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

RICHARDSON MIRANDA MACHADO

TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS

Uma Abordagem Epidemiológica do Alcoolismo na Região

Centro Oeste de Minas Gerais

**Ribeirão Preto
2010**

RICHARDSON MIRANDA MACHADO

TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS

Uma Abordagem Epidemiológica do Alcoolismo na Região

Centro Oeste de Minas Gerais

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

Área de Concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

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

Orientador: Prof. Dr. Moacyr Lobo da Costa Júnior

**Ribeirão Preto
2010**

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

FICHA CATALOGRÁFICA

Machado, Richardson Miranda

Transtornos Psiquiátricos – Uma Abordagem Epidemiológica do Alcoolismo na Região Centro Oeste de Minas Gerais. Ribeirão Preto, 2010.

180 f.; 30cm.

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP – Área de Concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Orientador: Costa Júnior, Moacyr Lobo da.

1. Transtornos Mentais. 2. Epidemiologia. 3. Alcoolismo 4. Saúde Mental.

RICHARDSON MIRANDA MACHADO

**Transtornos psiquiátricos
Uma abordagem epidemiológica do alcoolismo na região
Centro Oeste de Minas Gerais**

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

Área de Concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

APROVADA em: ____ de ____ de 2010.

Banca examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

*A **Deus** por me conceder a cada dia uma página de vida nova no livro da minha existência. Assim, proporcionando-me uma oportunidade mais ampla de aprendizado e evolução antes de eu deixar este mundo.*

*A **espiritualidade** amiga pela presença e amparo constantes, sempre presente ao meu lado durante toda a caminhada.*

*Ao meu querido pai **José de Fátima Machado** e minha querida mãe **Aleir Miranda Machado**, pelo incentivo constante, por compreender e me acolher em minhas imperfeições, por serem meu porto seguro e proporcionarem a minha existência. Fontes inesgotáveis de amor, sabedoria e apoio.*

*A minha querida irmã **Michele**, pela amizade, carinho e amor constantes.*

*Ao meu querido sobrinho e afilhado **Bruno**, pela presença marcante, pelo carinho, serenidade e pela oportunidade de participar da história da sua vida.*

*Ao querido amigo **Moisés**, pelo incentivo, apoio e carinho constantes. Exemplo de caráter, honestidade e companheirismo.*

*Aos meus queridos **familiares** e a **Ângela** pela presença marcante e apoio imensurável.*

DEDICO

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador **Professor Dr. Moacyr Lobo da Costa Júnior**, pelos conhecimentos compartilhados, por ter aceitado orientar-me nesta jornada e ter proporcionado-me crescimento e amadurecimento profissional. Muito obrigado pela amizade, pelo estímulo e pela dedicação!

A **Professora Dra Maria Conceição Bernardo Melo e Silva** fonte de estímulo e admiração. Pelo acolhimento e carinho dedicados desde o meu primeiro contato com a USP/Ribeirão Preto e por acompanhar toda a minha trajetória no Doutorado.

A **Professora Dra Toyoko Saeki** e aos **docentes** das disciplinas da pós-graduação que oportunizaram meu crescimento intelectual e pessoal.

As **Professoras Dra. Suzana Alves de Moraes e Dra. Claudia Benedita dos Santos**, que contribuíram com seus conhecimentos na etapa da qualificação.

Aos grandes **amigos** que conquistei através da pós-graduação, **Cristiane Romano, Keila Deon, Sebastião H. Duarte Júnior e Cíntia**, pelos momentos de alegria, aconchego e apoio.

A **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto** e a todos os **funcionários**, especialmente os da casa de hóspedes pela acolhida e carinho dedicados.

A toda a equipe da **Clínica Psiquiátrica São Bento Menni** e a **Congregação das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus**, que muito contribuíram para a realização deste trabalho, pela concessão dos dados, pela parceria constante e pelo incentivo. Muito Obrigado!!

Aos **pacientes** acometidos por transtornos psiquiátricos, especialmente os acometidos por alcoolismo, que através do registro dos momentos trágicos de suas vidas contribuíram para a realização deste estudo, possibilitando, assim, prevenir que outros passem pelos mesmos sofrimentos.

Aos **membros da banca examinadora**, por terem aceitado participar da avaliação deste estudo e pelas contribuições oferecidas.

RESUMO

MACHADO, R.M. **Transtornos Psiquiátricos** – uma abordagem epidemiológica do alcoolismo na região Centro Oeste de Minas Gerais. 2010. 181p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2010.

Trata-se de um estudo ecológico do tipo séries temporais com delineamento exploratório e longitudinal; realizado na Clínica Psiquiátrica São Bento Menni, com os objetivos de descrever o perfil sócio-demográfico e clínico dos pacientes internados por alcoolismo nos anos de 1980 a 2008 e investigar a associação entre o tempo de permanência dos pacientes internados por alcoolismo e as variáveis sócio-demográficas e clínicas. O estudo foi realizado a partir dos dados do Sistema de Internações Hospitalares (SIH) da CSBM. As informações obtidas foram inseridas nos softwares Microsoft Excel (versão 2003) e Statistical Package for the Social Sciences (versão 13.0), os quais permitiram o tratamento das variáveis e a apresentação dos resultados. No período de 20 de outubro de 1980 a 31 de dezembro de 2008, foram internados 28.078 pacientes, sendo 2.203 destes pacientes em detrimento do alcoolismo. No que se refere ao perfil sócio-demográfico e clínico o maior número de pacientes (1796-81,5%) foi internado uma vez; houve uma predominância do sexo masculino (1815-82,4%); da faixa etária de 41 a 50 anos (715-32,5%); da cutis branca; dos casados (1048-47,6%); dos pacientes com nível fundamental (1073-48,7%); dos trabalhadores autônomos e vendedores do comércio (591-26,8%); dos pacientes procedentes da própria família para a internação (943 – 42,8%); de internações financiadas pelo SUS (1232 – 55,9%) e de pacientes acompanhados no momento da internação (2130-96,7%). Constatou-se no decorrer dos anos uma queda do número de internações involuntárias. Houve um elevado número de diagnósticos não especificados (288-47,4%) feitos através da CID-9 e um grande número de casos de uso de álcool – síndrome de dependência (695 – 43,5%) diagnosticados por meio da CID-10. Ao avaliarmos a série histórica das internações verificamos um aumento progressivo do número de internações e uma queda considerável no tempo de permanência. Com relação ao tipo de alta foi prevalente o número de alta médica hospitalar (1950 – 88,5%). No que condiz ao diagnóstico de alta diferente do recebido para a internação, foi prevalente o diagnóstico de quadros psicóticos orgânicos e de esquizofrenia paranóide. A maioria (970 - 44%) dos pacientes foi referenciada para os Centros de Atenção Psicossocial após a alta. Ao investigarmos a associação entre o tempo de permanência dos pacientes e as variáveis constatou-se um tempo superior: do sexo feminino; da faixa etária entre 61 a 70 anos; dos pacientes de cutis do tipo amarelo; dos solteiros; dos semi-alfabetizados; dos trabalhadores de serviços administrativos; dos pacientes procedentes para a internação por ordem judicial; dos internados de forma voluntária; dos pacientes com diagnóstico de “Outra Demência Alcoólica”; dos internados pelo SUS; dos pacientes internados entre os anos de 1980 e 1990; dos que receberam alta médica; dos que receberam diagnóstico de alta diferente do recebido para a internação e dos que receberam o encaminhamento após a alta do tipo “Ordem Judicial”. Os resultados assim nos permitem considerar que a relação entre o homem e o álcool foi e ainda continua sendo muito conflituosa, gerando ao final, mais prejuízos do que benefícios. Assim, o consumo de álcool configura-se como um grande vilão para a humanidade, tendo enorme peso como causa de adoecimento e morte no mundo, bem como, relacionando-se ao mesmo tempo a diversas características sócio-demográficas e clínicas.

Palavras Chave: Transtornos Mentais; Epidemiologia; Alcoolismo; Saúde Mental.

ABSTRACT

MACHADO, R.M. Psychiatric Disorders - An Epidemiological Approach to Alcoholism in Central West Minas Gerais. 2010. 180 p. Thesis (Ph.D.) - School of Nursing of Ribeirão Preto, University of São Paulo, 2010.

This is an ecological study of the type temporal series with exploratory and longitudinal design, performed at the Psychiatric Clinic St. Benedict Menni, aiming to describe the socio-demographic and clinical features of patients hospitalized for alcoholism in the years 1980-2008 and investigate the association between duration of stay of patients hospitalized for alcoholism and socio-demographic and clinical data. The study was conducted using the data from the Hospital Admission System (SIH) at the CSBM. The information obtained was entered into Microsoft Excel software (version 2003) and Statistical Package for Social Sciences (version 13.0), which allowed the treatment of variables and the presentation of results. From October 20 1980 to December 31, 2008, 28 078 patients were hospitalized, 2203 of them due to alcoholism. With regard to the socio-demographic and clinical profiles the largest number of patients (1796 - 81.5%) were hospitalized once, there was a predominance of males (1815 - 82.4%); aged from 41 to 50 years old (715 - 32.5%); with white complexion; married (1048 - 47.6%) ; patients with primary education (1073 - 48.7%); self-employed and salespeople (591 - 26.8%); patients brought by their own families to hospitalization (943 - 42.8%); admissions (1232 - 55.9%) financed by SUS and patients accompanied at the time of admission (2130 - 96.7%). It was found over the years a decline in the number of involuntary admissions. There was a large number of unspecified diagnoses (288 - 47.4%) made by ICD-9 and a large number of cases of alcohol use - dependence syndrome (695 - 43.5%) diagnosed by ICD- 10. In evaluating the historical series of admissions we found a progressive increase in the number of hospitalizations and a significant decrease in the length of stay. Regarding the type of discharge was prevalent the number of medical discharges from hospital (1950 - 88.5%). As for the discharge diagnosis different from the one received for admission, was prevalent the diagnosis of organic psychotic manifestations and paranoid schizophrenia. The majority (970-44%) of patients were referenced to the Centers of Psychosocial Care after discharge. Investigating the association between length of stay of patients and the variables we found that had a longer stay: females; age range between 61-70 years old; patients with yellow complexion; single; semi-literate; workers in administrative services; patients coming to hospital on court order; voluntarily hospitalized; patients diagnosed with "Other Alcoholic Dementia"; internees from the SUS; patients admitted between 1980 and 1990, those who received medical discharge, those who received a diagnosis other than the one received for admission and those who received the referral after discharge due to court order. The results thus allow us to consider that the relationship between man and alcohol was and still is very conflicting, resulting in more harm than good. Thus, alcohol consumption appears as a great villain for humanity, as a major cause of illnesses and death worldwide, being related as well to various socio-demographic and clinical characteristics.

Keywords: Mental Disorders, Epidemiology, Alcoholism, Mental Health

RESUMEN

MACHADO, R.M. Trastornos Psiquiátricos – Un Abordaje Epidemiológico del Alcoholismo en la Región Centro Oeste de Minas Gerais. 2010. 180 p. Tese (Doctorado) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, 2010.

Se trata de un estudio ecológico del tipo series temporales con planteamiento exploratorio y longitudinal; realizado en la Clínica Psiquiátrica São Bento Menni, con los objetivos de describir el perfil sociodemográfico y clínico de los pacientes internados por alcoholismo en los años de 1980 a 2008 e investigar la asociación entre el tiempo de permanencia de los pacientes internados por alcoholismo y las variables sociodemográficas y clínicas. El estudio fue realizado a partir de los datos del Sistema de Internaciones Hospitalarias (SIH) de la CSBM. Las informaciones obtenidas de las fueron inseridas en los software Microsoft Excel (versión 2003) y Statistical Package for the Social Sciences (versión 13.0), de los cuales han permitido el tratamiento de las variables y la presentación de los resultados. En el período de 20 de octubre de 1980 a 31 de diciembre de 2008, fueron internados 28.078 pacientes, siendo 2.203 de estos pacientes en detrimento del alcoholismo. Lo que se refiere al perfil sociodemográfico y clínico el más grande número de pacientes (1796-81,5%) fue internado una vez; hubo un predominio del sexo masculino (1815-82,4%); con edades entre 41 a 50 años (715-32,5%); de cutis blanca; de los casados (1048-47,6%); de los pacientes con nivel de estudio de la secundaria (1073-48,7%); de los trabajadores autónomos y vendedores que trabajan en el comercio (591-26,8%); de los pacientes procedentes de la propia familia para la internación (943 – 42,8%); de internaciones (1232 – 55,9%) financiadas por el SUS y de pacientes acompañados en el momento de la internación (2130-96,7%). Se constató al transcurso de los años una baja del número de internaciones involuntarias. Hubo un alza del número de diagnósticos no especificados (288-47,4%) hechos a través del CID-9 un gran número de casos de uso de alcohol – síndrome de dependencia (695 – 43,5%) diagnosticados por medio del CID-10. Al evaluarse la serie histórica de las internaciones verificamos un aumento progresivo del número de internaciones y una baja considerable en el tiempo de permanencia. Con relación al tipo de alta fue prevalente el número de alta médica hospitalaria (1950 – 88,5). En lo que condice al diagnóstico de alta distinta del recibido para a internación, fue prevalente el diagnóstico de cuadros psicóticos orgánicos y de esquizofrenia paranoide. La mayoría (970 - 44%) de los pacientes fue referenciada para los Centros de Atención Psicosocial luego del alta. Al ser investigada la asociación entre el tiempo de permanencia de los pacientes y las variables se constató un tiempo superior: del sexo femenino; con edades entre 61 a 70 años; de los pacientes de cutis del tipo amarillo; de los solteros; de los semi alfabetizados; de los trabajadores de servicios administrativos; de los pacientes procedentes para la internación por orden judicial; de los internados de forma voluntaria; de los pacientes con diagnóstico de “Otra Demencia Alcohólica”; de los internados por el SUS; de los pacientes internados entre los años de 1980 y 1990; de los que recibieron alta médica; de los que recibieron diagnóstico de alta distinto del recibido para la internación y de los que recibieron el encaminamiento luego del alta del tipo “Orden Judicial”. De esa manera, los resultados nos permiten considerar que la relación entre el hombre y el alcohol fue y todavía sigue siendo muy conflictiva, generando al final, más perjuicios que beneficios. Así siendo, el consumo de alcohol se configura como un gran vilano para la humanidad, cargando enorme peso como causa de enfermeización y muerte en el mundo, bien como, relacionándose al mismo tiempo a diversas características sociodemográficas y clínicas.

Palabras claves: Trastornos Mentales; Epidemiología; Alcoholismo; Salud Mental.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Distribuição dos Hospitais da Congregação das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus no Mundo.	45
Figura 2 -	Distribuição das Regiões de Planejamento do Estado de Minas Gerais.....	46
Figura 3 –	Região Centro Oeste do Estado de Minas Gerais.....	47
Figura 4 -	Distribuição dos pacientes do sexo masculino internados por alcoolismo na CSBM, segundo a idade. Série histórica de 1980 a 2008.....	62
Figura 5 -	Distribuição dos pacientes do sexo feminino internados por alcoolismo na CSBM, segundo a idade. Série histórica de 1980 a 2008.....	62
Figura 6 -	Distribuição dos pacientes internados por alcoolismo (por 1000 habitantes) na CSBM, segundo o município de residência na região Centro Oeste de Minas Gerais.....	64
Figura 7 -	Distribuição dos pacientes internados por alcoolismo na CSBM segundo a procedência. Série Histórica 1980 a 2008.	65
Figura 8 -	Distribuição dos pacientes internados por alcoolismo na CSBM segundo a fonte financiadora da internação. Série Histórica 1980 a 2008.	66
Figura 9 -	Distribuição dos pacientes internados por alcoolismo na CSBM, segundo a classificação da internação em Voluntária ou Involuntária. Serie Histórica de 1980 a 2008.....	66
Figura 10 -	Distribuição dos pacientes internados por alcoolismo na CSBM, segundo o diagnóstico pela Classificação Internacional das Doenças - 9ª Revisão (CID-9).	67
Figura 11 -	Distribuição dos pacientes internados por alcoolismo na CSBM, segundo o diagnóstico pela Classificação Internacional das Doenças - 10ª Revisão (CID-10).	67
Figura 12 -	Distribuição dos pacientes internados por alcoolismo na CSBM, segundo o ano e o tempo de duração da 1ª Internação. Série Histórica de 1980 a 2008.	69
Figura 13 -	Distribuição dos pacientes internados por alcoolismo na CSBM, segundo o ano, o tempo de duração da 1ª Internação e o sexo. Série Histórica de 1980 a 2008.	70
Figura 14 -	Distribuição dos pacientes internados por alcoolismo na CSBM, segundo o tipo de alta da 1ª Internação. Série Histórica de 1980 a 2008.	71
Figura 15 -	Distribuição dos pacientes internados por alcoolismo na CSBM, segundo o diagnóstico da internação e da alta pela Classificação Internacional das Doenças - 9ª Revisão.	72

Figura 16 - Distribuição dos pacientes internados por alcoolismo na CSBM, segundo o diagnóstico da internação e da alta pela Classificação Internacional das Doenças - 10ª Revisão.	72
Figura 17 - Distribuição dos pacientes com diagnóstico da alta diferente do diagnóstico da internação segundo a Classificação Internacional das Doenças - 9ª Revisão.....	73
Figura 18 - Distribuição dos pacientes com diagnóstico da alta diferente do diagnóstico da internação segundo a Classificação Internacional das Doenças - 10ª Revisão.....	73
Figura 19 - Distribuição dos pacientes segundo o encaminhamento após a alta - Serviço de Referência. Série Histórica de 1980 a 2008.	74
Figura 20 - Distribuição dos pacientes segundo a procedência para a internação e o encaminhamento após a alta - Serviço de Referência.....	75

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Distribuição das Regiões de Planejamento e do Número de Municípios do Estado de Minas Gerais.	46
Tabela 2 –	Capítulos da Classificação Internacional das Doenças - 9ª Revisão.....	53
Tabela 3 –	Capítulos da Classificação Internacional das Doenças - 10ª Revisão.....	54
Tabela 4 –	Códigos e Subclassificações do Capítulo V da Classificação Internacional das Doenças - 9ª e 10ª Revisões que se referem ao diagnóstico de alcoolismo.	55
Tabela 5 –	Distribuição dos pacientes internados por alcoolismo segundo o número de internações, CSBM, Divinópolis / Minas Gerais, Brasil, 1980-2008.....	60
Tabela 6 –	Distribuição dos pacientes internados por alcoolismo segundo o sexo, idade, cútis, estado civil e nível de escolaridade, CSBM, Divinópolis / Minas Gerais, Brasil, 1980-2008.	61
Tabela 7 –	Distribuição dos pacientes internados por alcoolismo segundo a profissão (Classificação Brasileira de Ocupações – Ministério do Trabalho), CSBM, Divinópolis / Minas Gerais, Brasil, 1980-2008.	63
Tabela 8 –	Distribuição dos pacientes internados por alcoolismo segundo o ano da 1ª internação, CSBM, Divinópolis / Minas Gerais, Brasil, 1980-2008.	68
TABELA 9 –	Comparação entre o tempo de permanência dos pacientes e o sexo, CSBM, Divinópolis / Minas Gerais, Brasil, 1980-2008.	76
Tabela 10 –	Comparação entre o tempo de permanência dos pacientes e a faixa etária, CSBM, Divinópolis / Minas Gerais, Brasil, 1980-2008.....	77
Tabela 11 –	Comparação entre o tempo de permanência dos pacientes e a cútis, CSBM, Divinópolis / Minas Gerais, Brasil, 1980-2008.	77
Tabela 12 –	Comparação entre o tempo de permanência dos pacientes e o estado civil, CSBM, Divinópolis / Minas Gerais, Brasil, 1980-2008.....	78
Tabela 13 –	Comparação entre o tempo de permanência dos pacientes e a escolaridade, CSBM, Divinópolis / Minas Gerais, Brasil, 1980-2008.	79
Tabela 14 –	Comparação entre o tempo de permanência dos pacientes e a profissão, CSBM, Divinópolis / Minas Gerais, Brasil, 1980-2008.....	79
Tabela 15 –	Comparação entre o tempo de permanência dos pacientes e a procedência, CSBM, Divinópolis / Minas Gerais, Brasil, 1980-2008.....	81
Tabela 16 –	Comparação entre o tempo de permanência dos pacientes e o mesmo ter sido acompanhado no momento da internação, CSBM, Divinópolis / Minas Gerais, Brasil, 1980-2008.	82

Tabela 17 –	Comparação entre o tempo de permanência dos pacientes e o mesmo ter sido acompanhado no momento da internação, CSBM, Divinópolis / Minas Gerais, Brasil, 1980-2008.	82
Tabela 18 –	Comparação entre o tempo de permanência dos pacientes e o diagnóstico da 1ª internação pela Classificação Internacional das Doenças - 9ª Revisão, CSBM, Divinópolis / Minas Gerais, Brasil, 1980-2008.	83
Tabela 19 –	Comparação entre o tempo de permanência dos pacientes e o diagnóstico da 1ª internação pela Classificação Internacional das Doenças - 10ª Revisão, CSBM, Divinópolis / Minas Gerais, Brasil, 1980-2008.	83
Tabela 20 –	Comparação entre o tempo de permanência dos pacientes e o convênio (fonte financiadora da internação), CSBM, Divinópolis / Minas Gerais, Brasil, 1980-2008.	85
Tabela 21 –	Comparação entre o tempo de permanência dos pacientes e o ano de admissão, CSBM, Divinópolis / Minas Gerais, Brasil, 1980-2008.	86
Tabela 22 –	Comparação entre o tempo de permanência dos pacientes e restrição de visitas, CSBM, Divinópolis / Minas Gerais, Brasil, 1980-2008.	86
Tabela 23 –	Comparação entre o tempo de permanência dos pacientes e restrição de licença, CSBM, Divinópolis / Minas Gerais, Brasil, 1980-2008.	87
Tabela 24 –	Comparação entre o tempo de permanência dos pacientes e restrição de reinternação, CSBM, Divinópolis / Minas Gerais, Brasil, 1980-2008.	87
Tabela 25 –	Comparação entre o tempo de permanência dos pacientes e restrição de alta, CSBM, Divinópolis / Minas Gerais, Brasil, 1980-2008.	88
Tabela 26 –	Comparação entre o tempo de permanência dos pacientes e o tipo de alta, CSBM, Divinópolis / Minas Gerais, Brasil, 1980-2008.	88
Tabela 27 –	Comparação entre o tempo de permanência dos pacientes e o diagnóstico da alta diferente do diagnóstico da internação segundo a Classificação Internacional das Doenças - 9ª Revisão, CSBM, Divinópolis / Minas Gerais, Brasil, 1980-2008.	89
Tabela 28 –	Comparação entre o tempo de permanência dos pacientes e o diagnóstico da alta diferente do diagnóstico da internação segundo a Classificação Internacional das Doenças - 10ª Revisão, CSBM, Divinópolis / Minas Gerais, Brasil, 1980-2008.	90
Tabela 29 -	Comparação entre o tempo de permanência dos pacientes e o serviço de referência, CSBM, Divinópolis / Minas Gerais, Brasil, 1980-2008.	90

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	OBJETIVOS.....	15
2.1	OBJETIVO GERAL	15
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	16
3.1	EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO USO E ABUSO DE ÁLCOOL	16
3.2	AS POLÍTICAS E SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL PARA O TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL E DROGAS.....	20
3.3	A ORGANIZAÇÃO DAS POLÍTICAS E SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA	28
3.4	A EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL E A ASSISTÊNCIA AO ALCOOLISMO.....	33
3.5	A ENFERMAGEM E A ASSISTÊNCIA AO ALCOOLISMO NA ATENÇÃO BÁSICA (ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA).....	39
4	METODOLOGIA	43
4.1	TIPO DE ESTUDO	43
4.2	LOCAL DE ESTUDO	43
4.2.1	A Clínica São Bento Menni	43
4.2.2	O Estado de Minas Gerais.....	45
4.2.3	A Região Centro Oeste de Minas Gerais.....	47
4.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	48
4.4	COLETA DE DADOS	49
4.5	VARIÁVEIS DE ESTUDO	50
4.6	TRATAMENTO DOS DADOS	58
4.7	ASPECTOS ÉTICOS	59
5	RESULTADOS.....	60
5.1	CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS.....	60
5.2	ANÁLISE DAS VARIÁVEIS	75
5.2.1	Sexo.....	76
5.2.2	Faixa Etária	76
5.2.3	Cútis.....	77
5.2.4	Estado Civil.....	78
5.2.5	Escolaridade.....	78
5.2.6	Profissão	79
5.2.7	Procedência	81
5.2.8	Acompanhado para a Internação	81
5.2.9	Internação Voluntária ou Involuntária.....	82
5.2.10	Diagnóstico da 1ª Internação.....	82
5.2.11	Convênio - Fonte Financiadora da Internação.....	85
5.2.12	Ano de Admissão	85
5.2.13	Restrição de Visitas	86
5.2.14	Restrição de Licença	86
5.2.15	Restrição de Reinternação.....	87
5.2.16	Restrição de Alta	87
5.2.17	Tipo de Alta	88

5.2.18 Diagnóstico da Alta	89
5.2.19 Serviço de Referência.....	90
6 DISCUSSÃO	92
6.1 SEXO	92
6.2 FAIXA ETÁRIA	94
6.3 CÚTIS	96
6.4 ESTADO CIVIL	97
6.5 NÍVEL DE ESCOLARIDADE	97
6.6 PROFISSÃO	98
6.7 CIDADE DE PROCEDÊNCIA	99
6.8 PROCEDÊNCIA /ACOMPANHADO PARA A ADMISSÃO.....	100
6.9 INTERNAÇÃO VOLUNTÁRIA OU INVOLUNTÁRIA	101
6.10 DIAGNÓSTICO DA INTERNAÇÃO.....	102
6.11 CONVÊNIO / FONTE FINANCIADORA DA INTERNAÇÃO.....	104
6.12 ANO DE ADMISSÃO.....	105
6.13 RESTRIÇÃO DE VISITAS / LICENÇA / REINTERNAÇÃO / ALTA	105
6.14 TIPO DE ALTA	106
6.15 DIAGNÓSTICO DA ALTA	107
6.16 SERVIÇO DE REFERÊNCIA.....	108
7 LIMITAÇÕES.....	109
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	110
REFERÊNCIAS	116
APÊNDICE A	125
ANEXO A - TERMO DE APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA	181

1 INTRODUÇÃO

Na atualidade o uso do álcool é caracterizado como um fenômeno social que representa um grave problema à saúde pública mundial, fato que tem despertado a atenção das autoridades de saúde e sanitárias de diversos países.

O alcoolismo é assim considerado um dos mais graves problemas de saúde pública em todo o mundo. Tendo como principal característica, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o estado físico e psíquico alterado, resultante da ingestão de álcool, com o surgimento de reações comportamentais que incluem compulsão pela ingestão contínua ou periódica da substância. Sendo a principal finalidade do seu consumo experimentar os efeitos físicos causados pela bebida e evitar o desconforto ocasionado pela sua falta (BRASIL, 2008).

No Brasil, um levantamento nacional evidenciou que 12,3% das pessoas, com idades entre 12 e 65 anos, são dependentes de álcool, sendo a prevalência de 17,1% entre a população masculina e 5,7% na população feminina (CARLINI et al; 2005).

Esses percentuais devem ser levados em conta, uma vez que o consumo abusivo acarreta inúmeras consequências negativas a saúde e a qualidade de vida do indivíduo e da população, contribuindo para o aparecimento de morbidades que causam a morte e limitações funcionais. Pois, como substância psicoativa, o álcool produz efeito depressor ou euforizante, e seu consumo causa alterações comportamentais (p.ex. agressividade, conflitos familiares, violência urbana e doméstica), bem como problemas clínicos (p.ex. hipertensão arterial, gastrite, cirrose, desnutrição) e psíquicos (p.ex. depressão e distúrbios mentais), contribuindo também para a ocorrência de acidentes automobilísticos e o absenteísmo laboral (HEIM; ANDRADE, 2009).

O consumo alcoólico excessivo tem, assim, acarretado graves problemas, com consequências pessoais, familiares e sociais para os indivíduos. Isto ocorre por se tratar de uma substância lícita, ou seja, legalizada, sendo, portanto, facilmente aceita e consumida pela sociedade.

O álcool hoje é considerado responsável por 30% a 50% dos acidentes graves e fatais de trânsito em diversos países. Sendo o seu consumo relacionado a 50% de todos os homicídios, mais de 30% dos suicídios e tentativas de suicídio e uma ampla gama de comportamentos violentos (GALLASSI et al; 2009).

O abuso do consumo do álcool é tido como um dos dez comportamentos de maior risco à saúde, causando a morte de 1,8 milhões de pessoas no mundo; destas, 5% representam

jovens entre 15 e 29 anos de idade, confirmando que as pessoas ainda estão longe de ter uma relação equilibrada com esta substância (GALDUROZ; CAETANO, 2009).

Segundo o Relatório sobre a Saúde no Mundo, das 20 doenças que mais acometem a faixa etária de 15 a 44 anos e que acarretam anos vividos com alguma incapacidade, os transtornos relacionados ao abuso de álcool assumem o segundo lugar com 5,5% (BRASIL, 2004).

A mortalidade e as deficiências causadas pelo consumo de bebidas alcoólicas superam aquelas ocasionadas pelo tabaco; determinando 3,2% da mortalidade global, sendo 5,6% deste valor para homens e 0,6% em mulheres (MELONI et al, 2009).

Estima-se que no Brasil o uso de álcool seja responsável por mais de 10% dos problemas totais de saúde. Esse fenômeno é evidenciado pela alta prevalência de alcoólatras ocupando leitos de unidades de internação em hospitais gerais do país para tratamento de problemas relacionados direta ou indiretamente ao uso abusivo de álcool, como também pela presença dessa população nos serviços de atenção primária à saúde (VARGAS et al, 2009).

Dados de um estudo realizado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e OMS com pacientes da atenção primária à saúde mostraram que o alcoolismo configura-se como o terceiro transtorno psiquiátrico mais prevalente, superado somente pela depressão e transtorno de ansiedade generalizada (BRASIL, 2008).

O consumo abusivo de álcool provoca, assim, direta ou indiretamente, custos altos para o sistema de saúde, pois as morbidades desencadeadas por ele provocam uma demanda constante de atendimento para problemas muitas vezes crônicos, de difícil manejo e caros. Em muitos casos a demora e/ou dificuldade ao acesso e continuidade do tratamento repercute em perdas de anos potenciais vividos e porventura repercute em mortes prematuras. Consequentemente é um problema que onera os cofres públicos, gerando custos imensuráveis, como a perda de uma vida humana.

No que se refere à população dos hospitais psiquiátricos brasileiros, cabe ressaltar que quase um quarto das internações são devido a transtornos ligados ao consumo do álcool, e em torno de 40% apresentam o consumo prejudicial de álcool como parte do quadro clínico (BRASIL, 2008).

Alvarez et al (2007) também confirmaram a alta prevalência de internações psiquiátricas decorrentes de problemas relacionados ao uso e abuso de álcool. No seu estudo para o qual obtiveram dados juntos a hospitais e clínicas psiquiátricas de todo o Brasil, no

período de 1988 a 1999, o álcool foi o responsável por cerca de 90% de todas as internações hospitalares por dependências.

Sabemos que as internações nos hospitais psiquiátricos apresentam inúmeras desvantagens para a recuperação destes pacientes, contribuindo para a estigmatização, isolamento social e a manutenção do modelo segregador hospitalocêntrico tão combatido pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica.

O alcoolismo configura, assim, como um problema para toda a sociedade e principalmente para os pacientes que a cada dia inundam os serviços de saúde, desde a atenção primária até a rede hospitalar, devido ao anseio urgente por tratamento e pela cronicidade dos casos. Porém, acabam por naufragar na dependência devido à falta de estrutura e competência do sistema público de saúde.

Deste modo, como o Sistema Único de Saúde (SUS) tem buscado de forma técnica enfrentar o problema do alcoolismo e das internações psiquiátricas, urge a necessidade de se conhecer o perfil sócio-demográfico e clínico dos pacientes internados em decorrência do alcoolismo em 28 anos de atendimento da Clínica São Bento Menni (CSBM), única referência hospitalar para internações psiquiátricas para a região Centro-Oeste de Minas Gerais, bem como investigar a associação entre o tempo de permanência dos pacientes internados por alcoolismo e as variáveis sócio-demográficas e clínicas.. Informações essas de fundamental importância para o estabelecimento de medidas de tratamento, vigilância e prevenção mais específicas e eficazes.

Por certo, diante de tais informações, torna-se possível, mediante a reestruturação da Psiquiatria, efetivar de vez as ações dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na região Centro-Oeste de Minas Gerais, direcionando seus trabalhos e orientando o estabelecimento de políticas públicas de saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Estudar o perfil epidemiológico dos pacientes internados por alcoolismo na Região Centro Oeste de Minas Gerais, na série histórica compreendida entre 1980 e 2008, com o propósito de subsidiar o planejamento de estratégias que possam favorecer a implementação de políticas públicas de promoção e prevenção em saúde, relacionadas com este agravo.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Descrever o perfil sócio-demográfico e clínico dos pacientes internados por alcoolismo na Clínica São Bento Menni (CSBM) nos anos de 1980 a 2008.
- b) Investigar a associação entre o tempo de permanência dos pacientes internados por alcoolismo e as variáveis sócio-demográficas e clínicas.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO USO E ABUSO DE ÁLCOOL

Ao longo de toda a história tem sido registrada a existência do uso e abuso de álcool, tornando-se, desde as épocas remotas até a atualidade, a substância psicoativa mais utilizada pela humanidade. Deste modo, o álcool é merecedor de diversos estudos, bem como o seu consumo é retratado em diversas obras por historiadores, poetas, pintores, escultores e médicos.

Nos próprios manuscritos bíblicos, em vários trechos, fica clara a influência de aspectos psicológicos, genéticos, morais e ambientais resultantes de situações do beber abusivo. São também descritas, desde aquela época, características da própria substância, e de seu modo de produção e degustação, o que, supõe-se, induziria um aumento do consumo e dependência (ALVAREZ, 2007).

Assim, o homem, ávido pelo prazer inebriante do álcool, seguiu aperfeiçoando sua produção, culminando no advento do processo de destilação, o que resultou no surgimento de bebidas com teor alcóolico mais elevado, consideradas mais fortes e mais perigosas. O consumo de álcool passou a ser mais frequente e abusivo, em contraste a situação anterior em que o seu uso era predominantemente associado a rituais religiosos e festivos (LOPEZ et al; 2008).

Nesse sentido, o abuso de bebidas, pela primeira vez, é considerado um comportamento pecador e fraco, conceito este incorporado às regras morais de diversas culturas. Surge, então, o modelo moral de contenção do abuso de álcool, configurando-se como a primeira tentativa da sociedade de controlar o uso desta substância, considerando-a potencialmente geradora de problemas de saúde e sociais.

O conceito de dependência do álcool passou a ser compreendido mais como um desvio de caráter ou um conjunto de sinais e sintomas físicos do que como um transtorno mental propriamente dito, decorrente do uso da substância. Neste sentido, os tratamentos e ações de controle do alcoolismo ficaram mais restritos às questões de moralidade dos indivíduos dependentes, sendo os bebedores abusivos punidos com exposição em praça pública e seus nomes publicados nos principais jornais da cidade (RIBEIRO et al; 2009).

Sendo assim, toda a medicina física e psíquica do homem no que se refere ao uso e abuso do álcool, por muito tempo, ficou destituída de um caráter científico. Somente por meio

dos estudos de Hipócrates surgem os primeiros registros do consumo abusivo do álcool como uma doença, cuja gravidade poderia variar ao longo de um “continuum”, influenciada por fatores biológicos, psicológicos e sociais.

Na literatura médica, Hipócrates, por muitos chamado “o pai da medicina”, por volta do século 385 A.C., em sua investigação e classificação das doenças, dentre elas as doenças mentais, apoiando-se nos aspectos científicos, foi o primeiro a descrever o uso do álcool como um fator predisponente a várias outras doenças e relatou pela primeira vez a respeito do “delirium tremens”, uma das consequências da dependência do álcool (AMARANTE, 2003).

Na ansiedade de se compreender o uso e abuso do álcool, dando prosseguimento aos trabalhos realizados por Hipócrates, no século XIV ganham destaque os estudos realizados por Chaucer, que passou a utilizar o sufixo “ism” na palavra álcool, para definir os casos de abuso da ingestão. Desse modo classifica patologicamente o indivíduo consumidor de álcool que perde o controle sobre os seus atos e torna-se dependente da substância (CHAUCER, 1991).

Neste aspecto, a abordagem ao alcoolismo se difunde pelo mundo por meio de uma visão mais científica e organicista. No século XVIII os estudos acerca dessa problemática tomam novo impulso com o advento da Revolução Industrial, em função das mudanças demográficas e sociais geradas em toda a Europa, nos Estados Unidos e consequentemente no restante do mundo.

É durante este período que o uso excessivo de bebida alcoólica passa definitivamente a ser visto como doença. Benjamin Rush, um dos fundadores da psiquiatria americana, contribuiu para esse processo publicando na época estudos que comprovam o uso disfuncional do álcool como uma doença, e denomina esse evento como “transtorno da vontade”. Publica também um dos primeiros e mais importantes estudos sobre os efeitos dos “espirituosos”, termo usado alegoricamente para o álcool, nos quais descreve seus efeitos fisiológicos e psicológicos sobre a mente e sobre o corpo humano (RUSH, 1948).

