

ROSIMEIRE RODRIGUES CAVALCANTI

*Transformação de uma estrutura
asilar em uma atual instituição
assistencial psiquiátrica no Estado de
Alagoas: reinternações*

**Recife
2005**

ROSIMEIRE RODRIGUES CAVALCANTI

*Transformação de uma estrutura asilar em uma
atual instituição assistencial psiquiátrica no Estado
de Alagoas: reinternações*

Dissertação apresentada À Banca Examinadora como exigência parcial para obtenção do título de mestre em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, área de concentração em Psiquiatria, pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

Orientador:

Prof. Dr. Othon Bastos Filho



**RECIFE
2005**

Cavalcanti, Rosimeire Rodrigues

Transformação de uma estrutura asilar em uma atual instituição assistencial psiquiátrica no Estado de Alagoas : reinternações / Rosimeire Rodrigues Cavalcanti. – Recife : O Autor, 2005

xii, 62 folhas : il., fig., tab., gráf.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. CCS. Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, 2005.

Inclui bibliografia e anexos.

1. Psiquiatria - Assistência psiquiátrica – Rehospitalização – Hospital Escola Portugal Ramalho, Maceió (AL) . 2. Modelo assistencial – Evolução. 3. Pacientes reinternados – Perfil sócio-demográfico e clínico. I. Título.

616.89

CDU (2.ed.)

UFPE

616.89

CDD (22.ed.)

BC2005-495

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
REITOR

Prof. Dr. Amaro Henrique Pessoa Lins

VICE-REITOR

Prof. Dr. Gilson Edmar Gonçalves e Silva

PRÓ-REITOR DA PÓS-GRADUAÇÃO

Prof. Dr. Celso Pinto de Melo

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DIRETOR

Prof. Dr. José Thadeu Pinheiro

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
DIRETOR SUPERINTENDENTE

Profa. Dra. Eloísa Maria Mendonça de Moraes

DIRETOR TÉCNICO

Prof. Marcelo Salazar da Veiga Pessoa

DIRETORA ADMINISTRATIVA

Dra. Gildênia Bezerra Coutinho

CURSO DE MESTRADO EM NEUROPSIQUIATRIA E CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO

Prof. Dr. Marcelo Moraes Valença

MESTRADO EM NEUROPSIQUIATRIA

Corpo Docente

Prof. Dr. Marcelo Moraes Valença

Prof. Dr. Everton Botelho Sougey

Prof. Dr. Gilson Edmar Gonçalves Silva

Prof. Dr. Hildo Rocha Cisne de Azevedo Filho

Prof. Dr. Luis Ataíde Jr.

Pro^a. Dr^a. Maria Lúcia Bustamente Simas

Prof. Dr. Murilo Duarte da Costa Lima

Prof. Dr. Othon Coelho Bastos Filho

Prof. Dr. Raul M. de Castro

Prof^a. Dr^a Sheva Maria da Nobrega

Prof. Dr. Wilson Farias da Silva



Serviço Público Federal
Universidade Federal de Pernambuco
MESTRADO EM NEUROPSIQUIATRIA
E CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO

DEFESA DE DISSERTAÇÃO

MESTRANDA : Rosimeire Rodrigues Cavalcant i

TÍTULO: "TRANSFORMAÇÃO DE UMA ESTRUTURA ASILAR EM UMA MODERNA INSTITUIÇÃO ASSISTENCIAL PSIQUIÁTRICA NO ESTADO DE ALAGOAS: EXPERIÊNCIA DE 10 ANOS".

Orientador. Prof. OTHON COELHO BASTOS FILHO

BANCA EXAMINADORA

Prof. JOÃO ALBERTO DE CARVALHO – UFPE

Prof. KÁTIA CRISTINA LIMA DE PETRIBU – UPE

Prof. EVERTON BOTELHO SOUGEY - UFPE .

LOCAL: Auditório Murilo La Greca - CCS

Horário: 9h

Dia: 06.05.2005

Comentários: A CANDIDATA FOI APROVADA e que uma vez atendendo as exigências da Banca o trabalho seja organizado para publicação.

Presidente:

Examinador:

Examinador:

[Assinatura]
Katia Petribu
Carvalho.

Dedicatória

*Este trabalho é dedicado aos meus filhos **Fagner e Henrique**, razão do meu viver e da preocupação com a minha biografia; aos meus pais, **Antônio** (in memoriam.) e **Marília Rodrigues**, o começo de tudo e a presença constante em todos os momentos.*

Agradecimentos

Ao meu **Deus** que nunca me abandonou, mesmo quando lhe virei as costas.

Aos meus irmãos **Rosiane, Roberto e Ricardo Rodrigues**, pelo interesse em sempre me ajudar.

Ao meu orientador, professor **Othon Bastos**, pelo muito que me tem ensinado.

Ao meu sobrinho **Márcio André** pela hospitalidade e paciência de comigo estudar durante todo o curso.

Aos sobrinhos **Rosmar, Alisson, Marília, Vitor, Riane e Cassiane**, pelos entusiasmos demonstrados às minhas conquistas acadêmicas.

Aos **profs. do Mestrado em Neuropsiquiatria**, pelo aprendizado que proporcionaram, contribuindo para meu aprimoramento pessoal e profissional.

Ao frei **Magnus Henrique**, pelo estímulo dado em todos os momentos de cansaço e dúvidas.

À **Dr^a. Lúcia Santa Rita** por ter tornado realidade o sonho de todos nós.

Aos companheiros de diretoria **Audênis Peixoto, Manoel Dantas, Petrócio Costa, Rosângela Cavalcante e Solange Lucena** e demais funcionários, por juntos sonharmos e realizarmos tanto.

Aos funcionários do arquivo **Márcia Dantas** e **Jositânia**, às secretárias **Ivana** e **Sandra**, aos motoristas **Ederaldo**, **Douglas** e **Sebastião** e na computação, à **Bia**, por toda ajuda recebida durante a realização deste trabalho.

Aos meus **queridos pacientes do Hospital Escola Portugal Ramalho** especialmente aqueles que estudei em seus prontuários durante esta pesquisa.

Aos **profissionais** que preencheram os prontuários de forma legível e completa, permitindo minha coleta de dados.

Ao casal **Linda Délia** e **Fernando Pedrosa**, pelo incentivo e ajuda recebida.

Aos **diretores, colegas e alunos** do Instituto de Psicologia de Maceió, pela liberação durante o curso.

*Cada um tem sua raridade: selo, flor, dente
de elefante. Uns têm felicidade! Eu tenho...*

*(extraído do poema “Retrato
Falante”, de **Cecília Meireles**).*

Sumário

LISTA DE TABELAS E FIGURAS	x
RESUMO.....	xii
ABSTRACT	xiii
1 INTRODUÇÃO.....	1
2 REVISÃO DA LITERATURA	
2.1 A evolução da assistência psiquiátrica no exterior.....	4
2.2 A evolução da assistência psiquiátrica no Brasil.....	7
2.3 A evolução da Psiquiatria em Alagoas.....	18
3 OBJETIVOS	
3.1 Objetivo geral	31
3.2 Objetivos específicos.....	31
4 MATERIAL E MÉTODOS	
4.1 População de estudo	32
4.2 Amostragem	32
4.3 Tamanho	33
4.4 Seleção.....	33
4.5 Métodos e técnicas de investigação.....	33
4.6 Análise dos dados	37
5 RESULTADOS	38
6 DISCUSSÃO	46
7 CONCLUSÕES	54
REFERÊNCIAS	57
ANEXOS	63
ANEXO 1 – Formulário de pesquisa	
ANEXO 2 – Classificação Brasileira de Profissão/Ocupação – 2002 Grandes Grupos/Títulos	

Lista de Tabelas e Figuras

TABELAS

Tabela 1	Total anual de reinternações no HEPR, da cidade de Maceió (AL), no período de 1994–2003 e amostra em números absolutos	32
Tabela 2	Total de internações, reinternações em números absolutos e porcentagem no HEPR, da cidade de Maceió (AL), no período de 1994–2003	34
Tabela 3	Censo/Estimativa/Contagem da população do estado de Alagoas no período de 1994–2003	38
Tabela 4	Leitos psiquiátricos públicos e privados do estado de Alagoas por ano/mês de competência segundo os municípios	38
Tabela 5	Características sócio-demográficas dos pacientes reinternados no HEPR em Maceió (AL) no período de 1994–2003	39
Tabela 6	Fatores determinantes de reinternações de pacientes no HEPR em Maceió (AL) no período de 1994–2003.....	40
Tabela 7	Desfechos clínicos das internações de pacientes no HEPR, em Maceió(AL), no período de 1994–2003.....	40
Tabela 8	Diagnóstico final (CID -10) de pacientes reinternados no HEPR , em Maceió(AL), no período 1994–2003.....	41

FIGURAS

Figura 1	Distribuição por gênero dos pacientes reinternados no HEPR, na cidade de Maceió (AL), no período de 1994–2003	41
-----------------	--	----

Figura 2	Distribuição etária dos pacientes reinternados no HEPR, na cidade de Maceió (AL), no período de 1994-2003	42
Figura 3	Distribuição por estado civil dos pacientes reinternados no HEPR, na cidade de Maceió (AL), no período de 1994-2003	42
Figura 4	Distribuição por grau de instrução dos pacientes reinternados no HEPR, na cidade de Maceió (AL), no período de 1994-2003	43
Figura 5	Distribuição por ocupação dos pacientes reinternados no HEPR, na cidade de Maceió (AL), no período de 1994-2003	43
Figura 6	Distribuição por fatores determinantes de reinternações dos pacientes do HEPR, na cidade de Maceió (AL), no período de 1994-2003	44
Figura 7	Distribuição por diagnóstico no momento da alta dos pacientes reinternados no HEPR, na cidade de Maceió (AL), no período de 1994-2003	45
Figura 8	Distribuição por desfecho clínico dos pacientes reinternados no HEPR, na cidade de Maceió (AL), no período de 1994-2003	45

Resumo

A autora aborda a evolução do modelo assistencial psiquiátrico através do tempo, em diferentes países, focalizando a situação brasileira e em particular a do estado das Alagoas. Realiza um estudo descritivo relatando as mudanças radicais, criação de serviços alternativos e investimento em recursos humanos, ocorridos no modelo assistencial do Hospital Escola Portugal Ramalho (HEPR) da cidade de Maceió – Alagoas, no período de 1994 a 2003. Verificou-se uma redução do número de leitos psiquiátricos em 21,98% e um aumento da população do estado das Alagoas da ordem de 10,29%. Foram analisadas as características socioeconômicas e demográficas da população reinternada que se manteve estável ao longo do período, sendo superior ao número de novas hospitalizações. Foram igualmente investigados os fatores determinantes das reinternações, seus desfechos clínicos e os diagnósticos dos pacientes. Utilizou-se como fonte secundária dados que foram coletados nos prontuários dos pacientes reinternados no HEPR no referido período. Dos 813 pacientes selecionados por amostragem aleatória sistemática, o gênero predominante foi o masculino (68,50%), com idade entre 30 e 50 anos (53,4%), em sua maioria solteiros (75,80%), analfabetos ou com grau de instrução elementar (92,3%), sem profissão, dos quais apenas 8,1% estão aposentados. Quanto aos fatores determinantes das reinternações, constatou-se que a gravidade da patologia mental foi responsável por 89,7% das reinternações, superando em muito os fatores socioeconômicos e familiares (5,9%), os mistos (3,2%) e as deficiências assistenciais do serviço (1,2%). No que diz respeito aos desfechos clínicos o “melhorado” ocorreu em uma proporção igual a (85,9%) muito superior aos demais. Os diagnósticos mais frequentes entre os reinternados foram aqueles compreendidos nas categorias F20 a F29 (48,0%) e F10 a F19 (31,7%) da CID-10. Esses dados revelam a necessidade atual da permanência do hospital de qualidade compondo um modelo assistencial não obrigatoriamente centrado no mesmo e o envolvimento da comunidade em geral, como parceira, no processo de desinstitucionalização do hospital psiquiátrico e de seus pacientes. Toda e qualquer política de atenção integral à saúde mental deve, necessariamente, levar em consideração esses achados no sentido de promover uma atenção de qualidade efetiva e eficaz.

Palavras-chave: Modelo Assistencial. Reospitalizações. Características socioeconômicas, clínicas e demográficas. Fatores determinantes. Transtornos Mentais. Desfechos Clínicos.

Abstract

The author approaches the evolution of the psychiatric care model through time, in different countries, focusing the Brazilian situation and, in the one of the state of Alagoas. A descriptive study was carried out relating the radical changes, creation of alternative services and investment in human resources, in the School Hospital Portugal Ramalho (Maceió – Alagoas), in the period between 1994 and 2003. It was verified reduction of the number of psychiatric beds in (21.98%) and an increase in the population of the state of Alagoas of about (10.29%). Although, the rehospitalized population kept it self stable throughout the period, being higher than new in-patients. An analysis was made of the social-economic and demographic characteristics of the rehospitalized population. The determinant factors of rehospitalization, the clinical outcomes and the diagnosis of the patients were also assessed. As a secondary source, data were collected from the manuals of the clinical sample in the HEPR in the referred period. Out of the 813 patients selected in a random systematic sample, the predominant gender was the male (68.50%), aged between 30 and 50 years (53.4%), unmarried (75.80%), illiterate or with rank of elementary instruction (92.3%) and without profession, of which barely (8.1%) are pensioners. As regards the determinant factors of the rehospitalizations, it was noticed that the severity of the mental pathology is responsible by (89.7%) of them, by far exceeding the familiar and social-economic factors (5.9%), mixed factors (3.2%) and care deficiencies of the service (1.2%). In relation to the clinical outcomes, the improvement occurred in a proportion of (85,9 %), far higher than the others. The most frequent diagnosis among the rehospitalized were those present in the categories F20 to F29 (48,0 %) and F10 to F19 (31,7 %) of the CID-10. These data revel the present necessity of the permanence of the quality hospital composing a care model obligatorily centered in it and the involvement of the psychiatric hospital and of its patients. These facts reveal the importance and the efficacy of the work developed by the team of technicians and staff of the HEPR. Any policy of integral attention to mental health must, necessarily, take into consideration these findings, so that it can promote an efficient and effective care.

Key-words:

Care Model. Rehospitalization, Social-Economic, Clinical and Demographic Characteristics. Determinants Factors, Clinical Outcomes.

1 Introdução

A partir dos anos 1960, as políticas públicas de saúde mental divulgadas e desenvolvidas mundialmente, faziam severas críticas às instituições hospitalares psiquiátricas, responsabilizando-as pela cronificação dos portadores de transtornos mentais. Defendiam alternativamente a criação de serviços extra-hospitalares já adotados com sucesso em outros países: enfermaria em hospital geral, hospital-dia, hospital-noite, centro de atenção psicossocial, pensões protegidas, lares abrigados e ambulatórios. Esses procedimentos determinariam a redução dos leitos psiquiátricos e a extinção gradativa dos estabelecimentos hospitalares para doentes mentais. Em suma, condenava-se o modelo dito “hospitalocêntrico”, em favor de um programa voltado para os recursos da comunidade.

Em meados dos anos 1980, período em que a sociedade brasileira buscava sôfregamente sua redemocratização e reorganização social, elevando o indivíduo à condição de cidadão, grupos minoritários foram beneficiados por este movimento e, entre eles, o doente mental. A comunidade do Hospital Escola Portugal Ramalho (HEPR), na cidade de Maceió (AL), não ficou alheia a essas mudanças. A Psiquiatria dos países desenvolvidos havia assistido em período recente a essa verdadeira revolução assistencial. Paralelo a esse processo ocorreram grandes avanços técnico-científicos nos conhecimentos psiquiátricos, quer no campo das neurociências e das ciências do comportamento humano, quer na psicofarmacologia. Tudo isso favoreceu as mudanças da assistência ao portador de doença mental com sólidos recursos socioterápicos, construindo um novo modelo assistencial.

Desde então, o HEPR tem passado por radicais transformações em seu modelo assistencial. Anteriormente um hospital com carência de pessoal qualificado; sérios problemas

em sua estrutura física, principalmente hidráulicos e elétricos; longos e sombrios corredores; predominância de “quartos-fortes”, sem iluminação e circulação de ar; raras enfermarias com camas de alvenaria sem colchões; ausência de refeitórios coletivos e superlotado de pacientes vestidos de uniformes cinza unissex com as iniciais H.P.R. pintadas nas costas entregues ao isolamento e ao ócio. Portanto, uma instituição custodial, cerceadora e isolacionista, atualmente oferecendo novos serviços, respeitando as diferenças individuais e a gravidade do comprometimento mórbido. Surgem a internação em Hospital-Dia, o Centro de Atenção Psicossocial, o Ambulatório de Egressos e o de Demanda Espontânea, todos visando a reinserção psicossocial dos pacientes.

Esta dissertação busca, inicialmente, relatar as profundas modificações estruturais e humanas verificadas no HEPR, em particular a criação de um novo modelo assistencial; cotejar os dados numéricos referentes à diminuição da população hospitalar relacionando-a com o crescimento demográfico estadual; descrever as características socioeconômicas e demográficas da população reinternada, que se manteve estável não obstante a flagrante redução dos leitos psiquiátricos, como também registrar os fatores determinantes de reinternações, (quer as relacionadas a gravidade da patologia mental, quer às condições socioeconômicas e familiares dos pacientes, quer às mistas e às deficiências assistenciais do Serviço), seus desfechos clínicos e os diagnósticos no momento da alta no período 1994-2003.

