



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU**

MARIA RITA SIMÕES NABI

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO USUÁRIO DO SERVIÇO DE
ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA POR
TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS NA CIDADE DE BAURU**

**BOTUCATU
2012**

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU**

MARIA RITA SIMÕES NABI

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO USUÁRIO DO SERVIÇO DE
ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA POR
TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS NA CIDADE DE BAURU**

BOTUCATU

2012

MARIA RITA SIMÕES NABI

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO USUÁRIO DO SERVIÇO DE
ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA POR
TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS NA CIDADE DE BAURU**

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem da Universidade
Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”
Campus de Botucatu para a obtenção do título
de Mestre em Enfermagem.**

**Prof. Dr. José Eduardo Corrente
Orientador**

**Prof.^a Dr.^a Silvia Cristina Mangini Bocchi
Coorientadora**

BOTUCATU

2012

Autorizo a reprodução e divulgação total e parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO DE AQUIS. E TRAT. DA INFORMAÇÃO
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: **SULAMITA SELMA CLEMENTE COLNAGO**

Nabi, Maria Rita Simões.

Perfil epidemiológico do usuário do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência por transtornos psiquiátricos na cidade de Bauru / Maria Rita Simões Nabi. – Botucatu : [s.n.], 2012

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: José Eduardo Corrente

Coorientador: Silvia Cristina Mangini Bocchi

Capes: 40400000

1.Hospitais – Serviços de emergência. 2. Hospitais psiquiátricos – Pacientes. 3. Emergências psiquiátricas.

Palavras-chave: Alcoolismo; Epilepsia; Saúde mental; Serviços médicos de emergência; Serviços de emergência psiquiátrica; Sistema médico de emergência; Transtornos relacionados ao uso de substâncias.



Dedicatória

Dedico este trabalho

A todas as pessoas que de forma direta ou indireta apoiaram seu desenvolvimento.

Aos meus Pais Claudio e Durvalina, que sempre apoiaram minhas iniciativas e comemoraram minhas conquistas, em especial a minha mãe, mulher de fibra, guerreira, abençoada e de grande fé, a qual me mostrou sempre o melhor caminho a seguir, ensinando-me que, para vencer, tenho que lutar.

Às minhas irmãs Gleice e Glaucia e aos meus sobrinhos queridos Ana Claudia, João Pedro, Alícia, Ana Júlia e Fernando, pela atenção, carinho e dedicação. Pessoas brilhantes que sempre estão ao meu lado.

*Ao meu noivo Guilherme pelo amor, amizade, companheirismo e compreensão.
É nele que encontro forças para continuar, mesmo quando penso em desistir.*



Agradecimientos

Agradeço ...

A todos aqueles que deram sua contribuição para que esta dissertação fosse realizada.

Ao Senhor meu Deus, Pai Eterno. Somente Tu podes fazer-nos melhores. Atende às nossas necessidades, confirma nossas esperanças e ouve nossas preces. Obrigada por mais esta dádiva.

Aos meus familiares, amigos e colegas de trabalho, que me apoiaram e souberam compreender minha ausência, sempre dispostos a ouvir as alegrias e angústias de cada etapa.

Às amigas: Ana Maria, Laudicéia, Priscila e Simone, pelo companheirismo nos momentos de viagem. Ora com sol, ora com chuva, passamos juntas esse período, fazendo nossas orações.

Ao amigo de trabalho Paulo Lucio, que colaborou imensamente na coleta dos dados.

Aos amigos de classe, que infinitamente contribuíram para meu crescimento pessoal e profissional com suas experiências profissionais e lições de vida.

Ao orientador Prof. Dr. José Eduardo, pelo apoio e atenção prestada durante este período.

À Prof.^a Dr.^a Magda Cristina Queiroz Dell'Acqua, pelas pertinentes sugestões no Exame Geral de Qualificação, que com todo seu carinho, conhecimento e experiência contribuiu para o aprimoramento deste estudo.

À Prof.^a Dr.^a Silvia Cristina Mangini Bocchi, pelas sugestões no Exame Geral de Qualificação e por ter permanecido como coorientadora neste estudo, que com gentileza, sabedoria e muita dedicação contribuiu infinitamente com esta realização. Sem palavras para agradecer tudo o que fez por mim!

Aos professores do Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu – Universidade Estadual Paulista – UNESP, pela competência e oportunidade de nos fazer crescer.

À professora Carolina B. S. Marques, pela revisão ortográfica e adequação do texto, que se demonstrou extremamente atenciosa.

Às secretárias do Departamento de Enfermagem Aline e Manuela, pelas dicas e paciência durante o curso.

Ao Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu – Universidade Estadual Paulista – UNESP, por dar-me a oportunidade de concluir esta etapa.

A vocês, meu sincero agradecimento.



Epígrafe

*Lute com determinação,
Abrace a vida com paixão,
Perca com classe e
Vença com ousadia.
Porque o mundo pertence a quem se atreve
E a vida é muito para ser insignificante.*

Charles Chaplin



Resumo

Nabi MRS. Perfil epidemiológico do usuário do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência por transtornos psiquiátricos na cidade de Bauru [dissertação]. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista; 2012.

RESUMO

Estudo epidemiológico retrospectivo, descritivo, com o objetivo de caracterizar o perfil dos atendimentos por transtornos psiquiátricos realizados pelas equipes do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU-192 –, no período de junho a dezembro de 2010, na cidade de Bauru. Utilizaram-se como fontes de dados os registros de informações do Sistema SR SAMU, Versão 3.2, assim como do Serviço Social do Pronto-Socorro Municipal Central (PSMC). Foram avaliadas 18.246 fichas de atendimentos, sendo 2.106 (12%) categorizadas como transtornos psiquiátricos. Preponderaram os episódios convulsivos (39,2%), seguidos pelo abuso de álcool (14,6%) e de drogas (6,7%). Houve 269 internações psiquiátricas em hospitais referenciados. Realizaram-se comparações entre os episódios avaliados considerando-se o sexo e a faixa etária, por meio de testes de diferença de proporções, com a adoção de um nível de significância de 5% ou do p-valor correspondente. Em relação ao sexo, ocorreu diferença significativa ($p < 0,0001$) no atendimento de homens por abuso de álcool (78,3%) e outros tipos de drogas (78,7%), assim como para episódios convulsivos (75,1%) e agitação psicomotora (63,6%), enquanto para as mulheres isso ocorreu em relação à crise conversiva (85,7%) e de ansiedade (77,4%). Os homens (66,0%) superaram as mulheres (34%) na demanda pelos atendimentos do SAMU por abusarem três vezes mais do álcool e de drogas quando comparados a elas. Houve significância ($p < 0,0001$) entre faixas etárias e demandas por atendimentos relacionadas a: abuso de álcool, abuso de drogas, agitação psicomotora, ansiedade, crise conversiva, depressão, surto psicótico, tentativa de suicídio, intoxicação exógena, convulsão e outros problemas psiquiátricos. Verificou-se que as faixas etárias de 20 a 29 (23,5%), 30 a 39 (25,6%) e 40 a 49 (18,9%) anos reuniram 68,0% dos atendimentos, sendo que a de 30 a 39 anos foi a que sobressaiu nos chamados (25,6%), superando as demais por: abuso de álcool (22,5%), agitação psicomotora (30%), surto psicótico (26,5%) e convulsão (25,8%). Em segundo lugar, a de 20 a 29 anos, com 23,5% dos atendimentos, liderados por abuso de drogas (53,7%), tentativa de suicídio (36,1%) e intoxicação exógena (31,1%). Na terceira posição, a faixa etária de 40 a 49 anos respondeu por 18,9% das chamadas pelo serviço, principalmente por depressão (30,2%), ansiedade (24,5%) e outros problemas psiquiátricos (24,7%). Dentre os atendimentos, destacou-se a convulsão, com 555 chamados,

perfazendo 36,1% do total de atendimentos, mais frequentes nas faixas etárias de 20 a 29, 30 a 39 e 40 a 49 anos, justamente naquelas em que preponderaram os chamados por abuso de drogas e álcool. Os indivíduos de 10 a 19 anos abusam precocemente do álcool (14,1%) e de outras drogas (12,8%), assim como se percebeu descenso de atendimentos por transtornos psiquiátricos à medida que a população envelhece. Concluiu-se que, para o usuário do SAMU no município de Bauru, predominou o perfil epidemiológico de um indivíduo do sexo masculino, em idade economicamente produtiva, entre 20 e 49 anos, preponderando a faixa etária de 30 a 39 anos, com episódios convulsivos decorrentes, provavelmente, do abuso de álcool e de outros tipos de drogas.

Descritores: Serviços Médicos de Emergência; Sistema Médico de Emergência; Serviços de Emergência Psiquiátrica; Alcoolismo; Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias; Epilepsia; Saúde Mental.



Abstract

Nabi MRS. Epidemiological profile of users of the Mobile Urgent Care Service due to psychiatric disorders in the city of Bauru [thesis]. Botucatu: Botucatu School of Medicine, Univ Estadual Paulista; 2012.

ABSTRACT

This is an epidemiological, retrospective, descriptive study aiming at characterizing the profile of care provision due to psychiatric disorders by the teams of the Mobile Urgent Care Service - SAMU-192 from June to December 2010 in the city of Bauru. The records of information from the SR SAMU System, Version 3.2, and from the Social Service of the Central Municipal Emergency Hospital (PSMC) were used as data sources. Eighteen thousand, two hundred and forty-six care provision forms were evaluated. Of these, 2,106 (12%) were categorized as psychiatric disorders. Convulsive episodes (39.2%) predominated, followed by alcohol (14.6%) and drug (6.7%) abuse. There were 269 psychiatric hospitalizations in referral hospitals. Comparisons were made between the evaluated episodes by taking into account gender and age range by means of difference in proportions tests and by adopting a level of significant of 5% or the corresponding p-value. As regards gender, a significant difference was observed ($p < 0.0001$) for care provision to males due to abuse of alcohol (78.3%) and other drugs (78.7%) as well as to convulsive episodes (75.1%) and psychomotor agitation (63.6%), whereas for females, it was due to conversion disorders (85.7%) and anxiety (77.4%) crises. Males (66.0%) surpassed females (34%) in the demand for SAMU care as a result of threefold alcohol and drug abuse when compared to the latter. Significance was observed ($p < 0.0001$) between the age ranges and demand for care related to: alcohol abuse, drug abuse, psychomotor agitation, anxiety, conversion disorder, depression, psychotic outbreaks, suicide attempts, exogenous intoxication, convulsion and other psychiatric problems. It was observed that the age ranges from 20 to 29 (23.5%), 30 to 39 (25.6%) and 40 to 49 (18.9%) years accounted for 68.0% of the care provision cases, and the age range from 30 to 39 was noteworthy regarding the number of calls (25.6%), as it surpassed the others due to: alcohol abuse (22.5%), psychomotor agitation (30%), psychotic outbreaks (26.5%) and convulsion (25.8%). The age range from 20 to 29 years was second, with 23.5% of the care provision cases, led by drug abuse (53.7%), suicide attempts (36.1%) and exogenous intoxication (31.1%). Thirdly, the age range from 40 to 49 years accounted for 18.9% of the calls for the service,

especially due to depression (30.2%), anxiety (24.5%) and other psychiatric problems (24.7%). Among the care provision cases, convulsion was noteworthy with 555 calls, corresponding to 36.1% of the total of the most frequent care provision episodes at the age ranges from 20 to 29, 30 to 39 and 40 to 49, exactly in those where calls due to drug and alcohol abuse predominated. The individuals from 10 to 19 years abused alcohol (14.1%) and other drugs (12.8%) at an earlier age, and the number of care provision cases due to psychiatric disorders decreased as the population aged. It was concluded that the prevailing epidemiological profile of SAMU users in the city of Bauru was that of male individuals at an economically productive age from 20 to 49 years and that the age range from 30 to 39 years with convulsive episodes probably resulting from the abuse of alcohol and other drug types predominated.

Key words: Emergency Medical Services; Emergency Medical System; Psychiatric Emergency Services; Alcoholism; Disorders Related to Substance Use; Epilepsy; Mental Health.



Resumen

Nabi MRS. Perfil epidemiológico del usuario del servicio de Atención Móvil de Urgencia por trastornos psiquiátricos en la ciudad de Bauru [disertación]. Botucatu: Facultad de Medicina de Botucatu, Universidad del Estado de São Paulo; 2012.