Após os estudos de Benjamin, eclode um período científico no que tange a problemática fisiopatológica do alcoolismo. Podemos destacar Thomaz Trotter (1994) que publicou na Inglaterra, no final do século XVIII, estudos considerando a embriaguez como doença. Temos ainda a publicação, na Suécia, do trabalho de Magnus Huss (1984), “Álcoolismus Chronicus”, cujo conceito de “alcoolismo” foi utilizado como sinônimo de “ebriedade”, surgindo pela primeira vez a definição de dependência crônica do álcool, concepção essa difundida por todo o mundo.

Esses estudos, comprovando os malefícios do alcoolismo, suscitaram grande interesse e preocupação social, gerando em várias partes do mundo ocidental severas críticas quanto ao consumo de bebidas alcóolicas. Cabe, assim, ressaltar o surgimento das primeiras mobilizações sociais contra o alcoolismo, como o movimento social denominado “Temperante” nos EUA, organização não governamental formada por médicos higienistas, advogados, jornalistas, sindicalistas, parlamentares e feministas; o qual buscava mobilizar a opinião pública para exigir das autoridades governantes a tomada de medidas mais rígidas de combate e prevenção do alcoolismo. Este movimento culminou na promulgação da 1ª Lei para o controle do uso e abuso do álcool, intitulada como “Lei Seca”, a qual dispunha sobre a proibição legal da venda e produção de bebidas alcóolicas, ficando vigente de 1919 a 1932 (HINGSON; ZHA, 2009).

Na primeira metade do século XIX, o modelo de alcoolismo como doença se consolida, sendo permeado pelas diversas abordagens sociais, psicológicas, fisiopatológicas e legais. Nesse sentido, a atenção da sociedade estava agora mais voltada para o tratamento das graves complicações decorrentes do uso nocivo do álcool, tentando abolir o estigma moral e a vergonha criados, que passaram a ser fatores dificultadores para a procura de tratamento pelos alcoolistas. A abordagem ao alcoolismo passou, assim, a ser mais voltada para a valorização social do paciente que assume a sua doença e busca o tratamento, visando o resgate da sua dignidade.

Ao final do século XIX, impulsionados pela necessidade de se descobrirem e/ou aperfeiçoarem o tratamento para o alcoolismo, começaram também a surgir estudos sobre o uso patológico de outras substâncias como os opiáceos e o tabaco. Porém, somente em 1960, o tratamento para a dependência de álcool recebe uma nova e importante contribuição, com a publicação do estudo “The Disease Concept of Alcoholism” de Jellinek, o qual constituiu a primeira classificação diagnóstica dos pacientes dependentes de álcool em função do consumo. (MELONI; LARANJEIRA, 2009).

Esse clássico trabalho exerceu grande influência na evolução do conceito de “dependência” do álcool, considerando alcoolismo doença, apenas quando o usuário apresenta tolerância, abstinência e perda do controle. Entende-se, assim, tolerância como a necessidade de doses cada vez maiores de álcool para que exerça o mesmo efeito, ou diminuição do efeito do álcool com as doses anteriormente tomadas; e por síndrome de abstinência um quadro de desconforto físico e/ou psíquico quando da diminuição ou suspensão do consumo do álcool (GIGLIOTTI; BESSA, 2009).

Nessa classificação, Jellinek (1960) diferenciava os transtornos por uso do álcool naqueles que envolviam um claro processo de dependência (tipos gama e delta) e naqueles sem dependência (tipos alfa, beta, épsilon). No entanto, apenas no ano de 1952 com a primeira edição do “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders” (DSM-I) o alcoolismo passou a ser incorporado dentro de critérios diagnósticos.

No ano de 1967, o conceito de doença do alcoolismo foi incorporado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) à Classificação Internacional das Doenças (CID-8), a partir da 8ª Conferência Mundial de Saúde. Na CID-8, os problemas relacionados ao uso de álcool foram inseridos dentro de uma categoria mais ampla de transtornos de personalidade e de neuroses. Esses problemas foram divididos em três categorias: dependência, episódios de beber excessivo (abuso) e beber excessivo habitual. A dependência de álcool foi caracterizada pelo uso compulsivo de bebidas alcoólicas e pela manifestação de sintomas de abstinência após a cessação do uso de álcool. Seguindo também essa classificação a segunda edição do DSM (RIBEIRO et AL, 2007).

Cabe ressaltar que os dois instrumentos diagnósticos (DSM-II e CID-8) consideravam o uso abusivo do álcool secundário a problemas psicológicos e de personalidade. Porém, os manuais diagnósticos subsequentes ampliaram os critérios determinantes dessa disfunção, introduzindo os sintomas da abstinência. Desta forma, mudou-se o foco das questões relativas apenas ao psiquismo, incluindo, assim, os efeitos físicos decorrentes do uso crônico de álcool.

Em 1970, Griffith Edwards e Milton Gross propuseram o conceito de “Síndrome de Dependência do Álcool”, ampliando a visão anterior que considerava o alcoolismo como um fenômeno do tipo “tudo ou nada”, isto é, o indivíduo reconhecido como alcoólatra ou não alcoólatra. A dependência do álcool passou a ser definida como um conjunto de sinais e sintomas decorrentes do uso disfuncional da substância. De acordo com esta conceituação, sua etiologia e perpetuação seriam decorrentes de aspectos físicos, psicológicos e sociais, de intensidade variável em cada indivíduo (GIGLIOTTI; BESSA, 2009).

A OMS adotou em 1977 a definição de dependência do álcool como uma síndrome com um contínuo de gravidade e publicou um relatório no qual é muito clara a distinção desta desordem em duas categorias: o abuso e a dependência. O reconhecimento desta diferença também passou a ser adotado na terceira versão do DSM (1980), tanto em relação ao álcool como para outras substâncias psicoativas. O conceito de síndrome de dependência assim se consolidou, sendo consenso nos instrumentos diagnósticos subsequentes como o DSM-IV e a CID-10. Ambos reduziram os sintomas necessários para o diagnóstico de dependência e

ampliaram o período com esta sintomatologia, necessário para determinar a instalação da síndrome. Terminologia essa utilizada até os dias atuais.

3.2 AS POLÍTICAS E SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL PARA O TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL E DROGAS

As intervenções mais antigas que se tem registro quanto à criação de serviços para o tratamento do alcoolismo datam da antiguidade. Porém, como a abordagem a esse problema se apoiava em bases morais e de recuperação do caráter dos indivíduos acometidos, a sua organização e assistência ficavam a cargo de religiosos e sacerdotes (SILVA et al; 2007).

Os primeiros serviços destinados aos dependentes de álcool, bem como para outras doenças consideradas de causa moral, foram os mosteiros e templos religiosos. Podemos citar os templos dedicados a Asclépio e Esculápio, deuses romano e grego da medicina e da cura, onde os pacientes eram levados para sessões de orações, benzeções e sacrifícios (ARRUDA, 2003).

Seguindo esse percurso, desde que Santa Helena (Flávia Helena), mãe do imperador romano Constantino, determinou que fosse aberto no ano de 325 d.C. um dos primeiros hospitais em Constantinopla, o de São Zoticus, onde os doentes eram internados indiscriminadamente. Os hospitais também passaram a ser sinônimo de um local onde os dependentes de álcool eram levados como forma de exclusão da sociedade, sem perspectivas de cura e medicalização (AMARANTE, 1999).

É possível ainda fazer referência ao imaginário da Renascença, com a criação de outro “serviço” também voltado para o alcoolismo, chamado de a “nau dos loucos”, que atracava pelos portos da Europa, à procura das chamadas “párias sociais”, ou seja, loucos, prostitutas, vagabundos e alcoólatras que se encontravam vagando errantes pelas ruas das cidades europeias. Para, assim, seguirem sem destino navegando pelas águas calmas dos rios europeus, transportando em seu convés as moléstias da sociedade (AMARANTE, 2003).

Podemos dizer que nas sociedades pré-capitalistas (Antiguidade & Idade Média), a assistência ao alcoolismo foi marcada pela escassez de conceitos científicos acerca do consumo de álcool como doença, bem como pelos primeiros mecanismos assistenciais excludentes de abordagem ao problema.

No que se refere aos séculos XV e XVI, a Europa foi marcada pelo período dos desbravamentos e das descobertas, época em que, também, surgiu uma nova mentalidade, o

Renascimento, o qual foi precedido de uma trilogia: a Peste negra, a Guerra dos Cem Anos e a fome. O que levou o homem europeu a restaurar o meio de produção rural para atender ao mercado urbano, passando, assim, a organização social a ser mais centrada no modelo produtivista, cuja aptidão/inaptidão para o trabalho era o critério para a definição do normal/anormal. Neste aspecto, o alcoolismo, que já havia se tornado mais incidente, passou a configurar como um entrave social, tornando-se alvo de uma maior repressão juntamente com a mendicância, vagabundagem e ociosidade (VILLELA; SCATENA, 2004).

Dessa forma, a prisão e internação de alcoólatras passaram a ocorrer com maior frequência, tendo como alvo a punição, a necessidade de resgate e correção moral, promovendo, assim, o controle da estrutura familiar, do trabalho produtivo, das normas sociais e das normas da razão.

O alcoolismo neste período passou a ser considerado um agente que corrompia os homens, a força de trabalho e a estrutura familiar, degradando-os moral e socialmente, contribuindo para a degeneração mental dos indivíduos e incitando-os ao crime.

Os regimentos sociais da época passaram a serem taxativos, tendo o preceito de que onde houvesse alcoólatras, não havia dignidade, educação, moralidade e, principalmente, indivíduos sadios. Ser alcoólatra era o mesmo que ser vagabundo, malandro e desocupado, devendo, portanto, ser repreendido, preso e condenado (AMARANTE, 2003).

Nesse sentido, tanto a loucura como o alcoolismo começaram a ser problematizados como fontes de “degradação social e moral”, tornando-se co-irmãos no processo de estigmatização assistencial e de segregação social.

No século XVII, este sistema punitivista ao alcoolismo e a outras doenças atinge o seu ápice, com o advento do cristianismo e a inquisição da igreja católica. Considerado o século das fogueiras da inquisição, os alcoólatras, tidos como possuidores de distorções da moralidade, eram recolhidos aos calabouços das igrejas e mosteiros católicos. Eram torturados, julgados e condenados a fogueira da Santa Inquisição para que suas almas fossem salvas das influências do diabo (ARRUDA, 2003).

Somente no século XVIII, novas esperanças para um sistema assistencial digno e humano para os alcoolistas vieram emergir com o alvorecer da revolução industrial. A retomada do progresso científico possibilitou a algumas personalidades a manifestação de sua indignação pelo modo como insanos e alcoólatras eram tratados. Dentre elas destaca-se o médico francês Philippe Pinel, que através dos seus estudos instituiu reformas humanitárias

para o cuidado com os doentes mentais e os dependentes de álcool, libertando-os das casas de correção, hospitais gerais e dos asilos para tratamento de alcoólicos (KANTORSKI, 2007).

Na Inglaterra, ocorreram também mudanças importantes que influenciariam o modo como os alcoólatras e doentes mentais eram tratados na Europa, como as reformas realizadas por Willian Tuke, fundador do hospital Retreat de York, onde se proibia o uso das correntes e algemas e os pacientes eram tratados com respeito e bondade (AMARANTE; GIOVANELLA, 1998).

O século XVIII, juntamente com o crescimento populacional, foi assim marcado pela intensificação de esforços para mudar o modelo assistencial repressor vigente, através da construção de novos hospitais, mais especializados, que objetivavam difundir a informação médica, principalmente os cuidados higiênicos, além de tratar os pacientes.

Ao adentrarmos no século XIX, observamos que tanto na Europa quanto em grande parte do mundo, os movimentos reformistas do sistema assistencial à saúde seguem avançando. Porém, ao reportamos ao Brasil da época, verificamos que o alcoolismo, assim como a loucura ainda eram tratados dentro das modalidades de punição e exclusão (RIBEIRO et al; 2007).

As pessoas consideradas alcoólatras, no Brasil, ainda eram equiparadas aos indivíduos classificados como desordeiros, unindo-se ao grupo dos incômodos e perigosos, que deveriam ser postos longe da dita boa sociedade. Constatando-se, assim, a prática do recolhimento nas cadeias públicas, não importando o tempo de permanência e os procedimentos de castigo empregados (AMARANTE, 2003).

Pode-se dizer que a polícia do período não estava apenas destinada a manter a lei e a ordem, mas também era acionada para assegurar a higiene, a saúde e os padrões de vida urbanos, além, é claro, de tutorar a prática psiquiátrica frente ao alcoolismo por meio de procedimentos discriminatórios e excludentes (AMARANTE; TORRES, 2001).

Vários são os episódios que ilustram o envolvimento da polícia em questões referentes ao alcoolismo que, no pensamento assistencial da época, era visto como doença do caráter, nociva para a sociedade e para a nação, o que justificaria as detenções e até a interdição dos bens pertencentes aos alcoólatras, por alegarem serem essas pessoas incapazes de se guiarem pela razão.

A abordagem ao alcoolismo no Brasil somente começou a alcançar melhorias, e a sua concepção enquanto doença passou a ganhar impulso considerável, com a atuação da chamada Medicina Social. Neste contexto, este “Movimento Sanitarista”, formado por

especialistas e influenciado pelas ideologias e mudanças do sistema de saúde Europeu, foi responsável por apresentar propostas para a melhoria da saúde, as quais reclamavam a necessidade de intervir na constituição das cidades e nos hábitos de vida de seus moradores (KANTORSKI, 2007).

Uma das bandeiras levantadas e alcançadas pelo movimento da Medicina Social na época foi a construção de hospícios, instituições que deveriam ter responsabilidade exclusiva pelo abrigo e tratamento adequado das pessoas consideradas alienadas, alcoólatras e dependentes de drogas.

Em 1852 foi inaugurado na cidade do Rio de Janeiro o primeiro hospital psiquiátrico brasileiro, o Hospício D. Pedro II, estabelecimento criado para servir de modelo a todo o país, ao menos na teoria. Porém, na realidade o que se viu foi inúmeros problemas, como excesso de lotação, falta de pessoal especializado, arbitrariedades, falta de organização e muito descrédito na capacidade de empreender qualquer cura efetiva. Um local onde os próprios médicos tinham um campo de atuação e autoridade muito limitado. Apesar disso, ainda se assistiu à inauguração de vários hospícios por todo o Brasil, inclusive no Norte-Nordeste: Manaus, Belém, Fortaleza, Recife, João Pessoa, Salvador e Maceió (AMARANTE, 2007).

Por essa razão, o alcoolismo começou a despontar no país como uma das causas mais comuns de internamento em hospícios. A internação de alcoólatras em hospício colocava o álcool não apenas no círculo das drogas legais, mas também no círculo dos “venenos sociais”.

A superlotação e a falta de assistência nos hospitais psiquiátricos agravaram-se principalmente depois da Proclamação da República e da promulgação do Decreto de nº 206 A, de 15/2/1890, que determinava que todo cidadão que perturbasse a ordem pública, a moral e os costumes deveria ser recolhido em instituições asilares. Inicialmente, todos os indivíduos que perturbavam a tranquilidade pública eram internados no Asilo de Mendicidade e na Casa da Correção, que abrigava também os alcoólatras e os loucos criminosos. Com a Proclamação da República, e com a existência do Hospício D. Pedro II, todos esses indivíduos passaram a ser recolhidos no novo hospício (AMARANTE; TORRES, 2001).

De fato, a proposta visionária da Medicina Social não se concretizou, tornando-se os hospitais psiquiátricos ambientes decrépitos, não oferecendo tratamento eficaz e condições de melhora e cura para os alcoólatras e insanos. Configurou-se em um novo problema para o sistema de saúde, e tornou-se um novo “depósito” das escórias sociais, ocorrendo, assim, a ampliação de “parentescos” em torno da loucura e um crescimento alarmante das internações nos hospícios.

Apesar da imagem negativa do álcool, o problema do alcoolismo voltou a não receber maiores atenções do Estado. Ocorreram tímidas campanhas contra o seu consumo na época, cujos objetivos eram diminuir o estigma social e o número de internações nos hospícios, entretanto isso não aconteceu na prática.

No que se refere à legislação da segunda metade do século XIX torna-se importante ressaltar que o álcool, por pertencer à classe dos alimentos, não tinha caráter medicamentoso. Quanto muito cabia ao Serviço Sanitário zelar pela sua qualidade e evitar as falsificações tão corriqueiras na época. Sendo assim, o problema do alcoolismo era totalmente desprovido de quaisquer legislações e intervenções acerca da prevenção, proibição e contenção do consumo (RIBEIRO et al; 2008).

A inércia dos governantes perante o alcoolismo levou ao surgimento de sociedades de caráter privado, tais como: a Liga Antialcoólica de São Paulo, a Liga Paulista de Profilaxia Moral e Sanitária, a Liga Brasileira de Higiene Mental e a União Brasileira Pró-Temperança, que se encarregaram de promover a educação antialcoólica e medidas assistenciais de qualidade para alcoolistas, marcadas pelas concepções moralistas e higienistas da época (SILVEIRA et al; 2009).

Apesar da existência desses movimentos sociais e da contestação das medidas públicas de assistência baseadas na exclusão social dos alcoólatras, bem como a falta de medidas repreensivas contra a comercialização de bebidas alcoólicas e prevenção do seu consumo o aparato jurídico institucional, que foi criado no período, destinou-se, principalmente, ao consumo das drogas ilícitas, não recebendo o alcoolismo nenhuma abordagem especial (MACHADO; MIRANDA, 2007).

Neste sentido, no final do século XIX, a pouca legislação existente, constituída por uma série de leis e decretos, fez por se tornar mantenedora do sistema punitivista e de exclusão dos dependentes, pois passou a criminalizar o uso por meio de penas que determinavam a exclusão dos usuários do convívio social, propondo a sua permanência em prisões, sanatórios e em hospitais psiquiátricos (KANTORSKI, 2007).

Em 1924, o Código Penal Brasileiro, por meio do decreto 4.294, propôs pena de prisão para aqueles que vendessem drogas ilícitas, referindo-se a cocaína e seus derivados. Definindo ainda que a embriaguez gerada por drogas, álcool e outras substâncias que acarretassem “atos nocivos a si próprio, a outrem e a ordem pública” fosse punida com a internação compulsória em “estabelecimento correccional adequado”. Vindo posteriormente a ser promulgado o decreto 14.969, pelo qual se criou mais uma instituição para segregação dos

alcoólatras e dependentes de outras substâncias, o chamado “sanatório para toxicômaco” (MACHADO; MIRANDA, 2007).

A assistência e a abordagem ao alcoolismo, por meio de instrumentos legais e assistenciais punitivistas, prevaleceu novamente no Brasil até o ano de 1947, data essa do surgimento no país dos grupos de Alcoólicos Anônimos (AA). Este modelo de assistência, criado nos Estados Unidos em 1935, propõe o tratamento para o alcoolismo por intermédio da participação do indivíduo em grupos de ajuda mútua. Reintroduzindo-o na sociedade por meio da compreensão do conceito de alcoolismo enquanto doença, passível de cura através de um tratamento digno (AMARANTE; TORRES, 2001).

A partir da década de 1970 a legislação brasileira, sobre a dependência de substâncias, passou a ser mais influenciada pela medicina, a qual começou a contribuir com o legislativo com subsídios técnico-científicos para a legitimação do conceito de usuário/dependente, assim como da elaboração de ações no que se refere ao controle do uso, tratamento e prevenção do alcoolismo e da drogadição.

A parceria entre os campos médico, legislativo e jurídico resultou na promulgação da Lei 5.726 de 1971, que introduziu mudanças significativas na interpretação do uso de drogas e álcool no Brasil, tal como: o usuário passou a ser identificado como doente e não mais como criminoso, devendo ser tratado em centros especializados com os objetivos de salvar, tratar e recuperar sua saúde e dignidade (MACHADO; MIRANDA, 2007).

Em 1976, foi aprovada e promulgada a Lei 6.368, que reafirmou a tendência de abordar o uso e a dependência de álcool e drogas no campo patológico, o que já havia ocorrido na Lei de 1971. Porém, esta nova diretriz trouxe novos adendos que vieram complementar e enriquecer os preâmbulos da antiga Lei, tais como: a substituição do termo “viciado” por “dependente de drogas e/ou álcool”; a proposição da criação de estabelecimentos especializados para dependentes de drogas e álcool na rede pública de saúde; a proposição de tratamento em regime extra-hospitalar e a proposição de tratamento e não mais internação como medida compulsória. Assim, gerando uma das mais positivas reviravoltas no que se refere ao contexto assistencial legislativo das dependências químicas no país (MACEDO, 2006).

Por volta de 1980, as preocupações financeiras que assolaram o mundo, decorrentes de crises econômicas, despertaram a necessidade de se avaliar o sistema de saúde, área considerada mais onerosa para a administração pública (AMARANTE, 2007). Deste modo, surgiram novas discussões e propostas que vieram contribuir com novas melhorias e

consolidar as já até então alcançadas, no que se refere à assistência e tratamento para a dependência de álcool e drogas (AMARANTE; GIOVANELLA, 1998).

Neste sentido, a opção de tratamento hospitalar para o alcoolismo e drogadição deixou de ser a escolha preferencial, ganhando valor e promoção a opção pelos tratamentos ambulatoriais, sendo esses comprovadamente mais baratos, mais breves e eficazes, principalmente para pacientes jovens e em estágio inicial da doença.

Cabe também ressaltar neste período os benefícios gerados aos alcoolistas pelo movimento da Reforma Psiquiátrica, o qual se tornou responsável pela substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos pelo cuidado comunitário e ambulatorial. Deste modo, extirpando de uma vez o paradigma social das internações segregadoras e punitivistas.

Ao adentrarmos na década de 1990 percorremos uma época considerada como o “período de ouro” para a assistência ao alcoolismo, pois configurou-se como o período de reorganização do sistema de saúde brasileiro, marcado pela implantação do Sistema Único de Saúde, composto pelas suas três esferas: atenção primária, secundária e terciária e regido pelos princípios de Universalidade, Equidade e Integralidade. Deste modo, a assistência aos dependentes de álcool e drogas, passando a ser promovida diretamente por meio de serviços de saúde inseridos em seu próprio cenário de vida. Sendo assistidos desde as Equipes da Estratégia Saúde da Família até os Serviços Especializados (AMARANTE, 2007).

Neste ensejo, concretizou-se a ideologia de uma rede comunitária de assistência a saúde, formada por serviços estruturados e interligados, dentre eles: as Unidades Básicas de Saúde; Equipes da Estratégia Saúde da Família; Serviços de Emergência e Urgência; Enfermaria Clínico-Psiquiátrica nos Hospitais Gerais, Centros de Atenção Psicossocial e Moradias Assistidas. Todos direcionados para a execução de um plano assistencial para a prevenção, tratamento e cura do alcoolismo e de outros transtornos mentais.

No ano de 2002, o Ministério da Saúde, com o intuito de fortalecer e normatizar a atenção aos usuários de álcool e drogas nesta rede assistencial de saúde, bem como viabilizar as deliberações da III Conferência Nacional de Saúde Mental, publicou portarias voltadas para a consolidação de todo o processo de assistência e dos serviços de saúde voltados para os alcoolistas e drogadictos.

A Portaria GM / 336 de 19 de fevereiro de 2002 definiu normas e diretrizes para a organização de serviços que prestavam assistência em saúde mental, como “Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)”, incluídos aqui o CAPS destinado especificamente para o atendimento aos usuários de álcool e drogas, o chamado CAPSad (BRASIL, 2002).

O CAPSad foi assim definido e concebido como um serviço de atenção ambulatorial dedicado exclusivamente ao atendimento diário dos pacientes com transtornos decorrentes do uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas e álcool. Configuraram-se como serviço de tratamento especializado, bem como unidade responsável pelo gerenciamento da demanda dos usuários e dos serviços de saúde que compõem o Sistema Único de Saúde, no que condiz ao atendimento da dependência de álcool e/ou outras drogas. Tendo, ainda, a atribuição de capacitar e supervisionar as equipes da atenção básica de saúde e os serviços e programas de saúde mental, no que se refere às temáticas acerca do uso e abuso de álcool e drogas (BRASIL, 2003).

Já a Portaria SAS / 189 de 20 de março de 2002 veio regulamentar a Portaria GM / 336, que criou os “Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad)”. Deste modo, dispõe sobre a implantação progressiva deste serviço nos municípios, bem como garante aos usuários, que sofrem de transtornos decorrentes do consumo de álcool e outras drogas, a universalidade de acesso e o direito à assistência a saúde de forma integral no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2002).

Por fim, a Portaria GM / 816 de 30 de abril de 2002 que instituiu no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e Outras Drogas. Visando, assim, o fortalecimento da rede de assistência aos usuários de álcool e outras drogas, com ênfase na reabilitação e reinserção social dos dependentes de álcool e de outras substâncias químicas (BRASIL, 2002).

No ano de 2003, o governo brasileiro, buscou subsidiar a construção coletiva para o enfrentamento da dependência de álcool e outras drogas, a qual definiu como um problema que ainda continua sendo grave para a saúde pública no Brasil. Através do Ministério da Saúde apresentou a “Política para a Atenção Integral ao Uso de Álcool e Outras Drogas” (BRASIL, 2003).

Deste modo, foi definida como uma política de prevenção, tratamento e de educação voltada para o uso de álcool e outras drogas, ou seja, construída a partir de ações desenvolvidas por meio de interfaces intrassetoriais, direcionadas pela Política Nacional de Saúde Mental e pelo Sistema Único de Saúde, considerados balizadores do processo. Tendo, para isso, a participação de outros Ministérios do governo, a colaboração de organizações governamentais e não-governamentais, bem como, a presença de representações de setores da sociedade civil organizada (BRASIL, 2003).

Sendo assim, considerada como uma força tarefa, pela qual se buscou unir esforços para confrontar o uso/abuso de álcool e outras drogas, teve como escopo para o desenvolvimento desta “Política Intersetorial” cinco eixos: 1) prevenção; 2) tratamento, recuperação e reinserção social; 3) redução dos danos sociais e à saúde; 4) redução da oferta; 5) estudos, pesquisas e avaliações. Tidos como pilares norteadores para a abordagem conjunta e alcance da resolutividade do problema (BRASIL, 2003).

Vale ressaltar que no ano de 2004, buscou-se reforçar este esforço conjunto entre governo e sociedade, na construção efetiva da política pública intersetorial que reduzia o problema do uso e abuso de álcool no país. O Ministério da Saúde publicou a coletânea intitulada: “Álcool e Redução de Danos – Uma Abordagem Inovadora para Países em Transição”, por meio da qual procurou veicular experiências e informações acerca da problemática do álcool e das drogas, visando, assim, a promoção e incorporação do paradigma da redução de danos às políticas públicas de saúde (BRASIL, 2004).

3.3 A ORGANIZAÇÃO DAS POLÍTICAS E SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

Ao abordamos o alcoolismo como um problema de saúde pública, especialmente relacionado à saúde mental e posteriormente a saúde física e social, cabe-nos conhecer e discutir acerca do processo de construção política e assistencial da saúde mental, bem como o processo da Reforma Psiquiátrica, campo esse no qual encontra-se inserido. Isto possibilita-nos compreender a sua atual conjuntura e tecer análises acerca da sua problemática.

É oportuno saber que a organização das políticas de saúde mental no Brasil, ao lado das rápidas e profundas transformações ocorridas nas esferas da vida econômica, cultural e social do país, teve o seu período germinativo na década de setenta. Em especial, com a formulação do projeto da Reforma Sanitária Brasileira, que possibilitou a definição de um conceito ampliado de saúde, inscrito na Constituição Federal de 1988.

O início das políticas e da organização dos serviços de saúde mental foi contemporâneo a eclosão do “movimento sanitário brasileiro”, desencadeado nos anos 70, em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários nos processos de gestão e produção do cuidar (AMARANTE, 2007).

Deste modo, desde a década de setenta, as políticas e serviços de saúde mental no Brasil, tal como na imensa maioria dos países ocidentais, buscaram consolidar a promoção de um modelo assistencial em saúde que superasse o hospital psiquiátrico como principal serviço para o cuidado das pessoas com transtornos mentais, modelo esse considerado excludente e centralizador, promotor da estigmatização, cronificação e isolamento dos doentes assistidos.

A realidade brasileira vivenciou, assim, o processo da Reforma Psiquiátrica, com crescentes manifestações de vários setores da sociedade para a criação de políticas no sentido de reduzir o cerceamento da liberdade individual na forma de manicômios. Além disto, buscando um novo enfoque no modelo assistencial, através da criação de uma nova lógica de funcionamento dos serviços de saúde mental, que proporcionasse um tratamento social e inclusivo, ao invés de direcionar a ação apenas ao desequilíbrio psíquico já instalado (QUINTAS, 2008).

A Reforma Psiquiátrica, compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, inseriu-se no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais. Nesse contexto, político e social, avançou no que se refere à organização política e dos serviços de saúde mental no Brasil (AMARANTE; TORRES, 2001).

Cabe ressaltar que o avanço do modelo de atenção a saúde mental tomou grande impulso rumo a sua organização e consolidação, com a promulgação da Constituição Brasileira em 1988, onde a partir de então, passou a incorporar uma concepção ampliada de saúde, entendida como direito de cidadania, a qual dispôs em seu art. 196: "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença, de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação" (BRASIL, 1988).

A partir de então o reconhecimento do direito à saúde e a responsabilidade da sociedade em garantir os cuidados básicos possibilitaram um novo olhar e espaço para o paciente portador de sofrimento mental, dentre eles, o alcoolista.

Com a Constituição de 1988, também foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), formado pela articulação entre as gestões federal, estadual e municipal, sob o poder do controle social, reconhecendo o direito de acesso universal à saúde para toda a população. O SUS configurou-se, assim, como um grande marco no que tange a consolidação da organização da assistência a saúde mental, a qual passou a ser abordada de forma integral e com as mesmas prerrogativas que envolvem os outros problemas de saúde. Sendo reafirmada

essa concepção pela Lei Orgânica da Saúde (8080/90), a qual no seu art 7º: “explicitou, no seu conjunto de princípios, o caráter integral da assistência” (BRASIL, 1990).

Assim, a reforma psiquiátrica, sendo tida como política do governo federal, do SUS e de muitos estados e municípios, ganhou um *status* até então inédito: seus atores e suas reivindicações foram, a partir de então, incluídos nas instâncias de assistência e de decisão do SUS.

Nessa perspectiva abrangente, ampliou-se a cobertura dos serviços em todos os níveis de atenção a saúde, ressaltando a importância da atenção primária à saúde no desempenho do seu papel de atenção integral, intervenção e prevenção das doenças e seus agravos, dentre elas, as doenças mentais.

Desde então, o conceito de integralidade vem sendo objeto de reflexão, envolvendo o atributo das práticas dos profissionais de saúde, a organização dos serviços, e a resposta governamental, via políticas voltadas para grupos etários e populacionais específicos.

Seguindo essa trajetória, a organização das políticas e dos serviços de saúde mental, em 1990, recebeu um novo impulso, com a realização da Conferência de Caracas, sob a égide da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), da qual resultou a Declaração de Caracas (AMARANTE; GIOVANELLA, 1998).

Este documento, do qual o Brasil é signatário, apontou, a partir de então, para a substituição do modelo hospitalar de tratamento, ainda vigente, por outro de base comunitária. Deste modo, após a realização desta Conferência, o sistema de saúde brasileiro, em sintonia com as transformações já promovidas através do advento do SUS, e influenciado também por outras mudanças em curso, internacionalmente, deu início ao processo de reestruturação de sua assistência psiquiátrica, sob a coordenação do Ministério da Saúde, e com substancial apoio da OPAS, apresentando extraordinário desenvolvimento nesta última década (AMARANTE, 1999).

Nesse período, criaram-se normas objetivas de qualificação dos serviços de internação psiquiátrica, bem como um dispositivo eficaz de fiscalização dos mesmos, o que permitiu que fosse retirado do sistema, sem acarretar na redução da assistência, um grande número de leitos inadequados às exigências mínimas de qualidade assistencial e de respeito aos direitos humanos e de cidadania dos portadores de transtornos mentais, dependentes de álcool e outras drogas.

Concomitantemente, e seguindo a lógica de descentralização do SUS, foi sendo estimulada a constituição de redes de atenção psicossocial de base comunitária, substitutivas

ao modelo centrado na internação hospitalar, resultando na implantação gradativa de uma rede diversificada de serviços de atenção à saúde mental (AMARANTE, 2007).

Assim, as décadas de 80 e 90, foram marcadas pela criação de inúmeras experiências antimanicomiais. Novos serviços de atenção à saúde mental foram implantados em todo o país ao longo destas duas décadas, na tentativa de resgatar a singularidade e a complexidade do “adoecer psíquico”.

Seguindo essa trajetória de reformas na organização da saúde mental, em abril de 2001, por ocasião da celebração do Dia Mundial da Saúde, após mais de dez anos de intensos debates no Congresso Nacional e na sociedade civil, a saúde mental conquista o seu ponto auge no que tange a sua organização política, com a aprovação pelo Congresso Nacional e sanção pelo Presidente da República do Projeto de Lei nº. 3.657/91, que dispôs sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por novas modalidades de atendimento, tais como: hospitais-dia, Centros de Atenção Psicossocial – CAPS e Núcleos de Atenção Psicossocial – NAPS; como também passou a regulamentar as internações psiquiátricas compulsórias, culminando na Lei nº. 10.216 de 06/04/2001 (BRASIL, 2001).

Este documento passou, assim, a reger sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionou o modelo assistencial em saúde mental, impondo, ademais, novos desafios à sociedade como um todo e, em particular, aos gestores públicos de saúde no rumo da construção de um modelo assistencial que se coadune com este novo dispositivo legal.

O doente mental passou a ter direito ao melhor tratamento, realizado com humanidade e respeito, tendo assegurados a proteção contra qualquer forma de exploração e o direito a receber informações a respeito de sua doença. O tratamento devendo ser promovido de preferência em serviços comunitários de saúde mental, nos moldes do hospital-dia, tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), criados e oferecidos de forma específica para abordagem aos problemas sociais relacionados à saúde mental, tais como: CAPS 24 horas; CAPSi para a infância e adolescência e CAPSad para dependentes de álcool e drogas.

Serviços assistenciais assim proporcionados pelo setor público, retirando o monopólio que durante quase todo o século XX fora exercido pela iniciativa privada, na forma de hospitais psiquiátricos particulares, os quais, não raro, negligenciavam o tratamento adequado a fim de receber mais recursos vindos do Estado, inclusive na forma de internações desnecessárias (MACEDO, 2006).

Prosseguindo na consolidação política e assistencial em saúde mental, em dezembro de 2001, realizou-se a III Conferência Nacional de Saúde Mental, que, tal como as anteriores, resultou em um foro privilegiado para a discussão dos rumos da política nacional de saúde mental, debatendo-se o financiamento das ações de saúde mental, a fiscalização dos hospitais psiquiátricos, o ritmo de implantação dos novos serviços substitutivos de atenção à saúde mental extra-hospitalares, a criação de novas estruturas de apoio à desinstitucionalização de pacientes com longo tempo de internação, a formação de recursos humanos para as novas estruturas de atenção em saúde mental, entre outras relevantes questões para a área (RIBEIRO, 2007).

Da discussão, resultaram deliberações que confluíram para a construção de marcos balizadores de uma nova época em saúde mental em nosso país, consoantes com os fundamentos de justiça e inclusão sociais consagrados pelo SUS, que culminaram na formulação do Programa “De Volta Para Casa”, configurando, assim, como mais um recurso somado às Residências Terapêuticas instituídas pela Portaria nº 106/2000, rumo a desospitalização e reinserção social dos pacientes portadores de sofrimento psíquico (BRASIL, 2000).

O Programa “De Volta Para Casa” passa a dispor, então, sobre a regulamentação do auxílio-reabilitação psicossocial, instituído pela Lei 10.708, de 31 de julho de 2003, para assistência, acompanhamento e integração social, fora da unidade hospitalar, de pessoas acometidas por transtornos mentais, com história de longa internação psiquiátrica (com dois anos ou mais de internação) (BRASIL, 2003).

Este Programa buscou atender ao disposto na Lei 10.216, de 06.04.2001, que no Art. 5º determina que os pacientes a longo tempo hospitalizados, ou para os quais se caracterize situação de grave dependência institucional, sejam objeto de política específica à alta planejada e à reabilitação psicossocial assistida (BRASIL, 2001).

Assim, ao percorrermos esta trajetória da organização política e dos serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica, podemos afirmar que o modelo assistencial em saúde mental apresenta-se em uma progressiva transição, culminando, hoje, na busca pela consolidação da implantação efetiva da rede comunitária para a saúde mental, bem como na promoção e inserção de novos modelos e atores no contexto da assistência, como a participação da Estratégia de Saúde da Família.

Nesta perspectiva, a organização política e dos serviços de saúde mental, nos dias atuais, segue rumo ao alcance de um modelo bastante audaz, não só por prever ações

intersetoriais e trabalhos interdisciplinares de forma a alcançar um ótimo nível de qualidade de vida para as famílias e pacientes, mas também por seu amplo objetivo, que é o da promoção da saúde integralmente.

