



CENTRO UNIVERSITÁRIO DO ESTADO DO PARÁ
PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO E EXTENSÃO
CURSO DE BACHARELADO EM MEDICINA
COORDENAÇÃO DE TRABALHO DE CURSO

**EPIDEMIOLOGIA DAS INTERNAÇÕES POR TRANSTORNOS MENTAIS E
COMPORTAMENTAIS NO BRASIL**

BELÉM – PARÁ

2019

MARIA FERNANDA MARQUES MELO

THAIS FEITOSA CAMACHO

**EPIDEMIOLOGIA DAS INTERNAÇÕES POR TRANSTORNOS MENTAIS E
COMPORTAMENTAIS NO BRASIL**

Trabalho de Curso apresentado ao Centro
Universitário do Estado do Pará – CESUPA, como
requisito parcial para obtenção de título em
Bacharelado de Medicina.

Orientadora: Professora Dra. Luciana Brandão
Carreira

BELÉM – PA

2019

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
Biblioteca do Cesupa, Belém – PA

Melo, Maria Fernanda Marques.

Epidemiologia das interações por mentais e comportamentais no Brasil / Maria Fernanda Marques Melo, Thais Feitosa Camacho; orientadora Luciana Brandão Carreira. – 2018.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Centro Universitário do Estado do Pará, Medicina, Belém, 2018.

1. Transtornos mentais. 2. Transtornos do comportamento. 3. Epidemiologia – Brasil. I. Camacho, Thais Feitosa. II. Carreira, Luciana Brandão, orient. III. Título.

CDD 23ª ed. 616.89

DEDICATÓRIA

Dedicamos esse trabalho a Deus e a sua infinita benevolência, que guiou nossos caminhos pela medicina, aos nossos familiares e amigos, que nos incentivaram e apoiaram nesta jornada e aos mestres, os quais através de seus ensinamentos nos permitiram ir além – em especial a Dra. Luciana Carreira, cujo auxílio e paciência nos permitiu alcançar esse momento tão esperado e especial.

AGRADECIMENTOS

Só pelo fato de você estar lendo este texto já significa muito para mim. Significa que estou a caminho daquilo que sempre sonhei e lutei para ser, e que consegui superar as adversidades impostas pelo viver – que em muitos momentos dessa jornada não fazia muito sentido para mim, me levando até mesmo a pensar em deixá-lo. Chegar a este momento significa que não o abandonei e nem ele me abandonou, resolvemos continuar juntos, talvez porque ainda há muito a ser vivido e aprendido antes de nos deixarmos de vez.

A Deus, por ter me mostrado sentido da vida através do amor mais belo que já pude e poderei viver que atende por Ísis: não consigo lembrar do que era viver antes dela e não consigo conceber a minha vida sem ela. Obrigada, Deus, por tê-la me dado, jamais deixarei de agradecer por este presente tão especial, que sempre estará enchendo de alegria meus dias.

À minha família, registro aqui o meu amor: aos meus pais Angélica e Paulo, irmãos, tios e tias, primos e primas, sobrinhas e a minha avó, Elisa. Em especial agradeço à minha mãe que com seu jeito peculiar de ser e de amar jamais deixou de prover o que fosse necessário – e mesmo com a árdua tarefa de ser minha mãe em particular – sempre acreditou no meu futuro.

Ao seu Walmir e dona Lúcia, pelo apoio incondicional e fé que depositaram em mim durante todos esses anos, pela acolhida no seio familiar como filha e pelo amor e preocupação dados a mim e a Ísis: a minha eterna gratidão e amor.

Agradeço aos meus amigos pelos momentos juntos e pela escuta durante todos os momentos: de alegria e de crise. Obrigada por cada abraço, por cada ligação, por cada palavra de suporte, por cada acolhida. Amo todos vocês.

Por fim, agradeço a Prof. Dilma Neves pela ajuda neste trabalho e pela paciência e especialmente à minha orientadora, Dra. Luciana Brandão Carreira. A jornada por si só é difícil, mas recomeçar quando pensei que não conseguiria foi mais difícil ainda. Sem a sua compreensão e auxílio jamais chegaria neste momento.

Graças a todos vocês consegui chegar até aqui, obrigada.

Thais Feitosa Camacho

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, que permitiu que tudo isso acontecesse, por ter me dado força para superar as dificuldades e coragem para nunca desistir, mesmo diante de todas as barreiras.

Minha Irmã, Dra. Holárya Germana Marques Melo, pela coragem de desbravar novos caminhos, por persistir quando tudo parecia ter dado errado, por sempre me levar junto em todas as batalhas e por nunca duvidar.

Meu pai, Geraldo Marques que abriu mão de muita coisa para que eu pudesse realizar esse sonho, que sempre acreditou que seria possível e fez de tudo para que realmente fosse, e foi capaz de se fazer presente nos momentos que mais precisei mesmo com todos os quilômetros de distância. Minha mãe, Neire Vanda Melo que foi obrigada a ver seu ninho vazio tão cedo e ainda teve que aprender a se dividir em três para continuar fazendo seu papel de mãe, e encontrar a solução para os problemas que só mãe é capaz de resolver.

Agradeço também à Thais Camacho, minha amiga, uma das minhas inspirações e orgulho, dupla de TCC e peça fundamental na minha formação médica e pessoal, que sempre me ajudou e se importou comigo nesses seis longos anos e continuará presente na minha vida.

Deixo meus agradecimentos a Vanessa Araújo e Otávio Salgado, que apareceram para tornar essa trajetória mais leve, divertida e me darem todo apoio necessário nos momentos mais difíceis.

Gostaria de agradecer a Prof. Dilma Neves pelo paciente trabalho de revisão e pelo suporte. E à minha orientadora, Dra. Luciana Brandão, por todo conhecimento, pelo empenho dedicado, paciência em cada nova etapa e ajuda na elaboração desse trabalho.

E por fim, a todos que direta ou indiretamente fizeram parte dessa trajetória, contribuíram para minha formação profissional e pessoal e me ajudaram a chegar a esse momento.

Maria Fernanda Marques Melo

Erra uma vez

"Nunca cometo o mesmo erro
duas vezes
Já cometo duas, três
quatro, cinco, seis
Até esse erro aprender
que só o erro tem vez."

Paulo Leminski

RESUMO

Introdução: Os transtornos mentais tem altas taxas de prevalência na população e representam uma demanda significativa por serviços de saúde. Por serem doenças crônicas altamente prevalentes no mundo, os transtornos mentais contribuem para morbidade, incapacitação e mortalidade precoces. Calcula-se que 25% da população geral apresente um ou mais transtornos mentais ao longo da vida. No Brasil, a Política Nacional de Saúde Mental vem sendo realizada através de um modelo de atenção em saúde mental preconizado nos princípios da reforma psiquiátrica brasileira. **Objetivo:** Analisar o perfil epidemiológico das internações por transtornos mentais e comportamentais no Brasil no período de 2008 a 2017. **Método:** O estudo é de caráter epidemiológico, ecológico, quantitativo e descritivo, baseado em dados secundários relativos as Internações hospitalares devido a Transtornos Mentais e Comportamentais disponíveis no SIH/DATASUS **Resultados:** No período analisado houve 2.583.073 milhões de internações hospitalares por transtornos mentais e comportamentais, esse valor corresponde a 2,30% do total de internações. Ao longo dos 10 anos, houve um decréscimo gradual nesse percentual. A esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes apresentou o maior percentual (38,99%) entre as morbidades, houve um decréscimo nas internações por transtornos devido uso de álcool (18,98% para 16,79%) e aumento nas internações por transtornos de humor (16,24% para 22,25%) e transtornos devido uso de outras substancias psicoativas (14,53% para 18,54%). O maior quantitativo das internações está concentrado na região Sudeste (1.069.849) e a maior porcentagem na região Sul (3,8%). A faixa etária de 30 a 39 anos (25,75%), o sexo masculino (64,03%), e a raça/cor branca (41,4%) foram os mais prevalentes. Observou-se o aumento progressivo da taxa de mortalidade hospitalar (0,55%) e uma redução no tempo de permanência média das internações (45,4 dias para 31,8 dias). **Conclusão:** O presente estudo demonstrou o decréscimo gradual no percentual das internações por transtornos mentais e comportamentais no Brasil ao longo do período analisado e se mostrou uma ferramenta auxiliar na formulação de estratégias e políticas públicas na área da saúde mental.

Palavras chave: Saúde Mental, Hospitalização, Transtornos Mentais.

ABSTRACT

Introduction: Mental disorders have high prevalence rates in the population and represent a significant demand for health services. Because chronic diseases are highly prevalent in the world, mental disorders contribute to early morbidity, disability, and mortality. It is estimated that 25% of the general population has one or more mental disorders throughout their lives. In Brazil, the National Mental Health Policy has been carried out through a model of mental health care advocated in the principles of Brazilian psychiatric reform. **Objective:** To analyze the epidemiological profile of hospitalizations due to mental and behavioral disorders in Brazil from 2008 to 2017. **Method:** The study is epidemiologic, ecological, quantitative and descriptive, based on secondary data related to hospital admissions due to Mental and Behavioral Disorders available at SIH / DATASUS. **Results:** In the analyzed period there were 2.583.073 million for mental and behavioral disorders, corresponding to 2.30% of total hospitalizations, there was a gradual decrease in the percentage of hospitalizations over the 10 years. Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders presented the highest percentage (38.99%) among morbidities, there was a decrease in hospitalizations due to alcohol use (18.98% to 16.79%) and an increase in hospitalizations due to mood disorders (16.24% to 22.25%) and disorders due to the use of other psychoactive substances (14.53% to 18.54%). The largest number of hospitalizations is concentrated in the Southeast region (1,069,849) and the highest percentage in the South region (3.8%). The age group of 30 to 39 years (25.75%), male (64.03%), and white / race (41.4%) were the most prevalent. We observed a progressive increase in the mortality rate (0.55%) and a reduction in the average length of stay (45.4 days to 31.8 days). **Conclusion:** The present study demonstrated the gradual decrease in the percentage of hospitalizations due to mental and behavioral disorders in Brazil during the analyzed period and was an auxiliary tool in the formulation of strategies and public policies in the area of mental health.