RESUMEN

Este es un estudio epidemiológico retrospectivo, descriptivo para caracterizar el perfil de la atención por trastornos psiquiátricos, realizada por los equipos del Servicio de Atención Móvil de Urgencia - SAMU-192, de junio a diciembre de 2010, en la ciudad de Bauru, según las variables: número de atenciones, sexo, grupo de edad y número de internaciones psiquiátricas de usuarios entre 10 y 89 años y sus correlaciones. Se utilizaron como fuentes de datos el Servicio de Información del SAMU (Sistema SR SAMU, Versión 3.2) y los registros de internaciones psiquiátricas del Servicio Social de Urgencias Municipales Centrales (PSMC), realizadas con ambulancia Tipo A del municipio. Se encontraron 18.246 atenciones, de las cuales 2.106 (12 %) se categorizaron como trastornos psiquiátricos. Preponderaron los episodios convulsivos (39,2 %), seguidos por el abuso de alcohol (14,6 %) y de drogas (6,7 %), con 269 internaciones psiquiátricas en hospitales de referencia. Se utilizó el Programa Estadístico R para realizar las pruebas de significancia de 5 % o p-valor correspondiente. Hubo asociación significativa ($p < 0,0001$) para atenciones de hombres por abuso de alcohol (78,3 %) y otros tipos de drogas (78,7 %), bien como para episodios convulsivos (75,1 %) y agitación psicomotora (63,6 %), mientras las mujeres por crisis conversiva (85,7 %) y de ansiedad (77,4 %). Los hombres (66,0 %) superaron a las mujeres (34 %) en la demanda por atención del SAMU, por abusar tres veces más del alcohol y de drogas en comparación con ellas. Hubo significancia ($p < 0,0001$) entre grupos de edad y demandas por atención relacionada con abuso de alcohol, abuso de drogas, agitación psicomotora, ansiedad, crisis conversiva, depresión, brote psicótico, intento de suicidio, intoxicación exógena, convulsión y otros problemas psiquiátricos. Se notó que los grupos de edad de 20 a 29 (23,5 %), 30 a 39 (25,6 %) y 40 a 49 (18,9 %) años reunieron 68,0 % de las atenciones y el de 30 a 39 años fue el que sobresalió en las llamadas (25,6 %), superando las demás por abuso de alcohol (22,5 %), agitación psicomotora (30 %), brote psicótico (26,5 %) y convulsión (25,8 %). En segundo, la de 20 a 29 años, con 23,5 % de las atenciones, lideradas por abuso de drogas (53,7 %), intento de suicidio (36,1 %) e intoxicación exógena (31,1 %). En tercero, el grupo de edad de 40 a 49 años respondió por 18,9 % de las llamadas al servicio, sobre todo por depresión (30,2 %), ansiedad (24,5 %) y otros problemas psiquiátricos (24,7 %). Entre las atenciones

destacó la convulsión, con 555 llamadas, que totalizó el 36,1 % del total de atenciones, más frecuentes en los grupos de edad 20 a 29, 30 a 39 y 40 a 49, justamente en los que preponderaron las llamadas por abuso de drogas y del alcohol. Los individuos de 10 a 19 años abusan precozmente del alcohol (14,1 %) y de otras drogas (12,8 %). Asimismo se notó un descenso de atenciones por trastornos psiquiátricos a medida que la población envejece. La dificultad de acceso a registros sistematizados de las admisiones de usuarios en hospitales psiquiátricos de referencia imposibilitó que se hicieran correlaciones con las atenciones. Se concluyó que el perfil epidemiológico de que el usuario predominante del SAMU, la ciudad de Bauru, en los años de sexo masculino, económicamente productivos, entre los 20 y los 49 años, principalmente el grupo de edad 30-39 años, con crisis como resultado de propensas a abusar del alcohol y otras drogas.

Descriptores: Servicios Médicos de Emergencia; Sistema Médico de Emergencia; Servicios de Emergencia Psiquiátrica; Alcoholismo; Trastornos Relacionados con el Uso de Sustancias; Epilepsia; Salud Mental.



Lista de Abreviaturas e Siglas

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACLS: Advanced Cardiac Life Support.

AMSM: Ambulatório Municipal de Saúde Mental.

APH: Atendimento Pré-Hospitalar.

ATLS: Advanced Trauma Life Support.

BLS: Basic Life Support.

CAPS: Centro de Apoio Psicossocial.

CAPS – AD: Centro de Apoio Psicossocial Álcool e Drogas.

CAPS i: Centro de Apoio Psicossocial Infante-Juvenil.

CGUE: Coordenação Geral de Urgência e Emergência.

DAE: Departamento de Atenção Especializada.

DUUPA: Departamento de Urgência e Unidades de Pronto Atendimento.

GM: Gabinete do Ministério.

HAOC: Hospital Alemão Oswaldo Cruz.

MS: Ministério da Saúde.

OPAS: Organização Pan-Americana de Saúde.

PALS: Pediatric Advanced Life Support.

PSF: Programa Saúde da Família.

PSMC: Pronto-Socorro Municipal Central.

Quali SUS: Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência no Sistema Único de Saúde.

RBCE: Rede Brasileira de Cooperação em Emergências.

SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

SAS: Secretaria de Atenção à Saúde.

SE: Sala de Estabilização.

SRT: Serviço de Residência Terapêutica.

UBS: Unidade Básica de Saúde.

UPA: Unidade de Pronto Atendimento.

USA: Unidade de Suporte Avançado.

USB: Unidade de Suporte Básico.

UTI: Unidade de Terapia Intensiva.



Lista de Tabelas

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Portarias federais que estabelecem normas legais da Política Nacional de Urgências e do Serviço de Atendimento Móvel às Urgências no Brasil de 1998 a 2006	23
Tabela 2 – Portarias federais que estabelecem normas legais da Política Nacional de Urgências e do Serviço de Atendimento Móvel às Urgências no Brasil de 2007 a setembro de 2011	24
Tabela 3 – Portarias federais que estabelecem normas legais da Política Nacional de Urgências e do Serviço de Atendimento Móvel às Urgências no Brasil em outubro e novembro de 2011	25
Tabela 4 – Motivos psiquiátricos registrados nas fichas de atendimento do SAMU que levaram os usuários da cidade de Bauru a acionarem o serviço. Junho a dezembro de 2010..	40
Tabela 5 – Pacientes atendidos pelo SAMU que necessitaram de internação psiquiátrica, distribuídos de junho a dezembro de 2010	41
Tabela 6 – Associações entre os motivos psiquiátricos registrados nas fichas de atendimentos do SAMU e o sexo dos usuários que acionaram o serviço no município de Bauru. Junho a dezembro de 2010.....	42
Tabela 7 – Associações entre motivos psiquiátricos, outros problemas de saúde registrados nas fichas de atendimentos do SAMU, e faixa etária dos usuários que acionaram o serviço no município de Bauru. Junho a dezembro de 2010.....	43



Lista de Figuras

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Ambulância voadora de “Larrey”, 1792	18
Figura 2 – Ambulância de São Paulo, 1911	19
Figura 3 – Rede de Atenção à Saúde Mental	29
Figura 4 – Número de motivos registrados nas fichas de atendimento do SAMU que levaram os usuários do município de Bauru a acionarem o serviço, segundo a faixa etária. Junho a dezembro de 2010.....	44
Figura 5 – Média mensal do número de pacientes atendidos pelas unidades substitutivas no período de junho a dezembro de 2010.....	46



Sumário

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
1.1	MOTIVAÇÃO PARA O ESTUDO	17
1.2	DISCURSO DA LITERATURA	18
1.2.1	Histórico do atendimento pré-hospitalar e da atenção às urgências no Brasil	18
2	DELINEAMENTO DO PROBLEMA, OBJETIVOS E JUSTIFICATIVA.....	34
2.1	PROBLEMA	35
2.2	OBJETIVO GERAL E ESPECÍFICOS	35
3	MATERIAL E MÉTODO	36
3.1	DESENHO DO ESTUDO E FONTE DE DADOS	37
3.2	PROCEDIMENTOS ÉTICOS	38
3.3	ANÁLISE ESTATÍSTICA	38
4	RESULTADOS.....	39
5	DISCUSSÃO.....	47
6	CONCLUSÕES	54
	REFERÊNCIAS	57
	ANEXOS	65



Capítulo 1.

Introdução

1.1 MOTIVAÇÕES PARA O ESTUDO

Minha trajetória profissional iniciou-se em 2004, logo após concluir o curso de graduação em enfermagem, com a oportunidade de trabalhar na área de Saúde Pública, especificamente em UBS. Em seguida, fui convidada a atuar na Divisão de Saúde Mental com a missão de iniciar o processo de SRT, programa responsável por assistir pacientes com diagnóstico psiquiátrico crônico, egressos de longos períodos de internação em hospitais psiquiátricos e que não possuem vínculos familiares. Nesse serviço, permaneci por três anos, quando passei a respeitar essas pessoas e a entender seus sofrimentos e suas dificuldades. Os desafios foram muito além da assistência de enfermagem, pois demandavam dedicação intensa dos membros da equipe multidisciplinar para que os pacientes permanecessem estabilizados com vistas a reinseri-los na sociedade. Este talvez tenha sido o maior desafio de toda minha experiência profissional, em que por vezes necessitamos acionar o SAMU, quando a equipe deparava-se com dificuldade para alcançar a estabilização nos casos de pacientes em crise aguda da doença.

Após atuar no SRT, por compatibilidade e buscando novas perspectivas e aprendizado, já que havia me especializado em UTI, iniciei minhas atividades na Divisão de Urgência e Emergência, onde permaneço até o momento, atuando no SAMU como enfermeira intervencionista em USA.

Nesse serviço, tenho atendido, diariamente, as solicitações relacionadas a diversos motivos de cunho psiquiátrico, incluindo outros casos envolvendo crise convulsiva e intoxicação exógena. Esse fato despertou-me para a necessidade de caracterizar essa população quanto à idade, sexo e o motivo que levou os usuários a acionarem o serviço de urgência, assim como a incidência de internações psiquiátricas durante o mesmo período, com a observação de possibilidades alternativas de tratamento substitutivo junto à Divisão de Saúde Mental no município de Bauru.

Motivada para a realização desta pesquisa, agora já cursando o Mestrado Profissional em Enfermagem, busquei, em primeiro lugar, aprofundar-me no conhecimento já produzido sobre o objeto de estudo.

1.2 DISCURSO DA LITERATURA

1.2.1 Histórico do atendimento pré-hospitalar e da atenção às urgências no Brasil

A relação do atendimento pré-hospitalar com a ambulância é intrínseca, pois está ligada à ideia de atendimento extra-hospitalar, com deslocamento de equipe e recursos materiais até a vítima.

Em 1792, Dominique Larrey, cirurgião da Grande Armada de Napoleão, utilizava um veículo puxado por cavalo para levar o atendimento precoce aos acometidos em combate ainda no campo de batalha, observando assim o aumento das chances de sobrevivência (Figura 1)⁽¹⁻²⁾.

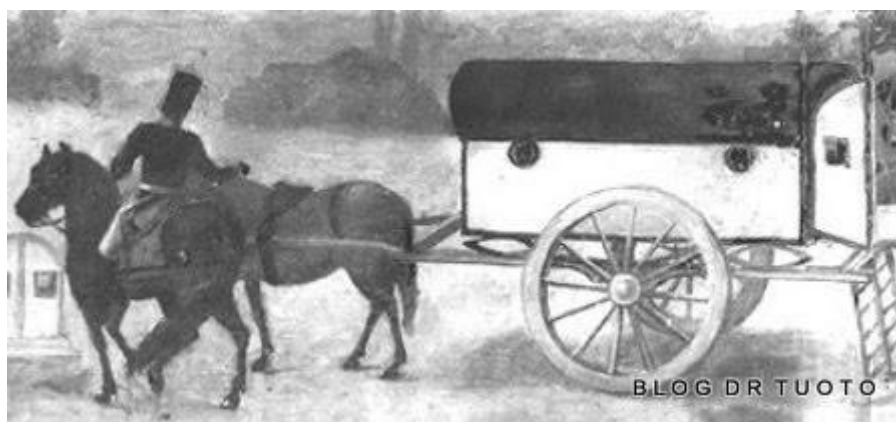


Figura 1. Ambulância “voadora” de Larrey, 1792⁽²⁾.

No Brasil, e também no mundo, o APH tem um histórico ligado à instituição militar. O registro de que se tem notícia no Brasil é de 1899, quando o Corpo de Bombeiros do Rio de Janeiro (capital do país na época) colocou em serviço uma ambulância de tração animal para realizar o atendimento no ambiente fora do hospital⁽³⁾.

Em 1911, por meio da Secretaria da Justiça e Segurança Pública de São Paulo, foi adquirido um automóvel ambulância pela polícia de São Paulo⁽⁴⁾. Disposta em Figura 2, a edição de 10 de maio de 1911 do jornal *O Estado de São Paulo* mostrava quais eram as melhorias reservadas ao Corpo de Bombeiros.



Figura 2. Ambulância em São Paulo, 1911⁽⁴⁾.

Em 1949, outro marco histórico no Brasil foi a criação do Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência, o “SAMDU”, em São Paulo. O “SAMDU”, órgão da Secretaria Municipal de Higiene (Prefeitura de São Paulo), é considerado, do ponto de vista histórico, como o primeiro serviço implantado com caráter de atenção pré-hospitalar no Brasil. Seu objetivo era prestar assistência médica a distância, com o médico ou acadêmico de medicina tripulando a ambulância e coordenando a equipe até a residência do cliente. Por uma série de motivos, incluindo a falta de regulação médica às urgências, esse serviço foi desativado progressivamente. Destaca-se que o serviço estava ligado a um órgão civil (área da saúde), e não militar^(3,5).

Em 1976, foi registrada outra iniciativa, na área privada, pioneira no atendimento pré-hospitalar, que foi a implantação de um Sistema de Ajuda ao Usuário nas rodovias pela empresa Desenvolvimento Rodoviário S.A. (DERSA). O Sistema de Ajuda ao Usuário tinha como característica o posicionamento de uma ambulância tripulada por um motorista, com a presença de um atendente de primeiros socorros, a cada 30 km de rodovia, durante as vinte e quatro horas de todos os dias do ano. A supervisão, o treinamento em serviço e o treinamento periódico eram realizados por médicos, e o serviço era mantido com arrecadação dos pedágios e recursos da Previdência Social, o antigo INAMPS⁽³⁾.

No município de São Paulo, a Secretaria Municipal de Saúde, na década de 80, já contava com um serviço telefônico com o número “192” para chamar as “ambulâncias”. Esse serviço, nesse período, estava mais ligado à remoção de pacientes inter-hospitalares e domiciliares do que a atendimentos às vítimas⁽³⁾.

Em 1986, a origem do PROJETO RESGATE iniciou-se como o envio, pela Polícia Militar do Estado de São Paulo, de quatro oficiais bombeiros e um da Defesa Civil à cidade

de Chicago, nos EUA, para a realização de um Curso de Técnicos em Emergências Médicas. A ideia trazida de lá pelos cinco oficiais possibilitou a criação da Comissão de Atendimento Médico às Emergências do Estado de São Paulo (CAMEESP), em 1987, que apresentou proposta para a criação de um projeto-piloto de atendimento pré-hospitalar denominado PROJETO RESGATE, cuja operacionalização teve início em 1990, na Grande São Paulo e em catorze municípios do estado de São Paulo⁽⁶⁾.

Em decorrência, o APH no Brasil teve influência, nessa primeira fase (até a década de 90), do modelo internacional norte-americano denominado Serviços de Emergência Médica – *Emergency Medical Services* (EMS).

