

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

CECÍLIA GODOI CAMPOS

**Perfil Epidemiológico das Internações Psiquiátricas por Álcool
e Outras Drogas em um município da região Centro-Oeste de
Minas Gerais no período de 1998 a 2009**

**Ribeirão Preto
2011**

CECÍLIA GODOI CAMPOS

**Perfil Epidemiológico das Internações Psiquiátricas por Álcool
e Outras Drogas em um município da região Centro-Oeste de
Minas Gerais no período de 1998 a 2009**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Área de Concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de Pesquisa: Estudos Sobre a Conduta, a Ética e a Produção do Saber em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Moacyr Lobo da Costa Júnior

**Ribeirão Preto
2011**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Campos, Cecília Godoi

Perfil Epidemiológico das Internações Psiquiátricas por Álcool e Outras Drogas em um município da região Centro-Oeste de Minas Gerais no período de 1998 a 2009. Ribeirão Preto, 2011.

78 p. : il. ; 30 cm.

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de Concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Orientador: Costa Júnior, Moacyr Lobo da.

1. Saúde Pública. 2. Saúde Mental 3. Epidemiologia 4. Transtornos relacionados ao Uso de Substâncias

CECÍLIA GODOI CAMPOS

Perfil Epidemiológico das Internações Psiquiátricas por Álcool e Outras Drogas em um município da região Centro-Oeste de Minas Gerais no período de 1998 a 2009

Dissertação apresentada ao Programa de Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Área de Concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

APROVADA em: ____/____/2011.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Moacyr Lobo da Costa Junior (ORIENTADOR)

Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ USP

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

*A **Deus** e aos meus **amigos espirituais**, por se fazerem sempre presentes, tornando-me forte e determinada no cumprimento da minha trajetória.*

*Aos meus pais, **Hedinho** e **Izabel**, pelos sacrifícios, pelo amor incondicional, pela motivação, pelo zelo, pelas noites mal dormidas enquanto eu andava pelas estradas Minas - São Paulo, e por permanecerem ao meu lado na realização dos meus sonhos ditos impossíveis.*

*A minha irmã, **Carol**, pelo carinho, aprendizado e por me permitir mostrar que sonhos existem para se fazerem realidade. acredite em seus sonhos!*

*Ao meu namorado, **Lucas**, pelo amor, carinho, apoio, pelas madrugadas na rodoviária ao me levar e ao me buscar, por se fazer companhia todos os dias em que eu estava em SP com suas ligações e mensagens e por encorajar-me sempre durante esta caminhada.*

*Aos **meus familiares**, pelas orações e pela presença constante em minha caminhada com suas vibrações positivas. Deixo meu agradecimento especial à **Titia**, por me ensinar que a vida é feita de escolhas! Basta ter coragem e dar o primeiro passo!*

DEDICO

AGRADECIMENTOS

*Ao meu orientador **Moacyr Lobo da Costa Júnior**, pela simplicidade, confiança, parceria, conhecimento, incentivo e valiosa contribuição na realização deste sonho. Sempre lembrarei com alegria dos seus conselhos e das suas histórias. Valeu Tio Moa!!!*

*Ao amigo e eterno professor, **Richardson Miranda Machado**, que desde meus primeiros passos nos fascinantes domínios da Psiquiatria e da Saúde Mental, sempre me encorajou, acompanhou e incentivou a realizar os meus sonhos. Que sua simpatia, conhecimento e simplicidade continuem encantando equipes de saúde e futuros profissionais. Deixo aqui minhas melhores homenagens e eternos agradecimentos.*

*Aos queridos **José, Jô e Ester**, pela alegria, incentivo, boas energias e pela brilhante contribuição na revisão deste trabalho.*

*As professoras **Regina Furegato, Adriana Miasso, Toyoko Saeki e Margarita Villar**, fontes de estímulo e ensino. Pela atenção e carinho dedicados desde o meu primeiro contato com a USP/Ribeirão Preto.*

*Aos **docentes** das disciplinas da pós-graduação que oportunizaram meu crescimento intelectual e pessoal.*

*A **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto**, principalmente, a **Gilda Pacheco** e a **Adriana Borela**, pela atenção e carinho.*

*A **Casa de Hóspedes**, em especial, a **Shirlene, Célia, Lúcia, Ana e Augusta**, pelo quarto aconchegante, pela presença constante, pelo café da manhã delicioso, pelo zelo, pela simplicidade e amizade sincera.*

*As **Amizades** conquistadas na minha jornada USPiana, pelos momentos de alegria e apoio.*

*Aos **queridos amigos** que compreenderam minhas ausências, que estiveram ao meu lado durante este desafio e que permanecem comigo nesta jornada “Viver a Vida, Viver a Enfermagem”.*

*A amiga **Eunice Hernández Herrera** por sua amizade sincera, pelo carinho, por fazer da língua espanhola um idioma diário em minha vida e pela ajuda preciosa neste trabalho. Muchas gracias por todo!*

*A professora **Érika Máximo**, pela paixão, incentivo e aprendizado em mim estimulados e revelados frente aos idiomas inglês e italiano, pela amizade e pela contribuição neste trabalho. Thanks for everything!*

A querida Nadja Cristiane Lappann Botti, pela amizade, confiança, estímulo e oportunidades inesquecíveis. Cada dia um novo aprendizado. Deixo aqui minha eterna gratidão!

Aos Amigos da Escola de Enfermagem São João de Deus, pela oportunidade, alegria, compreensão e torcida sincera, em especial, a Aline Carrilho, Danielle Victor, Grazielle Teixeira e Juliana Aquino.

Aos Alunos da Escola de Enfermagem São João de Deus e da Universidade São João Del Rei por me provarem que fiz a escolha certa. Nunca me esquecerei de vocês!

Aos Serviços de Saúde Mental e aos Pacientes por permitirem aos estudiosos a realização de suas pesquisas para a transformação de situações e trajetórias de vidas marcadas pelo sofrimento. Em especial, a equipe e aos pacientes da Clínica São Bento Menni, por me ensinarem a verdadeira tradução do Viver à vida, Viver a Saúde Mental.

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/ CAPES por apoiar e financiar este projeto.

Aos Membros da Banca de Qualificação e da Banca Examinadora, pela valiosa participação e pelas contribuições oferecidas.

A todos que de alguma maneira contribuíram para esta conquista.

Muito Obrigada!

*De tudo, ficaram três coisas:
A certeza de que estava sempre começando...
A certeza de que era preciso continuar...
A certeza de que seria interrompido antes de terminar...
Fazer da interrupção um caminho novo...
Fazer da queda um passo de dança...
Do medo, uma escada...
Do sonho, uma ponte...
Da procura, um encontro.*

Fernando Sabino

Este trabalho contou com a concessão da bolsa de mestrado e apoio da
Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/ CAPES
Cota demanda social (04/2010 a 03/2011)

RESUMO

CAMPOS, C.G. Perfil Epidemiológico das Internações Psiquiátricas por Álcool e Outras Drogas em um município da região Centro-Oeste de Minas Gerais no período de 1998 a 2009. 2011. 78p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2011.

Esta pesquisa trata-se de um estudo epidemiológico de série histórica, de caráter ecológico do tipo descritivo, temporal e exploratório sobre o perfil epidemiológico das internações psiquiátricas por álcool e outras drogas da população do município de Divinópolis, Minas Gerais, Brasil no período de 1998 a 2009. O objetivo do estudo foi descrever a evolução das internações psiquiátricas por álcool e outras drogas, por meio dos dados fornecidos pelo sistema de informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS. Foram analisados o número de internações, tempo de permanência hospitalar e taxa de mortalidade, quanto ao mês, ano, sexo e faixa etária. As informações obtidas foram inseridas no software Microsoft Excel (versão 2003) para tratamento dos dados e apresentação dos resultados. Os resultados deste estudo possibilitaram mostrar a situação das internações por uso e abuso de álcool e outras drogas no município. As internações por uso e abuso de álcool e outras drogas corresponderam a 22,3% (751) das internações psiquiátricas totais na população de Divinópolis, sendo 48% (363) por álcool e 52% (388) por outras drogas. Os meses de maior número de internações foram janeiro, abril e maio o que coincide com as festas do município; entre os anos de 2004 a 2007 ocorreram os maiores índices de internação; quanto ao sexo foram 76,4% (574) do sexo masculino e 23,6% (177) do feminino. Observou-se aumento significativo a partir de 2002 no número de internações do sexo feminino. Ao analisar o tempo de permanência nestes 12 anos, nota-se a média de 27,4 dias de internação, tendo o sexo feminino maior permanência, 30,1 dias; as faixas etárias de 15 a 19 anos, de 40 a 49 anos e de 50 a 59 anos apresentaram maior tempo de internação, 28 dias. No período de 1998 a 2009 não houve nenhum óbito nas internações psiquiátricas devido ao uso e abuso de álcool e outras drogas. Conclui-se com este trabalho que a problemática álcool e outras drogas tem se tornado cada vez mais incidente na população, em especial no sexo feminino, adolescentes e adultos-jovens, sendo aconselhável maiores estudos para conhecimento do perfil dos usuários e drogas de consumo para desenvolvimento de políticas específicas, organização de serviços, formação e capacitação de profissionais especializados.

Palavras Chave: Saúde Pública; Saúde Mental, Epidemiologia; Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias

ABSTRACT

CAMPOS, C.G. Epidemiologic Feature of Psychiatric Hospitalization for Alcohol and Other Drugs Abuse in a city of Midwest region of Minas Gerais in the period from 1998 to 2009. 2011. 78 p. Masters Degree Lecture – Nursing School of Ribeirão Preto, University of São Paulo, 2011.

This paper is about an epidemiologic study based on historical data which has an ecologic feature which is related to hospitalization description, time and exploratory over the epidemiologic feature of psychiatric hospitalization due to alcohol and other drugs abuse by the population from Divinópolis city, state of Minas Gerais, Brazil from 1998 to 2009. The aim of this study was to describe the evolution of psychiatric hospitalization due to alcohol and other drugs abuse according to means provided by Informatics Single System of Public Healthcare – DATASUS. It was analyzed the number of hospitalization, hospitalization period and death rate, related to month, year, gender and age. The information collected was inserted into Microsoft Excel software (2003 version) to data treatment and outcome presentations. This study outcomes made possible to show the situation of hospitalization by use and drug abuse were 22,3% (751) from total amount of psychiatric hospitalization from Divinópolis inhabitants, 48% (363) by alcohol abuse and 52% (388) by other drug abuse. The months which demonstrated a higher number of hospitalization were January, April and May, which probably is related exactly with the local parties that occurs during these months; from 2004 to 2007 the were higher rates of hospitalization related to gender were 76,4% (574) male and 23,6%(177) female. It was observed a significant increasing from 2002 in the number of female's hospitalization. By analyzing the period of hospitalization during 12 years, it is observed the average of 27,4 days of hospitalization in which female the period in hospital was higher, 30,1 days, ages raging from 15 to 19 years old, from 40 to 49 years old and 50 o 59 years old present higher period of hospitalization, 28 days. From 1998 to 2009 there was not any death due psychiatric hospitalization to alcohol and drug use or abuse. It was concluded in this paper that the alcohol and other drugs abuse matter and has become over and over recurrent in local inhabitants particularly female, teenagers and young adults being advisable further studies in or order to recognize the drug addicted features and kind of drug consumed to help the specific politics, services organization, training and specialized professional enabling.

Keywords: Public Health, Mental Health; Epidemiology; Substance-Related Disorders

RESUMEN

CAMPOS, C.G. Perfil Epidemiológico de las Hospitalizaciones Psiquiátricas por Alcohol y Otras Drogas en un municipio de la región Centro-Oeste de Minas Gerais en el período de 1998 a 2009. 2011. 78 h. Disertación (Maestría) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, 2011.

Esta investigación se trata de un estudio epidemiológico de serie histórica, de carácter ecológico de tipo descriptivo, temporal y exploratorio sobre el perfil epidemiológico de las hospitalizaciones psiquiátricas por alcohol y otras drogas en la población del municipio de Divinópolis, Minas Gerais, Brasil en el período de 1998 a 2009. El objetivo del estudio fue describir la evolución de las hospitalizaciones psiquiátricas por alcohol y otras drogas, por medio de datos obtenidos por el Sistema de Informática del Sistema Único de Salud - DATASUS. Fueron analizados el número de hospitalizaciones, tiempo de estancia hospitalaria, y tasa de mortalidad por mes, año, sexo y grupo étnico. La información obtenida fue procesada en el software Microsoft Excel (versión 2003) para el análisis de los datos y presentación de los resultados. Los resultados de este estudio permiten mostrar la situación de las hospitalizaciones por el uso y abuso de alcohol y otras drogas en el municipio. Las hospitalizaciones por uso y abuso de alcohol y otras drogas correspondieron al 22,3% (751) de las hospitalizaciones psiquiátricas totales en la población de Divinópolis, siendo 48% (363) por alcohol y 52% (388) por otras drogas. Los meses de mayor número de hospitalizaciones fueron enero, abril y mayo, lo que coincide con las fiestas del municipio; entre los años de 2004 a 2007 hubo los mayores índices de hospitalización; en cuanto al sexo fueron 76,4% (574) del sexo masculino e 23,6% (177) del femenino. Se observó aumento significativo a partir del 2002 en el número de hospitalizaciones del sexo femenino. Al analizar el tiempo de estancia en los 12 años, se nota un promedio de 27,4 días de hospitalización, teniendo el sexo femenino mayor permanencia con 30,1 días; el grupo étnico de 15 a 19 años, de 40 a 49 años y de 50 a 59 años presentaron mayor tiempo de hospitalización con 28 días. En el periodo de 1998 a 2009 no hubo ninguna defunción en las hospitalizaciones psiquiátricas debido al uso y abuso de alcohol y otras drogas. Se concluye con este trabajo que la problemática por alcohol y otras drogas tiene ocurrido cada vez mas en la población, en especial en el sexo femenino, adolescentes y adultos jóvenes, siendo necesario mas estudios para conocer el perfil de los usuarios y drogas de consumo para desarrollar políticas específicas, organización de servicios, formación y capacitación de profesionales especializados.

Palabras claves: Salud Pública; Salud Mental; Epidemiología; Trastornos Relacionados con Sustancias

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Localização do Estado de Minas Gerais no Mapa do Brasil.....	33
Figura 2 –	Distribuição das Regiões de Planejamento do Estado de Minas Gerais.....	34
Figura 3 –	Localização do Município de Divinópolis no Estado de Minas Gerais.....	35
Figura 4 –	Número de Internações Psiquiátricas segundo lista de Morbidade da CID-10 de residentes no Município de Divinópolis/ MG na série histórica compreendida de 1998 a 2009.....	51
Figura 5 –	Número de Internações Psiquiátricas de residentes no Município de Divinópolis/ MG segundo o ano na série histórica compreendida de 1998 a 2009.....	51
Figura 6 –	Tendência das Internações Psiquiátricas por Uso e Abuso de Álcool e Outras Drogas de residentes no município de Divinópolis/MG no período de 1998 a 2009.....	53
Figura 7 –	Tendência das Internações Psiquiátricas por Uso e Abuso de Álcool e Outras Drogas de residentes no município de Divinópolis/ MG segundo sexo no período de 1998 a 2009.....	57

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	–	Universidades e cursos oferecidos no município de Divinópolis/ MG no ano de 2010.....	37
Tabela 2	–	População residente total do município de Divinópolis de 1998 a 2009.....	41
Tabela 3	–	Capítulos da Classificação Internacional de Doenças - Décima revisão.....	46
Tabela 4	–	Número de Internações Psiquiátricas por Uso e Abuso de Álcool e Outras Drogas de residentes no município de Divinópolis/ MG no período de 1998 a 2009.....	53
Tabela 5	–	Número de Internações Psiquiátricas por Álcool e Outras Substâncias Psicoativas de residentes no Município de Divinópolis/ MG segundo mês e ano na série histórica compreendida de 1998 a 2009.....	55
Tabela 6	–	Número Total e Percentual de Internações Psiquiátricas por Álcool e Outras Substâncias Psicoativas de residentes no município de Divinópolis/ MG segundo sexo e ano na série histórica compreendida de 1998 a 2009.....	56
Tabela 7	–	Número de Internações Psiquiátricas por Álcool e Outras Substâncias Psicoativas de residentes no município de Divinópolis/ MG segundo faixa etária e ano na série histórica compreendida de 1998 a 2009.....	58
Tabela 8	–	Média de Permanência das Internações Psiquiátricas por Álcool e Outras Substâncias Psicoativas de residentes no município de Divinópolis/ MG segundo mês e ano na série histórica compreendida de 1998 a 2009.....	60
Tabela 9	–	Média de Permanência das Internações Psiquiátricas por Álcool e Outras Substâncias Psicoativas de residentes no município de Divinópolis/ MG segundo sexo e ano na série histórica compreendida de 1998 a 2009.....	61
Tabela 10	–	Média de Permanência das Internações Psiquiátricas por Álcool e Outras Substâncias Psicoativas de residentes no município de Divinópolis/ MG segundo faixa etária e ano na série histórica compreendida de 1998 a 2009.....	62

Tabela 11 – Principais Causas de Morbidade Hospitalar no SUS no ano de 2009 no Brasil, segundo os Capítulos da CID-10.....	64
Tabela 12 – Número de Óbitos devido ao Uso e Abuso de Álcool e Outras Substâncias Psicoativas na população residente do município de Divinópolis/ MG segundo sexo e ano na série histórica compreendida de 1998 a 2009.....	66