A identificação de alguns aspectos clínicos, epidemiológicos e administrativos pretendem servir de base a uma melhor compreensão dos determinantes biológicos da patologia mental e da realidade socioeconômica desses indivíduos. Tudo isso refletirá na elaboração de políticas públicas de saúde mental na abordagem terapêutica e na reintegração social dos portadores de transtornos mentais crônicos.

Os resultados obtidos permitem inferir como conclusão a necessidade atual da permanência do hospital psiquiátrico de qualidade compondo um modelo assistencial não-obrigatoriamente centrado sobre o mesmo e o envolvimento da comunidade em geral, no processo de desinstitucionalização¹ dele e de seus pacientes. Esta tem sido em todos os momentos, a preocupação central daqueles que atuam na reforma institucional do HEPR.

¹ Compreende as intervenções de melhoramento hospitalar (clínico, éticos, institucionais e sanitários) e a criação de alternativas assistenciais e extra-hospitalares, a projeção comunitária da assistência e a superação do isolamento do hospital.³⁶

2 Revisão da literatura

2.1 A evolução da assistência psiquiátrica no exterior

A partir do início do século passado verificaram-se, nos países mais desenvolvidos, as primeiras grandes transformações, ou seja, a conversão dos asilos em hospitais psiquiátricos. O hospital psiquiátrico clássico representava um real progresso na evolução dos estabelecimentos destinados ao tratamento de doentes mentais, graças à sua maior preocupação e respeito para com a pessoa dos internados e também a um certo grau de dinamização imposta às suas atividades.

Para Bastos¹, a introdução da Terapia Ocupacional (TO) nesses hospitais psiquiátricos permitiu a luta contra a estagnação dos mesmos. Foi o psiquiatra alemão Hermann Simon, em seu Hospital Psiquiátrico de Guterlosch, o precursor dessa terapêutica pelo trabalho, a praxiterapia.²

Essa terapêutica viria modificar, objetivamente, a fisionomia dos serviços psiquiátricos^{1,2,3,4}. Entretanto, “a sua adoção e utilização sistemáticas foram bastante lentificadas em grande número de países, entre os quais o Brasil”.²

Por outro lado, mesmo contando com uma Terapia Ocupacional (TO) incipiente em que os pacientes trabalhavam para o Serviço, os hospitais psiquiátricos tradicionais apresentavam a persistência de inúmeros vícios asilares que dificultavam a recuperação dos doentes. Os principais eram: superlotação, promiscuidade, deficiência de meios materiais, assim como a permanência do isolamento social, ociosidade e inércia dos pacientes e, sobretudo, o institucionalismo, ou seja, deformações da personalidade do doente produzidas pelas influências nocivas do próprio ambiente.

A segunda reforma importante ocorreu após a última Guerra Mundial. Começou a surgir na França e teve lugar simultaneamente em vários outros países da Europa e nos Estados Unidos da América do Norte. No continente europeu apresentou especial desenvolvimento na Grã-Bretanha, Holanda e países escandinavos, os precursores desse movimento.⁵

O período do pós-guerra pode ser considerado como berço dos projetos de reforma psiquiátrica, pois a comunidade mundial, impregnada de sentimentos de liberdade e da paz recém-conquistada após longos e dramáticos anos de guerra mostrava-se particularmente mais tolerante para com o doente mental. Os hospitais da época evocavam os locais de confinamento onde foram cometidos graves genocídios e abusos contra a humanidade, sendo muito mais ambientes de iatrogenia do que de cuidado e assistência. Surgiram, então, estudos aprofundados sobre a vida dos pacientes dentro dos hospitais psiquiátricos e, conseqüentemente, movimentos humanitários.⁶

No contexto mundial, quatro grandes movimentos merecem ser citados: as Comunidades Terapêuticas (Inglaterra), a Psicoterapia Institucional (França), a Psiquiatria de Setor (modelo francês) e a Psiquiatria Preventiva/Comunitária (modelo norte-americano). Todas com a pretensão de resolver os problemas apontados pelas experiências de reformas do modelo assistencial hospitalar. Concordavam quanto à condenação dos doentes mentais ao abandono e à exclusão da sociedade e como lembrava Ey (*apud* Bastos, 1977): “o único aspecto salutar da própria antipsiquiatria seria seu aspecto antiasilar”.⁶

O abuso e a hierarquização das relações intra-hospitalares eram a fonte de descaminhos assistenciais e sua correção viria com um novo modelo mais aberto para a comunidade, mais tolerante para com os pacientes e mais justo nas relações de troca entre as pessoas que habitavam esse universo institucional, conforme pregava o movimento encabeçado por Jones.⁷

Para a Psiquiatria Comunitária/Preventiva e a Psiquiatria de Setor, o diferencial da assistência psiquiátrica seria a existência de um hospital dissociado da comunidade. O monopólio do poder terapêutico acabaria se tornando o próprio foco da doença. A melhor alternativa para esse mal estaria na extensão da assistência ao seio da comunidade geral, onde as pessoas em seu cotidiano poderiam ser ajudadas, inclusive antes da eclosão da doença (prevenção primária).⁸

Para a antipsiquiatria, o hospital psiquiátrico jamais poderia funcionar como instrumento de ajuda ao paciente, uma vez que representava e concretizava o conjunto dos falsos saberes que a Psiquiatria desenvolveu para justificar sua existência. Não se restringiu apenas a uma mera crítica ao hospital psiquiátrico, como consequência natural de um constructo nocivo e enganoso sobre a doença mental. Todo o saber psiquiátrico passou a ser desconsiderado e tido como potencialmente pernicioso. A antipsiquiatria defendia a reavaliação da compreensão da loucura e a criação de dispositivos assistenciais distintos do hospital tradicional. Portanto, não só o hospital, independente do que lá acontecesse, deveria deixar de existir, mas, seria necessário abandonar todo o saber psiquiátrico, mudar as leis que regem e legitimam a vida de pessoas portadoras de transtornos mentais.⁹

Leme Lopes¹⁰, em sua “Psiquiatria de Machado de Assis”, no capítulo “A propósito do Alienista”, assim se expressa:

Encontramo-nos em pleno fastígio da antipsiquiatria. A nave dos loucos, da qual nos dá Michel Foucault uma pintura tão limpa e tão numerosa como a prancha de Hieronymus Bosch tem sua predecessora na Casa Verde de Itaguaí. Nenhum doutor Laing chegou até agora a superar Simão Bacamarte: dar num só dia alta a todos os doentes do asilo. Nenhum tampouco se recolheu ao manicômio vazio para aí ficar a meditar o enigma da loucura [...].

A antipsiquiatria que surgiu na esteira da Psiquiatria Social persiste hoje com pequena mudança circunstancial no chamado Movimento Antimanicomial, dos anos 1970, 1980 e 1990. Sua existência foi contestada bravamente por todos os defensores de uma Psiquiatria baseada no modelo médico.

Na França os “Centros de Tratamento e de Reabilitação Social”, abreviadamente C.T.R.S., dedicaram-se totalmente à reintegração social dos doentes e preocupam-se até hoje, seriamente, com o atendimento das necessidades reais dos mesmos. Constituíram-se simultaneamente, sobretudo na Inglaterra, as primeiras comunidades terapêuticas, que passariam a alterar profundamente a estrutura e a dinâmica interna dos hospitais psiquiátricos.

Dessa forma, o hospital psiquiátrico passou a ser não somente ativado, mas, sobretudo, integrado em um conjunto harmônico, representado pela equipe terapêutica (corpo médico mais pessoal auxiliar) e comunidade de doentes, empenhados na recuperação e reintegração desses últimos. O advento das comunidades terapêuticas criando uma nova atmosfera psicossocioterápica nos hospitais psiquiátricos é, portanto, a característica principal dos modernos serviços para doentes mentais.²

Para a realização de tais finalidades tornou-se imprescindível aos mesmos o incremento das denominadas terapêuticas de grupo, em particular da Terapia Ocupacional (TO) e das psicoterapias coletivas, essas últimas sob a forma de reuniões da comunidade ou de grupos terapêuticos ou operativos.

2.2 A evolução da assistência psiquiátrica no Brasil

Othon Bastos¹¹ afirmou, em seu discurso inaugural do V Congresso Mundial de Psiquiatria que a Psiquiatria oficial do Brasil teve início com a chegada da família real no

Rio de Janeiro, trazendo dona Maria I, “A Louca”, que desembarcou engaiolada em terras brasileiras.

Vários autores situam o nascimento da atividade psiquiátrica no Brasil na primeira metade do século XIX, com o início das internações de doentes mentais. Até então, os doentes mentais viviam nas ruas ou recolhidos às cadeias; ou em aposentos-prisões construídos nos fundos de suas casas, quando pertenciam a famílias abastadas^{6,12}. É impossível precisar onde se fez a primeira internação. O registro mais antigo de internação psiquiátrica data de 1817, na Santa Casa de Misericórdia de São João Del Rey¹². Em 1830, José Martin da Cruz Jobim assina o primeiro documento conhecido no Brasil: Relatório da Comissão de Salubridade da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro: “a maneira por que os doidos são tratados (no hospital da Santa Casa de Misericórdia); considera o cúmulo de barbaridade esse local onde eles se tornam mais loucos, deitados no chão e cercados de outros que, a cada passo, podem acometer e maltratar horivelmente [...]”¹².

A hospitalização dos considerados doentes mentais atendeu a reclamações contra seu trânsito pelas ruas. Um artigo: “Reflexões acerca do trânsito livre dos doidos pelas ruas da cidade do Rio de Janeiro”, publicado no Diário da Saúde, em 1835, de autoria do Dr. J. F. Sigaud contém: “a classe desgraçada dos loucos [...] embuçados com grotescos andrajos, excitam as risadas dos viandantes [...] ou torrente de grosseiras injúrias e ridículos epítetos [...]”¹³. Era inconveniente o livre trânsito dos doentes mentais pelas ruas.

No Rio de Janeiro, capital do império, conseguem eco as repetidas solicitações à autoridade pública, para instalação de um hospício. Os médicos da Sociedade de Medicina fazem-se porta-vozes da sociedade esclarecida e da ciência avançada de então e em nome desses valores sensibiliza a autoridade.¹²

O primeiro estabelecimento que se inaugurou em 1852, no Rio de Janeiro, chamou-se Asilo Pedro II. Homenageava-se o imperador, dando seu nome a essa instituição,

como a tantas outras erigidas durante os seus 49 anos de reinado¹³. Para Resende¹⁴, “as opiniões são unânimes em situar o marco institucional da assistência psiquiátrica brasileira em 1852 [...]”.

Outros hospícios começaram a ser abertos em outros estados com características em comum: surgiram principalmente nos lugares onde já se registrara a tendência a retirar das ruas os considerados loucos; atenderam as reclamações dos sensibilizados com a precariedade dos locais que lhes foram destinados (prisões, porões de hospitais gerais, masmorras) e construídos em sítios afastados dos centros habitados.

Em 1886 Teixeira Brandão, em histórico relato, procura chamar a atenção do governo imperial para os alienados do Brasil. Investiu contra o atraso do Hospício Pedro II e dos outros “depósitos de alienados” no Rio de Janeiro, onde pacientes não eram adequadamente atendidos e ficavam em sórdidos pavilhões com deficiência de alimentos e vestimentas. Atribuía isso “à organização dos serviços médicos e principalmente às funções do diretor [...]”. Nomeado em 1887 diretor do Hospício Pedro II teve oportunidade de aplicar os princípios da legislação francesa e “de outros países civilizados” com “a necessidade de preservar a tranqüilidade social com isolamento dos loucos [...]”. O advento da república manteve-o na administração do Hospício até 1897.¹⁵

O decreto 506-A, de 15/02/1890, que criou a assistência médico-legal aos alienados, em suas instruções concretiza muitas das idéias de Teixeira Brandão, seu primeiro diretor.

Nina Rodrigues, em 1906, reclamava que o doente mental vivia apenas segregado e que estivesse entregue a instituição beneficente e religiosa o cuidado com doente mental. Desejava que lhes fosse dada proteção legal. Defendia que fossem construídos asilos onde não existissem dificuldades de relação entre psiquiatras e administração das Santas Casas.¹⁵

O decreto 142-A, de 11/01/1890, entrega a administração do Hospício Pedro II ao Estado, muda o nome para Hospício Nacional de Alienados e começa a organizar a assistência médico-legal aos alienados como instituição pública sob a dependência do Ministério da Justiça e Negócios Interiores.¹²

Juliano Moreira¹⁶, em uma nova tentativa de salvação do Hospício Pedro II superlotado de doentes crônicos, preocupa-se com o desenvolvimento da Psiquiatria no Brasil postulando que “trilhe na vastidão da ciência e da verdadeira filantropia”. Propõe que pudesse existir anexo ao hospício um bom serviço de consultas para doentes externos e que se constituísse uma sociedade de proteção aos indivíduos que têm alta dos manicômios.^{16,17}

Em 1937, Adauto Botelho vê no doente o “anti-social” incapaz de “convívio na sociedade”, resultando do “comprometimento do cérebro, da herança, contando com o preconceito do público, a falta de caridade ou de solidariedade humana para tais doentes [...]”. Para ele, deveriam existir: serviços de higiene e profilaxia mental (para propaganda, heredobiologia, psicologia, assistência social, ambulatórios e dispensários, estes com alguns leitos para observação e “triagem dos psicopatas”), hospital para serviços abertos e para serviços fechados, manicômio judiciário ou seções para delinqüentes.¹²

Franco da Rocha tenta aplicar em São Paulo a assistência familiar aos doentes mentais que observara na Europa como forma de evitar a superpopulação dos hospitais: ambulatórios, hospital aberto, assistência extramanicomial, sistema de autodireção hospitalar, assistência heterofamiliar e assistência social após alta.¹⁵

Ulisses Pernambucano critica a tendência a dispensarem-se recursos na construção de hospitais sem que se dêem condições para seu funcionamento, e defendia (contestando a opinião de Ernani Lopes) a utilização do trabalho dos pacientes como fonte de recursos em benefício deles próprios.¹⁸

Em 1931 instalou-se a reforma da assistência aos doentes mentais em Pernambuco. Inspirou-se em um modelo de assistência, que rompia frontalmente com a tradição custodial, que concedia primazia ao hospital, conferindo prioridade às atividades preventivas e comunitárias, baseadas numa integração multidisciplinar. Ativava-se o Hospital da Tamarineira, destinado ao tratamento de psicóticos agudos, e surgia simultaneamente, o primeiro serviço aberto autônomo criado no Brasil com um concorrido ambulatório, funcionando no Hospital Correia Picanço, adquirido, por sinal, com rendas do próprio Hospital de Alienados. “Tudo aconselha seu desenvolvimento cada vez maior em detrimento dos hospitais fechados [...]”, e assim salientava Ulysses Pernambucano^{19,20,21}. As experiências exitosas de Ulysses Pernambucano nos anos 1930, na cidade de Recife-PE, foram essenciais e importante, para implantação e desenvolvimento de um novo modelo assistencial no HEPR.

Fundava-se o que é mais importante ainda: o serviço de Higiene Mental, o primeiro serviço oficial de Higiene Mental em nosso país, com finalidade puramente preventiva, voltada para a divulgação de conceitos e educação neuro-higiênica da população, assim como para a caracterização da realidade psicopatológica da região.

E, no intuito de fazer a comunidade participar da ação para a saúde mental, instituiu, em 1933, a Liga de Higiene Mental de Pernambuco, organização autônoma independente da Liga Brasileira da Higiene Mental, onde congregou líderes naturais e leigos interessados, que atuaram em campanhas em prol do doente mental e obtiveram recursos para a construção da escola para crianças excepcionais.

A Liga Brasileira de Higiene Mental surge no final de 1922 exercendo forte influência nas discussões sobre o modelo de assistência a ser adotado, estando no cerne dessas propostas os problemas relativos à profilaxia, eugenia e questões ligadas à doença mental enquanto problema moral²². Para Lougon²²: “Os teóricos da Liga Brasileira de Higiene

Mental defendiam abertamente desprezo racista e preconceito de classe. Se isso existiu, foi restrito a um grupo em um determinado momento e a psiquiatria nacional não acompanhou.

Os hospitais fechados vinham sofrendo severas críticas pelas suas comprovadas ineficiências, que salientavam a superpopulação, com pacientes crônicos, onde a cura pouco ocorria, bem como o ônus que esse tipo de assistência acarretava para o Estado. O hospital fechado já não se firmava como o espaço ideal para se obter conhecimento racional sobre a loucura.

Essas discussões levam no início dos anos 1920 à reformulação e ampliação da assistência em duas direções: criação de serviços abertos, ambulatorios e dispensários e de hospitais-colônias. Serviços abertos, com sua organização e pela possibilidade de olhar o doente mental na sua relação com o meio, em fase inicial de doença, tornam-se o espaço de pesquisa e de conhecimento da etiologia e da terapêutica da doença mental.²²

É criado, em 1941, o Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM). Como primeiro diretor, Aduino Botelho incluiu em seu programa a construção de hospitais psiquiátricos nas capitais deles desprovidos, a ampliação e aparelhamento dos já existentes e a fundação de ambulatorios psiquiátricos em todas as capitais. Alguns ambulatorios operando em faixa própria e desconectados do sistema estadual de atendimento tiveram sua eficácia diminuída.

O decreto 8.550, de 03/01/1946, autorizou o SNDM a realizar acordos com os estados para construção de hospitais para que houvesse ampliação da assistência. A nova legislação permitiu um surto de construções nos estados. Foram hospitais que guardaram a característica comum de serem hospitais-colônias e outras características mais ou menos comuns como a precariedade de suas construções escondida atrás de fachadas imponentes, e as inconveniências de suas localizações. O referido decreto permitiu o início da construção em Maceió/AL do Hospital Colônia Portugal Ramalho fiel às características de hospital-

colônia no Brasil. Também proliferaram, de modo incipiente, os primeiros ambulatórios de saúde mental oficiais, federais.

O antigo SNDM transformou-se, nos anos 1960, na Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), do Ministério da Saúde, quando passou a ter um crescente papel. O esquema político adotado a partir de 1964 consistia em fazer concessões sociais ao mesmo tempo em que a política econômica não fazia qualquer abertura e redundava no discurso de cobertura previdenciária universal²³. O aumento da cobertura assistencial era feito através da contratação do serviço de terceiros, e não pelos serviços próprios. Desenvolveu-se o caráter lucrativo do setor de saúde, provocando a capitalização da medicina e privilegiando o empresário de saúde e favoreceu o uso inadequado do diagnóstico psiquiátrico, conseqüentemente a psiquiatrização dos problemas sociais e a instituição do hospitalismo.

O direcionamento do financiamento público para a esfera privada durante o regime militar deixa-se ver no fato de que entre 1965 e 1970 a população internada em hospitais públicos permaneceu inalterada, enquanto nos hospitais conveniados saltou de 14 mil em 1965, para 30 mil em 1970.²³

Nas décadas de 1960 e 1970 vicejaram no Brasil as experiências das comunidades terapêuticas e o movimento da psiquiatria comunitária.^{1,3,24,25}

A experiência das comunidades terapêuticas, segundo Teixeira²⁶, é “uma reação às estruturas tradicionais do aparato asilar psiquiátrico”, descrevendo-as como “uma tentativa de montar um espaço institucional onde predominasse um tipo de relação social mais liberal e equânime [...]”. Ele reconhece “o artificialismo intrínseco à montagem de um modelo ideal de grupo societário sob forma de um projeto clínico/psiquiátrico”.

As idéias de comunidade onde havia asilo e de saúde mental onde havia doença tinham, certamente, grande apelo.

Ao se definir que o local da intervenção deixa de ser a instituição psiquiátrica e passa a ser a comunidade, produz-se a tendência de psiquiatrização do social, em que o psiquiatra deve “controlar” os agentes não-profissionais, como vizinhos, líderes comunitários, agentes religiosos, etc.^{27,28}

Na metade dos anos 1970, no contexto do combate ao estado autoritário, emergem as críticas ao caráter privatista de saúde do governo federal e à ineficiência da assistência pública. Também surgem denúncias de fraude no sistema de financiamento dos serviços e denúncias do abandono, da violência e dos maus-tratos a que eram submetidos os pacientes internados nos muitos e grandes hospitais psiquiátricos do país.

Em 1978 é criado o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), combinando reivindicações trabalhistas e discurso humanitário. Alcançou grande repercussão nos anos a seguir e liderou os acontecimentos que conduziram até seu caráter antimanicomial.

A elaboração de propostas alternativas de políticas de saúde do Estado e a crítica às políticas de saúde do Estado autoritário constituíram o movimento da reforma sanitária: um movimento pela reformulação do sistema nacional de saúde que apostava no aperfeiçoamento e gerenciamento honesto e competente dos recursos da ciência médica pela gestão pública. Isso resolveria o problema da má assistência em saúde.

A década de 1980 marca a chegada dos autores e do programa do movimento da reforma sanitária à gestão efetiva dos serviços e das políticas públicas, com a vitória dos opositoristas para governador nas eleições de 1982, em vários estados, e da eleição, anos depois, de Tancredo Neves. Nesse período as iniciativas foram basicamente a racionalização, humanização e moralização do hospital psiquiátrico; criação de ambulatórios como alternativa. No entanto, para Delgado²⁶: “não tiveram impacto significativo sobre a qualidade do atendimento, e êxito escasso na mudança da hegemonia asilar [...]”. As profundas

modificações estruturais e humanas ocorridas no HEPR, em particular a criação de um novo modelo assistencial, contrariam a afirmativa de Delgado.

A Proposta de Política de Saúde Mental da Nova República, em 1985, mostrava que as críticas nos anos anteriores não mudaram a política de financiamento de internações: o Inamps gastara com os serviços hospitalares psiquiátricos contratados às clínicas privadas 81,96%, e com a assistência ambulatorial 4%²³. Mantendo a tradicional política de saúde mental dos anos 1960 e 1970 centrada no hospital psiquiátrico privado em detrimento dos serviços ambulatoriais e favorecendo o sucateamento dos hospitais psiquiátricos públicos.

A I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, no ano de 1987, enfatizaram uma preocupação com o “ato-saúde” que envolve profissional e cliente, as instituições psiquiátricas, mas também, a cultura, o cotidiano e as mentalidades. Incorporou então, novos aliados, entre eles, os usuários e seus familiares.²⁹

Finalmente a questão das estruturas de cuidados ganha outra abordagem: não se trata de aperfeiçoar as estruturas tradicionais ambulatorial e hospitalar, mas de inventar uma psiquiatria sustentada em novos dispositivos diversificados, abertos e de natureza comunitária ou territorial em substituição a uma psiquiatria centrada no hospital.^{24,30,31}

Em 1989, o deputado Paulo Delgado apresentou o projeto de lei número 3.657/89, que passou a ser conhecido como lei da Reforma Psiquiátrica. Constituído por apenas três artigos de conteúdo: o primeiro impedia a construção ou contratação de novos hospitais pelo poder público; o segundo previa o direcionamento dos recursos públicos para a criação de “recursos não-manicomiais de atendimento”; e o terceiro obrigava a comunicação das internações compulsórias à autoridade judiciária, que deveria então emitir parecer sobre a legalidade da internação.

A apresentação do projeto de lei original teve o efeito de produzir uma intensa discussão sobre o tema em todo o país, não restrita apenas aos meios especializados. A intensificação do debate e a popularização desencadeada pelas iniciativas de revisão legislativa impulsionaram de forma segura e constante transformações no modelo assistencial psiquiátrico e no estigma social da doença mental no Brasil. E de forma expressiva, no estado das Alagoas, quando da realização do XX Congresso Brasileiro de Neurologia, Psiquiatria e Higiene Mental e da VII Jornada Alagoana de Saúde Mental, em Maceió (AL), agosto de 1991, na Plenária de Encerramento pós ampla e acalorada discussão entre a Associação Brasileira de Psiquiatria (favorável ao projeto de lei do deputado Paulo Delgado) e o Sindicato dos Hospitais (contrário), aprova-se uma moção de apoio ao referido projeto de lei.

Vale ressaltar que nos eventos científicos acima referidos, o HEPR apresentou um vídeo “Além do muro a agonia”, denunciando a sua ainda difícil estrutura física, sensibilizando os governantes locais para a necessidade de efetivar suas reformas.

Em 1992 a portaria 224, do Ministério da Saúde, aperfeiçoa a regulamentação dos Caps e Naps. Divide o atendimento em saúde mental em: atendimento hospitalar compreendendo a internação, a semi-internação e o hospital-dia; e o atendimento ambulatorial compreendendo o ambulatório propriamente dito e os Caps e Naps, considerados unidades de saúde locais/regionais que funcionam em dois turnos de quatro horas que contam com população adscrita pelo nível local e oferecem cuidados intermediários entre o ambulatório e a internação hospitalar por equipe multidisciplinar.³²

O HEPR não ficou alheio às portarias ministeriais. Inaugura em 1992 o Centro de Atenção ao Alcoolismo e outras Drogas-dependência (Ceaad) para atender especificamente a expressiva demanda, superior a 30%, dos pacientes internados com problemas primários ou secundários ao alcoolismo; em 1994 o Ambulatório de Egressos atendendo à necessidade do processo de desospitalização/reinserção social e, em 1996, o Centro de Atenção Psicossocial

Caps – Casa Verde para assistir pacientes que não se beneficiariam em um internamento de vinte e quatro horas, no entanto, não ofereciam condições para acompanhamento ambulatorial.

A II Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1992, estabeleceu dois marcos conceituais: a atenção integral e a cidadania. Também desenvolveu o tema dos direitos, da legislação, a questão do modelo e da rede de atenção, propondo a adoção dos conceitos de território e responsabilidade como forma de romper com o modelo hospitalocêntrico na perspectiva da municipalização.³³

Em abril de 2000, as portarias 106 e 1220, do Ministério da Saúde, instituem os serviços residenciais terapêuticos, casas inseridas preferencialmente na comunidade, destinadas a cuidar e a servir de moradia para os pacientes “egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares”, a fim de viabilizar sua reinserção social.³²

O projeto de lei do deputado Paulo Delgado após modificações foi finalmente aprovado – lei 10.216, de 6 de abril de 2001³². Considerada uma lei progressista, representa uma vitória importante, sendo um dispositivo efetivo de transformação da assistência e da condição do paciente psiquiátrico no país.²⁶

A III Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2002, reafirma a saúde como direito do cidadão e dever do Estado e a necessidade de garantir, nas três esferas de governo, que as políticas de saúde mental sigam os princípios do SUS de atenção integral, acesso universal e gratuito, equidade, participação e controle social; respeitem as diretrizes da Reforma Psiquiátrica e das leis federais e estaduais; e priorizem a construção da rede de atenção integral em saúde mental.³⁴

No presente momento (2004) intensifica-se a desospitalização em todo o país

com o risco de adoção de um novo modelo, agora dito “capscêntrico”, o que demonstra a tendência histórica pendular reducionista do movimento de reforma psiquiátrica

2.3 A evolução da Psiquiatria em Alagoas

A história da evolução da assistência psiquiátrica em Alagoas não difere muito daquela que se processou no restante do nordeste brasileiro^{21,35} e até mesmo nas demais regiões do país, descontados, naturalmente, certos fatores socioculturais, como salienta José Lucena³⁵:

A assistência psiquiátrica, entre nós, foi influenciada pelas diferentes estruturas sociais e fases cronológicas. Tivemos sucessivamente:

- a) o período colonial, de desconhecimento da significação médica da doença mental e alternâncias de abandono e coerção segregadora.
- b) o período de organização das principais cidades, surgimento de uma civilização urbana pouco tolerante para com atitudes ruidosas ou bizarras dos pacientes.
- c) difusão do ponto de vista, afirmando a necessidade de fundar estabelecimentos separados para doentes mentais, não mais os recolhendo a hospitais gerais em condições pouco humanas, nem os encarcerando.

Deve-se ao Dr. Francisco de Paula Leite e Oiticica a idéia de se criar em Alagoas um asilo para doentes mentais. Bacharel em Direito, homem culto, inteligente e sensível às inspirações de sua época, tinha, provavelmente, conhecimento da evolução que se processava na assistência aos alienados mentais, desde os humanistas Pinel, Tuke e Chiaruggi e de outros alienistas do continente europeu, da América do Norte (B. Rush) e dos movimentos libertários que eclodiram no Brasil. Advogado atuante se deparava freqüentemente em sua atividade profissional com uma cena deplorável: os loucos recolhidos à cadeia pública, presos por correntes e gargalheiras, amontoados em cubículos escuros e infectos, em condições subumanas.

Não dispondo os órgãos da província de verbas orçamentárias indispensáveis para enfrentar a situação, usou Leite e Oiticica, em 27 de março de 1887, a imprensa escrita para solicitar através de uma carta a abertura de uma subscrição popular visando a arrecadação de fundos para as despesas com a instalação de um asilo para albergar os loucos.

Deve-se ao caráter filantrópico da sociedade alagoana a inauguração de um asilo de loucos que ocorreu em 22 de maio de 1887. Na edição do dia 25 de maio daquele ano, “O Alagoas” publicou:

Inaugurou-se no domingo o Asylo (*sic*) de loucos desta província. De manhã, passaram os loucos do edifício da cadeia para o asylo (*sic*), livres de ferros e apenas acompanhados por um guarda [...] No asylo foram acomodados em cubículos, ali ficando quietos. A uma hora da tarde chegam, em bondes expressos, o Dr. Chefe de polícia, o Revmo. Vigário e outras pessoas gradas, procedendo-se a benção do edifício, tocando nesta ocasião a música da polícia. Foi uma festa singela, modesta como convinha a instituição criada pela generosidade pública. Não houve convite a pessoa alguma; não obstante a concorrência foi enorme [...].³⁶

Em janeiro de 1889, Leite e Oiticica continuava diretor do Asilo de Alienados, mas não chefe de polícia, quando fora convidado pelo presidente da província Aristides Augusto Milton para entendimentos sobre o asilo que dirigia. Leite e Oiticica descreve todos os esforços e as dificuldades encontradas até então. Após ouvir atentamente o relato do seu convidado, o presidente lhe perguntou se aceitaria encarregar-se da construção de um edifício para asilo, sob a denominação de Santa Leopoldina, nome de sua progenitora. O diretor respondeu afirmativamente ao presidente em 31 de janeiro de 1889, aceitando o cargo e enfatizando a carência “de um verdadeiro asylo (*sic*) de alienados, uma das necessidades mais sérias desta província [...]”.³⁶

Seguem-se medidas protocolares e administrativas. O edifício foi construído com recursos públicos. Como se fez, então? Os prêmios não reclamados pelos felizardos ganhadores da loteria da província, após um prazo de 2 anos, poderiam ser utilizados em

benefício das obras públicas. E seria assim construído o Asilo Santa Leopoldina, graças aos apostadores da sorte.

O Asilo Santa Leopoldina foi oficialmente inaugurado a 28 de junho de 1891. Pouco se sabe sobre os seus primórdios. Parece que na época de sua inauguração era um asilo condizente com a assistência ofertada ao doente mental. Tinha médico e farmácia. Não existiam ferros para prender os pacientes e o ócio dos asilados cogitava-se reduzir pela ocupação terapêutica.

O Asilo Santa Leopoldina estava destinado a se transformar em um depósito de doentes. Com menos de dois anos de inaugurado já lhe escasseavam recursos e as suas instalações eram consideradas como impróprias para um hospital psiquiátrico, conforme “Mensagem dirigida ao Congresso Alagoano”, em 15 de abril de 1893, pelo governador Gabino Besouro.

Somente ao término da República Velha, pós-revolução de 1930, mudanças iriam surgir no plano da assistência aos doentes mentais com Rocha Filho, diretor do Santa Leopoldina. Em seus relatórios tece importantes considerações estatísticas sobre idade, sexo, cor, estado civil, hereditariedade, profissão, nível cultural, procedência, diagnóstico psiquiátrico, causa mortis, hábitos tóxicos, orientação terapêutica etc. Quanto a eletroconvulsoterapia só se encontra prescrição a partir de 1944.³⁶

Cogitou-se pela primeira vez da construção de um novo hospital psiquiátrico no governo de Osman Loureiro, quando em sua Mensagem de 21 de abril de 1936, referente às suas ações governamentais no ano anterior, revela a pretensão de se construir um novo hospital psiquiátrico para substituir o obsoleto Asilo Santa Leopoldina.

Em 1947 soluciona-se o antigo grave problema da construção do Hospital Colônia para doentes mentais em Maceió, com a assinatura de um convênio entre os governos estadual e da União, de cooperação mútua para a citada construção.

Em 31 de janeiro de 1951, ao apagar das luzes do governo Silvestre Péricles, ladeado por autoridades, assessores, imprensa e outros convidados, deu por inaugurado o hospital, ainda inacabado e sem as mínimas condições de receber pacientes, o que só viria a acontecer cinco anos depois, ao final da gestão do governo Arnon de Mello, quando foi inaugurado o Hospital Colônia Portugal Ramalho, atualmente HEPR, o objeto deste estudo, a 4 de janeiro de 1956, com uma área construída de 9.250 m². Apesar de sua capacidade ser para apenas 40 pacientes, abrigou os 140 que se encontravam então internados no Asilo Santa Leopoldina. O recém-inaugurado hospital psiquiátrico herdou do antigo Asilo Santa Leopoldina, não apenas os seus já confinados pacientes e seus funcionários, com práxis carcerárias, mas também o destino de ser um depósito de doentes mentais com problemas de superlotação, conseqüentemente, promiscuidade e deficiências de materiais que o acompanhou por mais de três décadas.

Seu primeiro diretor foi o professor Gilberto Macedo (1951) que havia sido, até então, diretor do Asilo Santa Leopoldina, desativado após transferência dos pacientes que ali se encontravam.

O HEPR tradicionalmente, ao longo de sua existência, lutou por transformações que o conduzissem a uma organização mais dinâmica, moderna e, conseqüentemente, mais terapêutica. Algumas melhorias momentâneas ocorreram e foram ações isoladas, de duração efêmera. As ações eram aleatórias, sem planejamento, nem preocupação em envolver, pelo menos, a comunidade hospitalar, sem fazer Escola.

Em outubro de 1987, um grupo de funcionários do HEPR (único hospital psiquiátrico público de Alagoas), resolveu se reunir e refletir sobre a situação do Hospital. Animados pelo processo de redemocratização do país, pelo fortalecimento das instituições democráticas e pelo movimento da reforma psiquiátrica, que saíra das discussões acadêmicas e associativas e invadira todas as camadas sociais, graças ao apoio/denúncia dos meios de

comunicação. A primeira e mais forte decisão foi o não fechamento do HEPR. Sentiram a viabilidade desta decisão e optaram – por que não? – pelo aproveitamento de seu espaço, de sua localização estratégica em bairro de classe média, cercado de vizinhança por todos os lados. Importou também sua trajetória histórica como instituição psiquiátrica, sua clientela, as famílias dos pacientes, a comunidade e, principalmente, a decisão de seu corpo técnico que se mostrava sensível a uma proposta de trabalho mais digno.

A recuperação e adequação do Hospital, segundo os anseios/reclamos da sociedade, sua modernização/humanização e a criação de serviços alternativos para atendimento/tratamento do doente mental, contemplados em propostas de reforma psiquiátrica, seriam as metas a serem atingidas.

Vale ressaltar que, as medidas fundamentais propostas e desenvolvidas na prática pelo grupo de técnicos do HEPR: melhoria do ambiente hospitalar e o processo de desinstitucionalização antecederam no tempo, por 4 anos, à Organização Mundial de Saúde, OMS. Pois, somente em 1990, na Conferência Sobre a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Para a América Latina, na perspectiva dos Sistemas Locais de Saúde SILOS/OMS/OPS, em Caracas, Venezuela, foram prescritas medidas “corretivas” para a melhoria da assistência psiquiátrica hospitalar e comunitária, a realização de transformações substanciais no ambiente manicomial, a humanização dos tratamentos e das realizações pessoais, o fortalecimento do poder de negociação dos pacientes, o aumento das oportunidades de contato social, o incremento das intervenções de reabilitação e o abandono da contenção ambiental, entre outras.³⁷

Da idéia à prática elaboraram um regimento interno, o organograma da instituição e o anteprojeto terapêutico, frutos de discussões em pequenos grupos, posteriormente submetidos à aprovação em reuniões de representantes de setores (colegiado onde toda e qualquer proposta é apresentada e discutida), só sendo posta em prática após

aprovação. Foram realizados investimentos em recursos humanos, com contratações de caráter puramente técnico, fundamentados na necessidade do trabalho a ser desenvolvido.

O Núcleo de Recursos Humanos foi criado e fortalecido trabalhando grupal e individualmente as dificuldades advindas das mudanças e treinando e reciclando técnicos para uma nova realidade. O dia-a-dia mostrou que, antes de retirar-se as grades, destruir os isolamentos e abrir as portas, era primordialmente necessário retirar os “engradados da cabeça dos técnicos”.

Reformas e ampliações da estrutura física foram e estão sendo paulatinamente realizadas. Graças ao advento do SUDS (Sistema Unificado de Saúde) que, em novembro de 1991, credenciou o HEPR com 200 AIHs/mês, foi possível permitir que tudo produzido pelo mesmo fosse igualmente por ele administrado, gerando viabilidade financeira das atividades/necessidades técnico-administrativas.

Abriam-se as portas às famílias dos pacientes e à comunidade, peças-chave no novo modelo assistencial ao indivíduo portador de transtorno mental, visando seu retorno à sociedade. As famílias passaram a se reunir às terças e quintas-feiras com assistentes sociais e psicólogos em grupos de mútua ajuda. As visitas ocorriam às terças, quintas, sábados e domingos, mas o serviço encontrava-se aberto para qualquer outro horário que a família dispusesse.

A comunidade, grupos filantrópicos e religiosos, desenvolvem trabalhos com os pacientes. O museu “O Espaço do Inconsciente”, com material produzido na terapia ocupacional e nas oficinas terapêuticas, é aberto à visitação pública e é objeto de estudos, pois os portões estão abertos à comunidade científica, tornando-se campo de estágio para a área de saúde e outras áreas psicossociais.

O espaço intramuros para o desenvolvimento das atividades e metas a serem atingidas tornou-se pequeno. Era preciso ousar mais, buscar o espaço extramuros. O bloco

“Maluco Beleza”, composto por pacientes e funcionários, desde 1991 invade as ruas vizinhas na quinta-feira que antecede o carnaval, resgatando o nosso folclore, trazendo a nega-maluca, o boi, a burrinha, os bonecos-de-olinda etc. As fantasias e adereços são confeccionados pelos pacientes e funcionários. Hoje consta da programação oficial do carnaval de Maceió e desfila na Avenida Fernandes Lima.

O “Arraiá Portugal Ramalho”, montado na rua em frente ao HEPR, com suas músicas juninas, comidas típicas e com sua quadrilha dançada por pacientes e funcionários trajados tipicamente e o casamento matuto, desfilando com os noivos em carroça pelas ruas, é esperado com ansiedade pela comunidade.

O HEPR, nas pessoas de seus técnicos, está sempre disponível para ocupar espaço nos meios de comunicação, escolas, empresas, centros comunitários etc., para discutir, trocar idéias, esclarecer sobre as novas políticas de saúde mental e sua importância.

A partir de janeiro de 1993, por determinação do Ministério da Saúde e, em cumprimento à portaria 407, de 23 de dezembro de 1992³², foram abolidos os quartos-fortes e grades de ferro que lhes serviam como portas. Não foi uma decisão fácil. Toda a equipe do HEPR manteve-se em “estado de alerta”, qualquer incidente comprometeria o processo de mudanças do modelo assistencial. Não faltaram opiniões contrárias, ameaças de abandono de plantões pelos técnicos e previsões catastróficas sobre possíveis agressões físicas, estupros e, até mesmo, assassinatos de pacientes, de funcionários ou de ambos. O HEPR adaptou-se em clima de tranquilidade à nova sistemática de trabalho, sem reveses.

As grades de ferro que serviam como portas dos quartos-fortes passaram a ser peças decorativas no Espaço da Arte do Inconsciente Leite e Oiticica, local onde se encontra exposto todo o acervo artístico produzido terapeuticamente pelos usuários.

Em janeiro de 2000, através da lei nº 6.145/AL³⁸, que dispõe sobre as diretrizes básicas para a reforma e organização do Poder Executivo do estado de Alagoas o HEPR

passou a integrar a Fundação Universitária de Ciências da Saúde de Alagoas Governador Lamenha Filho – Uncisal. Em 2004 foi campo de estágio curricular e extracurricular para um total de 1057 estudantes sendo: 884 auxiliares e técnicos de enfermagem, 43 de Medicina, 25 de Psicologia, 2 de Fisioterapia, 31 de Terapia Ocupacional, 3 de Artes Cênicas, 28 de Enfermagem, 23 de Educação Física e 1 de Ciências Sociais. O HEPR mantém convênios para estágios curriculares e extracurriculares com a Uncisal, Ufal e demais unidades de ensino em Saúde do estado, quer de nível médio, profissionalizante ou superior.

Em abril de 2003 realizaram-se eleições diretas para os cargos de diretor geral e diretor médico para um mandato de quatro anos em todas as unidades hospitalares da Uncisal. Eleitos pelos funcionários lotados na unidade, pelos professores que desenvolvem atividades acadêmicas na unidade e pelos alunos das escolas de Medicina, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia e Fisioterapia com atividades curriculares na unidade. Uma tentativa de desvincular os gestores de indicações políticas partidárias e casuísticas.

No início do ano letivo de 2000, após levantamento do quantitativo de pacientes e funcionários analfabetos foi firmado um convênio entre a direção do HEPR e o Projeto Educando na Saúde, cabendo ao HEPR equipar uma sala de aulas e disponibilizar horários para seus funcionários e pacientes. Ao referido projeto, coube fornecer o monitor e todo o material didático necessário. Hoje, 2004, dá-se continuidade ao processo de alfabetização dos pacientes através do Projeto Saber, em convênio com a Secretaria de Saúde de Alagoas, financiado pelo Banco do Brasil. A falta de instrução do paciente portador de transtorno mental internado no hospital psiquiátrico e dos profissionais ali inseridos revela-se como um problematizador no processo de desinstitucionalização e reinserção social.

Atualmente o HEPR continua em reforma, em razão de sua área física e, principalmente nos últimos 10 anos, vem realizando profundas mudanças, revertendo o modelo assistencial, asilar e hospitalocêntrico em um modelo atualizado, com serviços

voltados para a saúde mental, reduzindo ao máximo o número de internações e o tempo de permanência dos pacientes hospitalizados^{25,30,35,37,39,40,41,42,43,44,45,46,47,48,49,50,51,52,53,54,55,56,57,58,59,60 e 61}.

Para tanto, o HEPR dispõe dos seguintes serviços, em 2004:

a) Centro de Estudo e Atenção ao Alcoolismo e Outras Drogas-dependência (CEAAD): inaugurado em outubro de 1992, fruto de uma observação técnica de que cerca de 30% dos pacientes internados tinham problemas primários ou secundários, ao alcoolismo. Em regime de hospital-dia^{60,61}, oferece 25 vagas para homens e 5 para mulheres. Conta com o apoio dos Alcoólicos Anônimos (AA), e Familiares de Alcoólicos Anônimos (Alanon). Nesse serviço, o tratamento tem a duração de 30 dias, podendo prolongar-se por mais 15 dias. Trabalhando em conjunto com empresas e autarquias, visa a recuperação de seus funcionários e à prevenção de quadros mais graves. Possui uma equipe multidisciplinar que estende seus trabalhos extra-hospitalares à prevenção, através de palestras e oficinas.

b) Ambulatório de Egressos: criado em junho de 1994, inicialmente como projeto-piloto para pacientes de uma das unidades de internação, antiga ala B, no presente momento Oficina da Mente, atendendo à necessidade do processo de desospitalização/reinserção social. Funciona em dois turnos de segunda à sexta-feira, prestando assistência ambulatorial aos egressos do HEPR que para lá são encaminhados pós-alta, com dia e hora marcados para o atendimento. São fornecida assistência médico-psiquiátrica, psicológica individual e de grupo, oficina de terapia ocupacional, cuidado de enfermagem, orientação à família e dietaterapia.

c) Caps (Casa Verde): funciona desde 1996, com capacidade para 15 pacientes de ambos os sexos, que necessitem freqüentar os dois turnos e 15 vagas para pacientes que utilizam um dos turnos. Assiste aos pacientes que não se beneficiariam em um internamento, no entanto, não oferece ainda condições para acompanhamento em nível ambulatorial. É um

espaço intermediário entre a hospitalização e o ambulatório, onde são atendidos casos que necessitam de cuidados intensivos para se evitar a internação.⁶²

d) Ambulatório de Demanda Espontânea: anexado ao HEPR em 1998, com objetivo de estruturar um serviço de prevenção primária e secundária em Psiquiatria. Está voltado para a atenção aos grupos mais vulneráveis: crianças, adolescentes e idosos. Hoje se tornou um serviço destinado ao público em geral (demanda espontânea). Funciona de segunda à sexta-feira das 7h 00 às 22h 00.

e) Vila Aconchego: com capacidade de 27 leitos para o sexo masculino em regime de internação de 24 horas. São usuários em sua maioria (17) sem referências familiares, portanto considerados residentes, e com patologias em processo de cronificação. Remanescentes de um modelo hospitalar asilar e cronificador, socialmente alienante, desenvolvem atividades de ressocialização, buscando a reinserção no mercado de trabalho, em parceria com a comunidade e empresas.

f) Nossa Casa: com 25 leitos para o sexo feminino em regime hospitalar 24 horas. São também usuárias em sua maioria (14) sem referências familiares e, portanto, residentes. Desenvolvem atividades nos moldes da Vila Aconchego e com os mesmos objetivos.

g) Oficina da Mente: com 50 leitos para o sexo masculino em regime hospitalar 24 horas. Presta assistência a portadores de transtornos mentais agudos ou reagudizados. São atendidos por uma equipe multidisciplinar, em um enfoque biopsicossocial com atendimento clínico, psiquiátrico e psicológico individual e em grupo, atividades de terapia ocupacional: horta, jardinagem, pintura, recreação esportiva e atividades do cotidiano, objetivando a recuperação dos mesmos em um pequeno espaço de tempo, evitando-se a perda dos laços familiares e sociais. Após a alta, a exemplo dos demais, são encaminhados ao Ambulatório de Egressos e acompanhados por uma equipe multidisciplinar.

h) Vila Renascer: com 40 leitos para o sexo feminino, e em regime de 24 horas. Conta com equipe multidisciplinar, desenvolvendo atividades nos moldes da Oficina da Mente, com os mesmos objetivos. A elas também é oferecido o acompanhamento de uma ginecologista.

i) Nova Vida: com 18 leitos para o sexo masculino em regime hospitalar de 24 horas, tendo entre eles 12 leitos que se destinam aos usuários *grabatários*² e residentes, sem vínculos familiares e portadores de algum grau de dependência, todos necessitando de cuidados constantes, e 6 leitos destinados ao atendimento de menores do sexo masculino, com problemas dos mais diversos, desde distúrbios de conduta até psicoses graves em regime de hospitalização de 24 horas. A permanência é limitada em 72 horas, na medida do possível apenas, em relação à dependência de drogas.

j) Serviço de Observação Psiquiátrica (SOP): com duas enfermarias, sendo quatro camas³ para atender pacientes do sexo feminino e quatro para atender pacientes do sexo masculino, com o objetivo de conter fisicamente o paciente em crise de agitação psicomotora autoagressiva e/ou heteroagressiva. A prescrição é médica, farmacológica e psicoterápica e deve obedecer às normas técnicas com a eficiência e a eficácia necessárias. Conta com uma equipe multidisciplinar que oferece assistência contínua e permanente. A contenção mecânica humanizada é evitada ao máximo.

k) Intercorrência Clínica: aberta em 1998 com duas enfermarias sendo quatro camas para atender pacientes do sexo feminino e quatro para atender pacientes do sexo masculino, que apresentem problemas orgânico/clínicos que tenham indicação para acompanhamento e tratamento intensivos. Sua necessidade se deve ao não atendimento por parte dos hospitais

² De acordo com o Dicionário Houaiss “doente cronicamente acamado”.

³ “Camas” não são conveniadas pelo SUS; “Leitos” são conveniados pelo SUS.

gerais dos pacientes psiquiátricos com problemas clínicos, em sua maioria complicações advindas do alcoolismo.

Os pacientes residentes no HEPR crônicos e/ou grabatários são remanescentes do hospital psiquiátrico tradicional. Em sua maioria sem referência familiar e sem nenhuma documentação. Os técnicos, na busca de dar-lhes autonomia e independência pessoal e financeira suficiente para sobreviver na comunidade, promoveram no próprio hospital em dezembro de 2000, em parceria com o Tribunal de Justiça de Alagoas (TJ/AL) a Justiça Itinerante.⁴

De posse de seus documentos, resgatadas suas cidadanias, 20 homens e 19 mulheres em outubro de 2003 tiveram acesso ao Benefício de Prestação Continuada, previsto no artigo 20, da lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. A mesma garante um salário mínimo mensal às pessoas portadoras de deficiência e aos idosos com setenta anos ou mais que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção e nem de tê-la provida por sua família. Isso permitiu (2004) o retorno deles ao convívio com a comunidade, com autonomia e independência pessoal e financeira, morando sozinhos (um homem e duas mulheres); em Abrigos (três homens e uma mulher); com familiares biológicos (cinco mulheres) e com familiares substitutos (duas mulheres); e em Residência Terapêutica, “A Casa das Sete Mulheres” (cinco mulheres pacientes e duas voluntárias administrando). A cada mês, com dia e hora marcados, cada um retorna ao Ambulatório de Egressos do HEPR para ser atendido por uma equipe multidisciplinar e receber o seu benefício (salário mínimo). Por ordem judicial, temendo-se mau uso do paciente e do seu benefício por pessoas ou familiares mal-intencionados, coube ao diretor médico, atualmente diretor geral, a curatela de todos os pacientes beneficiados.

⁴ Programa do TJ/AL que fornece toda documentação em regime de mutirão.

Os demais pacientes beneficiados, permanecem no HEPR e são portadores de acentuado grau de dependência de terceiros para sobreviver. O benefício (salário mínimo) por eles recebidos é revertido em conforto pessoal tais como: roupas, cosméticos, móveis, eletroeletrônicos, cadeiras-de-rodas, etc.

Vale ressaltar que essa atividade-tarefa desenvolvida com os pacientes grabatários e residentes é uma experiência pioneira, pois não encontramos registro de outra similar em outros rincões do Brasil. Antecedeu também o projeto “De Volta Pra Casa” do governo Lula defendido pela lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003 que “institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações”. Esse projeto tem por objetivo reverter o modelo assistencial em saúde mental, no qual o paciente internado em hospitais especializados por um mínimo de dois anos, passa por um processo de ressocialização com ampliação do atendimento extra-hospitalar e comunitário, desde que se encontre apto a receber assistência médica fora do ambiente hospitalar.

3 Objetivos

3.1 Objetivo geral

Relatar a evolução e as mudanças ocorridas no Hospital Escola Portugal Ramalho (HEPR), da cidade de Maceió – Alagoas e a eficácia desse trabalho através da redução do número de leitos psiquiátricos do estado, no período de 1994–2003.