Em 1995, em Porto Alegre/RS, ocorreu um importante marco na construção da história do APH no Brasil, quando se realizou o I Simpósio Internacional de Atenção às Urgências Pré-Hospitalares com ajuda e cooperação francesa, culminando com a criação da então “REDE 192”, a RBCE⁽⁷⁾.

A RBCE também foi responsável pela manutenção de intercâmbio e missões junto ao SAMU da França durante cinco anos (1995-1999), pois não havia, na ocasião, contraparte interessada no governo brasileiro para o aprofundamento dessa relação. Os nascentes SAMUs brasileiros foram irmanados aos SAMUs franceses⁽⁷⁾.

Na França, foram criadas, em 1955, as primeiras equipes móveis de reanimação, tendo como missão inicial a assistência médica aos pacientes vítimas de acidentes de trânsito e a manutenção da vida dos pacientes submetidos a transferências inter-hospitalares⁽⁸⁾.

A história do SAMU francês iniciou-se nos anos 60, quando os médicos começaram a detectar a desproporção existente entre os meios disponíveis para tratar doentes e feridos nos hospitais e os meios arcaicos do atendimento pré-hospitalar até então existentes⁽⁹⁾. Assim, foi constatada a necessidade de um treinamento adequado das equipes de socorro e a importância da participação médica no local, com o objetivo de aumentar as chances de sobrevivência dos pacientes, partindo-se dos cuidados básicos e avançados essenciais, centrados na reestruturação da ventilação, respiração e circulação adequadas⁽⁸⁾.

A partir dos anos noventa, foram observadas mudanças significativas no atendimento às urgências no Brasil, principalmente pelo aumento da demanda gerada pelos crescentes índices de violência urbana, uso indiscriminado de substâncias psicoativas e acidentes de trânsito, que passaram a ser tratados como problemas de saúde pública. Esse panorama tem justificado iniciativas e investimentos do MS, em parceria com as Secretarias de Saúde dos Estados e Municípios, visando a estruturar, organizar, assegurar e qualificar a atenção às urgências e emergências. Nesse sentido, foram implementadas as seguintes portarias, por

meio do GM/MS: (a) nº 2048, de 05 de novembro de 2002, que institui o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência⁽¹⁰⁾; (b) nº 1.863, de 29 de setembro de 2003, em observância à Política Nacional de Atenção às Urgências, que determina, em seu artigo 3º, a organização de redes loco-regionais de atenção integral às urgências, enquanto elos da cadeia de manutenção da vida, tecendo-as em seus diversos componentes: Pré-Hospitalar Fixo, Pré-Hospitalar Móvel, Hospitalar e Pós-Hospitalar⁽¹¹⁾; (c) nº 1.864, de 29 de setembro de 2003, que institui o componente Pré-Hospitalar Móvel, por meio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência, e os serviços associados de salvamento e resgate, em todo o território nacional, suas Centrais de Regulação Médicas de Urgências, com número único nacional para urgências médicas, 192 (Central SAMU-192), e seus Núcleos de Educação em Urgência⁽¹²⁾.

A implantação do SAMU permitiu o socorro adequado às vítimas, contribuindo para a minimização de sequelas e aumento do prognóstico favorável no atendimento de usuários com demandas clínicas, obstétricas, traumáticas e psiquiátricas⁽¹⁰⁾.

Quanto aos modelos de atendimento, o francês permite o início precoce da terapêutica, fundamental para as emergências clínicas, mas tem sido criticado na atenção ao trauma pelo retardo no transporte para o local definitivo de atendimento⁽¹³⁾. Já o modelo americano, influente internacionalmente, propõe a remoção rápida do paciente do local de atendimento. A intervenção é feita por técnicos em emergências médicas (*Emergency Medical Technician*) e por paramédicos⁽¹³⁾.

A atenção inicial às urgências no Brasil, tal como no modelo franco-germânico, é multidisciplinar, mas a sistematização do conhecimento e das práticas assistenciais das equipes de saúde para o suporte avançado à vida tem sido baseada nos programas anglo-americanos, que, dentre outros, têm o *Advanced Cardiac Life Support (ACLS)*, o *Advanced Trauma Life Support (ATLS)*, o *Pediatric Advanced Life Support (PALS)*, o *Basic Life Support (BLS)* e a especialidade de emergências médicas⁽⁸⁻¹⁴⁾.

No Brasil, parte expressiva da população busca consultas nos prontos-socorros dos hospitais, apesar da ampliação da oferta de serviços de atenção básica desde 1990. Assim, os hospitais ainda são importantes portas de entrada para a assistência médica, o que pode se relacionar a dificuldades no acesso oportuno a serviços básicos, especializados e de apoio diagnóstico. Ademais, o sentido de urgência para o paciente pode não ser o mesmo para profissionais de saúde⁽¹⁵⁾.

A utilização inadequada dos serviços de emergência é prejudicial para os pacientes graves, que precisam de atendimento oportuno, e para os não graves, que, ao buscarem o

atendimento hospitalar, não têm garantido o seguimento. O acesso à atenção básica reduz o uso inapropriado de serviços de emergência apenas se o paciente tiver rápido acesso ao atendimento de urgência na atenção básica⁽¹⁶⁾.

A construção da política federal para atenção às urgências no Brasil envolveu três momentos principais: 1998-2002, primeiras iniciativas de regulamentação; 2003-2008, formulação e implantação da Política Nacional de Atenção às Urgências, com priorização do SAMU, e a partir do final de 2008, continuidades do SAMU e implantação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA)⁽¹⁶⁾.

A seguir, na Tabela 1, encontram-se as principais normas federais relativas à Política Nacional de Urgência e do SAMU publicadas de 1998 a 2006. Na Tabela 2, estão relacionadas as principais normas federais relativas à Política Nacional de Urgência e do SAMU no período de 2007 a setembro de 2011, e, na Tabela 3, as principais normas federais relativas à Política Nacional de Urgência e do SAMU publicadas de outubro a novembro de 2011.

Tabela 1. Portarias federais que estabelecem normas legais da Política Nacional de Urgências e do Serviço de Atendimento Móvel às Urgências no Brasil de 1998 a 2006.

Instrumento/Ano	Conteúdo
Portaria MS/GM 2923/1998	Institui o programa de apoio à implantação dos sistemas estaduais de referência hospitalar para atendimento de urgência e emergência.
Portaria MS/GM 479/1999	Cria mecanismos para implantação dos sistemas estaduais de referência hospitalar em atendimento de urgências e emergências.
Portaria MS/GM 824/1999*	Aprova a normatização de atendimento pré-hospitalar.
Portaria MS/GM 814/2001*	Estabelece conceitos, princípios e diretrizes da regulação médica das urgências. Estabelece a normatização dos Serviços de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel de Urgências já existentes, bem como dos que viessem a ser criados no País.
Portaria MS/GM 2048/2002	Regulamenta o atendimento dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência; estabelece seus princípios e diretrizes; define normas, critérios de funcionamento, classificação e cadastramento dos hospitais de urgência.
Portaria MS/GM 1863/2003	Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências (Pnau), a ser implementada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.
Portaria MS/GM 1864/2003	Institui o componente pré-hospitalar móvel como primeira etapa da Pnau, por intermédio da implantação do Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU), em municípios e regiões de todo o território brasileiro, no âmbito do SUS.
Portaria MS/GM 2072/2003	Institui o Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências e define suas atribuições e responsabilidades.
Decreto Federal 5055/2004	Institui o SAMU em municípios e regiões do território nacional e estabelece o processo de adesão para esse tipo de serviços.
Portaria MS/GM 1828/2004	Institui incentivo financeiro para adequação da área física das Centrais de Regulação Médica de Urgência em estados, municípios e regiões de todo território nacional.
Portaria MS/GM 1927/2004	Estabelece incentivo financeiro aos estados e municípios qualificados pelo Ministério da Saúde já cadastrados com SAMU para a adequação de áreas físicas das Centrais de Regulação Médica de Urgência no território nacional.
Portaria MS/GM 2420/2004	Constitui o Grupo Técnico visando avaliar e recomendar estratégias de intervenção do SUS na abordagem dos episódios de morte súbita.
Portaria MS/GM 2657/2004	Estabelece as atribuições das Centrais de Regulação Médica de Urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais SAMU.
Portaria MS/GM 3125/2006	Institui o Programa QualiSUS e define competências. Estabelece as diretrizes de estruturação e organização da atenção à saúde nas urgências tendo como foco ações nos componentes pré-hospitalar fixo e hospitalar da Rede de Atenção às Urgências.

Fonte: Sistema SaudeLegis. Disponível em:

http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/LEG_NORMA_PESQ_CONSULTA.CFM.

Tabela 2. Portarias federais que estabelecem normas legais da Política Nacional de Urgências e do Serviço de Atendimento Móvel às Urgências no Brasil no período de 2007 a setembro de 2011.

Instrumento/Ano	Conteúdo
Portaria MS/SAS 491/2008	Institui a Câmara de Assessoramento Técnico à CGUE/DAE/SAS/MS, para desenvolvimento de estudos, elaboração de descritivos técnicos e termos de referência, voltados aos editais de aquisição de itens relacionados ao SAMU.
Portaria MS/GM 2922/2008*	Estabelece diretrizes para a organização de redes loco-regionais de atenção integral às urgências. Define conceitos, atribuições e pré-requisitos para a implementação das UPA e SE em locais/unidades estratégicas para a configuração dessas redes.
Portaria MS/GM 2970/2008	Institui diretrizes técnicas e financeiras de fomento à regionalização da Rede Nacional SAMU.
Portaria MS/GM 2971/2008	Institui e implanta o veículo motocicleta - motolância - como integrante da frota de intervenção em toda a Rede SAMU, e define critérios e parâmetros para sua aquisição, utilização, financiamento e custeio.
Portaria MS/GM 2972/2008	Orienta a continuidade do Programa QualiSUS, priorizando a organização e a qualificação de redes loco-regionais de atenção integral às urgências.
Portaria MS/GM 1020/2009	Estabelece diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo - UPA e SE - visando à organização de redes loco-regionais de atenção integral às urgências.
Portaria MS/GM 1600/2011	Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS).
Portaria MS/GM 1601/2011*	Estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências.
Portaria MS/GM 2026/2011*	Aprova as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação Médica das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências.
Portaria MS/GM 2301/2011	Altera os arts. 35 e 40 da Portaria 2026/2011 MS/GM, de 24 de agosto de 2011, que aprova as Diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192).

Fonte: Sistema SaudeLegis. Disponível em:

http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/LEG_NORMA_PESQ_CONSULTA.CFM

Tabela 3. Portarias federais que estabelecem normas legais da Política Nacional de Urgências e do Serviço de Atendimento Móvel às Urgências no Brasil publicadas de outubro a novembro de 2011.

Instrumento/Ano		Conteúdo
Portaria 2338/2011	MS/GM	Estabelece diretrizes e cria mecanismos para a implantação do componente Sala de Estabilização (SE) da Rede de Atenção às Urgências.
Portaria 2648/2011	MS/GM	Redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 (vinte e quatro) horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências.
Portaria 2649/2011	MS/GM	Altera e acresce dispositivos à Portaria nº 2.026/GM/MS, de 24 de agosto de 2011.
Portaria 804/2011	MS/SAS	Identifica no Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES) as Centrais de Regulação Médica das Urgências e as equipes de atendimento das unidades de suporte básico, suporte avançado, atendimento aéreo, ambulância, motolância e veículo de intervenção rápida.
Portaria 2820/2011	MS/GM	Dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para o Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências.
Portaria 2821/2011	MS/GM	Dispõe sobre o incentivo financeiro de custeio para o Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências.

Fonte: Sistema SaudeLegis. Disponível em:

http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/LEG_NORMA_PESQ_CONSULTA.CFM

O primeiro momento (1998-2002) foi caracterizado pela emissão de normas pontuais para a implantação dos sistemas estaduais para atendimento de urgência e publicação da primeira portaria voltada ao atendimento Pré-Hospitalar Móvel.

O SAMU é o principal componente da Política Nacional de Atenção às Urgências, conforme Portaria MS/GM 1863 de 2003⁽¹⁰⁻¹¹⁾. Portanto, o SAMU foi instituído oficialmente por meio da Portaria MS/GM 1864 de 29 de setembro de 2003⁽¹²⁾.

No município de Bauru, o serviço foi implantado em 22 de dezembro de 2004, para cobertura de uma população de aproximadamente 344,2 mil habitantes, operando com quatro ambulâncias, sendo três USB, também denominadas “Ambulâncias Tipo B” – veículos

destinados ao transporte inter-hospitalar de pacientes com risco de vida conhecido e ao atendimento pré-hospitalar de pacientes com risco de vida desconhecido, não classificado com potencial de necessitar de intervenção médica no local e/ou durante transporte até o serviço de destino⁽¹⁰⁾ – e uma USA, denominada como “Ambulâncias Tipo D” – veículos destinados ao atendimento e transporte de pacientes de alto risco em emergências pré-hospitalares e/ou de transporte inter-hospitalar que necessitam de cuidados médicos intensivos. Devem contar com os equipamentos médicos necessários para assistência de alta complexidade e estar integradas à Central de Regulação Médica, para atender à população por meio de contato telefônico gratuito 192, visando a reorganizar o atendimento às urgências e emergências⁽¹⁰⁾. E, com as experiências, instituíram-se também as “Motolâncias”, motocicletas integrantes da frota de intervenção do SAMU⁽¹⁷⁾.

Vencendo diversos desafios, como estrutura física e qualificação de recursos humanos, no período do estudo, o SAMU Bauru mantinha diariamente cinco USB e uma USA para atendimento no município, lembrando ainda que, a partir de novembro de 2010, houve a ampliação do serviço para mais 17 municípios da região, Agudos, Arealva, Avaí, Balbinos, Borebi, Cabralia Paulista, Duartina, Iacanga, Lençóis Paulista, Lucianópolis, Macatuba, Paulistânia, Pederneiras, Pirajuí, Piratininga, Presidente Alves e Reginópolis, contando com sete municípios referenciados, Agudos, Arealva, Duartina, Iacanga, Lençóis Paulista, Pederneiras e Pirajuí, contemplados com uma USB e SE de baixa e média complexidade, com projetos de implantações de SE e UPA.

Esses municípios, anteriormente à implantação do SAMU Bauru-Regional, contavam apenas com frota de veículos ambulâncias do tipo A – Ambulância de Transporte –, veículo destinado ao transporte em decúbito horizontal de pacientes que não apresentam risco de vida, para remoções simples e de caráter eletivo. Após a implantação, puderam contar com USB, equipamentos específicos e melhor qualificação de recursos humanos, haja vista que todas as equipes da regionalização estão realizando o Curso de Capacitação SAMU/HAOC, ministrado por tutores qualificados do próprio SAMU Bauru.

As USBs realizarão atendimentos em sua área de abrangência, e os casos de alta complexidade serão previamente assistidos em prontos-socorros, SE e/ou UPA do município origem, e solicitados transferência inter-hospitalar via central de regulação, ficando o município de Bauru responsável pela transferência do paciente para unidade referenciada no tratamento definitivo de alta complexidade, estabelecendo, portanto, o SAMU Bauru-Regional. Com isso, aumentou-se a área de abrangência para aproximadamente 300 mil habitantes, com a habilitação de mais uma USA para apoiar o processo de regionalização. É

importante citar que, também, estão em processo de habilitação duas motolâncias para o município de Bauru.

Todos os atendimentos passam por uma triagem pelo médico regulador (Central de Regulação SAMU Bauru-Regional), que é responsável por avaliar as declarações do solicitante e classificá-las conforme o grau de necessidade e risco em níveis, por meio da seguinte fórmula:

$$U/N = \frac{(G) \times (A) \times (V)}{T}, \text{ sendo:}$$

U/N: grau de urgência (necessidade).

G: gravidade do caso.

A: atenção a recursos necessários para o tratamento.

V: valor social que envolve o caso, vulnerabilidade.

T: tempo, rapidez para iniciar o tratamento.

E, então, classificando como prioridades:

- **VERMELHO:** Prioridade Absoluta.
- **AMARELO:** Prioridade Moderada.
- **VERDE:** Prioridade Baixa.
- **AZUL:** Prioridade Mínima.

De acordo com resolução do Conselho Federal de Medicina sobre estabelecimentos para o atendimento a situações de urgência-emergência (Resolução nº 1451/95), urgência é a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata. Emergência é a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato⁽¹⁸⁾.

Em atenção à assistência na saúde mental, no final dos anos setenta, deu-se início ao processo de reforma psiquiátrica no Brasil, em decorrência da crise no modelo que fundamentou por muito tempo os paradigmas da psiquiatria clássica e tornou o hospital psiquiátrico a única alternativa de tratamento, facilitando a cronicidade e a exclusão dos doentes mentais e, por outro lado, os esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos

pacientes psiquiátricos⁽¹⁹⁾. Em decorrência, a “doença mental” deixava de ser o objeto de interesse e discussão exclusivo dos técnicos e alcançava as principais entidades da sociedade civil e a grande imprensa. Esta noticiava, com destaque e ininterruptamente por cerca de quase um ano, as condições relativas aos hospitais psiquiátricos, e as distorções da política nacional de assistência psiquiátrica tornaram-se questão política⁽²⁰⁾.

No início da década de 80, constatou-se mudança significativa no discurso oficial relativo à assistência à saúde mental no Brasil, afirmando que “o modelo de atendimento centralizado no asilamento – público ou privado – deixava de ser objeto da crítica solitária de alguns setores da psiquiatria brasileira, para se tornar algo unanimemente condenado nos documentos oficiais sobre a matéria.”⁽²¹⁾. Nesse contexto, as ações do movimento começaram a ter maior visibilidade a partir da I Conferência Nacional de Saúde Mental e do II Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, em Bauru, em 1987, deixando claro que a proposta era investir no convívio social e no resgate da cidadania, não bastando a humanização dos hospícios, a melhoria do ambiente e nem o aumento de profissionais⁽²⁰⁾.

Em novembro de 1990, a Declaração de Caracas, resultado da Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica no Continente, organizada pela OPAS, norteia a elaboração de portarias, discussões e conferências a fim de viabilizar a reestruturação de uma nova rede de assistência em Psiquiatria no Brasil, constituída por serviços substitutivos ao manicômio⁽²²⁾.

Sendo assim, o Ministério da Saúde definiu uma nova política de saúde mental em consonância com as recomendações da OPAS, redirecionando gradativamente os recursos da assistência psiquiátrica para um modelo “substitutivo”⁽¹⁹⁾. Incentiva-se a criação dos serviços em unidades substitutivas, os CAPS, os SRT, os Centros de Convivência e Cultura, leitos de atenção integral, tanto em hospitais gerais como nos CAPS III, o programa “De Volta para a Casa” e as unidades do PSF⁽²³⁾.



Figura 3. Rede de Atenção à Saúde Mental⁽¹⁸⁾.

A Lei n.º 10.216 de 06 de abril de 2001, também conhecida como *Lei Paulo Delgado* e como *Lei da Reforma Psiquiátrica*, instituiu um novo modelo de tratamento aos transtornos mentais no Brasil. Foi um passo fundamental para iniciar a mudança no sistema de atenção psiquiátrica no país. Ela redirecionou a atenção à saúde mental para uma rede de base comunitária, com forte participação da sociedade civil. O Ministério da Saúde segue essa lei como referência no processo de reforma da assistência psiquiátrica. Para o governo federal, o antigo modelo de saúde mental deixa bastante a desejar no que diz respeito à recuperação de seus pacientes. Isolada do convívio familiar e social, muitas vezes em condições precárias de higiene e de alimentação, a pessoa tem menos possibilidades de se recuperar e pode até sofrer uma piora em suas condições de saúde⁽²³⁾.

A Lei n.º 10.216/01 propõe em seus artigos 2º e 3º que esta Rede de Saúde Mental crie alternativas de cuidado baseado no diagnóstico epidemiológico e nas necessidades da população-alvo da assistência. Contempla-se, também, a necessidade de articulação entre os serviços constitutivos dessa rede com o objetivo de que os pacientes possam ser atendidos em cada nível de atenção, de forma contínua e de acordo com suas necessidades⁽²³⁾.

Os CAPS prestam atendimento a pessoas com transtornos mentais, oferecendo desde cuidados clínicos até atividades de reinserção social do paciente, como o acesso ao trabalho, ao lazer e aos direitos civis, e o fortalecimento dos laços familiares e sociais. A equipe dos CAPS é composta de psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, enfermeiros e auxiliares de enfermagem⁽²⁴⁾.

Conforme Portaria n.º 336/GM de 19 de fevereiro de 2002, estabeleceu-se que os CAPS 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, sendo:

- CAPS I – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes.
- CAPS II – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes.
- CAPS III – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes⁽²⁴⁾.

Compõem também essa rede os chamados CAPS-i, que atendem crianças e adolescentes, assim como os serviços voltados às pessoas que sofrem de transtornos decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas, os denominados CAPS-AD. Os pacientes que não têm a opção de voltar ao convívio familiar podem ser recebidos pelas chamadas Residências Terapêuticas. Elas são alugadas com recursos do Ministério da Saúde repassados aos governos municipais. Em cada Residência Terapêutica podem morar até oito pessoas, havendo um profissional encarregado de cuidar dos moradores⁽²⁴⁾.

No âmbito da infraestrutura, o município de Bauru, na Divisão de Saúde Mental, conta com um CAPS I, um CAPS-AD, um CAPS-i e com um AMSM com equipe multidisciplinar, oferecendo atendimentos em horários determinados, no período das 07 às 18 horas, em dias úteis. Há também o SRT, com funcionamento ininterrupto. Porém, as urgências psiquiátricas são encaminhadas ao PSMC.

Em urgências psiquiátricas, frequentemente há a necessidade da intervenção do SAMU, visto que as solicitações são provenientes de diversos ambientes: domicílio, via pública, UBS, ambiente de trabalho e serviços de saúde mental. Essas solicitações ocorrem por vários motivos, dentre eles podemos destacar:

- **Abuso de álcool.** O consumo repetido de altas doses de álcool pode afetar quase todos os sistemas orgânicos, principalmente o trato gastrointestinal e os sistemas cardiovascular e nervoso (com déficits cognitivos, déficit de memória grave e alterações degenerativas no cerebelo)⁽²⁵⁾.
- **Abuso de drogas.** O uso e abuso de drogas constituem um fenômeno complexo, com origem e consequências do tipo biológico, psicológico e social⁽²⁶⁾.
- **Agitação psicomotora.** Uma emergência psiquiátrica cuja intervenção terapêutica imediata é imperativa. Caracterizada por inquietação, aumento da excitabilidade psíquica, resposta exacerbada aos estímulos, irritabilidade, atividade motora e verbal aumentada, inadequada e repetitiva, podendo cursar com agressividade. A agitação pode ter um curso flutuante, podendo modificar-se rapidamente ao longo do tempo. Entre os principais fatores associados a este quadro temos o uso ou dependência de álcool e outras drogas, e pacientes com transtornos psiquiátricos, especialmente quando da presença de psicose ou transtornos de personalidade. Devem-se considerar como diagnósticos diferenciais as entidades psiquiátricas primárias, condições médicas gerais e neurológicas. Alguns sinais são indicativos e reforçam a hipótese de causa orgânica para a agitação, como ausência de transtornos psiquiátricos prévios, início agudo do quadro, flutuação do nível de consciência, desorientação temporal ou espacial e doença clínica subjacente conhecida. A equipe de atendimento deve ser formada por médicos, enfermagem treinada e profissionais de segurança⁽²⁷⁾.
- **Ansiedade.** Os transtornos de ansiedade podem causar manifestações clínicas capazes de gerar importantes prejuízos no funcionamento normal do indivíduo. A ansiedade patológica leva o paciente ao desenvolvimento de estratégias compensatórias para evitar o contato com aquilo que lhe causa temor; além do prejuízo funcional imediato consequente, implicações de

médio e longo prazo possíveis são a diminuição de autoestima e o desinteresse pela vida⁽²⁸⁾.

- **Crise conversiva.** É uma resposta do organismo a uma situação de estresse ou de emoção forte e provoca considerável disfunção física. Os sintomas surgem como resposta a uma realidade penosa vivenciada que é reprimida no inconsciente e, então, sua energia psíquica se desloca para uma parte do corpo geralmente implicada no trauma. Assim sendo, os sintomas aparecem sob forma de perda da função, originando cegueira, afonia, crises convulsiformes, paralisias, contraturas e desmaios⁽²⁹⁾.
- **Depressão.** Transtorno afetivo (ou do humor) caracterizado por alteração psíquica e orgânica global e, portanto, do pensamento, e principalmente na maneira de valorizar a realidade e a vida. As pessoas com doença depressiva sem tratamento adequado podem apresentar os sintomas por semanas, meses ou anos. A depressão, de um modo geral, resulta numa inibição global do indivíduo, afetando a parte psíquica, as funções mais nobres da mente humana, como memória, o raciocínio, a criatividade, o amor e o sexo, e também a parte física; enfim, tudo parece ser difícil, problemático e cansativo para o deprimido⁽³⁰⁾.
- **Ideação suicida.** Em situação em que não se encontram motivos para viver, em que o desespero e ameaça de desestruturação mental são imensos, a pessoa pode provocar morte indiretamente. Já o suicídio é considerado como uma autodestruição, uma autoviolência humana consciente ou inconsciente⁽³¹⁾.
- **Surto psicótico.** Quadro de emergência psiquiátrica caracterizado como uma condição em que há um distúrbio de pensamento, emoções ou comportamento, no qual um atendimento médico se faz necessário imediatamente, objetivando evitar maiores prejuízos à saúde psíquica, física e social do indivíduo ou eliminar possíveis riscos à sua vida ou à de outros. Fazem parte dessa clientela tanto indivíduos que possuem história de um transtorno psiquiátrico crônico, que se apresentam num momento de recaída, como pacientes sem história psiquiátrica pregressa, apresentando uma crise aguda⁽³²⁾.

- **Tentativa de homicídio.** Lesões infligidas por outras pessoas empregando qualquer meio, com a intenção de lesar, ferir ou matar⁽³³⁾.
- **Tentativa de suicídio.** De acordo com estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), a mortalidade por suicídio aumentou 60% nos últimos 45 anos. Nesse período, os maiores coeficientes de suicídio mudaram da faixa mais idosa da população para faixas mais jovens. Na maioria dos países, o suicídio situa-se entre as duas ou três causas mais frequentes de morte em adolescentes e adultos jovens. Para cada óbito por suicídio, há no mínimo cinco ou seis pessoas próximas ao falecido, cujas vidas são profundamente afetadas emocional, social e economicamente⁽³⁴⁾.
- **Convulsão.** Por definição, as convulsões resultam, geralmente, de momentos de maior estimulação, que provocam descargas elétricas no cérebro⁽³⁵⁾.
- **Intoxicação exógena:** Intoxicação por substâncias psicoativas, uso abusivo de medicamentos, venenos e agrotóxicos, podendo ou não estar relacionada com uso abusivo de bebidas alcoólicas e drogas⁽³⁶⁾.

O SAMU, quando acionado, após avaliação do médico regulador, disponibiliza a unidade de suporte mais adequada para o atendimento que realiza as intervenções necessárias, se em USB, o técnico e/ou auxiliar de enfermagem podem intervir medicamentosamente conforme orientação e prescrição médica via telemedicina; em USA, há presença direta de enfermeiro e médico na cena; após primeiro atendimento, o paciente é encaminhado para ao atendimento pré-hospitalar fixo mais adequado, sendo no município de Bauru, o PSMC, o prosseguidor da assistência. Quando possível, encaminha-se para o serviço substitutivo; conforme necessidade ou quando indicada a internação, o paciente é conduzido a hospitais psiquiátricos de referência na região, haja vista que no município de Bauru não há hospital psiquiátrico, somente leitos em hospital geral, sendo que o encaminhamento e a alta hospitalar também são responsabilidades do município, que os realiza com Ambulância Tipo A.

