquiátrica do IPq/SC e dos Serviços Públicos de Saúde Mental de São José e Florianópolis.

3.2 POPULAÇÃO/LOCAL/TEMPO/AMOSTRA

A amostra foi constituída pelo número de internações, reinternações e consultas de triagem que procuraram o IPq/SC e que apresentam o diagnóstico entre F10 e F19 da CID-10⁴⁷ durante os anos de 2012 a 2016.

Os SPSM foram caracterizados com base em três parâmetros: número de psiquiatras com 20 horas de trabalho semanal por 100.000 habitantes, presença ou não de um SAM e de CAPS Ad. A definição da quantidade mínima de 20 horas semanais de trabalho foi baseada no tipo de contrato de trabalho médico mais comum nessa região.

Os dados foram analisados e comparados entre as áreas de abrangência – Brasil, Santa Catarina e IPq/SC.

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM)^{59,60}, Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB)^{59,61}, taxa de mortalidade infantil⁵⁹ e porcentagem das crianças de 6 a 14 anos matriculadas na escola⁵⁹, foram coletados para fins de comparação socioeconômica entre os municípios. O número de habitantes foi baseado na estimativa populacional para o ano de 2016 para os cálculos que incluíram dados referentes a esse ano e, para os cálculos que incluíram dados do ano de 2014, o número de habitantes considerado foi o resultado da média entre a estimativa populacional para o ano de 2016 e a população de acordo com o censo de 2010⁵⁹.

3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídos na pesquisa o número de primeiras internações, reinternações e de atendimentos realizados na Unidade de Emergência (EU) dos anos de 2012 a 2016, cujo diagnóstico variou de F10 a F19 (Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas), de acordo com a CID-10⁴⁷, e dados providos dos municípios de São José e Florianópolis sobre o SPSM deste mesmo período.

3.4 CRITÉRIO DE EXCLUSÃO

Foram excluídos dados que estavam incompletos.

3.5 COLETA DE DADOS

Os dados referentes ao número de atendimentos, internações e reinternações na UE psiquiátrica foram obtidos a partir do Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) do IPq/SC. Mensalmente, o SAME compila informações coletadas diariamente, incluindo número de consultas no serviço de emergência, número de primeiras internações, reinternações, tempo médio de permanência na unidade de internação, cidade de origem e diagnóstico psiquiátrico na admissão de acordo com o CID-10. Estes relatórios contêm informações que não permitem a identificação dos pacientes, mas apenas um resumo quantitativo (número absoluto e média mensal) das variáveis citadas acima.

Os SPSM foram caracterizados com base em três parâmetros: número de psiquiatras com pelo menos 20 horas de trabalho semanal por 100.000 habitantes, presença ou não de Sistema de Apoio Matricial e de Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas. A definição da quantidade mínima de 20 horas semanais de trabalho foi baseada no tipo de contrato de trabalho médico mais comum nessa região. Para obter esses dados, foi encaminhado um documento formal para o coordenador municipal de saúde mental de cada município, explicando os objetivos do estudo e solicitando as seguintes

informações, para os anos de 2012, 2013, 2014, 2015 e 2016: 1) número de psiquiatras e sua carga horária de trabalho semanal no sistema público de saúde; 2) presença ou não de SAM e número de NASF disponíveis; 3) Número de CAPS Ad por município. O contato com os coordenadores foi feito pessoalmente, por telefone e / ou endereço eletrônico.

3.6 VARIÁVEIS DO ESTUDO

Quadro 1: Variáveis do Estudo.

Variáveis	Tipo	Natureza	Proposta de utilização
Número de internações (Florianópolis e São José)	Dependente	Quantitativa discreta	Número absoluto e média anual
Número de reinternações (Florianópolis e São José)	Dependente	Quantitativa discreta	Número absoluto e média anual
Atendimentos na triagem (Florianópolis e São José)	Dependente	Quantitativa discreta	Número absoluto e média anual
Número de psiquiatras por horas semanais (Florianópolis e São José)	Independente	Quantitativa discreta	Número absoluto e média anual
Presença de SAMs (Florianópolis e São José)	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Sim ou Não
Número de NASF (Florianópolis e São José)	Independente	Quantitativa discreta	Número absoluto e média anual
Número de CAPS Ad (Florianópolis e São José)	Independente	Quantitativa discreta	Número absoluto e média anual

3.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Foram considerados para as estatísticas analíticas, apenas dados dos anos de 2014 e 2016 e de dois municípios da Grande Florianópolis, pois mais

de 70% da população da região da Grande Florianópolis é procedente das cidades de São José e Florianópolis, esta última com população quase duas vezes maior que a primeira⁵⁹. A distância entre o centro de São José e de Florianópolis à UE do IPq/SC é de aproximadamente 12 km e 25 km, respectivamente.

Para comparar a demanda de atendimento emergencial em TUS entre os anos de 2014 e 2016 de pacientes procedentes do município de São José, foi utilizada as médias mensais por 100.000 habitantes do número de consultas, número de internações e número de reinternações dos referidos anos. Em seguida, as mesmas comparações foram realizadas entre os dados dos municípios de São José e Florianópolis, primeiro para os números relativos ao ano de 2014 e posteriormente referentes ao ano de 2016.

Elaborou-se um banco de dados em planilha do Microsoft Excel, que foi posteriormente exportado para o software IBM SPSS Statistics 20.0®, para realização da análise estatística.

Os resultados foram sumarizados como números absolutos e percentuais para variáveis nominais, média e desvio padrão para variáveis numéricas. Foi realizado o teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov. A comparação entre os grupos foi efetuada por meio do test t de *student* de amostras independentes.

Foi considerado um nível de significância de 5%.

3.8 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos sob CAAE 44604015.9.0000.53619 (ANEXO A). Como não foram utilizados dados individuais de pacientes, mas apenas dados já compilados por um setor administrativo do hospital, foi solicitada dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foi garantido o anonimato dos pacientes.

Sabendo que conforme Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466 de 2012 toda pesquisa com seres humanos - direta ou indiretamente - envolve risco em tipos e gradações variados, esta pesquisa prevê riscos mínimos, sobretudo os relacionados a possível exposição de dados que

puderem porventura expor algum dos envolvidos indiretamente, sejam eles os pacientes que já foram internados no IPq/SC, sejam eles os médicos prescritores e/ou funcionários que trabalham na dispensação de medicamentos. Visando a minimização desses riscos foram tomados cuidados para manter o sigilo e anonimato, bem como respeito à pessoa dos pacientes, médicos e possíveis outros envolvidos. Os pacientes não foram identificados pois a equipe de pesquisa não acessou dados individuais, valendo-se apenas de dados secundários quantitativos, sem identificação das prescrições individuais ou mesmo dos prescritos. Embora os pesquisadores não consigam identificar outros riscos, visto que se trata de um estudo de baixíssimo risco, pois não se tratam de dados de prontuários, mas sim os de internação e dispensação de medicamentos, caso identificável, estes foram controlados.