LISTA DE SIGLAS

SPAs	Substâncias Psicoativas
OMS	Organização Mundial de Saúde
EUA	Estados Unidos da América
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime
SUS	Sistema Único de Saúde
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
MG	Minas Gerais
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
MS	Ministério da Saúde
CMT	Centro Mineiro de Toxicomania
CECRH	Centro Eulâmpio Cordeiro de Recuperação Humana
URS	Unidade de Reintegração Social
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
RD	Redução de Danos
HIV	Human immunodeficiency vírus
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil
PEAD	Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento para usuários de Álcool e Drogas
UAP	Unidade de Atenção Primária
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
RP	Região de Planejamento
Km ²	Quilômetros Quadrados
Km	Quilômetros

UEMG	Universidade do Estado de Minas Gerais
UFSJ	Universidade Federal de São João Del Rei
FACED	Faculdade de Administração e Ciências Econômicas de Divinópolis
UNIFENAS	Universidade de Alfenas
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ACS	Agente Comunitário de Saúde
SERSAM	Serviço de Referência em Saúde Mental
RT	Residência Terapêutica
DST's	Doenças Sexualmente Transmissíveis
COPASA	Companhia de Saneamento de Minas Gerais
CEMIG	Companhia Energética de Minas Gerais
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
FNS	Fundo Nacional de Saúde
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
DO	Declaração de Óbito
CID	Classificação Internacional de Doenças
CENEPI	Centro Nacional de Epidemiologia
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
DN	Declaração de Nascido Vivo
SIA	Sistema de Informações Ambulatoriais
BPA	Boletim de Produção Ambulatorial
APAC	Autorização para Procedimentos de Alto Custo/ Complexidade
SIAB	Sistema de Informações de Atenção Básica
SIRH	Sistema de Informações sobre Recursos Humanos

CGPRA	Coordenação Geral de Políticas de Recursos Humanos
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
OBID	Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas
ONU	Organização das Nações Unidas
PIB	Produto Interno Bruto

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	19
2	OBJETIVO.....	22
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	23
3.1	A SAÚDE MENTAL E AS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS – UM BREVE PERCURSO HISTÓRICO.....	23
4	MATERIAL E MÉTODO.....	32
4.1	CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO.....	32
4.2	LOCAL DE ESTUDO.....	32
4.2.1	O ESTADO DE MINAS GERAIS.....	32
4.2.2	A REGIÃO CENTRO-OESTE DE MINAS GERAIS.....	34
4.2.3	O MUNICÍPIO DE DIVINÓPOLIS.....	35
4.3	DADOS DO ESTUDO.....	41
4.3.1	DATASUS.....	41
4.3.2	COLETA DE DADOS E VARIÁVEIS DE ESTUDO.....	45
4.4	ANÁLISE DOS DADOS.....	50
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	51
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	67
	REFERÊNCIAS.....	70

1 INTRODUÇÃO

O fenômeno do uso e abuso de álcool e outras drogas é um problema não só individual, mas também, familiar, econômico, político e social.

Sejam lícitas ou ilícitas, são substâncias capazes de alterar o funcionamento do organismo humano. Dependendo da natureza e da composição podem agir em determinada parte ou no organismo como um todo. Toda droga psicoativa tem seus efeitos, porém não se manifestam da mesma maneira em todos os organismos, até porque, cada droga tem sua contra-indicação (DALGALARRONDO, 2008).

Podem ser utilizadas para curar doenças ou obter prazer. Entre as drogas lícitas estão os medicamentos em geral (os quais só são permitidos sob prescrição médica), o álcool e o cigarro. Já entre as principais drogas ilícitas estão a maconha, a cocaína, o ecstasy, o crack, a heroína, entre outras (SADOCK, 2007).

Além dos prejuízos para a saúde do indivíduo muitas vezes há um prejuízo incomensurável no que diz respeito à vida social, familiar, emocional e psicológica da pessoa (AMARANTE, 1998; DALGALARRONDO, 2008; DIEHL, 2011).

O crescente uso abusivo de Substâncias Psicoativas (SPAs) é considerado na sociedade atual um sério problema de saúde pública, sendo tema de diversas conferências e debates. Muitas comunidades e culturas têm usado drogas em busca de uma alteração da disposição e do humor, dos pensamentos e dos sentimentos. A cocaína, o crack, a heroína e a maconha são as drogas mais utilizadas em caráter abusivo e não aprovado socialmente (PRATTA; SANTOS, 2009).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), desde 1987, o uso de cocaína vem aumentando no mundo, principalmente na forma de pedra, tanto que nesta década instalou-se uma epidemia de crack nos Estados Unidos da América (EUA) e na Europa (OMS, 2001).

De acordo com o United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) em seu último Relatório Mundial sobre Drogas, a América do Sul está com uma prevalência anual de uso da cocaína entre 0,9% e 1%, na população de 15 a 64 anos, índices também observados na Europa.

Os traficantes colombianos foram responsáveis pela produção da maior parte de cocaína do mundo, apesar desta produção ter diminuído 5% na Colômbia. Em contrapartida, esta produção vem aumentando nitidamente no Peru e na Bolívia. As apreensões de cocaína na América do Sul atingiram recordes nos últimos anos, tendo o Brasil 21% de aumento. De acordo com relatório a maconha continua sendo a droga mais consumida e amplamente

produzida no mundo. O seu consumo vem diminuindo nos EUA e Europa, seus maiores consumidores, o que indica uma mudança nos padrões de uso (UNODC, 2010).

Ao se analisar o uso de opiáceos, as maiores prevalências de uso foram relatadas no Brasil e no Chile, índice de 0,5% na população. Quanto às drogas sintéticas, o consumo destas substâncias ultrapassa a soma do consumo de opiáceos e cocaína (UNODC, 2008).

O Relatório Mundial sobre Drogas ainda expôs a grave situação mundial no âmbito da assistência para o tratamento dos usuários de drogas, segundo o mesmo faltam profissionais e serviços especializados (UNODC, 2010).

O primeiro passo para reverter esta situação é conhecer a população consumidora de SPAs e seus padrões de consumo, iniciando-se este diagnóstico situacional a nível local. Para isso, têm-se como ferramenta os registros do Sistema Único de Saúde (SUS).

Na última década, houve um avanço importante na possibilidade de acesso a dados pela Internet, principalmente o DATASUS, sistema de informações do SUS, o qual disponibiliza informações detalhadas referentes à saúde. É composto por diversos sistemas de informação de saúde, sendo um deles o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), uma base de dados com fins originalmente administrativos sobre todas as internações realizadas no Brasil e remuneradas pelo SUS (COSTA JÚNIOR, 2006).

Deste modo, o SUS, a área da saúde e a sociedade têm buscado de forma específica enfrentar o problema do uso de drogas e suas modalidades terapêuticas. Faz-se necessário então, conhecer o perfil dos pacientes internados em decorrência do uso e abuso de substâncias psicoativas para melhor planejamento e organização dos serviços e profissionais da saúde, educação, segurança pública, assistência social e outros (AMARANTE, 2007; DIEHL, 2011).

O município de Divinópolis/ Minas Gerais (MG) não possui até o momento um serviço especializado em dependência química financiado pelo SUS. Divinópolis é município pólo da macrorregião Oeste de Minas Gerais, sendo composta por 56 municípios, região que possui uma única referência hospitalar para internações psiquiátricas.

No que se refere à assistência em saúde mental, o município conta somente com um Hospital Psiquiátrico particular e conveniado ao SUS e um Centro de Atenção Psicossocial 24 horas (CAPS-III), e está em fase de implantação de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad).

Os desafios frente às drogas estão, portanto, presentes e não podem ser ignorados. Os transtornos mentais e comportamentais devido ao uso e abuso de substâncias psicoativas estão cada vez mais presentes na sociedade e devem ser enfrentados, seja pelo avanço do

conhecimento técnico-científico ou pela aproximação do processo de adoecimento e enfrentamento dos acometidos por estes transtornos, o que contribui para consolidar a assistência de saúde mental na sociedade moderna.

Dado que o sistema de saúde disponibiliza informações referentes ao perfil de adoecimento e assistência prestada, nada mais coerente que utilizar-se destas para a realização de estudos e pesquisas, em busca de respostas.

Diante disso, decidiu-se realizar um estudo transversal e descritivo, para avaliar a evolução das internações psiquiátricas por álcool e drogas no município de Divinópolis/ MG, num período de 12 anos, para análise e caracterização clínica e demográfica das internações psiquiátricas deste município registradas no DATASUS.

2 OBJETIVO

Descrever as Internações Psiquiátricas por Álcool e outras Drogas no município de Divinópolis/ MG, na série histórica de morbidade hospitalar do SUS brasileiro, compreendida entre 1998 e 2009.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 A SAÚDE MENTAL E AS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS – UM BREVE PERCURSO HISTÓRICO

Os problemas relacionados ao processo Saúde-Doença e ao Uso e Abuso de SPAs sempre estiveram presentes na história da humanidade, mas em cada período histórico, o homem apresentou maneiras diferentes de encará-los (PRATTA; SANTOS, 2009).

Para entender melhor essa problemática, vale lembrar alguns marcos importantes das Políticas Públicas e Serviços de Saúde Mental para o Uso e Abuso de SPAs.

Na Antiguidade e Idade Média, a Saúde Mental era enfrentada de forma excludente, ou seja, todos aqueles considerados insanos, rebeldes, alcoólatras e outros que não se enquadravam nos padrões aceitos pela sociedade, eram isolados e/ou excluídos em prisões ou por meio de condenações (MACHADO, 2010).

A loucura e o problema do uso e abuso de SPAs foram problematizados durante anos nesse modelo de exclusão e sofrimento, o que causou e fortaleceu o processo de estigmatização e isolamento social.

Os primeiros hospícios que se têm registros originaram-se no Oriente, como em Bagdad no final do século XII e no Cairo no século XIII (PESSOTTI, 1994).

O acolhimento de alienados em ambientes criados exclusivamente para eles teve sua origem com os árabes. A intenção era de revigorá-los, mas o que evidenciava era o caráter protetor, uma vez que a cultura árabe até hoje acredita nas influências nocivas do ambiente cotidiano (FOUCAULT, 2009).

Mas, somente no século XVIII surgiu uma esperança de dignidade para o modelo assistencial de saúde mental. Philippe Pinel, médico francês, após anos de estudos, ao assumir a assistência psiquiátrica do Hospício de Salpêtrière em Paris/França, instituiu uma reforma humanitária no modelo de cuidado para com os doentes mentais e usuários de SPAs (KANTORSKI, 2007).

Outro destaque foi Willian Tuke na Inglaterra que proibia todas as formas de violência para com os pacientes, como algemas, correntes, choques e padronizava um tratamento digno e de respeito. O mesmo foi o fundador do Hospital Retreat de York (AMARANTE, 1998).

A prática da institucionalização teve diversas modalidades no decorrer da história. A mais antiga era o recolhimento dos loucos e de outros excluídos, em edifícios mantidos pelos

governantes ou entidades religiosas. Estes edifícios tinham como único objetivo abrigar e recolher os alienados, por isso os nomes de *asylum* (asilo), *madhouse* (casa de loucos) do inglês e *hospizio* (hospício) do italiano. As instituições compostas por médicos que acolhiam os doentes mentais eram chamadas de *manicômios*. A função médica era bem reduzida, uma vez que os médicos especialistas em tratar os loucos, os alienistas, surgiram apenas no século XIX (PESSOTTI, 1996).

O século XVIII foi marcado pelos primeiros passos rumo à mudança do modelo assistencial excludente e violento instalado por um tratamento mais humano e especializado.

No século XIX as mudanças no modelo assistencial seguem acontecendo na Europa e em outros países, porém no Brasil ainda prevalecia a assistência excludente e punitiva. No Brasil as pessoas acometidas por doenças mentais ou uso e abuso de SPAs eram encaradas como perigosas e incômodas para a sociedade, sendo ainda levadas para prisões e ali deixadas ao esquecimento (AMARANTE, 2003).

Na Europa do século XIX, diversos manicômios foram criados, especialmente na França e na Itália, sendo esse período da história chamado de século dos manicômios (FOUCAULT, 2009).

A vinda da família real no Brasil “possibilitou a chegada de mais médicos e o aumento da preocupação com as condições de vida, possibilitando o início da institucionalização da saúde e a regulação da prática médica profissional” (MATTA; PONTES, 2007).

Uma primeira mudança na assistência psiquiátrica brasileira iniciou-se no século XIX, com o movimento da Medicina Social, formado por médicos especialistas influenciados pelo modelo de saúde europeu. Este movimento foi responsável pela construção de hospícios, os quais visavam garantir locais adequados, cuidados dignos e profissionais especialistas para as pessoas acometidas por doenças mentais e SPAs (KANTORSKI, 2007).

Destaca-se nesta época o Hospício D. Pedro II, primeiro hospital psiquiátrico brasileiro, construído na cidade do Rio de Janeiro após decreto de 1841. Com verba imperial de D. Pedro II e ajuda da população foi inaugurado em 1852.

A intenção foi construir um hospital psiquiátrico, o qual serviria de modelo para todo o país, mas na realidade o que se viu em pouco tempo foram problemas de superlotação, profissionais não preparados e em número reduzido e higienização precária dos pacientes, entre outros. Mesmo com todos esses problemas e diversas dificuldades, inúmeros hospícios foram inaugurados no Brasil (FERNANDES; SCARCELLI; COSTA, 1999).

Em 1882, surge a enfermagem psiquiátrica com Linda Richards, que fundou a primeira Escola de Enfermagem Psiquiátrica, em Massachusetts nos EUA. A partir desse

período houve uma preocupação quanto a organização dos serviços de enfermagem em hospitais psiquiátricos, uma vez que, até então essa prática assistencial era desempenhada por religiosos e prostitutas (STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008).

A institucionalização “possibilitou o nascimento da psiquiatria: começou, então, todo o trabalho de descrição e de agrupamento dos diferentes tipos dos sintomas e a denominação dos diversos tipos de transtorno psíquico que fundamentam a psiquiatria moderna” (MINAS GERAIS, 2006 p. 24).

No século XX, os manicômios cresceram bastante em números e seu caráter repressivo tornou-se ainda mais forte e seus problemas quanto a isolamento, maus-tratos, acomodações só se agravaram (MAGRO FILHO, 1992).

Na década de 40, o mundo vivenciava a crueldade dos campos nazistas e a realidade dos hospícios não era muito diferente. Com o final da II Guerra Mundial os hospícios foram alvos de indignação, por sua situação crítica, surgindo nesta época os movimentos de Reforma Psiquiátrica (FOUCAULT, 2009).

Os prejuízos causados pela II Guerra e os danos psíquicos instalados em um número enorme de homens jovens eram preocupantes. Estes eram mãos-de-obra para a reconstrução da Europa e era preciso fazer algo para a recuperação rápida destes homens para reerguer o continente europeu (PESSOTI, 1994).

Surgia nesta época, um novo modelo de assistência psiquiátrica, como a psicoterapia institucional na França, que enfatizava a relação terapeuta-paciente no tratamento, por meio de práticas em ateliês, festas, reuniões, entre outras. Nesta mesma época, surgiam as Comunidades Terapêuticas na Inglaterra, as quais incentivavam a participação dos pacientes nas atividades e decisões da instituição (BASAGLIA, 2005; FOUCAULT, 2009).

Na década de 50, surgia na França a Psiquiatria de Setor e nos EUA a Psiquiatria Preventiva. A primeira preconizava o tratamento em locais extra-hospitalares, o que definia a territorialização da assistência com serviços próprios como clubes terapêuticos, casas de pós-cura, oficinas, entre outros. A segunda estimulava os quatro níveis de prevenção: as intervenções nos aspectos individuais, nos aspectos ambientais, no diagnóstico precoce e na readaptação do paciente à sociedade (AMARANTE, 1998). Nesta época a sociedade buscou reduzir o papel dos hospícios e manicômios.

No início dos anos 70, na Itália, surgia o movimento de Reforma Psiquiátrica, liderado pelo psiquiatra Franco Basaglia. Ele promoveu a substituição do tratamento psiquiátrico hospitalar e manicomial por uma rede territorial de atendimento, da qual faziam parte serviços comunitários, emergências psiquiátricas em hospital geral, cooperativas de trabalho, centros

de convivência e moradias assistidas (BASAGLIA, 2005). As idéias de Basaglia se constituíram em algumas das principais influências para o movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Vale ressaltar que somente a partir da década de 70, após as influências de Basaglia que as comunidades terapêuticas começaram a se instalar no Brasil. Mas, foi na década de 90, que se registrou a maior expansão desses dispositivos de tratamento (MINAS GERAIS, 2006).

No final da década de 70, iniciou-se a consolidação da Reforma Psiquiátrica brasileira. Em Minas Gerais, o movimento da Reforma Psiquiátrica deu início neste mesmo período, com trabalhadores do setor de saúde mental que denunciaram à sociedade as condições precárias em que se encontravam as pessoas internadas nos hospitais psiquiátricos mineiros (MAGRO FILHO, 1992; PRAZERES; MIRANDA, 2005).

O movimento pela desinstitucionalização da psiquiatria “desenvolveu-se no Brasil na segunda metade da década de 1980 e gerou, em 1989, o *Projeto de Lei n.º 3.657* de Paulo Delgado” (KILSZTAJN et al, 2008).

Antes da criação do SUS, a atuação do Ministério da Saúde (MS) se resumia às atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças. No quesito assistência médico-hospitalar, esta se restringia aos indigentes, ou seja, a quem não tinha acesso aos atendimentos realizados pela iniciativa privada (BRASIL, 1990; 2000).