Assim, a inserção e racionalização dos serviços de saúde mental na atenção básica, por intermédio da Estratégia de Saúde da Família, tornam-se oportunas, pois criam a possibilidade de estender a cobertura em saúde mental a um maior número de usuários, além de promover o atendimento e acompanhamento dos pacientes portadores de transtornos mentais menos graves em seu próprio cenário de vida, sem desvinculá-los do seu contexto social e prevenindo a sua segregação (DIMENSTEIN; 2009).

Os desafios estão, portanto, presentes e não podem ser ignorados. O sofrimento mental está cada vez mais presente na sociedade e deve ser superado, quer seja avançando no conhecimento em relação às diretrizes da política de saúde mental ou aproximando-nos das contingências do processo de adoecimento e contribuindo para consolidar a assistência a saúde mental no âmbito social e de vida da sociedade.

3.4 A EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL E A ASSISTÊNCIA AO ALCOOLISMO

O ato de cuidar é um processo que compreende uma série de conceitos, práticas e visões de mundo em que estão envolvidas as nossas atitudes, o modo de como olhamos e tratamos alguém, nossa disposição pessoal para interagir com o outro, o respeito para com ele. Cuidar é uma atividade complexa, que se identifica, da mesma forma, com nossa natureza complexa (ARRUDA, 2003).

Entendemos que as diferentes formas de se compreender o cuidado interferem na vida prática da profissão de enfermagem. O cuidado é nossa maior responsabilidade para com o outro, principalmente nos momentos de sofrimento. Entretanto, é no estado de sofrimento em que se evidenciam as diferentes possibilidades de se promover o cuidado. Faz-se, assim, parte da evolução da enfermagem em saúde mental e da assistência ao alcoolismo trabalhar no contexto do cuidado permeado pelas relações interpessoais entre “Enfermeiro, Cliente e Família”, tríade considerada indispensável para o restabelecimento do equilíbrio, manutenção e promoção da saúde.

Sabe-se que os caminhos trilhados para alcançar esse princípio da Enfermagem foram e ainda são percorridos sobre pedregulhos, exigindo esforços para conviver com o inacabado,

com a multifinalidade, com as diferenças, com as ambiguidades e com as incertezas. Doar-se faz parte desta experiência, e cuidar faz parte da doação e da cientificidade que é esperada nesse caminhar (OLIVEIRA, 2003).

O compreender a evolução científica da Enfermagem em Saúde Mental faz-se necessário, pois o desvelar do passado nos permite refletir sobre as ações do presente e projetar o nosso futuro. Proporcionando-nos, assim, a compreensão da atual conjuntura do contexto da assistência de Enfermagem em Saúde Mental, principalmente no que condiz ao uso e abuso de álcool e drogas, pois por meio da constatação dos erros cometidos, das melhorias conquistadas e dos estigmas criados é possível realizar a projeção de novos caminhos a serem seguidos (SILVA, 2009).

A evolução da Enfermagem em Saúde Mental foi marcada, nos primórdios da sua existência, por uma prática permeada pelo modelo controlador e repressor, sendo suas atividades realizadas por leigos, ex-pacientes, serventes dos hospitais e, posteriormente, desenvolvidas pelas irmãs de caridade (VILLELA et al, 2004).

O cuidar neste princípio significava a sujeição dos internos às barbaridades dos guardas e carcereiros. Os maus tratos, a vigilância, a punição e a repressão eram os tratamentos preconizados e, geralmente, aplicados pelo “dito” pessoal de “Enfermagem”, que de forma progressiva se ocupava do tratamento dos loucos e alcoólatras (SILVA et al; 2007).

A Enfermagem em Saúde Mental, profissional e moderna, surgiu somente na emergência do sistema capitalista europeu, particularmente na Inglaterra, subseguindo à decadência dos sistemas de assistência à saúde das populações, que ocorreu entre os séculos XVI a XIX. Teve como seu marco mais importante o século XVIII, cuja assistência de Enfermagem em Saúde Mental passou a ser exercida dentro da perspectiva dos tratamentos propostos por Pinel e pela Psiquiatria descritiva de Kraepelin, visando um tratamento mais humanizado para os pacientes (AMARANTE, 2003).

Nesse sentido, o modelo educacional introduzido por Nightingale, o qual tinha por objetivo a implementação de técnica disciplinar que possibilitasse a transformação do espaço hospitalar em local de cura e reabilitação, ganhou força e *status*, pois propunha a capacitação e disciplinamento dos trabalhadores para a melhoria da assistência. Isto possibilitou, também, a transformação do contexto assistencial aos ditos insanos e alcoólatras da época, por meio do surgimento de um corpo de cuidadores/enfermagem mais técnico, humano e assistencialista.

A enfermagem emergiu, então, participante do processo da medicina moderna, passando, assim, a ter papel importante relacionado ao conhecimento e a organização interna

do espaço asilar/hospitalar. Podemos até destacar nesse contexto o papel do “enfermeiro” Pussin, recentemente resgatado como um importante ideólogo e colaborador de Pinel nas intervenções reformistas nos asilos franceses de Bicêtre e Salpêtrière (VILLELA; SCATENA, 2004).

Podemos dizer que o período de transição da Enfermagem em Saúde Mental tradicional para a moderna foi marcado pela concentração dos esforços na consolidação do treinamento disciplinar dos agentes que promoviam o cuidado, ficando desprovida da elaboração e produção do saber científico em enfermagem.

Neste sentido, o principal papel terapêutico atribuído às enfermeiras treinadas da época, no que se refere ao tratamento dos insanos e alcoólatras, era compreendido por tarefas de vigilância e manutenção da vida dos doentes. Sendo as atividades de vigilância constituídas por ações de promoção do conforto e segurança dos pacientes, bem como as de manutenção de vida compostas por práticas de higiene, alimentação, supervisão e execução de tratamentos prescritos (ARRUDA, 2003).

Porém, a partir do momento em que a prática médica iniciou a introdução dos tratamentos somáticos, como as terapias medicamentosas, dentre outras, foi exigida da Enfermagem uma assistência mais qualificada, fazendo com que sua prática passasse a ser desenvolvida com a utilização de habilidades médico-cirúrgicas, conferindo-lhe, a partir de então, um caráter mais científico (KANTORSKI, 2007).

As transformações no papel do Enfermeiro em Saúde Mental e consequentemente da sua assistência aos alcoolistas e drogadictos passaram, assim, a acompanhar a evolução da assistência psiquiátrica prestada nas instituições, isto é, acompanharam as transformações ocorridas na prática médica e, paralelamente, às tentativas de incorporação de novas técnicas e políticas direcionadas ao tratamento dos doentes mentais, dentre eles, os alcoólatras (VILLELA et al, 2004).

A evolução da Enfermagem em Saúde Mental tomou grande impulso entre os anos 30 a 50 com a inserção de novas técnicas que possibilitaram transformações na assistência, tais como: a implantação da comunidade terapêutica de Maxwell Jones, a psicoterapia institucional, a psiquiatria de setor, a psicanálise, os conceitos de psiquiatria dinâmica, preventiva e democrática italiana. Tendo essas técnicas incorporado um novo formato na assistência, principalmente através da sua abordagem psicológica e social (OLIVEIRA; ALESSI, 2003).

Outra contribuição à evolução da Enfermagem em Saúde Mental e sua assistência ao alcoolismo e outras doenças ocorreu no fim da década de 40, nos Estados Unidos, quando a enfermeira Hildegar Peplau formulou a Teoria das Relações Interpessoais. Para tanto, usou como instrumento a observação sistemática das relações enfermeiro-paciente-família.

Nesta teoria de Peplau, a enfermagem é definida como um processo interpessoal e terapêutico, consistindo em ações que exigem a participação entre duas ou mais pessoas que se beneficiam desta interação. A saúde é descrita como símbolo linguístico, movimento progressivo da personalidade na busca de uma vida construtiva, produtiva, pessoal e comunitária. A relação interpessoal ocorre quando duas pessoas passam a se conhecer suficientemente bem de modo que seja possível enfrentar os problemas que surgem de forma cooperativa (PEPLAU, 1982).

Peplau foi considerada pioneira nesse campo e possibilitou a promoção do tratamento através da interação humana, aumentando, assim, a compreensão dos papéis mútuos de todos os personagens envolvidos em torno do problema do adoecimento psíquico e da dependência de álcool (RIBEIRO et al; 2009).

Nesse entender, Peplau buscou valorizar a singularidade, a reciprocidade e a ajuda mútua entre a tríade: enfermeiro, paciente e família. Neste aspecto, preconizou a utilização de um plano para a assistência, que deveria reconhecer, definir e compreender o que acontece quando estabelecem relações humanas com o paciente (KANTORSKI, 2007).

Esse foi o primeiro modelo teórico sistematizado para a Enfermagem em Saúde Mental e fez com que a Enfermagem passasse a buscar explicações sobre a loucura e o alcoolismo por meio de dois discursos: o psiquiátrico, que é basicamente organicista, predominante até o momento, e o psicológico, com ênfase nos aspectos comportamentais das relações humanas (VILLELA et al, 2004).

Peplau foi uma enfermeira que, já na década de 50, adotou técnicas psicodinâmicas no tratamento destinado aos pacientes. Com sucesso, ela desenvolveu novas estratégias de cuidado centradas na escuta e na interpretação do comportamento humano, contribuindo, assim, para a promoção da relação a ser estabelecida entre enfermeiro, paciente e família.

Na década de 60, Travelbee deu continuidade aos estudos de Peplau e associou as técnicas psicoterápicas ao cuidado de enfermagem psiquiátrica, valorizando o relacionamento interpessoal terapêutico como parte do tratamento que visava resgatar a realidade objetiva do paciente. Isso era fundamental para a relação deste com o mundo externo, sendo o referencial-modelo adotado na maioria das escolas de enfermagem e referência para estudos posteriores

(KANTORSKI, 2007). Nesse contexto de transformação sócio-política, o enfermeiro passou a ser reconhecido como elemento integrante da equipe de saúde mental e a ser respeitado como profissional.

Nos anos 70, a Enfermagem em Saúde Mental foi marcada pelo movimento do relacionamento terapêutico, pois surgiu, também nos Estados Unidos, Joice Travelbee, que consagrou a relação de pessoa a pessoa nessa profissão. Seus métodos foram combinações de teorias existencial-humanistas, focalizando a relação do homem como ser existencial, que busca significado na sua vida e sofre com isso. Possibilitando assim, à prática da Enfermagem em Saúde Mental, somada aos fundamentos elaborados e aplicados por Peplau e Travelbee, a consolidação da figura do Enfermeiro como agente terapêutico e de interlocução entre o paciente, profissionais e família, no que condiz a abordagem aos distúrbios psíquicos, ao alcoolismo e outras doenças (OLIVEIRA et AL, 2003).

As funções do enfermeiro passaram a ser focadas na promoção da saúde mental e na prevenção da enfermidade psíquica e da dependência química. Estes objetivos são alcançados por meio de uma assistência capaz de ajudar o doente a enfrentar as pressões do processo de adoecimento, e de conduzir o paciente, a família e a comunidade a encontrarem o verdadeiro sentido da enfermidade mental.

Deste modo, o enfermeiro, ao realizar suas funções através de embasamentos científicos, tornou-se capaz de usar sua percepção e sua capacidade de observação, de formular interpretações válidas, de delinear seu campo de ação através da tomada de decisões, de planejar a assistência e avaliar as condutas e o desenvolvimento dos tratamentos. Surgindo então, o processo de enfermagem em Saúde Mental, instrumento norteador da prática da Enfermagem, bem como condutor do seu relacionamento interpessoal e terapêutico (OLIVEIRA; ALESSI, 2003).

Nas décadas de 80 e 90, com o movimento da “Reforma Psiquiátrica”, a Enfermagem em Saúde Mental passou a atuar nas instituições extra-hospitalares, ou seja, em Ambulatórios, Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Oficinas Terapêuticas, dentre outros, promovendo, assim, o direcionamento da atenção do profissional de Enfermagem para novas formas de cuidar em Saúde Mental e buscando uma nova prática inserida na sociedade, ou seja, no contexto social dos pacientes, no qual se eclode e desencadeia todo o processo de adoecimento (AMARANTE, 1999).

Nesses serviços, a Enfermagem passou a promover sua assistência de forma diferenciada no que se refere ao tratamento dos doentes mentais e dos dependentes de álcool e

drogas, gerando na sociedade atitudes de respeito e dignidade para com os enfermos, por meio de ações voltadas às individualidades de cada paciente e da participação deste em seu processo de tratamento.

Deste modo, valoriza e estimula o auto-cuidado através da participação dos doentes, da família e da sociedade no tratamento, assim como promove a sua reinserção social por meio de grupos terapêuticos e comunitários. Para isso, o profissional de Enfermagem passou a criar espaços de produção do acolhimento, isto é, espaços que possibilitam a solidariedade, a afetividade, a compreensão, a autonomia, a ética e a cidadania, enfim, espaços que promovem a atenção psicossocial e a reabilitação dos indivíduos em seu meio social (PILLON; CORRADI-WEBSTER, 2006).

O cuidado promovido pela Enfermagem em Saúde Mental e a assistência ao alcoolismo passou a ter como tônica para a sua promoção o relacionamento afetivo-emocional com alguém que se encontra, na maioria das vezes, longe de uma comunicação efetiva com o outro, situado em uma realidade só sua, difícil de ser manejada, entendida e interpretada. O relacionamento interpessoal estabelecido com estes pacientes tornou-se um pré-requisito para o tratamento cuja dedicação de ambas as partes (profissional, paciente, família e sociedade) constitui-se o principal elemento motivador da cura e da reabilitação dos doentes envolvidos (OLIVEIRA; ALESSI, 2003).

Assim, a humanização do atendimento em enfermagem passou a ser concebida através da valorização do significado atribuído pelo ser humano à sua experiência de adoecimento e ao seu sofrimento, reconhecendo as relações interpessoais como um processo que permeia a organização produtiva do trabalho e suas dimensões técnico-assistenciais.

A assistência de Enfermagem em Saúde Mental é desenvolvida por meio do resgate do espaço do acolhimento, da escuta atenta e interessada nas necessidades e expectativas das pessoas, constituindo um estímulo à recuperação e à cura cuja clínica não é ignorada, mas associada ao conhecimento de mundo daqueles que procuram diariamente um serviço de saúde (ARRUDA, 2003).

Toda e qualquer ação da Enfermagem em Saúde Mental que valorize o sujeito como um co-partícipe do atendimento passou a ser focalizada na importância dele no processo de saúde-doença, resgatando o conceito de integralidade do cuidado, sua potencialidade de combater uma visão mecanicista e biologizante da assistência à saúde, em busca de uma melhora na qualidade de vida do doente psíquico e/ou alcoolista (KANTORSKI, 2007).

A evolução da Enfermagem em Saúde Mental chega aos dias atuais assimilando a humanização do atendimento proposto pela reforma psiquiátrica e constituindo um compromisso ético dos profissionais, ou seja, o de promover o processo de se re-situar o sujeito que sofre dentro dessa perspectiva humanizada. Desta forma, torna-se um desafio permanente para a enfermagem a (des)construção de conceitos e definições clássicas sobre a loucura e a dependência química no repensar das suas próprias práticas profissionais.

3.5 A ENFERMAGEM E A ASSISTÊNCIA AO ALCOOLISMO NA ATENÇÃO BÁSICA (ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA)

Os novos delineamentos para a assistência ao alcoolismo, alcançados como resultado do caminho trilhado na busca de uma assistência de qualidade, culminam, hoje, na intervenção conjunta das equipes de Saúde Mental (ESM) e das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Deste modo, tem como propósito atingir a meta de substituição do confinamento nos hospitais psiquiátricos pelo cuidado comunitário das pessoas que sofrem com transtornos mentais (SILVA; 2004).

A existência dos Centros de Atenção Psicossociais e das ESF levou a considerar que o prioritário é o desenvolvimento de ações conjuntas, articuladas de acordo com o grau de complexidade que a situação exige no atendimento às reais necessidades dos portadores de sofrimento psíquico e/ou alcoolistas, bem como de suas famílias.

O Centro de Atenção Psicossocial atende aos seus princípios de oferecer um cuidado intensivo ao portador de sofrimento psíquico, a partir da lógica de atendimento às crises em seu aparato destinado às urgências e emergências psiquiátricas, bem como oferecimento do atendimento na modalidade de permanência dia para os pacientes que necessitam de acompanhamento mais contínuo e ainda atendimentos na modalidade ambulatorial. Compreende-se na sua atual conjuntura que é necessário ampliar a projeção de suas ações, ou seja, poder se estruturar de forma a ocupar outros territórios da saúde pública de maneira a se inscrever de forma mais ampla na transformação social no que se refere à assistência a saúde mental e ao alcoolismo (QUINTAS; AMARANTE, 2008).

O estabelecimento de ações conjuntas entre o Centro de Atenção Psicossocial e as equipes da Estratégia de Saúde da Família amplifica o potencial do CAPS como agenciador de novos modos de cuidado e estende a outros espaços a responsabilização pelo cuidado integral às pessoas em sofrimento psíquico.

Essa articulação visa proporcionar a formulação de novas tecnologias de atenção, de teorias e práticas, caracterizando-se como dispositivo inovador, pois a idéia de inovação traz em si um caráter de ruptura com o já estabelecido, permitindo, assim, a aproximação da clínica tradicional com a clínica criadora de possibilidades, produtora de sociabilidades e subjetividades. E visa, também, trabalhar na perspectiva da luta antimanicomial, pois aproxima os sujeitos cada vez mais de seu âmbito social (AMARANTE; 2007).

A promoção da Saúde Mental e a luta pela desospitalização passam, hoje, pela efetiva implantação de uma rede comunitária que previna as situações de crise e ofereça alternativas à internação hospitalar.

Assim, a inserção e racionalização dos serviços de saúde mental na atenção básica, por intermédio da Estratégia de Saúde da Família, tornaram-se oportunas, pois criam a possibilidade de estender a cobertura em saúde mental a um maior número de usuários, além de promover o atendimento e acompanhamento dos pacientes alcoolistas e dos portadores de transtornos mentais menos graves em seu próprio cenário de vida, sem desvinculá-los de seu contexto social e prevenindo a sua segregação (DIMENSTEIN; 2009).

A Enfermagem em Saúde Mental, profissão de expressiva importância e atuação na atenção básica, passou a ser percebida como recurso primordial para a promoção da saúde mental dos usuários, exigindo novos modos de tratar e de acolher o sujeito em sofrimento, principalmente o alcoolatra, na sua vida diária e em seu espaço comunitário.

Nessa perspectiva, a saúde mental é entendida pela Enfermagem como um campo de intervenção prioritário, superando o modelo centrado na atenção do tipo “demanda espontânea” de atendimento a doentes, para incluir ações de prevenção de riscos e agravos e de promoção da saúde para além dos muros das unidades de saúde, isto é, nos territórios onde vive e trabalha a população da área de abrangência do serviço (QUINTAS, 2008).

O Enfermeiro, membro ativo da equipe de saúde da família, passou a ter um papel importante neste novo avanço no contexto da saúde, pois sendo capaz de “prevenir riscos e agravos” e “promover a saúde das pessoas e grupos populacionais” pode priorizar a saúde mental, além de organizar a atenção à saúde de modo a incluir não apenas as ações e serviços que incidem sobre as causas dos problemas de adoecimento psíquico, mas, sobretudo, no modo de vida dos pacientes.

A Enfermagem, assim, torna-se capaz de desenvolver a sua potencialidade de atuar não somente nas dimensões da estrutura física da Unidade de Saúde, mas também, e principalmente, no espaço social onde a comunidade vive e circula, estabelecendo vínculos de

compromisso e co-responsabilidade com a população, trabalhando sobre uma perspectiva ampliada nos modos de vida, de saúde e doença articuladas ao contexto familiar e cultural. Intervindo assim, sobre os fatores de risco a saúde aos quais a comunidade está exposta, sendo os que predispõem a dependência de álcool e drogas os mais urgentes (RONZANI et al; 2009).

A Enfermagem, bem como todos membros integrantes das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) são tidos como habilitados a assumir o tratamento dos transtornos mentais mais comuns (quadros depressivos e ansiosos, somatização, abuso de álcool e até psicoses mais simples). São, também, capazes de detectar novos casos, identificar, intervir e prevenir fatores de risco, garantindo, assim, a continuidade e o efetivo impacto das ações de desospitalização e reintegração social dos pacientes portadores de sofrimento psíquico, bem como o fim do estigma da doença mental (VILLELA; SCATENA, 2004).

A OMS, deste modo, estabeleceu como prioritária a formação dos profissionais de saúde pautados nessa lógica, e a capacitação em saúde mental dos profissionais atuantes na atenção básica, bem como a ampliação do número de equipes, promovendo a abrangência desse serviço e a promoção da assistência em saúde mental. Desta forma, proporcionando melhor assistência e acompanhamento terapêutico dos pacientes egressos hospitalares, e a monitorização e busca ativa por novos casos de adoecimento psíquico, o que possibilita ampliar e antecipar a detecção de casos, interrompendo mais precocemente o processo de adoecimento (RIBEIRO, 2007).

Nesta perspectiva, a atenção em Saúde Mental passa a ser organizada seguindo os preceitos de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. Sempre se pautando na política da integralidade, do vínculo e da inserção dos pacientes na comunidade, e baseando-se sempre na necessidade de cada região assistida pelas ESF.

Os profissionais de saúde, sob essa perspectiva, passam a potencializar suas capacidades, a mobilizar recursos e a assumir que os resultados dessa nova proposta na esfera da Saúde Mental devem ser baseados no cuidado inserido no campo coletivo dos indivíduos, e não mais somente no campo individual. A assistência deve, também, ser permeada pelo envolvimento profissional e pelo conhecimento das diretrizes que redirecionam o tratamento e asseguram os direitos dos portadores de sofrimento mental.

Cabe ressaltar a Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/2001, editada pelo Ministério da Saúde que, entre outros pontos, orienta a organização do Plano Diretor de Regionalização da Saúde e determina que o cidadão deva ter acesso, o mais próximo possível

de sua residência, a um conjunto de ações e serviços vinculados às responsabilidades mínimas, dentre as quais o tratamento dos transtornos comportamentais e psicossociais mais frequentes (RIBEIRO, 2007).

Devemos reafirmar a importância do conhecimento e cumprimento da Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, a qual dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e direciona o modelo assistencial em saúde mental. Na sua definição dos direitos da pessoa portadora de transtorno mental diz, no item IX do parágrafo único do artigo 2º, que a pessoa assistida deve ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (BRASIL, 2001).

O modelo assistencial em saúde mental apresenta-se, assim, em transição, requerendo dos profissionais da atenção básica, nessa nova etapa, uma compreensão das políticas públicas para área da legislação, da necessidade das ações intersetoriais, bem como dos direitos humanos, do princípio da justiça, do trabalho e da promoção da dignidade humana.

Os desafios estão presentes e não podem ser ignorados. O sofrimento mental, bem como o alcoolismo e a drogadição estão cada vez mais presentes na sociedade e devem ser superados, quer seja avançando no conhecimento em relação às diretrizes da política de saúde mental ou aproximando-nos das contingências do processo de adoecimento e contribuindo para consolidar a saúde mental no âmbito da atenção básica.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo ecológico do tipo séries temporais com delineamento exploratório e longitudinal.

Para Rouquayrol e Almeida Filho (2009) os estudos ecológicos podem ser definidos como métodos de estudo em que a unidade de análise não se restringe ao indivíduo, mas, sim, ao grupo de indivíduos (mais frequentemente agregados em função de fatores geográficos e/ou temporais).

Os estudos ecológicos através das séries temporais exploratórias permitem avaliar a evolução das taxas de uma doença na mesma população ao longo do tempo e prever tendências futuras da doença e os possíveis impactos de intervenções populacionais.

A sequência temporal longitudinal possibilita, assim, acompanhar os dados de uma mesma população no transcorrer dos anos, fornecendo informações acerca de eventos ou mudanças que ocorrem em determinado espaço de tempo.

O uso adequado do enfoque ecológico apresenta-se oportuno para o desenvolvimento deste estudo, pois a problemática do alcoolismo na região Centro Oeste de Minas Gerais requer uma abordagem que transcenda os fatores envolvidos no âmbito individual e sejam contextualizados no âmbito do grupo de habitantes que se tornaram pacientes de uma instituição hospitalar psiquiátrica.

4.2 LOCAL DE ESTUDO

4.2.1 A Clínica São Bento Menni

O estudo foi desenvolvido a partir dos dados das internações hospitalares ocorridas na Clínica São Bento Menni, fundada em 1980 em Divinópolis/Minas Gerais e administrada pelas Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus para prestar assistência a portadores de transtornos mentais de ambos os sexos, tanto no atendimento de urgência, como no ambulatorial, hospital dia e internação.

Trata-se de um hospital filantrópico de médio porte, caracterizado como instituição assistencial psiquiátrica e de ensino. É a única referência hospitalar para os 56 municípios¹ da região Centro-Oeste de Minas Gerais no atendimento aos pacientes portadores de transtornos psiquiátricos de média e alta complexidade. Possui uma clientela universalizada, tendo capacidade aproximadamente para 150 leitos – 120 ativos.

As Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus possuem no Brasil quatro hospitais e um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-ad), sendo eles: a Clínica São Bento Menni localizada na cidade de Divinópolis /Minas Gerais; o Lar Dona Conceição localizado na cidade de Ribeirópolis / Sergipe; a Casa de Saúde Nossa Senhora do Caminho localizada às margens da represa Guarapiranga na região Sul da cidade de São Paulo; a Casa de Saúde Nossa Senhora de Fátima localizada no bairro de Pirituba na cidade de São Paulo e o CAPS-ad Cachoeirinha localizado na região Norte do município de São Paulo.

A Congregação das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus foi fundada em 1881, em Ciempozuelos (Madrid / Espanha), por São Bento Menni, Sacerdote da Ordem Hospitaleira de São João de Deus, com o apoio das Irmãs Maria Josefa Récio e Maria Angústias Gimenez. Surgindo em resposta a uma situação de abandono e de exclusão social dos doentes mentais da época (HSCJ, 2010).

A Congregação nasceu, portanto, com uma vocação de serviço aos doentes mentais, deficientes físicos e psíquicos, de preferência os mais desprotegidos. Desde a sua fundação, a Congregação contempla, entre os seus objetivos, proporcionar aos doentes mentais acolhidos nos seus centros, uma oferta de saúde integral, considerando os aspectos físicos, psíquicos, sociais e espirituais. Assim como o atendimento humanizado e o respeito pelos direitos dos doentes.

O nome “Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus” é a expressão do carisma da Congregação, cuja razão de ser na Igreja é o exercício pela caridade hospitaleira, vivida em estado de consagração religiosa segundo o modelo de caridade perfeita, Cristo, simbolizado

¹ Os 56 municípios são: Aguanil, Araújos, Arcos, Bambuí, Bom Despacho, Camacho, Campo Belo, Cana Verde, Candeias, Carmo da Mata, Carmo do Cajurú, Carmópolis de Minas, Cláudio, Conceição do Pará, Córrego Dantas, Cristais, Divinópolis, Dolores do Indaiá, Estrela do Indaiá, Formiga, Igaratinga, Iguatama, Itaguara, Itapeverica, Itatiaiuçu, Itaúna, Lagoa da Prata, Leandro, Ferreira, Luz, Maravilhas, Martinho Campos, Medeiros, Moema, Nova Serrana, Oliveira, Onça de Pitangui, Paíns, Papagaios, Pará de Minas, Passa Tempo, Pedra do Indaiá, Pequi, Perdigoão, Pimenta, Piracema, Pitangui, Santana do Jacaré, Santo Antônio do Amparo, Santo Antônio do Monte, São Francisco de Paula, São Gonçalo do Pará, São José da Varginha, São Sebastião do Oeste, Serra da Saudade e Tapiraí.

no seu Coração. Tem como seu patrono São Bento Menni, canonizado em 1999 e cognominado de “Profeta da Hospitalidade”.

A Congregação das Irmãs Hospitaleiras está hoje estendida por 24 países da Europa, América, África e Ásia.

Figura 1 - Distribuição dos Hospitais da Congregação das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus no Mundo.

Fonte:< www.ihscj.com.br>

4.2.2 O Estado de Minas Gerais

O Estado de Minas Gerais configura-se como uma das 27 unidades da República Federativa do Brasil, ocupa o quarto lugar em extensão territorial e está localizado na região Sudeste do Brasil, juntamente com os Estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Espírito Santo (IBGE, 2008).

Pelo critério do IBGE, o estado de Minas Gerais pode ser dividido geograficamente em doze mesorregiões, as quais são formadas por 66 microrregiões.

O governo estadual, entretanto, utiliza desde 1985 outra segmentação territorial para fins administrativos, dividindo Minas Gerais em dez Regiões de Planejamento (RPs) nem sempre coincidentes com as mesorregiões do IBGE.

Neste sentido, para o desenvolvimento deste estudo, optou-se pela divisão do Estado de Minas Gerais adotada oficialmente pelo governo estadual, as RPs, sendo, as mesmas,

apresentadas a seguir: Alto do Paranaíba, Central, Centro Oeste de Minas, Jequitinhonha/Mucuri, Zona da Mata, Noroeste de Minas, Norte de Minas, Rio Doce, Sul de Minas e Triângulo Mineiro (MINAS GERAIS, 2009).

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

Fonte: <www.mg.gov.br>

O Estado de Minas Gerais possui 853 municípios. É o estado com o maior número de municípios do país, os quais compõem as 10 RPs, conforme distribuição apresentada a seguir:

Tabela 1 – Distribuição das Regiões de Planejamento e do Número de Municípios do Estado de Minas Gerais.

Regiões	Número de Municípios
Central	158
Sul de Minas	155
Mata	142
Rio Doce	102
Norte de Minas	89
Jequitinhonha / Mucuri	66
Centro Oeste de Minas	56
Triângulo	35
Alto Paranaíba	31
Noroeste de Minas	19
Total	853

Fonte: Fundação João Pinheiro (FJP)/Centro de Estatística e Informações (CEI)

Seguindo a proposta desta pesquisa de analisar a problemática do alcoolismo na região Centro Oeste de Minas Gerais, esta RP e as cidades que a compõem tornaram-se a área de delineamento para a realização deste estudo.

4.2.3 A Região Centro Oeste de Minas Gerais

Figura 3 – Região Centro Oeste do Estado de Minas Gerais.

Fonte: <www.mg.gov.br>

A região Centro Oeste de Minas localiza-se cravada entre as regiões Central, Sul e Alto Paranaíba. Possui vasta extensão territorial com 31.543 km², sendo composta por 56 municípios.

A população desta região apresentou, nos últimos dez anos, a terceira maior taxa de crescimento do estado, 14,93%, atingindo 1.364.023 (um milhão, trezentos e sessenta e quatro mil e vinte três) habitantes em 2008, o que corresponde a 5,8% do total de Minas Gerais.

Nesse período também houve um aumento da densidade demográfica, de 27,7 para 31,23 habitantes/km², e do grau de urbanização, que passou de 85,60% em 2000 para 89,15% em 2007 (MINAS GERAIS, 2008).

Quando se considera o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal, 61,88% dos habitantes da região Centro-Oeste estão em municípios de IDH-M médio alto (0,650 a 0,799) e o restante está em municípios com IDH-M alto (acima de 0,800). Destaca-se o município de Divinópolis, que ocupa o quinto lugar no ranking de IDH-M de Minas Gerais, com 0,831.

No que tange as principais atividades econômicas da região, destacam-se principalmente as atividades relacionadas às indústrias do vestuário e acessórios, de calçados, de móveis e química de explosivos. Seguidas das atividades da indústria metalúrgica (fabricação de peças fundidas de aço e ferro, da produção de ferro gusa e de laminados planos de aço) e da indústria extrativa de minério (pedras, areia, argila, granito, mármore e calcário).

Por fim, destacam-se as atividades agrícolas (arroz, café, milho, tangerina e tomate) e pecuárias (galináceos; suínos e bovinos). No ano de 2009, a região foi responsável por 6,14% da produção agrícola do Estado, 12,64% da produção de leite, 15,81% de ovos de galinha, 7,51% do efetivo de rebanho bovino e 13,94% dos galináceos, apesar de alguns municípios conseguirem se destacar a nível estadual em determinadas culturas, como as de Arroz, Café, Cana-de-açúcar, Milho, Tangerina e Tomate. A atividade agrícola na região não é considerada a fonte econômica mais expressiva para os municípios e para o estado de Minas Gerais.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Para a realização deste estudo partiu-se de uma população composta por todos os pacientes internados na Clínica São Bento Menni onde, através das informações referentes à totalidade destes pacientes, foi possível a obtenção de uma amostra composta pelos pacientes internados em detrimento do alcoolismo.

Sendo assim, para a composição do banco de dados, foram adotados os seguintes critérios de inclusão: pacientes com diagnóstico de alcoolismo internados na Clínica São Bento Menni, no período de 20 de Outubro de 1980 (data de inauguração da clínica) a 31 de Dezembro de 2008, os quais tiveram registros em formato eletrônico (Sistema de Internações Hospitalares – SIH) e registros em formato físico (prontuários) no arquivo médico e estatístico. Teve como critérios de exclusão: pacientes com dados incompletos e/ou errôneos que não puderam ser completados e/ou corrigidos.

4.4 COLETA DE DADOS

O estudo foi realizado a partir dos dados obtidos no Sistema de Internações Hospitalares (SIH) da CSBM, que desde o ano de 1995 instituiu um sistema eletrônico prospectivo de coleta de dados e registros das internações. Foram registrados em formato eletrônico todos os dados das internações existentes desde 1980, ano de sua inauguração, os quais se encontravam em formato físico (prontuários) em seu Serviço de Arquivo Médico e Estatístico.

A CSBM prossegue, assim, dando continuidade a este sistema de registros para as novas internações e reinternações, onde cada paciente possui um único número de internação que será sequencial a sua evolução e acompanhamento.

Deste modo, os dados para a pesquisa foram extraídos deste SIH que se apresenta hoje totalmente informatizado, contendo os registros de todos os pacientes internados na instituição em seus 29 anos de assistência.

Cabe ressaltar que o SIH da CSBM trabalha sobre a plataforma Access, tido como um sistema computacional preparado para o gerenciamento de informações sobre a forma de um banco de dados. O Access na CSBM dispõe de numerosos elementos contendo informações importantes para se realizar a administração e gestão das internações/reinternações hospitalares; dentre os quais podemos citar: acomodações; altas; ambulatório; cantina; classificação internacional das doenças (CID); cidades; convênios; encaminhamentos, estoque; estados; famílias; fornecedores; funções; horários; internações; internações e medicamentos; internações e procedimentos; licenças; médicos; movimentos estoque; nacionalidades; pacientes; particulares; pedidos; pedidos de itens; procedimentos; produtos; produtos em estoque; relatório; roupas; senhas; setores; tabelas; tipos de procedimentos; transferências; unidades e visitas.

Porém, para o desenvolvimento deste estudo foi explorado somente o item da plataforma Access denominado: internações e foram estabelecidas as suas especificações como possíveis variáveis a serem analisadas na pesquisa. É importante frisar que, para o desenvolvimento do estudo, foram abordadas as especificações deste item somente para os pacientes internados por alcoolismo.

Deste modo, na medida em que as informações foram extraídas do SIH, os 50 agrupamentos de informações apresentados pelo item do programa “Access” internações foram transformados em variáveis nas categorias nominais e ordinais, as quais foram inseridas

nos softwares Microsoft Exel – versão 2003 e *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) – versão 13.0. As informações foram digitadas duas vezes, verificando desta maneira possíveis erros de digitação.

Os programas estatísticos permitiram o tratamento das variáveis coletadas e a apresentação dos resultados em tabelas e figuras.

Dentre as 30 variáveis geradas, três - psicofarmacologia, psicoterapia e terapia ocupacional - foram excluídas dos resultados do presente trabalho. A primeira pela extensão e complexidade dos dados relacionados aos psicofármacos, os quais merecem um trabalho a parte. A segunda e a terceira devido a o não preenchimento destas informações no SIH da CSBM.

Assim, das 27 variáveis finais, 24 possibilitam resultados sócio-demográficos e 3 resultados clínicos. Sendo todas relacionadas a primeira admissão de cada paciente (n = 2203).

Em onze dessas variáveis são apresentadas, a seguir, considerações adicionais para uma compreensão mais abrangente dos resultados.

4.5 VARIÁVEIS DE ESTUDO

Atendendo aos objetivos propostos nesta pesquisa foram geradas as variáveis descritas abaixo:

Sexo:

Categorias: - Masculino - Feminino

Faixa Etária: refere a idade do paciente na data da primeira internação.

Categorias: - 10 a 20 anos; - 21 a 30 anos; -31 a 40 anos; - 41 a 50 anos;
- 51 a 60 anos; - 61 a 70 anos; - cima de 70 anos.

Cútitis: denominação utilizada pelo SIH da CSBM para se referir a cor da pele do paciente.

Categorias: - Branco; - Amarelo; - Pardo; - Negro.

Estado Civil: refere-se a condição conjugal declarada pelo paciente no momento da internação.

Categorias: - Solteiro; - Casado; - Divorciado; - Viúvo.

Escolaridade: nível educacional declarado pelo paciente.

