

# *Atenção à Saúde Mental em Pernambuco: Perspectiva Histórica e Atual*

## Mental Health in Pernambuco: Historical and Current Position

*Vera Lúcia Dutra Facundes<sup>1</sup>, Othon Bastos<sup>2</sup>, Maria Gorete Lucena de Vasconcelos<sup>3</sup>, Ivo de Andrade Lima Filho<sup>4</sup>*

---

### RESUMO

O fim do século XIX e o início do século XX esteve marcado pela institucionalização dos alienados e por denúncias de maus tratos nos hospitais psiquiátricos. A reforma da Assistência a Psicopatas de Pernambuco implementada por Ulysses Pernambucano, a partir dos anos 30 do século passado trouxe mudanças importantes no cenário da saúde mental da época. Apesar do avanço de suas idéias elas não se constituíram em modelo hegemônico assistencial. Todavia, permanecem atuais sendo parte constituinte das diretrizes nacionais da atenção à saúde mental. Através de revisão da literatura analisamos o redirecionamento da assistência em saúde mental em Pernambuco, a partir da década de 90 do século XX. O estudo mostra que houve redução progressiva dos leitos psiquiátricos e implantação de uma rede de serviços extra-hospitalares, estando a maioria desses serviços concentrados na região metropolitana do Recife. Consideramos que a expansão da rede de serviços substitutivos ainda é insuficiente, assim como as ações que visam à reabilitação psicossocial dos pacientes. Faz-se necessário um maior investimento e uma participação mais efetiva dos diversos setores políticos e técnico-assistenciais responsáveis pela construção de um sistema de saúde eficiente, que resgate a tradição histórica de nosso Estado.

**PALAVRAS-CHAVE:** Políticas Públicas de Saúde, Serviços de Saúde Mental, Desinstitucionalização.

---

<sup>1</sup> Prof<sup>a</sup>. Assistente do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Pernambuco. Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal de Pernambuco.

<sup>2</sup> Prof. Emérito da UPE e Prof. Titular de Psiquiatria das Universidades Estadual e Federal de Pernambuco.

<sup>3</sup> Prof<sup>a</sup>. Adjunto do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco. Doutora em Enfermagem em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo.

<sup>4</sup> Prof. Adjunto do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Pernambuco. Doutor em Linguística pela Universidade Federal de Pernambuco.

## SUMMARY

The end of 19<sup>th</sup> and the beginning of 20<sup>th</sup> centuries were marked by the mentally ill “institutionalization” in establishments like “Asylums”. The reformation of Mental Health Assistance in Pernambuco took place in the fourth decade of the 20<sup>th</sup> century, by Ulysses Pernambucano and brought very important changes in that policy. Although the advance of his ideas and works, they were not accepted as an hegemonic model. However, they still belong to the current mental health policies. Since the “nineties” (20<sup>th</sup> century), there was gradually a reduction of the psychiatric beds and creation of a net of extra-hospital services. The great majority of these services were concentrated in the metropolitan region of Recife. The expansion of this net is still insufficient, which make more difficult patients’ psychosocial rehabilitation. The mental health assistance in our State needs more investments of the authorities, in agreement with its psychiatric history.

**KEY WORDS:** Uniterms: Health Public Police, Mental Health Services, Desinstitucionalization.

---

## INTRODUÇÃO:

### Aspectos históricos da assistência psiquiátrica em Pernambuco

Para que se compreenda o processo de mudanças proposto atualmente na atenção à saúde mental, faz-se necessário revisitar os principais aspectos históricos que originaram as práticas nesse campo da saúde e os pressupostos que as fundamentavam, em seu contexto sócio-histórico. Desta maneira, focalizaremos as particularidades vivenciadas em Pernambuco, ao longo dos últimos 150 anos.

O período que vai da independência do país ao começo do século XX é conhecido como sendo a primeira etapa da psiquiatria asilar do Brasil, marcada, de início, pela ocupação de enfermarias das Santas Casas pelos doentes mentais. Assim aconteceu na capital do Reino, Rio de Janeiro (1862), seguiu-se em Porto Alegre, São João Del Rey, Recife, Salvador e São Luís. Era a institucionalização de alienados em nome da benemerência e da caridade. (6,15)

Segundo Costa (16), o modelo de compreensão e tratamento da doença mental vigente na época, tinha como fundamento básico o biologismo organicista alemão (E. Kraepelin) e a prática asilar, assim como o tratamento moral (influência de Ph. Pinel e Esquirol, na França), cujos

princípios básicos eram o isolamento, a organização do espaço terapêutico, a vigilância e a distribuição do tempo.

Em Pernambuco, o Hospício da Visitação de Santa Isabel foi instalado em Olinda (1864) e substituído em 1883, pelo Hospício de Alienados, a Tamarineira. (15, 23, 25)

Assim como aconteceu nos outros hospícios, o Hospital da Tamarineira serviu mais como lugar de exclusão do que como espaço de tratamento dos que ali se encontravam. Em pouco tempo, excedeu sua capacidade de internos numa clara demonstração de falta de eficácia dos métodos de tratamento utilizados. Num cenário de mudanças políticas, no início dos anos 30, Ulysses Pernambucano foi convocado para assumir a direção do Hospital da Tamarineira, onde além de reformas e melhorias materiais, estabeleceu a internação apenas para os quadros agudos, criando, para os demais casos, outros departamentos, conforme consta no Decreto nº 26 de 10 de janeiro de 1931, que criou a Divisão de Assistência aos Psicopatas. (15)

Uma das medidas preliminares realizadas por Ulysses foi a redução do número de internos no hospital para 560, quando já havia abrigado mais de 1000, conforme dados levantados por H. Coelho Filho. (15)

O primeiro ambulatório público funcionou no próprio Hospital de Alienados e o serviço ou

hospital aberto, foi localizado, inicialmente, no centro da cidade, depois transferido para sede própria, uma casa adaptada que recebeu o nome de Correia Picanço. Ambos os serviços foram dirigidos pelo Dr. Gildo Neto tendo o Dr. José Lucena como assistente. (15)

Ocupando uma área de 428 hectares na cidade de Barreiros, a Colônia para doentes crônicos foi inaugurada em 12 de novembro de 1931 e o Dr. Vicente Gomes de Matos foi nomeado diretor desta unidade. A principal função da Colônia era a reabilitação dos doentes mentais pelo trabalho, ou seja, o exercício da praxiterapia, que, se não era exclusividade deste serviço, decerto encontrava nele sua maior preocupação e adequação. Ulysses defendia que as aptidões dos doentes deviam ser consideradas, não os reduzindo às possibilidades de trabalho oferecidas na Colônia, pois uma vez ingressados no trabalho, as perspectivas de retorno dos doentes ao convívio social seria mais viável. (15)

Sobre a assistência hetero-familiar, Ulysses detalhou esta modalidade de cuidado em várias questões concernentes ao seu funcionamento no regulamento do decreto 26. Entre elas, destinava apoio financeiro a famílias *“com condições de moralidade”* que assumissem doentes que se encontrassem sem família ou por esta abandonados, desde que assim consentissem. (15)

De acordo com o historiador Heronides Coelho Filho (15), essa estratégia da assistência aos psicopatas, lamentavelmente fracassou, diferentemente dos resultados obtidos com a Colônia.

O Manicômio Judiciário, inspirado no Manicômio do Juqueri-SP, foi iniciado em setembro de 1931, nas dependências do Hospital de Alienados, diferente do que foi idealizado. Ulysses desejava instalá-lo em terreno próximo ao Hospital, mas o manicômio, sob à direção do Prof. Alcides Codeceira só viria a ser inaugurado, contudo, em agosto de 1953, no engenho Monjope. (15).