3.2 Objetivos específicos

- Narrar as modificações estruturais e humanas verificadas no HEPR, em particular a extinção de antigos serviços e a criação de novo modelo assistencial.
- Cotejar os dados numéricos referentes à diminuição da população hospitalar, relacionando-a com o crescimento demográfico da população estadual, e comparando os seus dados com a rede assistencial psiquiátrica.
- Descrever as características sociais, econômicas e demográficas da população estudada.
- Registrar os dados numéricos referentes aos reinternamentos e seus fatores determinantes, no período de dez anos, de 1994-2003.
- Examinar os desfechos clínicos dos pacientes reinternados, no período de dez anos, de 1994-2003.
- Registrar os diagnósticos finais dos pacientes reinternados, no período de dez anos, de 1994-2003.

4 Material e Métodos

Este é um estudo epidemiológico descritivo do tipo seccional, retrospectivo^{63,64,65}, utilizando como fonte secundária dados coletados nos prontuários dos pacientes reinternados no Hospital Escola Portugal Ramalho (HEPR), da cidade de Maceió(AL), no período de 1994–2003 (Tabela 1).

Tabela 1 - Total anual de reinternações no HEPR no período de 1994–2003 e amostra em números absolutos.

ANO	REINTERNAMENTOS	AMOSTRA
1994	1061	81
1995	931	79
1996	1246	82
1997	932	80
1998	1098	82
1999	1132	82
2000	1064	81
2001	1146	82
2002	1299	82
2003	1326	82

Fonte: AIH/SAME do HEPR.

4.1 População de estudo

População hospitalizada e, em particular, a reinternada no HEPR durante o período de 1994–2003.

4.2 Amostragem

Amostra do tipo aleatório sistemático. Foi calculado no EPI-INFO 6.04 tomando como referência o trabalho de Rios e Jabes.⁶⁶ “Estudo crítico de internações psiquiátricas no estado de São Paulo”. Neste estudo encontramos as seguintes frequências: 35,42% primeiras internações e 64,58% reinternações.

4.3 Tamanho

O tamanho amostral calculado no EPI-INFO 6.04, com intervalo de confiança IC = 95% e uma margem de erro de 5% numa prevalência estimada de reinternações em psiquiatria de $p = 64,58\%$ e uma Sensibilidade ($s = 80\%$). O tamanho amostral (n), mínimo para cada ano de análise, foi de 79 pacientes, num total de 813 prontuários no período de estudo (Tabela 1).

4.4 Seleção

No estudo do fenômeno da reospitalização foram incluídos todos os usuários reinternados no HEPR, no período de dez anos, de 1994 a 2003. Foram excluídos os prontuários que não contemplavam todas as informações necessárias ao preenchimento da pesquisa.

4.5 Métodos e técnicas de investigação

Inicialmente, foram levantados todos os dados sociodemográficos dos pacientes reinternados no HEPR, no período de 1994 a 2003, assim como verificado no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) os valores absolutos e relativos do crescimento populacional do estado de Alagoas (Tabela 3).

Os dados referentes aos pacientes foram coletados nos prontuários selecionados, através do preenchimento de um formulário de pesquisa (Anexo 1), após serem sorteados da relação anual de reinternamentos (Tabela 2) do HEPR. Os prontuários previamente sorteados, que não contemplavam os dados necessários ao preenchimento completo do formulário, foram eliminados e procedia-se a um novo sorteio.

Tabela 2 - Total de internações, reinternações em números absolutos e percentuais no HEPR/AL no período de 1994–2003.

ANO	INTERNAÇÕES	REINTERNAÇÕES	TOTAL	INTERNAÇÕES	REINTERNAÇÕES
		N	N(I+R)	%	%
1994	1009	1061	2070	49	51
1995	768	931	1699	45	55
1996	833	1246	2079	44	60
1997	634	932	1566	40	60
1998	807	1098	1905	42	58
1999	697	1132	1829	38	62
2000	692	1064	1756	39	61
2001	752	1146	1898	40	60
2002	964	1299	2263	43	57
2003	946	1326	2272	42	58
TOTAL	8102	11235	19337	41,9	58,1

Fonte: AIH/SAME do HEPR

Surpreendeu à pesquisadora a qualidade dos prontuários desde que a maioria das pesquisas que utilizam esta fonte de dados destaca a dificuldade de seu uso pela má qualidade no preenchimento.⁶⁷

Os dados coletados quer referentes ao universo hospitalar, quer os relacionados aos reinternamentos foram organizados de forma a facilitar a compreensão das variáveis em questão. Para tanto, utilizou-se a categorização das variáveis em quatro grupos distintos:

- Variáveis sociais, econômicas e demográficas: idade, sexo, estado civil – onde se considerou união livre como casamento: profissão e grau de instrução. Quanto à atividade profissional/ocupação foram utilizados os dez grandes grupos (GG) da Classificação Brasileira de Ocupações – CBO 2002⁶⁸, documento normatizador do reconhecimento para fins classificatórios, sem função de regulamentação profissional, da nomeação e da codificação dos títulos e conteúdos das ocupações do mercado de trabalho brasileiro. Trata-se de uma estrutura hierárquico-piramidal composta de 10 grandes grupos (GG); 47 subgrupos

principais (SGP); 192 subgrupos (SG) e 596 grupos de base ou famílias ocupacionais (SG), onde se agrupam 2.422 ocupações e cerca de 7.258 títulos-sinônimos (Anexo 2).

• Variáveis referentes aos fatores determinantes de reinternações no período relacionadas:

Com a gravidade da patologia mental:

- ☞ Recusa do tratamento ambulatorial: freqüentou por um curto período o Ambulatório de Egressos.
- ☞ Recusa da medicação: suspendeu a medicação após um período de uso sistemático.
- ☞ Reagudização sem acompanhamento: pós-alta não compareceu ao Ambulatório de Egressos para acompanhamento.
- ☞ Reagudização com acompanhamento: agravamento da patologia mental embora frequentando regularmente o Ambulatório de egressos e usando adequadamente a medicação.
- ☞ Quadro psiquiátrico resistente à terapêutica medicamentosa: não responsivo a medicação psiquiátrica, não houve redução da sintomatologia que originou a internação, não permitindo o retorno ao convívio com a comunidade e a continuidade do tratamento em serviços alternativos.

Com fatores socioeconômicos e familiares:

- ☞ Impossibilidade de adaptar-se à vida familiar.
- ☞ Interrupção do tratamento atendendo à orientação de terceiros.
- ☞ Sem família e sem teto.
- ☞ Falta de recursos para comprar a medicação.
- ☞ Rejeição familiar.

- ☛ Sem família.
- ☛ Maus-tratos familiares.
- ☛ Vítimas de maus-tratos.

Mistas (Que contemplam ambas variáveis anteriores):

- ☛ Uso irregular da medicação: usa os fármacos apenas quando sente necessidade, uma vez que é crença geral entre os pacientes que o remédio só “serve” para a crise.
- ☛ Uso subterapêutico da medicação: fraciona a medicação temendo que lhe faça mal e ou por medida de economia, receia que falte.

Com deficiências assistenciais do serviço:

- ☛ Medicação não-indicada para o quadro psiquiátrico.
- ☛ Medicação prescrita em dose subterapêutica.
- ☛ Falta de medicação nos serviços.
- ☛ Acentuados sinais e sintomas de impregnação neuroléptica.

- Variáveis concernentes ao tipo de transtorno mental de acordo com o CID-10⁶⁹, considerando sempre o diagnóstico do momento da alta;

- Variáveis referentes aos desfechos clínicos (ao final do reinternamento):

- ☛ Melhorado: estabilização do quadro psicopatológico, com redução da sintomatologia que originou a internação, permitindo o convívio com a comunidade e a continuidade do tratamento em serviços ambulatoriais e, sensibilização do paciente e família quanto à importância do seguimento em outro serviço.

- A pedido: geralmente dos responsáveis, pós assinatura do termo de responsabilidade.
Transferência: para serviços hospitalares, não psiquiátricos.
- Fugas/abandono: pós 48 horas de ausência.
- População residual: pacientes considerados residentes, com mais de 2 anos internados no hospital.
- Óbitos.

Os dados foram coletados em formulário específico (Anexo 1).

4.6 Análise dos dados

Os dados foram resumidos através de frequências absolutas e percentuais. As comparações de proporções foram realizadas através de testes de hipóteses baseados em estatística com distribuição binominal (para o caso de duas categorias mutuamente excludentes) ou estatística multinominal (caso de três ou mais categorias). Em todos os testes adotou-se um nível de significância de 5% e intervalo de confiança de 95%.

A análise estatística foi realizada com o *software Stata 8.0*.

5 Resultados

O aumento populacional das Alagoas durante o período de 10 anos foi de cerca de 10,29% (Tabela 3) e a redução dos leitos psiquiátricos foi de 21,98% (Tabela 4).

Tabela 3 - Censo/Estimativa/Contagem da População do estado de Alagoas no período de 1994–2003.

POPULAÇÃO ANOS	ESTIMATIVA VA 1994	ESTIMATIVA IVA 1995	CONTAGEM EM 1996	ESTIMATIVA VA 1997	ESTIMATIVA IVA 1998	ESTIMATIVA IVA 1999	CENSO 2000	ESTIMATIVA IVA 2001	ESTIMATIVA VA 2002	ESTIMATIVA VA 2003
HABITANTES	2.645.417	2.685.421	2.633.339	2.659.071	2.688.117	2.713.203	2.819.172	2.856.629	2.887.535	2.917.664
VARIACÃO POPULACIONAL		1,51	-0,46	0,52	1,61	2,56	6,57	7,98	9,15	10,29

Fonte: IBGE/AL.

Tabela 4 - Leitos psiquiátricos públicos e privados do estado de Alagoas por ano/mês de competência segundo os municípios.

MUNICÍPIO	JAN/94	JAN/95	JAN/96	JAN/97	JAN/98	JAN/99	JAN/00	JAN/01	JAN/02	JAN/03
Anadia			5	5	5	5	4	4	4	4
Arapiraca	202	202	202	402	202	202	169	169	169	169
Atalaia	1	1	1	1	1	1				
Boca da Mata	19	19	19	19	19					
Maceió	1.277	1.271	1.239	1.239	1.237	1.237	1.237	1.002	1.002	1.002
Palmeira dos Índios	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Penedo	1	1	1							
Pilar	1	1	1	1	1	1				
Porto Calvo	1	1	1	1						
São Miguel dos Campos	1	1	1	1	1	1				
União dos Palmares	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Viçosa	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
TOTAL	1.506	1.500	1.473	1.672	1.469	1.450	1.413	1.178	1.178	1.175
Percentual de redução de leitos		-0,40	-2,19	11,02	-2,46	-3,72	-6,18	-21,78	-21,78	-21,98

Fonte: Coordenação de Saúde Mental da Secretaria Executiva de Saúde do Estado de Alagoas.

As Tabelas 5 e 6 abaixo, apresentam os dados referentes as reinternações ocorridas no período de 1994-2003, segundo as variáveis sócio-demográficas e clínicas. Na tabela 7 se encontram os desfechos clínicos das internações e na tabela 8, os diagnósticos finais (CID -10) destes pacientes.

Tabela 5- Características sócio-demográficas dos pacientes reinternados no HEPR em Maceió (AL) no período de 1994–2003 .

Gênero	Nº	%
Masculino	557	68,50
Feminino	258	31,50
Faixas etárias		
10-30 anos	272	33,50
31-50 anos	434	52,40
51 anos em diante	107	13,20
Estado civil		
Solteiro	616	24,20
Acompanhado	197	75,80
Grau de instrução		
Analfabeto	378	46,50
Elementar	372	45,80
2º grau superior	63	7,70
Ocupação/profissão		
Sem profissão	364	44,80
Aposentado	66	8,10
GG5 ¹	157	19,35
GG7 ²	88	10,80
Outros	138	17,00

Tabela 6 - Fatores determinantes de reinternações de pacientes no HEPR em Maceió (AL) no período de 1994–2003.

Gravidade da patologia mental		Nº	%
Recusa do tratamento ambulatorial		15	
Recusa da medicação		98	
Reagudização sem acompanhamento		484	
Reagudização com acompanhamento		131	
Quadro psiquiátrico resistente a terapêutica medicamentosa		01	
<i>Subtotal</i>		729	89,70
Fatores socioeconômicos e familiares			
Impossibilidade de adaptar-se a vida familiar		01	
Interrupção do tratamento ambulatorial		11	
Sem família e sem teto		15	
Falta de recursos para comprar medicação		01	
Rejeição familiar		12	
Sem família		06	
Maus-tratos familiares		01	
Vítimas de maus-tratos		01	
<i>Subtotal</i>		48	5,90
Mistos			
Uso subterapêutico da medicação		06	
Uso irregular da medicação		20	
<i>Subtotal</i>		26	3,02
Deficiências assistenciais dos serviços			
Medicação não indicada para o quadro psiquiátrico		03	
Medicação prescrita em dose subterapêutica		01	
Falta de medicação nos serviços		04	
Acentuados sinais e sintomas de impregnação neurolépticas		02	
<i>Subtotal</i>		10	1,02

Tabela 7 -Desfechos clínicos das internações de pacientes no HEPR, em Maceió(AL), no período de 1994-2003.

Desfechos clínicos	Nº	%
Melhorado	698	85,90
A pedido	42	5,20
Transferência	03	0,40
Fugas/abandono	40	4,90
População residual	08	2,07
Óbitos	01	1,00

Tabela 8- Diagnóstico final (CID -10) de pacientes reinternados no HEPR , em Maceió(AL), no período 1994-2003.

Diagnóstico final	Nº	%
F00 - F09	52	6,40
F10 - F19	258	31,70
F20 - F29	390	48,00
F30 - F39	74	9,15
Outros	39	4,80

As proporções de novos internamentos e reinternados são estatisticamente diferentes, 41,9% e 58,1% respectivamente. O resultado do teste binominal mostra que a proporção de novos internamentos foi estatisticamente menor do que 50% ($p < 0,001$). (Tabela 2).

1 Gênero

A proporção de reinternados do sexo masculino foi significativamente maior do que a dos reinternados do sexo feminino ($p < 0,001$).

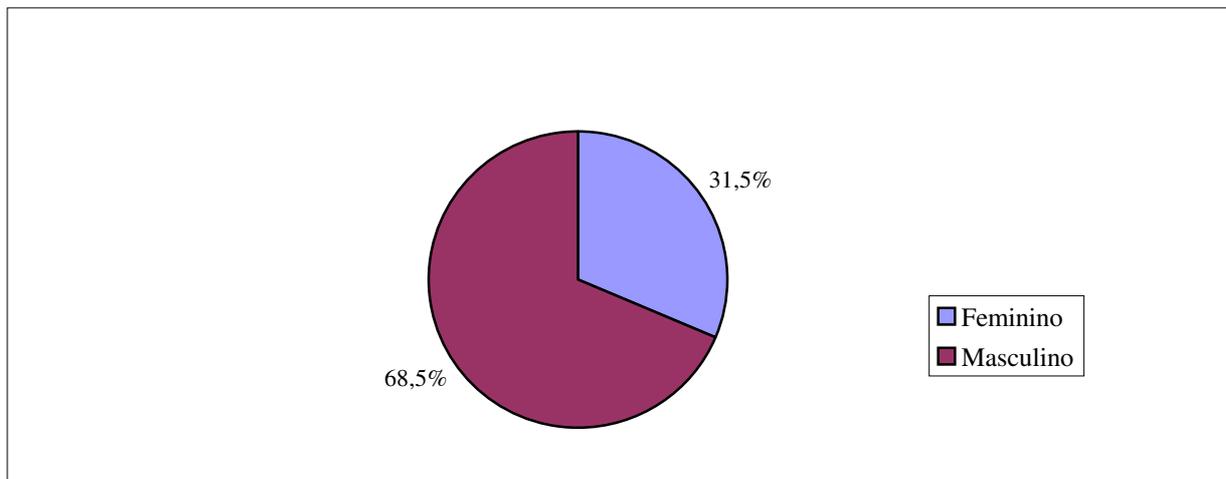


Figura 1 - Distribuição por gênero dos pacientes reinternados no HEPR, na cidade de Maceió (AL), no período de 1994-2003.

2 Faixa etária

A porcentagem de reinternados com idade entre 31 e 50 anos foi significativamente maior do que o percentual dos doentes mentais com idade entre 10 e 30

anos ($p < 0,01$) assim como dos com idade igual ou superior a 51 anos ($p < 0,01$). Por sua vez a proporção de reinternados com idade entre 10 e 30 anos também foi significativamente maior do que a de reinternados com idade igual ou superior a 51 anos ($p < 0,01$).