Acreditamos que buscar dados que possam demonstrar o perfil epidemiológico do usuário do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência diante da fase aguda dos transtornos psiquiátricos, caracterizados como urgências, possibilitará reflexões a fim de ampliar a compreensão sobre a própria prática assistencial e propiciar futuras intervenções.

Capítulo 2.
Delineamento do problema,
Objetivos e Justificativa

2.1 PROBLEMA

Mediante a inquietação inicialmente colocada e a necessidade de se aprofundar o conhecimento sobre a implantação do SAMU no Brasil e especificamente na cidade de Bauru, pergunta-se:

— Qual o perfil epidemiológico dos usuários atendidos pelo SAMU segundo os motivos categorizados como psiquiátricos que os levaram a acionar o serviço na cidade de Bauru?

2.2 OBJETIVO GERAL E ESPECÍFICOS

Como propósito de responder à inquietação, pretende-se com este estudo avaliar o perfil epidemiológico dos atendimentos realizados pelas equipes do SAMU-192, considerados urgências psiquiátricas, com vistas a:

- ✓ Levantar o número de atendimentos psiquiátricos no período de junho a dezembro de 2010;
- ✓ Caracterizar os sujeitos atendidos quanto às variáveis motivos, sexo e faixa etária;
- ✓ Avaliar o número de internações psiquiátricas em hospitais de referência e
- ✓ Comparar os motivos com o sexo e faixa etária.



Capítulo 3.

Material e Método

3.1 DESENHO DO ESTUDO E FONTE DE DADOS

Trata-se de investigação epidemiológica retrospectiva, de cunho descritivo, cujo objetivo é informar a distribuição de um ou mais eventos, na população, em termos quantitativos. Nelas, não há formação de grupo-controle para a comparação dos resultados, ao menos na forma como é feita nos estudos analíticos, daí serem considerados estudos não controlados⁽³⁷⁾.

A população utilizada neste tipo de estudo pode ser composta só de doentes, de pessoas doentes e sadias ou só de sadias. O pesquisador interessado em traçar o perfil do objeto em estudo precisa apenas observar como essas situações estão ocorrendo, em uma ou mais populações, e expressar as respectivas frequências de modo apropriado⁽³⁷⁾.

Para esta pesquisa, foram utilizados os dados disponibilizados pelo Serviço de Informação do SAMU (Sistema SR SAMU, Versão 3.2), onde são registradas, rotineiramente, todas as solicitações de atendimentos. Quando o serviço é acionado gratuitamente via contato telefônico 192, inicialmente o solicitante é atendido por uma Telefonista Auxiliar de Regulação Médica, responsável por cadastrar dados pessoais, queixa principal e localização, transferindo, em sequência, o atendimento ao Médico Regulador, que cadastrará os dados específicos ao contexto de saúde do indivíduo, para avaliar a necessidade do atendimento e sua prioridade.

Realizou-se a coleta de dados de junho a dezembro de 2010, perfazendo sete meses, período em que o SAMU realizou 18.246 atendimentos, dentre esses, 2.106 estavam relacionados a emergências psiquiátricas. Todas as fichas preenchidas pela telefonista auxiliar de regulação médica e pelo médico regulador foram analisadas quanto às variáveis sexo, idade e motivos que levaram os usuários a acionarem o serviço, conforme decisão médica, especificamente para os seguintes distúrbios psiquiátricos: abuso de álcool, abuso de drogas, agitação psicomotora, ansiedade, crise conversiva, depressão, ideação suicida, psiquiatria/outras, surto psicótico, tentativa de homicídio, tentativa de suicídio.

Para a faixa etária, considerou-se entre 10 e 89 anos, após distribuídos de 10 em 10 anos. Foram incluídos os tipos clínicos de crises convulsivas e intoxicações exógenas, sendo que as fichas de atendimentos relacionadas a esses dois motivos foram minuciosamente avaliadas, considerando somente onde havia o uso abusivo de bebida alcoólica, drogas e medicamentos, concomitantemente ou não.

Junto ao Serviço Social do PSMC da DUUPA, foram coletados dados relativos ao número de internações psiquiátricas no mesmo período, realizadas com ambulância Tipo A do município, tendo como método de exclusão os pacientes que foram encaminhados por meios próprios e/ou outros meios.

Junto à Divisão de Saúde Mental, consideraram-se para análise os dados que representavam a média do número de pacientes atendidos em suas unidades substitutivas no mesmo período.

3.2 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi autorizado inicialmente pelo diretor do SAMU Bauru-Regional, pelo diretor do DUUPA e pela diretora da Saúde Mental. Posteriormente, pelo secretário municipal de Saúde e pela presidente da Comissão de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde, sendo encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Lauro de Souza Lima, instituição localizada na cidade de Bauru, sob o nº 003/2011 (Anexo 1 e 2), e aprovado em 14 de abril de 2011.

3.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram digitados em planilha Excel e apresentados descritivamente em tabelas e gráficos.

As comparações entre os motivos, o sexo e a idade foram feitas por meio de testes de diferença e proporções.

Em todos os testes foram utilizados o nível de significância de 5% ou o p-valor correspondente.

Todas as análises foram efetuadas pelo Programa R, v.2.13.0.



Capítulo 4. Resultados

Para a análise dos dados, consideraram-se os motivos registrados nas fichas de atendimento do SAMU que levaram os usuários da cidade de Bauru a acionarem o serviço, assim como o número de internações psiquiátricas realizadas com Ambulância Tipo A encaminhadas via Serviço Social do PSMC. De posse dessas fichas, possibilitou-se levantar o perfil desse usuário quanto aos motivos, bem como correlacioná-los à faixa etária e ao sexo.

No período de junho a dezembro de 2010, foram realizados 18.246 atendimentos pelo SAMU na cidade de Bauru – SP. Desses, 2.106 (12%) por motivos categorizados como de ordem psiquiátrica (Tabela 4), cujas fichas foram objeto de análise para traçar o perfil epidemiológico desse usuário.

Tabela 4. Motivos psiquiátricos registrados nas fichas de atendimento do SAMU que levaram os usuários da cidade de Bauru a acionarem o serviço. Junho a dezembro de 2010

Motivos Psiquiátricos	N	(%)
• Abuso de álcool	309	14,6
• Abuso de drogas	141	6,7
• Agitação Psicomotora	176	8,4
• Outros problemas psiquiátricos	124	5,9
• Surto psicótico	145	6,9
• Crise conversiva	63	3,0
• Tentativa de suicídio	71	3,4
• Ansiedade	53	2,5
• Depressão	54	2,6
• Ideação suicida	10	0,5
• Tentativa de homicídio	3	0,1
• Convulsão	827	39,2
• Intoxicação exógena	130	6,2
Total	2.106	100,0

Na Tabela 4 mostra-se, dentre os motivos psiquiátricos ou relacionados, que o caso de episódios convulsivos (39,2%) preponderou entre as principais razões de os usuários acionarem o serviço, seguido pelo abuso de álcool (14,6%) e abuso de drogas (6,7%). Caso se considere o álcool como uma droga lícita, pode-se elevar o abuso de drogas a 21,3%.

No mesmo período, 269 pacientes necessitaram de internação psiquiátrica, sendo distribuídos mensalmente conforme Tabela 5.

Tabela 5. Distribuição mensal de pacientes atendidos pelo SAMU que necessitaram de internação psiquiátrica, distribuídos de junho a dezembro de 2010

Meses	N	(%)
Junho	44	16,4
Julho	44	16,4
Agosto	40	14,9
Setembro	34	12,6
Outubro	31	11,5
Novembro	37	13,7
Dezembro	39	14,5
Total	269	100,0

A Tabela 6 apresenta comparações entre os motivos psiquiátricos segundo o sexo. Ressalta-se que para essa análise foram excluídas 42 (1,9%) fichas de usuários desprovidas de informação sobre o sexo. Nessa tabela, evidenciou-se associação significativa ($p < 0,0001$) para atendimento de homens por abuso de álcool (78,3%) e outros tipos de drogas (78,7%), assim como para episódios convulsivos (75,1%) e agitação psicomotora (63,6%), enquanto em relação às mulheres houve associação significativa quanto a crises conversiva (85,7%) e de ansiedade (77,4%).

Apesar da não correlação estatística significativa, as mulheres são aquelas que tentam mais o suicídio (64,8%), quando comparadas aos homens (33,8%), e estes praticam mais tentativas de homicídios (66,7%) que elas (33,3%).

Os homens (66,0%) superam as mulheres (34%) na demanda por atendimentos do SAMU, porque abusam três vezes mais do álcool e de drogas que elas.

Tabela 6. Comparações entre os motivos psiquiátricos registrados nas fichas de atendimentos do SAMU e o sexo dos usuários que acionaram o serviço no município de Bauru. Junho a dezembro de 2010

dezembro de 2010

MOTIVOS	Sexo								p-valor
	Masculino		Feminino		Não informado	Total	Total considerado N= 2.064		
	N	(%)	N	(%)		N	N	(%)	
Abuso de álcool	242	78,3	59	19,1	8	309	301	100	<0,0001
Abuso de drogas	111	78,7	30	21,3	0	141	141	100	<0,0001
Agitação psicomotora	112	63,6	61	34,7	3	176	173	100	<0,0001
Ansiedade	12	22,6	41	77,4	0	53	53	100	<0,0001
Crise conversiva	9	14,3	54	85,7	0	63	63	100	<0,0001
Depressão	19	35,2	35	64,8	0	54	54	100	0,00389
Ideação suicida	5	50,0	5	50,0	0	10	10	100	1
Outros problemas psiquiátricos	63	50,8	61	49,2	0	124	124	100	0,8989
Surto psicótico	85	58,6	59	40,7	1	145	144	100	0,00332
Tentativa de homicídio	2	66,7	1	33,3	0	3	3	100	1
Tentativa de suicídio	24	33,8	46	64,8	1	71	70	100	0,00039
Convulsão	621	75,1	177	21,4	29	827	798	100	<0,0001
Intoxicação exógena	57	43,8	73	56,2	0	130	130	100	0,06281
Total	1362	66	702	34,0	42	2.106	2.064		

A Tabela 7 e a Figura 4 apresentam a comparação dos motivos categorizados como transtornos psiquiátricos e relacionados às faixas etárias. Neste caso, foram encontrados 570 (27,06%) casos não citados, devido à dificuldade de o solicitante informar a idade do paciente, por muitas vezes tratar-se de pessoas desconhecidas.

Tabela 7. Associações entre motivos psiquiátricos, outros problemas de saúde registrados nas fichas de atendimentos do SAMU, e faixa etária dos usuários que acionaram o serviço no município de Bauru. Junho a dezembro de 2010.

Motivos	Faixa etária																		p-valor		
	Não informada	10 a 19		20 a 29		30 a 39		40 a 49		50 a 59		60 a 69		70 a 79		80 a 89		Total		Total considerado	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%				
• Abuso de álcool	118	27	14,1	25	13,1	43	22,5	41	21,5	26	13,6	24	12,6	3	1,6	2	1	309	191	100	<0,0001
• Abuso de drogas	18	15	12,2	66	53,7	32	26	9	7,3	1	0,8	0	0	0	0	0	0	141	123	100	<0,0001
• Agitação psicomotora	46	10	7,7	31	23,8	39	30	19	14,6	21	16,2	8	6,2	2	1,5	0	0	176	130	100	<0,0001
• Ansiedade	4	6	12,2	11	22,4	12	24,5	12	24,5	7	14,3	1	2	0	0	0	0	53	49	100	<0,0001
• Crise conversiva	10	12	22,6	10	18,9	16	30,2	7	13,2	5	9,4	3	5,7	0	0	0	0	63	53	100	<0,0001
• Depressão	1	9	17	8	15,1	14	26,4	16	30,2	4	7,5	1	1,9	1	1,9	0	0	54	53	100	<0,0001
• Ideação suicida	5	1	20	2	40	1	20	1	20	0	0	0	0	0	0	0	0	10	5	100	0,42
• Outros problemas psiquiátricos	27	10	10,3	22	22,7	23	23,7	24	24,7	9	9,3	6	6,2	0	0	3	3,1	124	97	100	<0,0001
• Surto psicótico	32	8	7,1	18	15,9	30	26,5	29	25,7	15	13,3	11	9,7	1	0,9	1	0,9	145	113	100	<0,0001
• Tentativa de homicídio	0	0	0	1	33,3	1	33,3	0	0	1	33,3	0	0	0	0	0	0	3	3	100	0,5734
• Tentativa de suicídio	10	9	14,8	22	36,1	15	24,6	9	14,8	5	8,2	1	1,6	0	0	0	0	71	61	100	<0,0001
• Convulsão	272	49	8,8	114	20,5	143	25,8	105	18,9	71	12,8	31	5,6	30	5,4	12	2,2	827	555	100	<0,0001
• Intoxicação exógena	27	18	17,5	32	31,1	24	23,3	18	17,5	5	4,9	2	1,9	4	3,9	0	0	130	103	100	<0,0001
Total	570	174	11,3	362	23,5	393	25,6	290	18,9	170	11,1	88	5,7	41	2,7	18	1,2	2106	1536		