4. RESULTADOS

Os dados coletados na UE do IPq/SC totalizaram 1377 atendimentos, 597 internações e 1049 reinternações de pacientes com TUS provindos do município de São José; e 1029 atendimentos, 648 internações e 1045 reinternações de pacientes provindos do município de Florianópolis, durante o período de 2012 a 2016 (Tabelas 1 e 2).

Podemos observar que o número de consultas em São José foi mais alto em todos os anos observados quando comparado ao número de consultas em Florianópolis. Já as internações em São José foram menores na maioria dos anos, exceto em 2013, e o número de reinternações foi parecido ao de Florianópolis. Os dados absolutos por ano podem ser visualizados com mais detalhes nas Tabelas 1 e 2.

Tabela 1- Números absolutos de pacientes com Transtorno por Uso de Substâncias provindos de São José (Santa Catarina), que procuraram a Unidade de Emergência Psiquiátrica entre 2012 e 2016.

São José	Número de consultas	Número de internações	Número de reinternações
2012	274	123	192
2013	288	128	202
2014	263	119	218
2015	293	112	218
2016	259	115	219
Total	1377	597	1049

Tabela 2- Números absolutos de pacientes com Transtorno por Uso de Substâncias provindos de Florianópolis (Santa Catarina), que procuraram a Unidade de Emergência Psiquiátrica entre 2012 e 2016.

Florianópolis	Número de consultas	Número de internações	Número de reinternações
2012	193	137	196
2013	187	121	201
2014	191	120	194
2015	215	134	234
2016	243	136	220
Total	1029	648	1045

Em relação às características dos SPSM de cada município, observa-se que em São José o número de médicos psiquiatras com 20 horas de trabalho semanais por 100.000 habitantes mais que dobrou, além da implementação do SAM e CAPS Ad, estrutura mantida no ano de 2016. Enquanto Florianópolis manteve sua rede praticamente estável ao longo destes anos, como mostrado na Tabela 3.

Tabela 3 - Características dos municípios de Florianópolis e São José (Santa Catarina) de acordo com a disponibilidade de serviços de saúde mental ambulatorial de 2012 a 2016. (continua)

	Número de psiquiatras*	Presença de matriciamento	Número de NASF	Número de CAPS Ad
Florianópolis				
2012	5,9	sim	11	2
2013	5,7	sim	12	2
2014	6,1	sim	12	2
2015	7,0	sim	12	2
2016	6,5	sim	13	2
São José				
2012	2,4	não	não	0
2013	1,4	não	não	0

(conclusão)				
	Número de psiquiatras*	Presença de matriciamento	Número de NASF	Número de CAPS Ad
2014	1,8	não	não	0
2015	4,7	sim	4	1
2016	4,7	sim	4	1

*Com pelo menos 20 horas semanais de trabalho, por 100.000 habitantes.

NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família

CAPS Ad: Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

As características socioeconômicas de São José e Florianópolis estão descritas na Tabela 4. Ambos municípios apresentam Índice de Desenvolvimento Humano Municipal acima de 0,800, considerado superior à média nacional (0,754) de acordo com o Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil⁶⁰, além de números semelhantes em relação à mortalidade infantil, escolarização de crianças de 6 a 14 anos e Índice de Desenvolvimento da Educação Básica^{59,61}. A população de Florianópolis, de 421.240 habitantes de acordo com o Censo de 2010 e estimada em 477.798 habitantes para o ano de 2016, é cerca de duas vezes maior que a população da cidade de São José⁵⁹.

Tabela 4 - Características dos municípios de Florianópolis e São José (Santa Catarina) de acordo com critérios socioeconômicos.

	População (2010) habitantes	População estimada* habitantes	IDHM (2010)	Escolarização em crianças de 6 a 14 anos (2010)	IDEB (2013)	Mortalidade infantil (2014)
Florianópolis	421240	477798	0,847	98,4%	4,5	10,84
São José	209804	236029	0,809	97,5%	3,7	9,48

*Para o ano de 2016, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); IDHM: Índice de Desenvolvimento Humano Municipal; IDEB: Índice de Desenvolvimento da Educação Básica; Mortalidade infantil: óbitos por mil nascidos vivos.

Ao avaliar a associação entre o aumento da disponibilidade de serviços de saúde mental ambulatorial e demanda de atendimento por uso de substância na UE psiquiátrica, pode-se observar que em São José houve uma mudança

clara na disponibilidade de tais serviços a partir do ano de 2015 (Tabela 3). Apesar do aumento da oferta desses serviços, não houve uma diminuição da demanda por atendimento na UE de pacientes procedentes desse município. Na verdade, houve um decréscimo no número médio de consultas, internações e readmissões por 100.000 habitantes (de 9,83 para 9,14, 4,45 para 4,06 e de 8,15 para 7,73, respectivamente), porém essa redução não foi estatisticamente significativa ($p=0,50$, $0,54$ e $0,68$, respectivamente) (Tabela 5).

Tabela 5- Média das consultas, admissões e readmissões por transtorno por uso de substâncias ocorridas no município de São José (Santa Catarina) no ano de 2014 comparadas ao ano de 2016.

	São José 2014	São José 2016	Diferença	p^{**}
	Média* (DP)	Média* (DP)	média*	
Consultas	9,83 (2,24)	9,14 (2,69)	-0,69	0,50
Admissões	4,45 (1,42)	4,06 (1,61)	-0,39	0,54
Readmissões	8,15 (3,13)	7,73 (1,41)	-0,42	0,68

* Média por 100.000 habitantes.

** Test t de amostras independentes.

DP: desvio padrão.

Esses dados também estão representados graficamente na Figura 1.

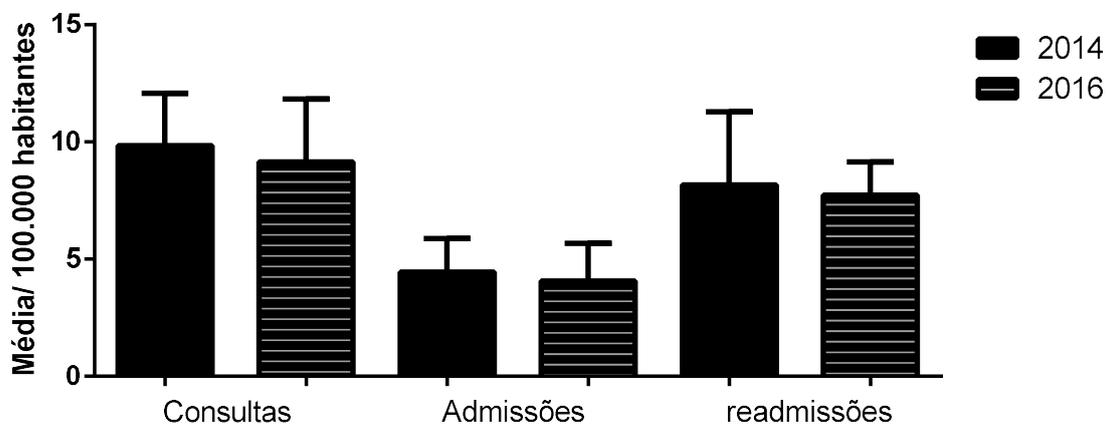


Figura 1 - Média das consultas, admissões e readmissões por dependência

química ocorridas no município de São José (Santa Catarina) no ano de 2014 comparadas ao ano de 2016.