Na saúde mental não era muito diferente, os serviços se limitavam em instituições particulares ou filantrópicas (AMARANTE, 2003; BORGES, BAPTISTA, 2008)

Em 1987, acontecia no Brasil a I Conferência Nacional de Saúde, na cidade do Rio de Janeiro, juntamente com o II Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental de Bauru, São Paulo, os quais propuseram melhorias na assistência psiquiátrica para os profissionais da saúde, usuários e familiares. Foi a partir deste encontro que surgiu o lema “Por uma sociedade sem manicômios” do movimento antimanicomial vigente até os dias atuais, o qual é comemorado no mês de maio (BORGES, BAPTISTA 2008; BRASIL, 2005).

O SUS teve seus princípios estabelecidos na Lei Orgânica de Saúde, em 1990, embasada pela Constituição Federal de 1988, sendo estes divididos em doutrinários e organizacionais (BRASIL, 1990).

Os princípios doutrinários são compostos: pela universalidade, a integralidade e a equidade, que se traduzem como a saúde sendo um direito de todos, independentemente do atendimento necessário, local e indivíduo. E os princípios organizacionais são compostos: pelo controle social, descentralização político-administrativa, hierarquização e regionalização,

que se traduzem em participação da população na gestão do SUS, administração da saúde não só pela esfera federal, mas também pelas esferas estaduais e municipais, e a divisão da saúde em níveis de complexidade (primária, secundária e terciária) (BRASIL, 1988; 1990; 2000).

Ou seja, o objetivo do SUS é produzir resultados de qualidade na saúde da população brasileira

Recuando um pouco no tempo, a partir dos anos 80, criaram-se os centros especializados para o tratamento de usuários de drogas, prevista na Lei nº 6368 de 1976. Nesta época foram criados no Brasil apenas dois centros especializados em todo território nacional: o Centro Mineiro de Toxicomania (CMT), em Minas Gerais e o Centro Eulâmpio Cordeiro de Recuperação Humana (CECRH), em Pernambuco (BRASIL, 2004).

O CMT é referência no estado de MG no que diz respeito a prevenção, educação, tratamento e acompanhamento de usuários de SPAs. Ele foi inaugurado em 1983 com o nome de Unidade de Reintegração Social (URS) e está instalado desde sua fundação no município de Belo Horizonte. Atualmente, é reconhecido como CAPSad, após recadastramento no Ministério da Saúde (CAMPOS, 2002).

Esses dois centros tiveram e ainda tem grande importância na produção de conhecimento e de pesquisas na área de drogas, bem como na construção de uma prática clínica para com os usuários de SPAs no Brasil (MORAES, 2008).

Ainda na década de 1980, o movimento social de usuários e dependentes de drogas fundou em Roterdã/ Holanda, a Liga de Dependentes, com objetivo de reivindicar melhores condições de saúde e de vida para os usuários de SPAs. Mas, foi em 1920, no Reino Unido que se iniciaram as primeiras intervenções referentes à redução de danos (DIEHL, 2011).

Foi através dos membros deste movimento que os usuários de SPAs conseguiram discutir com representantes do governo holandês a disponibilização de agulhas e seringas descartáveis. Quatro anos mais tarde, em 1984, lançaram na Holanda o programa de troca de agulhas e seringas, o qual foi se ampliando por todo o país a medida que a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) tornava-se uma epidemia, especialmente entre os usuários de drogas injetáveis (WODAK, 2009).

Daí em diante a política de Redução de Danos (RD) foi se espalhando por diversos países, chegando ao Brasil como uma tentativa de implantação em 1989 na cidade de Santos, São Paulo. Em 1995, conseguiram implantar o primeiro programa de Redução de Danos no Brasil, na cidade de Salvador, Bahia (AMARANTE, 1998).

Os programas de RD tem princípios norteadores comuns: distribuição de material estéril e descartável, como seringas e agulhas, para impedir que os usuários de SPAs as reutilizem; e o reconhecimento destes usuários como cidadãos (BRASIL, 2004).

Na década de 90, os conceitos de Reforma Psiquiátrica realmente começaram a ser incorporados no Brasil. Após a participação do país no IV Encontro Continental sobre Direitos Humanos e da Declaração de Caracas, este encontro teve como objetivo a união dos países das Américas na luta contra o modelo psiquiátrico hospitalar, o qual exclui da sociedade os portadores de transtornos de mentais (BRASIL, 2001; HIRDES, 2009; OMS, 2006).

A princípio, em meados da década de 90, a dependência e o uso prejudicial de álcool e outras drogas consistia em uma grave questão de saúde pública, mas até aquele momento o SUS não havia assumido a responsabilidade dessa problemática (MACHADO; MIRANDA, 2007).

As primeiras medidas de tratamento destinadas aos usuários de drogas não surgiram no campo da Saúde Pública, elas foram propostas no âmbito da justiça penal, a qual se baseava nas condutas associadas à produção, ao comércio e ao uso de drogas. Essas medidas contaram com a Psiquiatria para sua legitimação e estavam mais comprometidas com a repressão e controle do uso de drogas no País. O usuário de SPAs passou então a ser classificado como doente e/ou como criminoso (FIORE, 2005).

O “Programa de Ação Nacional Antidrogas” de 1996, baseou-se na luta contra o crescimento do consumo de drogas e sua dependência e com a disseminação do Human Immunodeficiency Virus (HIV) entre os usuários de drogas injetáveis no Brasil (BRASIL,2004).

Com o Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, no âmbito do SUS, definiu-se como principais componentes de assistência do Sistema: a atenção básica; os CAPSad, os ambulatórios e outras unidades hospitalares especializadas; a atenção hospitalar de referência e a rede de suporte social (BRASIL, 2004).

Na década seguinte, entre os anos 2001 e 2002, a temática álcool e outras drogas integram a agenda de saúde pública brasileira (QUINTAS; AMARANTE, 2008).

Em 2001, os movimentos da Reforma Psiquiátrica alcançaram a aprovação da Lei nº 10.216, a qual redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando serviços de base comunitária, como a proteção e os direitos dos portadores de transtornos mentais (BRASIL, 2005; LUZIO;YASUI, 2010; MACEDO, 2006). Essa lei impulsionou o processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Com as conquistas no âmbito da saúde mental, no ano de 2002, o MS publicou portarias voltadas para a consolidação de todo o processo de assistência e dos serviços de saúde mental voltados para os alcoolistas e drogadictos (BRASIL,2002).

Os CAPS foram oficialmente criados a partir da Portaria GM 224/92 como unidades de saúde locais que contam com uma população definida pelo nível local e que oferecem atendimentos intermediários entre o regime ambulatorial e hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional (BRASIL,2004).

Sua regulamentação aconteceu dez anos mais tarde, com a Portaria GM / 336, de 19 de fevereiro 2002, e com Portaria SAS / 189 de 20 de março de 2002 a qual dispõe sobre a implantação progressiva de CAPS nos municípios, para acompanhar a redução de leitos em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2002).

Os CAPS destinam-se a crianças, adolescentes, adultos e idosos com transtornos mentais severos e persistentes, incluindo os transtornos relacionados às SPAs.

Os CAPS exercem papel estratégico na assistência direta em saúde mental e na sua organização, como elaboração de projetos terapêuticos personalizados, consultas especializadas, oficinas terapêuticas, distribuição de medicamentos, entre outros. São eles que direcionam as políticas e programas específicos, assessoram as equipes de saúde da família e unidades básicas de saúde (BRASIL, 2004).

Para uma melhor assistência, existem os CAPS I, CAPS II, CAPS III, Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi) e CAPSad (BRASIL, 2004). São eles:

- CAPS I – direcionado para municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes. Funciona de segunda a sexta-feira das 8 às 18 horas;
- CAPS II – direcionado para municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes. Funciona de segunda a sexta-feira das 8 às 18 horas. Pode um terceiro período de funcionamento, das 18 às 21 horas;
- CAPS III – direcionado para municípios com população acima de 200.000 habitantes. Funciona 24 horas, diariamente, inclusive finais de semana;
- CAPSi – direcionado para municípios com população acima de 200.000 habitantes. Funciona de segunda a sexta-feira das 8 às 18 horas. Pode um terceiro período de funcionamento, das 18 às 21 horas;

- CAPSad - direcionado para municípios com população acima de 100.000 habitantes. Funciona de segunda a sexta-feira das 8 às 18 horas. Pode um terceiro período de funcionamento, das 18 às 21 horas;

O CAPSad foi assim definido e concebido em 2002 como um serviço especializado de atenção ambulatorial diário para pacientes com transtornos decorrentes do uso e abuso de SPAs. Além de suas atribuições diretas assistenciais, é seu dever capacitar e supervisionar as equipes da atenção básica de saúde, os serviços e programas de saúde mental relacionados ao uso e abuso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2004).

Logo após veio a Portaria GM / 816 de 30 de abril de 2002 que instituiu o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e Outras Drogas, que busca fortalecer a assistência de saúde aos usuários de álcool e outras drogas, com foco na reabilitação e reinserção social (BRASIL, 2002).

Em 2003, foi publicada a Política do MS para Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas, definida como uma política de prevenção, tratamento e de educação voltada para o uso de álcool e outras drogas, ou seja, construída a partir de parcerias intersetoriais (BRASIL, 2003).

No ano de 2009 foi lançado pelo governo a Portaria nº 1.190 de 4 de junho de 2009, que institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento para usuários de Álcool e Drogas (PEAD) com o objetivo de ampliar o número de leitos em hospitais gerais para o tratamento dos acometidos pelo uso de SPAs e ampliação dos CAPSad,, como também habilitar os CAPSad já existentes em CAPS III nos municípios com população acima de 250 mil habitantes (BRASIL, 2010).

Esse plano também visa outros recursos, como a ampliação do projeto de Consultórios de Rua, a construção de Casas de Passagem em municípios com mais de 500 mil habitantes, para abrigar os usuários de SPAs em situação de risco e a criação de Pontos de Acolhimento em municípios com mais de 400 mil habitantes, espaços abertos, os quais recebem os usuários de SPAs que precisam tomar banho, se alimentar e descansar. (BRASIL, 2010).

O objetivo maior deste plano é criar um vínculo de respeito, confiança e trazer os usuários de álcool e outras drogas para os serviços de saúde.

A rede de atendimento a usuários de SPAs no país além de contar com estes novos serviços, também está distribuída entre Unidades de Atenção Primária (UAPs), hospitais gerais, serviços ambulatoriais, unidades especializadas, clínicas especializadas e comunidades terapêuticas.

A saúde mental cada vez mais alcança vãos maiores e conquista autonomia e dignidade, embasada nas idéias da reforma psiquiátrica, o que torna os usuários e familiares co-responsáveis pelo tratamento e acompanhamento psicossocial.

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo epidemiológico de série histórica, de caráter ecológico do tipo descritivo, temporal e exploratório das internações psiquiátricas por álcool e outras drogas no município de Divinópolis/MG.

Os estudos ecológicos têm como unidade de análise o grupo de indivíduos, não se restringindo a um único indivíduo, sendo interligados por fatores geográficos e/ou temporais. Os estudos ecológicos quando temporais e exploratórios permitem avaliar os dados de uma determinada doença ao longo do tempo em uma população comum, o que permite prever modificações epidemiológicas e geográficas da doença estudada e dos indivíduos afetados (HENNEKENS; BURING, 1987).

A seqüência em série histórica possibilita acompanhar a situação de saúde frente a morbidade e mortalidade de uma mesma população em um determinado momento histórico, fornece informações acerca das evoluções e das eventuais alterações que ocorram em determinado espaço de tempo (GORDIS, 2004).

Desta forma, o estudo epidemiológico de enfoque ecológico apresenta-se relevante para o conhecimento e contextualização da problemática álcool e drogas da população no município de Divinópolis/ MG.

4.2 LOCAL DE ESTUDO

4.2.1 O ESTADO DE MINAS GERAIS

O Estado de Minas Gerais está localizado na região Sudeste do Brasil, juntamente com os Estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Espírito Santo. Possui 853 municípios e é considerado o estado com maior número de municípios do Brasil. Tratando-se de extensão territorial, perde somente para os estados do Amazonas, Pará, Mato Grosso. (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), 2008).



Figura 1 – Localização do Estado de Minas Gerais no mapa do Brasil.
Fonte: <www.mg.gov.br>

De acordo com o IBGE o estado de Minas Gerais é geograficamente dividido em 66 microrregiões, entretanto, desde 1985 o governo do estado utiliza-se da divisão territorial denominada Regiões de Planejamento (RP), as quais não coincidem em sua totalidade com as divisões do IBGE, mas que se fizeram necessárias para questões administrativas e organizações do governo de Minas Gerais (IBGE, 2008). São elas:

- Alto do Paranaíba
- Central
- Centro Oeste de Minas
- Jequitinhonha/Mucuri
- Zona da Mata
- Noroeste de Minas
- Norte de Minas
- Rio Doce
- Sul de Minas
- Triângulo Mineiro.

Esta será a subdivisão utilizada neste trabalho (MINAS GERAIS, 2009).



Figura 2 - Distribuição das Regiões de Planejamento do Estado de Minas Gerais.

Fonte: <www.mg.gov.br>

4.2.2 A REGIÃO CENTRO-OESTE DE MINAS GERAIS

A região Centro Oeste de Minas composta de 56 municípios, possui uma extensão territorial de 31.543 quilômetros quadrados (km²) (IBGE, 2008).

Nos últimos anos apresentou-se como a terceira colocada de MG na taxa de crescimento e atingiu 1.364.023 habitantes no ano de 2008. Em 2007 houve aumento da densidade demográfica de 27,7 para 31,2 habitantes/km² e do grau de urbanização de 85,6% para 89,1% (MINAS GERAIS, 2009).

O município de Divinópolis encontra-se na RP denominada Centro-Oeste de Minas, a qual possui 56 municípios. Cada RP possui uma cidade pólo, ou seja, uma cidade-referência para investimentos e assistências de maior complexidade. No caso da RP Centro-Oeste de Minas, o município de Divinópolis exerce essa função. A RP em maior quantidade de municípios é a Central, 158 municípios, cuja cidade pólo é a capital do estado, Belo Horizonte (IBGE, 2008).

Entre as principais atividades econômicas da região, destacam-se principalmente as atividades relacionadas às indústrias na área de vestuário, calçados, móveis, metalurgia e química.

4.2.3 O MUNICÍPIO DE DIVINÓPOLIS

O município de Divinópolis foi fundado em 13 de janeiro de 1767, por cinquenta famílias moradoras da região dos rios Itapecerica e Pará. Transformou-se no arraial do Espírito Santo da Itapecerica, em 24 de março de 1770, quando o sertanista Manoel Fernandes Teixeira fez uma doação de terras à igreja católica fato comum na época e essas foram destinadas a povoação. Desde sua fundação, até 1841, pertenceu ao município de Pitangui, sendo um dos seus principais distritos. A partir desta data, foi anexado ao município de Tamanduá até sua emancipação em 1º de junho de 1912 (GONTIJO,1962).



Figura 3 – Localização do município de Divinópolis no Estado de Minas Gerais.
Fonte: www.mg.gov.br

Divinópolis está localizada na zona metalúrgica e faz limites com os seguintes municípios: Nova Serrana (Norte), Perdigoão (Noroeste), Santo Antônio do Monte (Oeste),

São Sebastião do Oeste (Sudoeste), Cláudio (Sul), Carmo do Cajuru (Leste) e São Gonçalo do Pará (Leste) (PREFEITURA MUNICIPAL DE DIVINÓPOLIS, 2010).

O clima é quente e semi-úmido, com ventos dominando de Sudeste e Nordeste, fracos e moderados: umidade relativa do ar, em média, nos 72%. Índice pluviométrico variando de 1.200 mm a 1.700 mm anuais. Temperatura média de inverno: 18,5°C, no verão: 29°C, e nas outras estações 23,8°C (IBGE, 2008; MINAS GERAIS, 2009).

Divinópolis situa-se numa região de terras altas, principalmente a Oeste/Noroeste, onde se concentram 8% dos 15% de terrenos montanhosos que formam o território municipal, composto de campos (53%) e de áreas planas (32%) (PREFEITURA MUNICIPAL DE DIVINÓPOLIS, 2010).

O território é banhado por dois rios, ambos afluentes e tributários do Rio São Francisco: o rio Pará, que nasce em Entre Rios de Minas e banha toda costa de Divinópolis, e o rio Itapecerica, que nasce nesta região (Ribeirões Boa Vista e Tamanduá), cortando a cidade transversalmente nos seus 18 quilômetros (km) de extensão (BARRETO, 1992).

A rede de educação do município possui escolas municipais, estaduais, federais e particulares.

A cidade conta com cinco universidades, conforme tabela a seguir:

Tabela 1 – Universidades e cursos oferecidos no município de Divinópolis/ MG no ano de 2010.

Universidade	Cursos de Graduação	Site
Universidade do Estado de Minas Gerais (UEMG)	Ciências Biológicas, Comunicação Social, Educação Física, Enfermagem, Engenharia Civil, Engenharia da Computação, Engenharia de Produção, Filosofia, Fisioterapia, História, Letras, Matemática, Pedagogia, Psicologia, Química, Serviço Social.	http://www.funedi.edu.br/
Faculdade de Administração e Ciências Econômicas de Divinópolis (FACED)	Administração, Ciências Contábeis, Design de Moda, Direito, Psicologia e Serviço Social.	http://www.faced.br/
Faculdade Pitágoras (Unidade Divinópolis)	Administração, Ciências Contábeis, Ciências da Computação, Comunicação Social, Direito, Enfermagem, Engenharia Ambiental, Engenharia Civil, Engenharia de Controle e Automação, Engenharia Elétrica, Engenharia Mecânica, Engenharia de Produção, Farmácia, Sistemas de Informação.	http://www.faculdadepit.agoas.com.br/divinopolis
Universidade de Alfenas (UNIFENAS)	Biomedicina, Design de Moda, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição e Radiologia.	http://www.unifenas.br/divinopolis
Universidade Federal São João Del Rei (UFSJ) – Campus Dona Lindu	Bioquímica, Enfermagem, Farmácia, Medicina.	http://www.ufsj.edu.br/

Fonte: Site das Universidades apresentadas acima.