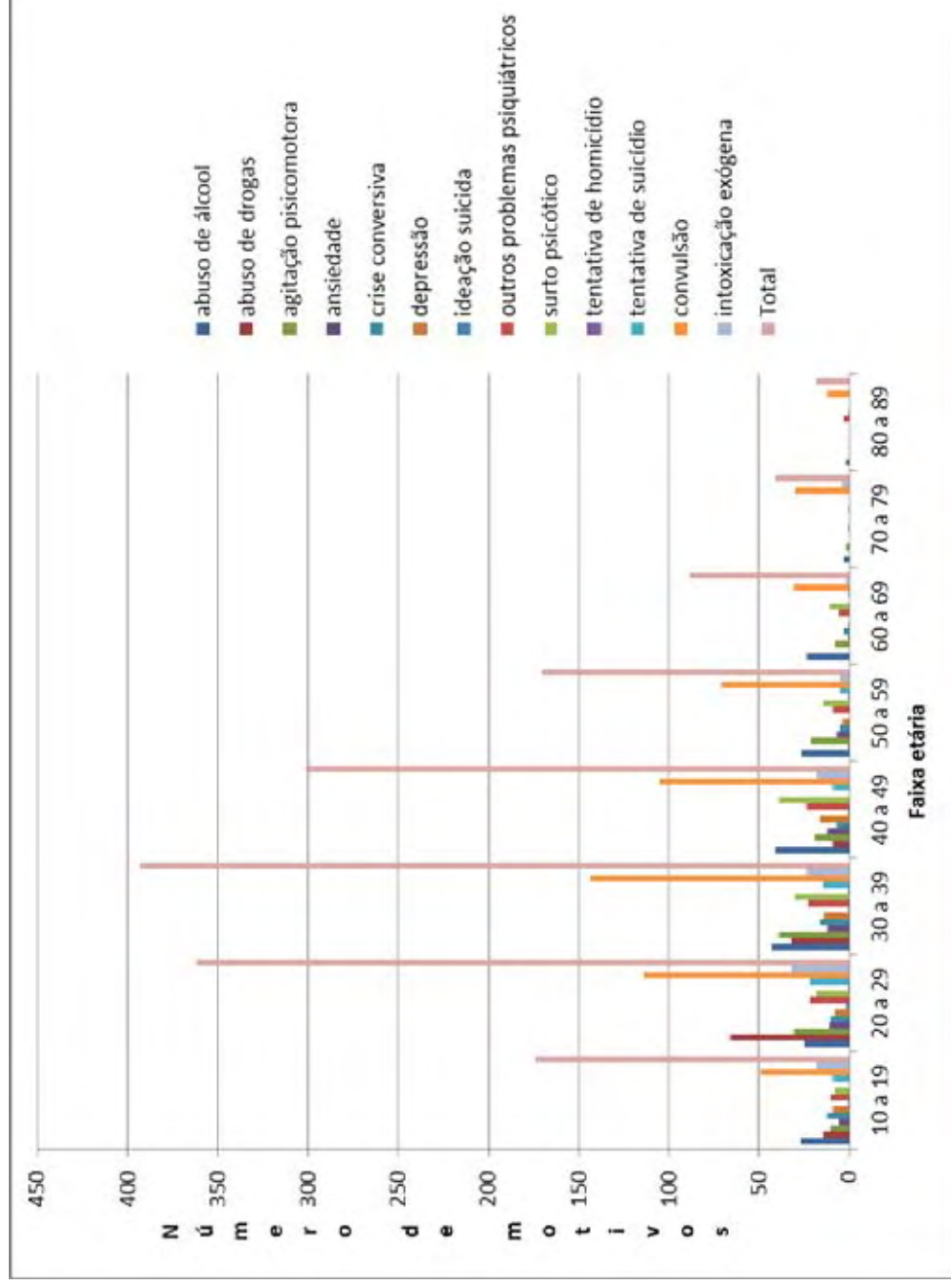


Figura 4. Número de motivos registrados nas fichas de atendimento do SAMU que levaram os usuários do município de Bauri a acionarem o serviço, segundo a faixa etária. Junho a dezembro de 2010

Para a Tabela 7, consideraram-se 1.536 (72,9%) fichas das 2.106 (100%), por ausência de registro da idade em 570 (27,06%) delas.

Dessa análise, puderam-se verificar diferenças significativas ($p < 0,0001$) entre faixas etárias e demandas por atendimentos relacionadas ao abuso de álcool, ao abuso de drogas, à agitação psicomotora, à ansiedade, à crise conversiva, à depressão, ao surto psicótico, à tentativa de suicídio, outros problemas psiquiátricos, intoxicação exógena e convulsão.

Verificou-se que as faixas etárias de 20 a 29 (23,5%), 30 a 39 (25,6%) e 40 a 49 (18,9%) anos reúnem 68,0% dos atendimentos, e os outros 32% estão distribuídos entre as de 10 a 19 (11,3%), 50 a 59 (11,1%), 60 a 69 (5,7%), 70 a 79 (2,7%) e 80 a 89 (1,2%) anos. Esses dados revelam, também, a precocidade com que os indivíduos de 10 a 19 anos abusam do álcool (14,1%) e de outras drogas (12,8%), assim como o decréscimo por atendimentos à medida que a população envelhece (Tabela 7 e Figura 1).

Das faixas etárias que mais requisitaram o SAMU, a de 30 a 39 anos foi a que sobressaiu nos chamados (25,6%), superando as demais por: abuso de álcool (22,5%), agitação psicomotora (30%), surto psicótico (26,5%) e convulsão (25,8%). Em segundo lugar, a de 20 a 29 anos, com 23,5% dos atendimentos, liderou o abuso de drogas (53,7%), tentativa de suicídio (36,1%) e intoxicação exógena (31,1%), enquanto a faixa etária de 40 a 49 anos apareceu em terceiro, com 18,9% das chamadas pelo serviço, principalmente por depressão (30,2%), ansiedade (24,5%), outros problemas psiquiátricos (24,7%), com descenso tênue para o abuso de álcool (21,5%), assim como para o surto psicótico (25,7%), quando comparada à faixa etária anterior.

Apesar de reduzirem de modo geral os chamados à medida que a população vai envelhecendo, destaca-se descenso brusco dos chamados por abuso de drogas (ilícitas) entre os indivíduos do grupo de 20 a 29 anos (53,7%), para o de 30 a 39 (26,0%) e de 40 a 49 (7,3%) anos. O inverso ocorreu com o abuso do álcool, cujo ápice dos atendimentos se deu em indivíduos de 30 a 39 (22,5%) anos, com decréscimo mais suave para a faixa etária seguinte (21,5%), vindo a diminuir expressivamente a partir dos 70 a 79 anos (1,6%). Dentre os demais motivos, sobressaiu a convulsão, com 555 chamados, perfazendo 36,1% do total de atendimentos, mais frequentes nas faixas etárias de 20 a 29, 30 a 39 e 40 a 49 anos, justamente naquelas onde preponderaram os chamados por abuso de drogas e álcool (Tabela 7, Figura 4).

Com relação à Divisão de Saúde Mental, o município de Bauru contava com cinco unidades substitutivas, sendo AMSM, SRT, CAPS1, CAPS-i e CAPS-AD, no mesmo período. A figura 5 apresenta a média mensal do número de pacientes atendidos em suas

unidades substitutivas no mesmo período, exceto o SRT, que apresenta número de pacientes permanentes, com pouca variância, devido tratar-se de pacientes moradores, variando somente quando há óbito, internações por motivos clínicos e/ou psiquiátricos, e ainda quando há novos integrantes.

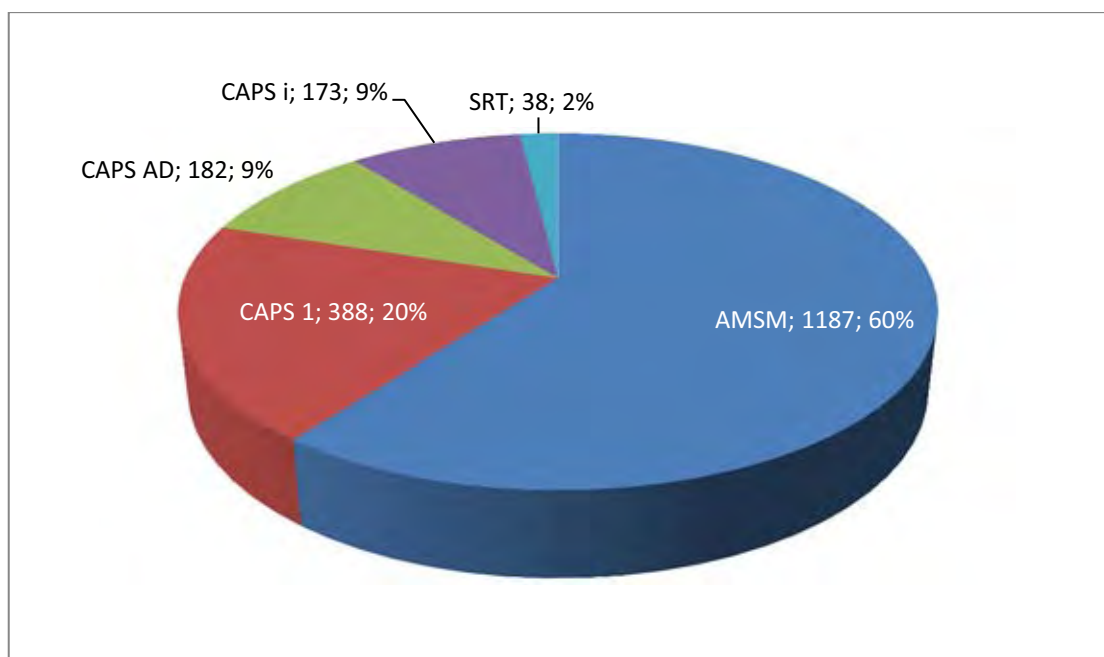


Figura 5. Média mensal do número de pacientes atendidos pelas unidades substitutivas, no período de junho a dezembro de 2010.



Capítulo 5.

Discussão

No período de junho a dezembro de 2010, o SAMU do município de Bauru realizou 18.246 atendimentos, dos quais 2.106 (12%) estavam relacionados a atendimentos de situações psiquiátricas. A convulsão foi o motivo mais frequente (39,2%), seguido pelo abuso de drogas (21,3%), considerado aqui o álcool uma droga lícita (14,6%) e, portanto, somada ao percentual de drogas ilícitas (6,7%).

Houve dificuldade para comparar os dados referentes a transtornos psiquiátricos atendidos pelo SAMU de Bauru com os de outras cidades, porque existem poucos estudos que exploraram o objeto e, quando os realizam, são como as pesquisas conduzidas em Palmas/TO⁽³⁸⁾ e Porto Alegre/RS⁽³⁹⁾. Diferentemente deste trabalho, parecem não considerar os eventos convulsivos como psiquiátricos, quando correlacionados ao abuso do álcool e de outras drogas^(38,39). Assim, em Palmas, os transtornos psiquiátricos corresponderam a 4,0% dos atendimentos, e as crises convulsivas 14,6% dos acometimentos clínicos neurológicos⁽³⁸⁾, enquanto em Porto Alegre/RS destacaram-se os agravos neurológicos, dentre eles a convulsão, na faixa etária de 21 a 40 anos, sendo a prevalente dentre todos os agravos atendidos, com 804 (11,02%) atendimentos⁽³⁹⁾. Em Bauru, também sobressaiu a convulsão, com 555 chamados, perfazendo 36,1% do total de atendimentos, com maior incidência nas faixas etárias de 20 a 29, 30 a 39 e 40 a 49 anos, justamente naquelas em que preponderaram os chamados por abuso de drogas e álcool.

Nos atendimentos de transtornos psiquiátricos realizados em Palmas, predominou o usuário do sexo masculino (56,7%)⁽³⁸⁾, como ocorreu em Bauru, porém com significância para atendimentos relacionados ao abuso de álcool, de drogas, agitação psicomotora e convulsão. Em Bauru, os homens (66%) superaram as mulheres (34%) na demanda por atendimentos por abusarem três vezes mais do álcool (78,3%) nas faixas etárias de 30 a 39 (22,5%) e de 40 a 49 (21,5%) anos, assim como das drogas (78,7%), na faixa entre 20 a 29 anos. Esses dados corroboram os encontrados em território brasileiro, onde a razão entre homens e mulheres para o consumo de álcool durante a vida varia de 3:1 a 11:1⁽⁴⁰⁾.

Estudo localizado demonstrou que homens em idade universitária (35,7%) têm maior propensão de desenvolvimento do alcoolismo que mulheres (19,10%)⁽⁴¹⁾, assim como estudo populacional, envolvendo 107 cidades com mais de 200 mil habitantes, com amostra de 8.589 entrevistados, mostrou que a prevalência da dependência do álcool era de 11,2%, sendo 17,1% para o sexo masculino e 5,7% para o feminino⁽⁴²⁾. Assim, o consumo de substâncias psicoativas parece ser um fenômeno universal da humanidade e, em nossa sociedade, constitui um dos principais problemas de saúde pública⁽⁴³⁾.

Porém, já existem estudos sinalizando associação entre gênero e o abuso de álcool semelhante para o sexo feminino e masculino^(44, 45), e de outras drogas⁽⁴⁵⁾ entre adolescentes em municípios do interior paulista^(44, 45). Esse fenômeno é justificado pela conquista de igualdade da mulher em relação aos papéis desempenhados pelo homem na sociedade. Contudo, o consumo alcoólico pode ser considerado bastante pesado em homens com menos de 49 anos (22%) de idade⁽⁴⁴⁾.

Presume-se que em Bauru a ocorrência significativa de homens com agitação psicomotora e convulsão, na maioria das vezes, possa estar correlacionada a efeitos secundários do abuso de álcool e de outras drogas, em face da maior incidência dos agravos justamente nas faixas etárias onde predominaram atendimentos por uso dessas substâncias psicoativas.

Apesar de as leis brasileiras procurarem reduzir o consumo de álcool, conforme as implementadas por outros países, visando a minimizar os efeitos adversos na saúde, na segurança e no bem-estar da população⁽⁴⁴⁾, ainda a bebida alcoólica tem sido de fácil acesso aos jovens de nosso país. Estudo conduzido com alunos de 11 a 22 anos revelou uma prevalência de uso de álcool de 62,2%, e que, em relação aos últimos 30 dias, 17,3% dos alunos relataram pelo menos um episódio de abuso agudo. Os adolescentes referiram que adquirem facilmente bebidas alcoólicas em estabelecimentos comerciais e também em contextos sociais com parentes e amigos. Apenas 1% dos menores de idade relatou que tentou, mas não conseguiu comprar bebida alcoólica⁽⁴⁶⁾. Tal contexto é corroborado por pesquisa demonstrando preocupação com a relevância do problema do uso de álcool e drogas entre adolescentes brasileiros, destacando a facilidade com que os jovens acessam o álcool em festas, bares, lojas e até em suas próprias casas⁽⁴⁷⁾.