Categorias: - Analfabeto; - Semi-alfabetizado; - Ensino Fundamental;
- Ensino Médio; - Superior Incompleto; - Superior Completo.

Profissão: refere a atividade de trabalho exercida pelo paciente, porém, mediante ao grande número e diversidade de profissões declaradas, as categorias foram estabelecidas seguindo a Classificação Brasileira de Ocupações do Ministério do Trabalho.

Categorias:

- a) Forças Armadas, Policiais e Bombeiros Militares;
- b) Membros superiores do poder público, dirigentes de organizações de interesse público e de empresas e gerentes;
- c) Profissionais das ciências e das artes;
- d) Técnicos de nível médio;
- e) Trabalhadores de serviços administrativos;
- f) Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados;
- g) Trabalhadores agropecuários, florestais, da caça e pesca;
- h) Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais (Metalurgia; Siderurgia; Extração Mineral);
- i) Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais (Indústria Alimentícia; Vestuário; Calçados e Prestação de Serviços);
- j) Trabalhadores de manutenção e reparação;
- k) Aposentado;
- l) Desempregado.

Cidade de Residência: refere-se ao município da região Centro Oeste de Minas Gerais no qual o paciente reside.

Categorias: - Abaeté; - Aguanil; - Araújo; - Arcos; - Bambuí; - Bom Despacho; - Bomfim; - Camacho; - Campo Belo; - Cana Verde; - Candeias; - Carmo da Mata; - Carmo do Cajuru; - Carmópolis; - Cláudio; - Conceição do Pará; - Córrego Danta; - Córrego Fundo; - Cristais; - Crucilândia; - Divinópolis; - Dolores do Indaiá; - Estrela do Indaiá; - Florestal; -

Formiga; - Ibituruna; - Igarapé; - Igaratinga; - Iguatama; - Itaguara; - Itapecerica; - Itatiaiuçu; - Itaúna; - Japaraíba; - Juatuba; - Lagoa da Prata; - Leandro Ferreira; - Luz; - Maravilhas; - Martinho Campos; - Mateus Leme; - Medeiros; - Moema; - Nova Serrana; - Oliveira; - Onça de Pitangui; - Paíns; - Papagaios; - Pará de Minas; - Passa Tempo; - Pedra do Indaiá; - Pequi; - Perdigão; - Perdões; - Piedade das Geraís; - Pimenta; - Piracema; - Pitangui; - Piunhi; - Pompeu; - Quartel Geral; - Rio Manso; - Santana Jacaré; - Santo Antônio do Amparo; - Santo Antônio do Monte; - São Francisco de Paula; - São Gonçalo do Pará; - São Joaquim de Bicas; - São José da Varginha; - São Roque de Minas; - São Sebastião do Oeste; São Tiago; - Serra da Saudade; - Tapiraí; Vargem Bonita.

Procedência do Paciente: denominação utilizada pelo SIH para se referir ao serviço responsável pelo encaminhamento do paciente para a internação na CSBM.

Categorias: - Consultório Médico Particular; - Centros de Atenção Psicossocial; - Família; - Hospital Clínico; - Ordem Judicial; - Outros.

Acompanhado para Internação: o paciente apresenta-se para a internação acompanhado por parente, amigo e/ou responsável.

Categorias: - Sim; - Não.

Internação Voluntária: o paciente apresenta-se de forma voluntária para a internação.

Categorias: - Sim; - Não.

Diagnóstico da 1ª Internação: como o período de abrangência do estudo envolve épocas de utilização de versões diferentes da Classificação Internacional das Doenças (CID), existindo assim pacientes com diagnósticos baseados na CID versão 9 e na CID versão 10. No que tange a esta variável, para uma melhor compreensão, cabe assim um breve relato sobre a história da Classificação Internacional das Doenças e seu processo de atualização e utilização.

Costa Júnior (2006), descreve que a 9ª Revisão da CID ocorreu em 1975, assim recebendo várias modificações e atualizações. Dentre elas podemos citar:

- a) Inclusão do Duplo Código, chamado de sistema (†, *), o qual passou a atender respectivamente interesses de mortalidade quanto de morbidade, pois codifica a etiologia (†) para a mortalidade e a (*) manifestação para a morbidade;
- b) A inserção de duas classificações para suplementares para testes, das quais: Incapacidades de Desvantagens e Procedimentos em Medicina;
- c) Regras de seleção para uma única causa em tabulações de morbidade;
- d) Recomendação do uso de um atestado de morte perinatal.

A 9ª Revisão da CID apresenta assim a seguinte estrutura:

- a) 17 Capítulos; 2 Volumes: 1º Lista Tabular e 2º Índice Alfabético.

A tabela a seguir apresenta os capítulos e códigos da CID-9 para melhor compreensão:

Tabela 2 – Capítulos da Classificação Internacional das Doenças - 9ª Revisão.

Nº	Capítulos	Códigos
I	Doenças Infecciosas e Parasitárias	001-139
II	Neoplasmas	140-239
III	Doenças das Glândulas Endócrinas, da Nutrição, do Metabolismo e Transtornos Imunitários.	240-279
IV	Doenças do Sangue e dos Órgãos Hematopoéticos	280-289
V	Transtornos Mentais	290-319
VI	Doenças do Sistema Nervoso e dos Órgãos dos Sentidos	320-389
VII	Doenças do Aparelho Circulatório	390-459
VIII	Doenças do Aparelho Respiratório	460-519
IX	Doenças do Aparelho Digestivo	520-569
X	Doenças do Aparelho Geniturinário	580-629
XI	Complicações da Gestação, do Parto e do Puerpério	630-676
XII	Doenças da Pele e do Tecido Celular Subcutâneo	680-709
XIII	Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo	710-739
XIV	Anomalias Congênitas	740-759
XV	Algumas Afecções Originadas no Período Perinatal	760-779
XVI	Sintomas, Sinais e Afecções Mal Definidas	780-799
XVII	Lesões e Envenenamentos	800-999
Supl	Classificação Suplementar de Causas Externas de Lesões e Envenenamentos	E800-E999
Supl	Classificação Suplementar de Fatores que Exercem Influência Sobre o Estado de Saúde e de Oportunidades de Contato com Serviços de Saúde	V01-V82
Ign	CID Não Especificado ou Inválido	

Fonte: Classificação Internacional das Doenças - 9ª Revisão

A 10ª Revisão da Classificação Internacional das Doenças ocorreu no ano de 1999 na cidade de Genebra na Suíça.

Esta última revisão apresenta atualmente a seguinte estrutura:

- a) 21 Capítulos; 3 Volumes: 1º Lista Tabular, 2º Manual de Instrução (criado nesta revisão) e 3º Índice Alfabético.

O 1º volume contém a classificação propriamente dita, assim chamada de LISTA TABULAR, a qual é formada por categorias, isto é, códigos de três caracteres (uma letra e dois algarismos) e subcategorias (quando o diagnóstico possui quadros associados).

No 2º volume encontram-se às orientações quanto ao uso da CID; guias, regras etc. para os usuários e o 3º volume possui o índice alfabético (como na CID-9), sendo assim composto por seções: I – Índice Alfabético de Doenças e Natureza da Lesão; II- Índice Alfabético de Causas Externas da Lesão e III – Tabela de Drogas e Compostos Químicos. A tabela a seguir apresenta os capítulos e códigos da CID-10 para melhor elucidação:

Tabela 3 – Capítulos da Classificação Internacional das Doenças - 10ª Revisão.

Nº	Capítulos	Códigos
I	Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias	A00-B99
II	Neoplasmas [Tumores]	C00-D48
III	Doenças do Sangue e dos Órgãos Hematopoéticos e Alguns Transtornos Imunitários	D50-D89
IV	Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas	E00-E90
V	Transtornos Mentais e Comportamentais	F00-F99
VI	Doenças do Sistema Nervoso	G00-G99
VII	Doenças do Olho e Anexos	H00-H59
VIII	Doenças do Ouvido e da Apófise Mastóide	H60-H95
IX	Doenças do Aparelho Circulatório	I00-I99
X	Doenças do Aparelho Respiratório	J00-J99
XI	Doenças do Aparelho Digestivo	K00-K93
XII	Doenças da Pele e do Tecido Subcutâneo	L00-L99
XIII	Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo	M00-M99
XIV	Doenças do Aparelho Geniturinário	N00-N99
XV	Gravidez, Parto e do Puerpério	O00-O99
XVI	Algumas Afecções Originadas no Período Perinatal	P00-P96
XVII	Malformações Congênitas, Deformidades e Anomalias Cromossômicas	Q00-Q99
XVIII	Sintomas, Sinais e Achados Anormais de Exames Clínicos e de Laboratório, não Classificados em Outra Parte	R00-R99
XIX	Lesões, Envenenamentos, e Algumas Outras Consequências de Causas Externas	S00-T98
XX	Causas Externas de Morbidade e Mortalidade	V01-Y98
XXI	Fatores que Influenciam o Estado de Saúde e o Contato com os Serviços de Saúde	Z00-Z99
**	CID 10 Revisão não Disponível ou não Preenchido ou Inválido	U99, em branco ou inválido

Fonte: Classificação Internacional das Doenças - 10ª Revisão

Deste modo, por não existir uma relação biunívoca entre a CID-9 e a CID-10 (ANEXO A), assim não existindo uma tabela de conversão direta entre as classificações. Para o desenvolvimento deste estudo, foram estabelecidos os capítulos: V – Transtornos Mentais (CID-9) e V -Transtornos Mentais e Comportamentais (CID-10), mais especificamente os códigos 291 e F10 e suas subclassificações, os quais se referem ao diagnóstico de alcoolismo, como categorias desta variável de estudo.

Tabela 4 – Códigos e Subclassificações do Capítulo V da Classificação Internacional das Doenças - 9ª e 10ª Revisões que se referem ao diagnóstico de alcoolismo.

Classificação Internacional das Doenças 9ª revisão	Classificação Internacional das Doenças 10ª revisão
- 291 Psicoses Alcoólicas	- F10.0 Transtornos Mentais e Comportamentais Devido ao Uso de Álcool - Intoxicação Aguda
- 291.0 Delirium tremens	- F10.1 Transtornos Mentais e Comportamentais Devido ao Uso de Álcool - Uso nocivo para a saúde
- 291.1 Psicose alcoólica de Korsakov	- F10.2 Transtornos Mentais e Comportamentais Devido ao Uso de Álcool - Síndrome de Dependência
- 291.2 Outra demência alcoólica	- F10.3 Transtornos Mentais e Comportamentais Devido ao Uso de Álcool - Síndrome [estado] de abstinência
- 291.3 Outra alucinação alcoólica	- F10.4 Transtornos Mentais e Comportamentais Devido ao Uso de Álcool - Síndrome de Abstinência com Delírium
- 291.4 Embriaguez patológica	- F10.5 Transtornos Mentais e Comportamentais Devido ao Uso de Álcool - Transtorno Psicótico
- 291.5 Cíume alcoólico	- F10.6 Transtornos Mentais e Comportamentais Devido ao Uso de Álcool - Síndrome Amnésica;
- 291.8 Outros	- F10.7 Transtornos Mentais e Comportamentais Devido ao Uso de Álcool - Transtorno psicótico residual ou de instalação tardia
- 291.9 Não especificada	- F10.8 Transtornos Mentais e Comportamentais Devido ao Uso de Álcool - Outros Transtornos Mentais ou Comportamentais
	- F10.9 Transtornos Mentais e Comportamentais Devido ao Uso de Álcool - Transtorno Mental ou Comportamental Não Especificado

Fonte: Classificação Internacional das Doenças - 9ª e 10ª Revisões

Convênio: fonte de financiamento da internação hospitalar do paciente na CSBM.

Categorias:

- Gratuito; - Sistema Único de Saúde; - Particular; - Plano de Saúde.

Ano da 1ª Internação: refere-se ao ano que ocorreu a primeira internação do paciente na CSBM.

Categorias:

- 1980; - 1981; - 1982; - 1983; -1984; -1985; -1986; -1987; -1988; -1989;
 - 1990; - 1991; - 1992; - 1993; -1994; -1995; -1996; -1997; -1998; -1999;
 - 2000; - 2001; - 2002; - 2003; -2004; -2005; -2006; -2007; -2008.

Restrição de Visitas: em detrimento de situações pessoais, familiares e sociais; a internação do paciente pode ter ocorrido mediante o estabelecimento de condições que limitam e/ou proíbem o recebimento de visitas.

Categorias: - Sim; - Não.

Restrição de Licença: em detrimento de situações pessoais, familiares e sociais; a concessão de licença para que o paciente saia do hospital para a resolução de problemas particulares e/ou como uma medida complementar ao tratamento, pode ter sido limitada.

Categorias: - Sim; - Não.

Restrição de Reinternação: mediante o histórico de internações anteriores na CSBM e/ou das condições clínicas do paciente, a reinternação pode ter sido limitada.

Categorias: - Sim; - Não.

Restrição de Alta: mediante o quadro clínico, psiquiátrico, social e judicial do paciente, a alta pode ser limitada.

Categorias: - Sim; - Não.

Tempo de Duração da 1ª Internação: refere-se ao número de dias que o paciente permaneceu internado na CSBM.

Categorias: - Até 30 dias; - 31 a 60 dias; -61 a 90 dias; - Acima de 90 dias.

Ano da Alta da 1ª Internação: refere-se ao ano que ocorreu a alta da primeira internação do paciente na CSBM.

Categorias:

- 1980; - 1981; - 1982; - 1983; -1984; -1985; -1986; -1987; -1988; -1989;
- 1990; - 1991; - 1992; - 1993; -1994; -1995; -1996; -1997; -1998; -1999;
- 2000; - 2001; - 2002; - 2003; -2004; -2005; -2006; -2007; -2008.

Tipo de Alta: denominação utilizada pelo SIH para se referir ao tipo de alta recebida pelo paciente.

Categorias: - Alta Médica Hospitalar; - Alta a Pedido; - Alta Administrativa; - Alta por Abandono/Evasão; - Transferência Clínica; - Óbito.

Diagnóstico da Alta 1ª Internação: foram estabelecidos como categorias para o desenvolvimento deste estudo, os diagnósticos da alta baseados na CID 9 e na CID 10 referentes ao alcoolismo e a outras comorbidades.

Categorias: estabelecidas a *posteriori* em detrimento do grande número e da diversidade de diagnósticos encontrados.

Serviço de Referência: denominação utilizada pelo SIH para se referir ao serviço de referência a ser encaminhado o paciente após a alta da CSBM.

Categorias: - Consultório Médico Particular; - Centros de Atenção Psicossocial; - Família;- Hospital Clínico; - Ordem Judicial; - Outros.

Número de Internações: refere-se ao número de vezes que o paciente foi internado na CSBM.

Categorias: estabelecidas a *posteriori* através do número máximo de registros encontrados.

Tempo Entre a Alta e a Reinternação: refere-se ao tempo de duração entre a alta da internação até a ocorrência da reinternação.

Categorias: estabelecidas a *posteriori* através do número máximo de registros encontrados.

Ano da 1ª Reinternação: refere-se ao ano em que ocorreu a reinternação do paciente na CSBM.

Categorias:

- 1980; - 1981; - 1982; - 1983; -1984; -1985; -1986; -1987; -1988; -1989;
 - 1990; - 1991; - 1992; - 1993; -1994; -1995; -1996; -1997; -1998; -1999;
 - 2000; - 2001; - 2002; - 2003; -2004; -2005; -2006; -2007; -2008.

Ano da Alta da 1ª Reinternação: refere-se ao ano que ocorreu a alta da reinternação do paciente na CSBM.

Categorias:

- 1980; - 1981; - 1982; - 1983; -1984; -1985; -1986; -1987; -1988; -1989;
 - 1990; - 1991; - 1992; - 1993; -1994; -1995; -1996; -1997; -1998; -1999;
 - 2000; - 2001; - 2002; - 2003; -2004; -2005; -2006; -2007; -2008.

Tempo de Duração da Reinternação: refere-se ao número de dias que o paciente permaneceu internado na CSBM.

Categorias:

- Até 30 dias; - 31 a 60 dias; -61 a 90 dias; - Acima de 90 dias.

4.6 TRATAMENTO DOS DADOS

Na primeira etapa da análise, foi realizada a formatação do banco de dados de forma a torná-lo compatível com o exigido pelos programas computacionais empregados na análise estatística. Depois de verificados os valores registrados, e corrigidos ou excluídos os valores errôneos, assim foram obtidas as planilhas que serviram de base para todos os procedimentos estatísticos.

Em seguida foi realizada a análise estatística descritiva dos dados, a qual permitiu descrever o perfil sócio-demográfico e clínico dos pacientes internados em detrimento do alcoolismo na CSBM.

Na terceira etapa foram utilizados testes não paramétricos de Mann-Whitney para comparar as médias de duas amostras independentes e utilizado o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis para comparar as médias de três ou mais grupos independentes.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

A coleta e utilização das informações do Sistema de Internação Hospitalar e do arquivo médico da CSBM seguiram todas as salvaguardas estabelecidas pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da USP / Ribeirão Preto. Assim, como todo o processo de divulgação dos dados seguirá os termos estabelecidos pelo COEP/USP e pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) sobre pesquisa envolvendo seres humanos.

5 RESULTADOS

5.1 CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS

No período de 20 de outubro de 1980 (data da inauguração da CSBM) a 31 de dezembro de 2008, foram internados 28.078 pacientes, sendo 2.203 destes pacientes internados em detrimento do alcoolismo.

Em relação ao número de internações, observou-se que o maior número de pacientes alcoólatras 1796 (81,5%) foram internados uma vez, 303 (13,8%) foram internados duas vezes e 104 (4,7%) foram internados três vezes ou mais na CSBM.

Tabela 5 – Distribuição dos pacientes internados por alcoolismo segundo o número de internações, CSBM, Divinópolis / Minas Gerais, Brasil, 1980-2008.

Internação e Reinternação	Número de Pacientes		Número de Admissões	
	n	%	n	%
Uma	1796	81,5	1796	61,6
Duas	303	13,8	606	20,8
Três	50	2,3	150	5,2
Quatro	23	1,2	92	3,2
Cinco	12	0,5	60	2,1
Seis	11	0,4	66	2,2
Sete ou mais	8	0,3	142	4,9
Total	2203	100	2912	100

Fonte: banco de dados SIH/CSBM

Quanto ao sexo dos pacientes houve uma predominância do sexo masculino com 1815 (82,4%) casos, sob o sexo feminino com 388 (17,6%). Resultando em uma proporção de 4,6 homens para cada mulher.

Em relação a idade o maior número de pacientes 715 (32,5%) concentrou-se na faixa etária de 41 a 50 anos, seguidos dos 667 (30,2%) na faixa etária de 31 a 40 anos. Sendo a idade média de 36,6 anos.

No que se refere a *cútis* a maioria dos pacientes 1901 (86,3%) foram classificados como brancos, sendo o restante distribuídos de forma quase equitativa com 163 (7,4%) negros e 133 (6%) pardos.

Ao avaliarmos o estado civil constatamos houve uma pequena predominância de 1048 (47,6%) pacientes casados, seguidos de 918 (41,7%) solteiros.

No que tange ao nível de escolaridade houve uma prevalência de 1073 (48,7%) pacientes com o ensino fundamental.

A distribuição dos pacientes internados por alcoolismo, segundo sexo, idade, *cútis*, estado civil e nível de escolaridade, está apresentada na tabela 6.

Tabela 6 – Distribuição dos pacientes internados por alcoolismo segundo o sexo, idade, *cútis*, estado civil e nível de escolaridade, CSBM, Divinópolis / Minas Gerais, Brasil, 1980-2008.

Variável	Frequência	
	n	%
1-Sexo		
Masculino	1815	(82,4)
Feminino	388	(17,6)
2- Idade		
10 a 20	34	(1,5)
21 a 30	330	(15,0)
31 a 40	667	(30,2)
41 a 50	715	(32,5)
51 a 60	332	(15,1)
61 a 70	94	(4,3)
> 70	31	(1,4)
3- Cútis		
Amarelo	6	(0,3)
Branco	1901	(86,3)
Negro	163	(7,4)
Pardo	133	(6,0)
4- Estado Civil		
Solteiro	918	(41,7)
Casado	1048	(47,6)
Divorciado	158	(7,2)
Viúvo	79	(3,6)
5- Nível de Escolaridade		
Analfabeto	25	(1,1)
Semi-Alfabetizado	187	(8,5)
Ensino Fundamental	1073	(48,7)
Ensino Médio	816	(37,0)
Superior Incompleto	63	(2,9)
Superior Completo	39	(1,8)
Total	2203	100%

Fonte: banco de dados SIH/CSBM

Ao realizarmos a distribuição dos pacientes associando o sexo e a idade não observamos diferenças significativas, sendo a idade média do sexo masculino de 41,76 anos e do sexo feminino de 41,68 anos. As figuras 1 e 2 apresentam os resultados:

Figura 4 - Distribuição dos pacientes do sexo masculino internados por alcoolismo na CSBM, segundo a idade. Série histórica de 1980 a 2008.

Figura 5 - Distribuição dos pacientes do sexo feminino internados por alcoolismo na CSBM, segundo a idade. Série histórica de 1980 a 2008.

Com relação a profissão dos 2203 pacientes, foram encontrados 1172 registros de atividades profissionais diferentes declaradas no momento da internação. Mediante a esta multiplicidade de ocupações, o que não permitiria o estudo e a comparabilidade das informações acerca da profissão. Assim, foi realizada a codificação das profissões declaradas seguindo as especificações e agrupamentos da Classificação Brasileira de Ocupações do Ministério do Trabalho.

Cabe ressaltar que a estrutura básica da CBO foi elaborada em 1977, resultado do convênio firmado entre o Brasil e a Organização das Nações Unidas - ONU, por intermédio da Organização Internacional do Trabalho - OIT, no Projeto de Planejamento de Recursos Humanos (Projeto BRA/70/550), tendo como base a Classificação Internacional Uniforme de Ocupações - CIUO de 1968. A tabela 7 apresenta a distribuição dos pacientes internados por alcoolismo segundo a profissão (Classificação Brasileira de Ocupações).

Tabela 7 – Distribuição dos pacientes internados por alcoolismo segundo a profissão (Classificação Brasileira de Ocupações – Ministério do Trabalho), CSBM, Divinópolis / Minas Gerais, Brasil, 1980-2008.

Variável	Frequência	
	n	%
1-Profissão		
Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados.	591	26,8
Trabalhadores agropecuários, florestais, da caça e pesca.	376	17,1
Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais (metalurgia e construção civil).	327	14,8
Desempregado.	235	10,7
Aposentado.	201	9,1
Técnicos de nível médio.	136	6,2
Trabalhadores de manutenção e reparação	107	4,9
Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais (têxtil e alimentícia).	94	4,3
Membros superiores do poder público, dirigentes de organizações de interesse público e de empresas e gerentes.	47	2,1
Profissionais das ciências e das artes	44	2,0
Forças Armadas, policiais e bombeiros militares.	24	1,1
Trabalhadores de serviços administrativos	21	1,0
Total	2203	100

Chamou-nos a atenção os municípios de Leandro Ferreira com 2955 habitantes e Araújos com 7201 habitantes, apresentados com a maior taxa de internação por alcoolismo na CSBM /1.000 habitantes, ou seja, acima 5,0 pacientes a cada 1.000 habitantes. Pois, são dois dos dez municípios de menor contingente populacional da região Centro Oeste de Minas Gerais.

No que se refere à procedência observa-se que o maior número de pacientes (943 – 42,8%), foram procedentes para a internação na CSBM das próprias famílias. Sendo também preocupante o elevado número (455 – 20,6%) de pacientes procedentes para a internação dos Centros de Atenção Psicossocial, fato este contrário a filosofia destes serviços criados para acabar com o estigma da hospitalização. A figura 3 apresenta a distribuição dos pacientes:

Figura 7 - Distribuição dos pacientes internados por alcoolismo na CSBM segundo a procedência. Série Histórica 1980 a 2008.

Ao avaliarmos o financiador das internações hospitalares, na figura 4, é oportuno verificar o grande número de internações (1232 – 55,9%) financiadas pelo SUS. Porém, por se tratar de um hospital filantrópico no qual 80% dos seus leitos (96 de 120 ativos) são destinados ao SUS, é de se esperar esta prevalência. Porém ao observarmos as internações pagas por meio de plano de saúde ou particular, nos leva a considerar o fato da soma destes números (planos de saúde 530 – 24% e particulares 413 – 18,7%), ser equitativo com o número total de pacientes procedentes da própria família para a internação, o que pressupõe uma maior facilidade para a internação.

Figura 8 - Distribuição dos pacientes internados por alcoolismo na CSBM segundo a fonte financiadora da internação. Série Histórica 1980 a 2008.

Em relação ao paciente apresentar-se acompanhado para a internação, observou-se que a maioria dos pacientes (2130 – 96,7%), estavam acompanhados no momento da internação. Deste modo, somente 73 (3,3%) pacientes apresentaram-se desacompanhados.

No que condiz ao fato da internação ser voluntária ou involuntária, constatou-se que no decorrer dos anos ocorreu uma queda considerável no número de internações involuntárias. Sendo possível observar um declínio importante a partir do ano de 1996, período esse marcado pela abertura dos primeiros serviços comunitários de atenção a saúde mental; denominados como Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS).

Figura 9 - Distribuição dos pacientes internados por alcoolismo na CSBM, segundo a classificação da internação em Voluntária ou Involuntária. Serie Histórica de 1980 a 2008.

No período estudado, dos 2203 pacientes internados, 607 (27,6%) tiveram o diagnóstico da internação baseado na CID-9. É importante ressaltar neste período o elevado número de diagnósticos não especificados (288 – 47,4%), o que pressupõe imperícia na condução clínica dos diagnósticos. Torna-se também oportuno observar que a maioria dos diagnósticos realizados (116 – 19,1%), referem-se ao quadro de alucinação alcoólica, o que deixa evidente o caráter agudo dos casos. A figura 6 apresenta a distribuição dos pacientes internados por alcoolismo na CSBM segundo o diagnóstico pela CID-9.

Figura 10 - Distribuição dos pacientes internados por alcoolismo na CSBM, segundo o diagnóstico pela Classificação Internacional das Doenças - 9ª Revisão (CID-9).

Figura 11 - Distribuição dos pacientes internados por alcoolismo na CSBM, segundo o diagnóstico pela Classificação Internacional das Doenças - 10ª Revisão (CID-10).

Dos outros 1596 (72,4%) pacientes que tiveram seus diagnósticos baseados na CID-10, constatou-se um grande número de casos de uso de álcool – síndrome de dependência (695 – 43,5%). Seguidos de 415 (26%) casos de uso de álcool – intoxicação aguda. A figura 7 apresenta os resultados

Ao avaliarmos o ano da 1ª internação, observamos de uma forma geral um aumento progressivo do número de casos, porém, é possível identificar uma queda considerável do número de novas internações por alcoolismo no ano de 1996, período de abertura dos primeiros NAPS; entretanto, não verificamos uma redução significativa no ano de 2002 (data de criação e início da implantação dos Centros de Atenção Psicossocial), bem como, nos anos subsequentes.

Tabela 8 – Distribuição dos pacientes internados por alcoolismo segundo o ano da 1ª internação, CSBM, Divinópolis / Minas Gerais, Brasil, 1980-2008.

Data da 1ª Internação	Número de Pacientes	
	n	%
1980	0	0
1981	10	0,5
1982	5	0,2
1983	20	0,9
1984	42	1,9
1985	34	1,5
1986	34	1,5
1987	36	1,6
1988	40	1,8
1989	58	2,6
1990	35	1,6
1991	14	0,6
1992	34	1,5
1993	59	2,7
1994	66	3,0
1995	85	3,9
1996	23	1,0
1997	28	1,3
1998	101	4,6
1999	102	4,6
2000	108	4,9
2001	138	6,3
2002	131	5,9
2003	157	7,1
2004	161	7,3
2005	185	8,4
2006	183	8,3
2007	171	7,8
2008	143	6,5
Total	2203	100

Fonte: banco de dados SIH/CSBM

Ao relacionarmos o ano da 1ª internação com o tempo de duração da internação, verificamos uma redução importante no tempo médio de internação de 30 a 40 dias (década de 80) para 20 a 30 dias (década de 90), assim como, nos anos seguintes.

Figura 12 - Distribuição dos pacientes internados por alcoolismo na CSBM, segundo o ano e o tempo de duração da 1ª Internação. Série Histórica de 1980 a 2008.

Quando associamos o ano da 1ª internação com o tempo de duração da internação e com o sexo dos pacientes, identificamos uma inversão na duração do tempo das internações dos pacientes segundo o sexo, onde ocorre uma redução do tempo dos pacientes do sexo masculino e um aumento no tempo de duração da internação dos pacientes do sexo feminino.

Figura 13 - Distribuição dos pacientes internados por alcoolismo na CSBM, segundo o ano, o tempo de duração da 1ª Internação e o sexo. Série Histórica de 1980 a 2008.

Ao estudarmos os pacientes internados por alcoolismo, foi possível constatar que dos 2203 casos, 174 (7,9%) tiveram restrição de visitas; 167 (7,6%) restrição de licenças; 166 (7,5%) restrição de reinternação e 166 (7,5%) restrição de alta. Deste modo, totalizando 673 (30,5%) pacientes submetidos a algum tipo de medida administrativa e/ou considerada terapêutica.

No que se refere ao ano da alta do paciente, 2093 (95%) casos tiveram a data da alta registrada no mesmo ano da data da ocorrência da 1ª internação, os 110 (5%) restantes apresentaram período diferente pelo simples fato da internação ter ocorrido no final de um ano, assim, ocorrendo a alta no ano seguinte.

Com relação ao tipo de alta foi prevalente o número de alta médica hospitalar (1950 – 88,5%), o que nos leva a considerar um bom indicador da adesão ao tratamento pelos pacientes. A distribuição dos pacientes segundo o tipo de alta esta apresentada a seguir:

Figura 14 - Distribuição dos pacientes internados por alcoolismo na CSBM, segundo o tipo de alta da 1ª Internação. Série Histórica de 1980 a 2008.

Dos 2203 diagnósticos realizados para as internações e para as altas, constatou-se que dos 607 (27,6%) pacientes internados com diagnósticos baseados na CID-9, 567 (25,7%) mantiveram o mesmo diagnóstico para a alta. Assim, somente 40 (1,8%) pacientes tiveram seus diagnósticos de alta diferentes dos recebidos no momento da internação.

Os 1596 (72,4%) pacientes que tiveram os diagnósticos da internação baseados na CID-10, no momento da alta somente 1398 permaneceram com o mesmo diagnóstico. Deste modo, 198 (8,9%) pacientes tiveram seus diagnósticos alterados.

As figuras 11 e 12 apresentam a distribuição dos pacientes internados segundo o diagnóstico da internação e da alta.

Figura 15 - Distribuição dos pacientes internados por alcoolismo na CSBM, segundo o diagnóstico da internação e da alta pela Classificação Internacional das Doenças - 9ª Revisão.

Figura 16 - Distribuição dos pacientes internados por alcoolismo na CSBM, segundo o diagnóstico da internação e da alta pela Classificação Internacional das Doenças - 10ª Revisão.

No que condiz aos pacientes que tiveram o diagnóstico de alta diferente do recebido para a internação, podemos verificar que dos 40 pacientes classificados em outra parte, ou seja, com diagnósticos realizados por outros capítulos da CID-9. Destes 11 (27,5%) receberam como diagnóstico de alta o referente aos “Quadros Psicóticos Orgânicos”, seguidos por 9 (22,5%) com diagnóstico de “Psicoses Esquízofrênicas”. As figuras 13 e 14 a seguir apresentam a distribuição dos diagnósticos das altas diferenciados feitos pela CID-9ª e 10ª.

Figura 17 - Distribuição dos pacientes com diagnóstico da alta diferente do diagnóstico da internação segundo a Classificação Internacional das Doenças - 9ª Revisão.

Figura 18 - Distribuição dos pacientes com diagnóstico da alta diferente do diagnóstico da internação segundo a Classificação Internacional das Doenças - 10ª Revisão.

Na figura 18, é possível observar que dos 198 pacientes com diagnósticos de alta realizados por outros capítulos da CID-10, a maior proporção (58 – 29,2%) receberam o diagnóstico de “Esquizofrenia Paranóide”, seguidos por 40 (20,2%) com diagnóstico de “Transtornos Mentais Orgânicos” e 34 (17,1%) com diagnóstico de “Psicose não Orgânica não Especificada”.

Ao analisarmos a distribuição dos pacientes segundo o encaminhamento após a alta (Serviço de Referência), constatamos que a maioria (970 - 44%) dos pacientes foram referenciados para os Centros de Atenção Psicossocial, o que deixa transparecer que a

instituição hospitalar tem buscado cumprir o disposto na Lei nº. 10.216 de 06/04/2001, a qual normatiza os princípios da reforma psiquiátrica e dispõe em seus incisos os CAPS como órgãos regulamentadores das internações psiquiátricas. Assim, configurando obrigatoriamente como serviços de referência e contra-referência para as internações custeadas pelo SUS.

Porém, é preocupante a constatação de que o terceiro maior número de encaminhamentos (513 – 23,2%) após a alta, foram para consultório médico particular. O que nos leva a tecer considerações quanto a manutenção do sistema mercantilista de assistência a saúde. A figura 15 apresenta a distribuição dos pacientes:

Figura 19 - Distribuição dos pacientes segundo o encaminhamento após a alta - Serviço de Referência. Série Histórica de 1980 a 2008.

Cabe ainda ressaltar na figura 15, o grande número de pacientes (641 - 29%) que tiveram o encaminhamento após a alta (Serviço de Referência), classificado como “outros”. Trata-se de uma variedade de serviços, dentre os quais, podemos citar: fazendas de recuperação de drogadictos e alcoólatras, templos religiosos, instituições militares etc. Para os quais foi solicitado ao médico assistente o encaminhamento, sendo este pedido feito pelo próprio paciente e/ou familiares.

Ao compararmos a procedência e o encaminhamento após a alta dos pacientes, é possível verificar que tendo sido registrado 943 (42,8%) pacientes procedentes da própria família para a internação e tendo ocorrido somente 9 (0,4%) encaminhamentos após a alta para o seio familiar. Podemos assim pressupor uma preocupação pelo médico assistente com a manutenção e continuidade do tratamento após a alta.

É oportuno também observar que tendo ocorrido 150 (6,8%) internações de pacientes procedentes de Hospital Clínico, assim como, 246 (11,1%) procedentes do Pronto Socorro

Regional e tendo ocorrido 37 (1,6%) e 31 (1,4%) encaminhamentos após a alta para Hospital Clínico e Pronto Socorro Regional respectivamente. Ao abordarmos o comprometimento clínico que envolve grande parte dos casos de alcoolismo, é de se considerar a capacidade de resolução de problemas clínicos apresentada pelo hospital psiquiátrico.

A figura 16 apresenta a distribuição dos pacientes segundo a procedência para a internação e o encaminhamento após a alta.

Figura 20 - Distribuição dos pacientes segundo a procedência para a internação e o encaminhamento após a alta - Serviço de Referência.

5.2 ANÁLISE DAS VARIÁVEIS

Das 27 variáveis estudadas, 19 possibilitaram comparações com a variável tempo de internação, sendo elas: sexo; faixa etária; cútis; estado civil; escolaridade; profissão; procedência do paciente; acompanhado para a internação; internação voluntária ou involuntária; diagnóstico da 1ª internação; convênio (fonte financiadora da internação); ano da 1ª internação; restrição de visitas; restrição de licença; restrição de reinternação; restrição de alta; tipo de alta; diagnóstico da alta da 1ª internação e serviço de referência.

Sendo aplicado o teste não paramétrico de Mann-Whitney para comparar as médias de duas amostras independentes e o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis para comparar as médias de três ou mais grupos independentes.

5.2.1 Sexo

Ao compararmos se há diferenças entre os dois grupos (masculino/feminino) quanto ao tempo de internação. Na tabela 9 podemos observar que apesar do número de pacientes do sexo feminino ser bem inferior ao número de pacientes do sexo masculino. Ao analisarmos o tempo de internação o sexo feminino apresentou tempo superior ao sexo masculino. Aplicado o teste de Mann Whitney ($p < 0,001$).

TABELA 9 – Comparação entre o tempo de permanência dos pacientes e o sexo, CSBM, Divinópolis / Minas Gerais, Brasil, 1980-2008.

Sexo	n	Tempo de Permanência (em dias)				
		Média	Desvio Padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Masculino	1815	22,2	20,5	19	1	390
Feminino	388	24,4	21,7	21	1	103
Total	2203	22,6	19,5	20	1	390

5.2.2 Faixa Etária

Quanto a faixa etária foi possível constatar pelo teste de Kruskal Wallis ($p < 0,003$) que os pacientes na faixa etária entre 61 a 70 anos, apresentam tempo de internação superior aos pacientes de outras faixas etárias. Torna-se oportuno ressaltar que apesar dos pacientes na faixa etária entre 41 a 50 anos apresentarem o maior número de internações, quando abordamos o tempo da internação, estes pacientes não estão entre os de maior permanência.

A faixa etária de 10 a 20 anos apresentou tempo de internação inferior às faixas etárias de 21 a 30 anos, 31 a 40 anos e >70 anos que se equivaleram. Os pacientes com idade entre 41 a 50 anos apresentaram tempo de internação inferior aos pacientes de 61 a 70 anos e superior as demais faixas etárias.

