

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
Mestrado Profissional em Saúde Pública**

CEJANA BRASIL CIRILO PASSOS

**INTERNAÇÕES DECORRENTES
DO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NO
DISTRITO FEDERAL ENTRE OS ANOS DE 2000 A 2009**

**BRASÍLIA
2011**

CEJANA BRASIL CIRILO PASSOS

**INTERNAÇÕES DECORRENTES DO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NO
DISTRITO FEDERAL ENTRE OS ANOS DE 2000 A 2009**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública.

Orientadora: Dra. Ana Lucia Ribeiro de Vasconcelos
Co-orientadora: Me. Naíde Teodósio Valois

BRASÍLIA
2011

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

P2891 Passos, Cejana Brasil Cirilo.

Internações decorrentes do uso de substâncias psicoativas no Distrito Federal entre os anos de 2000 a 2009 / Cejana Brasil Cirilo Passos. — Recife: Q. T. de Macedo, 2010.

86 f.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientador: Ana Lucia Ribeiro de Vasconcelos. Co-Orientadora: Naíde Teodósio Valois

1. Drogas Ilícitas. 2. Hospitalização. 3. Gastos em Saúde. 4. Saúde Mental. I. Vasconcelos, Ana Lucia Ribeiro. II. Valois, Naíde Teodósio. III. Título.

CDU 343.976

CEJANA BRASIL CIRILO PASSOS

**INTERNAÇÕES DECORRENTES DO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NO
DISTRITO FEDERAL ENTRE OS ANOS DE 2000 A 2009**

Dissertação apresentada ao curso de
Mestrado Profissional em Saúde Pública
do Centro de Pesquisas Aggeu
Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz,
para obtenção do grau de Mestre em
Saúde Pública.

Aprovado em: 04/02/2011

BANCA EXAMINADORA

Dra. Ana Lucia Ribeiro de Vasconcelos
CPqAM/FIOCRUZ

Dra. Giselle Campos Gouveia
CPqAM/FIOCRUZ

Dra. Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte
Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD/GSI/PR

Quando ela dorme, como dorme a estrela
Nos vapores da tímida alvorada,
E a sua doce fronte extasiada,
Mais perfeita que um lírio, e tão singela,

Tão serena, tão lúcida, tão bela,
Como dos anjos a cabeça amada,
Repousa na cambraia perfumada,
Eu velo absorto o casto sono dela.

E rogo a Deus, enquanto a estrela brilha,
Deus que protege a planta e a flor obscura,
E nos indica do futuro a trilha,

Deus, por quem toda a criação se humilha,
Que tenha pena dessa criatura,
Desse botão de flor - que é **minha Cecília**.

Guimarães, 1872 (modificado)

AGRADECIMENTOS

A *Deus* – que muito me fortalece.

A Dra. *Paulina Duarte* pelo acolhimento e pelo incentivo em enfrentar os desafios que a vida adulta me impôs tendo se tornado uma influência definitiva em minha formação profissional.

Ao Dr. *Vladimir Stempliuk* – pelo incentivo, revisão deste trabalho e por me indicar um bom Analista!

À *Naíde Valois* - pela escuta paciente, compreensão do ritmo e confiança depositada na orientação deste trabalho;

Ao sempre “chefe” *Kleber Pessoa* por diretamente fazer parte desta caminhada.

À *Dasneves* – que me permitiu fluir em toda minha intensidade já prevendo antecipadamente que o nome indelével que me deu, faria parte da natureza renitente que trago em mim.

À *Lorena* – por consubstanciar a lealdade, a exemplar inteligência e a afetuosidade que somente uma irmã mais velha pode ter: a você, minha eterna adoração!

Ao *Nelson* pelo gratuito afeto em todos esses anos.

À *Rosa (Nin), Salvina, Ideltina, Dilza, Eva (in memorian)* e *Aderson*, tias e tio, que sempre fizeram chegar seus afetuosos incentivos e contribuíram para eu me tornar um adulto capaz.

Ao querido *Rafael*: pelo indescritível apreço com o qual se dedica à *minha causa* – um cúmplice ímpar para uma vida em par.

À D. *Ednólia, S. Antônio, Fernando* e *Aurora*: pelo carinho e compreensão nas minhas contínuas ausências.

À *Rosângela* e *Jeferson*: por acompanharem *minha série histórica* empregando todos os signos, significados e predicados da legítima amizade.

À *Rogélia, Silvio* e *Moema*: tesouro meu ter vocês na vida!

À *Silvana* pela cuidadosa e inigualável maneira como zela da nossa amizade e se dedicou às tabelas dessa pesquisa.

À *Naiá* – pelo sensível e pragmático incentivo que culminou na finalização deste trabalho.

À *Cátia Bethânia* – pela tranquilidade que me ordenou em momentos de inquietude nessa nova caminhada.

Ao *Marcelo Kimati* – pela atenção imprescindível a execução deste trabalho.

À *Yône* – pelo precioso auxílio na revisão bibliográfica.

À *Daniela, Dinho, Camila, Igor, Mariana, Sheila, Danilo, Raphael, Fernanda, Rafael, Izys, Márcia, André, Gustavo, Luciana, Eliana, Ana Patrícia, Carlos, Patrícia, Astral, Salymar* e outros não nominados os quais tiveram menos atenção do que deveriam receber, mas, que permanecem sempre na arquibancada da vida a torcer por mim.

A Todos “esses que aí estão atravancando meu caminho, Eles passarão...Eu passarinho!”

Do fundo desta noite que persiste
A me envolver em breu - eterno e espesso,
A qualquer deus - se algum acaso existe,
Por mi'alma insubjugável agradeço.

Na garra cruel da circunstância
Eu não recuei nem gritei.
Nunca me lamentei - e ainda trago
Minha cabeça - embora em sangue - ereta.

Além deste lugar de fúria e lágrimas
Só o eminente horror matizado,
Porém o tempo, a consumir-se em fúria,
Não me amedronta, nem me martiriza

Por ser estreita a senda - eu não declino,
Nem por pesada a mão que o mundo espalma;
Eu sou dono e senhor de meu destino;
Eu sou o capitão de minha alma.

Invictus - William Ernest Henley- 1875

PASSOS, C.B.C. Internações Decorrentes do Uso de Substâncias Psicoativas no Distrito Federal entre os Anos de 2000 a 2009. 2011. 86 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.

RESUMO

O presente trabalho caracteriza-se como um estudo descritivo, de uma série histórica de dados de internações decorrentes de transtornos mentais e comportamentais por uso de substâncias psicoativas, com o objetivo de caracterizar, do ponto de vista epidemiológico, essa morbidade, segundo o diagnóstico principal, gastos, permanência e características socioeconômicas e demográficas dos pacientes internados. Foram estudadas 6.048 internações por uso de substâncias psicoativas ocorridas no Distrito Federal, no período de 2000 a 2009, extraídas do banco de dados do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS). Os resultados revelam que o uso de álcool, múltiplas drogas e cocaína entre os adultos jovens, do sexo masculino, são as principais causas de internação por uso de substâncias psicoativas no Distrito Federal. O tempo médio de permanência para o uso de cocaína e múltiplas drogas foi superior em relação ao álcool, ainda que esta droga determine a maior parte dos gastos no período analisado. Neste sentido, as consequências do uso de drogas para o sistema de saúde e para a sociedade ensejam o aprimoramento da utilização dos sistemas de informação em saúde, visando assim subsidiar não só a elaboração, como também a execução das políticas públicas de prevenção, tratamento e reinserção social de usuários de álcool, tabaco e outras drogas.

Palavras-chave: usuários de drogas; hospitalização; drogas ilícitas; saúde mental; gastos em saúde.

PASSOS, C.B.C. **Hospitalizations of psychoactive substances users in Federal District – Brasil between the years 2000 and 2009**. 2011. 86 f. Dissertation (Professional Master in Public Health) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.

ABSTRACT

This work is a descriptive study of a historical series of mental and behavioral disorders hospitalizations of psychoactive substances users. The aim objective of this work is to distinguish this morbidity in an epidemiological point of view, according to main diagnosis, cost and duration of hospitalizations and patients characteristics. We analyzed 6.048 hospitalizations due to psychoactive substances use that occurred in Distrito Federal (Federal District - Brazil) between the years 2000 and 2009. Those data were obtained from Hospital Information System of Brazilian Unified Health System (SUS). The results showed that alcohol, cocaine and multiple drugs abuse among young male adults is the main cause of hospitalizations due to psychoactive substances use in Distrito Federal. Despite the fact that the cost of hospitalizations related to alcohol is higher than the ones related to other drugs, the duration period of the hospitalizations caused by cocaine and multiple drugs is higher than the ones caused by alcohol. From these kind of analysis, it was possible to conclude that drug abuse consequences to the society and to the health system motivate the improvement of how health information systems could be used to support the elaboration and execution of public prevention, treatment and social rehabilitation policies of drug addicted users.

Keywords: drug users; hospitalization; street drugs; mental health; health expenditures.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 – Custos sociais associados ao abuso de drogas.	21
Gráfico 2 – Número de leitos psiquiátricos do SUS disponíveis no Brasil, de 2002 a 2009. Fonte: BRASIL, 2010b.....	28
Figura 1 – Distribuição Territorial do Distrito Federal. Fonte: DISTRITO FEDERAL, 2010b.	49
Figura 2 – Distribuição territorial da Rede Integrada de Desenvolvimento Econômico. Fonte: DISTRITO FEDERAL, 2010b.	49
Quadro 1 – CID-10, Categorias e Subcategorias dos Transtornos Mentais e Comportamentais devidos ao Uso de Substancias Psicoativas.	53
Gráfico 3 – Tendência nas internações por uso de substâncias psicoativas, por ano de ocorrência, no Distrito Federal, de 2000 a 2009.....	55
Gráfico 4 – Tendências nas internações por uso de álcool, por ano de ocorrência, no Distrito Federal, de 2000 a 2009.	58
Gráfico 5 – Tendência nas internações por uso de múltiplas drogas, por ano de ocorrência, no Distrito Federal, de 2000 a 2009.....	58
Gráfico 6 – Tendência nas internações por uso de cocaína, por ano de ocorrência, no Distrito Federal, de 2000 a 2009.	60
Gráfico 7 – Tendência no gasto relacionado às internações por uso de substâncias psicoativas, por ano de ocorrência, no Distrito Federal, de 2000 a 2009.....	68
Gráfico 8 – Distribuição dos indivíduos internados por uso de SPA, segundo região de origem, no Distrito Federal, de 2000 a 2009.	70

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Evolução da assistência em saúde mental, conforme padrão de cobertura CAPS/100.000 habitantes, por Unidade da Federação e Regiões Geográficas, de 2002 a 2010.	34
Tabela 2 – Distribuição das internações por uso de substâncias psicoativas, segundo o tipo de droga, no Distrito Federal, de 2000 a 2009.	57
Tabela 3 – Distribuição das internações por uso de álcool, cocaína e múltiplas drogas, segundo a subcategoria de diagnóstico, no Distrito Federal, de 2000 a 2009.	60
Tabela 4 – Duração das internações por Síndrome de Dependência por uso de álcool e Intoxicação aguda por uso de cocaína, no Distrito Federal, de 2000 a 2009.	61
Tabela 5 – Distribuição das internações por uso de substâncias psicoativas, por ano de ocorrência e segundo o gênero do usuário, no Distrito Federal, de 2000 a 2009.	62
Tabela 6 – Total das internações por uso de substância psicoativa, segundo o gênero do usuário, no Distrito Federal, de 2000 a 2009.	63
Tabela 7 – Distribuição das internações por uso de substâncias psicoativas, segundo a faixa etária do usuário, no Distrito Federal, de 2000 a 2009.	63
Tabela 8 – Distribuição das internações por uso de substâncias psicoativas, na faixa etária de 0 a 4 anos, no Distrito Federal, de 2000 a 2009.	64
Tabela 9 – Distribuição das internações por uso de álcool, cocaína e múltiplas drogas, segundo a faixa etária do usuário, no Distrito Federal, de 2000 a 2009.	65
Tabela 10 – Tempo de permanência, em dias, das internações por uso de substâncias psicoativas, segundo o tipo de droga, no Distrito Federal, de 2000-2009.	65
Tabela 11 – Tempo de permanência, em dias, das internações por uso de álcool, cocaína e múltiplas drogas, por ano de ocorrência e segundo o número de internações (N), permanência total (Permanência) e tempo médio de permanência (TMP), no Distrito Federal, de 2000 a 2009.	66
Tabela 12 – Gasto total, em reais, das internações por uso de substâncias psicoativas, segundo o tipo de droga, no Distrito Federal, de 2000 a 2009.	67

Tabela 13 – Gasto total, em reais, das internações por uso de substâncias psicoativas, por ano de ocorrência e segundo o gênero do usuário, no Distrito Federal, de 2000 a 2009.	68
Tabela 14 – Distribuição das internações por uso de substância psicoativa, por ano de ocorrência e segundo o Tipo de Unidade de Saúde, no Distrito Federal, de 2000 a 2009.	70
Tabela 15 – Distribuição das internações por uso de substância psicoativa, por ano de ocorrência e segundo a Unidade da Federação de origem do paciente, no Distrito Federal, de 2000 a 2009.	70

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIH – Autorização de Internação Hospitalar
APAC – Autorizações para Procedimento de Alto Custo
CAPS – Centros de Atenção Psicossocial
CAPSad – Centros de Atenção Psicossocial especializado no atendimento de pessoas portadoras de transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas
CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
CICAD – Comissão Interamericana de Controle do Abuso de Drogas
CID-10 – 10ª. Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DF – Distrito Federal
HSVP – Hospital São Vicente de Paulo
IML – Instituto Médico Legal
IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MS – Ministério da Saúde
MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS – Núcleos de Atenção Psicossocial
NOVACAP – Companhia Urbanizadora da Nova Capital
OEA – Organização dos Estados Americanos
OMS – Organização Mundial de Saúde
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
RA – Região Administrativa
RIDE – Região Integrada de Desenvolvimento Econômico
SHRad – Serviço Hospitalar de Referência para Álcool e outras Drogas
SIH – Sistema de Informação Hospitalar
SINITOX – Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas
SPA – Substâncias Psicoativas
SRT – Serviços Residenciais Terapêuticos
SUS – Sistema Único de Saúde
UNODC – Escritório das Nações Unidas sobre Controle de Drogas e Crime

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
1.1 Uso de drogas – um problema para a saúde pública	17
1.1.1 Uso de drogas – acidentes e violências	18
1.1.2 Custos sociais decorrentes do abuso de drogas	19
1.2 Uso de drogas: desafio histórico a atenção em saúde mental	23
1.2.1 Considerações sobre a Reforma Psiquiátrica	25
1.2.2 Um novo modelo de atenção.....	27
1.2.3 A Reforma Psiquiátrica e a atenção aos usuários de álcool e outras drogas...31	
1.3 A saúde no DF: breve histórico	35
1.3.1 A construção da rede de saúde mental no DF	36
1.3.2 A insuficiência da rede de atenção à saúde mental, hoje, no DF	40
2 JUSTIFICATIVA.....	43
3 OBJETIVOS.....	45
3.1 Objetivo Geral	45
3.2 Objetivos Específicos	45
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	46
4.1 Tipo e Período de Estudo.....	46
4.2 Fonte de Dados	47
4.3 Área de Estudo.....	48
4.4 População de Estudo	50
4.4.1 Variáveis do usuário:	51
4.4.2 Variáveis da Internação.....	51
4.5 Plano de Análise	52
5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	54
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	55
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	72
BIBLIOGRAFIA	76

1 INTRODUÇÃO

O uso de drogas sempre esteve presente na história da humanidade. Desde a pré-história há registros de consumo de substâncias psicoativas por membros de diferentes povos e culturas (ESCOHOTADO, 2005), não existindo sociedade que não tenha recorrido ao seu uso, com as mais diversas finalidades (SEIBEL; TOSCANO, 2004).

Segundo dados do Relatório Mundial do Escritório das Nações Unidas sobre Controle de Drogas e Crime (UNODC) apresentado em 2007, houve um aumento do consumo de drogas ilícitas entre os anos de 2004 e 2006. O número de usuários em 2004 foi estimado em 185 milhões (ou 4,7% da população mundial com idade entre 15 e 64 anos). Em 2006, esse número chegou a 200 milhões (5% da população mundial), sendo 4% usuários de maconha, 0,6% usuários de derivados de anfetaminas e 0,3% usuários de crack. Do total, 40 milhões fazem uso diário dessas substâncias.

Pode-se avaliar a extensão nacional desta questão, comparando os dados estatísticos dos *Levantamentos Domiciliares sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil*, realizados em 2001 e 2004. O álcool aparece como a droga com maior aumento no consumo (uso pelo menos uma vez na vida, em 2001 – 68,7% e em 2005 – 74,6%) e com o maior índice de dependência (2001 – 11,2% e 2005 – 12,3%). Quando excetuados álcool e tabaco, as drogas mais consumidas são a maconha (uso na vida em 2001 - 6,9% e em 2005 - 8,8%), os solventes (uso na vida em 2001 – 5,8% e em 2005 - 6,1%) e a cocaína (uso na vida em 2001 - 2,3% e em 2005 - 2,9%) (CARLINI et al., 2002, 2006).

Quando analisada a população escolar brasileira, os resultados do *V Levantamento Nacional Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino no Brasil* revelam que mais de 12% já usaram algum tipo de droga na vida; sendo os solventes a droga mais consumida pelos estudantes, quando excetuados o álcool e o tabaco (GALDURÓZ et al., 2004). Um estudo recente, realizado entre os estudantes universitários brasileiros de todo o País, revelou que 49% dos universitários já fizeram uso de alguma substância ilícita na vida (BRASIL, 2010a).

1.1 Uso de drogas – um problema para a saúde pública

Desde os anos oitenta do século XX, organizações internacionais tais como a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Ministérios e Secretarias responsáveis por diretrizes locais de saúde de vários países reconhecem as consequências do uso de substâncias psicoativas, não só para o indivíduo que as consome, como também para a família, para outras pessoas próximas e para a comunidade em geral (MENDES; LUIS, 2004). Neste mesmo sentido amplificam Sousa e Oliveira:

O uso indevido de drogas tem sido tratado, na atualidade, como questão de ordem internacional, objeto de mobilização organizada das nações em todo o mundo. Seus efeitos negativos tornam instáveis as estruturas sociais, ameaçam valores políticos, econômicos, humanos e culturais dos estados e sociedades e infligem considerável prejuízo aos países, contribuindo para o crescimento dos gastos com tratamento médico e internação hospitalar, além do aumento dos índices de acidentes de trabalho, de acidentes de trânsito, de violência urbana e de mortes prematuras e, ainda, para a queda de produtividade dos trabalhadores. Afeta homens e mulheres, de todos os grupos raciais e étnicos, pobres e ricos, jovens, adultos e idosos, pessoas com ou sem instrução, profissionais especializados ou sem qualificação (2010, p. 672).

O Relatório Mundial da Saúde – *Saúde mental: nova concepção, nova esperança* – acrescenta que das 20 doenças que acometem a população masculina com faixa etária entre 15 e 44 anos e que acarretam em anos vividos com alguma incapacidade, os transtornos decorrentes do uso de álcool assumem o segundo lugar, com 10,1%, e os transtornos devidos ao uso de drogas ilícitas encontram-se na nona posição, com 3,0% (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2001).

Os prejuízos à saúde do indivíduo provocados pelo uso de drogas podem ser agudos (durante a intoxicação) ou crônicos, produzindo alterações mais duradouras e até irreversíveis. O uso abusivo de benzodiazepínicos pode potencializar os efeitos do álcool e, em altas doses, provocar depressão respiratória. Já os inalantes – como a cola de sapateiro, solventes de tinta, esmalte, benzina e lança-perfume – incluem ampla gama de substâncias absorvidas pelos pulmões, sendo que várias síndromes neurológicas persistentes podem ocorrer com o uso crônico, principalmente neuropatia periférica, ototoxicidade e encefalopatia. Também podem ocorrer lesões renais, pulmonares, hepáticas, cardíacas e no sistema

hematopoiético. A cocaína e as anfetaminas podem produzir, durante a intoxicação, crises convulsivas, isquemia cardíaca e cerebral, além de quadros paranóides. O uso crônico pode induzir às síndromes psiquiátricas semelhantes à depressão, ansiedade, pânico, mania, esquizofrenia e transtornos de personalidade (MARQUES; CRUZ, 2010).

1.1.1 Uso de drogas – acidentes e violências

De outro lado, vários são os estudos que assinalam a associação entre os transtornos por uso de substâncias psicoativas e a desintegração familiar, a violência doméstica, os acidentes de trânsito e o crime (ANDRADE, 2008; CHALUB; TELLES, 2006).

É alta, por exemplo, a proporção de atos violentos quando o álcool ou outras drogas estão presentes entre agressores e suas vítimas, ou em ambos (CHALUB; TELLES, 2006). Corroboram essa afirmação Duarte e Carlini-Cotrim (2000) em estudo realizado em Curitiba, Paraná, onde avaliaram 130 processos judiciais de homicídios ocorridos entre 1990 e 1995 e julgados entre 1995 e 1998. Os pesquisadores encontraram fortes evidências de que 58,9% dos autores dos crimes e 53,6% das vítimas estavam sob efeito de bebida alcoólica no momento da ocorrência. Pesquisadores do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) analisaram, em 1996, mais de 19.000 laudos cadavéricos realizados entre 1986 e 1993 no Instituto Médico Legal (IML) central de São Paulo e constataram que, de cada 100 corpos que deram entrada no IML naquele período, vítimas de morte não natural, 95 tinham álcool no sangue (GALDURÓZ; CAETANO, 2004).

Segundo pesquisa realizada pelo Instituto Nacional de Abuso de Álcool e Alcoolismo dos EUA, o uso excessivo de bebida é um fator verificado em 68% dos homicídios culposos, 62% dos assaltos, 54% dos assassinatos e 44% dos roubos ocorridos no país (NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH, 1997). O mesmo estudo chama à atenção o uso de álcool em casos de violência doméstica: cerca de dois terços dos casos de espancamento de crianças ocorrem quando os pais agressores

estão embriagados, assim como nas agressões entre marido e mulher (TONDOWISKY, 2008).