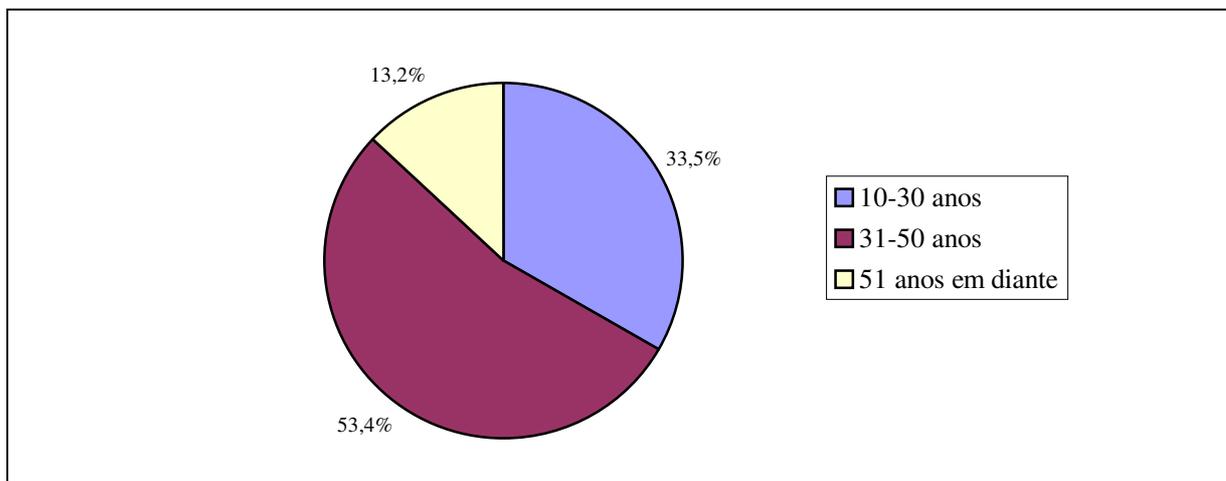


Figura 2 - Distribuição etária dos pacientes reinternados no HEPR, na cidade de Maceió (AL), no período de 1994–2003.

3 Estado civil

A proporção de reinternados solteiros quando comparada à de reinternados acompanhados que mantinham relações afetivas estáveis, foi significativamente maior ($p < 0,001$).

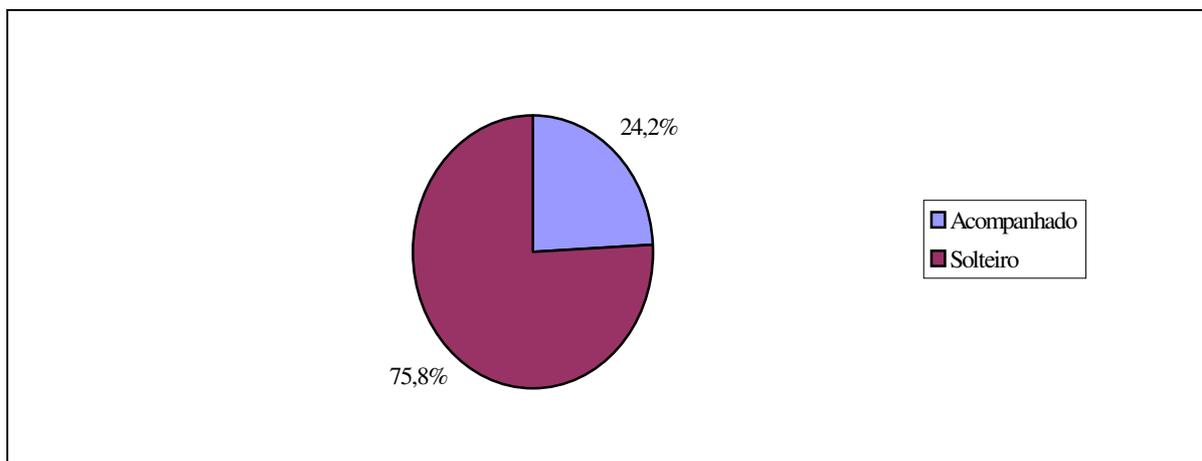


Figura 3 - Distribuição por estado civil dos pacientes reinternados no HEPR, na cidade de Maceió (AL), no período de 1994–2003.

4 Instrução

Quanto ao grau de instrução, não houve diferença significativa entre os percentuais de reinternados analfabetos e reinternados com grau de instrução elementar ($p > 0,05$). Entretanto estas duas proporções foram significativamente maiores que a de reinternados com grau de instrução de segundo grau ou superior ($p < 0,05$).

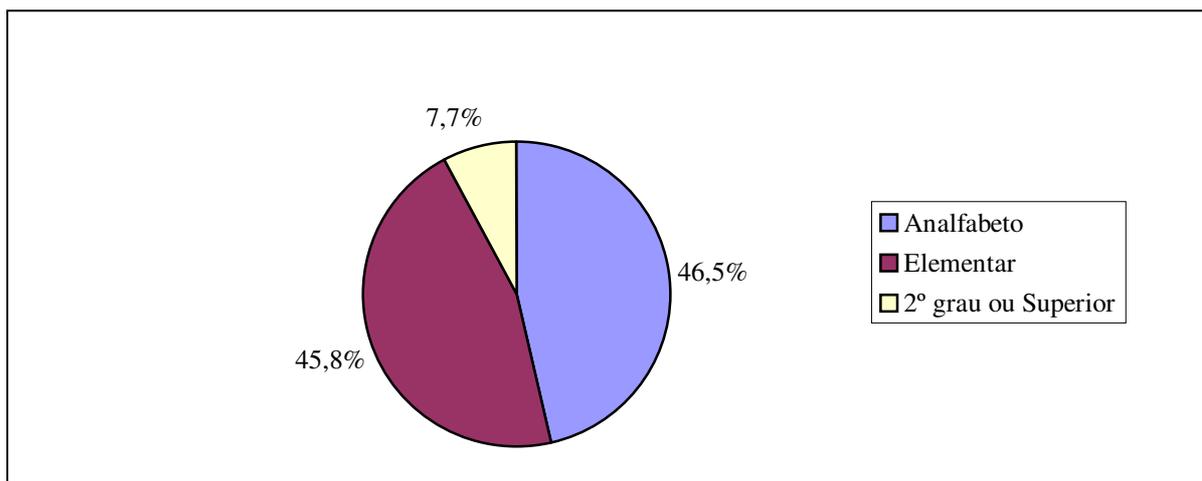


Figura 4 - Distribuição por grau de instrução dos pacientes reinternados no HEPR, na cidade de Maceió (AL), no período de 1994–2003.

5 Ocupação

O percentual de reinternados sem profissão foi significativamente maior do que as proporções de reinternados aposentados ou com alguma ocupação ($p < 0,001$).

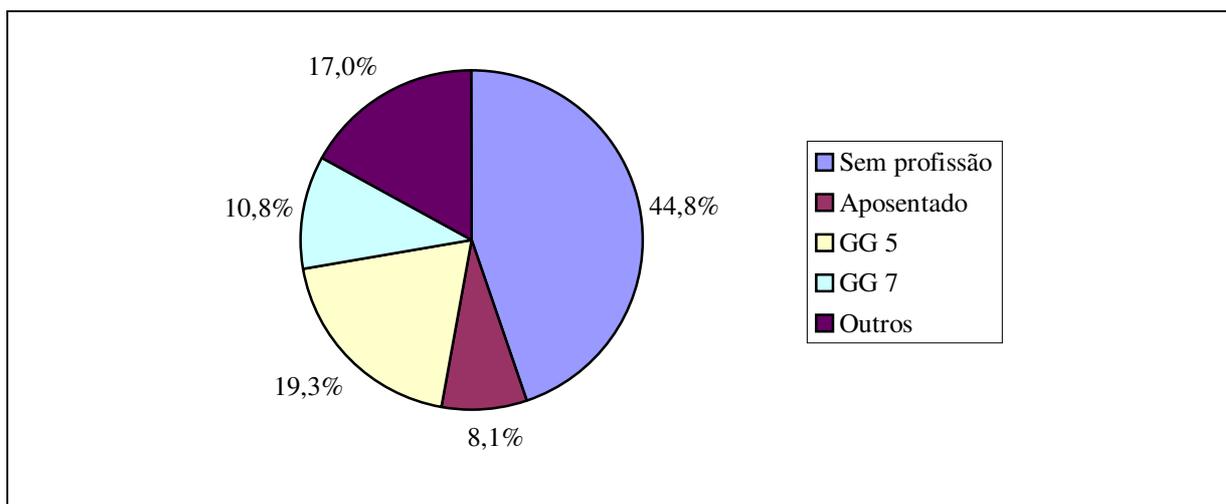


Figura 5 - Distribuição por ocupação dos pacientes reinternados no HEPR, na cidade de Maceió (AL), no período de 1994–2003.

6 Fatores determinantes de reinternações

A percentagem de reinternados devido à gravidade da doença foi significativamente maior do que as proporções de reinternados por fatores socioeconômicos e familiares ($p < 0,001$), mistos ($p < 0,001$) ou deficiências assistenciais do serviço ($p < 0,001$).

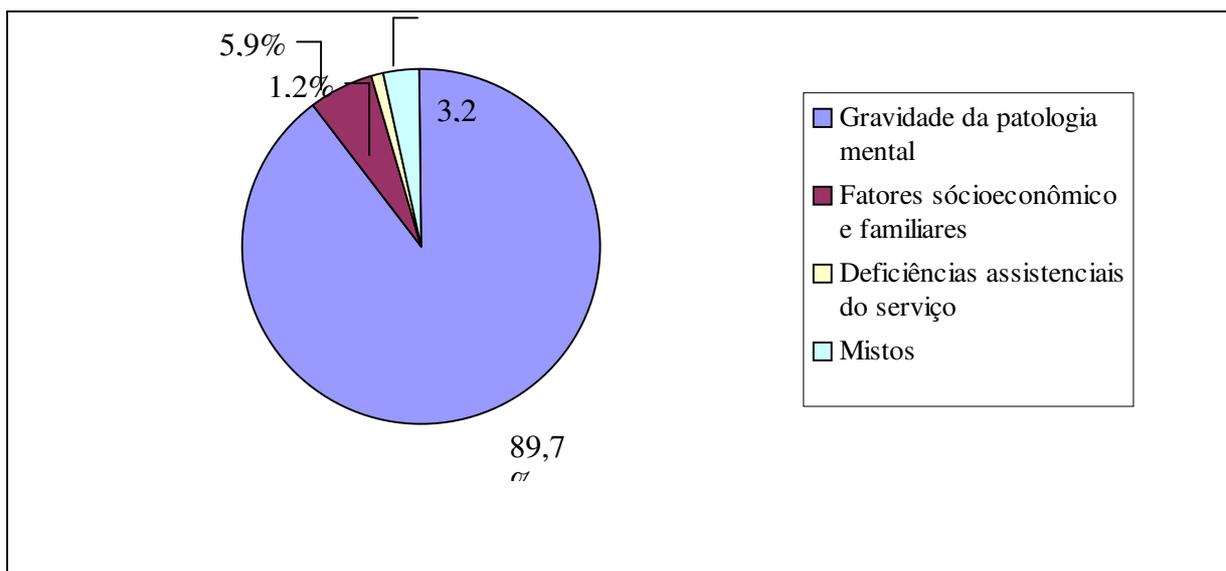


Figura 6 - Distribuição por fatores determinantes de reinternações dos pacientes do HEPR, na cidade de Maceió (AL), no período de 1994–2003.

7 Diagnóstico

Os diagnósticos mais frequentes entre os reinternados foram F10-F19 e F20-F29. A proporção de diagnósticos F20-F29, 48%, foi significativamente maior do que a proporção de diagnósticos F10-F19, 31,7%. Ambas foram significativamente maiores que as proporções dos outros tipos de diagnósticos ($p < 0,05$).

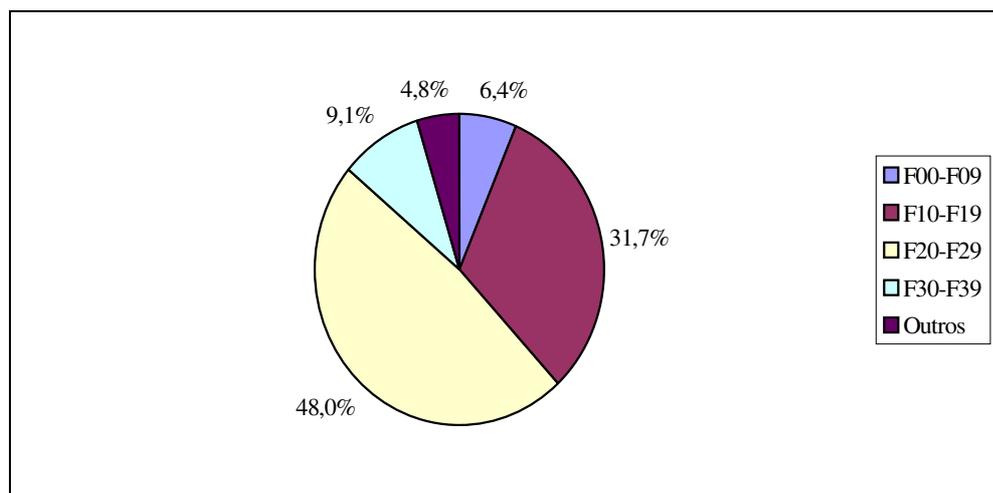


Figura 7 - Distribuição por diagnóstico no momento da alta dos pacientes reinternados no HEPR, na cidade de Maceió (AL), no período de 1994–2003.

8 Desfecho clínico (ao final do reinternamento)

Entre os desfechos clínicos, “o melhorado” ocorreu em uma proporção igual a 85,9%, significativamente maior do que as demais ($p < 0,01$).

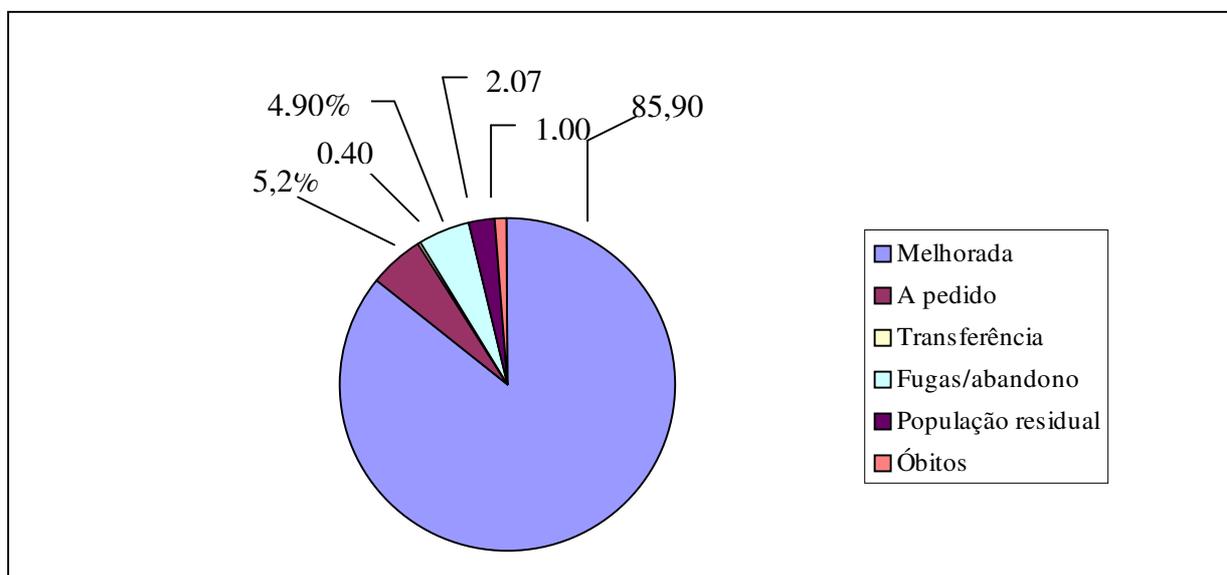


Figura 8 - Distribuição por desfecho clínico dos pacientes reinternados no HEPR, na cidade de Maceió (AL), no período de 1994–2003.

6 – Discussão

De início tratou-se de relatar as profundas modificações estruturais e humanas ocorridas no HEPR, em particular a extinção de antigos serviços e a criação de um novo modelo assistencial e a repercussão na população hospitalar psiquiátrica no período de estudo (1994-2003). Houve um crescimento demográfico no estado de Alagoas de 10,29%. A população hospitalar foi igualmente afetada, observando-se uma redução de 21,9% dos leitos psiquiátricos. Na realidade a moderna política assistencial psiquiátrica mundial e as determinações do Ministério da Saúde (MS) preconizam essa diminuição, o que foi verificado no estudo. Como foi assinalado anteriormente, inúmeros recursos assistenciais alternativos foram criados no âmbito do HEPR, contribuindo para que não se verificasse uma demanda reprimida e, conseqüentemente, uma melhoria do nível assistencial. Graças à participação ativa das comunidades de funcionários, dos familiares, da população circunvizinha e da própria mídia. Ao se avaliar o percentual de reinternamentos foi deveras significativo o fato de que este permaneceu estável ao longo do período (Tabela 2). Apesar de expressiva, a taxa de reinternação se aproxima ou é significativamente menor que em outras unidades hospitalares psiquiátricas. Lancman⁷⁰, em relação à ocorrência prévia de internações psiquiátricas, obteve percentuais semelhantes (55%) em duas cidades paulistas, Franco da Rocha e Ferraz de Vasconcelos. Ao especificar pacientes psicóticos a percentagem média de egressos entre eles foi de 79%. Freitas⁷¹, observou que 74% dos pacientes que chegaram ao Centro Psiquiátrico Pedro II (CPPII), em 1994, tinham internações prévias e que 60,8% dessas internações foram no próprio CPPII. Não se constatou, como seria o previsível, o fenômeno da “porta giratória” uma vez que o Ambulatório de Egressos funciona em horário

gigante das 7h00 às 19h00 horas, atendendo em média 150 pacientes/dia. A “porta giratória”, “*revolving door*”, em inglês, foi estudada entre nós por Lucena³⁵ e Cerqueira²⁴, lembrando que o entrar e sair continuamente de um hospital psiquiátrico, “entontece e não cura o paciente”, sobretudo na ausência de um Ambulatório de Egressos em funcionamento. A manutenção da taxa de reinternações ao longo dos dez anos e sua maior frequência do que a de novos internamentos nos ensejou pesquisar seus fatores determinantes, transformando-se no objetivo central do trabalho. Serão avaliadas a seguir as variações sociais, demográficas e econômicas dos pacientes re-hospitalizados.