O primeiro Serviço oficial de Higiene Mental no Brasil foi organizado por Ulysses

Pernambucano, articulando-o aos demais serviços da Assistência aos Psicopatas. Foram realizados diversos inquéritos sociais abrangendo principalmente a família, a escola e o meio social, assim como diversos cursos, entre os quais, os de Psicologia, em 1932; de Neuropsiquiatria Infantil, em 1933; de Higiene Mental, em 1934 e, finalmente, um curso oficial de Higiene Mental na Faculdade de Medicina, em 1935. Em decorrência das ações do Serviço de Higiene Mental houve a fundação da Liga de Higiene Mental, nexos entre a sociedade e o Serviço de Assistência aos Psicopatas. A Liga reuniu médicos, psicólogos, sociólogos, criminalistas e estudiosos de problemas sociais, ampliando dessa forma a investigação sobre as repercussões sociais dos transtornos mentais. (15)

Mesmo tendo recebido orientação clínica de base biológica, Ulysses Pernambucano fez articulações com outros campos do saber, como a Sociologia, Antropologia e Saúde Pública, ampliando a visão sobre a doença mental e investigando os problemas individuais em conexão com a coletividade. A repercussão das reformas empreendidas por Ulysses ultrapassou os limites do Estado e influenciou a criação de um Serviço Nacional de Higiene Mental junto ao Departamento Nacional de Saúde, em 1935. (24)

Todas as ações que implementou não foram suficientes para mantê-lo à frente da Assistência a Psicopatas por mais tempo. A sua postura, ao solicitar do governo estadual o repasse de mais verbas para garantir o custeio e a adequada assistência aos doentes mentais do Estado, assim como para a ampliação dos serviços, gerou inimizades e desafetos políticos, que culminaram com o seu pedido de demissão da direção geral da Assistência a Psicopatas. (15)

Ainda foram obras de Ulysses, a fundação do Sanatório Recife, um estabelecimento particular; a revista Neurobiologia (1938); assim como a Sociedade de Neurologia, Psiquiatria e Higiene Mental do Nordeste, depois tornada nacional, que reuniu nas décadas de 30 e 40 importantes congressos multiprofissionais em João Pessoa,

Aracaju e Natal, embrião da futura Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP). (15)

A postura de Ulysses Pernambucano, tanto relativa a questões de ordem teórica quanto ao modo de se portar, de exercer suas atividades e expressar em atos suas concepções teóricas acerca do mundo, influenciou alunos e colaboradores. Daí, ele ser considerado o fundador da Escola Psiquiátrica do Recife, ou como sugere Luiz Salvador Miranda Sá Junior na apresentação do livro 'História da Psiquiatria em Pernambuco e outras Histórias' (6), da Escola Psiquiátrica do Nordeste, "pois seus discípulos e sucessores espalharam-se pelo país, mas estão mais concentrados na região nordeste". O autor refere que as principais características da Escola de Ulysses podem ser definidas pela *atividade docente, cientificidade rigorosa, largueza e liberdade de visão*, essa última, vista no sentido eclético, de abertura para todas as tendências de pensamento. Dentre os constituintes da Escola estão presentes profissionais que englobaram vários campos do saber, e destacam-se, entre eles, Gildo Netto, José Lucena, René Ribeiro, José Otávio de Freitas Júnior, Arnaldo Di Lascio, Luiz Cerqueira – na Medicina; Waldemar Valente, Pedro Cavalcanti (também René Ribeiro, Albino Gonçalves Fernandes) – Antropologia; Anita Paes Barreto, Anita Pereira da Costa, Eulália Fonseca, Sylvio Rabello – Psicopedagogia. (6, 25, 26).

Merece destacar, ainda, que José Lucena, é considerado o mais expressivo representante dessa Escola (4), e sobre a trajetória da Escola fundada por Ulysses Pernambucano, Nascimento (26:169), nos diz que

...a linha sucessória na Escola de Psiquiatria do Recife, caminha pelo professor José Lucena, passa pelo professor Galdino Loreto e chega ao professor Othon Bastos, e, durante todo este percurso, mantém, *mutatis mutandi*, a mesma orientação original que a fez nascer e o mesmo gosto compartilhado

pelos temas de estudo; respeitados os contextos em que viveram os personagens e nos quais se deram as atuações dos estudiosos citados; configurando uma Escola Pernambucana de Psiquiatria, a Escola de Psiquiatria do Recife.

Sendo assim, podemos considerar que as propostas e ações realizadas por Ulysses Pernambucano nas décadas de 30 e 40 do século passado, podem ser consideradas atuais, se tomarmos os princípios e diretrizes que regem a política de Saúde Mental hoje, em nosso país. Ressalte-se, que as idéias do mestre Ulysses, se verificaram em diversos campos de atuação, seja na educação infantil ou na atenção à saúde mental; ações que ainda hoje mantêm sua atualidade. Importante destacar que a sua visão incluía os direitos e cidadania dos doentes; a organização de serviços assistenciais ao doente mental, criando vários tipos de serviços de acordo com a necessidade dos pacientes, e já naquela época, um olhar crítico sobre o papel hegemônico que assumia o hospital psiquiátrico. Psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, praxiterapeutas (terapeutas ocupacionais), nutricionistas, pesquisadores sociais, trabalhavam nos serviços de saúde mental numa perspectiva de atuação multidisciplinar, acompanhando as evoluções científicas da época. Pregava assistência em diversas modalidades, que incluíam: hospital aberto, ambulatórios, colônias para doentes crônicos (voltadas especificamente para a reabilitação pela ocupação/ trabalho), assistência hétero-familiar, visitas domiciliares para o exame de condições sócio-econômicas e de salubridade. (6, 26).

Infelizmente, Ulysses morreu precocemente, em 1943: "...não viveu o bastante para ver prosperar sua obra nem para assistir à degradação de sua criação" (25: 157), já que o cenário assistencial que se fortaleceu foi centrado no hospital, contrariamente ao que ele vislumbrava.

Em 1941, foram extintas as Divisões de Assistência a Psicopatas existentes nos Estados brasileiros, sendo criado em 1944, o Serviço Nacional de Doenças Mentais, cuja principal atribuição foi planejar para todo o território nacional os serviços de assistência e proteção aos psicopatas (27).

### **Processo de redirecionamento da assistência psiquiátrica brasileira**

A hegemonia do modelo centrado no hospital (hospitalocêntrico) na assistência psiquiátrica foi realidade no mundo todo, apesar das denúncias sobre a falta de eficiência e eficácia, baixa qualidade e violação dos direitos humanos advindas da prática manicomial.

Alguns estudos apontaram que o modelo asilar, hospitalocêntrico de atenção aos pacientes psiquiátricos se configurou mais como espaço de exclusão, aniquilando as subjetividades e gerando violência. (14, 18, 19)

A partir da II Grande Guerra vimos surgir na Europa e nos EUA uma série de experiências no sentido de transformar a assistência psiquiátrica: na Inglaterra a proposta de Comunidades Terapêuticas, o movimento das Psicoterapias de Grupo; na França, a Psicoterapia Institucional e a Psiquiatria de Setor; as Psiquiatrias Comunitária e Preventiva nos EUA e mais recentemente na Itália, o movimento de Desinstitucionalização.(2)

No Brasil, os anos 60, foram marcados por um contexto de mudanças políticas, com ações maciças de privatização na área de assistência à saúde, e em particular, na assistência psiquiátrica. Vimos ocorrer a divisão entre a assistência patrocinada pelo Estado e aquela mantida pela previdência social pública. Essa última, nas palavras de Miranda-Sá Jr (25: 157), “se multiplicou movida única ou predominantemente pela busca de lucro. O doente mental se transformou numa fonte inesgotável de lucro para empresários que viviam dessa condição”. A lógica privatista vigente na época, priorizou a

hospitalização psiquiátrica em detrimento de outras experiências, como a assistência ambulatorial que era meta da assistência pública direta para substituir as internações psiquiátricas. Com isso, proliferou desenfreadamente o número de hospitais psiquiátricos no país.

As experiências que ocorreram na Inglaterra, França, Estados Unidos e Itália, influenciaram o processo de reforma da assistência psiquiátrica brasileira. Um exemplo disso foi o projeto de Comunidade Terapêutica realizado na Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina da Universidade do Recife, em 1964. De acordo com Bastos (3), o objetivo desse projeto foi o de empreender a transformação do hospital psiquiátrico clássico em modernas comunidades terapêuticas com a finalidade de reabilitar e reintegrar os doentes internados. Uma “nova atmosfera psico-socioterápica” (3: 58) era a principal característica desses serviços, com o incremento das terapêuticas de grupo, em particular, da praxiterapia, dos clubes ou associações de doentes e das psicoterapias coletivas (reuniões da comunidade ou de grupos terapêuticos).