Dentre os eventos do município destacam-se a Festa da Cerveja, realizada no final de abril até 1º de maio, com shows do axé ao rock, direcionada mais para o público jovem, a qual atrai turistas de todo o Brasil; a Divina Expô, comemorada na época do aniversário da cidade e considerada o maior rodeio de Minas Gerais; a Joynina realizada no final de junho, sendo uma festa junina típica na qual todos os convidados vão a caráter, a Festa Fantasia, realizada em Outubro, sendo referência na região por sua criatividade e público diversificado, e a Divina Folia (micareta), carnaval fora de época com shows em trio elétrico (PREFEITURA MUNICIPAL DE DIVINÓPOLIS, 2010).

De algum modo, esses tipos de eventos incentivam e favorecem o consumo de álcool e outras drogas.

O município também conta com uma vida noturna bastante agitada, com seus bares e restaurantes tipicamente mineiros, sua cerveja gelada, a cachaça mineira e os seus tira-gosto, tais como torresmo com mandioca, costela de porco, carne de panela, farofa, feijão tropeiro, entre outros, sendo os dias de quinta-feira, sexta-feira e sábado os mais badalados e movimentados.

De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) a rede de saúde do município conta atualmente com os seguintes serviços:

- Hospital São João de Deus

Hospital particular administrado por uma ordem religiosa de origem italiana, com sede em Roma. Possui 300 leitos, divididos em atendimentos SUS, convênios de saúde e particulares. Atende Clínica Médica, Pediatria, Nefrologia, Oncologia, Hematologia, Pneumologia, Cardiologia, Neurologia, Neonatologia, Obstetrícia. Realiza cirurgias na área de Neurologia, Ginecologia/ Obstetrícia, Oftalmologia, Oncologia, Transplante, Estética, Buco Maxilo Facial, Torácica, Nefrologia, Ortopedia, Mastologia e Cardiologia. Possui Unidade de Terapia Intensiva (UTI) com 19 leitos, sendo 11 neonatais, 2 pediátricos e 6 adultos. Atende demanda espontânea e encaminhamentos da região Centro-Oeste de Minas Gerais de média e alta complexidade. É referência estadual em atendimentos de oncologia e nefrologia (CNES,2010).

- Clínica São Bento Menni

Hospital particular de caráter filantrópico criado em 1975, conveniado ao SUS é administrado por uma congregação religiosa de irmãs hospitaleiras de origem espanhola, especializado em atendimento psiquiátrico. Possui 120 leitos, divididos em quatro setores :

masculino SUS, masculino particular e convênios de saúde, feminino SUS, e feminino particular e convênios de saúde. O hospital conta com uma equipe multidisciplinar: médicos generalistas, psiquiatras, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, técnicos de enfermagem e recreacionistas. É referência de atendimento para a população da região Centro-Oeste de Minas Gerais (CNES,2010).

- Hospital e Maternidade Santa Mônica

Hospital particular administrado por uma equipe médica. Possui 40 leitos, divididos em clínica geral, cirurgia, pediatria e obstetrícia. Conta com 05 leitos de UTI. Atende demanda espontânea e encaminhamentos em caráter particular e convênios de saúde (CNES,2010).

- Hospital Santa Lúcia

Hospital particular administrado por uma equipe médica. Possui 81 leitos, divididos em clínica geral, neurologia, obstetrícia e pediatria, e uma UTI com 06 leitos de capacidade. Realiza cirurgias gerais, neurológicas, oncológicas e ginecológicas/ obstétricas. Atendimento em caráter particular e convênios de saúde (CNES,2010).

- Hospital São Judas Tadeu

Hospital particular administrado por uma equipe médica. Atendimentos particulares e convênios de saúde, por demanda espontânea e encaminhamentos. Possui 46 leitos, divididos em clínica e cirurgia geral, obstetrícia e pediatria, e 04 leitos em UTI (CNES,2010).

- Pronto-Socorro Regional

Administrado pela prefeitura local e pelos governos municipais da região, atende toda a população da região Centro-Oeste, composta por 56 municípios. Atende demanda espontânea e referenciada da rede de Atenção Básica e assistência de média complexidade, possui atualmente 54 leitos, sendo 19 masculinos, 20 femininos, 11 pediátricos e 4 intensivismo (CNES,2010).

- Equipes do Programa Estratégia de Saúde da Família (ESF)

Conta com 16 unidades de ESF, distribuídas nos bairros, Belvedere, Buriti, Candidés, Djalma Dutra, Icaraí, Jardinópolis, Morada Nova, Nilda Barros, Osvaldo Machado Gontijo,

Primavera, Quilombo, Santa Lúcia, Santos Dumont, São Paulo, Serra Verde e Vale do Sol. Possui 91 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e cada equipe é composta por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e de 4 a 6 ACS (CNES,2010).

- Centros de Saúde e UAPs

Conta com 15 unidades, distribuídas nos bairros, Afonso Pena, Bom Pastor, Centro, Interlagos, Danilo Passos, Itai, Lagoa dos Mandarins, L.P. Pereira, Nações, Niterói, Nossa Senhora das Graças, Planalto, Santo Antônio dos Campos, São José e Tietê. As equipes são formadas por enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistentes sociais, psicólogas, médicos clínicos gerais e ginecologistas (CNES,2010).

- Serviço de Referência em Saúde Mental (SERSAM)

Foi instalado como unidade de referência ambulatorial de saúde mental de Divinópolis em 1997, com nome "Casa de Saúde Mental". Atualmente, oferece três modalidades de serviços: urgência/emergência: pacientes em crises encaminhados pela rede de saúde ou espontânea; ambulatório: consultas agendadas e egressos de hospitais psiquiátricos ou serviços de saúde mental; e CAPS III: Centro de Atenção Psicossocial, conforme legislação Portaria GM nº 336 -19/02 / 2002, sendo referência 24 horas para a saúde mental do município (CNES,2010).

- Residência Terapêutica (RT)

O município conta com uma RT, composta por oito moradores, pacientes egressos de hospital psiquiátrico. A moradia conta com assistência 24 horas, sendo a equipe formada por quatro cuidadores e uma psicóloga (CNES,2010).

- Policlínica

Possui 01 unidade, sendo referência para especialidades médicas e atendimentos de alto risco e diferenciados, como por exemplo: gestação de alto risco e portadores do vírus HIV e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) (CNES,2010).

O abastecimento de água do município é feito pela Companhia de Saneamento de Minas Gerais (COPASA) e a rede de energia elétrica é mantida pela Companhia Energética de Minas Gerais (CEMIG).

Uma das metas do município é a criação de um Hospital Público Geral, cujo objetivo é ser inaugurado até 2012.

Rumo ao seu centenário no ano de 2012, o município de Divinópolis encontra-se na atualidade entre as dez melhores cidades de estado de Minas Gerais.

De acordo com os dados da última estimativa do IBGE, Divinópolis conta com uma população de 216.099 mil/ habitantes, conforme tabela abaixo:

Tabela 2 – População residente, município de Divinópolis de 1998 a 2009.

Ano	População	Método
2009	216.099	Estimativa
2008	213.277	Estimativa
2007	209.921	Estimativa
2006	207.981	Estimativa
2005	204.325	Estimativa
2004	197.141	Estimativa
2003	193.976	Estimativa
2002	190.796	Estimativa
2001	187.731	Estimativa
2000	183.962	Censo
1999	185.045	Estimativa
1998	180.801	Estimativa

Fonte: DATASUS/ Censos e Estimativas do IBGE.

4.3 DADOS DO ESTUDO

4.3.1 DATASUS

Nos últimos anos, houve um grande avanço na possibilidade de acesso a dados relativos à saúde pela Internet, dentre eles, o acesso a uma base de dados sobre todas as internações realizadas em território nacional e remuneradas pelo SUS (BITTENCOURT, 2006).

A base de dados está disponível para consulta no endereço eletrônico do DATASUS, www.datasus.gov.br como parte das políticas de acessibilidade universal do sistema de saúde público brasileiro (BRASIL,2010).

Os dados disponíveis na Internet são gerados sem identificação pessoal dos usuários dos serviços prestados pelo SUS. São arquivos com informações que constam na Autorização de Internação Hospitalar (AIH), que incluem, entre outras informações, diagnóstico do paciente, dados demográficos, local, mês e ano, período de permanência e custos da internação (COSTA JÚNIOR, 2006).

Dados secundários extraídos do DATASUS têm sido utilizados em inúmeras pesquisas, como por exemplo:

- Transtornos Mentais e Comportamentais no Sistema de Informações Hospitalares do SUS no município de Ribeirão Preto de 1998 a 2002, realizado por Edilaine Cristina da Silva e Moacyr Lobo da Costa Júnior/ Universidade de São Paulo (SILVA; COSTA JUNIOR, 2006);
- Padrão das internações psiquiátricas no Rio Grande do Sul no período de 2000 a 2004, realizado por Rafael Henriques Candiago e Paulo Belmonte de Abreu/ Universidade Federal do Rio Grande do Sul (CANDIAGO; ABREU, 2007);
- Perfil Epidemiológico da AIDS em Idosos utilizando os Sistemas de Informações em Saúde do DATASUS no Brasil no período de 1995 a 2005, realizado por Vivian S. Godoy, Edilaine Cristina da Silva e outros pesquisadores/ Universidade de São Paulo (GODOY; SILVA et al, 2008);
- Evolução da Morbidade por Doenças Mentais no município de Alfenas/ MG no período de 1995 a 2007, realizado por Helder Luiz Ribeiro da Silva sob orientação de Moacyr Lobo da Costa Júnior (SILVA, 2008).

O Decreto 100 de 16/04/1991 criou a Fundação Nacional de Saúde (FNS), definindo o Departamento de Informática do SUS, o DATASUS, o qual deu início às suas atividades em outubro de 1991 a partir da incorporação dos recursos humanos, acervo técnico e equipamentos relativos às atividades de informática do SUS. Ao DATASUS compete especificar, desenvolver, implantar e operar sistemas de informação relativos às atividades finalísticas do SUS (CANDIAGO; ABREU, 2007).

O DATASUS proporciona manutenção, desenvolvimento e disseminação dos Sistemas de Informações de Saúde e seus registros; normatização de procedimentos, softwares, ambientes e tecnologias de informática para o SUS; consultoria e suporte técnico dos sistemas de planejamento, controle e operacionalização da Saúde em todos os níveis; e capacitação dos profissionais e governantes (COSTA JÚNIOR, 2006).

Hoje o DATASUS conta com diversos sistemas de informações de saúde:

- Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)

O SIM foi o primeiro sistema de informações de saúde criado no Brasil e é fornecido no DATASUS. Sua criação data de 1976, mas seus primeiros dados foram disponibilizados no site a partir de 1979. Usa-se da Declaração de Óbito (DO), documento de três vias, o qual é padronizado e distribuído nacionalmente pelo MS. Todos os seus registros referentes a causa de óbito são classificados de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID). As DO são registradas em níveis municipais e estaduais pelas secretarias de saúde através das DO coletadas em estabelecimentos de saúde e cartórios, os quais são enviados para o Centro Nacional de Epidemiologia/Fundação Nacional de Saúde (CENEPI/FUNASA) que após consolidados são disponibilizados no DATASUS (BRASIL, 2002).

- Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)

O SINASC foi implantado em 1990 com o intuito de fornecer as informações sobre os nascidos vivos, gravidez, parto e suas condições em âmbito nacional. Suas informações são obtidas através da Declaração de Nascido Vivo (DN), a qual é padronizada e distribuída nas unidades hospitalares e casas de parto de todo território brasileiro por meio do MS. A DN contém informações sobre o parto, nascimento do bebê, filiação, endereço, entre outros. Esses dados após consolidados são enviados para o CENEPI/FUNASA e disponibilizados no DATASUS (BRASIL, 2002).

- Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Este sistema foi criado no intuito de organizar, controlar e operar o sistema de pagamento dos serviços hospitalares prestados pelo SUS. Para a realização destes criou-se a AIH, a qual deve ser preenchida pela instituição hospitalar e enviada ao gestor do SUS, seja ele municipal e/ou estadual para seu processamento em nível federal. As limitações do SIH/SUS é a não inclusão das internações realizadas por estabelecimentos não conveniados ao SUS (BRASIL, 2002).

- Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

Desde o mês de julho de 2004, o SUS usufrui deste sistema para análise e processo das suas contas ambulatoriais. Utiliza-se o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) e a Autorização para Procedimentos de Alto Custo/ Complexidade (APAC), os quais registram indicadores a partir do número de atendimentos realizados, tipo de procedimento e grupo populacional (BRASIL, 2002).

- Sistema de Informações de Atenção Básica (SIAB)

É responsável pelas informações referentes ao planejamento, acompanhamento e avaliação das atividades das equipes da ESF. Suas informações constam de dados demográficos, econômicos, ambientais, culturais, morbidade e mortalidade, sendo coletadas a partir dos cadastros das famílias atendidas pela equipe da Saúde da Família (BRASIL, 2002).

- Sistema de Informações sobre Recursos Humanos (SIRH/SUS)

Este sistema nada mais é do que a consolidação realizada pelo MS dos dados referentes a emprego, formação, força de trabalho e mercado de trabalho de profissionais de saúde, por meio da Coordenação Geral de Políticas de Recursos Humanos (CGPRH) em parceria com o IBGE, conselhos de classes profissionais, Ministério da Educação e Cultura, Ministério do Trabalho, entre outros (BRASIL, 2002).

O DATASUS também dispõe as Informações Demográficas fornecidas pelo IBGE, referentes a População (Censos e Estimativas), Educação (Alfabetização e Escolaridade) e Saneamento (Abastecimento de Água, Instalações Sanitárias e Coleta de Lixo). Essas informações podem ser obtidas a nível Federal, Estadual e Municipal em todo território brasileiro (BRASIL, 2010).

Outro componente importante e de grande utilidade que se encontra no DATASUS são os Indicadores Básicos de Saúde, que dizem respeito ao país, estados, regiões metropolitanas, capitais, macro e microrregiões. Estes indicadores são utilizados como base para avaliação, programação, planejamento e ações em saúde.

Os indicadores de saúde refletem a situação sanitária da população brasileira e foram desenvolvidos para acompanhamento do estado de saúde e do desempenho do seu sistema. Quando gerados, armazenados e analisados corretamente tornam-se instrumentos valiosos para a gestão (COSTA JÚNIOR, 2006).

Entre os Indicadores Básicos de Saúde encontram-se:

- Indicador Demográfico
- Indicador de Cobertura
- Indicador de Recursos

A OMS e a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), consideram o DATASUS como o conjunto de informações sobre saúde mais completo existente no mundo, servindo de exemplo para diversos países (CANDIAGO; ABREU, 2007).

O reconhecimento do DATASUS como importante ferramenta de estudos e pesquisas, e a sua integração dentro do Ministério da Saúde, embora tenha avançado nestes últimos anos, continua sendo um dos principais desafios a serem vencidos.

4.3.2 COLETA DE DADOS E VARIÁVEIS DE ESTUDO

A obtenção de dados para um estudo pode ser de duas formas: primária, quando o levantamento de dados é realizado pelo próprio pesquisador e secundária, quando os dados são coletados através de registros de instituições públicas ou privadas (COSTA JÚNIOR, 2006).

A coleta de dados deste estudo foi realizada através de dados secundários do SIH/SUS no DATASUS/ Ministério da Saúde, considerando-se as internações psiquiátricas por álcool e drogas entre os anos de 1998 e 2009 no município de Divinópolis/ MG.

A definição do período de estudo (de 1998 a 2009), foi assim delimitada por ser 1998 o ano de início da utilização das definições e descrições da CID – décima revisão (CID-10), versão atualmente utilizada para diagnósticos referentes a morbidade e mortalidade. Quanto ao ano de 2009 ficou assim definido por ser o último ano disponível no SIH no início desta pesquisa.

Os dados coletados e armazenados no DATASUS são referentes aos formulários das AIHs, os quais compõem o banco de dados informatizado e elaborado pelo SIH-SUS. Esses dados são originados dos atendimentos hospitalares municipais e estaduais, sendo estes registrados por suas secretarias de saúde e repassados para o Ministério da Saúde, especificamente para o Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Estes dados após

análises e registros são disponibilizados no site <<http://www.datasus.gov.br/>> para aqueles que tenham interesse no uso destas informações.

No que tange a variável de estudo referente à morbidade psiquiátrica (diagnóstico), é adotada pelo sistema de informação a CID-10 (OMS, 1993).

A CID surgiu com o objetivo de padronizar os diagnósticos, permitindo maior confiabilidade e pesquisas científicas. Os transtornos mentais tiveram suas primeiras terminologias uniformizadas na sexta revisão da CID, aprovada em 1948, mas utilizada em 1950 (COSTA JÚNIOR, 2006; LAURENTI, 2001).

Da sexta revisão, a CID passou por diversas revisões, até chegar no ano de 1995 à décima revisão, implantada no Brasil em 1996 para dados de mortalidade e a partir de 1998 utilizada para dados de morbidade. A CID-10 é constituída de 21 capítulos, descritos abaixo:

Tabela 3 – Capítulos da Classificação Internacional de Doenças - Décima revisão.