- **Gênero**

A distribuição dos pacientes segundo o gênero mostra que a proporção de reinternados do sexo masculino foi significativamente maior do que a dos reinternados femininos ($p < 0,001$). Lancman⁷⁰ estudando a distribuição dos encaminhamentos por sexo, revela um predomínio de homens internados nas quatro localidades estudadas, inclusive Araraquara (SP) e São Carlos (SP), onde também as mulheres procuram mais os serviços psiquiátricos. A existência de serviços exclusivos no âmbito do estado, tais como: a Intercorrência Clínica (IC), o Centro de Estudos e Atenção ao Alcoolismo e outras Drogas-dependência (Hospital-Dia) e a Oficina da Mente que cuidam de pacientes alcoolistas, determina uma maior oferta de leitos para o sexo masculino. Daí a predominância de reinternamentos do referido sexo no HEPR, o que confirma a maior prevalência de alcoolismo entre os homens, 3 a 5 homens para 1 mulher^{15,65}. Além disso é sabido que os transtornos esquizofrênicos evoluem com maior gravidade em pacientes do sexo masculino. As mulheres apresentam um curso mais brando da doença esquizofrênica e, habitualmente, um melhor prognóstico e possibilidade de adaptação social⁷². Por sua vez, em nossa cultura são melhor tolerados a domicílio os pacientes apato-abúlicos do sexo feminino.

- **Idade**

Na distribuição etária dos pacientes estudados foram considerados três grupos de acordo com os seguintes intervalos: 10 a 30 anos, 31 a 50 anos e 51 em diante. O percentual de reinternados com idade entre 31 e 50 anos foi significativamente maior do que a proporção dos pacientes com idade entre 10 e 30 anos ($p < 0,05$) e também daqueles igual ou superior a 51 anos ($p < 0,01$). A proporção de pacientes com idade entre 10 e 30 anos também foi significativamente maior do que a de rehospitalizados com idade igual ou superior a 51 anos ($p < 0,01$). Os dados supracitados estão em desacordo com as pesquisas de Rios e Jabes⁶⁶, nas quais foi encontrada uma frequência maior nos grupos entre 30 e 59 anos e menor entre 15 e 29 anos, e de Gradella Júnior⁷³ nas quais os maiores percentuais de pacientes estão nas faixas etárias entre 40 e 49 anos e 50 e 59 anos. Mas, de acordo com Lucena⁷⁴, fundamentado em resultados estatísticos de demografia psiquiátrica publicados pelos serviços oficiais afirmava: “No Brasil como um todo, é ainda o período etário dos 20 aos 50 anos, aquele em que se observa maior frequência dos internamentos”. Podemos inferir que a doença mental afeta diretamente os pacientes na fase mais produtiva. Entendendo-se esta produtividade de uma forma mais ampla, abrangendo a capacidade laborativa, as relações afetivas familiares, o companheirismo, o lazer e a sociabilidade em geral e os amigos. Esses fatos tornam importante a criação de mecanismos que promovam uma qualidade de vida mais digna e saudável para essa população.

- **Estado civil**

A distribuição dos pacientes reinternados demonstra uma predominância de pacientes solteiros, quando comparada aos que mantinham relacionamentos estáveis ($p > 0,001$). Resultado semelhante ao obtido por Gradella Júnior⁷³ no qual 61,8% eram solteiras. Do ponto de vista epidemiológico, a influência do estado civil sobre a morbidade psiquiátrica

tem sido intensamente estudada. Estes dados confirmam o que apontam os especialistas acerca do papel de proteção dos relacionamentos afetivos mais duradouros. Refere Lucena⁷⁴: “Sabe-se que entre divorciados e viúvos a doença mental é muito mais freqüente que entre casados. Os casados constituem o grupo privilegiado”. Eaton (*apud* TALBOT 1992)⁷⁵, afirma textualmente: “indivíduos solteiros têm muito mais probabilidade de desenvolver esquizofrenia que indivíduos casados”. Passou-se então a acreditar que a condição de solteiro contribuiria de alguma forma para a esquizofrenia. Entretanto, a condição de solteiro pode ser conseqüência e não causa⁷⁶. A precocidade do aparecimento de transtornos mentais graves freqüentemente contribui para impedir estabelecimento e dificultar a manutenção de uma relação afetiva estável na vida dessas pessoas.

- **Grau de instrução**

Quanto ao grau de instrução, não houve diferença significativa entre as proporções de reinternados analfabetos e com grau de instrução elementar ($p > 0,05$). Entretanto, essas duas proporções foram significativamente maiores que a de reinternados com nível de instrução de segundo grau ou superior ($p < 0,05$).

O desconhecimento dos signos em uma sociedade onde a linguagem é necessária para a apropriação do conhecimento, impossibilita o convívio social e a realização de atividades básicas (usar dinheiro, pegar ônibus, etc). Isto demonstra as dificuldades e limitações que os pacientes devem enfrentar quando da sua reinserção na sociedade e no mercado de trabalho. Está evidente também que a baixa escolaridade é um fator agravante a mais desse processo.

Algo surpreendente é no estado das Alagoas, 36,28% a 44,3% dos habitantes são analfabetos segundo pesquisas do governo do estado e do IBGE (2000), respectivamente^{77,78,79}. Dessa forma não é prerrogativa dos portadores de transtornos mentais

em Alagoas serem analfabetos ou detentores de instrução rudimentar. Em pesquisa realizada por Gradella Júnior⁷³, em Bauru (SP), as pacientes internadas analfabetas somam 51,9% e as com instrução elementar, 10,5%. Repete-se, portanto, a realidade nordestina em uma próspera cidade do interior de São Paulo, denotando o caráter, por assim dizer, nacional, do fenômeno.

• Ocupação

Quanto à atividade profissional/ocupação, a proporção de pacientes reinternados **sem profissão** foi significativamente maior do que as de aposentados ou daqueles com alguma forma de atividade profissional ($p < 0,001$). Resultados aproximados dos obtidos por Gradella Júnior⁷³ em sua pesquisa, na qual 32,8% a 45,8% não trabalham e não houve registro de aposentadorias.

Ao não fazerem parte ou serem excluídos do mundo do trabalho, restam, por conseguinte, poucas alternativas a esses pacientes em relação ao seu processo de reinserção social, retorno à comunidade e reintegração à família com autonomia e independência. Numa sociedade competitiva aquele que não produz, não tem rendas, não obtém reinserção social. Passa a ser visto como ocioso, improdutivo, inútil, sem cidadania, devendo ser confinado⁸⁰.

Dantas Júnior e Maciel Neto⁸¹ destacam que os pacientes que fizeram parte de suas pesquisas, quando reinternados em hospitais psiquiátricos relatavam problemas da perda do emprego, bem como dificuldades nos mesmos, o que gerava condições adversas aos seus estados de hígidez mental.

Toda essa realidade social só poderá ser modificada mediante profundas mudanças socioeconômicas em nossa realidade. Importa lidar com a mesma. A criação de oficinas terapêuticas e de cursos profissionalizantes para portadores de transtornos mentais deve vir a ser um caminho a seguir. O direcionamento e aproveitamento das potencialidades

dos pacientes são necessários ao tratamento e, sobretudo, a reinserção social deles.

Essa necessidade é um desafio no tratamento dos portadores de transtornos mentais graves. Para Macedo⁸², do ponto de vista socioantropológico, “a intensa competitividade estabelecida entre as pessoas na sociedade industrial, levam-nas a assumir mais e mais a tarefa de contribuir para manutenção material de suas famílias”.

É flagrante o número pouco expressivo de pacientes aposentados. Isto evidencia que, além de serem criados mecanismos sociais de proteção aos indivíduos portadores de doenças mentais graves (LOAS, lei n. 10.708, etc.)³², torna-se necessário também, investir em estratégias que lhes garantam o acesso às leis.

• **Fatores determinantes de reinternações**

O percentual de reinternações decorrente da gravidade da doença mental foi significativamente maior do que as proporções dos outros fatores socioeconômicos e familiares ($p < 0,001$); mistos ($p < 0,001$) que contemplam ambos e deficiências assistenciais do serviço ($p < 0,001$). Este dado revela o cuidado da instituição em reinternar apenas os casos absolutamente necessários, sem condições de tratamento em outros serviços alternativos ou vicariantes, além da importância de serem mantidos hospitais psiquiátricos devidamente desinstitucionalizados, a fim de oferecerem tratamento digno, humanizado e eficaz a sua clientela. Confirma-se dessa maneira o caráter biológico e recidivante da maioria dos transtornos mentais graves, que contribuem para reinternamentos freqüentes e regulares, tornando imprescindível a existência de hospitais psiquiátricos de boa qualidade.

• **Desfechos clínicos**

Entre os desfechos clínicos, a melhora do estado mental do quadro mórbido

ocorreu com proporção igual a 85,9% significativamente maior que as proporções dos demais desfechos ($p < 0,01$), quais sejam: alta a pedido, transferência, fugas/abandono, população residual e óbitos.

De forma surpreendente, a população residual do HEPR é de apenas 2,7%. Sendo inexpressiva em face dos demais desfechos clínicos. Não obstante isto, a renovação da população hospitalar é elevada, o que se expressa através da taxa de reinternações, que se manteve estável ao longo do período observado, apesar de uma redução dos leitos hospitalares psiquiátricos no estado de Alagoas.

Verificou-se simultaneamente neste decênio (1994-2003), um aumento de cerca de 10,29% da população estadual (IBGE)⁷⁷, com diminuição das hospitalizações e dos leitos psiquiátricos em 21,98%.

• Diagnóstico

Os diagnósticos mais freqüentes entre os reinternados foram: F10 a F19 (**transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substância psicoativa**) e F20 a F29 (**esquizofrenia, transtornos esquizotípico e delirantes**). A proporção de diagnósticos F20 a F29 (48%) foi significativamente maior que a proporção de diagnósticos F10 a F19 (31,78%). Estes dados contrariam autores que afirmam ser o alcoolismo o diagnóstico mais freqüente nas internações psiquiátricas. Essas duas categorias foram significativamente maiores que as proporções dos demais diagnósticos ($p < 0,01$). De acordo com Nunes¹⁵ 25% dos pacientes portadores de esquizofrenia com prognóstico mais favorável e com tratamento adequado apresentam cerca de duas reinternações por ano. Este percentual eleva-se para 78% entre pacientes esquizofrênicos não devidamente tratados. Por sua vez, 50% dos leitos psiquiátricos estimam ocupados por portadores de alcoolismo^{15,83}. Em desacordo com dados obtidos por Gradella Júnior⁷³ em uma pesquisa realizada num macro-

hospital psiquiátrico de Bauru (SP) (420 leitos) e caracterizado por longa permanência, 4 a 34 anos, em que predominaram: 34,9% de psicoses esquizofrênicas, 33,5% de oligofrenias e 8,4% de outros quadros orgânicos (crônicos). O referido pesquisador adotou surpreendentemente, em 2004, categorias diagnósticas da antiga CID-9.

As afirmativas acima confirmam que a Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde de redimensionar os leitos psiquiátricos em território brasileiro está correta. Haja vista que, no período em estudo (1994-2003), em Alagoas, a população cresceu 10,29% e os leitos psiquiátricos sofreram a expressiva diminuição de 21,98%. Não se observou demanda reprimida, graças ao processo de reestruturação do modelo assistencial do HEPR, que permitiu a criação de serviços complementares de natureza extra-hospitalar. Não obstante isto, o percentual de reinternação manteve-se estável ao longo do período.

Isto demonstra a necessidade da existência do hospital psiquiátrico de qualidade e que a doença mental não poderá ser abolida por meros decretos oficiais. Os resultados apontam para a gravidade da patologia mental. Esta foi o principal fator de internações/reinternações. A permanência do paciente hospitalizado cada vez mais se torna menor, otimizando-se desta forma, a utilização dos leitos psiquiátricos. Por sua vez, o tratamento prestado ao paciente conduziu, em sua grande maioria, ao desfecho clínico “melhorado”, quando da alta hospitalar. Após a saída do HEPR o paciente não é abandonado à própria sorte, sendo acolhido nos serviços alternativos de atenção à saúde mental.

Além disso, seria salutar o aprimoramento de métodos (auditoria, supervisão, campanhas de esclarecimento à comunidade em geral), que venham a coibir a psiquiatrização dos problemas sociais

7 Conclusões

Os resultados obtidos permitem apontar as seguintes conclusões:

1. Durante o período de 1994-2003 a população do estado de Alagoas aumentou cerca de 10,29%, (Tabela 3), enquanto que os leitos psiquiátricos foram reduzidos em 21,98% (Tabela 4), segundo recomendação da Coordenadoria de Saúde Mental do Ministério da Saúde (MS), não se registrando demanda reprimida.
2. A taxa de reinternação permaneceu estável ao longo do decênio, variando entre 51% (1994) e 62% (1999) (Tabela5), sendo significativamente maior do que o número de novas hospitalizações
3. Entre os pacientes reinternados predominou o sexo masculino 68,5% e a faixa etária predominante situou-se entre 31 e 50 anos.
4. Em sua maioria solteiros (75,8%), 44,8% não têm profissão e apenas 8,1% tiveram acesso à aposentadoria.
5. Dos pacientes reinternados 92,3% são analfabetos ou possuem grau de instrução elementar.
6. A gravidade da doença mental foi fator determinante das reinternações (89,7%), superando de forma expressiva o papel dos fatores socioeconômicos e familiares (5,9%), dos mistos (3,2%) e das deficiências assistenciais do serviço (1,2 %).
7. A alta melhorada foi o desfecho clínico predominante.
8. O resíduo hospitalar foi praticamente inexpressivo (2,7%).

9. Os diagnósticos mais frequentes entre os pacientes foram as categorias do CID-10⁶⁹ compreendidas de F10 a F19 (31,7%), e F20 a F29 (48,0%), todas de reconhecida gravidade.

10. Em face das conclusões acima enumeradas, pode-se constatar a necessidade atual da permanência do hospital psiquiátrico de qualidade compondo um modelo assistencial não obrigatoriamente centrado sobre o mesmo.

Recomendações:

Considerando os resultados do estudo pode-se recomendar:

1. A necessidade atual de permanência do hospital psiquiátrico de qualidade compondo um modelo assistencial não obrigatoriamente centrado no mesmo.

2. A manutenção pelo Ministério da Saúde (MS) e secretarias municipais e estaduais de saúde, de supervisão e auditorias sistemáticas para estimular a oferta de serviços de qualidade em saúde mental à população, coibir as internações/reinternações desnecessárias e exigir uso correto do diagnóstico em Psiquiatria.

3. Ampliar os estudos sobre a manutenção estável do percentual de reinternações no HEPR, avaliando a eficácia dos serviços ambulatoriais, principalmente o Ambulatório de Egressos no processo de desospitalização/reinserção social.

4. Há necessidade de criação de mecanismos que façam chegar à população carente os benefícios legais de proteção. É constrangedor constatar que menos de 10 % dos pacientes que foram reinternados no período (1994 a 2003), portadores de transtornos mentais graves em sua totalidade, tenham recebido o benefício da aposentadoria. O alto índice de pacientes analfabetos ou com grau de instrução rudimentar tem contribuído decididamente

para este fato. Tão importante quanto a existência de leis que protejam a população é o acesso de todos às mesmas.

5. Impõe-se o envolvimento da comunidade em geral, como parceira, no processo de desinstitucionalização do hospital psiquiátrico e de seus pacientes. Esta tem sido em todos os momentos, a preocupação central daqueles que atuam na reforma institucional do HEPR.