Essas experiências foram relevantes em relação à modificação interior do hospital psiquiátrico, estimulando o comprometimento de todos os componentes envolvidos. As contradições da realidade serviram de mote condutor para as ações terapêuticas recíprocas, assim como a escuta e a discussão franca com os pacientes inclusive sobre questões como a cidadania do doente mental, num momento em que este conceito não estava em pauta. De um modo geral, essas propostas avançaram na discussão sobre as causas externas da enfermidade mental e da reclusão hospitalar, não conseguindo atingir, porém, o problema da exclusão do doente mental. (2, 28)

A psiquiatria preventiva ou comunitária que nasceu nos Estados Unidos, no contexto da crise do organicismo mecanicista e no cenário de altas taxas de incidência dos distúrbios mentais e dos custos elevados que as cronificações

acarretavam às famílias e ao Estado, demarcou um novo território para a Psiquiatria, no qual a terapêutica das doenças mentais deu lugar à Saúde Mental. A partir da década de 60, o predomínio desse modelo desenvolvido por Gerald Caplan influenciou de forma significativa a formulação das políticas de Saúde Mental no Brasil e em outros países da América Latina e foi incorporado ao discurso da Organização Mundial de Saúde (OMS) e Organização Panamericana de Saúde (OPAS), que o prescreveram como proposta para ser seguida pelos países do terceiro mundo. (2, 20)

Grande ênfase foi dada às ações primárias e secundárias em saúde que deveriam anteceder o surgimento e o desenvolvimento das doenças, tornando o hospital psiquiátrico desnecessário. Por não ser possível definir um agente patogênico para a doença mental, as ações em saúde deveriam incidir em momentos potencialmente problemáticos como a adolescência, envelhecimento, perda de emprego, etc. Uma das conseqüências deste tipo de enfoque foi a dilatação do campo de intervenção psiquiátrica ao meio social, onde a noção de saúde mental estava estreitamente associada ao processo de adaptação social, denotando um padrão de normalidade externo à singularidade do sujeito. (20, 28)

As principais críticas ao preventivismo incidiram sobre o objetivo de medicalizar a ordem social por meio da normatização psiquiátrica, já que a saúde e a doença oscilavam entre os pólos de adaptação e desadaptação social. Ficaria a cargo dos saberes psiquiátrico-psicológicos a definição de um sujeito ideal, produzido a partir de mecanismos complexos capazes de controlar e normatizar segmentos sociais pelas mais variadas vias. (2, 20, 28)

A crítica mais radical em relação ao método e aos princípios do saber psiquiátrico no trato com a doença mental veio do movimento da Antipsiquiatria, idealizado por um grupo de psiquiatras ingleses (R. Laing, D. Cooper e A. Esterson). A Antipsiquiatria emergiu na Inglaterra em

meio aos movimentos *underground* da contracultura. A crítica elaborada não foi somente à Psiquiatria, mas à sociedade e ao modelo familiar vigente. A loucura foi entendida como fato social, político, uma reação a um desequilíbrio no contexto das relações familiares, não sendo vista pelos adeptos desta corrente, como um estado patológico. A família ocupou o lugar central para a compreensão da loucura. (2)

Sobre esses questionamentos, Bastos (4, 5, 6) argumenta que a Psiquiatria faz interfaces com as ciências biológicas e as ciências do comportamento humano, e é nessa intersecção que se situa seu objeto de estudo, o que o autor chama de 'fato psiquiátrico ou psicopatológico'. Para o autor, a originalidade e a peculiaridade do fato psicopatológico está situada na intersecção do biológico ou somático, do psicológico e do sociocultural, o que tem levado, historicamente, "ao aparecimento de discursos e posições teórico-doutrinárias extremadas; de excessos e exageros, ora etiopatogênicos, ora terapêuticos em cada uma destas vertentes do saber e da prática psiquiátricas". (4, 5, 6) Desta forma, Bastos concorda com Henri Ey, quando afirma que o movimento da Antipsiquiatria foi uma reação salutar e um protesto contra o modelo asilar e o papel repressivo que os psiquiatras podem exercer na sociedade, mas representou também, a negação do fato psicopatológico, contestado como se fosse "uma produção fantasmática dos médicos, substitutos das estruturas sociais patógenas"(6: 173).

As diversas propostas de transformação da assistência psiquiátrica estiveram contextualizadas sócio-historicamente, portanto, marcadas por interesses, relações entre saberes e poderes, práticas e subjetividades. Nesse sentido, o movimento da Psiquiatria Democrática Italiana trouxe ao cenário político mais amplo a revelação da impossibilidade de transformar a assistência sem modificar o território das relações entre cidadania e justiça. Para Basaglia, um dos principais idealizadores da reforma da assistência psiquiátrica italiana, a experiência da doença mental seria

complexa demais para ser reduzida ao campo do saber médico. Dessa forma buscou entendê-la através de diversos olhares, além daqueles oriundos do saber médico-psicológico. (2)

Observou-se, então, que questionamentos éticos fundamentados em pressupostos epistemológicos para além da busca da causalidade orgânica e da cura das doenças mentais possibilitaram a criação de novos dispositivos de cuidado no século XX. O surgimento de correntes teóricas fundamentadas em modelos explicativos que incluíam as dimensões psíquicas e sociais na determinação do processo saúde-doença, situou essa questão na complexidade inerente ao fenômeno saúde. Esse conjunto de transformações teóricas e práticas, por vezes paradoxais, no campo da saúde mental conformaram a Reforma Psiquiátrica brasileira num movimento contra-hegemônico ao modelo hospitalocêntrico (28).

A partir do ano de 1980, no cenário de democratização e reformulação do sistema de saúde, as transformações na assistência psiquiátrica passaram a ter maior visibilidade. A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em sintonia com a Constituição de 1988, preconizou a universalização do acesso aos serviços de saúde, a integralidade da atenção, a equidade e a hierarquização dos serviços, em um contexto descentralizado e municipalizado. O SUS contemplou em suas diretrizes os princípios da reforma psiquiátrica, incluindo o processo de desospitalização e a garantia dos direitos de cidadania dos doentes mentais. (2)

O movimento da Reforma Psiquiátrica foi protagonizado por vários atores, entre eles, usuários, familiares, profissionais de saúde mental, políticos, artistas, donos de hospitais psiquiátricos. Os conflitos e paradoxos advindos desse processo, somados a questionamentos éticos fundamentados em pressupostos epistemológicos para além da busca da causalidade orgânica e da cura das doenças mentais levaram a mudanças na política, na legislação e no modelo de atenção à saúde mental, preconizando equipamentos múltiplos para

atender à complexidade dos transtornos mentais. (2, 28)

No âmbito da legislação, foi promulgada pelo Congresso Nacional em 6 de abril de 2001, a lei federal da Reforma Psiquiátrica, nº. 10.216, que assegura os direitos e a proteção das pessoas portadoras de transtornos mentais, redireciona o modelo de atenção à saúde mental, propondo a criação de redes de serviços locais, extra-hospitalares, abertos no território. Mesmo antes da aprovação da lei federal, várias leis estaduais provocaram importantes transformações na legislação de seus Estados e respectivos municípios. No caso de Pernambuco, a lei nº 11.064/94 do deputado Humberto Costa, dispôs sobre a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por outros recursos assistenciais e regulamentou a internação involuntária. (8)

A partir do início da década de 90, o Ministério da Saúde publicou um grande número de portarias (8) com a finalidade de fundamentar o processo de redirecionamento do modelo assistencial. Essas portarias estabeleceram as regras básicas para o funcionamento dos serviços de saúde mental, definiram o financiamento dos mesmos e determinaram mecanismos de fiscalização.

O modelo assistencial proposto a partir da reforma psiquiátrica é constituído de uma rede de atenção psicossocial, com serviços de base comunitária, com potencial de construção coletiva de soluções e capaz de fazer face à complexidade das demandas no território. Além disso, também deve garantir a resolutividade e a promoção de autonomia e cidadania às pessoas com transtornos mentais.

Ao longo desses 20 anos de SUS e de reforma psiquiátrica, diversos avanços foram evidenciados tanto em nível local quanto nacional. Porém, muitos desafios e impasses na gestão de uma rede de atenção em saúde mental ainda precisam ser enfrentados, como: a forma de alocação de recursos financeiros do SUS e suas repercussões no modelo assistencial proposto para

os serviços substitutivos; aumento considerável da demanda em saúde mental (especialmente os casos de usuários de álcool e outras drogas, bem como de atenção para crianças e adolescentes); fragilidades em termos de abrangência, acessibilidade, diversificação das ações, qualificação do cuidado e da formação profissional, bem como um imaginário social calcado no preconceito/rejeição em relação à loucura.(1)

Examinemos como esse processo vem acontecendo no contexto local do Estado de Pernambuco.