Além disso, o mais consistente e predizível vínculo entre violência e drogas se encontra no fenômeno do tráfico de drogas ilegais. Este tipo de mercado gera ações violentas entre vendedores e compradores sob uma quantidade enorme de pretextos e circunstâncias: roubo do dinheiro ou da própria droga, disputas em relação a sua qualidade ou quantidade, desacordo de preço, disputa de territórios, de tal forma que a violência se torna uma estratégia para disciplinar o mercado e os subordinados (MINAYO; DESLANDES, 1998). Ainda sob o enfoque da violência, Zaluar (2004) traz a relação que chama de perversa entre pobreza e tráfico de drogas, vinculada à corrupção e à construção de modelos de masculinidade pautados na agressividade e poder de dominação.

Outro aspecto relevante, dentro do âmbito das consequências do uso de drogas, é a sua vinculação com a ocorrência de acidentes de trânsito. Para Leyton (2002) o uso do álcool está ligado à ocorrência de acidentes de trânsito e vários são os estudos sobre a prevalência do uso de drogas por motoristas que foram mortos ou feridos em ocorrências de trânsito (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2004).

Somente no ano de 2003, os acidentes de trânsito foram responsáveis por 114.189 internações hospitalares no Brasil, o que significa 15,6% das hospitalizações por lesões. Além do impacto das perdas humanas, de custos imensuráveis, ainda há o impacto financeiro que este tipo de acidente representa em termos de custos para o Estado. Baseado nas estatísticas do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), as perdas econômicas advindas dos acidentes de trânsito situam-se entre 1% e 2% do PIB nacional, algo entre R\$ 11,7 e 23,3 bilhões por ano (SOUZA; MINAYO; FRANCO, 2007).

1.1.2 Custos sociais decorrentes do abuso de drogas

É importante salientar que tão diversas quanto as consequências do uso abusivo de drogas são os diferentes custos relacionados: custos relativos aos

atendimentos e internações das vítimas; perda de produtividade; morte prematura de uma parcela expressiva da população economicamente ativa e sofrimento da família. Diversos estudos contabilizam os custos associados ao abuso de substâncias psicoativas (SPA), que juntamente com medidas de prevalência, incidência, morbidade e mortalidade, permitem mapear o impacto para a sociedade de uma dada doença (PORTO JÚNIOR et al., 2010).

Essas consequências socioeconômicas podem ser agrupadas em um montante total de custos que atingem a sociedade sendo por isso chamado de custo social, e que estão relacionados às consequências do consumo ou do tráfico de drogas para a coletividade (KOOP et al., 2006).

Sob a perspectiva da saúde pública, os custos considerados nas avaliações econômicas são classificados de diferentes maneiras, mas podem ser agrupados em dois grupos: custos diretos e custos indiretos.

Os custos diretos referem-se ao valor de todos os bens, serviços e outros recursos que são consumidos durante um tratamento, inclusive quando há efeitos adversos ou outras consequências presentes e futuras decorrentes da provisão da assistência. Estes custos frequentemente envolvem uma transação monetária, embora seja o uso dos recursos o fator que define o custo direto (LUCE et al., 1996).

A respeito dos custos diretos do abuso de álcool, Gallassi et al. (2008) acrescentam que os custos diretos são aqueles que incidem diretamente sobre o bem, serviço ou atividade. Incorridos com a organização e operacionalizado de um determinado programa de saúde, como despesas com pessoal, medicação, atendimento psicológico, internação, tratamento de doenças diretamente provocadas pelo consumo de álcool, entre outros.

Já os custos indiretos estão associados à perda de produção econômica devido à morbidade e à mortalidade, quando um indivíduo está doente e o seu tempo de trabalho é utilizado para ir ao médico ou quando necessita de dispensa no trabalho para se tratar. Podem ser medidos também através de aposentadorias e pensões precoces e perda de renda; e estão relacionados diretamente com a geração de riquezas para a economia (LUCE et al., 1996).

Outros custos são os denominados “custos intangíveis” os quais são os mais difíceis de serem medidos ou valorados, pois se referem ao custo do sofrimento físico e/ou psíquico. Dependem, unicamente, da percepção que o paciente tem

sobre seus problemas de saúde e as consequências sociais, como o isolamento. Geralmente, estes custos não são incluídos nas análises, visto que ainda existe grande controvérsia sobre a metodologia para obtenção dos mesmos (MORAIS et al., 2006). Todavia é preciso enfatizar que, certamente, as estimativas de avaliações econômicas são inferiores aos custos reais, uma vez que não têm em conta os custos de oportunidade perdida pelos indivíduos e as suas famílias (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2001). A combinação dos diversos custos pode ser esquematicamente representada da seguinte forma:

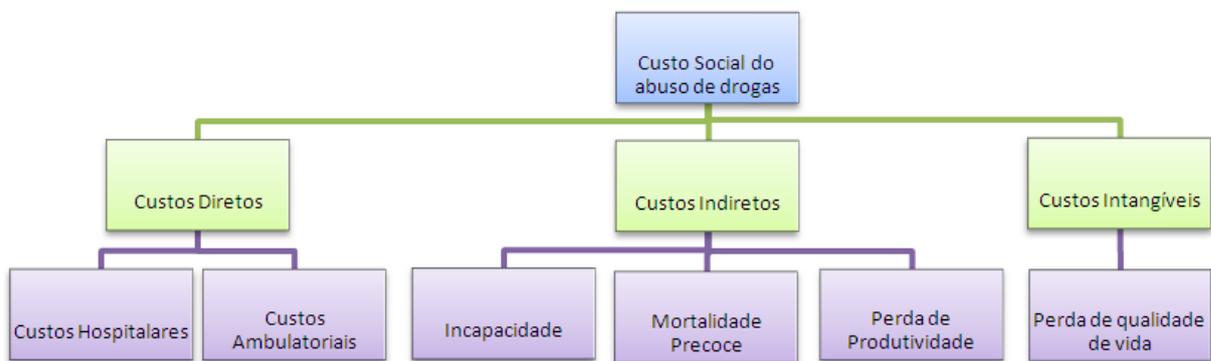


Gráfico 1 – Custos sociais associados ao abuso de drogas.

Sob este prisma Canadá, Estados Unidos, Reino Unido, França e outros países têm desenvolvido estudos econômicos para mensurar a problemática do impacto econômico das drogas. Esses estudos apresentam seus resultados em termos tangíveis (dólares) que podem ser compreendidos por políticos, por meios de comunicação e também pela população em geral.

Em 1997, somente US\$ 11,9 bilhões dos US\$ 294 bilhões estimados como sendo o custo social do abuso de substâncias nos Estados Unidos foram gastos em tratamento. No Reino Unido, o ônus total gerado pelo abuso do álcool, em termos de custos para o setor saúde, social e dos crimes relacionados, tem sido estimado entre £10 e £16 bilhões por ano. No Canadá, em 2002, 4.258 mortes foram atribuídas ao álcool, contabilizando 1,9% do total de mortes no ano. O diagnóstico de cirrose foi a principal causa de morte (1.246), seguido dos acidentes de trânsito (909) e dos suicídios atribuídos ao álcool. As doenças relacionadas ao álcool contabilizaram 1.587.054 dias de internação (GALLASSI et al., 2008).

Cabe considerar ainda que esses cálculos têm por objetivo não só demonstrar em si o impacto econômico desta problemática, como também poder

ajudar a direcionar gestores na realização dos gastos quando da execução das diferentes políticas governamentais relacionadas ao tema.

Sob esta mesma perspectiva, a Comissão Interamericana de Controle do Abuso de Drogas (CICAD) propôs, no ano de 2001, que os países membros da Organização dos Estados Americanos (OEA) se empenhassem em estimar o custo humano, social e econômico das drogas e para isso um esforço conjunto deveria ser feito para estabelecer uma metodologia padronizada e comum de cálculo, permitindo assim que os resultados fossem comparáveis.

Neste contexto também deve ser considerado o conjunto de métodos desenvolvidos pelo Estudo de Carga Global de Doença da OMS. Este método propõe uma medida sumarizante (DALY) correspondente a um ano de vida perdido, calculado a partir dos anos de vida perdidos devido à mortalidade prematura (YLL) e dos anos de vida vividos com a incapacidade devido à doença ou sequela (YLD), permitindo a classificação de doenças em relação aos seus impactos, quer do ponto de vista de levar à morte ou de gerar incapacidade (GALLASSI et al., 2008).

Há atualmente uma tendência crescente de se avaliar a contribuição do consumo de álcool, tabaco e substâncias ilícitas à carga global das doenças. A primeira tentativa importante teve lugar no âmbito do projeto da OMS sobre carga global das doenças e traumatismos, no qual, com base nos DALY, avaliou-se a carga imposta à sociedade por mortes prematuras e anos vividos com incapacidades, geralmente físicas, que podem ser temporárias ou permanentes. O projeto sobre a carga global das doenças mostrou que o álcool era uma causa importante de mortalidade e incapacidade em países desenvolvidos (GALLASSI et al., 2008).

O foco desses estudos de Carga/Custo da doença ou “Cost of Illness” (COI) é o custo relacionado aos recursos gastos ou não produzido socialmente em função da própria doença e também pela perda da qualidade de vida devido a ela (SINGLE et al., 2003).

Os estudos de COI envolvem uma combinação entre dados epidemiológicos e dados econômicos, na qual se gera um valor, em termos monetários, que representa o custo de determinada doença para a sociedade (GALLASSI et al., 2008).

Este impacto, decorrente dos vários problemas de saúde associados ao consumo e à dependência do tabaco, do álcool e de outras substâncias lícitas e ilícitas, demanda maior atenção por parte dos profissionais de saúde e solicitam respostas e políticas públicas apropriadas que proponham a resolver ou ao menos minimizar esses problemas nas distintas sociedades (MENDES; LUIS, 2004).

Nesse contexto, salienta-se a importância de aprofundar o conhecimento dos custos envolvidos com o uso de SPA no Brasil – sendo o presente trabalho mais um esforço nesse sentido. Embora sejam inúmeros os estudos que apontem as diversas consequências negativas do uso de drogas, no Brasil ainda são escassos os estudos que mostrem a magnitude do impacto econômico relacionado ao uso de SPA sobre o gasto público com saúde, mais especificamente com atendimentos e internações. Atendimentos por lesões, acidentes, intoxicações agudas, tentativas de suicídio, comas, transtornos e comorbidades psiquiátricas, relacionados ao uso de drogas, certamente têm grande impacto nos gastos do Sistema Único de Saúde (SUS).

Entre os anos de 2001 e 2007, por exemplo, ocorreram 965.318 internações no SUS, decorrentes do consumo de SPA (BRASIL, 2009), sendo importante ressaltar que a maior parte dos serviços de tratamento para problemas decorrentes do uso de drogas no Brasil pertence à rede pública de saúde, regida pelos princípios do SUS e pelo modelo oficial de atenção aos usuários de álcool e outras drogas. Com diversas origens e pautados em diferentes concepções de atenção à saúde, a rede de atendimento a dependentes químicos no país está distribuída entre unidades básicas de saúde, hospitais gerais, serviços ambulatoriais, unidades especializadas, clínicas especializadas e comunidades terapêuticas (MORAES, 2008).

1.2 Uso de drogas: desafio histórico a atenção em saúde mental

O tratamento da dependência química é um assunto relativamente novo. Não faz dois séculos, o beber excessivo do Reino Unido era punido com exposição em praça pública e publicação dos nomes nos principais jornais da cidade. Até

meados do século XX, o termo dependência enfatizava mais as complicações clínicas do consumo do que o comportamento em si. Apenas a partir da segunda metade desse século, o conceito de dependência deixou de ser considerado um desvio de caráter ou um conjunto de sinais e sintomas físicos para ganhar características de transtorno mental. Além disso, ao entender o consumo de álcool e drogas como um padrão de comportamento cuja gravidade varia ao longo de um *continuum*, influenciado por fatores biológicos, psicológicos e sociais, surgiu a necessidade de organizar serviços que atendessem aos usuários em seus diferentes estágios e considerassem também sua reabilitação psicossocial e qualidade de vida (RIBEIRO, 2006).

Desse modo, serviços de atendimento foram sendo criados ou adaptados para o tratamento dos diferentes estágios da dependência química: ambulatórios, centros de convivência, internações breves e longas, hospitais-dia, moradias assistidas, acompanhamento terapêutico, agentes multiplicadores, dentre outros. Para ampliar ainda mais a malha de atendimento a esses usuários, nasceu a necessidade de sensibilizar a rede primária de atendimento, visando ao diagnóstico precoce e à motivação dos usuários para o tratamento (RIBEIRO, 2006).

No SUS, o Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, define como principais componentes da assistência: a atenção básica; a atenção nos Centros de Atenção Psicossocial especializado no atendimento de pessoas portadoras de transtornos decorrentes do uso de álcool e drogas (CAPSad); ambulatórios e outras unidades hospitalares especializadas; a atenção hospitalar de referência e a rede de suporte social (associações de ajuda mútua e entidades da sociedade civil), complementar à rede de serviços colocados à disposição pelo SUS (BRASIL, 2004a).

Cada um desses dispositivos de atenção tem uma função específica e principalmente obedece a uma lógica especial de integração que teve seu desenvolvimento em um contexto muito maior em relação ao cuidado em saúde mental: o movimento da Reforma Psiquiátrica. Este tem em seu cerne a transição paradigmática do modelo da internação, para a “psiquiatria da desinstitucionalização” que pretende uma transformação no campo do saber, das práticas profissionais, educacionais e institucionais da saúde mental (MACHADO; COLVEIRO, 2003).

1.2.1 Considerações sobre a Reforma Psiquiátrica

A Reforma Psiquiátrica confunde-se com o próprio movimento pela Reforma Sanitária e com o processo de redemocratização do país. As lutas pela abertura política e por uma saúde pública de acesso universal caminharam juntas na busca por uma assistência psiquiátrica mais humana e voltada para a melhoria da qualidade de vida, por meio da ampliação das redes afetivas e sociais, (CAVALCANTI, 2008). Neste sentido, sintetiza Amarante (1995, p. 91) ao conceituar a Reforma Psiquiátrica como:

[...] um processo histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. No Brasil, a reforma psiquiátrica é um processo que surge mais concreta principalmente a partir da conjuntura da redemocratização, em fins da década de 1970, fundado não apenas numa crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também e principalmente, na crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, no bojo de toda movimentação político-social que caracteriza esta mesma conjuntura de redemocratização.

Na segunda metade da década de 1970, no contexto do combate ao Estado autoritário, emergem as críticas à ineficiência da assistência pública em saúde e ao caráter privatista da política de saúde do governo central. Além disso, surgem as denúncias de fraude no sistema de financiamento dos serviços e, o que é mais importante para o posterior movimento da Reforma, as denúncias do abandono, da violência e dos maus-tratos a que eram submetidos os pacientes internados nos muitos e grandes hospitais psiquiátricos do país. Não se criticavam os pressupostos do asilo e da psiquiatria, mas seus excessos ou desvios. Em 1978, é criado o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) que, combinando reivindicações trabalhistas e um discurso humanitário, alcançou grande repercussão e, nos anos seguintes, liderou os acontecimentos que fizeram avançar a luta até seu caráter definitivamente antimanicomial (TENÓRIO, 2002).

Um marco histórico para a saúde mental, impulsionador de mudanças no nível do Ministério da Saúde, foi a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, realizada em Caracas, em 1990. Neste encontro, no qual o Brasil foi signatário, foi promulgado o documento final intitulado *Declaração de*

Caracas. Nele, os países da América Latina comprometem-se a promover a reestruturação da assistência psiquiátrica, rever criticamente o papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico, salvaguardar os direitos civis, a dignidade pessoal, os direitos humanos dos usuários e propiciar a sua permanência em seu meio comunitário (HIRDES, 2009).

É neste contexto de rediscussão do papel do Estado na saúde, de redemocratização e de desenvolvimento dos ideais da Reforma Sanitária, que a Constituição Federal de 1988 instituiu o SUS com seus princípios – universalização, integralidade, descentralização e participação popular. Seu processo de implementação iniciado com as Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90 e assim, criam-se condições de possibilidade para a instituição, no Ministério da Saúde, em 1991, da Coordenação Nacional de Saúde Mental, instância inédita no Brasil, responsável pela formulação e implementação política na área (BORGES; BAPTISTA, 2008).

Além disso, depois de 12 anos tramitando no Congresso Nacional, foi aprovado o substitutivo do projeto de lei (PL 3.657/89) de autoria do deputado Paulo Delgado, com a Lei nº 10.216 (Reforma Psiquiátrica), que dispõe sobre a proteção e direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001). Destarte, a estratégia adotada pelo Ministério da Saúde para fomentar o redirecionamento da assistência foi a implantação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em todo o País (CAVALCANTI, 2008). Em janeiro de 1992 foi publicada a Portaria nº 224/92, a qual reafirmava os princípios do SUS, estabelecia diretrizes, regulamentava o funcionamento de serviços de saúde mental existentes à época e fixava normas para: equipes de saúde mental em unidades básicas de saúde e centros de saúde; ambulatórios de saúde mental; Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e CAPS; hospital-dia; serviço de urgência psiquiátrica em hospital geral; leito ou unidade psiquiátrica em hospital geral; e hospital especializado em psiquiatria¹ (BRASIL, 2004b).

¹ De acordo com Goulart (2006) Estes novos formatos seriam, em linhas gerais: NAPs, CAPs: núcleos e centros de referência e assistência em saúde mental que são espaços de acolhimento e tratamento de crises; Centros de Convivência: espaços de produção cultural e artística, mais comprometidos com projetos de reabilitação e re-inserção social dos usuários dos serviços de saúde mental; Moradias terapêuticas ou protegidas: casas ou apartamentos para as pessoas que foram alvo das ações tradicionais de segregação - egressos de hospitais psiquiátricos com história de longos períodos de internação e que acabaram por perder seus vínculos com familiares e amigos, se

Essa Portaria cumpriu o importante papel de ser o documento de orientação e referência, nos sistemas locais de saúde, de implantação dos novos serviços substitutivos. Embora contivesse limitações, junto com outras portarias publicadas nos anos subsequentes, que estabeleciam diferentes remunerações das Autorizações de Internação Hospitalar do SUS (AIH-SUS), de acordo com uma classificação em termos de adequação às exigências mínimas de funcionamento, foi um instrumento de fiscalização dos hospitais psiquiátricos, levando ao descredenciamento de centenas de leitos e de hospitais pelo País (LUZIO; YASUI, 2010).

1.2.2 Um novo modelo de atenção

Os novos serviços foram então definidos como unidades de saúde locais e regionalizadas, a partir de uma população adscrita segundo a localização, que deveriam oferecer cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar. Além disso, os CAPS e os NAPS podiam constituir-se, ainda, em porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas à saúde mental, considerando sua característica de unidade de saúde local e regionalizada. Atendiam, também, aos pacientes referenciados de outros serviços de saúde, dos serviços de urgência psiquiátrica ou egressos de internação hospitalar. Deveriam estar integrados a uma rede descentralizada e hierarquizada de cuidados em saúde mental (LUZIO; L'ABBATE, 2006).

Neste sentido, Cavalcante (2008) define de modo abrangente que os CAPS são articuladores da política de saúde mental num determinado território² e têm

tornando, muitas vezes, incapazes de enfrentar as pequenas operações cotidianas na reprodução de suas vidas; “Programa “De volta para casa”: proporciona auxílio-reabilitação psicossocial, na forma de um benefício mensal de custeio para pessoas acometidas de sofrimento mental, egressas de hospital psiquiátrico e com história de internação (superior a dois anos) e abandono; Os Hospitais-dia, que são estruturas hospitalares que ofereçam seus serviços ao longo do dia, mas que deixem ao usuário a possibilidade de retornar à sua residência evitando o distanciamento frente a seu espaço vital.

² Santiago (2009) esclarece que o conceito de território, adotado no processo de reforma psiquiátrica brasileira, não se refere apenas a uma área geográfica, mas a pessoas, instituições, redes, e cenários nos quais se dão a vida comunitária. “Assim, trabalhar no território não equivale a trabalhar na comunidade, mas a trabalhar com os componentes, saberes e forças concretas da comunidade

como função organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais, prestando atendimento em regime de atenção diária e promovendo a inserção social de pessoas com transtornos mentais, por intermédio de ações intersetoriais. Assim, os CAPS³ e esta articulação com a comunidade tem um papel central no processo de implementação da Reforma Psiquiátrica, na medida em que se utiliza de um programa comunitário de prevenção, tratamento, reabilitação e reinserção social, possuindo importância estratégica na oposição à segregação e ao modelo manicomial.

Desta feita, a Política Nacional de Saúde Mental, vigente no Brasil, objetiva reduzir progressivamente os leitos em hospitais psiquiátricos, expandindo, qualificando e fortalecendo a rede extra-hospitalar, através da implementação de serviços substitutivos (BRASIL, 2005b). O gráfico a seguir indica a redução dos leitos psiquiátricos no SUS entre os anos de 2002 e 2009:

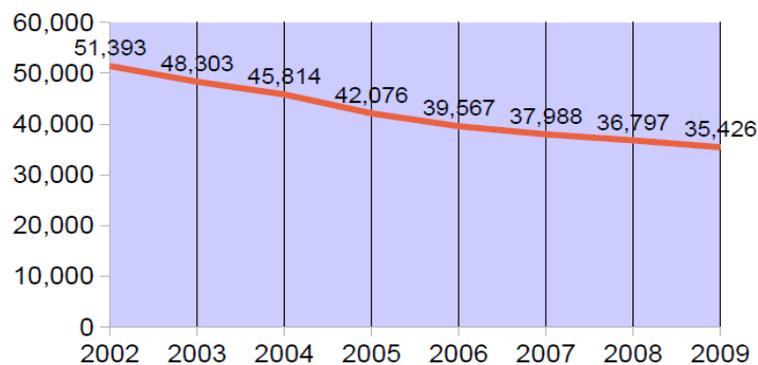


Gráfico 2 – Número de leitos psiquiátricos do SUS disponíveis no Brasil, de 2002 a 2009. Fonte: BRASIL, 2010b.