Referências

1. Bastos O. Esboço de comunidade terapêutica em hospital universitário. **Rev. Neurobiologia** 1964; 27: 57-70.
2. Bastos O. Novas considerações sobre um projeto de comunidade terapêutica. **Neurobiologia** 1966; 29(2): 61-73.
3. Cerqueira L. Terapêutica ocupacional: um tratamento da pessoa. **Rev. Neurobiologia** 1975; 38: 343-50.
4. Suliano Filho M. Alguns comentários sobre a praxiterapia em serviço dos doentes mentais agudos. **Rev. Neurobiologia** 1954; 17(4): 274-99.
5. Castel R. A instituição psiquiátrica em questão. In: Figueira AS, organizador. **Sociedade e doença mental**. Rio de Janeiro: Campus; 1978. p. 149-93.
6. Bastos O. A História da Psiquiatria e de Saúde Mental no Brasil. **Rev. Neurobiologia** 1993; 56(4): 144-54..
7. Jones M. **A comunidade terapêutica**. Petrópolis: Vozes; 1972.
8. Caplan G. **Princípios de psiquiatria preventiva**. Rio de Janeiro: Zahar; 1980.
9. Zusman JA. Reflexões, revoluções e reformas psiquiátricas. Psiquiatria hoje. **Jorn. da Assoc. Bras. De Psiquiatria** 2002; 2: 8-16.
10. Lopes JL. **A Psiquiatria de Machado de Assis**. Rio de Janeiro: Agir; 1974. p. 18-30.
11. Bastos O. **Psiquiatria: ciências, cultura e diversidade**. [Palestra proferida no XXII Congresso Brasileiro de Psiquiatria; 2004 out (no prelo); Salvador, (BR)].
12. Medeiros T. **Formação do modelo psiquiátrico no Brasil**. Rio de Janeiro; 1977. [Dissertação de Mestrado em Psiquiatria – Curso de Pós-Graduação em Psiquiatria do Instituto de Psiquiatria. Universidade Federal do Rio de Janeiro].
13. Bastos O. **Psiquiatria brasileira: ontem, hoje e amanhã**. 1988; 51(4): 225-32.
14. Resende H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In Bezerra Jr. H, Tundis SA, Costa NR, organizadores. **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes/ABRASCO; 1971. p. 15-74.
15. Nunes Filho EP, Breno J, Nardi AE. **Psiquiatria e saúde mental**. São Paulo: Atheneu; 1996. p. 1-5/75-105.
16. Moreira J. Quais os melhores meios de assistência aos alienados? [Republicado] **Arquivo Brasileiro de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal** 1910; 6(3/4): 373-96.

17. Moreira J. O aniversário da fundação do Hospício Nacional de Psicopatas. **Arquivo Brasileiro de Neuropsiquiatria** 1927; 10(3): 129-31.
18. Pernambucano U. Assistência a psicopatas em Pernambuco: idéias e realizações. **Arq. Assist. a psicopatas de Pernambuco** 1932; 2(1): 5-18.
19. Bastos O. **História da Psiquiatria em Pernambuco e outras histórias**. São Paulo: Lemos Editorial; 2002.
20. Beça ET. Reformulação da assistência psiquiátrica: realidade e perspectiva. **Rev. Neurobiologia** 1981; 44(3): 223-48.
21. Bastos O. A atualidade de Ulysses Pernambucano. **Rev. Neurobiologia** 1992; 55(1): 3-10.
22. Lougon M, Azevedo CS, Sayd PD. Assistência psiquiátrica pública no Brasil: moldes e estratégias entre 1920-1940. **Rev. COLÔNIA Cadernos de Psiquiatria Social** 1984; 2(1): 3-8.
23. Geraldes PC. Políticas de saúde no período de 1968 a 1980. **Colônia Cadernos de psiquiatria social** 1984; 3(2): 14-15.
24. Cerqueira L. Resistências às práticas comunitárias. **Rev. Neurobiologia** 1974; 37: 333-4.
25. Rocha T, *et al.* Primeiras observações de uma comunidade terapêutica. **Rev. Neurobiologia** 1971; 34(3): 199-205.
26. Tenório F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: histórias e conceitos [on line]. **Rev. Hist. Cienc. Saúde – Manguinhos** 2002; 9(1). Disponível em: [url:http://scielo.php?script=arttext&pid=s0104-9702002000100003&lng=arttext&pidnrm=isso&tlng=p](http://scielo.php?script=arttext&pid=s0104-9702002000100003&lng=arttext&pidnrm=isso&tlng=p). [2002 maio 29].
27. Birman J. **Enfermidade e loucura**. Rio de Janeiro: Campus; 1980.
28. Birman J. Psiquiatria e instituição. **Rev. ABP-APAL** 1985; 8: 56-64.
29. Brasil. Ministério da Saúde. **I Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília; 1993. [Relatório Final 1].
30. Cerqueira L. Raízes e tendências da psiquiatria social no Brasil. **Rev. Neurobiologia** 1947; 41 (suppl): 77-99.
31. Cerqueira L. **Psiquiatria social: problemas brasileiros de saúde mental**. Rio de Janeiro/São Paulo: Atheneu; 1984.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Coletânea de Legislação em Saúde Mental**. 5ª ed. ampl. Brasília; 2004.
33. Brasil. Ministério da Saúde. **II Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília; 1994. [Relatório Final 2].

34. Brasil. Ministério da Saúde. **II Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília; 2002. [Relatório Final].
35. Lucena J. Visão Crítica da assistência psiquiátrica do nordeste brasileiro. **Vivência** 1979; 5(1).
36. Vasconcelos A. **O asilo Santa Leopoldina: aspectos históricos e sociais**. Maceió: Secretaria de Cultura – SECULT; 1985. p. 17-78.
37. Organização Panamericana de Saúde. Reestruturação da assistência psiquiátrica: bases conceituais e caminhos para sua implementação. In: **Memórias da Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica**; 1990 nov. 11-14; Caracas(VEN). Milão: Instituto Mario Negri; 1990. p. 144.
38. Alagoas (Estado). Lei nº 6.145, de 13 de janeiro de 2000. Dispõe sobre as diretrizes básicas para a reforma e organização do Poder Executivo de Alagoas e dá outras providências. **Diário Oficial do estado de Alagoas**, Maceió, 14 de jan. 2000. Cap. 5, seção III, p. 4.
39. Alves DS. O ex-tentando ver o futuro. **Cadernos Ipub** 1999; 14:21-30.
40. Bezerra Jr. H, *et al.* **Cidadania e loucura: políticas da saúde mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes/ABRASCO; 1987.
41. Campos A. **O Hospital-Dia como alternativa assistencial em psiquiatria: opinião de pacientes e seus familiares**. Ribeirão Preto; 1986. [Tese de Doutorado – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo].
42. Cerqueira L, Camargo MPA. Internações e reinternações: por uma clínica ambulatorial previdenciária. **Rev. Neurobiologia** 1970; 33: 269-77.
43. Cerqueira L. Os cem anos da tamarineira. **Rev. Neurobiologia** 1984; 47(2): 17-130.
44. Contel JOB, Loureiro SR. Paciente psiquiátrico cronicamente hospitalizado, caracterizado segundo sua adaptação intra-hospitalar. **Rev. Neurobiologia** 1979; 42(1): 95-116.
45. Costa JF. **História da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: campus; 1981. p. 101-4.
46. Delgado PGG. Perspectivas pós-asilar no Brasil [com um apêndice sobre a questão dos cronicos]. In: Bezerra júnior B, organizador. **Cidadania e loucura: políticas de saúde pública no Brasil**. Petrópolis: Vozes/ABRASCO; 1987. p. 171-202.
47. Ferraz MPT. Políticas de saúde mental: revisão dos dois últimos anos. **Arquivo da Coordenadoria de saúde mental do estado de São Paulo** 1985; 45:11-22.
48. Kalil MEX. **Saúde mental e cidadania no contexto dos sistemas locais de saúde**. São Paulo/Salvador: HUCITEC/Cooperação Italiana em Saúde; 1992.
49. Liberman RP, Vaccaro JV, Corregan PW. Reabilitação psiquiátrica. In: Kaplan HI, Sadock BJ, organizadores. **Tratado de psiquiatria**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1999. p. 2914-37.

50. Loreto G. A Psiquiatria de Pernambuco nos últimos cem anos. **Rev. Neurobiologia** 1986; 49(1): 17-36.
51. Lucena J. Aspectos da evolução da assistência psiquiátrica no Brasil nos últimos 50 anos. **Jorn. Brasileiro de Psiquiatria** 1976; 5(30): 159-94.
52. Luz MT. A história de uma marginalização: a política oficial de saúde mental: ontem, hoje, alternativas e possibilidades. In: Amarante P. **Psiquiatria e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1994. p. 85-95.
53. Mariz PJC, Medeiros T. Técnicas de ativação hospitalar em uma estrutura asilar. **Rev. Neurobiologia** 1970; 33(1): 42-7.
54. Medeiros T. A psiquiatria e a formação da sociedade brasileira. **Rev. Neurobiologia** 1978; 41(suppl): 131-40.
55. Medeiros T. Psiquiatria e Nordeste: um olhar sobre a história. **Rev. Neurobiologia** 1999; 21(3): 177.
56. Mendonça M, Mariz P. Direções, tendências e perspectivas da psiquiatria assistencial preventiva no Brasil. Estado de Pernambuco. **Rev. Neurobiologia** 1974; 37(1): 51-70.
57. Pernambucano U. Recursos Modernos de assistência aos doentes mentais. **Rev. Neurobiologia** 1938; 1(1): 1-13.
58. Sá Júnior LSM. A psiquiatria no contexto brasileiro. **Rev. Neurobiologia** 1978; 41(suppl): 123-39.
59. Vianna Filho U. Raízes e tendências da psiquiatria brasileira. **Rev. Neurobiologia** 1978; 41(suppl): 55-62.
60. Campos MA. **O Hospital-Dia como alternativa assistencial em Psiquiatria: opiniões de pacientes e seus familiares**. São Paulo; 1986. [Tese de Doutorado – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo].
61. Araújo RB, Gimeno LID, Mello RM, Ruschel EB, Benevides LS, Nichetti RC. Repercussões do fechamento da Unidade de Desintoxicação do Hospital Psiquiátrico São Pedro. **Rev. Psiquiatria** 2003; 25(2): 346-52.
62. Rietra RCP. **Inovações na gestão em saúde mental: um estudo de caso, o CAPS na cidade do Rio de Janeiro [on line]**. Rio de Janeiro; 1999. [Dissertação de Mestrado – Fundação Osvaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública]. Disponível em [url:http://www.portalless.cict.fiocruz.br/cgi-bix/wxis.exe/iah](http://www.portalless.cict.fiocruz.br/cgi-bix/wxis.exe/iah) [2005 mar 26].
63. Medronho RA, Carvalho DM, Bloch KV, Luiz RR, Werneck GL. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu; 2003.
64. Regier DA, Burke Júnior JD. Epidemiologia. In: Kaplan HI, Sadock BJ, organizadores. **Tratado de Psiquiatria**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1999. p. 424-43.
65. Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. **Epidemiologia e saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI; 1999. p. 77-181.

66. Rios IC, Jabes MR. Estudo crítico de internações psiquiátricas no estado de São Paulo. **Rev. ABP-APAL** 1992; 4(1): 9-13.
67. Cavalcanti AMTS. **Aspectos epidemiológicos da esquizofrenia em adultos internados no Hospital Ulysses Pernambucano da cidade do Recife-PE: 1997-1999**. João Pessoa, 2000. [Dissertação de Mestrado em Enfermagem – Centro de Ciências e Saúde. Universidade Federal da Paraíba].
68. Brasil. Ministério do Trabalho e emprego. **Classificação Brasileira de Ocupações – CBO 2002 (on line)**. Brasília(DF); 2002. Disponível em [url:http://www.mtecbo.gov.br/informacao/asp](http://www.mtecbo.gov.br/informacao/asp) [2004 set 16].
69. Organização Mundial de Saúde. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
70. Lancman S. Instituições psiquiátricas e comunidades: um estudo de demanda em saúde mental no Estado de São Paulo. **Cad. Saúde Pública** 1997; 13(1): 93-102.
71. Freitas FFP. Subsídios para mudanças do modo de assistência psiquiátrica. **Cad. Saúde Pública** 1998; 14(1): 93-106.
72. Mari JJ. A epidemiologia de esquizofrenia. In: Shikakawa I, Chaves AC, Mari JJ, editores. **O desafio da esquizofrenia**. São Paulo: Lenda Editorial; 1998. p. 25-31.
73. Gradella Jr. O. Hospital psiquiátrico: reafirmação da exclusão. **Rev. Psicologia e Sociedade** 2002; 14(1): 87-102.
74. Lucena J. Alguns problemas brasileiros de saúde mental. **Rev. Neurobiologia** 1965; 28(3).
75. Talbott J, Hales R, Yvdopsky S. **Tratado de Psiquiatria**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
76. Vallada Filho H, Busatto Filho G. Esquizofrenia. In: Almeida OP, Dratcu L, Laranjeiras R. **Manual de Psiquiatria**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996. p. 127-50.
77. Brasilsite. Brasil. **Estados (Alagoas) [on line]**: Indicadores socioeconômicos. Disponível em [url:http://www.brasilsite.com.br/brasil/estados/alagoas.htm](http://www.brasilsite.com.br/brasil/estados/alagoas.htm) [2005 fev 9].
78. Universidade Federal de Alagoas. Pró-reitoria de Extensão e Pesquisa. Brasil. **Afroatitude [on line]**. Disponível em [url:http://www.proex.ufal.br/afroatitude.htm](http://www.proex.ufal.br/afroatitude.htm) [2005 fev 10].
79. Libreria Editora. **Estados do Brasil (Alagoas) [on line]**: Indicadores socioeconômicos. Disponível em <http://www.libreria.com.br/portal/docs/alagoas.shtml> [2005 fev 9].
80. Gonçalves AM, Sena RR. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família [on line]. **Rev. Latino-americana Enfermagem** 2001; 9(2): 48-55. Disponível em [url:http://www.cerp.usp.br/rlaenf](http://www.cerp.usp.br/rlaenf) [2001 mar].

81. Dantas Júnior AT, Maciel AAA. Contribuição ao estudo das reinternações e do hospitalismo em psiquiatria. **Rev. Neurobiologia** 1981; 44(2): 161-70.
82. Macedo G. Antropologia e Psiquiatria. **Rev. Neurobiologia** [SD]; 42(4): 315-24. Ramos SP. Diagnóstico e tratamento do alcoolismo. In: Brasil MAA, Botega NJ. **PEC – Programa de Educação Continuada**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004. p.130-41.
83. Ramos SP. Diagnóstico e tratamento do alcoolismo. In: Brasil, MAA, Botega, NJ. **PEC – Programa de Educação Continuada**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004. p.130-41

Anexos

ANEXO 1

Formulário de Pesquisa

FICHA CLÍNICA DO PACIENTE

ANO _____

Número de prontuário _____

Nome do paciente _____

Sexo 1 () 2 () Idade _____ Estado civil _____

Instrução _____ Profissão/Ocupação _____

Reospitalização _____ Diagnóstico – CID-10 _____

Causas e motivações da reospitalização _____

Critério de alta _____

ANEXO 2

CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES CBPO – 2002 GRANDES GRUPOS/ TÍTULOS

GG 1 Membros Superiores do Poder Público, Dirigentes de Organização de Interesse Público e de Empresa e Gerentes;

Compreende: membros superiores e dirigentes do poder público; dirigentes de empresas e organizações (exceto de interesse público); dirigentes e gerentes em empresas de serviços de saúde, de educação, ou de serviços culturais, sociais e pessoais; gerentes.

GG 2 Profissionais das Ciências e das Artes;

Compreende: pesquisadores e profissionais policientíficos; profissionais das ciências exatas, físicas e da engenharia; das ciências biológicas, da saúde, e afins; do ensino; das ciências jurídicas; das ciências sociais e humanas; comunicadores, artistas e religiosos.

GG 3 Técnicos de Nível Médio;

Compreende: técnicos polivalentes; técnicos de nível médio das ciências físicas, químicas, engenharia e afins; de nível médio das ciências biológicas, bioquímicas, da saúde e afins; professores leigos e de nível médio; técnicos de nível médio em serviços de transportes; das ciências administrativas; dos serviços culturais, das comunicações e dos desportos; outros técnicos de nível médio.

GG 4 Trabalhadores de Serviços Administrativos;

Compreende: trabalhadores administrativos de atendimento ao público cujas atividades são complexas e requerem aplicação de conhecimentos profissionalizantes obtidos em formação de escolas técnicas e de nível superior.

GG 5 Trabalhadores dos Serviços, Vendedores do Comércio em Lojas e Supermercados;

Compreende: trabalhadores dos serviços; vendedores e prestadores de serviços de comércio.

GG 6 Trabalhadores Agropecuários, Florestais e de Pesca;

Compreende: produtores na exploração agropecuária; trabalhadores na exploração agropecuária; pescadores e extrativistas florestais; trabalhadores da mecanização agropecuária e florestal.

GG 7 Trabalhadores de Produção de Bens e Serviços Industriais;

Compreende: trabalhadores da indústria extrativa e da construção civil; da transformação de metais e compósitos; da fabricação e instalação eletrônica; montadores de aparelhos e instrumentos de precisão e musicais; joalheiros, vidreiros, ceramistas e afins; trabalhadores da indústria têxtil, do curtimento, do vestuário e das artes gráficas; das indústrias de madeira e do mobiliário; de funções transversais.

GG 8 Trabalhadores da Produção de Bens e Serviços Industriais;

Compreende: trabalhadores em indústrias de processos contínuos e outras indústrias; de instalações siderúrgicas e de materiais de construção; de instalações e máquinas de fabricação de celulose e papel; da fabricação de alimentos, bebidas e fumo; operadores de produção, captação, tratamento e distribuição (energia, água e utilidades).

GG 9 Trabalhadores de Reparação e Manutenção:

Compreende: operadores de outras instalações industriais; trabalhadores em serviços de reparação e manutenção mecânica; polimantenedores; outros trabalhadores da conservação, manutenção e reparação.

GG 10 Membros das Forças Armadas, Policiais e Bombeiros Militares;

Compreende: membros das Forças Armadas; policiais militares; bombeiros militares.