### A construção do modelo de atenção psicossocial em Pernambuco a partir de 1990

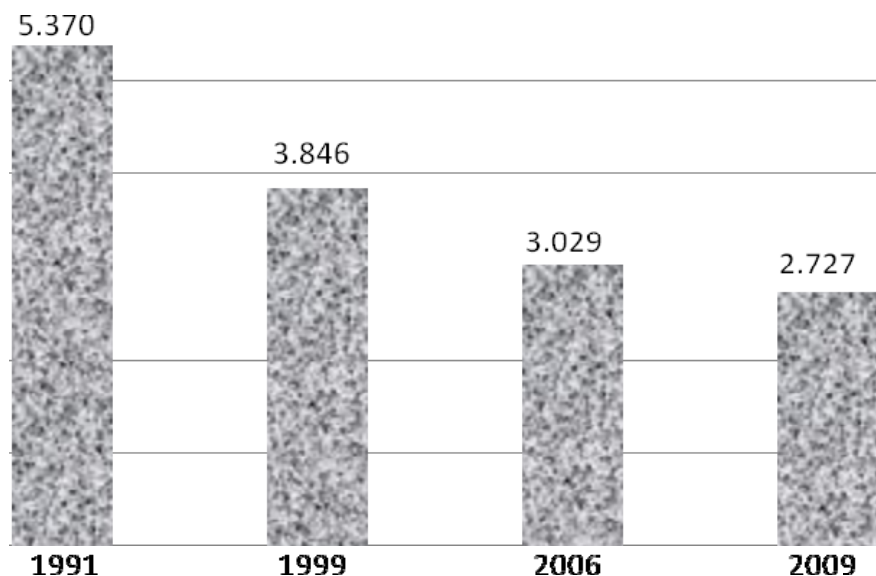
As reformas, fruto da mobilização dos atores sociais engajados no resgate da cidadania dos portadores de doença mental, ganharam mais visibilidade em Pernambuco no início da década de 90, com a criação de uma série de medidas e estratégias para a implantação de uma política de

atenção à saúde mental nos moldes preconizados nacionalmente. A aprovação da Lei Estadual da Reforma Psiquiátrica nº 11.064 em 1994, referendou o processo de transformação da assistência em saúde mental no Estado. (15, 19)

Pernambuco, apesar da história de luta por melhorias na assistência e respeito aos direitos dos usuários dos serviços de saúde mental, como vimos nas ações implementadas por Ulysses Pernambucano, consolidou-se como um dos grandes pólos hospitalocêntricos, semelhante ao que ocorreu nos grandes centros urbanos do país. O Estado apresentou grandes avanços no redirecionamento da assistência, mas ainda mantém um número significativo de leitos psiquiátricos e apresenta muitas dificuldades para efetivar a expansão e descentralização da atenção à saúde mental.

No período de 1991 a 2009, Pernambuco reduziu cerca de 50% dos leitos psiquiátricos cadastrados no SUS (gráfico 1) e três hospitais privados foram fechados.

**Gráfico 1:** Histórico da redução de leitos psiquiátricos/SUS em PE de 1991 a junho de 2009



**Fontes:** Coordenação Geral de Saúde Mental/CNES-PRH; Gerência de Atenção à Saúde Mental/Secretaria Estadual de Saúde; COUTO et al, 2001; LEMOS, 1999.

No final de 1994, no contexto da municipalização, a Secretaria de Saúde da Cidade do Recife assumiu a gestão de cadastro-programação-controle e avaliação dos hospitais psiquiátricos privados conveniados com o SUS, que existiam no município. (19)

Dos quatorze hospitais psiquiátricos existentes, três são públicos. Os hospitais públicos passaram por várias reformas e tentativas de redirecionamento da assistência. Foram palcos de algumas iniciativas inovadoras, como as que aconteceram no Hospital Ulysses Pernambucano (antigo Hospital da Tamarineira) com a criação do Hospital-dia Espaço-Azul, o Lar Abrigado para pacientes com longo período de internamento, o Centro de Atividades Terapêuticas (CAT) onde são desenvolvidas atividades e oficinas artísticas visando fortalecer os laços culturais e sociais dos pacientes, entre outras. No Hospital Colônia Alcides Codeceira, em Igarassú, foi criado um “lar operativo” e oficinas terapêuticas e no Hospital Colônia Vicente Gomes de Matos, em Barreiros, por ser o único serviço de saúde mental da região, também foi implantado o atendimento ambulatorial. (15)

De acordo com a Gerência de Atenção à Saúde Mental da Secretaria Estadual de Saúde (GASAM/SES), algumas dessas iniciativas foram desativadas, como foi o caso do ambulatório no Hospital de Barreiros, e outras sofreram transformações, configurando-se em outros serviços, municipalizados, como preconiza a legislação pertinente.

Os hospitais privados conveniados com o SUS somam onze unidades, sendo que oito delas estão na região metropolitana do Recife. Dos 2.727 leitos psiquiátricos do Estado, 81,62% estão em hospitais localizados em municípios da Região Metropolitana do Recife (Recife, Olinda, Camaragibe, Igarassú), reforçando o caráter centralizador da assistência ainda em curso.

Embora Pernambuco ainda ocupe o segundo lugar no ranking nacional em relação a concentração de leitos psiquiátricos/1000hab por Estado, de acordo com dados da Coordenação Geral de Saúde Mental (10), quando analisamos os dados da assistência hospitalar dos últimos quatro anos (tabela 1), constatamos que o Estado reduziu de 0,42 para 0,31 o número de leitos/1000 hab, mostrando um impacto maior do que o observado nos demais Estados da região nordeste. Isso sugere que, o processo da reforma psiquiátrica, no que tange a redução de leitos psiquiátricos leva em consideração a complexidade e os desafios específicos que surgem quando se fecham hospitais e têm-se que referenciar os pacientes lá internados, principalmente os de longa permanência. Observamos ainda que, os demais Estados do nordeste não tinham grande concentração de leitos, o que nos leva a hipotetizar que nesses contextos não foram vivenciados, tal como em Pernambuco, os mesmos desafios para substituir as internações psiquiátricas por estratégias de cuidado extra-hospitalares.

**Tabela 1:** Série histórica do nº de leitos e leitos/1000 hab por UF da região nordeste (de 2006 até junho de 2009)

UF/Ano	2006		2007		2008		2009	
	Nº leitos	Leitos por 1000 hab.	Nº leitos	Leitos por 1000 hab.	Nº leitos	Leitos por 1000 hab.	Nº leitos	Leitos por 1000 hab.
PE	3248	0,42	3063	0,36	2727	0,31	2727	0,31
AL	880	0,29	880	0,29	880	0,28	880	0,28
RN	760	0,25	747	0,25	747	0,24	747	0,24
PB	749	0,21	749	0,21	699	0,19	691	0,18
SE	380	0,19	380	0,19	320	0,16	320	0,16
MA	822	0,13	822	0,13	662	0,10	662	0,10
CE	1104	0,13	1104	0,14	953	0,11	955	0,11
PI	360	0,12	360	0,12	360	0,12	360	0,12
BA	1107	0,08	1051	0,08	1051	0,07	888	0,06

**Fontes:** Coordenação Geral de Saúde Mental/CNES-PRH/Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, estimativa populacional 2008.

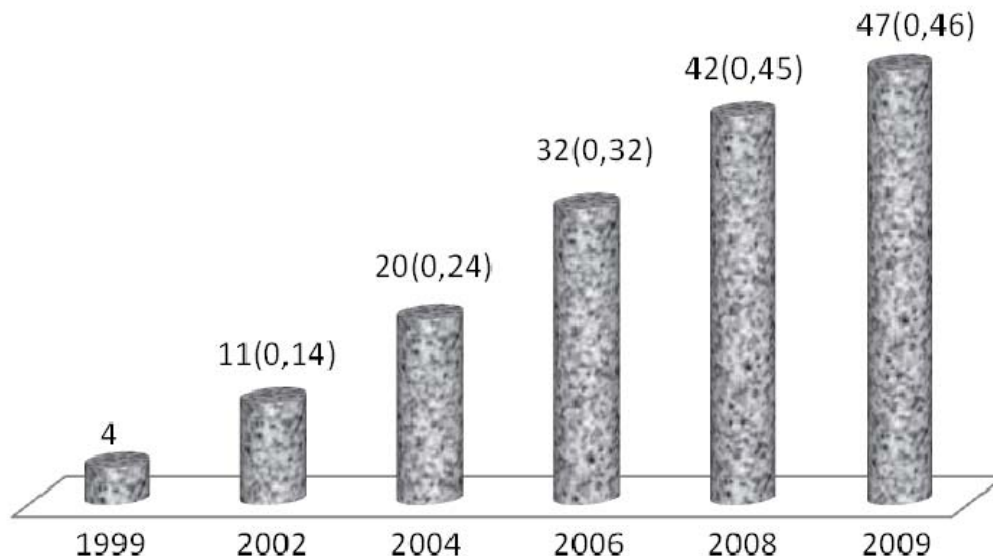
Sobre os leitos psiquiátricos em hospitais gerais, estes estão distribuídos na capital: Hospital Geral Otávio de Freitas (trinta) e Hospital das Clínicas/UFPE (dez) e no interior: Ibimirim (três), Serrita (três) e Salgueiro (cinco), totalizando cinquenta e um leitos. Estes leitos, que deveriam funcionar articulados aos CAPS III, às emergências gerais e aos Serviços Hospitalares de Referência para Álcool e Drogas, oferecendo acolhimento integral ao paciente em crise, em diálogo com outros dispositivos de referência para o usuário, não vêm dando conta desse papel. São insuficientes e alguns, como é o caso dos leitos do Hospital Geral Otávio de Freitas, apresentam características asilares, tanto do ponto de vista estrutural como assistencial, semelhantes a dos hospitais psiquiátricos especializados.

Em 2007, a reformulação das emergências e regulação da Saúde Mental no Estado, foi tema de um Seminário, articulado entre municípios, Estado e MS. Esse evento produziu o plano estadual de urgência/emergência, cuja meta era implantar uma rede regionalizada e hierarquizada de urgência/emergência no Estado (PES 2008-2011,

2009)<sup>1</sup>. Algumas ações foram desenvolvidas, como pactuação com os municípios para criar ou transformar CAPS II em tipo III; sensibilização do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência-SAMU para o atendimento e resgate das pessoas em situações de crise. Mas retrocessos também aconteceram, como a desativação do serviço de emergência psiquiátrica do Hospital Geral Otávio de Freitas, após um incêndio nas suas instalações em setembro de 2008. A concentração do atendimento de emergência psiquiátrica no Hospital Ulysses Pernambucano (SEP-HUP) foi adotada, inicialmente, como medida provisória, porém, permanece até hoje, contrariando as diretrizes do atual modelo de atenção à saúde mental. Além do SEP-HUP existe apenas um CAPS tipo III, com capacidade para acolhimento noturno das situações de crise.

A rede de serviços extra-hospitalares cresceu substancialmente nos últimos anos, principalmente os serviços tipo CAPS (gráfico 2).

<sup>1</sup> Plano Estadual de Saúde 2008-2011, aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde através da resolução nº 420, publicada no Diário Oficial do Estado em 26 de fevereiro de 2009.

**Gráfico 2:** Série histórica do nº de CAPS e indicador CAPS/100mil hab. em PE até junho de 2009

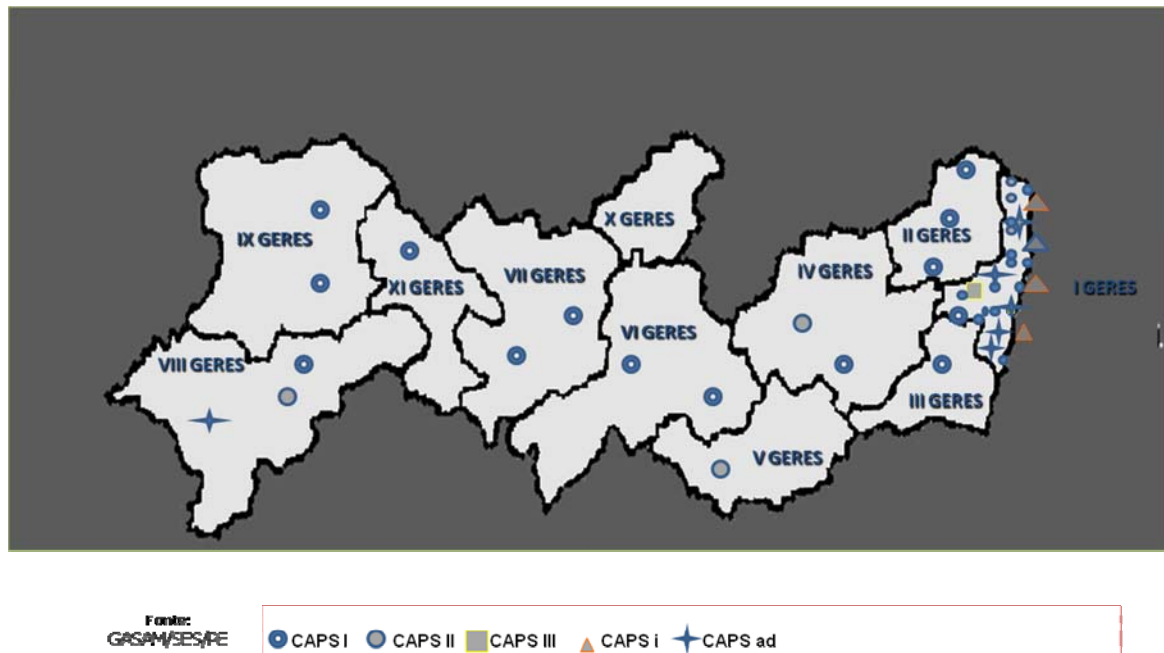
**Fontes:** Coordenação Geral de Saúde Mental/CNES-PRH; Gerência de Atenção à Saúde Mental/Secretaria Estadual de Saúde; LEMOS, 1999.

De acordo com o índice CAPS/100mil hab que o Ministério da Saúde utiliza para avaliar a cobertura populacional pelos serviços, Pernambuco tem 0,46, ou seja, cobertura regular/baixa (11). Ressaltamos que, dos seis Estados que apresentam cobertura considerada muito boa pelo MS (acima de 0,70), quatro estão na região nordeste (Alagoas, Ceará, Paraíba e Sergipe). Embora esses dados nos revelem um aspecto bastante positivo no aumento da acessibilidade, observamos, paradoxalmente, que em alguns desses Estados, nos últimos quatro anos, a redução de leitos psiquiátricos não foi significativa e em Alagoas nenhum leito foi desativado, conforme já discutimos anteriormente. Este fato leva-nos a questionar porque a expansão de serviços de caráter substitutivo ao modelo

hospitalocêntrico, inclusive nos Estados onde a cobertura é considerada boa, não está sendo suficiente para reduzir o número de leitos psiquiátricos de forma mais significativa. Embora a qualidade da assistência não possa ser avaliada apenas pela quantidade de serviços, esses números são importantes para refletirmos sobre o processo de expansão das estratégias substitutivas paralelamente à diminuição dos leitos psiquiátricos.

Na figura 1, podemos observar a distribuição territorial dos CAPS em Pernambuco. Verificamos que a expansão dos serviços atinge dez das onze Gerências Regionais de Saúde (GERES), mas há concentração da maioria deles na 1ª GERES, onde localizam-se os municípios da região metropolitana do Recife.

Figura 1: Distribuição territorial por tipo de CAPS, em PE, até junho de 2009



Sobre a integralidade da atenção em saúde mental no âmbito da Atenção Básica, é importante observar que, de acordo com o Departamento de Atenção Básica (DAB) do MS, em 2008, o percentual da população pernambucana coberta por Equipes de Saúde da Família (ESF) correspondeu a 68%. (5) A capital Recife, com mais 1.500.000,00 hab tinha em 2008, 220 ESF, o que permite uma cobertura de 50,1% da população. (10)

Salienta-se ainda que, o Estado tem 48% de seus municípios com menos de 20.000 habitantes e, de acordo com a portaria/GM nº 336/2002 (6), não há recomendação para instalação de CAPS nessas localidades, de maneira que a atenção à saúde mental deverá ser oferecida preferencialmente pela atenção básica e ambulatorial. No entanto, o que se observa é que a maioria desses municípios oferece apenas o atendimento ambulatorial com ênfase na medicalização dos problemas.

A qualificação dos profissionais responsáveis pela atenção à saúde mental nos municípios do Estado é um desafio, principalmente para os que

trabalham na atenção básica, pois, de uma maneira geral, são pouco preparados para a abordagem da população com transtornos mentais. Estima-se que uma grande parte das pessoas com queixas psicossomáticas, uso abusivo de álcool e drogas, dependência de benzodiazepínicos, transtornos de ansiedade menos graves, etc, procuram atendimento na atenção básica. (PES 2008-2011, 2009)<sup>2</sup>. Esse processo favorece ao encaminhamento da população aos grandes centros, comprometendo os laços sociais e familiares desses usuários e facilitando mecanismos de exclusão.

Em relação às estratégias de desinstitutionalização de pacientes psiquiátricos de longa permanência hospitalar, o último levantamento da Coordenação Geral de Saúde Mental (11) apontou que Pernambuco tem quatorze Residências Terapêuticas (RT) em funcionamento e mais dez em

<sup>2</sup> Essa avaliação refere-se ao diagnóstico situacional simplificado elaborado pela GASAM/SES para o planejamento da Linha de Ação: Políticas Específicas/Saúde Mental do Plano Estadual de Saúde 2008-2001.

processo de implantação, totalizando oitenta e nove moradores e conta ainda com cento e cinco beneficiários do Programa de Volta para Casa. Sobre as iniciativas de inclusão pelo trabalho, dezoito experiências são registradas nesses dados. De acordo com levantamento realizado pela GASAM/SES, do total de leitos psiquiátricos em 2009, cerca de 1.280 são ocupados por pacientes de longa permanência (PLP). Sendo assim, observamos que o número de pessoas beneficiadas nas ações de desinstitucionalização é muito aquém da necessidade do Estado, já que existem mais de mil moradores nos hospitais psiquiátricos, com perfis diferenciados para as modalidades de cuidados oferecidas.

Embora reconhecamos os avanços e o impacto que essas transformações provocaram na sociedade, a reforma psiquiátrica pernambucana ainda não foi capaz de se efetivar, semelhante ao que acontece nos demais Estados da federação, principalmente na perspectiva da descentralização e municipalização, universalização e equidade da assistência, seus princípios norteadores,

Oliveira (25), ao discutir os entraves na implementação da reforma psiquiátrica no Estado, apontou a falta de vontade política e pouca participação popular aliados a questões relacionadas à saúde coletiva e desequilíbrio entre oferta e demanda, como fatores importantes nesse processo.

Mas essas questões não parecem ser características apenas locais ou regionais.

A World Health Organization, ao analisar o Sistema de Saúde Mental brasileiro, observa que a partir de 2007 houve inversão na hegemonia de gastos públicos com ações de saúde mental, com um aumento no financiamento de serviços comunitários quando comparado com os gastos de serviços hospitalares, 51% e 49% respectivamente. Isso é considerado um avanço, já que em 2001, os gastos com ações e programas hospitalares representavam 80% do financiamento das ações de saúde mental. (27)

No entanto, Mari (20) nos alerta que no Brasil, os transtornos mentais são responsáveis por

18% da sobrecarga global de doenças no país e contam apenas com 2,5% do orçamento da saúde. A magnitude dessa realidade provoca um grande descompasso entre demanda e disponibilidade de serviços. Em 2007, esse cenário levou o editor da renomada publicação *Lancet* à criação de um comitê executivo internacional encarregado de assessorar governos, organizações não-governamentais, usuários de serviços e seus familiares, no planejamento da ampliação do financiamento e dos recursos assistenciais comunitários, com a finalidade de reduzir o desequilíbrio entre a demanda e a oferta de serviços para o cuidado em saúde mental.

Observamos que há consonância entre os diversos setores políticos- técnicos-assistenciais sobre o impacto que os problemas relacionados aos transtornos mentais acarreta na vida da população. No entanto, isso não tem sido suficiente para garantir as condições necessárias a efetividade das ações de cuidado em nenhum nível de governo.

Os desafios para a desinstitucionalização da loucura requisitam uma complexidade de fatores administrativos, financeiros, organizacionais, teóricos, técnicos, afetivos, subjetivos, enfim, uma gama de questões que influenciam na velocidade de implantação e na qualidade dos serviços no âmbito da reforma psiquiátrica.

Acrescentamos ainda a singularidade do campo da saúde mental, que engloba dentre outros aspectos a subjetividade, complexifica a análise de políticas, programas e serviços nesse setor e reforçam o desafio de integrar diferentes perspectivas em avaliação. Pensar a qualidade de assistência considerando apenas a análise de dados quantitativos, nesse contexto, pode nos levar à compreensão de apenas uma das faces desse processo, de forma, que esse é um limite desse estudo. Seria necessário aprofundá-lo, considerando variáveis qualitativas que integrem também a perspectiva da população usuária dos serviços, seus familiares e profissionais, para que a qualidade da assistência seja melhor discutida.

Destacamos por fim, Pernambuco como Estado paradoxal, movido pelo ideário e realizações

de Ulysses Pernambucano, que influenciou a formação de várias gerações de psiquiatras, seus sucessores na Escola Psiquiátrica do Recife, assim como outros profissionais da área, e pela forte implicação do modelo privatista que favoreceu o crescimento de uma assistência psiquiátrica de princípios e práticas contrários, através da “psiquiatrização dos problemas sociais” e da chamada “indústria de leitos” (6: 30). Esse paradoxo, influenciou tanto a psiquiatria como o campo da saúde mental, quanto é fator a ser considerado na reversão do modelo de assistência no Estado. Os dados discutidos nesse artigo marcam esse paradoxo de forças contrárias, já presentes em Pernambuco desde a época de Ulysses Pernambucano e atuais ainda hoje.

## REFERÊNCIAS

1. Alverga, A. R.; Dimenstein, M. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, jul/dez 2006; 10 (20): 299-316.
2. Amarante P. Loucos pela Vida. A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000.
3. Bastos O. Esboço de Comunidade Terapêutica em unidade psiquiátrica de um hospital universitário. *Neurobiologia*, 1964, 27 (1): 57-71.
4. \_\_\_\_\_. *Agreements and Disagreements in Psychiatry*. *Neurobiologia*, 2008; 70: (1-4), 9-17, 2007.
5. \_\_\_\_\_. *Ciência e Ética em Psiquiatria*. *Neurobiologia*, 2009; 72 (1): 11-16.
6. \_\_\_\_\_. *História da Psiquiatria em Pernambuco e outras Histórias*. São Paulo: Lemos Editorial, 2002.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica-Consolidado histórico de cobertura da Saúde da Família - 2008. [acessado em 2009 Jul 23]; Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php>
8. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Legislação em Saúde Mental 1990-2004*. 5ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
9. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Saúde Mental em Dados*, ano I, nº 2. Informativo eletrônico. Brasília: janeiro-julho de 2006. [acessado em 2009 Jul 06]; Disponível em: [www.inverso.org.br/index.php/.../12206.html](http://www.inverso.org.br/index.php/.../12206.html)
10. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Saúde Mental em Dados – 3*, ano I, nº 3. Informativo eletrônico. Brasília: dezembro de 2006. [acessado em 2009 Jul 06]; Disponível em: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br) e [www.saude.gov.br/bvs/saudemental](http://www.saude.gov.br/bvs/saudemental)
11. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Saúde Mental em Dados – 4*, ano II, nº 4. Informativo eletrônico. Brasília: agosto de 2007. [acessado em 2009 Jul 22]; Disponível em: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br) e [www.saude.gov.br/bvs/saudemental](http://www.saude.gov.br/bvs/saudemental)
12. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Saúde Mental em Dados – 5*, ano III, nº 5. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2008. [acessado em 2009 Fev. 11]; Disponível em: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br) e [www.saude.gov.br/bvs/saudemental](http://www.saude.gov.br/bvs/saudemental)
13. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Saúde Mental em Dados – 6*, ano IV, nº 6. Informativo eletrônico. Brasília: junho de 2009. [acessado em 2009 Jul 06]; Disponível em: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br) e [www.saude.gov.br/bvs/saudemental](http://www.saude.gov.br/bvs/saudemental)
14. Castel R. *A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1991.
15. Coelho Filho H. *A Psiquiatria no país do açúcar*. 2ª ed. João Pessoa: Editora União; 1983.

16. Costa JF. História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico. 5ª ed. Rio de Janeiro: Garamond, 2007.
17. Couto G, Medeiros A, Miranda S, Pinheiro MA, Uchôa R, Fonseca AMS, Viana R. A experiência de Pernambuco na área de reabilitação psicossocial. In: Pitta A. (org). Reabilitação Psicossocial no Brasil. São Paulo, Hucitec, 2001.
18. Foucault M. História da loucura. 3ª ed. São Paulo: Editora Perspectiva, 1993.
19. Goffman E. Manicômios, prisões e conventos. 6ª ed. São Paulo: Editora Perspectiva, 1999.
20. Koda MY. Da negação do manicômio a construção de um modelo substitutivo: o discurso de usuários e trabalhadores de um núcleo de atenção psicossocial. [Dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo: Instituto de Psicologia; 2002.
21. Lemos JM. Saúde mental em Pernambuco: reforma psiquiátrica. *Neurobiologia* 1999; 62(1): 31-34.
22. Mari JJ. Não há Saúde sem Saúde Mental. *Psiquiatria Hoje. Jornal da Associação Brasileira de Psiquiatria* 2008; ano XXX (5): 4-5.
23. Medeiros T. Psiquiatria e Nordeste: um olhar sobre a história. *Rev. Bras. Psiquiatr.* [periódico na Internet]. 1999 Set [acessado em 2009 Jun 15] ; 21(3): 177-177. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44461999000300010&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000300010&lng=pt). doi: 10.1590/S1516-44461999000300010.
24. Melo W. Ulysses Pernambucano: o enamorado da liberdade. In: Jacó-Vilela AM, Jabur F, Rodrigues HBC. (org). *Clio-psyché: histórias da psicologia no Brasil*. Rio de Janeiro: UERJ, NAPE, 1999. [acessado em 2009 Jun 15]; Disponível em: <http://www.cliopsyche.uerj.br/livros/cli01/livrocli01.htm>
25. Miranda-Sá JR LS. Breve histórico da psiquiatria no Brasil: do período colonial à atualidade. *Rev Psiquiatr RS* 2007; 29(2), 156-158.
26. Nascimento BMM. A Escola de Psiquiatria do Recife: fundação e 1ª sucessão - de Ulysses Pernambucano a José Lucena. [Dissertação]. Recife (PE): Universidade Federal de Pernambuco: Curso de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento; 2007.
27. Oliveira JR. Políticas públicas de saúde mental e reforma psiquiátrica em Pernambuco (1991-2001). [Dissertação]. Recife (PE): Universidade Federal de Pernambuco: Curso de Pós-Graduação em História; 2008.
28. Tenório F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*, 2002; 9(1):25-59.
29. World Health Organization. WHO-AIMS Report On Mental Health System in Brasil. WHO and Ministry of Health, Brasília, Brasil, 2007.



# Instruções aos Autores – Disposições Gerais

O periódico *Neurobiologia* publica artigos inéditos, revisões, notas didáticas, casos clínicos, análise de artigos e revisão de livros, cartas ao editor e noticiário, em português e inglês, de autores de quaisquer centros de pesquisa do Brasil e do exterior. Os requisitos para apresentação de originais foram estabelecidos em conformidade com “Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals” do International Committee of Medical Journals Editors – Grupo Vancouver – publicado no *Ann Intern Med* 1997;126:36-47, disponível em versão digital em <http://www.acponline.org>.

Artigos e correspondências devem ser encaminhados para:

## REVISTA NEUROBIOLOGIA

Mestrado e Doutorado em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da UFPE

Centro de Ciências da Saúde – CCS – UFPE

Av. Prof. Moraes Rego, s/n – Cidade Universitária

50.670-420 Recife/PE Brasil

Tele-fax: 0055-81-2126-8539

E-mail: [editor@neurobiologia.org](mailto:editor@neurobiologia.org)

Home-page: <http://www.neurobiologia.org>

Aceito para publicação, torna-se o trabalho propriedade permanente da Revista Neurobiologia, que reserva todos os direitos autorais do artigo publicado, no Brasil e no exterior, permitindo, entretanto, sua posterior reprodução como transcrição, com a devida citação da fonte, mediante autorização prévia por escrito.

- Visando substancialmente proteger direitos dos autores, é obrigatório o envio da carta de autorização para publicação assinada por todos os autores. No caso de estudos envolvendo seres humanos, os autores devem mencionar que o estudo foi conduzido conforme os princípios da declaração de Helsinki e com o consentimento informado da cada participante ou de seus responsáveis legais. Não é permitida a apresentação do trabalho em outro periódico.

- Modelo para carta de autorização:

“Os autores abaixo assinados transferem com exclusividade todos os direitos para publicação, em qualquer forma ou meio, do artigo....., garantem que o mesmo é inédito e não está sendo avaliado por outro periódico e que o estudo foi conduzido conforme os princípios da declaração de Helsinki (incluir nome completo, endereço postal, telefone, fax, e-mail e assinatura de todos os autores).

Objetivando manter o padrão da Neurobiologia, o respeito às normas para publicação é condição obrigatória para o recebimento do trabalho. Após a análise técnica pelo Editor, quanto ao cumprimento das normas, o trabalho será encaminhado aos Editores de Área que dispõem de plena autoridade para decidir sobre sua aceitação, podendo reapresentá-lo aos autores, no prazo máximo de 30 dias, para que sejam feitas as alterações sugeridas.

De cada artigo será enviado um exemplar da revista. Os trabalhos devem ser enviados em formato eletrônico, acompanhados de duas cópias impressas na última versão, e não serão devolvidos em nenhuma hipótese.

### ■ Estrutura do artigo

- Todas as páginas devem estar numeradas indicando na primeira o total de páginas.

- A primeira página deve conter: título do trabalho, nome completo dos autores, com entrada direta e sobrenome completo, e filiação científica.

- Os resumos devem ser apresentados em português e inglês, inclusive títulos, com no máximo 200 palavras. Recomenda-se que os resumos sejam previamente encaminhados pelo autor a um revisor especialista no idioma.
- Os unitermos, entre 3 a 10, devem ser apresentados nos dois idiomas. Devem ser utilizados termos da lista denominada Medical Subject Headings do Index Medicus ou da lista de Descritores em Ciências da Saúde, publicada pela BIREME, para trabalhos em língua portuguesa.
- Correções ortográficas serão feitas, visando manter a homogeneidade e a qualidade da publicação, respeitando, porém, o estilo do autor. Recomenda-se que o texto seja previamente encaminhado a um revisor técnico especialista no idioma.
- Tabelas e ilustrações devem estar numeradas e impressas em folhas separadas, com as respectivas legendas, em formato que permita sua reprodução e incluídas no disquete. Os locais para inserção deverão ser indicados no texto, com destaque.
- Ilustrações não serão aceitas em negativo e a impressão de fotos a cores será cobrada dos autores.
- Agradecimentos deverão ser mencionados antes das referências.
- As referências devem ser apresentadas ao final, numeradas e em ordem alfabética. No texto, citá-las apenas pelo número. Dever ser usado o estilo que se seguem:

#### ■ Artigos de revistas

##### 1. Artigo padrão

Vega KJ, Pina I, Krevsky B. Heart transplantation is associated with an increased risk for pancreatobiliary disease. *Am Intern Med* 1996 jun 1; 124:980-3. (a NLM lista até 25 autores. Caso haja mais que 25, liste os primeiros 24 seguidos da expressão et al.) (Caso o periódico tenha paginação contínua ao longo do volume, o mês e a edição devem ser omitidos.)

##### 2. Uma organização como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996;164:282-4.

##### 3. Ausência de autor

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994;84:15.

##### 4. Volume com suplemento

Shen HM, Zhang QF. Risk assessment of nickel carcinogenicity and occupational lung cancer. *Environ Health Perspect* 1994;102 Suppl 1:275-82.

##### 5. Número com suplemento

Payne DK, Sullivan MK, Massie MJ. Women's psychological reactions to breast cancer. *Semin Oncol* 1996;23 (1 Suppl 2):89-97.

##### 6. Volume em partes

Ozben T, Nacitarhan S, Tuncer N. Plasma and urine sialic acid in non-insulin dependent diabetes mellitus. *Ann Clin Biochem* 1995;32 (Pt 3):303-6.

##### 7. Número em partes

Poole GH, Mills SM. One hundred consecutive cases of flap lacerations of the leg in ageing patients. *NZ Med J* 1994;107 (986 Pt 1):377-8.

##### 8. Número sem volume

Turan I, Wredmark T, Fellander-Tsai L. Arthroscopic ankle arthrodesis in rheumatoid arthritis. *Clin Orthop* 1995;(320):110-4.

##### 9. Sem número nem volume

Browell DA, Lennard TW. Immunologic status of the cancer patient and the effects of blood transfusion on antitumor responses. *Curr Opin Gen Surg* 1993:325-33.

#### ■ Livros e outras obras monográficas

##### 1. Autor(es) pessoal(is)

Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd ed. Albany (NY):Delmar publishers; 1996.

2. Editor(es), compilador(es) como autor(es)

Norman IJ, Redfern SJ, editors. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.

3. Organização como autor e editor

Institute of Medicine(US). Looking at the future of medical program. Washington: The institute; 1992.

4. Volume com complemento

Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: pathophysiology, diagnosis and management. 2nd ed. New York: Raven Press: 1995, p. 465-78.

5. Anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10<sup>th</sup> International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology: 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

6. Trabalho de congresso

Bengtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoft O, editors, MEDINFO92. Proceedings of the 7<sup>th</sup> World Congress on Medical Informatics; 1992, p. 1561-5.

7. Relatório científico ou técnico

Smith P, Golladay K. Payment for durable medical equipment billed during skilled nursing facility stays. Final report. Dallas (TX): Dept. of Health and Human Services (US), Office of Evaluation and Inspections; 1994 Oct. Report n<sup>o</sup>.: HHSIGOEI37485300870.

8. Dissertação

Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization [dissertation]. St. Louis (MO): Washington Univ.; 1995.

■ **Outros materiais publicados**

1. Artigo em jornal

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50.000 admissions annally. The Washington Post 1996 jun 21; Sect. A:3 (col.5).

2. Material audiovisual

HIV+AIDS: the facts and the future [videocassete]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

■ **Outros materiais publicados**

1. No prelo

Lesner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. N Engl J Med. In press 1996.

■ **Material eletrônico**

1. Artigo de revista em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. Emerg Infect Dis [serial online] 1995 jan-mar [cited 1996 jun 5];(1);[24 screens]. Available from: URL: <http://www.cdc.gov/ncidod/IED/eid.htm>

2. Monografia em formato eletrônico

CDI, clinical dermatology illustrated [monograph on CD-ROM], Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2<sup>nd</sup> ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

3. Arquivo de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational System; 1993.



# *Instructions to Authors – General Dispositions*

The *Neurobiologia* publishes original articles, reviews, lectures, case reports, books and papers review, letters and news, in Portuguese and English, whether original or unpublished, of authors belonging to any research centers of Brazil and foreign countries. The guidelines for original presentation are in accordance with “Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals” of the International Committee of Medical Journals Editors – Vancouver Group – published in the *Ann Intern Med* 1997;126:36-47, available in digital version <http://www.acponline.org>.

Send all manuscripts and related correspondence to the following address:

## **NEUROBIOLOGIA JOURNAL**

Mestrado e Doutorado em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da UFPE

Centro de Ciências da Saúde – CCS – UFPE

Av. Prof. Moraes Rego, s/n – Cidade Universitária

50.670-420 Recife/PE Brazil

Tele-fax: 0055-81-2126-8539

E-mail: [editor@neurobiologia.org](mailto:editor@neurobiologia.org)

Home-page: <http://www.neurobiologia.org>

Accepted for publication, the manuscript becomes permanent property of the *Neurobiologia Journal*, which reserves all the author`s rights of the published article in Brazil and in any other foreign country, however allowing its posterior reproduction as transcription, with the proper source citation, through a previous written authorization.

- Having in view protect substantially the author`s right, it is necessary to send an authorization letter for publication signed by all authors. In case of studies involving human subjects the authors should state that study was conducted according to the informed consent of each participant or of its legal guardian. It is not allowed the publishing of the manuscript in any other periodical simultaneously.

- Model of the authorization letter:

“The authors signed below transfer with exclusiveness all the publication all the publication rights, in any form or means of the article....., guarantee that the article in unpublished and it is not under consideration by another periodical and that the study was conducted according to the principles outlined in the Declaration of Helsinki” (include complete name, address, telephone, fax, e-mail and the signature of all authors).

Aiming to keep a quality of the to accept the *Neurobiologia* manuscript it is mandatory to respect the technical rules for publication. After analysis of the accomplishment of these rules by the editor, the manuscript will be addressed to Editors of area who have total authority to decide about its acceptance, can present again to the authors in 30 days, to make the suggested changes in the text.

It will be send one issue of the periodical. The articles should be sent in electronic format, together with two printed copies of the latest version, and they will be not returned under no circumstances.

### ■ **Articles structure**

- All pages must be numbered, indicating in the first page the total number of pages.

- The first page must have: title of the manuscript, complete name of the authors including the first name and institutional affiliation of each author.

- Abstracts should be provided in English and Portuguese, including titles, with no more than 200 words. It is recommended that the abstracts be previously addressed to a proofreader expert in the idiom.
- Key words, between 3 and 10, should be presented in both idioms. It must be used terms according to the list of Medical Subject Headings of the Index Medicus or of the list "Descritores em Ciências da Saúde", published by BIREME, for Portuguese articles.
- Grammatical corrections will be made, aiming to keep the homogeneity and the quality of the publication, respecting the author's style. It is recommended that the text be addressed to a technical proofreader expert in the idiom.
- Tables and illustrations should be numbered and prepared in separate pages with its respective legends in a format that allows its reproduction and its inclusion in a diskette. The places for the inclusion should be highlighted in the text.
- Illustrations will not be accepted in negative and impression of color pictures will be charged to the authors.
- Thanks should be mentioned before references.
- References should be presented at the end, numbered and in alphabetical order. In text should be mentioned by number. The following is an example of reference:

#### ■ Articles in newspaper

##### 1. Standard Article

Vega KJ, Pina I, Krevsky B. Heart transplantation is associated with an increased risk for pancreatobiliary disease. *Am Intern Med* 1996 jun 1; 124:980-3.

##### 2. An organization as Author

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996;164:282-4.

##### 3. Absence of Author

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994;84:15.

##### 4. Volume with supplement

Shen HM, Zhang QF. Risk assessment of nickel carcinogenicity and occupational lung cancer. *Environ Health Perspect* 1994;102 Suppl 1:275-82.

##### 5. Number as supplement

Payne DK, Sullivan MK, Massie MJ. Women's psychological reactions to breast cancer. *Semin Oncol* 1996;23 (1 Suppl 2):89-97.

##### 6. Volume in parts

Ozben T, Nacitarhan S, Tuncer N. Plasma and urine sialic acid in non-insulin dependent diabetes mellitus. *Ann Clin Biochem* 1995;32 (Pt 3):303-6.

##### 7. Number in parts

Poole GH, Mills SM. One hundred consecutive cases of flap lacerations of the leg in ageing patients. *NZ Med J* 1994;107 (986 Pt 1):377-8.

##### 8. Number without volume

Turan I, Wredmark T, Fellander-Tsai L. Arthroscopic ankle arthrodesis in rheumatoid arthritis. *Clin Orthop* 1995;(320):110-4.

##### 9. Neither number volume

Browell DA, Lennard TW. Immunologic status of the cancer patient and the effects of blood transfusion on antitumor responses. *Curr Opin Gen Surg* 1993:325-33.

#### ■ Books and other monographies

##### 1. Personal(s) author(s)

Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd ed. Albany (NY):Delmar publishers; 1996.

##### 2. Editor(s), compiler(s) as author(s)

Norman IJ, Redfern SJ, editors. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.

3. Organization as author and editor

Institute of Medicine(US). Looking at the future of medical program. Washington: The institute; 1992.

4. Chapter in one book

Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: pathophysiology, diagnosis and management. 2nd ed. New York: Raven Press; 1995, p. 465-78.

5. Annals of Congresses

Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10<sup>th</sup> International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology: 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

6. Congress work

Bengtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors, MEDINFO92. Proceedings of the 7<sup>th</sup> World Congress on Medical Informatics; 1992, p. 1561-5.

7. Technical or Scientific Report

Smith P, Golladay K. Payment for durable medical equipment billed during skilled nursing facility stays. Final report. Dallas (TX): Dept. of Health and Human Services (US), Office of Evaluation and Inspections; 1994 Oct. Report no.: HHSIGOEI37485300870.

8. Essay

Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization [dissertation]. St. Louis (MO): Washington Univ.; 1995.

■ **Other published materials**

1. Journal article

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. The Washington Post 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col.5).

2. Audiovisual material

HIV+ AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

■ **Non-published material**

1. Printing press

Lesner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction.

N Engl J Med. In press 1996.

■ **Electronic Material**

1. Newspaper's article in electronic format

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. Emerg Infect Dis [serial online] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];(1);[24 screens]. Available from: URL: <http://www.cde.gov/ncidod/IED/eid.htm>

2. Monograph in electronic format

CDI, clinical dermatology illustrated [monograph on CD-ROM], Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2<sup>nd</sup> ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

3. Computer file

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational System; 1993.



## INFORMAÇÕES GRÁFICAS

**FORMATO** 21 x 28 cm

**TIPOLOGIA** Futura Lt BT

**PAPEL** MIOLO: Couchê fosco - 115g/m<sup>2</sup>  
CAPA: TP - 250g/m<sup>2</sup>

**Montado e impresso na oficina gráfica da**

Editora   
Universitária UFPE

Rua Acadêmico Hélio Ramos, 20 - Várzea  
Recife | PE CEP: 50.740-530 Fax: (0xx81) 2126.8395  
Fones: (0xx81) 2126.8397 | 2126.8930  
[www.ufpe.br/editora](http://www.ufpe.br/editora) - [edufpe@nlink.com.br](mailto:edufpe@nlink.com.br) - [editora@ufpe.br](mailto:editora@ufpe.br)