É preciso salientar que este processo de diminuição de leitos caracteriza-se por ações dos governos federal, estadual, municipal e dos movimentos sociais, para efetivar a construção da transição de um modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, para um modelo de atenção comunitário. O período atual caracteriza-se

que propõem soluções, apresentam demandas e que podem construir objetivos comuns. Trabalhar no território significa assim resgatar todos os saberes e potencialidades dos recursos da comunidade, construindo coletivamente as soluções, a multiplicidade de trocas entre as pessoas e os cuidados em saúde mental. É a idéia do território como organizador da rede de atenção à saúde mental, que deve orientar as ações de todos os seus equipamentos” (BRASIL, 2005a).

³ A Portaria do Ministério da Saúde nº 336/2002, estabelece três modalidades de CAPS definidas com base em seu tamanho/complexidade e abrangência populacional, de modo que possam realizar prioritariamente o atendimento de usuários com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo (LUZIO; L'ABBATE, 2006).

assim, por dois movimentos simultâneos: a construção de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo centrado na internação hospitalar, por um lado, e a fiscalização e redução progressiva e programada dos leitos psiquiátricos existentes, por outro (BRASIL, 2005a). Neste sentido, Goulart (2006) acrescenta que mesmo que a realidade da implementação destas iniciativas seja multiforme, diversa – variando de município para município – ela tem produzido todo um impacto terapêutico diferenciado e que corrobora as críticas ao modelo tradicional na medida em que viabiliza respostas assistenciais que não retirem o usuário de seu contexto vital, relacional.

Na medida em que a rede substitutiva deve ser privilegiada, fazendo com que a internação se dê somente em casos mais graves, o Ministério da Saúde adotou os parâmetros elencados nas *Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde* (BRASIL, 2006), onde os contextos locais são levados em consideração para o estabelecimento da relação número de leitos por cada 1.000 habitantes, de sorte que, somente o estabelecimento de uma rede de atenção integral efetiva, assim definida como uma rede composta pelos diversos dispositivos (Centros de Atenção Psicossocial, Serviços Residenciais Terapêuticos, Programa de Volta Para Casa, Saúde Mental na Atenção Básica, Ambulatórios e leitos em hospitais gerais), será capaz de efetivamente controlar a porta de entrada das internações, reduzi-las, diminuir seu tempo de duração, reduzir consideravelmente os leitos ou fechar hospitais psiquiátricos.

Assim sendo, onde há uma rede de atenção integral efetiva, o parâmetro de cobertura pode variar de 0,10 a 0,16 leitos de atenção integral por cada mil habitantes. Enquanto, onde existir uma rede com baixa resolutividade, o parâmetro de cobertura é de até 0,24 leitos de atenção integral por cada mil habitantes. Decorre disso que, quanto maior a efetividade da rede, menor a necessidade de leitos de atenção integral.

Neste sentido, Tenório (2002) ainda acrescenta que, substituir uma psiquiatria centrada no hospital por uma psiquiatria sustentada em dispositivos diversificados, abertos e de natureza comunitária ou 'territorial' é a tarefa da reforma psiquiátrica.

Desta forma, para tal, foram posteriormente estabelecidos pelo Ministério da Saúde, parâmetros territoriais para implantação da rede de saúde mental que tem

como base o tamanho da população local. Portanto, os municípios com até 20.000 habitantes deverão ter rede básica com ações de saúde mental; os municípios com população entre 20 e 70.000 habitantes devem constituir CAPS I e rede básica com ações de saúde mental; já os municípios com mais de 70.000 habitantes podem ter sua rede composta de CAPS II, Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi), CAPSad e rede básica com ações de saúde mental; enquanto os municípios com mais de 200.000 habitantes contam com mais dispositivos: CAPS III, CAPS II, CAPSi, CAPSad e rede básica com ações de saúde mental e capacitação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (BRASIL, 2002).

Sob este mesmo prisma, também foram estabelecidos critérios para classificar o índice de cobertura dos equipamentos extra-hospitalares, tendo sempre como foco a atuação dos CAPS⁴. A avaliação de cobertura é realizada pelo indicador CAPS/100 mil habitantes, embora o CAPS I provê cobertura efetiva a 50 mil habitantes; o CAPS II, CAPSi e CAPSad a 100 mil habitantes e o CAPS III a 150 mil habitantes. É considerado que um estado ou município tem cobertura: *insuficiente/crítica* quando o resultado é abaixo de 0,20 CAPS/100.000 habitantes; *baixa* de 0,20 - 0,34 CAPS/100.000 habitantes; *razoável* de 0,35 - 0,49 CAPS/100.000 habitantes; *boa* de 0,50 - 0,69 CAPS/100.000 habitantes e *muito boa* a partir de 0,70 CAPS/100.000 habitantes (BRASIL, 2010b).

⁴Vieira Filho e Nóbrega (2004) acrescentam que a Lei Federal nº 10.216, de 06/04/2001, da reforma psiquiátrica brasileira, dispõe sobre o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental e os direitos das pessoas ditas portadoras de transtornos mentais. Discorre que esses cidadãos devem ser tratados, preferencialmente, em serviços comunitários “com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar a saúde, visando alcançar sua inserção na família, no trabalho e na comunidade” (Art.2º, II). Segundo a Portaria nº 336/2002 do Ministério da Saúde, os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial – I, II, III) seriam os mais representativos desses serviços, que têm como prioridade “o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo” (Art.1º, 1). Esses centros apresentam um nível de complexidade de atenção que inclui, também, a internação (CAPS-III) podendo, assim, substituir o hospital psiquiátrico. Previsto para ser porta de entrada em saúde mental no Sistema Unificado de Saúde (SUS), esta instituição assume assim sua parte de responsabilidade na administração e centralidade dos atendimentos no território. Deve, também, capacitar e supervisionar as equipes de atenção básica e outros serviços de saúde mental, bem como contribuir na elaboração de programas nessa área. Sendo assim, essa Portaria traz novas regras instituídas que possibilitam uma reforma psiquiátrica mais efetiva, que possa superar a rede de instituições totais do circuito hospitalocêntrico.

1.2.3 A Reforma Psiquiátrica e a atenção aos usuários de álcool e outras drogas

Classificada como doença mental, principalmente por conta das contribuições da psiquiatria e da psicanálise, a toxicomania passa a ser alvo das mesmas intervenções que marcam o processo de reforma psiquiátrica no Brasil, visando implantar um novo paradigma de atenção à saúde mental, que orienta até hoje a prática nos CAPS (MORAES, 2008). No entanto, a mesma velocidade de incrementos não foi observada para os transtornos mentais devido ao álcool e às outras drogas (RAMEH-DE-ALBUQUERQUE, 2008).

O próprio Ministério da Saúde reconhece que a saúde pública brasileira não vinha se ocupando devidamente com o grave problema da prevenção e tratamento de transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas, sendo que as iniciativas governamentais, na esfera da saúde, restringiam-se a poucos serviços ambulatoriais ou hospitalares, em geral vinculados aos programas universitários. Não havia uma política de alcance nacional, no âmbito da saúde pública. Assim, produziu-se historicamente uma importante lacuna na política pública de saúde, deixando-se a questão das drogas para as instituições da justiça, segurança pública, pedagogia, benemerência, e associações religiosas. As implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas do uso de drogas não são consideradas na compreensão global do problema e a percepção distorcida da realidade deste uso acabou por promover a disseminação de uma cultura que o associa à criminalidade e que combate substâncias que são inertes por natureza, fazendo que o indivíduo e o seu meio de convívio fiquem aparentemente relegados a um plano menos importante (BRASIL, 2005a).

Assim, foi somente no ano de 2002, como já mencionado, por meio da Portaria GM/816 que o Ministério da Saúde instituiu, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e Outras Drogas, com ênfase na reabilitação e reinserção social e na criação de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária associada à rede de serviços de saúde e sociais, integrada ao meio cultural e adequada aos princípios da Reforma Psiquiátrica (MORAES, 2008).

Diante da diversidade das características populacionais existentes no país e da variação da incidência de transtornos causados pelo uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas, este Programa organiza as ações de promoção, prevenção, proteção à saúde e educação, através de uma rede estratégica de serviços extra-hospitalares para esta clientela, articulada à rede de atenção psicossocial⁵ e fundada na abordagem de redução de danos (BRASIL, 2005a).

No início do ano de 2003, é publicada a *Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas*, a qual tem como diretrizes: a alocação do uso de álcool e outras drogas entre os problemas da saúde pública; a indicação do paradigma da *redução de danos* nas ações de prevenção e de tratamento; a desconstrução da concepção do senso comum de que todo usuário de drogas é doente e requer internação ou prisão; e a mobilização da sociedade civil para práticas preventivas, terapêuticas e reabilitadoras, assumindo assim de modo integral e articulado o desafio de prevenir, tratar e reabilitar os usuários de álcool e outras drogas como um problema de saúde pública (MACHADO; MIRANDA, 2007).

Neste mesmo ano foi criado um Grupo de Trabalho no Ministério da Saúde, que adotou os CAPSad como principal estratégia de tratamento para o consumo de álcool e outras drogas, usando ferramentas da redução de danos, bem como ações de prevenção e promoção da saúde, sendo implantados em regiões e municípios estratégicos de acordo com indicadores epidemiológicos. Em 2004, foram criados mecanismos de financiamento para leitos de atenção integral em saúde mental para álcool e drogas em hospitais gerais, sendo aprovada, pela primeira vez no Brasil, uma norma sobre a redução de danos (SANTIAGO, 2009).

Merece destaque ainda, o fato de que esta política prevê a constituição de uma rede que articule os CAPSad e os leitos para internação em hospitais gerais –

⁵ Para Oliveira (2006) a atenção psicossocial, além de ter como conceito fundante a indissociabilidade biopsicossocial do processo saúde-doença (mental), de guiar suas práticas pelos marcos da integralidade e da cidadania, a partir de concepções interdisciplinares que superam as práticas psiquiátricas, necessita organizar-se de modo intersetorial e serem resolutivas para as situações de sofrimento mental grave, demandadas pelos "pacientes". Santiago (2009) acrescenta que na saúde mental, o termo psicossocial teve influência nas novas práticas de assistência psiquiátrica, no contexto do período pós-guerras, como forma de superação da própria psiquiatria, que se mostrou impotente terapeuticamente ao ficar centrada no objeto "doença mental" e no hospital psiquiátrico como principal dispositivo.

para desintoxicação e outros tratamentos –. Além disso, a implantação de um Serviço Hospitalar de Referência para Álcool e outras Drogas (SHRad) em Hospital Geral é importante em municípios com mais de 200.000 habitantes que já ofereçam atendimento especializado, como o CAPSad. Os principais objetivos dos SHRad são o atendimento de casos de urgência/emergência relacionados a álcool e outras drogas (Síndrome de Abstinência Alcoólica, overdose, etc.) e a redução de internações de alcoolistas e dependentes de outras drogas em hospitais psiquiátricos. Para tanto, os SHRad realizam procedimentos melhor remunerados pelo SUS e podem contar com, no máximo, 16 leitos (BRASIL, 2007).

Para Machado e Miranda (2007) essas ações são um marco teórico-político que rompe com abordagens reducionistas e considera a presença das drogas nas sociedades contemporâneas como um fenômeno complexo, com implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas; e que, portanto, não pode ser objeto apenas das intervenções psiquiátricas e jurídicas – como ocorreu historicamente no Brasil – nem tampouco de ações exclusivas da saúde pública.

Em síntese, uma política nacional de atenção à saúde relacionada ao consumo de álcool e outras drogas, implica na implementação da assistência, ampliando a cobertura e o espectro de atuação do Programa Nacional de Atenção Comunitária Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde. Este contempla a assistência às pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas e aos seus familiares. A assistência aos usuários de drogas deve ser oferecida em todos os níveis de atenção, privilegiando os cuidados em dispositivos extra-hospitalares, como os CAPSad, devendo também estar inserida na atuação do Programa de Saúde da Família, Programa de Agentes Comunitários de Saúde, Programas de Redução de Danos e da Rede Básica de Saúde. A Política estabelece, ainda, que a assistência para os casos de maior gravidade, quadros de intoxicação e abstinência graves, por exemplo, deve ser aperfeiçoada e feita, portanto, em dispositivos de maior complexidade – serviços de emergências médicas e em hospitais gerais – (PEREIRA, 2009).

Este novo arcabouço teórico e político trouxe mudanças efetivas no cuidado estatal em relação aos usuários de álcool e outras drogas, sobretudo no que se refere à ampliação progressiva da rede de atenção. O relatório *Saúde Mental em Dados 7*, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010b), traz uma série histórica dos anos

de 2002 a 2010 que confirma uma expansão da rede de CAPS e a consolidação desse modelo de atenção psicossocial. No entanto, o mesmo relatório afirma que essa política está sendo efetivada de forma heterogênea nos diferentes Estados, Municípios e Distrito Federal. Nota-se que Estados da região Nordeste, onde, em 2002, a cobertura era considerada crítica, ao final do ano de 2009, passou a apresentar configurações melhores, avançando para uma cobertura considerada boa.

A Tabela 1 ilustra a evolução da assistência em saúde mental, a partir dos parâmetros de cobertura CAPS/100.000 habitantes, por Unidade da Federação e Regiões Geográficas. Destaque-se a evolução da assistência no DF por constituir foco deste estudo:

Tabela 1 – Evolução da assistência em saúde mental, conforme padrão de cobertura CAPS/100.000 habitantes, por Unidade da Federação e Regiões Geográficas, de 2002 a 2010.

Região/UF	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010*
Norte	0.12	0.16	0.19	0.21	0.25	0.29	0.31	0.37	0.38
Acre	0.00	0.17	0.16	0.30	0.29	0.31	0.29	0.29	0.29
Amapá	0.19	0.19	0.36	0.34	0.32	0.34	0.33	0.49	0.48
Amazonas	0.00	0.00	0.00	0.03	0.11	0.11	0.10	0.12	0.15
Pará	0.16	0.21	0.24	0.24	0.27	0.32	0.33	0.40	0.40
Rondônia	0.14	0.17	0.20	0.36	0.42	0.55	0.67	0.67	0.73
Roraima	0.00	0.28	0.27	0.26	0.25	0.25	0.24	0.24	0.36
Tocantins	0.25	0.28	0.28	0.27	0.26	0.28	0.35	0.51	0.50
Nordeste	0.12	0.18	0.23	0.30	0.50	0.58	0.66	0.73	0.77
Alagoas	0.17	0.21	0.20	0.31	0.69	0.77	0.82	0.82	0.86
Bahia	0.08	0.19	0.23	0.25	0.45	0.52	0.60	0.72	0.75
Ceará	0.25	0.27	0.30	0.35	0.57	0.69	0.79	0.86	0.89
Maranhão	0.04	0.05	0.07	0.23	0.43	0.48	0.59	0.63	0.65
Paraíba	0.06	0.13	0.27	0.36	0.73	0.87	0.99	1.12	1.19
Pernambuco	0.14	0.20	0.24	0.27	0.32	0.36	0.45	0.46	0.50
Piauí	0.03	0.03	0.08	0.22	0.49	0.56	0.58	0.65	0.68
Rio Grande do Norte	0.19	0.23	0.27	0.37	0.56	0.63	0.69	0.71	0.73
Sergipe	0.11	0.32	0.55	0.66	0.75	0.88	0.90	1.03	1.11
Centro-oeste	0.14	0.19	0.23	0.30	0.34	0.36	0.43	0.46	0.48
Distrito Federal	0.07	0.07	0.07	0.11	0.10	0.10	0.22	0.22	0.21
Goiás	0.10	0.18	0.21	0.24	0.28	0.29	0.38	0.38	0.41
Mato Grosso	0.25	0.32	0.41	0.54	0.60	0.63	0.66	0.69	0.68
Mato Grosso do Sul	0.16	0.16	0.20	0.35	0.44	0.49	0.51	0.64	0.70
Sudeste	0.26	0.28	0.32	0.34	0.39	0.44	0.47	0.53	0.54
Espírito Santo	0.17	0.18	0.23	0.28	0.36	0.37	0.39	0.45	0.44
Minas Gerais	0.26	0.30	0.35	0.38	0.43	0.48	0.51	0.57	0.61
Rio de Janeiro	0.28	0.29	0.33	0.34	0.39	0.45	0.50	0.50	0.52
São Paulo	0.26	0.27	0.30	0.33	0.38	0.41	0.45	0.52	0.53
Sul	0.29	0.32	0.38	0.45	0.58	0.69	0.73	0.80	0.82
Paraná	0.15	0.16	0.21	0.28	0.45	0.60	0.65	0.68	0.68
Rio Grande do Sul	0.39	0.44	0.52	0.56	0.68	0.77	0.80	0.91	0.95
Santa Catarina	0.35	0.35	0.43	0.53	0.60	0.68	0.73	0.80	0.82
Brasil	0.21	0.24	0.29	0.33	0.43	0.50	0.55	0.60	0.63

Fonte: BRASIL, 2010b.

Neste mesmo relatório, o Distrito Federal (DF) aparece em penúltimo lugar no ranqueamento de Estados em termos de cobertura de CAPS. O parâmetro de cobertura do Ministério da Saúde aponta para uma assistência em saúde mental

baixa – com 0,21 CAPS/100.000 habitantes. Até o ano de 2007, o parâmetro de cobertura do DF situava-se em 0,10 CAPS/100.000 habitantes – posicionando sua rede de atenção à saúde mental como insuficiente/crítica. Cabe considerar que, ainda que tenha havido melhora deste indicador, o relatório traz à tona a situação emergencial no DF, em que a mudança de reorientação do modelo de atenção em saúde mental ainda se mostra incipiente (SANTIAGO, 2009).

É útil esclarecer que os diferentes ritmos na expansão da rede substitutiva de assistência certamente está atrelada às peculiaridades de cada Unidade da Federação no que tange ao histórico de cada um em relação à reforma psiquiátrica. Assim, para compreender o baixo desempenho apresentado pelo DF em relação à implantação dos equipamentos substitutivos, pode-se optar por uma breve descrição cronológica de como o processo de implantação de sua rede de saúde mental vem ocorrendo ao longo dos 50 anos de existência da capital federal.

1.3 A saúde no DF: breve histórico

Tida como uma cidade planejada, Brasília foi declarada pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) *Patrimônio Histórico e Cultural da Humanidade* em 1987. No entanto, Paviani (2003), em seu estudo, mostra como o projeto original de se construir uma “cidade planejada” não se cumpriu, sendo a nova capital mais uma “metrópole polinucleada”. Isto é, com uma periferia (constituída de cidades-satélites e cidades do Entorno dos Estados de Goiás e Minas Gerais) com forte dependência do centro, o Plano Piloto, para bens e serviços.

Por obediência a um preceito constitucional, não é possível a organização do Distrito Federal em municípios e, neste sentido, para viabilizar a administração e o funcionamento dos distintos locais de concentração de moradias, foram criadas Regiões Administrativas (RAs). Para se ter uma visão do crescimento populacional do DF, no início dos anos noventa existia nove RAs e atualmente são trinta.

É preciso ressaltar que além da população do Distrito Federal, existe a região do Entorno, que foi balizada e criada por meio da Lei complementar nº 94 de

19/02/98 com o nome de Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE), composta por 19 municípios de Goiás e três de Minas Gerais, além do Distrito Federal. Esta observação é importante na medida em que esta configuração certamente causa impacto sobre o modo e a qualidade dos serviços de saúde e também sobre os equipamentos de saúde mental disponíveis no DF.

1.3.1 A construção da rede de saúde mental no DF

O primeiro plano de saúde para o DF foi concebido em 1959, antes mesmo da inauguração de Brasília, pelo médico Henrique Bandeira, que o nomeou de *Plano Geral da Rede Médico-Hospitalar*. Esse plano previu um modelo regionalizado que era muito diferente dos sistemas tradicionais, sendo concebido dentro dos princípios da regionalização, descentralização e comando único no âmbito governamental, no qual se integram as atividades preventivas, curativas e de reabilitação. Para estabelecer um estado sanitário de nível elevado, o plano propunha a construção de uma extensa rede de assistência médico-hospitalar composta por hospitais de dimensões variadas e funções complementares: um Hospital de Base, 11 hospitais distritais, seis hospitais rurais e quantas unidades-satélites fossem necessárias, com previsão de cinco leitos/1.000 habitantes. Também comporia esse quadro alguns hospitais especializados e laboratórios, dentre esses, um seria destinado aos “Doentes Mentais e Psiquiátricos”(SANTIAGO,2009).

Na década de 60, ainda nos primeiros anos que sucederam à criação de Brasília, inaugurou-se a Unidade Psiquiátrica do Hospital de Base. Ela foi uma das primeiras em hospital geral no país, acompanhando, assim, o pioneirismo da cidade. O serviço atendia pessoas portadoras de transtorno mental que se encontrava em crise. Nesta época, o hospital priorizava a internação de pacientes em quadros psicóticos agudos e preferencialmente de primeiro surto (MACHADO, 2006).

O excedente de pacientes que necessitava de leitos psiquiátricos de internação e que contribuía para o Instituto Nacional de Previdência Social (INAMPS), era distribuído pelas quatro Clínicas conveniadas, que dispunham, no total, de 720 leitos: Clínica de Repouso Planalto, em Planaltina (DF); Clínica São

Miguel, em Luziânia (GO); Clínica Nossa Senhora de Fátima, na Asa Norte, em Brasília e Clínica São Judas Tadeu, no Gama (DF). Para os não-contribuintes, era destinado o Sanatório Espírita de Anápolis, por meio de convênio com a Fundação Hospitalar do DF, com um total de 60 leitos (SANTIAGO, 2009).

Além disso, em 1969, foi criado o Centro de Orientação Médico Psicopedagógica (COMPP) para crianças e adolescentes, com uma proposta também avançada. Primeiro, por oferecer atendimento específico para crianças e adolescentes e, segundo, por oferecê-lo de forma multidisciplinar, com uma equipe composta por psiquiatras, pediatras, neuropediatras, psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e pedagogos (SANTIAGO, 2009). Esse serviço viria a ser, no ano de 1996, a base de implantação do segundo CAPS do DF, então direcionado para atendimento à saúde mental de crianças e adolescentes em vários níveis de sofrimento mental e emocional, como vítimas de violência ou abuso, depressão, autismo e com dificuldade de aprendizado (MACHADO, 2006).

No ano de 1976, o governo local, ainda sem uma proposta clara de atenção à saúde mental para o DF, inaugura o Hospital de Pronto Atendimento Psiquiátrico (HPAP), na cidade satélite de Taguatinga. Esta iniciativa representou, em certa medida, um retrocesso à perspectiva de vanguarda, introduzida pela inauguração da Unidade Psiquiátrica do Hospital de Base, que propunha atendimento de pacientes psiquiátricos em hospital geral (MACHADO, 2006). O autor ainda acrescenta que mesmo após a inauguração do HPAP, manteve-se a orientação de encaminhamento dos pacientes crônicos para cidades do entorno de Brasília. Não havia, assim, a preocupação de criar dispositivos terapêuticos para o atendimento dessa clientela na cidade. Tal situação perdurou até 2003, tempo durante o qual várias clínicas psiquiátricas privadas disponibilizaram leitos para o SUS/DF. Muitas delas foram fechadas por denúncias de maus-tratos aos pacientes.

A inauguração do Instituto de Saúde Mental⁶ (ISM), em junho de 1987, é considerada a primeira ação em prol da reforma psiquiátrica, na medida em que este pode ser visto como um equipamento efetivamente substitutivo. Funcionando inicialmente com sete profissionais e dez pacientes, constituindo-se enquanto uma instituição fora dos padrões manicomiais tradicionais e prezando pela cidadania dos

⁶Santiago (2009) destaca que a escolha do nome “Instituto de Saúde Mental” é emblemática para a idéia de ser esta nova instituição um Hospital-dia e de ter seu foco voltado para a saúde – e não à doença.

pacientes, por um tratamento digno, articulado com os familiares e no modelo aberto com serviços de hospital-dia e ambulatório. Ele surge em um esforço de mobilização dos trabalhadores de saúde mental e sociedade civil organizada a favor da reformulação da proposta de atenção em saúde mental no DF (MACHADO, 2006).

Amaral (2006) acrescenta que de lá pra cá, o ISM chegou a ser referência na assistência à saúde mental no Brasil, e seria transformado em 1995, a partir de seu credenciamento no Ministério da Saúde, no primeiro CAPS do Distrito Federal.

No mesmo ano da criação do ISM, e talvez sob a influência do mesmo movimento que determinou sua idealização, o HPAP foi renomeado para Hospital São Vicente de Paulo (HSVP), como reflexo das transformações que se queriam instalar no hospital com pretensão de humanizá-lo (SANTIAGO, 2009). Assim, entre 1995 e 1998, o único hospital especializado em psiquiatria no DF passou por profundas transformações. A direção passa a investir no redirecionamento da assistência de emergência e internação para os serviços de hospital-dia, ambulatório, oficinas terapêuticas e de produção, aproximando a unidade dos princípios preconizados no Modo Psicossocial de Atenção à Saúde Mental. (MACHADO, 2006).

O ano de 1995 é de suma importância para a caracterização histórica da Saúde Mental no DF, pois nele foi aprovada a Lei nº 975 de 12 de dezembro, a qual prevê o redirecionamento da atenção à saúde mental no DF com a composição de uma rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico (MACHADO, 2006). É imperioso salientar que as reformulações propostas nessa Lei se anteciparam à Lei Federal nº 10.216, de 06 de abril de 2001, tratando as pessoas acometidas por transtornos mentais como sujeitos de direito, a quem o Estado deve oferecer serviços de tratamento humanitário e respeitoso. Além da humanização do tratamento, a Lei também prevê a reinserção social, a redução dos leitos em instituições psiquiátricas especializadas – os quais devem ser substituídos por outros modelos assistenciais que garantam os princípios de integralidade, descentralização e participação comunitária – ficando proibida a construção de hospitais e clínicas especializadas (LIMA, 2002).

Diante do que é recomendado pela referida Lei, percebe-se que, no plano formal, o DF já avançava no sentido de fazer acontecer uma reforma psiquiátrica local, redirecionar a assistência à saúde mental e garantir a cidadania das Pessoas

Acometidas por Transtornos Mentais. Dessa forma, entre as modalidades assistenciais previstas, foram definidas, além do atendimento ambulatorial e da emergência psiquiátrica em pronto-socorro de hospital geral, hospitais dia e noite, NAPS/CAPS, centros de convivência, oficinas terapêuticas, lares abrigados, entre outras (AMARAL, 2006).

O mesmo autor esclarece que todas essas iniciativas nos fazem crer que o DF sinalizou positivamente para avançar no processo de reforma psiquiátrica local. Contudo, mais uma vez a falta de vontade política e de uma atuação efetiva dos órgãos fiscalizadores faz com que as ações não aconteçam na prática.

No entanto, no ano de 1999, ocorre uma mudança de governo que introduz outras orientações políticas, havendo uma descontinuidade das propostas até então implantadas, ocorrendo essa situação tanto no setor de saúde quanto em outros (LIMA, 2002).

Santiago (2009) é enfático em afirmar que nesse período a proposta de reforma psiquiátrica é retirada da agenda de saúde e do Governo, seguindo-se então a desestruturação e estagnação do movimento, e ainda, a retomada do caráter asilar, manicomial e hospitalocêntrico que progressivamente vai tomando conta dos respectivos serviços e, também, da assistência em saúde mental como um todo no DF.

A instalação dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), por exemplo, remonta ao ano de 1998, quando foram inauguradas duas residências na sede do ISM, mas que nunca funcionaram efetivamente com as características desse dispositivo (MACHADO, 2006). Já no ano de 2006, havia a previsão de criação de residências terapêuticas nas regiões onde já havia CAPS ou serviços de saúde mental implantados, complementando a rede de atenção. Em princípio seriam instaladas três SRTs, nas cidades de Taguatinga, Samambaia e Riacho Fundo, próximas ao HSVP e ao ISM. No entanto, essa proposta ainda não foi concretizada, deixando uma lacuna no atendimento às pessoas com transtorno mental crônico e sem referência familiar (SANTIAGO, 2009).

A criação de serviços substitutivos, sob a égide da Política Nacional de Saúde Mental, é iniciada em 2004 com a inauguração do CAPSad do Guará. No ano de 2006, é inaugurado o CAPSII do Paranoá (MACHADO, 2006). Em 2007 são

inaugurados mais três CAPS: CAPSad de Sobradinho, CAPS II de Taguatinga e CAPSiad na Asa Sul, em Brasília – o Adolescentro – (SANTIAGO, 2009).

1.3.2 A insuficiência da rede de atenção à saúde mental, hoje, no DF

Em resumo, hoje a rede de saúde mental do DF conta apenas com oito Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo um CAPS I no Instituto de Saúde Mental (ISM), um CAPS Infantil (CAPSi) no COMPP, dois CAPS II em Taguatinga e no Paranoá, e quatro CAPSad no Guará, Sobradinho, Ceilândia e no Adolescentro (Asa Sul/Brasília). À exceção dos quadros nosológicos gerais aos quais estão associados quadros psiquiátricos, que são atendidos ou no Hospital de Base (35 leitos) ou nos ambulatórios dos oito Hospitais Regionais, a única Emergência Psiquiátrica do DF funciona no HSVP, com 56 leitos que, entretanto, ainda não permite acompanhantes aos internos e obriga o uso de uniformes. Não há nenhum serviço substitutivo 24 horas para internação psiquiátrica - CAPS III (DISTRITO FEDERAL, 2010a).

Santiago (2009) sintetiza que os serviços atuais disponíveis na rede muitas vezes não contemplam o acesso, tanto pela inexistência de unidades nas diferentes Regiões Administrativas do DF, quanto pela limitação de respostas e acolhimento às várias demandas de atendimento. Lima (2002), ao abordar o engessamento da consolidação da reforma psiquiátrica no DF, corrobora que o número de unidades de tratamento é insuficiente para a demanda local: elas sofrem com escassez de recursos e outras sérias dificuldades de desenvolvimento de ações qualificadas e efetivas, o que termina por caracterizar um sistema precário de atenção a saúde mental.

Destarte, ao abordar todo este quadro de avanços e principalmente de retrocessos em relação à reforma psiquiátrica, Amaral (2006) afirma que o movimento em Brasília parece estar associado a uma causa político-partidária e não a uma questão social que precisava estar integrada às políticas locais, independentemente de governo.

Atualmente, o *Plano de Desenvolvimento Institucional do Programa de Saúde Mental para 2010 – 2011*, elaborado pela Gerência de Saúde Mental do DF (DISTRITO FEDERAL, 2010a), traz como meta a ampliação da rede de assistência às pessoas com sofrimento e transtornos psíquicos, a partir de quatro ações fundamentais: a ampliação da capacidade instalada de saúde mental no DF; a ampliação dos serviços de saúde mental nos municípios próximo ao DF; a territorialização dos serviços de saúde mental e ainda, o matriciamento desses em relação à rede de Atenção Básica.

O mesmo documento aponta, ainda, que há concentração do atendimento em psiquiatria em um único serviço de natureza hospitalar: 60% do atendimento da região são realizados pelo HSVP. Além disso, o HSVP se apresenta dentro do cenário de atenção em saúde mental da capital como a principal porta de entrada dos usuários, enquanto os CAPS que já existem, e que deveriam estar organizando e regulando esse primeiro contato dos usuários com a rede de saúde mental, acabam por ter sua atuação restrita ao trabalho ambulatorial. Isso evidencia as dificuldades dos serviços de atenção em saúde mental da Capital Federal em romper com a lógica hospitalocêntrica (LIMA, 2009).

Fica explicitado com este breve histórico que há, no cenário da saúde mental do DF, um jogo de forças ideológicas e políticas em confronto, além das forças econômicas, que dificultam o traçado e o cumprimento de uma política pública para a área. Todavia, é importante ressaltar que esta situação se repete no contexto da saúde pública em geral no DF, porém é bastante agravada na saúde mental pelo próprio panorama nacional de resistências enfrentadas pelas ações realizadas em prol do processo da reforma psiquiátrica brasileira (SANTIAGO, 2009).

Ademais, observa-se que nada foi publicado sobre sua história e as práticas desenvolvidas pelos CAPS, impedindo assim a compreensão da medida na qual as práticas neles desenvolvidas tem sido orientadas pelo modo psicossocial (SANTIGO, 2009). Merece destaque, neste contexto, que a despeito do credenciamento do primeiro CAPS ter se dado no ano de 1995, os atendimentos realizados não são registrados em prontuários e tão pouco são contabilizados por meio das Autorizações para Procedimento de Alto Custo (APACs)⁷. Para

⁷ Após a definição do Plano terapêutico de cada paciente, seu atendimento corresponderá a um único instrumento de cobrança - a APAC. Esta é uma metodologia de registro da atividade clínica do CAPS

exemplificar, de acordo com o Plano de Desenvolvimento elaborado pela Gerência de Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde – GESAM/SES (DISTRITO FEDERAL, 2010a), de 440 pacientes atendidos nos últimos seis meses no CAPS situado no Paranoá, apenas 115 deles tiveram seu registro feito por APAC. Isto colabora com outra conclusão presente no Plano que aponta para a inexistência da *avaliação de gestão de custos* em todos os CAPS, com exceção do Paranoá que está iniciando esta atividade.

Esse aspecto, em particular, inviabiliza a realização de estudos comparativos entre os gastos com os atendimentos realizados pelos CAPS em relação aos gastos com as internações decorrentes do uso de SPA, o que poderia, sobretudo, contribuir para auxiliar os diferentes atores envolvidos com a elaboração de políticas públicas na tomada de decisões com base no diagnóstico da situação em saúde, conforme preconizado na Política Nacional sobre Drogas em um de seus objetivos: “Instituir, em todos os níveis de governo, com rigor metodológico, sistema de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações de redução da demanda, da oferta e danos sociais e à saúde.” (BRASIL, 2005c).

– e de cobrança dos procedimentos no sistema SIA-SUS (Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde). Até que se defina o projeto terapêutico do paciente, o CAPS poderá cobrar os primeiros atendimentos necessários através do Boletim de Produção Ambulatorial (BPA), desta forma o atendimento será registrado e cobrado como consulta.

2 JUSTIFICATIVA

O consumo abusivo de drogas é um fenômeno multidimensional e está relacionado aos problemas de saúde dos usuários, assim como aos transtornos sócio-ocupacionais, econômicos e legais, constituindo assim, o seu enfrentamento, uma demanda mundial.

Em especial, o uso do álcool, que impõe ao Brasil e às sociedades de todos os países uma carga global de agravos indesejáveis e extremamente dispendiosos, que acometem os indivíduos em todos os domínios de sua vida. A magnitude e a complexidade do quadro epidemiológico recomendam uma gama extensa de respostas políticas para o enfrentamento dos problemas decorrentes de seu consumo (BRASIL, 2005a).

Em alguns países desenvolvidos, as decisões sobre as políticas públicas nesta área vêm sendo respaldadas pela realização de estudos epidemiológicos e de avaliação econômica. Resultados já obtidos por esses estudos demonstram a importância desse tipo de avaliação na tomada de decisão quanto à alocação de recursos em intervenções que possam vir a minimizar, de forma comprovadamente custo-efetiva, a incidência desses custos para a sociedade (MORAES, et al., 2006).

Sob este prisma, Canadá, Estados Unidos, Reino Unido, França e outros países têm desenvolvido estudos econômicos para mensurar a problemática do impacto das drogas. Esses estudos apresentam seus resultados em termos tangíveis (moeda) que podem ser compreendidos por políticos, por meios de comunicação e também pela população em geral.

Cabe então ressaltar que esses cálculos têm por objetivo não só demonstrar em si o impacto econômico desta problemática, como também podem ajudar os gestores a direcionar os gastos para a execução das diferentes políticas governamentais relacionadas ao tema da prevenção, tratamento e reinserção de usuários de álcool e outras drogas.

Neste contexto, Del Nero (2005) enfatiza que a responsabilidade governamental é enorme quando se trata do uso racional dos recursos públicos investidos em saúde. Isto quer dizer, destinar recursos de forma a se obterem

resultados positivos nos indicadores de saúde selecionados para medir o impacto das políticas e programas públicos.

Destarte, o uso racional dos recursos disponíveis torna imprescindível, em saúde pública, a busca permanente de instrumentos que ajudem na tomada de decisões. Além de considerar-se as questões ideológicas, políticas e administrativas que estão aplicadas nos temas de saúde, é necessário dispor de informações adequadas para uma análise objetiva das situações sobre as quais se pretende atuar – os indicadores de saúde cumprem esse papel e suas características determinam a extensão de seu uso (NEDEL et al., 1999).

Assim sendo, o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), que agrega dados sobre as internações no sistema público de saúde, inclusive as relacionadas ao uso de substâncias psicoativas, gera um conjunto de informações que devidamente sistematizadas e articuladas às políticas de atenção à saúde e de financiamento, representa uma ferramenta importante para a gestão do sistema local com potencialidade para identificar e articular as reais necessidades e demandas de saúde da população (LEMOS et al., 2010). Neste mesmo sentido, Viacava (2002) sintetiza, sobre o SIH/SUS, que ao fornecer informações diagnósticas, demográficas e geográficas para cada internação hospitalar, se amplia a possibilidade de produção de conhecimento no campo da Saúde Coletiva.

Logo, estudos que se dediquem a explorar essas informações poderão auxiliar os gestores de saúde em processos de tomadas de decisão e, conseqüentemente, na condução das políticas públicas sobre drogas e na distribuição de verbas, o que se adéqua aos objetivos desenvolvidos no curso desse Mestrado Profissional em Saúde Pública, com ênfase na área de Gestão e Avaliação.

A escolha do Distrito Federal como território para o estudo está relacionada a possibilidade de explorar, de modo inédito, a fragilidade, já exposta, da rede substitutiva, face às internações por uso de SPA.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Caracterizar a morbidade e os gastos públicos decorrentes das internações por transtornos mentais e comportamentais associadas ao uso de substâncias psicoativas, CID F10.0 a F19.9, no Distrito Federal, no período de 2000 a 2009.

3.2 Objetivos Específicos

Descrever as internações por transtornos mentais e comportamentais associadas ao uso de substâncias psicoativas, CID F10.0 a F19.9, segundo o tipo de droga, município de residência, gênero, tipo de unidade de saúde e faixa etária, no Distrito Federal, no período compreendido entre os anos 2000 e 2009;

Estimar o gasto total e o tempo médio de permanência das internações por transtornos mentais e comportamentais associadas ao uso de substâncias psicoativas, CID F10.0 a F19.9, no Distrito Federal, entre os anos de 2000 e 2009;

Estimar, segundo o tipo de substância psicoativa consumida, sexo e faixa etária do usuário, o gasto total, e o tempo de permanência das internações por transtornos mentais e comportamentais associadas ao uso de substâncias psicoativas, CID F10.0 a F19.9, no Distrito Federal, entre os anos de 2000 e 2009.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 Tipo e Período de Estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico do tipo transversal, descritivo, relativo à morbidade decorrente do uso de substâncias psicoativas e gastos do sistema público de saúde em internações hospitalares, no Distrito Federal, no período de 2000 a 2009.

Como provável limitação do estudo, é importante pautar que apesar de termos utilizado dados secundários, sujeitos portanto a erros na classificação das substâncias psicoativas que gerou a internação hospitalar e, ainda, por não individualizar a pessoa que foi internada, ou seja, uma mesma pessoa poderá ter sido internada mais de uma vez ao ano, acredita-se que em se tratando de um estudo que visa descrever a morbidade dessas internações e estimar os gastos governamentais, pagos pelo SUS no DF, de 2000 a 2009, as limitações acima citadas, por afetarem igualmente toda a amostra, não sejam relevantes.

Outras limitações relativas às informações contidas nas AIH's, que interferem diretamente nos resultados que serão obtidos, merecem destaque. A primeira delas tange ao fato de que as internações não retratam toda a morbidade por uso de substâncias psicoativas. Ou seja, uma parcela significativa dos usuários de drogas é atendida nos serviços de emergência e liberada sem que haja o registro específico de que a motivação do atendimento está relacionada ao uso de drogas, fazendo com que as internações declaradas – CID F10.0 a F19.9 –, terminem por refletir, apenas, a morbidade mais grave. Sob este mesmo prisma estão as AIH's não codificadas no âmbito dos transtornos mentais e comportamentais por uso de SPA, mas que, em verdade, tem como causa direta o uso de drogas. Sendo assim, essas serão excluídas deste estudo tendo em vista que não foi contemplada a realização de busca de informações, por exemplo, em prontuários. Outra limitação remete à abrangência do SIH/SUS na medida em que as internações nele registradas dizem respeito, somente, às realizadas no âmbito do SUS, estando excluídas, portanto, aquelas custeadas diretamente pelo próprio paciente/familiares

ou mesmo pagas por seguros de saúde. Ainda como limitação tem-se a defasagem existente entre os valores pagos pelos estabelecimentos de saúde e os descritos na tabela adotada pelo SUS para o pagamento dos procedimentos realizados. Isto faz com que a diferença entre esses valores seja assumida pelo prestador, inviabilizando de certa forma conhecer o valor real despendido com a internação de cada paciente.

4.2 Fonte de Dados

Os dados foram obtidos do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde na categoria *Transtornos Mentais e Comportamentais devido ao uso de substância psicoativa* (Código CID F10.0 até F19.9), cedidos pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), Ministério da Saúde, sendo disponibilizados em meio magnético. O SIH/SUS tem origem nas AIH's e destina-se ao pagamento pelo SUS das internações em hospitais públicos e privados conveniados (BITTENCOURT et al., 2006). Para este estudo foram extraídas as internações feitas em estabelecimentos públicos ou particulares conveniados, situados no Distrito Federal, com data de apresentação da AIH compreendida entre primeiro de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2009.

A AIH controla a autorização para internação, de acordo com a hipótese diagnóstica, além de identificar o usuário e os serviços a ele prestados. E, após o controle e avaliação dos procedimentos realizados, possibilita o repasse de recursos para as unidades hospitalares e profissionais contratados (BERENSTEIN et al, 2005). Portanto, o SIH/SUS permite a captação de dados referentes aos valores pagos pelo Ministério da Saúde aos hospitais, quantias que representam parte dos custos diretos médico-hospitalares (MELIONE; MELLO-JORGE, 2008). Estes valores são baseados em uma tabela própria de valores de procedimentos hospitalares, a qual atribui valores médios por componentes de custo de internação. Esses componentes são principalmente: serviços hospitalares, serviços profissionais, serviços auxiliares diagnóstico-terapêuticos, materiais e

medicamentos, órteses e próteses, Unidade de Terapia Intensiva e sangue (MELIONE, 2006).

4.3 Área de Estudo

O Distrito Federal tem sua origem historicamente localizada no século XVIII, com a idéia do Marquês de Pombal de fixar a sede do governo no sertão do Brasil. Também era um projeto defendido pelos inconfidentes mineiros, que em 1789 haviam incluído a transferência da capital para o interior como um dos objetivos de seu movimento. Essa questão da transferência e interiorização da capital permaneceu presente, também, após a Independência do Brasil, mas tornou-se plausível efetivamente somente na República, sendo estabelecida a mudança da Capital na Constituição de 1891 e ratificada na de 1934. Em 1893, a Comissão Exploradora do Planalto Central do Brasil, denominada Comissão Cruls, realizou a primeira demarcação da área do futuro Distrito Federal, que abrangia uma área de 14.400 Km² (DISTRITO FEDERAL, 2006).

Porém foi somente com a Constituição de 1946 que ficou determinada a transferência da capital para o Planalto Central. Esse encargo foi cumprido pelo Presidente Juscelino Kubitschek, que em 15 de março de 1956 assinou a *Mensagem de Anápolis*, que lançava as bases da Companhia Urbanizadora da Nova Capital (NOVACAP) e sacramentava o nome da nova Capital, Brasília, no artigo 33 da Lei nº 2.874, de 19 de setembro de 1956. Portanto, Brasília tem suas origens muito antes do início da construção da capital, em 3 de novembro de 1956, pela NOVACAP.

Desde a inauguração de Brasília, em 1960, o Distrito Federal vem crescendo em termos populacionais e econômicos, estando organizado politicamente em 30 Regiões Administrativas, totalizando uma população estimada em 2.469.489 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

A Figura 1 demonstra a distribuição territorial do Distrito Federal e sua situação em relação aos municípios de seu Entorno:

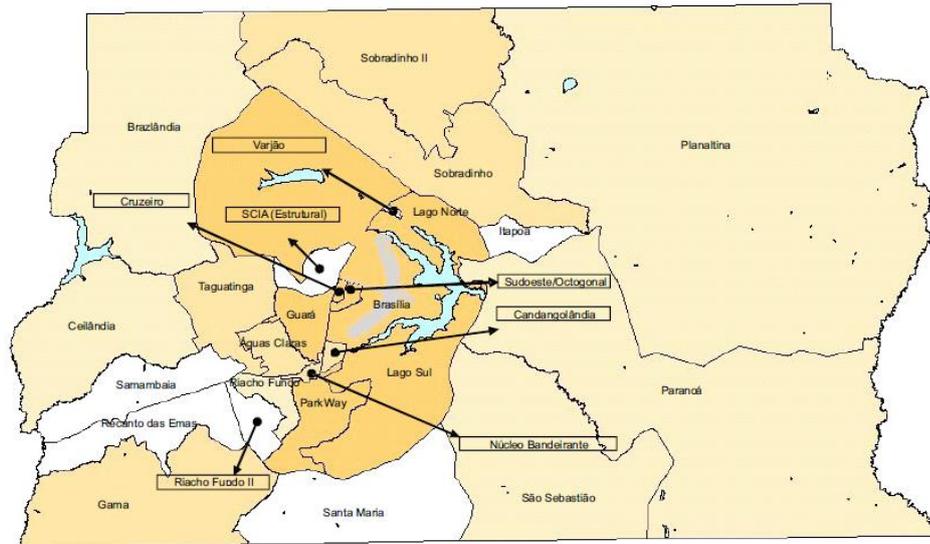


Figura 1 – Distribuição Territorial do Distrito Federal. Fonte: DISTRITO FEDERAL, 2010b.

Além da população do Distrito Federal, é preciso considerar a região do *Entorno*, com população estimada em 1.128.280 habitantes, que foi balizada e criada por meio da Lei complementar nº 94, de 19 de fevereiro de 1998, com o nome de Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE), composta por 19 municípios de Goiás e três de Minas Gerais, além do Distrito Federal (SANTIAGO, 2009). A criação desta região foi baseada na série de relações econômicas e sociais que o DF e os municípios de Goiás e Minas Gerais possuem.

A Figura 2, a seguir, demonstra a situação geográfica do DF em relação aos 22 municípios que compõem a RIDE indicados no mapa pela respectiva numeração:



Figura 2 – Distribuição territorial da Rede Integrada de Desenvolvimento Econômico. Fonte: DISTRITO FEDERAL, 2010b.

4.4 População de Estudo

Como já mencionado, foi solicitado ao DATASUS somente as internações diretamente associadas aos Transtornos Mentais e Comportamentais devido ao uso de SPA. Para tal, especificou-se que o critério de seleção dos arquivos de internação do Distrito Federal seriam aqueles que continham nas AIH's selecionadas o campo *diagnóstico principal* codificado no âmbito do Capítulo V – Transtornos Mentais e Comportamentais, no agrupamento referente ao uso de Substância Psicoativa (SPA) (CID – F10.0 até F19.9), da 10^a. *Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde* (CID-10).

Portanto, o presente estudo usou como unidade de análise a morbidade declarada como *diagnóstico principal*, desde que tenha sido tratada ou investigada durante um episódio relevante de atenção à saúde. A afecção principal é definida como a afecção, diagnosticada no final da consulta, primariamente responsável pela necessidade do paciente de tratamento ou investigação (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1998).

Os Transtornos Mentais e Comportamentais, segundo os Critérios da expressão usada pela CID-10, são definidos como o conjunto de sintomas ou comportamentos reconhecíveis clinicamente, acompanhados, na maioria dos casos, de sofrimento e interferência nas funções pessoais, e que podem ser causa, básica ou associada, de morte (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1998).

Utilizando-se ainda os critérios desta mesma fonte, dentro do agrupamento selecionado, foram discriminados da Lista de Morbidade, os códigos designantes das categorias dos transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de cada tipo de droga:

- F10 – Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool;
- F11 – Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de opiáceos;
- F12 – Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de canabinóides;
- F13 – Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de sedativos e hipnóticos;
- F14 – Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso da cocaína;

- F15 – Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de outros estimulantes, inclusive a cafeína;
- F16 – Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de alucinógenos;
- F 17 – Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de fumo;
- F18 – Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de solventes voláteis;
- F19 – Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas.

Para as AIHs selecionadas, a partir dos critérios já apontados, foram solicitadas variáveis relativas ao usuário e à internação.

4.4.1 Variáveis do usuário:

Gênero – classificado em masculino, feminino ou ignorado;

Idade – em anos, e que depois foi categorizada em faixas etárias, compreendendo os seguintes intervalos: 0-4; 5-9; 10-14; 15-19; 20-29; 30-39; 40-49; 50-59; 69-69; 70-79; 80 ou mais e ignorada;

Local de origem do paciente - Município e Unidade da Federação.

4.4.2 Variáveis da Internação

Ano de competência – de 2000 a 2009;

Diagnóstico Principal - por Código CID-10;

Valor Total da AIH – expressos em reais;

Tempo de Permanência - em dias;

Tipo de Unidade – Hospital Geral, Hospital Psiquiátrico ou Centro de Atenção Psicossocial.

4.5 Plano de Análise

Após o recebimento do banco de dados bruto, foram excluídos os registros que não se enquadravam nos critérios descritos na população em estudo.

Em seguida, a partir do uso do programa Excel – Windows Vista – os dados foram inseridos e foram construídas as tabelas e gráficos a partir das variáveis disponíveis acima mencionadas, apresentadas por meio de números absolutos, proporções e razões.

Foram calculados os seguintes *Indicadores Administrativos: gastos hospitalares e permanência hospitalar.*

Também foram determinados os seguintes *Indicadores Epidemiológicos: internações segundo sexo, faixa etária e município de origem do paciente.*

Nota:

A nomenclatura de alguns dos agrupamentos da CID-10 é extensa, conforme se pode observar no Quadro 1 abaixo; o que, por conseguinte, inviabiliza sua utilização em tabelas e figuras. Por esta razão, doravante, para cada nomenclatura completa descrita na CID-10, será adotada a sinonímia descrita na coluna da direita.

CID - 10	
Categorias	Sinonímia
F10 – Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool	Álcool
F11 – Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de opiáceos	Opiáceos
F 12 – Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de canabinóides	Maconha
F13 – Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de sedativos e hipnóticos	Sedativos e Hipnóticos
F 14 – Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso da cocaína	Cocaína
F 15 – Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de outros estimulantes, inclusive a cafeína	Outros Estimulantes
F16 – Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de alucinógenos	Alucinógenos
F 17 – Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de fumo	Fumo
F 18 – Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de solventes voláteis	Solventes
F19 – Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas	Múltiplas Drogas

Subcategorias	Sinonímia
F10.0/F11.0/F12.0/F13.0/F14.0/F15.0/F16.0/F17.0/F18.0/F19.0 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de... – intoxicação aguda	intoxicação aguda
F10.1/F11.1/F12.1/F13.1/F14.1/F15.1/F16.1/F17.1/F18.1/F19.1 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de... – uso nocivo para a saúde	Uso nocivo para a saúde
F10.2/F11.2/F12.2/F13.2/F14.2/F15.2/F16.2/F17.2/F18.2/F19.2 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de... – síndrome de dependência	Síndrome de dependência
F10.3/F11.3/F12.3/F13.3/F14.3/F15.3/F16.3/F17.3/F18.3/F19.3 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de... – síndrome [estado] de abstinência	Síndrome de abstinência
F10.4/F11.4/F12.4/F13.4/F14.4/F15.4/F16.4/F17.4/F18.4/F19.4 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de... – síndrome de abstinência com delirium	Síndrome de abstinência com delírio
F10.5/F11.5/F12.5/F13.5/F14.5/F15.5/F16.5/F17.5/F18.5/F19.5 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de... – transtorno psicótico	Transtorno psicótico
F10.6/F11.6/F12.6/F13.6/F14.6/F15.6/F16.6/F17.6/F18.6/F19.6 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de... – síndrome amnésica	Síndrome amnésica
F10.7/F11.7/F12.7/F13.7/F14.7/F15.7/F16.7/F17.7/F18.7/F19.7 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de... – transtorno psicótico residual ou de instalação tardia	Transtorno psicótico residual
F10.8/F11.8/F12.8/F13.8/F14.8/F15.8/F16.8/F17.8/F18.8/F19.8 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de ... – outros transtornos mentais ou comportamentais	Outros transtornos mentais ou comportamentais
F10.9/F11.9/F12.9/F13.9/F14.9/F15.9/F16.9/F17.9/F18.9/F19.9 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de... – transtorno mental ou comportamental não especificado	transtorno mental não especificado

Quadro 1 – CID-10, Categorias e Subcategorias dos Transtornos Mentais e Comportamentais devidos ao Uso de Substâncias Psicoativas.

5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Esta pesquisa utilizou dados secundários, de acesso público e irrestrito, que não identificam nem constroem populações e/ou indivíduos, tendo sido dispensada, portanto, da apreciação específica pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, da Fundação Oswaldo Cruz.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Pode-se observar no Gráfico 3 o total de internações por uso de SPA, por ano de ocorrência, de 2000 a 2009. Constata-se que as internações por SPA diminuíram de 2000 a 2005 (queda de 35%), seguida de elevação até 2008 (de 21%), voltando a cair em 2009 (queda de 38%). O maior número de internações (821) foi registrado em 2000 e o menor (394) em 2009 (queda de 52%) no período analisado. Essa tendência poderia, *a priori*, ter sua explicação na Política Nacional de Desospitalização e implantação da Rede de Atenção à Saúde Mental de Base Comunitária. Todavia, não foi o que ocorreu no Distrito Federal, tendo em vista que a assistência aos portadores de sofrimento psíquico nunca funcionou de forma efetiva no DF, prevalecendo o modelo hospitalocêntrico (AMARAL, 2006; MACHADO, 2006; SANTIAGO, 2009), que de acordo com os parâmetros adotados pelo Ministério da Saúde, situa-se entre os de baixa cobertura em saúde mental (BRASIL, 2010b).

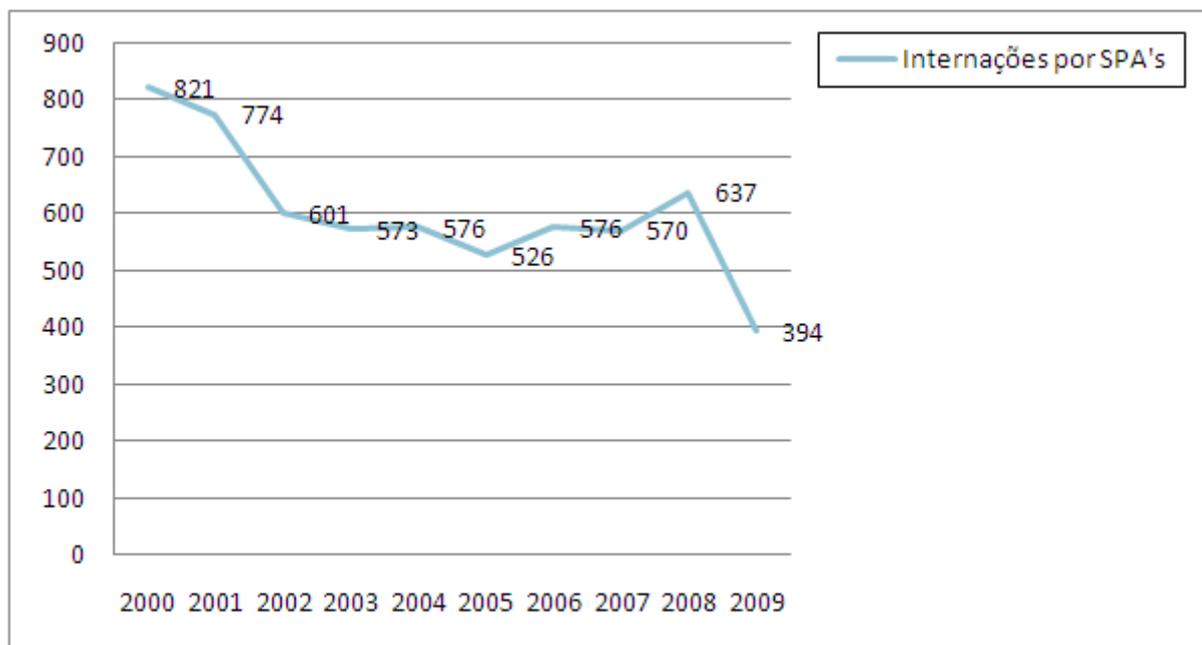


Gráfico 3 – Tendência nas internações por uso de substâncias psicoativas, por ano de ocorrência, no Distrito Federal, de 2000 a 2009.

No período de dez anos, de acordo com a base de dados do SIH/SUS, foram realizadas no Distrito Federal 6.048 internações decorrentes de transtornos mentais e comportamentais por uso de substâncias psicoativas, conforme pode ser

observado na Tabela 2. Pode-se ainda observar que o álcool, em todos os anos analisados, foi que determinou o maior número de internações por uso de SPA, atingindo sempre proporção acima de 50%. Outros estudos também demonstraram maior prevalência de uso dessa substância, dentre os usuários de SPA (BASTOS et al., 2008; CARLINI et al., 2006; WAGNER; ANDRADE, 2008; STRAUCH, et al., 2009). Resultados semelhantes foram obtidos em outros estudos específicos sobre morbidade hospitalar por uso de SPA (NOTO et al., 2002; SILVA, 2008).

Constata-se, também na Tabela 2, que a proporção de internações devido ao uso de múltiplas drogas e de cocaína corresponderam, no total da amostra, respectivamente a 24,6% e 2,7%, sendo a segunda e a terceira causa de internação por uso de SPA. Resultado semelhante foi identificado ao se observar às internações por SPA ocorridas em todo o país, entre os anos de 2001 a 2007 (BRASIL, 2009), onde depois das internações ocasionadas pelo uso de múltiplas substâncias, a cocaína aparece como a terceira causa de internação por uso de drogas, totalizando 5%. Em outro estudo brasileiro, a prevalência de uso dessa substância não chegou a 3% da população com idade entre 12 e 65 anos (CARLINI et al., 2006).

É importante notar a participação das internações por uso de múltiplas drogas ocupando o segundo lugar ao longo de toda série histórica deste estudo. Cruz (2009) acentua que quando é notificada a internação por múltiplas drogas, perde-se a possibilidade de distinguir quais drogas efetivamente motivaram a internação, sugerindo que esta categoria ficasse restrita aos casos em que há o uso simultâneo de um número maior de substâncias. Todavia, esse mesmo autor afirma que esse aumento no número de notificações por múltiplas drogas pode refletir um aumento real do consumo de outras drogas além do álcool, como foi descrito por ocasião de um levantamento epidemiológico (CARLINI et al., 2006).

Chama atenção, ainda na Tabela 2, a não ocorrência de AIH's por transtornos mentais e comportamentais relacionados ao uso de fumo, nos anos de 2002 e 2004, fazendo supor ter havido falha no preenchimento das AIH's, tendo em vista que esse diagnóstico aparece em proporções relevantes em outros anos – de 2000, 2001 e 2008 – chegando a ser a terceira causa de internação por uso de SPA.

Tabela 2 – Distribuição das internações por uso de substâncias psicoativas, segundo o tipo de droga, no Distrito Federal, de 2000 a 2009.

Substância	2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		Total geral	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Álcool	621	75,6	605	78,2	371	61,7	362	63,2	372	64,6	344	65,4	411	71,4	382	67,0	331	52,0	245	62,2	4044	66,9
Alucinógenos							1	0,2	1	0,2			2	0,3	1	0,2	2	0,3	2	0,5	9	0,1
Canabinóides	15	1,8	8	1,0	26	4,3	10	1,7	5	0,9	6	1,1	5	0,9	5	0,9	11	1,7	4	1,0	95	1,6
Cocaína	19	2,3	6	0,8	20	3,3	36	6,3	29	5,0	27	5,1	8	1,4	12	2,1	3	0,5	4	1,0	164	2,7
Fumo	23	2,8	32	4,1			1	0,2			2	0,4	1	0,2	1	0,2	34	5,3	4	1,0	98	1,6
Múltiplas Drogas	131	16,0	112	14,5	168	28,0	153	26,7	160	27,8	145	27,6	140	24,3	154	27,0	199	31,2	127	32,2	1489	24,6
Opiáceos	5	0,6	4	0,5	4	0,7			1	0,2			2	0,3	2	0,4	27	4,2	2	0,5	47	0,8
Outros Estimulantes			3	0,4	2	0,3			1	0,2	1	0,2	1	0,2	1	0,2	8	1,3	1	0,3	18	0,3
Sedativos e Hipnóticos	6	0,7	4	0,5	6	1,0	8	1,4	4	0,7			5	0,9	7	1,2	16	2,5	2	0,5	58	1,0
Solventes Voláteis	1	0,1			4	0,7	2	0,3	3	0,5	1	0,2	1	0,2	5	0,9	6	0,9	3	0,8	26	0,4
Total geral	821	100	774	100	601	100	573	100	576	100	526	100	576	100	570	100	637	100	394	100	6048	100

No Gráfico 4 são apresentadas, por ano de ocorrência, as internações por uso de álcool. Observa-se notável queda, de mais de 60%, de 2000 para 2009.

Os estudos epidemiológicos nacionais (BASTOS et al., 2008; CARLINI et al., 2006; STRAUCH, et al., 2009; WAGNER; ANDRADE, 2008) apontam que o álcool, substância lícita, é a mais consumida entre os brasileiros, e não existem estudos recentes, de abrangência nacional, que possam identificar uma redução desse consumo. Uma indicação nesse sentido poderia ajudar a explicar o observado decréscimo do número de internações.

É fato que o Estado brasileiro tem demonstrado atenção específica à questão do consumo do álcool, sendo a instituição da Política Nacional sobre o Álcool um exemplo disto. Esta política, de caráter intersetorial, propõe estratégias envolvendo vários Ministérios, estabelecendo mecanismos de prevenção ao uso indevido do álcool e garantindo o acesso da população a diferentes modalidades de tratamento. Ela aponta, ainda, para a necessidade de estudos sistemáticos sobre os padrões de consumo da bebida no país, e sobre os danos associados a esse padrão, construindo indicadores que poderão orientar o governo na construção de políticas públicas para o setor (GARCIA et al., 2008). No entanto, esta expressiva queda no número de internações é um fenômeno que instiga a realização de pesquisas específicas sobre o tema.

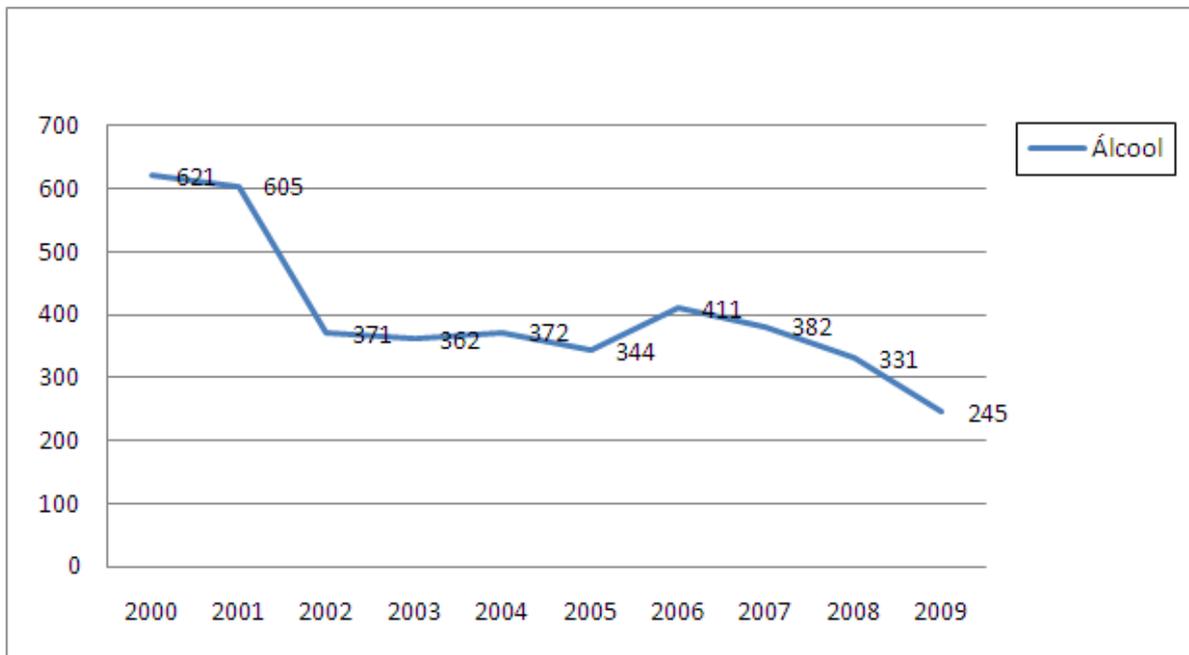


Gráfico 4 – Tendências nas internações por uso de álcool, por ano de ocorrência, no Distrito Federal, de 2000 a 2009.

No que se refere ao uso de múltiplas drogas (Gráfico 5), há uma queda de 14,5%, de 2000 para 2001, e subsequente aumento, da ordem de 50%, de 2001 para 2002. Em seguida, entre os anos de 2001 a 2007, observa-se um período de discreta oscilação seguindo-se um aumento, de 29,22%, de 2007 para 2008, e nova queda, de 36,18%, de 2008 para 2009.

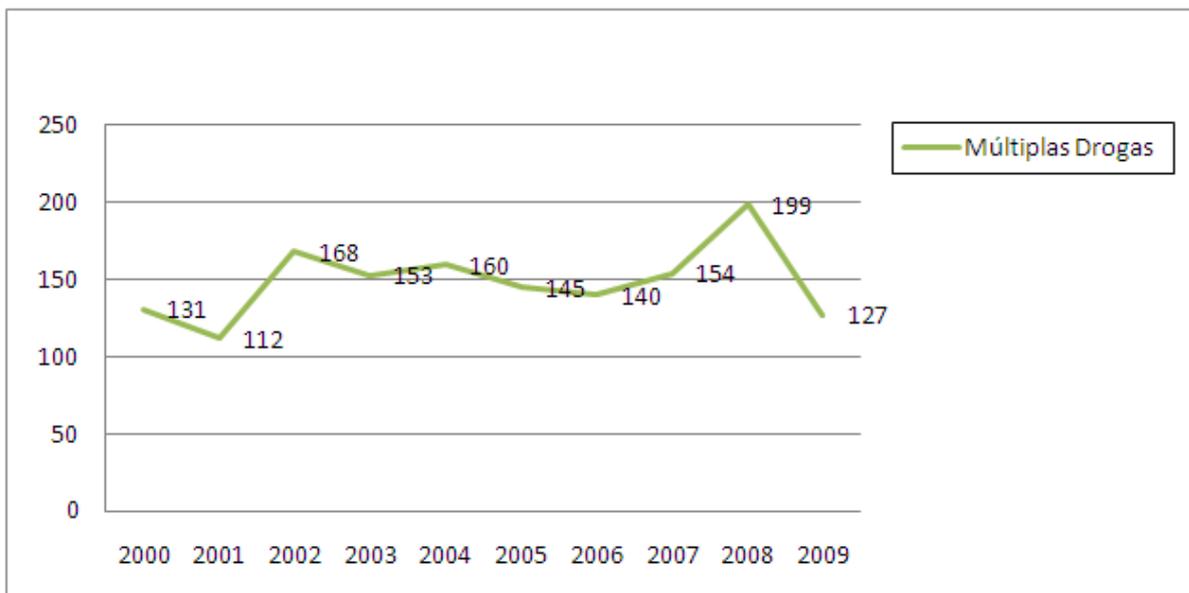


Gráfico 5 – Tendência nas internações por uso de múltiplas drogas, por ano de ocorrência, no Distrito Federal, de 2000 a 2009.

Já para a cocaína (Gráfico 6), pode-se observar queda de 68,4%, de 2000 a 2001, e ascendência considerável, da ordem de 500%, entre os anos de 2001 e 2003, seguida de queda de 77,7%, até o ano de 2006, voltando a subir, discretamente, de 2008 a 2009. É interessante salientar os altos e baixos nas internações decorrentes de transtornos mentais e comportamentais relacionados ao uso de cocaína face à recente problemática brasileira relacionada ao consumo dessa substância na sua forma fumada – o crack.

Faz-se necessário a realização de pesquisas que possam responder o que pode ter ocorrido, por exemplo, quando do declínio no número de internações pelo uso desta droga, considerando o baixo número de ocorrências em alguns anos.

A utilização do crack está presente tanto nos grandes centros urbanos onde teve início, em especial na cidade de São Paulo (DUNN et al., 1996), bem como mais recentemente, nas cidades de médio porte (MALTA et al., 2008; PRIULI; MORAES, 2007). Alguns estudos sinalizam uma expansão do consumo dessa substância (FERIGOLO et al., 2004; MARTINS; PILLON, 2008), sendo apontada diariamente pelos meios de comunicação como uma epidemia de grandes proporções. Isto poderia implicar em um aumento nas internações para desintoxicação, considerando os efeitos proeminentes no organismo dos usuários (GUIMARÃES, 2008). De outro lado, outros estudos indicam que os usuários de cocaína/crack procuram, principalmente, os serviços de urgência/emergência onde os quadros mais comuns estão relacionados ao aparelho cardiovascular, sintomas neurológicos e quadros psiquiátricos (PULCHERIO; SPAGNOLI, 2009; RESTREPO et al., 2009). Todavia, estudos científicos de grande abrangência que comprovem ou descrevam especificamente esta problemática ainda são escassos, dificultando assim a interpretação, sobretudo, das consequências para o sistema de saúde.

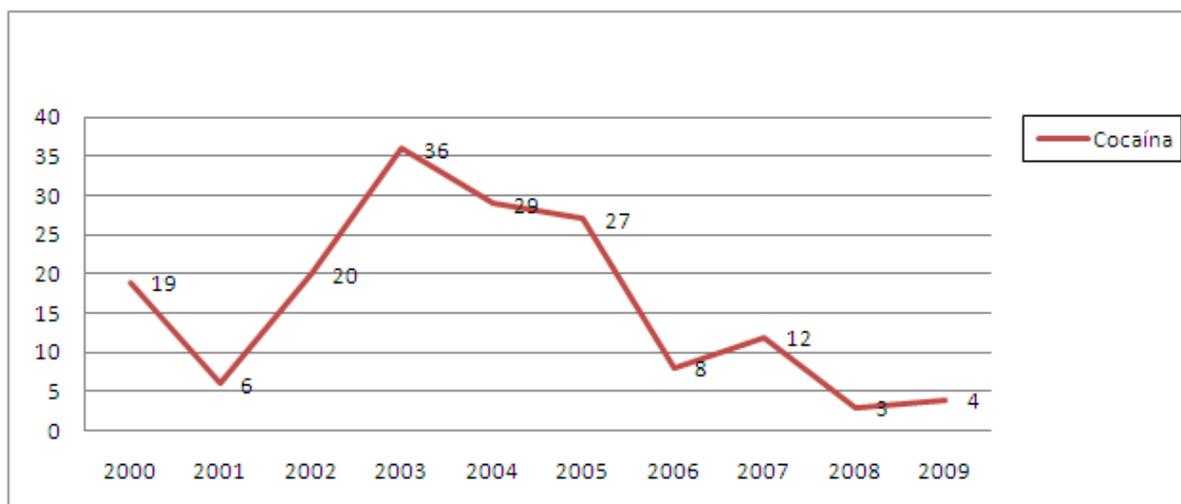


Gráfico 6 – Tendência nas internações por uso de cocaína, por ano de ocorrência, no Distrito Federal, de 2000 a 2009.

É possível observar na Tabela 3 que a subcategoria *síndrome de dependência*, CID F10.2, determina o maior número de internações por uso de álcool, com 35% do total dos diagnósticos. Esse resultado também foi descrito por Souza, J. C.; Souza, N. e Caetano (2005). Já para a cocaína e para o uso de múltiplas drogas, o quadro de *intoxicação aguda* – códigos CID F14.0 e F19.0 – determina o maior número de internações, com 75% e 51%, respectivamente. Resultado semelhante foi descrito por Mesquita et al. (2001) em inquérito feito junto aos usuários de cocaína, na Região Metropolitana de Santos/São Paulo, quando afirma ser a *overdose* uma complicação bastante frequente e motivo de internação.

Tabela 3 – Distribuição das internações por uso de álcool, cocaína e múltiplas drogas, segundo a subcategoria de diagnóstico, no Distrito Federal, de 2000 a 2009.

Subcategorias	Alcool		Cocaína		Múltiplas Drogas	
	N	%	N	%	N	%
Intoxicação aguda	927	22,92	123	75,00	758	50,91
Outros transtornos mentais ou comportamentais	19	0,47	4	2,44	13	0,87
Síndrome amnésica	21	0,52	1	0,61	8	0,54
Síndrome de abstinência	721	17,83	1	0,61	5	0,34
Síndrome de abstinência com delírio	209	5,17	1	0,61	38	2,55
Síndrome de dependência	1.418	35,06	16	9,76	54	3,63
Transtorno mental ou comportamento NE	435	10,76	9	5,49	231	15,51
Transtorno psicótico	177	4,38	6	3,66	334	22,43
Transtorno psicótico residual	26	0,64	2	1,22	22	1,48
Uso nocivo para a saúde	91	2,25	1	0,61	26	1,75
Total geral	4.044	100	164	100	1.489	100

Em atenção ao tempo de permanência relacionado a essas internações – 61,7% para a síndrome de dependência por uso de álcool e 66,7% para intoxicação

aguda por uso de cocaína – elas tiveram duração máxima de três dias conforme mostra a Tabela 4.

Tabela 4 – Duração das internações por Síndrome de Dependência por uso de álcool e Intoxicação aguda por uso de cocaína, no Distrito Federal, de 2000 a 2009.

Subtipo	Até 3 dias	Total	%
F10.2 Síndrome de dependência - Álcool	875	1418	61,71
F14.0 Intoxicação aguda - Cocaína	82	123	66,67

Os resultados demonstram que esses pacientes poderiam ter sido tratados em prontos-socorros gerais ou em emergências psiquiátricas, e que seu manejo no ambiente hospitalar reforça a hipótese de que a cultura de saúde no país é hospitalocêntrica e não prioriza o atendimento em serviços comunitários (SILVA; BARROS, 2006) conforme preconizado pela a Reforma Psiquiátrica. Sendo assim, uma importante estratégia seria a utilização dos leitos de curta duração nos CAPS III, o que permitiria, a partir dessa primeira intervenção, inserir o usuário em um contexto de tratamento integrado com a sua comunidade. Todavia, não há até o momento nenhum CAPS III disponível no Distrito Federal.

E ainda que haja casos com necessidade de tratamento em leitos hospitalares, deve haver recondução do paciente ao seu meio social de origem, a fim de não ser apenas o início de um tratamento custodial (SOUSA; OLIVEIRA, 2010). Para tanto, é fundamental que o sistema de saúde esteja organizado em seus componentes extra-hospitalares, realidade que não se materializa no DF, onde não há articulação eficaz entre os dispositivos existentes de saúde mental (DISTRITO FEDERAL, 2010a; SANTIAGO, 2009).

É possível observar na Tabela 5 que, para todos os anos analisados, as internações por uso de SPA são expressivamente mais frequentes entre pessoas do sexo masculino do que entre as do sexo feminino, na razão de 5:1, quando analisados o total de internações para todos os anos investigados. Resultado semelhante foi descrito por Silva (2008) na análise de internações por uso de SPA. Os resultados também são semelhantes aos obtidos por Carlini et al. (2006) que descreve maior prevalência de uso de SPA na população masculina, para a maioria das substâncias, se alinhando, também, ao encontrado em investigação nacional sobre morbidade masculina, que demonstrou, para todas as categorias dos transtornos mentais e comportamentais, a proporção de internações de 1,9 homens

para cada mulher (LAURENTI et al., 2005). Esse resultado pode estar vinculado às particularidades do adoecer masculino, onde a busca de auxílio não ocorre nos estágios iniciais de sofrimento psíquico, fazendo com que haja agravamento dos quadros psicopatológicos, culminando na necessidade de internação (MIRANDA et al., 2008; LAURENTI et al., 2005).

Tabela 5 – Distribuição das internações por uso de substâncias psicoativas, por ano de ocorrência e segundo o gênero do usuário, no Distrito Federal, de 2000 a 2009.

ANO	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
2000	117	14,25	704	85,75	821	100
2001	102	13,18	672	86,82	774	100
2002	96	15,97	505	84,03	601	100
2003	118	20,59	455	79,41	573	100
2004	86	14,93	490	85,07	576	100
2005	98	18,63	428	81,37	526	100
2006	96	16,67	480	83,33	576	100
2007	107	18,77	463	81,23	570	100
2008	114	17,90	523	82,10	637	100
2009	75	19,04	319	80,96	394	100
Total geral	1009	16,68	5039	83,32	6048	100

Demonstra-se na Tabela 6 que para a maioria das SPA o número de internações por pessoas do sexo masculino supera o número por pessoas do sexo feminino, com exceção do uso de estimulantes, onde a proporção de mulheres internadas supera discretamente, atingindo 55,6% dos casos. Essa inversão pode relacionar-se ao massivo uso de substâncias anfetamínicas que compõem os medicamentos para emagrecer usado pelas mulheres, que sob a pressão social de uma imagem corporal perfeita, utilizam essas substâncias. Merece destaque que, no Brasil, o uso de anfetaminas como agente redutor de peso é mais difundido que em outros países (BRASILIANO; HOCHGRAF, 2006; NAPPO; NOTO, 2001). Este aspecto está também refletido na prevalência de uso dos anfetamínicos, entre indivíduos do sexo feminino, descrita em distintos levantamentos epidemiológicos (NICASTRI et al., 2010; CARLINI et al., 2006).

Tabela 6 – Total das internações por uso de substância psicoativa, segundo o gênero do usuário, no Distrito Federal, de 2000 a 2009.

Substância	Total Geral de 2000 a 2009					
	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Álcool	542	13,4	3.502	86,6	4.044	100
Alucinógenos		0,0	9	100,0	9	100
Canabinóides	28	29,5	67	70,5	95	100
Cocaína	72	43,9	92	56,1	164	100
Fumo	32	32,7	66	67,3	98	100
Múltiplas Drogas	273	18,3	1.216	81,7	1.489	100
Opiáceos	19	40,4	28	59,6	47	100
Outros Estimulantes	10	55,6	8	44,4	18	100
Sedativos e Hipnóticos	25	43,1	33	56,9	58	100
Solventes Voláteis	8	30,8	18	69,2	26	100
Total geral	1.009	16,7	5.039	83,3	6.048	100

Ao analisar a Tabela 7 observa-se que, para cada ano da série analisada, mais de 70% das internações por uso de SPA foram entre indivíduos de 20 a 49 anos de idade. Essa distribuição segue o padrão nacional, descrito na análise das internações decorrentes do uso de drogas no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2009). É importante salientar que, por se tratar de pessoas em idade produtiva, este padrão traz uma carga social e econômica considerável sob a perspectiva da saúde pública na medida em que essas internações totalizaram, ao final de todo o período analisado, 38.781 dias de internação (Tabela 10), estando essas pessoas afastadas do trabalho. Daí essa outra dimensão sobre a qual o uso abusivo de drogas provoca grande impacto (CRUZ, 2009).

Tabela 7 – Distribuição das internações por uso de substâncias psicoativas, segundo a faixa etária do usuário, no Distrito Federal, de 2000 a 2009.

Faixa Etária	2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
0 a 4 anos			1	0,1	2	0,3	3	0,5	3	0,5			1	0,2	2	0,4	6	0,9			18	0,3
5 a 9 anos			1	0,1	1	0,2	2	0,3					1	0,2	1	0,2					6	0,1
10 a 14 anos	4	0,5	1	0,1	7	1,2	5	0,9	5	0,9	1	0,2	1	0,2	5	0,9	9	1,4	2	0,5	40	0,7
15 a 19 anos	46	5,6	56	7,2	62	10,3	55	9,6	50	8,7	33	6,3	30	5,2	21	3,7	36	5,7	19	4,8	408	6,7
20 a 29 anos	182	22,2	149	19,3	152	25,3	143	25,0	152	26,4	130	24,7	158	27,4	163	28,6	148	23,2	85	21,6	1.462	24,2
30 a 39 anos	279	34,0	261	33,7	182	30,3	164	28,6	174	30,2	168	31,9	143	24,8	147	25,8	153	24,0	113	28,7	1.784	29,5
40 a 49 anos	201	24,5	185	23,9	112	18,6	129	22,5	105	18,2	117	22,2	138	24,0	134	23,5	152	23,9	95	24,1	1.368	22,6
50 a 59 anos	73	8,9	83	10,7	55	9,2	49	8,6	63	10,9	51	9,7	77	13,4	73	12,8	82	12,9	47	11,9	653	10,8
60 a 69 anos	28	3,4	26	3,4	20	3,3	19	3,3	19	3,3	22	4,2	20	3,5	16	2,8	31	4,9	23	5,8	224	3,7
70 a 79 anos	4	0,5	6	0,8	6	1,0	1	0,2	1	0,2	1	0,2	5	0,9	5	0,9	14	2,2	7	1,8	50	0,8
80 anos ou mais	4	0,5	5	0,6	2	0,3	3	0,5	4	0,7	3	0,6	3	0,5	3	0,5	5	0,8	3	0,8	35	0,6
Total geral	821	100	774	100	601	100	573	100	576	100	526	100	576	100	570	100	637	100	394	100	6.048	100

É possível observar, também na Tabela 7, a ocorrência de internações de crianças na faixa etária de 0 - 4 anos. Detendo-se com especial atenção nessas

ocorrências, na Tabela 8 é possível observar que 77,8% têm como diagnóstico principal as intoxicações agudas por uso de sedativos e hipnóticos (66,7%) e de múltiplas drogas (11,1%) – CID 13.0 e 19.0, respectivamente. Esses códigos, de acordo com a CID-10, estão relacionados à intoxicação por medicamentos e efeitos adversos a medicamentos (LESSA; BOCHNER, 2008), sendo estes resultados compatíveis com os dados do Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX), referentes ao período de 2003 a 2005, que aponta que as crianças menores de cinco anos são as maiores vítimas dos casos de intoxicação por medicamentos (BRASIL, 2008). Essas exposições, embora sejam de baixa letalidade, são de alta morbidade e grande índice de sequelas (BUCARETCHI; BARACAT, 2005).

Tabela 8 – Distribuição das internações por uso de substâncias psicoativas, na faixa etária de 0 a 4 anos, no Distrito Federal, de 2000 a 2009.

CID	0 a 4 anos	%
F13.0	12	66,67
F19.0	2	11,11
Outros CID	4	22,22
Total	18	100

A Tabela 9 demonstra que mais de 60% das internações determinadas pelo uso de álcool ocorreram em pessoas entre 30 e 49 anos de idade. Estendendo-se a observação com a inclusão de pessoas com idade entre 20 e 59 anos, verifica-se que correspondem a mais de 92% dos casos. Constata-se ainda que, para a cocaína e o uso de múltiplas drogas, a maior parte das ocorrências é mais precoce, iniciando-se em faixa etária anterior. Pode-se observar que as internações devido ao uso de cocaína, em mais de 60% dos casos ocorreu em pessoas entre 20 e 39 anos de idade e mais de 90% das internações entre pessoas com idade de 15 a 49 anos. No caso das internações por uso de múltiplas drogas, mais de 50% se deu em pessoas com idade entre 20 e 29 anos e 90% dos casos foram em pessoas entre 15 e 39 anos de vida. Esses dados podem refletir o tempo decorrido entre o início do uso da droga e os surgimentos dos problemas relacionados a ela – alguns anos para a cocaína e em torno de duas décadas para o álcool (CRUZ, 2009).

Tabela 9 – Distribuição das internações por uso de álcool, cocaína e múltiplas drogas, segundo a faixa etária do usuário, no Distrito Federal, de 2000 a 2009.

Faixa Etária	Álcool		Cocaína		Múltiplas Drogas e Outras SPA	
	N	%	N	%	N	%
0 a 4 anos	2	0,05			2	0,13
5 a 9 anos	1	0,02			1	0,07
10 a 14 anos	7	0,17	4	2,44	17	1,14
15 a 19 anos	43	1,06	24	14,63	293	19,68
20 a 29 anos	568	14,05	53	32,32	761	51,11
30 a 39 anos	1.368	33,83	50	30,49	286	19,21
40 a 49 anos	1.213	30,00	22	13,41	83	5,57
50 a 59 anos	591	14,61	6	3,66	20	1,34
60 a 69 anos	192	4,75	1	0,61	15	1,01
70 a 79 anos	34	0,84	2	1,22	8	0,54
80 anos ou mais	25	0,62	2	1,22	3	0,20
Total geral	4.044	100	164	100	1.489	100

Pode-se observar na Tabela 10 que as internações por uso de drogas determinaram 38.781 dias de internação ao longo de todo o período analisado – o álcool determinou o maior número de dias de internação, com 56,3%; seguido pelo uso de múltiplas drogas, com 34,4%; e pela cocaína, com 3,5%. Estes resultados são semelhantes aos obtidos por NOTO et al. (2002) em pesquisa sobre a morbidade hospitalar por uso de SPA.

Observa-se uma maior participação – com crescimento nos percentuais, ao longo dos anos examinados – das internações relacionadas ao uso de múltiplas drogas. O aumento desta participação poderia estar relacionado ao aumento no consumo de outras drogas, conforme descrito por CARLINI et al. (2006).

Tabela 10 – Tempo de permanência, em dias, das internações por uso de substâncias psicoativas, segundo o tipo de droga, no Distrito Federal, de 2000-2009.

Substância	2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		Total geral	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Álcool	3234	64,3	2743	68,6	2290	57,7	1975	52,1	2106	54,3	1882	50,8	1976	63,1	2052	60,1	1985	42,9	1582	49,0	21825	56,3
Alucinógenos							2	0,1	5	0,1			46	1,5	1		8	0,2	10	0,3	72	0,2
Canabinóides	78	1,6	33	0,8	163	4,1	53	1,4	62	1,6	20	0,5	19	0,6	72	2,1	109	2,4	23	0,7	632	1,6
Cocaína	304	6,0	64	1,6	79	2,0	532	14,0	117	3,0	136	3,7	20	0,6	75	2,2	11	0,2	7	0,2	1345	3,5
Fumo	139	2,8	265	6,6			2	0,1			6	0,2	1		3	0,1	326	7,1	30	0,9	772	2,0
Múltiplas Drogas	1206	24,0	844	21,1	1345	33,9	1172	30,9	1513	39,0	1651	44,5	1023	32,6	1092	32,0	1951	42,2	1561	48,3	13358	34,4
Opiáceos	53	1,1	9	0,2	9	0,2			3	0,1			16	0,5	48	1,4	105	2,3	3	0,1	246	0,6
Outros Estimulantes			13	0,3	24	0,6			33	0,9	8	0,2	4	0,1	8	0,2	44	1,0	2	0,1	136	0,4
Sedativos e Hipnóticos	14	0,3	30	0,7	48	1,2	11	0,3	9	0,2			25	0,8	24	0,7	50	1,1	5	0,2	216	0,6
Solventes Voláteis	3	0,1			13	0,3	46	1,2	29	0,7	3	0,1	4	0,1	39	1,1	35	0,8	7	0,2	179	0,5
Total geral	5031	100	4001	100	3971	100	3793	100	3877	100	3706	100	3134	100	3414	100	4624	100	3230	100	38781	100

É possível observar na Tabela 11 que o álcool determinou o maior número de internações e o maior número de dias de permanência, seguido pelo uso de múltiplas drogas e pela cocaína. No entanto, quando avaliado o tempo médio de permanência (TMP), ou seja, a duração média das internações para cada uma

dessas drogas, observa-se que o uso de múltiplas drogas e em seguida a cocaína, determinam a cada internação um maior tempo de ocupação dos leitos – média de 9 dias e 8 dias, respectivamente, enquanto que as internações por uso de álcool requerem cerca de 5 dias.