O consumo da bebida alcoólica entre os adolescentes está associado à diversão, mas também significa um modo de não pensar nos problemas. Eles já utilizaram outros tipos de drogas em alguns momentos, porém o uso de álcool é unanimidade. Concluiu-se que, para o adolescente, o álcool favorece a socialização e o prazer, e que isso pode levar ao uso abusivo e contato com outras drogas ilícitas, como a maconha, a cocaína e o tóxico⁽⁴⁸⁾.

Estudo demonstra que todas as transições entre os estágios de uso de álcool até o abuso estiveram consistentemente associadas ao sexo masculino, às gerações mais jovens e à baixa escolaridade, e que outros correlatos variaram entre as transições⁽⁴⁹⁾.

Ressalta-se que o consumo excessivo de bebidas alcoólicas apresenta como consequências diretas ou relacionadas o surgimento de doenças cardiovasculares, neoplasias,

transtornos mentais e comportamentais, absenteísmo, acidentes de trabalho, suicídios e elevada frequência de ocupação de leitos hospitalares⁽⁵⁰⁾.

Estudo recente sobre causas múltiplas de morte relacionadas ao consumo de álcool na microrregião de Ribeirão Preto/SP, que avaliou 1.800 declarações de óbitos ocorridas de 1996 a 2007 e que faziam menção do álcool como causa associada, observou que 90,1% estavam na faixa etária de 40 a 59 anos. Dentre as principais causas de morte destacaram-se doenças do fígado, pneumonias e outras doenças do aparelho respiratório, pancreatite aguda e outras doenças do pâncreas, transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de outras substâncias psicoativas, outras doenças do coração e outras doenças hipertensivas. Apenas 1% dos óbitos com menção ao álcool estava no capítulo de causas externas⁽⁵¹⁾.

Considera-se um verdadeiro desafio a atenção aos usuários de álcool e outras drogas e a reabilitação psicossocial. Resultados de investigação apontam que a reabilitação psicossocial desenvolvida no serviço encontra-se alinhada à reabilitação psiquiátrica tradicional e aos modelos adaptativos, isto é, atrelada à lógica da normalidade social, sendo esse o principal desafio a ser superado quando se considera o modelo psicossocial de atenção à pessoa com transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool e outras drogas. Contrapondo-se a esse modelo, a abstinência aparece como meta a ser atingida no tratamento, o que demonstra uma contradição com a atual política nacional sobre drogas, que se pauta nos princípios do campo psicossocial de atenção e, portanto, na lógica da redução de danos. A reabilitação psicossocial destes usuários necessita da construção de um referencial teórico próprio, pois se trata de um processo complexo que envolve várias instâncias, tais como: indivíduo, família, instituição, comunidade, sociedade e política de saúde mental⁽⁵²⁾.

Diferentemente dos homens, as mulheres bauruenses apresentaram significância para atendimentos por ansiedade e crise conversiva. Na literatura, vários termos são sinônimos à crise conversiva, tais como: convulsões não epiléticas, ataque não epilético, transtornos não epiléticos psicogênicos, desordem do ataque pseudoepilético, pseudoataques, pseudoconvulsões psicogênicas, convulsões psicogênicas e episódios dissociativos⁽⁵³⁾.

Infere-se que a crise conversiva pode estar correlacionada com a ansiedade e depressão sofridas por mulheres, nas faixas etárias dos 30 a 39 (24,5 e 26,4%) e 40 a 49 anos (24,5% e 30,2%).

Outros estudos corroboraram esses dados. De acordo com pesquisas epidemiológicas da população geral realizadas nos Estados Unidos, as mulheres têm probabilidade significativamente maior do que os homens para desenvolver transtorno do pânico (7,7% x 2,9%), transtorno de ansiedade generalizada (6% x 3%) ou transtorno de estresse pós-

traumático (12,5% x 6,2%) ao longo da vida. Ainda que de forma menos pronunciada, esses estudos também sugerem uma diferença em termos de gênero no risco de desenvolver transtorno obsessivo compulsivo durante a vida (3,1% nas mulheres e 2,0% nos homens) e fobia social (15,5% nas mulheres e 11,1% nos homens), revelando que as mulheres possuem um risco significativamente mais alto do que os homens de desenvolverem um transtorno de ansiedade ao longo da vida. Dessa forma, é essencial que sejam investigadas as características e as potenciais causas dos transtornos de ansiedade nas mulheres⁽⁵⁴⁾.

Em outra perspectiva, constatou-se que populações ocidentais apresentam prevalências de transtornos mentais não psicóticos que variam de 7% a 26%, sendo mais elevadas no sexo feminino (20,0%) do que no masculino (12,5%)⁽⁵⁵⁾.

Outro achado importante é o fato de que os quadros depressivos em mulheres têm sido o terceiro problema de saúde em países desenvolvidos e o quinto em áreas subdesenvolvidas, após as causas maternas e algumas doenças transmissíveis. Para as mulheres, são mais comuns os transtornos de ansiedade (9%), os somatoformes (3%) e os depressivos (2,6%)⁽⁵⁶⁾.

Justifica-se que uma das limitações desta pesquisa foi o aprofundamento sobre os contextos de internação, mediante a dificuldade de acesso a registros de informações sistematizadas sobre as admissões em hospitais psiquiátricos referenciados, realizadas via atendimentos com ambulâncias tipo A. A única informação confiável obtida foi o número de internações (269), distribuídas de junho a dezembro de 2010.

No mesmo período, houve 269 internações em hospital psiquiátrico de referência, e tais internações foram realizadas com ambulâncias do tipo A do município, desconsiderando-se internações que foram realizadas com veículos particulares. Ressalta-se que o município é também responsável por realizar o transporte com as mesmas ambulâncias do tipo A para residência e/ou unidade substitutiva do tipo SRT no momento da alta hospitalar, gerando custo ainda maior. Deve-se também considerar que pacientes pós alta hospitalar que não realizarem tratamentos rigorosos, com atendimento multidisciplinar e medicamentoso, muito provavelmente apresentarão nova fase aguda e, consequentemente, acionarão o SAMU.

No período de análise dos dados das unidades substitutivas da Divisão de Saúde Mental, foram avaliados relatórios de acompanhamento de atendimentos à saúde mental, porém foram encontradas muitas dificuldades na interpretação dos dados, visto que cada unidade realizava suas anotações de forma manuscrita, em impresso próprio e individual, o que dificultou muito a análise criteriosa de cada impresso, tornando-se necessário realizar uma média do número de pacientes atendidos mensalmente; porém, não foi possível discriminar a

quantidade de atendimento que cada paciente recebeu durante o período. Junto à diretoria da Divisão de Saúde Mental, foram expostas as dificuldades, e então o órgão se prontificou a padronizar o impresso às unidades substitutivas, diferenciando alguns detalhes somente para o SRT, por se tratar de moradores no serviço, os quais têm rotina de trabalho diferenciada das demais unidades. Assim, em janeiro de 2012 as unidades já iniciaram seus relatórios em impressos padronizados (Anexos 3 e 4).

Diante dos dados apresentados, pode-se avaliar que o sexo masculino e a faixa etária dos 30 aos 39 anos apresentaram maior significância para o abuso de álcool e outras drogas, o que traz grandes preocupações, mesmo porque se trata de faixa etária produtiva. É importante citar que pacientes acometidos por patologias citadas nesta pesquisa muito provavelmente necessitam de cuidador, seja familiar ou não, para permanecerem sob cuidados, despesa que reduz ainda mais a renda familiar, situação que potencializa o surgimento de diversos outros problemas psíquicos e socioeconômicos. Necessita-se, então, que seja realizada busca ativa desses pacientes e que as equipes das unidades básicas de saúde, equipes do Programa Saúde da Família, juntamente com as unidades substitutivas e serviços de urgência, realizem em conjunto a assistência à saúde mental, conseguindo abranger o paciente e quem está a sua volta, que certamente também necessita de atendimento.

Todavia, estratégias e intervenções foram abordadas apenas recentemente pela alçada científica. O ideal seria que as políticas públicas sobre o consumo de álcool, drogas e sobre os transtornos mentais fossem direcionadas por evidências científicas, provando a efetividade de custo, mostrando consistência nas ações implementadas, obtendo a aprovação e o apoio da comunidade e permitindo o desenvolvimento de estratégias que possam beneficiar a população.

Considera-se de grande importância a implantação da sistematização da rede de saúde, com um sistema pelo qual todas as unidades possam verificar se o paciente foi assistido em qualquer outra unidade de saúde, inclusive com possibilidade de arquivos de exames de imagem, se compareceu aos atendimentos agendados, a atendimentos para recebimento de medicamentos por via invasiva, se realizou e quando realizou retirada de medicamentos, avaliando se o uso está correto e contínuo, se necessitou de atendimento nos serviços de urgência e por quais motivos, ou seja, seria realmente acompanhado por toda rede municipal de saúde.

Aprecia-se também a necessidade da implantação de CAPS III, haja vista que, conforme censo IBGE 2010, Bauru possui 344.039 habitantes, e que em centros especializados certamente o paciente será o maior beneficiado, pois será assistido por equipe qualificada e

treinada, reduzindo a necessidade de internações em hospitais psiquiátricos e, conseqüentemente, melhorando a qualidade de vida do paciente e de todos que estão envolvidos no processo de cura ou mesmo da estabilização da doença. Com isso, haverá a redução de recursos gastos pelo município.

Por fim, acredita-se que esta pesquisa tenha contribuído para sinalizar que, quer seja na dimensão assistencial ou de pesquisa, faz-se necessário explorar se as crises convulsivas estão associadas a doenças neurológicas, a transtornos psiquiátricos, principalmente pelo abuso de álcool e drogas, assim como a outras possibilidades.



Capítulo 6. *Conclusões*

Conclui-se que:

- ✓ As equipes do SAMU-192, de junho a dezembro de 2010, na cidade de Bauru, realizaram 2.106 (12%) atendimentos a usuários com transtornos psiquiátricos, com maior incidência de episódios convulsivos (39,2%);
- ✓ Dentre os atendimentos, destacou-se a convulsão, com 555 chamados, perfazendo 36,1% do total de atendimentos, mais frequente nas faixas etárias de 20 a 29, 30 a 39 e 40 a 49 anos, justamente naquelas em que preponderaram os chamados por abuso de drogas e álcool. Os indivíduos de 10 a 19 anos abusam precocemente do álcool (14,1%) e de outras drogas (12,8%), assim como se percebeu descenso de atendimentos por transtornos psiquiátricos à medida que a população envelhece;
- ✓ Houve diferença significativa no atendimento de homens por abuso de álcool (78,3%) e outros tipos de drogas (78,7%), assim como para episódios convulsivos (75,1%) e agitação psicomotora (63,6%), enquanto para as mulheres a significância foi em relação à crise conversiva (85,7%) e à de ansiedade (77,4%). Os homens (66,0%) superaram as mulheres (34%) na demanda por atendimentos do SAMU por abusarem três vezes mais de álcool e de drogas quando comparados a elas;
- ✓ Ocorreu significância entre faixas etárias e demandas por atendimentos relacionadas a abuso de álcool, de drogas, agitação psicomotora, ansiedade, crise conversiva, depressão, surto psicótico, tentativa de suicídio, intoxicação exógena, convulsão e outros problemas psiquiátricos. Verificou-se que as faixas etárias de 20 a 29 (23,5%), 30 a 39 (25,6%) e 40 a 49 (18,9%) anos reuniram 68,0% dos atendimentos, e que a de 30 a 39 anos foi a que sobressaiu nos chamados (25,6%), superando as demais por abuso de álcool (22,5%), agitação psicomotora (30%), surto psicótico (26,5%) e convulsão (25,8%). Em segundo lugar aparece a faixa de 20 a 29 anos, com 23,5% dos atendimentos, liderados por abuso de drogas (53,7%), tentativa de suicídio (36,1%) e intoxicação exógena (31,1%). Em terceira posição está a faixa etária de 40 a 49 anos, que respondeu por 18,9% das chamadas pelo serviço, principalmente por depressão (30,2%), ansiedade (24,5%) e outros problemas psiquiátricos (24,7%);
- ✓ Houve 269 internações psiquiátricas em hospitais referenciados, porém não foi possível correlacioná-las aos atendimentos realizados com o SAMU por falta de registros sistematizados na rede de atenção à saúde.

Finalmente, conclui-se que, para o usuário do SAMU no município de Bauru, predominou o perfil epidemiológico de um indivíduo do sexo masculino, em idade economicamente produtiva, entre 20 e 49 anos, preponderando a faixa etária de 30 a 39 anos, com episódios convulsivos decorrentes, provavelmente, do abuso de álcool e de outros tipos de drogas.



Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Regulação médica das urgências. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2006. (Serie A. Normas e Manuais Técnicos).
2. Tuoto, EA. Ambulância: Origem do Termo [Internet]. Brasil: Elvio A. Tuoto; 2009. [acesso em 2011 mar. 30]. Disponível em: <http://historyofmedicine.blogspot.com/>
3. Ramos VO, Sanna MC. A inserção da enfermeira no atendimento pré-hospitalar: histórico e perspectivas atuais. Rev Bras Enferm 2005; 58(3):355-60.
4. Batista L. Em 1911, Polícia de São Paulo ganhava uma ambulância [Internet]. O Estado de São Paulo. 2011 maio 09 [acesso em 2012 mar. 25]. Disponível em: <http://blogs.estadao.com.br>
5. Santa Catarina. Secretaria de Estado da Saúde. Apostila do SAMU Santa Catarina [Internet]. Santa Catarina; revisado em maio de 2006. [acesso em 2012 mar. 20]. Disponível em: http://samu.saude.sc.gov.br/arquivos/apostila_do_samu_santa_catarina.pdf
6. São Paulo. Polícia Militar do Estado de São Paulo, Corpo de Bombeiros do Estado de São Paulo. Historia do Corpo de Bombeiros [Internet]. São Paulo; 2011. [acesso em 2012 mar. 10]. Disponível em: www.bombeiros.sp.gov.br
7. Rede Brasileira de Cooperação em Emergências – RBCE. Histórico da RBCE [Internet]. Porto Alegre; atualizado em Agosto de 2011. [acesso em 2012 mar. 20]. Disponível em: www.rbce.org.br
8. Santos JS, Scarpelini S, Brasileiro SLL, Ferraz CA, Dallora MELV, Sá MFS. Avaliação do modelo de organização da Unidade de Emergência do HCFMRP-USP, adotando, como referência, as políticas nacionais de atenção às urgências e de humanização. Ribeirão Preto: Medicina; 2003. p. 498-515.
9. Lopes SLB, Fernandes RJ. Uma breve revisão do atendimento médico pré-hospitalar. Medicina 1999; 32: 381-7.