I	Algumas doenças infecciosas e parasitárias
II	Neoplasmas (tumores)
III	Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários
IV	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas
V	Transtornos mentais e comportamentais
VI	Doenças do sistema nervoso
VII	Doenças do olho e anexos
VIII	Doenças do ouvido e da apófise mastóide
IX	Doenças do aparelho circulatório
X	Doenças do aparelho respiratório
XI	Doenças do aparelho digestivo
XII	Doenças da pele e do tecido subcutâneo
XIII	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo
XIV	Doenças do aparelho geniturinário
XV	Gravidez, parto e puerpério
XVI	Algumas afecções originadas do período neonatal
XVII	Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas
XVIII	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte
XIX	Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas
XX	Causas externas de morbidade e mortalidade
XXI	Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde
**	CID 10ª Revisão não disponível ou não preenchido ou inválido

Fonte: 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (OMS, 1993).

Conforme a Tabela 3, os transtornos mentais estão localizados no capítulo V da CID, Transtornos Mentais e Comportamentais. O capítulo V é subdividido nas 11 categorias abaixo:

- Transtornos mentais orgânicos, incluindo sintomáticos (F00-F09);
- Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substância psicoativa (F10-F19);
- Esquizofrenia, transtornos esquizotípico e delirantes (F20-F29);
- Transtornos do humor (afetivos) (F30-F39);
- Transtornos neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes (F40-F48);
- Síndromes comportamentais associadas a perturbações fisiológicas e fatores de risco (F50-F59);
- Transtornos de personalidade e de comportamentos em adultos (F60-F69);
- Retardo Mental (F70-F79);
- Transtornos do desenvolvimento psicológico (F80-F89);
- Transtornos emocionais e de comportamento com início usualmente ocorrendo na infância e adolescência (F90-F98);
- Transtorno mental não especificado (F99).

De acordo com a OMS (1993), a categoria dos Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substância psicoativa, é subdividida como:

- Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de álcool (F10);
- Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de opióides (F11);
- Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de canabinóides (F12);
- Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de sedativos e hipnóticos (F13);
- Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de cocaína (F14);
- Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de outros estimulantes, incluindo cafeína (F15);
- Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de alucinógenos (F16);

- Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de tabaco (F17);
- Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de solventes voláteis (F18);
- Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de múltiplas drogas e do uso de outras substâncias psicoativas (F19).

Embasada nas categorias descritas acima, os dados coletados para esta pesquisa foram os diagnósticos referentes a categoria do F10 ao F19, subdivididas assim no DATASUS:

- Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool (F10);
- Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de outras substâncias psicoativas (F11 a F19).

O fato do DATASUS não fornecer diagnósticos específicos de outros tipos de substâncias psicoativas, limita o estudo sobre dados referentes à maconha, cocaína, crack, ecstasy, entre outras SPAs, por exemplo.

Os dados coletados para este estudo dizem respeito à Morbidade Psiquiátrica decorrente do uso e abuso de Substâncias Psicoativas por local de residência.

Foram analisadas as internações sob o prisma das seguintes variáveis:

- Número total de internações;
- Tempo médio de permanência;
- Taxa de mortalidade.

Para cada uma dessas variáveis a serem analisadas, foram consideradas as seguintes co-dependentes:

- Sexo;
- Faixa etária;
- Mês;
- Ano.

Para a coleta de dados utilizou-se das seguintes etapas no site do DATASUS:

1. Acesso ao site <<http://www.datasus.gov.br/>>;
2. Clique ao link *Informações de Saúde*, conseqüentemente ao item *Epidemiológicas e Morbidade*;
3. Direcionamento ao subtítulo *Morbidade Hospitalar do SUS*;
4. Seleção dos itens:
 - *Geral, por local de residência – de 1995 a 2007*;
 - *Geral, por local de residência – a partir de 2008*;

Para cada item realizaram-se separadamente as etapas a seguir.

Ao realizar a etapa 4 aparece automaticamente a *Abrangência Geográfica*, ou seja, um mapa do Brasil para seleção do estado a ser estudado, neste caso selecionou-se o estado de Minas Gerais.

5. Após o item 5, surge a tela de seleção das variáveis segundo o banco de dados do DATASUS, subdivididos em: *Linha, Coluna e Conteúdo*.

No tópico *Linha* encontra-se os seguintes itens para seleção:

- Município, Microrregião, Regional de Saúde, Regional Saúde/ Município, Macrorregião de Saúde, Macrorregião/ Município, Microrregião de Saúde, Microrregião/ Município, Região Metropolitana, Aglomerado Urbano, Ano/ Mês Processamento, Ano Processamento, Mês Processamento, Capítulo CID-10, Lista Morbidade CID-10, Faixa Etária 1, Faixa Etária 2, Sexo, e Cor/Raça (a partir de 2008).

No tópico *Coluna* encontra-se os seguintes itens para seleção:

- Não Ativa, Microrregião, Regional de Saúde, Macrorregião de Saúde, Microrregião de Saúde, Região Metropolitana, Aglomerado Urbano, Ano/ Mês Processamento, Ano Processamento, Mês Processamento, Capítulo CID-10, Faixa Etária 1, Faixa Etária 2, Sexo, e Cor/Raça (a partir de 2008).

No tópico *Conteúdo* encontra-se os seguintes itens para seleção:

- Internações, AIH Pagas, Valor Total, Valor Serviços Hospitalares (a partir de 2008), Valor Serviços Profissionais (a partir de 2008), Valor Médio AIH, Valor Médio Internações, Dias Permanência, Média Permanência, Óbitos, Taxa de Mortalidade. Para este estudo utilizaram-se os itens Internações; Valor Médio das Internações; Média de Permanência e Taxa de Mortalidade.

6. Selecionados os tópicos do item 5, define-se o período (mês/ano) a ser estudado em *Período Disponível*;

7. Após seleção do período de estudo, encontram-se as *Seleções Disponíveis*. Para este estudo selecionaram-se *Município: Divinópolis; Capítulo CID-10: V Transtornos Mentais e Comportamentais; Lista Morbidade CID-10: Transtornos Mentais e Comportamentais devido ao uso de álcool e Transtornos Mentais e Comportamentais devido ao uso de outras substâncias psicoativas; Faixa Etária: de 10 a 80 anos e mais; Sexo: Feminino e Masculino*.
8. Realizado todas as etapas selecionou-se no final da página o formato *Tabela com Bordas* e clicou-se no link *Mostra* para apresentação da tabela desejada;
9. Apresentada a tabela desejada clicou-se em *Copia para TabWin*, para que a mesma fosse salva no computador utilizado para a realização da coleta dos dados no site do DATASUS.

4.4 ANÁLISE DOS DADOS

O estudo utilizou-se de dados secundários, uma vez que captou registros de morbidade psiquiátrica no site do DATASUS. Na primeira etapa realizou-se a conversão do arquivo salvo em formato .tab para formatação dos dados de forma a torná-lo mais acessível e compatível com o exigido pelos programas computacionais empregados na análise dos dados.

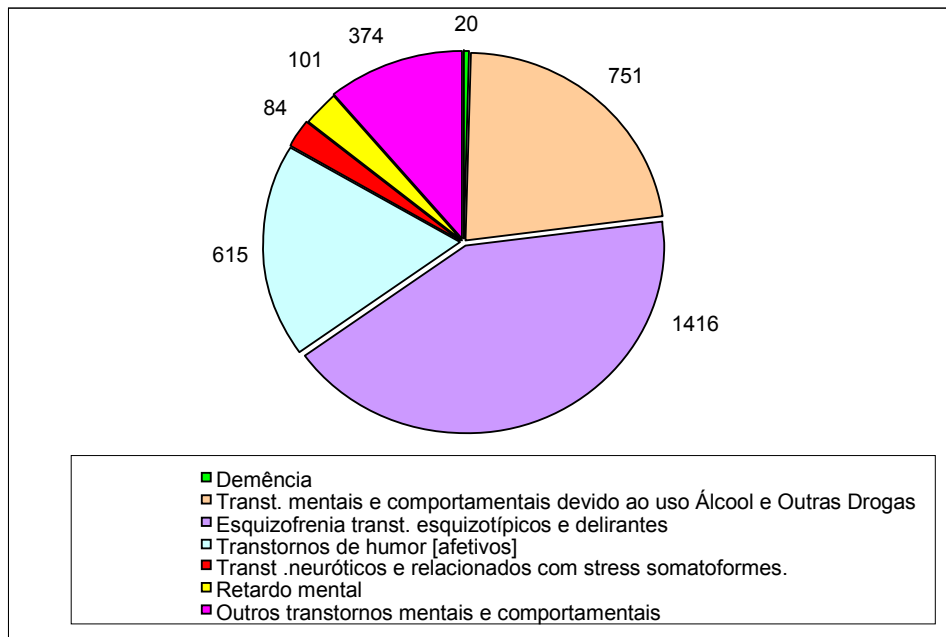
Utilizou-se do programa Microsoft Excel para conversão dos arquivos em formato .tab extraídos do banco de dados do sítio do DATASUS para formato .exe para facilitar o tratamento, organização e análise dos dados.

Na segunda etapa foi realizada a análise estatística descritiva dos dados, a qual permitiu descrever o perfil demográfico e clínico dos pacientes internados pelo uso e abuso de substâncias psicoativas no município de Divinópolis/ MG.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

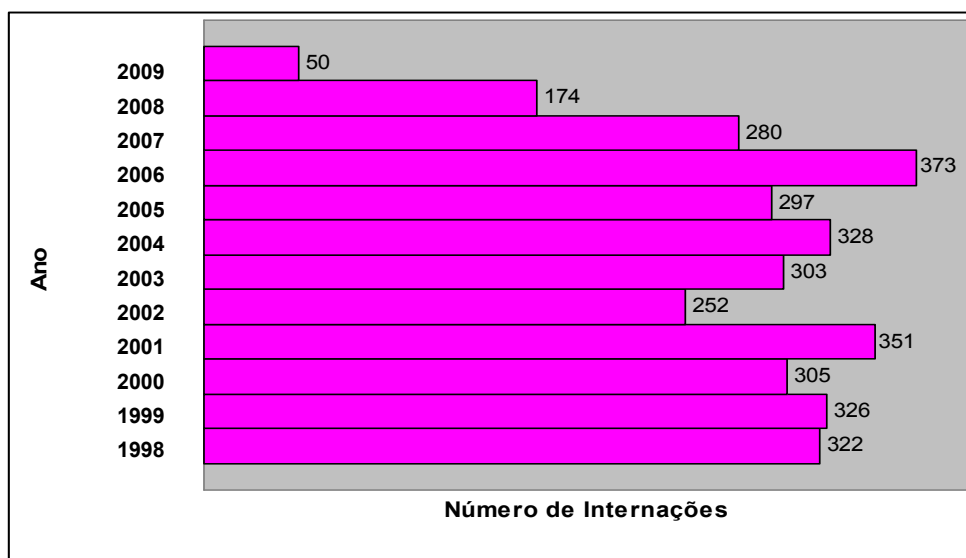
Diante da problemática das internações psiquiátricas devido ao uso e abuso de Álcool e outras drogas, cabe analisar sua dimensão na totalidade das internações psiquiátricas existentes.

Figura 4 – Número de Internações Psiquiátricas segundo lista de Morbidade da CID-10 de residentes no Município de Divinópolis/ MG na série histórica compreendida de 1998 a 2009.



Fonte: Ministério da Saúde/ DATASUS - SIH/SUS.

Figura 5 – Número de Internações Psiquiátricas de residentes no Município de Divinópolis/ MG segundo o ano na série histórica compreendida de 1998 a 2009.



Fonte: Ministério da Saúde/ DATASUS - SIH/SUS.

Ao analisar o período de 1998 a 2009, observa-se nas internações psiquiátricas o número elevado de Esquizofrenias (1416 internações), Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de Álcool e outras Drogas (751 internações) e Transtornos de Humor (615 internações) e ocupam respectivamente 1º, 2º e 3º lugares. Na totalidade das internações psiquiátricas de residentes no município de Divinópolis/ MG nestes últimos doze anos nota-se que as Esquizofrenias corresponderam a 50 % das internações, os Transtornos Mentais e Comportamentais devido ao uso de Álcool e outras Drogas a 22,3% e os Transtornos de Humor a 18,2%.

Estes resultados também foram encontrados em pesquisa realizada no município de Alfenas/ MG, a qual teve como principais causas de internações psiquiátricas entre os anos de 1995 a 2007 as Esquizofrenias, Transtornos Mentais e Comportamentais devido ao uso de Álcool e outras Drogas, e Transtornos de Humor (SILVA, 2008).

Pode-se observar que o número de internações psiquiátricas de residentes no município de Divinópolis/MG nos anos de 1998 a 2009, teve seu maior número de internações nos anos de 2001 com 351 internações e em 2006 com 373 internações.

O número de internações se manteve acima de 300 registros nos anos de 1998, 1999 e 2004 sendo estes números 322, 326 e 328 respectivamente. No ano de 2002, já demonstrou uma queda para 252 internações, mas voltou a subir em 2003 e 2004. Em 2005, houve uma queda para 297 internações, em contrapartida foi no ano de 2006 que o município alcançou seu maior número de internações nestes doze anos.

É importante destacar a enorme queda no número de internações psiquiátricas a partir de 2007. Enquanto em 2006 registrou-se 373 internações psiquiátricas, nos anos seguintes houve um declínio significativo nos números de internações, caindo esse número para 50 internações no ano de 2009.

O movimento da Reforma Psiquiátrica, que conquistou em 2001 a Lei Federal de Saúde Mental, nº 10.216, preconiza a redução dos leitos psiquiátricos que prioriza o tratamento em serviços extra-hospitalares, o que objetiva uma queda no número de internações psiquiátricas (BRASIL, 2001).

A diminuição das internações psiquiátricas mostra uma possível melhoria na assistência de Saúde Mental do município, como a adequação aos princípios da reforma psiquiátrica, a diminuição dos leitos em hospital psiquiátrico, implantação do CAPS 24horas, capacitação dos profissionais de saúde, entre outros. Vale ressaltar, que o município não possui CAPSad e que nenhum hospital geral do município possui enfermaria psiquiátrica, o que vai contra a proposta do governo.

Em contrapartida, o número de CAPS no Brasil até o ano de 2009, era de 1.326 unidades, destes 130 localizados em Minas Gerais, dos quais 8 são CAPSad. Esses números mostram o quanto o país ainda deve investir em serviços substitutivos, especialmente nos especializados em álcool e outras drogas (BRASIL, 2009).

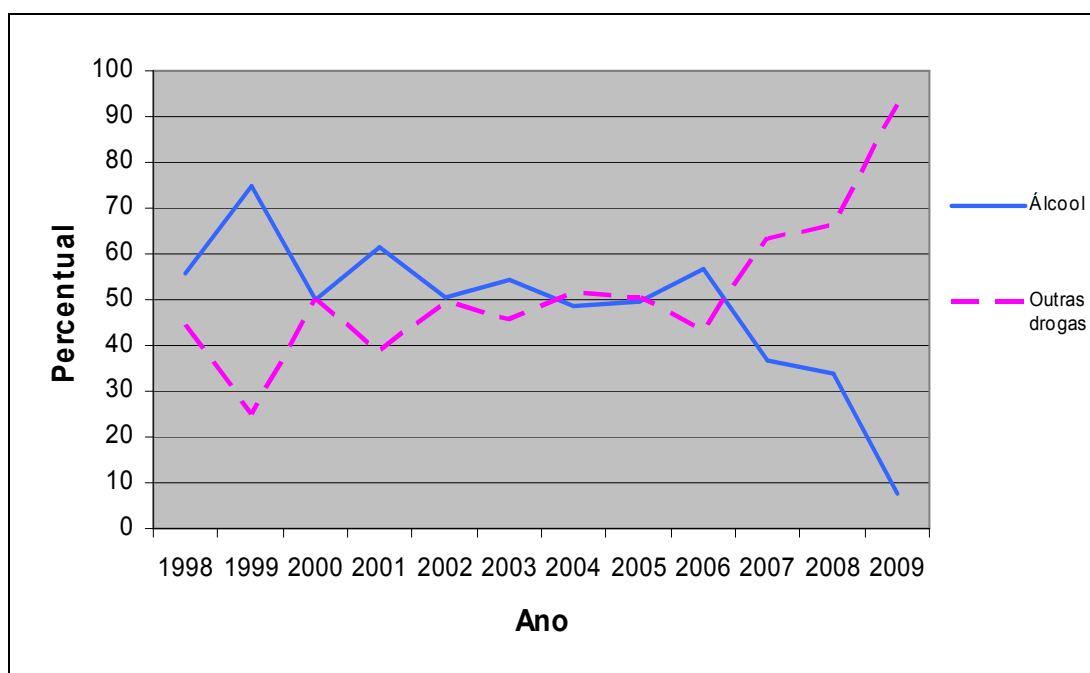
Um fator importante que vem tendo repercussão é a divulgação dos transtornos psiquiátricos na mídia, como em novelas, jornais, revistas, propagandas, que de certa forma contribui para a conscientização da população, uma vez que esta demonstra a inserção social dos portadores de transtornos mentais, que quando em parceria com o Ministério de Saúde se torna ferramenta para a informação sobre políticas e programas de saúde mental.

Tabela 4 – Número das Internações Psiquiátricas por Uso e Abuso de Álcool e Outras Drogas de residentes no município de Divinópolis/ MG no período de 1998 a 2009.

Substâncias Psicoativas	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Total
Álcool	5	9	23	43	36	25	39	46	68	46	22	1	363
Outras drogas	4	3	23	27	35	21	41	47	52	80	43	12	388

Fonte: Ministério da Saúde/ DATASUS - SIH/SUS.