Tabela 10 – Comparação entre o tempo de permanência dos pacientes e a faixa etária, CSBM, Divinópolis / Minas Gerais, Brasil, 1980-2008.

Faixa Etária	n	Tempo de Permanência (em dias)				
		Média	Desvio Padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
10 a 20 anos	34	6,7	2,6	7,0	2	10
21 a 30 anos	330	10,5	11,4	8,5	1	53
31 a 40 anos	667	10,6	12,6	8,9	2	44
41 a 50 anos	715	16,1	11,3	13,5	2	36
51 a 60 anos	332	23,1	12,8	20,0	2	63
61 a 70 anos	94	26,5	20,8	23,0	1	390
> 70 anos	31	8,7	7,9	6,0	1	34
Total	2203	22,6	19,5	20	1	390

5.2.3 Cútis

Na tabela 11 observa-se que os pacientes com cútis do tipo branco apresentam tempo de permanência relativamente inferior, em relação aos de cútis do tipo pardo. Enquanto que os pacientes de cútis do tipo amarelo se sobressaem com o maior tempo de internação e em seguida os de cútis do tipo negro. Aplicado o teste de Kruskal Wallis ($p < 0,002$).

Tabela 11 – Comparação entre o tempo de permanência dos pacientes e a cútis, CSBM, Divinópolis / Minas Gerais, Brasil, 1980-2008.

Cútis	n	Tempo de Permanência (em dias)				
		Média	Desvio Padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Amarelo	6	29,3	26,3	22,5	3	72
Branco	1901	22,1	19,9	19,0	1	390
Negro	163	27,1	20,2	23,0	1	129
Pardo	133	23,9	17,0	20,0	1	82
Total	2203	22,6	19,5	20	1	390

5.2.4 Estado Civil

Ao abordarmos o estado civil dos pacientes, constatamos que os pacientes solteiros apresentam tempo de permanência na CSBM relativamente superior aos pacientes divorciados e viúvos que se equivaleram. Os pacientes casados apresentaram tempo de internação inferior aos demais pacientes. Aplicado o teste de Kruskal Wallis ($p < 0,001$).

Tabela 12 – Comparação entre o tempo de permanência dos pacientes e o estado civil, CSBM, Divinópolis / Minas Gerais, Brasil, 1980-2008.

Tempo de Permanência (em dias)						
Estado Civil	n	Média	Desvio Padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Solteiro	918	24,4	21,5	21,0	1	390
Casado	1048	20,9	18,1	18,0	1	358
Divorciado	158	23,4	21,3	19,0	1	175
Viúvo	79	22,1	16,4	19,0	1	87
Total	2203	22,6	19,5	20	1	390

5.2.5 Escolaridade

Na tabela 13 é possível observar que os pacientes semi-alfabetizados e os com ensino fundamental se equivaleram com o maior tempo de internação. Os pacientes com nível superior incompleto, ensino médio e analfabetos se equivaleram com tempo de internação maior aos dos pacientes com nível superior completo. Aplicado o teste de Kruskal Wallis ($p < 0,003$).

Tabela 13 – Comparação entre o tempo de permanência dos pacientes e a escolaridade, CSBM, Divinópolis / Minas Gerais, Brasil, 1980-2008.

Escolaridade	n	Tempo de Permanência (em dias)				
		Média	Desvio Padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Analfabeto	25	22,0	17,0	20,0	2	82
Semi-Alfabetizado	187	23,3	18,3	20,0	1	120
Ensino Fundamental	1073	24,2	22,7	20,0	1	390
Ensino Médio	816	21,9	16,4	19,0	1	188
Superior Incompleto	63	21,3	14,2	20,0	1	87
Superior Completo	39	18,1	17,3	12,0	1	98
Total	2203	22,6	19,5	20	1	390

5.2.6 Profissão

Tabela 14 – Comparação entre o tempo de permanência dos pacientes e a profissão, CSBM, Divinópolis / Minas Gerais, Brasil, 1980-2008.

Profissão	n	Tempo de Permanência (em dias)				
		Média	Desvio Padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio.	591	23,0	23,2	20,0	1	390
Trabalhadores agropecuários, florestais, da caça e pesca.	376	21,9	22,9	19,0	1	358
Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais (metalurgia e construção).	327	22,3	15,3	20,0	1	129
Desempregado.	235	26,1	17,7	22,0	1	108
Aposentado.	201	21,7	18,8	18,0	1	188
Técnicos de nível médio.	136	19,7	13,0	17,0	1	72
Trabalhadores de manutenção e reparação.	107	23,3	15,6	22,0	1	82
Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais têxtil.	94	23,8	20,4	18,0	1	110

“Tabela 14, conclusão”

Profissão	n	Tempo de Permanência (em dias)				
		Média	Desvio Padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Membros superiores do poder público, dirigentes de organizações de interesse público e de empresas e gerentes.	47	18,6	15,4	17,0	1	86
Profissionais das ciências e das artes.	44	20,0	20,8	13,5	1	98
Forças Armadas, policiais e bombeiros militares.	24	13,9	8,5	14,5	1	28
Trabalhadores de serviços administrativos.	21	20,3	18,7	24,0	1	78
Total	2203	22,6	19,5	20	1	390

Ao avaliarmos a profissão dos pacientes, na tabela 14 é possível verificar que os trabalhadores de serviços administrativos apresentaram tempo de internação superior às demais profissões. Em seguida encontram-se os desempregados com tempo de internação relativamente superior aos trabalhadores de manutenção e reparação; trabalhadores da produção de bens e serviços industriais (têxtil e alimentícia) e trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados que se equivaleram.

Já os trabalhadores agropecuários, florestais, da caça e pesca; trabalhadores da produção de bens e serviços industriais (metalurgia e construção civil); aposentados; técnicos de nível médio e profissionais das ciências e das artes tiveram tempo de internação equivalente e superior aos profissionais membros superiores do poder público, dirigentes de organizações de interesse público e de empresas e aos profissionais das forças armadas, policiais e bombeiros militares apresentados com o menor tempo de internação. Aplicado o teste de Kruskal Wallis ($p < 0,001$).

5.2.7 Procedência

Tabela 15 – Comparação entre o tempo de permanência dos pacientes e a procedência, CSBM, Divinópolis / Minas Gerais, Brasil, 1980-2008.

Procedência	n	Tempo de Permanência (em dias)				
		Média	Desvio Padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Família	943	19,9	14,7	17,5	1	98
Centros de Atenção Psicossocial	455	25,4	14,8	23,0	1	120
Consultório Médico Particular	247	19,8	18,7	16,5	1	188
Pronto Socorro Regional	246	24,3	16,6	21,0	1	103
Ordem Judicial	162	50,8	56,2	42,0	3	390
Hospital Clínico	150	15,6	13,8	13,0	1	62
Total	2203	22,6	19,5	20	1	390

Na tabela 15 verifica-se que pacientes procedentes para a internação por ordem judicial apresentam um tempo de permanência na CSBM significativamente superior, em relação aos pacientes procedentes dos centros de atenção psicossocial e do pronto socorro regional que se equivaleram. Os pacientes procedentes da própria família e os procedentes de consultório médico particular também apresentaram tempo equivalente e relativamente superior ao tempo dos pacientes procedentes de hospital clínico. Aplicado o teste de Kruskal Wallis ($p < 0,001$).

5.2.8 Acompanhado para a Internação

Na tabela 16 apesar de observarmos um tempo de permanência relativamente superior dos pacientes que se apresentaram acompanhados no momento da internação. O teste de Mann Whitney ($p = 0,000$) não apresentou diferenças estatísticas para esta variável.

Tabela 16 – Comparação entre o tempo de permanência dos pacientes e o mesmo ter sido acompanhado no momento da internação, CSBM, Divinópolis / Minas Gerais, Brasil, 1980-2008.

Acompanhado para a Internação	Tempo de Permanência (em dias)					
	n	Média	Desvio Padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Sim	2113	22,7	20,1	19,0	1	390
Não	90	19,7	12,5	19,0	1	70
Total	2203	22,6	19,5	20	1	390

5.2.9 Internação Voluntária ou Involuntária

Com relação a internação ter sido voluntária ou involuntária na tabela 17 podemos observar que o tempo de internação dos pacientes que foram internados de forma voluntária foi superior ao tempo dos pacientes internados de forma involuntária. Aplicado o teste de Mann Whitney ($p < 0,001$).

Tabela 17 – Comparação entre o tempo de permanência dos pacientes e o mesmo ter sido acompanhado no momento da internação, CSBM, Divinópolis / Minas Gerais, Brasil, 1980-2008.

Internação	Tempo de Permanência (em dias)					
	n	Média	Desvio Padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Voluntária	1307	23,1	20,8	20,0	1	390
Involuntária	896	21,8	18,4	18,0	1	175
Total	2203	22,6	19,5	20	1	390

5.2.10 Diagnóstico da 1ª Internação

Quanto ao diagnóstico da 1ª internação, no período estudado, dos 2203 pacientes internados, 607 (27,6%) tiveram o diagnóstico da internação baseado na Classificação Internacional das Doenças – 9ª Revisão. Neste sentido ao realizarmos a comparação entre o tempo de permanência e o diagnóstico foi possível verificar que os pacientes com diagnóstico de “Outra Demência Alcoólica” apresentaram o maior tempo de internação em comparação com os pacientes com outros diagnósticos. Já os pacientes com diagnóstico de “Ciúme

Alcoólico” tiveram tempo superior aos pacientes com diagnóstico “Não Especificado” e os com diagnóstico de “Psicose Alcoólica de Korsakov” e “Outros” se equivaleram no tempo de internação. Os pacientes com diagnóstico de “Delírium Tremens” e “Embriaguez Patológica” se igualaram com o menor tempo de internação. Teste de Kruskal Wallis ($p < 0,001$).

Tabela 18 – Comparação entre o tempo de permanência dos pacientes e o diagnóstico da 1ª internação pela Classificação Internacional das Doenças - 9ª Revisão, CSBM, Divinópolis / Minas Gerais, Brasil, 1980-2008.

Diagnóstico	n	Tempo de Permanência (em dias)				
		Média	Desvio Padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Não Especificado	288	26,9	33,8	21,0	1	390
Outra Alucinoze Alcoólica	116	22,5	11,3	19,0	1	70
Delírio Tremens	74	21,1	15,6	18,0	1	80
Outros	42	24,8	13,9	20,0	4	58
Embriaguez Patológica	34	18,2	12,2	17,5	1	56
Outra Demência Alcoólica	30	33,5	28,2	24,0	1	78
Psicose Alcoólica de Korsakov	17	26,5	24,4	22,0	1	120
Cíume Alcoólico	6	27,8	17,9	22,3	1	51
Total	607	25,0	20,0	19,0	1	390

Ao compararmos os diagnósticos dos 1596 (72,4%) pacientes que tiveram os diagnósticos da internação baseados na CID-10 com o tempo de internação, foi possível constatar que os pacientes com diagnóstico de “Uso de Álcool Transtorno Psicótico Residual ou de Instalação Tardia” apresentaram tempo de internação superior aos pacientes que receberam outros diagnósticos. Conforme apresentado a seguir na tabela 19.

Tabela 19 – Comparação entre o tempo de permanência dos pacientes e o diagnóstico da 1ª internação pela Classificação Internacional das Doenças - 10ª Revisão, CSBM, Divinópolis / Minas Gerais, Brasil, 1980-2008.

Diagnóstico	n	Tempo de Permanência (em dias)				
		Média	Desvio Padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Uso de Álcool Síndrome de Dependência	695	18,2	12,2	17,5	1	56

“Tabela 19, conclusão”

Diagnóstico	Tempo de Permanência (em dias)					
	n	Média	Desvio Padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Uso de Álcool Intoxicação Aguda	415	20,1	17,6	18,6	1	188
Uso de Álcool Transtorno Psicótico	148	25,7	18,3	21,2	1	120
Uso de Álcool e de Substância Psicoativa	136	16,6	17,2	12,3	1	103
Uso de Álcool Síndrome [Estado] de Abstinência	78	22,5	15,4	19,5	1	100
Uso de Álcool Síndrome de Abstinência com Delírio	39	23,5	19,6	18,3	1	70
Uso de Álcool Consumo Nocivo Para a Saúde	29	14,8	12,3	11,1	1	58
Uso de Álcool Transtorno Psicótico Residual ou de Instalação Tardia	24	31,8	25,8	23,2	3	129
Uso de Álcool Síndrome Amnésica	18	12,5	6,3	9,5	1	26
Uso de Álcool Outros Transtornos Mentais ou Comportamentais	9	21,0	10,7	17,6	7	42
Uso de Álcool Transtornos Mentais ou Comportamentais Não Especificados	5	28,6	12,4	20,1	18	49
Total	1596	22,6	19,9	19,0	1	188

Ainda na tabela 19 é possível constatar que os pacientes com diagnóstico de “Uso de Álcool Transtornos Mentais ou Comportamentais não Especificados” tiveram tempo de internação relativamente superior aos pacientes com diagnóstico de “Uso de Álcool Transtorno Psicótico”, “Uso de Álcool Síndrome de Abstinência com Delírio”, “Uso de Álcool Outros Transtornos Mentais ou Comportamentais”, “Uso de Álcool Síndrome [Estado]

de Abstinência” e “Uso de Álcool Intoxicação Aguda” que tiveram tempo de internação semelhante.

Por fim, observa-se que os pacientes com diagnóstico de “Uso de Álcool Síndrome de Dependência”, “Uso de Álcool e de Substância Psicoativa”, “Uso de Álcool Consumo Nocivo Para a Saúde” e “Uso de Álcool Síndrome Amnésica” se equivaleram com o menor tempo de internação. Aplicado o Teste de Kruskal Wallis ($p < 0,002$).

5.2.11 Convênio - Fonte Financiadora da Internação

Na tabela 20 podemos verificar que os pacientes cujo convênio, ou seja, a fonte financiadora da internação foi o Sistema Único de Saúde, tiveram tempo de permanência superior ao dos outros pacientes com internação financiada por outros convênios. Os pacientes com internações pagas por plano de saúde tiveram tempo de internação um pouco superior aos pacientes internados por via particular. As internações gratuitas tiveram o menor tempo de permanência no hospital. Teste de Kruskal Wallis ($p < 0,001$).

Tabela 20 – Comparação entre o tempo de permanência dos pacientes e o convênio (fonte financiadora da internação), CSBM, Divinópolis / Minas Gerais, Brasil, 1980-2008.

Convênio	n	Tempo de Permanência (em dias)				
		Média	Desvio Padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Gratuito	28	5,1	7,3	1,5	1	32
Sistema Único de Saúde	1232	26,5	20,8	23,0	1	390
Plano de Saúde	530	21,2	9,9	16,0	13	37
Particular	413	10,5	11,4	8,5	1	53
Total	2203	22,6	19,5	20	1	390

5.2.12 Ano de Admissão

No que se refere ao ano de admissão dos pacientes na CSBM, podemos observar na tabela 21 que os pacientes internados entre os anos de 1980 e 1990 apresentaram tempo de permanência significativamente superior aos pacientes internados entre os anos de 1991 e 2000 e dos pacientes internados entre os anos de 2001 e 2008. Os pacientes internados entre

os anos de 2001 e 2008 apresentaram tempo de permanência relativamente inferior aos pacientes internados entre os anos de 1991 e 2000. Teste de Kruskal Wallis ($p < 0,003$).

Tabela 21 – Comparação entre o tempo de permanência dos pacientes e o ano de admissão, CSBM, Divinópolis / Minas Gerais, Brasil, 1980-2008.

Tempo de Permanência (em dias)						
Ano de Admissão	n	Média	Desvio Padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
1980-1990	314	43,6	26,8	44,1	30	390
1991-2000	620	20,1	17,6	18,6	1	188
2001-2008	1269	16,6	17,2	12,3	1	91
Total	2203	22,6	19,5	20	1	390

5.2.13 Restrição de Visitas

Na tabela 22 observamos um tempo de duração da internação dos pacientes que tiveram restrição de visitas e dos pacientes que não tiveram restrição de visitas praticamente equitativo, porém o Teste de Mann Whitney ($p = 0,000$) não apresentou diferenças estatísticas.

Tabela 22 – Comparação entre o tempo de permanência dos pacientes e restrição de visitas, CSBM, Divinópolis / Minas Gerais, Brasil, 1980-2008.

Tempo de Permanência (em dias)						
Restrição de Visitas	n	Média	Desvio Padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Sim	174	21,8	16,4	19,0	1	129
Não	2029	22,6	20,1	19,0	1	390
Total	2203	22,6	19,5	20	1	390

5.2.14 Restrição de Licença

Na tabela 23 observamos um tempo maior de duração da internação dos pacientes que não tiveram restrição de licença comparados aos pacientes que tiveram restrição. Porém, o teste de Mann Whitney ($p = 0,000$) não apresentou diferenças estatísticas para esta variável..

Tabela 23 – Comparação entre o tempo de permanência dos pacientes e restrição de licença, CSBM, Divinópolis / Minas Gerais, Brasil, 1980-2008.

Restrição de Licença	Tempo de Permanência (em dias)					
	n	Média	Desvio Padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Sim	167	15,2	10,2	19,0	1	86
Não	2036	22,7	20,2	19,0	1	390
Total	2203	22,6	19,5	20	1	390

5.2.15 Restrição de Reinternação

O teste de Mann Whitney ($p=0,000$) não apresentou diferenças estatísticas ao compararmos os pacientes com restrição de reinternação e sem restrição. A tabela 24 apresenta os resultados.

Tabela 24 – Comparação entre o tempo de permanência dos pacientes e restrição de reinternação, CSBM, Divinópolis / Minas Gerais, Brasil, 1980-2008.

Restrição de Reinternação	Tempo de Permanência (em dias)					
	n	Média	Desvio Padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Sim	166	21,0	14,2	19,0	1	86
Não	2037	22,7	20,2	19,0	1	390
Total	2203	22,6	19,5	20	1	390

5.2.16 Restrição de Alta

Na tabela 25 podemos observar que os pacientes com restrição de alta tiveram tempo de permanência superior aos pacientes sem restrição de alta. Todavia o teste de Mann Whitney ($p=0,000$) não apresentou diferenças estatísticas.

Tabela 25 – Comparação entre o tempo de permanência dos pacientes e restrição de alta, CSBM, Divinópolis / Minas Gerais, Brasil, 1980-2008.

Restrição de Alta	Tempo de Permanência (em dias)					
	n	Média	Desvio Padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Sim	115	24,2	21,5	20,0	1	390
Não	2088	22,8	19,8	18,0	1	163
Total	2203	22,6	19,5	20	1	390

5.2.17 Tipo de Alta

Ao analisarmos o tempo de permanência dos pacientes e o tipo de alta, constatou-se que os pacientes que receberam alta médica e os que receberam alta por abandono apresentaram tempo de internação equivalentes, assim tendo o maior tempo comparado aos outros tipos de alta. A alta administrativa apresentou-se com tempo de internação superior as altas por evasão e demais tipos de alta. Já as altas por transferência para clínica médica, alta a pedido e transferência para outros serviços se equipararam com o menor tempo de internação. Teste de Kruskal Wallis ($p < 0,001$).

Tabela 26 – Comparação entre o tempo de permanência dos pacientes e o tipo de alta, CSBM, Divinópolis / Minas Gerais, Brasil, 1980-2008.

Tipo de Alta	Tempo de Permanência (em dias)					
	n	Média	Desvio Padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Alta Médica	1950	24,2	20,2	21,0	1	390
Alta a Pedido	118	5,7	5,9	4,0	1	33
Transferência para Clínica Médica	53	8,7	7,9	6,0	1	34
Alta por Abandono	42	23,1	12,8	20,0	2	63
Transferência Outros	16	4,1	4,7	2,0	1	18
Evasão	12	10,5	12,6	5,0	2	44
Alta Administrativa	12	16,1	11,3	13,5	2	36
Total	2203	22,6	19,5	20	1	390

5.2.18 Diagnóstico da Alta

No que condiz ao diagnóstico de alta, foi realizado o Teste de Kruskal Wallis para comparar o tempo de permanência dos pacientes com diagnóstico diferente do recebido para a internação, apresentando assim resultado significativo ($p < 0,002$).

Dos 607 pacientes que tiveram o diagnóstico da alta baseado na CID-9, 40 receberam diagnóstico diferente do recebido para a internação. Deste modo, os que receberam o diagnóstico de “Psicoses Esquizofrênicas”, foram os que apresentaram o maior tempo de permanência comparado aos outros pacientes que também tiveram os seus diagnósticos alterados. Os pacientes com diagnóstico de “Quadros Psicóticos Orgânicos” tiveram tempo de internação maior que os pacientes com diagnóstico de “Depressão Neurótica” e “Reação Aguda ao Stress” que tiveram tempo semelhante. Os pacientes com diagnóstico de “Estados de Ansiedade” e “Frigidez e Impotência” apresentaram equivalência com o menor tempo.

Tabela 27 – Comparação entre o tempo de permanência dos pacientes e o diagnóstico da alta diferente do diagnóstico da internação segundo a Classificação Internacional das Doenças - 9ª Revisão, CSBM, Divinópolis / Minas Gerais, Brasil, 1980-2008.

Tempo de Permanência (em dias)						
Diagnóstico	n	Média	Desvio Padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Quadros Psicóticos Orgânicos	11	29,8	18,3	21,2	1	115
Psicoses Esquizofrênicas	9	25,9	23,8	19,2	3	129
Depressão Neurótica	6	14,5	7,3	10,5	1	56
Reação Aguda ao “Stress”	6	12,5	6,3	9,5	1	26
Estados de Ansiedade	5	9,0	4,7	7,6	7	42
Frigidez e Impotência	3	11,0	7,7	8,6	1	38
Total	40	23,5	11,8	25,0	1	129

Na tabela 28, é possível observar que dos 198 pacientes com diagnósticos de alta diferentes dos recebidos para a internação e realizados por outros capítulos da CID-10, os “Transtornos Mentais Orgânicos” tiveram o maior tempo de internação comparando-se com os pacientes com outros diagnósticos. Os pacientes diagnosticados na alta com “Esquizofrenia Paranóide” tiveram tempo de permanência relativamente superior aos pacientes com

diagnóstico de “Psicose não Orgânica não Especificada” e “Transtorno Afetivo Bipolar episódio atual maníaco” que se equivaleram. Assim como, apresentaram tempo maior do que os pacientes com “Personalidade Dissocial”, “Transtorno da Alimentação” e “Personalidade Histriônica” que se assemelharam com o menor tempo de internação. Aplicado Teste de Kruskal Wallis ($p < 0,002$).

Tabela 28 – Comparação entre o tempo de permanência dos pacientes e o diagnóstico da alta diferente do diagnóstico da internação segundo a Classificação Internacional das Doenças -10ª Revisão, CSBM, Divinópolis / Minas Gerais, Brasil, 1980-2008.

Tempo de Permanência (em dias)						
Diagnóstico	n	Média	Desvio Padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Esquizofrenia	58	28,3	21,8	19,0	1	176
Paranóide						
Transtornos	40	31,7	25,8	21,2	1	187
Mentais						
Orgânicos						
Psicose não	34	24,9	17,3	20,5	4	126
Orgânica não						
Especificada						
Transtorno						
Afetivo Bipolar	27	23,5	16,3	19,8	1	96
episódio atual						
maníaco						
Transtorno da	19	6,0	5,4	9,6	2	72
Alimentação						
Personalidade	12	7,1	8,7	10,6	1	58
Dissocial						
Personalidade	8	3,3	5,1	8,6	1	40
Histriônica						
Total	198	17,8	14,3	22,0	1	187

5.2.19 Serviço de Referência

Tabela 29 - Comparação entre o tempo de permanência dos pacientes e o serviço de referência, CSBM, Divinópolis / Minas Gerais, Brasil, 1980-2008.

Tempo de Permanência (em dias)						
Serviço de Referência	n	Média	Desvio Padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Família	9	17,9	15,6	16,5	1	100
Centros de	970	5,4	4,3	3,0	1	31
Atenção						
Psicossocial						

“Tabela 29, conclusão”

Serviço de Referência	Tempo de Permanência (em dias)					
	n	Média	Desvio Padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Consultório Médico Particular	513	9,8	14,7	12,5	1	36
Pronto Socorro Regional	31	22,3	15,6	20,0	1	93
Ordem Judicial	2	51,9	46,2	40,1	3	390
Hospital Clínico	37	13,6	11,8	13,0	1	50
Outros Serviços	641	45,6	36,2	32,0	2	280
Total	2203	22,6	19,5	20,0	1	390

Na tabela 29 é possível observar que os pacientes que receberam o encaminhamento após a alta do tipo “Ordem Judicial” apresentaram tempo de permanência significativamente maior comparando-se com os pacientes que receberam outro tipo de encaminhamento. Os pacientes que foram referenciados para “Outros Serviços” apresentaram tempo de internação maior do que os pacientes encaminhados para o “Pronto Socorro Regional” e para suas famílias. Os pacientes enviados para Hospital Clínico, para Consultório Médico Particular e para os Centros de Atenção Psicossocial se equivaleram com o menor tempo de internação. Teste de Kruskal Wallis ($p < 0,001$).

6 DISCUSSÃO

Podemos inferir que não há “um protótipo de alcoólatra”, assim como já está confirmado que o alcoolismo “não se restringe a uma etnia, estado civil, emprego, classe social e escolaridade”. O que se sabe é que o consumo abusivo de álcool e seus efeitos decorrem de inúmeros fatores, apresentando-se assim como um problema heterogêneo, grave e de abrangência mundial.

Deste modo, analisando os dados da clientela da CSBM podemos considerar alguns resultados obtidos:

6.1 SEXO

Pacientes do sexo masculino são predominantes, dados estes divergentes do contingente populacional predominante na região Centro Oeste de Minas, ou seja, o sexo feminino, segundo o censo do IBGE (2008). No entanto, se diferem em porcentagem, evidenciando que mulheres são 51,6% no IBGE contra 17,6% na CSBM e homens 48,4% no IBGE contra 82,4% na CSBM.

Esta predominância do alcoolismo no sexo masculino esta em concordância com a grande maioria dos estudos nacionais e internacionais realizados em serviços psiquiátricos. Neste sentido podemos citar GALDUROZ; CAETANO, 2009; onde em seu estudo com 8.589 entrevistados, nas 107 cidades do Brasil, com mais de 200 mil habitantes, constataram uma prevalência da dependência de álcool de 17,1% para o sexo masculino e 5,7% para o feminino.

Costa et al (2004), no estudo transversal de base populacional incluindo 2.177 indivíduos adultos, também verificaram uma prevalência de consumo abusivo de álcool para o sexo masculino de 29,2% e de 3,7% para o sexo feminino.

Ao abordarmos os estudos internacionais é oportuno referenciar os resultados de uma pesquisa realizada pela Universidade de Santiago de Compostela na Espanha, a qual contou com 2510 pacientes moradores das áreas rurais e identificou que 1706 (67,9%) destes pacientes eram do sexo masculino e 804 (32,1%) do sexo feminino. O estudo ainda constatou que os moradores das áreas rurais eram dependentes de alguma substância alcoólica em comparação com a população das áreas urbanas. Além, do alto consumo de álcool nas áreas

rurais ser explicado pelo fato do álcool ainda ser tido como um alimento diário. (MATEOS; CARRERA, 2007).

Porém, cabe citar FILIZOLA et al (2003), onde em seu estudo sobre o alcoolismo no nordeste do Brasil, realizado com uma amostra de 119 pacientes alcoolistas, obtiveram resultado divergente da grande maioria dos estudos, ou seja, 52,1% dos pacientes eram do sexo feminino e 47,9% do sexo masculino.

Estudo realizado na região de Alberta no Canadá, para o qual contou com uma amostra de 10.014 participantes. Também verificou uma predominância do sexo feminino, sendo 5.621 (56,1%) mulheres e 4.393 (43,9%) homens. Chamando também a atenção para o fato de 80,7% do total destes pacientes serem classificados como bebedores compulsivos.

Podemos assim, levantar a hipótese de que a independência que as mulheres conquistaram veio junto com mudanças de atitude. No caso do consumo de bebidas alcoólicas por mulheres antes restrito e condenado pelos padrões culturais, morais e sociais. Hoje, apresenta-se livre, não existindo mais a pressão social enfrentada em outros tempos.

Apesar das bebidas alcoólicas serem histórica e culturalmente um hábito masculino, o que consequentemente levaria a um número maior de homens ao alcoolismo comparando-se as mulheres, estudos já começam a identificar uma mudança nestes padrões.

Ao compararmos se há diferenças entre os dois grupos (masculino/feminino) quanto ao tempo de internação. Neste estudo foi possível observar que apesar do número de pacientes do sexo feminino ser bem inferior ao número de pacientes do sexo masculino. Ao analisarmos o tempo de internação o sexo feminino apresentou uma média de permanência de 24,4 dias, sendo superior ao sexo masculino com uma média de permanência 22,2 dias.

CESAR, (2006), em seu estudo sobre o alcoolismo feminino, também verificou uma média de permanência do sexo feminino (49,0 dias) superior ao sexo masculino (37,9 dias). Assim, como GALLASSI et al (2009), constatou que o SUS gasta duas vezes mais com o tempo de internação de mulheres dependentes comparando-se com o tempo de internação de homens dependentes.

Segundo SILVEIRA et al (2009), as razões levantadas para tentar explicar as diferenças no tempo de internação por alcoolismo entre homens e mulheres se baseariam nas diferenças orgânicas existentes entre os gêneros, tais como: peso corporal, quantidade de tecido adiposo, de massa muscular, do volume de água corpórea, da quantidade de enzimas metabolizadoras de álcool, além de outras variações no metabolismo e das flutuações hormonais. Ressaltou ainda que embora essas razões tenham peso na explicação deve-se

considerar a existência de outros fatores adicionais que também justifiquem a diferença no tempo de duração da internação.

Podemos então inferir que por causa das diferenças orgânicas e fisiológicas do corpo feminino e da maior vulnerabilidade, a mulher além de se embriagar mais rápido do que o homem, mesmo ingerindo a mesma quantidade de bebida. Apresenta risco maior em detrimento do alcoolismo de manifestar doenças clínicas e psiquiátricas de maior complexidade para as quais requiere-se um maior tempo de tratamento.

6.2 FAIXA ETÁRIA

A predominância de pacientes com 41 a 50 anos corresponde ao observado por vários autores que realizaram estudos em serviços hospitalares como a CSBM. O fato de admitir mais pessoas na idade de 41 a 50 anos, condiz com o estágio de manifestação dos sintomas crônicos apresentados pelos pacientes em detrimento do uso abusivo de álcool por vários anos (GIGLIOTTI; BESSA, 2009).

RIBEIRO et al; (2008), em seu estudo demonstram que a alta prevalência de internações de alcoólatras principalmente com idade entre 30 e 50 anos está relacionada a falta de tratamento eficiente na atenção primária de saúde pública para os casos crônicos de dependência. Restando aos pacientes somente a atenção terciária, ou seja, a assistência hospitalar para o tratamento dos sintomas crônicos e das possíveis sequelas que começam a surgir com o passar da idade.

Estudos feitos no Brasil (PECHANSKY et al; 2009; SILVEIRA et al; 2009; MARIN-LEON; BOTEGA, 2007) e no exterior (LOPEZ et al; 2008; HINGSON; ZHA, 2009), mostram que quanto mais cedo se começa a beber maior o risco de se tornar dependente e de ser submetido a internação hospitalar. Também aumentando a probabilidade de ocorrerem acidentes, brigas, quedas e de fazer sexo sem proteção.

Dados do ultimo Inquérito Nacional sobre Dependência realizado no México, demonstrou que 55,6% da população maior de 18 anos havia consumindo álcool com frequência nos últimos 12 meses. Também observaram aumentos dramáticos nos índices de consumo de álcool entre adolescentes, onde 27% em 1988 consumiam bebidas alcoólicas, já no ano de 2002 esse índice subiu para 35%. No que se refere as adolescentes os índices foram de 18% para 25% respectivamente. Outro dado que chamou a atenção foi que os adolescentes

aumentaram o consumo de 5 copos de bebida por ocasião de consumo em 1988 para 7 ou 8 em 2002 (FACUNDO et al; 2007).

Ao verificarmos também a ocorrência de internações de pacientes com idade entre 10 e 20 anos, constatamos que o problema do álcool nesta faixa etária torna-se ainda mais preocupante. Pois, além das complicações já apontadas pelos outros autores, ainda sob o ponto de vista fisiológico, podemos ressaltar que por encontram-se numa fase da vida em que o cérebro ainda se encontra em desenvolvimento, o surgimento de complicações clínicas e psiquiátricas pode ser mais grave. Deste modo, sendo essencial o estabelecimento de políticas publicas que consigam inibir e/ou retardar o início do uso, prevenindo assim futuros problemas sociais e de saúde.

Na França, resultados de um inquérito nacional retrataram uma alta prevalência do tempo de internação de pessoas idosas em decorrência do alcoolismo, apresentando uma média de permanência de 47,4 dias ao comparar-se com outras faixas etárias. O mesmo estudo ainda chamou a atenção para o fato de que no caso dos dependentes de álcool institucionalizados, o problema se torna ainda mais grave devido a grande maioria dos pacientes fazerem uso de álcool associado a benzodiazepínicos e nicotina (LEJOYEUX et al; 2005).

Assim, ao abordarmos o tempo de permanência dos pacientes alcoólatras na CSBM, também foi possível constatar que se tratando dos idosos este problema torna-se ainda mais sério. Tendo os mesmos apresentado um tempo de duração médio de 26,5 dias, sendo superior ao verificado nas outras faixas etárias.

Devemos assim, considerar que o consumo de álcool por idosos pode ser ocasionado para superar/mascarar problemas: pessoais (p.ex. auto-estima), sexuais (p.ex. impotência/frigidez), físicos (p.ex. diminuição da mobilidade, da visão, da audição), psicológicos (p.ex. depressão, ansiedade, relações sociais) e mentais (p.ex. memória, aprendizado). Levando a uma maior morbidade clínica e/ou psiquiátrica, assim requerendo um maior tempo de internação. Além de identificarmos também a existência de adultos alcoólatras que se tornam idosos, assim somando-se aos problemas gerados pelo envelhecimento os problemas já herdados pelos anos de alcoolismo.

6.3 CÚTIS

A predominância de pacientes brancos, seguidos de negros, pardos e amarelos se assemelha aos estudos de GALDUROZ; CAETANO (2009); MELONI; LARANJEIRA (2009) e SEIFERT (2004).

Assim, como também foi observado que a cor dos pacientes acompanha a mesma ordem da cor de predominância da população da área de abrangência de cada estudo. No entanto ao analisarmos a cor dos pacientes da CSBM, apesar destes acompanharem os indicadores da região Centro Oeste, esses diferem na porcentagem, evidenciando que brancos são 73,8% no IBGE (2008) contra 86,3% na CSBM; negros 19,6% no IBGE (2008) contra 7,4% na CSBM; pardos 5,3% no IBGE (2008) contra 6,0% na CSBM e amarelos 4,2% no IBGE (2008) contra 0,3% na CSBM.

Nos estudos de OLIVEIRA; ALESSI (2003) os autores apontam para a existência de fatores genéticos envolvidos na menor ou maior predisposição dos indivíduos ao alcoolismo. O fato estaria relacionado a presença de diferentes neurotransmissores que funcionariam como rotas de sinalização comandando os efeitos do álcool, inibindo ou potencializando sua ação. Mecanismos esses que seriam adquiridos pela herança genética, o que também explicaria o fato de alguns indivíduos terem uma menor sensibilidade ao álcool, resultando em uma tolerância maior, podendo beber mais, ou o inverso, indivíduos apresentarem maior sensibilidade assim tendo menor tolerância. Porém, segundo os autores ainda não está totalmente claro como essas duas condições pré-existentes estão geneticamente relacionadas, podendo fazer com que o indivíduo se torne um alcoólatra.

Deste modo, quando obtivermos resultados mais conclusivos de estudos sobre a relação dos fatores genéticos com o alcoolismo, talvez seja possível fazer uma análise mais conclusiva sobre a cútis dos pacientes alcoólatras e as internações.

Ao abordarmos a cútis e o tempo de permanência, apesar do teste estatístico apresentar significância para os indivíduos de cor amarela em comparação aos de outra cor, tendo tempo de internação superior. Não encontramos evidências práticas e/ou clínicas que justifiquem tal ocorrência, assim como, também foi relatado por RODRÍGUEZ et al (2008) em seu estudo.

6.4 ESTADO CIVIL

A maioria dos pacientes são casados, seguidos dos solteiros, divorciados e viúvos. Estes dados são divergentes dos dados do IBGE (2008) para a população das cidades da região Centro Oeste de Minas, que mostra 45,3% de indivíduos solteiros, seguidos de 43,4% casados. No entanto é compatível na porcentagem de divorciados e viúvos que apresentam 7,4% e 3,9% no IBGE (2008) contra 7,2% e 3,6% na CSBM.

Vários autores como MARIN-LEON; BOTEAGA (2007), SEIFERT (2004) e PULAY et al (2009), confirmam esta predominância dos pacientes casados alcoólatras hospitalizados. RIBEIRO et al (2008), em seu estudo realizado com uma amostra de 300 pacientes alcoolistas, constataram que 48,7% dos pacientes eram casados. Tendo estes pacientes apresentado melhor nível de estabilidade e/ou responsabilidade com o tratamento e aderindo por mais tempo.