10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2048, de 5 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Diário Oficial da União. 2002 nov. 12; Seção 1. p. 32-54.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1863, de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Diário Oficial da União. 2003 out. 6; Seção 1. p. 56.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1864, de 29 de setembro de 2003. Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação do serviço de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU-192. Diário Oficial da União. 2003 out. 6. Seção 1, p. 57-9.
13. Scarpelini S. A organização do atendimento às urgências e trauma. Medicina 2007; 40(3): 315-20.
14. Tannebaum RD, Arnold JL, De Negri Filho A, Spadoni VS. Emergency medicine in southern Brazil. Ann Emerg Med 2001; 37(2):223-8.
15. Giglio-Jacquemot A. Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
16. Machado CV, Salvador FGF, O'dwyer G. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. Rev Saúde Pública 2011;45(3):519-28
17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2971, de 08 de Dezembro de 2008. Institui o veículo motocicleta – motolância como integrante da frota de intervenção do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em toda rede SAMU – 192 e define critérios técnicos para sua utilização. Diário Oficial da União. 2008 dez 9; Seção 1. p. 69.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.

- Documento apresentado a Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 2005 nov. 07-10.
19. Amarante P. Loucura, cultura e subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. In: Fleury S, org.: Saúde e democracia – A luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial; 1997. p. 163-85.
 20. Delgado P. Perspectivas da psiquiatria pós-asilar no Brasil. In: Tundis S, Costa N, org. Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis: Vozes; 2000. 6: p. 171-202.
 21. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Legislação em Saúde Mental. 2ª ed. Brasília: Ed. do Ministério da Saúde; 2002.
 22. Delgado PG, Gomes MP, Coutinho ES. Novos rumos nas políticas públicas da saúde mental no Brasil. Cad Saúde Pública. 2001; 17 (3):452-3.
 23. Brasil. Ministério da Saúde. Lei 10216 de 06 de Abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União. 2001.
 24. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 336 de 19 de Fevereiro de 2002. Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS iII e CAPS ad II. Diário Oficial da União. 2002 fev. 20. p. 22.
 25. Rangé BP, Marlatt GA. Terapia cognitivo-comportamental de transtornos de abuso de álcool e drogas. Rev Bras Psiquiatr. 2008; 30(Supl II):S88-95.
 26. Aguilar LR, Pillon SC. Percepção das tentações de uso de drogas em pessoas que recebem tratamento. Rev Lat Am Enfermagem. 2005; 13(n.esp.):790-7
 27. Bernik V, Gouvêa FS, Lopes K V. Agitação psicomotora. RBM rev bras med 2010; 67(8): 289-95. Disponível em: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=4383

-
28. Vianna RB, Campos AA, Fernandez JL. Histórico, diagnóstico e epidemiologia da ansiedade infanto-juvenil. *Rev Bras Ter Cogn*. 2010; 6(2)37-57.
29. Motta GCP, Oliveira CC, Junges M, Unicovsky MAR. Paciente com crise conversiva: um estudo de caso. *Rev HCPA* 2007; 27: 35-36. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/12776/000627387.pdf?sequence=1>
30. Rizzo L, Cerveira JA, Vaz JT, Padulla ST, Fregonesi CEPT, Armondes CCL. Análise da depressão em indivíduos portadores de doença renal crônica que realizam hemodiálise. *ETIC - ENCONTRO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA*. 2009; 5(5). Disponível em: <http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/ETIC/article/view/2200/2377>
31. Cassarola RMS, Smeke ELM. Autodestruição humana. *Cad Saúde Pública*. 1994; 10 (supl. 1): 61-73.
32. Barros Régis Eric Maia, Tung Teng Chei, Mari Jair de Jesus. Serviços de emergência psiquiátrica e suas relações com a rede de saúde mental Brasileira. *Rev. Bras. Psiquiatr.* [serial on the Internet]. [cited 2012 June 08]. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462010000600003&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462010000600003>.
33. Mascarenhas MDM, Silva MMA, Malta DC, Moura L, Macário EM, Gawryszewski VP, et al. Perfil epidemiológico dos atendimentos de emergência por violência no Sistema de Serviços Sentinelas de Vigilância de Violências e Acidentes - Brasil, 2006. *Epidemiol Serv Saúde*. 2009; 18(1):17-28.
34. Botega NJ, Marín-León L, Oliveira HB, Barros MBA, Silva VF, Degallorodo P. Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25(12): 2632-38.
35. Silva RV, Sá E. *Análise Psicológica*. Lisboa; 2009 [acesso em 2012 mar. 25]. Disponível em: www.scielo.oces.mctes.pt

36. Kachava AM, Escobar BT. Perfil das Intoxicações Exógenas registradas no Hospital Nossa Senhora da Conceição em Tubarão SC. *ACM arq catarin med.* 2005; 34(4):46-52.
37. Pereira MG. *Epidemiologia: teoria e prática.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.
38. Pitteri JSM, Monteiro PS. Caracterização do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) em Palmas-Tocantins, Brasil, em 2009. *Com Ciências Saúde.* 2010; 21(3):227-36.
39. Marques GQ, Lima MADS, Mortari R. Agravos clínicos atendidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de Porto Alegre – RS. *Acta Paul Enferm* 2011;24(2):185-91.
40. Almeida-Filho N, Lessa I, Magalhães L, Araujo MJ, Aquino E, Kawachi I, et al. Alcohol drinking patterns by gender, ethnicity and social class in Bahia, Brazil. *Rev Saúde Pública* 2004; 38(1):45-54.
41. Rodrigues AP, Oliveira AS, Zaleski EGF, Arantes SL. Avaliação do nível de propensão para o desenvolvimento do alcoolismo entre estudantes do curso de graduação em enfermagem da Universidade Católica Dom Bosco [Internet]. *Rev Eletrônica de saúde mental álcool e drogas* 2007 [acesso em 2012 mai. 05]; 3(1):1-10. Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/smad/v3n1/v3n1a05.pdf>
42. Carlini EA, Galduróz JCF, Noto AR, Nappo AS. I levantamento domiciliar sobre o uso de drogas no Brasil – 2001. CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina e SENAD – Secretaria Nacional Anti drogas, Presidência da República, Gabinete de Segurança Nacional; 2002 p. 480.
43. Almeida Filho N, Mari JJ, Coutinho ESF, França JF, Fernandes JG, Andreoli SB, et al. Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátricas em áreas urbanas. *Rev ABP-APAL.* 1992; 14(3):93-104.

44. Andrade LHSG, Silveira CM, Martins SS, Storr CL, Wang YP, Viana MC. Padrões de consumo do álcool e problemas decorrentes do beber pesado episódico no Brasil. *Álcool e suas consequências: uma abordagem multiconceitual*. IPq – HCFMUSP. 2009; 103-122.
45. Malbergier A, Cardoso LRD, Amaral RA, Santos VCV. Gender parity and drug use: are girls catching up with boys? *Rev Bras Psiquiatr*. 2012; 34(1):16-23.
46. Vieira DL, Ribeiro M, Romano M, Laranjeira RR. Álcool e adolescentes: estudo para implementar políticas municipais. *Rev Saúde Pública* 2007;41(3):396-403.
47. Malta DC, Mascarenhas MDM, Porto DL, Duarte EA, Sardinha LM, Barreto SM. Prevalência do consumo de álcool e drogas entre adolescentes: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde Escolar. *Rev Bras Epidemiol* 2011; 14(1) Supl.: 136-46.
48. Silva SÉD da, Padilha MI. Atitudes e comportamentos de adolescentes em relação à ingestão de bebidas alcoólicas. *Rev Esc Enferm USP* 2011;45(5):1063-9.
49. Silveira, CM. Preditores sociodemográficos das transições entre os estágios do uso de álcool (uso na vida, uso regular, abuso e dependência) e remissão dos transtornos relacionados ao uso do álcool, na população geral adulta residente na região metropolitana de São Paulo [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2010.
50. Malta DC, Silva MMA, Lima CM, Soares Filho AM, Montenegro MMS, Mascarenhas MDM, et al. Impacto da legislação restritiva do álcool na mortalidade por acidentes de transporte terrestre – Brasil, 2008. *Epidemiol Serv Saúde*. 2010; 19(1):77-8.
51. Benedicto RP. Causas múltiplas de morte relacionada ao consumo de álcool na microregião de Ribeirão Preto – SP, 1996 – 2007 [dissertação]. Ribeirão Preto-SP: Universidade de São Paulo; 2011.

52. Pinho PH. Os desafios na atenção aos usuários de álcool e outras drogas e a reabilitação psicossocial [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem: Universidade de São Paulo; 2009.
53. Bodde NMG, Brooks JL, Baker GA, Boon PAJM, Hendriksen JGM, Mulder OG, Aldenkamp AP. Psychogenic non-epileptic seizures - definition, etiology, treatment and prognostic issues: a critical review. *Seizure* 2009; 18(8):543–5.
54. Kinrys G, Wygant LE. Anxiety disorders in women: does gender matter to treatment? *Rev Bras Psiquiatria*, 2005; 27 (Supl. II):S 43-50.
55. Lopes CS, Faerstein E, Chor D. Eventos produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados pró-saúde. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(6): 1713-20.
56. Tuono VL, Jorge MHPM, Gotlieb SLD, Laurentini R. Transtornos mentais e comportamentais nas mortes de mulheres em idade fértil. *Epidemiologia e serviços de saúde*. 2007; 16(2):85-92.



Anexas

Anexo 1: Carta de Aprovação Comitê de Ética em Pesquisa.



Comitê de Ética em Pesquisa

Instituto Lauro de Souza Lima
Caixa Postal 3021 – CEP: 17034-971 – Bauru/ SP/ Brasil
Fone: 55 14 3103-5921
Fax: 55 14 3103-5914

CT.: C.E.P. nº 003/2011

Bauru, 14 de abril de 2011

Ilma. Sra.
Maria Rita Simões Nabi

Prezada Senhora

O projeto de pesquisa intitulado “Incidência de atendimento às urgências psiquiátricas realizadas pelo SAMU-192 na cidade de Bauru”, protocolo E-003/10, foi apreciado neste Comitê de Ética em Pesquisa, e foi **APROVADO**.

Aproveitamos a oportunidade para reiterar nossos protestos do mais elevado apreço.

Atenciosamente

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Ida Maria Foschiani Dias Baptista', is positioned above the printed name.

Dra Ida Maria Foschiani Dias Baptista
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
Instituto Lauro de Souza Lima

Anexo 2: Carta de Aprovação de Alteração de Título do Comitê de Ética em Pesquisa.

Anexo 3: Relatório Mensal de Acompanhamento de Pacientes – Unidades Substitutivas da Divisão de Saúde Mental.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE BAURU
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RELATÓRIO MENSAL DE ACOMPANHAMENTO DOS ATENDIMENTOS – CAPS I
Mês de referência: _____

1- PACIENTES ATENDIDOS, POR FAIXA ETÁRIA E SEXO

CAPS I	< 15 anos		≥ 15 anos	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
Acolhidos				
Matriculados				
Total				

2- DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES POR TIPO DE ATENDIMENTO, SEXO E FAIXA ETÁRIA

Tipo	Inscritos		≤4 anos	5 a 9 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	≥20 anos
	M	F					
Intensivo							
Semi-intensivo							
Não intensivo							
Total							

3- ENCAMINHAMENTOS FEITOS APÓS ACOLHIMENTO

AMSM	CAPS AD	C. Tutelar	UBS	Universidades	Orientação	Outro

4- PROCESSOS DE ALTA

Especificação	Total	
Alta por melhora		
Alta a pedido		
Alta por abandono		
Alta por outro motivo		
Internação	M =	F =
Continuidade (mesmo procedimento)		
Continuidade (mudança de procedimento)		
Mudança para outra unidade prestadora de serviço		

5- PROCEDIMENTOS INDIVIDUAIS

Tipo de Atendimento	Total
Neurologia	
Psiquiátrica	
Nutricional	
Serviço Social	
Enfermagem	
Fonoterapia	
Psicoterapia	

6- PROCEDIMENTOS GRUPAIS

Especificação	Total
Grupo Terapêutico	
Oficina Terapêutica	
Grupo Familiar	
Atividades Comunitárias e Educativas	
Grupo Psicoterápico	

RESPONSÁVEL PELA UNIDADE: _____
(assinatura e carimbo)

Anexo 4: Relatório Mensal de Acompanhamento de Pacientes – SRT.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE BAURU
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RELATÓRIO MENSAL DE ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES – RES. TER.
MÊS DE REFERÊNCIA: _____

1- PACIENTES ATENDIDOS

	Masculino	Feminino	Total
Matriculados			
Inclusão			
Internação			
Total			

2- PROCEDIMENTOS INDIVIDUAIS

Tipo de Atendimento profissional	Total
Psiquiátrica	
Neurológica	
Psicólogo	
Assistente Social	
Enfermeiro	
Terapeuta Ocupacional	
Auxiliar de enfermagem	

3- PROCEDIMENTOS GRUPAIS

Tipo de Procedimento	Total	Observação
Oficinas terapêuticas		
Oficina de geração de renda		
Passeios Comunitários		

4- Nº PROCEDIMENTOS SEGUNDO LAUDOS INICIAIS E DE CONTINUIDADE

Especificação	Laudos iniciais	Laudos de continuidade	Total
Total			
Semi-intensivo			
Não intensivo			
Total paciente			

RESPONSÁVEL PELA UNIDADE: _____
 (assinatura e carimbo)