Os tempos médios de permanência encontrados na presente pesquisa diferiram de outros estudos. Para Souza, J. C.; Souza, N. e Magna (2008) o TMP das internações por uso de álcool foi de 27 dias e das internações por múltiplas drogas de 23 dias. Para Castro (2006), o TMP para as internações inseridas na categoria dos transtornos mentais e comportamentais foi de 13 dias, enquanto para Souza, J. C.; Souza, N. e Caetano (2005) foi de 12 dias.

Tabela 11 – Tempo de permanência, em dias, das internações por uso de álcool, cocaína e múltiplas drogas, por ano de ocorrência e segundo o número de internações (N), permanência total (Permanência) e tempo médio de permanência (TMP), no Distrito Federal, de 2000 a 2009.

ANO	Álcool			Cocaína			Múltiplas Drogas e Outras SPA		
	N	Permanência	TMP	N	Permanência	TMP	N	Permanência	TMP
2000	621	3.234	5,21	19	304	16,00	131	1.206	9,21
2001	605	2.743	4,53	6	64	10,67	112	844	7,54
2002	371	2.290	6,17	20	79	3,95	168	1.345	8,01
2003	362	1.975	5,46	36	532	14,78	153	1.172	7,66
2004	372	2.106	5,66	29	117	4,03	160	1.513	9,46
2005	344	1.882	5,47	27	136	5,04	145	1.651	11,39
2006	411	1.976	4,81	8	20	2,50	140	1.023	7,31
2007	382	2.052	5,37	12	75	6,25	154	1.092	7,09
2008	331	1.985	6,00	3	11	3,67	199	1.951	9,80
2009	245	1.582	6,46	4	7	1,75	127	1.561	12,29
Total geral	4.044	21.825	5,40	164	1.345	8,20	1.489	13.358	8,97

A Tabela 12 mostra que os gastos com as internações por uso de SPA, no Distrito Federal, entre os anos de 2000 a 2009 totalizaram R\$ 1.178.151,00 sendo que os gastos com as internações por uso de álcool corresponderam a mais da metade do valor em oito dos 10 anos analisados – exceção nos anos de 2008 e 2009, onde a proporção para o diagnóstico por uso de múltiplas drogas constituiu 60,8% e 50,3% dos recursos, respectivamente.

É importante salientar que os atendimentos realizados nos CAPS do DF – rede substitutiva – não são integralmente registrados junto ao Sistema de Informações Ambulatoriais do Ministério da Saúde, o que inviabilizou, por exemplo, a comparação entre os investimentos realizados nessas atividades, as quais envolvem o cuidado integral, e os gastos efetuados com as práticas hospitalares.

Esta comparação, sob a perspectiva da economia da saúde, permitiria que o processo de tomada de decisão pelos gestores do DF, a respeito da alocação de recursos, se baseasse em parâmetros os quais – tendo-se averiguado o custo-efetivo de um programa em detrimento de outro – norteassem consequentemente a condução das políticas públicas nesta área, mais respaldada sob a ótica da efetividade.

Tabela 12 – Gasto total, em reais, das internações por uso de substâncias psicoativas, segundo o tipo de droga, no Distrito Federal, de 2000 a 2009.

Substância	2000		2001		2002		2003		2004		2005	
		%		%		%		%		%		%
Alcool	74.773,88	63,13	78.986,39	70,22	63.660,58	56,44	58.906,58	56,59	69.117,48	52,43	78.531,24	54,57
Alucinógenos	-	0,00	-	0,00	-	0,00	127,13	0,12	166,55	0,13	-	0,00
Canabinóides	2.210,13	1,87	1.001,51	0,89	4.501,66	3,99	1.623,65	1,56	2.098,53	1,59	698,57	0,49
Cocaína	6.314,40	5,33	1.888,20	1,68	2.846,93	2,52	6.377,84	6,13	5.704,29	4,33	6.269,96	4,36
Fumo	2.979,86	2,52	5.476,08	4,87	-	0,00	66,62	0,06	-	0,00	199,86	0,14
Múltiplas Drogas	30.105,54	25,42	23.277,47	20,70	37.618,27	33,35	34.714,26	33,35	51.862,97	39,34	57.845,65	40,19
Opiáceos	1.403,33	1,18	577,69	0,51	355,47	0,32	-	0,00	99,93	0,08	-	0,00
Outros Estimulantes	-	0,00	361,78	0,32	799,44	0,71	-	0,00	1.099,23	0,83	266,48	0,19
Sedativos e Hipnóticos	584,16	0,49	908,87	0,81	2.626,18	2,33	932,62	0,90	694,11	0,53	-	0,00
Solventes Voláteis	72,72	0,06	-	0,00	389,53	0,35	1.340,33	1,29	985,91	0,75	107,40	0,07
Total Geral	118.444,02	*	112.477,99	*	112.798,06	*	104.089,03	*	131.829,00	*	143.919,16	*

Substância	2006		2007		2008		2009		Total Geral	
		%		%		%		%		%
Alcool	69.579,80	63,04	69.936,42	54,21	29.282,71	26,08	48.774,73	47,38	641.549,81	54,45
Alucinógenos	1.646,80	1,49	127,13	0,10	70,63	0,06	426,45	0,41	2.564,69	0,22
Canabinóides	662,77	0,60	2.652,32	2,06	3.231,57	2,88	127,08	0,12	18.807,79	1,60
Cocaína	962,41	0,87	11.508,06	8,92	424,47	0,38	175,13	0,17	42.471,69	3,60
Fumo	33,31	0,03	99,93	0,08	6.639,27	5,91	562,48	0,55	16.057,41	1,36
Múltiplas Drogas	35.710,96	32,36	39.952,34	30,97	68.236,01	60,77	51.810,55	50,33	431.134,02	36,59
Opiáceos	572,80	0,52	1.886,88	1,46	1.372,65	1,22	112,29	0,11	6.381,04	0,54
Outros Estimulantes	133,24	0,12	266,48	0,21	1.044,80	0,93	84,94	0,08	4.056,39	0,34
Sedativos e Hipnóticos	922,10	0,84	1.069,20	0,83	1.032,76	0,92	103,54	0,10	8.873,54	0,75
Solventes Voláteis	143,20	0,13	1.510,49	1,17	950,22	0,85	755,81	0,73	6.255,61	0,53
Total Geral	110.367,39	*	129.009,25	*	112.285,09	*	102.933,00	*	1.178.151,99	*

*= 100%

Observa-se no Gráfico 7 que houve variações no gasto com as internações por uso de SPA ao longo da série histórica. Entre os anos de 2000 e 2003 houve uma queda de 12,11%, seguido de um aumento que entre os anos de 2003 e 2005, correspondeu a 38,26%. Tem-se uma queda, de 23,31%, no ano seguinte, e crescimento, de 16,89% em 2007, quando se inicia uma queda até 2009, da ordem de 20,21%. Os resultados obtidos aproximam-se dos encontrados por Silva (2008) que denota decréscimo no gasto total, em análise de série histórica de internações por uso de SPA. Por outro lado, Gallassi et al. (2008), ao analisar período mais curto – 2000 a 2002 – indicou aumento progressivo dos gastos.

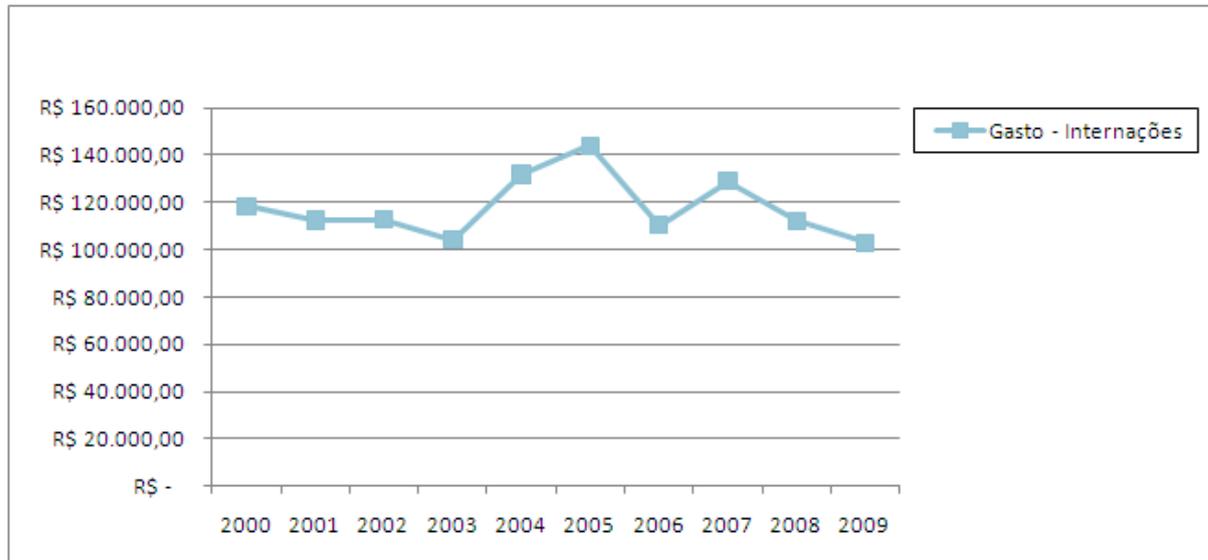


Gráfico 7 – Tendência no gasto relacionado às internações por uso de substâncias psicoativas, por ano de ocorrência, no Distrito Federal, de 2000 a 2009.

Quando avaliado o gasto com as internações, segundo o gênero dos envolvidos, constata-se que em todos os anos da série histórica, os recursos financeiros demandados pelo sexo masculino foram superiores em uma proporção de aproximadamente quatro vezes em relação aos gastos demandados pelo sexo feminino (Tabela 13). Este resultado é consequência, como demonstrado na Tabela 4, da maior prevalência de uso de SPA entre pessoas do sexo masculino e, por conseguinte, a maior ocorrência de internações serem deste gênero. Resultados semelhantes foram obtidos por Gallassi et al. (2008) e Silva (2008).

Tabela 13 – Gasto total, em reais, das internações por uso de substâncias psicoativas, por ano de ocorrência e segundo o gênero do usuário, no Distrito Federal, de 2000 a 2009.

Ano	Feminino		Masculino		Total	
	R\$	%	R\$	%	R\$	%
2000	16.465,86	13,90	101.978,16	86,10	118.444,02	100
2001	12.282,65	10,92	100.195,34	89,08	112.477,99	100
2002	22.177,40	19,66	90.620,66	80,34	112.798,06	100
2003	24.009,84	23,07	80.079,19	76,93	104.089,03	100
2004	15.477,28	11,74	116.351,72	88,26	131.829,00	100
2005	20.741,17	14,41	123.177,99	85,59	143.919,16	100
2006	21.305,47	19,30	89.061,92	80,70	110.367,39	100
2007	29.459,36	22,84	99.549,89	77,16	129.009,25	100
2008	27.592,76	24,57	84.692,33	75,43	112.285,09	100
2009	12.941,70	12,57	89.991,30	87,43	102.933,00	100
Total	202.453,49	17,18	975.698,50	82,82	1.178.151,99	100

Quando avaliado o tipo de estabelecimento onde foram realizadas as internações por uso de SPA (Tabela 14), observa-se que houve predomínio dessas

ocorrências nos Hospitais Gerais, correspondendo a 74% das internações no total da amostra. A menor proporção, de 61%, se deu no ano de 2003. Pode-se observar, ainda que 25,88% dessas internações ocorreram em Hospital Psiquiátrico e que o Centro de Atenção Psicossocial, nos dez anos analisados, internou apenas 13 pessoas (0,21% dos casos), sendo estes realizados em regime de hospital-dia.

Este aspecto, em particular, evidencia que apesar da implantação dos CAPS e de outros serviços de saúde mental no DF, a Reforma Psiquiátrica ainda está bastante atrasada com relação à legislação e a experiência de outros Estados brasileiros como, por exemplo, Alagoas e Rio Grande do Sul. A quantidade de serviços oferecidos não é suficiente para atender à demanda em saúde mental, ocupando o DF o penúltimo lugar em cobertura entre os Estados brasileiros (BRASIL, 2010a). Cabe ainda ressaltar, especificamente, a inexistência de serviço como as residências terapêuticas e os CAPSad III (AMARAL, 2006).

O *Plano de Desenvolvimento Institucional do Programa de Saúde Mental para 2010-2011* do DF (DISTRITO FEDERAL, 2010a) evidenciou a baixa assistência e a vinculação entre a inexistência do CAPS III e as internações no HSVP, tendo destacado que não há como prescindir do HSVP sem que haja mais desassistência e cronificação.

Conforme dito, o Ministério da Saúde preconiza que os CAPS, enquanto principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica, deve evitar as internações em hospitais psiquiátricos, e ainda, promover a inserção social e familiar das pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2004b). Corroborando essa afirmativa, Cruz (2009) assevera que para os pacientes, internações significam afastamento da família, convivência prolongada com estranhos (pacientes e equipe de saúde) em ambiente não familiar, necessidade de adaptação a regras e rotinas definidas por outros, interrupção do trabalho e, em muitos casos, queda dos rendimentos auferidos pelo trabalho formal ou informal. Além de todos esses prejuízos, a internação psiquiátrica muitas vezes implica em estigmatização. As dificuldades de reinserção social são reflexos dessas consequências das internações, além daquelas advindas dos problemas com as drogas em si.

Tabela 14 – Distribuição das internações por uso de substância psicoativa, por ano de ocorrência e segundo o Tipo de Unidade de Saúde, no Distrito Federal, de 2000 a 2009.

Tipo de Unidade	2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		Total geral	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Centro de Atenção Psicossocial	9	1,10					1	0,17			1	0,19			2	0,35					13	0,21
Hospital Psiquiátrico	168	20,46	166	20,16	214	35,61	221	38,57	166	27,08	147	27,95	122	21,18	141	24,74	120	18,84	120	30,46	1665	26,88
Hospital Geral	644	78,44	618	79,84	387	64,39	351	61,26	420	72,92	378	71,86	454	78,82	427	74,91	517	81,16	274	69,54	4470	73,91
Total	821	100	774	100	601	100	573	100	576	100	526	100	576	100	570	100	637	100	394	100	6048	100

Quando avaliada a origem do paciente (Tabela 15), para todo o período do estudo constata-se, como era de se esperar, que a maior parte (88,56%) é proveniente do Distrito Federal; que 8,78% provêm de municípios goianos e que 1,84% são provenientes de Minas Gerais.

Tabela 15 – Distribuição das internações por uso de substância psicoativa, por ano de ocorrência e segundo a Unidade da Federação de origem do paciente, no Distrito Federal, de 2000 a 2009.

UF	2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		Total geral	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
BA	3	0,37	5	0,65	6	1,00	1	0,17	5	0,87	4	0,76	6	1,04	3	0,53	7	1,10	2	0,51	42	0,69
DF	705	85,87	691	89,28	527	87,69	492	85,86	513	89,06	473	89,92	521	90,45	515	90,35	561	88,07	358	90,86	5356	88,56
GO	88	10,72	58	7,49	55	9,15	64	11,17	48	8,33	38	7,22	44	7,64	44	7,72	63	9,89	29	7,36	531	8,78
MG	22	2,68	14	1,81	6	1,00	13	2,27	10	1,74	11	2,09	5	0,87	8	1,40	5	0,78	5	1,27	99	1,64
MS	1	0,12	2	0,26	1	0,17															4	0,07
Outros (1)	2	0,24	4	0,52	6	1,00	3	0,52									1	0,16			16	0,26
Total geral	821	100	774	100	601	100	573	100	576	100	526	100	576	100	570	100	637	100	394	100	6048	100

(1) Corresponde à soma das internações de pacientes provenientes dos Estados de MT, PA, PI, PR, RS, SP e TO.

Em atenção aos 8,78% de indivíduos provenientes do Estado de Goiás, observou-se que a maioria (71%) advém de municípios próximos ao Distrito Federal (Entorno) e que fazem parte da Rede Integrada de Desenvolvimento Econômico (RIDE), conforme é possível divisar no Gráfico 8 abaixo:

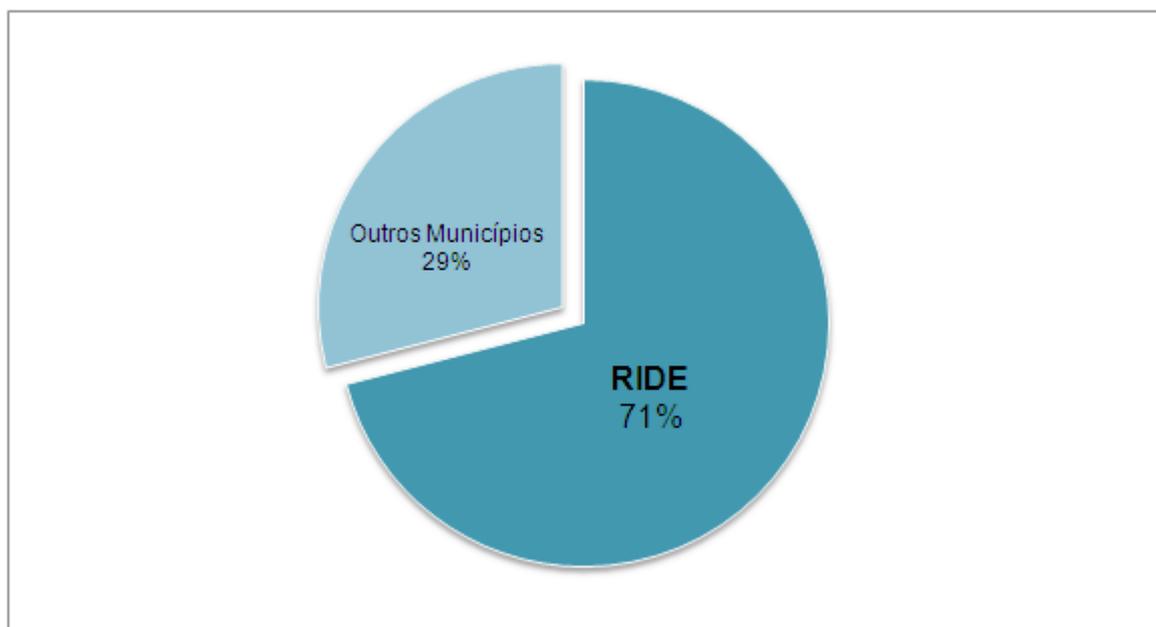


Gráfico 8 – Distribuição dos indivíduos internados por uso de SPA, segundo região de origem, no Distrito Federal, de 2000 a 2009.

Este resultado reafirma a forte dependência dos municípios do Entorno com o DF, essencialmente na questão da saúde, trabalho e comércio, o que, inclusive, motivou a criação da RIDE (DISTRITO FEDERAL, 2010b). Esta motivação fundamenta-se na necessidade de conhecer a área de influência do Distrito Federal, e também a realidade dos municípios do *Entorno* num contexto de inter-relações de dependência econômica – essencial para o planejamento de políticas públicas (SANTIAGO, 2009). Essa dependência também foi constatada em pesquisa específica sobre o tema, que aferiu que 51,2% dos habitantes da RIDE utilizam os hospitais públicos do DF (DISTRITO FEDERAL, 2006).

Em recente revisão sobre o histórico da saúde mental no DF, Santiago (2009) acrescenta que os indicadores socioeconômicos da população da RIDE, excluindo o Distrito Federal, refletem as discrepâncias existentes entre os municípios do Entorno e Brasília, sendo a primeira caracterizada por menor renda *per capita*, maior taxa de pessoas sem escolarização e maior taxa de desemprego, diferenças estas que também se mostram acentuadas na existência dos serviços hospitalares e extra-hospitalares em saúde mental.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Até a realização do presente estudo, inexistiam no Distrito Federal pesquisas direcionadas a verificar o perfil das internações por uso de substâncias psicoativas. A demanda por este diagnóstico está relacionada à complexidade das causas e consequências individuais, familiares e sociais relacionadas ao uso e dependência de drogas, e que ensejam um conjunto de Políticas Públicas de equiparável abrangência.

Neste contexto, o uso de Sistemas de Informação já disponíveis, que possibilitem construir indicadores epidemiológicos e administrativos são ferramentas úteis e de grande valia, principalmente quando se tem em vista que as ações realizadas podem ter seus resultados refletidos, e muitas vezes aferíveis por esses instrumentos.

Sendo assim, o Sistema de Informações Hospitalares é uma fonte útil para mensurar parte importante dos agravos decorrentes do consumo de drogas. Como pode ser demonstrado, por meio dele foi possível obter informações sobre os indivíduos internados, sua procedência, sobre o estabelecimento que proveu a internação, o motivo da internação (diagnóstico), e gastos a ele relacionados que, em suma, traduzem, ao mesmo tempo, as repercussões para a saúde do indivíduo e a consequente mobilização dos equipamentos de saúde pública indispensáveis ao manejo dessa questão.

A despeito das limitações deste estudo, citadas no item *Procedimentos Metodológicos*, o SIH/SUS se torna uma fonte importante para a elaboração de um diagnóstico da situação de saúde, acompanhamento da produção dos serviços e para a previsão de tendências. Por tudo isso, os resultados aqui obtidos instigam a formulação de hipóteses explicativas, demandando a realização de novas investigações com metodologia apropriada para respondê-las.

O álcool, como a droga relacionada ao maior número de pessoas acometidas, causando conseqüentemente maior gasto para o SUS ao longo da última década em internações por uso de SPA no DF, inspira o debate sobre questões relativas ao consumo desta substância que graça de aceitação cultural e legal. As conseqüências de seu consumo abusivo são conhecidas no meio

acadêmico; entretanto, estratégias governamentais para difundir essas informações e mesmo para a imposição de medidas legais que visem coibir a ocorrência de danos à saúde, como os acidentes de trânsito relacionados ao consumo de bebidas, ainda encontram resistência. A hodierna discussão acerca da fiscalização e aplicação de sanções sobre a égide da Lei nº 11.705, de 11 de junho de 2008, popularmente conhecida como *Lei seca*, enfatiza que a não conscientização por parte da sociedade dos danos inerentes ao consumo abusivo, não só do álcool como de outras drogas, dificulta a redução dos impactos que essas substâncias podem ocasionar.