Já em Florianópolis, observa-se um aumento na procura pela UE psiquiátrica entre os anos de 2014 e 2016, apesar do município manter seus SPSM praticamente estáveis durante este período (Tabela 3). Ainda que tenha aumentado, a média anual de consultas, internações e reinternações está reduzida pela metade quando comparadas com as médias do município de São José (Tabela 6 e Tabela 5).

De fato, houve um aumento no número médio de consultas, internações e reinternações por 100.000 habitantes (de 3,54 para 4,24, 2,22 para 2,37 e de 3,6 para 3,83, respectivamente) em Florianópolis, e este aumento foi estatisticamente significativo ($p=0,000$) (Tabela 6).

Tabela 6- Média das consultas, admissões e readmissões por dependência química ocorridas no município de Florianópolis (Santa Catarina) no ano de 2014 comparadas ao ano de 2016.

	Florianópolis 2014 Média* (DP)	Florianópolis 2016 Média* (DP)	Diferença média*	p**
Consultas	3,54 (1,22)	4,24 (1,20)	-0,70	0,000
Admissões	2,22 (0,72)	2,37 (0,54)	-0,15	0,000
Readmissões	3,60 (1,04)	3,83 (0,71)	-0,23	0,000

* Média por 100.000 habitantes.

** Test t de amostras independentes

DP: desvio padrão.

Esses dados também estão representados graficamente na Figura 2.

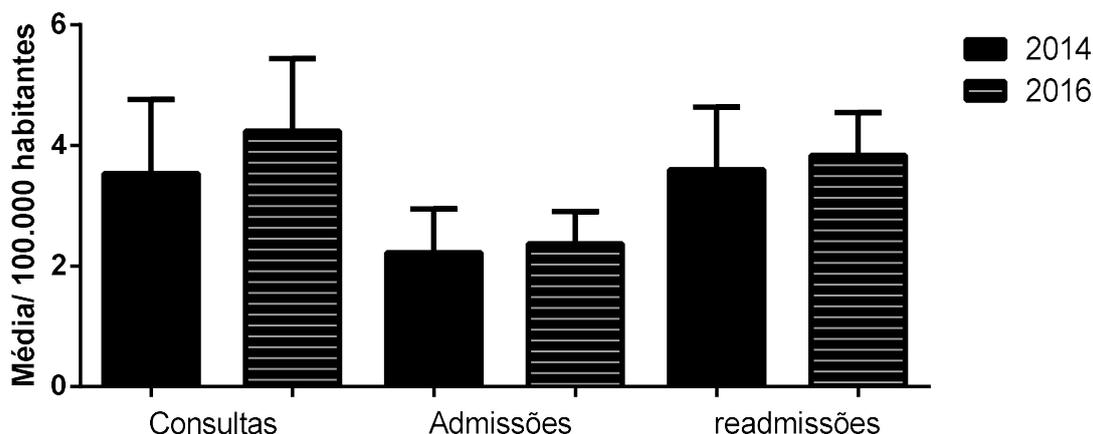


Figura 2 – Média das consultas, admissões e readmissões por dependência química ocorridas no município de Florianópolis (Santa Catarina) no ano de 2014 comparadas ao ano de 2016.

A comparação entre a média mensal por 100.000 habitantes de consultas, internações e reinternações por TUS de pacientes procedentes de São José e Florianópolis, para os anos de 2014 e 2016 está representada na Tabela 7.

Os resultados mostram que tanto no ano de 2014 quanto no ano de 2016 a demanda de pacientes procedentes de São José foi significativamente maior que a de pacientes procedentes de Florianópolis para consultas, internações e reinternações ($p < 0,001$) (Tabela 7).

Tabela 7 - Comparação entre as médias das consultas, internações e reinternações por TUS de pacientes procedentes dos municípios de São José e Florianópolis para os anos de 2014 e 2016. (continua)

	São José 2014 Média* (DP)	Florianópolis 2014 Média* (DP)	Diferença média	p**
Consultas	9,83 (2,24)	3,54 (1,22)	-6,29	<0,001
Admissões	4,45 (1,42)	2,22 (0,72)	-2,23	<0,001
Readmissões	8,15 (3,13)	3,60 (1,04)	-4,55	<0,001

(conclusão)				
	São José 2016	Florianópolis 2016	Diferença média	p**
	Média* (DP)	Média* (DP)		
Consultas	9,14 (2,69)	4,24 (1,20)	-4,90	<0,001
Admissões	4,06 (1,61)	2,37 (0,54)	-1,69	<0,001
Readmissões	7,73 (1,41)	3,83 (0,71)	-3,90	<0,001

* Média por 100.000 habitantes

** Test t de amostras independentes

DP: desvio padrão.

5. DISCUSSÃO

Este projeto avaliou o impacto entre a disponibilidade de serviços ambulatoriais de saúde mental e a demanda de procura por uma UE psiquiátrica de pacientes com TUS provindos dos municípios de Florianópolis e São José, entre os anos de 2014 e 2016.

Observamos que a ampliação da disponibilidade de serviços ambulatoriais de saúde mental, como Sistema de Apoio Matricial, Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas e o aumento do número de psiquiatras na rede de Saúde Pública de São José, a partir do ano de 2015, não resultou em uma diminuição da demanda por atendimentos na UE. No entanto, em comparação a Florianópolis, município cuja rede ambulatorial permaneceu estável ao longo destes cinco anos, a demanda de consultas, internações e reinternações se manteve, aproximadamente, duas vezes menor, tanto em 2014 quanto em 2016 quando comparadas às de São José.

A partir de 2015, o município de São José melhorou sua estrutura assistencial em saúde mental, com implantação de SAM, CAPS Ad e aumento do número de psiquiatras com pelo menos 20 horas semanais de trabalho. Apesar da implementação dos serviços, a média das consultas, internações e reinternações teve uma discreta redução e ausência de significância estatística ao comparar os anos de 2014 e 2016. É importante destacar que estes resultados podem estar associados ao curto período de tempo analisado após melhora dos serviços públicos do município de São José, fazendo com que as repercussões no perfil de procura pela UE do IPq/SC necessitem de um maior tempo para acontecer.

Em um estudo para avaliar a associação entre disponibilidade de serviços ambulatoriais de saúde mental e hospitalização, Wancheck e colaboradores (2011) identificaram uma relação direta entre aumento da disponibilidade de serviços comunitários e maior número de consultas ambulatoriais e uma correlação negativa entre número de consultas ambulatoriais e dias de hospitalização por transtorno mental. Esta correlação foi ainda maior para aqueles indivíduos com doenças mentais graves⁵⁷. Em nosso estudo, o

município de São José demonstrou que a deficiência de uma rede de assistência ambulatorial pode repercutir na maior procura por serviços de pronto atendimento, como emergências psiquiátricas e serviços de triagem, uma vez que este município melhorou seus serviços públicos apenas a partir do ano de 2015, apresentando uma média de procura pela emergência psiquiátrica duas vezes maior que Florianópolis.

Ao avaliar a média dos números de consultas, internações e reinternações na UE provindas do município de Florianópolis, observa-se que houve um aumento de 2014 para 2016, e esse aumento foi estatisticamente significativo ($p=0,000$). Neste período, houve um aumento no número de consultas que não impactou no número de internações e reinternações. Este é um dado curioso, uma vez que Florianópolis apresenta uma boa estrutura de SPSM e com poucas mudanças ao longo deste período avaliado, o aumento de consultas podendo dar indícios de que talvez outros serviços públicos voltados para o tratamento de TUS sejam necessários para reduzir a procura por tratamento hospitalar. Corroborando com essa observação, alguns estudos^{62,63} demonstram que para pacientes com TUS, os serviços de medicação assistida, residências terapêuticas ou tratamento residencial após a alta hospitalar foram mais efetivos para evitar reinternações do que o tratamento ambulatorial. Informações que podem contribuir para formulação de estratégias de saúde pública com intuito de reduzir o tempo de reinternações por TUS nos hospitais psiquiátricos e a procura por atendimentos de emergência. Independente do local ou das modalidades utilizadas, a frequência, intensidade e duração do tratamento determinam um melhor resultado³¹.

Apesar de não resolver os prejuízos psicológicos, sociais e comportamentais associados ao uso de substâncias⁶⁴, o tratamento hospitalar pode ser o primeiro passo no tratamento de TUS¹¹, e cuja continuidade, logo após a alta, está associada a resultados positivos⁶⁵. A proposta do MS, que visa a desinstitucionalização de pacientes com transtornos mentais, propõe que o tratamento hospitalar para pacientes com TUS esteja direcionado para a desintoxicação e que sua manutenção seja realizada em serviços públicos da rede municipal. A manutenção do tratamento após alta hospitalar foi associada com períodos mais longos de abstinência, um menor número de prisões e

aumento da probabilidade de ser empregado no seguimento de 3 meses do tratamento^{64,66}.

Através de outro estudo, Lee e colaboradores (2014) avaliaram se a continuidade de tratamento ambulatorial para TUS após terapêutica para desintoxicação seria preditora de reinternação por uso de álcool e outras drogas em cinco estados norte-americanos⁶⁴. Os autores encontraram que o seguimento do tratamento pós-alta esteve associado a menor índice de reinternação nos 14 dias seguintes. Conhecimento que pode estar associado às baixas médias de reinternação no município de Florianópolis encontradas neste estudo, pois sua rede de apoio municipal apresenta uma estrutura mais ampla em relação a de São José.

Como o TUS apresenta um perfil de doença crônica, é importante ressaltar que a manutenção do tratamento deva ocorrer através de uma equipe multidisciplinar, como as encontradas nos CAPS Ad e NASF. Esses serviços visam a prevenção de recaídas, manutenção do tratamento, e melhora do funcionamento social e ocupacional destes pacientes³⁴, evitando dessa forma as reinternações hospitalares.

A comparação entre as médias de consultas, internações e reinternações por TUS de pacientes procedentes dos municípios de São José e Florianópolis nos anos de 2014 e 2016 foi estatisticamente significativa ($p < 0,001$). A análise demonstra que Florianópolis teve uma média aproximadamente 2 vezes menor de procura pela UE psiquiátrica do IPq/SC em comparação com a São José, tanto em 2014 quanto em 2016. Mais um dado que corrobora com a proposta de que a criação de SPSM nos municípios pode ajudar na redução de procura por serviços emergências e hospitalares voltados para esta população específica.

Um estudo ecológico realizado por Machado e colaboradores (2018) reforça esta observação. Eles analisaram se a cobertura municipal com CAPS teve impacto em uma série de desfechos em saúde, como taxas de suicídio, hospitalização por tentativa de suicídio e transtornos psiquiátricos, incluindo problemas com álcool, em mais de 5000 cidades brasileiras durante um período de cinco anos (2008 a 2012). Os autores encontraram que a presença de CAPS Ad esteve significativamente associada a menor número de hospitalizações por problemas com álcool, mesmo com a redução dos leitos psiquiátricos⁶⁷. Fato

este que pode ser observado e correlacionado com os dados do nosso estudo, onde Florianópolis, cujo município que apresenta dois CAPS Ad desde 2012, apresentou uma menor média de atendimentos na UE psiquiátrica.

Portanto, podemos inferir que estas diferenças estão correlacionadas com as diferentes datas de implantação de serviços públicos nestes municípios, sugerindo que o município de Florianópolis foi mais fidedigno às mudanças propostas pelo MS através da Lei 10.216¹³, a qual redireciona o modelo assistencial em saúde mental, visando a redução dos leitos para internações psiquiátricas e a ampliação dos SPSM municipais; e das Portarias n.º 336/2002¹⁵ e n.º 154/2008¹⁶, que regulamentam o funcionamento dos NASF e CAPS Ad, serviços propostos para dar continuidade ao tratamento de TUS. Melhorando, dessa forma, a assistência estes pacientes e, conseqüentemente, reduzindo a demanda pela procura de UE psiquiátrica do IPq/SC.

O projeto apresenta algumas limitações que devem ser assinaladas, como: a falta de informações individuais sobre fatores sociodemográficas como idade, gênero, nível socioeconômico, apoio familiar, bem como dados clínicos como gravidade do quadro, comorbidade psiquiátrica e não-psiquiátrica e definição do tipo de substância utilizada. Dados que não permite o controle de possíveis vieses de confusão no sentido de avaliar a associação independente entre disponibilidade de serviços de saúde mental ambulatorial e demanda de atendimento de emergência. Apesar das diferentes distâncias entre São José e Florianópolis até o IPq/SC, acredita-se que o acesso não tenha sido um fator determinante para as diferenças encontradas.

Apesar disso, apresentamos uma particularidade na avaliação da associação entre disponibilidade de serviços de saúde mental comunitários e demanda de atendimento em uma UE psiquiátrica sob duas perspectivas: 1) para pacientes procedentes do mesmo município, antes e depois da melhor estruturação de sua rede de assistência ambulatorial; e 2) comparar a outro município, cuja rede assistencial é praticamente a mesma ao longo de cinco anos. Os resultados sugerem que a otimização da rede ambulatorial é importante para melhorar a assistência, bem como, a manutenção desta ao longo dos anos.

Mesmo com as limitações assinaladas, a região metropolitana de Florianópolis, com apenas uma emergência psiquiátrica pública disponível,

oferece uma oportunidade única para avaliar a associação entre a estrutura do sistema de saúde mental na comunidade e número de atendimentos de emergência, o que pode dar pistas sobre a efetividade desses serviços comunitários ambulatoriais. A comparação entre dois municípios, os quais apresentam características semelhantes em relação ao IDHM, IDEB e mortalidade infantil, permite o controle de variáveis socioeconômicas, evitando viés de confusão.

6. CONCLUSÃO

Concluimos que a média anual de procura por uma UE psiquiátrica é duas vezes menor nos pacientes provindos do município de Florianópolis, que manteve sua rede de serviços públicos estáveis no período avaliado, em comparação com o município de São José, o qual implementou serviços públicos para atendimento de pacientes com TUS somente a partir do ano de 2015.

Os cuidados de saúde mental devem envolver uma ampla gama de serviços e, como qualquer tratamento médico, a construção de uma assistência pública em saúde mental deve ser guiada por dados científicos baseados em evidências. Não é necessário apenas a presença de leitos para tratamento de TUS em unidades de emergência, mas também de um sistema ambulatorial que compreenda o atendimento psiquiátrico e um trabalho integrado com profissionais especializados no tratamento de TUS.

Portanto, podemos dizer que os resultados deste projeto sugerem que a iniciativa de integrar o trabalho da equipe geral de cuidados de saúde com o apoio de uma assistência especializada em saúde mental (o princípio do sistema de apoio matricial), no que diz respeito ao esclarecimento diagnóstico, orientação estratégica e familiar, e a presença de CAPS Ad para suporte pós alta destes pacientes, pode ter um impacto considerável nos cuidados de pacientes com TUS, reduzindo o número de consultas de emergência e visitas desnecessárias devido à desestabilização clínica psiquiátrica.

No entanto, mais que a implementação desses serviços, é necessário a continuidade dos mesmos para que essa mudança tenha reflexos práticos na efetividade da assistência aos pacientes com transtornos mentais relacionados ao uso de substâncias psicoativas.

6.1. PERSPECTIVAS FUTURAS

Espera-se que as informações deste projeto possam ser utilizadas para planejamento de políticas públicas voltadas para este perfil de pacientes na região da Grande Florianópolis e do Estado de Santa Catarina, já que o aumento

de investimentos em serviços comunitários de saúde mental pode diminuir os custos associados a hospitalizações potencialmente evitáveis.

Apesar do estudo ter se limitado a apenas dois municípios da região da Grande Florianópolis, este conhecimento pode ser ampliado para os demais municípios da região e ser acompanhado por um período maior. Além do mais, a associação de dados sociodemográficos, como idade, gênero, gravidade do quadro e comorbidades psiquiátricas e não-psiquiátricas, bem como outros tipos de tratamento para pacientes com TUS (comunidades terapêuticas e serviços residenciais terapêuticos), pode trazer uma melhor compreensão do funcionamento dos SPSM em relação à procura por UE psiquiátrica.

REFERÊNCIAS

1. American Psychiatric Association (APA). DSM - 5. ARTMED. 2014. 992 p.
2. World Drug Report - UNODC. GLOBAL OVERVIEW OF DRUG DEMAND AND SUPPLY. 2018.
3. Degenhardt L, Stockings E, Patton G, Hall WD, Lynskey M. The increasing global health priority of substance use in young people. *The Lancet Psychiatry*. 2016;0366(15):1–14.
4. Hall WD, Patton G, Stockings E, Weier M, Lynskey M, Morley KI, et al. Why young people's substance use matters for global health. *The Lancet Psychiatry*. 2016;d(16).
5. Galduróz JCF, Noto AR, Nappo SA, Carlini E a. I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo Envolvendo as 107 Maiores Cidades do País - 2001. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2005;13(spe):888–95.
6. Galduróz J, Silva A, Noto A, Fonseca A, Carlini C, Oliveira L. II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas pscotrópicas no Brasil: estudoenvolvendo as 108 maiores cidades do país. *CEBRID - SÃO PAULO*. 2006;
7. Laranjeira R, Pinsky I, Zaleski M, Caetano R. I Levantamento Nacional Sobre Os Padrões De Consumo De Álcool. Secretaria Nacional de Políticas sobre drogas. 2007. 76 p.
8. Laranjeira R, Madruga CS, Pinsky I, Caetano R, Mitsuhiro SS, Madruga CS, et al. II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD II). São Paulo Inst Nac Ciência e Tecnol para Políticas Públicas Álcool e Outras Drog (INPAD), UNIFESP. 2012;85.
9. Volkow ND, Koob GF, McLellan AT. Neurobiologic Advances from the Brain Disease Model of Addiction. *N Engl J Med*. 2016;374(4):363–71.
10. UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. WORLD DRUG REPORT. VIENNA: UNODC; 2012. 112 p.
11. Institutes N. DRUGS, BRAIN AND BEHAVIOR - THE SCIENCE OF

- ADDICTION. NIDA. 2010;
12. Of AE, Use D. Illicit Drug Markets : Situation and Trends. World Drug Rep. 2016.
 13. Lei 10.216, de 6 de abril de 2001 [Internet]. 2001. Available at: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm
 14. Bernardi AB, Kanan LA. Características dos serviços públicos de saúde mental (Capsi, Capsad, Caps III) do estado de Santa Catarina. Saúde em Debate. 2015;39(107):1105–16. 11042015000401105&lng=pt&tling=pt
 15. Ministério da Saúde. Portaria GM n 336, de 19 de fevereiro de 2002. Diário Of da União. 2002;1–7.
 16. Ministério da Saúde. Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008. 2008 p. 13.
 17. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011.
 18. Eric R, Barros M, Tung TC, Mari JDJ. Psychiatric emergency services and their relationships with the mental health network in Brazil Serviços de emergência psiquiátrica e suas relações com a rede de saúde mental brasileira. Rev Bras Psiquiatr •. 2010;32:71–7.
 19. Psiquiatria BDE, Associa ABP, Brasileira D, Conselho AMB, Medicina FDE, Federa CFM, et al. Diretrizes Para Um Modelo De Atenção Integral Em Saúde. 2014;35.
 20. GUIDELINES APASCOPE. Practice Guideline for the Treatment of Patients With Substance Use Disorders - Second Edition. 2010.
 21. JACQUELINE M. VINK P. Genetics of Addiction: Future Focus on Gene x Environment Interaction? 2016;
 22. McLellan AT, Starrels JL, Tai B, Gordon AJ, Brown R, Ghitza U, et al. Can Substance Use Disorders be Managed Using the Chronic Care Model? Review and Recommendations from a NIDA Consensus Group. Public Heal Rev. 2014;35(2).
 23. JISC Digital Media. NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE. Infokit High Lev Digit Audiov Resour. 2010;
 24. McConaughy, E.N. Prochaska JO, Velicer WF. Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. In: Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 20. 1983. p. 368–75.

25. Andretta I, Oliveira S. Efeitos da entrevista motivacional em adolescentes infratores 1. *Estud Psicol.* 2008;25(1):45–55.
26. Gerard J. Connors, Carlo C. DiClemente, Mary Marden Velasquez and DMD. *Substance Abuse Treatment and the Stages of Change - Selecting and Planning Interventions.* Second Edi. 2015. 356 p.
27. Szupszynski KPDR, Oliveira M da S. O Modelo Transteórico no tratamento da dependência química. *Psicol Teor e prática.* 2008;10(1):162–73.
28. Büchele F, Coelho EBS, Lindner SR. A promoção da saúde enquanto estratégia de prevenção ao uso das drogas. *Cien Saude Colet.* 2009;14(1):267–73.
29. Ventegodt S, Merrick J. Psychoactive drugs and quality of life. *Sci World J.* 2003;3:694–706.
30. Moreira T de C, Figueiró LR, Fernandes S, Justo FM, Dias IR, Barros HMT, et al. Quality of life of users of psychoactive substances, relatives, and non-users assessed using the WHOQOL-BREF. *Cien Saude Colet.* 2013;18(7):1953–62.
31. Moreira T de CT de C, Figueiro LR, Fernandes S, Justo FM, Dias IR, Barros HMT, et al. Quality of life of users of psychoactive substances, relatives, and non-users assessed using the WHOQOL-BREF. *Cien Saude Colet.* 2013;18(7):1953–62.
32. Alexandre B. Laudet, PhD, Jeffrey B. Becker, MSW, MPH, and William L. White M. Don't wanna go through that madness no more: Quality of life satisfaction as predictor of sustained remission from illicit drug misuse. 2009;44(2):1–23.
33. Koob GF, Volkow ND. Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis. www.thelancet.com *Rev Lancet Psychiatry.* 2016;3(8):760–73.
34. Stockings E, Hall WD, Lynskey M, Morley KI, Reavley N, Strang J, et al. Prevention, early intervention, harm reduction, and treatment of substance use in young people. *The Lancet Psychiatry.* 2016;0366(16):1–17.
35. Koob GF, Volkow ND. Neurocircuitry of addiction. *Neuropsychopharmacology.* 2010;35(1):217–38.
36. Spear LP. Adolescent neurodevelopment. Vol. 52, *Journal of Adolescent Health.* 2013.

37. Korpi ER, den Hollander B, Farooq U, Vashchinkina E, Rajkumar R, Nutt DJ, et al. Mechanisms of Action and Persistent Neuroplasticity by Drugs of Abuse. *Pharmacol Rev.* 2015;67(4):872–1004.
38. He J, Crews FT. Neurogenesis decreases during brain maturation from adolescence to adulthood. *Pharmacol Biochem Behav.* 2007;86(2):327–33.
39. Trouche S, Perestenko P V, van de Ven GM, Bratley CT, McNamara CG, Campo-Urriza N, et al. Recoding a cocaine-place memory engram to a neutral engram in the hippocampus. *Nat Neurosci.* 2016;19(4):564–7.
40. Thomas MJ, Kalivas PW, Shaham Y. Neuroplasticity in the mesolimbic dopamine system and cocaine addiction. *Br J Pharmacol.* 2008;154(2):327–42.
41. Trifilieff P, Feng B, Urizar E, Winiger V, Ward RD, Taylor KM, et al. Increasing dopamine D2 receptor expression in the adult nucleus accumbens enhances motivation. *Mol Psychiatry.* 2013;18(9):1025–33.
42. Zhang Y, Schlussman SD, Rabkin J, Butelman ER, Ho A, Kreek MJ. Chronic escalating cocaine exposure, abstinence/withdrawal, and chronic re-exposure: Effects on striatal dopamine and opioid systems in C57BL/6J mice. *Neuropharmacology.* 2013;67:259–66.
43. National Institute of Drug Abuse [Internet]. 2016. Available at: <https://www.drugabuse.gov/trends-statistics/monitoring-future/monitoring-future-study-trends-in-prevalence-various-drugs>
44. Epstein-Ngo QM, Walton MA, Chermack ST, Blow FC, Zimmerman MA, Cunningham RM. Event-level analysis of antecedents for youth violence: comparison of dating violence with non-dating violence. *Addict Behav.* 2014;39(1):350–3.
45. Andrade A, Duarte P, Oliveira L. I Levantamento Nacional sobre o uso de álcool, tabaco e outras drogas entre universitários das 27 capitais brasileiras. SENAD. 2010;
46. Madruga CS. LENAD II - Apresentação de Gráficos. Levantamento Nacional de Álcool e Drogas. 2013.
47. Saúde OM da. CID-10, V.1 - Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. São Paulo; 2000. 1200 p.

48. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5. 2014. 948 p.
49. Maia Barros RE, Tung TC, Mari JDJ. Serviços de emergência psiquiátrica e suas relações com a rede de saúde mental Brasileira. *Rev Bras Psiquiatr.* 2010;32(SUPPL. 2):571–7.
50. Leslie DL, Rosenheck R. Shifting to outpatient care? Mental health care use and cost under private insurance. *Am J Psychiatry.* 1999;156(8):1250–7.
51. Terkelsen KG, Menikoff A. Measuring the costs of schizophrenia. Implications for the post-institutional era in the US. *Pharmacoeconomics.* 1995;8(3):199–222.
52. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, DAPE, Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil. Brasília; 2005.
53. Psiqui R, Caminhos O, At PI, Machado S, Casas S. A Assistência Psiquiátrica: Breve Histórico Geral e Atual Processo de Reforma no Brasil. 1981;(1974).
54. Tan SY, Yeow ME. Philippe Pinel (1745-1826): liberator of the insane. *Singapore Med J.* 2004;45(9):410–2.
55. Poirier J, Clarac F, Barbara JG, Broussolle E. Figures and Institutions of the neurological sciences in Paris from 1800 to 1950. Part IV: Psychiatry and psychology. *Rev Neurol (Paris).* 2012;168(5):389–402.
56. Chiaverini DH. Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental. Ministerio da Saúde: Centro de Estudo em Saúde Coletiva. 2011.
57. Wanchek TN, McGarvey EL, Leon-Verdin M BR. The effect of community mental health services on hospitalization rates in Virginia. *Psychiatr Serv.* 2011;
58. SECRETARIA DO ESTADO DE SANTA CATARINA. PLANO ESTADUAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE SANTA CATARINA. Florianópolis; 2013.
59. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades. 2016.
60. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Índice de Desenvolvimento Humano Municipal. 2017.

61. Governo Federal do Brasil - Ministério da Educação. Índice de Desenvolvimento da Educação Básica. 2017.
62. Reif S, Acevedo A, Garnick DW, Fullerton CA. Reducing Behavioral Health Inpatient Readmissions for People With Substance Use Disorders: Do Follow-Up Services Matter? *Psychiatr Serv.* 2017;68(8):810–8.
63. Mark T, Tomic KS, Kowlessar N, Chu BC, Vandivort-Warren R, Smith S. Hospital readmission among medicaid patients with an index hospitalization for mental and/or substance use disorder. *J Behav Heal Serv Res.* 2013;40(2):207–21.
64. Lee MT, Horgan CM, Garnick DW, Acevedo A, Panas L, Ritter GA, et al. A performance measure for continuity of care after detoxification: Relationship with outcomes. *J Subst Abuse Treat.* 2014;47(2):130–9.
65. Carrier E, McNeely J, Lobach I, Tay S, Gourevitch MN, Raven MC. Factors associated with frequent utilization of crisis substance use detoxification services. In: *Journal of Addictive Diseases.* Taylor & Francis Group; 2011. p. 116–22.
66. Ford LK, Zarate P. Closing the gaps: The impact of inpatient detoxification and continuity of care on client outcomes. *J Psychoactive Drugs.* 2010;42:303–14.
67. Machado DB, Alves FJ, Rasella D, Rodrigues L, Araya R. Impact of the New Mental Health Services on Rates of Suicide and Hospitalisations by Attempted Suicide, Psychiatric Problems, and Alcohol Problems in Brazil. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research.* 2018;1–11. Available

APÊNDICE

APÊNDICE A – Documento encaminhado às Secretarias de Saúde

Prezado(a) coordenador(a) de saúde de São José / Florianópolis (SC):

Solicitamos informações sobre a estrutura de atendimento psiquiátrico ambulatorial, pelo Sistema Único de Saúde, para o município de São José/Florianópolis (SC), nos anos de 2012, 2013, 2014, 2015 e 2016.

Tais informações serão úteis para o seguimento do projeto de pesquisa intitulado “Associação entre dispensação de antipsicóticos atípicos e tempo de internação em um hospital psiquiátrico de Santa Catarina: um estudo ecológico” – aprovado por Comitê de Ética por meio da Plataforma Brasil (CAAE 44604015.9.0000.5361). Um dos objetivos secundários do projeto é “Avaliar a tendência de número de internações nos últimos anos de acordo com a oferta de serviços ambulatoriais disponíveis”.

Especificamente, nosso objetivo é analisar a associação entre:

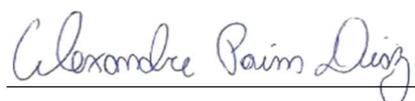
- 1) número de internações no Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina e presença de serviços de atendimento ambulatorial especializado, por município de origem;
- 2) número de atendimentos na triagem do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina e presença de serviços de atendimento especializado, por município de origem.

No sentido de sistematizar a coleta dos dados, disponibilizamos a seguinte tabela:

Ano	Número de Psiquiatras com				Presença de matriciamento (sim ou não)	Número de NASF	Número de CAPS	Número de CAPS Ad*
	10 horas semanais de trabalho	20 horas semanais de trabalho	30 horas semanais de trabalho	40 horas semanais de trabalho				
2012								
2013								
2014								
2015								
2016								

*Ad: Álcool e drogas.

Respeitosamente,

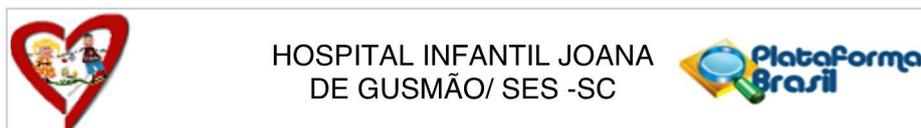


alexandrepaimdiaz@gmail.com; (48) 99609-2454

Luiza Bento da Silva Bertolino, pesquisadora.

ANEXO

ANEXO A- Parecer Aprovação do Comitê de Ética



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Associação entre dispensação de antipsicóticos atípicos e tempo de internação em um Hospital Psiquiátrico de Santa Catarina: um estudo ecológico.

Pesquisador: Alexandre Paim Diaz

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 44604015.9.0000.5361

Instituição Proponente: INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DE SANTA CATARINA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.961.749

Apresentação do Projeto:

Trata-se da solicitação de Emenda de Projeto “Associação entre dispensação de antipsicóticos atípicos e tempo de internação em um Hospital Psiquiátrico de Santa Catarina: um estudo ecológico”, aprovado em 27/07 de 2015 (Parecer Aprovação PI Br n. 1.159.955). A solicitação do Adendo decorre da necessidade de:

- 1) Estender a coleta de dados referente ao objetivo secundário “Avaliar a tendência de número de internações nos últimos oito anos de acordo com a oferta de serviços ambulatoriais disponíveis”, para os anos de 2015 e 2016;
- 2) Em relação à coleta de dados sobre a disponibilidade dos serviços ambulatoriais de assistência à saúde mental, solicitaremos também informações diretamente às Secretarias de Saúde dos municípios da Grande Florianópolis, além da coleta de dados de domínio público;
- 3) Além do número de internações, serão coletados o número de reinternações e o número total de atendimentos na emergência psiquiátrica do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina. Assim como no projeto aprovado no Comitê de Ética, ratificamos que não serão coletados dados de pacientes, ou informações de prontuários, mas apenas registros presentes nos relatórios estatísticos mensais, já previamente coletados pelo Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina. A emenda tem o objetivo de otimizar a coleta de

Endereço: Rui Barbosa, nº 152

Bairro: Agronômica

CEP: 88.025-301

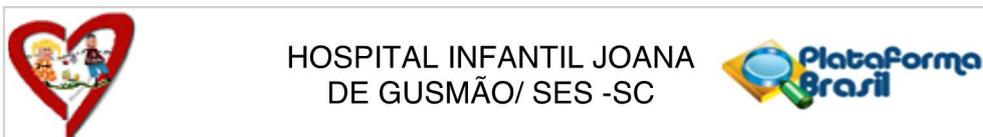
UF: SC

Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3251-9092

Fax: (48)3251-9092

E-mail: cephijg@saude.sc.gov.br



Continuação do Parecer: 1.961.749

dados no sentido de fornecer maior validade interna à pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a associação entre o número de antipsicóticos atípicos dispensados e o tempo de internação.

Objetivos Secundários:

Avaliar a associação entre o número de antipsicóticos atípicos dispensados e o tempo de internação entre grupos diagnósticos de admissão específicos como: transtornos psicóticos, transtornos de humor e uso de substâncias.

Avaliar a associação entre a dispensação de Clozapina e o tempo de internação.

Avaliar a tendência de dispensação de Lítio ao longo dos últimos 8 (oito) anos.

Avaliar a tendência de número de internações nos últimos oito anos de acordo com a oferta de serviços ambulatoriais disponíveis.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Sabendo que conforme Resolução CNS 466/12 toda pesquisa com seres humanos - direta ou indiretamente;

- envolve risco em tipos e gradações variados, esta pesquisa prevê riscos mínimos, sobretudo os relacionados a possível exposição de dados que puderem porventura expor algum dos envolvidos indiretamente, sejam eles os pacientes que já foram internados no Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina; (IPq/SC), sejam eles os médicos prescritores e/ou funcionários que trabalham na dispensação de medicamentos. Visando a minimização desses riscos é que serão tomados cuidados para manter o sigilo e anonimato, bem como respeito à pessoa dos pacientes, médicos e possíveis outros envolvidos. Os pacientes não serão identificados pois a equipe de pesquisa não acessará dados individuais, valendo-se apenas de dados secundários quantitativos relativos a número de internações, duração das mesmas e quantidade de medicamentos dispensados por grupos de enfermarias, sem identificação das prescrições individuais ou mesmo dos prescritos. Embora os pesquisadores não consigam identificar outros riscos, visto que se trata de um estudo de baixíssimo risco, pois não se tratam de dados de prontuários, mas sim os de internação e dispensação de medicamentos, caso identificável, estes serão controlados.

O uso dos antipsicóticos teve início na década de 50 com os antipsicóticos típicos. Mais

Endereço: Rui Barbosa, nº 152

Bairro: Agronômica

CEP: 88.025-301

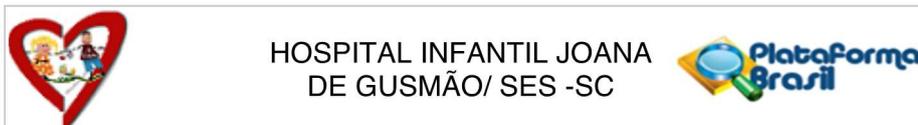
UF: SC

Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3251-9092

Fax: (48)3251-9092

E-mail: cephijg@saude.sc.gov.br



Continuação do Parecer: 1.961.749

recentemente foram lançados os antipsicóticos de segunda geração que basicamente se diferenciam dos mais antigos pela gama de efeitos colaterais e preço (Ann M Mortimer, 2007). Quanto ao efeito antipsicótico parece não haver muita diferença entre as classes, com exceção à clozapina que demonstra maior eficácia. Tais drogas são frequentemente utilizadas nas internações em unidades psiquiátricas. Segundo estudo publicado na Espanha, de 136 pacientes que foram internados em unidades psiquiátricas 84% fez uso de antipsicóticos, quando em monoterapia, 41%, os antipsicóticos de segunda geração foram os mais frequentes (José Alfonso Arilla, 2010). Mesmo que aparentemente os antipsicóticos tenham eficácia muito semelhante (exceto clozapina), há estudos que mostram uma tendência que antipsicóticos de segunda geração podem ser mais efetivos, pois seus efeitos colaterais diferem dos de primeira geração (Rael D Strous, 2006). Os antipsicóticos de primeira geração estão mais associados a efeitos adversos como acatisia, síndrome parkinsoniana, piora dos sintomas negativos, sialorréia, discinesia tardia e distonia aguda. Sintomas estes que não raramente são motivos para troca de medicação ou até mesmo associados ao abandono do tratamento. Um estudo realizado em Taiwan com pacientes em primeiro episódio psicótico comparando o uso de antipsicóticos típicos e atípicos demonstrou que os tratados com antipsicóticos atípicos tiveram um menor gasto total no tratamento, internações mais curtas e em menor número (Susan Shur-Fen Gau, 2008) (P Weiden, 1996). O objetivo de nosso estudo é investigar a existência de associação entre a dispensação de antipsicóticos de segunda geração e o tempo médio de internação em um hospital psiquiátrico de referência em Santa Catarina.

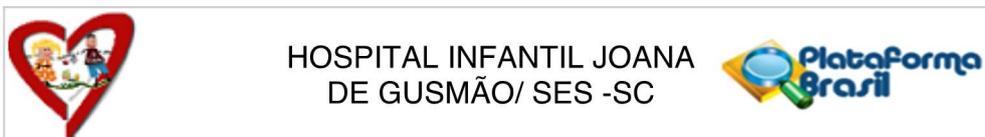
Benefícios:

O estudo permitirá inferir o impacto do uso de antipsicóticos atípicos no tempo médio de internação hospitalar em hospital psiquiátrico de referência do Estado de Santa Catarina, colaborando com políticas públicas de saúde na área de psiquiatria. Permitirá também avaliar a tendência de admissão de acordo com a disponibilidade de serviços ambulatoriais por cidade da Região da Grande Florianópolis, sugerindo o impacto de investimentos em serviços extra-hospitalares no número de re-hospitalizações. Permitirá também avaliar a tendência de uso de medicações específicas, gratuitas e eficazes como o carbonato de lítio em relação a outros estabilizadores de humor nos últimos oito anos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo é relevante do ponto de vista social pelo conhecimento a ser gerado. O pesquisador apresentou informações que o credencia tecnicamente a executar o protocolo de pesquisa.

Endereço: Rui Barbosa, nº 152	
Bairro: Agronômica	CEP: 88.025-301
UF: SC	Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3251-9092	Fax: (48)3251-9092 E-mail: cephiig@saude.sc.gov.br



Continuação do Parecer: 1.961.749

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos adequadamente entregues.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Os pesquisadores devem entregar semestralmente os relatórios parciais ao CEP - o prazo do 1º era janeiro/2016!!! Modelo na pagina do CEP: <http://www.saude.sc.gov.br/hijg/cep/deveresdopesquisador.htm>.

Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme preconizado na Resolução 466/2012, XI.2, item d, cabe ao pesquisador elaborar e apresentar os relatórios parciais e final.

Assim sendo, o(a) pesquisador(a) deve enviar relatórios parciais semestrais da pesquisa ao CEP (a partir de 01/2016) e relatório final quando do seu encerramento.

Um modelo deste relatório está disponibilizado no site <http://www.saude.sc.gov.br/hijg/cep/deveresdopesquisador.htm>

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_868977E2.pdf	27/02/2017 22:12:59		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Pedido de Dispensa do TCLE.pdf	29/06/2015 11:29:42		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto Dispensação de Ap IPq 2015-06-20 02.pdf	21/06/2015 18:01:48		Aceito
Outros	Formulario de coleta de dados.pdf	16/06/2015 18:11:22		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Cronograma.pdf	27/04/2015 21:33:18		Aceito
Outros	autorizacao uso de dados - for merge.tmp.pdf	27/04/2015 21:32:29		Aceito
Outros	FullSizeRender2.jpg	15/03/2015 12:30:55		Aceito
Folha de Rosto	FullSizeRender.jpg	15/01/2015 16:19:59		Aceito

Endereço: Rui Barbosa, nº 152

Bairro: Agronômica

CEP: 88.025-301

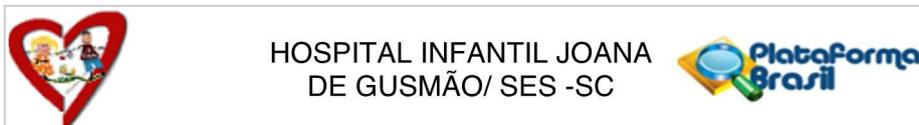
UF: SC

Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3251-9092

Fax: (48)3251-9092

E-mail: cephijg@saude.sc.gov.br



Continuação do Parecer: 1.961.749

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 13 de Março de 2017

Assinado por:
Vanessa Borges Platt
(Coordenador)

Endereço: Rui Barbosa, nº 152
Bairro: Agronômica **CEP:** 88.025-301
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3251-9092 **Fax:** (48)3251-9092 **E-mail:** cephijg@saude.sc.gov.br