Porém, cabe ressaltar o grande número de estudos tais como os de WETTERLING et al (2004); HINGSON; ZHA (2009) e BURGER (2003), que divergem dos resultados encontrados nesta pesquisa, ou seja, verificaram a predominância de pacientes solteiros hospitalizados.

Neste sentido, é oportuno considerar que ao analisarmos o tempo de permanência dos pacientes segundo o estado civil foi possível constatar que apesar dos solteiros não serem o maior número, entretanto, possuem tempo médio (24,4 dias) de internação superior aos outros pacientes de condição civil diferente. BARROS, (2007), em seu estudo com uma amostra de 538 pacientes também constatou um tempo médio (32,3 dias) de internação maior dos indivíduos solteiros.

A partir destes resultados e da vivência prática, acreditamos que os indivíduos solteiros alcoolistas permanecem um período maior de tempo internados devido a não adesão adequada ao tratamento. Assim como, a falta de vínculo conjugal os tornam desprovidos de suporte terapêutico familiar e estímulo para o término da hospitalização.

6.5 NÍVEL DE ESCOLARIDADE

A maioria dos pacientes estudou até o primeiro grau ou ensino fundamental. Estes resultados são confirmados em estudos que encontram uma predominância de pacientes com

ensino básico nos serviços de saúde mental (BARRETO; CARMO, 2005; BAUMEISTER et al; 2005; RONZANI et al; 2009; SILVEIRA et al; 2009).

As porcentagens do IBGE (2008) da população da região Centro Oeste de Minas Gerais diferem do resultado deste trabalho como segue: analfabeto 7,3% no IBGE contra 1,1% na CSBM; semi-alfabetizado 9,7% no IBGE contra 8,5% na CSBM; ensino fundamental 23,1% no IBGE contra 48,7% na CSBM; ensino médio 32,2% no IBGE contra 37,0% na CSBM; superior incompleto 15,2% no IBGE contra 2,9% na CSBM e superior completo 12,5% no IBGE contra 1,8% na CSBM. Este resultado pode significar que quanto mais instruída a pessoa na comunidade, menor a chance desta ser hospitalizada em detrimento do alcoolismo.

Os pacientes com porcentagem significativamente maior da variável nível de escolaridade: ensino fundamental. Também apresentaram tempo médio de internação (24,2 dias) maior ao serem comparados aos outros pacientes com outro nível de escolaridade.

A combinação destes dois resultados parece indicar que o alcoolismo associado a baixa escolaridade repercute em uma maior probabilidade de internação e maior tempo de tratamento.

RIBEIRO et al (2008), através dos resultados do seu estudo demonstram que quanto menor a escolaridade e a renda individual maior o risco para a internação por alcoolismo e para a não adesão ao tratamento, o que resultaria em um maior tempo de hospitalização. Assim como, os dados encontrados traduziram a grave situação econômica e social da maioria dos alcoolistas internados nos serviços de saúde pesquisados.

6.6 PROFISSÃO

Os trabalhadores dos serviços e vendedores do comércio são predominantes nas internações por alcoolismo; seguidos pelos trabalhadores agropecuários, florestais, da caça e pesca e trabalhadores da produção de bens e serviços industriais. Estes dados são compatíveis com os dados da Secretaria Estadual de Administração e Planejamento do Estado de Minas Gerais (2009), para a população da região Centro Oeste de Minas Gerais, que mostra 48,7% dos indivíduos ativos em atividades ligadas aos setores de prestação de serviços e comércio, seguidos por 35,5% em atividades no setor agropecuário e 13,6% nos setores industriais.

Ao avaliarmos o tempo de internação comparando-o a profissão, os pacientes desempregados apresentaram tempo médio superior as demais profissões. Situação

compatível com vários estudos como os de LOPEZ et al (2008); MARIN-LEON; BOTEAGA (2007) e RIBEIRO et al (2008).

Porém, cabe-nos ressaltar que a exclusão dos indivíduos do setor produtivo, seja pela dificuldade de inserção no mercado de trabalho, seja pela perda da atividade de trabalho e dificuldade de reinserção. Pode gerar distúrbios psíquicos (p.ex: depressão, ansiedade), atuando assim como agentes desencadeadores e/ou potencializadores do uso de álcool. Deste modo, o alcoolismo apresentando-se como um quadro patológico secundário a outro transtorno mental, o que em termos de tratamento pode repercutir em um maior tempo para a recuperação em detrimento da complexidade do caso.

6.7 CIDADE DE PROCEDÊNCIA

Nos resultados deste estudo ficou evidente que a CSBM, ao longo de 28 anos, ajustou-se a setorização da assistência na região Centro Oeste de Minas Gerais.

Chamou-nos a atenção o fato de municípios com o menor contingente populacional apresentarem o maior número de internações por alcoolismo. Dados esses compatíveis com os estudos de MATEOS; CARRERA (2007); GALDUROZ; CAETANO (2009) e GALLASSI et al (2009), os quais também verificaram uma predominância do alcoolismo e um grande número de internações em municípios de pequeno porte de regiões do interior do país.

No que se refere a região Centro Oeste de Minas Gerais, observamos que dos 56 municípios, somente 9 municípios podem ser considerados de médio porte, possuindo entre 30.000 a 80.000 mil habitantes e o município de Divinópolis com mais de 200.000 mil habitantes, tido como de grande porte (IBGE, 2008).

Deste modo, verifica-se que as grandes indústrias, centros de comércio, lazer e educação (técnica e superior) se concentram nos municípios de médio e principalmente no de grande porte. Restringindo-se aos municípios de pequeno porte as atividades agropecuárias, de produção de bens de consumo e prestação de serviços.

Neste aspecto, podemos supor que o alto consumo de álcool e o elevado número de internações de pacientes provenientes dos municípios de pequeno porte. Assim, estaria relacionado com a pouca oferta de trabalho, de educação profissional, lazer e cultura.

Agora cabe investigar de forma mais detalhada o que esta levando os municípios de Araújo e Leandro Ferreira a apresentarem o maior número de internações de pacientes por

alcoolismo na CSBM, pois ao compararmos esses municípios com os outros de pequeno porte da região Centro Oeste, não evidenciamos diferenças que poderiam justificar tal ocorrência.

6.8 PROCEDÊNCIA /ACOMPANHADO PARA A ADMISSÃO

O momento da internação é tido como uma ocasião muito sensível e tensa para o paciente, para a família e para os profissionais de saúde. Para os pacientes porque representa um momento de confirmação da doença, de reconhecimento da fragilidade e da perda do controle da sua vida. Para os familiares porque gera um sentimento de luto, de vulnerabilidade familiar e impotência no auxílio ao ente querido. Para os profissionais de saúde pela responsabilidade pelo cuidado e recuperação de uma vida.

Tal constatação fica evidente ao verificarmos que 95% dos pacientes no momento da internação apresentaram-se acompanhados por um familiar. Fato esse que demonstra a necessidade de apoio pelos pacientes no enfrentamento da doença e da hospitalização.

Ao abordarmos a procedência do paciente para a hospitalização também podemos confirmar o grande envolvimento da família na busca de uma solução para o problema do alcoolismo do seu familiar. Ao constataremos que 42,8% dos pacientes foram procedentes do próprio seio familiar para a internação. HULSE, (2009) em seu estudo também verificou uma alta prevalência (67%) de pacientes provenientes das próprias famílias para a internação hospitalar.

Porém, chama-nos a atenção o grande número de pacientes procedentes dos Centros de Atenção Psicossocial para a internação. O que nos leva a considerar a hipótese da possibilidade de seleção dos pacientes mais graves para a internação, assim, restando aos serviços abertos somente os pacientes mais fáceis de tratar.

Fato esse reforçado ao avaliarmos o tempo médio de internação dos pacientes comparando-se a procedência, onde foi possível constatar que os pacientes provenientes dos Centros de Atenção Psicossocial, depois dos pacientes procedentes de ordem judicial, foram os que apresentam o maior tempo de permanência no hospital.

AMARANTE (2007), em seu trabalho alerta para a criação de serviços substitutivos de saúde mental, ditos “triadores”, os quais não efetivariam a reforma psiquiátrica “assistencial”, assim somente servindo de “casa de passagem” até a internação hospitalar. Deste modo, tornando-se serviços até mais excludentes e estigmatizadores do que o próprio hospital, pois utilizariam o nome de serviços substitutivos.

Ao verificarmos a quantidade elevada de pacientes internados procedentes de consultório médico particular, leva-nos a considerar a manutenção da rede hospitalar pela rede privada. Configurando-se como uma possível via de concessão de benefícios e garantia de lucro para os profissionais por meio de seus consultórios.

O grande número de pacientes procedentes do Pronto Socorro Regional e de Hospital Clínico para tratamento na CSBM, demonstra a complexidade dos casos de alcoolismo em detrimento das comorbidades clínicas associadas. RODRÍGUEZ et al (2008), em seu estudo demonstraram que os pacientes alcoólatras apresentaram duas vezes mais problemas clínicos associados ao quadro psiquiátrico do que os pacientes com diagnóstico de esquizofrenia.

Quanto ao tempo de internação é preocupante a constatação de que os pacientes com tempo médio (50,8 dias) maior são os provenientes por ordem judicial. O que representa a morosidade da justiça na liberação dos pacientes após receberem a alta médica e contrapõe ao preconizado pela Lei 10.216 da reforma psiquiátrica, a qual acreditava-se que os órgãos judiciais seriam os primeiros a cumprir e a promover.

MACHADO; MIRANDA (2007), em sua pesquisa identificaram o sistema judiciário como a principal instituição a ultrapassar as leis, configurando-se como uma via alternativa para os que querem desconsiderar as mudanças promovidas pela reforma psiquiátrica.

6.9 INTERNAÇÃO VOLUNTÁRIA OU INVOLUNTÁRIA

Com a promulgação da Lei 10.216, de 6 de abril de 2001, que trata da reforma psiquiátrica. Tanto as instituições hospitalares psiquiátricas quanto os profissionais médicos responsáveis pela hospitalização passaram a ter a responsabilidade nos casos das internações involuntárias de comunicar, no prazo máximo de 72 horas, o Ministério Público Estadual.

Neste sentido, podemos observar através dos resultados deste estudo que houve uma redução considerável do número de internações involuntárias a partir do ano de 2001. Dados também verificados por outros estudos (QUINTAS; AMARANTE, 2008; RIBEIRO et al; 2009; SILVEIRA et al; 2009; VARGAS et al; 2009).

Ao avaliarmos o tempo de internação também constatamos que os pacientes que tiveram a internação classificada como voluntária apresentaram tempo médio de permanência superior aos pacientes com internação involuntária (23,1 vs 21,8 dias).

Fato esse o qual pode ser explicado pela maior adesão ao tratamento pelos pacientes com internação voluntária em comparação aos pacientes com internação involuntária. Pois

conforme observamos na prática assistencial a maioria dos pacientes que internam voluntariamente anseiam pela cura do alcoolismo, assim permanecendo o tempo máximo que for necessário ao tratamento. Ao contrário dos pacientes com internação involuntária, os quais em sua grande maioria não seguem o tratamento de forma adequada e forçam a alta precoce.

6.10 DIAGNÓSTICO DA INTERNAÇÃO

Dos diagnósticos realizados pela CID-9 foi prevalente o “não especificado”. RODRÍGUEZ et al (2008), apontam a imperícia nos diagnósticos psiquiátricos como a principal dificuldade de se estabelecer um tratamento eficaz e promover a recuperação dos pacientes.

Dentre os outros diagnósticos registrados “outra alucinação alcoólica” e “delírium tremens” foram predominantes. As referências da literatura para serviços hospitalares e até mesmo para serviços extra-hospitalares como, Hospitais Dia e Serviços Comunitários, não são unânimes a esse respeito. Elas se dividem entre aquelas (MARIN-LEON; BOTEAGA, 2007; PULAY et al; 2009 e SILVEIRA et al; 2009), que são compatíveis com os dados encontrados na CSBM, e outras que são divergentes (ALMEIDA-FILHO, 2009; BARRETO; CARMO, 2005 e BARROS, 2007), pois indicam o diagnóstico de “outra demência alcoólica” e “embriaguez patológica”, como predominantes.

Esta aparente contradição pode representar a própria imprecisão com que o diagnóstico é emitido. A precisão, por sua vez, depende de muitas circunstâncias como: realização de anamnese completa, entrevista de familiares, tempo de observação do paciente, experiência acumulada em diagnosticar, participação da equipe multidisciplinar e características do serviço.

No que diz ao tempo de internação, os pacientes com diagnóstico de “outra demência alcoólica” tiveram tempo médio superior (33,5 dias) ao serem comparados aos pacientes com outros diagnósticos. GIGLIOTTI; BESSA, (2009), encontraram resultado semelhante e relataram a associação deste quadro com problemas orgânicos do tipo demenciais. O que levaria a uma maior complicação do quadro e por conseguinte um tempo maior de tratamento.

Dos diagnósticos realizados pela CID-10 foram predominantes o “uso de álcool síndrome de dependência” e “uso de álcool intoxicação aguda”. Esses resultados demonstram que a partir da utilização da CID-10, houve uma melhoria na realização dos diagnósticos, pois não se verificou mais a existência de diagnósticos tidos como “não especificado”.

GIGLIOTTI; BESSA, (2009), ao estudarem o “uso de álcool síndrome de dependência”, o define como "um relacionamento alterado entre a pessoa e sua forma de beber", onde, às razões pelas quais o indivíduo começou a beber, adicionam-se àquelas relacionadas à dependência. Assim sendo, a dependência torna-se um comportamento que se retroalimenta e que abrange muito mais que tolerância e abstinência.

SILVEIRA et al (2009), nos resultados de sua pesquisa também verificaram a prevalência do “uso de álcool síndrome de dependência” e “uso de álcool intoxicação aguda”. No que condiz ao “uso de álcool intoxicação aguda” os autores chamam a atenção para o elevado número de indivíduos que não eram bebedores regulares, ou seja, não consumiam álcool todos os dias, mas o consumo acontecia em um único momento e envolvendo uma grande quantidade. Causando a perda do controle e sérios problemas clínicos como hepatotoxicidade e coma alcoólico.

Neste aspecto, cabe reafirmar que para se estabelecer o diagnóstico de alcoolismo não é necessário que o indivíduo faça o consumo diário de álcool, como é erroneamente acreditado pela sabedoria popular.

O diagnóstico do alcoolismo deve contar com presença de três ou mais dos seguintes critérios: desejo intenso ou compulsão para ingerir bebidas alcoólicas. Tolerância: necessidade de doses cada vez maiores de álcool para atingir os mesmos efeitos obtidos com doses anteriormente inferiores. Abstinência: síndrome típica e de duração limitada que ocorre quando o uso do álcool é interrompido ou reduzido drasticamente, levando à agitação, confusão mental, tremores, suor frio, dentre outros sintomas (BRASIL, 2004).

Dentro deste mesmo princípio, o indivíduo pode passar também a ingerir bebidas alcoólicas para aliviar os próprios sintomas de abstinência. Aumentando o tempo empregado em conseguir, consumir ou recuperar-se dos efeitos da substância; apresentando abandono progressivo de outros prazeres ou interesses devido ao consumo do álcool. Assim como, apresentar o desejo de reduzir ou controlar o consumo do álcool com repetidos insucessos (BRASIL, 2004).

Ao abordarmos o tempo médio de internação comparando-se o diagnóstico pela CID-10, os pacientes que receberam o diagnóstico de “uso de álcool transtorno psicótico residual ou de instalação tardia” apresentaram maior permanência (31,8 dias), seguidos pelos pacientes com diagnóstico de “uso de álcool transtorno psicótico” (25,7 dias).

Em nossa vivência prática observamos um grande número de pacientes portadores de transtornos psiquiátricos que fazem uso de álcool e/ou outras drogas. Deste modo, levantamos

a hipótese de que o alcoolismo e/ou a drogadição em alguns casos poderiam ser secundários aos transtornos psiquiátricos, ou seja, o paciente portador de distúrbio mental poderia recorrer ao álcool e/ou as drogas como uma forma de amenizar a sintomatologia do seu desequilíbrio psíquico. Assim como, reconhecemos a existência de alcoolistas e drogadictos que apresentam problemas psiquiátricos em decorrência do uso das substâncias.

6.11 CONVÊNIO / FONTE FINANCIADORA DA INTERNAÇÃO

De acordo com o DATASUS no período entre 2001 e novembro de 2003 foi registrado o maior percentual de gastos públicos decorrentes do uso indevido de álcool de 84,5% contra 14,6% de gastos oriundos do consumo de outras substâncias psicoativas. Sendo registrado 84.467 internações para o tratamento de problemas relacionados ao uso do álcool, mais de quatro vezes o número de internações ocorridas por uso de outras drogas.

Somente em 2001 o custo anual para o SUS referente a internações foi acima de 60 milhões de reais (BRASIL, 2002). Em 2006 de um total de 51.787 internações hospitalares em 367 hospitais, o álcool foi responsável por 39.186 internações (GALLASSI et al; 2009).

Vale salientar que não estão incluídas as internações em que o álcool foi mencionado dentro da categoria de uso de múltiplas drogas; ou seja, o número de internações em que o álcool tem participação é ainda maior.

O Brasil gasta 7,3% do Produto Interno Bruto (PIB) por ano para tratar de problemas relacionados ao álcool, que variam desde o tratamento de um dependente até a perda da produtividade por causa da bebida. Já a indústria do álcool no País movimenta 3,5% do PIB. O País gasta, para tratar problemas provocados pelo álcool, o dobro do que recebe pela produção da bebida (MELONI; LARANJEIRA, 2009).

Na CSBM observamos que foi prevalente o número de internações pelo SUS, mas como trata-se de uma instituição filantrópica, na qual 80% dos seus leitos (96 de 120 ativos) são destinados ao SUS, era de se esperar esta prevalência. Porém, ao analisarmos o tempo médio de internação e verificarmos a maior permanência (26,5 dias) dos pacientes do SUS. Pela experiência prática podemos supor que como a autorização de internação hospitalar (AIH) emitidas pelo SUS é para um prazo máximo de 30 dias, após este tempo podendo ser renovada por mais duas vezes. Assim, respeitando-se as diretrizes da reforma psiquiátrica. A instituição hospitalar assim faria o uso do tempo máximo que dispõe, garantindo o pagamento do valor integral da internação.

É oportuno também considerar, conforme suposto anteriormente, a ocorrência de seleção de pacientes pelos serviços de saúde mental. Restando ao hospital os casos mais graves e que necessitariam de um tempo maior de tratamento.

6.12 ANO DE ADMISSÃO

A partir dos resultados obtidos podemos constatar que nos 28 anos de atendimento da CSBM o número de internações por alcoolismo tem sido crescente. SILVEIRA et al (2009), também evidenciaram um número crescente de internações, entretanto, ressaltaram a diminuição da cronicidade dos casos.

Ao avaliarmos o tempo de internação dos pacientes alcoólatras na CSBM, comparando-se os anos de 1980 a 1990; 1991 a 2000 e 2001 a 2008; foi possível verificar uma diminuição no tempo de internação dos pacientes. Sendo um tempo médio de 43,6 dias na primeira década; de 20,1 dias na segunda década e de 16,6 dias na terceira década.

Desta forma, podemos supor que apesar do aumento crescente do número de internações a diminuição no tempo de internação pode refletir uma melhoria na abordagem clínica e terapêutica dos casos, assim como, o resultado de ações promovidas pela reforma psiquiátrica.

6.13 RESTRIÇÃO DE VISITAS / LICENÇA / REINTERNAÇÃO / ALTA

ALVAREZ et al (2007), demonstraram como fatores associados ao alcoolismo o meio social no qual o indivíduo habita e/ou se relaciona, o consumo de bebidas alcoólicas por familiares e/ou amigos, o envolvimento de bebidas em cerimônias, cultos e eventos culturais. Neste aspecto apontam estes fatores, assim como consideram a existência de outros, como possíveis causas de interrupção do tratamento e das recaídas ao alcoolismo, de casos já considerados em período de reminiscência.

A CSBM também considera a interferência no tratamento dos alcoolistas deste tipo de fatores. Deste modo, como projeto terapêutico para alguns casos adota o critério de restrição de visitas, de licenças, de reinternação e de alta. Principalmente tratando-se de casos cuja aceitação ao tratamento é considerada vulnerável. Assim, em acordo estabelecido com a

família, depois de detectado possíveis eventos e/ou contatos tidos como desestabilizadores do tratamento, alguma medida restritiva pode ser adotada.

RIBEIRO et al (2008), demonstraram que no tratamento do alcoolismo a adoção de medidas restritivas apresentam mais resultados negativos do que positivos. Pois, para o paciente configuram-se mais como punição, do que como um fator motivador para a evolução do tratamento. Os autores concordam com a existência de eventos e/ou contatos que possam interferir na terapêutica do alcoolismo, assim ressaltam para a promoção do senso crítico do paciente como a melhor medida cautelar a ser estabelecida, onde o próprio paciente deve se torna responsável por definir os seus limites.

Ao abordarmos o tempo médio de internação em comparação as medidas restritivas, os testes estatísticos não demonstraram diferenças significativas. Apesar de na prática assistencial observarmos uma permanência maior dos pacientes com restrição de alta.

6.14 TIPO DE ALTA

É importante salientar que tanto a predominância destacada de pacientes com “alta médica” como a porcentagem menor, mas, muito importante, de “altas a pedido” estão de acordo com vários estudos (BURGER, 2003; CESAR, 2006; ELBREDER et al; 2008; SILVEIRA et al; 2009).

A porcentagem de altas por abandono, somadas às altas por evasão é um alerta aos profissionais para ficarem atentos, em especial naqueles pacientes que, já na pré-admissão na CSBM, apresentam-se com enormes dificuldades para o estabelecimento de vínculo terapêutico com o tratamento.

Fica evidente no exame das medianas (tabela 26) que os pacientes de alta para “transferência para clínica médica” e de alta para “transferência outros”, em relação aos de “alta médica”, são precoces. Essa precocidade pode indicar que o comprometimento clínico dos pacientes configura-se como um fator crítico para o êxito ou não do tratamento psiquiátrico.

No que tange o tempo médio de internação esse foi compatível com o maior número de altas, ou seja, assim como houve um maior número de altas classificadas como “altas médicas” estes pacientes também foram os que apresentaram maior tempo médio de permanência (24,2 dias) na CSBM.

RIBEIRO et al (2008), apontaram um número prevalente de “altas médicas” como um bom indicador de adesão ao tratamento por pacientes alcoolistas. Além, de verificarem que estes pacientes possuem menor risco de recaídas e melhor manutenção do tratamento.

6.15 DIAGNÓSTICO DA ALTA

Dos diagnósticos realizados pela CID-9, desconsiderando-se os diagnósticos tidos como “não especificados”, foi possível evidenciar uma imprecisão maior entre o diagnóstico de entrada e o de saída dos emitidos como “outra alucinose alcoólica”, pois entraram na CSBM mais pacientes do que saíram com esse diagnóstico. Esse resultado pode estar indicando uma falta de consonância entre este diagnóstico emitido pela triagem médica admissional e o diagnóstico estabelecido na alta na CSBM.

Pela dificuldade diagnóstica no período de vigência da CID-9, constatada neste estudo, pode tratar-se também de um modismo temporário utilizado como recurso para se esquivar da imperícia na condução dos diagnósticos admissionais.

Ao avaliarmos os diagnósticos de alta diferentes dos emitidos para a admissão, ao constataremos que a maioria foi de “quadros psicóticos orgânicos”, estes dados tornam-se compatíveis com os resultados dos estudos de RODRIGUEZ et al (2008) e SILVEIRA et al (2009), os quais também demonstraram uma grande prevalência de diagnósticos de alta de pacientes alcoolistas diferentes dos admissionais relativos as psicoses orgânicas.

O tempo médio de internação dos pacientes com diagnóstico de alta de “quadros psicóticos orgânicos” também foi superior (29,8 dias) ao dos outros pacientes com outros diagnósticos diferentes do recebido para a internação. GIGLIOTTI; BESSA (2009) relataram em seu estudo uma maior gravidade dos pacientes alcoolistas portadores de problemas orgânicos associados aos psíquicos, como no caso das psicoses orgânicas. Requerendo assim, maior assistência e tempo de tratamento.

Dos diagnósticos diferentes dos recebidos na admissão, realizados pela CID-10, alguns resultados são compatíveis com a literatura pertinente, tais como: a esquizofrenia paranóide é o diagnóstico diferencial mais encontrado; transtornos mentais orgânicos são mais prevalentes em pacientes internados por alcoolismo do que os pacientes internados por outros transtornos psiquiátricos (MARIN-LEON; BOTEGA, 2007; PULAY et al; 2009; ALMEIDA-FILHO, 2009 e BARROS, 2007).

Quanto ao tempo médio de permanência dos pacientes com diagnósticos de alta diferentes dos recebidos na admissão pela CID-10, também foi maior (31,7 dias) o tempo dos pacientes com diagnóstico de transtornos mentais orgânicos.

FILIZOLA et al (2008), alertam para a interação dos problemas orgânicos e psíquicos desencadeados pelo consumo de álcool. Assim como, ressaltam a grande proporção de indivíduos já detentores de problemas psíquicos, os quais se potencializam com o alcoolismo.

6.16 SERVIÇO DE REFERÊNCIA

Segundo AMARANTE, (2007), até a promulgação da Lei 10.216 que trata da reforma psiquiátrica, nem sempre os serviços hospitalares encaminhavam os pacientes após a alta para serviços comunitários e sem caráter restritivo.

Ao observarmos os dados da CSBM, é possível constatar que a maior parte dos pacientes foram encaminhados para serviços comunitários e/ou para Centros de Atenção Psicossocial, a partir da sua criação. Resultados esses compatíveis com os apresentados por RIBEIRO et al (2009); SILVEIRA et al (2009) e VARGAS et al (2009).

Sendo verificado também um grande número de pacientes encaminhados para consultório médico particular, o que conforme constatado e discutido anteriormente ao abordarmos a procedência, vem mais uma vez a reforçar a suposição da manutenção das internações hospitalares pelo sistema privado, ou seja, consultórios médicos. Assim, como se configura como uma via de captação de clientela.

MELONI; LARANJEIRA (2009) relataram o aumento dos custos em saúde em decorrência de um elevado número de internações muitas vezes desnecessárias. Tendo grande parte dos casos resolutividade na atenção primária de saúde, tida como mais barata e menos estigmatizante.

No que tange ao tempo médio de internação os pacientes com referência de ordem judicial, assim como verificado e discutido na variável procedência, também tiveram tempo médio superior (51,9 dias) em comparação aos pacientes com outra referência. Deste modo confirmando o sistema judiciário como um dos promotores do estigma da hospitalização.

7 LIMITAÇÕES

Entre as limitações deste estudo ressalta-se a reduzida possibilidade de generalização dos resultados, uma vez que a admissão dos sujeitos obedece, tão somente, a considerações clínicas e administrativas associadas à política assistencial adotada pela Clínica São Bento Menni e pelo Sistema Único de Saúde na região Centro Oeste de Minas Gerais. Porém, o desenho utilizado para o seu desenvolvimento, permite que ele seja facilmente reproduzido em diferentes contextos assistenciais.

O elevado número de pacientes incluídos neste estudo dificilmente é encontrado em estudos brasileiros e deve-se considerar ainda que estudos que se desdobram a partir de dados de Sistemas de Informações já existentes, têm sido cada vez mais valorizados, exatamente por possibilitarem importantes discussões acerca de aspectos relativos à efetividade das práticas assistenciais.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A maioria dos pacientes estudados (81,5%) teve uma única admissão na CSBM. Por tratar-se do único hospital psiquiátrico da região Centro Oeste de Minas Gerais, sendo referência para o Sistema Único de Saúde em internações hospitalares psiquiátricas. Pode-se entender esta ocorrência como resultado da melhoria da terapêutica medicamentosa e/ou assistencial. Assim como, possível fruto do movimento da reforma psiquiátrica, o qual promoveu a abertura de vários Centros de Atenção Psicossocial em toda região.

A predominância do sexo masculino com 1815 (82,4%) casos demonstra que o alcoolismo ainda continua sendo um problema cultural e socialmente masculino. Porém, ao analisarmos o tempo de internação e verificarmos que o sexo feminino apresentou uma média de permanência superior ao sexo masculino, constatamos a maior gravidade deste problema para as mulheres em detrimento da sua vulnerabilidade física e orgânica. Todavia, a independência que as mulheres tem conquistado consequentemente tem gerado mudanças de atitude, dentre elas a maior liberdade para o consumo de bebidas alcoólicas, assim causando um crescimento preocupante do alcoolismo neste gênero.

Em relação a idade o maior número de pacientes 715 (32,5%) concentrou-se na faixa etária de 41 a 50 anos. O fato de admitir mais pessoas na idade de 41 a 50 anos, condiz com o estágio de manifestação dos sintomas crônicos apresentados pelos pacientes em detrimento do uso abusivo de álcool por vários anos.

A faixa etária entre 61 a 70 anos, apresentou tempo de internação superior aos pacientes de outras faixas etárias. Podemos assim, considerar o consumo de álcool por idosos ocasionado para superar/mascarar problemas pessoais levando a uma maior morbidade clínica e/ou psiquiátrica, assim requerendo um maior tempo de internação. Além de identificarmos também a existência de adultos alcoólatras que se tornam idosos, assim somando-se aos problemas gerados pelo envelhecimento os problemas já herdados pelos anos de alcoolismo. Ao verificarmos ocorrência de internações de pacientes com idade entre 10 e 20 anos, constatamos que o problema do álcool nesta faixa etária torna-se ainda mais preocupante, sendo essencial o estabelecimento de políticas públicas que consigam inibir e/ou retardar o início do uso, prevenindo assim futuros problemas sociais e de saúde.

A maioria dos pacientes 1901 (86,3%) foi classificada como brancos, os pacientes de cutis do tipo amarelo se sobressaíram com o maior tempo de internação. É sabido que condições pré-existentes estão geneticamente relacionadas, podendo fazer com que o

indivíduo se torne um alcoólatra, porém, os resultados de estudos realizados ainda são pouco conclusivos.

Observamos uma pequena predominância de 1048 (47,6%) pacientes casados, dados esses divergentes do IBGE (2008) para a população das cidades da região Centro Oeste de Minas, que mostra 45,3% de indivíduos solteiros, seguidos de 43,4% casados.

Os pacientes solteiros apresentaram tempo de permanência na CSBM relativamente superior, o que acreditamos que seja devido a não adesão adequada ao tratamento. Assim como, a falta de vínculo conjugal os torna desprovidos de suporte terapêutico familiar e estímulo para o término da hospitalização.

Quanto ao nível de escolaridade houve uma prevalência de 1073 (48,7%) pacientes com o ensino fundamental. Sendo que os semi-alfabetizados e os com ensino fundamental se equivaleram com o maior tempo de internação. A combinação destes dois resultados parece indicar que o alcoolismo associado a baixa escolaridade repercute em uma maior probabilidade de internação e maior tempo de tratamento.

Associando o sexo e a idade não observamos diferenças significativas, sendo a idade média do sexo masculino de 41,76 anos e do sexo feminino de 41,68 anos.

A maioria dos pacientes 591 (26,8%) eram trabalhadores de serviços (autônomos), vendedores do comércio em lojas e mercados. Dados compatíveis com os da Secretaria Estadual de Administração e Planejamento do Estado de Minas Gerais (2009), para a população da região Centro Oeste de Minas Gerais, que mostra 48,7% dos indivíduos ativos em atividades ligadas aos setores de prestação de serviços e comércio, seguidos por 35,5% em atividades no setor agropecuário e 13,6% nos setores industriais.

Os trabalhadores de serviços administrativos apresentaram tempo de internação superior às demais profissões. Em seguida encontram-se os desempregados com tempo de internação relativamente superior. A exclusão dos indivíduos do setor produtivo, seja pela dificuldade de inserção no mercado de trabalho, seja pela perda da atividade de trabalho, podemos assim considerar como um fator precipitador ou potencializador do alcoolismo.

A maioria das pacientes internados por alcoolismo na CSBM foi proveniente dos municípios de pequeno porte. Assim, supomos a relação com a pouca oferta de trabalho, de educação profissional, de lazer e de cultura.

Os municípios de Leandro Ferreira com 2955 habitantes e Araújos com 7201 habitantes, apresentaram-se como os municípios da região Centro Oeste de Minas Gerais com

a maior taxa de internação por alcoolismo na CSBM /1.000 habitantes, ou seja, acima 5,0 pacientes a cada 1.000 habitantes.

Cabe assim investigar de forma mais detalhada em futuros estudos o que esta levando estes municípios a apresentarem o maior número de internações de pacientes por alcoolismo na CSBM, pois não evidenciamos diferenças que poderiam justificar tal ocorrência.

Verificamos que 95% dos pacientes no momento da internação apresentaram-se acompanhados por um familiar. Fato esse que demonstra a necessidade de apoio pelos pacientes no enfrentamento da doença e da hospitalização.

O maior número de pacientes (943 – 42,8%) foi procedente para a internação na CSBM das próprias famílias. Sendo também preocupante o elevado número (455 – 20,6%) de pacientes procedentes para a internação dos Centros de Atenção Psicossocial. O que nos leva a considerar a hipótese da seleção dos pacientes mais graves para a internação, assim, restando aos serviços abertos somente os pacientes mais fáceis de tratar.

Pacientes procedentes para a internação por ordem judicial apresentaram tempo de permanência na CSBM significativamente superior. O que demonstra a morosidade da justiça na liberação dos pacientes após receberem a alta médica e contrapõe ao preconizado pela Lei 10.216 da reforma psiquiátrica

Foi oportuno confirmar o grande número de internações (1232 – 55,9%) financiadas pelo SUS. Porém, ao observarmos as internações pagas por meio de plano de saúde ou particular, nos leva a considerar o fato da soma destes números (planos de saúde 530 – 24% e particulares 413 – 18,7%), serem equitativo com o número total de pacientes procedentes da própria família para a internação, o que pressupõe uma maior facilidade para a internação.

Constatou-se que no decorrer dos anos ocorreu uma queda considerável no número de internações involuntárias. Sendo possível observar um declínio importante a partir do ano de 1996, período esse marcado pela abertura dos primeiros serviços comunitários de atenção a saúde mental; denominados como Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS).

Foi possível também observar que houve uma redução considerável do número de internações involuntárias a partir do ano de 2001. Pois, com a promulgação da Lei 10.216, de 6 de abril de 2001, que trata da reforma psiquiátrica, tanto as instituições hospitalares psiquiátricas quanto os profissionais médicos responsáveis pela hospitalização passaram a ter a responsabilidade nos casos das internações involuntárias de comunicar, no prazo máximo de 72 horas, o Ministério Público Estadual.

O tempo de internação dos pacientes que foram internados de forma voluntária foi superior ao tempo dos pacientes internados de forma involuntária. Fato esse explicado pela maior adesão ao tratamento pelos pacientes com internação voluntária em comparação aos pacientes com internação involuntária.

Dos 2203 pacientes internados, 607 (27,6%) tiveram o diagnóstico da internação baseado na CID-9. É importante ressaltar neste período o elevado número de diagnósticos não especificados (288 – 47,4%), o que pressupõe imperícia na condução clínica dos diagnósticos. A maioria dos diagnósticos realizados (116 – 19,1%) refere-se ao quadro de alucinação alcoólica, o que deixa evidente o caráter agudo dos casos.

Os pacientes com diagnóstico de “Outra Demência Alcoólica” apresentaram o maior tempo de internação em comparação com os pacientes com outros diagnósticos, o que deixa evidente a gravidade dos casos psiquiátricos associados a quadros orgânicos.

567 (25,7%) pacientes mantiveram o mesmo diagnóstico para a alta, tendo somente 40 (1,8%) pacientes seus diagnósticos de alta diferentes dos recebidos no momento da internação, ou seja, com diagnósticos realizados por outros capítulos da CID-9. Destes 11 (27,5%) receberam como diagnóstico de alta o referente aos “Quadros Psicóticos Orgânicos”, seguidos por 9 (22,5%) com diagnóstico de “Psicoses Esquizofrênicas”.

Os pacientes que receberam o diagnóstico de “Psicoses Esquizofrênicas”, foram os que apresentaram o maior tempo de permanência comparado aos outros pacientes que também tiveram os seus diagnósticos alterados. Deste modo, evidenciando a gravidade dos quadros psicóticos associados ao alcoolismo.

Dos outros 1596 (72,4%) pacientes que tiveram seus diagnósticos baseados na CID-10, constatou-se um grande número de casos de uso de álcool – síndrome de dependência (695 – 43,5%). Assim, como os pacientes com diagnóstico de “Uso de Álcool Transtorno Psicótico Residual ou de Instalação Tardia” apresentaram tempo de internação superior.

Os 198 (8,9%) pacientes que tiveram seus diagnósticos alterados, ou seja, realizados por outros capítulos da CID-10, a maior proporção (58 – 29,2%) receberam o diagnóstico de “Esquizofrenia Paranóide”, seguidos por 40 (20,2%) com diagnóstico de “Transtornos Mentais Orgânicos”.

Os “Transtornos Mentais Orgânicos” tiveram o maior tempo de internação comparando-se com os pacientes com outros diagnósticos. O que vem reforçar a gravidade da interação de problemas orgânicos e psíquicos.