Como uma estratégia governamental já existente, pelo menos do ponto de vista formal, a estruturação dos serviços de atenção em saúde mental sem dúvida representa uma das formas de minorar os severos impactos sociais do uso de drogas. Neste contexto, merecem destaque os Centros de Atenção Psicossocial especializados em álcool e drogas, por ocuparem, dentro da Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas, um papel fundamental. Sua atuação pressupõe a articulação, em nível local, com toda a rede de saúde, educação e ação social para viabilizar a prevenção ao uso de SPA, a detecção precoce de casos e a regulação do acesso aos distintos níveis de atenção, considerando assim, em suas práticas, as dimensões biopsicossociais que envolvem o fenômeno do uso de drogas.

Destarte, para que as políticas sejam efetivas, devem considerar para além dos recursos empregados, as diferenças entre os sujeitos. Os dados analisados evidenciam que homens e mulheres têm padrões de consumo e modo de adoecer distinto. Para eles, além de uma prevalência de uso maior de SPA, já reconhecida nas investigações epidemiológicas, o cuidado pessoal tem uma dimensão menos relevante do que para elas, podendo fazer com que só se atentem às condições de saúde quando isto seja inevitável, ensejando que a intervenção em saúde se dê em nível hospitalar – uma das razões pelas quais podem ser mais numerosas, neste trabalho, as ocorrências envolvendo este gênero. Por outro lado, as mulheres se destacam negativamente na proporção de internações por uso de estimulantes, possivelmente pelo maior consumo de medicamentos para emagrecer. Essa diferença de aspectos relacionados aos gêneros também deve ser considerada na elaboração dos programas de prevenção e tratamento, pois embora o uso de drogas

tenha sido a causa da internação, o agravamento do estado de saúde que conduziu para a utilização do equipamento historicamente mais custoso (o hospital), guarda mais relação com outros fatores, inclusive culturais, do que propriamente com o uso de drogas isoladamente.

Neste contexto, enfatiza-se que o cuidado hospitalar tem papel importante e reconhecido no suporte clínico, essencial aos casos de síndrome de abstinência e outras complicações decorrentes do consumo de drogas. No entanto, não é na assistência hospitalar, que retira o indivíduo de seu contexto pessoal e familiar, que as distintas dimensões de gênero, idade, entre outras, são abordadas. Mais uma vez retoma-se aqui a necessidade de estruturação da rede de atenção à saúde mental no DF, tanto do ponto de vista físico – tendo em vista que a baixa densidade de equipamentos substitutivos pode posicionar o hospital como único local para tratamento – como do ponto de vista da capacitação de seus profissionais, especialmente dos gestores. Estes devem estar habilitados para a promoção do diálogo entre os diferentes recursos da comunidade, para que as especificidades do sujeito possam ser consideradas em sua integralidade.

Ademais, a despeito dos resultados aqui apresentados indicarem parte da carga econômica do uso de substâncias psicoativas para o SUS, é preciso considerar que o gasto com o abuso de drogas é ainda maior. Absenteísmo, desagregação familiar, acidentes, aposentadorias precoces, dentre outros, ao mesmo tempo em que também impõem uma enorme, e por vezes imensurável, carga financeira, evidenciam e reforçam a necessidade de ações de prevenção, tratamento e reinserção social do usuário de álcool e outras drogas que considerem a multidisciplinaridade que a abordagem deste tema requer.

Paralelamente, e de forma indissociável, a reflexão sobre seus determinantes pressupõe um olhar intersetorial e também interinstitucional que deve permear a identidade e a construção das Políticas Públicas neste âmbito. Assim, é por meio da articulação entre os vários órgãos governamentais relacionados a esta questão e do compartilhamento das informações existentes que será possível convergir para o desempenho de práticas mais efetivas e menos dispendiosas.

Depreende-se assim que este estudo pode ser uma contribuição inicial para os formuladores de políticas públicas do DF, e do *Entorno*, ao planejamento e execução da assistência prestada aos usuários de álcool, tabaco e outras drogas, na

medida em que – quiçá – a descrição do perfil e dos gastos com as internações pode facilitar a identificação das reais necessidades e demandas da população frente à magnitude do problema em questão.

BIBLIOGRAFIA

ALBUQUERQUE, R. C. R. **Casas do meio do caminho**: um relato da experiência de Recife na busca da atenção integral à saúde dos usuários de álcool, fumo e outras drogas. 2008. 221 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008.

AMARANTE, P. (org.) **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: SDE; ENSP, 1995.

ANDRADE, A. G. A importância do conhecimento científico no combate ao uso nocivo de tabaco, álcool e drogas ilícitas. **Revista de psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 35, supl. 1, 2008.

AMARAL, M. C. M. **Narrativas de reforma psiquiátrica e cidadania no Distrito Federal**. 2006. 204 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) - Instituto de Ciências Sociais, Departamento de Sociologia, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2006.

BASTOS, F. I.; BERTONI, N.; HACKER, M. A. Consumo de álcool e drogas: principais achados de pesquisa de âmbito nacional, Brasil 2005. **Revista de saúde pública**. São Paulo, v. 42, supl. 1, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000800013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 jan. 2011.

BERENSTEIN, C. K. Custos de internação no Nordeste e Sudeste em 1998: análise do efeito estrutura etária, frequência de internações e estrutura de custos. In: BERENSTEIN, C. K.; SOUZA, R. G. V.; WAJNMAN, S.; MACHADO, C. J. **Texto para discussão nº 273**. Belo Horizonte: UFMG; Cedeplar, 2005. 18 p.

BITTENCOURT, S.A.; CAMACHO, L.A.B.; LEAL, M.C. O Sistema de Informação Hospitalar e sua aplicação na saúde coletiva. **Cadernos de saúde pública**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, 2006.

BORGES, C.F.; BAPTISTA, T.W.F. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. **Cadernos de saúde pública**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, 2008.

BRASILIANO, S.; HOCHGRAF, P. B. A influência da comorbidade com transtornos alimentares na apresentação de mulheres dependentes de substâncias psicoativas. **Revista de psiquiatria clínica**. São Paulo, v. 33, n. 3, p. 1, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Manual de redução de danos**: saúde e cidadania. Brasília, DF, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. Brasília, DF, 2002. Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **A política do Ministério da Saúde de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. 2. ed. Brasília, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília, 2004b.

_____. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005a.

_____. **Saúde Mental. Políticas de saúde mental**. Brasília, 2005b.

_____. Presidência da República. Gabinete de Segurança Institucional. Secretaria Nacional Antidrogas. **Política nacional antidrogas**. Brasília, 2005c. Não paginado.

_____. **Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. **Saúde Mental passo a passo**: como organizar a rede de saúde mental no seu município? Brasília, 2007. Disponível em:<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/rede_de_saude_mental_revisado_6_11_2008.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2010.

_____. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Relatório brasileiro sobre drogas**. Brasília, DF: SENAD, 2009.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **I Levantamento nacional sobre o uso de álcool, tabaco e outras drogas entre universitários das 27 capitais brasileiras**. Brasília, DF, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde mental em dados – 7**, Brasília, DF, ano V, n. 7, jun. 2010b. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/smdados.pdf>>. Acesso em 15 jan. 2011).

BUCARETCHI, F.; BARACAT, E. C. E. Acute toxic exposure in children: an overview. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 81, n 5, Nov. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572005000700012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 set. 2010.

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. São Paulo: CEBRID; UNIFESP, 2002.

_____. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país – 2005. São Paulo: CEBRID; UNIFESP, 2006.

CHALUB, M.; TELLES, L. E. de B. Álcool, drogas e crime. **Revista brasileira de psiquiatria**, São Paulo, v. 28, supl. 2, out. 2006.

CASTRO, M. S. M. de. Desigualdades sociais no uso de internações hospitalares no Brasil: o que mudou entre 1998 e 2003. **Ciência & saúde coletiva**, v. 11, n. 4, p. 987-998, out.-dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000400020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 jan. 2011.

CAVALCANTI, M. T. A Reforma Psiquiátrica brasileira: ajudando a construir e fortalecer o Sistema Único de Saúde. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 1962, set. 2008. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000900001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 set. 2010.

CRUZ, M. S. Impacto do uso de drogas na população brasileira: análise de dados epidemiológicos de indicadores – 2001 a 2007. In: BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Relatório brasileiro sobre drogas**. Brasília, DF: SENAD, 2009.

DEL NERO, C. R. O que é Economia da Saúde. In: PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M. (Org.). **Economia da saúde**: conceitos e contribuição para a gestão da saúde. 3 ed. Brasília, DF: IPEA, 2005.

DISTRITO FEDERAL (Estado). Companhia do Desenvolvimento do Distrito Federal. Distrito Federal. **Síntese de informações socioeconômicas-2006**. Brasília, DF, 2006.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. Gerência de Saúde Mental. **Plano de desenvolvimento institucional do programa de saúde mental para 2010-2011**. Brasília, DF, 2010a.

_____. Companhia do Desenvolvimento do Distrito Federal. **Síntese de informações socioeconômicas-2010**, Brasília, DF, 2010b.

DUARTE, P. C. A. V.; CARLINI-COTRIM, B. Álcool e violência: estudo dos processos de homicídios julgados nos Tribunais do Júri de Curitiba-PR, entre 1995 e 1998. **Jornal brasileiro de dependências químicas**, v. 1, n.1, p. 17-25, 2000.

DUNN, J. et al. Crack cocaine: an increase in use among patients attending clinics in São Paulo: 1990-1993. **Substance use & misuse**. [London], v. 3, n. 4, p. 519-527, jan. 1996.

ESCOHOTADO, A. **Historia general de las drogas**. Madrid: Espasa, 2005.

Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime. **Relatório mundial sobre drogas**. [S. l.]: 2007.

FERREIRA, P. E. M; MARTINI, R. K. Cocaína: lendas, história e abuso. **Revista brasileira de psiquiatria**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 96-99, jun. 2001.

FERIGOLO, Maristela et al. Drug use prevalence at FEBEM, Porto Alegre. **Revista brasileira de psiquiatria**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 10-16, mar. 2004.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Centro de Informação Científica e Tecnológica. Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas. **Estatística anual de casos de intoxicação e envenenamento**: Brasil, 2008. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/sinitox_novo/media/tab07_brasil_2008.pdf>. Acesso em: 05 dez. 2010.

GALLASSI, A. D.; ELIAS, P. E. M.; ANDRADE, A. G. de. Caracterização do gasto SUS com internações de dependentes de substâncias psicoativas no período de 2000 a 2002 no município de Campinas – SP. **Revista de psiquiatria clínica**, São Paulo, v. 35, supl. 1, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832008000700002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 08 maio 2009.

GALDURÓZ, J. C. F. et al. **V Levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras – 2004**. São Paulo: CEBRID, 2004.

GALDURÓZ, J. C. F.; CAETANO, R. Epidemiologia do uso de álcool no Brasil. **Revista brasileira de psiquiatria**, São Paulo, v. 26, supl. 1, maio 2004.

GARCIA, M. L. T.; LEAL, F. X.; ABREU, C. C. A política antidrogas brasileira: velhos dilemas. **Psicologia & sociedade**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 267-276, maio-ago. 2008.

GOULART, M. S. B. A construção da mudança nas instituições sociais: a reforma psiquiátrica. **Pesquisas e práticas psicossociais**, São João del-Rei, v.1, n. 1, 2006.

GUIMARAES, C. F. et al. Perfil do usuário de crack e fatores relacionados à criminalidade em unidade de internação para desintoxicação no Hospital Psiquiátrico São Pedro de Porto Alegre (RS). **Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 30, n. 2, maio-ago. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010181082008000300005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 set. 2010.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 297-305, jan.-fev. 2009. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100036&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 set. 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/censo2010/dados_divulgados/index.php?uf=53>. Acesso em: 19 dez. 2010.

KOPP, P.; PAREL, V.; FENOGLIO, P. **Lê cout social de l´alcool, du tabac et dès drogues illicites em France, 2000**. Paris: Sante Publique, 2006.

LAURENTI, R.; JORGE, M. H. P.M.; GOTLIEB, S. L. D. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. **Ciência & saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, jan.-mar. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232005000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 out. 2010.

LEMOS, C.; CHAVES, L. D. P.; AZEVEDO, A. L. de C. S. Sistemas de informação hospitalar no âmbito do SUS: revisão integrativa de pesquisas. **Revista eletrônica de enfermagem**, [Goiânia], v. 12, n. 1, p. 177-185, 2010. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/5233/6605>>. Acesso em: 10 nov. 2010.

LESSA, M. A.; BOCHNER, R. Análise das internações hospitalares de crianças menores de um ano relacionadas a intoxicações e efeitos adversos de medicamentos no Brasil. **Revista brasileira de epidemiologia**, v. 11, n. 4, p. 660-674, dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415790X2008000400013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 jan. 2011.

LEYTON, Vilma. Álcool em vítimas fatais de acidentes de trânsito. **DireitoNet**. [S. l.], 10 mai. 2002. Disponível em: <<http://www.direitonet.com.br/artigos/exibir/678/Alcool-em-vitimas-2002>>. Acesso em: 12 maio 2009.

LIMA, M. G. **Avanços e recuos da reforma psiquiátrica no Distrito Federal**: um estudo do Hospital São Vicente de Paulo. 2002. 184 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

LUCE B. R. *et al.* Estimating Costs in Cost-Effectiveness Analysis. In: **Cost-Effectiveness in Health and Medicine**. New York: Oxford University Press, 1996.

LUZIO, C. A.; L'ABBATE, S. A reforma psiquiátrica brasileira: aspectos históricos e técnico-assistenciais das experiências de São Paulo, Santos e Campinas. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 10, n. 20, p. 281-298, 2006.

LUZIO, C. A; YASUI, S. Beyond the governmental decrees: the challenges of mental health policy. **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 15, n. 1, jan.-mar. 2010.

MACHADO, A. L.; COLVERO, L. A. Unidades de internação psiquiátrica em hospitais gerais: espaços de cuidados e a atuação da equipe de enfermagem. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 5, p. 672-677, set.-out. 2003.

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. **História, ciências, saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 14 n, 3, jul.-set. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010459702007000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 Jan. 2011.

MACHADO, D. M. **A desconstrução do manicômio interno como determinante para a inclusão social da pessoa em sofrimento mental**. 2006. 173 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2006.

MALTA, Monica. et al. HIV/AIDS risk among female sex workers who use crack in Southern Brazil. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 830-837, out. 2008.

MARQUES, A. C. P. R.; CRUZ, M. S. O adolescente e o uso de drogas. **Revista brasileira de psiquiatria**, São Paulo, v. 22, supl. 2, p. 32-36, dez. 2010.

MARTINS, M. C; PILLON, S. C. Relationship between first-time drug use and first offense among adolescents in conflict with the law. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 1112-1120, maio 2008.

MELIONE, L. P. R.; MELLO-JORGE, M. H. Gastos do Sistema Único de Saúde com internações por causas externas em São José dos Campos, São Paulo, Brasil. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1814-1824, ago. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2008000800010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 ago. 2010.

MELIONE, L. P. R. **Morbidade hospitalar por causas externas no Sistema Único de Saúde em São José dos Campos, SP**. 2006. 153 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Departamento de Epidemiologia, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

MENDES, I. A. C.; LUIS, M. A. V. Uso de substâncias psicoativas, um novo velho desafio. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. especial, p. 299-300, mar.-abr. 2004.

MESQUITA, F. et al. Overdoses among cocaine users in Brazil. **Addiction**, v. 96, n. 12, p. 1809-1813, dez. 2001.

MINAYO, M. C. de S.; DESLANDES, S. F. A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 35-42, jan.-mar. 1998.

MIRANDA, C. A.de; TARASCONI, C. V.; SCORTEGAGNA, S. A. Estudo epidêmico dos transtornos mentais. **Avaliação psicológica**, Porto Alegre, v. 7, n. 2, p. 249-257, ago. 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167704712008000200015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 01 jan. 2011.

MORAES, E. et al. Conceitos introdutórios de economia da saúde e o impacto social do abuso de álcool. **Revista brasileira de psiquiatria**, v. 28, n. 4, p. 321-325, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462006000400014&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 01 jan. 2011.

MORAES, Maristela. Integral healthcare model for treating problems caused by alcohol and other drugs: perceptions of users, their companions and practitioners. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 121-133, jan.-fev 2008.

NAPPO, S.; NOTO, A. R. Anfetaminas e análogos. In: SEIBEL, S. D.; TOSCANO JÚNIOR, A. **Dependência de drogas**. São Paulo: Atheneu, 2001.

NEDEL, F. B.; ROCHA, M.; PEREIRA, J. Anos de vida perdidos por mortalidade: um dos componentes da carga de doenças. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 33, n. 5, p.461-469, out. 1999.

NICASTRI, S. et al. Prevalência e padrão de uso de tabaco e outras drogas (exceto álcool): estimativa de abuso e dependência. In: BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **I Levantamento nacional sobre o uso de álcool, tabaco e outras drogas entre universitários das 27 capitais brasileiras**. Brasília, DF, 2010. cap. 2.

NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. **Alcohol Alert**, [Bethesda], n. 38, USA, 1997.

NOTO, A. R. et al. Internações por transtornos mentais e de comportamento decorrentes de substâncias psicoativas: um estudo epidemiológico nacional do período de 1988 a 1999. **Jornal brasileiro de psiquiatria**, v. 51, n. 2, p.113-121, mar.-abr. 2002.

OLIVEIRA, A. G. B. de. Trabalho e cuidado no contexto da atenção psicossocial: algumas reflexões. **Escola Anna Nery Revista de enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 694-702, dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452006000400011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 jan. 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10 – Critérios diagnósticos para pesquisa**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998.

_____. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001: saúde mental: nova concepção, nova esperança**. [S. l.], 2001.

_____. **World report on road traffic injury prevention**. Genebra, 2004.

PAVIANI, Aldo. Brasília no contexto local e regional: urbanização e crise. **Revista Território**, Brasília, DF, ano VII, n. 11, 12, 13, p. 63-76, set.-out. 2003.

PEREIRA, M. O. **Análise da política do Ministério da Saúde do Brasil para a atenção integral dos usuários de álcool e outras drogas**. 2009. 278 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

PEIXOTO, S. V. et al. Custo das internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e serviços de saúde**, Brasília, DF, v. 13, n. 4, p. 239-246, dez. 2004.

PORTO JÚNIOR, S. da S. et al. Impacto econômico dos acidentes de trânsito relacionados ao uso de substâncias psicoativas. In: PECHANSKY, F.; DUARTE, P. do C. A.; DE BONI, R. B. (Org.). **Uso de bebidas alcoólicas e outras drogas nas rodovias brasileiras e outros estudos**. Porto Alegre: SENAD, 2010. 121 p.

PRIULI, R. M.; MORAES, M. S. de. Adolescentes em conflito com a lei. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 5, p.1185-1192, set.-out. 2007.

PULCHERIO, G.; SPAGNOLI, R. Crack. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 53, n. 1, p. 100-101, 2009. Disponível em: <http://www.amrigs.org.br/revista/53-01/25-carta-ao-editor_CRACK.pdf>. Acesso em 12 nov. 2010.

RESTREPO, C. S. et al. Cardiovascular complications of cocaine: Imaging findings. **Emergency radiology**, v. 16, n. 1, p. 11-19, jan. 2009.

RIBEIRO, M. Organização de serviços para o tratamento da dependência do álcool. **Revista brasileira de psiquiatria**, São Paulo, v. 26, supl. 1, maio 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462004000500015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 rev. 2011.

SANTIAGO, M. A. **Panorama da Saúde Mental Pública no Distrito Federal de 1987 a 2007**: um estudo exploratório sobre a reforma psiquiátrica no DF. 2009. 201 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) – Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2009.

SEIBEL, S. D.; TOSCANO JÚNIOR, A. **Dependência de Drogas**. São Paulo: Atheneu, 2004.

SINGLE, E. et al. **International guidelines for estimating the costs of substance abuse**. 2nd ed. Geneva: World Health Organization, 2003.

SILVA, J. P. da; BARROS, S. O Farmacodependente e suas Percepções sobre a Internação Psiquiátrica. **Ciência, cuidado e saúde**, Maringá, v. 5, n. 1), p. 32-40, jan.-abr. 2006.

SILVA, H. L. R. da. **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.

SOUSA, F. S. P.; OLIVEIRA, E. N. Characterization of admission of chemical-dependents in a Psychiatric Admission Unit of the General Hospital. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 671-677, maio 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000300009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 jan. 2011.

SOUZA, J. C.; SOUZA, N.; CAETANO, D. Tempo médio de hospitalização em um hospital psiquiátrico de Campo Grande, Mato Grosso do Sul. **Jornal brasileiro de psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 1, p. 13-18, jan.-mar. 2005.

SOUZA, E. R. de; MINAYO, M. C. de S.; FRANCO, L. G. Avaliação do processo de implantação e implementação do Programa de Redução da Morbimortalidade por

Acidentes de Trânsito. **Epidemiologia e serviços de saúde**, Brasília, DF, v. 16, n. 1, p. 19-31, mar. 2007.

SOUZA, J. C.; SOUZA, N.; MAGNA, L. A. Tempo médio de hospitalização e categorias diagnósticas em hospital psiquiátrico. **Jornal brasileiro de psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 2, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852008000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 jan. 2011.

STRAUCH, E. S. et al. Uso de álcool por adolescentes: estudo de base populacional. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 647-655, ago. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102009000400011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 31 nov. 2010.

TENÓRIO, F. A Reforma Psiquiátrica Brasileira, da Década de 1980 aos Dias Atuais: História e Conceitos. **História, ciências, saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, vol. 9, n. 1, p. 25-29, jan.-abr. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702002000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 set. 2010.

TONDOWSKI, C. S. **Padrões Multigeracionais de Violência Familiar Associada ao Abuso de Bebidas Alcoólicas**: um estudo com genograma. 2008. 96 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2008.

VIACAVA, Francisco. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 607-621, 2002.

VIEIRA FILHO, N. G.; NOBREGA, S. M. da. A atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 9, n. 2, p. 373-379, maio-ago. 2004.

WAGNER, G. A.; ANDRADE, A. G. de. Uso de álcool, tabaco e outras drogas entre estudantes universitários brasileiros. **Revista de psiquiatria clínica**, São Paulo, v. 35, supl. 1, p. 48-54, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832008000700011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 04 set. 2010.

ZALUAR, A. **Integração perversa**: pobreza e tráfico de drogas. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2004.