Figura 6 – Tendência das Internações Psiquiátricas por Uso e Abuso de Álcool e Outras Drogas de residentes no município de Divinópolis/ MG no período de 1998 a 2009.



Fonte: Tabela 4 - Ministério da Saúde/ DATASUS - SIH/SUS.

O número de internações por álcool teve um declínio significativo, mas manteve maior índice de internações até o ano de 2004, em contrapartida, em 2007 as internações por outras drogas tornaram-se maioria, as quais superaram as internações devido ao uso e abuso de álcool. Nota-se que de 1998 a 2003 as internações por outras drogas encontravam-se abaixo dos índices das internações por álcool. Ao analisar os anos de 2008 e 2009, observa-se um declínio acentuado nas internações por álcool, mantendo-se a prevalência das internações por outras drogas.

De acordo com o Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID) nos últimos vinte anos, o uso de bebidas alcoólicas, maconha, cocaína e crack vêm aumentando no Brasil. Quando comparado a outros países como EUA, Canadá e países europeus, o uso de drogas em território brasileiro é considerado baixo (BRASIL, 2010).

Deve-se pontuar que o uso de álcool e outras drogas no Brasil, mesmo que pequeno quando comparado a outros países, resulta em violência, criminalidade, acidentes de trânsito, inúmeras doenças, desemprego, evasão escolar, entre outros.

Observa-se que há mais internações psiquiátricas por outras drogas do que por álcool no período de 1998 a 2009 no município de Divinópolis/MG.

As internações psiquiátricas devido ao uso e abuso de álcool corresponderam a 48% das internações, equivalendo-se a 363 internações; enquanto as internações psiquiátricas por uso e abuso de outras drogas corresponderam a 52%, equivalendo a 388 internações.

Pode-se observar que o uso e abuso de outras drogas passou a ser maior causa de internação a partir do ano 2006. Nota-se a tendência do uso e abuso de outras drogas no município de Divinópolis/ MG, visto que antes as principais causas de internação eram devido ao uso e abuso de álcool.

Estudos detectaram que três em cada cem brasileiros já usaram cocaína pelo menos uma vez na vida, 2,9%, enquanto que nos EUA esse consumo situa-se em 11,2%. No que se refere ao crack, menos de 1% dos brasileiros já teve algum contato com esta substância, enquanto que nos EUA, o uso chega a 2% na população. Quanto à maconha de cada 100 brasileiros, aproximadamente nove já haviam usado maconha pelo menos uma vez na vida, ou seja, 9% (CARLINI, 2005).

Infelizmente, o Brasil não dispõe de dados mais antigos para saber se o uso de outras drogas permanece estável, se está diminuindo ou aumentando na nossa população (GALDURÓZ, 2000).

Uma ação valiosa para novas conquistas no âmbito da saúde mental, em especial no uso e abuso de SPAs, é promover a informação através de pesquisas. Sendo os estudos uma

ferramenta necessária para discutir o futuro da saúde mental no Brasil (MARI, BRESSAN, ALMEIDA-FILHO, 2006)

A problemática do uso e abuso de álcool e outras drogas no Brasil vêm ganhando proporções alarmantes no que se refere às outras drogas, em especial, a maconha, a cocaína e o crack, o que demonstra a necessidade de um acompanhamento epidemiológico por parte da comunidade científica do uso destas substâncias na população.

- **Número de Internações Psiquiátricas devido ao uso e abuso de Álcool e Outras Substâncias Psicoativas**

Tabela 5 - Número de Internações Psiquiátricas por Álcool e Outras Substâncias Psicoativas de residentes no Município de Divinópolis/ MG segundo mês e ano na série histórica compreendida de 1998 a 2009.

Ano	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
1998	2	2	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	9
1999	2	0	1	1	1	1	0	0	2	1	1	2	12
2000	3	3	1	6	3	3	2	4	4	6	8	3	46
2001	7	3	4	4	11	3	3	5	8	8	7	7	70
2002	6	6	8	8	8	4	7	3	4	2	10	5	71
2003	4	3	6	5	2	5	4	4	5	2	4	2	46
2004	10	9	7	7	10	7	6	4	6	6	4	4	80
2005	9	12	10	8	14	6	8	7	6	4	4	5	93
2006	12	2	6	15	8	10	11	8	14	13	9	12	120
2007	23	15	14	16	10	13	5	5	11	5	6	3	126
2008	8	4	5	1	7	10	8	8	2	6	2	4	65
2009	2	1	0	1	0	1	0	1	1	1	3	2	13
Total	88	60	62	73	75	64	54	50	63	55	58	49	751

Fonte: Ministério da Saúde/ DATASUS - SIH/SUS.

Observa-se um número maior de internações no período de 2004 a 2007, seguido por uma diminuição destas nos anos de 2008 e 2009. É visível o número mais elevado de internações nos meses de janeiro, abril, maio.

O mês de janeiro é considerado a ressaca das festas de fim de ano, o que pode ocasionar maior procura por tratamento adequado após datas festivas. Referindo aos meses de

abril e maio, nesta época realizam-se no município as maiores festas, respectivamente a Festa da Cerveja e a DivinaExpô, ambas de grande porte, regadas com diversas substâncias psicoativas, especialmente por bebidas alcoólicas. Estas festas recebem em média 30 mil pessoas/ dia (PREFEITURA MUNICIPAL DE DIVINÓPOLIS, 2010).

De acordo com o relatório sobre drogas da Organização das Nações Unidas (ONU) referente ao ano de 2006, mas lançado em 2007, houve um aumento considerável no que diz respeito ao consumo de drogas ilícitas se comparado aos relatórios anteriores. O número de usuários de SPAs chegou a 200 milhões, ou seja, 5% da população mundial, enquanto dados de 2004, demonstraram um percentual de 4,7% usuários (185 milhões). Deste total, 40 milhões foram identificados como usuários regulares (ONU, 2007).

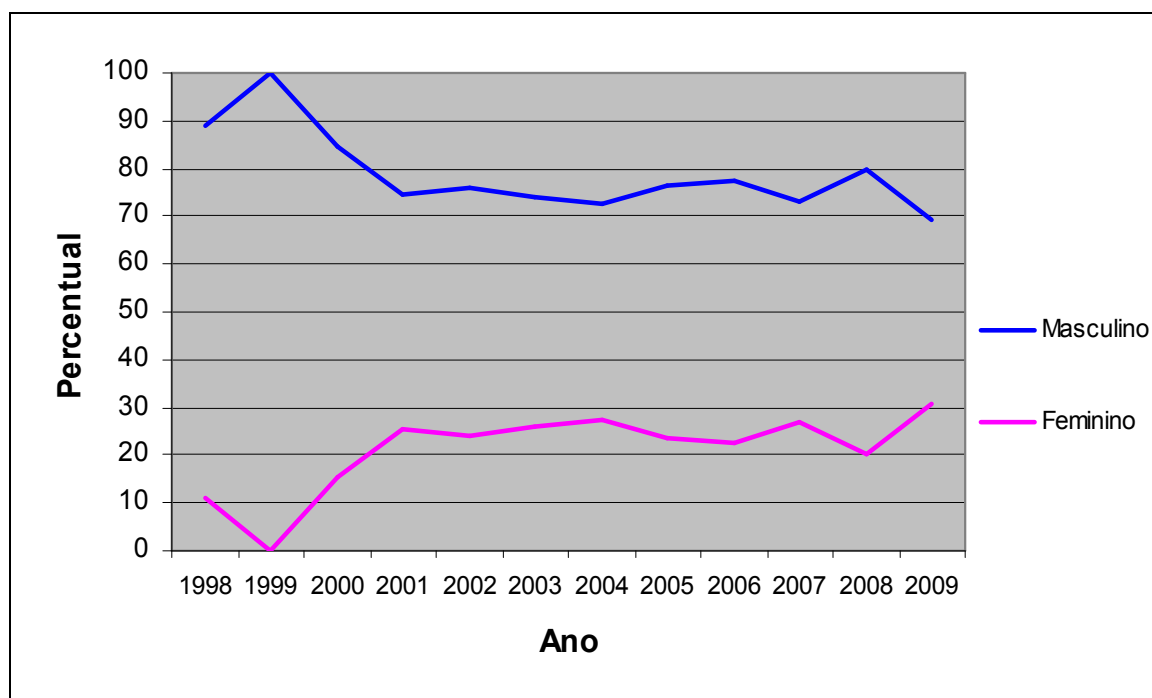
Para melhor distribuição e comparação este mesmo relatório listou um grupo de 15 países de acordo com suas semelhanças quanto à população e Produto Interno Bruto (PIB). Entre estes países selecionados pela ONU, o Brasil formou grupo com Argentina, Austrália, Espanha, EUA e México. Nesta lista de 15 países o Brasil ocupou as seguintes posições de maior consumidor: 7º lugar de ecstasy, 10º de cocaína e 12º de maconha.

Tabela 6 - Internações Psiquiátricas por Álcool e Outras Substâncias Psicoativas de residentes no município de Divinópolis/ MG segundo sexo e ano na série histórica compreendida de 1998 a 2009.

Ano	Masculino Nº	Feminino Nº	Total Nº
1998	8	1	9
1999	12	0	12
2000	39	7	46
2001	52	18	70
2002	54	17	71
2003	34	12	46
2004	58	22	80
2005	71	22	93
2006	93	27	120
2007	92	34	126
2008	52	13	65
2009	9	4	13
Total	574	177	751

Fonte: Ministério da Saúde/ DATASUS - SIH/SUS.

Figura 7 – Tendência das Internações Psiquiátricas por Uso e Abuso de Álcool e Outras Drogas de residentes no município de Divinópolis/ MG segundo sexo no período de 1998 a 2009.



Fonte: Ministério da Saúde/ DATASUS - SIH/SUS.

Quanto ao sexo, observa-se no número total de internações por uso e abuso de SPAs a prevalência do sexo masculino com 574 internações. O sexo feminino registrou-se 177 internações. Houve maior número de internações do sexo masculino em todos os anos.

Em 1998, as internações masculinas correspondiam a 88,9% das internações, contra 11,1% femininas. Em 2009 as internações masculinas caíram para 69,2% e as femininas subiram para 30,8%.

A partir de 2002, observa-se o aumento no número de internações no sexo feminino enquanto na masculina há um declínio. Isso mostra a inserção das mulheres no consumo de SPAs, o que antes era quase exclusivo em homens. Pode ser consequência das conquistas femininas, como trabalhar fora de casa, ter mais de um emprego, cobranças profissionais, além dos cuidados com a casa e família.

Estudo realizado em um município do estado do Ceará também observou o predomínio de pacientes do sexo masculino (95,1%), com idade entre 30 e 40 anos (62,5%), demonstrando a prevalência deste gênero no uso de SPAs (SOUSA; OLIVEIRA, 2010).

Entre as dez principais causas de mortalidade prematura e incapacitação em mulheres o uso de álcool e outras drogas ocupa a sexta posição (ANDRADE, VIANA, SILVEIRA, 2006).

Tabela 7 - Número de Internações Psiquiátricas por Álcool e Outras Substâncias Psicoativas de residentes no município de Divinópolis/ MG segundo faixa etária e ano na série histórica compreendida de 1998 a 2009.

Faixa Etária	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Total
10 a 14 anos	0	0	3	2	2	0	2	3	4	5	0	0	21
15 a 19 anos	4	1	6	11	9	6	12	10	18	18	11	4	110
20 a 29 anos	1	1	14	13	16	16	20	18	22	37	21	4	183
30 a 39 anos	0	3	13	15	20	11	23	34	35	33	13	3	203
40 a 49 anos	4	6	5	20	17	7	16	14	32	26	12	1	160
50 a 59 anos	0	1	3	8	3	3	3	7	6	5	6	0	45
60 a 69 anos	0	0	2	1	2	3	4	6	3	2	2	1	26
70 a 79 anos	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	2
80 anos e mais	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Total	9	12	46	70	71	46	80	93	120	126	65	13	751

Fonte: Ministério da Saúde/ DATASUS - SIH/SUS.

Quanto à faixa etária foi possível observar o índice elevado de internações entre os adolescentes (10 a 19 anos) com 131 internações.

Estudo realizado nos anos de 2006 e 2007 no estado da Bahia com adolescentes escolares do ensino médio, constatou que aproximadamente 6% da população em estudo já tiveram contato com drogas ilícitas, sendo a maconha e os inalantes as mais consumidas (ALMEIDA-FILHO, 2007).

Ao analisar os adultos observa-se que na faixa etária de 20 a 39 anos o número de 386 internações e na faixa etária de 40 a 49 anos, 160 internações, havendo um aumento considerável neste número de 2004 a 2008. Apesar do pequeno número de internações na faixa etária de 10 a 14 se comparado às demais faixas etárias observa-se a tendência atual do consumo precoce de substâncias psicoativas.

Estudo a nível mundial sobre a saúde mostrou que a faixa etária mais acometida por doenças devido ao uso e abuso de SPAs que demanda maiores gastos se encontra na faixa etária de 15 a 44 anos (OMS,2001).

O levantamento nacional sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes com trajetória de rua nas 27 capitais brasileiras, demonstrou o uso de *crack* em 22 capitais brasileiras, sendo que os maiores índices foram encontrados em São Paulo, Recife, Curitiba e Vitória (15% e 26%) em Natal, João Pessoa, Fortaleza, Salvador e Belo Horizonte (8% a 12%) (NOTO et al, 2004).

Esse índice torna-se muito preocupante e alarmante visto o aumento do consumo destas substâncias juntamente com o aumento de usuários infanto-juvenis.

O uso e abuso de substâncias psicoativas nesta faixa etária tornam-se ainda mais preocupante dado às complicações biológicas, uma vez que neste período da vida o cérebro ainda encontra-se em desenvolvimento, podendo facilitar para as complicações clínicas (MACHADO, 2010).

Estudos mostram que quanto mais cedo se inicia o contato com a droga, principalmente o álcool, maior o risco de dependência, experimentação de outras substâncias psicoativas e de ser submetido à internação hospitalar. Há um aumento no índice de violência, como envolvimento em brigas e relações sexuais promiscuas e uso de substâncias injetáveis sem proteção (CARLINI, 2002; 2005; HINGSON; ZHA, 2009; LOPEZ; MURRAY, 1998; NOTO, 2004 ; SILVEIRA et al, 2008).

De acordo com Machado (2010) a faixa etária com maior número de internações devido ao Uso e Abuso de Álcool na região Centro-Oeste de Minas Gerais é a de 41 a 50 anos.

O fato desta faixa etária estar em maior evidência condiz com a resposta do organismo aos anos de uso de SPAs, uma vez que esse uso inicia-se no período infanto-juvenil. Esse comportamento abusivo com o passar dos anos favorece o desenvolvimento de sinais e sintomas físicos, psicológicos e comportamentais. A partir dos 40 anos o corpo sofre diversas alterações, como a maior probabilidade de surgimento de doenças.

- **Média de Permanência das Internações Psiquiátricas devido ao uso e abuso de Álcool e Outras Substâncias Psicoativas**

Tabela 8 - Média de Permanência das Internações Psiquiátricas por Álcool e Outras Substâncias Psicoativas de residentes no município de Divinópolis/ MG segundo mês e ano na série histórica compreendida de 1998 a 2009.

Ano	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
1998	16,5	13,0	0,0	5,0	5,0	5,0	0,0	17,0	0,0	31,0	0,0	0,0	16,1
1999	12,5	0,0	7,0	10,0	6,0	49,0	0,0	0,0	21,5	47,0	56,0	13,0	24,1
2000	24,7	10,7	49,0	18,7	59,0	46,3	22,5	20,8	32,0	27,3	26,9	42,0	29,2
2001	18,9	45,7	41,5	30,8	12,5	27,0	20,3	22,8	18,0	26,0	22,4	21,7	23,0
2002	33,0	23,0	32,4	30,5	22,6	26,5	31,3	38,3	22,8	48,0	21,1	29,6	28,3
2003	20,3	11,0	14,3	24,4	51,5	27,6	12,5	19,3	16,2	45,5	22,5	35,5	22,2
2004	13,6	20,1	25,6	22,9	21,2	29,1	35,8	59,5	24,3	16,3	48,8	26,0	25,9
2005	23,0	24,3	25,9	31,9	24,6	43,7	35,0	25,6	20,5	37,0	30,8	42,8	28,9
2006	10,3	52,5	13,8	19,8	40,5	33,4	25,5	29,3	19,9	26,8	25,4	22,5	24,2
2007	21,2	23,9	20,9	22,0	35,4	24,2	65,6	38,0	22,0	54,6	36,7	72,3	28,8
2008	15,5	37,3	39,8	116,0	19,6	20,5	30,6	40,9	94,5	16,2	66,0	50,3	32,6
2009	106,0	75,0	0,0	16,0	0,0	3,0	0,0	31,0	30,0	87,0	37,3	48,5	56,8
Total	20,8	25,4	26,1	24,8	26,5	28,8	32,9	32,1	23,9	30,7	30,3	33,2	27,4

Fonte: Ministério da Saúde/ DATASUS - SIH/SUS.

Ao analisar o tempo médio de permanência das internações psiquiátricas por uso e abuso de SPAs em Divinópolis/ MG nota-se que em 2006 foi de 24,2 dias e em 2009 essa média subiu para 56,8 dias, havendo um aumento considerável desta permanência. A média total de permanência nestes 12 anos foi de 27,4 dias.

Observa-se uma aparente tendência de aumento no tempo de permanência nos últimos três anos. Considerando-se também a queda no número de internações nestes mesmos anos, é válido supor que apenas os casos mais graves vêm sendo internados, o que leva ao aumento no tempo de internação.