Ao avaliarmos o ano da 1ª internação, observamos de uma forma geral um aumento progressivo do número de casos, porém, foi possível identificar uma queda considerável no tempo médio de internação de 30 a 40 dias (década de 80) para 20 a 30 dias (década de 90), assim como, nos anos seguintes.

Não verificamos uma redução significativa do número de internações no ano de 2002 (data de criação e início da implantação dos Centros de Atenção Psicossocial), bem como, nos anos subsequentes.

Pacientes internados entre os anos de 1980 e 1990 apresentaram tempo de permanência significativamente superior aos pacientes internados entre os anos de 1991 e 2000 e dos pacientes internados entre os anos de 2001 e 2008, o que nos faz supor como resultado da diminuição da cronicidade dos casos e promoção da reforma psiquiátrica.

673 (30,5%) pacientes foram submetidos a algum tipo de medida restritiva administrativa e/ou considerada terapêutica. Sendo o tempo de duração da internação dos pacientes que tiveram restrição e dos pacientes que não tiveram restrição de visitas praticamente equitativo. Assim, não evidenciamos efetividade nestas medidas ditas terapêuticas e concordamos com a promoção do senso crítico dos pacientes para que os mesmos consigam estabelecer seus limites.

Com relação ao tipo de alta foi prevalente o número de alta médica hospitalar (1950 – 88,5%), o que nos leva a considerar um bom indicador da adesão ao tratamento pelos pacientes.

No que se refere ao encaminhamento após a alta (Serviço de Referência), constatamos que a maioria (970 - 44%) dos pacientes foram referenciados para os Centros de Atenção Psicossocial, o que deixa transparecer que a instituição hospitalar tem buscado cumprir o disposto na Lei nº. 10.216 da reforma psiquiátrica.

Foi possível constatar que os pacientes que receberam alta médica e os que receberam alta por abandono apresentaram tempo de internação equivalente. Porém, foi preocupante a constatação de que o terceiro maior número de encaminhamentos (513 – 23,2%) após a alta, foi para consultório médico particular. O que nos leva a tecer considerações quanto a manutenção das internações hospitalares pelo sistema mercantilista de assistência a saúde.

Ao abordarmos o comprometimento clínico que envolve grande parte dos casos de alcoolismo, foi possível identificar a capacidade de resolução de problemas clínicos apresentada pelo hospital psiquiátrico.

Deste modo, conforme demonstraram os resultados deste estudo, podemos considerar que a relação entre o homem e o álcool foi e continua sendo muito conflituosa, gerando ao final, mais prejuízos do que benefícios. Assim, o consumo de álcool configura como um grande vilão para a humanidade, tendo enorme peso como causa de adoecimento e morte no mundo, bem como, relacionando-se ao mesmo tempo a diversas conseqüências pessoais e sociais negativas. Tornando-se assim imprescindível a busca contínua de novos saberes acerca do alcoolismo, o que cada vez mais propiciará um novo olhar para esse problema, chegando assim, o dia em que o homem vencerá de uma vez por todas essa doença.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA-FILHO, Naomar. Alcohol drinking patterns by gender, ethnicity, and social class in Bahia, Brazil. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 38, n. 1, fev. 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000100007&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 01 out. 2009. doi: 10.1590/S0034-89102004000100007.
- ALVAREZ, Armando M. Alonso. Fatores de risco que favorecem a recaída no alcoolismo. *J. bras. psiquiatr.*, Rio de Janeiro, v. 56, n. 3, 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852007000300006&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 01 out. 2009. doi: 10.1590/S0047-20852007000300006.
- AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. Manicômio e loucura no final do século e do milênio. In: FERNANDES, M. I.; SCARCELLI, I. R.; COSTA, E. S. (org). *Fim de século: ainda manicômios?*. São Paulo: IPUSP, 1999, P. 47-52.
- AMARANTE, P.; GIOVANELLA, L. O enfoque estratégico do planejamento em saúde e saúde mental. In: AMARANTE, P. (org). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. 1º impressão. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998, P. 113-48.
- AMARANTE, P.; TORRES, E. H. G. A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. In: *Saúde em debate – Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde*, v. 25, n. 58, maio/agosto/2001, p. 26-34.
- AMARANTE, P. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, v. 01. 120 p., 2007.
- AMARANTE, P. *O Homem e a Serpente: Outras Histórias para a Loucura e a Psiquiatria*. 2r. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 141 p. 2003.
- AMARANTE, P. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, v. 01. 120 p., 2007.
- ARRUDA, M. *Humanizar o Infra-humano - A Formação do Ser Humano Integral: Homo evolutivo, práxis e economia solidária*. Editora Vozes. Petrópolis; 2003.
- BARRETO, M. L.; CARMO, E.H. Situação de saúde da população brasileira: tendências históricas, determinantes e implicações para as políticas de saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, ano III (números 3 e 4): 5-34; 2004.
- BARRETO, M. L.; CARMO, E.H. Determinantes das condições de saúde e problemas prioritários do país. Ministério da Saúde. *Caderno da 11ª Conferência Nacional de Saúde*; Brasília, pp. 235-259; 2000.

BARRETO, M. L.; CARMO, E.H. Mudanças em padrões de morbi-mortalidade: Conceitos e métodos. In: Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil: A Evolução do País e suas Doenças. Editora Hucitec. São Paulo, pp. 17-30; 2005.

BARRETO, M. L.; CARMO, E. H.; NORONHA, C. V.; NEVES, R. B. T; ALVES, P. C. Mudança nos padrões de morbi-mortalidade: Uma revisão crítica das abordagens epidemiológicas. Editora Physis. São Paulo, 3: 126-146; 2003.

BARRETO M.L. CARMO E.H, SANTOS CAST, FERREIRA LDA. Saúde da população brasileira: mudanças superposição de padrões e desigualdades. Editora Lemos. São Paulo, 2000.

BARROS, Marilisa Berti de Azevedo . Prevalence of alcohol abuse and associated factors in a population-based study. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 41, n. 4, ago. 2007 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000400002&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 01 out. 2009. Epub 29-Maio-2007. doi: 10.1590/S0034-89102006005000032.

BAUMEISTER SE, ALTE D, MEYER C, JOHN U. Health Risk drinking and problematic consumption of alcohol in Pomerania: comparative analysis of the Study of Health in Pomerania compared with the Federal German Health and Examination Survey in 1998. Journal Gesundheitswesen. Berlim, Alemanha, 2005; Jan;67(1):39-47.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para países em transição. Brasília; Ministério da Saúde; fev. 2008. 144 p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de saúde. Relatório de gestão, 1998-2002. Brasília; Ministério da Saúde; 2002.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Reduzindo as desigualdades e ampliando o acesso à assistência à saúde no Brasil 1998 – 2002. Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília; Ministério da Saúde; 2002.

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

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

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

BRASIL. Congresso Nacional. Lei 10.708, de 31 de julho de 2003. Dispõe sobre a regulamentação do auxílio-reabilitação psicossocial, para assistência, acompanhamento e integração social, fora da unidade hospitalar de pessoas acometidas por transtornos mentais, com história de longa internação psiquiátrica (com dois anos ou mais de internação).. Diário Oficial da União de 01 Agosto de 2003.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censos Demográficos e Contagem Populacional 2008. Disponível em <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em 08 de Nov. 2009.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Distribuição Geográfica, Espacial e Delimitação Territorial 2008. Disponível em <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em 06 de Dez. 2009.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção a Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. Política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília; Ministério da Saúde; 2003. 69 p.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. DATASUS. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acessos em 01 out. 2009.

BRESLOW RA, FADEN VB, SMOTHERS B. Alcohol consumption by elderly Americans. J Stud Alcohol. Maryland, E.U.A., 2003; Nov;64(6):884-92.

BURGER M, MENSINK GB, BERGMANN E, PIETRZIK K. Characteristics associated with alcohol consumption in Germany. Journal Stud Alcohol. Berlim, Alemanha, 2003; Mar; 64(2):262-9.

CARLINI E, GALDURÓZ J, NOTO A, NAPPO S. Levantamento domiciliar nacional sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil. Escola Paulista de Medicina. Departamento de Psicologia. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), São Paulo, 2006. . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462004000500003&lng=en&nrm=iso>. access on 01 Oct. 2009. doi: 10.1590/S1516-44462004000500003.

CARMO EH, BARRETO M.L., BARBOSA DA SILVA J. Mudanças nos padrões de morbimortalidade da população brasileira: desafios para um novo século. Epidemiologia e Serviços de Saúde 2003; 12 (2):61-73.

CESAR, Beatriz Aceti Lenz. Alcoolismo feminino: um estudo de suas peculiaridades. Resultados preliminares. J. bras. psiquiatr., Rio de Janeiro, v. 55, n. 3, 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852006000300006&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 01 out. 2009. doi: 10.1590/S0047-20852006000300006.

CHAUCER, G. The Canterbury Tales. Translated into Modern English by Nevill Coghill. London: Penguin Books. São Paulo: T.A. Queiróz 1991.

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

COSTA, Juvenal S Dias da et al. Consumo abusivo de álcool e fatores associados: estudo de base populacional. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 38, n. 2, abr. 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000200019&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 01 out. 2009. doi: 10.1590/S0034-89102004000200019.

DIMENSTEIN, Magda et al. O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. Saude e Sociedade. São Paulo, v. 18, n. 1, Mar. 2009.

ELBREDER, Márcia Fonsi et al. Perfil de mulheres usuárias de álcool em ambulatório especializado em dependência química. J. bras. psiquiatr., Rio de Janeiro, v. 57, n. 1, 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852008000100003&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 01 out. 2009. doi: 10.1590/S0047-20852008000100003.

FACUNDO, Francisco Rafael Guzmán et al. Trastornos por consumo de alcohol (AUDIT) en adolescentes y jovenes marginales de bandas juveniles de Mexico. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, dez. 2007. Disponível em <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452007000400009&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 01 out. 2009.

FILIZOLA, Patrícia Rego Barros et al. Alcoolismo no Nordeste do Brasil: prevalência e perfil sociodemográfico dos afetados. J. bras. psiquiatr., Rio de Janeiro, v. 57, n. 4, 2008. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852008000400001&lng=en&nrm=iso>. access on 01 Oct. 2009. doi: 10.1590/S0047-20852008000400001.

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. Centro de Estatística e Informações, Belo Horizonte, 2009. Disponível em <http://www.Fjp.mg.com.br>. Acesso em 05 set 2009.

GALDUROZ, José Carlos F; CAETANO, Raul. Epidemiologia do uso de álcool no Brasil. Rev. Bras. Psiquiatr., São Paulo, 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462004000500002&lng=en&nrm=iso>. access on 01 Oct. 2009. doi: 10.1590/S1516-44462004000500002.

GALLASSI, Andrea Donatti; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon; ANDRADE, Arthur Guerra de. Caracterização do gasto SUS com internações de dependentes de substâncias psicoativas no período de 2000 a 2002 no município de Campinas - SP. Rev. psiquiatr. clín., São Paulo, 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832008000700002&lng=en&nrm=iso>. access on 01 Oct. 2009. doi: 10.1590/S0101-60832008000700002

GALLASSI, Andrea Donatti et al. Custos dos problemas causados pelo abuso do álcool. Rev. psiquiatr. clín., São Paulo, 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832008000700007&lng=en&nrm=iso>. access on 01 Oct. 2009. doi: 10.1590/S0101-60832008000700007.

GIGLIOTTI, Analice; BESSA, Marco Antonio. Síndrome de Dependência do Álcool: critérios diagnósticos. Rev. Bras. Psiquiatr., São Paulo, 2009 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462004000500004&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 01 out. 2009. doi: 10.1590/S1516-44462004000500004.

HALME JT, SEPPÄ K, ALHO H, PIRKOLA S, POIKOLAINEN K, LÖNNQVIST J, AALTO M. Hazardous drinking: prevalence and associations in the Finnish general population. Alcohol Clin Exp Res. Helsinki, Finlândia, 2008; Sep;32(9):1615-22.

HEIM, Joanna; ANDRADE, Arthur Guerra de. Efeitos do uso do álcool e das drogas ilícitas no comportamento de adolescentes de risco: uma revisão das publicações científicas entre 1997 e 2007. Rev. psiquiatr. clín., São Paulo, 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832008000700013&lng=en&nrm=iso>. access on 01 Oct. 2009. doi: 10.1590/S0101-60832008000700013.

HINGSON, RW; ZHA, W. Age of Drinking Onset, Alcohol Use Disorders, Frequent Heavy Drinking, Aand Unintentionally Injuring Oneself and Others After Drinking. Journal Pediatrics. New York, E.U.A., 2009; Jun;123(6):1477-84.

HULSE, Gary K. Alcohol, drugs and much more in later life. Rev. Bras. Psiquiatr., São Paulo, 2009 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462002000500008&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 01 out. 2009. doi: 10.1590/S1516-44462002000500008.

Huss, Magnus. Analyse de l'alcoolisme chronique par le Docteur Magnus Huss. Paris, Annales Médico-Psychologiques 1853; 5:60-88. Disponível em http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/hes_0752-5702_1984_num_3_4_1380 <acesso em 01 out. 2009>.

IHSCJ. Hospitais da Congregação das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus, São Paulo, 2009. Disponível em <http://www.ihscj.com.br>. Acesso em 01 de set 2009.

JELLINEK, Elvin Morton. The disease concept of alcoholism. Journal New Haven: College and University. London, England, 1960; n. 6.

KANTORSKI, Luciane Prado. O conhecimento produzido em saúde mental e sua aplicação nos serviços. Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.). [online]. vol.3, no.1 fev. 2007.

LEJOYEUX M, DELAROUQUE F, MCLOUGHLIN M, ADÈS J. Alcohol dependence among elderly French inpatients. Journal Geriatr Psychiatry. Colombes, França, 2005; May-Jun;11(3):360-4.

LOPEZ, Michel Alpízar; PEREZ HOZ, Grisell; GARCIA HERNANDEZ, Ignacio. Previniendo el alcoholismo. Rev Cubana Salud Pública, Ciudad de La Habana, v. 34, n. 3, 2008. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000300011&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 01 Oct 2009.

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

MACHADO, Ana Regina; MIRANDA, Paulo Sérgio Carneiro. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. Hist. cienc. saude-Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, Sept. 2007. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702007000300007&lng=en&nrm=iso>. access on 01 Oct. 2009. doi: 10.1590/S0104-59702007000300007.

MARIN-LEON L, OLIVEIRA HB, BOTECA NJ. Alcoholism dependence mortality in Brazil: 1998-2002. Psicol Estud. Sao Paulo, Brasil, 2007; 12 (1): 115-121-4.

MATEOS R, PÁRAMO M, CARRERA I, RODRÍGUEZ-LÓPEZ A. Alcohol consumption in a southern European region (Galicia, Spain). Journal Public Health. Galiza, Espanha, 2007; 37(14):1957-76.

MELONI, José Nino; LARANJEIRA, Ronaldo. Custo social e de saúde do consumo do álcool. Rev. Bras. Psiquiatr., São Paulo, 2009. Available from: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462004000500003&lng=en&nrm=iso>. access on 01 Oct. 2009. doi: 10.1590/S1516-44462004000500003.

MINAS GERAIS. Secretaria Estadual de Administração e Planejamento. Regiões Administrativas do Estado de Minas Gerais 2009. Disponível em <http://www.mg.gov.br>. Acesso em 14 de Out. 2009.

OLIVEIRA, Alice G. Bottaro de; ALESSI, Neiry Primo. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, 2003.

PECHANSKY, Flavio; SZOBOT, Claudia Maciel; SCIVOLETTO, Sandra. Uso de álcool entre adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e fatores etiopatogênicos. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, 2009. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462004000500005&lng=en&nrm=iso>. access on 01 Oct. 2009. doi: 10.1590/S1516-44462004000500005.

PEPLAU, H.E. The work of clinical specialists in psychiatric nursing. In S.A. Smoyak & S. Rouslin. *A collection of classics in psychiatric nursing literature*. New York, USA, 1982; p. 47-49.

PILLON, Sandra Cristina; CORRADI-WEBSTER, Clarissa Mendonça. Teste de identificação de problemas relacionados ao uso de álcool entre estudantes universitários. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, set. 2006. Disponível em <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-35522006000300002&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 01 out. 2009.

PILOWSKY, DJ; KEYES, KM; HASIN, DS. Adverse childhood events and lifetime alcohol dependence. *Journal Public Health*. New Jersey, E.U.A., 2009; Fev: 99(2):258-63.

PULAY, A.J; STINSON FS, DAWSON DA, GOLDSTEIN RB, CHOU SP, HUANG B, SAHA TD, Smith SM, Pickering RP, Ruan WJ, Hasin DS, Grant BF. Prevalence, Correlates, Disability, and Comorbidity of DSM-IV Schizotypal Personality Disorder: Results From the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal Clin Psychiatry*. New York, E.U.A., 2009; 11(2):53-67.

PULAY AJ, DAWSON DA, HASIN DS, GOLDSTEIN RB, RUAN WJ, PICKERING RP, HUANG B, CHOU SP, GRANT BF. Violent behavior and DSM-IV psychiatric disorders: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Journal Clin Psychiatry*. New York, 2008 Jan;69(1):12-22.

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

RIBEIRO, Mário Sérgio et al. Ferramentas para descomplicar a atenção básica em saúde mental. Juiz de Fora: UFJF, P. 19-21, 2007.

RIBEIRO, Mário Sérgio et al. Fatores associados à adesão a um programa de tratamento de alcoolistas. J. bras. psiquiatr., Rio de Janeiro, v. 57, n. 3, 2008 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852008000300008&lng=en&nrm=iso>. access on 01 Oct. 2009. doi: 10.1590/S0047-20852008000300008.

RIBEIRO, Marcelo. Organização de serviços para o tratamento da dependência do álcool. Rev. Bras. Psiquiatr., São Paulo, 2009 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462004000500015&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 01 out. 2009. doi: 10.1590/S1516-44462004000500015.

RODRÍGUEZ, Jiménez R; ARAGÜÉS, Maria; ARRIERO, Mattos, PONCE, Gabriel; MUÑOZ, Ângelo; BAGNEY, Antonio; HOENICKA, José; PALOMO, Tarso. Dual diagnosis in psychiatric inpatients: prevalence and general characteristics. Journal Invest. Clin. Madrid, Espana; 2008 Jun;49(2):195-205.

RONZANI, Telmo Mota; MOTA, Daniela Cristina Belchior; SOUZA, Isabel Cristina Weiss de. Prevenção do uso de álcool na atenção primária em municípios do estado de Minas Gerais. Rev. Saúde Pública, São Paulo, 2009 Disponível em www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000800009&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 01 out. 2009. doi: 10.1590/S0034-89102009000800009.

ROUQUAYROL, M. Z; ALMEIDA-FILHO, N. Epidemiologia e Saúde. 12ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2009.

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

RUSH, B. The Autobiography of Benjamin Rush: His "Travels through Life," Together with His Commonplace Book for 1789- 1813, edited by G.W. Corner. Princeton: Princeton University Press, 1948.

SEIFERT J. The development of alcohol dependence in Germany - results from a multicenter study. Journal Psychiatr Prax. Hannover, Germany, 2004; Mar; 31(2):83-9.

SILVA, Vânia. Saúde Mental e Sua Interface com o Programa Saúde da Família. In: Saúde e Loucura 7. São Paulo: Hucitec, p. 121-135, 2004.

SILVA, Sílvia Éder Dias da et al. A educação em saúde como uma estratégia para enfermagem na prevenção do alcoolismo. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, dez. 2007 . Disponível em <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452007000400023&lng=pt&nrm=iso> acesso em 01 out. 2009.

SILVEIRA, Camila Magalhães et al. Epidemiologia do beber pesado e beber pesado episódico no Brasil: uma revisão sistemática da literatura. Rev. psiquiatr. clín., São Paulo, 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832008000700008&lng=en&nrm=iso>. access on 01 Oct. 2009. doi: 10.1590/S0101-60832008000700008.

SOUZA, Jacqueline de et al. Centro de atenção psicossocial álcool e drogas e redução de danos: novas propostas, novos desafios. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, fev. 2007 . Disponível em <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-35522007000200009&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 01 out. 2009.

TROTTER, Thomas. La persécution rituelle des drogués, boucs émissaires de notre temps. Le contrôle d'État de la pharmacopée, França, Editions du Léopard, 1994.

VARGAS, Divane de; OLIVEIRA, Márcia Aparecida Ferreira de; ARAUJO, Eutália C. Prevalência de dependência alcoólica em serviços de atenção primária à saúde de Bebedouro, São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, ago. 2009 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000800007&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 01 out. 2009. doi: 10.1590/S0102-311X2009000800007.

VILLELA, Sueli de Carvalho; SCATENA, Maria Cecília Moraes. A enfermagem e o cuidar na área de saúde mental. Rev. bras. enferm., Brasília, v. 57, n. 6, Dec. 2004.

WETTERLING T, BACKHAUS J, JUNGHANS K. Sucht im alter ein unterschätztes problem in der klinischen versorgung alterer menschen? Journal Journal Public Health. Nervenarzt, Germany, 2004; 73 (9): 861-6.

WILD TC, ROBERTS AB, CUNNINGHAM J, SCHOPFLOCHER D, PAZDERKA-ROBINSON H. Alcohol problems and interest in self-help: a population study of Alberta adults. Journal Public Health. Alberta, Canada, 2004; Mar-Apr;95(2):127-32.

APÊNDICE A

Tabela 1- Capítulo V – Transtornos Mentais da CID-9 e sua comparação com o Capítulo V – Transtornos Mentais e Comportamentais da CID-10

CI D9	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos	CID10	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos
Capítulo V Transtornos Mentais				Capítulo V Transtornos Mentais e Comportamentais			
290	Quadros Psicóticos Orgânicos	290 - Quadros Psicóticos Orgânicos Senis e Pré-Senis	290.0 - Demência Senil tipo simples	F00	Transtornos Mentais Orgânicos Inclusive Sintomáticos	F00 - Demência na Doença de Alzheimer	F00.0 - Demência na doença de Alzheimer de início precoce
			290.1 - Demência pré-senil				F00.1 - Demência na doença de Alzheimer de início tardio
			290.2 - Demência senil tipo depressivo ou paranóide				F00.2 - Demência na doença de Alzheimer forma atípica ou mista
			290.3 - Demência senil com estado confusional agudo				F00.9 - Demência não especificada na Doença de Alzheimer

“Tabela 1, continua”

CID 9	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos	CID10	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos
Capítulo V Transtornos Mentais				Capítulo V Transtornos Mentais e Comportamentais			
290	Quadros Psicóticos Orgânicos	290 - Quadros Psicóticos Orgânicos Senis e Pré-Senis	290.4 - Demência arteriosclerótica	F01	Transtornos Mentais Orgânicos Inclusive os Sintomáticos	F01 - Demência Vascular	F01.0 - Demência vascular de início agudo
							F01.1 - Demência por infartos múltiplos
							F01.2 - Demência vascular subcortical
							F01.3 - Demência vascular mista, cortical e subcortical
							F01.8 - Outra demência vascular
							F01.9 - Demência vascular não especificada
			290.8 - Outros	F02	Transtornos Mentais Orgânicos Inclusive os Sintomáticos	F02 - Demência em Outras Doenças Classificadas em Outra Parte	F02.0 - Demência da doença de Pick
							F02.1 - Demência na doença de Creutzfeldt-Jacob
							F02.2 - Demência na doença de Huntington
							F02.3 - Demência na doença de Parkinson
			290.8 - Outros	F03	Transtornos Mentais Orgânicos Inclusive os Sintomáticos	F03 - Demência Não Especificada	F02.4 - Demência na doença do vírus da imunodeficiência humana (HIV)
							F02.8 - Demência em outras doenças especificadas classificadas em outra parte
			290.8 - Outros	F04	Transtornos Mentais Orgânicos Inclusive os Sintomáticos	F04 - Síndrome Amnésica Orgânica Não Induzida Pelo Álcool ou Por Outras Substâncias Psicoativas	F03 - Demência Não Especificada
							F04 - Síndrome Amnésica Orgânica Não Induzida Pelo Álcool ou Por Outras Substâncias Psicoativas

“Tabela 1, continuação”

CID 9	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos	CID10	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos
Capítulo V Transtornos Mentais				Capítulo V Transtornos Mentais e Comportamentais			
290	Quadros Psicóticos Orgânicos	290 - Quadros Psicóticos Orgânicos Senis e Pré-Senis	290.8 – Outros	F05	Transtornos Mentais Orgânicos Inclusive os Sintomáticos	F05 - Delirium Não Induzido Pelo Álcool ou Por Outras Substâncias Psicoativas	F05.0 - Delirium não superposto a uma demência assim descrito
							F05.1 - Delirium superposto a uma demência
							F05.8 - Outro delirium
							F05.9 - Delirium não especificado
							F06.0 - Alucinação orgânica
							F06.1 - Estado catatônico orgânico
							F06.2 - Transtorno delirante orgânico (tipo esquizofrênico)
							F06.3 - Transtornos do humor (afetivos) orgânicos
							F06.4 - Transtornos orgânicos de ansiedade
							F06.5 - Transtorno dissociativo orgânico
							F06.6 Transtorno de labilidade emocional (astênico) orgânico
							F06.7 - Transtorno cognitivo leve
							F06.8 - Outros transtornos mentais especificados devidos a uma lesão e disfunção cerebral e a uma doença física
							F06.9 - Transtorno mental não especificado devido a uma lesão e disfunção cerebral e a uma doença física
			290.8 - Outros	F06	Transtornos Mentais Orgânicos Inclusive os Sintomáticos	F06 - Outros Transtornos Mentais Devido a Lesão e Disfunção Cerebral e a Doença Física	

“Tabela 1, continuação”

CID 9	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos	CID10	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos
Capítulo V Transtornos Mentais				Capítulo V Transtornos Mentais e Comportamentais			
290	Quadros Psicóticos Orgânicos	290 - Quadros Psicóticos Orgânicos Senis e Pré-Senis	290.8 - Outros	F07	Transtornos Mentais Orgânicos Inclusive os Sintomáticos	F07 - Transtornos de Personalidade e do Comportamento Devidos a Doença, a Lesão e a Disfunção Cerebral	F07.0 - Transtorno orgânico da personalidade
							F07.1 - Síndrome pós-encefálica
							F07.2 - Síndrome pós-traumática
							F07.8 - Outros transtornos orgânicos da personalidade e do comportamento devidos a doença cerebral, lesão e disfunção
							F07.9 - Transtornos orgânicos não especificado da personalidade e do comportamento devido a doença cerebral, lesão e disfunção
			290.8 - Outros	F09	Transtornos Mentais Orgânicos Inclusive os Sintomáticos	F09 - Transtorno Mental Orgânico ou Sintomático Não Especificado	F09 - Transtorno Mental Orgânico ou Sintomático Não Especificado

“Tabela 1, continuação”

CID 9	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos	CID10	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos
Capítulo V Transtornos Mentais				Capítulo V Transtornos Mentais e Comportamentais			
291	Quadros Psicóticos Orgânicos	291 - Psicoses Alcoólicas	291.0 - Delirium tremens	F10	Transtornos Mentais e Comportamentais Devidos ao Uso de Substância Psicoativa	F10 - Transtornos Mentais e Comportamentais Devidos ao Uso de Álcool	F10.4 - Transtornos Mentais e Comportamentais Devido ao Uso de Álcool - Síndrome de Abstinência com Delírium
			291.1 - Psicose alcoólica de Korsakov	F10	Transtornos Mentais e Comportamentais Devidos ao Uso de Substância Psicoativa	F10 - Transtornos Mentais e Comportamentais Devidos ao Uso de Álcool	F10.6 - Transtornos Mentais e Comportamentais Devido ao Uso de Álcool - Síndrome Amnésica
			291.2 - Outra demência alcoólica	F10	Transtornos Mentais e Comportamentais Devidos ao Uso de Substância Psicoativa	F10 - Transtornos Mentais e Comportamentais Devidos ao Uso de Álcool	F10.2 - Transtornos Mentais e Comportamentais Devido ao Uso de Álcool - Uso Nocivo Para a Saúde

Tabela 1, continuação”

CID 9	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos	CID10	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos
Capítulo V Transtornos Mentais				Capítulo V Transtornos Mentais e Comportamentais			
291	Quadros Psicóticos Orgânicos	291 - Psicoses Alcoólicas	291.3 - Outra alucinação alcoólica	F10	Transtornos Mentais e Comportamentais Devidos ao Uso de Substância Psicoativa	F10 - Transtornos Mentais e Comportamentais Devido ao Uso de Álcool	F10.5 - Transtornos Mentais e Comportamentais Devido ao Uso de Álcool - Transtorno Psicótico
			291.4 - Embriaguez patológica	F10	Transtornos Mentais e Comportamentais Devidos ao Uso de Substância Psicoativa	F10 - Transtornos Mentais e Comportamentais Devido ao Uso de Álcool	F10.0 - Transtornos Mentais e Comportamentais Devido ao Uso de Álcool - Intoxicação Aguda
			291.5 - Cúme alcoólico	F10	Transtornos Mentais e Comportamentais Devidos ao Uso de Substância Psicoativa	F10 - Transtornos Mentais e Comportamentais Devido ao Uso de Álcool	F10.5 - Transtornos Mentais e Comportamentais Devido ao Uso de Álcool - Transtorno Psicótico

Tabela 1, continuação”

CID 9	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos	CID10	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos
Capítulo V Transtornos Mentais				Capítulo V Transtornos Mentais e Comportamentais			
291	Quadros Psicóticos Orgânicos	291 - Psicoses Alcoólicas	291.8 - Outros	F10	Transtornos Mentais e Comportamentais Devidos ao Uso de Substância Psicoativa	F10 - Transtornos Mentais e Comportamentais Devido ao Uso de Álcool	F10.8 - Transtornos Mentais e Comportamentais Devido ao Uso de Álcool - Outros Transtornos Mentais ou Comportamentais
			291.9 - Não especificada	F10	Transtornos Mentais e Comportamentais Devidos ao Uso de Substância Psicoativa	F10 - Transtornos Mentais e Comportamentais Devido ao Uso de Álcool	F10.9 - Transtornos Mentais e Comportamentais Devido ao Uso de Álcool - Transtorno Mental ou Comportamental Não Especificado

“Tabela 1, continuação”

CID 9	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos	CID10	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos
Capítulo V Transtornos Mentais				Capítulo V Transtornos Mentais e Comportamentais			
291	Quadros Psicóticos Orgânicos	291 - Psicoses Alcoólicas	291.0 - Delirium tremens	F10	Transtornos Mentais e Comportamentais Devidos ao Uso de Substância Psicoativa	F10 - Transtornos Mentais e Comportamentais Devido ao Uso de Álcool	F10.4 - Transtornos Mentais e Comportamentais Devido ao Uso de Álcool - Síndrome de Abstinência com Delírium
			291.1 - Psicose alcoólica de Korsakov	F10	Transtornos Mentais e Comportamentais Devidos ao Uso de Substância Psicoativa	F10 - Transtornos Mentais e Comportamentais Devido ao Uso de Álcool	F10.6 - Transtornos Mentais e Comportamentais Devido ao Uso de Álcool - Síndrome Amnésica
			291.2 - Outra demência alcoólica	F10	Transtornos Mentais e Comportamentais Devidos ao Uso de Substância Psicoativa	F10 - Transtornos Mentais e Comportamentais Devido ao Uso de Álcool	F10.2 - Transtornos Mentais e Comportamentais Devido ao Uso de Álcool - Uso Nocivo Para a Saúde

“Tabela 1, continuação”

CID 9	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos	CID10	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos
Capítulo V Transtornos Mentais				Capítulo V Transtornos Mentais e Comportamentais			
291	Quadros Psicóticos Orgânicos	291 - Psicoses Alcoólicas	291.3 - Outra alucinação alcoólica	F10	Transtornos Mentais e Comportamentais Devidos ao Uso de Substância Psicoativa	F10 - Transtornos Mentais e Comportamentais Devido ao Uso de Álcool	F10.5 - Transtornos Mentais e Comportamentais Devido ao Uso de Álcool - Transtorno Psicótico
			291.4 - Embriaguez patológica	F10	Transtornos Mentais e Comportamentais Devidos ao Uso de Substância Psicoativa	F10 - Transtornos Mentais e Comportamentais Devido ao Uso de Álcool	F10.0 - Transtornos Mentais e Comportamentais Devido ao Uso de Álcool - Intoxicação Aguda
			291.5 - Cúme alcoólico	F10	Transtornos Mentais e Comportamentais Devidos ao Uso de Substância Psicoativa	F10 - Transtornos Mentais e Comportamentais Devido ao Uso de Álcool	F10.5 - Transtornos Mentais e Comportamentais Devido ao Uso de Álcool - Transtorno Psicótico

“Tabela 1, continuação”

CID 9	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos	CID10	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos
Capítulo V Transtornos Mentais				Capítulo V Transtornos Mentais e Comportamentais			
291	Quadros Psicóticos Orgânicos	291 - Psicoses Alcoólicas	291.8 - Outros	F10	Transtornos Mentais e Comportamentais Devidos ao Uso de Substância Psicoativa	F10 - Transtornos Mentais e Comportamentais Devido ao Uso de Álcool	F10.8 - Transtornos Mentais e Comportamentais Devido ao Uso de Álcool - Outros Transtornos Mentais ou Comportamentais
			291.9 - Não especificada	F10	Transtornos Mentais e Comportamentais Devidos ao Uso de Substância Psicoativa	F10 - Transtornos Mentais e Comportamentais Devido ao Uso de Álcool	F10.9 - Transtornos Mentais e Comportamentais Devido ao Uso de Álcool - Transtorno Mental ou Comportamental Não Especificado

“Tabela 1, continuação”

CID 9	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos	CID10	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos
Capítulo V Transtornos Mentais				Capítulo V Transtornos Mentais e Comportamentais			
292	Quadros Psicóticos Orgânicos	292 - Psicoses por Drogas	292.0 - Síndrome de abstinência de drogas	F11	Transtornos Mentais e Comportamentais Devidos ao Uso de Substância Psicoativa	F11 - Transtornos Mentais e Comportamentais Devidos ao Uso de Opiáceos	F11.3 - Transtornos Mentais e Comportamentais Devidos ao Uso de Opiáceos - Síndrome (estado de abstinência)
			292.1 - Estados paranóides e/ou alucinatórios induzidos por drogas	F11	Transtornos Mentais e Comportamentais Devidos ao Uso de Substância Psicoativa	F11 - Transtornos Mentais e Comportamentais Devidos ao Uso de Opiáceos	F11.7 - Transtornos Mentais e Comportamentais Devidos ao Uso de Opiáceos - Transtorno Psicótico Residual ou de Instalação Tardia
			292.2 - Intoxicação patológica por drogas	F11	Transtornos Mentais e Comportamentais Devidos ao Uso de Substância Psicoativa	F11 - Transtornos Mentais e Comportamentais Devidos ao Uso de Opiáceos	F11.0 - Transtornos Mentais e Comportamentais Devidos ao Uso de Opiáceos - Intoxicação Aguda

Tabela 1, continuação”

CID 9	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos	CID10	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos
Capítulo V Transtornos Mentais				Capítulo V Transtornos Mentais e Comportamentais			
292	Quadros Psicóticos Orgânicos	292 - Psicoses por Drogas	292.9 - Não Especificada	F11	Transtornos Mentais e Comportamentais Devidos ao Uso de Substância Psicoativa	F11 - Transtornos Mentais e Comportamentais Devidos ao Uso de Opiáceos	F11.9 - Transtornos Mentais e Comportamentais Devidos ao Uso de Opiáceos - Não Especificado

“Tabela 1, continuação”

CID 9	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos	CID10	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos
Capítulo V Transtornos Mentais				Capítulo V Transtornos Mentais e Comportamentais			
295	Outras Psicoses	295 - Psicose esquizofrênica	295.0 - Tipo simples	F20	Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes.	F20 - Esquizofrenia	F20.6 - Esquizofrenia Simples
			295.1 - Tipo hebefrênico				F20.1 - Esquizofrenia hebefrênica
			295.2 - Tipo catatônico				F20.2 - Esquizofrenia catatônica
			295.3 - Tipo paranóide				F20.0 - Esquizofrenia paranóide
			295.4 - Episódio esquizofrênico agudo				Sem Classificação
			295.6 - Esquizofrenia residual				F20.5 - Esquizofrenia residual
			295.8 - Outras				F20.8 - Outras esquizofrenias
			295.9 - Não Especificada				F20.9 - Esquizofrenia não especificada
			295.5 - Esquizofrenia latente	F21	Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes.	F21 - Transtorno esquizotípico	Sem Classificação

“Tabela 1, continuação”

CID 9	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos	CID10	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos
Capítulo V Transtornos Mentais				Capítulo V Transtornos Mentais e Comportamentais			
295	Outras Psicoses	295 - Psicose esquizofrênica	295.7 - Tipo esquizoafetivo	F25	Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes.	F25 - Transtornos Esquizoafetivos	F25.0 - Transtorno Esquizoafetivo do tipo maníaco
							F25.1 - Transtorno Esquizoafetivo do tipo depressivo
							F25.2 - Transtorno Esquizoafetivo do tipo misto
							F25.8 - Outros transtornos esquizoafetivos
							F25.9 - Transtorno Esquizoafetivo

“Tabela 1, continuação”