Keywords: Mental Health, Hospitalization, Mental Disorders.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIH – Autorização de Internação Hospitalar

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPSAD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CID-10 – Classificação Internacional de Doenças

CNS – Conselho Nacional de Saúde

DATASUS – Departamento de Informática do SUS

IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

PCTM – Pessoas com Transtornos Mentais

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio

SIH – Sistema de Informações Hospitalares

SUS – Sistema Único de Saúde

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	15
2.1 Geral.....	15
2.2 Específicos.....	15
3 MATERIAL E MÉTODOS	16
3.1 Aspectos éticos.....	16
3.2 Tipo de estudo	16
3.3 Coleta e fonte de dados	16
3.4 Variáveis do estudo	16
3.5 Critérios de inclusão	16
3.6 Critérios de exclusão	17
3.7 Apresentação e análise dos dados.....	17
4 RESULTADOS.....	17
5 DISCUSSÃO	32
6 CONCLUSÃO.....	38
REFERÊNCIAS.....	39
ANEXO A - Documento de aceite da orientadora.....	43

INTRODUÇÃO

Os transtornos mentais têm altas taxas de prevalência na população e representam uma demanda significativa por serviços de saúde,¹ sendo a assistência pública a principal porta de entrada desses pacientes. Observa-se, nos anos mais recentes, que a assistência psiquiátrica pública atravessa um momento peculiar de crise, no qual frequentemente são expostas notícias acerca de superlotação de emergências psiquiátricas, dentre outras situações, demonstrando a existência de problemas a serem resolvidos na assistência psiquiátrica, pondo em dúvida o próprio modelo de atendimento proposto e, nesse debate, muito pouco tem sido feito, para analisar as causas dessas dificuldades.²

Por serem doenças crônicas altamente prevalentes no mundo, os transtornos mentais contribuem para morbidade, incapacitação e mortalidade precoces. Calcula-se que 25% da população geral apresente um ou mais transtornos mentais ao longo da vida.³ Nos dias atuais, o sofrimento psíquico atinge proporções alarmantes: segundo a Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS e a Organização Mundial de Saúde – OMS houve nas últimas décadas, um crescente aumento quanto a prevalência de transtornos mentais na população.⁴ De acordo com essas organizações, a depressão é a principal causa de incapacidade em todo o mundo e contribui de forma importante para a carga global de doenças.⁵

No Brasil, a Política Nacional de Saúde Mental tem sido realizada através de um modelo de atenção em saúde mental preconizado pelos princípios da reforma psiquiátrica brasileira, caracterizada principalmente por um modelo de atenção relativamente descentralizado apoiado pelos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, Residências Terapêuticas, Centros de Convivência e a habilitação do Programa de Volta para Casa, de caráter territorial, buscando se inserir na realidade das pessoas em sofrimento psíquico.⁶

O processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil teve início no final da década de 1970 em meio à crise do modelo asilar e hospitalocêntrico e em conjunto com a eclosão de movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, culminando em um novo paradigma para a assistência em saúde mental brasileira, com a implantação progressiva de uma rede de serviços substitutiva aos leitos em hospitais

psiquiátricos, tendo como marco a sanção da Lei nº 10.216,⁷ de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.⁶⁻⁸

Este processo permitiu avanços na Política de Saúde Mental tais como o reconhecimento dos direitos das pessoas com transtornos mentais (PCTM) e seu retorno ao convívio familiar e da sociedade transpondo a compreensão anterior de que o tratamento destes indivíduos deveria ser realizado apenas através de internações psiquiátricas que acabavam por transformar o hospital em lar e as famílias em visitantes, quebrando os vínculos com a sociedade.⁹

Dentre as premissas da reforma temos o processo de redução de leitos e a desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internação, que ganhou impulso em 2002 com uma série de normatizações do Ministério da Saúde ao instituir mecanismos para a redução de leitos psiquiátricos no país⁶. Vale salientar que, em conjunto com a redução de leitos ocorre a implantação da rede substitutiva anteriormente citada, a fim de proporcionar às PCTM um tratamento digno e humanizado, impedindo também as internações *ad aeternum* até então comuns, antes da reforma.

A consolidação da reforma como política oficial do governo federal e a consequente redução de leitos psiquiátricos permitiu um aumento dos repasses de recursos à assistência extra-hospitalar a saúde mental: ao final de 2004, os recursos gastos com os hospitais psiquiátricos passam a representar cerca de 64% do total dos recursos do Ministério da Saúde para a saúde mental ao passo que em 1997 estes gastos representavam 93,14% dos recursos destinados⁶.

Dez anos após a lei nº 10.216, o MS publicou a portaria nº 3.088 que estabeleceu a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), definindo as responsabilidades e competências de cada serviço na assistência à saúde mental, determinando também o quantitativo de 1 leito para 23 mil habitantes nos hospitais gerais e nos serviços hospitalares de referência.¹⁰

Ressalta-se que os leitos psiquiátricos se destinam para situações particulares em que a internação se faça necessária, tais como as emergências psiquiátricas, definidas como qualquer situação de natureza psiquiátrica na qual exista um risco significativo de morte ou lesão grave ao paciente ou a outros, exigindo intervenção terapêutica imediata.¹ O uso dos leitos está condicionado pela Autorização de Internação Hospitalar (AIH), cujas informações são alimentadas posteriormente no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) e disponibilizadas para a população através do DATASUS.

Na última década, houve um avanço importante na possibilidade de acesso a dados pela Internet, por meio do SIH-SUS.² No Brasil o SIH é a única fonte de informações sobre a morbidade hospitalar. Trata-se de uma base de dados administrativa, idealizado no final da década de 70, que armazena as informações das internações hospitalares ocorridas no sistema público de saúde, que responde por aproximadamente 70-80% das internações. O SIH, é considerado um banco de dados administrativo de saúde, cujo principal objetivo é o do pagamento de procedimentos aos hospitais que prestam assistência à população e que fazem parte do SUS^{11,12}.

O sistema tem seu funcionamento baseado no formulário de AIH que é o instrumento pelo qual são pagas as internações hospitalares e deve ser preenchida em todos os casos de internação, inclusive em transferências hospitalares. O SIH contém informações sobre morbidade e mortalidade hospitalar no Brasil aonde também são registrados: informações demográficas, dados clínicos e outras informações como, por exemplo, especialidade, motivo da internação, valores pagos, município de internação e de residência. Por conter esses tipos de informações, o SIH passou, a partir da década de 90, a ser utilizado de forma mais ampliada, para além dos âmbitos do planejamento e da gestão da assistência hospitalar, e por outros profissionais que não os gestores dos sistemas de saúde, a fim de investigar e analisar a população utilizadora dos serviços de saúde.^{11,12}

Apesar de questionamentos de pesquisadores da área da Saúde Mental a respeito da confiabilidade dos registros relacionados aos transtornos mentais nos sistemas de informação em saúde do Brasil, estudos apontam o seu uso como um meio simplificado para a obtenção de dados acerca da situação dos transtornos

mentais e comportamentais, possibilitando a formulação e execução de ações na área. Na AIH o diagnóstico psiquiátrico é dado pelo médico no momento da internação do paciente, definido segundo os critérios da CID-10, sendo os mais comuns aqueles referentes a transtornos mentais severos e persistentes, tais como os psicóticos, cuja terapêutica muitas vezes requer internação.¹³

O aperfeiçoamento das políticas de atenção à saúde mental no que tange a respeito das internações hospitalares é acompanhado de poucos dados epidemiológicos assim como pela demanda de atendimento dessa população. Sendo assim, por entender que o SIH consiste em uma ferramenta importante na avaliação das internações hospitalares e assistência psiquiátrica, este trabalho pretende analisar epidemiologicamente as internações hospitalares por transtornos mentais e comportamentais no Brasil entre os anos de 2008 a 2017.

OBJETIVOS

Geral

Analisar as internações por transtornos mentais e comportamentais no Brasil no período de 2008 a 2017.

Específicos

Identificar as principais causas de internação hospitalar por transtornos mentais e comportamentais no Brasil;

Reconhecer as regiões e unidades federativas com maior quantitativo e percentual de internações no período;

Descrever o perfil epidemiológico da população internada devido transtornos mentais e comportamentais segundo sexo, cor/raça e faixa etária, assim como o caráter das internações (eletivo ou urgência);

Identificar os óbitos, taxa de mortalidade, a média de dias de internação e o valor dos serviços hospitalares gastos por região.

MATERIAL E MÉTODOS

Aspectos éticos

Haja vista que o estudo utilizou de banco de dados disponibilizado ao público pelo Departamento de informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), não se fez necessária a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) em Seres Humanos do Centro Universitário do Estado do Pará, de acordo com o disposto na resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), dispensando também a solicitação de consentimento livre e esclarecido, entretanto o presente estudo iniciou apenas após o aceite da orientadora, de acordo com o disposto no ANEXO A.

Tipo de estudo

Estudo do tipo ecológico, quantitativo e descritivo, baseado em dados secundários relativos as Internações hospitalares devido a Transtornos Mentais e Comportamentais disponíveis publicamente pelo SIH/DATASUS.

Coleta e fonte de dados

A coleta dos dados se fez através do Sistema de Internações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), sistema que reúne as informações das internações realizadas em hospitais conveniados ao SUS através da Autorização de Internação Hospitalar (AIH), que são enviadas pelos gestores de saúde municipais e estaduais. Os dados foram coletados do site do DATASUS através da homepage <http://datasus.saude.gov.br>, no qual foram capturados em forma de arquivo excel cujos valores disponibilizados foram organizados em planilhas.

Variáveis do estudo

Consistem em: Capítulo CID-10, abrangendo os capítulos I ao XXI do CID-10, Lista morbidade CID-10, referentes aos CID de F00-F99 correspondentes aos transtornos mentais e comportamentais, sexo, cor/raça, faixa etária 2, internações, média permanência e valor total. A faixa etária compreende os intervalos de idade de 01 a 80 anos e mais, além dos registros com idade ignorada.

Crítérios de inclusão

Todas as internações cujo fator causal foi devido a Transtornos mentais e do comportamento, correspondentes ao CID F00-F99, durante o período pesquisado, foram incluídas no estudo.

Critérios de exclusão

Não foram estabelecidos critérios de exclusão haja vista que todos os registros encontrados foram incluídos no estudo.

Apresentação e análise dos dados

O Software Microsoft Excel 2013 foi utilizado para a tabulação dos dados obtidos para então, serem organizados e apresentados sob a forma de gráficos e tabelas, de acordo com o caráter das variáveis obtidas, para fins de descrição dos dados. Por se tratar de estudo de caráter ecológico, não foi necessário aplicar testes estatísticos.

RESULTADOS

No período de 2008 a 2017 houve 112.265.440 milhões de internações hospitalares, dentre os quais, 2.583.073 milhões por transtornos mentais e comportamentais, correspondendo a 2,30% das internações.

Quadro 1 – Percentual de internações por Capítulo CID-10 no Brasil de 2008 a 2017.

Capítulo CID-10	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	9,1	8,3	9,0	8,1	7,7	7,7	7,3	7,1	7,4	6,6
II. Neoplasias (tumores)	5,1	5,2	5,3	5,5	5,9	6,2	6,4	6,6	6,8	6,9
III. Doenças do sang dos órgãos hemato e alguns transt imun*	0,7	0,7	0,7	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,9	0,9
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	2,5	2,6	2,6	2,6	2,5	2,4	2,4	2,3	2,2	2,1
V. Transtornos mentais e comportamentais	2,8	2,5	2,5	2,5	2,5	2,2	2,2	2,0	1,9	1,9
VI. Doenças do sistema nervoso	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,6	1,6	1,7	1,7	1,7
VII. Doenças do olho e anexos	0,5	0,6	0,7	0,8	0,8	0,9	0,9	0,9	0,9	1,0
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
IX. Doenças do aparelho circulatório	10,2	10,2	10,2	10,3	10,3	10,1	10,1	9,9	10,0	9,9
X. Doenças do aparelho respiratório	12,9	13,8	12,8	12,6	11,9	11,8	11,0	10,7	10,2	10,3
XI. Doenças do aparelho digestivo	8,9	9,0	9,2	9,1	9,4	9,3	9,5	9,4	9,6	9,6
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1,5	1,6	1,8	1,9	2,0	2,0	2,1	2,1	2,2	2,2
XIII. Doenças do sist osteom e do tecido conjuntivo**	2,1	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	6,6	6,8	7,0	6,9	7,0	6,8	7,0	7,0	6,9	7,0
XV. Gravidez parto e puerpério	21,9	21,6	20,9	20,9	20,8	20,7	20,8	21,3	20,8	21,1
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	1,7	1,7	1,8	1,9	2,0	2,0	2,1	2,2	2,3	2,5
XVII. Malf cong, deformidades e anomalias cromossômicas***	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7
XVIII. Sint e achados anor de ex clín e de lab, não classif.****	1,3	1,2	1,3	1,3	1,4	1,4	1,4	1,5	1,6	1,6
XIX. Lesões, enven e algumas outras conseq de causas ext*****	7,1	7,9	8,2	8,6	9,0	9,4	9,9	9,8	10,1	10,1
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
XXI. Contatos com serviços de saúde	2,6	2,0	1,9	1,9	1,9	1,8	1,9	1,9	2,0	2,0
Total (%)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Sistema de Internação Hospitalar – SIH, do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS.

* Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários;

** Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo;

***Malformações congênicas, deformidades e anomalias cromossômicas;

**** Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte;

***** Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas.

Na tabela 1 pode-se observar que no intervalo de tempo estudado, houve um decréscimo gradual no percentual de internações por transtornos mentais e comportamentais no Brasil, apresentando o maior percentual em 2008 (2,8%) e atingindo o seu menor percentual em 2017 (1,9%). Quando comparamos as demais variáveis nota-se que gravidez parto e puerpério são os casos de maior incidência, de todas as internações do período, mantendo-se constante durante todo intervalo analisado.

Tabela 2 – Percentual de internações por transtornos mentais e comportamentais no Brasil segundo os anos de internação.

Causa da internação	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Demência	1,4	1,2	1,3	1,1	1,0	1,1	1,2	1,1	1,2	1,3
Transtornos mentais e comportamentais devido uso álcool	19,0	20,2	20,0	19,9	19,2	18,6	18,9	18,7	17,6	16,8
Transtornos mentais e comportamentais devido uso outras substancias psicoativas	14,5	15,0	17,1	18,0	19,2	19,1	18,2	17,0	16,9	18,5
Esquizofrenia transtornos esquizotípicos e delirantes	39,0	37,1	35,5	34,5	33,7	34,1	33,3	33,2	32,8	31,8
Transtornos de humor [afetivos]	16,2	17,6	17,7	17,8	18,2	18,2	18,8	19,9	21,0	22,2
Transtornos neurótico e relacionados com stress somatoformes	0,9	1,0	1,0	1,1	1,1	0,9	0,9	1,0	1,3	1,1
Retardo mental	2,4	1,8	1,9	2,2	2,1	2,0	2,2	2,5	2,5	2,2
Outros transtornos mentais e comportamentais	6,6	6,0	5,5	5,5	5,5	5,9	6,5	6,6	6,6	6,0
Total (%)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Sistema de Internação Hospitalar – SIH, do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS.

Observando a distribuição das internações por morbidade da Tabela 2, percebe-se, no período estudado, que dentre os transtornos mentais e comportamentais a Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes são responsáveis pelo maior percentual em todo o período estudado, chegando a 39,0% dos casos em 2008, sendo que, apesar do grande declínio com o decorrer dos anos

ainda se manteve à frente das outras morbidades. No ano de 2017 o percentual de internações por Transtorno de humor (afetivo) atingiu a segunda posição dentre as causas de internação, atrás do percentual de internações por Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes (22,2 % e 31,8% respectivamente).

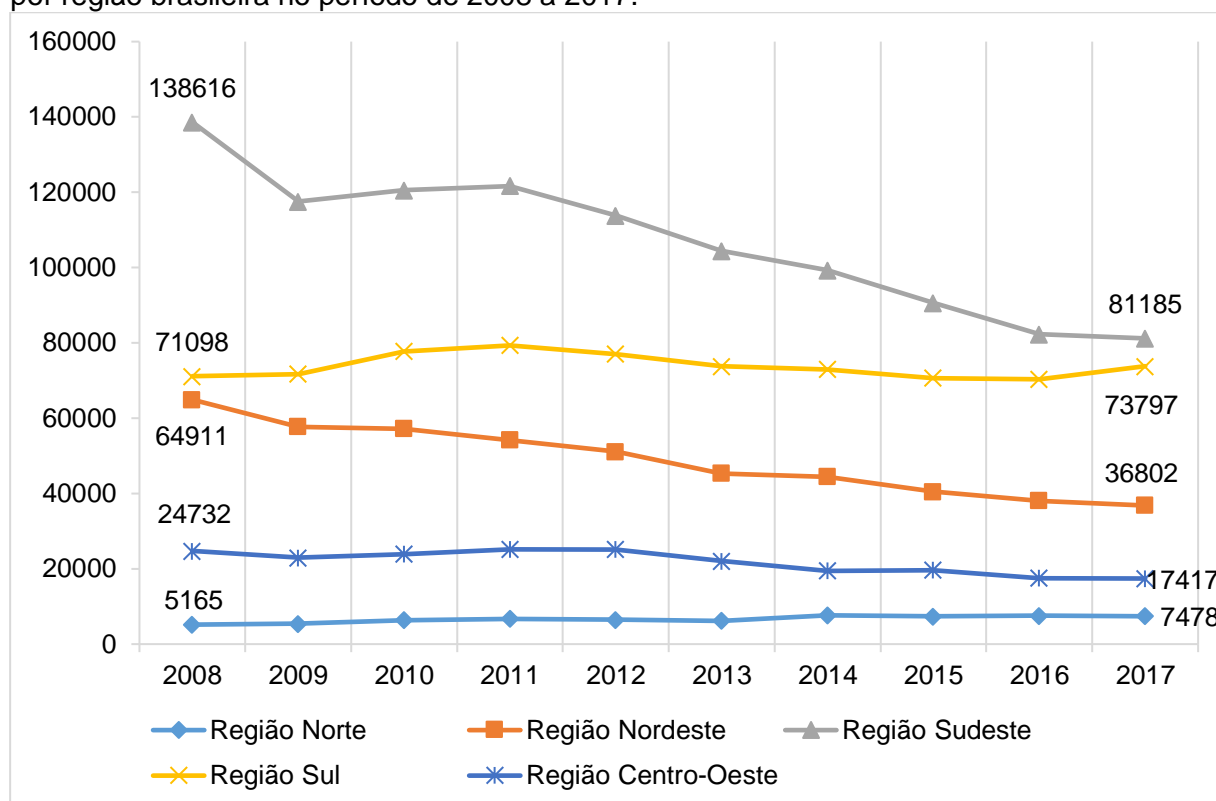
Como podem ser notadas na tabela 2, as maiores variações ocorreram com os transtornos comportamentais devido ao uso de álcool que no início do período estudado era o segundo mais frequente (19,0%) e ao final do período passou para quarto mais frequente (16,8%) apresentando um decréscimo de 6,6%, os transtornos de humor que em 2008 era o terceiro mais frequente (16,2%) e em 2017 passou para o segundo (22,2%), exibindo um incremento de 37,0% do início ao final do período estudado. Os transtornos devido uso de substâncias psicoativas apresentou variação durante o período de 2010 a 2014 e um aumento no percentual ao final do período (2018) de 28,6%. Os transtornos neurotóxicos relacionados com stress somatoformes e o retardo mental possuíram menor incidência.

Tabela 3 – Percentual de internações por transtornos mentais e comportamentais no Brasil em relação às internações em geral, por região brasileira no período de 2008 a 2017.

Região / Estado	Internações em geral	Internações por transtornos mentais e comportamentais	%
Rondônia	1.020.276	6.295	0,6
Acre	493.457	12.804	2,6
Amazonas	1.640.011	7.167	0,4
Roraima	328.272	1.845	0,6
Pará	4.968.813	25.025	0,5
Amapá	358.262	959	0,3
Tocantins	960.384	12.426	1,3
Região Norte	9,769,475	66.521	0,7
Maranhão	3,969,180	49.522	1,2
Piauí	2,208,810	35.658	1,6
Ceará	4,755,877	102.991	2,2
Rio Grande do Norte	1,634,826	37.646	2,3
Paraíba	2,030,154	50.103	2,5
Pernambuco	5,262,043	75.852	1,4
Alagoas	1,710,937	50.637	3,0
Sergipe	926,439	24.626	2,7
Bahia	8,362,741	63.195	0,8
Região Nordeste	30,861,007	490.230	1,6
Minas Gerais	11,660,036	204.084	1,8
Espirito Santo	2,123,858	29.565	1,4
Rio de Janeiro	6,451,177	152.475	2,4
São Paulo	23,385,739	683.725	2,9
Região Sudeste	43,620,810	1.069.849	2,5
Paraná	7,684,292	263.956	3,4
Santa Catarina	4,198,765	130.461	3,1
Rio Grande do Sul	7,362,900	344.029	4,7
Região Sul	19,245,957	738.446	3,8
Mato Grosso do Sul	1,600,590	29.247	1,8
Mato Grosso	1,829,109	21.496	1,2
Goiás	3,490,688	126.715	3,6
Distrito Federal	1,847,834	40.569	2,2
Região Centro-oeste	8,768,221	218.027	2,5
TOTAL	112,265,470	2.583.073	2,3

Fonte: Sistema de Internação Hospitalar – SIH, do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS.

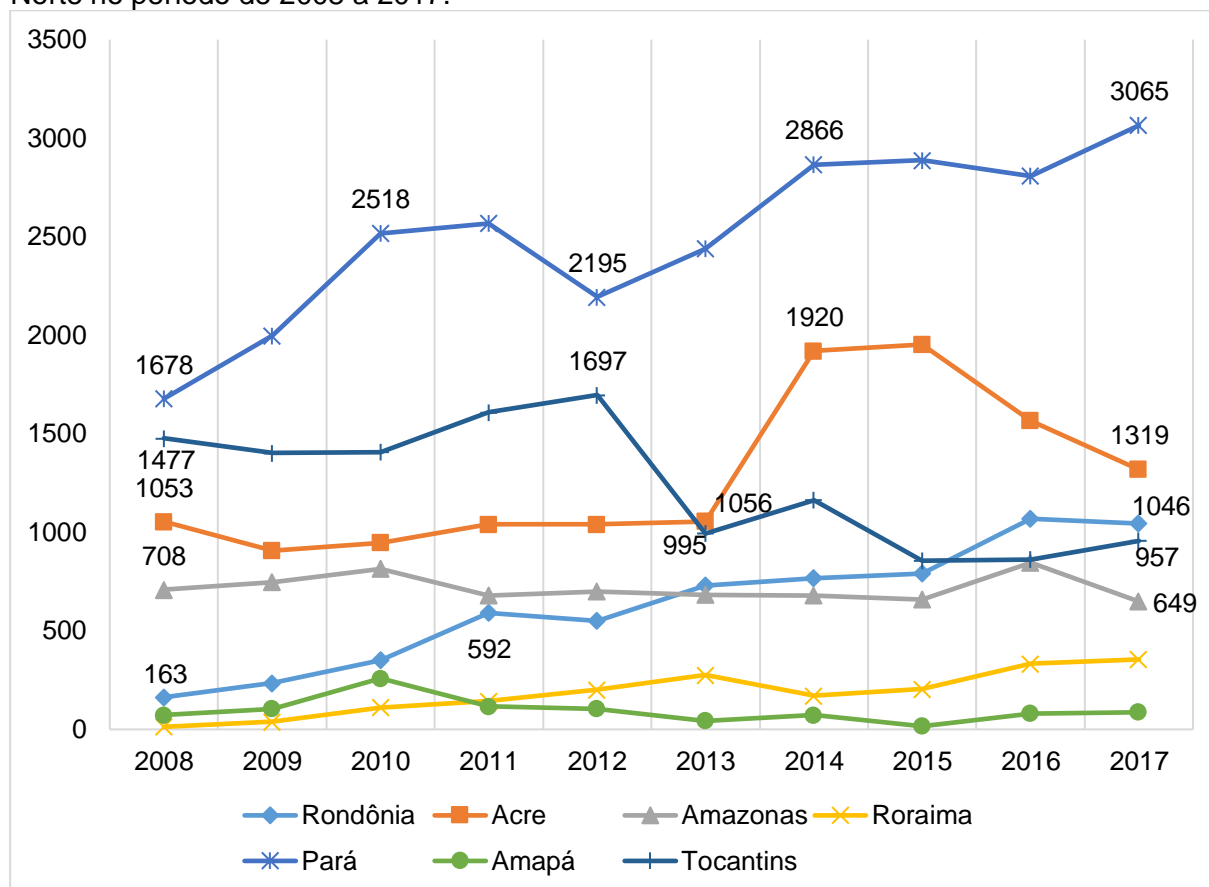
Gráfico 1: Quantitativo de internações por transtornos mentais e comportamentais no Brasil, por região brasileira no período de 2008 a 2017.



Fonte: Sistema de Internação Hospitalar – SIH, do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS.

Na tabela 3 e no gráfico 1, observando a distribuição das internações hospitalares por região, percebe-se no período estudado que 2,3% dos casos são por transtornos mentais e comportamentais, sendo o maior quantitativo concentrado na região Sudeste (1.069.849) e a maior porcentagem na região Sul (3,8%). No gráfico 2, é possível notar que as regiões sudeste e nordeste apresentaram declínio no decorrer dos anos estudados, sendo mais acentuado na região sudeste, que apresentou uma diferença de 57.431 internações do início ao final do período, número que representa uma queda de 41,4% no número de internações.

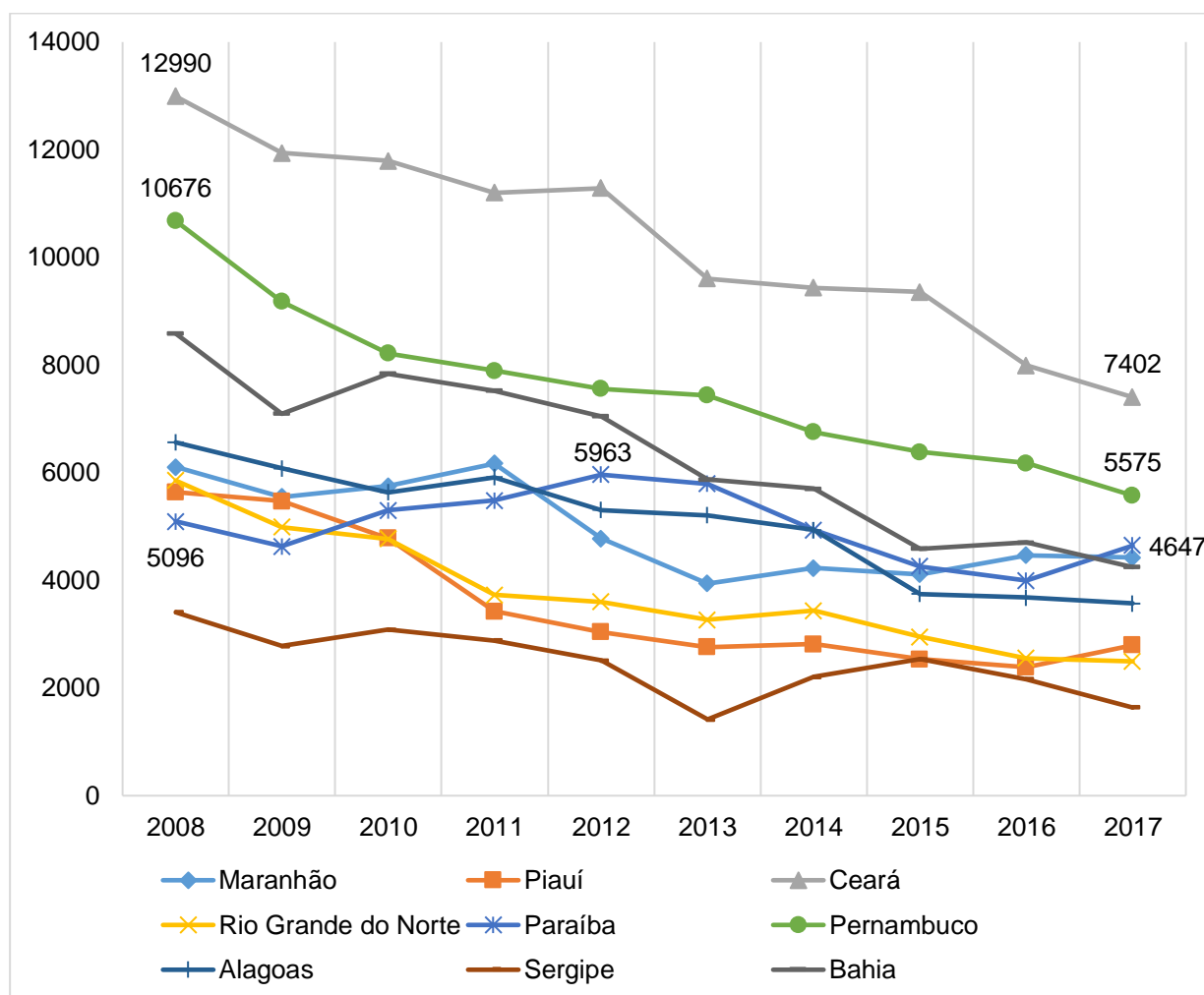
Gráfico 2: Quantitativo de internações por transtornos mentais e comportamentais na Região Norte no período de 2008 a 2017.



Fonte: Sistema de Internação Hospitalar – SIH, do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS.

Na análise da tabela 3 e no gráfico 2, conjuntamente, pode-se observar que a região com a menor proporção de internações por transtornos mentais e comportamentais foi a região norte (0,7%) sendo o estado do Acre (2,6%) com o maior percentual de internações por transtornos mentais e comportamentais, seguido pelo Tocantins (1,3%). Observa-se no gráfico 2 que o maior incremento ao longo do tempo de internações por transtornos mentais e comportamentais é no estado do Pará no decorrer dos anos analisados, aonde observou-se uma diferença de 1.387 do início ao final do tempo estudado, representando um aumento 82,6% no número de internações. O Estado do Tocantins que no início do período era o segundo com mais internações, teve uma queda de 520 internações ao final, queda de 32,2% no quantitativo, já o Acre que em 2008 teve 1.053 internações obteve um aumento de 25,3%, atingindo 1.319 em 2017.

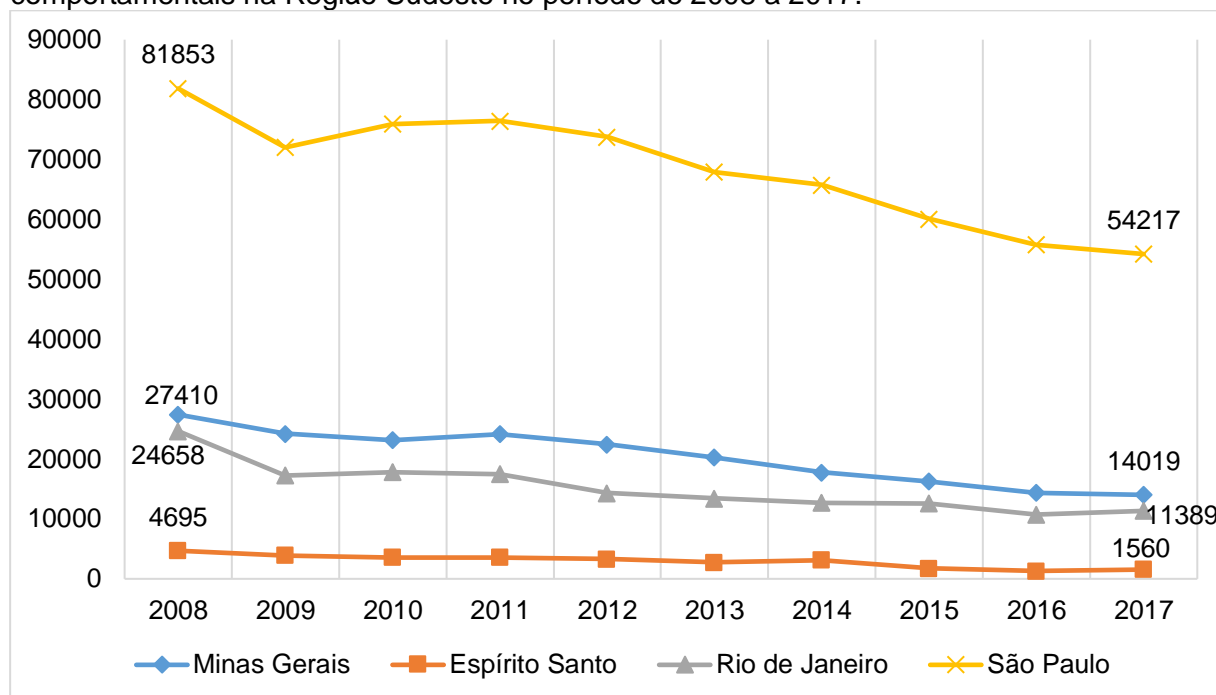
Gráfico 3: Quantitativo de internações por transtornos mentais e comportamentais na Região Nordeste no período de 2008 a 2017.



Fonte: Sistema de Internação Hospitalar – SIH, do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS.

No gráfico 3, é possível perceber na região Nordeste que o Estado do Ceará, mesmo com o decréscimo apresentado no decorrer dos anos apresentando a diferença de 5.588 internações de 2008 a 2017 o que representou uma queda de 43,0%, possuiu o maior quantitativo de internações por transtornos mentais e comportamentais durante todo o período estudado, sendo o Estado de Alagoas, seguido por Sergipe (Tabela 3) os que apresentaram maior proporção de internações por transtornos mentais e comportamentais com 3,0% e 2,7% respectivamente.

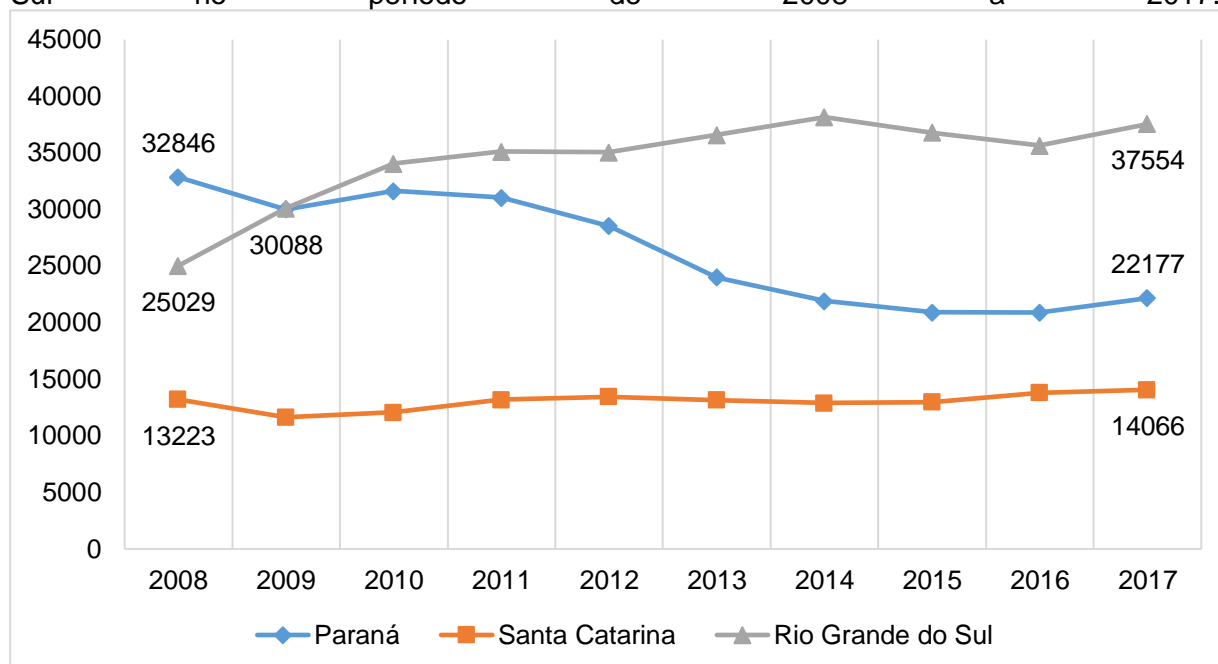
Gráfico 4: Comparativo do quantitativo de internações por transtornos mentais e comportamentais na Região Sudeste no período de 2008 a 2017.



Fonte: Sistema de Internação Hospitalar – SIH, do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS.

Na região Sudeste (Gráfico 4), São Paulo foi o Estado que quantitativamente possuiu mais internações por transtornos mentais e comportamentais entre 2008 e 2017, entretanto, demonstrando decréscimo desse quantitativo de 27.636 durante o período (queda de 33,8%). Proporcionalmente (Tabela 3) na região, o estado de São Paulo apresentou os maiores valores, seguido do Estado do Rio de Janeiro, com percentuais de 2,9% e 2,4% respectivamente.

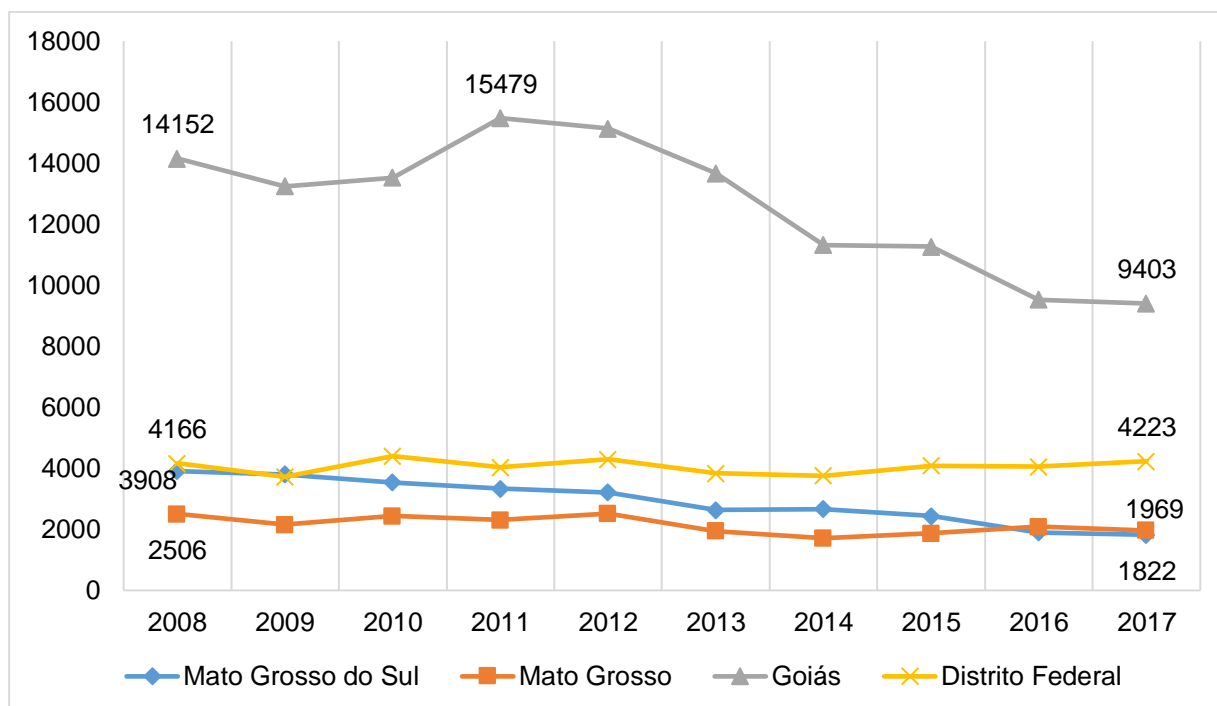
Gráfico 5: Quantitativo de internações por transtornos mentais e comportamentais na Região Sul no período de 2008 a 2017.



Fonte: Sistema de Internação Hospitalar – SIH, do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS.

Nota-se no gráfico 5, que, em 2008, o Estado do Paraná possuía o maior número de internações da Região Sul (32.846), seguido do Estado do Rio Grande do Sul (25.029). Em 2009, quando apresentaram o mesmo número de internações (30.088), o Paraná obteve um decréscimo no decorrer do período, apresentado 22.177 internações em 2017, com uma queda de 10.669 internações do início ao final do período (decréscimo de 32,4%) e o Rio Grande do Sul um aumento gradual chegando a 37.554 internações em 2017, com 12.525 internações a mais quando comparado ao ano de 2008, o que representou um acréscimo de 50% no quantitativo de internações. O Estado de Santa Catarina manteve constante o número de internações durante todo período analisado. De acordo com a Tabela 3, o Rio Grande do Sul exibiu o maior valor percentual (4,7%) entre os Estados de todas as regiões.

Gráfico 6: Quantitativo de internações por transtornos mentais e comportamentais na Região Centro-Oeste no período de 2008 a 2017.



Fonte: Sistema de Internação Hospitalar – SIH, do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS.

Observa-se, no gráfico 6, que o Estado de Goiás obteve o maior número de internações por transtornos mentais e comportamentais na região Centro-Oeste em 2011 (15.479) e apesar do decréscimo durante o período analisado, de 14.152 em 2008 para 9.403 em 2017, queda de 33,5% no quantitativo de internações, foi o Estado de maior quantitativo da região durante todo o período estudado. Goiás também é o Estado da Região Centro-oeste com a maior proporção de internações no período (3,6%) de acordo com a Tabela 3. O Mato Grosso do Sul apresentou uma diminuição de 2.086 (53,4%) internações quando comparado o primeiro e o último ano do período (3.908 e 1.822 respectivamente).

Em relação às características sociodemográficas, podemos analisar a tabela 4 a seguir.

Tabela 4 – Distribuição das características sociodemográficas das internações por transtornos mentais e comportamentais no Brasil, por região brasileira no período de 2008 a 2017.

Característica	Região Norte n=66.521	Região Nordeste n= 490.230	Região Sudeste n= 1.069.849	Região Sul n= 738.446	Região Centro-Oeste n= 218.027	Total n= 2.583.073	%
Sexo							
<i>Masculino</i>	38.481	322.697	672.853	483.902	135.995	1.653.928	64,0
<i>Feminino</i>	28.040	167.533	396.996	254.544	82.032	929.145	36,0
Raça/Cor							
<i>Branca</i>	2.042	48.631	496.952	488.241	33.468	1.069.334	41,4
<i>Preta</i>	568	19.937	87.805	37.040	4.940	150.290	5,8
<i>Parda</i>	36.476	259.593	243.515	65.544	74.601	679.729	26,3
<i>Amarela</i>	240	3.236	4.491	3.252	2.090	13.309	0,5
<i>Indígena</i>	89	206	830	392	255	1.772	0,1
<i>Sem informação</i>	27.106	158.627	236.256	143,977	102,673	668.639	25,9
Idade (anos)							
<i>Menor 1</i>	60	214	574	232	95	1.175	0,0
<i>1 a 4</i>	143	611	1.569	544	295	3.162	0,1
<i>5 a 9</i>	257	905	3.377	1.073	368	5.980	0,2
<i>10 a 14</i>	765	3.029	8.805	8.868	1.905	23.372	0,9
<i>15 a 19</i>	4.834	21.909	46.861	44.002	11.487	129.093	5,0
<i>20 a 29</i>	17.951	110.349	210.132	152.294	48.410	539.136	20,9
<i>30 a 39</i>	18.554	134.578	270.635	180.307	61.185	665.259	25,8
<i>40 a 49</i>	13.118	119.105	256.452	180.002	50.723	619.400	24,0
<i>50 a 59</i>	6.972	68.250	173.693	119.585	29.966	398.466	15,4
<i>60 a 69</i>	2.425	24.574	66.163	38.857	10.353	142.372	5,5
<i>70 a 79</i>	1,028	5.328	22.013	10.093	2.597	41.059	1,6
<i>80 e mais</i>	414	1.378	9.575	2.589	643	14.599	0,6
Caráter Atendimento							
<i>Eletivo</i>	1.929	98.878	284.546	117.970	7.282	510.605	19,8
<i>Urgência</i>	64.589	391.045	785.254	620.289	210.697	2.071.874	80,2
<i>Outros tipos de acidente de trânsito</i>	3	304	31	168	44	550	0,0
<i>Outros tipos de lesões e envenenamento por agentes químicos ou físicos</i>	-	3	18	19	4	44	0,0

Fonte: Sistema de Internação Hospitalar – SIH, do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS.

Nota-se na tabela 4, a concentração do percentual de internações por transtornos mentais e comportamentais no período estudado, na faixa etária de 30 a 39 anos (25,8%), sexo masculino (64,0%), sendo a raça/cor branca (41,4%) a mais

prevalente. Quando analisado por região, observa-se a prevalência da raça/cor parda nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Verifica-se também o alto percentual de atendimento com caráter de urgência (80,2%).

Tabela 5 – Óbitos ocorrido durante as internações por transtornos mentais e comportamentais no Brasil no período de 2008 a 2017.

Anos	Região Norte	Região Nordeste	Região Sudeste	Região Sul	Região Centro-Oeste	Total
2008	7	230	681	199	40	1.157
2009	15	196	669	153	40	1.073
2010	27	239	758	222	52	1.298
2011	16	212	786	236	49	1.299
2012	14	194	725	221	40	1.194
2013	16	193	688	216	35	1.148
2014	29	168	698	222	40	1.157
2015	30	221	692	209	43	1.195
2016	37	209	640	223	86	1.195
2017	26	199	581	201	96	1.103

Fonte: Sistema de Internação Hospitalar – SIH, do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS.

O maior número de óbitos, devido a internações por transtornos mentais e comportamentais no Brasil (Tabela 5), ocorreu nos anos de 2010 e 2011, período onde as regiões Nordeste, Sudeste e Sul obtiveram o quantitativo máximo de óbitos (239, 786, 236 respectivamente) durante todo período analisado.

Tabela 6 – Taxa de mortalidade* por internações por transtornos mentais e comportamentais no Brasil no período de 2008 a 2017.

Anos	Região Norte	Região Nordeste	Região Sudeste	Região Sul	Região Centro-Oeste	Brasil
2008	0,14	0,35	0,49	0,28	0,16	0,38
2009	0,28	0,34	0,57	0,21	0,17	0,39
2010	0,42	0,42	0,63	0,29	0,22	0,45
2011	0,24	0,39	0,65	0,3	0,19	0,45
2012	0,22	0,38	0,64	0,29	0,16	0,44
2013	0,26	0,43	0,66	0,29	0,16	0,46
2014	0,38	0,38	0,7	0,3	0,21	0,47
2015	0,41	0,55	0,76	0,3	0,22	0,52
2016	0,49	0,55	0,78	0,32	0,49	0,55
2017	0,35	0,54	0,72	0,27	0,55	0,51

Fonte: Sistema de Internação Hospitalar – SIH, do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS.

*Por 100.000 internações

Na tabela 6 observa-se o aumento progressivo da taxa de mortalidade por internação por transtornos mentais e comportamentais durante todo período analisado, sendo a maior taxa no ano de 2016. Do ano de 2008 a 2017 observou-se um aumento de 34,2% na taxa de mortalidade. As regiões Sudeste e Nordeste apresentaram as maiores taxas entre as regiões (0,78% e 0,55% respectivamente).

Tabela 7 – Valor médio* por internação por transtornos mentais e comportamentais no Brasil no período de 2008 a 2017.

Anos	Região Norte	Região Nordeste	Região Sudeste	Região Sul	Região Centro-Oeste	Brasil
2008	1034,76	1756,87	1962,31	970,38	1019,49	1594,62
2009	1049,3	2098,85	2382,8	1087,85	1228,31	1863,34
2010	1023,55	2250,83	2514,82	1242,4	1349,45	1984,77
2011	1021,53	2196,68	2443,11	1262,13	1248,03	1932,24
2012	1031,67	2137,49	2455,63	1270,15	1251,46	1917,93
2013	831,46	2151,97	2468,91	1264,12	1309,87	1916,87
2014	593,77	1956,68	2354,04	1206,43	1221,33	1792,62
2015	587,15	1956,05	2218,34	1171,43	1177	1706,58
2016	593,93	1888,76	2078,75	1142,74	1125,89	1610,57
2017	507,65	1836	1816,47	1090,17	985,22	1460,43
Média	827,47	2023,01	2269,51	1170,78	1191,60	1777,99

Fonte: Sistema de Internação Hospitalar – SIH, do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS.

*em reais (R\$)

Na tabela 7 observamos que o valor médio por internação por transtornos mentais e comportamentais no Brasil apresentou os maiores valores no ano de 2010 (R\$1.984,77), nesse mesmo ano as regiões Nordeste e Sudeste apresentaram seus maiores valores durante o período analisado (R\$2.250,83 e R\$2.514,82 respectivamente) o que também representou mais do que a média de todo país. A região Norte é a que possui o menor valor médio (R\$507,65) dentro do período analisado e a que apresentou maior redução no decorrer dos anos, máximo 2009 (R\$ 1049,3) e mínimo 2017 (R\$507,65).

Tabela 8 – Tempo de permanência média* por internação por transtornos mentais e comportamentais no Brasil no período de 2008 a 2017.

Anos	Região Norte	Região Nordeste	Região Sudeste	Região Sul	Região Centro-Oeste	Brasil
2008	27,5	49,1	56,8	27,4	27	45,4
2009	24,2	54,2	62,8	27,7	29,6	48,3
2010	20,6	51,5	58,7	27,1	29,5	45,4
2011	20	49,2	56,3	27,1	27	43,5
2012	21	47	56	27	27	43
2013	16,7	47	56,1	26,1	27,9	42,2
2014	11,6	42,9	53,5	25,5	26,5	39,7
2015	11,2	42,5	50,1	24,6	25,5	37,5
2016	11,7	40,7	46,5	24	24	35,1
2017	11	39,7	40,3	23	21,1	31,8
Média	17,55	46,38	53,71	25,29	26,61	41,19

Fonte: Sistema de Internação Hospitalar – SIH, do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS.

*Em dias

Durante o período analisado, o ano de 2009 se destacou com o maior tempo de permanência média por internações no Brasil (48,3), exceto pela região Norte que apresentou o maior tempo de permanência média no ano de 2008 (27,5). Dentre todas as regiões o Norte é a que possui o menor tempo de permanência média por internação e o Sudeste possui o maior tempo.

DISCUSSÃO

Seguindo os preceitos da reforma psiquiátrica, entre os anos de 1999 a 2009 houve uma redução de 41,2% no número de leitos e 35,1% nas internações, situação compatível com o novo enfoque da política de saúde mental, que privilegia o tratamento ambulatorial numa perspectiva humanística e integradora dos indivíduos à família e à sociedade.¹⁴ No intervalo de tempo estudado observou-se um decréscimo no percentual de internações por transtornos mentais e comportamentais no Brasil, variando de 2,83% em 2008 a 1,89% do total de internações em 2017, levando a inferir que as atuais políticas de saúde mental atuaram efetivamente na diminuição desse percentual, tendo em vista a implantação de uma rede substitutiva em saúde mental para a assistência da população em substituição aos hospitais psiquiátricos.

Desordens devido a esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes, transtornos de humor e afetivos e transtornos devido ao uso de álcool foram responsáveis pelo maior percentual das internações no período. Os transtornos de humor e afetivos no início do período estudado apareciam como a terceira causa de internação e apresentaram crescimento de 37,0% no decorrer dos anos chegando a atingir 22,25%. Já os transtornos devido ao uso de substâncias de substâncias psicoativas obteve um aumento de 28,6% nas internações no final do período. Notou-se também o alto percentual de atendimentos com caráter de urgência (80,2%). O alto percentual destes transtornos pode ter justificativa na própria psicopatologia haja vista que na maioria dos casos o paciente é admitido num hospital para estabilização do seu quadro clínico, tendo em vista o caráter agudo dos sintomas: delírios, alucinações, agitações ou alterações da fala e ideias de suicídio. Em alguns casos para atender a demanda da família que apresenta dificuldades e sobrecarga em relação ao paciente.¹⁵

A esquizofrenia e psicoses relacionadas, apesar do declínio apresentado no decorrer do intervalo de tempo estudado no Brasil representou 31,80% das internações em 2017 permanecendo como a causa mais frequente de internação. A implantação do Protocolo de Esquizofrenia refratária no país com a disponibilização de clozapina e outros antipsicóticos atípicos gratuitamente, além do lançamento de

novos medicamentos antidepressivos e estabilizadores de humor nos últimos anos pode ter influenciado na queda quantitativa das internações por esta causa.²

Em relação aos transtornos devido ao uso de álcool notou-se uma redução que chegou a representar 20,18% das internações em 2009 e em 2017, 16,79%. Já os transtornos devido ao uso de outras substâncias psicoativas aumentaram no decorrer dos anos: em 2008 representava 14,53%, chegando a corresponder a 19,25% em 2012 e 18,54% em 2017. Dentre os serviços extra-hospitalares substitutivos aos leitos psiquiátricos temos os CAPS que podem ter cinco diferentes configurações, dentre eles o CAPS-AD especializado no atendimento de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas que deve oferecer cuidados personalizados aos pacientes e familiares e ações de prevenção ao uso, além de articular a rede com os serviços de atenção básica, ambulatórios e unidades hospitalares especializadas e de referência.^{6,16}

Indo de encontro ao achado nesta pesquisa, no que tange as internações devido a transtornos relacionados ao álcool e outras substâncias psicoativas, Balbinot et. al.¹⁶ em estudo realizado no estado de Santa Catarina, no período de 2000 a 2012, observou que não houve redução do tempo médio de hospitalização ou redução das taxas de hospitalização mesmo com o estabelecimento de uma rede de serviços de saúde mental pela reforma psiquiátrica.

No Brasil, quando comparadas as internações em geral por região, as internações devido a transtornos mentais e comportamentais corresponderam a 2,3% do total das internações acumuladas no período com maior quantitativo concentrado no Sudeste (1.069.849) e a maior porcentagem na região Sul (3,8%). A região Norte foi a que apresentou a menor proporção de internações com 0,7% no período. Na comparação quantitativa das regiões brasileiras no período, percebeu-se que as regiões sudeste e nordeste apresentaram declínio nas internações no decorrer dos anos estudados, sendo mais acentuado na região sudeste, enquanto na região sul aconteceu um discreto aumento entre os anos de 2008 e 2017. Nas regiões centro-oeste e norte os quantitativos de internações permaneceram estáveis. O quantitativo de hospitais psiquiátricos nestes estados pode justificar os percentuais: São Paulo possui 55 unidades, o equivalente a 29% do total de hospitais psiquiátricos no país, e

o Rio de Janeiro 29, o que representa 15%, sendo que um terço dos hospitais das regiões sul e sudeste são considerados de grande porte com a maioria de leitos destinados a internação crônica¹⁷.

Na região Sudeste o estado de São Paulo possuiu quantitativamente mais internações por transtornos mentais e comportamentais entre 2008 e 2017, mesmo demonstrando decréscimo de 33,8 neste quantitativo durante o período. Proporcionalmente, o estado de São Paulo também apresentou os maiores valores com percentuais de 2,9%, seguido do estado do Rio de Janeiro com 2,4%. A redução no número de internações pode estar relacionada ao aumento da cobertura dos CAPS e da Atenção Básica (AB), sendo que em 2011 o estabelecimento da estratégia das Redes de Atenção à Saúde, com a priorização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) proporcionou um incremento nos repasses financeiros, tanto para custeio da rede existente como para melhoria dos serviços já existentes.¹⁰

Já no Nordeste todos os estados apresentaram decréscimo no quantitativo de internações por transtornos mentais e comportamentais, com destaque para o estado do Ceará que em 2017 apresentou uma queda de 43,0% quando comparado a 2008. A progressiva redução da frequência total e relativa das internações psiquiátricas no nordeste deve-se ao fato de que a região Nordeste realizou um novo modelo de atenção em saúde mental, seguindo o preconizado na Reforma Psiquiátrica, enfatizando o financiamento e a implantação dos serviços substitutivos, além da atuação efetiva da RAPS.¹⁸

Na região norte, o Acre obteve a maior proporção de internações por transtornos mentais e comportamentais com 2,6%, e quantitativamente o Pará apresentou aumento gradual no decorrer do período. Os Estados do Norte correspondem a aproximadamente 8% da população brasileira, sendo que a vasta dimensão territorial da região – equivalente a 45% do território nacional, afeta na baixa densidade populacional. A dificuldade de acesso e municípios com extensões territoriais gigantescas constituem em desafios para as redes de políticas sociais.¹⁹

Outro fator presente na região norte é a diversidade e especificidades étnicas, sociais e culturais da população, também desafiadoras: segundo o IBGE, mais de 38%

da população indígena do Brasil vive na região, sendo que o perfil de morbimortalidade em saúde mental dessa população reforça a necessidade de estratégias especiais para a região, a exemplo das altas taxas de suicídio – mais que o dobro da população não indígena – e o aumento da alcoolização. Outras questões presentes na região é a alta quantidade de municípios com baixo IDHM (Índice de Desenvolvimento Humano Municipal): 81 dos 500 municípios com o menor IDHM pertencem a região norte. A implantação de grandes empreendimentos na região influencia na população das cidades com impactos sociais de grandes dimensões, tais como violência e desemprego¹⁹, podendo interferir diretamente no adoecimento da população.

Entre os estados da região sul, o Rio Grande do Sul (RS) possuiu o maior percentual de internações (4,7%), e juntamente com o Paraná obtiveram os maiores quantitativos na região no período analisado, ressaltando-se o aumento de 50,0% das internações no RS em 2017 quando comparado com 2008. Cerca de 70% do total dos municípios da região possui menos de 15 mil habitantes – parâmetro populacional mínimo para a implantação de CAPS I.¹⁹ No RS, observou-se aumento das taxas de hospitalizações devido aos transtornos mentais e comportamentais por uso de álcool e outras drogas no período de 2000 a 2011 –125% entre os homens e 445% entre as mulheres. Também houve aumento nas internações pelos demais transtornos mentais.²⁰

Na região Centro-oeste, o estado de Goiás apresentou elevação no ano de 2010 a 2011, entretanto a partir de 2012 sofreu decréscimo no seu quantitativo de internações por transtornos mentais e comportamentais, apesar da queda de 33,5% do início ao final do período, é o estado com maior proporcional e quantitativo da região com 3,6% e 126.715 (Tabela 3) respectivamente. O estado do Goiás, mesmo sendo o local onde os movimentos sociais primeiro se articularam, enfrenta uma série de problemas relativos à precarização do trabalho, à capacitação dos profissionais, à estrutura física dos serviços e à gestão. Além de possuir a cobertura de CAPS (0,69 por 100 000 habitantes) abaixo da média nacional, que é de 0,86, ainda há o investimento em serviços que vão de encontro as propostas da reforma psiquiátrica, possuindo como principal recurso terapêutico a internação, e a falta de investimentos na expansão da RAPS.²¹

Observou-se que o perfil de paciente predominante no período foi homens (64,0%) de 30 a 39 anos (25,8%), sendo a raça/cor branca (41,4%) a mais prevalente. Quando analisado por região, observa-se a prevalência da raça/cor parda nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. A faixa etária de 30 a 39 anos também foi a mais comum entre homens e mulheres em estudo realizado no Rio de Janeiro¹³ e de 31 a 40 anos (28,4%) em Belo Horizonte²². Por acometer indivíduos em idade produtiva, o transtorno mental grave traz uma série de prejuízos socioeconômicos e familiares.²³ Estudos apontam que a prevalência de internações em homens pode estar relacionada principalmente à maior prevalência de transtornos por uso de substâncias psicoativas nessa população, assim como pelo fato de que geralmente os homens são acometidos mais precocemente pela esquizofrenia e apresentam quadros mais graves do que as mulheres, necessitando de mais cuidados intensivos.²³

Em relação a diferença no predomínio de raça/cor entre as regiões brasileiras, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (Pnad) 2014, divulgada pelo IBGE, na região Sul e Sudeste há a predominância de indivíduos brancos (76% e 53,02% respectivamente), enquanto nas regiões Norte (69,3%), Nordeste (61,9%) e Centro-Oeste (51,17%) observa-se a predominância da cor parda, auxiliando a compreender os dados obtidos.²⁴

O Brasil apresentou crescimento progressivo do número óbitos devido a internações por transtornos mentais e comportamentais, fato que foi acompanhado pelo aumento progressivo da taxa de mortalidade durante o período analisado. Os estudos sobre a mortalidade psiquiátrica unanimemente indicam que os índices de mortalidade em pacientes psiquiátricos são maiores que na população geral, independente da causa do óbito ser natural ou não-natural (suicídio e acidente). As causas não-naturais estão mais presentes no grupo com menos de 49 anos e nos transtornos funcionais, como depressão maior e esquizofrenia, já as naturais são mais comuns no grupo com mais de 50 anos e em transtornos mentais orgânicos, retardo mental e epilepsia. As hospitalizações, de acordo com estudos, protegem os pacientes com transtornos graves, entretanto, quando em períodos prolongados acabam aumentando o risco de óbitos em pacientes psiquiátricos.²⁵

Apesar de estudos apontarem que os gastos federais em saúde mental com hospitalização vem decaindo – de 95% em 1995 para menos de 50% em 2005 – ao passo que as despesas com serviços ambulatoriais vêm aumentando, e ter sido verificado que o gasto per capita em saúde mental diminuiu 26,7% entre os anos de 1995 a 2005²⁶, observou-se valores discrepantes no valor médio por internação entre as regiões do Brasil: O valor médio por internação por transtornos mentais e comportamentais no Brasil apresentou os maior valor no ano de 2010 (R\$1.984,77), ano que as regiões Nordeste e Sudeste apresentaram seus maiores valores durante o período analisado – R\$2.250,83 e R\$2.514,82 respectivamente, valores maiores que a média de todo país no ano.

A região Norte obteve o menor valor médio por internação dentro do período analisado e foi a região que apresentou maior redução no decorrer dos anos, atingindo o máximo em 2009 com R\$1049,30 gastos em média por internação e mínimo em 2017, com R\$507,65 gastos. Estes valores de gasto médio por internação quando analisados em conjunto com a permanência média encontrada no período nos auxiliam a entender a diferença entre as regiões já que dentre todas a Norte é a que possui o menor tempo de permanência média por internação em todos os anos, sendo o menor em 2017 com 11 dias de permanência média enquanto a menor média da região Sudeste foi de 40,3 dias no mesmo ano.

Ressalta-se que o tempo de permanência na internação pode ser influenciado por múltiplos fatores como diagnóstico, quadro clínico, idade, sexo, situação econômica, suporte familiar e social, adesão ao serviço comunitário, sintomas residuais e habilidades sociais.¹⁵

Por fim, ressaltamos que apesar dos questionamentos acerca da confiabilidade dos dados do SIH/DATASUS pelo risco de subnotificação, ele se mostrou como ferramenta útil na compreensão do perfil das internações psiquiátricas no país podendo auxiliar na formulação de estratégias e políticas públicas na área da saúde mental.

CONCLUSÃO

O presente estudo demonstrou o decréscimo gradual no percentual das internações por transtornos mentais e comportamentais no Brasil ao longo do período analisado. Em relação às regiões, destaca-se a região Sudeste, cujo quantitativo apresentou decréscimo no decorrer do período, e a Região Norte e Sul que apresentaram acréscimo no quantitativo de internações.

Apesar da diminuição das internações por Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes eles ainda se mantêm como os mais prevalentes entre as morbidades, assim como a diminuição dos transtornos comportamentais devido uso de álcool. Dá-se destaque ao aumento das hospitalizações devido a transtornos de humor e afetivos e Transtornos mentais e comportamentais devido uso outras substancias psicoativas no intervalo de tempo estudado.

O perfil sociodemografico dos pacientes das internações eram em sua maioria adultos jovens, do sexo masculino, de raça branca, cujo caráter de atendimento era de urgência. Em relação a raça percebeu-se variações entre as regiões, com predomínio de pardos nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste.

REFERÊNCIAS

1. Padilha VM, Schettini CSS, Junior AS, Azevedo RCS. Caracterização de pacientes atendidos em emergência psiquiátrica de hospital geral universitário. *Sao Paulo Med J.* 2013;131(6):398–404.
2. Candiago RH. *Uso do datasus para avaliação de mudanças nos padrões das internações psiquiátricas no brasil.* 2007.
3. Associação Brasileira de Psiquiatria, Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina, Federação Nacional de Médicos, Sociedade Brasileira de Neuropsicologia. *Diretrizes para um modelo de atenção integral em saúde mental no Brasil.*; 2014.
4. Reis L, Pereira S, Cardoso L, Gherardi-Donato E. Transtornos mentais orgânicos em um ambulatório de saúde mental brasileiro. *Rev Port Enferm Saúde Ment.* 2013;9:48–53.
5. Organização Pan-Americana de Saúde. Folha informativa - Depressão. https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5635:folha-informativa-depressao&Itemid=1095. Published 2018. Acessado março 5, 2019.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.* In: Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília; 2005.
7. Braga CP, D'Oliveira AFPL. A continuidade das internações psiquiátricas de crianças e adolescentes no cenário da Reforma Psiquiátrica Brasileira. *Interface (Botucatu).* 2015;19(52):33–44.
8. Brasil. Constituição. Lei nº 10.216, de 6 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*; n. s2001; 2001.

9. Antonello J, Silva MT, Ferraz L. Perfil das internações psiquiátricas em uma cidade do Oeste de Santa Catarina: Análise dos anos de 2008 a 2014. *Rev Katálysis*. 2014;17(2):252–260.
10. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de. *Diário Oficial da União*; 2011.
11. Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana de Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde. Vol 2. (Editora do Ministério da Saúde, org.). Brasília; 2009.
12. Nakamura-Pereira M, Mendes-Silva W, Dias MAB, Reichenheim ME, Lobato G. Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS): uma avaliação do seu desempenho para a identificação do near miss materno. *Cad Saúde Pública*. 2013;29:1333–1345.
13. Pereira PK, Santos SA, Lima LA, Legay LF, Santos JF de C, Lovisi GM. Transtornos mentais e comportamentais no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS) no estado do Rio de Janeiro no período de 1999 a 2010. *Cad Saúde Coletiva, Rio Janeiro*. 2012;20(4):482–491.
14. Mendes ACG, Sá DA, Miranda GMD, Lyra TM, Tavares RAW. Assistência pública de saúde no contexto da transição demográfica brasileira : exigências atuais e futuras. *Cad Saúde Pública*. 2012;28:955–964.
15. Castro SA, Furegato ARF, Santos JLF. Características sociodemográficas e clínicas em reinternações psiquiátricas. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2010;18(4):800–808.
16. Balbinot AD, Horta RL, Costa JSD, Araújo RB, Poletto S, Teixeira MB. Hospitalizações por uso de drogas não se alteram com uma década de Reforma Psiquiátrica. *Rev Saude Publica*. 2016;50:26.

17. Miliauskas CR, Faus DP, Junkes L, Rodrigues RB, Junger W. Associação entre internações psiquiátricas, cobertura de CAPS e atenção básica nas regiões metropolitanas do RJ e SP. <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/associacao-entre-internacoes-psiquiatricas-cobertura-de-caps-e-atencao-basica-nas-regioes-metropolitanas-do-rj-e-sp/16402?id=16402>. Published 2017.
18. Tavares JS, Freitas LNV, Souza JMM, Alves RS, Medeiros AT. Perfil das internações psiquiátricas na região Nordeste Brasileira. COPRECIS Congr Nac Práticas Educ.
19. Brasil. Ministério da Saúde., Secretaria de Atenção à Saúde, DAPES, Coordenação Geral de Saúde Mental Á e OD. Saúde Mental no SUS: Cuidado em liberdade, defesa de direitos e rede de atenção psicossocial. Relatório de Gestão 2011-2015.; 2016.
20. Horta RL, Costa JSD, Balbinot AD, Guilherme W, Teixeira VA, Poletto S. Hospitalizações psiquiátricas no Rio Grande do Sul de 2000 a 2011. Rev Bras Epidemiol. 2015;18(4):918–929.
21. Nascimento LR. Reforma Psiquiátrica Brasileira. 2018.
22. Volpe FM, Silva EM, Carmo LS, Santos TN. Perfil da clientela atendida em um serviço público de urgência psiquiátrica no município de Belo Horizonte, Brasil, no período de 2002 a 2007. J Bras Psiquiatr. 2010;59(3):203–209.
23. Santos RS, Sena EP, Aguiar WM. Perfil de internações psiquiátricas em unidade hospitalar de Salvador , Bahia. Rev Ciências Médicas e Biológicas. 2017;16:374–379.
24. Keuffer MGC, Rodrigues VP. Suicídio em adolescentes: um estudo comparativo entre as capitais brasileiras. 2018.
25. Sampaio ALP, Caetano D. Mortalidade em pacientes psiquiátricos: revisão bibliográfica. J Bras Psiquiatr. 2006.

26. Andreoli SB, Almeida-Filho N, Martin D, Mateus MDML, Mari JJ. É a reforma psiquiátrica uma estratégia para reduzir o orçamento da saúde mental? O caso do Brasil. *Rev Bras Psiquiatr.* 2007;29(1):43–46.

ANEXO A - Documento de aceite da orientadora



CENTRO UNIVERSITÁRIO DO ESTADO DO PARÁ
ÁREA DE CIÊNCIAS AMBIENTAIS, BIOLÓGICAS E DA SAÚDE.
CURSO DE MEDICINA

Belém, 01 de agosto de 2018.

AVAL DO ORIENTADOR

Eu, professora Dra. Luciana Brandão Carreira, docente do curso de medicina do Cesupa, vinculada ao programa de mestrado profissional em ensino em saúde, na linha de pesquisa Educação Médica, avaliei o projeto das alunas Maria Fernanda Marques Melo, matricula 14250100 e Thaís Feitosa Camacho, matricula 14250054, intitulado EPIDEMIOLOGIA DAS INTERNAÇÕES POR TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS NO BRASIL, bem como o Plano de trabalho descrito pela referida aluna em tal projeto, ambos destinados ao Centro Universitário do Estado do Pará- CESUPA como pré-requisitos para inscrição do TCC do curso de graduação em Medicina, na Linha de pesquisa Educação Médica, tendo em vista se tratar de uma pesquisa social no campo da saúde, sob o enfoque dialético. Após minha avaliação, aceito orientar tal pesquisa, dando portando o aval positivo enquanto orientadora para a sua realização.

Ao dispor,

A handwritten signature in black ink, reading 'Luciana Brandão Carreira', is written over a horizontal line.

Professora Doutora Luciana Brandão Carreira
Psiquiatra e Psicanalista - Orientadora do Projeto

CRM 7222 [REDACTED]