Em 1990, a média nacional de permanência das internações psiquiátricas, foi de 18,6 dias (RIBEIRO et al, 2000).

No Canadá, as doenças relacionadas ao Álcool contabilizaram 1.587.054 dias de

internação no ano de 2002 (REHM et al., 2006).

Na década de 80 nos EUA a média de permanência nos hospitais que ofereciam assistência psiquiátrica era de 18 a 20 dias, mas o tempo ideal considerado adequado para as internações psiquiátricas era de 28 dias (KIRSHNER, 1982).

Diversos estudos têm identificado um aumento progressivo no tempo de permanência das internações psiquiátricas, embora estudos mostrem como tempo adequado de internação de 15 a 30 dias (COTTON; BENE-KOCIEMBA; COLE, 1979; DE FRANCISCO et al, 1980; REHM, 2006).

Estudo realizado no Rio de Janeiro revelou que em 1996 o tempo médio de permanência era de 52,8 dias e em 2005 essa permanência subiu para 90,6 dias, representando um aumento de 71,6% (MELLO; FUREGATO, 2007).

Ao analisar as internações por álcool e outras drogas observa-se o aumento do tempo de permanência no decorrer dos anos.

As drogas vêm sendo produzidas em grande escala, o que aumenta a quantidade a ser vendida, seus locais de acesso/compra e facilita para um preço mais barato no mercado (UNODC, 2010).

Não tem como afirmar se o aumento do tempo de internação determina uma redução de readmissões ou se esse padrão de permanência representa um novo modelo de tratamento, uma vez que a rede nem sempre tem profissionais qualificados e uma estrutura apropriada.

Tabela 9 - Média de Permanência das Internações Psiquiátricas por Álcool e Outras Substâncias Psicoativas de residentes no município de Divinópolis/ MG segundo sexo e ano na série histórica compreendida de 1998 a 2009.

Ano	Masculino	Feminino
1998	17,3	7,0
1999	24,1	0,0
2000	27,3	40,1
2001	23,4	22,1
2002	29,0	25,9
2003	21,9	23,3
2004	23,2	32,9
2005	26,6	36,1
2006	23,2	27,9
2007	27,0	33,6
2008	33,6	28,6
2009	67,0	33,8
Total	26,6	30,1

Fonte: Ministério da Saúde/ DATASUS - SIH/SUS.

Ao analisar-se o tempo de internação, na média total, o sexo feminino aparentemente apresenta maior tempo de permanência, muito embora com um número de internações bem menor.

Outros estudos demonstram que o tempo de permanência entre o homem e a mulher, apresenta patamares bem parecidos, com variações entre 6,46 e 6,78 dias (SILVA, 2008; SOUZA, SOUZA, MAGNA, 2008).

Razões levantadas por diversos estudos tentam responder as questões acerca das diferenças no tempo de internação entre homens e mulheres.

Segundo os autores estes resultados se baseariam nas diferenças orgânicas existentes entre ambos, como: peso corporal, quantidade de tecido adiposo, de massa muscular, do volume de água corpórea, da quantidade de enzimas metabolizadoras de álcool, além de outras variações no metabolismo e das flutuações hormonais, além da mulher ter mais chances de manifestar doenças clínicas e psiquiátricas de maior complexidade (SILVEIRA et al., 2008; MACHADO, 2010). Ressaltam que apesar destas distinções orgânicas existentes, devem-se considerar os fatores sociais, econômicos e culturais que também podem justificar uma diferença no tempo de permanência das internações.

Devido a não semelhança orgânica e fisiológica do corpo, a sua massa corporal menor que a do homem e da sua maior vulnerabilidade, a mulher sente os efeitos mais rápido mesmo ao consumir quantidades iguais de SPAs (SADOCK, 2007).

Tabela 10 - Média de Permanência das Internações Psiquiátricas por Álcool e Outras Substâncias Psicoativas de residentes no município de Divinópolis/ MG segundo faixa etária e ano na série histórica compreendida de 1998 a 2009.

Faixa Etária	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Total
10 a 14 anos	0,0	0,0	49,3	8,5	20,5	0,0	19,5	27,7	17,8	22,2	0,0	0,0	24,3
15 a 19 anos	10,8	82,0	33,2	32,5	35,6	22,2	26,5	47,7	19,4	24,1	23,3	29,0	28,0
20 a 29 anos	5,0	19,0	27,1	21,3	29,1	21,4	22,6	25,3	25,3	27,3	34,3	59,0	26,9
30 a 39 anos	0,0	15,7	24,7	25,9	24,3	27,3	26,0	23,9	24,1	31,8	37,3	84,0	27,5
40 a 49 anos	24,3	15,0	27,4	20,1	30,6	16,3	31,1	32,3	26,6	30,5	35,3	114,0	28,1
50 a 59 anos	0,0	51,0	35,0	18,5	34,0	27,7	20,0	30,6	25,5	28,4	33,7	0,0	28,0
60 a 69 anos	0,0	0,0	27,5	24,0	21,0	16,7	26,0	28,3	27,3	45,5	17	20,0	25,8
70 a 79 anos	0,0	0,0	0,0	0,0	16,0	0,0	0,0	22,0	0,0	0,0	0,0	0,0	19,0
80 anos e mais	0,0	0,0	0,0	0,0	15,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	15,0
Total	16,1	24,1	29,2	23,0	28,3	22,2	25,9	28,9	24,2	28,8	32,6	56,8	27,4

Fonte: Ministério da Saúde/ DATASUS - SIH/SUS.

Não é observada diferença marcante nos tempos de internação em função das faixas etárias. As diferenças maiores são em função de valores aberrantes em um total de poucas observações.

Uma forma de atuação na problemática uso e abuso de SPAs por adolescentes encontra-se nas mãos da enfermagem, uma vez que, os profissionais desta área exercem papel fundamental na ESF, podendo atuar junto as famílias e comunidade, nas escolas, praças, eventos, entre outros locais.

Desta forma, “a abordagem dos aspectos psicodinâmicos e psicossociais do adolescente e de sua família devem ser elementos de destaque nos programas e planos de prevenção do uso e abuso de drogas” (ALMEIDA-FILHO et al., 2007).

Estudo realizado na região Centro-Oeste de Minas Gerais sobre as internações por Uso e Abuso de Álcool no período de 1980 a 2005 mostrou que a faixa etária entre 61 e 70 anos apresenta maior tempo de internação (MACHADO, 2010).

Pode-se observar que as internações mais longas se encontram na população jovem, o que indica o uso precoce de álcool e outras drogas, como também pode sugerir o uso de substâncias mais pesadas com grau de dependência mais severo, como o crack.

A predominância de um maior tempo de permanência em pacientes entre 40 e 49 anos corresponde ao observado por outros autores que realizaram estudos em serviços hospitalares psiquiátricos.

Essa média de permanência das internações na idade de 41 a 49 anos, condiz com o estágio de manifestação dos sintomas crônicos apresentados pelos pacientes em detrimento do uso abusivo de álcool e/ou outras drogas por vários anos (GIGLIOTTI; BESSA, 2009).

Um fator importante são os problemas físicos associados que são decorrentes do uso e abuso de drogas, como:

tosse, expectoração enegrecida, dor peitoral, redução da função pulmonar, com capacidade de expiração comprometida e, em casos mais graves, pneumotórax espontâneo e enfisema no mediastino. No aparelho cardiovascular, o aumento da frequência cardíaca e da PA e o notável efeito vasoconstritor podem levar a uma parada cardíaca. Outros efeitos associados ao uso de *crack* são necrose muscular, problemas neurológicos como convulsões e hemorragias cerebrais, e problemas psiquiátricos como paranóia, depressão severa e ataques de pânico (FERRI et al, 1997 p.25).

Outro estudo sobre o uso do álcool demonstrou que o grande número de internações com idade entre 30 e 50 anos está relacionada à falta de tratamento eficiente na atenção primária de saúde para os casos crônicos de dependência (RIBEIRO et al, 2007).

Segundo informações do SIH/SUS - DATASUS as internações devido aos Transtornos Mentais e Comportamentais (Capítulo V da CID-10) representaram em 2009 a 10ª causa de morbidade hospitalar do SUS no Brasil, totalizando 275.286 internações. Enquanto no ano de 1998 essas mesmas internações ocupavam a 16ª posição (426.602 internações) no ranking brasileiro de causas de internações no SUS (BRASIL, 2010).

Essa diminuição na morbidade hospitalar mostra as conquistas da Reforma Psiquiátrica, como a implantação de serviços substitutivos (CAPS) e diminuição dos leitos psiquiátricos, como também, os avanços na produção de psicofármacos, resultando em encaminhar para a hospitalização somente os casos mais graves relacionados aos Transtornos Mentais e Comportamentais.

Tabela 11 – Principais Causas de Morbidade Hospitalar no SUS no ano de 2009 no Brasil, segundo os Capítulos da CID-10.

Classificação	Capítulo CID-10	Nº Internações
1ª	XV.Gravidez, parto e puerpério	2.403.986
2ª	X. Doenças do aparelho respiratório	1.534.953
3ª	IX.Doenças do aparelho circulatório	1.139.140
4ª	XI.Doenças do aparelho digestivo	996.109
5ª	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	928.304
6ª	XIX.Lesões envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas	881.800
7ª	XIV. Doenças do aparelho geniturinário	758.755
8ª	II.Neoplasias (tumores)	575.371
9ª	IV.Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	285.303
10ª	V.Transtornos mentais e comportamentais	275.286

Fonte: Ministério da saúde/ DATASUS – SIH/SUS.

Estudo francês identificou o aumento do tempo de internação nos pacientes acima de 60 anos, a maioria devido ao uso de álcool, com uma média de 47,4 dias de internação, sendo agravado após institucionalização, devido ao uso do álcool associado a nicotina e aos benzodiazepínicos (LEJOYEUX et al; 2005).

Vale ressaltar que muitos casos de dependência química são acompanhados e resolvidos na atenção primária, porém, casos graves são encaminhados para a atenção terciária para tratamento dos sintomas crônicos e das possíveis seqüelas que começam a surgir com o passar da idade, uso e abuso constante ou com o aumento do consumo.

- **Taxa de Mortalidade devido ao uso e abuso de Álcool e Outras Substâncias Psicoativas**

De acordo com as informações colhidas no SIH/SUS do DATASUS, no período de 1998 a 2009 não houve nenhum óbito devido ao uso e abuso de SPAs entre os pacientes internados.

Vale ressaltar que muitos óbitos da clínica psiquiátrica são devidos as co-morbidades clínicas, o que resulta em uma causa de óbito diferente, ou seja, fora dos diagnósticos existentes no capítulo V da CID-10, como por exemplo, doenças do sistema circulatório, respiratório, geniturinário, linfático, entre outros. Isso explica a ausência como causa básica desses diagnósticos.

Em contrapartida, estudo demonstra que a mortalidade por transtornos psiquiátricos têm aumentado no Brasil com a redução progressiva das internações hospitalares (CÂMARA, 2008).

Outros estudos também revelaram que portadores de doença mental, seja devido ao uso e abuso de SPAS ou não, tem uma expectativa de vida menor se comparados à população geral. Quanto estes portadores de doenças mentais se encontram em hospitais psiquiátricos são assistidos com melhor qualidade do que quando em hospitais gerais, o que favorece a redução da mortalidade (ANDREOLI et al, 2007; SAMPAIO; CAETANO, 2006).

Estudo realizado sobre mortalidade por dependência de álcool em 2002 demonstrou que houve 4580 óbitos masculinos e 515 femininos, ou seja, 0,8% masculinas e 0,1% femininas. Esses óbitos devido ao uso e abuso de álcool representaram 83,3% dos óbitos por distúrbios mentais nos homens e 34,8% nas mulheres (MARÍN-LEÓN et al, 2007).

Estudos também realizados em diversos países identificaram que os transtornos mentais possuem uma taxa de mortalidade de 1%, sendo fonte maior das incapacidades ocasionadas por doenças, respondendo por 12% delas e subindo para 23% nos países desenvolvidos (LOPEZ; MURRAY, 1998).

Em 2002 o Canadá teve 1,9% do total de mortes relacionadas ao uso e abuso de Álcool (REHM et al, 2006).

Tabela 12 – Número de Óbitos devido ao Uso e Abuso de Álcool e Outras Substâncias Psicoativas na população residente no município de Divinópolis/ MG segundo sexo e ano na série histórica compreendida de 1998 a 2009.

Sexo	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009*	Total
Masculino	9	4	7	10	12	7	10	13	12	11	22	12	129
Feminino	1	2	1	0	1	2	0	1	2	0	2	2	14
Total	10	6	8	10	13	9	10	14	14	11	24	14	143

Fonte: Ministério da Saúde/ DATASUS – SIH/SUS. * Ano de 2009: Dados preliminares.

Ao analisar os óbitos registrados no município de Divinópolis/MG entre os anos 1998 e 2009 observa-se neste período 143 óbitos devido ao uso de SPAs, sendo destes 129 masculinos e 14 femininos. Estes óbitos foram registrados na população residente do município, excluindo-se destes números os pacientes em regime de internação hospitalar por uso e abuso de SPAs.

Os óbitos masculinos são cerca de 50% maiores e, considerando a faixa etária, a mais acometida encontra-se no grupo etário de 20 a 39 anos (3 mortes masculinas para uma feminina (LAURENTI, JORGE, GOTLIEB, 2005).

Estudo realizado nas capitais brasileiras no primeiro semestre de 2002 no Brasil sobre as causas de óbitos em mulheres de 10 a 49 anos, encontrou os transtornos mentais como causa básica de óbito em 1% (70) dos óbitos ocorridos nesse período na população feminina. Dos óbitos por transtorno mental, 64,3% corresponderam ao uso de substâncias psicoativas, predominando o álcool, ou seja, 37,1% (26) dos óbitos devido ao uso e abuso de SPAs (TUONO et al, 2007).

Em 2002, registraram-se no Brasil 7011 óbitos por transtornos mentais, sendo 5417 (77,2%) devido ao uso e abuso de SPAs (LAURENTI, 2007).

De 2003 a 2007, o número de óbitos em doentes mentais cresceu 41%, ao mesmo tempo em que 25% dos leitos psiquiátricos foram fechados sem a necessária implantação de serviços substitutivos (CÂMARA, 2008).

Destaca-se que houve muitas internações psiquiátricas por Uso e Abuso de SPAs no município, sendo a ausência de óbitos entre os pacientes internados por Uso e Abuso de SPAs uma situação a ser investigada.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este levantamento mostrou que as internações por drogas estão aumentando, sendo que hoje em dia já dividem meio a meio as internações com as devido ao álcool.

Apesar do contexto da reforma psiquiátrica, o qual promoveu a abertura de vários CAPS na região Centro-Oeste de Minas Gerais, destaco que até a conclusão deste trabalho o município ainda não contava com um CAPSad para melhor direcionamento e acompanhamento dos pacientes egressos de internações por uso e abuso de SPAs, considerando o número elevado e crescente de residentes internados por transtornos devido ao uso e abuso de SPAs.

Saliento que os transtornos psiquiátricos por uso e abuso de SPAs requerem na maioria das vezes assistência hospitalar em seus momentos de recaída e crises de abstinência, o que demanda custos mais elevados para o tratamento e assistência a esses pacientes.

O número de internações devido ao uso e abuso de SPAs foi superior no sexo masculino. A predominância do sexo masculino nas internações demonstra que o uso e abuso de álcool e outras drogas continua sendo um problema socialmente e historicamente masculino. Mas, destaco o aumento no índice de mulheres internadas pelo uso e abuso de SPAs, fator preocupante para o sistema de saúde. Isso sugere pesquisas no universo feminino para melhor compreensão desta ocorrência nos últimos anos.

Os dados mostram o aumento progressivo do uso e abuso de SPAs a partir do ano 2006, índices preocupantes que merecem atenção e intervenção por parte dos governantes e profissionais do município, em busca de um controle no aumento destas internações e alternativas para prevenção de casos novos. Lembrar que a internação é apenas a ponta do iceberg.

Em relação à faixa etária o maior número de internações concentrou-se entre 30 e 39 anos, com 203 internações, do total de 715 e observou-se um aumento considerável de adolescentes internados por uso e abuso de álcool e outras drogas.

Porém, ao analisar o tempo de internação verifica-se também que o sexo masculino apresentou uma média de permanência inferior ao sexo feminino. O aumento do tempo de permanência de mulheres pode ser ocasionado não só por suas diferenças orgânicas, mas por sua independência profissional e financeira. Penso que as mulheres tenham iniciado o consumo de SPAs nos últimos anos como forma de se afirmarem na sociedade. Neste caso, pode-se sugerir como causa dessa permanência maior o fato de estarem consumindo maiores quantidades e drogas mais pesadas, o que antes era mais característico em homens.

O tempo de permanência hospitalar foi maior na faixa etária de 15 a 19 anos e de 40 a 59 anos. Isso mostra a inserção precoce do público jovem no mundo das drogas, como também os efeitos do uso de drogas a longo prazo, os quais necessitam de atenção especializada, como pode-se sugerir na permanência hospitalar elevada nos adultos entre 40 e 59 anos.

Ao analisar a taxa de mortalidade não houve registros.

A partir deste estudo, surgem dúvidas sobre as causas deste aumento de internações psiquiátricas por uso e abuso de drogas, uma vez que esses resultados encontrados vão contra os princípios da desinstitucionalização. A criação de serviços substitutivos como os CAPS deveriam promover o redirecionamento da atenção, com número mínimo de internações ou tempo de internação mais breve.

Sabe-se que o estudo das internações psiquiátricas por uso e abuso de álcool e outras drogas mostra somente a situação dos casos mais graves, uma vez, que os usuários destas SPAs só buscam por ajuda em situações graves, as quais necessitam de assistência hospitalar.

Como o município ainda não conta com um serviço substitutivo como o CAPSad, acredito que seja o momento de repensar e agilizar a implantação deste serviço, o qual presta assistência, tratamento e educação em saúde específica para essa população usuária de álcool e outras drogas. Mas, nada adianta o município possuir um serviço específico sem profissionais capacitados para tal especialidade.

Infelizmente, o que se vê são serviços com estrutura, mas sem equipe especializada.

O estudo possibilitou o conhecimento do perfil das internações de residentes de Divinópolis/ MG por uso e abuso de SPAs, podendo-se com isso apontar estratégias de assistência, capacitação e educação juntamente com a rede de serviços e as políticas de saúde implantados no município. Ressaltando-se os principais resultados, o aumento de internações entre jovens e entre mulheres, como os resultados mais importantes.

Com isso, o desafio é promover a assistência aos usuários de SPAs em todos os níveis de atenção, com o objetivo de evitar as internações e privilegiar os serviços extra-hospitalares, como os CAPS e as Unidades Básicas de Saúde, inclusive nas ações da Estratégia Saúde da Família, na busca por profissionais que tenham perfil e preferência pela área da saúde mental, capacitando-os e mantendo programas de educação permanente. Buscar parcerias com as universidades locais para a elaboração e aplicação de projetos relacionados à prevenção e promoção de saúde na abordagem do álcool e outras drogas.

Neste cenário, deve-se destacar a Reforma Psiquiátrica, movimento que vem reorganizando e orientando os profissionais e a Política de Saúde Mental em busca de uma

assistência mais humanizada com serviço e equipe mais qualificados.

Essa abordagem propicia a atualização dos programas já implantados com o surgimento da Reforma Psiquiátrica, como também a elaboração de novos programas e políticas de saúde mental mais eficazes na prevenção do uso e abuso de álcool e outras drogas que contribui para apontar estratégias de trabalho mais condizentes com a realidade do município.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA-FILHO, N. et al. Adolescente e drogas: conseqüências para a saúde. Esc Anna Nery Rev Enfermagem, v. 11, n. 4, dez.: 2007. p. 605-610.

AMARANTE, P. (org). Psiquiatria social e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998. 204 p.

_____. O Homem e a Serpente: Outras Histórias para a Loucura e a Psiquiatria. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. 141 p.

_____. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, v. 01. 2007. 120 p.

ANDRADE, L. H. S. G. de; VIANA, M. C.; SILVEIRA, C. M. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. Rev. psiquiatr. clín. [online], vol.33, n.2, 2006, pp. 43-54.

ANDREOLI, S.B.; ALMEIDA-FILHO, N.; MARTIN, D.; MATEUS, M.D.M.L.; MARI, J.J. Is psychiatric reform a strategy for reducing the mental health budget? The case of Brazil. Revista Brasileira de Psiquiatria, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 43-46, 2007.

BARRETO, L. Memorial de Divinópolis: História do Município. Divinópolis: Serfor, 1992. 268p.

BASAGLIA, F. Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Garamond, 2005. 336p.

BITTENCOURT, S. A., CAMACHO, L.A.B., LEAL, M.C. Hospital Information Systems and their application in public health. Cad Saude Publica. v. 22, n. 1, 2006, p.19-30.

BORGES, C.F.; BAPTISTA, T. W. F. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004 . Cad. Saúde Pública [online], vol.24, n.2, 2008, pp. 456-468.

_____. Congresso Nacional. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, p. 18.055, set. 1990.

_____. Ministério da Saúde. Lei 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União de 09 de Abril de 2001.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000. Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS 01/2000. Brasília, DF, seção I, no 40, p. 52. Diário Oficial da União de 13 de Fevereiro de 2000.

_____. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da III CNSM. Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. DATASUS. Trajetória 1991-2002. Ed. MS, Brasília-DF; 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção a Saúde. Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas. 2 ed. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. DATASUS 2010. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em 01 Mar. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID). 2010. Disponível em <<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/index.php>>. Acesso em 01 Nov. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde Mental. Relatório sobre número de CAPS no Brasil – 2009. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caps_por_uf_e_tipo_em_31_de_janeiro_de_2009.pdf>. Acesso em 11 Dez 2010.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (CNES) – Secretaria de Atenção à Saúde / DATASUS. Disponível em: <<http://www.cnes.datasus.gov.br>>. Acesso em: 26 Jul. 2010.

CÂMARA, F.P. Mortalidade por transtornos mentais e comportamentais e a reforma psiquiátrica no Brasil contemporâneo. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund. São Paulo*, v. 11, n. 2, junho, 2008, p. 278-285.

_____. Mortalidade por transtornos mentais e comportamentais e a reforma psiquiátrica no Brasil contemporâneo – II. Elementos para um debate. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund., São Paulo*, v. 11, n. 3, setembro, 2008, p. 470-474.

CAMPOS, G.W.S. In Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. *Hospitais Psiquiátricos: Saídas para o Fim*. Belo Horizonte: Gráfica da Secretaria Estadual da Saúde, 2002, p. 59-64.

CANDIAGO, R.H.; ABREU, P. B. Uso do DATASUS para avaliação dos padrões das internações psiquiátricas, Rio Grande do Sul. *Rev. Saúde Pública. Porto Alegre*, v. 41, n.5, 2007, p. 821-29.

CARLINI, E.A. et al. I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo Envolvendo as 107 Maiores Cidades do País – 2001. CEBRID/ UNIFESP, São Paulo, 2002.

_____. II Levantamento domiciliar de drogas psicotrópicas no Brasil: um estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país – 2005. CEBRID/ UNIFESP, São Paulo, 2005.

COSTA JUNIOR, M.L. Estatística de Saúde “on line” teoria e prática, 2006; 528 f. Tese (Livre Docência em Estatística Aplicada as Ciências do Comportamento e Saúde Mental e Estatística Vital On line). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

COTTON, P.G.; BENE-KOCIEMBA, A.; COLE, R. The effect of deinstitutionalization on a general hospital's inpatient psychiatric service. *Hosp.. community Psychiatry*. v. 30. 1979. p. 609-612.

DALGALARRONDO, P. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 440p.

DE FRANCISCO, D.; ANDERSON, D.; PANTANO, R.; KLINE, F. The relationship between length of hospital stay and rapid-readmission rates. *Hosp. Community Psychiatry*. v. 31. n.3. 1980. p. 196-197.

DIEHL, A. et al. *Dependência Química: Prevenção, Tratamento e Políticas Públicas*. São Paulo: Artmed, 2011.

FERNANDES, M. I.; SCARCELLI, I. R.; COSTA, E. S. (org). *Fim de século: ainda manicômios?*. São Paulo: IPUSP, 1999.

FERRI, C.P.; DUNN, J.; LARANJEIRA, R.R; SILVEIRA, D.X; FORMIGONI, M.L.O.S. Aumento da procura de tratamento por usuários de crack em dois ambulatórios na cidade de São Paulo, nos anos de 1990 a 1993. *Rev Ass Med Brasil*, v. 43. 1997. p. 25-8.

IORE, M. A medicalização da questão do uso de drogas no Brasil: reflexões acerca de debates institucionais e jurídicos. In: VENÂNCIO, R. P.; CARNEIRO, H. (Org.). *Álcool e drogas na História do Brasil*. São Paulo: Alameda, 2005. p.257-290.

FOUCAULT, M. *História da Loucura*. 8ª ed. São Paulo: Perspectiva, 2009. 551 p.

GALDURÓZ, J.C.F. et al. I Levantamento domiciliar nacional sobre o uso de drogas psicotrópicas – Parte A: Estudo envolvendo as 24 maiores cidades do Estado de São Paulo. CEBRID/ UNIFESP, São Paulo, 2000.

GIGLIOTTI, A.; BESSA, M. A. Síndrome de Dependência do Álcool: critérios diagnósticos. *Rev. Bras. Psiquiatr.* [online], São Paulo, v. 26, sup. 1. 2009. p.11-13.

GODOY, V.S. et al. O perfil epidemiológico da Aids em idosos utilizando sistemas de informações em saúde do Datasus: Realidades e desafios. *DST – Jornal Brasileiro Doenças Sexualmente Transmissíveis*, v.20, n.1. 2008. p.7-11.

GONTIJO, P. X. *Epítome da História de Divinópolis*. Divinópolis: Papelaria Sherlock, 1962. 64p.

GORDIS, L. *Epidemiologia*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2004. 302 p.

HENNEKENS, C.H.; BURING, J.E. *Epidemiology in Medicine*. 1ª ed. Philadelphia, USA: Lippincott Williams, 1987. 383 p.

HINGSON, RW; ZHA, W. Age of Drinking Onset, Alcohol Use Disorders, Frequent Heavy Drinking, and Unintentionally Injuring Oneself and Others After Drinking. *Journal Pediatrics*. New York, E.U.A., vol. 123, n. 6, jun., 2009. p. 1477-84.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. *Ciênc. saúde coletiva* [online], vol.14, n.1, 2009, p. 297-305.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Distribuição Geográfica, Espacial e Delimitação Territorial 2008. Disponível em <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em 26 de Jul. 2010.

_____. Censos Demográficos e Contagem Populacional 2008. Disponível em <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em 26 de Jul. 2010.

KANTORSKI, L. P. O conhecimento produzido em saúde mental e sua aplicação nos serviços. *Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)*. [online]. v. 3, n.1, fev. 2007.

KILSZTAJN, S. et al. Leitos hospitalares e reforma psiquiátrica no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 10, Oct. 2008.

KIRSHNER, L.A. Length of stay of psychiatric patients: a critical review and discussion. *J N M Dis*. v.170. n.1. 1982. p. 27-33.

LAURENTI, R.; JORGE, M.H. P. de M.; GOTLIEB, S. L. D.. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, Mar. 2005. p. 35-46.

LAURENTI, R. Análise da informação em saúde: 1893-1993. Cem anos da classificação internacional de doenças. *Rev Saude Publica*; v.25, n. 6, 2001. p. 407-417.

_____. As manifestações de sofrimento mental mais frequentes na comunidade. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)* [online], vol.3, n.2, 2007.

LEJOYEUX, M. et al. Alcohol dependence among elderly French inpatients. *Journal Geriatr Psychiatry*. Colombes, França, v. 11, n. 3, may-jun , 2005. p. 360-364.

LOPEZ, A. D.; MURRAY, C.C. The global burden of disease, 1999-2020. *Nat Med*. v.4, n.11, 1998. p.1241-1243.

LUZIO, C.A.; YASUI, S. Além das portarias: desafios da política de saúde mental. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 15, n. 1, p. 17-26, jan./mar. 2010.

MACEDO, C. F. A evolução das políticas de saúde mental e da legislação psiquiátrica no Brasil. *Jus Navigandi*, Teresina, ano 10, n. 1017, 14 abr. 2006.

MACHADO, A.R.; MIRANDA, P.S.C. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, Sept. 2007 .

MACHADO, R. M. Transtornos Psiquiátricos – Uma Abordagem Epidemiológica do Alcoolismo na Região Centro Oeste de Minas Gerais. 2010.180 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

MAGRO FILHO, J. B. A tradição da loucura – Minas Gerais: 1870/1964. Belo Horizonte: COOPMED/ Editora UFMG, 1992. 160 p.

MARI, J.J., BRESSAN, R. A., ALMEIDA-FILHO, N. Mental health research in Brazil: policies, infrastructure, financing and human resources. *Rev. Saúde Pública*. São Paulo, v.40, n.1, p. 161-169, jan./fev. 2006.

MARÍN-LEÓN, L.; OLIVEIRA, H. B.; BOTEGA, N. J. Mortalidade por dependência de álcool no Brasil: 1998 – 2002. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 12, n. 1, jan./abr. 2007. p. 115-121.

MATTA, G.C.; PONTES, A.L.M. Políticas de Saúde: Organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. 1ed. Rio de Janeiro: EPSJV/ FIOCRUZ, v.3, 2007. p. 61-80.

MELLO, R.; FUREGATO, A. R. F. Internações psiquiátricas no Rio de Janeiro de 1996 a 2005. *Rev Enferm UERJ*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, abr/jun. 2007. p. 176-82.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Linha Guia: Saúde em Casa - Atenção em Saúde Mental. 1ed. Belo Horizonte, 2006. 238 p.

_____. Secretaria Estadual de Administração e Planejamento. Regiões Administrativas do Estado de Minas Gerais 2009. Disponível em <<http://www.mg.gov.br>>. Acesso em 26 Jul. 2010.

MORAES, M. O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, feb. 2008, p.121-133.

NOTO, A.R.; GALDURÓZ J.C.F.; NAPPO, S.A.; FONSECA, A.M.; CARLINI, E.A. Levantamento nacional sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras. Universidade Federal de São Paulo, (CEBRID/SENAD), 2004.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU) - Escritório sobre Drogas e Crime. Relatório mundial sobre drogas. Publication Sales, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. Tradução: Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artmed, 1993.

_____. Transtornos devido ao uso de substâncias. Em Organização Pan-Americana da Saúde & Organização Mundial da Saúde (Orgs.). Relatório sobre a saúde no mundo. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Brasília: Gráfica Brasil, p. 58-61, 2001.

_____. Manual de Recursos de La OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación – Sí a la atención, no a la exclusión. Organización Mundial de La Salud, 2006.

PESSOTTI, I. O século dos manicômios. São Paulo: Ed. 34, 1996. 304 p.

_____. A loucura e as épocas. São Paulo: Ed. 34, 1994. 208 p.

PRATTA, E.M.M.; SANTOS, M.A. O Processo Saúde-Doença e a Dependência Química: Interfaces e Evolução. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, v. 25, n. 2, p. 203-211, abr. 2009.

PRAZERES, O. S.; MIRANDA, P. S. C. Serviço substitutivo e hospital psiquiátrico: convivência e luta. *Psicologia: ciência e profissão*, v. 25, n.2, p. 198-211, 2005.

PREFEITURA MUNICIPAL DE DIVINÓPOLIS. <www.divinopolis.mg.gov.br> Acesso em: 20 de set 2010.

QUINTAS, R.; AMARANTE, P. A ação territorial do Centro de Atenção Psicossocial em sua natureza substitutiva. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v. 32, p. 99-107, 2008.

REHM, J.; BALIUNAS, D.; BROCHU, S.; FISCHER, B.; GNAM, W.; PATRA, J., et al. The social cost of substance abuse in Canada 2002. Ottawa, 2006.

RIBEIRO, M.S.; SIANO, A.K.; PROCÓPIO, N.A.; SANTOS, K.H.O.; ALVES, M.J.M. Psychiatry in General Hospital versus in Psychiatric Hospital: Na Initial Study of Evaluation of the Assistance Performed by the Psychiatric Residency of the HU-UFJF. HU Revista. v. 25, n.3. 2000. p. 167-179.

RIBEIRO, M. S. et al. Ferramentas para descomplicar a atenção básica em saúde mental. Juiz de Fora: UFJF, p. 19-21, 2007.

RÚDIO, F. V. Introdução ao projeto de pesquisa científica. Petrópolis: Vozes, 2008. 121p.

SADOCK, B. J. SADOCK, V. A. Compêndio de Psiquiatria. Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica. 9 ed. Artmed, 2007. 1584 p.

SAMPAIO, A.L.P.; CAETANO, D. Mortalidade em pacientes psiquiátricos: revisão bibliográfica. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, Rio de Janeiro, v. 55, n. 3, p. 226-231, 2006.

SILVA, E.C.; COSTA JUNIOR, M. L. Transtornos mentais e comportamentais no sistema de informações hospitalares do SUS: perspectivas para a Enfermagem. Rev. Esc. Enf. USP, São Paulo, v.40, p. 196-202, 2006.

SILVA, H.L.R. Evolução da Morbidade por Doenças Mentais no Município de Alfenas- MG. 2008. 80 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

SILVEIRA, C. M. et al. Epidemiologia do beber pesado e beber pesado episódico no Brasil: uma revisão sistemática da literatura. Rev. psiquiatr. clín. São Paulo: v.35, supl. 1, 2008. p. 31-38.

SOUZA, J. C.; SOUZA, N.; MAGNA, L.A. Tempo médio de hospitalização e categorias diagnósticas em hospital psiquiátrico. J. Bras. Psiquiatr. n.57, v.2, 2008. p.112-116.

SOUSA, F. S. P.; OLIVEIRA, E. N. Caracterização das internações de dependentes químicos em Unidade de Internação Psiquiátrica do Hospital Geral. Ciênc. saúde coletiva [online]. vol.15, n.3, 2010, p. 671-677.

STEFANELLI, M. C.; FUKUDA, I. M. K.; ARANTES, E. C. Enfermagem Psiquiátrica em suas dimensões assistenciais. Barueri, SP: Manole, 2008. p.16-25.

TUONO, V.L. et al. Transtornos mentais e comportamentais nas mortes de mulheres em idade fértil. Epidemiologia e Serviços de Saúde. v.16, n.2, abr-jun. 2007. p. 85-92.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). World Drug Report. United Nations Publications. New York: UNODC, 2008. Disponível em: <<http://www.unodc.org/unodc/data-and-analysis/WDR.html>>. Acesso em: 01 jun. 2010.

_____. World Drug Report. United Nations Publications. New York: UNODC, 2010. Disponível em: <<http://www.unodc.org/unodc/data-and-analysis/WDR.html>>. Acesso em: 01 jun. 2010.

WODAK, A. Harm reduction is now the mainstream global drug policy. Addiction. v. 104. 2009. p. 343-345.