CID 9	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos	CID10	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos
Capítulo V Transtornos Mentais				Capítulo V Transtornos Mentais e Comportamentais			
296	Outras Psicoses	296 - Psicoses afetivas	296.0 - Psicose maníaco-depressiva tipo maníaco	F30	Transtorno do humor (Afetivos)	F30 - Episódio Maníaco	F30.0 - Hipomania
							F30.1 - Mania sem sintomas psicóticos
							F30.2 - Mania com sintomas psicóticos
							F30.8 - Outros episódios maníacos
							F30.9 - Episódio maníaco, não especificado
			296.1 - Psicose maníaco-depressiva tipo depressiva	F32	Transtorno do humor (Afetivos)	F32 - Episódios Depressivos	F32.0 - Episódio depressivo leve
							F32.1 - Episódio depressivo moderado
							F32.2 - Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos
							F32.3 - Episódio depressivo grave com sintomas psicóticos
							F32. 8 - Outros episódios depressivos
							F32.9 - Episódio depressivo não especificado
			296.2 - Psicose maníaco-depressiva circular fase maníaca	S/C	Sem Classificação	Sem Classificação	Sem Classificação
			296.3 - Psicose maníaco-depressiva circular fase depressiva	S/C	Sem Classificação	Sem Classificação	Sem Classificação

“Tabela 1, continuação”

CID 9	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos	CID10	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos
Capítulo V Transtornos Mentais				Capítulo V Transtornos Mentais e Comportamentais			
296	Outras Psicoses	296 - Psicoses afetivas	296.4 - Psicose maníaco-depressiva circular mista	F31	Transtorno do humor (Afetivos)	F31 - Transtorno afetivo bipolar	F31.0 - Transtorno afetivo bipolar, episódio atual hipomaníco
							F 31.1 - Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníco sem sintomas psicóticos
							F 31.2 - Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníco com sintomas psicóticos
							F 31.3 - Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo leve ou moderado
							F 31.4 - Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo grave sem sintomas psicóticos
							F 31.5 - Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo grave com sintomas psicóticos
							F31.6 - Transtorno afetivo bipolar, episódio atual misto
							F31.7 - Transtorno afetivo bipolar, episódio atual em remissão
							F31.8 - Outros transtornos afetivos bipolares
							F31.9 - Transtorno afetivo bipolar, não especificado
			296.5 - Psicose maníaco-depressiva tipo circular forma presente não especificada	S/C	Sem Clasificação	Sem Clasificação	Sem Clasificação

“Tabela 1, continuação”

CID 9	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos	CID10	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos
Capítulo V Transtornos Mentais				Capítulo V Transtornos Mentais e Comportamentais			
296	Outras Psicoses	296 - Psicoses afetivas	296.6 - Psicose maníaco-depressiva outros tipos e os não especificados	S/C	Sem Classificação	Sem Classificação	Sem Classificação
			296.8 - Outras	S/C	Sem Classificação	Sem Classificação	Sem Classificação
			296.9 - Não Especificada	S/C	Sem Classificação	Sem Classificação	Sem Classificação

“Tabela 1, continuação”

CID 9	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos	CID 10	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos
Capítulo V Transtornos Mentais				Capítulo V Transtornos Mentais e Comportamentais			
297	Outras Psicoses	297 - Estados paranóides	297.0 - Estado paranóide simples	F22	Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes.	F22 - Transtornos delirantes persistentes	F22.0 - Transtorno delirante
			297.1 - Paranóia	F22	Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes.	F22 - Transtornos delirantes persistentes	Sem Classificação
			297.2 - Parafrenia	F22	Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes.	F22 - Transtornos delirantes persistentes	Sem Classificação

“Tabela 1, continuação”

CID 9	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos	CID10	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos
Capítulo V Transtornos Mentais				Capítulo V Transtornos Mentais e Comportamentais			
297	Outras Psicoses	297 - Estados paranóides	297.3 - Psicose induzida	F24	Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes.	F24 - Transtorno delirante induzido	Sem Classificação
			297.8 - Outros	F22	Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes.	F22 - Transtornos delirantes persistentes	F22.8 - Outros transtornos delirantes persistentes
			297.9 - Não especificados	F22	Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes.	F22 - Transtornos delirantes persistentes	F22.9 - Transtornos delirantes persistentes não especificado

“Tabela 1, continuação”

CID 9	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos	CID10	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos
Capítulo V Transtornos Mentais				Capítulo V Transtornos Mentais e Comportamentais			
298	Outras Psicoses	298 - Outras psicoses não orgânicas	298.0 - Tipo depressivo	F28	Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes.	F28 - Outros transtornos psicóticos não-orgânico	Sem Classificação
			298.1 - Tipo agitado				Sem Classificação
			298.2 - Confusão reativa				Sem Classificação
			298.3 - Reação paranóide aguda				Sem Classificação
			298.4 - Psicose paranóide psicogenética				Sem Classificação
			298.8 - Outras psicoses reativas e as não especificadas				Sem Classificação

“Tabela 1, continuação”

CID 9	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos	CID10	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos
Capítulo V Transtornos Mentais				Capítulo V Transtornos Mentais e Comportamentais			
298	Outras Psicoses	298 - Outras psicoses não orgânicas	298.9 - Psicose não especificada				Sem Classificação
299	Outras Psicoses	299 - Psicoses específicas da infância	299.0 - Autismo infantil	S/C	Sem Classificação	Sem Classificação	Sem Classificação
			299.1 - Psicose desintegrativa	S/C	Sem Classificação	Sem Classificação	Sem Classificação
			299.8 - Outras	S/C	Sem Classificação	Sem Classificação	Sem Classificação
			299.9 - Não especificadas	S/C	Sem Classificação	Sem Classificação	Sem Classificação

“Tabela 1, continuação”

CID 9	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos	CID10	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos
Capítulo V Transtornos Mentais				Capítulo V Transtornos Mentais e Comportamentais			
300	Transtornos Neuróticos, Transtornos da Personalidade e Outros Transtornos Mentais Não-Psicóticos	300 - Transtornos Neuróticos	300.0 - Estados de ansiedade	F40	Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o "stress" e transtornos somatoformes	F40 - Transtornos fóbico-ansiosos	F40.0 - Agorafobia
			300.1 - Histeria	F44	Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o "stress" e transtornos somatoformes	F44 - Transtornos dissociativos (de conversão)	F40.1 - Fobias sociais
							F40.2 - Fobias específicas (isoladas)
							F40.8 - Outros transtornos fóbico-ansiosos
							F40.9 - Transtorno fóbico-ansioso, não especificado
							F44.0 - Amnésia dissociativa
							F44.1 - Fuga dissociativa
							F44.2 - Estupor dissociativo
							F44.3 - Estados de transe e de possessão
							F44.4 - Transtornos dissociativos do movimento
							F44.5 - Convulsões dissociativas
							F44.6 - Anestesia e perda sensorial dissociativas
							F44.7 - Transtorno dissociativo misto (de conversão)
							F44.8 - Outros transtornos dissociativos (de conversão)
							F44.9 - Transtornos dissociativos (de conversão) não especificado
			300.2 - Estado fóbico				Sem Classificação

“Tabela 1, continuação”

CID 9	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos	CID 10	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos
Capítulo V Transtornos Mentais				Capítulo V Transtornos Mentais e Comportamentais			
300	Transtornos Neuróticos, Transtornos da Personalidade e Outros Transtornos Mentais Não-Psicóticos	300 - Transtornos Neuróticos	300.3 - Transtornos obsessivo-compulsivos	F42	Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o "stress" e transtornos somatoformes	F42 - Transtorno Obsessivo-compulsivo	F42.0 - Com predominância de idéias ou de ruminações obsessivas
							F42.1 - Com predominância de comportamentos compulsivos (rituais obsessivos)
							F42.2 - Forma mista, com idéias obsessivas e comportamentos compulsivos
							F42.8 - Outros transtornos obsessivo-compulsivo
							F42.9 - Transtorno obsessivo-compulsivo, não especificado
			300.4 - Depressão neurótica	S/C	Sem Classificação	Sem Classificação	Sem Classificação
			300.5 - Neurastenia	F48	Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o "stress" e transtornos somatoformes	F48 - Outros transtornos neuróticos	F48.0 - Neurastenia
			300.6 - Síndrome de despersonalização				F48.1 - Síndrome de despersonalização-desrealização
			300.7 - Hipocondria	F45	Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o "stress" e transtornos somatoformes	F45 - Transtornos somatoformes	F45.0 - Transtorno de somatização
							F45.1 - Transtorno somatoforme indiferenciado
							F45.2 - Transtorno hipocondríaco
							F45.3 - Transtorno neurovegetativo somatoforme
							F45.4 - Transtorno doloroso somatoforme persistente
							F45.8 - Outros transtornos somatoformes

“Tabela 1, continuação”

CID 9	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos	CID10	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos
Capítulo V Transtornos Mentais				Capítulo V Transtornos Mentais e Comportamentais			
300	Transtornos Neuróticos, Transtornos da Personalidade e Outros Transtornos Mentais Não-Psicóticos	300 - Transtornos Neuróticos					F45.9 - Transtorno somatoforme não especificado
			300.8 - Outros transtornos neuróticos	F48	Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o "stress" e transtornos somatoformes	F48 - Outros transtornos neuróticos	
			300.9 - Não especificados				F48.8 - Outros transtornos neuróticos especificados
							F48.9 - Transtorno neurótico, não especificado

“Tabela 1, continuação”

CID 9	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos	CID 10	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos
Capítulo V Transtornos Mentais				Capítulo V Transtornos Mentais e Comportamentais			
301	Transtornos Neuróticos, Transtornos da Personalidade e Outros Transtornos Mentais Não-Psicóticos	301 - Transtornos de Personalidade	301.0 - Transtorno paranóide da personalidade	F60	Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto	F60 - Transtornos específicos da personalidade	F60.0 - Personalidade paranóica
			301.1 - Transtorno afetivo da personalidade	S/C	Sem Classificação	Sem Classificação	F60.6 - Personalidade ansiosa (esquiva)
			301.2 - Transtorno esquizóide da personalidade	S/C	Sem Classificação	Sem Classificação	F60.1 - Personalidade esquizóide
			301.3 - Transtorno explosivo da personalidade	S/C	Sem Classificação	Sem Classificação	F60.3 - Transtorno de personalidade com instabilidade emocional
			301.4 - Transtorno anancástico da personalidade	S/C	Sem Classificação	Sem Classificação	F60.5 - Personalidade anancástica

“Tabela 1, continuação”

CID 9	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos	CID10	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos
Capítulo V Transtornos Mentais				Capítulo V Transtornos Mentais e Comportamentais			
301	Transtornos Neuróticos, Transtornos da Personalidade e Outros Transtornos Mentais Não-Psicóticos	301 - Transtornos de Personalidade	301.5 - Transtorno histérico da personalidade	S/C	Sem Classificação	Sem Classificação	F60.4 - Personalidade histriônica
			301.6 - Transtorno astênico da personalidade	S/C	Sem Classificação	Sem Classificação	F60.7 - Personalidade dependente
			301.7 - Transtorno da personalidade com predomínio de manifestações sociopáticas ou associas	S/C	Sem Classificação	Sem Classificação	F60.2 - Personalidade dissocial
			301.8 - Outros transtornos da personalidade	S/C	Sem Classificação	Sem Classificação	F60.8 - Outros transtornos específicos da personalidade
			301.9 - Não especificados	S/C	Sem Classificação	Sem Classificação	F60.9 - Transtorno não especificado da personalidade

“Tabela 1, continuação”

CID 9	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos	CID10	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos
Capítulo V Transtornos Mentais				Capítulo V Transtornos Mentais e Comportamentais			
302	Transtornos Neuróticos, Transtornos da Personalidade e Outros Transtornos Mentais Não-Psicóticos	302 - Desvios e Transtornos Sexuais	302.0 - Homossexualidade	S/C	Sem Classificação	Sem Classificação	Sem Classificação
			302.1 - Bestialidade	F65	Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto	F65 - Transtornos da preferência sexual	F65.8 - Outros transtornos da preferência sexual
			302.2 - Pedofilia				F65.4 - Pedofilia
			302.3 - Travestismo	F64	Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto	F64 - Transtornos da identidade sexual	F64.1 - Travestismo bivalente
			302.4 - Exibicionismo	F65	Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto	F65 - Transtornos da preferência sexual	F65.2 - Exibicionismo

“Tabela 1, continuação”

CID 9	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos	CID10	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos
Capítulo V Transtornos Mentais				Capítulo V Transtornos Mentais e Comportamentais			
303	Transtornos Neuróticos, Transtornos da Personalidade e Outros Transtornos Mentais Não- Psicóticos	303 - Síndrome de dependênci a do álcool	303 - Síndrome de dependênci a do álcool	S/C	Sem Classificação	Sem Classificac ão	Sem Classificação

“Tabela 1, continuação”

CID 9	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos	CID10	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos
Capítulo V Transtornos Mentais				Capítulo V Transtornos Mentais e Comportamentais			
304	Transtornos Neuróticos, Transtornos da Personalidade e Outros Transtornos Mentais Não-Psicóticos	304 - Dependência de Drogas	304.0 - Tipo morfina	S/C	Sem Classificação	Sem Classificação	Sem Classificação
			304.1 - Tipo barbitúrico	S/C	Sem Classificação	Sem Classificação	Sem Classificação
			304.2 - Cocaína	S/C	Sem Classificação	Sem Classificação	Sem Classificação
			304.3 - Cannabis	S/C	Sem Classificação	Sem Classificação	Sem Classificação
			304.4 - Tipo anfetamina e outros psicoestimulantes	S/C	Sem Classificação	Sem Classificação	Sem Classificação
			304.5 - Alucinógenos	S/C	Sem Classificação	Sem Classificação	Sem Classificação

“Tabela 1, continuação”

CID 9	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos	CID 10	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos
Capítulo V Transtornos Mentais				Capítulo V Transtornos Mentais e Comportamentais			
304	Transtornos Neuróticos, Transtornos da Personalidade e Outros Transtornos Mentais Não-Psicóticos	304 - Dependência de Drogas	304.6 - Outras	S/C	Sem Classificação	Sem Classificação	Sem Classificação
			304.7 - Associação de drogas tipo morfina e qualquer outra	S/C	Sem Classificação	Sem Classificação	Sem Classificação
			304.8 - Associações excluindo drogas tipo morfina	S/C	Sem Classificação	Sem Classificação	Sem Classificação
			304.9 - Não especificada	S/C	Sem Classificação	Sem Classificação	Sem Classificação

“Tabela 1, continuação”

CID 9	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos	CID 10	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos
Capítulo V Transtornos Mentais				Capítulo V Transtornos Mentais e Comportamentais			
304	Transtornos Neuróticos, Transtornos da Personalidade e Outros Transtornos Mentais Não-Psicóticos	304 - Dependência de Drogas	302.5 – Transexualismo	F64	Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto	F64 - Transtornos da identidade sexual	F64.0 - Transexualismo
			302.6 - Transtornos da identidade psicosexual	S/C	Sem Classificação	Sem Classificação	F64.2 - Transtornos da identidade psicosexual
			302.7 - Frigidez e impotência	F52	Síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos	F52 - Disfunção sexual, não causada por transtornos ou doença orgânica	F52.0 - Ausência ou perda do desejo sexual F52.1 - Aversão sexual e ausência de prazer sexual F52.2 - Falha de resposta genital F52.3 - Disfunção orgásmica F52.4 - Ejaculação precoce F52.5 - Vaginismo não-orgânico F52.6 - Dispauremia não-orgânica F52.7 - Apetite sexual excessivo F52.8 - Outras disfunções sexuais não devidas a transtornos ou a doença orgânica

“Tabela 1, continuação”

CID 9	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos	CID 10	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos
Capítulo V Transtornos Mentais				Capítulo V Transtornos Mentais e Comportamentais			
304	Transtornos Neuróticos, Transtornos da Personalidade e Outros Transtornos Mentais Não-Psicóticos	304 - Dependência de Drogas					F52.9 - Disfunção sexual não devida a transtorno ou a doença orgânica
			302.8 - Outros	F65	Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto	F65 - Transtornos da preferência sexual	F65.0 - Fetichismo
			302.9 - Não especificados	S/C	Sem Classificação	Sem Classificação	F65.1 - Travestismo fetichista
							F65.5 - Ssdomasiquismo
							F65.9 - Transtorno da preferência sexual, não especificado

“Tabela 1, continuação”

CID 9	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos	CID 10	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos
Capítulo V Transtornos Mentais				Capítulo V Transtornos Mentais e Comportamentais			
305	Transtornos Neuróticos, Transtornos da Personalidade e Outros Transtornos Mentais Não-Psicóticos	305 - Abuso de Drogas Sem Dependência	305.0 - Álcool	S/C	Sem Classificação	Sem Classificação	Sem Classificação
			305.1 - Fumo	S/C	Sem Classificação	Sem Classificação	Sem Classificação
			305.2 - Cannabis	S/C	Sem Classificação	Sem Classificação	Sem Classificação
			305.3 - Alucinógenos	S/C	Sem Classificação	Sem Classificação	Sem Classificação
			305.4 - Barbitúricos e tranquilizantes	S/C	Sem Classificação	Sem Classificação	Sem Classificação
			305.5 - Tipo morfina	S/C	Sem Classificação	Sem Classificação	Sem Classificação
			305.6 - Tipo cocaína	S/C	Sem Classificação	Sem Classificação	Sem Classificação

“Tabela 1, continuação”

CID 9	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos	CID10	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos
Capítulo V Transtornos Mentais				Capítulo V Transtornos Mentais e Comportamentais			
305	Transtornos Neuróticos, Transtornos da Personalidade e Outros Transtornos Mentais Não-Psicóticos	305 - Abuso de Drogas Sem Dependência	305.7 - Drogas tipo anfetamina	S/C	Sem Classificação	Sem Classificação	Sem Classificação
			305.8 - Antidepressivos	S/C	Sem Classificação	Sem Classificação	Sem Classificação
			305.9 - Outras combinadas ou não especificadas	S/C	Sem Classificação	Sem Classificação	Sem Classificação

“Tabela 1, continuação”

CID 9	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos	CID10	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos
Capítulo V Transtornos Mentais				Capítulo V Transtornos Mentais e Comportamentais			
306	Transtornos Neuróticos, Transtornos da Personalidade e Outros Transtornos Mentais Não-Psicóticos	306 - Disfunções Fisiológicas Originadas em Fatores Mentais	306.0 - Osteomusculares	S/C	Sem Classificação	Sem Classificação	Sem Classificação
			306.1 - Respiratórias	S/C	Sem Classificação	Sem Classificação	Sem Classificação
			306.2 - Cardiovasculares	S/C	Sem Classificação	Sem Classificação	Sem Classificação
			306.3 - Cutâneas	S/C	Sem Classificação	Sem Classificação	Sem Classificação
			306.4 - Gastrointestinais	S/C	Sem Classificação	Sem Classificação	Sem Classificação
			306.5 - Geniturinárias	S/C	Sem Classificação	Sem Classificação	Sem Classificação
			306.6 - Endócrinas	S/C	Sem Classificação	Sem Classificação	Sem Classificação
			306.7 - Dos órgãos dos sentidos	S/C	Sem Classificação	Sem Classificação	Sem Classificação

“Tabela 1, continuação”

CID 9	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos	CID10	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos
Capítulo V Transtornos Mentais				Capítulo V Transtornos Mentais e Comportamentais			
306	Transtornos Neuróticos, Transtornos da Personalidade e Outros Transtornos Mentais Não-Psicóticos	306 - Disfunções Fisiológicas Originadas em Fatores Mentais	306.8 - Outras	S/C	Sem Classificação	Sem Classificação	Sem Classificação
			306.9 - Não especificadas	S/C	Sem Classificação	Sem Classificação	Sem Classificação

“Tabela 1, continuação”

CID 9	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos	CID 10	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos
Capítulo V Transtornos Mentais				Capítulo V Transtornos Mentais e Comportamentais			
307	Transtornos Neuróticos, Transtornos da Personalidade e Outros Transtornos Mentais Não-Psicóticos	307 - Síndrome e Sintomas Especiais Não Classificados em Outra Parte	307.0 - Gagueira e tartamudez	F98	Transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência.	F98 - Transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualment e durante a infância ou a adolescência.	F98.5 - Gagueira (tartamudez)
			307.1 - Anorexia nervosa	F50	Síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos	F50 - Transtornos da alimentação	F50.0 - Anorexia nervosa
							F50.1 - Anorexia nervosa atípica
							F50.2 - Bulimia nervosa
							F50.3 - Bulimia nervosa atípica
							F50.4 - hiperfagia associada a outros distúrbios psicológicos
							F50.5 - Vômitos associados a outros distúrbios psicológicos
							F50.8 - Outros transtornos da alimentação
							F50.9 - Transtorno de alimentação, não especificado

“Tabela 1, continuação”

CID 9	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos	CID10	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos
Capítulo V Transtornos Mentais				Capítulo V Transtornos Mentais e Comportamentais			
307	Transtornos Neuróticos, Transtornos da Personalidade e Outros Transtornos Mentais Não-Psicóticos	307 - Síndrome e Sintomas Especiais Não Classificados em Outra Parte	307.2 - Tiques	F95	Transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência.	F95 - Tiques	F95.0 - Tique transitório
							F95.1 - Tique motor ou vocal crônico
							F95.2 - Tiques vocais e motores múltiplos combinados (doença de Gilles de la Tourette)
							F95.8 - Outros tiques
							F95.9 - Tiques, não especificado
			307.3 - Movimentos estereotipados repetidos	F98	Transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência.	F98 - Transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência.	F98.4 - Estereotipias motoras

“Tabela 1, continuação”

CID 9	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos	CID10	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos
Capítulo V Transtornos Mentais				Capítulo V Transtornos Mentais e Comportamentais			
307	Transtornos Neuróticos, Transtornos da Personalidade e Outros Transtornos Mentais Não-Psicóticos	307 - Síndrome e Sintomas Especiais Não Classificados em Outra Parte	307.4 - Transtornos específicos do sono	F51	Transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência.	F51 - Transtornos não-orgânicos do sono devidos a fatores emocionais	F51.0 - Insônia não-orgânica
							F51.1 - Hipersonia não-orgânica
							F51.2 - Transtorno do ciclo vigília-sono devido a fatores não-orgânicos
							F51.3 - Sonambulismo
							F51.4 - Terrores noturnos
							F51.5 - Pesadelos
							F51.8 - Outros transtornos do sono devidos a fatores não-orgânicos
							F51.9 - Transtornos não especificado do sono devido a fatores não-orgânico

“Tabela 1, continuação”

CID 9	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos	CID10	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos
Capítulo V Transtornos Mentais				Capítulo V Transtornos Mentais e Comportamentais			
307	Transtornos Neuróticos, Transtornos da Personalidade e Outros Transtornos Mentais Não-Psicóticos	307 - Síndrome e Sintomas Especiais Não Classificados em Outra Parte	307.5 - Outros transtornos da alimentação e os não especificados	F98	Transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência.	F98 - Transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência.	F98.2 - Transtorno de alimentação na infância
							F98.3 - Pica do lactente ou da criança

“Tabela 1, continuação”

CID 9	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos	CID10	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos
Capítulo V Transtornos Mentais				Capítulo V Transtornos Mentais e Comportamentais			
307	Transtornos Neuróticos, Transtornos da Personalidade e Outros Transtornos Mentais Não-Psicóticos	307 - Síndrome e Sintomas Especiais Não Classificados em Outra Parte	307.6 - Enurese	F98	Transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência.	F98 - Transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência.	F98.0 - Enurese de origem não-orgânica
			307.7 - Encoprese	S/C	Sem Classificação	Sem Classificação	F98.1 - Encoprese de origem não-orgânica
			307.8 - Psicalgia	S/C	Sem Classificação	Sem Classificação	Sem Classificação
			307.9 - Outros e não especificados	F98	Transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência.	F98 - Transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência.	F98.8 - Outros transtornos comportamentais e emocionais especificados com início habitualmente na infância ou adolescência

“Tabela 1, continuação”

CID9	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos	CI D10	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos
Capítulo V Transtornos Mentais				Capítulo V Transtornos Mentais e Comportamentais			
308	Transtornos Neuróticos, Transtornos da Personalidade e Outros Transtornos Mentais Não-Psicóticos	308 - Reação Aguda ao "Stress"	308.0 - Distúrbios predominantes das emoções	F43	Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o "stress" e transtornos somatoformes	F43 - Reações ao "stress" grave e transtornos de adaptação	F43.1 - Estado de "stress" pós-traumático
			308.1 - Distúrbio predominante da consciência	S/C	Sem Classificação	Sem Classificação	F43.0 - Reação aguda ao "stress"
			308.2 - Distúrbio predominante psicomotor	S/C	Sem Classificação	Sem Classificação	Sem Classificação
			308.3 - Outras	S/C	Sem Classificação	Sem Classificação	Sem Classificação
			308.4 - Mistos	S/C	Sem Classificação	Sem Classificação	Sem Classificação

“Tabela 1, continuação”

CID9	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos	CID 10	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos
Capítulo V Transtornos Mentais				Capítulo V Transtornos Mentais e Comportamentais			
308	Transtornos Neuróticos, Transtornos da Personalidade e Outros Transtornos Mentais Não-Psicóticos	308 - Reação Aguda ao "Stress"	308.9 - Não especificada	S/C	Sem Classificação	Sem Classificação	Sem Classificação

“Tabela 1, continuação”

CID 9	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos	CI D10	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos
Capítulo V Transtornos Mentais				Capítulo V Transtornos Mentais e Comportamentais			
309	Transtornos Neuróticos, Transtornos da Personalidade e Outros Transtornos Mentais Não-Psicóticos	309 - Reação de Ajustamento	309.0 - Reação depressiva breve	F43	Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o "stress" e transtornos somatoformes	F43 - Reações ao "stress" grave e transtornos de adaptação	F43.2 - Transtornos de adaptação
			309.1 - Reação depressiva prolongada	S/C	Sem Classificação	Sem Classificação	Sem Classificação
			309.2 - Com distúrbios predominantes de outras emoções	S/C	Sem Classificação	Sem Classificação	Sem Classificação

“Tabela 1, continuação”

CID 9	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos	CID10	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos
Capítulo V Transtornos Mentais				Capítulo V Transtornos Mentais e Comportamentais			
309	Transtornos Neuróticos, Transtornos da Personalidade e Outros Transtornos Mentais Não-Psicóticos	309 - Reação de Ajustamento	309.3 - Com distúrbios predominant es de conduta	S/C	Sem Classificação	Sem Classificação	Sem Classificação
			309.4 - Com distúrbios mistos das emoções e da conduta	S/C	Sem Classificação	Sem Classificação	Sem Classificação
			309.8 - Outra	S/C	Sem Classificação	Sem Classificação	Sem Classificação
			309.9 - Não especificada	S/C	Sem Classificação	Sem Classificação	Sem Classificação

“Tabela 1, continuação”

CID 9	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos	CI D10	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos
Capítulo V Transtornos Mentais				Capítulo V Transtornos Mentais e Comportamentais			
310	Transtornos Neuróticos, Transtornos da Personalidade e Outros Transtornos Mentais Não-Psicóticos	310 - Transtornos Mentais Não Psicóticos, Específicos, Consecutivos a Lesão Orgânica Cerebral	310.0 - Síndrome do lobo frontal	S/C	Sem Classificação	Sem Classificação	Sem Classificação
			310.1 - Outros tipos de alterações cognitivas ou da personalidade	S/C	Sem Classificação	Sem Classificação	Sem Classificação
			310.2 - Síndrome pós-concussão	S/C	Sem Classificação	Sem Classificação	Sem Classificação
			310.8 - Outros	S/C	Sem Classificação	Sem Classificação	Sem Classificação

“Tabela 1, continuação”

CID 9	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos	CID10	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos
Capítulo V Transtornos Mentais				Capítulo V Transtornos Mentais e Comportamentais			
310	Transtornos Neuróticos, Transtornos da Personalidade e Outros Transtornos Mentais Não-Psicóticos	310 - Transtornos Mentais Não Psicóticos, Específicos, Consecutivos a Lesão Orgânica Cerebral	310.9 - Não especificados	S/C	Sem Classificação	Sem Classificação	Sem Classificação
311	Transtornos Neuróticos, Transtornos da Personalidade e Outros Transtornos Mentais Não-Psicóticos	311 - Transtornos Depressivos Não Classificados em Outra Parte	311 - Transtornos Depressivos Não Classificados em Outra Parte	S/C	Sem Classificação	Sem Classificação	Sem Classificação

“Tabela 1, continuação”

CID 9	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos	CID10	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos
Capítulo V Transtornos Mentais				Capítulo V Transtornos Mentais e Comportamentais			
312	Transtornos Neuróticos, Transtornos da Personalidade e Outros Transtornos Mentais Não-Psicóticos	312 - Distúrbios de Comportamento Não Classificados em Outra Parte	312.0 - Distúrbio de conduta não-socializado (não compartilhado socialmente)	F91	Transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência.	F91 - Distúrbios de conduta	F91.1 - Distúrbio de conduta não socializado
			312.1 - Distúrbio de conduta socializado	S/C	Sem Classificação	Sem Classificação	F91.2 - Distúrbio de conduta do tipo socializado
			312.2 - Transtorno compulsivo de conduta	S/C	Sem Classificação	Sem Classificação	F91.3 - Distúrbio desafiador e de oposição
			312.3 - Distúrbios mistos da conduta e das emoções	F92	Transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência.	F92 - Transtornos mistos de conduta e das emoções	F92.0 - Distúrbio depressivo de conduta
							F92.8 - Outros transtornos mistos da conduta e das emoções

Tabela 1, continuação”

CID 9	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos	CID10	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos
Capítulo V Transtornos Mentais				Capítulo V Transtornos Mentais e Comportamentais			
312	Transtornos Neuróticos, Transtornos da Personalidade e Outros Transtornos Mentais Não-Psicóticos	312 - Distúrbios de Comportamento Não Classificados em Outra Parte					F92.9 - Transtorno misto da conduta e das emoções, não especificado
			312.8 - Outros	F91	Transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência.	F91 - Distúrbios de conduta	F91.8 - Outros transtornos de conduta
			312.9 - Não especificados	S/C	Sem Classificação	Sem Classificação	F91.9 - Transtorno não especificado de conduta

Tabela 1, continuação”

CID 9	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos	CID10	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos
Capítulo V Transtornos Mentais				Capítulo V Transtornos Mentais e Comportamentais			
313	Transtornos Neuróticos, Transtornos da Personalidade e Outros Transtornos Mentais Não-Psicóticos	313 - Distúrbios de Emoções Especificamente da Infância e da Adolescência	313.0 - Com ansiedade e medo	S/C	Sem Classificação	Sem Classificação	Sem Classificação
			313.1 - Com penúria e desgraca	S/C	Sem Classificação	Sem Classificação	Sem Classificação
			313.2 - Com sensibilidade, timidez e afastamento social	S/C	Sem Classificação	Sem Classificação	Sem Classificação
			313.3 - Problemas de relacionamento	S/C	Sem Classificação	Sem Classificação	Sem Classificação
			312.8 - Outros e mistos	S/C	Sem Classificação	Sem Classificação	Sem Classificação
			313.9 - Não especificados	S/C	Sem Classificação	Sem Classificação	Sem Classificação

Tabela 1, continuação”

CID 9	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos	CID10	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos
Capítulo V Transtornos Mentais				Capítulo V Transtornos Mentais e Comportamentais			
314	Transtornos Neuróticos, Transtornos da Personalidade e Outros Transtornos Mentais Não-Psicóticos	314 - Síndrome Hiperkinética da Infância	314.0 - Distúrbio simples da atividade e da atenção	F90	Transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência.	F90 - Transtornos hiperkinéticos	F90.0 - Distúrbio da atividade e da atenção
			314.1 - Hiperkinesia com retardo de desenvolvimento	S/C	Sem Classificação	Sem Classificação	F90.1 - Transtorno hiperkinético de conduta
			314.2 - Transtorno hiperkinético de conduta	S/C	Sem Classificação	Sem Classificação	F90.8 - Outros transtornos hiperkinéticos
			314.8 - Outra	S/C	Sem Classificação	Sem Classificação	F90.9 - Transtornos hiperkinéticos, não especificado
			314.9 - Não especificada	S/C	Sem Classificação	Sem Classificação	Sem Classificação

Tabela 1, continuação”

CID 9	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos	CID 10	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos
Capítulo V Transtornos Mentais				Capítulo V Transtornos Mentais e Comportamentais			
315	Transtornos Neuróticos, Transtornos da Personalidade e Outros Transtornos Mentais Não-Psicóticos	315 - Retardos Específicos do Desenvolvimento	315.0 - Retardo específico da leitura	F81	Transtorno do desenvolvimento psicológico	F81 - Transtornos específicos do desenvolvimento das habilidades escolares	F81.0 - Transtorno específico de leitura
			315.1 - Retardo específico em aritmética	S/C	Sem Classificação	Sem Classificação	F81.2 - Transtorno específico da habilidade em aritmética
			315.2 - Outras dificuldades específicas do aprendizado	S/C	Sem Classificação	Sem Classificação	Sem Classificação

Tabela 1, continuação”

CID 9	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos	CID10	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos
Capítulo V Transtornos Mentais				Capítulo V Transtornos Mentais e Comportamentais			
315	Transtornos Neuróticos, Transtornos da Personalidade e Outros Transtornos Mentais Não-Psicóticos	315 - Retardos Específicos do Desenvolvimento	315.3 - Transtorno do desenvolvimento da fala ou linguagem	F80	Transtorno do desenvolvimento psicológico	F80 - Transtornos específicos do desenvolvimento das habilidades escolares	F80.0 - Transtorno específico da articulação da fala
							F80.1 - Transtorno expressivo de linguagem
							F80.2 - Transtorno receptivo da linguagem

Tabela 1, continuação”

CID 9	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos	CID10	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos
Capítulo V Transtornos Mentais				Capítulo V Transtornos Mentais e Comportamentais			
315	Transtornos Neuróticos, Transtornos da Personalidade e Outros Transtornos Mentais Não-Psicóticos	315 - Retardos Específicos do Desenvolvimento					F80.3 - Afasia adquirida com epilepsia (síndrome de Landau-Kleffner)
							F80.8 - Outros transtornos de desenvolvimento da fala ou da linguagem
							F80.9 - Transtorno não especificado do desenvolvimento da fala ou da linguagem
			315.4 - Retardo específico da motricidade	F82	Transtorno do desenvolvimento psicológico	F82 - Transtorno específico do desenvolvimento motor	Sem Classificação
			315.5 - Transtorno de desenvolvimento misto	F83	Transtorno do desenvolvimento psicológico	F83 - Transtorno específicos mistos do desenvolvimento	Sem Classificação
		315.8 - Outros		S/C	Sem Classificação	Sem Classificação	Sem Classificação

Tabela 1, continuação”

CID 9	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos	CID10	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos
Capítulo V Transtornos Mentais				Capítulo V Transtornos Mentais e Comportamentais			
315	Transtornos Neuróticos, Transtornos da Personalidade e Outros Transtornos Mentais Não-Psicóticos	315 - Retardos Específicos do Desenvolvimento	315.9 - Não especificados	S/C	Sem Classificação	Sem Classificação	Sem Classificação
316	Transtornos Neuróticos, Transtornos da Personalidade e Outros Transtornos Mentais Não-Psicóticos	316 - Fatores Psíquicos Associados a Doenças Classificadas em Outra Parte	316 - Fatores Psíquicos Associados a Doenças Classificadas em Outra Parte	F54	Síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos	F54 - Fatores psicológicos ou comportamentais associados a doença ou transtornos classificados em outra parte	Sem Classificação

Tabela 1, conclusão”

CID 9	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos	CID10	Agrupamento	Código 3 dígitos	Código 4 dígitos
Capítulo V Transtornos Mentais				Capítulo V Transtornos Mentais e Comportamentais			
317	Oligofrenias	317 - Oligofrenia Leve	317 - Oligofrenia Leve	F70	Retardo mental	F70 - Retardo mental leve	Sem Classificação
318	Oligofrenias	318 - Outras Oligofrenias Especificadas	318.0 - Oligofrenia moderada	F71	Retardo mental	F71 - Retardo mental moderado	Sem Classificação
			318.1 - Oligofrenia grave	F72	Retardo mental	F72 - Retardo mental grave	Sem Classificação
			318.2 - Oligofrenia profunda	F73	Retardo mental	F73 - Retardo mental profundo	Sem Classificação
319	Oligofrenias	319 - Oligofrenia Não Especificada	319 - Oligofrenia Não Especificada	F79	Retardo mental	F79 - Retardo mental, não especificado	Sem Classificação

ANEXO A - TERMO DE APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: (55) - 16 - 3633-3271 / 3602-4419 / TELEFONE: (55) - 16 - 3602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 054/2006

Ribeirão Preto, 20 de abril de 2006.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 85ª Reunião Ordinária, realizada em 19 de abril de 2006.

Protocolo: nº 0649/2006

Projeto: Transtornos psiquiátricos transição epidemiológica no centro-oeste de Minas Gerais

Pesquisadores: Maria Conceição Bernardo de Mello e Souza
Richardson Miranda Machado

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profª Drª Cléa Regina de Oliveira Ribeiro-
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Profª Drª. Maria Conceição Bernardo de Mello e Souza
Deptº de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP