

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

Hugo André da Rocha

**INTERNAÇÕES E REINTERNAÇÕES POR TRANSTORNOS MENTAIS E  
DO COMPORTAMENTO PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL  
DE 2000 A 2014**

Belo Horizonte

2022

Hugo André da Rocha

**INTERNAÇÕES E REINTERNAÇÕES POR TRANSTORNOS MENTAIS E  
DO COMPORTAMENTO PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL  
DE 2000 A 2014**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Saúde Pública.

Orientadora: Profa. Dra. Mariangela Leal Cherchiglia

Belo Horizonte

2022

R672i Rocha, Hugo André da.  
Internações e reinternações por Transtornos Mentais e do comportamento pelo Sistema Único de Saúde no Brasil de 2000 a 2014 [recursos eletrônicos]. / Hugo André da Rocha. - - Belo Horizonte: 2022.  
170f.: il.  
Formato: PDF.  
Requisitos do Sistema: Adobe Digital Editions.

Orientador (a): Mariângela Leal Cherchiglia.  
Área de concentração: Saúde Pública.  
Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Pesquisa sobre Serviços de Saúde. 2. Hospitalização. 3. Saúde Mental. 4. Política de Saúde. 5. Transtornos Mentais. 6. Dissertação Acadêmica. I. Cherchiglia, Mariângela Leal. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. III. Título.

NLM: WX 158

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697

## **UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**

**Reitora:** Profa. Sandra Regina Goulart Almeida

**Vice-Reitor:** Prof. Alessandro Fernandes Moreira

**Pró-Reitor de Pós-Graduação:** Prof. Fábio Alves da Silva Júnior

**Pró-Reitor de Pesquisa:** Prof. Mario Fernando Montenegro Campos

### **FACULDADE DE MEDICINA**

**Diretor:** Profa. Alamanda Kfuory Pereira

**Vice-Diretora:** Profa. Cristina Gonçalves Alvim

**Coordenador do Centro de Pós-Graduação:** Prof. Tarcizo Afonso Nunes

**Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social:** Prof. Raphael Augusto  
Teixeira de Aguiar

### **PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

**Coordenadora:** Profa. Alaneir de Fátima dos Santos

**Sub-Coordenadora:** Profa. Lidyane do Valle Camelo

#### **Colegiado**

Profa. Lidyane do Valle Camelo – Prof. Rafael Moreira Claro (Suplente)

Profa. Alaneir de Fátima dos Santos (Titular) – Profa. Alzira de Oliveira Jorge  
(Suplente)

Profa. Ilka Afonso Reis (Titular) – Profa. Mariangela Leal Cherchiglia (Suplente)

Profa. Luana Giatti Gonçalves (Titular) – Prof. Antônio Luiz Pinho Ribeiro (Suplente)

Profa. Sandhi Maria Barreto (Titular) – Prof. Antônio Thomaz da Matta Machado  
(Suplente)

Profa. Deborah Carvalho Malta (Titular) – Profa. Flávia Bulegon Pilecco (Suplente)

Profa. Amélia Augusta Friche (Titular) – Profa. Juliana Lustosa Torres (Suplente)

Amanda Viana Machado - Representante Discente Titular

Alenice Aliane Fonseca - Representante Discente Suplente





UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

### FOLHA DE APROVAÇÃO

**"Internações e reinternações por transtornos mentais e do comportamento pelo Sistema Único de Saúde no Brasil, de 2000 a 2014"**

**HUGO ANDRÉ DA ROCHA**

Tese de Doutorado defendida e aprovada, no dia 27 de janeiro de 2022, pela Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais constituída pelos seguintes professores:

Prof(a). Mariangela Leal Cherchiglia (UFMG)

Prof(a). Zélia Maria Profeta da Luz (UFMG)

Prof(a). Fernando Madalena Volpe (FHEMIG)

Prof(a). Luana Giatti Gonçalves (UFMG)

Prof(a). Daisy Maria Xavier de Abreu (UFMG)

Prof(a). Mônica Soares da Fonseca Beato (PUC/Minas)

Belo Horizonte, 28 de janeiro de 2022.



Documento assinado eletronicamente por **Fernando Madalena Volpe, Usuário Externo**, em 31/01/2022, às 09:53, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Mariangela Leal Cherdiglia, Professora do Magistério Superior**, em 02/02/2022, às 13:58, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Luana Giatti Goncalves, Professora do Magistério Superior**, em 02/02/2022, às 17:34, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Zélia Maria Profeta da Luz, Usuário Externo**, em 09/02/2022, às 15:03, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Mônica Soares da Fonseca Beato, Usuária Externa**, em 11/02/2022, às 11:03, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Daisy Maria Xavier de Abreu, Servidora aposentada**, em 14/02/2022, às 10:57, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.ufmg.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **1212990** e o código CRC **99014802**.

Para Cidnéia e Josiane,  
Que mais do que minha mãe e minha namorada,  
São também minhas maiores admiradoras e  
Minha inspiração para seguir em frente.

## AGRADECIMENTOS

À minha mãe, Cidnéia, meu irmão William, e meu padrasto Roberto, por estarem sempre ao meu lado e serem o meu alicerce. Por entenderem as inúmeras vezes que eu não pude estar presente e ainda assim continuarem me amando incondicionalmente.

À Josiane, minha namorada, que tem sido o meu porto seguro e que nunca deixou de acreditar na minha capacidade em um só momento. E à Dona Gilberta e Sr. Afonso, meus sogros, e Dayane e Poliane, minhas cunhadas, por me acolherem e me fazerem sentir parte dessa família.

À minha tia Ana Ilza, que me recebeu aqui em Belo Horizonte e que sempre me deu todo o suporte necessário, especialmente durante a pandemia de Covid-19, na qual tivemos que passar muito tempo em casa esperando as coisas melhorarem. E ainda à Marcella, Kamilla, Nilton Henrique, Marcelo, Gediel e Maria Inês.

À família da minha saudosa amiga Ilma, que são minha família extensa, Dona Izontina, Ivani e Maria Eduarda. Por todo o incentivo e apoio durante todo esse período.

Aos membros do Tembase, os atuais e os que não estão mais tão presentes, por todo o apoio e compartilhamento de aprendizados.

À professora Ilka Afonso Reis e ao professor Marcos Antônio C. Santos por todos os ensinamentos sobre estatística e pela parceria nas publicações.

À equipe do Nescon/PMAQ, com quem eu aprendi muito sobre PMAQ, pesquisa de campo e trabalho em equipe.

À Erica Araújo pela companhia no café da tarde e pela amizade construída e mantida mesmo à distância.

Ao Michel Guimarães pelos incontáveis almoços juntos no bandeirão, Tio Naldo, e outros restaurantes acessíveis que frequentamos juntos. E também por sair de casa à noite para resetar o meu computador remoto.

À minha orientadora, professora Mariangela Leal Cherchiglia que me apoiou nos momentos difíceis sem deixar de tentar extrair o que havia de melhor em mim.

À Capes que me concedeu a bolsa de pesquisa durante todo o período do doutorado, e também à Fapemig e ao CNPq que indiretamente apoiaram o meu trabalho ao financiar o projeto de pesquisa no qual o meu trabalho se inclui.

## RESUMO

**Objetivos:** Foram realizados dois estudos com os objetivos de: 1) caracterizar o perfil dos pacientes que foram internados por transtornos mentais e comportamentais pelo Sistema Único de Saúde, de 2000 a 2014, e verificar como aspectos da política de saúde mental influenciaram a taxa de pacientes internados no período, e 2) caracterizar o perfil dos pacientes que foram reinternados por transtornos mentais e comportamentais pelo Sistema Único de Saúde, de 2001 a 2014, e os fatores associados à reinternação precoce (30 dias) e à reinternação frequente ( $\geq 3$  internações em um ano). **Métodos:** Estudo de coorte retrospectiva não concorrente utilizando dados secundários de pacientes internados com diagnóstico primário de transtornos mentais e comportamentais. No primeiro estudo foram considerados pacientes internados entre 01/01/2000 e 31/12/2014. No segundo artigo foram selecionados pacientes internados entre 01/01/2001 e 31/12/2013, os quais foram seguidos por pelo menos um ano. Foram selecionadas variáveis sociodemográficas, clínicas e de características do hospital. No primeiro estudo foram calculadas as taxas gerais de pacientes internados, segundo causa de internação, tipo de hospital, natureza jurídica e por número de internações de cada paciente por ano. Foi testada a associação das taxas de pacientes internados com o número de leitos psiquiátricos por ano e com o número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) por ano. No segundo estudo foram utilizados modelos de regressão de Poisson com estimador de variância robusta para estimar as razões de taxas de incidência (IRR) de cada um dos desfechos. **Resultados:** No primeiro estudo foram selecionados 1.549.298 pacientes. As causas de internação mais frequentes foram os transtornos devidos ao uso de substâncias psicoativas, seguidos por esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes. A taxa geral de pacientes internados apresentou tendência de queda de 49,9% ao longo do período. O número de leitos por ano apresentou associação positiva com as taxas de pacientes internados, e o número de CAPS por ano teve associação negativa com algumas taxas de pacientes internados. No segundo estudo foi verificado que 6,8% dos pacientes selecionados apresentaram reinternação precoce. Características como ser do sexo masculino, mais jovem, com diagnóstico de transtornos bipolares e internado em hospitais especializados apresentaram maiores razões de taxas de incidência de reinternação precoce. A ocorrência de reinternação frequente foi verificada para 8,3% dos pacientes, destacando que a ocorrência de reinternação precoce foi a característica mais fortemente associada ao aumento da taxa de incidência de reinternação frequente, sendo que a magnitude desse aumento depende da faixa etária do paciente. **Conclusões:** Houve grande redução das taxas de pacientes internados no período, associadas às mudanças realizadas no âmbito da Política Nacional de Saúde Mental, com a simultânea redução dos leitos psiquiátricos acompanhada da criação de novos Centros de Atenção Psicossocial. A reinternação precoce e a reinternação frequente foram associadas a características sociodemográficas e clínicas dos indivíduos e a aspectos organizacionais do sistema de saúde. Em decorrência da magnitude da associação com a reinternação frequente a ocorrência de reinternação precoce deveria ser considerada prioritária na elaboração de planos terapêuticos com vistas à prevenção ou redução de reinternações frequentes.

Palavras-chave: Avaliação de Serviços de Saúde; Internação hospitalar; Saúde Mental; Políticas Públicas de Saúde; Transtornos Mentais.

## ABSTRACT

**Objectives:** Two studies were conducted with the objectives of: 1) characterizing the profile of patients who were hospitalized for mental and behavioral disorders by the Unified Health System, from 2000 to 2014, and verifying how aspects of mental health policy influenced the rate of patients hospitalized in the period, and 2) to characterize the profile of patients who were readmitted for mental and behavioral disorders by the Unified Health System, from 2001 to 2014, and the factors associated with early readmission (30 days) and frequent readmission ( $\geq 3$  admissions in one year).

**Methods:** Non-concurrent retrospective cohort study using secondary data from inpatients with a primary diagnosis of mental and behavioral disorders. In the first study, patients admitted between 01/01/2000 and 12/31/2014 were considered. In the second article, patients hospitalized between 01/01/2001 and 12/31/2013 were selected, who were followed for at least one year. Sociodemographic, clinical and hospital characteristics variables were selected. In the first study, the general rates of hospitalized patients were calculated, according to the cause of hospitalization, type of hospital, legal nature and the number of hospitalizations of each patient per year. The association between hospitalized patient rates and the number of psychiatric beds per year and the number of Psychosocial Care Centers (CAPS) per year was tested. In the second study, Poisson regression models with a robust variance estimator were used to estimate the incidence rate ratios (IRR) for each of the outcomes. **Results:** In the first study, 1,549,298 patients were selected. The most frequent causes of hospitalization were disorders due to the use of psychoactive substances, followed by schizophrenia, schizotypal disorders and delusional disorders. The overall rate of hospitalized patients showed a downward trend of 49.9% over the period. The number of beds per year was positively associated with inpatient rates, and the number of CAPS per year was negatively associated with some inpatient rates. In the second study, it was verified that 6.8% of the selected patients had early readmission. Characteristics such as being male, younger, diagnosed with bipolar disorders and hospitalized in specialized hospitals showed higher rates of incidence of early readmission. The occurrence of frequent readmissions was verified for 8.3% of the patients, highlighting that the occurrence of early readmissions was the characteristic most strongly associated with the increase in the incidence rate of frequent readmissions, and the magnitude of this increase depends on the patient's age group.

**Conclusions:** There was a large reduction in the rates of hospitalized patients in the period, associated with the changes made within the scope of the National Mental Health Policy, with the simultaneous reduction of psychiatric beds accompanied by the creation of new Psychosocial Care Centers. Early readmission and frequent readmission were associated with sociodemographic and clinical characteristics of individuals and organizational aspects of the health system. Due to the magnitude of the association with frequent readmissions, the occurrence of early readmissions should be considered a priority in the elaboration of therapeutic plans with a view to preventing or reducing frequent readmissions.

Key-words: Health Services Research; Hospitalization; Mental Health, Health Policy, Mental Disorders.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Componentes da Rede de Atenção Psicossocial .....	27
Gráfico 1 – Distribuição dos Centros de Atenção Psicossocial por modalidade (novembro/2021). .....	28
Figura 1 - Proporção de recursos federais destinados à saúde mental em serviços hospitalares e em serviços de atenção comunitária/territorial (Brasil, dez/2002 a dez/2013) .....	32
Quadro 2 – Síntese dos estudos selecionados sobre internações psiquiátricas ....	42
Quadro 3 – Resumo das estimativas de reinternação psiquiátrica verificada em estudos brasileiros selecionados.....	53
Quadro 4 - Resumo das estimativas de reinternação precoce relatada em estudos selecionados .....	55
Quadro 5 - Resumo das estimativas de reinternação frequente (revolving door) apresentada em estudos selecionados .....	59

### **Artigo 1**

Figura1a. Taxas de pacientes internados geral e por tipo de hospital, Brasil, 2000-2014. ....	81
Figura1b. Taxas de pacientes internados geral e por natureza do hospital, Brasil, 2000-2014. ....	81
Figura1c. Taxas de pacientes internados geral e por grupo diagnóstico da CID-10, Brasil, 2000-2014. ....	82
Figura1d. Taxas de pacientes internados geral e por número de internações por paciente, Brasil, 2000-2014.....	82

### **Artigo 2**

Figura1. Fluxograma da extração de dados dos pacientes segundo os critérios selecionados .....	100
--	-----

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos CAPS por estado e região do país segundo modalidade habilitada (novembro/2021)..... 29

### **Artigo 1**

Tabela 1. Características dos pacientes internados por transtornos mentais e/ou comportamentais pelo SUS e dos hospitais, Brasil, 2000-2014 ..... 79

Tabela 2. Coeficientes das regressões de séries temporais segundo taxa geral e específicas de pacientes internados, Brasil, 2000–2014..... 84

Tabela 3. Coeficientes das regressões de mínimos quadrados generalizados segundo taxa geral e específicas de pacientes internados em função do número de CAPS por ano e do número de leitos psiquiátricos por ano, Brasil, 2000-2014. .... 85

### **Artigo 2**

Tabela 1 Características sociodemográficas e clínicas de pacientes internados por transtornos mentais e/ou comportamentais pelo SUS e dos hospitais, Brasil, 2001-2013, segundo ocorrência de reinternação precoce. .... 103

Tabela 2 Razões de taxas de incidência de reinternação precoce entre pacientes internados por transtornos mentais e/ou comportamentais pelo SUS, Brasil, 2001-2013. .... 106

Tabela 3 Características sociodemográficas e clínicas de pacientes internados por transtornos mentais e/ou comportamentais pelo SUS e dos hospitais, Brasil, 2001-2013, segundo ocorrência de reinternação frequente. .... 107

Tabela 4 Razões de taxas de incidência de reinternação frequente entre pacientes internados por transtornos mentais e/ou comportamentais pelo SUS, Brasil, 2001-2013. .... 110



## LISTA DE ABREVIATURAS

AIH	Autorização de Internação Hospitalar
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
Datasus	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
PNSM	Política Nacional de Saúde Mental
PVC	Programa de Volta Para Casa
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	16
<b>2.1 Primórdios da hospitalização psiquiátrica no Brasil</b> .....	16
<b>2.2 Reforma Psiquiátrica Brasileira e Luta Antimanicomial</b> .....	19
<b>2.3 Lei 10.216/2001, Política Nacional de Saúde Mental e Rede de Atenção Psicossocial</b> .....	22
<b>2.4 Panorama das internações psiquiátricas após a Lei 10.216/2001</b> .....	35
<b>2.5 Porta giratória: o desafio das reinternações psiquiátricas frequentes</b> .....	46
2.5.1 Um breve exame dos estudos brasileiros sobre reinternação psiquiátrica.....	48
2.5.2 Reinternação precoce .....	54
2.5.3 Reinternação frequente: o fenômeno <i>revolving door</i> .....	56
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	61
<b>3.1 Objetivo geral</b> .....	61
<b>3.2 Objetivos específicos</b> .....	61
<b>4 MÉTODOS</b> .....	62
<b>4.1 Perfil dos pacientes e taxa de pacientes internados</b> .....	64
<b>4.2 Reinternação psiquiátrica e características associadas</b> .....	67
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	72
<b>5.1 Artigo 1: Internações psiquiátricas pelo Sistema Único de Saúde no Brasil ocorridas entre 2000 e 2014</b> .....	73
<b>5.2 Artigo 2: Readmissões psiquiátricas precoces e frequentes em uma coorte brasileira de pacientes internados entre 2001 e 2013</b> .....	95
<b>6 CONCLUSÕES</b> .....	123
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	125
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	127
<b>APÊNDICES</b> .....	142
<b>ANEXOS</b> .....	148

## 1 INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) é fruto do processo de discussão e luta iniciado ainda na década de 1970 no início da Reforma Psiquiátrica Brasileira. O que se almejava desde aquela época e ainda tem se buscado é o estabelecimento de um modo de cuidar das pessoas acometidas por sofrimento psíquico que não implique em necessária institucionalização. Para tanto, a Reforma propõe que se criem mecanismos de substituição dos hospitais psiquiátricos, cessação das internações que não forem de fato necessárias e inclusão social dos portadores de sofrimento psíquico (AMARANTE, 2012).

A PNSM foi estabelecida pela Lei nº 10.216/2001, que regulamenta a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. Com a promulgação da referida lei, a internação, em qualquer de suas modalidades, só seria indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrassem insuficientes e, para tanto, foi necessário investir na criação de serviços extra-hospitalares capazes de acolher a demanda e fornecer o devido tratamento (BRASIL, 2001).

Posteriormente foi estabelecida a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS pela Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011, explicitando-se a complexa estrutura necessária para prestar cuidado às pessoas com transtorno mental (BRASIL, 2011). Para muito além dos leitos em hospitais psiquiátricos a RAPS integra o cuidado em atenção primária, atenção especializada (Centros de Atenção Psicossocial), urgência e emergência, e ainda estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial.

Dados do estudo Global Burden of Disease (WHO, 2017) indicam que no Brasil somente os transtornos depressivos e de ansiedade são responsáveis pelo adoecimento de 11,5 e 18,6 milhões de pessoas, respectivamente. Esse quadro implica que ações abrangentes precisam ser desenvolvidas para o cuidado dos portadores de sofrimento psíquico.

No contexto da RAPS e da proposta de reordenamento do modelo assistencial os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) tem papel estratégico, pois são considerados dispositivos substitutivos ao hospital psiquiátrico. São serviços comunitários de saúde mental que devem operar segundo a lógica de territórios. Entendidos como dispositivos estratégicos da PNSM são estruturas que atendem

prioritariamente pessoas portadoras de transtornos mentais graves ou persistentes, bem como indivíduos com transtornos causados pelo uso de álcool e outras drogas. Os CAPS em suas diversas modalidades foram definidos inicialmente em 2002, conforme o porte populacional e o público-alvo (CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS álcool e drogas (AD) e Infanto-juvenil (CAPS i)) (BRASIL, 2002b). Após um período de grande expansão na implantação de novos serviços, verificou-se, nos últimos anos, desaceleração no processo. No período de 2002 a 2007 houve um crescimento médio anual de 25,9% de novos CAPS, já no período seguinte, de 2008 a 2014, o aumento médio anual foi de 9,8% (BRASIL, 2015).

Simultaneamente à estruturação de novos dispositivos, ocorreu a redução progressiva de leitos hospitalares, a qual se deu de forma heterogênea nas diferentes regiões do país (BRASIL, 2015). É importante citar o papel do Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria) e do Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (PRH) na reorganização da oferta de leitos hospitalares (BRASIL, 2002a, BRASIL, 2004a). Além disso, o lento avanço na implementação de serviços de funcionamento em tempo integral (CAPS III e CAPS AD III), capazes de garantir retaguarda aos episódios de crises, dificultou a redução das internações hospitalares (BRASIL, 2015; FERNANDES et al., 2020; ANDREOLI et al., 2007; PITTA, 2011).

Estudos anteriores empreenderam o desafio de verificar alterações nas taxas de internação utilizando os dados disponibilizados pelo Datasus com abrangência municipal ou estadual (CANDIAGO; ABREU, 2007; PEREIRA et al., 2012; SZABZON, 2013; COELHO et al., 2014; HORTA et al., 2015; ZURITA, 2015; MENDES, 2016; SANTOS; SENA; AGUIAR, 2017; LARA; VOLPE, 2019; LIMA; SANTOS; NERY, 2019). Uma limitação imposta a estes estudos é a não identificação dos pacientes nos dados disponíveis, inviabilizando que indiquem o percurso de internações e análises individualizadas por paciente. Além disso, cabe destacar a importância de se investigar o papel das estratégias implementadas no âmbito da PNSM na redução das internações psiquiátricas

O protagonismo do CAPS vislumbra a possibilidade de enfrentamento de um problema recorrente e que permanece como desafio para a RPB, a reinternação psiquiátrica frequente, caracterizada por um ciclo de internações e altas em curto espaço de tempo. Ramos, Guimaraes e Enders (2011) chamam a atenção para o fato de que repetitivas experiências de internação podem favorecer ao enfraquecimento e

até mesmo o rompimento de laços familiares e sociais, tornando o portador de sofrimento psíquico mais suscetível e vulnerável.

As frequentes reinternações psiquiátricas não são uma característica apenas brasileira, em vários países no mundo o fenômeno é descrito e estudado. Conhecido como “*revolving door*”, a porta-giratória da internação psiquiátrica é um desafio para vários sistemas de saúde (BARROS; et al, 2016; DURBIN; et al, 2007). Os estudos indicam não haver consenso acerca da determinação desse fenômeno. Algumas investigações buscaram estabelecer os fatores individuais associados à reinternação (FIGUEROA; HARMAN; ENGBERG, 2004; GASTAL; et al, 2000; LORENZO; et al, 2016), fatores associados à duração das primeiras internações (SCHMUTTE; DUNN; SLEDGE, 2010; ZHOU; et al, 2014) e fatores no nível do sistema de saúde (CALLALY; et al, 2010; FRICK; et al, 2013; KALSETH; et al, 2016).

Alguns estudos buscam evidenciar a validade do uso da taxa de reinternação psiquiátrica como marcador da qualidade da assistência em saúde mental (DURBIN; et al, 2007; TULLOCH; DAVID; THORNICROFT, 2016).

Uma questão destacada por alguns autores como de grande importância para o estudo das reinternações frequentes, também chamadas de *revolving door*, refere-se ao critério adotado para tal classificação, que envolve o número de internações repetidas e o tempo entre elas (ZANARDO et al., 2018). Dentre os critérios adotados pelos autores é possível verificar: duas ou mais internações em um ano (PARENTE et al., 2007; ZANARDO et al., 2017); três ou mais internações durante o período de seguimento (LANGDON et al., 2001; WEBB, YÁGÜEZ, LANGDON, 2007; EVANS et al., 2017; GUSMÁN-PARRA et al., 2020); três ou mais admissões em um ano (MORLINO et al., 2011; DI LORENZO et al., 2016; HAN et al., 2020; GOBBICCHI et al., 2021). Há ainda possibilidade de combinações específicas: (a) 3 ou mais hospitalizações em 18 meses ou 5 ou mais hospitalizações em 36 meses; (b) 2 ou mais hospitalizações em 12 meses e tratamento com clozapina; ou (c) 2 ou mais hospitalizações em 12 meses e hospitalização de 120 dias ou mais (BOTHÁ et al., 2010).

Entre os estudos brasileiros é possível encontrar taxas de reinternação que vão de 5,7% a 62% (PARENTE et al., 2007; CASTRO, FUREGATO, SANTOS, 2010; BEZERRA, DIMENSTEIN, 2011; LOCH, 2012; BARROS et al., 2016; ZANARDO et al., 2017; VOLPE, BRAGA, SILVA, 2018; BAEZA, ROCHA, FLECK, 2018; SANTOS et al., 2021).

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 Primórdios da hospitalização psiquiátrica no Brasil

Os primeiros hospitais psiquiátricos do Brasil datam da metade do século XIX, tendo como marco significativo a inauguração do expoente Hospício de Pedro II na cidade do Rio de Janeiro. O ato de fundação do referido hospital foi assinado por Dom Pedro II na mesma data de sua sagração como Imperador, em 18 de julho de 1.841. A construção levou nove anos, sendo inaugurado em 8 de dezembro de 1.852. Antes desse período os loucos circulavam em liberdade, no entanto, o crescimento populacional das cidades tornou a presença dos loucos incômoda, sendo necessária a sua contenção, em prisões ou em condições precárias nas Santas Casas (FRAGA; SOUZA; BRAGA, 2006; CCMS, 2014).

Em decorrência do mal-estar gerado pelas condições degradantes infligidas aos loucos e à efervescência de conhecimento científico acerca da “alienação mental” que indicava a necessidade de espaços próprios para o tratamento dos doentes mentais notou-se um importante movimento de criação de hospitais psiquiátricos no país. Em São Paulo o primeiro hospício foi criado em 1.848, em Recife (Pernambuco) o Hospício da Visitação de Santa Isabel em 1.864, em Belém (Pará) o Hospício Provisório de Alienados em 1.873, em Salvador (Bahia) o Asilo de Alienados São João de Deus em 1.874, em Porto Alegre (Rio Grande do Sul) o Hospício São Pedro em 1.884, e em Fortaleza (Ceará) o Asilo de Alienados de São Vicente de Paula em 1.886 (ODA; DALGALARRONDO, 2005; CCMS, 2014).

As primeiras instituições para “alienados” se caracterizaram como instituições asilares, na maioria das vezes ligadas a instituições de caráter religioso, como as Santas Casas de Misericórdia, com pouca ou nenhuma presença de profissionais médicos, servindo muito mais como um local de separação dos indesejados sociais do que como tratamento (ODA; DALGALARRONDO, 2005; FONTE, 2012). A construção dos hospícios responderia à necessidade de se criar espaços específicos para os alienados, uma vez que se considerava que o tratamento ofertado a eles nos porões das Santas Casas não era adequado, e tampouco destiná-los às cadeias era a melhor solução.

A partir da proclamação da república o país passa por processos de transformação, que buscavam dar um caráter de modernidade à nação que buscava se estabelecer. No ano de 1890, o Hospício Pedro II foi desvinculado da Santa Casa, passando a ser subordinado à administração pública, vindo a se chamar Hospício Nacional de Alienados, consistindo na primeira instituição pública de saúde estabelecida pela República. Foi nessa época que a loucura passou a ser cada vez mais medicalizada, assumida pela psiquiatria e tendo como lugar o hospital psiquiátrico (FONTE, 2012).

Nesse período surgiram as chamadas colônias agrícolas, que poderiam ser extensões dos hospitais psiquiátricos, baseando-se nos preceitos da cura pelo trabalho. Facchinetti, Ribeiro e Muñoz (2008) investigaram as internações ocorridas no Hospício Nacional de Alienados no período de 1900 a 1939, e relatam que havia grande número de pacientes internados nas colônias, que eram separadas por sexo. As masculinas (Colônia da Ilha do Governador, Colônia São Bento, Colônia Conde de Mesquita, Colônia Agrícola de Jacarepaguá) e uma colônia exclusiva para mulheres (Colônia de Engenho de Dentro).

Entre as décadas de 1940 e 1950 houve grande expansão dos hospitais públicos pelo país, possibilitada pela publicação do Decreto-lei 8.555, de 3 de janeiro de 1946, que autorizava o Ministério da Educação e Saúde a realizar convênios com os governos estaduais para a construção de hospitais psiquiátricos. Os novos hospitais não resolveram o problema dos hospitais públicos que, na década de 1950, viviam em total abandono e apresentando excesso de pacientes internados (FONTE, 2012). Paulin e Turato (2004) destacam que o Hospital do Juqueri (São Paulo) chegava a ter cerca de 13 mil pacientes internados. Desse modo, os hospitais psiquiátricos não conseguiam se desvincular da função de promover exclusão social dos loucos.

De acordo com Fonte (2012) a assistência psiquiátrica brasileira nesse período demorava a tomar conhecimento de novas práticas que aconteciam na Europa e nos Estados Unidos. Dentre esses modelos é possível destacar a Psiquiatria de Setor, na França; as Comunidades Terapêuticas, na Inglaterra; e a Psiquiatria Preventiva, nos Estados Unidos. Vidal, Bandeira e Gontijo (2008) destacam que esses modelos tinham pressupostos diferentes, mas com o mesmo objetivo, de reorganizar a assistência em saúde mental nos referidos países.

A proposta inglesa consistiu da criação das comunidades terapêuticas, com base na concepção de que a responsabilidade pelo tratamento estaria não somente a cargo dos profissionais de saúde, mas também dos próprios pacientes e de seus familiares. Tinha como meta resgatar a função terapêutica do hospital, reconhecendo seu papel na evolução clínica dos pacientes. Dispositivos alternativos, como hospitais-dia, também foram criados com o objetivo de poder tratar o paciente em serviços locais. Na França, seguindo princípios semelhantes, a psiquiatria de setor insere novas instituições intermediárias na rede de cuidados com a saúde mental, como ambulatórios, serviços de urgência e hospitais para internações breves. A idéia primordial era oferecer um conjunto completo de serviços que amparasse o doente desde a prevenção até a reabilitação, com o objetivo de resgatar o caráter terapêutico da psiquiatria, ao mesmo tempo em que contestava o asilo como espaço de cura. A psiquiatria preventiva ou comunitária dos Estados Unidos. Seus pressupostos básicos repousavam na crença de que seria possível prevenir todas as doenças mentais, uma vez que poderiam ser detectadas precocemente. Para tanto, foram construídos centros de saúde mental comunitários que ofereciam atendimento de emergência, hospitalização parcial e integral, ambulatório e educação para a comunidade (VIDAL; BANDEIRA; GONTIJO, 2008, p.72).

Paulin e Turato (2004) avaliaram o período compreendido entre 1967 e 1978, período que antecede a emergência do Movimento pela Reforma Psiquiátrica Brasileira. Os autores destacam que em 1967 foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), processo que se deu pela unificação dos institutos de aposentadorias e pensões previamente existentes. Assinalam ainda que em período anterior, na década de 1940 os hospitais públicos correspondiam a 80,7% dos leitos psiquiátricos existentes. Fonte (2012) destaca que o período após o golpe militar de 1964 foi um divisor no que tange à assistência em saúde em mental, que antes se caracterizava pela internação de pacientes considerados indigentes, e que nos governos militares expandiu sua clientela para a grande massa de trabalhadores segurados pela Previdência Social e também os seus dependentes.

Para explicitar a expansão privada no setor da saúde mental, no componente dos leitos em hospitais psiquiátricos Paulin e Turato (2004) destacam em 1941 o Brasil possuía 62 hospitais psiquiátricos, sendo 23 públicos (37,1%) e 39 privados (62,9%). Já em 1961 o país contava com 135 hospitais psiquiátricos, sendo 54 públicos (40%) e 81 privados (60%). Os autores indicam que ao avaliar os números dos 20 anos seguintes (1961 a 1981), nota-se que o quadro se modificou completamente: em 1981 os hospitais privados eram responsáveis por 70,6% dos leitos, enquanto os hospitais públicos possuíam apenas 29,4%.

O processo de unificação dos institutos de aposentadoria e pensões na criação do INPS expandiu significativamente a cobertura do sistema e conseqüentemente o número de beneficiários, fazendo com que os hospitais psiquiátricos privados se



voltassem para esse sistema no intuito de fornecer serviços hospitalares. Em 1977 o orçamento destinado às internações psiquiátricas correspondia à 96% do orçamento total da Previdência Social, contra 4% destinado a ações extra-hospitalares (PAULIN; TURATO, 2004).

## **2.2 Reforma Psiquiátrica Brasileira e Luta Antimanicomial**

A Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) surge como um movimento de contestação à capacidade dos hospitais psiquiátricos de tratar os chamados doentes mentais. De forma contemporânea o movimento pela Reforma Sanitária buscava romper com a lógica de um sistema de saúde que não se baseava na universalidade de acesso. Ambos os movimentos surgiram no período da ditadura militar, durante a luta pela redemocratização do país (CAVALCANTI, 2008).

A RPB é produto do momento histórico vivido pelo país na segunda metade da década de 1970. Era um período marcado pela privatização no setor de saúde mental, que culminou com a chamada “indústria da loucura” dominando a oferta de leitos psiquiátricos, e conseqüentemente, apoderando-se da maior parte do orçamento destinado à área da saúde mental. Além disso várias denúncias apontavam para a precarização das condições de trabalho, bem como relatos de agressão, estupro, trabalho escravo e mortes não esclarecidas (PAULIN; TURATO, 2004; FRAGA; SOUZA; BRAGA, 2006; FONTE, 2012).

O evento fundamental que marca o início da RPB foi a crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (Dinsam), ocorrida em 1978, na cidade do Rio de Janeiro. A Dinsam era um órgão do Ministério da Saúde, que atuava na formulação das políticas de saúde mental (PAULIN; TURATO, 2004; FONTE, 2012). Segundo Amarante e Nunes (2018) bolsistas e residentes dos hospitais psiquiátricos do Ministério da Saúde (MS), encaminharam uma carta ao MS denunciando as precárias condições dos hospitais e fazendo reivindicações, no entanto, a resposta foi a demissão de 260 profissionais, o que ocasionou mais denúncias, manifestações e matérias na imprensa. Toda a mobilização gerada por esse intenso processo de discussão serviu como mote para a criação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) em 1978.

Segundo Fraga, Souza e Braga (2006) o MTSM se desenvolveu e se fortaleceu estabelecendo alianças, tanto em nível nacional quanto em nível internacional, com os mais diversos setores da sociedade. Mas nem só de parceiros viveu o MTSM. Desde o início sempre houve quem fosse contra, em especial o grupo que compreendia os proprietários dos hospitais psiquiátricos privados, que viam nas propostas da RPB um limite para os altos ganhos auferidos com as internações psiquiátricas financiadas pelo setor público. Capturados pelo discurso dos donos dos hospitais muito familiares também se colocaram contrários à ideia de reforma, por entender que o fechamento do hospital implicaria na desassistência dos parentes com transtornos mentais, e ainda havia grupos de trabalhadores que por sua formação não conseguiam conceber a assistência em saúde mental em outro espaço que não fosse o hospital psiquiátrico.

Tenório (2002) destaca que durante a década de 1980 três processos foram importantes para a consolidação do movimento pela RPB: “a ampliação dos atores sociais envolvidos no processo, a iniciativa de reformulação legislativa e o surgimento de experiências institucionais bem-sucedidas na arquitetura de um novo tipo de cuidados em saúde mental” (p.34). Ainda na década de 1980 dois eventos foram determinantes para consolidar a posição do movimento reformista: a I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental.

A I Conferência Nacional de Saúde Mental foi realizada no Rio de Janeiro, de 25 a 28 de julho de 1987. No entanto, durante a conferência tentativas de esvaziar o caráter comunitário do evento, tornando-o mais “científico” foram articuladas pela Divisão Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde (Dinsam) com a Associação Brasileira de Psiquiatria. Por essa razão o II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental foi proposto, como resposta à tentativa de barrar o movimento da RPB. O II Encontro foi realizado na cidade de Bauru (SP), de 3 a 6 de dezembro de 1987. Foi durante esse evento que surgiu o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, tendo sido ainda instituído o Dia Nacional da Luta Antimanicomial, comemorado todos os anos no dia 18 de maio (TENÓRIO, 2002; AMARANTE, 2012).

O Encontro de Bauru, como ficou conhecido o II Encontro, trouxe duas inovações: primeiro porque incorpora um rol de atores que até então não faziam parte das discussões e proposições, incluindo então os pacientes e os seus familiares, bem como ativistas de outros movimentos sociais que pudessem apoiar o movimento. A

segunda refira a uma proposta de mudança mais ampla do que apenas a discussão sobre o modelo assistencial, buscando provocar no âmbito social (TENÓRIO, 2002; AMARANTE, 2012).

O Centro de Atenção Psicossocial – CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira foi inaugurado na cidade de São Paulo em 1987. Foi o primeiro serviço de atenção psicossocial do país, operando fora da lógica manicomial, tentando promover ações de inserção comunitária e atendendo a pacientes graves que antes eram encaminhados para internação hospitalar. Os CAPS possibilitam uma ampliação do cuidado, tanto em termos de intensidade quanto em termos de diversidade (TENÓRIO, 2002; AMARANTE, 2012).

Outra ação considerada paradigmática foi a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, na cidade de Santos (SP). Tratava-se de uma clínica privada conveniada com o INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social)

Dessa forma, foi possível que no ano de 1989 a Prefeitura de Santos fizesse uma importante intervenção em um hospital psiquiátrico privado conveniado ao SUS, a Clínica Anchieta. Reiteradas denúncias de mortes, superlotação, abandono e maus-tratos motivaram a intervenção. No entanto, o que marcou tal intervenção foi a decisão tomada pela gestão municipal: não reformar o hospital. A decisão de extinguir o serviço veio acompanhada da criação de serviços substitutivos, os chamados NAPS – Núcleos de Atenção Psicossocial (TENÓRIO, 2002). A opção tomada pelos gestores em Santos pela desconstrução do manicômio se refletiu na necessidade de repensar todos os aspectos envolvendo a doença mental e o saber psiquiátrico. Tratava-se, pois, de uma ruptura, e necessitava-se criar uma nova estrutura que desse conta de acolher os pacientes e garantir que recebessem o cuidado que precisavam (AMARANTE, 2012).

Ainda em 1989 houve um outro fato digno de nota. A proposição do projeto de lei 3.657/89, de autoria do deputado Paulo Delgado, que propunha a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e propunha o redirecionamento dos recursos para recursos “não-manicomial de atendimento”. No entanto, este ponto será tratado no capítulo a seguir.

As experiências vividas em Santos e São Paulo serviram de impulso para a criação de outros serviços NAPS/CAPS, e por meio das Portarias nº 189 de 1991 e 224 de 1992 o Ministério da Saúde definiu as atribuições dos NAPS/CAPS. A portaria 224/1992 estabelece que NAPS/CAPS “são unidades de saúde locais/regionalizadas

que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de 4 horas, por equipe multiprofissional” (BRASIL, 2004b).

Entre as conquistas para a RPB no tocante à desinstitucionalização deve-se citar a criação dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), por meio da Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000 (BRASIL, 2000). Esses serviços são definidos como “moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e que viabilizem sua inserção social.”

A implantação dos SRTs sinalizou um duplo avanço no caminho da desinstitucionalização: em primeiro lugar porque retira o paciente com transtorno mental da hospitalização prolongada, inserindo-o (novamente) na comunidade, e em segundo lugar, porque a cada paciente transferido um leito psiquiátrico deveria ser desativado ou descredenciado do SUS, sem a perda do recurso financeiro vinculado à AIH de tal paciente. Desse modo, evita-se a ocorrência assustadora da chamada “desassistência psiquiátrica”. Como assinala Fonte (2012) a ida para uma casa (residência) após anos vivendo hospitalizado é o primeiro passo para que alguns pacientes possam retomar suas vidas, recomeçando de um outro lugar e com outro papel.

### **2.3 Lei nº 10.216/2001, Política Nacional de Saúde Mental e Rede de Atenção Psicossocial**

A Lei nº 10.216/2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, estabelece a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, bem como define a reorientação do modelo assistencial, devendo este se basear em tratamento preferencialmente extra-hospitalar (BRASIL, 2001). A referida lei foi apresentada como Projeto de Lei nº 3.657 em 1989, pelo então deputado federal Paulo Delgado (PT-MG), e propunha em seu artigo 1º uma ruptura com o modelo dominante até então. Enunciava o artigo que “Fica proibida, em todo o território nacional a construção

de novos hospitais psiquiátricos públicos e a contratação ou financiamento pelo setor governamental, de novos leitos em hospital psiquiátrico” (BRASIL, 1989).

Entre a proposição do deputado Paulo Delgado e a aprovação da Lei nº 10.216/2001 intensas discussões parlamentares foram travadas na Câmara dos Deputados, nas quais deputados de espectros ideológicos tidos como divergentes se uniram em torno de posições favoráveis e contrárias às proposições do projeto de lei apresentado. Destaque-se que nessas discussões um dos pontos mais evocados para argumentar contrariamente ao projeto referia-se ao risco de desassistência das pessoas com transtornos mentais, tendo em vista o suposto desmantelamento de uma rede hospitalar que pretensamente garantia o tratamento dessas pessoas. Ademais, pesava ainda nas discussões a necessidade de proteção, quer seja das pessoas com transtornos que eram vistas como incapazes, quer seja da sociedade que os enxergava como pessoas que representavam periculosidade (PRADO; SEVERO; GUERRERO, 2020).

A despeito de toda as discussões e disputas envolvidas na aprovação da Lei 10.216/2001 para que o estado brasileiro aprovasse em nível federal uma legislação capaz de proteger as pessoas com transtornos mentais há que se destacar o papel de protagonismo de algumas unidades da federação que se anteciparam ao governo no nível federal e aprovaram legislações específicas em âmbito estadual. Além do Distrito Federal outros sete estados publicaram leis regulando a assistência em saúde mental. As legislações estaduais aprovadas inspiraram-se no Projeto de Lei apresentado pelo deputado Paulo Delgado, e trazem em seus escopos a orientação para a substituição progressiva da assistência no hospital psiquiátrico por outros dispositivos ou serviços. As leis tratam também da definição de direitos das pessoas com transtornos mentais, incentivo a utilização de leitos em hospitais gerais e notificação compulsória de internações involuntárias (BRASIL, 2004b).

As seguintes unidades da federação criaram legislações específicas:

- Rio Grande do Sul: Lei nº 9.716, de 7 de agosto de 1992;
- Ceará: Lei nº 12.151, de 29 de julho de 1993;
- Pernambuco: Lei nº 11.064, de 16 de maio de 1994;
- Rio Grande do Norte: Lei nº 6.758, de 4 de janeiro de 1995;
- Minas Gerais: Lei nº 11.802, de 18 de janeiro de 1995; Lei nº 12.684, de 1º de dezembro de 1997 e Decreto nº 42.910, de 26 de setembro de 2002;

- Paraná: Lei nº 11.189, de 9 de novembro de 1995;
- Distrito Federal: Lei nº 975, de 12 de dezembro de 1995;
- Espírito Santo: Lei nº 5.267, de 10 de setembro de 1996.

A partir da promulgação da Lei 10.216/2001 foi registrada a publicação de várias portarias tratando de normas administrativas, regulamentações, financiamento, habilitação e cadastramento dos serviços de saúde mental (BRASIL, 2004b). Bastos e Jorge (2011) avaliaram as publicações sobre a RPB no período de 1999 a 2008, levantando tanto a documentação formal (leis, portarias, relatórios) quanto a produção de artigos. As autoras destacam que somente no ano de 2002 um total de 51 portarias foram publicadas, correspondendo a aproximadamente 30% de todas as portarias publicadas no período avaliado.

As portarias publicadas nesse período visavam orientar e normatizar o funcionamento da Política Nacional de Saúde Mental, inaugurada a partir da publicação de Lei 10.216/2001, definindo o escopo dos serviços comunitários e o redirecionamento dos recursos dos serviços hospitalares para os renovados dispositivos ambulatoriais (GARCIA; OLIVEIRA, 2017). Dentre tais documentos é importante destacar alguns que por seu conteúdo acabaram por alterar a lógica de funcionamento da assistência em saúde mental. Destacamos:

- Portaria GM no 251, de 31 de janeiro de 2002: Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências. Com esta portaria o Ministério da Saúde inicia o processo regular de avaliação dos hospitais psiquiátricos, bem como dos hospitais gerais com leitos ou enfermarias psiquiátricas, definindo critérios de qualidade para o atendimento prestado, e estabelecendo classificação dos hospitais conforme o porte (número de leitos) (BRASIL, 2002a).
- Portaria GM no 336, de 19 de fevereiro de 2002: esta portaria estabelece as modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial em CAPS I, CAPS II e CAPS III definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Os CAPS I e CAPS também são definidos pela mesma portaria, tipificados como CAPSi II e CAPSad II. Os CAPS, assim como os NAPS

(Núcleos de Atenção Psicossocial), foram criados no âmbito da assistência à saúde mental pela Portaria nº 224/1992, no entanto, a partir da publicação da Portaria 336/2002 esses serviços adquirem caráter estratégico para a PNSM (BRASIL, 2002b).

- Portaria GM no 52, de 20 de janeiro de 2004: Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004. Este programa constituiu um dos mais importantes pontos de inflexão ao definir os parâmetros para a redução progressiva dos leitos psiquiátricos em funcionamento no país. O programa se orientou por três diretrizes principais: redução progressiva dos leitos considerando o parâmetro de módulos de 40 leitos, com recomposição do valor das diárias; estímulo aos gestores para que o fechamento dos leitos se desse de forma planejada e pactuada, de modo a garantir a devida assistência aos pacientes; e redirecionamento do financiamento oriundo das internações para os recursos extra-hospitalares (BRASIL, 2004a).

No ano de 2003 foi criado o “Programa De Volta Para Casa”, por meio da Lei nº 10.708, de 31 de julho. Este programa possibilitou o avanço da desinstitucionalização de pacientes que se encontravam internados em longa permanência ao criar um benefício assistencial, chamado de auxílio-reabilitação psicossocial. Na data da criação do programa o valor pago mensalmente aos beneficiários era de R\$ 240,00 (duzentos e quarenta reais) (BRASIL, 2003). O valor do benefício foi atualizado no de 2013, por meio da Portaria nº 1.511 de 24 de julho de 2013 (BRASIL, 2013), passando para R\$ 412,00 (quatrocentos e doze reais) mensais. Desde 2013 o valor do benefício não recebeu atualização, mantendo-se o mesmo até janeiro de 2022 (BRASIL, 2021).

Um desafio para a efetivação da cidadania dos pacientes egressos de longas permanências hospitalares refere-se ao fato de que pela própria história de períodos muitos longos hospitalizados vários pacientes não apresentam documentos (certidão de nascimento ou carteira de identidade), requisito básico para cadastro no programa (FONTE, 2012). Tal condição reforça o caráter de vulnerabilidade desses pacientes e a necessidade de intervenções que os propicie acesso e garantia dos seus direitos.

Bessoni e colaboradores (2019) entrevistaram beneficiários do PVC em um estudo multicêntrico realizado em 6 estados. Foram entrevistadas 108 pessoas, dos

quais 82,4% tinham mais de 50 anos de idade. A distribuição quanto ao sexo indicava 52% de homens, a maioria tinha escolaridade até o ensino fundamental, 80,9% se declararam solteiros, e 50,9% referiram raça/cor de pele negra/parda. A partir das entrevistas os autores apresentaram algumas categorias que emergiram das falas dos entrevistados: 1 – cuidar de si e do local de moradia; 2 – expressar identidade; 3 – manter espaços sociais privativos, decidir sobre a rotina, onde e com quem morar; 4 – desfrutar da vida na pólis; 5 – trabalhar ou estudar; 6 – criticar. Essas categorias remetem à construção da autonomia dos entrevistados, na medida em que cada um pode decidir e escolher o que fazer, desde as atividades de vida diária mais básicas até o uso do dinheiro recebido do benefício assistencial.

Outro dispositivo regulatório importante para a PNSM foi a Portaria nº 2.644, de 28 de outubro de 2009, que estabelece nova classificação dos hospitais psiquiátricos de acordo com o porte, reagrupando as classes definidas na Portaria GM Nº 52, de 20 de janeiro de 2004 (BRASIL, 2009). Dando sequência ao movimento de progressiva redução dos leitos psiquiátricos a Portaria 2.644/2009 estabelece novos parâmetros de classificação dos hospitais segundo o porte (número de leitos). Foram definidas 5 classes, sendo: N I – até 160 leitos; N II – de 161 a 240 leitos; N III – de 241 a 400 leitos e N IV – acima de 400 leitos. A portaria reajusta os valores de diárias, com maiores valores pagos aos hospitais de menor porte e define incentivo adicional de 10% no valor das diárias nas classes N I e N II para as internações que não ultrapassassem 20 (vinte) dias e que informassem como motivo de saída "alta de paciente agudo".

Após 21 anos da publicação da chamada Lei Orgânica da Saúde, a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, foi publicado o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, para “dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa” (BRASIL, 2011a). O Decreto define que o SUS deverá se organizar em Regiões de Saúde, nas quais deve programar a oferta de ações e serviços de saúde por Redes de Atenção à Saúde (RAS). No âmbito do Decreto as RAS são entendidas como “conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde”. As regiões de saúde devem prover, no mínimo, ações de: I - atenção primária; II - urgência e emergência; III - atenção psicossocial; IV - atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e V - vigilância em saúde (BRASIL, 2011a).



A Portaria no 3.088, de 23 de dezembro de 2011 instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) 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) (BRASIL, 2011b). Apoiada no arranjo das Redes de Atenção à Saúde, a RAPS configura-se como uma rede composta por diversos serviços e equipamentos de saúde, com vistas à garantia do cuidado integral do seu público-alvo.

Atualmente a RAPS é composta pelos seguintes serviços, de acordo com a Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017:

**Quadro 1 – Componentes da Rede de Atenção Psicossocial**

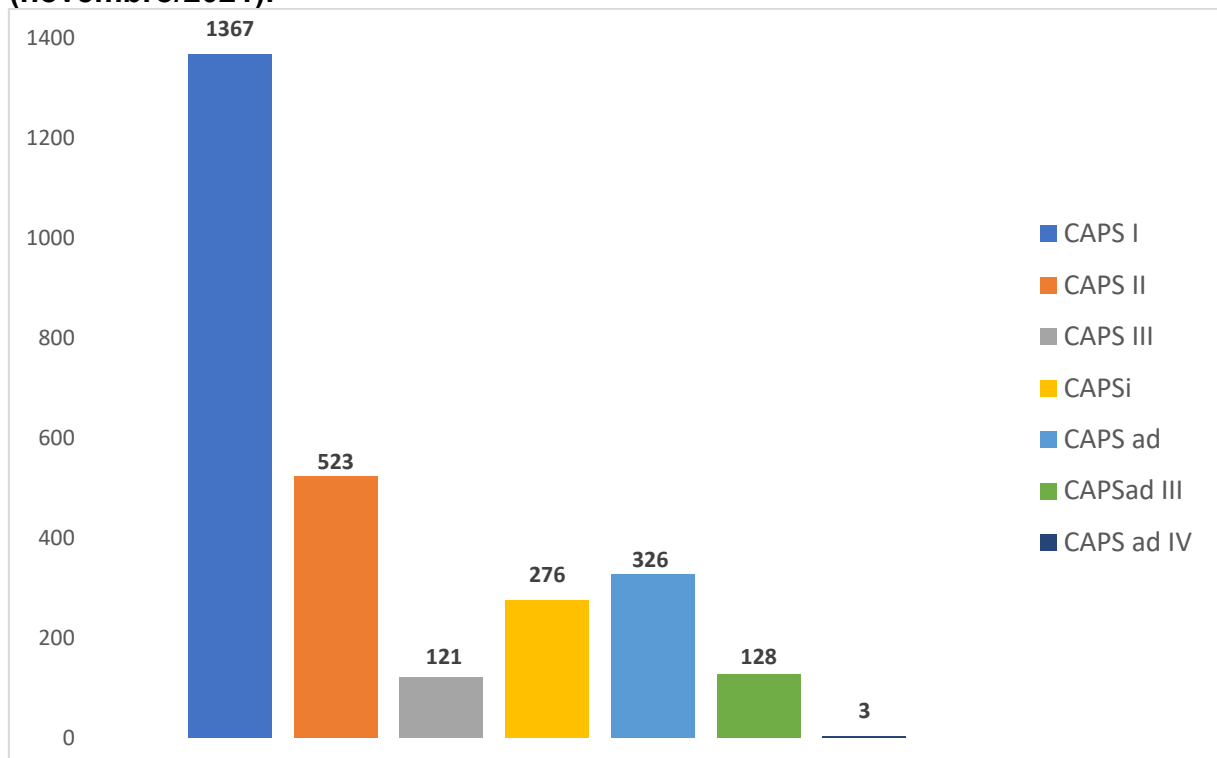
<b>Componente</b>	<b>Ponto de atenção</b>
<b>Atenção Básica</b>	Unidade básica de saúde
	Equipes de consultório na rua
	Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF
	Centros de Convivência e Cultura
<b>Atenção Psicossocial Especializada</b>	CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD, CAPS AD-III, CAPS I, CAPS AD-IV
	Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental / Unidades Ambulatoriais Especializadas
<b>Atenção de Urgência e Emergência</b>	Unidade de pronto atendimento – UPA
	Serviço de atendimento móvel de urgência – SAMU
	Sala de estabilização
	Portas hospitalares de urgência/pronto socorro de hospital geral
	Unidades básicas de saúde
<b>Atenção Residencial de Caráter Transitório</b>	Unidade de acolhimento
	Serviços de atenção em regime residencial
<b>Atenção hospitalar</b>	Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral
	Hospital Psiquiátrico Especializado
	Hospital dia
<b>Estratégias de Desinstitucionalização</b>	Serviços residenciais terapêuticos
	Programa de Volta para Casa
<b>Reabilitação psicossocial</b>	Cooperativas

Fonte: Brasil, 2017.

No gráfico a seguir é possível verificar que em novembro de 2021 havia 2744 CAPS habilitados, nas diversas modalidades. Cabe destacar que do total de serviços

apenas 9,2% eram CAPS com funcionamento em tempo integral. Os CAPS III, CAPS ad III e CAPS ad IV ainda correspondiam a uma parcela pequena dos serviços, fato que dificulta o estabelecimento de uma rede que se pretende substitutiva ao hospital psiquiátrico na medida em que não está disponível para o usuário o tempo todo, não garantindo retaguarda para os momentos de crise (PITTA, 2011).

**Gráfico 1 – Distribuição dos Centros de Atenção Psicossocial por modalidade (novembro/2021).**



Fonte: Datasus/Tabnet – Habilitações (Novembro/2021).

No quadro abaixo são apresentados os números de CAPS habilitados por modalidade em cada uma das unidades federativas, agregados também por região do país. Nota-se que três estados da região Norte ainda não contavam com CAPS I, Acre, Roraima e Tocantins. Cinco estados (Acre, Amapá, Tocantins, Alagoas, Mato Grosso) não apresentavam CAPS III habilitados. Dois estados não contavam com CAPS ad (Acre e Roraima), e três estados não dispunham de CAPS ad III (Rondônia, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul). Os CAPS ad IV registravam apenas 3 habilitações, em Minas Gerais, Rio Grande do Sul e Mato Grosso do Sul.

**Tabela 1 – Distribuição dos CAPS por estado e região do país segundo modalidade habilitada (novembro/2021).**

<b>Modalidade Região/Estado</b>	<b>CAPS I</b>	<b>CAPS II</b>	<b>CAPS III</b>	<b>CAPS i</b>	<b>CAPS ad</b>	<b>CAPS ad III</b>	<b>CAPS ad IV</b>
<b>Norte</b>	<b>109</b>	<b>34</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>10</b>	<b>9</b>	<b>0</b>
Acre	5	1	0	0	0	1	0
Amapá	2	0	0	1	1	1	0
Amazonas	15	4	2	1	1	1	0
Pará	56	18	4	3	6	1	0
Rondônia	14	5		1	1		0
Roraima	7	1	1	0	0	1	0
Tocantins	10	5	0	0	1	4	0
<b>Nordeste</b>	<b>598</b>	<b>146</b>	<b>27</b>	<b>54</b>	<b>82</b>	<b>35</b>	<b>0</b>
Alagoas	54	6	0	1	2	1	0
Bahia	188	35	3	11	17	6	0
Ceará	70	30	4	9	22	5	0
Maranhão	55	17	4	3	7		0
Paraíba	66	8	5	12	6	9	0
Pernambuco	72	25	6	11	11	7	0
Piauí	44	10	1	2	7	2	0
Rio Grande do Norte	19	11	1	3	7	3	0
Sergipe	30	4	3	2	3	2	0
<b>Sudeste</b>	<b>351</b>	<b>232</b>	<b>72</b>	<b>153</b>	<b>146</b>	<b>52</b>	<b>1</b>
Espírito Santo	13	8	1	3	4	1	0
Minas Gerais	176	62	20	40	39	24	1
Rio de Janeiro	46	53	6	31	23	6	0
São Paulo	116	109	45	79	80	21	0
<b>Sul</b>	<b>213</b>	<b>83</b>	<b>10</b>	<b>53</b>	<b>68</b>	<b>27</b>	<b>1</b>
Paraná	67	26	6	14	25	11	0
Rio Grande do Sul	80	42	2	30	30	14	1
Santa Catarina	66	15	2	9	13	2	0
<b>Centro-Oeste</b>	<b>96</b>	<b>28</b>	<b>5</b>	<b>10</b>	<b>20</b>	<b>5</b>	<b>1</b>
Distrito Federal	1	3		2	4	3	0
Goiás	47	16	2	3	8	2	0
Mato Grosso	32	3	0	3	5	0	0
Mato Grosso do Sul	16	6	3	2	3	0	1
<b>TOTAL</b>	<b>1367</b>	<b>523</b>	<b>121</b>	<b>276</b>	<b>326</b>	<b>128</b>	<b>3</b>

Fonte: Datasus/Tabnet – Habilitações (Novembro/2021).

Em sua constituição a RAPS informava as seguintes diretrizes (BRASIL, 2011b, grifo nosso):

I - respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;

II - promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;

III - combate a estigmas e preconceitos;

IV - garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;

V - atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;

VI - diversificação das estratégias de cuidado;

VII - *desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;*

VIII - desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;

IX - *ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;*

X - *organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;*

XI - promoção de estratégias de educação permanente; e

XII - desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular.

Macedo e colaboradores (2017) mapearam a distribuição dos serviços componentes da RAPS no ano de 2016, verificando os níveis de cobertura por região de saúde. Os autores verificaram avanços em termos de cobertura em alguns serviços e ainda “vazios assistenciais” em outros. Os serviços de atenção primária à saúde apresentaram altas coberturas, com grande nível de interiorização, dada a capilaridade de ações como a Estratégia Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Ao tratar do componente da atenção psicossocial especializada, representando pelos CAPS em suas diversas modalidades, os autores alertam para o número de unidades federativas que não contavam com serviços em tempo integral (CAPS III e CAPS ad III), bem como os serviços voltados para infância e adolescência (CAPS i). Destacam que período pesquisa “pelo menos 324 municípios brasileiros com população entre 15 a 20 mil habitantes que não contam com qualquer serviço CAPS” (MACEDO et al., 2017, p.164).

Um componente essencial para a execução de qualquer política pública é o financiamento. O financiamento da saúde mental deve ser capaz de suportar a abrangência dos serviços ofertados, de modo a evitar a descontinuidade da política pela estagnação de sua expansão.

Andreoli e colaboradores (2007) avaliaram os gastos em saúde mental no período de 1995 a 2005. Ressalte-se que os autores incluíram no estudo o período de transição que inclui os últimos anos antes da aprovação da Lei 10.216/2001, o ano da Lei, e ainda os quatro anos seguintes à mudança de paradigma. Houve uma redução de 41% na taxa de leitos psiquiátricos por 10.000 habitantes, passando de 5,4 em 1995 para 3,2 leitos psiquiátricos por 10.000 habitantes em 2005. Apesar de incluir poucos anos de vigência da nova legislação o estudo captou um aumento no número de CAPS, que aumentou nove vezes, de 0,004 em 1995 para 0,037 por 10.000 habitantes em 2005. No período estudado os gastos com internações hospitalares foram maiores, no entanto, apresentando uma expressiva redução da proporção, de 95,5% em 1995 para 49,3% em 2005.

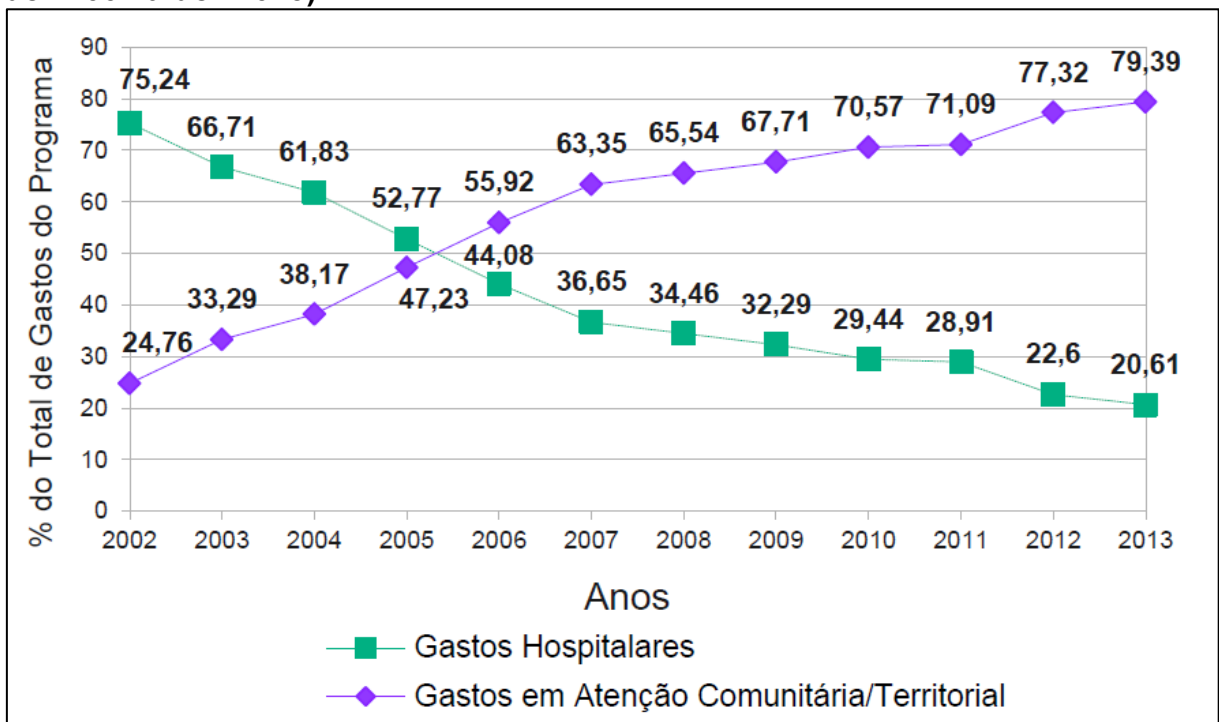
Gonçalves, Vieira e Delgado (2012) analisaram o gasto federal com a PNSM no período de 2001 a 2009 e verificaram que o gasto em saúde mental aumentou 51,3%, alinhado com o aumento do gasto total do Ministério da Saúde com ASPS (Ações e Serviços Públicos de Saúde) de 55,8%. Comparando pelo componente do gasto em saúde mental notou-se o aumento expressivo do gasto extra-hospitalar (404,2%) e decréscimo do gasto hospitalar (-39,5%). Ao analisar a série histórica do gasto *per capita* desagregado os autores sinalizam que houve uma inversão no modo de financiamento das ações de saúde mental no ano de 2006. A citada inversão no financiamento já havia sido informada pelos relatórios oficiais do MS (BRASIL, 2011), e reforça a opção feita pela PNSM no incremento de oferta de serviços comunitários. Gonçalves, Vieira e Delgado (2012) discutem que o país havia investido em torno de 2,5% do orçamento federal para a saúde na PNSM, abaixo do percentual investido por vários outros países da Europa e das Américas. Nesse sentido, os autores ressaltam a necessidade de aumento nos recursos destinados à PNSM em face ao orçamento da saúde, no entanto, acrescentam que o próprio orçamento da saúde já apresentava limites de crescimento.

Trapé e Onocko-Campos (2017) analisaram financiamento, processos de governança e mecanismos de avaliação da atenção à saúde mental no SUS no período de 2009 a 2014. No que tange ao financiamento os autores relatam que o governo federal gasta 2,3% do orçamento total da saúde nas ações de saúde, aquém do indicado pela OMS, em torno de 5% do orçamento da saúde. Os autores reforçam o que já havia sido dito por Gonçalves, Vieira e Delgado (2012), que “A saúde mental

é subfinanciada dentro de um sistema subfinanciado” (TRAPÉ; ONOCKO-CAMPOS, 2017, p. 5).

O último relatório oficial publicado pelo MS, Saúde Mental em Dados – 12 indica que a tendência de aumento na proporção dos gastos em saúde mental nos serviços comunitários se manteve até 2013, último ano constante no relatório. A partir do ano de 2006 a proporção dos gastos não-hospitalares seguiu em crescimento, culminando em 79,39% no ano de 2013 (BRASIL, 2015). A figura abaixo ilustra a série histórica dessa composição de gastos da PNSM.

**Figura 1 - Proporção de recursos federais destinados à saúde mental em serviços hospitalares e em serviços de atenção comunitária/territorial (Brasil, dez/2002 a dez/2013)**



Fonte: Brasil, 2015, p. 18.

Fernandes e colaboradores (2020) produziram um importante estudo sobre a oferta de serviços de assistência à saúde mental de base comunitária, no qual fizeram uma análise temporal no período de 2008 a 2017, tendo produzido um indicador que mensura o nível de cobertura dos serviços comunitários, chamado iRAPS (o Índice de Cobertura Assistencial da Rede de Atenção Psicossocial). Os autores incluíram dados dos seguintes serviços: Equipe de Consultório de Rua (eCR); Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF); Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); Unidades de Acolhimento (UA); Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); e Leitos em Hospitais

Gerais. Os resultados verificados pelos autores usando o indicador iRAPS identificou que 77% da população brasileira habitavam localidades com cobertura de serviços comunitários baixa ou inexistente. As pequenas cidades (menos de 20 mil habitantes), que concentram 16% da população nacional, foram as que mais impulsionaram o avanço do iRAPS em nível nacional. Apenas 439 cidades, 7,9% do total, apresentam cobertura assistencial total da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), expressando apenas 6,69% da populacional nacional. As metrópoles (acima de 200 mil habitantes), que concentrarem 46% da população brasileira, não apresentaram avanço na cobertura de serviços comunitários.

Alguns estudos investigaram a relação entre o número ou cobertura dos CAPS com taxas de internação e reinternação psiquiátrica, no entanto, os achados não foram homogêneos. Estudo realizado em duas regiões metropolitanas do Sudeste indicou haver uma associação entre o aumento na cobertura dos serviços de CAPS com a redução das taxas de internação por transtornos mentais (MILIAUSKAS et al., 2019). Em outro estudo, realizado nos municípios de Campinas, São Paulo, Porto Alegre e Fortaleza, verificou-se que menos de 10% dos usuários acompanhados nos CAPS necessitou de internação hospitalar em um período de 3 anos (ONOCKO-CAMPOS et al., 2018). Em um estudo de coorte, foram observadas reduções significativas na ocorrência de crises, no uso de medicamentos e número de internações psiquiátricas entre os usuários com maior tempo de CAPS e em atendimento intensivo (TOMASI et al. 2010). Contrastando estes resultados, um estudo conduzido nos 2 hospitais psiquiátricos públicos de Belo Horizonte – MG não identificou efeito protetor entre a cobertura de CAPS e a ocorrência de readmissão psiquiátrica (VOLPE; BRAGA; SILVA, 2018).

Apesar de todos os avanços registrados em números e estatísticas oficiais a luta da RPB por um modelo de atenção à saúde mental não-hospitalocêntrico, com respeito a liberdade e a dignidade dos portadores de transtornos mentais não terminou. Ao contrário disso alguns autores têm apontado para indícios de fortes movimentos contrários à RPB que buscam reestabelecer um lugar para o hospital psiquiátrico no interior da PNSM. Alguns autores têm nomeado esse fenômeno como contrarreforma psiquiátrica.

Nunes e colaboradores (2019) chamam atenção para o fato de que desde 2015 mudanças na direção da Coordenação Nacional de Saúde Mental já sinalizam o movimento de desconstrução da PNSM e dos preceitos defendidos durante anos pelo

Movimento da Luta Antimanicomial. Os autores elencam três aspectos que evidenciam o que nomeiam de Contrarreforma Psiquiátrica:

1) as atuais mudanças impostas nas linhas de base da política nacional de saúde mental não respeitaram o fluxo histórico construído a partir do controle social, seja pelas conferências nacionais de saúde mental, seja pelos conselhos de saúde. Pelo contrário, o relatório da III CNSM chegou a datar a extinção dos hospitais psiquiátricos no Brasil, meta nunca cumprida. Logo, a “nova política de saúde mental” desconsidera um dos pilares da reforma psiquiátrica que é exatamente a democratização e a participação social nas decisões. O próprio Conselho Nacional de Saúde aprova a “Recomendação Nº 001, de janeiro de 2018”, onde se manifesta pela revogação das portarias que estruturam a “nova política”; 2) a partir de 2017, a supostamente nova política de saúde mental introduz o hospital psiquiátrico, não mencionado como parte da RAPS na portaria 3.088/2011, como serviço reconhecido, contrariando o acúmulo histórico das reformas sanitária e psiquiátrica. Na apresentação da “nova política de saúde mental” no site do Ministério da Saúde, pode-se ler que “a desinstitucionalização não será mais sinônimo de fechamento de leitos e de hospitais psiquiátricos”; 3) o MS, em articulação intersetorial com outros Ministérios (Justiça, Desenvolvimento Social), cria linhas de financiamento para custear serviços privados, como as chamadas “comunidades terapêuticas” (CT), que no Brasil se destinam às pessoas que usam drogas. À privatização do escasso recurso público soma-se a aposta no retorno do modelo manicomial, centrado no tratamento moral e no isolamento, que nos remete ao período das doutrinas psiquiátricas de Esquirol no século XIX (NUNES et al., 2019, p. 4493-4494).

Os referidos autores ressaltam que as mudanças ou propostas de mudanças apresentadas reforçam o caráter de mercantilização da saúde, incluem no interior da PNSM mecanismos que foram historicamente combatidos (leitos em hospitais psiquiátricos) e enunciam o retorno de um modelo asilar de cuidado (comunidades terapêuticas para tratamento de pessoas em uso abusivo de álcool e outras drogas) que contradiz tudo o que se propôs na Reforma Psiquiátrica Brasileira e no Movimento da Luta Antimanicomial (NUNES et al., 2019).

Cruz, Gonçalves e Delgado (2020) avaliaram a publicação de documentos normativos que incidem sobre a PNSM. Os autores destacam que as mudanças promovidas pelas resoluções em curso estabelecem uma reorientação para o modelo de atenção à saúde mental, que direciona a política para o passado, com ênfase no modelo hospitalar, tão combatido durante anos pela RPB. Outro ponto de preocupação levantado pelos autores refere-se à criação dos CAPS ad IV, voltados para a população com quadros graves e intenso sofrimento decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, com foco em municípios com mais de 500 mil habitantes e capitais de Estado. Esses serviços são criados com enfermaria de até 30 leitos, e devem ser estabelecidos juntos às cenas de uso de drogas (cracolândias). Além de



não cumprirem a diretriz de serviços baseados no território os CAPS ad IV, tal orientação direciona a abordagem a um viés reducionista em relação ao usuário, “como se estas pessoas não fossem mais nada na vida além de usuários de drogas”.

Os trabalhos citados anteriormente indicam que apesar dos muitos avanços obtidos pelos movimentos pela RPB e da Luta Antimanicomial ainda há muitas batalhas a serem travadas, em vistas de todos os retrocessos que se colocam.

#### **2.4 Panorama das internações psiquiátricas após a Lei 10.216/2001**

Os estudos brasileiros sobre internações psiquiátricas podem ser divididos em duas grandes categorias: estudos com dados primários e estudos com dados secundários. O primeiro grupo inclui pesquisas realizadas com uso de entrevistas com usuários, familiares e profissionais de saúde. Já os estudos com dados secundários são caracterizados por trabalhos que utilizam as informações disponibilizados pelo Datasus, por meio dos dados reduzidos das Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs), pesquisas realizadas com coletas de dados em prontuários, busca de informações em serviços de arquivos médicos de hospitais etc. As pesquisas com dados primários em geral são menores quanto ao número de participantes, em razão dos desafios próprios que este tipo de pesquisa ocasiona, além de questões relacionadas ao público-alvo, já que muitas vezes os participantes são entrevistados durante as internações e podem não estar aptos a responderem. Ainda assim, os estudos com dados primários têm vantagens, como por exemplo, a possibilidade de aferir uma variedade de informações que não estão normalmente disponíveis nos sistemas de informação de hospitais e outros serviços de saúde.

Já os trabalhos que utilizam dados secundários apresentam como principal diferencial a disponibilidade de dados de períodos abrangentes, e a depender da fonte, com algum nível de tratamento. Os dados disponibilizados pelo Datasus por meio dos arquivos reduzidos das AIHs são um exemplo dessa potencialidade, uma vez que os dados estão disponíveis diretamente para consulta no sítio eletrônico do Datasus, com possibilidade de acesso sem necessidade de cadastros prévios. No entanto, os dados disponibilizados apresentam como restrição o fato de serem

desidentificados, o que limita alguns tipos de análises, como por exemplo a avaliação de reinternações.

Nos últimos anos alguns pesquisadores têm se dedicado a realizar pesquisas utilizando dados secundários e ampliando o conhecimento acerca das internações psiquiátricas no Brasil (CANDIAGO; ABREU, 2007; MELLO; FUREGATO, 2007; PEREIRA et al., 2012; SZABZON, 2013; COELHO et al., 2014; HORTA et al., 2015; ZURITA, 2015; BALBINOT et al., 2016; MENDES, 2016; SANTOS et al., 2017; SANTOS; SENA; AGUIAR, 2017; LARA; VOLPE, 2019; LIMA; SANTOS; NERY, 2019; DIAS et al., 2021; SILVA et al., 2021). Ao verificar o perfil das publicações é possível notar duas características nestes estudos: a maior parte dos estudos foi publicada nos últimos dez anos, demonstrando o caráter emergente deste tipo de publicação, e a maior parte dos estudos, avaliou dados de estados das regiões Sudeste e Sul do país, à exceção de apenas dois com dados de Sergipe (LIMA; SANTOS; NERY, 2019) e Salvador – BA (SANTOS; SENA; AGUIAR, 2017), e outros dois que avaliaram dados de todos os estados do Brasil (SANTOS et al., 2017; DIAS et al., 2021). Nos parágrafos a seguir serão apresentadas mais informações sobre os estudos citados.

Candiago e Abreu (2007) fizeram um trabalho pioneiro de investigação utilizando os dados disponibilizados pelo Datasus. Os autores avaliaram as internações psiquiátricas ocorridas de 2000 a 2004 no Estado do Rio Grande do Sul e verificaram tendência crescente na proporção das internações por transtornos de humor e diminuição naquelas por esquizofrenia e por transtornos orgânicos. A proporção de internações por transtorno por uso de substâncias manteve-se estável. Verificaram também tendência crescente na proporção do número de internações psiquiátricas em hospitais gerais, com crescimento de 97,7% no período. Considerando o total de internações por ano foi registrada redução de 4,77%.

Mello e Furegato (2007) investigaram as internações em hospitais psiquiátricos na cidade do Rio de Janeiro (RJ), de 1996 a 2005. As autoras identificaram uma redução de 49,7% no total de internações por ano, tendo sido registradas 19.125 internações no ano de 1996, e 9.625 internações em 2005. Assinalam ainda que houve redução de 23% no total de leitos psiquiátricos, passando de 5.802 (1996) para 4.455 (2005). Outro destaque refere-se à participação dos hospitais privados ou filantrópicos no total de internações, em 1996 os estabelecimentos dessa natureza responderam por 73% das internações psiquiátricas, reduzindo-se para 44% no ano de 2005. Com relação ao tempo médio de permanência por internação foi verificado

um aumento de 71,6%, em 1996, era de 52,8 dias e em 2005 elevou-se para 90,6 dias.

Pereira e colaboradores (2012) avaliaram as internações por transtornos mentais e comportamentais ocorridas no Estado do Rio de Janeiro entre 1999 e 2010. Foi verificado que a maioria dos pacientes internados era do sexo masculino (65%), com idade entre 30 e 49 anos. As causas mais frequentes de internação foram esquizofrenia e outros transtornos esquizotípicos, seguidos pelos transtornos relacionados ao uso do álcool e pelos transtornos de humor. Verificou-se tendência de redução do número total de internações por ano, de 60.494 em 1999 para 17.826 em 2010 (70,5%).

O trabalho de Szabzon (2013) analisou o perfil das internações psiquiátricas na cidade de São Paulo, de 2000 a 2010. O autor assinala que houve uma redução do número de internações por ano no período inicial, de 2000 a 2002, passando de 18.718 internações para 9.748. No entanto, nos anos a seguir houve uma tendência de aumento, de 2003 a 2010, passando de 13.320 internações para 14.389. Considerando o período completo houve redução de 23,1% no total de internações por ano. O estudo também verificou o aumento na taxa de internações psiquiátricas em hospitais gerais, concomitante com a redução da taxa de internação em hospitais especializados, que o autor relaciona com a mudança na oferta de leitos psiquiátricos na rede hospitalar do município.

Coelho e colaboradores (2014) avaliaram as internações psiquiátricas registradas nos dois hospitais psiquiátricos públicos em funcionamento na cidade de Belo Horizonte - MG, no período de 2002 a 2011, visando compreender as mudanças nas características dos atendimentos e no perfil dos pacientes atendidos. Os autores verificaram aumento na proporção de pacientes do sexo masculino entre 2002 e 2011, de 59,8% para 66,3%. Com relação à idade, os pacientes apresentavam média de 37,2 anos em 2002, sendo registrado um crescimento linear no período de 0,12 anos de idade a cada ano. Com relação às categorias diagnósticas os autores verificaram que 44,2% foram diagnosticadas como esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes; 26,5% como transtornos mentais devidos ao uso de álcool e outras substâncias psicoativas; 17,8% como transtornos do humor e 2,8% como transtornos neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes. As outras categorias somaram 8,7%. No período do estudo houve variação estatisticamente significativa na proporção de internações por esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes

(redução linear de 1,7% a cada ano) e por transtornos mentais devidos ao uso de álcool e outras substâncias psicoativas (aumento linear de 2,0% ao ano). Houve redução do tempo mediano de internação, passando de 12 dias em 2002 a 8 dias após 2008, mantendo-se assim estável até 2011. A taxa de reinternação no período foi de 24,6%, sendo que 5,3% ocorreram em até sete dias após alta; 14,6% entre 8 e 30 dias e 80,1% das readmissões ocorreu entre 31 e 365 dias. Com relação ao total de internações por ano houve redução de 30,3%, passando de 18.114 internações em 2002 para 12.618 em 2011.

Estudo publicado em 2015 por Horta e colaboradores avaliou as taxas de internações psiquiátricas no Rio Grande do Sul no período de 2000 a 2011. Os autores observaram aumento nas taxas de internações devido aos transtornos pelo uso de álcool e outras substâncias psicoativas. As taxas entre homens foram maiores do que entre as mulheres em todo o período, no entanto, o crescimento percentual entre os homens foi de 125% e para as mulheres foi de 445%. Com relação às taxas de internações pelos demais transtornos mentais também foi observada elevação, passando de 159,2 hospitalizações a cada 100 mil habitantes em 2000 para 193,4 hospitalizações a cada 100 mil habitantes, culminando num aumento de 21,5% no período. Nesse grupo de causas houve uma inversão, com maiores taxas de internações entre os homens até o ano de 2007 e depois com as maiores taxas de internações sendo verificadas para as mulheres. Os autores verificaram ainda que houve redução nos tempos médios de permanência ao longo do período.

O trabalho desenvolvido por Zurita (2015) avaliou as internações psiquiátricas ocorridas no Estado do Paraná no período de 2000 a 2013. A autora assinala que no período do estudo houve redução geral de 18,9% nas internações psiquiátricas. No entanto, as internações em hospitais psiquiátricos apresentaram redução de 27,44%, enquanto nos hospitais gerais houve aumento de 114,72% nas hospitalizações. Com relação ao tempo de permanência foi verificada tendência de crescimento nas internações de até 7 dias e de 8 a 28 dias de duração, e tendência de redução nas internações com duração superior a 28 dias, tanto nos hospitais gerais quanto nos hospitais psiquiátricos. Foi verificada ainda a tendência de aumento das internações psiquiátricas por transtornos devidos ao uso de substâncias psicoativas, e a tendência de redução das internações por esquizofrenia, em ambos os tipos de hospital.

Balbinot e colaboradores (2016) avaliaram internações psiquiátricas por transtornos devidos ao uso de álcool ou outras substâncias psicoativas no Estado de

Santa Catarina, no período de 2000 a 2012. Os autores verificaram que 89,5% das internações referiam-se ao sexo masculino. A taxa média de hospitalizações por 100 mil habitantes por ano no período avaliado foi de 132,64, sendo a mínima de 116,19 por 100 mil habitantes, ocorrida em 2009, e a máxima de 154,67 por 100 mil habitantes, em 2003. Ao longo de todo o período as taxas de internação para o sexo masculino foram consistentemente superiores às taxas de internação para o sexo feminino, sendo a média para o sexo masculino de 241,16 internações por 100 mil habitantes, e para o sexo feminino média de 27,12 por 100 mil habitantes. O tempo médio de ocupação dos leitos para a população total foi de 22,55 dias, sendo verificada diferença estatisticamente significativa entre as médias por sexo, de 20,21 dias para o sexo feminino e de 22,87 dias para o sexo masculino. Os autores não verificaram variação estatisticamente significativa nas taxas de internações para ambos os sexos e para pacientes do sexo masculino, tendo registrado um aumento significativo de 3,0% nas taxas de internação para o sexo feminino.

Em boletim eletrônico publicado pelo Grupo Técnico de Avaliação e Informações de Saúde e assinado por Mendes (2016) é avaliada a evolução das internações psiquiátricas no Estado de São Paulo, no período de 2000 a 2015. Ao comparar os anos de 2000 e 2015 foi verificada uma redução de 56,4% na taxa bruta de internação por transtornos mentais e comportamentais (por 100 mil habitantes). Em termos de número absoluto de internações por ano foi verificada redução de 49,4%, reduzindo de 118.358 internações em 2000 para 59.922 em 2015. A tendência de redução nas taxas brutas de internação também foi verificada ao estratificar por sexos, sendo que as taxas para o sexo masculino se mantiveram mais altas que as taxas para o sexo feminino ao longo do período. Ao estratificar por grupos de causas específicos nota-se um aumento de 107,9% nas taxas brutas de internação por transtornos devidos ao uso de outras substâncias psicoativas, comparando os anos de 2000 e 2015. Para os demais grupos de causas foram registradas reduções que variaram de 12,9% (transtornos de humor) a 89,3% (retardo mental). O autor destaca que o aumento na taxa bruta de internação por uso de substâncias psicoativas apresenta diferença importante ao estratificar por sexo. Para os homens essa taxa aumentou 91,1%, entre 2000 e 2015, e para as mulheres o aumento foi de 203,5%, no mesmo período. Para efeito de comparação, no mesmo período a redução na taxa bruta de internação por 100 mil habitantes por esquizofrenia foi de 61,6% para os homens, e 61,3% para as mulheres.

Santos e colaboradores (2017) analisaram a evolução das internações e da mortalidade hospitalar de idosos por transtornos mentais e comportamentais no Brasil, no período 2008 a 2014. Os autores verificaram que o coeficiente de internação hospitalar por transtornos mentais e comportamentais entre idosos apresentou redução, de 122,3 internações por 100 mil habitantes em 2008 para 84,2 por 100 mil habitantes em 2014, sendo verificada redução de 31,15%. Nas macrorregiões do país também foi verificada a mesma tendência de redução dos coeficientes de internação por 100 mil habitantes, com exceção da região Sul que apresentou tendência estacionária. Com relação ao coeficiente de mortalidade hospitalar total de idosos por transtornos mentais e comportamentais, registrou-se tendência de aumento de 8,86%, passando de 1,73 por 100 mil habitantes em 2008 para 2,38 por 100 mil habitantes em 2014. O diagnóstico mais prevalente relacionado à mortalidade hospitalar de idosos hospitalizados por transtornos mentais e comportamentais foi demência, presente em 32,3% dos óbitos. O coeficiente de mortalidade hospitalar relacionada a esse diagnóstico elevou-se de 6,94 por 100 mil habitantes em 2008 para 13,20 por 100 mil habitantes em 2014.

Santos, Sena e Aguiar (2017) avaliaram as internações por transtornos mentais registradas na cidade de Salvador (Bahia), no período de 2010 a 2016. A frequência de hospitalizações foi maior em indivíduos do sexo masculino (67,9%), pardos (49,9%) e na faixa etária de 30 a 39 anos (30,5%). Os hospitais especializados foram responsáveis pela maior parte das hospitalizações por transtornos mentais e comportamentais, internando 63% dos pacientes em Salvador. Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes apresentaram a maior frequência como causa de internação (45,6%), seguidos por transtornos mentais devidos ao uso de álcool (20,4%) e transtornos de humor (18,6%).

O estudo de Lara e Volpe (2019) analisou a evolução do perfil das internações psiquiátricas pelo SUS em hospitais psiquiátricos do Estado de Minas Gerais de 2001 a 2013. Os autores verificaram que a maioria das internações foi de indivíduos do sexo masculino (64,2%), com média de idade de 39,1 anos. As causas mais frequentes de internação foram esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes (43,6%), seguidos por transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas (28,5%) e transtornos de humor (14,9%). Ao excluir as internações de longa permanência (>365 dias) foi verificado que o tempo mediano de permanência variou entre 28 e 31 dias ao longo do período em análise, sendo verificado que o tempo mediano foi

consistentemente maior nas internações em hospitais privados em comparação com as internações em hospitais públicos, com tendência de redução nos hospitais públicos e de aumento nos privados. Outro ponto que os autores destacam refere-se à inversão da nosologia mais prevalente nas internações em hospitais públicos, nos quais as internações por transtornos ligados ao uso de substâncias superaram (a partir de 2011) aquelas por transtornos psicóticos não orgânicos, não sendo constatada o mesmo fenômeno nos hospitais privados, em que os transtornos psicóticos se mantiveram como os mais prevalentes durante todo o período do estudo.

Lima, Santos e Nery (2019) avaliaram as internações psiquiátricas ocorridas no Estado de Sergipe no período de 2008 a 2017. Os autores verificaram que a maioria das internações no período foram de indivíduos do sexo masculino (69%), na faixa etária dos 20 aos 39 anos de idade (54,3%), sendo as causas mais prevalentes de internação a esquizofrenia (40,8%), seguida pelos transtornos devidos ao uso de álcool (22,2%), os transtornos relacionados ao uso de outras substâncias psicoativas (18,9%) e os transtornos de humor (12,6%). A taxa de internação por 100 mil habitantes apresentou uma redução de 56,9%, de 314,1 internações em 2008 para 178,8 internações a cada 100 mil habitantes em 2017. Foi verificada tendência temporal de redução das taxas, com decréscimo percentual médio anual de 6,9%.

Em estudo publicado recentemente Dias e colaboradoras avaliaram os gastos com internações psiquiátricas no Estado de São Paulo nos anos de 2014 e 2019. Foram investigadas apenas as internações por transtornos mentais devidos ao uso de substâncias psicoativas (F10 a F19), esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F20 a F29), e transtornos do humor (F30 a 39). As autoras verificaram que houve uma redução de 31,38% no total de internações por ano, tendo ocorrido 115.652 internações em 2014 e 79.355 em 2019. Com relação ao gasto com as referidas internações houve uma redução estatisticamente significativa de 42,94% nos dois períodos em estudo. As internações eletivas apresentaram redução estatisticamente significativa da frequência (-43,79%) e do valor gasto (-46,15%). As internações de urgências psiquiátricas evidenciaram diminuição estatisticamente significativa somente nos valores gastos (-40,21%), também acompanhada por redução da frequência (-22,90%), embora esta não fosse estatisticamente significativa.

Silva e colaboradores (2021) analisaram as internações psiquiátricas registradas no Brasil de 2009 a 2019 visando avaliar as taxas de internação

psiquiátrica e o tempo médio de internação. Os autores verificaram que houve uma redução de 22% na taxa de internação por transtornos mentais no período do estudo, passando de 14,2 internações por 10.000 habitantes em 2009 para 11,1 em 2019. Ao analisar as taxas de internação por segundo grupo de causas de internação verificaram que a maior redução percentual ocorreu nas internações por transtornos mentais devidos ao uso de álcool (-42%), seguido por esquizofrenia e transtornos esquizotípicos e delirantes (-34,5%). Os transtornos de humor foram a única categoria que não apresentou redução nas taxas de internação no período, passando de 2,5 a 2,8 internações a cada 10.000 habitantes. Com relação ao tempo médio de internação foi verificada redução de 50%, de 40 dias por internação em 2009 para 20 dias em 2019. Outro destaque feito pelos autores deve-se ao fato de que as taxas de internação psiquiátricas entre os homens serem consistentemente mais altas durante todo o período, no entanto, com tendência de redução dessa diferença analisando toda a série temporal. A redução das taxas de internação entre homens foi de 28% e entre as mulheres foi de 10,5%. No que tange a avaliação das taxas de internação por região do país os autores verificaram que as maiores taxas de internação foram registradas na região Sul do país, sendo a única que apresentou tendência de estabilidade. A região Norte apresentou as menores taxas de internação durante o período, no entanto, com tendência de aumento (21,3%). As demais regiões apresentaram tendência de redução.

No Quadro 2, a seguir, apresenta-se uma síntese com tendências verificadas pelos estudos relatados anteriormente.

**Quadro 2 – Síntese dos estudos seleccionados sobre internações psiquiátricas.**

<b>Autoria/Ano</b>	<b>Abrangência</b>	<b>Período</b>	<b>Tendências verificadas</b>
CANDIAGO; ABREU, 2007	Rio Grande do Sul	2000 a 2004	Redução de 4,77% no total de internações por ano
MELLO; FUREGATO, 2007	Rio de Janeiro (cidade)	1996 a 2005	Redução de 49,7% no total de internações por ano
PEREIRA et al., 2012	Rio de Janeiro (estado)	1999 a 2010	Redução de 70,5% no total de internações por ano
SZABZON, 2013;	São Paulo (cidade)	2000 a 2010	Redução de 23,1% no total de internações por ano
COELHO et al., 2014	Belo Horizonte	2002 a 2011	Redução de 30,3% no total de internações por ano



HORTA et al., 2015	Rio Grande do Sul	2000 a 2011	Aumento de 21,5% na taxa de internações por ano
ZURITA, 2015	Paraná	2000 a 2013	Redução de 18,9% no total de internações por ano
BALBINOT et al., 2016	Santa Catarina	2000 a 2012	Estabilidade das taxas de internações por ano para ambos os sexos; aumento de 3,0% nas taxas de internações específicas para o sexo feminino
MENDES, 2016	São Paulo (estado)	2000 a 2015	Redução de 56,4% na taxa de internações por ano
SANTOS et al., 2017	Brasil (população idosa)	2008 a 2014	Redução de 31,1% na taxa de internações por ano
SANTOS; SENA; AGUIAR, 2017	Salvador	2010 a 2016	**
LARA; VOLPE, 2019	Minas Gerais	2001 a 2013	Redução aproximada de 55% no total de internações por ano***
LIMA; SANTOS; NERY, 2019	Sergipe	2008 a 2017	Redução de 56,9% nas taxas de internações por ano
DIAS et al., 2021	São Paulo (estado)	2014 e 2019	Redução de 31,38% no total de internações por ano****
SILVA et al., 2021	Brasil	2009 a 2019	Redução de 22% nas taxas de internações por ano

Fonte: autoria própria.

\* excluindo os transtornos por uso de álcool e outras substâncias psicoativas.

\*\* o estudo não apresentou os dados desagregados por ano, sendo verificada a distribuição agregada por todo o período.

\*\*\* o estudo não informa os valores referente ao total de internações por ano, apenas sinaliza que houve redução com tendência cúbica. O cálculo aproximado foi realizado a partir dos dados apresentados em gráficos apresentados no artigo.

\*\*\*\* neste estudo foram analisados apenas os anos de 2014 e 2019, sendo feitas apenas comparações entre os anos.

Cabe ainda destacar o papel das publicações sobre os pacientes em situação de internação permanente em alguns hospitais psiquiátricos. Esses trabalhos relatam as condições de pacientes que estão/estavam institucionalizados e que em razão de suas debilitadas condições de saúde e fragilidade de vínculos familiares e sociais não conseguem se reinserir nas suas comunidades de origem.

Gomes e colaboradores (2002) publicaram os dados preliminares do Censo Clínico e Psicossocial dos Pacientes Internados na Casa de Saúde Dr. Eiras, em Paracambi – RJ, instituição de característica asilar. Foram identificados 1494 indivíduos, sendo a maioria homens (53,4%), solteiros (81,6%), com idade entre 18 e

49 anos (66,4%) e baixa escolaridade (11,5% com primeiro grau completo ou mais). Com relação à condição de moradia 42,7% dos pacientes referiam morar no hospital, sem residência fora do hospital. O tempo de internação foi superior a dois anos para 77,6% dos pacientes internados. As visitas de familiares eram relatadas para 60,9% dos pacientes, e 73,8% não saíam de licença do hospital. O diagnóstico mais frequente foi a esquizofrenia (53,6%), seguido por retardo mental (26,4%).

Cayres e colaboradoras (2015) relataram os dados referentes ao Censo Psicossocial de 2014 realizado pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. No censo foram entrevistados os pacientes moradores dos hospitais psiquiátricos do estado, ou seja, pacientes com pelo menos um ano de internação. Além de relatar os dados levantados pelo Censo de 2014 as autoras comparam com os dados do Censo de 2008, realizado nos mesmos moldes. Em 2014 foram identificados 4.439 moradores, 1910 a menos do que em 2008. No entanto, as autoras destacam que ocorreram mais óbitos (18,4% do total do Censo de 2008) do que saídas para Serviços Residenciais Terapêuticos (11,6%) e que parcela significativa da população permaneceu internada (69,9%). Dentre os pacientes identificados em 2014, 74,5% estavam internados no mínimo há mais de 10 anos. O intervalo mais frequente de tempo de internação era a faixa de 16 a 20 anos de internação (15,8%). As autoras destacam que o segundo intervalo mais frequente (de 1 a 5 anos), equivalente a 13,6% do total, correspondia a internações feitas após a conclusão do primeiro censo. No censo de 2014, manteve-se o predomínio da população masculina, representando 62,1% da população total. A distribuição etária dos moradores mostrava uma concentração de indivíduos com mais de 50 anos (62,2% do total), com destaque para moradores na faixa etária dos 50 aos 59 anos (26,7%). A maioria dos pacientes era solteiro (86,9%) e com baixa escolaridade (66,7% de não alfabetizados). Com relação à socialização os dados do Censo indicavam que quanto maior o tempo de institucionalização menor era a ocorrência de visitas recebidas pelos pacientes, bem como de contato com os familiares. O mesmo ocorre na situação em que o paciente sai do hospital para visitar familiares e/ou amigos, quanto mais tempo internado menos vezes os pacientes saem para visitar outras pessoas. Com relação aos diagnósticos a maioria dos pacientes moradores de hospitais psiquiátricos apresentava esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (43,1%), seguido por retardo mental (28%) e transtornos mentais orgânicos (18%).

Melo e colaboradores (2015) investigaram o perfil dos pacientes internados em hospitais psiquiátricos do Estado do Ceará por períodos superiores a um ano, os quais caracterizaram como moradores dos referidos hospitais. Foram identificados 39 pacientes internados por período igual ou superior a um ano nos três hospitais que participaram da pesquisa. A maioria era do sexo masculino (64,1%), solteiro (87,2%) e com idade na faixa dos 40 aos 59 anos (51,2%). Quanto ao tempo de internação 48,7% estavam institucionalizados por um período superior a três anos, e 35,9% por mais de cinco anos. Com relação às relações sociais 74,4% dos moradores não recebiam visitas. A maioria dos pacientes receberam o diagnóstico de esquizofrenia ou psicose não orgânica e não especificada (76,8%).

Peixoto e colaboradores (2016) investigaram características relacionadas às internações psiquiátricas de longa permanência em um hospital de referência para a cidade de Maceió – AL e adjacências. Foram avaliados os prontuários de 51 pacientes que preencheram o critério de internações superiores a 45 dias. A maioria dos pacientes era do sexo masculino (54,9%), tinha entre 31 e 45 anos (49%), de cor de pele parda (74,5%) e solteiro (68,6%). Aproximadamente, 57% dos pacientes eram analfabetos e, entre os alfabetizados, 15,7% tinham apenas o nível fundamental incompleto. Com relação ao diagnóstico a maior frequência foi de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (58,8%), seguido por retardo mental (25,5%). Os autores destacam que 70,6% dos pacientes não apresentavam suporte familiar. Ao comparar o tempo médio de internação (em dias) os pacientes com suporte familiar apresentavam tempos muito menores (161,3 dias) do que os pacientes que não contavam com suporte das suas famílias (2623 dias).

Vasconcelos e Facundes (2018) avaliaram o perfil sociodemográfico e clínico de pacientes em internação de longa permanência de um hospital psiquiátrico no Estado de Pernambuco que se encontrava em processo de fechamento. Foram identificados 49 usuários em internação de longa permanência (um ano ou mais de internação), sendo a maioria do sexo masculino (95,5%), com média de idade de 46,5 anos, analfabetos (34,7%) e solteiros (71,5%). A família foi identificada como suporte social de 42,9% dos pacientes, sendo que 44,9% recebiam visitas de familiares e 24,5% não recebiam visitas. Com relação às saídas da instituição, 38,8% dos pacientes não saíam, sendo que apenas 2% saíam sem acompanhante. A maioria dos pacientes estava internada por período entre 4 e 6 anos, e quase a metade apresentava como hipótese diagnóstica a esquizofrenia (49,4%).

## 2.5 O desafio das reinternações psiquiátricas

Apesar de todos os avanços alcançados, com estudos indicando a redução das taxas de internação psiquiátrica no país (MELLO; FUREGATO, 2007; PEREIRA et al., 2012; ZURITA, 2015; MENDES, 2016; SANTOS et al.; 2017; LIMA; SANTOS; NERY, 2019; SILVA et al., 2021), alguns desafios ainda permanecem, sendo um deles a reinternação psiquiátrica.

Um ponto importante a se considerar no estudo das reinternações psiquiátricas refere-se à díade tempo e número de internações para se considerar uma internação hospitalar como um evento de reinternação. Tanto na literatura nacional quanto na internacional não há um consenso a respeito, com estimativas que podem variar de reinternação em até 7 dias após a alta (VOLPE; BRAGA; SILVA, 2018) até períodos de 5 anos (LIN et al., 2010; WHELLER et al., 2011; GRAÇA et al., 2013; CHEN; COLLINS; KIDD, 2018; GUZMÁN-PARRA et al., 2020).

Verifica-se nas publicações internacionais grande variação em relação aos tempos de acompanhamento e critérios para aferição de reinternação, resultando em percentuais de reinternação variando de 6,1% a 69% (LANGDON et al., 2001; WEBB; YÁGÜEZ; LANGDON, 2007; EVANS et al., 2017; GUZMÁN-PARRA et al., 2020; MORLINO et al., 2011; DI LORENZO et al., 2016; HAN et al., 2020; GOBBICCHI et al., 2021; BOTHA et al., 2010; LIN et al., 2010; MARTÍNEZ-ORTEGA et al., 2011; ZHANG; HARVEY; ANDREW, 2011; WHELLER et al., 2011; GRAÇA et al., 2013; JARAMILLO-GONZALEZ; SANCHEZ-PEDRAZA, HERAZO, 2014, ZHOU et al., 2014; VIGOD et al., 2015; CHEN; COLLINS; KIDD, 2018, DEL FAVERO et al., 2020; TEDESCHI et al., 2020).

A mesma situação se repete ao avaliarmos os estudos brasileiros, nos quais é possível encontrar proporções de reinternação que vão de 5,7% a 62% (PARENTE et al., 2007; ZANARDO et al., 2017; CASTRO; FUREGATO; SANTOS, 2010; BEZERRA; DIMENSTEIN, 2011; LOCH, 2012; BARROS et al., 2016; VOLPE; BRAGA; SILVA, 2018; BAEZA; ROCHA; FLECK, 2018; SANTOS et al., 20210. Alguns estudos indicam que as repetidas internações psiquiátricas são um ônus tanto para os indivíduos e suas famílias quanto para a sociedade e os sistemas de saúde (ZANARDO et al.,

2017, MORLINO et al., 2011, JARAMILLO-GONZALEZ; SANCHEZ-PEDRAZA, HERAZO, 2014, EVANS et al., 2017, GOCCICCHI et al., 2021).

Um ponto estabelecido na literatura é a definição de reinternação precoce como a ocorrência de uma nova internação em até 30 dias após a alta hospitalar. Estudos realizados em diversas partes do mundo relataram percentuais de reinternação precoce variando de 6,26% até 22,5% (DEL FAVERO et al., 2020; CHEN; COLLINS; KIDD, 2018; ORTIZ, 2019; GUZMÁN-PARRA et al., 2020; BARKER et al., 2018; VIGOD et al., 2015; ELHASSAN et al., 2020; VOLPE; BRAGA; SILVA, 2018; HAN et al., 2020; EVANS et al., 2017). Reinternações precoces podem revelar falhas no planejamento da alta hospitalar e do acompanhamento pós-hospitalar (BARKER et al., 2018; ORTIZ, 2019; CHEN; COLLINS; KIDD, 2018; HAN et al., 2020).

Tempos intermediários de reinternação psiquiátrica também foram observados. Vigod e colaboradores (2015) avaliaram a reinternação em 120 dias, sendo verificada proporção de 18,6%. No estudo de Del Favero e colaboradores foram avaliadas as reinternações entre 31 e 180 após a alta hospitalar, com proporção de reinternação de 9,44%.

As publicações internacionais também apresentam particular interesse na investigação da reinternação em 1 ano. Da mesma forma as taxas de reinternação são bastante variadas nos vários locais onde foram realizados os estudos consultados. A menor reinternação em 1 ano foi verificada no estudo de Zhou e colaboradores (2014), de 13,8%, na cidade de Guangzhou, na China. Em Taiwan a proporção de reinternação foi de 22,3% (LIN et al., 2010), em Málaga (Espanha) foi de 23,1% (GUSMÁN-PARRA et al., 2014), em Ontário (Canadá) a proporção foi de 30,5%. O estudo de Han e colaboradores verificou proporção de reinternação em 1 ano de 33,8%, com pacientes de Beijing (China), indicando que pelo menos um terço dos pacientes apresentaram novas internações no período de um ano. Outros estudos relataram proporções ainda mais altas, de 41% na Nova Zelândia (WHELLER et al., 2011), de 43% na Itália (TEDESCHI et al., 2020) e de 46% na Austrália (ZHANG et al., 2011), aproximando-se de metade dos pacientes tendo sido reinternados em até 1 ano. A proporção de reinternação mais alta foi verificado pelo estudo de Jaramillo-Gonzalez e colaboradores (2014), na Colômbia, com 60% dos pacientes sendo reinternados em 1 ano de acompanhamento.

Alguns estudos têm verificado também as proporções de reinternação em 5 anos. Três dos estudos consultados encontraram valores aproximados, de 35,1% no

Canadá (CHEN; COLLINS; KIDD, 2018), 37,8% em Taiwan (LIN et al., 2010) e de 38,2% em Málaga (Espanha) (GUSMÁN-PARRA et al., 2020). O estudo de Wheller e colaboradores (2011) na Nova Zelândia verificou a maior proporção de reinternação em 5 anos, de 61,4%.

### 2.5.1 Um breve exame dos estudos brasileiros sobre reinternação psiquiátrica

Entre os estudos brasileiros é possível encontrar percentuais de reinternação que vão de 5,7% a 62% (PARENTE et al., 2007; CASTRO; FUREGATO; SANTOS, 2010; BEZERRA; DIMENSTEIN, 2011; LOCH, 2012; BARROS et al., 2016; ZANARDO et al., 2017; VOLPE; BRAGA; SILVA, 2018; BAEZA; ROCHA; FLECK, 2018; SANTOS et al., 2021).

Parente e colaboradores (2007) analisaram as internações de pacientes com transtornos mentais em dois hospitais no Estado do Piauí no ano de 2004 com o objetivo de estimar a ocorrência de reinternações frequentes e caracterizar o perfil dos pacientes que reinternaram. Os autores verificaram que dos 280 pacientes internados em 2004 44,3% possuíam somente uma internação, e 55,7% possuíam duas ou mais internações, sendo estes classificados como reinternação frequente. Considerando apenas os pacientes que reinternaram foi verificado que a média de internações por paciente no ano foi de 3,87. A maioria dos pacientes foi do sexo masculino (64,1%), na faixa etária dos 20 aos 49 anos (80,13%) e solteiros (68,59%). Os diagnósticos mais frequentes foram esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes (58,3%) e transtornos mentais decorrentes do uso de substâncias psicoativas (28,8%).

Castro, Furegato e Santos (2010) investigaram as características sociodemográficas e clínicas de pacientes internados em um hospital psiquiátrico regional no período de 2006 a 2007, em Ribeirão Preto – SP, visando identificar fatores associados à reinternação psiquiátrica. Os autores verificaram que 34% de todas as internações ocorridas correspondiam à reinternações. A faixa etária com maior frequência de internações foi entre os 40 e 49 anos (29,7%). Com relação ao estado civil dos pacientes verificou-se que a proporção de solteiros reinternados foi maior entre os homens (66%) do que entre as mulheres (45%). Foi observado que a frequência de pacientes sem internação psiquiátrica prévia ao estudo diminui à

medida em que aumentava a idade, sendo a maior proporção encontrada entre homens. Com relação aos diagnósticos registrados na readmissão, a maior prevalência registrada foi de transtornos esquizofrênicos (27%), em seguida os transtornos afetivos bipolares (23%) e os transtornos mentais devidos ao uso de álcool e drogas (12%).

Cardoso e Galera (2011) avaliaram pacientes com alta recente de hospitalização psiquiátrica em um serviço ambulatorial da cidade de Ribeirão Preto – SP. Foram entrevistados 48 pacientes, sendo a média de idade 39 anos. A maioria era do sexo feminino (62,5%). Os diagnósticos mais frequentes foram esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (33,3%) e transtornos de humor (29,2%). Dentre os pacientes avaliados 37,5% estavam saindo da sua primeira internação, os demais (62,5%) já haviam experimentado de 1 a 13 internações anteriores à mais recente. As autoras relatam que durante a coleta de dados para o estudo 6 pacientes foram novamente internados (12,5%).

Loch (2012) avaliou pacientes diagnosticados com transtorno bipolar e psicótico que receberam alta de um hospital psiquiátrico público na cidade de São Paulo – SP, de maio a agosto de 2009. Os pacientes foram acompanhados por até um ano, por meio de entrevistas por telefone com os familiares em 1 mês, 2 meses, 6 meses e 12 meses após a alta da internação índice. O autor verificou que a frequência de reinternação em um ano foi de 42,6%. O uso de contenção física durante a internação foi associado ao aumento das chances de reinternação (OR 10,5), bem como o não comparecimento às consultas de acompanhamento após a alta (OR 8,5). Um modelo de sobrevivência foi ajustado (tempo até reinternação), sendo verificado que o número de internações prévias foi um fator de risco para a reinternação, bem como a concordância da família com a internação permanente de pessoas com transtornos mentais. Adicionalmente, os pacientes readmitidos foram classificados com maior frequência pelos familiares como perigosos e insalubres. Ao serem perguntados sobre o fator que poderia ter contribuído para evitar a reinternação dos pacientes os familiares indicaram como resposta a opção de que "o paciente deveria ter ficado mais tempo no hospital antes de sair".

Silveira e colaboradoras (2016) entrevistaram pacientes internados na unidade psiquiátrica de um hospital geral da cidade de Porto Alegre, entre abril e junho de 2015, visando avaliar a percepção dos usuários em relação ao apoio comunitário em seus bairros de procedência. As autoras pretendiam comparar pacientes de primeira

internação com pacientes de múltiplas internações, considerando como múltiplas internações pelo menos 5 internações anteriores à internação em que se deu a entrevista. No período de recrutamento para as entrevistas os usuários de múltiplas internações apresentaram pelo menos 15 internações anteriores. Foi verificado que os pacientes em geral relatam sentimentos de pertencimento com relação às suas comunidades, no entanto, pacientes de múltiplas internações tinham vínculos mais frágeis. Para esses pacientes a família apresenta um papel destacado, como lugar de refúgio e segurança. Destaque-se ainda que os pacientes de múltiplas internações relataram vínculos mais frágeis com unidades básicas de saúde, que poderiam ser importantes pontos de apoio para o cuidado extra-hospitalar no âmbito dos transtornos mentais.

Barros e colaboradores (2016) investigaram o impacto do tempo de internação nas taxas de readmissão de pacientes internados em unidades psiquiátricas de Ribeirão Preto – SP. Os autores pretendiam avaliar se o tempo curto de permanência na primeira internação estava associado à maiores taxas de reinternação. No período de acompanhamento do estudo 6261 pacientes foram internados, dos quais 2006 (32%) apresentaram pelo menos uma reinternação nas unidades de internação da área de abrangência da cidade de Ribeirão Preto – SP. Ao avaliar as características sociodemográficas comparando os pacientes que foram readmitidos com os pacientes de internação única não foram encontradas diferenças significativas quanto ao sexo ou ocupação, mas os pacientes mais jovens e os solteiros apresentaram maiores proporções de readmissões. Os autores estimaram um modelo logístico multivariado ajustado pelo tempo de acompanhamento e observaram que o tempo de permanência na primeira internação e o estado civil não apresentaram significância estatística. As características idade, diagnóstico e unidade de internação permaneceram associadas ao desfecho. Pacientes mais jovens tinham maiores chances de serem readmitidos em comparação com pacientes com 60 anos ou mais (até 20 anos - OR 2,02; 20–39 anos - OR 1,95; 40 –59 anos — OR 1,59). Pacientes com diagnóstico de transtornos bipolares (OR 2,39), transtornos psicóticos (OR 2,31), transtornos relacionados ao álcool (OR 1,55) e outros transtornos mentais (OR 2,08) também apresentaram maiores chances de serem readmitidos, comparados com pacientes com distúrbios neuróticos. A primeira internação em hospital geral aumentou a chance (OR 1,62) de reinternação nos anos seguintes, comparada com a internação em unidade de emergência.



Zanardo e colaboradoras (2017) avaliaram as características sociodemográficas e clínicas de pacientes internados em leitos psiquiátricos de um hospital geral na cidade de Porto Alegre – RS. Foram entrevistados 96 pacientes, dos quais a maioria eram mulheres (53,1%), com média de idade de 44,3 anos, média de anos de estudo de 9,3 anos e a maioria não possuía companheiro(a) (77,1%). Dentre os entrevistados 36,5% estavam na primeira internação psiquiátrica, outros 63,5% preencheram o critério para reinternação frequente (duas ou mais em 1 ano). Ao comparar os grupos, pacientes de reinternação frequente versus pacientes de reinternação não-frequente, as autoras verificaram que dentre as características avaliadas apenas o número de pessoas com que os pacientes podiam contar apresentou diferença estatisticamente significativa. Pacientes de reinternação frequente consideravam poder contar em média com 2,03 pessoas, enquanto os demais consideravam em média 3,31 pessoas com as quais poderiam contar. A média de idade dos pacientes em reinternação frequente foi de 45,1 anos, enquanto para os demais que reinternaram foi de 47,1 anos. Pacientes com reinternações frequentes eram em sua maioria homens (54,3% versus 34,6%); e apresentaram menor número de pessoas que tinham parceiros (14,3%) do que os pacientes não frequentes (23%).

Volpe, Braga e Silva (2018) investigaram as internações psiquiátricas ocorridas nos dois hospitais psiquiátricos públicos da cidade de Belo Horizonte – MG, no período de 2005 a 2011. Os autores visaram investigar se o aumento da oferta de dispositivos ambulatoriais reduziria o risco de readmissão. Foram identificadas 19.723 internações, das quais 1.115 (5,7%) foram readmissões precoces (<7 dias), 1.160 (5,9%) foram readmissões de médio prazo (8-30 dias) e 3.178 (18,9%) foram readmissões tardias (31-365 dias após a alta anterior). Pacientes do sexo masculino foram mais prevalentes tanto entre os não readmitidos quanto entre os readmitidos, em qualquer tempo. Com relação à idade, os pacientes readmitidos, nos três tempos, apresentaram média de idade menor que os pacientes não readmitidos (38,3 anos). A idade jovem foi um fator de risco independente para readmissão precoce, médio e tardia. Ser do sexo masculino e residir fora da capital foram fatores de risco para readmissão precoce. O risco de readmissão tardia foi relativamente maior para casos de transtornos devidos ao uso de substâncias (F10-F19) e de transtornos mentais orgânicos (F00-F09). Os diagnósticos de transtornos do humor (F30-F39) e de transtornos neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes (F40-F49) foram, em geral, fatores de proteção para readmissão. Maiores períodos de internação foram

associados a menores riscos de readmissão precoce, mas maiores riscos de readmissão tardia.

Baeza, Rocha e Fleck (2018) investigaram se sintomas na alta hospitalar e o tipo de atendimento após a alta estavam associados à ocorrência de reinternação psiquiátrica até um ano após a alta. Os autores acompanharam pacientes que foram internados na unidade psiquiátrica de um hospital geral na cidade de Porto Alegre – RS. Foram incluídos pacientes internados entre junho de 2011 e dezembro de 2013. O acompanhamento foi realizado por meio de ligações telefônicas. Os pesquisadores verificaram que 29,17% dos pacientes (117) apresentaram reinternação em até um ano após a alta. Ao considerar diagnósticos específicos foi observado que as taxas de reinternação variaram, sendo de 28,6% para pacientes internados com um episódio depressivo, 31,5% para pacientes com episódio maníaco, e 35,8% para pacientes internados por esquizofrenia e transtornos relacionados. O modelo logístico para a reinternação geral indicou que apenas o número de internações anteriores à internação índice apresentou associação estatisticamente significativa. Nesse caso cada admissão anterior representou uma chance 38% maior de ser readmitido (OR 1,38). No modelo logístico para o episódio depressivo foi verificado que o número de internações anteriores (OR 1,35), o escore na Escala de Depressão de Hamilton maior que 8 na alta (OR 2,40) e o seguimento na atenção primária estiveram positivamente relacionados à readmissão (OR 5,27). O modelo logístico para episódio maníaco indicou que cada internação anterior aumentava a chance de ser readmitido em 79% (OR 1,79). Para o episódio de esquizofrenia e transtornos relacionados o modelo logístico verificou que cada internação anterior aumentava a chance de readmissão em 126% (OR 2,26) e cada ponto na Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica na alta aumentava a chance de readmissão em 28% (OR 1,28).

Santos e colaboradores (2021) avaliaram pacientes que tiveram suas primeiras internações psiquiátricas no período entre 1º de janeiro de 2006 e 31 de dezembro de 2007 em uma unidade de internação na cidade de Ribeirão Preto quatro anos após as referidas internações. O objetivo era descrever as necessidades dos pacientes (atendidas e não atendidas) e verificar o papel das características demográficas e clínicas como possíveis preditores dessas necessidades. Foi utilizada a versão brasileira da escala Camberwell de Avaliação de Necessidades (CAN). Uma das características clínicas avaliadas pelos autores foi a ocorrência de readmissão durante o período em questão. Dos 333 pacientes entrevistados no estudo 22,2% tiveram

reinternações no período. A readmissão psiquiátrica não apresentou associação estatisticamente significativa com o desfecho em estudo, necessidades (atendidas + não atendidas) dos pacientes pelo menos quatro anos após sua primeira internação psiquiátrica.

No Quadro 3 são resumidas as estimativas de reinternação identificadas nos estudos brasileiros relatados anteriormente.

**Quadro 3 – Resumo das estimativas de reinternação psiquiátrica verificada em estudos brasileiros selecionados.**

<b>Autoria/Ano</b>	<b>Abrangência</b>	<b>Critério de reinternação</b>	<b>Resultados</b>
PARENTE et al., 2007	Piauí	Duas ou mais em 1 ano	55,7%
CASTRO, FUREGATO, SANTOS, 2010	Ribeirão Preto – SP	Reinternação geral em 2 anos	34%
CARDOSO; GALERA, 2011	Ribeirão Preto – SP	Reinternação geral	62,5%
BEZERRA, DIMENSTEIN, 2011	Natal – RN	Reinternação geral em 1,5 anos	62% das reinternações no período foram reinternações
LOCH, 2012	São Paulo SP	Reinternação geral em 1 ano	42,6% pelo menos uma reinternação em um ano
BARROS et al., 2016	Ribeirão Preto – SP	Reinternação geral Reinternação em 90 dias	32% 45%
ZANARDO et al., 2017	Porto Alegre – RS	Duas ou mais em 1 ano	36,5%
VOLPE; BRAGA; SILVA, 2018	Belo Horizonte – MG	Precoce (<7 dias) Médio prazo (8-30 dias) Tardio (31-365 dias)	5,7% 5,9% 18,9%
BAEZA; ROCHA; FLECK, 2018	Porto Alegre – RS	Reinternação geral 1 ano Episódio depressivo Episódio maníaco Esquizofrenia	29,17% 28,6% 31,5% 35,8%
SANTOS et al., 2021	Ribeirão Preto – SP	Reinternação em 4 anos	22,2% pelo menos uma reinternação no período

Fonte: autoria própria.

### 2.5.2 Reinternação precoce

Dentre os critérios para avaliação de reinternação é possível destacar as publicações que avaliam a ocorrência de reinternação precoce, com muitos estudos utilizando como critério para classificação a reinternação em até 30 dias. A reinternação precoce é um desfecho de grande importância, pois pode indicar problemas relacionados à alta hospitalar e/ou ao seguimento do tratamento extra-hospitalar.

A reinternação precoce é um evento estudado em várias partes do mundo, que indica a importância dessa condição. O estudo de Lin et al. (2010) avaliou pacientes internados em Taiwan e encontrou taxa de reinternação em até 14 dias de 6,1%. Considerando a reinternação precoce em até 30 dias um estudo na Itália verificou taxa de 6,26% (DEL FAVERO et al., 2020), três estudos realizados em Ontário (Canadá) encontraram taxas diferentes de reinternação precoce, de 7,2% (CHEN; COLLINS; KIDD, 2018) e 9,19% (VIGOD et al., 2015) para a população geral, e de 9,1% e 9,3% para homens e mulheres, respectivamente (BARKER et al., 2018). Nos Estados Unidos o estudo de Ortiz (2019) encontrou taxa de reinternação precoce de 8%, em Málaga (Espanha) a taxa foi de 9% (GUZMÁN-PARRA et al., 2020), e no Catar de 10,5% (ELHASSAN et al., 2020). As maiores taxas foram verificadas em estudos realizados na China, com 16,7% de reinternação (HAN et al., 2020) e em Londres (Inglaterra) com 22,5% de reinternação precoce (EVANS et al., 2017).

Com relação aos fatores associados à reinternação precoce destaca-se que a maior parte das publicações relatou maior prevalência de homens entre os pacientes reinternados precocemente (EVANS et al., 2017; CHEN; COLLINS; KIDD, 2018; ORTIZ, 2019; DEL FAVERO et al., 2020; ELHASSAN et al., 2020; HAN et al., 2020; VOLPE; BRAGA; SILVA, 2018), à exceção de um estudo com maior prevalência de mulheres (VIGOD et al., 2015). Apesar disso a maioria dos estudos não indicou diferenças estatisticamente significativas associando o sexo às reinternações precoces, com exceção de uma pesquisa realizada no Canadá que indicou menor chance de reinternação por delirium/demência em 30 dias para mulheres (CHEN; COLLINS; KIDD, 2018).

Com relação à idade dos pacientes alguns estudos identificaram que havia maior risco de reinternação precoce em pacientes mais jovens (BARKER et al., 2018,

CHEN; COLLINS; KIDD, 2018, VIGOD et al., 2015, VOLPE; BRAGA; SILVA, 2018). No que se refere aos diagnósticos dos pacientes na internação alguns estudos indicaram que a esquizofrenia apresentava o maior risco de reinternação precoce (HAN et al., 2020; ORTIZ, 2019). Os transtornos de personalidade apresentavam uma condição ambígua, ora sendo relatados como fator de proteção [Evans2017] e ora como fator de risco (ORTIZ, 2019). Outros dois grupos de transtornos relatados como fatores protetivos para reinternação precoce foram transtornos neuróticos (VOLPE; BRAGA; SILVA, 2018) e transtornos depressivos (ORTIZ, 2019). Os transtornos relacionados ao uso de álcool foram relatados como fator de proteção para reinternação precoce por dois estudos (VIGOD et al., 2015, BARKER et al., 2018), enquanto outra publicação indicou a internação por transtornos pelo uso de álcool e outras substâncias psicoativas como fator de risco para a reinternação precoce (VOLPE; BRAGA; SILVA, 2018).

Alguns estudos avaliaram a associação de reinternação com o tipo de hospital. O estudo de Chen, Collins e Kidd (2018) verificou maiores chances de pacientes internados em hospitais psiquiátricos apresentarem reinternação em 30 dias para transtornos de humor, esquizofrenia e outros transtornos psicóticos, transtornos por uso de substâncias, e por demência. Han et al. (2020) encontraram chances maiores de reinternação em 30 dias em hospitais terciários na China, comparados com hospitais secundários.

A seguir apresenta-se um quadro com um resumo das estimativas de reinternação precoce verificadas pelos estudos apresentados nesta seção.

**Quadro 4 - Resumo das estimativas de reinternação precoce relatada em estudos selecionados.**

<b>Autoria/Ano</b>	<b>Abrangência</b>	<b>Critério de reinternação</b>	<b>Resultados</b>
VOLPE, BRAGA, SILVA, 2018	Belo Horizonte - MG	Precoce (<7 dias) Médio prazo (8-30 dias) Combinado (precoce + médio prazo)*	5,7% 5,9% 11,6%
LIN et al., 2010	Taiwan	Reinternação em 14 dias	6,1%
VIGOD et al., 2015	Ontário, Canadá	Reinternação em 30 dias	9,19%
EVANS et al., 2017	Londres, Inglaterra	Reinternação em 30 dias	22,5%
BARKER et al., 2018	Ontário, Canadá	Reinternação em 30 dias	9,3% para mulheres 9,1% para homens

CHEN, COLLINS, KIDD, 2018	Ontário, Canadá	Reinternação em 30 dias	7,2%
ORTIZ, 2019	Estados Unidos	Reinternação em 30 dias	8,0%
DEL FAVERO et al., 2020	Itália	Reinternação em 30 dias	6,26%
ELHASSAN et al., 2020	Catar	Reinternação em 30 dias	10,5%
GUZMÁN-PARRA et al., 2020	Málaga, Espanha	Reinternação em 30 dias	9,0%
HAN et al., 2020	China	Reinternação em 30 dias	16,7%

Fonte: autoria própria.

\* No artigo os autores apresentam as estimativas separadas, a opção de apresentar os dados combinados de reinternação em 30 dias se deve à possibilidade de melhor comparar com os estudos da literatura internacional.

### 2.5.3 Reinternação frequente: o fenômeno *revolving door*

Dentre as publicações que avaliam as reinternações psiquiátricas muitos pesquisadores destacam a importância de identificar a ocorrência de reinternações frequentes, também chamadas de “*revolving door*”. Pacientes nesta condição apresentam repetidas internações em curtos períodos, e a ocorrência desse fenômeno pode aumentar a vulnerabilidade desses pacientes na medida em que as consecutivas internações enfraquece os vínculos familiares e comunitários, e ainda “cronifica” a condição aguda desses pacientes nos serviços de saúde mental.

Uma questão destacada por alguns autores como de grande importância para o estudo das reinternações frequentes, também chamadas de *revolving door*, refere-se ao critério adotado para essa classificação, que envolve tanto o número de internações repetidas e quanto o tempo entre as internações (ZANARDO et al., 2018).

Dentre os critérios adotados pelos autores é possível verificar:

- duas ou mais internações em um ano (PARENTE et al., 2007; ZANARDO et al., 2017);
- três ou mais internações ao longo da vida (LANGDON et al., 2001; WEBB, YÁGÜEZ, LANGDON, 2007);
- três ou mais internações durante um período de quatro anos de seguimento (EVANS et al., 2017);
- três ou mais durante o período do estudo (9 anos e 10 meses a 17 anos e 10

meses) (GUZMÁN-PARRA et al., 2020);

- três ou mais admissões em um ano (MORLINO et al., 2011; DI LORENZO et al., 2016; HAN et al., 2020; GOBBICCHI et al., 2021).
- combinações específicas: (a) 3 ou mais hospitalizações em 18 meses ou 5 ou mais hospitalizações em 36 meses; (b) 2 ou mais hospitalizações em 12 meses e tratamento com clozapina; ou (c) 2 ou mais hospitalizações em 12 meses e hospitalização de 120 dias ou mais (BOTHA et al., 2010).

Como pode ser notado no parágrafo anterior as taxas de reinternação frequente variam bastante, assim como os critérios utilizados pelos pesquisadores para tal classificação. Dois estudos realizados em Londres identificaram como pacientes *revolving door* aqueles que apresentaram três ou mais internações ao longo da vida, tendo verificado proporções de 51% (LANGDON et al., 2001) e 69% (WEBB; YÁGÜEZ; LANGDON, 2007). O estudo de Di Lorenzo e colaboradores (2016) investigou os pacientes *revolving door* na Itália, tendo como critério três ou mais internações em 1 ano-calendário, com frequência de reinternação de 5,68%.

Três estudos avaliaram a ocorrência de reinternação frequente considerando três ou mais internações em um ano. A menor frequência segundo este critério foi encontrada por Gobbicchi e colaboradores (2021), 6,3%, avaliando pacientes na Itália. No estudo de Han et al. (2020), realizado na China, a reinternação frequente foi de 29,3%, e a proporção mais alta foi relatada por Morlino e colaboradores (2011), 40,5%, em estudo realizado na Itália.

Considerando o critério de três ou mais internações ocorridas em 4 anos de seguimento o estudo de Evans et al. (2017) encontrou frequência de reinternação frequente de 47,8%, em Londres. Em Portugal, foi utilizado o critério de pelo menos três internações no período de 5 de seguimento, sendo relatada a proporção de 10,2% (GRAÇA et al., 2013). Dois estudos realizados em diferentes cidades da Espanha utilizaram critérios baseados no tempo de seguimento. Martinez-Ortega e colaboradores (2011) classificaram como reinternação frequente os pacientes que apresentaram em média uma internação por ano durante o período de oito anos de seguimento, tendo verificado reinternação frequente de 9,8%. Em Málaga os pacientes em reinternação frequente apresentaram três ou mais internações no período de nove anos e dez meses a 17 anos e dez meses, sendo encontrada a frequência de 25,8% (GUZMÁN-PARRA et al., 2020).

Um estudo realizado na África do Sul utilizou uma combinação específica de critérios para definir reinternação frequente de pacientes internados por esquizofrenia ou transtorno esquizoafetivo ((a) 3 ou mais hospitalizações em 18 meses ou 5 ou mais hospitalizações em 36 meses; (b) 2 ou mais hospitalizações em 12 meses e tratamento com clozapina; ou (c) 2 ou mais hospitalizações em 12 meses e hospitalização de 120 dias ou mais). Os autores verificaram que 65,1% dos pacientes apresentaram reinternação frequente (BOTHA et al., 2010).

Com relação aos fatores associados às reinternações frequentes a revisão sistemática publicada por Zanardo e colaboradores (2018) indicou que os principais preditores foram: pacientes mais jovens, solteiros, com menor apoio social e internações involuntárias. Como fator de proteção para reinternação frequente os autores relataram as intervenções na comunidade.

A revisão sistemática publicada por Donisi e colaboradores (2016) indicou que a característica mais fortemente associada à reinternação frequente refere-se ao número de internações anteriores. Os autores indicam que muitas variáveis clínicas e sociodemográficas apresentam resultados contraditórios em relação ao desfecho analisado, atuando tanto como fator de proteção quanto como fator de risco, a depender do estudo.

A maior dos estudos consultados relatou maior prevalência de homens entre os pacientes reinternados frequentemente (HAN et al., 2020; GOBBICCHI et al., 2021; MORLINO et al., 2011; DI LORENZO et al., 2016; GUZMÁN-PARRA et al., 2020; EVANS et al., 2017; LANGDON et al., 2001; PARENTE et al., 2007; WEBB; YÁGÜEZ; LANGDON, 2007; BOTHA et al., 2010), à exceção de alguns estudos com maior prevalência de mulheres (ZANARDO et al., 2017; GRAÇA et al., 2013). No entanto, as duas revisões sistemáticas que avaliaram fatores associados à reinternação psiquiátrica identificaram que essa característica ora se apresenta como fator de risco ora como fator de proteção (DONISI et al., 2016; ZANARDO et al., 2018).

Com relação ao diagnóstico alguns estudos verificaram maior chance de reinternação frequente em pacientes com esquizofrenia ou transtorno esquizoafetivo (LANGDON et al., 2001; MARTÍNEZ-ORTEGA et al., 2011), transtornos de personalidade (MARTÍNEZ-ORTEGA et al., 2011; MORLINO et al., 2011; DI LORENZO et al., 2016; EVANS et al., 2017), transtornos de humor (WEBB, YÁGÜEZ, LANGDON, 2007). Um estudo verificou que condição com maior associação com reinternação frequente foi a ocorrência de comorbidade entre transtorno de humor e



transtornos por uso de substâncias (GOBBICCHI et al., 2021). Um estudo indicou transtornos depressivos e transtornos por uso de substâncias como fatores protetivos para reinternação frequente (GUZMÁN-PARRA et al., 2020).

No Quadro 5 são apresentadas as estimativas de reinternação frequente e os critérios adotados para tal classificação identificados nos estudos relatados anteriormente.

**Quadro 5 - Resumo das estimativas de reinternação frequente (*revolving door*) apresentada em estudos selecionados.**

<b>Autoria/Ano</b>	<b>Abrangência</b>	<b>Critério de reinternação frequente</b>	<b>Resultados</b>
PARENTE et al., 2007	Piauí	duas ou mais em 1 ano	55,7%
ZANARDO et al., 2017	Porto Alegre – RS	duas ou mais em 1 ano	36,5%
LANGDON et al., 2001	Londres, Inglaterra	três ou mais internações durante o seguimento	51%
WEBB, YÁGÜEZ, LANGDON, 2007	Londres, Inglaterra	três ou mais internações durante o seguimento	69%
BOTHA et al., 2010	África do Sul	(a) 3 ou mais hospitalizações em 18 meses ou 5 ou mais hospitalizações em 36 meses; (b) 2 ou mais hospitalizações em 12 meses e tratamento com clozapina; ou (c) 2 ou mais hospitalizações em 12 meses e hospitalização de 120 dias ou mais (BOTHA et al., 2010)	65,1%
MORLINO et al., 2011	Itália	três ou mais internações nos últimos 12 meses	40,5%
MARTÍNEZ-ORTEGA et al., 2011	Granada, Espanha	uma ou mais vezes por ano	9,8%
GRAÇA et al., 2013	Portugal	pacientes que tiveram uma média de uma ou mais internações por ano durante o seguimento de oito anos	10,2%
DI LORENZO et al., 2016	Itália	pacientes que tiveram três ou mais “hospitalizações de porta giratória” em um ano civil	5,68%

EVANS et al., 2017	Londres	três ou mais internações durante o seguimento	47,8%
GUZMÁN-PARRA et al., 2020	Málaga, Espanha	três ou mais internações durante o seguimento	25,8%
HAN et al., 2020	China	pacientes que tiveram três ou mais reinternações psiquiátricas dentro de 365 dias após as internações iniciais	29,3%

Fonte: autoria própria.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Investigar os fatores individuais e do sistema de saúde associados às internações e reinternações hospitalares de pacientes com transtornos mentais e comportamentais no Sistema Único de Saúde no período de 2000 a 2014.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- 1) Caracterizar o perfil dos pacientes que foram internados por transtornos mentais e comportamentais pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil entre 2000 e 2014;
- 2) Verificar se aspectos da nova política de saúde mental, especificamente a redução de leitos psiquiátricos e o aumento de Centros de Atenção Psicossocial, influenciaram a taxa de pacientes internados no período de 2000 a 2014;
- 3) Caracterizar o perfil dos pacientes que foram reinternados por transtornos mentais e comportamentais pelo Sistema Único de Saúde no Brasil, no período de 2001 a 2014, considerando: reinternação precoce (30 dias) e reinternação frequente ( $\geq 3$  internações em um ano);
- 4) Analisar os fatores sociodemográficos, clínicos e de organização do sistema de saúde associados aos desfechos reinternação precoce (30 dias) e reinternação frequente ( $\geq 3$  internações em um ano);

## 4 MÉTODOS

Para a realização do conjunto de trabalhos que compõem esta tese foi necessária a elaboração da base de dados a ser utilizada para as análises. Os dados secundários foram selecionados na Base Nacional de Saúde. Trata-se de um banco de dados centrado no indivíduo, construído por meio de técnicas de pareamento determinístico-probabilístico de registros (*record linkage*), integrando os dados dos principais sistemas de informação do Sistema Único de Saúde: Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), Sistema de Informação Hospitalar (SIH), Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) de 2000 a 2015 (GUERRA JUNIOR et al., 2018).

Foram selecionados para este estudo todos os pacientes que tiveram registro no SIH cujo diagnóstico primário referia-se a um código do Capítulo V na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10ª Revisão – CID 10 (Transtornos mentais e comportamentais (F00-F99)).

No processo de pareamento foi atribuído a cada paciente um código identificador (*id*). Este código identifica o mesmo paciente nas diferentes bases de dados, e torna possível reconstruir a trajetória assistencial do usuário nos diversos serviços de saúde utilizados. A partir do *id* dos pacientes na Base Nacional de Saúde verificou-se a ocorrência de óbito do paciente no SIM, extraindo-se as informações: data do óbito e causa básica.

Foi adotado como critério de inclusão a data da internação, sendo incluídos os pacientes com Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) com data de internação entre 01/01/2000 e 31/12/2014. Como critério de exclusão foram retirados todos os registros de pacientes com idade inferior a 18 anos na data de internação.

As variáveis “tipo de hospital” e “natureza jurídica” não estavam disponíveis na Base Nacional de Saúde. As mesmas foram obtidas no sítio eletrônico do Datasus, por meio de *download* dos arquivos referentes ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). No referido cadastro cada estabelecimento de saúde recebe um código numérico único de sete dígitos, conhecido como CNES do estabelecimento. O código CNES identifica os estabelecimentos de saúde nos diversos sistemas de informação disponíveis no Datasus (SIA, SIH, SIM, SINAN etc.).

As informações referentes ao tipo de hospital e à natureza jurídica foram posteriormente inseridas na base de dados deste estudo por meio do pareamento do código CNES do estabelecimento e/ou CNPJ<sup>1</sup> do estabelecimento e/ou CNPJ da mantenedora do estabelecimento. O CNES registra os dados dos estabelecimentos de saúde desde agosto de 2005. Dessa forma, os hospitais cujas internações ocorreram somente em período anterior a essa data não puderam ter a sua classificação recuperada.

Para *download* e tratamento dos dados direto do repositório de dados do Datasus foram utilizados os procedimentos implementados pelo pacote *microdatasus*, desenvolvido por Saldanha, Bastos e Barcellos (2019) para utilização no *software R*.

As internações psiquiátricas são marcadas por longos períodos de duração, sendo indicado que as AIHs consecutivas mantenham o número da AIH inicial, mas muitas vezes são gerados novos registros, prática que acaba por mascarar a longa duração da internação psiquiátrica. Para amenizar esse efeito, conforme aplicado anteriormente por outros autores (LARA; VOLPE, 2019), verificaram-se as AIHs de cada paciente, considerando-se como uma única internação quando a AIH subsequente tivesse ocorrido no mesmo hospital da AIH anterior e: a) a data de entrada da AIH subsequente era igual à data de saída da AIH anterior ou; b) a data de entrada da AIH subsequente apresentava um dia de diferença da data de saída da AIH anterior ou; c) a data de internação da AIH subsequente estava contida no período de internação da AIH anterior.

Toda a manipulação e preparo do banco de dados para análise foi realizada por meio do *software DBever* (gerenciador de banco de dados), e as análises estatísticas foram realizadas utilizando o *software R Project for Statistical Computing* e seus pacotes.

Este estudo é parte do projeto “Avaliação epidemiológica, econômica e de trajetórias assistenciais de procedimentos de alto custo no SUS: utilização de base de dados centrada no paciente a partir da integração de registros dos sistemas de informação em saúde”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – (CAAE 44121315.2.0000.5149).

---

<sup>1</sup> CNPJ: Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica

#### **4.1 Internações psiquiátricas pelo Sistema Único de Saúde no Brasil ocorridas entre 2000 e 2014 (Artigo 1)**

O estudo utilizou uma coorte prospectiva não concorrente de dados secundários de pacientes selecionados na Base Nacional de Saúde. Trata-se de um banco de dados centrado no indivíduo, construído por meio de técnicas de pareamento determinístico-probabilístico de registros (record linkage) integrando os dados dos principais sistemas de informação do Sistema Único de Saúde: Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), Sistema de Informação Hospitalar (SIH) e Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) de 2000 a 2015 (GUERRA JUNIOR et al., 2018).

Como critérios de inclusão, foram selecionados todos os pacientes que tiveram registro no SIH cujo diagnóstico primário referia-se a um código do Capítulo V na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10ª Revisão – CID 10 Transtornos mentais e comportamentais (F00-F99), e cuja data de internação estivesse entre 01/01/2000 e 31/12/2014. Foram retirados os registros de pacientes com idade inferior a 18 anos na data da internação.

Para a descrição do perfil dos pacientes foram selecionadas as seguintes variáveis:

- sexo (feminino, masculino);
- idade (em anos);
- faixa etária (18 a 29, 30 a 39, 40 a 49, 50 a 59, 60 ou mais);
- região de residência (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste);
- número de internações;
- tempo total de internação (em dias);
- ano da primeira internação;
- causa de internação (F00-F09 Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos; F10-F19 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa; F20-F29 Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes; F30-F39 Transtornos do humor [afetivos]; F40-F99 Demais transtornos mentais);
- ocorrência de óbito no período (sim, não);
- ocorrência de óbito durante a internação (sim, não);

- número de internações por paciente (uma, duas, três, quatro ou mais);
- tipo de hospital na primeira internação (especializado, geral, outros);
- natureza jurídica do hospital na primeira internação (público, privado, privado sem fins lucrativos).

As internações psiquiátricas são marcadas por longos períodos de duração, sendo indicado que as AIHs consecutivas mantenham o número da AIH inicial, mas muitas vezes são gerados novos registros, prática que acaba por mascarar a longa duração da internação psiquiátrica. Para amenizar esse efeito, conforme aplicado anteriormente por outros autores (LARA; VOLPE, 2019), verificaram-se as AIHs de cada paciente, considerando-se como uma única internação quando a AIH subsequente tivesse ocorrido no mesmo hospital da AIH anterior e: a) a data de entrada da AIH subsequente era igual à data de saída da AIH anterior ou; b) a data de entrada da AIH subsequente apresentava um dia de diferença da data de saída da AIH anterior ou; c) a data de internação da AIH subsequente estava contida no período de internação da AIH anterior.

Para a análise descritiva das variáveis contínuas foi utilizada a mediana e o intervalo interquartil (IIQ), visto que a distribuição dos dados não foi simétrica. Os dados categóricos foram relatados como frequência e porcentagem.

Foram construídas séries temporais elencando os pacientes que foram internados em cada um dos anos do estudo (2000 a 2014), além disso, foram consideradas para o cálculo das taxas de pacientes internados a primeira internação do paciente que ocorreu em cada ano, não se considerando as possíveis reinternações. As internações que ultrapassavam o ano-calendário foram computadas no ano em que se iniciaram. As taxas de pacientes internados para cada ano foram calculadas considerando a seguinte equação:

$$\frac{\text{número de pacientes internados no período}}{\text{população total no período}} \times 100.000$$

Para os anos de 2000 e 2010 tomou-se como referência a população do Censo (IBGE, 2011), e para os anos intercensitários foram consideradas as projeções populacionais realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2013). As taxas de pacientes internados por ano foram padronizadas pelo método

direto por sexo e idade, tendo como padrão a população brasileira de acordo com o censo de 2010 (IBGE, 2011).

Além da taxa geral de pacientes internados foram calculadas as taxas específicas por:

- causa de internação (F00-F09 Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos; F10-F19 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa; F20-F29 Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes; F30-F39 Transtornos do humor [afetivos]; F40-F99 Demais transtornos mentais);
- tipo de hospital (especializado, geral e outros);
- natureza jurídica do hospital (público, privado, privado sem fins lucrativos);
- número de internações de cada paciente por ano (uma, duas, três, quatro ou mais).

Foi utilizada a regressão em séries temporais para verificar se a variação identificada ao longo do período estava associada ao tempo. Neste modelo de regressão, a variável resposta é a própria série temporal e o tempo é a variável explicativa do modelo, de modo que a equação da regressão explica a variação da taxa de pacientes internados em função do tempo (ANTUNES; CARDOSO, 2015). Cada uma das taxas de pacientes internados padronizada foi testada individualmente com a variável indicando o tempo em anos. Foram considerados estatisticamente significativos os modelos com  $p$ -valor  $< 0,05$ . O teste de Durbin-Watson foi utilizado para verificar a ocorrência de autocorrelação. As taxas de pacientes internados que apresentaram variação significativa foram selecionadas para a etapa seguinte de modelagem.

Considerando que, durante o período em estudo algumas estratégias, foram implementadas no âmbito da PNSM, foi verificado se duas dessas ações apresentavam associação com a alteração nas taxas de pacientes internados. As referidas estratégias analisadas foram a redução dos leitos psiquiátricos e a expansão dos CAPS. Foram consideradas, para essa análise, o número total de leitos disponível por ano e o número total de CAPS por ano (desconsiderando os CAPS i, voltados para atendimento de crianças e adolescentes, não incluídos neste estudo).



Todos os valores referentes às variáveis citadas acima foram consultados nos relatórios oficiais publicados pelo Ministério da Saúde, nomeados de “Saúde Mental em Dados” (BRASIL, 2011; BRASIL, 2015).

Para testar a associação entre as taxas de pacientes internados e as variáveis explicativas número de leitos e número de CAPS por ano, foi utilizado o modelo de mínimos quadrados generalizados (MQG) com processo autorregressivo de primeira ordem. Como as variáveis explicativas também se configuram como séries temporais, foi necessário utilizar um modelo de regressão capaz de incorporar a autocorrelação à estrutura de covariância dos erros. Para cada taxa de pacientes internados foram avaliados 2 modelos de regressão, um considerando os leitos por ano e outro com os CAPS por ano. Essas duas variáveis são altamente correlacionadas, tornando inviável qualquer modelo de regressão com ambas incluídas. A qualidade do ajuste dos modelos foi verificada pela análise gráfica dos resíduos.

Todas as análises estatísticas foram conduzidas no ambiente para programação estatística *R Project for Statistical Computing* (versão 3.6.1).

## **4.2 Readmissões psiquiátricas precoces e frequentes em uma coorte brasileira de pacientes internados entre 2001 e 2013 (Artigo 2)**

### Desenho do estudo

Foi utilizada uma coorte retrospectiva de dados secundários de pacientes selecionados na Base Nacional de Saúde. Trata-se de um banco de dados centrado no indivíduo, construído por meio de técnicas de pareamento determinístico-probabilístico de registros (*record linkage*) integrando os dados dos principais sistemas de informação do Sistema Único de Saúde: Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), Sistema de Informação Hospitalar (SIH) e Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) de 2000 a 2015 (GUERRA JUNIOR et al., 2018).

### Contexto

A Base Nacional de Saúde nos permite verificar dados de internações ocorridas de 01/01/2000 a 31/05/2015. No entanto, com os dados administrativos não é possível

inferir se houve internações anteriores à data inicial dos registros, o que nos remete à possibilidade de que internações psiquiátricas ocorridas no ano 2000 poderiam ser consideradas como eventos de reinternação de admissões anteriores, ocorridas no ano de 1999. Sendo assim, a data inicial de entrada na coorte foi definida em 01/01/2001, que garantiu um período de *lookback* de um ano e nos permitiu classificar as internações ocorridas a partir da entrada como nova internação ou como reinternação.

A entrada na coorte foi finalizada em 31/12/2013, e o tempo de acompanhamento se estendeu até 31/12/2014. O período de acompanhamento de um ano posterior ao encerramento da entrada na coorte se justifica pela possibilidade de aferir novas internações que poderiam se enquadrar nos desfechos de interesse do estudo. A opção por encerrar o acompanhamento em 2014 se deveu ao fato de não termos disponíveis os dados completos para o ano de 2015.

## Participantes

Foram incluídos todos os pacientes que tiveram registro no SIH cujo diagnóstico primário referia-se a um código do Capítulo V na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10ª Revisão – CID 10 Transtornos mentais e comportamentais (F00-F99), e cuja data da primeira internação estivesse entre 01/01/2001 e 31/12/2013. Como critérios de exclusão foram retirados os registros de pacientes com idade inferior a 18 anos na data da internação, e que foram internados em unidades de saúde não classificadas como hospital geral ou hospital especializado na primeira internação.

## Desfechos

Neste estudo foram avaliados três desfechos: reinternação, reinternação precoce e reinternação frequente. Em todos os desfechos foram consideradas apenas as internações por transtornos mentais e/ou comportamentais (F00-F99). Todos os desfechos foram categorizados de forma dicotômica em “readmitidos” e “não readmitidos”.

O desfecho reinternação foi avaliado para todo o conjunto de pacientes tanto na análise descritiva como no modelo de regressão. Foram consideradas todas as

internações ocorridas em qualquer tempo após a alta da primeira internação psiquiátrica, que constituiu a linha de base do acompanhamento.

A reinternação precoce foi avaliada apenas para o conjunto de pacientes que apresentaram reinternação. Verificou-se a ocorrência de novas internações em até 30 dias após a alta de qualquer internação.

Na reinternação frequente também foram avaliados somente os pacientes que foram readmitidos, e considerou-se a ocorrência do desfecho quando houve duas ou mais reinternações em até 365 dias após a alta de qualquer internação (MORLINO et al., 2011; HAN et al., 2020; GOBBICCHI et al., 2021).

#### Variáveis explicativas

As variáveis sociodemográficas selecionadas foram:

- sexo (feminino, masculino);
- idade (em anos);
- faixa etária (18-29, 30-39, 40-49, 50 anos ou mais);
- região de residência (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul, Centro-Oeste);
- ano da primeira internação.

O diagnóstico na internação foi caracterizado pelo diagnóstico primário em sete grupos:

- transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool (F10);
- transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas (F11-F19);
- transtornos psicóticos (F20-F29);
- transtornos depressivos (F32-F33.9; F34.1);
- transtornos bipolares (F30-F31.9; F34.0);
- transtornos neuróticos (F40-F49);
- outros transtornos mentais (F00-F09; F34.8; F34.9; F38-F39; F50-F99).

Foram verificados também o tempo de permanência em dias (somatório dos dias internados de cada paciente), tempo de permanência na primeira internação (em

dias), tempo médio de permanência por internação de cada paciente (em dias), tempo de seguimento (em dias).

Com relação às características dos estabelecimentos onde ocorreram as internações foram verificados: tipo de estabelecimento (hospital especializado, hospital geral) e natureza jurídica do estabelecimento (público, privado, privado sem fins lucrativos)

### Análises estatísticas

Para a análise descritiva das variáveis contínuas foi utilizada a mediana e o intervalo interquartil (IIQ), visto que a distribuição dos dados não foi simétrica. Os dados categóricos foram relatados como frequência e porcentagem. Para comparar os grupos (readmitidos vs. não readmitidos) em relação às variáveis explicativas selecionadas foram utilizados os testes qui-quadrado para as variáveis categóricas e o teste U de Mann Whitney para as quantitativas, e diferenças foram consideradas estatisticamente significativas se valor-p < 0,05.

A associação das variáveis explicativas com os três desfechos do estudo foi avaliada por meio de modelos de regressão de Poisson com estimador de variância robusta, sendo estimadas as razões de taxas de incidência (IRR) e os respectivos intervalos de confiança de 95%. Foram testadas as variáveis: sexo, idade (em faixas), região de residência, motivo de internação, tipo de hospital, natureza jurídica e ocorrência de reinternação precoce. Em todos os modelos de regressão o logaritmo do tempo de acompanhamento foi incluído como termo de *offset*, como forma de controlar os diferentes tempos de acompanhamento. O ano da internação foi incluído como variável de ajuste em todos os modelos, em razão de possível tendência temporal relacionada às mudanças verificadas na política hospitalar no período em estudo (ROCHA et al., 2021). Foram estimados modelos univariados para cada uma das variáveis explicativas selecionadas e posteriormente modelos multivariados com todas as variáveis para cada um dos desfechos em estudo.

No modelo com o desfecho reinternação todas as variáveis explicativas foram consideradas estatisticamente significantes a 5% e foram elegíveis para inclusão no modelo multivariado. As variáveis foram incluídas em um único bloco no modelo multivariado e todas permaneceram por terem apresentado valor-p < 0,05.

Para o desfecho reinternação precoce (em 30 dias) todas as variáveis explicativas foram significativas nos modelos univariados, no entanto, no modelo multivariado, a variável natureza jurídica do estabelecimento não foi significativa ao nível de 5% e foi retirada do modelo.

Na modelagem com o desfecho reinternação frequente ( $\geq 3$  em 365 dias) todas as variáveis explicativas foram significativas nos modelos univariados, sendo mantidas no modelo multivariado por terem apresentado valor- $p < 0,05$ .

A ocorrência de multicolinearidade nos modelos multivariados foi testada por meio dos fatores de inflação da variância, não sendo detectada nenhuma evidência de multicolinearidade. Todas as análises estatísticas foram conduzidas no ambiente para programação estatística *R Project for Statistical Computing* (versão 3.6.1).

## 5 RESULTADOS

Os resultados do presente estudo, bem como a discussão serão apresentados a seguir na forma de dois artigos científicos.

O primeiro artigo, intitulado “Internações psiquiátricas pelo Sistema Único de Saúde no Brasil ocorridas entre 2000 e 2014”, foi submetido ao periódico Revista de Saúde Pública e publicado em 2021.

O segundo artigo, intitulado “Readmissões psiquiátricas precoces e frequentes em uma coorte brasileira de pacientes internados entre 2001 e 2013” (Early and frequent psychiatric readmissions in a Brazilian cohort of hospitalized patients between 2001 and 2013), será submetido ao periódico *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*.

## 5.1 Artigo 1: Internações psiquiátricas pelo Sistema Único de Saúde no Brasil ocorridas entre 2000 e 2014

Rocha HA, Reis IA, Santos MAC, Melo APS, Cherchiglia ML. Internações psiquiátricas pelo Sistema Único de Saúde no Brasil ocorridas entre 2000 e 2014. Rev Saude Publica. 2021; 55:14. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055002155>.

### RESUMO

**OBJETIVO:** Caracterizar o perfil dos pacientes que foram internados por transtornos mentais e comportamentais pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil entre 2000 e 2014, bem como verificar como aspectos da nova política de saúde mental influenciaram a taxa de pacientes internados no referido período.

**MÉTODOS:** Estudo de coorte prospectiva não concorrente utilizando dados secundários de pacientes internados com diagnóstico primário de transtornos mentais e comportamentais entre 01/01/2000 e 31/12/2014. Foram selecionadas variáveis sociodemográficas, clínicas e de características do hospital, além disso, foram calculadas as taxas gerais de pacientes internados segundo motivo de internação, tipo de hospital, natureza jurídica e número de internações de cada paciente por ano. Foi testada a associação entre taxas de pacientes internados, número de leitos psiquiátricos por ano e número de Centros de Atenção Psicossocial por ano.

**RESULTADOS:** Foram selecionados 1.549.298 pacientes dos quais os diagnósticos mais frequentes na primeira internação foram os transtornos devidos ao uso de substâncias psicoativas, seguidos por esquizofrenia e transtornos de humor. A mediana de internações por paciente foi de 1,9 e a de tempo de internação por paciente foi de 29 dias. A taxa geral de pacientes internados foi reduzida à quase metade no período. O número de leitos por ano apresentou associação positiva com as taxas de pacientes internados, e o número de CAPS por ano teve associação negativa com algumas taxas de pacientes internados.

**CONCLUSÃO:** Verificou-se que, mesmo diante de um contexto de adversidades, a Política Nacional de Saúde Mental avançou em suas metas de reduzir progressivamente os leitos hospitalares e aumentar a oferta de serviços substitutivos de tal modo que ambas as estratégias foram associadas à redução das taxas de pacientes internados. Contudo, as mudanças foram percebidas com maior intensidade

nos primeiros anos de implantação da política, tornando-se menos pujante nos últimos anos.

**DESCRITORES:** Transtornos Mentais. Hospital Dia. Hospitalização. Sistema Único de Saúde. Saúde Mental. Políticas Públicas de Saúde.

## INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) passou, nos últimos anos, por significativas transições. A publicação da Lei 10.216, de 6 de abril de 2001, definiu o marco legal para a garantia dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, criando condições para que estas pudessem ser tratadas, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental. A partir do momento em que a lei passou a ser vigente, a internação, em qualquer de suas modalidades, só seria indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrassem insuficientes e, para tanto, foi necessário investir na criação de serviços extra-hospitalares capazes de acolher a demanda e fornecer o devido tratamento<sup>a</sup>.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços comunitários de saúde mental que atuam segundo a lógica de territórios. Entendidos como dispositivos estratégicos da política, são estruturas que atendem, prioritariamente, pessoas portadoras de transtornos mentais graves ou persistentes, bem como indivíduos com transtornos causados pelo uso de álcool e outras drogas. Estabelecidos em 2002, foram definidos conforme o porte populacional e o público-alvo (CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS álcool e drogas (AD) e Infanto-juvenil (CAPS i))<sup>b</sup>. Após um período de grande expansão na implantação de novos serviços, verificou-se, nos últimos anos, desaceleração no processo. No período de 2002 a 2007 houve um crescimento médio anual de 25,9% de novos CAPS, já no período seguinte, de 2008 a 2014, o aumento médio anual foi de 9,8%<sup>c</sup>.

Simultaneamente à estruturação de novos dispositivos, ocorreu a redução progressiva de leitos hospitalares, a qual se deu de forma heterogênea nas diferentes regiões do país<sup>1</sup>. É importante citar o papel do Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria)<sup>d</sup> e do Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (PRH)<sup>e</sup> na reorganização da oferta de leitos hospitalares. Além disso, o lento avanço na



implementação de serviços de funcionamento em tempo integral (CAPS III e CAPS AD III)<sup>c</sup>, capazes de garantir retaguarda aos episódios de crises, dificultou a redução das internações hospitalares<sup>1-3</sup>.

Estudos anteriores empreenderam o desafio de verificar alterações nas taxas de internação utilizando os dados disponibilizados pelo Datasus com abrangência municipal ou estadual<sup>4-13</sup>. Uma limitação imposta a estes estudos é a não identificação dos pacientes nos dados disponíveis, inviabilizando que indiquem o percurso de internações e análises individualizadas por paciente. Além disso, cabe destacar a importância de se investigar o papel das estratégias implementadas no âmbito da PNSM na redução das internações psiquiátricas.

Tendo em vista as considerações anteriores, apresentam-se como questões norteadoras do estudo: qual é o perfil dos pacientes internados por transtornos mentais e qual a influência das estratégias implementadas no comportamento das taxas de pacientes internados?

Nesse sentido, este estudo visa caracterizar o perfil dos pacientes que foram internados por transtornos mentais e/ou comportamentais pelo Sistema Único de Saúde no Brasil no período de 2000 a 2014, bem como verificar como aspectos da PNSM influenciaram a taxa de pacientes internados no referido período. Serão utilizados dados integrados por meio de relacionamento determinístico-probabilístico, no qual foi possível individualizar as internações de cada paciente

## **MÉTODOS**

O estudo utilizou uma coorte prospectiva não concorrente de dados secundários de pacientes selecionados na Base Nacional de Saúde. Trata-se de um banco de dados centrado no indivíduo, construído por meio de técnicas de pareamento determinístico-probabilístico de registros (record linkage) integrando os dados dos principais sistemas de informação do Sistema Único de Saúde: Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), Sistema de Informação Hospitalar (SIH) e Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) de 2000 a 2015<sup>14</sup>.

Como critérios de inclusão, foram selecionados todos os pacientes que tiveram registro no SIH cujo diagnóstico primário referia-se a um código do Capítulo V na

Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10ª Revisão – CID 10 Transtornos mentais e comportamentais (F00-F99), e cuja data de internação estivesse entre 01/01/2000 e 31/12/2014. Foram retirados os registros de pacientes com idade inferior a 18 anos na data da internação.

Para a descrição do perfil dos pacientes e das internações, foram selecionadas variáveis: I – sociodemográficas: sexo (feminino, masculino), idade (em anos) e região de residência (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul, Centro-Oeste); II – clínicas: motivo de internação (diagnóstico primário), ocorrência de óbito no período (não, sim), ocorrência de óbito durante a internação psiquiátrica (não, sim), tempo de permanência em dias (somatório dos dias internados de cada paciente) e número de internações por paciente, III – características do estabelecimento: tipo de estabelecimento (hospital especializado, hospital geral, outros) e natureza jurídica do estabelecimento (público, privado, privado sem fins lucrativos).

As internações psiquiátricas são marcadas por longos períodos de duração, sendo indicado que as AIHs consecutivas mantenham o número da AIH inicial, mas muitas vezes são gerados novos registros, prática que acaba por mascarar a longa duração da internação psiquiátrica. Para amenizar esse efeito, conforme aplicado anteriormente por outros autores<sup>12</sup>, verificaram-se as AIHs de cada paciente, considerando-se como uma única internação quando a AIH subsequente tivesse ocorrido no mesmo hospital da AIH anterior e: a) a data de entrada da AIH subsequente era igual à data de saída da AIH anterior ou; b) a data de entrada da AIH subsequente apresentava um dia de diferença da data de saída da AIH anterior ou; c) a data de internação da AIH subsequente estava contida no período de internação da AIH anterior.

Para a análise descritiva das variáveis contínuas foi utilizada a mediana e o intervalo interquartil (IIQ), visto que a distribuição dos dados não foi simétrica. Os dados categóricos foram relatados como frequência e porcentagem.

Foram construídas séries temporais elencando os pacientes que foram internados em cada um dos anos do estudo (2000 a 2014), além disso, foram consideradas para o cálculo das taxas de pacientes internados a primeira internação do paciente que ocorreu em cada ano, não se considerando as possíveis reinternações. As internações que ultrapassavam o ano-calendário foram computadas no ano em que se iniciaram. As taxas de pacientes internados para cada ano foram calculadas considerando a seguinte equação:

$$\frac{\text{número de pacientes internados no ano}}{\text{população total no ano } (\geq 18 \text{ anos})} \times 100.000 \text{ habitantes}$$

Para os anos de 2000 e 2010, tomou-se como referência a população do censo<sup>15</sup> e, para os demais, foram consideradas as projeções populacionais realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística<sup>16</sup>. As taxas de pacientes internados por ano foram padronizadas pelo método direto por sexo e idade, tendo como padrão a população brasileira de acordo com o censo de 2010<sup>15</sup>. Além da taxa geral de pacientes internados, foram calculadas as taxas específicas por: motivo da internação, tipo de hospital, natureza jurídica do hospital e número de internações de cada paciente por ano.

Foi utilizada a regressão em séries temporais para verificar se a variação identificada ao longo do período estava associada ao tempo. Neste modelo de regressão, a variável resposta é a própria série temporal e o tempo é a variável explicativa do modelo, de modo que a equação da regressão explica a variação da taxa de pacientes internados em função do tempo<sup>17</sup>. Cada uma das taxas de pacientes internados padronizada foi testada individualmente com a variável indicando o tempo em anos. Foram considerados estatisticamente significativos os modelos com p-valor < 0,05. O teste de Durbin-Watson foi utilizado para verificar a ocorrência de autocorrelação. As taxas de pacientes internados que apresentaram variação significativa foram selecionadas para a etapa seguinte de modelagem.

Considerando que, durante o período em estudo algumas estratégias, foram implementadas no âmbito da PNSM, foi verificado se duas dessas ações apresentavam associação com a alteração nas taxas de pacientes internados. As referidas estratégias analisadas foram a redução dos leitos psiquiátricos e a expansão dos CAPS. Foram consideradas, para essa análise, o número total de leitos disponível por ano e o número total de CAPS por ano (desconsiderando os CAPS i, voltados para atendimento de crianças e adolescentes, não incluídos neste estudo). Todos os valores referentes às variáveis CAPS e número total de leitos disponíveis por ano acima foram consultados nos relatórios oficiais publicados pelo Ministério da Saúde<sup>c,f</sup>.

Para testar a associação entre as taxas de pacientes internados e as variáveis explicativas número de leitos e número de CAPS por ano, foi utilizado o modelo de

mínimos quadrados generalizados (MQG) com processo autorregressivo de primeira ordem. Como as variáveis explicativas também se configuram como séries temporais, foi necessário utilizar um modelo de regressão capaz de incorporar a autocorrelação à estrutura de covariância dos erros. Para cada taxa de pacientes internados foram avaliados 2 modelos de regressão, um considerando os leitos por ano e outro com os CAPS por ano. Essas duas variáveis são altamente correlacionadas, tornando inviável qualquer modelo de regressão com ambas incluídas. A qualidade do ajuste dos modelos foi verificada pela análise gráfica dos resíduos e as análises estatísticas foram conduzidas no ambiente para programação estatística *R Project for Statistical Computing* (versão 3.6.1).

Este estudo é parte do projeto “Avaliação epidemiológica, econômica e de trajetórias assistenciais de procedimentos de alto custo no SUS: utilização de base de dados centrada no paciente a partir da integração de registros dos sistemas de informação em saúde”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – (CAAE 44121315.2.0000.5149).

## **RESULTADOS**

Foram selecionados 1.549.298 pacientes, sendo a maioria do sexo masculino. A região do país com maior número de pacientes internados foi a Sudeste, e a região com menor número foi a Norte. Os grupos de causas de internação mais frequentes foram os transtornos devidos ao uso de substâncias psicoativas, seguidos por esquizofrenia e transtornos de humor. A ocorrência de óbito foi verificada para 12,2% dos pacientes, sendo que destes, 7,7% faleceram durante uma internação hospitalar psiquiátrica (Tabela 1).

A maioria dos pacientes teve uma única internação ao longo do período. As internações foram mais frequentes em hospital especializado e, em relação à natureza jurídica, a maior proporção de internações ocorreu em hospitais privados sem fins lucrativos.

**Tabela 1. Características dos pacientes internados por transtornos mentais e/ou comportamentais pelo SUS e dos hospitais, Brasil, 2000-2014.**

Pacientes	n	(%)
	1.549.298	(100)
<b>Sexo</b>		
Feminino	550.464	35,5
Masculino	998.834	64,5
<b>Região</b>		
Norte	33.651	2,2
Nordeste	303.886	19,6
Sudeste	673.688	43,5
Sul	403.229	26,0
Centro-Oeste	134.844	8,7
<b>Causa de Internação por Grupo CID-10</b>		
F10-F19 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa	609.822	39,4
F20-F29 Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes	532.083	34,3
F30-F39 Transtornos do humor [afetivos]	238.164	15,4
F00-F09 Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos	88.569	5,7
F40-F99 Demais transtornos mentais	80.660	5,2
<b>Óbito</b>		
Não	1.35.528	87,8
Sim	189.770	12,2
<b>Óbito durante internação psiquiátrica (n = 189.770)</b>		
Não	175.207	92,3
Sim	14.563	7,7
<b>Número de internações por paciente</b>		
Uma	1.043.048	67,3
Duas	240.210	15,5
Três	162.212	10,5
Quatro ou mais	103.828	6,7
<b>Tipo de hospital</b>		
Especializado	1.020.276	65,9
Geral	461.943	29,8
Outros	35.197	2,2
N.A.*	31.882	2,1
<b>Natureza jurídica do estabelecimento</b>		
Privado sem fins lucrativos	551.526	35,6
Privado	511.378	33,0
Público	483.711	31,2
N.A.*	2.683	0,2

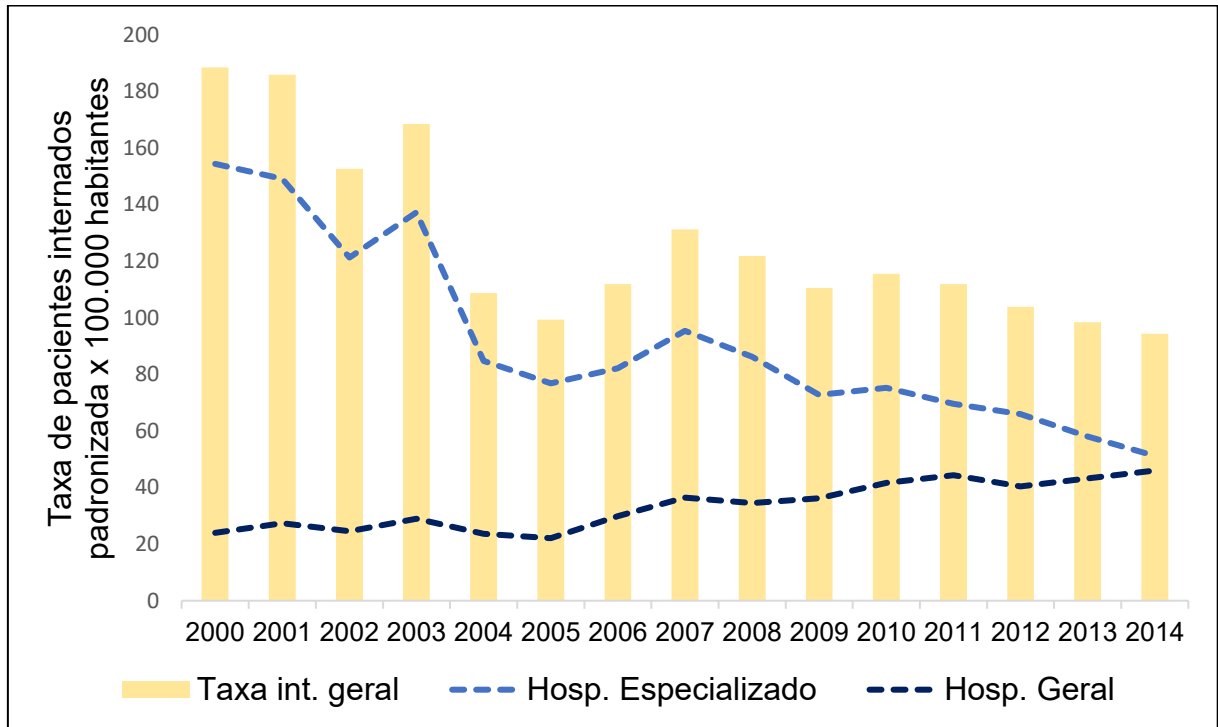
\* Os estabelecimentos que tiveram registros apenas no período anterior a Agosto de 2005 não puderam ser classificados em virtude da limitação temporal dos dados do CNES.

A mediana de idade dos pacientes situou-se em 38 anos (intervalo interquartil [IIQ] 29:47). A mediana do número de internações de cada paciente foi de 1,9 vez durante todo o período estudado (IIQ 1–2), sendo a mediana do tempo de internação por paciente de 29 dias (IIQ 9–62). Foi verificado o total de 2.957.767 internações no período estudado (dados não apresentados em tabela).

A Figura apresenta as taxas de pacientes internados padronizadas por idade e sexo. A taxa geral de pacientes internados apresentou tendência de queda ao longo do período, passando de 188,5 no primeiro ano para 94,4 por 100 mil habitantes no último ano, configurando uma redução de 49,9%. Com relação à taxa de pacientes internados por tipo de hospital, observou-se a redução das internações em hospitais especializados (de 154,4 para 51,2) e o aumento simultâneo em hospitais gerais (de 24 para 46). Com relação à taxa por natureza do hospital destaca-se a redução de 84,32% de pacientes internados em hospitais privados, de 95,7 em 2000 para 15 por 100 mil habitantes em 2014.

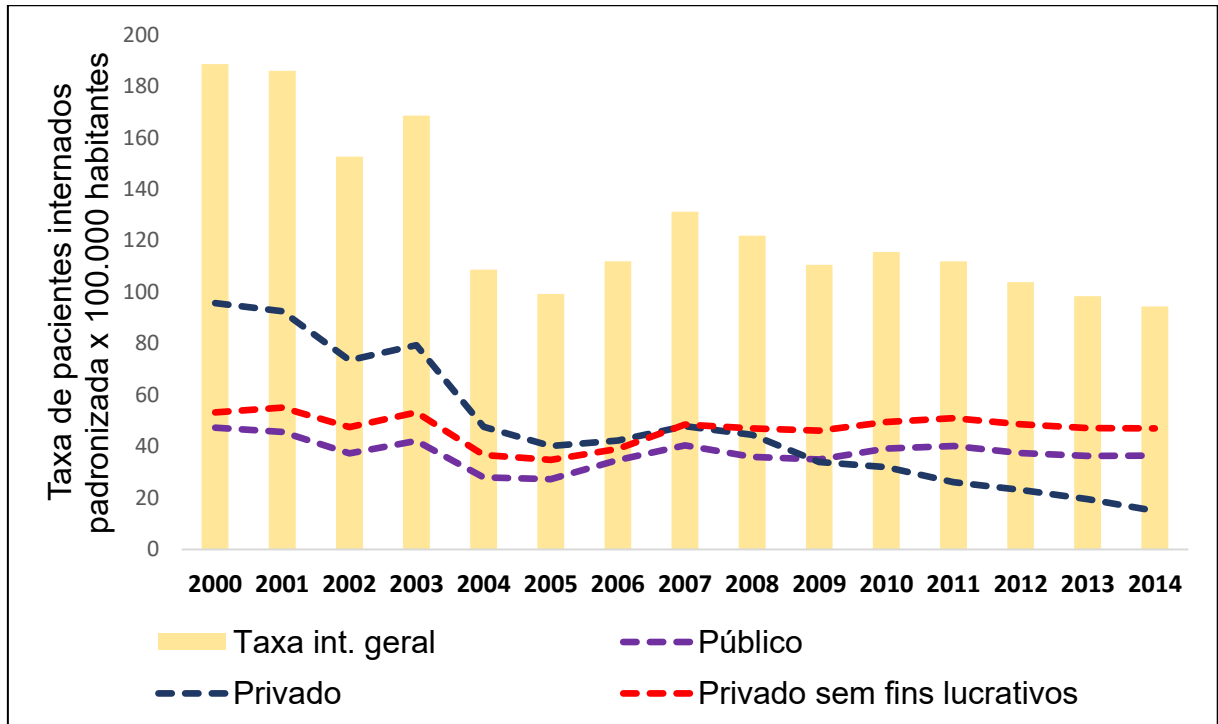
A taxa de pacientes internados específica por grupo de diagnóstico indica que houve redução de 66% nas taxas de pacientes internados por esquizofrenia (de 91,5 para 30,5), enquanto a taxa por uso de substâncias psicoativas apresentou redução de 29,8% (de 56,6 para 39,7). Sobre o número de internações por paciente, a taxa de pacientes submetidos a uma única internação por ano apresentou a mesma tendência de redução verificada para a taxa geral, de 137,3 em 2000 para 74 por 100 mil habitantes em 2014.

**Figura1a. Taxas de pacientes internados geral e por tipo de hospital, Brasil, 2000-2014.**



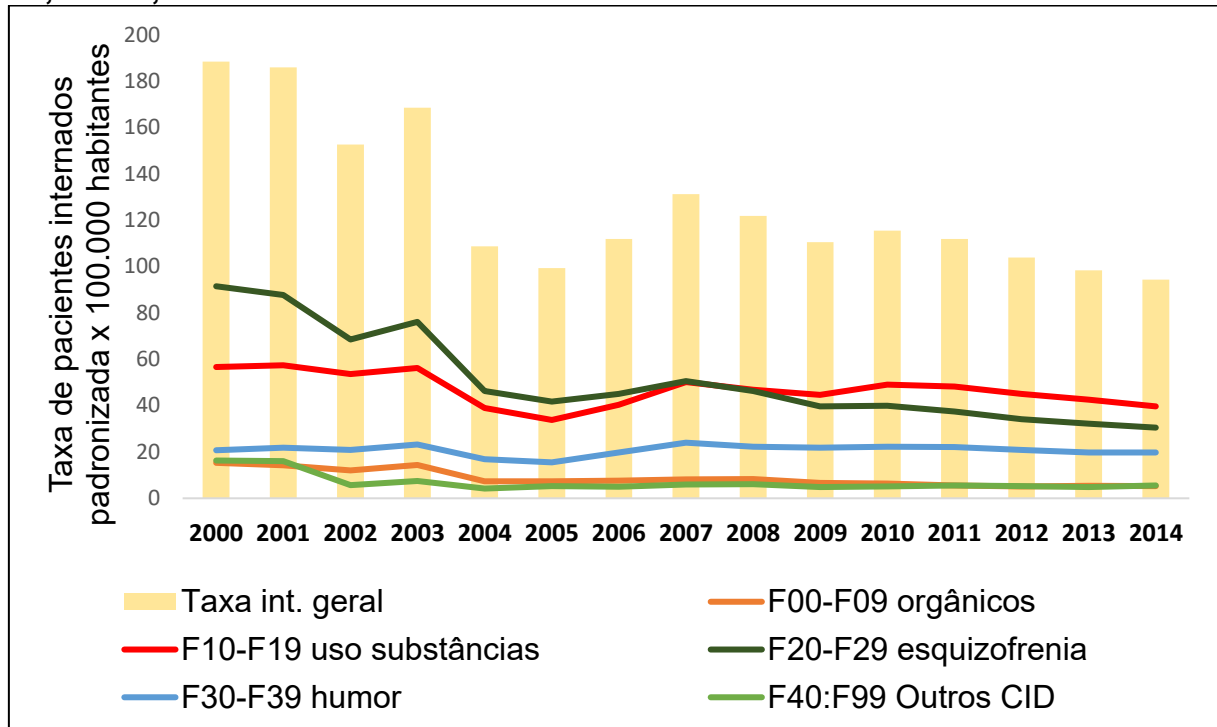
\* Taxas de pacientes internados padronizadas por sexo e idade.

**Figura1b. Taxas de pacientes internados geral e por natureza do hospital, Brasil, 2000-2014.**



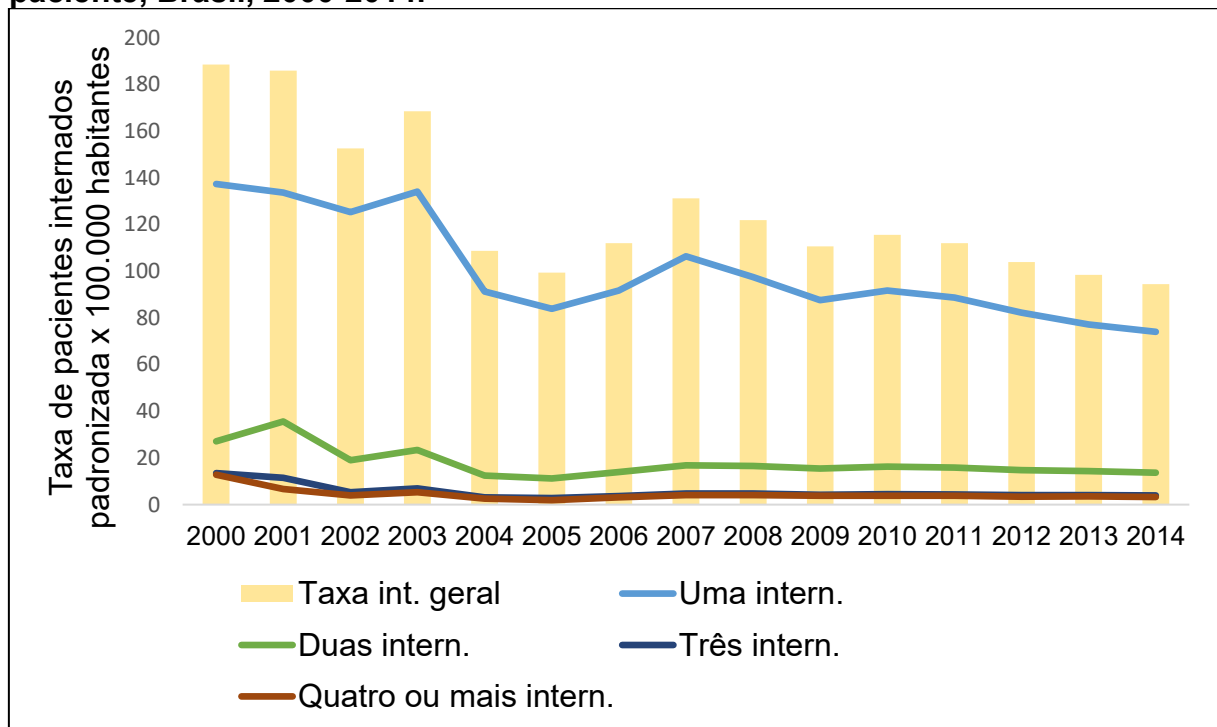
\* Taxas de pacientes internados padronizadas por sexo e idade.

**Figura1c. Taxas de pacientes internados geral e por grupo diagnóstico da CID-10, Brasil, 2000-2014.**



\* Taxas de pacientes internados padronizadas por sexo e idade.

**Figura1d. Taxas de pacientes internados geral e por número de internações por paciente, Brasil, 2000-2014.**



\* Taxas de pacientes internados padronizadas por sexo e idade.



A regressão em séries temporais indicou haver uma variação significativa nas taxas de pacientes internados em função do tempo. Com exceção da taxa de pacientes internados em hospital geral, que apresentou tendência crescente, todas as demais taxas que apresentaram significância indicaram uma relação decrescente, ou seja, com tendência de redução ao longo do tempo. A taxa geral de pacientes internados apresentou redução de 5,72 pacientes internados por 100 mil habitantes a cada ano. Os coeficientes de cada um dos modelos podem ser verificados na Tabela 2.

Os modelos de mínimos quadrados generalizados indicaram associação da variável número de leitos por ano para quase todas as taxas de pacientes internados, com quase todos os modelos apresentando coeficientes positivos. Como os coeficientes apresentam valores baixos, é preciso adotar um fator de multiplicação para tornar mais simples a interpretação. Sendo assim, para a taxa de pacientes internados em hospital especializado, por exemplo, o aumento de 1000 leitos resultaria em aumento de 3 pacientes internados por 100 mil habitantes/ano. O número de CAPS por ano foi significativo em menos modelos, com coeficientes negativos. Considerando também a taxa de pacientes internados em hospital especializado, verificou-se que o aumento de 1000 unidades de CAPS acarretaria redução de 49 pacientes internados por 100 mil habitantes/ano. Todos os coeficientes e os respectivos intervalos de confiança (95%) são apresentados na Tabela 3.

**Tabela 2. Coeficientes das regressões de séries temporais segundo taxa geral e específicas de pacientes internados, Brasil, 2000–2014.**

<b>Taxa de pacientes internados por ano padronizada</b>	<b>Intercepto (IC95%)<sup>a</sup></b>	<b>Tempo (IC95%)<sup>a</sup></b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>p</b>	<b>Tendência</b>
Taxa geral de pacientes internados	172,61 (149,82 a 195,39)	-5,72 (-8,22 a -3,21)	0,62	< 0,001	Redução
<b>Taxa por grupo de causa</b>					
F00-F09 transtornos orgânicos	14,22 (12,15 a 16,27)	-0,7 (-0,93 a -0,48)	0,76	< 0,001	Redução
F10-F19 uso de substâncias	53,28 (45,77 a 60,78)	-0,8 (-1,62 a 0,02)	0,19	0,06	<sup>b</sup>
F20-F29 esquizofrenia	82,87 (71,60 a 94,13)	-3,96 (-5,19 a -2,72)	0,77	< 0,001	Redução
F30-F39 transtornos de humor	20,57 (17,82 a 23,31)	0,03 (-0,27 a 0,32)	-0,07	0,85	<sup>b</sup>
F40 a F99 demais CIDs	11,17 (7,49 a 14,84)	-0,54 (-0,94 a -0,13)	0,34	< 0,05	Redução
<b>Taxa por tipo de hospital</b>					
Hospital especializado	144,82 (127,19 a 162,43)	-6,6 (-8,53 a -4,66)	0,79	< 0,001	Redução
Hospital geral	19,93 (15,86 a 24,01)	1,7 (1,25 a 2,14)	0,83	< 0,001	Aumento
<b>Taxa por natureza jurídica do hospital</b>					
Hospital Público	40,11 (33,69 a 46,53)	-0,32 (-1,02 a 0,38)	-0,003	0,35	<sup>b</sup>
Hospital Privado	91,14 (80,15 a 102,12)	-5,45 (-6,65 a -4,23)	0,87	< 0,001	Redução
Hospital Privado SFL	47,72 (40,54 a 54,90)	-0,09 (-0,88 a 0,69)	-0,07	0,80	<sup>b</sup>
<b>Taxa por número de internações por ano de cada paciente</b>					
Uma internação por ano	133,40 (119,60 a 147,19)	-4,16 (-5,67 a -2,64)	0,71	< 0,001	Redução
Duas internações por ano	24,93 (18,83 a 31,02)	-0,9 (-1,56 a -0,22)	0,34	< 0,05	Redução
Três internações por ano	8,84 (5,95 a 11,73)	-0,43 (-0,74 a -0,10)	0,35	< 0,05	Redução
Quatro ou mais internações por ano	6,86 (4,21 a 9,51)	-0,31 (-0,59 a -0,01)	0,23	< 0,05	Redução

<sup>a</sup> IC 95%: intervalo de confiança de 95%

<sup>b</sup> não apresentou significância estatística

**Tabela 3. Coeficientes das regressões de mínimos quadrados generalizados segundo taxa geral e específicas de pacientes internados em função do número de CAPS por ano e do número de leitos psiquiátricos por ano, Brasil, 2000-2014.**

Taxa de pacientes internados por ano padronizada	CAPS		Leitos	
	Coeficiente (IC95%) <sup>a</sup>	p	Coeficiente (IC95%) <sup>a</sup>	p
Taxa geral de pacientes internados	-0,043 (-0,09 a 0,004)	0,075	0,003 (0,001 a 0,004) <sup>b</sup>	< 0,001
<b>Taxa por grupo de causa</b>				
F00-F09 transtornos orgânicos	-0,005 (-0,008 a -0,002)	0,005	0,0003 (0,0002 a 0,0004)	< 0,001
F20-F29 esquizofrenia	-0,024 (-0,067 a 0,018)	0,242	0,002 (0,001 a 0,002) <sup>b</sup>	0,000
F40 a F99 demais CIDs	-0,004 (-0,017 a 0,008)	0,479	0,0003 (0,0000008 a 0,001) <sup>b</sup>	0,049
<b>Taxa por tipo de hospital</b>				
Hospital especializado	-0,049 (-0,083 a -0,016)	0,007	0,003 (0,002 a 0,003) <sup>b</sup>	< 0,001
Hospital geral	0,013 (0,009 a 0,017)	0,000	-0,001 (-0,001 a -0,00008)	0,025
<b>Taxa por natureza jurídica do hospital</b>				
Hospital Privado	-0,038 (-0,07 a -0,007)	0,020	0,002 (0,002 a 0,003)	< 0,001
<b>Taxa por número de internações por ano de cada paciente</b>				
Uma internação por ano	-0,03 (-0,053 a -0,008)	0,013	0,002 (0,001 a 0,003) <sup>b</sup>	< 0,001
Duas internações por ano	-0,006 (-0,015 a 0,002)	0,141	0,0004 (0,00005 a 0,0007) <sup>b</sup>	0,025
Quatro ou mais internações por ano	-0,003 (-0,011 a 0,005)	0,497	0,0004 (0,0001 a 0,0007) <sup>b</sup>	0,009

<sup>a</sup> IC 95%: intervalo de confiança de 95%

<sup>b</sup> Intercepto não significativo (nível de significância 5%)

## DISCUSSÃO

Os resultados apresentados, utilizando uma coorte prospectiva não concorrente de abrangência nacional, indicam que houve mudanças nas internações por transtornos mentais no período de 2000 a 2014. Houve redução tanto em valores absolutos quanto em termos de taxas de pacientes internados, bem como mudanças no perfil dos serviços, com aumento das internações em hospitais gerais e redução em hospitais especializados. Cabe salientar que o presente estudo utiliza como principal indicador a taxa de pacientes internados (por 100 mil habitantes), que é diferente da taxa de internações (por 100 mil habitantes). Isso possibilitou avaliar a redução de números de indivíduos internados em cada ano.

Verificou-se que a maior parte da população analisada é de homens, o que corrobora outros estudos que também avaliaram internação de pacientes por transtornos mentais<sup>5,7,11-13</sup>. Um estudo realizado na região Sul do país identificou maior percentual de mulheres internadas em relação ao de homens, no entanto, é relevante considerar que tal estudo não incluiu pacientes internados por uso de álcool e outras drogas<sup>18</sup>. Com relação à idade, é possível perceber que se trata de pessoas em idade economicamente ativa, a distribuição etária indica que 75% dos pacientes tinha entre 18 e 47 anos de idade. Não é comum encontrar estudos com pacientes com média de idade avançada, concentrando-se a maior frequência de pacientes entre 30 e 49 anos de idade<sup>5,7,11,18</sup>.

Outros estudos que investigaram a tendência temporal das internações psiquiátricas também encontraram resultados que reforçam a hipótese de redução das taxas associadas ao tempo<sup>9-13</sup>. O estado do Rio Grande do Sul apresentou aumento das taxas de internações ao longo do tempo<sup>8</sup>.

As mudanças ocorridas nas taxas de pacientes internados por tipo de hospital e por natureza jurídica do hospital podem estar relacionadas às alterações promovidas na política hospitalar. A redução da taxa de pacientes internados em hospitais especializados foi concomitante ao aumento na taxa de pacientes internados em hospitais gerais, corroborando o que foi verificado em estudos anteriores<sup>4-6,9</sup>.

A internação psiquiátrica em hospitais gerais pode favorecer a redução do estigma, além de aumentar o acesso, melhorar o cuidado em relação à saúde física e possibilitar interconsultas entre as variadas especialidades médicas presentes neste

tipo de hospital<sup>4,19,20</sup>. Dados do Observatório Global de Saúde indicam que o Brasil tem um déficit em relação ao número de leitos psiquiátricos em hospital geral. Enquanto o país possuía 0,6 leito/100.000 habitantes em 2016, países como Austrália, Espanha, Portugal e Itália possuíam 21,8, 14,3, 11,8 e 9,0 leitos/100.00 habitantes, respectivamente. Países vizinhos na América do Sul, como Uruguai, Chile e Argentina, contavam com 8,2, 5,2, e 2,7 leitos/100.000 habitantes, respectivamente<sup>21</sup>.

A grande redução na taxa de pacientes internados em hospitais privados sinaliza as mudanças na contratação de leitos psiquiátricos. Durante o período, muitos leitos e até mesmo hospitais inteiros foram descredenciados, conforme se verificou em estudo conduzido com dados do estado de Minas Gerais no período de 2001 a 2013<sup>12</sup>. Estudo publicado em 2007 indicou que no período de 1995 a 2005 houve redução de 41% no número de leitos psiquiátricos (5,4 a 3,2 por 10.000 habitantes)<sup>2</sup>. Entre 2008 e 2017, houve redução de 33,3% no número de leitos psiquiátricos no país<sup>1</sup>.

Notou-se uma redução importante na taxa de pacientes internados por esquizofrenia, a ponto de a taxa de pacientes internados devido ao uso de substâncias superá-la. Estudos anteriores verificaram aumento nas taxas de internação por transtornos devidos ao uso de substâncias, sendo que em alguns também foi verificada a redução na taxa de internações por esquizofrenia<sup>8-10,12,22</sup>.

A incipiente estruturação de serviços não hospitalares para atendimento de pacientes diagnosticados com transtornos por uso de substâncias psicoativas poderia explicar a crescente taxa de pacientes internados<sup>7</sup>. Os CAPS-ad III, que tratam desse perfil de pacientes em regime de funcionamento de 24 horas, ainda apresentavam baixa cobertura durante o período deste estudo, sendo que, em 2014, havia 69 serviços habilitados<sup>c</sup> em 51 municípios. Além disso, é preciso citar o aumento no consumo de drogas ilícitas pela população brasileira<sup>23,24</sup>, que a cada dia produz um contingente maior de pessoas que utiliza a internação hospitalar para tratar do uso abusivo<sup>22</sup>.

As taxas de pacientes internados uma ou duas vezes por ano tiveram menor redução do que as taxas de pacientes que internaram 3 e 4 ou mais vezes por ano. A alta frequência de internações para um mesmo paciente pode ser enquadrada no fenômeno conhecido como porta giratória (*revolving door*), no qual o paciente apresenta várias internações com intervalos curtos de alta entre elas. Uma revisão

sistemática verificou que o diagnóstico de esquizofrenia apresentava maior risco para reinternação<sup>25</sup>. Nesse sentido, a redução da taxa entre pacientes que internaram mais vezes pode estar associada à grande contração verificada na taxa de pacientes internados por esquizofrenia.

A regressão em séries temporais indicou que a maioria das taxas de pacientes internados variou em função do tempo em quase todos, casos reduzindo-se a cada ano. Ao avaliar a associação dessas mudanças com as estratégias de redução dos leitos hospitalares e incremento do número de CAPS, notou-se que essas variáveis isoladas têm um efeito pequeno sobre a variação das taxas de pacientes internados. Aumentar o número de leitos implicaria o aumento de pacientes internados e, no sentido contrário, o crescimento do número de CAPS reduziria o número de pacientes internados.

Estudos anteriores investigaram a relação do CAPS com taxas de internação e reinternação, no entanto, os achados não são homogêneos. Estudo realizado em duas regiões metropolitanas do Sudeste indicou haver uma associação entre o aumento na cobertura dos serviços de CAPS com a redução das taxas de internação por transtornos mentais<sup>26</sup>. Em outro estudo, realizado nos municípios de Campinas, São Paulo, Porto Alegre e Fortaleza, verificou-se que menos de 10% dos usuários acompanhados nos CAPS necessitou de internação hospitalar em um período de 3 anos<sup>27</sup>. Em um estudo de coorte, foram observadas reduções significativas na ocorrência de crises, no uso de medicamentos e número de internações psiquiátricas entre os usuários com maior tempo de CAPS e em atendimento intensivo<sup>28</sup>. Contrastando estes resultados, um estudo conduzido nos 2 hospitais psiquiátricos públicos de Belo Horizonte – MG não identificou efeito protetor entre a cobertura de CAPS e a ocorrência de readmissão psiquiátrica<sup>29</sup>.

Pode-se presumir que a introdução dos CAPS tenha feito emergir uma demanda reprimida por serviços de saúde mental, que como dito anteriormente, não eram acessíveis e que à medida que vão se tornando disponíveis, vão inflacionando a demanda. Nesse sentido, cabe também citar que, nos últimos anos, houve grande aumento em termos de cobertura de equipes de atenção básica no país, que em algumas medidas incorporaram ações voltadas às pessoas portadoras de transtornos mentais. Muitas ações de saúde mental foram incorporadas pelas equipes de atenção básica, destacando-se a oferta de atendimentos em grupo e as ações educativas e de

promoção da saúde<sup>30</sup>. Na medida em que há o aumento do acesso e consequentemente o de diagnósticos, aumenta também a pressão por serviços de média e alta complexidade para atender a esses casos.

A despeito da importância dos transtornos mentais na carga global de doenças, sendo responsáveis por 9,5% do total de anos de vida perdidos ajustados por incapacidade no Brasil em 2015<sup>24</sup>, o investimento necessário para lidar com essas condições não tem sido adequado. Um ponto fundamental da reforma, que seria a expansão de serviços extra-hospitalares para suprir a diminuição programada de leitos hospitalares, esbarra no limite orçamentário da política de saúde mental<sup>19,20</sup>.

Este trabalho apresenta algumas limitações, sendo uma delas o baixo número de variáveis sociodemográficas dos pacientes. Por tratar-se do uso de informações de bancos de dados oriundos de sistemas administrativos, muitas vezes informações como raça/cor, escolaridade e renda não se encontram presentes. Outro ponto verificado foi um volume menor de dados de pacientes internados entre os anos de 2004 e 2006, sendo esta uma limitação da Base Nacional de Saúde.

Este estudo permitiu ampliar o conhecimento sobre o perfil dos pacientes internados por transtornos mentais em nível nacional por dispor de uma base de dados abrangente e centrada no indivíduo. O protagonismo do hospital psiquiátrico na Política de Saúde Mental foi sendo diluído para outros serviços, mas sem romper com o modelo que durante muitos anos sustentou o vultoso parque hospitalar que existia no país. Para tanto, seria necessário que os investimentos para a expansão dos serviços extra-hospitalares fossem ampliados, e não o contrário, como se observou recentemente. As novas e graves demandas em saúde mental solapam a capacidade de gestores e planejadores de saúde de fazer frente às necessidades para as quais o pior remédio é a austeridade.

## REFERÊNCIAS

1 Fernandes CJ, Lima AF, Oliveira PRS, Santos WS. Índice de Cobertura Assistencial da Rede de Atenção Psicossocial (iRAPS) como ferramenta de análise crítica da reforma psiquiátrica brasileira. *Cad Saude Publica*. 2020;36(4):e00049519. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00049519>

2 Andreoli SB, Almeida-Filho N, Martin D, Mateus MDML, Mari JJ. Is psychiatric reform a strategy for reducing the mental health budget? The case of Brazil. *Rev Bras Psiquiatr.* 2007;29(1):43-6. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462006005000032>

3 Pitta AMF. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. *Cienc Saude Colet.* 2011;16(12):4579-89. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001300002>

4 Candiago R, Abreu PB. Uso do Datasus para avaliação dos padrões das internações psiquiátricas, Rio Grande do Sul. *Rev Saude Publica,* 2007;41(5):821-9. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000500017>

5 Pereira PK, Santos SA, Lima LA, Legay LF, Santos JFC, 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 Saude Colet.* 2012;20(4):482-91. <https://doi.org/10.1590/S1414-462X2012000400012>

6 Szabzon F. Perfil das internações psiquiátricas em São Paulo: Um estudo exploratório [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2013. <https://doi.org/10.11606/D.6.2013.tde-20022014-095931>

7 Coelho VAA, Volpe FM, Diniz SSL, Silva EM, Cunha CF. Alteração do perfil de atendimento dos hospitais psiquiátricos públicos de Belo Horizonte, Brasil, no contexto da reforma da assistência à saúde mental. *Cienc Saude Colet.* 2014;19(8):3605-16. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014198.11922013>

8 Horta RL, Costa JSD, Balbinot AD, Watte G, Teixeira VA, Poletto S. Hospitalizações psiquiátricas no Rio Grande do Sul de 2000 a 2011. *Rev Bras Epidemiol.* 2015;18(4):918-29. <http://doi.org/10.1590/1980-5497201500040019>

9 Zurita RCM. Assistência psiquiátrica no estado do Paraná: análise das internações hospitalares no período de 2000 a 2013 [tese]. Maringá: Universidade Estadual de



Maringá; 2015. Disponível em:

<http://repositorio.uem.br:8080/jspui/bitstream/1/1983/1/000222640.pdf>

10 Mendes JDV. Evolução das causas de internação de saúde mental no SUS do Estado de São Paulo, 2000 a 2015. GAI Informa. 2016;8(51). Disponível em:

[http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/destaques//gais\\_51\\_abril\\_2016.pdf](http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/destaques//gais_51_abril_2016.pdf)

11 Santos RS, Sena EP, Aguiar WM. Perfil de Internações psiquiátricas em unidade hospitalar de Salvador, Bahia. Rev Ciênc Méd Biol. 2017;16(3):374-9.

<https://doi.org/10.9771/cmbio.v16i3.24385>

12 Lara APM, Volpe FM. Evolução do perfil das internações psiquiátricas pelo Sistema Único de Saúde em Minas Gerais, Brasil, 2001-2013. Cienc Saude Colet. 2019;24(2):659-68. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018242.14652017>

13 Lima ALP, Santos L, Nery FS. Tendência temporal das internações psiquiátricas em Sergipe, entre 2008 a 2017. Cad Grad Ciênc Biol Saúde. 2019;5(3):179-92.

14 Guerra Junior AA, Pereira RG, Gurgel EI, Cherchiglia M, Dias LV, Ávila J et al. Building the national database of health centred on the individual: administrative and epidemiological record linkage-Brazil, 2000-2015. Int J Pop Data Sci. 2018;3(1):446. <https://doi.org/10.23889/ijpds.v3i1.446>

15 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010: características da população e dos domicílios. Rio de Janeiro: IBGE; 2011.

16 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da população das unidades da federação por sexo e grupos de idade: 2000-2030. Rio de Janeiro: IBGE; 2013.

17 Antunes JLF, Cardoso MRA. Uso da análise de séries temporais em estudos epidemiológicos. *Epidemiol Serv Saúde*. 2015;24(3):565-76.

<https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000300024>

18 Zanardo GLP, Silveira LHC, Rocha CMF, Rocha KB. Internações e reinternações psiquiátricas em um hospital geral de Porto Alegre: características sociodemográficas, clínicas e do uso da Rede de Atenção Psicossocial. *Rev Bras Epidemiol*. 2017;20(3):460-74. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700030009>

19 Mateus MD, Mari JJ, Delgado PG, Almeida-Filho N, Barrett T, Gerolin J et al. The mental health system in Brazil: policies and future challenges. *Int J Ment Health Syst*. 2008;2(1):12. <https://doi.org/10.1186/1752-4458-2-12>

20 Mari JJ. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira. *Cienc Saude Colet*. 2011;16(12):4593-6. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001300005>

21 Global Health Observatory (GHO) data. Beds in general hospitals for mental health and beds in mental hospitals (per 100 000 population) [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2019. Disponível em: [http://www.who.int/gho/mental\\_health/care\\_delivery/beds\\_hospitals/en/](http://www.who.int/gho/mental_health/care_delivery/beds_hospitals/en/)

22 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. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006085>

23 Bastos FIPM, Vasconcellos MTL, De Boni RB, Reis NBD, Coutinho CFDS. III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz/ICICT; 2017. 528 p.

24 Bonadiman CSC, Passos VMA, Mooney M, Naghavi M, Melo APS. A carga dos transtornos mentais e decorrentes do uso de substâncias psicoativas no Brasil:

Estudo de Carga Global de Doença, 1990 e 2015. *Rev Bras Epidemiol.* 2017;20(Supl 1):191-204. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700050016>

25 Zanardo GLP, Moro LM, Ferreira GS, Rocha KB. Factors associated with psychiatric readmissions: a systematic review. *Paidéia (Ribeirão Preto).* 2018;28:e2814. <https://doi.org/10.1590/1982-4327e2814>

26 Miliauskas CR, Faus DP, Junkes L, Rodrigues RB, Junger W. Associação entre internações psiquiátricas, cobertura de CAPS e atenção básica em regiões metropolitanas do RJ e SP, Brasil. *Cienc Saude Colet.* 2019;24(5):1935-44. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.18862017>

27 Onocko-Campos RT, Amaral CEM, Saraceno B, Oliveira BDC, Treichel CAS, Delgado PGG. Atuação dos Centros de Atenção Psicossocial em quatro centros urbanos no Brasil. *Rev Panam Salud Publica.* 2018;42:e113. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.113>

28 Tomasi E, Facchini LA, Piccini RX, Thumé E, Silva RA, Gonçalves H et al. Efetividade dos centros de atenção psicossocial no cuidado a portadores de sofrimento psíquico em cidade de porte médio do Sul do Brasil: uma análise estratificada. *Cad Saude Publica.* 2010;26(4):807-15. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000400022>

29 Volpe FM, Braga IP, Silva EM. Community health services and risk of readmission in public psychiatric hospitals of Belo Horizonte, Brazil, 2005-2011. *Trends Psychiatry Psychother.* 2018;40(3):193-201. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2017-0080>

30 Rocha HA, Santos AF, Reis IA, Santos MAC, Cherchiglia ML. Saúde mental na atenção básica: uma avaliação por meio da Teoria da Resposta ao Item. *Rev Saude Publica.* 2018;52:17. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000051>

- <sup>a</sup> Brasil. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União. 9 abr. 2001.
- <sup>b</sup> Brasil. Portaria/GM Nº 336 de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. Diário Oficial da União. 20 fev. 2020.
- <sup>c</sup> Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 12. Saúde Mental em Dados. 2015;10(12).
- <sup>d</sup> Brasil. Portaria nº 251, de 31 de janeiro de 2002. Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede SUS e dá outras providências. Diário Oficial da União. 1 fev. 2002.
- <sup>e</sup> Brasil. Portaria nº 52, de 20 de janeiro de 2004. Institui o Programa Anual de reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS. Diário Oficial da União. 20 jan. 2004.
- <sup>f</sup> Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 8. Saúde Mental em Dados. 2011;6(8).

## 5.2 Artigo 2: Readmissões psiquiátricas precoces e frequentes em uma coorte brasileira de pacientes internados entre 2001 e 2013

Submetido ao periódico *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*.

Early and frequent psychiatric readmissions in a Brazilian cohort of hospitalized patients between 2001 and 2013

### RESUMO

**Objetivo:** Caracterizar o perfil dos pacientes que foram reinternados por transtornos mentais e comportamentais pelo Sistema Único de Saúde no Brasil, no período de 2001 a 2014, e os fatores associados à reinternação precoce (30 dias) e à reinternação frequente ( $\geq 3$  internações em um ano).

**Métodos:** Estudo de coorte retrospectiva não concorrente utilizando dados secundários de pacientes internados com diagnóstico primário de transtornos mentais e comportamentais, entre 01/01/2001 e 31/12/2013. Foram selecionadas variáveis sociodemográficas, clínicas e de características do hospital. O tempo de seguimento foi de pelo menos um ano para todos os pacientes. Modelos de regressão de Poisson com estimador de variância robusta foram utilizados para estimar as razões de taxas de incidência (IRR) de cada um dos desfechos.

**Resultados:** A readmissão precoce foi verificada para 6,8% dos pacientes, enquanto a readmissão frequente foi de 8,3%. Características como ser do sexo masculino, mais jovem, com diagnóstico de transtornos bipolares e internado em hospitais especializados apresentaram maiores IRR de reinternação precoce. A ocorrência de reinternação precoce foi a característica mais fortemente associada ao aumento da taxa de incidência de reinternação frequente, sendo que a magnitude desse aumento depende da faixa etária do paciente.

**Conclusão:** Reinternação precoce e reinternação frequente estão associadas a características sociodemográficas e clínicas dos indivíduos e a aspectos organizacionais do sistema de saúde. Em decorrência da magnitude da associação com a reinternação frequente a ocorrência de reinternação precoce deveria ser considerada prioritária na elaboração de planos terapêuticos com vistas à prevenção ou redução de reinternações frequentes.

Palavras-chave: Reinternação psiquiátrica, serviços de saúde mental, hospitais psiquiátricos.

## **Introdução**

Nos últimos 20 anos o Brasil vem promovendo uma mudança sistemática do seu modelo de atenção à saúde mental. A partir da publicação da Lei 10.216/2001 [1], conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, foi criada a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), pela qual o sistema político-jurídico-sanitário brasileiro reconheceu as pessoas com transtornos mentais como cidadãos, conferindo a proteção de seus direitos [2]. A PNSM promoveu o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental, abandonando progressivamente o modelo centrado no cuidado hospitalar para adotar um modelo baseado em serviços comunitários [3,4].

A redução progressiva de leitos em hospitais psiquiátricos foi acompanhada pela abertura de novos serviços ambulatoriais comunitários, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) [3,5]. Esses serviços ambulatoriais atuam de forma territorializada, atendendo pessoas portadoras de transtornos mentais graves ou persistentes, bem como indivíduos com transtornos causados pelo uso de álcool e outras drogas [6], sendo considerados estratégicos para a consolidação da PNSM [2,7].

Em razão da simultânea redução dos leitos em hospitais psiquiátricos e expansão dos CAPS, foi verificada uma redução da taxa de pacientes internados por transtornos mentais e comportamentais no Brasil. De 2000 a 2014 a taxa de pacientes internados foi reduzida pela metade [8]. No entanto, alguns autores discutem que apesar da redução das internações psiquiátricas ainda há um ponto a ser enfrentado: a reinternação [9,10,11,12,13,14], que pode ser classificada como precoce ou frequente.

Um ponto consolidado na literatura é a definição de reinternação precoce como a ocorrência de uma nova internação em até 30 dias após a alta hospitalar. Estudos realizados em diversas partes do mundo relataram percentuais de reinternação precoce variando de 6,26% até 22,5% [13,15,16,17,18,19,20,21,22,23]. Reinternações precoces podem evidenciar falhas no planejamento da alta hospitalar e ainda do acompanhamento pós hospitalar [15,16,18,22].

A reinternação frequente é um fenômeno conhecido na área da saúde mental, que se caracteriza por internações repetidas em um período relativamente curto. Uma questão destacada na literatura como de grande importância para o estudo das reinternações frequentes, também chamadas de *revolving door*, refere-se ao critério adotado para tal classificação, que envolve o número de internações repetidas e o tempo entre elas [24]. Dentre os critérios adotados, encontram-se: duas ou mais internações em um ano [25,26]; três ou mais internações durante o período de seguimento [17,23,27,28]; três ou mais admissões em um ano [22,29,30,31].

Nas publicações internacionais há grande variação em relação aos tempos de acompanhamento e critérios para aferição de reinternação, resultando em percentuais de reinternação variando de 6,1% a 69% [12,13,14,15,17,19,22,23,27,28,29,30,31,32,33,34,35,36,37,38].

O mesmo acontece com os estudos brasileiros, nos quais é possível encontrar proporções de reinternação que vão de 5,7% a 62% [2,10,11,21,25,39,40,41,42]. Alguns estudos indicam que as repetidas internações psiquiátricas são um ônus tanto para os indivíduos e suas famílias quanto para a sociedade e os sistemas de saúde [2,23,29,31,37].

Há poucos estudos que tratam da questão das reinternações em âmbito nacional no Brasil, sendo este um tema de grande relevância para o avanço das ações da PNSM. Este estudo objetivou caracterizar o perfil dos pacientes que foram reinternados por transtornos mentais e comportamentais pelo Sistema Único de Saúde no Brasil, no período de 2001 a 2014, e os fatores associados considerando, a) reinternação precoce (30 dias) e b) reinternação frequente ( $\geq 3$  internações em um ano).

## **Métodos**

### *Desenho do estudo*

Foi utilizada uma coorte retrospectiva não concorrente de dados secundários de pacientes selecionados na Base Nacional de Saúde. Trata-se de um base de dados centrado no indivíduo, construída por meio de técnicas de pareamento determinístico-probabilístico de registros (*record linkage*) integrando os dados dos principais

sistemas de informação do Sistema Único de Saúde: Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), Sistema de Informação Hospitalar (SIH) e Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) de 2000 a 2015 [43].

### *Contexto*

A Base Nacional de Saúde nos permite verificar dados de internações ocorridas de 01/01/2000 a 31/05/2015. No entanto, com os dados administrativos não é possível inferir se houve internações anteriores à data inicial dos registros, o que nos remete à possibilidade de que internações psiquiátricas ocorridas no ano 2000 poderiam ser consideradas como eventos de reinternação de admissões anteriores, ocorridas no ano de 1999. Sendo assim, a data inicial de entrada na coorte foi definida em 01/01/2001, que garantiu um período de *lookback* de um ano e nos permitiu classificar as internações ocorridas a partir da entrada como nova internação ou como reinternação.

A entrada na coorte foi finalizada em 31/12/2013, e o tempo de acompanhamento se estendeu até 31/12/2014. O período de acompanhamento de um ano posterior ao encerramento da entrada na coorte se justifica pela possibilidade de aferir novas internações que poderiam se enquadrar nos desfechos de interesse do estudo. A opção por encerrar o acompanhamento em 2014 se deveu ao fato de não termos disponíveis os dados completos para o ano de 2015.

### *Desfechos*

Neste estudo foram avaliados dois desfechos: reinternação precoce e reinternação frequente. Os desfechos foram categorizados de forma dicotômica em “readmitidos” e “não readmitidos”.

A reinternação precoce foi avaliada considerando a ocorrência de novas internações em até 30 dias após a alta de qualquer internação.

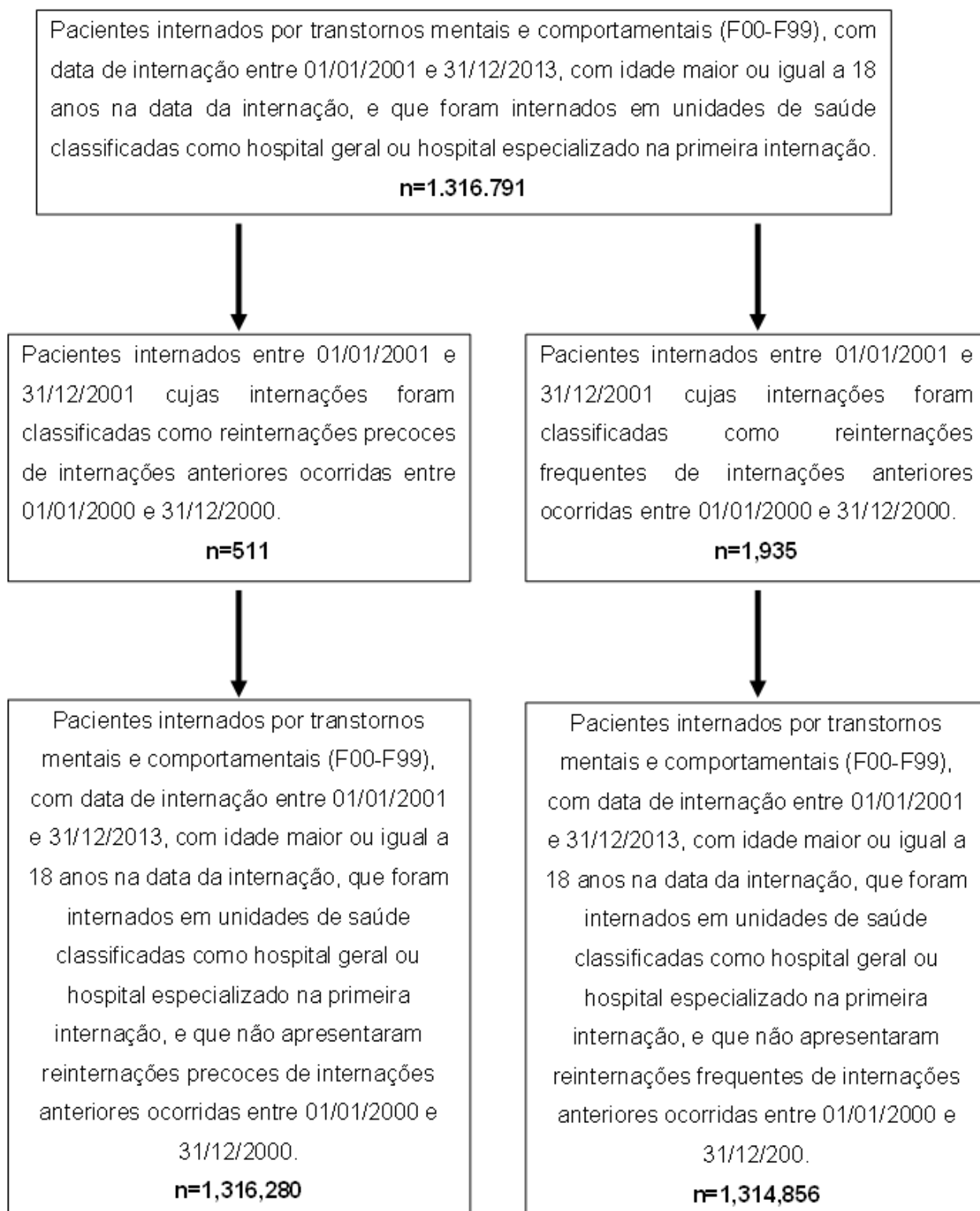
Na reinternação frequente foi considerada a ocorrência do desfecho quando os pacientes registraram três ou mais internações em um período de 365 dias [22,29,31].



## *Participantes*

Foram incluídos todos os pacientes que tiveram registro no SIH cujo diagnóstico primário referia-se a um código do Capítulo V na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10<sup>a</sup> Revisão – CID 10 Transtornos mentais e comportamentais (F00-F99), cuja data de internação estivesse entre 01/01/2001 e 31/12/2013, com idade maior ou igual a 18 anos na data da internação, e que foram internados em unidades de saúde classificadas como hospital geral ou hospital especializado na primeira internação.

Os registros de internações no ano 2001 que foram identificados como reinternações precoces de internações ocorridas em 2000 foram retirados, assim como os registros classificados como reinternações frequentes do período. Por essa razão os dois desfechos apresentam populações diferentes: 1.316.280 pacientes para o desfecho reinternação precoce, e 1.314.856 pacientes para a reinternação frequente, conforme Figura 1.



**Figura 1 Fluxograma da extração de dados dos pacientes segundo os critérios selecionados.**

### *Variáveis explicativas*

As variáveis sociodemográficas selecionadas foram: sexo (feminino, masculino), idade (em anos) e faixa etária (18-29, 30-39, 40-49, 50 anos ou mais), região de residência (norte, nordeste, sudeste, sul, centro-oeste) e ano da primeira internação.

O diagnóstico na internação foi caracterizado pelo diagnóstico primário em sete grupos: transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool (F10), transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas (F11-F19), transtornos psicóticos (F20-F29), transtornos depressivos (F32-F33.9; F34.1), transtornos bipolares (F30-F31.9; F34.0), transtornos neuróticos (F40-F49) e outros transtornos mentais (F00-F09; F34.8; F34.9; F38-F39; F50-F99).

Para cada paciente, foram verificados também os seguintes tempos (em dias): de permanência na primeira internação; de permanência total e também a média por internação; de seguimento.

Com relação às características dos estabelecimentos onde ocorreram as internações foram verificados: tipo (hospital especializado ou geral) e natureza jurídica (público, privado ou privado sem fins lucrativos).

### *Análises estatísticas*

Para a análise descritiva das variáveis contínuas foi utilizada a mediana e o intervalo interquartil (IIQ), visto que a distribuição dos dados não foi simétrica. Os dados categóricos foram resumidos como frequência e porcentagem. Para comparar os grupos (readmitidos vs. não readmitidos) em relação às variáveis explicativas foram utilizados os testes qui-quadrado para as variáveis categóricas e o teste U de Mann-Whitney para as quantitativas, e diferenças foram consideradas estatisticamente significativas se valor-p <0,05.

A associação das variáveis explicativas com os dois desfechos do estudo foi avaliada por meio de modelos de regressão de Poisson com estimador de variância robusta [44], sendo estimadas as razões de taxas de incidência (IRR) e os respectivos intervalos de 95% de confiança, conforme descrito em publicações anteriores [45,46,47]. Foram testadas as variáveis: sexo, faixa etária, região de residência,

diagnóstico na internação, tipo de hospital, natureza jurídica e ocorrência de reinternação precoce (apenas para o desfecho reinternação frequente). Em todos os modelos o logaritmo do tempo de acompanhamento foi incluído como termo de *offset*, como forma de controlar os diferentes tempos de acompanhamento. O ano da internação foi incluído como variável de ajuste em todos os modelos, em razão de possível tendência temporal relacionada às mudanças verificadas na política hospitalar no período em estudo [8].

Para cada desfecho, modelos univariados para cada uma das variáveis explicativas foram utilizados para selecionar o conjunto de variáveis que comporia o modelo multivariado, sendo adotado o critério de valor-p  $<0.05$  para inclusão no modelo multivariado. Durante as análises foram avaliadas hipóteses de interação entre variáveis nos modelos multivariados e a ocorrência de multicolinearidade nos modelos multivariados foi testada por meio dos fatores de inflação da variância.

Todas as análises estatísticas foram conduzidas no ambiente para programação estatística *R Project for Statistical Computing* (versão 3.6.1).

### *Aspectos éticos*

Este estudo é parte do projeto “Avaliação epidemiológica, econômica e de trajetórias assistenciais de procedimentos de alto custo no SUS: utilização de base de dados centrada no paciente a partir da integração de registros dos sistemas de informação em saúde”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – (CAAE 44121315.2.0000.5149).

### **Resultados**

Quanto ao desfecho reinternação precoce, a maioria dos 1.316.280 pacientes não apresentou o desfecho, e 6.8% dos pacientes foram reinternados em até 30 dias após a alta hospitalar. A proporção de pacientes do sexo masculino foi similar entre os pacientes reinternados precocemente e os não-reinternados e (64.5% vs. 64.7%) e a mediana de idade foi menor entre os pacientes com reinternação precoce (35 anos vs. 38 anos). Com relação aos diagnósticos a proporção de pacientes internados por

transtornos psicóticos foi maior entre os reinternados precocemente (41.8% vs. 33.7%), e a proporção de pacientes hospitalizados por transtornos devido ao uso de álcool foi menor entre os reinternados (18.8% vs. 27.4%). Entre os pacientes com reinternação precoce houve maior proporção de pacientes internados em hospitais especializados (75.4% vs. 67.3%), e também maior proporção de pacientes internados em hospitais privados (37.1% vs 32.7%). A mediana do tempo médio de permanência em cada internação foi maior entre os pacientes reinternados precocemente (31.3 vs. 22.0 dias), assim como a mediana do tempo de seguimento (3,198 vs. 2,719 dias) (Tabela 1).

**Tabela 1 Características sociodemográficas e clínicas de pacientes internados por transtornos mentais e/ou comportamentais pelo SUS e dos hospitais, Brasil, 2001-2013, segundo ocorrência de reinternação precoce.**

Variável	Reinternação precoce				p-valor
	Não reinternados n=1.226.150	93.2%	Reinternados n=90.130	6,8%	
<b>Sexo</b>					0,385
Feminino	433.382	35,3	31.986	35,5	
Masculino	792.768	64,7	58.144	64,5	
<b>Idade (anos)</b>					
Mediana [intervalo interquartil]	38	29-48	35	26-44	<0,001
<b>Faixa Etária</b>					<0,001
18 a 29 anos	328.928	26,8	31.036	34,4	
30 a 39 anos	335.672	27,4	25.600	28,4	
40 a 49 anos	302.727	24,7	20.375	22,6	
≥ 50 anos	259.453	21,2	13.119	14,6	
<b>Região</b>					<0,001
Norte	25.975	2,1	1.779	2,0	
Nordeste	236.209	19,3	17.365	19,3	
Sudeste	527.393	43,0	40.779	45,3	
Sul	330.073	26,9	23.190	25,7	
Centro-Oeste	106.500	8,7	6.997	7,8	
<b>Diagnóstico na internação</b>					<0,001
Transt. neuróticos	15.440	1,3	874	1,0	
Transt. devido ao uso de álcool	336.063	27,4	16.911	18,8	
Transt. devido ao uso de subst. psicoativas	159.520	13,0	10.897	12,1	
Transt. psicóticos	413.187	33,7	37.635	41,8	
Transt. depressivos	93.047	7,6	5.957	6,6	
Transt. bipolares	94.958	7,7	8.542	9,5	
Outros transtornos	113.935	9,3	9.314	10,3	
<b>Ano</b>					<0,001
2001	168.024	13,7	26.024	28,9	

2002	122.573	10,0	9.883	11,0	
2003	118.056	9,6	7.741	8,6	
2004	77.157	6,3	4.407	4,9	
2005	68.291	5,6	3.776	4,2	
2006	83.766	6,8	5.503	6,1	
2007	97.957	8,0	5.420	6,0	
2008	88.144	7,2	7.398	8,2	
2009	78.618	6,4	4.837	5,4	
2010	83.548	6,8	4.532	5,0	
2011	83.320	6,8	3.964	4,4	
2012	80.306	6,5	4.128	4,6	
2013	76.390	6,2	2.517	2,8	
<b>Tempo total de internação (em dias)</b>					
Mediana [intervalo interquartil]	26	8-52	167	81-369	<0,001
<b>Tipo de hospital</b>					
Especializado	825.639	67,3	67.993	75,4	<0,001
Geral	380.895	31,1	20.344	22,6	
N.A.	19.616	1,6	1.793	2,0	
<b>Natureza jurídica do estabelecimento</b>					
Privado sem fins lucrativos	447.829	36,5	32.952	36,6	<0,001
Privado	401.480	32,7	33.428	37,1	
Público	374.933	30,6	23.713	26,3	
N.A.	1.908	0,2	37	0,0	
<b>Tempo de permanência na primeira internação de cada paciente (em dias)</b>					
Mediana [intervalo interquartil]	20	6-36	27	11-45	<0,001
<b>Tempo médio de permanência por internação de cada paciente (em dias)</b>					
Mediana [intervalo interquartil]	22	8-38	31,3	18-50,3	<0,001
<b>Tempo de seguimento (em dias)</b>					
Mediana [intervalo interquartil]	2.719	1.423-4.164	3.198	1.963-4.667	<0,001

\* Os hospitais que tiveram registros apenas no período anterior a agosto de 2005 não puderam ser classificados em virtude da limitação temporal dos dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

Na modelagem com o desfecho reinternação precoce todas as variáveis explicativas foram significativas nos modelos univariados e no modelo multivariado. A Tabela 2 apresenta as razões de taxas de incidência e os respectivos intervalos de confiança de 95% para o desfecho reinternação precoce. Pacientes do sexo masculino apresentaram uma taxa de incidência de reinternação precoce 12% maior

em comparação a essa taxa no sexo feminino. Foi verificado que com o aumento da idade reduziu-se gradativamente a taxa de incidência de readmissão em comparação à faixa etária dos 18 aos 29 anos. Pacientes residentes nas regiões Norte, Nordeste e Centro-oeste apresentaram taxas de incidência de reinternação de 12%, 15% e 18% menores, respectivamente, comparados aos pacientes residentes na região Sudeste.

Em relação aos diagnósticos na internação foi verificado que pacientes internados por transtornos bipolares apresentaram as maiores taxas de incidência de reinternação precoce, sendo 48% maior que o grupo de referência (transtornos neuróticos). Em seguida temos pacientes internados por transtornos psicóticos com taxas de incidência 32% maior que a referência. Pacientes internados por transtornos devidos ao uso de álcool foram o único grupo a apresentar taxa de incidência menor que a referência, IRR=0.85.

A internação em hospitais especializados aumentou em 22% a taxa de incidência de reinternação precoce comparada com hospitais gerais. Em relação à natureza jurídica dos hospitais verificou-se que os pacientes internados em hospitais privados e privados sem fins lucrativos apresentaram taxas de incidência 8% e 16% maiores do que os pacientes internados em hospitais públicos, respectivamente. Não foi detectada nenhuma evidência de multicolinearidade entre as variáveis do modelo multivariado.

**Tabela 2 Razões de taxas de incidência de reinternação precoce entre pacientes internados por transtornos mentais e/ou comportamentais pelo SUS, Brasil, 2001-2013.**

Variável	Modelo individual		Modelo múltiplo	
	IRR Bruta (IC 95%)	p-valor	IRR Ajustada (IC 95%)	p-valor
<b>Sexo</b>				
Feminino	1		1	
Masculino	1,03 (1,02–1,04)	<0,001	<b>1,12 (1,11–1,14)</b>	<0,001
<b>Idade</b>				
18 a 29 anos	1		1	
30 a 39 anos	0,80 (0,78–0,81)	<0,001	<b>0,83 (0,81–0,84)</b>	<0,001
40 a 49 anos	0,73 (0,72–0,75)	<0,001	<b>0,77 (0,76–0,79)</b>	<0,001
≥ 50 anos	0,63 (0,61–0,64)	<0,001	<b>0,65 (0,64–0,66)</b>	<0,001
<b>Região</b>				
Sudeste	1		1	
Norte	0,91 (0,87–0,95)	<0,001	<b>0,88 (0,84–0,92)</b>	<0,001
Nordeste	0,90 (0,89–0,92)	<0,001	<b>0,85 (0,83–0,86)</b>	<0,001
Sul	0,96 (0,94–0,97)	<0,001	0,99 (0,98–1,01)	0,451
Centro-Oeste	0,85 (0,83–0,87)	<0,001	<b>0,82 (0,80–0,84)</b>	<0,001
<b>Diagnóstico</b>				
Transt neuróticos	1		1	
Transt devido ao uso de álcool	0,91 (0,85–0,97)	0,003	<b>0,85 (0,79–0,91)</b>	<0,001
Transt devido ao uso de subst. psicoativas	1,37 (1,28–1,46)	<0,001	<b>1,11 (1,04–1,19)</b>	0,002
Transt psicóticos	1,40 (1,31–1,49)	<0,001	<b>1,32 (1,24–1,41)</b>	<0,001
Transt depressivos	1,20 (1,12–1,28)	<0,001	<b>1,16 (1,08–1,25)</b>	<0,001
Transt bipolares	1,51 (1,42–1,62)	<0,001	<b>1,48 (1,38–1,59)</b>	<0,001
Outros transtornos	1,36 (1,27–1,45)	<0,001	<b>1,30 (1,22–1,39)</b>	<0,001
<b>Tipo de hospital</b>				
Geral	1		1	
Especializado	1,26 (1,24–1,28)	<0,001	<b>1,22 (1,20–1,24)</b>	<0,001
<b>Natureza jurídica do estabelecimento</b>				
Público	1		1	
Privado	1,12 (1,10–1,14)	<0,001	<b>1,08 (1,06–1,09)</b>	<0,001
Privado sem fins lucrativos	1,16 (1,14–1,18)	<0,001	<b>1,16 (1,14–1,18)</b>	<0,001

\* Todos os modelos foram ajustados pelo ano de entrada na coorte e tiveram o tempo de seguimento como termo de *offset*.

Com relação ao desfecho reinternação frequente, 8,3% dos 1.314.856 pacientes apresentaram reinternações frequentes durante o seguimento. Entre os pacientes reinternados frequentemente havia maior proporção de pacientes do sexo masculino (66.2% vs. 64.5%), com mediana de idade menor entre os reinternados (36



anos vs. 38 anos), sendo que a maioria dos pacientes, tanto reinternados quanto não-reinternados, residia na região sudeste (43.4% vs. 43.1%).

Quanto ao diagnóstico na internação, os transtornos psicóticos foram mais frequentes entre os reinternados frequentemente (40.8% vs. 33.6%). Os pacientes internados por transtornos devidos ao uso de álcool tiveram menor proporção entre os reinternados frequentemente (21.8% vs. 27.3%), no entanto, ainda assim se destacaram como segunda causa entre os pacientes com reinternações frequentes. Pacientes internados em hospitais especializados apresentaram maior proporção de reinternações frequentes (76.3% vs. 67.1%), assim como os pacientes internados em hospitais privados (38.1% vs. 32.6%).

Entre os pacientes que tiveram reinternações frequentes 63.8% também apresentaram reinternação precoce, ante 1.7% entre os que não foram reinternados frequentemente (Tabela 3).

**Tabela 3 Características sociodemográficas e clínicas de pacientes internados por transtornos mentais e/ou comportamentais pelo SUS e dos hospitais, Brasil, 2001-2013, segundo ocorrência de reinternação frequente.**

Variável	Reinternação frequente				p-valor
	Não reinternados		Reinternados		
	n=1.205.433	91.7%	n=109.423	8.3%	
<b>Sexo</b>					<0,001
Feminino	427.854	35,5	37.030	33,8	
Masculino	777.579	64,5	72.393	66,2	
<b>Idade (anos)</b>					
Mediana [intervalo interquartil]	38	29-48	36	27-45	<0,001
<b>Faixa Etária</b>					<0,001
18 a 29 anos	324.438	26,9	34.699	31,7	
30 a 39 anos	328.919	27,3	31.991	29,2	
40 a 49 anos	296.572	24,6	26.132	23,9	
≥ 50 anos	255.504	21,2	16.601	15,2	
<b>Região</b>					<0,001
Norte	25.844	2,1	1.891	1,7	
Nordeste	231.058	19,2	22.267	20,3	
Sudeste	520.058	43,1	47.435	43,4	
Sul	323.317	26,8	29.577	27,0	
Centro-Oeste	105.156	8,7	8.253	7,5	
<b>Diagnóstico na internação</b>					<0,001
Transt. devido ao uso de álcool	328.901	27,3	23.815	21,8	
Transt. devido ao uso de subst. Psicoativas	157.232	13,0	13.146	12,0	
Transt. Psicóticos	405.475	33,6	44.594	40,8	

Transt. Depressivos	91.692	7,6	7.267	6,6	
Transt. Bipolares	94.705	7,9	8.719	8,0	
Transt. Neuróticos	15.300	1,3	1.003	0,9	
Outros transtornos	112.128	9,3	10.879	9,9	
<b>Ano</b>					<0,001
2001	158.113	13,1	34.404	31,4	
2002	121.063	10,0	11.445	10,5	
2003	117.590	9,8	8.230	7,5	
2004	76.816	6,4	4.768	4,4	
2005	67.920	5,6	4.159	3,8	
2006	82.825	6,9	6.444	5,9	
2007	97.290	8,1	6.087	5,6	
2008	86.989	7,2	8.553	7,8	
2009	77.608	6,4	5.847	5,3	
2010	82.579	6,9	5.501	5,0	
2011	82.371	6,8	4.913	4,5	
2012	79.050	6,6	5.384	4,9	
2013	75.219	6,2	3.688	3,4	
<b>Tempo de permanência total (em dias)</b>					
Mediana [intervalo interquartil]	27	9-51	173	87-353	<0,001
<b>Tipo de hospital</b>					<0,001
Especializado	808.897	67,1	83.484	76,3	
Geral	377.312	31,3	23.831	21,8	
N.A.	19.224	1,6	2.108	1,9	
<b>Natureza jurídica do estabelecimento</b>					<0,001
Privado sem fins lucrativos	439.849	36,5	40.605	37,1	
Privado	392.596	32,6	41.717	38,1	
Público	371.085	30,8	27.060	24,7	
N.A.	1.903	0,2	41	0,0	
<b>Tempo de permanência na primeira internação de cada paciente (em dias)</b>					
Mediana [intervalo interquartil]	20	6-36	28	12-45	<0,001
<b>Tempo médio de permanência por internação de cada paciente (em dias)</b>					
Mediana [intervalo interquartil]	21	8-37	31,7	18,4-49,7	<0,001
<b>Tempo de seguimento (em dias)</b>					
Mediana [intervalo interquartil]	2.716	1.422-2.736	3.172	1.871-4.719	<0,001
<b>Reinternação em até 30 dias</b>					<0,001
Não	1.184.938	98,3	39.651	36,2	
Sim	20.495	1,7	69.772	63,8	

\* Os hospitais que tiveram registros apenas no período anterior a agosto de 2005 não puderam ser classificados em virtude da limitação temporal dos dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

Na modelagem com o desfecho reinternação frequente todas as variáveis explicativas foram significativas nos modelos univariados e mantidas no modelo

multivariado. Não foi detectada nenhuma evidência de multicolinearidade entre as variáveis do modelo multivariado. As razões de taxas de incidência e os respectivos intervalos de confiança de 95% para o desfecho reinternação frequente são apresentados na Tabela 4. Os pacientes do sexo masculino apresentaram taxa de incidência de reinternação frequente 8% maior que pacientes do sexo feminino. Com relação à região de residência, os pacientes das regiões Nordeste e Sul apresentaram taxa de incidência de reinternação frequente 4% e 8% maior, respectivamente, enquanto entre os residentes das regiões Norte e Centro-Oeste a taxa de incidência de reinternação frequente foi 8% e 6% menor que a referência, respectivamente.

Considerando os diagnósticos na internação, os transtornos bipolares foram o único grupo que não apresentou taxa de incidência de reinternação frequente com diferença estatisticamente significativa em relação ao grupo referência (transtornos neuróticos). Os demais grupos diagnósticos apresentaram taxas de incidência de reinternação frequente de 11% a 13% maiores que a referência. Os pacientes internados em hospitais especializados apresentaram taxa de incidência 14% maior que os internados em hospitais gerais. Da mesma forma, pacientes internados em hospitais privados e privados sem fins lucrativos também apresentaram taxa de incidência 5% e 12%, respectivamente, maior que pacientes internados em hospitais públicos.

A interação entre a faixa etária e reinternação precoce foi estatisticamente significativa, de modo que a presença de reinternação precoce altera o sentido das associações encontradas entre a faixa etária e o desfecho. Entre os pacientes que não foram reinternados precocemente, a taxa de incidência de reinternação frequente nos pacientes de 30 a 39 anos é 1.05 vezes a taxa entre os pacientes de 18 a 29 anos, e 0.84 vezes a taxa entre os pacientes com 50 anos ou mais. No entanto, entre os pacientes reinternados precocemente, a faixa de 30 a 39 anos passa a ser fator de proteção para reinternação frequente (IRR=0.95), enquanto as faixas de 40 a 49 anos e de 50 anos ou mais passam a ser fator de risco para reinternação frequente (IRR iguais a 1.04 e 1.33, respectivamente).

A reinternação precoce foi considerada fator de risco para reinternação frequente em todas as faixas etárias, com os valores de IRR mínimo e máximo iguais a 19.7 (entre os de 20 a 29 anos) e 27.5 (entre os de 50 anos ou mais), respectivamente.

**Tabela 4 Razões de taxas de incidência de reinternação frequente entre pacientes internados por transtornos mentais e/ou comportamentais pelo SUS, Brasil, 2001-2013.**

Variável	Modelo individual		Modelo múltiplo	
	IRR Bruta (IC 95%)	p-valor	IRR Ajustada (IC 95%)	p-valor
<b>Sexo</b>				
Feminino	1		1	
Masculino	1,11 (1,09–1,12)	<0,001	<b>1,08 (1,07–1,09)</b>	<0,001
<b>Região</b>				
Sudeste	1		1	
Norte	0,83 (0,80–0,87)	<0,001	<b>0,92 (0,90–0,97)</b>	<0,001
Nordeste	0,99 (0,98–1,01)	0,088	<b>1,04 (1,02–1,05)</b>	<0,001
Sul	1,05 (1,04–1,07)	<0,001	<b>1,08 (1,07–1,09)</b>	<0,001
Centro–Oeste	0,86 (0,84–0,88)	<0,001	<b>0,94 (0,92–0,95)</b>	<0,001
<b>Diagnóstico na internação</b>				
Transt. Neuróticos	1		1	
Transt. devido ao uso de álcool	1,11 (1,05–1,18)	0,001	<b>1,11 (1,06–1,16)</b>	0,003
Transt. devido ao uso de subst. Psicoativas	1,44 (1,35–1,53)	<0,001	<b>1,12 (1,07–1,17)</b>	<0,001
Transt. Psicóticos	1,44 (1,35–1,53)	<0,001	<b>1,11 (1,07–1,17)</b>	<0,001
Transt. Depressivos	1,28 (1,20–1,36)	<0,001	<b>1,11 (1,06–1,16)</b>	<0,001
Transt. Bipolares	1,35 (1,26–1,43)	<0,001	1,02 (0,98–1,07)	0,331
Outros transtornos	1,37 (1,29–1,46)	<0,001	<b>1,13 (1,09–1,19)</b>	<0,001
<b>Tipo de hospital</b>				
Geral	1		1	
Especializado	1,32 (1,31–1,34)	<0,001	<b>1,14 (1,13–1,16)</b>	<0,001
<b>Natureza jurídica do estabelecimento</b>				
Público	1		1	
Privado	1,22 (1,21–1,24)	<0,001	<b>1,05 (1,04–1,07)</b>	<0,001
Privado sem fins lucrativos	1,25 (1,24–1,27)	<0,001	<b>1,12 (1,11–1,13)</b>	<0,001
<b>Idade</b>				cont.

<b>Todos os pacientes</b>	18 a 29 anos	1		cont.
	30 a 39 anos	0,89 (0,88–0,90)	0,054	
	40 a 49 anos	0,84 (0,83–0,86)	<0,001	
	≥ 50 anos	0,71 (0,70–0,72)	<0,001	
<b>Idade</b>				
<b>Não Reinternados Precocemente</b>	18 a 29 anos			1
	30 a 39 anos			<b>1,05 (1,03–1,08)</b>
	40 a 49 anos			1,01 (0,98–1,03)
	≥ 50 anos			<b>0,84 (0,81–0,86)</b>
<b>Idade</b>				
<b>Reinternados Precocemente</b>	18 a 29 anos			1
	30 a 39 anos			<b>0,95 (0,93–0,98)</b>
	40 a 49 anos			<b>1,04 (1,01–1,08)</b>
	≥ 50 anos			<b>1,33 (1,29–1,38)</b>
<b>Reinternação precoce</b>				
<b>Todos os pacientes</b>	Não	1		
	Sim	21,6 (21,4–21,9)	<0,001	
<b>Reinternação precoce</b>				
<b>18 a 29 anos</b>	Não			1
	Sim			<b>20,6 (20,2–21,0)</b>
<b>Reinternação precoce</b>				
<b>30 a 39 anos</b>	Não			1
	Sim			<b>19,7 (19,3–20,1)</b>
<b>Reinternação precoce</b>				
<b>40 a 49 anos</b>	Não			1
	Sim			<b>21,5 (21,1–22,0)</b>
<b>Reinternação precoce</b>				
<b>≥ 50 anos</b>	Não			1
	Sim			<b>27,5 (26,8–28,3)</b>

\* Todos os modelos foram ajustados pelo ano de entrada na coorte e tiveram o tempo de seguimento como termo de *offset*.

## Discussão

### *Reinternação precoce*

A reinternação precoce é um desfecho de grande importância, pois pode indicar problemas relacionados à alta hospitalar ou ao seguimento do tratamento extra-hospitalar. No nosso estudo verificamos que 6.8% dos pacientes que foram internados durante o período de seguimento apresentaram reinternações precoces, em até 30 dias após a alta. Essa proporção é maior que a encontrada por um estudo conduzido na Itália, cujo percentual de reinternação precoce foi de 6.26% [13]. Todas as outras publicações consultadas apresentaram proporções de reinternação precoce maiores, variando entre 7.2% e 22.5% [15,16,17,18,19,20,21,22,23].

Com relação aos fatores associados à reinternação precoce foi verificado que os indivíduos do sexo masculino apresentavam maiores taxas de incidência. A maioria dos estudos consultados referiu maior prevalência de homens entre os pacientes reinternados precocemente [13,15,16,20,21,22,23], à exceção de um estudo com maior prevalência de mulheres [19]. Apesar disso a maioria dos estudos não indicou diferenças estatisticamente significativas associando o sexo às reinternações precoces, com exceção de uma pesquisa canadense que relatou menor chance de reinternação por delirium/demência em 30 dias para mulheres [15].

A distribuição dos pacientes segundo a faixa etária demonstra um gradiente no qual o percentual de pacientes reinternados precocemente diminui conforme o aumento das faixas etárias. Tendo como referência faixa etária mais jovem (18 a 29 anos) verifica-se o mesmo gradiente em termos de razão de taxas de incidência. Este achado corrobora outros estudos que também identificaram maior risco de reinternação precoce em pacientes mais jovens [15,18,19,21].

No desfecho reinternação precoce apenas os transtornos devidos ao uso de álcool apresentaram-se como fator de proteção para uma nova internação em até 30 dias a após a alta. Esse resultado corrobora outros estudos que avaliaram o mesmo intervalo de tempo [18,19] e diverge de outro que encontrou transtornos por uso de álcool e outras substâncias psicoativas como fator de risco [21]. Alguns estudos indicam a esquizofrenia como o maior risco de reinternação precoce [16,22], e os transtornos de personalidade ora são relatados como fator de proteção [23] e ora

como fator de risco [16]. Outros dois grupos de transtornos relatados como fatores protetivos para reinternação precoce foram transtornos neuróticos [21] e transtornos depressivos [16]. Considerando a trajetória dos transtornos relacionados ao uso de álcool é possível conjecturar que esses diagnósticos se apresentam como fator de proteção pela própria dinâmica do tratamento, que limita (ou cessa) o uso abusivo da substância até a estabilização do paciente e posteriormente a alta hospitalar. Após a alta os pacientes teriam uma sobrevida maior para uma nova internação em função da vigília social que costuma ocorrer com esse perfil de pacientes.

O hospital especializado apresentou o maior risco de reinternação precoce neste estudo. Até onde pudemos identificar, o único estudo brasileiro que avaliou a ocorrência de reinternação precoce não investigou esse tipo de característica, em razão do próprio desenho do estudo [21]. O estudo de Chen, Collins e Kidd [15] verificou maiores chances de pacientes internados em hospitais psiquiátricos apresentarem reinternação em 30 dias por transtornos de humor, esquizofrenia e outros transtornos psicóticos, transtornos por uso de substâncias, e por demência. Han et al. [22] encontraram chances maiores de reinternação em 30 dias em hospitais terciários na China, comparados com hospitais secundários. É possível que o maior risco de reinternação de pacientes previamente internados em hospitais especializados (psiquiátricos) esteja relacionado à gravidade dos casos geralmente encaminhados para esse tipo de estabelecimento.

Para tratar da natureza jurídica dos hospitais esbarramos na dificuldade de encontrar outros estudos que tenham discutido reinternações precoces comparando hospitais públicos, privados e privados sem fins lucrativos. É plausível que esta seja uma questão mais específica do contexto brasileiro e do complexo mix público-privado que rege a oferta de ações e serviços de saúde, inclusos os leitos psiquiátricos. Os estudos brasileiros consultados não dispunham desse tipo de informação, sendo esta limitação relacionada ao desenho dos estudos.

### *Reinternação frequente*

A reinternação frequente é definida na literatura por diversos critérios considerando o número e o período de reinternações. No nosso estudo 8.3% dos pacientes apresentaram 3 ou mais internações em um período de um ano. Três

estudos adotaram o mesmo critério utilizado neste estudo, tendo um destes verificado taxa inferior e os outros dois taxas superiores. Ao avaliar os pacientes internados em um hospital em Perúgia (Itália) Gobbicchi et al. [31] verificaram 6.3% de pacientes em reinternação frequente. Han et al. [22] realizaram um estudo com pacientes internados em Beijing (China) e identificaram 29.3% dos pacientes com readmissões frequentes. A pesquisa de Morlino et al. [29] avaliou uma amostra representativa de pacientes de todas as regiões da Itália que foram internados no ano de 2004, tendo verificado que 40.5% correspondiam a reinternações frequentes. Um estudo italiano que usou como critério 3 ou mais internações em um ano-calendário encontrou percentual de 5.68% de reinternação frequente [30]. A forma como são classificadas as reinternações frequentes podem afetar as mensurações, uma vez que os períodos de observação diferem muito entre os estudos. Nesse sentido cabe informar que a proporção de pacientes em reinternação frequente pode variar de 9.8% a 69% [2,3,17,23,25,27,28,33,36], dependendo do desenho do estudo, sendo necessária a padronização dessa medida para melhor estabelecer a frequência desse fenômeno.

O sexo masculino foi identificado com maior frequência entre pacientes com reinternação frequente no nosso estudo. A maioria das publicações consultadas relatou maior prevalência de homens entre os pacientes reinternados frequentemente [17,22,23,25,27,28,29,30,31,32], à exceção de alguns estudos com maior prevalência de mulheres [2,36]. Os estudos que adotaram o mesmo critério de classificação de reinternação frequente que o nosso [22,29,31] não verificaram associação estatisticamente significativa entre o sexo dos pacientes e a ocorrência de reinternações frequentes. Duas revisões sistemáticas que avaliaram fatores associados à reinternação psiquiátrica identificaram que essa característica ora se apresenta como fator de risco ora como fator de proteção [9,24].

O local de residência dos pacientes indicou que as regiões Nordeste e Sul apresentavam risco aumentado de reinternação frequente, enquanto residir nas regiões Norte e Centro-Oeste indicava um fator de proteção, tendo como referência residir na região Sudeste do país. Esses dados chamam a atenção pelo fato de que ao longo dos últimos anos houve grande redução dos leitos psiquiátricos credenciados pelo Sistema Único de Saúde em todo o país, mas essa redução não ocorreu de forma homogênea, nas regiões Nordeste e Sudeste houve redução acima de 50% dos leitos psiquiátricos, enquanto na região Sul essa redução foi da ordem de 11,3% [48]. Além



disso é importante citar que a expansão dos serviços comunitários de atenção ambulatorial também não ocorreu de forma uniforme, e que a não configuração de uma rede de serviços capaz de responder aos momentos de crise dos pacientes pode favorecer a reinternação [2,49].

Ao analisar os diagnósticos associados à reinternação frequente nota-se que o único grupo diagnóstico que não se apresentou como fator de risco foram os transtornos bipolares (sem significância estatística). Alguns estudos verificaram maior chance de reinternação frequente em pacientes com esquizofrenia ou transtorno esquizoafetivo [27,33], transtornos de personalidade [23,29,30,33], transtornos de humor [28]. Um estudo verificou que a condição com maior associação com reinternação frequente foi a presença de comorbidade entre transtornos de humor e transtornos por uso de substâncias [31]. Transtornos depressivos e transtornos por uso de substâncias foram relatados como fatores de menor risco para reinternação frequente em comparação à esquizofrenia [17], e em outra publicação os transtornos bipolares apresentaram-se como fator de proteção para reinternação frequente [22]. É possível que as diferenças encontradas entre os achados do nosso estudo com os demais estejam relacionadas às questões metodológicas, em razão da diversidade de formas de categorização dos grupos diagnósticos e escolha de categorias de referência.

O hospital especializado representou maior risco de reinternação frequente comparado ao hospital geral. É importante citar que a oferta de leitos para internação psiquiátrica no Brasil ainda é predominantemente garantida por hospitais psiquiátricos, apesar de todas as mudanças realizadas a partir da Reforma Psiquiátrica e da política de requalificação dos hospitais psiquiátricos [49,50]. Dessa forma, é possível que o risco aumentado de reinternação em hospitais especializados esteja relacionada também ao fato de que em razão da baixa oferta de leitos em hospitais gerais as solicitações de internação sejam direcionadas para os hospitais especializados como única forma de acesso ao leito.

Em relação à natureza jurídica dos hospitais os estudos brasileiros consultados não fazem menção a diferenças na ocorrência de reinternação frequente em função desta característica. Nos estudos internacionais consultados encontramos apenas uma menção a tal questão no trabalho de Tedeschi et al. [12]. Os autores relataram que uma associação significativa com readmissão foi encontrada quanto ao tipo de

hospital na admissão índice, sendo que a menor taxa de readmissão (40%) foi apresentada pelos hospitais universitários em comparação com outros hospitais públicos e privados (43%).

Considerando a idade dos pacientes foi verificada uma interação com a ocorrência de reinternação precoce. Os pacientes da faixa etária dos 30 a 39 que não tiveram reinternação precoce apresentavam maior risco de reinternação frequente, já os pacientes da mesma faixa etária que foram reinternados precocemente apresentaram um fator de proteção à reinternação frequente. Nessa faixa etária a reinternação precoce favoreceu os pacientes, diminuindo o risco de reinternação frequente. Entre os pacientes da faixa etária de 50 anos ou mais não ter tido reinternação precoce diminuiu o risco de reinternação frequente, e a ocorrência da reinternação precoce nessa faixa etária aumentou o risco de reinternação frequente. Mais estudos para avaliar em profundidade essa relação serão necessários. Nos estudos consultados não foi relatada nenhuma menção a esse tipo de interação. Alguns estudos identificaram maior risco de reinternação frequente em pacientes mais jovens [17,29,33].

A variável com associação mais forte com a reinternação frequente foi a ocorrência de reinternação em 30 dias. Na literatura sobre as reinternações psiquiátricas a característica mais fortemente associada é o número de internações anteriores do mesmo paciente [9,10,17,18,19,22,34,35,38,39,40]. Em nosso estudo não foi possível aferir tal número, no entanto, poderíamos considerar a ocorrência de reinternação em 30 dias como uma variável *proxy* da ocorrência de internações anteriores, uma vez que essa variável indicaria que os pacientes com esse perfil são mais propensos à reinternação frequente. Nesse sentido, a reinternação precoce poderia operar como um marcador de risco para as reinternações frequentes, facilmente mensurável no âmbito dos serviços de saúde mental.

### Limitações do estudo

Entre as limitações desse estudo, destacamos que a Base Nacional de Saúde, de onde foram extraídos os dados, foi gerada a partir do pareamento de dados produzidos por sistemas de informação administrativos, que muitas vezes não possuem relevantes dados sociodemográficos dos pacientes, tais como raça/cor de

pele, escolaridade, renda e apoio social. Outra limitação importante refere-se ao número de internações anteriores à primeira internação identificada no período de seguimento, pois pela mesma razão anterior, o registro de dados clínicos nos sistemas de informação é bastante reduzido. O acompanhamento do paciente em serviços comunitários ou na atenção primária após a internação também não pôde ser aferido, uma vez que os dados desses serviços não estavam disponíveis na base de dados. Por fim não foi possível verificar se os pacientes identificados neste estudo apresentaram algum registro de internação em instituições privadas não conveniadas ao SUS, ou ainda em locais não vinculados a serviços de saúde, como comunidades terapêuticas.

## **Conclusões**

Por meio de uma coorte retrospectiva não concorrente de abrangência nacional foi possível verificar que 6.8% dos pacientes acompanhados apresentaram reinternações precoces, sendo que características como ser do sexo masculino, internação por transtornos bipolares, transtornos psicóticos e internação em hospitais especializados associaram-se ao aumento na taxa de incidência de reinternação precoce. Observou-se ainda que 8.3% dos pacientes apresentaram reinternações frequentes, tendo como característica mais fortemente associada ao aumento da taxa de incidência de reinternação frequente a ocorrência de reinternação precoce pelo paciente, sendo ainda detectado que a magnitude desse aumento depende da faixa etária do paciente.

Foi verificado que características dos pacientes (sexo, faixa etária, região de residência), das internações (diagnóstico, reinternação em 30 dias) e dos hospitais (tipo, natureza jurídica) estiveram associadas aos desfechos analisados. Porém, algumas dessas características, como o tipo e a natureza jurídica dos hospitais estão estruturalmente relacionadas com a forma de organização do sistema de saúde, e ainda precisarão de tempo para que sejam alteradas. Por outro lado, a forte associação positiva entre reinternação precoce e reinternação frequente sugere que a primeira condição deva ser considerada como prioritária na elaboração de planos terapêuticos com vistas à prevenção ou redução de reinternações frequentes.

## Referências

- 1 BRASIL. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União 2001; 9 abr.
- 2 Pitta AMF. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas (2011) Ciênc saúde colet 16(12): 4579-4589. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001300002>.
- 3 Andreoli SB, Almeida-Filho N, Martin D, Mateus MDML, Mari JJ (2007) Is psychiatric reform a strategy for reducing the mental health budget? The case of Brazil. Braz J Psychiatry 29(1): 43-46. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462006005000032>.
- 4 World Health Organization (2007) WHO-AIMS Report on Mental Health System in Brazil, WHO and Ministry of Health, Brasília, Brazil, 2007. Available on: <[http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/who\\_aims\\_report\\_brazil.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/who_aims_report_brazil.pdf)>.
- 5 Mari JJ (2011) Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira. Ciênc saúde colet 16(12): 4593-4596. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001300005>.
- 6 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria/GM Nº 336 de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. Brasília (DF); 2002.
- 7 Fraga MNO, Souza AMA, Braga VAB (2006) Reforma psiquiátrica brasileira: muito a refletir. Acta paul enferm 19(2), 207-211. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002006000200013>.
- 8 Rocha HA, Santos AF, Reis IA, Santos MAC, Cherchiglia ML (2018) Saúde mental na atenção básica: uma avaliação por meio da Teoria da Resposta ao Item. Rev Saude Publica. 52:17. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000051>.
- 9 Donisi V, Tedeschi F, Wahlbeck K, Haaramo P, Amaddeo F (2016) Pre-discharge factors predicting readmissions of psychiatric patients: a systematic review of the literature. BMC Psychiatry 16;16(1):449. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1114-0>.
- 10 Baeza FLC, Rocha NS, Fleck MPA (2018) Readmission in psychiatry inpatients within a year of discharge: The role of symptoms at discharge and post-discharge care in a Brazilian sample. Gen Hosp Psychiatry 51,63-70. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2017.11.008>.
- 11 Bezerra CG, Dimenstein M (2011) O fenômeno da reinternação: Um desafio à Reforma Psiquiátrica. Mental, 9(16), 303-326. Available on: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v9n16/a07v9n16.pdf>>.
- 12 Tedeschi F, Donisi V, Salazzari D, Cresswell-Smith J, Wahlbeck K, Amaddeo F (2020) Clinical and organizational factors predicting readmission for mental health

patients across Italy. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 55, 187–196  
<https://doi.org/10.1007/s00127-019-01766-y>.

13 Del Favero E, Montemagni C, Villari V, Rocca P (2020) Factors associated with 30-days and 180-days psychiatric readmissions: A snapshot of a metropolitan area. *Psychiatry Res.* 292:113309. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113309>.

14 Lin CH, Chen WL, Lin CM, Lee MD, Ko MC, Li CY (2010) Predictors of psychiatric readmissions in the short- and long-term: a population-based study in Taiwan. *Clinics.* 65(5), 481-489. <https://doi.org/10.1590/S1807-59322010000500005>.

15 Chen S, Collins A, Kidd SA (2018) Thirty-Day and 5-Year Readmissions following First Psychiatric Hospitalization: A System-Level Study of Ontario's Psychiatric Care. *Can J Psychiatry.* 63(6):410-415. <http://dx.doi.org/10.1177/0706743717751667>.

16 Ortiz G (2019) Predictors of 30-day Postdischarge Readmission to a Multistate National Sample of State Psychiatric Hospitals. *J Healthc Qual.* 41(4):228-236. <https://doi.org/10.1097/JHQ.000000000000162>.

17 Guzmán-Parra J, Bordallo-Aragón A, Moreno-Küstner B, Mayoral-Cleries F (2020) Factors Associated With High Use of Hospital Psychiatric Services in Málaga, Spain. *J Nerv Ment Dis,* 208(1), 65–69. <https://doi.org/10.1097/nmd.0000000000001088>.

18 Barker LC, Gruneir A, Fung K, Herrmann N, Kurdyak P, Lin E, Rochon PA, Seitz D, Taylor VH, Vigod SN (2018) Predicting psychiatric readmission: sex-specific models to predict 30-day readmission following acute psychiatric hospitalization. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 53(2):139-149. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1450-5>.

19 Vigod SN, Kurdyak PA, Seitz D, Herrmann N, Fung K, Lin E, Perlman C, Taylor VH, Rochon PA, Gruneir A (2015) READMIT: a clinical risk index to predict 30-day readmission after discharge from acute psychiatric units. *J Psychiatr Res.* 61:205-13. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2014.12.003>.

20 Elhassan NM, Elhusein B, Al Abdulla M, Saad TA, Kumar R (2020) Sociodemographic and clinical characteristics of patients with recurrent psychiatric readmissions in Qatar. *J Int Med Res.* 28(12). <https://doi.org/10.1177/0300060520977382>.

21 Volpe FM, Braga IP, Silva EM (2018) Community health services and risk of readmission in public psychiatric hospitals of Belo Horizonte, Brazil, 2005-2011. *Trends Psychiatry Psychother* 40(3): 193-201. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2017-0080>.

22 Han X, Jiang F, Tang Y, Needleman J, Guo M, Chen Y, Zhou H, Liu Y (2020) Factors associated with 30-day and 1-year readmission among psychiatric inpatients in Beijing China: a retrospective, medical record-based analysis. *BMC psychiatry,* 20(1), 113. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02515-1>.

23 Evans LJ, Harris V, Newman L, Beck A (2017) Rapid and frequent psychiatric readmissions: associated factors, *Int J Psychiatry Clin Pract*, 21:4, 271-276.

<http://dx.doi.org/10.1080/13651501.2017.1324037>.

24 Zanardo GLP; Moro LM; Ferreira GS; Rocha KB (2018) Factors Associated with Psychiatric Readmissions: A Systematic Review. *Paidéia (Ribeirão Preto)* 28, e2814.

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-4327e2814>.

25 Parente CJS, Mendes LPF, Souza CNS, Silva DKM, Silva JC, Parente ACBV, Parente ACM (2007) O fenômeno de revolving door em hospitais psiquiátricos de uma capital do nordeste brasileiro. *REME – Rev. Min. Enf*, 11(4), 381-386.

Disponível em <[http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-27622007000400006&lng=pt&nrm=iso](http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-27622007000400006&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 27 dez 2021.

26 Zanardo GLP, Silveira LHC, Rocha CMF, Rocha KB (2017) Internações e reinternações psiquiátricas em um hospital geral de Porto Alegre: características sociodemográficas, clínicas e do uso da Rede de Atenção Psicossocial. *Rev. bras. epidemiol.* 20(3): 460-474. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201700030009>

27 Langdon PE, Yágüez L, Brown J, Hope A (2001) Who walks through the 'revolving-door' of a British psychiatric hospital?, *Journal of Mental Health*, 10:5, 525-533, <http://dx.doi.org/10.1080/09638230126725>.

28 Webb S, Yágüez L, Langdon PE (2007) Factors associated with multiple re-admission to a psychiatric hospital, *Journal of Mental Health*, 16:5, 647-661, <https://doi.org/10.1080/09638230701494845>.

29 Morlino M, Calento A, Schiavone V, Santone G, Picardi A, De Girolamo G (2011) Use of psychiatric inpatient services by heavy users: Findings from a national survey in Italy. *European Psychiatry*, 26(4), 252-259.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2010.11.005>.

30 Di Lorenzo R, Sagona M, Landi G, Martire L, Piemonte C, Del Giovane C (2016) The Revolving Door Phenomenon in an Italian Acute Psychiatric Ward: A 5-Year Retrospective Analysis of the Potential Risk Factors. *J Nerv Ment Dis.* 204(9):686-92.

<http://dx.doi.org/10.1097/NMD.0000000000000540>.

31 Gobbicchi C, Verdolini N, Menculini G, Cirimbilli F, Gallucci D, Vieta E, Tortorella A (2021) Searching for factors associated with the “Revolving Door phenomenon” in the psychiatric inpatient unit: A 5-year retrospective cohort study. *Psychiatry Research.* v. 303, 114080.

<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114080>.

32 Botha UA, Koen L, Joska JA, Parker JS, Horn N, Hering LM, Oosthuizen PP (2010) The revolving door phenomenon in psychiatry: comparing low-frequency and high-frequency users of psychiatric inpatient services in a developing country. *Soc Psychiat Epidemiol*, 45(4), 461–468. <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-009-0085-6>.

33 Martínez-Ortega JM, Gutiérrez-Rojas L, Jurado D, Higuera A, Diaz FJ, Gurpegui M (2011) Factors associated with frequent psychiatric admissions in a general

hospital in Spain. *Int J Soc Psychiatry*, 58(5), 532–535.  
<https://doi.org/10.1177/0020764011413061>.

34 Zhang J, Harvey C, Andrew C (2011) Factors associated with length of stay and the risk of readmission in an acute psychiatric inpatient facility: a retrospective study. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(7), 578–585.  
<https://doi.org/10.3109/00048674.2011.585452>.

35 Wheeler A, Moyle S, Jansen C, Robinson E, Vanderpyl J (2011) Five-year follow-up of an acute psychiatric admission cohort in Auckland, New Zealand. *N Z Med J*. 124(1336):30-8. Available on: <[https://assets-global.website-files.com/5e332a62c703f653182faf47/5e332a62c703f65f2a2fdc8a\\_content.pdf](https://assets-global.website-files.com/5e332a62c703f653182faf47/5e332a62c703f65f2a2fdc8a_content.pdf)>. Acesso em: 28 dez 2021.

36 Graça J, Klut C, Trancas B, Borja-Santos N, Cardoso G (2013) Characteristics of frequent users of an acute psychiatric inpatient unit: a five-year study in Portugal. *Psychiatr Serv*. 1;64(2):192-5. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.000782012>.

37 Jaramillo-Gonzalez LE, Sanchez-Pedraza R, Herazo MI (2014) The frequency of rehospitalization and associated factors in Colombian psychiatric patients: a cohort study. *BMC Psychiatry*. 2;14:161. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-244X-14-161>.

38 Zhou Y, Rosenheck RA, Mohamed S, Fan N, Ning Y, He H (2014) Retrospective assessment of factors associated with readmission in a large psychiatric hospital in Guangzhou, China. *Shanghai Arch Psychiatry*. 26(3):138-148.  
<https://doi.org/10.3969/j.issn.1002-0829.2014.03.005>.

39 Castro SA, Furegato ARF, Santos JLF (2010) Características sociodemográficas e clínicas em reinternações psiquiátricas. *Rev Lat Am Enfermagem* 18(4): 800-8. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692010000400020>.

40 Loch AA (2012) Stigma and higher rates of psychiatric re-hospitalization: São Paulo public mental health system. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 34(2), 185-192.  
<https://doi.org/10.1590/S1516-44462012000200011>.

41 Barros REM, Azevedo Marques JM, Santos JLF, Zuardi AW, Del-Bem CM (2016) Impact of length of stay for first psychiatric admissions on the ratio of readmissions in subsequent years in a large Brazilian catchment area. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 51, 575–587. <https://doi.org/10.1007/s00127-016-1175-x>.

42 Santos MESB, Roza DL, Barros REM, Santos JLF, Razzouk D, Azevedo-Marques JM, Menezes PR, Del-Bem CM (2021) Patient needs four years after first psychiatric hospitalization in a Brazilian cohort. *Braz J Med Biol Res*. 54(8), e11447. <https://doi.org/10.1590/1414-431X2021e11447>.

43 Guerra Junior AA, Pereira RG, Gurgel EI, Cherchiglia M, Dias LV, Ávila J, et al. (2018) Building the national database of health centred on the individual: administrative and epidemiological record linkage-Brazil, 2000-2015. *Int. J. Pop. Data Sci*. 3(1), 446. <https://doi.org/10.23889/ijpds.v3i1.446>.

- 44 Barros AJ, Hirakata VN (2003) Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol* 3:21. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-3-21>.
- 45 Murray J, Menezes AMB, Hickman M et al (2015) Childhood behaviour problems predict crime and violence in late adolescence: Brazilian and British birth cohort studies. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 50, 579–589. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-0976-z>.
- 46 Murray J, Lima NP, Ruivo ACO et al (2018) Lifelong robbery victimisation and mental disorders at age 18 years: Brazilian population-based study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 53, 487–496. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1488-z>.
- 47 Hazzard VM, Barry MR, Leung CW, Sonnevile KR, Wonderlich SA, Crosby RD (2022) Food insecurity and its associations with bulimic-spectrum eating disorders, mood disorders, and anxiety disorders in a nationally representative sample of U.S. adults. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 57, 1483–1490. <https://doi.org/10.1007/s00127-021-02126-5>.
- 48 Departamento de Informática do SUS. Cnes - Recursos Físicos - Hospitalar - Leitos De Internação – Brasil. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/leintbr.def>
- 49 Fernandes CJ, Lima AF, Oliveira PRS, Santos WS (2020) Índice de Cobertura Assistencial da Rede de Atenção Psicossocial (iRAPS) como ferramenta de análise crítica da reforma psiquiátrica brasileira. *Cad Saude Publica*. 36(4):e00049519. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00049519>.
- 50 BRASIL. Ministério da Saúde (2015) Saúde Mental em Dados – 12, ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Available on: <[https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report\\_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf](https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf)>.



## 6 CONCLUSÕES

Com o primeiro artigo verificou-se que houve uma grande redução das taxas de internação de pacientes ao longo do período em estudo, reduzindo-se quase pela metade. Algumas características como a idade e a distribuição das internações entre os pacientes por sexo se mantiveram constantes.

Aumentaram as taxas de internação de pacientes por uso de substâncias psicoativas, o que pode ser um fator que está socialmente determinado, ensejando a discussão das políticas para redução e controle do uso de álcool e outras drogas. A partir das reformas promovidas pelo Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria) e do Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (PRH) o hospital psiquiátrico especializado vinha perdendo o seu papel de protagonista na Política de Saúde Mental. Com o aumento significativo da participação das internações em leitos de hospitais gerais o hospital especializado deixava de ser o grande lócus da saúde mental. Ao mesmo tempo, com a expansão e consolidação dos CAPS em suas variadas modalidades vislumbrava-se a possibilidade de estabelecimento de uma rede de cuidado não-hospitalar, que respeitasse os vínculos familiares, sociais e comunitários dos sujeitos, sem deixar de promover o tratamento necessário.

No segundo artigo foi verificado que 6,8% dos pacientes internados por transtornos mentais apresentaram pelo menos uma reinternação em até 30 dias após a alta hospitalar. Com relação à reinternação frequente 8,3% dos pacientes apresentaram três ou mais internações psiquiátricas em um período de até 365 dias. Na reinternação precoce verificou-se um gradiente de risco em que o aumento na faixa etária reduz o risco de reinternação. Essa fator pode estar associado à características próprias dos transtornos mentais, que afetam de maneira mais intensa pessoas em faixas etárias mais jovens, como é o caso da categoria de referência deste estudo, 18 a 29 anos de idade.

Para a reinternação precoce os transtornos devidos ao uso de álcool atuam como fator de proteção, possivelmente em razão da dinâmica social envolvida nas internações dos pacientes com esses diagnósticos. É possível que após a alta de uma internação por uso de álcool o paciente retorne ao convívio social envolto numa “rede

de proteção e vigília” que busca protegê-lo de uma recidiva, atrasando ao máximo o retorno ao uso abusivo, de modo que as reinternações, se vierem a ocorrer, se darão em períodos superiores ao estipulado nesse estudo (30 dias).

A internação em hospitais especializados também apresentou maior risco de reinternação para ambos os desfechos, com magnitudes diferentes. Considerando que durante o período em estudo neste trabalho houve grande redução dos leitos psiquiátricos e conseqüente redução das taxas de pacientes internados em hospitais especializados, assinalada nos resultados do Artigo 1 desta tese, é possível inferir o risco aumentado de reinternação nos hospitais psiquiátricos ainda seja um resquício da longa história do modelo manicomial que existia antes da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da promulgação da Lei 10.216/2001. Além disso, é importante considerar que a rede de serviços ambulatoriais extra-hospitalares, com destaque para os CAPS, ainda se encontrava com considerável déficit de oferta no período deste estudo, o que pode afetar a ocorrência de reinternações pelo fato dos pacientes não terem o devido acompanhamento após a alta hospitalar.

Por fim, é importante destacar a interação verificada entre a faixa etária e a ocorrência de reinternação precoce ao analisar o desfecho reinternação frequente. A presença simultânea de características como ter tido uma reinternação precoce e possuir 50 anos ou mais faz com que as pessoas nesse grupo tenham as maiores taxas de incidência de reinternação frequente registradas neste estudo. Nesse sentido é necessário que os serviços de saúde estejam atentos a essas características, para que a vigilância em saúde consiga promover condições de prevenir a ocorrência de reinternações frequentes, considerando que os pacientes que apresentaram reinternação precoce apresentam as maiores taxas de incidência de reinternação frequente.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho nos permitiu avançar no conhecimento dos fatores associadas às internações e reinternações psiquiátricas no âmbito do Sistema Único de Saúde num período relativamente recente. Cabe ressaltar que durante os últimos 20 anos muito foi feito para mudar o panorama existente até a promulgação da Lei nº 10.216/2001, que estabeleceu a atual Política Nacional de Saúde Mental. Mas, como foi relatado na revisão de literatura, muito tem sido feito para retornar à estrutura anterior, por atores historicamente ligados ao modelo manicomial que ocupam os lugares de decisão de dentro da política psicossocial.

Como relatado no primeiro artigo as opções feitas no âmbito da PNSM de redução dos leitos psiquiátricos e da expansão dos CAPS esteve associada à redução nas taxas de pacientes internados ao longo do tempo. Entende-se que essas duas ações estão incluídas em um contexto maior, que inclui outros dispositivos voltados para a desinstitucionalização como o Programa de Volta Para Casa e os Serviços Residenciais Terapêuticos, entre outros. Portanto, a sinergia desses vários componentes ajuda a explicar a redução dos pacientes internados, de modo que seria muito difícil isolar qualquer desses fatores num modelo de análise que buscasse determinar um único fator que explicasse a redução das internações.

A produção dos artigos apresentados na seção de Resultados desta tese permitiu verificar que ainda há muito a se fazer no que tange à produção de conhecimento sobre internações psiquiátricas e a população que necessita desse recurso de tratamento. Nos últimos anos houve um incremento de produções, que possibilitaram ampliar em alguma medida as discussões, no entanto, há que se ressaltar que o conhecimento sobre o tema reflete bem o fenômeno de desigual distribuição de recursos no país. A concentração de publicações produzidas nas regiões Sudeste e Sul, com destaque para as cidades de Ribeirão Preto e Porto Alegre, não deve ser mera coincidência.

Após a realização dos trabalhos que compõem esta tese novas questões de pesquisas surgiram e ensejam a realização de outras investigações. Dentre essas questões há duas que deverão estar no nosso horizonte, quais sejam: avaliar o comportamento das taxas de pacientes reinternados no período de 2001 a 2013,

buscando verificar se houve redução nas taxas ao longo do tempo; e buscar estabelecer em que ponto da trajetória de reinternações frequentes o paciente acumula um risco tão alto de reinternação que é possível prever com segurança a ocorrência do próximo evento *revolving door*, por meio de um estudo de análise de sobrevivência para dados recorrentes.

Ademais, é preciso reforçar a necessidade de garantir o devido investimento para a ampliação e qualificação da Rede de Atenção Psicossocial, de modo a garantir uma distribuição mais equânime de recursos, possibilitando a interiorização do cuidado em saúde mental e efetivando o acesso da população à saúde. É necessário retomar as habilitações dos CAPS que desde 2017 foram congeladas, para que possamos superar, ou pelo menos reduzir, os chamados vazios assistenciais nos quais não há qualquer serviço de atenção psicossocial habilitado.

## REFERÊNCIAS

Andreoli SB, Almeida-Filho N, Martin D, Mateus MDML, Mari JJ. Is psychiatric reform a strategy for reducing the mental health budget? The case of Brazil. **Rev. Bras. Psiquiatr.** 2007; 29(1): 43-46. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462006005000032>.

Amarante PDC. Saúde Mental, Desinstitucionalização e Novas Estratégias de Cuidado. In: GIOVANELLA, Lígia; et al. (orgs). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, cap. 16, 493-545, 2012.

Amarante P, Nunes MO. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciênc. saúde colet.** 2018, v. 23, n. 6, pp. 2067-2074. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>.

Antunes JLF, Cardoso MRA. Uso da análise de séries temporais em estudos epidemiológicos. **Epidemiol. Serv. Saúde.** 2015 Sep; 24(3): 565-576. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000300024>.

Baeza FLC, Rocha NS, Fleck MPA. Readmission in psychiatry inpatients within a year of discharge: The role of symptoms at discharge and post-discharge care in a Brazilian sample. **Gen Hosp Psychiatry.** 2018 Mar-Apr;51:63-70. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2017.11.008>.

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. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006085>.

Barker LC, Gruneir A, Fung K, Herrmann N, Kurdyak P, Lin E, Rochon PA, Seitz D, Taylor VH, Vigod SN. Predicting psychiatric readmission: sex-specific models to predict 30-day readmission following acute psychiatric hospitalization. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.** 2018 Feb;53(2):139-149. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1450-5>.

Barros REM, Azevedo Marques JM, Santos JLF, Zuardi AW, Del-Bem CM. Impact of length of stay for first psychiatric admissions on the ratio of readmissions in subsequent years in a large Brazilian catchment area. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.** 2016, 51, 575–587. <https://doi.org/10.1007/s00127-016-1175-x>

Bastos ENE, Jorge MSB. (Re)construção do conhecimento sobre o Hospital Psiquiátrico no contexto da Reforma Psiquiátrica no Brasil: um estudo sobre as

publicações no período 1999 a 2008. **Saúde em Debate**. 2011, 35(88), 157-166. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341767018>>. Acesso em: 11 jan 2022.

Bastos FIPM, Vasconcellos MTL, De Boni RB, Reis NBD, Coutinho CFDS. **III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz/ICICT, 2017. 528 p. Disponível em: <[https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/34614/1/III%20LNUD\\_PORTUGU%c3%8aS.pdf](https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/34614/1/III%20LNUD_PORTUGU%c3%8aS.pdf)>. Acesso em: 24 dez 2021.

Bessoni E, Capistrano A, Silva G, Koosah J, Cruz K, Lucena M. Narrativas e sentidos do Programa de Volta para Casa: voltamos, e daí?. **Saude soc**. 2019, v. 28, n. 3, pp. 40-53. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019190429>.

Bezerra CG, Dimenstein M. O fenômeno da reinternação: Um desafio à Reforma Psiquiátrica. **Mental**, 2011, 9(16), 303-326. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v9n16/a07v9n16.pdf>>. Acesso em 29 dez 2021.

Bonadiman CSC, Passos VMA, Mooney M, Naghavi M, Melo APS. A carga dos transtornos mentais e decorrentes do uso de substâncias psicoativas no Brasil: Estudo de Carga Global de Doença, 1990 e 2015. **Rev. bras. epidemiol**. 2017 May; 20 (Suppl 1): 191-204. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201700050016>.

Botha UA, Koen L, Joska JA, Parker JS, Horn N, Hering LM, Oosthuizen PP. The revolving door phenomenon in psychiatry: comparing low-frequency and high-frequency users of psychiatric inpatient services in a developing country. **Soc Psychiat Epidemiol**, 2010, 45(4), 461–468. <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-009-0085-6>.

BRASIL. Congresso Nacional, Câmara dos Deputados. **PROJETO DE LEI Nº 3.657, DE 1989**. Diário da Câmara dos Deputados. [internet]. 29 Set 1989. p.30. Disponível em: <http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD29SET1989.pdf#page=>. Acesso em: 7 dez 2021.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. Diário Oficial da União 2001; 9 abr. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm)>. Acesso em: 10 jan. 2022.

BRASIL. **Lei no 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações.** 2003. Disponível em:

<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/l10.708.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.708.htm)>. Acesso em: 10 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000. Cria os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde, para o atendimento ao portador de transtornos mentais.** 2000.

Disponível em:

<[https://cetadobserva.ufba.br/sites/cetadobserva.ufba.br/files/106\\_0.pdf](https://cetadobserva.ufba.br/sites/cetadobserva.ufba.br/files/106_0.pdf)>. Acesso em: 10 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 251, de 31 de janeiro de 2002.**

**Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede SUS e dá outras providências.** Diário Oficial da União 2002a; 1 fev. Disponível em:

<[https://cetadobserva.ufba.br/sites/cetadobserva.ufba.br/files/gm\\_p251\\_02\\_psiq.pdf](https://cetadobserva.ufba.br/sites/cetadobserva.ufba.br/files/gm_p251_02_psiq.pdf)

>. Acesso em: 10 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria/GM Nº 336 de 19 de fevereiro de 2002.**

**Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II.** Brasília (DF); 2002b. Disponível em:

<[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html)>. Acesso em: 10 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 52, de 20 de janeiro de 2004. Institui o Programa Anual de reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS.** Diário Oficial da União 2004a; 20 jan. Disponível em:

<[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0052\\_20\\_01\\_2004.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0052_20_01_2004.html)>. Acesso em: 10 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004.** 2004b. 5. ed. ampl. – Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em:

<[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao\\_saude\\_mental\\_1990\\_2004\\_5ed.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_saude_mental_1990_2004_5ed.pdf)>. Acesso em: 10 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.644, de 28 de outubro de 2009.**

**Estabelece novo reagrupamento de classes para os hospitais psiquiátricos, reajusta os respectivos incrementos e cria incentivo para internação de curta duração nos hospitais psiquiátricos e dá outras providências.** 2009. Disponível em:

<[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2644\\_28\\_10\\_2009.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2644_28_10_2009.html)>. Acesso em: 10 jan 2022.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.** 2011a. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm)>. Acesso em: 10 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui 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).** 2011b. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)>. Acesso em: 10 jan 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.511, de 24 de julho de 2013. Reajusta o valor do auxílio-reabilitação psicossocial, instituído pela Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003.** 2013. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1511\\_24\\_07\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1511_24_07_2013.html)>. Acesso em: 10 jan 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências.** 2017. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588\\_22\\_12\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html)>. Acesso em: 10 jan 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Volta Para Casa.** 2021. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/programa-de-volta-para-casa>>. Acesso em: 10 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados – 8**, ano VI, nº 8. Informativo eletrônico. Brasília: janeiro de 2011. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/saude\\_mental\\_dados\\_v8.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/saude_mental_dados_v8.pdf)>. Acesso em: 10 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados – 12**, ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2015. Disponível em:



<[https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report\\_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf](https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf)>. Acesso em: 10 jan. 2022.

Callaly T, Hyland M, Trauer T, Dodd S, Berk M. Readmission to an acute psychiatric unit within 28 days of discharge: identifying those at risk. **Australian Health Review** **34**, 2010, 282-285. <https://doi.org/10.1071/AH08721>.

Candiago R, Abreu P. Uso do Datasus para avaliação dos padrões das internações psiquiátricas, Rio Grande do Sul. **Rev. Saúde Pública**, 2007, 41(5), 821-829. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000500017>.

Cardoso L, Galera SAF. Internação psiquiátrica e a manutenção do tratamento extra-hospitalar. **Rev. esc. enferm. USP**. 2011, v. 45, n. 1, pp. 87-94. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000100012>.

Castro SA, Furegato ARF, Santos JLF. Características sociodemográficas e clínicas em reinternações psiquiátricas. **Rev Lat Am Enfermagem** 2010; 18(4): 800-8. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692010000400020>.

Cavalcanti MT. A Reforma Psiquiátrica brasileira: ajudando a construir e fortalecer o Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**. 2008, v. 24, n. 9, pp. 1962. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000900001>.

Cayres AZF, Ribeiro MC, Elias R, Coutinho RA (Orgs.). **Caminhos para a desinstitucionalização no estado de São Paulo: Censo psicossocial 2014**. 1 ed. São Paulo: FUNDAP, 2015. Disponível em: <[http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/grupo-tecnico-de-acoes-estrategicas-gtae/saude-mental/censo-psicossocial/censo\\_psicossocial\\_2014.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/grupo-tecnico-de-acoes-estrategicas-gtae/saude-mental/censo-psicossocial/censo_psicossocial_2014.pdf)>. Acesso em: 24 dez 2021.

Centro Cultural do Ministério da Saúde - CCMS. **Hospício de Pedro II: da construção à desconstrução**. [online]. 2014. Disponível em: <<http://www.ccms.saude.gov.br/hospicio/origens1.php>>. Acesso em: 11 dez 2021.

Chen S, Collins A, Kidd SA. Thirty-Day and 5-Year Readmissions following First Psychiatric Hospitalization: A System-Level Study of Ontario's Psychiatric Care. **Can J Psychiatry**. 2018 Jun;63(6):410-415. <http://dx.doi.org/10.1177/0706743717751667>.

Coelho VAA, Volpe FM, Diniz SSL, Silva EM, Cunha CF. Alteração do perfil de atendimento dos hospitais psiquiátricos públicos de Belo Horizonte, Brasil, no

contexto da reforma da assistência à saúde mental. **Ciênc. saúde colet.** 2014; 19(8): 3605-3616. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014198.11922013>.

Cruz NFO, Gonçalves RW, Delgado PGG. Retrocesso da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trab. Educ. Saúde**, 2020 v. 18, n. 3, e00285117. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00285>.

Del Favero E, Montemagni C, Villari V, Rocca P. Factors associated with 30-days and 180-days psychiatric readmissions: A snapshot of a metropolitan area. **Psychiatry Res.** 2020 Oct;292:113309. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2020>.

Departamento de Informática do SUS. Cnes - Recursos Físicos - Hospitalar - Leitos De Internação – Brasil. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/leintbr.def> Acesso em: 5 jan 2022.

Di Lorenzo R, Sagona M, Landi G, Martire L, Piemonte C, Del Giovane C. The Revolving Door Phenomenon in an Italian Acute Psychiatric Ward: A 5-Year Retrospective Analysis of the Potential Risk Factors. **J Nerv Ment Dis.** 2016, Sep;204(9):686-92. <http://dx.doi.org/10.1097/NMD.0000000000000540>.

Dias BM, Badagnan HF, Marchetti SP, Zanetti ACB. Gastos com internações psiquiátricas no estado de São Paulo: estudo ecológico descritivo, 2014 e 2019. **Epidemiol. Serv. Saude.** 2021. v. 30, n. 2, e2020907. <https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000200024>.

Donisi V, Tedeschi F, Wahlbeck K, Haaramo P, Amaddeo F. Pre-discharge factors predicting readmissions of psychiatric patients: a systematic review of the literature. **BMC Psychiatry.** 2016 Dec 16;16(1):449. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1114-0>.

Durbin J, Lin E, Layne C, Teed M. Is readmission a valid indicator of the quality of inpatient psychiatric care? **Behav Health Serv Res**, 2007, 34: 137. doi:10.1007/s11414-007-9055-5.

Elhassan NM, Elhusein B, Al Abdulla M, Saad TA, Kumar R. Sociodemographic and clinical characteristics of patients with recurrent psychiatric readmissions in Qatar. **J Int Med Res.** 2020, v. 28, n. 12. <https://doi.org/10.1177/0300060520977382>.

Evans LJ, Harris V, Newman L, Beck A. Rapid and frequent psychiatric readmissions: associated factors, **Int J Psychiatry Clin Pract**, 2017, 21:4, 271-276. <http://dx.doi.org/10.1080/13651501.2017.1324037>.

Facchinetti C, Ribeiro A, Muñoz PF. As insanas do Hospício Nacional de Alienados (1900-1939). **Hist. cienc. saude-Manguinhos**. 2008, v. 15, n. suppl, pp. 231-242. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702008000500012>.

Fernandes CJ, Lima AF, Oliveira PRS, Santos WS. Índice de Cobertura Assistencial da Rede de Atenção Psicossocial (iRAPS) como ferramenta de análise crítica da reforma psiquiátrica brasileira. **Cad. Saúde Pública**. 2020; 36(4): e00049519. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00049519>.

Figueroa R, Harman J, Engberg J. Use of Claims Data to Examine the Impact of Length of Inpatient Psychiatric Stay on Readmission Rate. **Psychiatric Services**, 2004 55:5, 560-565. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.55.5.560>.

Fleury MJ, Imboua A, Aubé D, Farand L, Lambert Y. General practitioners' management of mental disorders: A rewarding practice with considerable obstacles. **BMC Family Practice**. 2012, 13:19. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-13-19>.

Fonte EMM. Da institucionalização da loucura à reforma psiquiátrica: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil. **Estudos de Sociologia**. 2012. v. 1, n. 18. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revsocio/article/view/235235/28258>>. Acesso em: 9 jan 2022.

Fraga MNO, Souza AMA, Braga VAB. Reforma psiquiátrica brasileira: muito a refletir. **Acta paul. enferm**. 2006, v. 19, n. 2, pp. 207-211. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002006000200013>.

Frateschi MS; Cardoso CL. Práticas em saúde mental na atenção primária à saúde. **Psico**, 2016;47(2),159-168. <http://dx.doi.org/10.15448/1980-8623.2016.2.22024>.

Frick U, Frick H, Langguth B, Landgrebe M, Hübner-Liebermann B, Hajak G. The Revolving Door Phenomenon Revisited: Time to Readmission in 17'415 Patients with 37'697 Hospitalisations at a German Psychiatric Hospital. (2013). **PLoS ONE**, 8(10), e75612. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0075612>.

Garcia MLT, Oliveira EFA. An analysis of the federal funding for mental health care in Brazil, **Social Work in Health Care**, 2017, 56:3, 169-188. <https://doi.org/10.1080/00981389.2016.1265628>.

Global Health Observatory (GHO) data. **Mental health service availability. Beds Data by country**. 2019. [http://www.who.int/gho/mental\\_health/care\\_delivery/beds\\_hospitals/en/](http://www.who.int/gho/mental_health/care_delivery/beds_hospitals/en/).

Gobbicchi C, Verdolini N, Menculini G, Cirimbilli F, Gallucci D, Vieta E, Tortorella A. Searching for factors associated with the “Revolving Door phenomenon” in the psychiatric inpatient unit: A 5-year retrospective cohort study. **Psychiatry Research**. 2021, v. 303, 114080. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114080>

Gomes MPC, Couto MCV, Pepe VLE, Almeida LM, Delgado PGG, Coutinho ESF. Censo dos pacientes internados em uma instituição asilar no Estado do Rio de Janeiro: dados preliminares. **Cad. Saúde Pública**. 2002, v. 18, n. 6, pp. 1803-1807. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000600037>.

Gonçalves RW, Vieira FS, Delgado PGG. Política de Saúde Mental no Brasil: evolução do gasto federal entre 2001 e 2009. **Rev Saude Publica**. 2012, v. 46, n. 1, pp. 51-58. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102011005000085>.

Graça J, Klut C, Trancas B, Borja-Santos N, Cardoso G. Characteristics of frequent users of an acute psychiatric inpatient unit: a five-year study in Portugal. **Psychiatr Serv**. 2013 Feb 1;64(2):192-5. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.000782012>.

Guerra Junior AA, Pereira RG, Gurgel EI, Cherchiglia M, Dias LV, Ávila J, et al. Building the national database of health centred on the individual: administrative and epidemiological record linkage-Brazil, 2000-2015. **Int. J. Pop. Data Sci**. 2018; 3(1), 446. <https://doi.org/10.23889/ijpds.v3i1.446>.

Guzmán-Parra J, Bordallo-Aragón A, Moreno-Küstner B, Mayoral-Cleries F. Factors Associated With High Use of Hospital Psychiatric Services in Málaga, Spain. **J Nerv Ment Dis**, 2020, 208(1), 65–69. <https://doi.org/10.1097/nmd.0000000000001088>.

Han X, Jiang F, Tang Y, Needleman J, Guo M, Chen Y, Zhou H, Liu Y. Factors associated with 30-day and 1-year readmission among psychiatric inpatients in Beijing China: a retrospective, medical record-based analysis. **BMC psychiatry**, 2020, 20(1), 113. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02515-1>

Hazzard VM, Barry MR, Leung CW, Sonnevile KR, Wonderlich SA, Crosby RD (2022) Food insecurity and its associations with bulimic-spectrum eating disorders, mood disorders, and anxiety disorders in a nationally representative sample of U.S. adults. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol** 57, 1483–1490. <https://doi.org/10.1007/s00127-021-02126-5>.

Horta RL, Costa JSD, Balbinot AD, Watte G, Teixeira VA, Poletto S. Hospitalizações psiquiátricas no Rio Grande do Sul de 2000 a 2011. **Rev. bras. epidemiol.** 2015; 18(4): 918-929. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201500040019>.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. Características da população e dos domicílios: resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeção da população das unidades da federação por sexo e idade para o período 2000/2030**. 2013.

Jaramillo-Gonzalez LE, Sanchez-Pedraza R, Herazo MI. The frequency of rehospitalization and associated factors in Colombian psychiatric patients: a cohort study. **BMC Psychiatry**. 2014 Jun 2;14:161. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-244X-14-161>.

Kalseth J, Lassemo E, Wahlbeck K, Haaramo P, Magnussen J. Psychiatric readmissions and their association with environmental and health system characteristics: a systematic review of the literature. **BMC Psychiatry**, 2016. 16, 376. <http://doi.org/10.1186/s12888-016-1099-8>.

Langdon PE, Yágüez L, Brown J, Hope A. Who walks through the 'revolving-door' of a British psychiatric hospital?, **Journal of Mental Health**, 2001, 10:5, 525-533, <http://dx.doi.org/10.1080/09638230126725>.

Lara APM, Volpe FM. Evolução do perfil das internações psiquiátricas pelo Sistema Único de Saúde em Minas Gerais, Brasil, 2001-2013. **Ciênc. saúde colet.** 2019; 24(2): 659-668. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018242.14652017>.

Lima ALP, Santos L, Nery FS. Tendência temporal das internações psiquiátricas em Sergipe, entre 2008 a 2017. **Cadernos de Graduação- Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT**. 2019; 5(5): 179-192. Disponível em: <<https://periodicos.set.edu.br/cadernobiologicas/article/view/6633/3626>>. Acesso em: 24 dez 2021.

Lin CH, Chen WL, Lin CM, Lee MD, Ko MC, Li CY. Predictors of psychiatric readmissions in the short- and long-term: a population-based study in Taiwan. **Clinics**. 2010, v. 65, n. 5, pp. 481-489. <https://doi.org/10.1590/S1807-59322010000500005>.

Loch AA. Stigma and higher rates of psychiatric re-hospitalization: São Paulo public mental health system. **Brazilian Journal of Psychiatry**. 2012, v. 34, n. 2, pp. 185-192. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462012000200011>.

Macedo JP, Abreu MM, Fontenele MG, Dimenstein M. A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. **Saude soc**. 2017, v. 26, n. 1, pp. 155-170. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017165827>.

Mari JJ. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira. **Ciênc. saúde colet**. 2011 Dec; 16(12): 4593-4596. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001300005>.

Martínez-Ortega JM, Gutiérrez-Rojas L, Jurado D, Higuera A, Diaz FJ, Gurpegui M. Factors associated with frequent psychiatric admissions in a general hospital in Spain. **Int J Soc Psychiatry**, 2011, 58(5), 532–535. <https://doi.org/10.1177/0020764011413061>.

Mateus MD, Mari JJ, Delgado PG, Almeida-Filho N, Barrett T, Gerolin J et al. The mental health system in Brazil: Policies and future challenges. **Int J Ment Health Syst**, 2008 2, 12. <https://doi.org/10.1186/1752-4458-2-12>.

Mello R, Furegato ARF. Internações psiquiátricas no Rio de Janeiro de 1996 a 2005. **Rev Enferm UERJ** 2007; 15(2):176-182. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/publication/283548141\\_Internacoes\\_psiquiatricas\\_no\\_Rio\\_de\\_Janeiro\\_de\\_1996\\_a\\_2005](https://www.researchgate.net/publication/283548141_Internacoes_psiquiatricas_no_Rio_de_Janeiro_de_1996_a_2005)>. Acesso em: 24 dez 2021.

Melo MCA, Albuquerque SGC, Luz JHS, Quental PTLF, Sampaio AM, Lima AB. Perfil clínico e psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos no estado do Ceará, Brasil. **Ciênc. saúde colet**. 2015; Feb; 20(2): 343-352. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015202.2062013>.

Mendes JDV. **Evolução das causas de internação de saúde mental no SUS do Estado de São Paulo, 2000 a 2015**. São Paulo: Grupo Técnico de Avaliação e Informações de Saúde (Gais) - Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2016:1-10. [http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/destaques/gais\\_51\\_abril\\_2016.pdf](http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/destaques/gais_51_abril_2016.pdf)

Miliauskas CR, Faus DP, Junkes L, Rodrigues RB, Junger W. Associação entre internações psiquiátricas, cobertura de CAPS e atenção básica em regiões metropolitanas do RJ e SP, Brasil. **Ciênc. saúde colet.** 2019; 24(5): 1935-1944. Epub May 30, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018245.18862017>.

Morlino M, Calento A, Schiavone V, Santone G, Picardi A, De Girolamo G. Use of psychiatric inpatient services by heavy users: Findings from a national survey in Italy. **European Psychiatry**, 2011, 26(4), 252-259. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2010.11.005>.

Murray J, Menezes AMB, Hickman M et al (2015) Childhood behaviour problems predict crime and violence in late adolescence: Brazilian and British birth cohort studies. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol** 50, 579–589. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-0976-z>.

Murray J, Lima NP, Ruivo ACO et al (2018) Lifelong robbery victimisation and mental disorders at age 18 years: Brazilian population-based study. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol** 53, 487–496. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1488-z>.

Nunes MO, Lima Junior JM, Portugal CM, Torrenté M. Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. **Ciênc. saúde coletiva**. 2019, v. 24, n. 12, pp. 4489-4498. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25252019>.

Oda AMGR, Dalgalarondo P. História das primeiras instituições para alienados no Brasil. **Hist. cienc. saúde-Manguinhos**. 2005, v. 12, n. 3, pp. 983-1010. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702005000300018>.

Onocko-Campos RT, Amaral CEM, Saraceno B, Oliveira BDC, Treichel CAS, Delgado PGG. Atuação dos Centros de Atenção Psicossocial em quatro centros urbanos no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**. 2018; 42:e113. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.113>

Ortiz G. Predictors of 30-day Postdischarge Readmission to a Multistate National Sample of State Psychiatric Hospitals. **J Healthc Qual**. 2019;41(4):228-236. <https://doi.org/10.1097/JHQ.000000000000162>.

Parente CJS, Mendes LPF, Souza CNS, Silva DKM, Silva JC, Parente ACBV, Parente ACM. O fenômeno de revolving door em hospitais psiquiátricos de uma capital do nordeste brasileiro. **REME – Rev. Min. Enf**, 2007, 11(4), 381-386. Disponível em <[http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-27622007000400006&lng=pt&nrm=iso](http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-27622007000400006&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 27 dez 2021.



Paulin LF, Turato ER. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. **Hist. cienc. saúde-Manguinhos**. 2004, v. 11, n. 2, pp. 241-258. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702004000200002>.

Peixoto ALA, Magalhães IM, Oliveira JEB, Brito Filho ER. Paciente de internação prolongada em hospital psiquiátrico: condições clínicas ou sociais? **Rev. enferm. UFPE on line**; 2016, 10(6):4885-4893. DOI: 10.5205/reuol.8200-71830-3-SM.1006sup201622

Pereira PK, Santos SA, Lima LA, Legay LF, Santos JFC, 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 colet**. 2012; 20(4): 482-491. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-462X2012000400012>.

Pitta AMF. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciênc. saúde colet**. 2011; 16(12): 4579-4589. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001300002>.

Prado Y, Severo F, Guerrero A. Reforma Psiquiátrica Brasileira e sua discussão parlamentar: disputas políticas e contrarreforma. **Saúde debate**. 2020, v. 44, spe 3, pp. 250-263. <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E321>.

Ramos DKR, Guimaraes J, Enders BC. Análise contextual de reinternações frequentes de portador de transtorno mental. **Interface (Botucatu)**, 2011, v. 15, n. 37, p. 519-527. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832011005000015>.

Rocha HA, Santos AF, Reis IA, Santos MAC, Cherchiglia ML. Saúde mental na atenção básica: uma avaliação por meio da Teoria da Resposta ao Item. **Rev Saude Publica**. 2018, 52:17. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000051>.

Rocha HA, Reis IA, Santos MAC, Melo APS, Cherchiglia ML. Internações psiquiátricas pelo Sistema Único de Saúde no Brasil ocorridas entre 2000 e 2014. **Rev Saude Publica**. 2021;55:14. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055002155>.

Saldanha RF, Bastos RR, Barcellos C. Microdatasus: pacote para download e pré-processamento de microdados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS). **Cad. Saúde Pública**. 2019, v. 35, n. 9, e00032419. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00032419>.



Santos VC, Anjos KF, Boery RNSO, Moreira RM, Cruz DP, Boery EN. Internação e mortalidade hospitalar de idosos por transtornos mentais e comportamentais no Brasil, 2008-2014. **Epidemiol. Serv. Saude.** 2017, v. 26, n. 1, pp. 39-49. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000100005>.

Santos RS, Sena EP, Aguiar WM. Perfil de Internações psiquiátricas em unidade hospitalar de Salvador, Bahia. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, 2017, v.16, n.3, p.374-379, set./dez., Salvador. <http://dx.doi.org/10.9771/cmbio.v16i3.24385>.

Santos MESB, Roza DL, Barros REM, Santos JLF, Razzouk D, Azevedo-Marques JM, Menezes PR, Del-Bem CM. Patient needs four years after first psychiatric hospitalization in a Brazilian cohort. **Braz J Med Biol Res.** 2021, v. 54, n. 8, e11447. <https://doi.org/10.1590/1414-431X2021e11447>.

Schmutte T, Dunn CL, Sledge WH. Predicting Time to Readmission in Patients With Recent Histories of Recurrent Psychiatric Hospitalization: A Matched-Control Survival Analysis. **J Nerv Ment Dis** 2010;198: 860 – 863. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181fe726b>.

Silva MG, Daros GC, Bitencourt RM, Iser BPM. Psychiatric hospitalizations in Brazil: exploratory and trend analysis from 2009 to 2019. **J. bras. psiquiatr.**, 2021, v. 70, n. 1, pp. 39-44. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000303>.

Silveira LHC, Rocha CMF; Rocha KB; Zanardo GLP. O outro lado da porta giratória: apoio comunitário e saúde mental. **Psicologia em Estudo**, 2016, v. 21, n. 2, p. 325-335. <https://doi.org/10.4025/psicolestud.v21i2.30660>.

Szabzon F. **Perfil das internações psiquiátricas em São Paulo: Um estudo exploratório** [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2013. doi: 10.11606/D.6.2013.tde-20022014-095931.

Tedeschi F, Donisi V, Salazzari D, Cresswell-Smith J, Wahlbeck K, Amaddeo F. Clinical and organizational factors predicting readmission for mental health patients across Italy. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.** 2020, 55, 187–196 <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01766-y>.

Tenório F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **Hist. cienc. saude-Manguinhos.** 2002, v. 9, n. 1, pp. 25-59. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702002000100003>.

Tomasi E, Facchini LA, Piccini RX, Thumé E, Silva RA, Gonçalves H, Silva SM. Efetividade dos centros de atenção psicossocial no cuidado a portadores de sofrimento psíquico em cidade de porte médio do Sul do Brasil: uma análise estratificada. **Cad. Saúde Pública**, 2010; 26(4): 807-815.

<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000400022>.

Trapé TL, Campos RO. Modelo de atenção à saúde mental do Brasil: análise do financiamento, governança e mecanismos de avaliação. **Rev Saude Publica**.

2017; 51:19. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006059>.

Tulloch AD, David AS, Thornicroft G. Exploring the predictors of early readmission to psychiatric hospital. **Epidemiology and Psychiatric Sciences** (2016), 25, 181–193.

<https://doi.org/10.1017/S2045796015000128>.

Vasconcelos ACS, Facundes VLD. O cenário da desinstitucionalização em Pernambuco: perfil sociodemográfico e clínico de usuários de hospital psiquiátrico.

**Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, 2018, v. 11, n. 3, p. Pág. 22-35, 13 abr.

<https://doi.org/10.18569/tempus.v11i3.2434>.

Vidal CEL, Bandeira M, Gontijo ED. Reforma psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos. **J. bras. psiquiatr.** 2008, v. 57, n. 1, pp. 70-79.

<https://doi.org/10.1590/S0047-20852008000100013>.

Vigod SN, Kurdyak PA, Seitz D, Herrmann N, Fung K, Lin E, Perlman C, Taylor VH, Rochon PA, Gruneir A. READMIT: a clinical risk index to predict 30-day readmission after discharge from acute psychiatric units. **J Psychiatr Res**. 2015 Feb;61:205-13.

<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2014.12.003>.

Volpe FM, Braga IP, Silva EM. Community health services and risk of readmission in public psychiatric hospitals of Belo Horizonte, Brazil, 2005-2011. **Trends Psychiatry Psychother**, 2018; 40(3): 193-201.

<https://doi.org/10.1590/2237-6089-2017-0080>.

Webb S, Yágüez L, Langdon PE. Factors associated with multiple re-admission to a psychiatric hospital, **Journal of Mental Health**, 2007, 16:5, 647-661,

<https://doi.org/10.1080/09638230701494845>.

Wheeler A, Moyle S, Jansen C, Robinson E, Vanderpyl J. Five-year follow-up of an acute psychiatric admission cohort in Auckland, New Zealand. **N Z Med J**. 2011 Jun 10;124(1336):30-8. Disponível em: <<https://assets-global.website->

files.com/5e332a62c703f653182faf47/5e332a62c703f65f2a2fdc8a\_content.pdf>. Acesso em: 28 dez 2021.

WHO-AIMS **Report on Mental Health System in Brazil**, WHO and Ministry of Health, Brasília, Brazil, 2007. Disponível em: <[https://www.who.int/mental\\_health/evidence/who\\_aims\\_report\\_brazil.pdf](https://www.who.int/mental_health/evidence/who_aims_report_brazil.pdf)>. Acesso em: 5 jan 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates**. Geneva: World Health Organization; 2017. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>.

Zanardo GLP, Silveira LHC, Rocha CMF, Rocha KB. Internações e reinternações psiquiátricas em um hospital geral de Porto Alegre: características sociodemográficas, clínicas e do uso da Rede de Atenção Psicossocial. **Rev. bras. epidemiol.** 2017; 20(3): 460-474. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201700030009>.

Zanardo GLP; Moro LM; Ferreira GS; Rocha KB. Factors Associated with Psychiatric Readmissions: A Systematic Review. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, 2018, vol.28, e2814. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-4327e2814>.

Zhang J, Harvey C, Andrew C. Factors associated with length of stay and the risk of readmission in an acute psychiatric inpatient facility: a retrospective study. **Australian & New Zealand Journal of Psychiatry**, 2011, 45(7), 578–585. <https://doi.org/10.3109/00048674.2011.585452>.

Zhou Y, Rosenheck RA, Mohamed S, Fan N, Ning Y, He H. Retrospective assessment of factors associated with readmission in a large psychiatric hospital in Guangzhou, China. **Shanghai Arch Psychiatry**. 2014;26(3):138-148. <https://doi.org/10.3969/j.issn.1002-0829.2014.03.005>.

Zurita RCM. **Assistência psiquiátrica no estado do Paraná: análise das internações hospitalares no período de 2000 a 2013**. [Tese de Doutorado]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Estadual de Maringá. 2015. <http://repositorio.uem.br:8080/jspui/bitstream/1/1983/1/000222640.pdf>.

## APÊNDICES

APÊNDICE A – Taxas de pacientes internados bruta e padronizada: geral e específica por grupo da CID, Brasil, 2000-2014.

<b>Taxa de pacientes internados (x100 mil habitantes)</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
Bruta	186,8	185,8	153,4	168,5	109,3	99,7	112,8	132,3	122,8	111,5	115,5	112,7	104,6	99	94,9
Padronizada	188,5	185,9	152,6	168,5	108,7	99,3	111,9	131,2	121,9	110,6	115,5	111,9	103,9	98,4	94,4
<b>Taxa de pacientes internados por subgrupo CID</b>															
<b>F0 orgânicos</b>															
Bruta	14,9	13,9	12	14,2	7,3	7,2	7,6	8,2	8,2	6,6	6,3	5,5	5,1	5,4	5,2
Padronizada	15,3	14,2	12	14,4	7,3	7,3	7,6	8,2	8,3	6,6	6,3	5,5	5,1	5,4	5,2
<b>F1 uso substâncias</b>															
Bruta	56,2	57,8	54,1	56,9	39,4	34,2	41,1	51,1	47,6	45,4	49	48,9	45,5	43,1	40,1
Padronizada	56,6	57,4	53,6	56,3	38,9	33,8	40,4	50,2	46,8	44,7	49	48,2	45	42,6	39,7
<b>F2 esquizofrenia</b>															
Bruta	90,8	87,8	69,2	76,1	46,7	41,9	45,4	51	46,5	40	39,9	37,7	34,4	32,4	30,6
Padronizada	91,5	87,7	68,6	76,2	46,3	41,7	45	50,6	46,3	39,7	39,9	37,5	34,2	32,2	30,5
<b>F3 humor</b>															
Bruta	20,4	21,5	20,5	22,9	16,6	15,4	19,7	23,9	22,1	21,8	22,3	22,1	20,9	19,8	19,9
Padronizada	20,8	21,9	20,9	23,2	16,8	15,5	19,8	24	22,2	21,8	22,3	22,1	20,9	19,8	19,8
<b>Outros</b>															
Bruta	16,4	16,3	5,8	7,6	4,3	5,3	5,1	6	6,1	5	5,1	5,5	5,2	4,8	5,4
Padronizada	16,3	16,1	5,7	7,5	4,2	5,2	5	5,9	6,1	4,9	5,1	5,5	5,2	4,8	5,5

APÊNDICE B – Taxas de pacientes internados bruta e padronizada: por tipo e por natureza do hospital, Brasil, 2000-2014.

<b>Taxa de pacientes internados por tipo de hospital</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
<b>Hosp. Especializado</b>															
Bruta	152,9	149	122,1	137,3	85,3	77,2	82,9	96,3	86,8	73,5	75,2	70,2	66,5	58,4	51,5
Padronizada	154,4	149,1	121,3	137,2	84,7	76,8	82,2	95,4	86,2	72,8	75,2	69,6	66	58	51,2
<b>Hosp. Geral</b>															
Bruta	23,9	27,4	24,6	29	23,7	22,1	30,1	36,6	34,7	36,4	41,6	44,6	40,7	43,5	46,3
Padronizada	24	27,4	24,5	29	23,6	22,1	29,9	36,4	34,5	36,2	41,6	44,3	40,4	43,2	46
<b>Outros</b>															
Bruta	2,5	3,1	2,7	3,2	2,5	2,6	3	3,9	5,6	5,5	3	2,4	1,8	1,2	1,1
Padronizada	2,5	3,1	2,7	3,2	2,5	2,6	3	3,8	5,5	5,5	3	2,4	1,8	1,2	1,1
<b>Taxa de pacientes internados por natureza de hospital</b>															
<b>Público</b>															
Bruta	46,8	45,7	37,6	42,2	28,2	27,4	35	40,8	36,2	35,3	39,2	40,4	37,6	36,4	36,6
Padronizada	47,3	45,7	37,3	42,2	28	27,3	34,7	40,4	35,9	35	39,2	40,2	37,4	36,3	36,5
<b>Privado</b>															
Bruta	95	92,7	74	79,5	48,1	40,5	42,8	48,5	44,8	34,4	32	26,3	23,3	19,8	15,1
Padronizada	95,7	92,6	73,5	79,3	47,7	40,2	42,3	47,9	44,5	34	32	26,1	23,1	19,6	15
<b>Privado SFL</b>															
Bruta	52,7	54,9	47,6	53,1	36,8	34,8	39,3	48,8	47,4	46,6	49,5	51,4	49	47,4	47,3
Padronizada	53,3	55,1	47,5	53,2	36,7	34,8	39,1	48,5	47	46,1	49,5	51	48,6	47,1	47

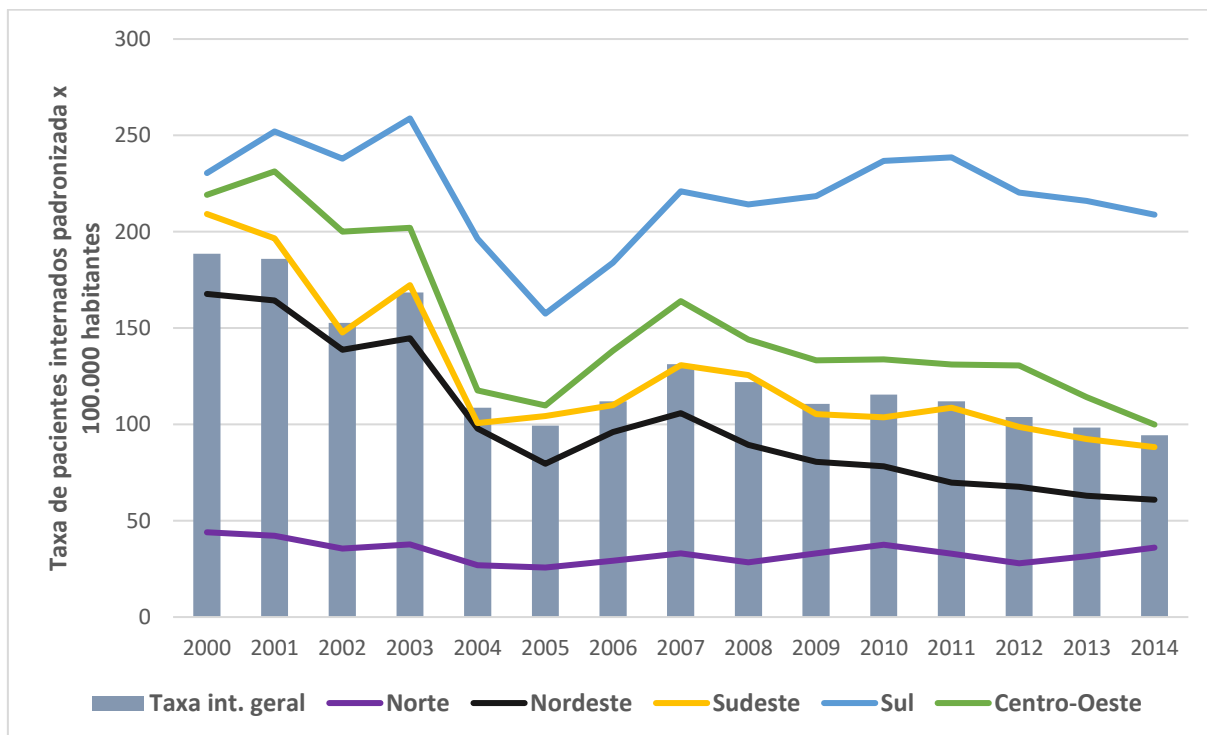
APÊNDICE C – Taxas de pacientes internados bruta e padronizada: por número de internações de cada paciente por ano, Brasil, 2000-2014.

<b>Taxa de pacientes internados por nº de internações por ano</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
<b>Uma intern.</b>															
Bruta	136,6	134	125,9	134	91,7	84,2	92,4	107,3	98	88,5	91,7	89,2	82,8	77,6	74,5
Padronizada	137,3	133,6	125,3	134	91,2	83,9	91,7	106,4	97,4	87,5	91,7	88,6	82,2	77,2	74
<b>Doas intern.</b>															
Bruta	26,8	35,2	19,2	23,4	12,6	11,3	14,1	17	16,8	15,6	16,3	16	14,9	14,4	13,8
Padronizada	27,1	35,6	19	23,4	12,5	11,2	14	16,8	16,6	15,4	16,3	15,8	14,8	14,3	13,7
<b>Três intern.</b>															
Bruta	13,1	11,3	5,3	6,9	3,2	2,8	3,7	4,7	4,7	4,3	4,5	4,4	4,2	4,1	3,9
Padronizada	13,5	11,5	5,3	6,9	3,1	2,8	3,7	4,7	4,7	4,2	4,5	4,4	4,1	4,1	3,9
<b>Quatro ou mais intern.</b>															
Bruta	12,4	6,7	4,1	5,3	2,5	1,9	3,1	4,1	4,1	3,9	3,8	3,8	3,4	3,5	3,3
Padronizada	12,8	6,7	4	5,3	2,5	1,9	3,1	4,1	4,1	3,8	3,8	3,8	3,4	3,5	3,3

APÊNDICE D – Taxas de pacientes internados bruta e padronizada: por região de residência, Brasil, 2000-2014.

<b>Taxa de pacientes internados por região do país</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
<b>Norte</b>															
Bruta	45,4	43,3	36,8	38,9	27,8	26,6	30,1	34,3	29,2	34	38,6	33,8	28,6	32,7	37,4
Padronizada	44	42,2	35,5	37,7	26,9	25,7	29,3	33,1	28,4	33,1	37,5	32,9	27,9	31,6	36
<b>Nordeste</b>															
Bruta	166,7	164,7	139,3	145,1	98,3	80	96,8	106,7	89,8	81	78,1	70,4	68,3	63,5	61,4
Padronizada	167,7	164,3	138,7	144,7	97,8	79,6	96,1	105,9	89,3	80,5	78,3	69,7	67,6	63	60,9
<b>Sudeste</b>															
Bruta	213,1	201,4	151,8	176,7	103,3	107	112,3	133,5	128,1	106,8	108,5	109,5	99,2	92,5	88,4
Padronizada	209,2	196,5	147,7	172,3	100,6	104,4	109,9	130,7	125,6	105,4	103,7	108,6	98,6	92,3	88,2
<b>Sul</b>															
Bruta	238,3	261,5	246,3	266,9	202	161,8	188,2	224,9	217,1	219,7	235,8	239,3	220,1	215	208,6
Padronizada	230,5	252,1	238	258,8	196,3	157,5	184	221	214,1	218,5	236,8	238,6	220,3	216	208,9
<b>Centro-Oeste</b>															
Bruta	224,8	238,7	207,2	208,7	121,7	113,7	142,9	169,4	148,7	137,6	137,2	134,9	134,3	117,3	102,7
Padronizada	219,1	231,3	200	202	117,7	109,8	138,3	163,9	144,1	133,3	133,8	131	130,6	114,1	99,9

APÊNDICE E – Taxas de pacientes internados por região de residência, Brasil, 2000-2014.





APÊNDICE F – Coeficientes das regressões de séries temporais por região de residência, Brasil, 2000-2014.

**Tabela.** Coeficientes das regressões de séries temporais por região de residência, Brasil, 2000–2014.

<b>Taxa de pacientes internados por ano padronizada</b>	<b>Intercepto (IC95%)<sup>a</sup></b>	<b>Tempo (IC95%)<sup>a</sup></b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>p</b>	<b>Tendência</b>
Norte	37,19 (31,09 a 43,31)	-0,46 (-1,14 a 0,20)	0,08	0,15	<sup>b</sup>
Nordeste	159,54 (141,27 a 177,80)	-7,41 (-9,42 a -5,40)	0,82	<0,001	Redução
Sudeste	181,83 (154,74 a 208,92)	-6,94 (-9,92 a -3,96)	0,64	< 0,001	Redução
Sul	226,95 (195,58 a 258,32)	-0,94 (-4,39 a 2,50)	-0,04	0,57	<sup>b</sup>
Centro-Oeste	210,33 (178,77 a 241,489)	-7,38 (-10,85 a -3,91)	0,59	< 0,001	Redução

<sup>a</sup> IC 95%: intervalo de confiança de 95%

<sup>b</sup> estatisticamente não significativo

## ANEXOS

ANEXO A – Artigo “Internações psiquiátricas pelo Sistema Único de Saúde no Brasil ocorridas entre 2000 e 2014”, publicado na Revista de Saúde Pública.

Rev Saude Publica. 2021;55:14

Artigo Original

RSP

Revista de  
Saúde Pública<http://www.rsp.fsp.usp.br/>

## Internações psiquiátricas pelo Sistema Único de Saúde no Brasil ocorridas entre 2000 e 2014

Hugo André da Rocha<sup>I</sup> , Ilka Afonso Reis<sup>II</sup> , Marcos Antônio da Cunha Santos<sup>III</sup> , Ana Paula Souto Melo<sup>III</sup> , Mariangela Leal Cherchiglia<sup>IV</sup> 

<sup>I</sup> Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Belo Horizonte, MG, Brasil

<sup>II</sup> Universidade Federal de Minas Gerais. Instituto de Ciências Exatas. Departamento de Estatística. Belo Horizonte, MG, Brasil

<sup>III</sup> Universidade Federal de São João Del Rei. Faculdade de Medicina. Divinópolis, MG, Brasil

<sup>IV</sup> Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Departamento de Medicina Preventiva e Social. Belo Horizonte, MG, Brasil

### RESUMO

**OBJETIVO:** Caracterizar o perfil dos pacientes que foram internados por transtornos mentais e comportamentais pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil entre 2000 e 2014, bem como verificar como aspectos da nova política de saúde mental influenciaram a taxa de pacientes internados no referido período.

**MÉTODOS:** Estudo de coorte prospectiva não concorrente utilizando dados secundários de pacientes internados com diagnóstico primário de transtornos mentais e comportamentais entre 01/01/2000 e 31/12/2014. Foram selecionadas variáveis sociodemográficas, clínicas e de características do hospital, além disso, foram calculadas as taxas gerais de pacientes internados segundo motivo de internação, tipo de hospital, natureza jurídica e número de internações de cada paciente por ano. Foi testada a associação entre taxas de pacientes internados, número de leitos psiquiátricos por ano e número de Centros de Atenção Psicossocial por ano.

**RESULTADOS:** Foram selecionados 1.549.293 pacientes dos quais os diagnósticos mais frequentes na primeira internação foram os transtornos devidos ao uso de substâncias psicoativas, seguidos por esquizofrenia e transtornos de humor. A mediana de internações por paciente foi de 1,9 e a de tempo de internação por paciente foi de 29 dias. A taxa geral de pacientes internados foi reduzida à quase metade no período. O número de leitos por ano apresentou associação positiva com as taxas de pacientes internados, e o número de CAPS por ano teve associação negativa com algumas taxas de pacientes internados.

**CONCLUSÃO:** Verificou-se que, mesmo diante de um contexto de adversidades, a Política Nacional de Saúde Mental avançou em suas metas de reduzir progressivamente os leitos hospitalares e aumentar a oferta de serviços substitutivos de tal modo que ambas as estratégias foram associadas à redução das taxas de pacientes internados. Contudo, as mudanças foram percebidas com maior intensidade nos primeiros anos de implantação da política, tornando-se menos pujante nos últimos anos.

**DESCRIPTORIOS:** Transtornos Mentais. Hospital Dia. Hospitalização. Sistema Único de Saúde. Saúde Mental. Políticas Públicas de Saúde.

#### Correspondência:

Hugo André da Rocha  
Avenida Professor Alfredo Balena,  
190 – Santa Efigênia  
30.130-100 Belo Horizonte, MG  
E-mail: rochahugoandre@gmail.com

**Recebido:** 25 jun 2020

**Aprovado:** 28 jul 2020

**Como citar:** Rocha HA, Reis IA, Santos MAC, Melo APS, Cherchiglia ML. Internações psiquiátricas pelo Sistema Único de Saúde no Brasil ocorridas entre 2000 e 2014. Rev Saude Publica. 2021;55:14. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055002155>

**Copyright:** Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença de Atribuição Creative Commons, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte originais sejam creditados.



<https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055002155>

1

## INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) passou, nos últimos anos, por significativas transições. A publicação da Lei 10.216, de 6 de abril de 2001, definiu o marco legal para a garantia dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, criando condições para que estas pudessem ser tratadas, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental. A partir do momento em que a lei passou a ser vigente, a internação, em qualquer de suas modalidades, só seria indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrassem insuficientes e, para tanto, foi necessário investir na criação de serviços extra-hospitalares capazes de acolher a demanda e fornecer o devido tratamento<sup>a</sup>.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços comunitários de saúde mental que atuam segundo a lógica de territórios. Entendidos como dispositivos estratégicos da política, são estruturas que atendem, prioritariamente, pessoas portadoras de transtornos mentais graves ou persistentes, bem como indivíduos com transtornos causados pelo uso de álcool e outras drogas. Estabelecidos em 2002, foram definidos conforme o porte populacional e o público-alvo (CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS álcool e drogas (AD) e Infanto-juvenil (CAPS i))<sup>b</sup>. Após um período de grande expansão na implantação de novos serviços, verificou-se, nos últimos anos, desaceleração no processo. No período de 2002 a 2007 houve um crescimento médio anual de 25,9% de novos CAPS, já no período seguinte, de 2008 a 2014, o aumento médio anual foi de 9,8%<sup>c</sup>.

Simultaneamente à estruturação de novos dispositivos, ocorreu a redução progressiva de leitos hospitalares, a qual se deu de forma heterogênea nas diferentes regiões do país<sup>1</sup>. É importante citar o papel do Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria)<sup>d</sup> e do Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (PRH)<sup>e</sup> na reorganização da oferta de leitos hospitalares. Além disso, o lento avanço na implementação de serviços de funcionamento em tempo integral (CAPS III e CAPS AD III)<sup>e</sup>, capazes de garantir retaguarda aos episódios de crises, dificultou a redução das internações hospitalares<sup>1-3</sup>.

Estudos anteriores empreenderam o desafio de verificar alterações nas taxas de internação utilizando os dados disponibilizados pelo Datasus com abrangência municipal ou estadual<sup>4-13</sup>. Uma limitação imposta a estes estudos é a não identificação dos pacientes nos dados disponíveis, inviabilizando que indiquem o percurso de internações e análises individualizadas por paciente. Além disso, cabe destacar a importância de se investigar o papel das estratégias implementadas no âmbito da PNSM na redução das internações psiquiátricas.

Tendo em vista as considerações anteriores, apresentam-se como questões norteadoras do estudo: qual é o perfil dos pacientes internados por transtornos mentais e qual a influência das estratégias implementadas no comportamento das taxas de pacientes internados?

Nesse sentido, este estudo visa caracterizar o perfil dos pacientes que foram internados por transtornos mentais e/ou comportamentais pelo Sistema Único de Saúde no Brasil no período de 2000 a 2014, bem como verificar como aspectos da PNSM influenciaram a taxa de pacientes internados no referido período. Serão utilizados dados integrados por meio de relacionamento determinístico-probabilístico, no qual foi possível individualizar as internações de cada paciente

## MÉTODOS

O estudo utilizou uma coorte prospectiva não concorrente de dados secundários de pacientes selecionados na Base Nacional de Saúde. Trata-se de um banco de dados centrado no indivíduo, construído por meio de técnicas de pareamento determinístico-probabilístico de registros (*record linkage*) integrando os dados dos principais sistemas de informação do

<sup>a</sup>Brasil. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União. 9 abr. 2001.

<sup>b</sup>Brasil. Portaria/GM Nº 336 de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. Diário Oficial da União. 20 fev. 2002.

<sup>c</sup>Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 12. Saúde Mental em Dados. 2015;10(12).

<sup>d</sup>Brasil. Portaria nº 251, de 31 de janeiro de 2002. Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede SUS e dá outras providências. Diário Oficial da União. 1 fev. 2002.

<sup>e</sup>Brasil. Portaria nº 52, de 20 de janeiro de 2004. Institui o Programa Anual de reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS. Diário Oficial da União. 20 jan. 2004.



Sistema Único de Saúde: Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), Sistema de Informação Hospitalar (SIH) e Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) de 2000 a 2015<sup>14</sup>.

Como critérios de inclusão, foram selecionados todos os pacientes que tiveram registro no SIH cujo diagnóstico primário referia-se a um código do Capítulo V na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10ª Revisão – CID 10 Transtornos mentais e comportamentais (F00-F99), e cuja data de internação estivesse entre 01/01/2000 e 31/12/2014. Foram retirados os registros de pacientes com idade inferior a 18 anos na data da internação.

Para a descrição do perfil dos pacientes e das internações, foram selecionadas variáveis: I – sociodemográficas: sexo (feminino, masculino), idade (em anos) e região de residência (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul, Centro-Oeste); II – clínicas: motivo de internação (diagnóstico primário), ocorrência de óbito no período (não, sim), ocorrência de óbito durante a internação psiquiátrica (não, sim), tempo de permanência em dias (somatório dos dias internados de cada paciente) e número de internações por paciente, III – características do estabelecimento: tipo de estabelecimento (hospital especializado, hospital geral, outros) e natureza jurídica do estabelecimento (público, privado, privado sem fins lucrativos).

As internações psiquiátricas são marcadas por longos períodos de duração, sendo indicado que as AIHs consecutivas mantenham o número da AIH inicial, mas muitas vezes são gerados novos registros, prática que acaba por mascarar a longa duração da internação psiquiátrica. Para amenizar esse efeito, conforme aplicado anteriormente por outros autores<sup>12</sup>, verificaram-se as AIHs de cada paciente, considerando-se como uma única internação quando a AIH subsequente tivesse ocorrido no mesmo hospital da AIH anterior e: a) a data de entrada da AIH subsequente era igual à data de saída da AIH anterior ou; b) a data de entrada da AIH subsequente apresentava um dia de diferença da data de saída da AIH anterior ou; c) a data de internação da AIH subsequente estava contida no período de internação da AIH anterior.

Para a análise descritiva das variáveis contínuas foi utilizada a mediana e o intervalo interquartil (IIQ), visto que a distribuição dos dados não foi simétrica. Os dados categóricos foram relatados como frequência e porcentagem.

Foram construídas séries temporais elencando os pacientes que foram internados em cada um dos anos do estudo (2000 a 2014), além disso, foram consideradas para o cálculo das taxas de pacientes internados a primeira internação do paciente que ocorreu em cada ano, não se considerando as possíveis reinternações. As internações que ultrapassavam o ano-calendário foram computadas no ano em que se iniciaram. As taxas de pacientes internados para cada ano foram calculadas considerando a seguinte equação:

$$\frac{\text{número de pacientes internados no ano}}{\text{população total no ano } (\geq 18 \text{ anos})} \times 100.000 \text{ habitantes}$$

Para os anos de 2000 e 2010, tomou-se como referência a população do censo<sup>15</sup> e, para os demais, foram consideradas as projeções populacionais realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística<sup>16</sup>. As taxas de pacientes internados por ano foram padronizadas pelo método direto por sexo e idade, tendo como padrão a população brasileira de acordo com o censo de 2010<sup>15</sup>. Além da taxa geral de pacientes internados, foram calculadas as taxas específicas por: motivo da internação, tipo de hospital, natureza jurídica do hospital e número de internações de cada paciente por ano.

Foi utilizada a regressão em séries temporais para verificar se a variação identificada ao longo do período estava associada ao tempo. Neste modelo de regressão, a variável resposta é a própria série temporal e o tempo é a variável explicativa do modelo, de modo que a equação da regressão explica a variação da taxa de pacientes internados em função do tempo<sup>17</sup>. Cada uma das taxas de pacientes internados padronizada foi testada individualmente com a

variável indicando o tempo em anos. Foram considerados estatisticamente significativos os modelos com p-valor < 0,05. O teste de Durbin-Watson foi utilizado para verificar a ocorrência de autocorrelação. As taxas de pacientes internados que apresentaram variação significativa foram selecionadas para a etapa seguinte de modelagem.

Considerando que, durante o período em estudo algumas estratégias, foram implementadas no âmbito da PNSM, foi verificado se duas dessas ações apresentavam associação com a alteração nas taxas de pacientes internados. As referidas estratégias analisadas foram a redução dos leitos psiquiátricos e a expansão dos CAPS. Foram consideradas, para essa análise, o número total de leitos disponível por ano e o número total de CAPS por ano (desconsiderando os CAPS i, voltados para atendimento de crianças e adolescentes, não incluídos neste estudo).

Todos os valores referentes às variáveis CAPS e número total de leitos disponíveis por ano acima foram consultados nos relatórios oficiais publicados pelo Ministério da Saúde<sup>e,f</sup>.

Para testar a associação entre as taxas de pacientes internados e as variáveis explicativas número de leitos e número de CAPS por ano, foi utilizado o modelo de mínimos quadrados generalizados (MQG) com processo autorregressivo de primeira ordem. Como as variáveis explicativas também se configuram como séries temporais, foi necessário utilizar um modelo de regressão capaz de incorporar a autocorrelação à estrutura de covariância dos erros. Para cada taxa de pacientes internados foram avaliados 2 modelos de regressão, um considerando os leitos por ano e outro com os CAPS por ano. Essas duas variáveis são altamente correlacionadas, tornando inviável qualquer modelo de regressão com ambas incluídas. A qualidade do ajuste dos modelos foi verificada pela análise gráfica dos resíduos e as análises estatísticas foram conduzidas no ambiente para programação estatística *R Project for Statistical Computing* (versão 3.6.1).

Este estudo é parte do projeto “Avaliação epidemiológica, econômica e de trajetórias assistenciais de procedimentos de alto custo no SUS: utilização de base de dados centrada no paciente a partir da integração de registros dos sistemas de informação em saúde”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – (CAAE 44121315.2.0000.5149).

## RESULTADOS

Foram selecionados 1.549.298 pacientes, sendo a maioria do sexo masculino. A região do país com maior número de pacientes internados foi a Sudeste, e a região com menor número foi a Norte. Os grupos de causas de internação mais frequentes foram os transtornos devidos ao uso de substâncias psicoativas, seguidos por esquizofrenia e transtornos de humor. A ocorrência de óbito foi verificada para 12,2% dos pacientes, sendo que destes, 7,7% faleceram durante uma internação hospitalar psiquiátrica (Tabela 1).

A maioria dos pacientes teve uma única internação ao longo do período. As internações foram mais frequentes em hospital especializado e, em relação à natureza jurídica, a maior proporção de internações ocorreu em hospitais privados sem fins lucrativos.

A mediana de idade dos pacientes situou-se em 38 anos (intervalo interquartil [IIQ] 29:47). A mediana do número de internações de cada paciente foi de 1,9 vez durante todo o período estudado (IIQ 1–2), sendo a mediana do tempo de internação por paciente de 29 dias (IIQ 9–62). Foi verificado o total de 2.957.767 internações no período estudado (dados não apresentados em tabela).

A Figura apresenta as taxas de pacientes internados padronizadas por idade e sexo. A taxa geral de pacientes internados apresentou tendência de queda ao longo do período, passando de 188,5 no primeiro ano para 94,4 por 100 mil habitantes no último ano, configurando uma redução de 49,9%. Com relação à taxa de pacientes internados por tipo de hospital, observou-se a redução das internações em hospitais especializados (de 154,4 para 51,2) e o

<sup>e</sup>Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 8. Saúde Mental em Dados. 2011;6(8).

**Tabela 1.** Características dos pacientes internados por transtornos mentais e/ou comportamentais pelo SUS e dos hospitais, Brasil, 2000–2014.

Pacientes	n	(%)
	1.549.298	(100)
<b>Sexo</b>		
Feminino	550.464	35,5
Masculino	998.834	64,5
<b>Região</b>		
Norte	33.651	2,2
Nordeste	303.886	19,6
Sudeste	673.688	43,5
Sul	403.229	26,0
Centro-Oeste	134.844	8,7
<b>Causa de Internação por Grupo CID-10</b>		
F10-F19 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa	609.822	39,4
F20-F29 Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes	532.083	34,3
F30-F39 Transtornos do humor [afetivos]	238.164	15,4
F00-F09 Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos	88.569	5,7
F40-F99 Demais transtornos mentais	80.660	5,2
<b>Óbito</b>		
Não	1.35.528	87,8
Sim	189.770	12,2
<b>Óbito durante internação psiquiátrica (n = 189.770)</b>		
Não	175.207	92,3
Sim	14.563	7,7
<b>Número de internações por paciente</b>		
Uma	1.043.048	67,3
Duas	240.210	15,5
Três	162.212	10,5
Quatro ou mais	103.828	6,7
<b>Tipo de hospital</b>		
Especializado	1.020.276	65,9
Geral	461.943	29,8
Outros	35.197	2,2
N.A.*	31.882	2,1
<b>Natureza jurídica do estabelecimento</b>		
Privado sem fins lucrativos	551.526	35,6
Privado	511.378	33,0
Público	483.711	31,2
N.A.*	2.683	0,2

\* Os estabelecimentos que tiveram registros apenas no período anterior a Agosto de 2005 não puderam ser classificados em virtude da limitação temporal dos dados do CNES.

aumento simultâneo em hospitais gerais (de 24 para 46). Com relação à taxa por natureza do hospital destaca-se a redução de 84,32% de pacientes internados em hospitais privados, de 95,7 em 2000 para 15 por 100 mil habitantes em 2014.

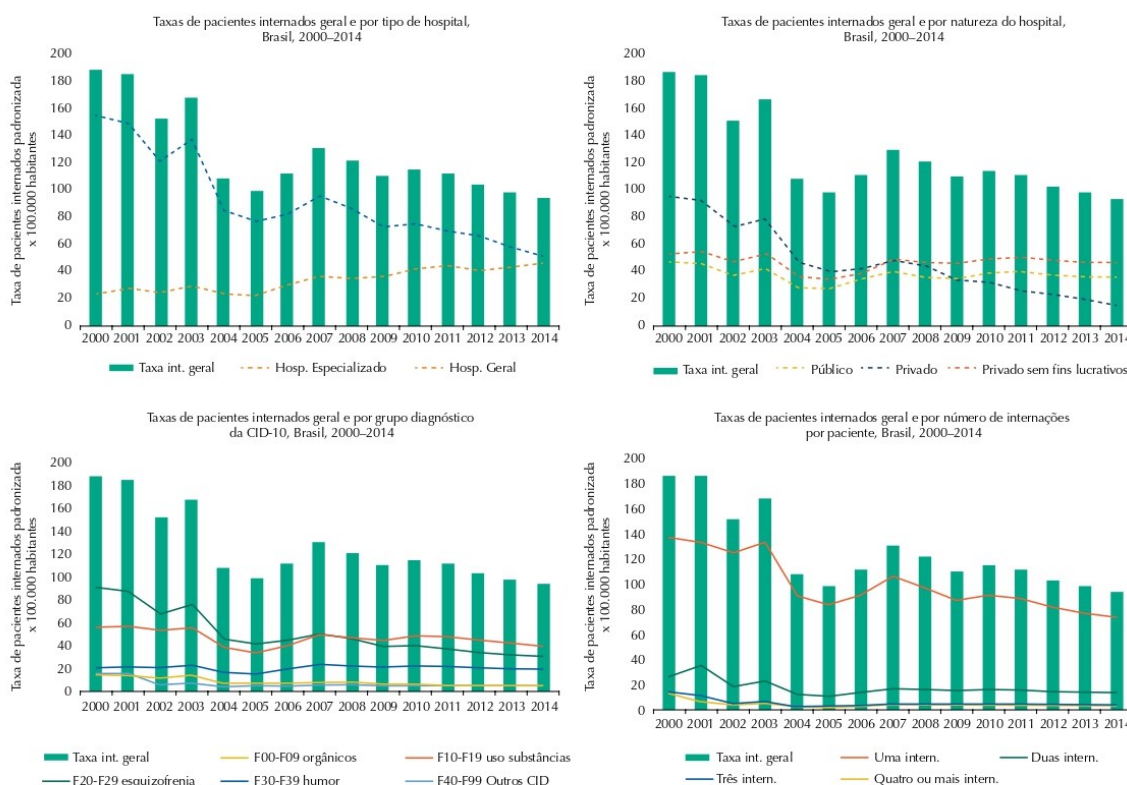
A taxa de pacientes internados específica por grupo de diagnóstico indica que houve redução de 66% nas taxas de pacientes internados por esquizofrenia (de 91,5 para 30,5), enquanto a taxa por uso de substâncias psicoativas apresentou redução de 29,8% (de 56,6 para 39,7).



Sobre o número de internações por paciente, a taxa de pacientes submetidos a uma única internação por ano apresentou a mesma tendência de redução verificada para a taxa geral, de 137,3 em 2000 para 74 por 100 mil habitantes em 2014.

A regressão em séries temporais indicou haver uma variação significativa nas taxas de pacientes internados em função do tempo. Com exceção da taxa de pacientes internados em hospital geral, que apresentou tendência crescente, todas as demais taxas que apresentaram significância indicaram uma relação decrescente, ou seja, com tendência de redução ao longo do tempo. A taxa geral de pacientes internados apresentou redução de 5,72 pacientes internados por 100 mil habitantes a cada ano. Os coeficientes de cada um dos modelos podem ser verificados na Tabela 2.

Os modelos de mínimos quadrados generalizados indicaram associação da variável número de leitos por ano para quase todas as taxas de pacientes internados, com quase todos os modelos apresentando coeficientes positivos. Como os coeficientes apresentam valores baixos, é preciso adotar um fator de multiplicação para tornar mais simples a interpretação. Sendo assim, para a taxa de pacientes internados em hospital especializado, por exemplo, o aumento de 1000 leitos resultaria em aumento de 3 pacientes internados por 100 mil habitantes/ano. O número de CAPS por ano foi significativo em menos modelos, com coeficientes negativos. Considerando também a taxa de pacientes internados em hospital especializado, verificou-se que o aumento de 1000 unidades de CAPS acarretaria redução de 49 pacientes internados por 100 mil habitantes/ano. Todos os coeficientes e os respectivos intervalos de confiança (95%) são apresentados na Tabela 3.



\* Taxas de pacientes internados padronizadas por sexo e idade.

Figura. Taxas geral e específicas de pacientes internados, Brasil, 2000–2014.

**Tabela 2.** Coeficientes das regressões de séries temporais segundo taxa geral e específicas de pacientes internados, Brasil, 2000–2014.

Taxa de pacientes internados por ano padronizada	Intercepto (IC95%) <sup>a</sup>	Tempo (IC95%) <sup>a</sup>	R <sup>2</sup> ajustado	p	Tendência
Taxa geral de pacientes internados	172,61 (149,82 a 195,39)	-5,72 (-8,22 a -3,21)	0,62	< 0,001	Redução
Taxa por grupo de causa					
F00-F09 transtornos orgânicos	14,22 (12,15 a 16,27)	-0,7 (-0,93 a -0,48)	0,76	< 0,001	Redução
F10-F19 uso de substâncias	53,28 (45,77 a 60,78)	-0,8 (-1,62 a 0,02)	0,19	0,06	<sup>b</sup>
F20-F29 esquizofrenia	82,87 (71,60 a 94,13)	-3,96 (-5,19 a -2,72)	0,77	< 0,001	Redução
F30-F39 transtornos de humor	20,57 (17,82 a 23,31)	0,03 (-0,27 a 0,32)	-0,07	0,85	<sup>b</sup>
F40 a F99 demais CIDs	11,17 (7,49 a 14,84)	-0,54 (-0,94 a -0,13)	0,34	< 0,05	Redução
Taxa por tipo de hospital					
Hospital especializado	144,82 (127,19 a 162,43)	-6,6 (-8,53 a -4,66)	0,79	< 0,001	Redução
Hospital geral	19,93 (15,86 a 24,01)	1,7 (1,25 a 2,14)	0,83	< 0,001	Aumento
Taxa por natureza jurídica do hospital					
Hospital Público	40,11 (33,69 a 46,53)	-0,32 (-1,02 a 0,38)	-0,003	0,35	<sup>b</sup>
Hospital Privado	91,14 (80,15 a 102,12)	-5,45 (-6,65 a -4,23)	0,87	< 0,001	Redução
Hospital Privado SFL	47,72 (40,54 a 54,90)	-0,09 (-0,88 a 0,69)	-0,07	0,80	<sup>b</sup>
Taxa por número de internações por ano de cada paciente					
Uma internação por ano	133,40 (119,60 a 147,19)	-4,16 (-5,67 a -2,64)	0,71	< 0,001	Redução
Duas internações por ano	24,93 (18,83 a 31,02)	-0,9 (-1,56 a -0,22)	0,34	< 0,05	Redução
Três internações por ano	8,84 (5,95 a 11,73)	-0,43 (-0,74 a -0,10)	0,35	< 0,05	Redução
Quatro ou mais internações por ano	6,86 (4,21 a 9,51)	-0,31 (-0,59 a -0,01)	0,23	< 0,05	Redução

<sup>a</sup> IC 95%: intervalo de confiança de 95%.<sup>b</sup> não apresentou significância estatística.**Tabela 3.** Coeficientes das regressões de mínimos quadrados generalizados segundo taxa geral e específicas de pacientes internados em função do número de CAPS por ano e do número de leitos psiquiátricos por ano, Brasil, 2000–2014.

Taxa de pacientes internados por ano padronizada	CAPS		Leitos	
	Coefficiente (IC95%) <sup>a</sup>	p	Coefficiente (IC95%) <sup>a</sup>	p
Taxa geral de pacientes internados	-0,043 (-0,09 a 0,004)	0,075	0,003 (0,001 a 0,004) <sup>b</sup>	< 0,001
Taxa por grupo de causa				
F00-F09 transtornos orgânicos	-0,005 (-0,008 a -0,002)	0,005	0,0003 (0,0002 a 0,0004)	< 0,001
F20-F29 esquizofrenia	-0,024 (-0,067 a 0,018)	0,242	0,002 (0,001 a 0,002) <sup>b</sup>	0,000
F40 a F99 demais CIDs	-0,004 (-0,017 a 0,008)	0,479	0,0003 (0,0000008 a 0,001) <sup>b</sup>	0,049
Taxa por tipo de hospital				
Hospital especializado	-0,049 (-0,083 a -0,016)	0,007	0,003 (0,002 a 0,003) <sup>b</sup>	< 0,001
Hospital geral	0,013 (0,009 a 0,017)	0,000	-0,001 (-0,001 a -0,00008)	0,025
Taxa por natureza jurídica do hospital				
Hospital Privado	-0,038 (-0,07 a -0,007)	0,020	0,002 (0,002 a 0,003)	< 0,001
Taxa por número de internações por ano de cada paciente				
Uma internação por ano	-0,03 (-0,053 a -0,008)	0,013	0,002 (0,001 a 0,003) <sup>b</sup>	< 0,001
Duas internações por ano	-0,006 (-0,015 a 0,002)	0,141	0,0004 (0,00005 a 0,0007) <sup>b</sup>	0,025
Quatro ou mais internações por ano	-0,003 (-0,011 a 0,005)	0,497	0,0004 (0,0001 a 0,0007) <sup>b</sup>	0,009

<sup>a</sup> IC 95%: intervalo de confiança de 95%.<sup>b</sup> Intercepto não significativo (nível de significância 5%).

## DISCUSSÃO

Os resultados apresentados, utilizando uma coorte prospectiva não concorrente de abrangência nacional, indicam que houve mudanças nas internações por transtornos mentais no período de 2000 a 2014. Houve redução tanto em valores absolutos quanto em termos de taxas de pacientes internados, bem como mudanças no perfil dos serviços, com aumento das internações em hospitais gerais e redução em hospitais especializados. Cabe salientar que o presente estudo utiliza como principal indicador a taxa de pacientes internados (por



100 mil habitantes), que é diferente da taxa de internações (por 100 mil habitantes). Isso possibilitou avaliar a redução de números de indivíduos internados em cada ano.

Verificou-se que a maior parte da população analisada é de homens, o que corrobora outros estudos que também avaliaram internação de pacientes por transtornos mentais<sup>5,7,11-13</sup>. Um estudo realizado na região Sul do país identificou maior percentual de mulheres internadas em relação ao de homens, no entanto, é relevante considerar que tal estudo não incluiu pacientes internados por uso de álcool e outras drogas<sup>10</sup>. Com relação à idade, é possível perceber que se trata de pessoas em idade economicamente ativa, a distribuição etária indica que 75% dos pacientes tinha entre 18 e 47 anos de idade. Não é comum encontrar estudos com pacientes com média de idade avançada, concentrando-se a maior frequência de pacientes entre 30 e 49 anos de idade<sup>5,7,11,10</sup>.

Outros estudos que investigaram a tendência temporal das internações psiquiátricas também encontraram resultados que reforçam a hipótese de redução das taxas associadas ao tempo<sup>9-13</sup>. O estado do Rio Grande do Sul apresentou aumento das taxas de internações ao longo do tempo<sup>9</sup>.

As mudanças ocorridas nas taxas de pacientes internados por tipo de hospital e por natureza jurídica do hospital podem estar relacionadas às alterações promovidas na política hospitalar. A redução da taxa de pacientes internados em hospitais especializados foi concomitante ao aumento na taxa de pacientes internados em hospitais gerais, corroborando o que foi verificado em estudos anteriores<sup>4-6,9</sup>.

A internação psiquiátrica em hospitais gerais pode favorecer a redução do estigma, além de aumentar o acesso, melhorar o cuidado em relação à saúde física e possibilitar interconsultas entre as variadas especialidades médicas presentes neste tipo de hospital<sup>4,19,20</sup>. Dados do Observatório Global de Saúde indicam que o Brasil tem um déficit em relação ao número de leitos psiquiátricos em hospital geral. Enquanto o país possuía 0,6 leito/100.000 habitantes em 2016, países como Austrália, Espanha, Portugal e Itália possuíam 21,8, 14,3, 11,8 e 9,0 leitos/100.000 habitantes, respectivamente. Países vizinhos na América do Sul, como Uruguai, Chile e Argentina, contavam com 8,2, 5,2, e 2,7 leitos/100.000 habitantes, respectivamente<sup>21</sup>.

A grande redução na taxa de pacientes internados em hospitais privados sinaliza as mudanças na contratação de leitos psiquiátricos. Durante o período, muitos leitos e até mesmo hospitais inteiros foram descredenciados, conforme se verificou em estudo conduzido com dados do estado de Minas Gerais no período de 2001 a 2013<sup>12</sup>. Estudo publicado em 2007 indicou que no período de 1995 a 2005 houve redução de 41% no número de leitos psiquiátricos (5,4 a 3,2 por 10.000 habitantes)<sup>2</sup>. Entre 2008 e 2017, houve redução de 33,3% no número de leitos psiquiátricos no país<sup>1</sup>.

Notou-se uma redução importante na taxa de pacientes internados por esquizofrenia, a ponto de a taxa de pacientes internados devido ao uso de substâncias superá-la. Estudos anteriores verificaram aumento nas taxas de internação por transtornos devidos ao uso de substâncias, sendo que em alguns também foi verificada a redução na taxa de internações por esquizofrenia<sup>9-10,12,22</sup>.

A incipiente estruturação de serviços não hospitalares para atendimento de pacientes diagnosticados com transtornos por uso de substâncias psicoativas poderia explicar a crescente taxa de pacientes internados<sup>7</sup>. Os CAPS-ad III, que tratam desse perfil de pacientes em regime de funcionamento de 24 horas, ainda apresentavam baixa cobertura durante o período deste estudo, sendo que, em 2014, havia 69 serviços habilitados<sup>6</sup> em 51 municípios. Além disso, é preciso citar o aumento no consumo de drogas ilícitas pela população brasileira<sup>23,24</sup>, que a cada dia produz um contingente maior de pessoas que utiliza a internação hospitalar para tratar do uso abusivo<sup>22</sup>.

As taxas de pacientes internados uma ou duas vezes por ano tiveram menor redução do que as taxas de pacientes que internaram 3 e 4 ou mais vezes por ano. A alta frequência

de internações para um mesmo paciente pode ser enquadrada no fenômeno conhecido como porta giratória (*revolving door*), no qual o paciente apresenta várias internações com intervalos curtos de alta entre elas. Uma revisão sistemática verificou que o diagnóstico de esquizofrenia apresentava maior risco para reinternação<sup>25</sup>. Nesse sentido, a redução da taxa entre pacientes que internaram mais vezes pode estar associada à grande contração verificada na taxa de pacientes internados por esquizofrenia.

A regressão em séries temporais indicou que a maioria das taxas de pacientes internados variou em função do tempo, em quase todos casos reduzindo-se a cada ano. Ao avaliar a associação dessas mudanças com as estratégias de redução dos leitos hospitalares e incremento do número de CAPS, notou-se que essas variáveis isoladas têm um efeito pequeno sobre a variação das taxas de pacientes internados. Aumentar o número de leitos implicaria o aumento de pacientes internados e, no sentido contrário, o crescimento do número de CAPS reduziria o número de pacientes internados.

Estudos anteriores investigaram a relação do CAPS com taxas de internação e reinternação, no entanto, os achados não são homogêneos. Estudo realizado em duas regiões metropolitanas do Sudeste indicou haver uma associação entre o aumento na cobertura dos serviços de CAPS com a redução das taxas de internação por transtornos mentais<sup>26</sup>. Em outro estudo, realizado nos municípios de Campinas, São Paulo, Porto Alegre e Fortaleza, verificou-se que menos de 10% dos usuários acompanhados nos CAPS necessitou de internação hospitalar em um período de 3 anos<sup>27</sup>. Em um estudo de coorte, foram observadas reduções significativas na ocorrência de crises, no uso de medicamentos e número de internações psiquiátricas entre os usuários com maior tempo de CAPS e em atendimento intensivo<sup>28</sup>. Contrastando estes resultados, um estudo conduzido nos 2 hospitais psiquiátricos públicos de Belo Horizonte – MG não identificou efeito protetor entre a cobertura de CAPS e a ocorrência de readmissão psiquiátrica<sup>29</sup>.

Pode-se presumir que a introdução dos CAPS tenha feito emergir uma demanda reprimida por serviços de saúde mental, que como dito anteriormente, não eram acessíveis e que à medida que vão se tornando disponíveis, vão inflacionando a demanda. Nesse sentido, cabe também citar que, nos últimos anos, houve grande aumento em termos de cobertura de equipes de atenção básica no país, que em algumas medidas incorporaram ações voltadas às pessoas portadoras de transtornos mentais. Muitas ações de saúde mental foram incorporadas pelas equipes de atenção básica, destacando-se a oferta de atendimentos em grupo e as ações educativas e de promoção da saúde<sup>30</sup>. Na medida em que há o aumento do acesso e conseqüentemente o de diagnósticos, aumenta também a pressão por serviços de média e alta complexidade para atender a esses casos.

A despeito da importância dos transtornos mentais na carga global de doenças, sendo responsáveis por 9,5% do total de anos de vida perdidos ajustados por incapacidade no Brasil em 2015<sup>31</sup>, o investimento necessário para lidar com essas condições não tem sido adequado. Um ponto fundamental da reforma, que seria a expansão de serviços extra-hospitalares para suprir a diminuição programada de leitos hospitalares, esbarra no limite orçamentário da política de saúde mental<sup>19,20</sup>.

Este trabalho apresenta algumas limitações, sendo uma delas o baixo número de variáveis sociodemográficas dos pacientes. Por tratar-se do uso de informações de bancos de dados oriundos de sistemas administrativos, muitas vezes informações como raça/cor, escolaridade e renda não se encontram presentes. Outro ponto verificado foi um volume menor de dados de pacientes internados entre os anos de 2004 e 2006, sendo esta uma limitação da Base Nacional de Saúde.

Este estudo permitiu ampliar o conhecimento sobre o perfil dos pacientes internados por transtornos mentais em nível nacional por dispor de uma base de dados abrangente e centrada no indivíduo. O protagonismo do hospital psiquiátrico na Política de Saúde Mental foi sendo diluído para outros serviços, mas sem romper com o modelo que durante

muitos anos sustentou o vultoso parque hospitalar que existia no país. Para tanto, seria necessário que os investimentos para a expansão dos serviços extra-hospitalares fossem ampliados, e não o contrário, como se observou recentemente. As novas e graves demandas em saúde mental solapam a capacidade de gestores e planejadores de saúde de fazer frente às necessidades para as quais o pior remédio é a austeridade.

## REFERÊNCIAS

1. Fernandes CJ, Lima AF, Oliveira PRS, Santos WS. Índice de Cobertura Assistencial da Rede de Atenção Psicossocial (iRAPS) como ferramenta de análise crítica da reforma psiquiátrica brasileira. *Cad Saude Publica*. 2020;36(4):e00049519. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00049519>
2. Andreoli SB, Almeida-Filho N, Martin D, Mateus MDML, Mari JJ. Is psychiatric reform a strategy for reducing the mental health budget? The case of Brazil. *Rev Bras Psiquiatr*. 2007;29(1):43-6. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462006005000032>
3. Pitta AMF. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. *Cienc Saude Colet*. 2011;16(12):4579-89. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001300002>
4. Candiago R, Abreu PB. Uso do Datasus para avaliação dos padrões das internações psiquiátricas, Rio Grande do Sul. *Rev Saude Publica*, 2007;41(5):821-9. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000500017>
5. Pereira PK, Santos SA, Lima LA, Legay LF, Santos JFC, 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 Saude Colet*. 2012;20(4):482-91. <https://doi.org/10.1590/S1414-462X2012000400012>
6. Szabzon F. Perfil das internações psiquiátricas em São Paulo: Um estudo exploratório [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2013. <https://doi.org/10.11606/D.6.2013.tde-20022014-095931>
7. Coelho VAA, Volpe FM, Diniz SSL, Silva EM, Cunha CF. Alteração do perfil de atendimento dos hospitais psiquiátricos públicos de Belo Horizonte, Brasil, no contexto da reforma da assistência à saúde mental. *Cienc Saude Colet*. 2014;19(8):3605-16. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014198.11922013>
8. Horta RL, Costa JSD, Balbinot AD, Watte G, Teixeira VA, Poletto S. Hospitalizações psiquiátricas no Rio Grande do Sul de 2000 a 2011. *Rev Bras Epidemiol*. 2015;18(4):918-29. <http://doi.org/10.1590/1980-5497201500040019>
9. Zurita RCM. Assistência psiquiátrica no estado do Paraná: análise das internações hospitalares no período de 2000 a 2013 [tese]. Maringá: Universidade Estadual de Maringá; 2015. Disponível em: <http://repositorio.uem.br:8080/jspui/bitstream/1/1983/1/000222640.pdf>
10. Mendes JDV. Evolução das causas de internação de saúde mental no SUS do Estado de São Paulo, 2000 a 2015. *GAI Informa*. 2016;8(51). Disponível em: [http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/destaques//gais\\_51\\_abril\\_2016.pdf](http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/destaques//gais_51_abril_2016.pdf)
11. Santos RS, Sena EP, Aguiar WM. Perfil de Internações psiquiátricas em unidade hospitalar de Salvador, Bahia. *Rev Ciênc Méd Biol*. 2017;16(3):374-9. <https://doi.org/10.9771/cmbio.v16i3.24385>
12. Lara APM, Volpe FM. Evolução do perfil das internações psiquiátricas pelo Sistema Único de Saúde em Minas Gerais, Brasil, 2001-2013. *Cienc Saude Colet*. 2019;24(2):659-68. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018242.14652017>
13. Lima ALP, Santos L, Nery FS. Tendência temporal das internações psiquiátricas em Sergipe, entre 2008 a 2017. *Cad Grad Ciênc Biol Saúde*. 2019;5(3):179-92.
14. Guerra Junior AA, Pereira RG, Gurgel EI, Cherchiglia M, Dias LV, Ávila J et al. Building the national database of health centred on the individual: administrative and epidemiological record linkage-Brazil, 2000-2015. *Int J Pop Data Sci*. 2018;3(1):446. <https://doi.org/10.23889/ijpds.v3i1.446>
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010: características da população e dos domicílios. Rio de Janeiro: IBGE; 2011.



16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da população das unidades da federação por sexo e grupos de idade: 2000-2030. Rio de Janeiro: IBGE; 2013.
17. Antunes JLF, Cardoso MRA. Uso da análise de séries temporais em estudos epidemiológicos. *Epidemiol Serv Saúde*. 2015;24(3):565-76. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000300024>
18. Zanardo GLP, Silveira LHC, Rocha CMF, Rocha KB. Internações e reinternações psiquiátricas em um hospital geral de Porto Alegre: características sociodemográficas, clínicas e do uso da Rede de Atenção Psicossocial. *Rev Bras Epidemiol*. 2017;20(3):460-74. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700030009>
19. Mateus MD, Mari JJ, Delgado PG, Almeida-Filho N, Barrett T, Gerolin J et al. The mental health system in Brazil: policies and future challenges. *Int J Ment Health Syst*. 2008;2(1):12. <https://doi.org/10.1186/1752-4458-2-12>
20. Mari JJ. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira. *Cienc Saude Colet*. 2011;16(12):4593-6. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001300005>
21. Global Health Observatory (GHO) data. Beds in general hospitals for mental health and beds in mental hospitals (per 100 000 population) [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2019. Disponível em: [http://www.who.int/gho/mental\\_health/care\\_delivery/beds\\_hospitals/en/](http://www.who.int/gho/mental_health/care_delivery/beds_hospitals/en/)
22. 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. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006085>
23. Bastos FIPM, Vasconcellos MTL, De Boni RB, Reis NBD, Coutinho CFDS. III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz/ICICT; 2017. 528 p.
24. Bonadiman CSC, Passos VMA, Mooney M, Naghavi M, Melo APS. A carga dos transtornos mentais e decorrentes do uso de substâncias psicoativas no Brasil: Estudo de Carga Global de Doença, 1990 e 2015. *Rev Bras Epidemiol*. 2017;20(Supl 1):191-204. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700050016>
25. Zanardo GLP, Moro LM, Ferreira GS, Rocha KB. Factors associated with psychiatric readmissions: a systematic review. *Paidéia (Ribeirão Preto)*. 2018;28:e2814. <https://doi.org/10.1590/1982-4327e2814>
26. Miliauskas CR, Faus DP, Junkes L, Rodrigues RB, Junger W. Associação entre internações psiquiátricas, cobertura de CAPS e atenção básica em regiões metropolitanas do RJ e SP, Brasil. *Cienc Saude Colet*. 2019;24(5):1935-44. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.18862017>
27. Onocko-Campos RT, Amaral CEM, Saraceno B, Oliveira BDC, Treichel CAS, Delgado PGG. Atuação dos Centros de Atenção Psicossocial em quatro centros urbanos no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:e113. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.113>
28. Tomasi E, Facchini LA, Piccini RX, Thumé E, Silva RA, Gonçalves H et al. Efetividade dos centros de atenção psicossocial no cuidado a portadores de sofrimento psíquico em cidade de porte médio do Sul do Brasil: uma análise estratificada. *Cad Saude Publica*. 2010;26(4):807-15. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000400022>
29. Volpe FM, Braga IP, Silva EM. Community health services and risk of readmission in public psychiatric hospitals of Belo Horizonte, Brazil, 2005-2011. *Trends Psychiatry Psychother*. 2018;40(3):193-201. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2017-0080>
30. Rocha HA, Santos AF, Reis IA, Santos MAC, Cherchiglia ML. Saúde mental na atenção básica: uma avaliação por meio da Teoria da Resposta ao Item. *Rev Saude Publica*. 2018;52:17. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000051>

**Financiamento:** Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ – Processo 306030/2018-7). Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG – Processo APQ-04313-17, PPM-00369-17). Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal Nível Superior (CAPES – Código de Financiamento 001).

**Contribuição dos Autores:** Concepção e planejamento do estudo: HAR, MLC. Coleta, análise e interpretação dos dados: HAR, IAR, MACS, APMS, MLC. Elaboração ou revisão do manuscrito: HAR, IAR, MACS, APMS, MLC. Aprovação da versão final: HAR, IAR, MACS, APMS, MLC. Todos os autores assumem a responsabilidade pública pelo conteúdo do artigo.

**Conflito de Interesses:** Os autores declaram não haver conflito de interesses.

## ANEXO B – Parecer consubstanciado do projeto de pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Avaliação epidemiológica, econômica e de trajetórias assistenciais de procedimentos de alto custo no SUS: utilização de base de dados centrada no paciente a partir da integração de registros dos sistemas de informação em saúde

**Pesquisador:** Mariangela Leal Cherchiglia

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 44121315.2.0000.5149

**Instituição Proponente:** Faculdade de Medicina da UFMG

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.072.253

**Data da Relatoria:** 20/05/2015

**Apresentação do Projeto:**

O Sistema Único de Saúde (SUS) conta com um conjunto de sistemas de informação que possibilitam a avaliação de políticas e programas de saúde, bem como da assistência prestada. Apesar de conterem informações clínicas e financeiras relativas aos procedimentos realizados pelos cidadãos com financiamento público, esses dados estão fragmentados, muitas vezes têm finalidade puramente administrativo/financeiro e também não estão centradas no paciente. O monitoramento das linhas de cuidado da alta complexidade no SUS pode ser realizado a partir da integração dos dados do Sistema de Informação de Alta Complexidade/custo (APAC/SIA), que tem como finalidade registrar a produção, a cobrança e o pagamento de procedimentos de alto custo (quimioterapia, radioterapia, medicamentos excepcionais e terapia de substituição renal) com outros sistemas de informação tais como o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e o Sistema de Informação Hospitalar (SIH). Grandes bases de dados administrativas vêm sendo cada vez mais empregadas na elaboração de políticas, no planejamento e gestão, avaliação e controle dos serviços de saúde prestados à população. O uso desses bancos possui algumas vantagens, como o grande número de casos registrados, o reduzido tempo entre a ocorrência do evento e seu registro no sistema e a possibilidade de identificação do paciente. Além disso, a integração entre

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 1.072.253

dados primários e secundários oferece novas oportunidades para a investigação em serviços de saúde. As vantagens de ambas as fontes de dados podem ser utilizados sinergicamente e desta forma as suas desvantagens podem ser superadas. O relacionamento de registros, ou record linkage, representa uma alternativa para integrar dados dos sistemas de informação em saúde e/ou com dados primários de pesquisas, ampliando o escopo de perguntas a serem respondidas, além de contribuir para a melhoria da qualidade dos dados registrados e permitir o seguimento longitudinal da assistência ao paciente. Tal procedimento permite encontrar registros diferentes de uma mesma entidade em bases de dados distintas, ou identificar registros duplicados em uma mesma base de dados, podendo ser determinístico ou probabilístico. A proposta desse projeto dá continuidade às pesquisas que realizam e utilizam bases de dados integradas a partir dos sistemas de informação do SUS. Tem por objetivo construir uma base de dados com abrangência nacional a partir da integração dos registros dos sistemas de informação em saúde do SUS centrada no paciente. Visa, assim, habilitar o seguimento de coortes históricas de pacientes atendidos no segmento de alta complexidade, bem como compor indicadores epidemiológicos, de resultado da assistência prestada e de gastos com o tratamento desses pacientes no período entre 2000 a 2010. Para o desenvolvimento de base de dados integrada com registros eletrônicos em Saúde (RES) centradas no indivíduo serão utilizadas duas estratégias: o pareamento de bases de dados e a paralelização das técnicas de pareamento.

Uma vez desenvolvida a base de dados de pacientes que utilizam procedimentos de alta complexidade/custo no SUS, etapa fundamental deste projeto, as avaliações a serem realizadas considerarão, dentre outros, os seguintes aspectos: a) construção da linha de base desses pacientes de 2000 a 2010, com o perfil desses pacientes e de séries históricas por regiões geográficas (taxas de prevalência, incidência, letalidade e probabilidade de mudanças de tratamento - linha de cuidado). A análise estatística dos dados incluirá, além da análise descritiva das características e indicadores selecionados, (utilizando-se o teste do 2 para verificar diferenças de proporções entre variáveis categóricas e o teste t de Student para comparação de variáveis contínuas), análise univariada e multivariada para estimar a relação de uma ou mais variáveis explicativas com os custos diretos de atenção e com os resultados na saúde (efetividade). Para isto serão utilizados modelos de regressão linear múltipla, modelos de regressão logística e modelos de risco proporcional de Cox. O nível de significância adotado será de 5%; b) análise do resultado-efetividade, tendo como principal medida de efetividade o tempo de sobrevida dos pacientes. Para as análises de sobrevida variável dependente será o tempo (em meses) decorrido entre a data de entrada em tratamento até data do óbito do paciente. Serão censurados os pacientes que

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad Sl 2005

**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3409-4592

**E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 1.072.253

receberam alta, que permaneceram vivos até o término do estudo (dezembro de 2010) ou que foram a óbito por outras causas. As funções de sobrevida serão calculadas a partir do método de Kaplan-Meyer, segundo as variáveis explicativas do estudo e o teste de Log-rank será empregado para compará-las. Para avaliação dos fatores associados à sobrevida, será empregado o Modelo de Cox, computando-se os hazard-ratios com os respectivos IC 95%; c) análise de gastos: Na análise dos gastos será adotada a perspectiva do financiador público, limitando-se aos gastos diretos da atenção à saúde (total, por procedimentos, outros exames complementares, medicamentos de uso excepcional). Também poderão ser computados os valores pagos pelo SUS com internações hospitalares e outras intercorrências. Será construída uma tabela com as informações de valores mensais totais despendidos (em R\$) por paciente. Será calculado o gasto médio anual atualizado para Dezembro/2010 com base no Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA-IBGE). A análise econômica será realizada de acordo com as Diretrizes Metodológicas para Elaboração de Estudos de Avaliação Econômica para o Ministério da Saúde (2007). Para avaliar os determinantes do gasto médio anual nos anos de 2000 a 2010, serão construídos um modelo de regressão linear múltipla, incluindo-se como co-variáveis os atributos individuais, os fatores clínicos e de contexto. A variável dependente será o logaritmo do gasto médio anual durante o período 2000-2010.

**Objetivo da Pesquisa:**

- Objetivo Primário:

+ A proposta desse projeto dá continuidade às pesquisas que realizam e utilizam bases de dados integradas a partir dos sistemas de informação do SUS. Tem por objetivo construir uma base de dados com abrangência nacional a partir da integração dos registros dos sistemas de informação em saúde do SUS centrada no paciente. Visa, assim, habilitar o seguimento de coortes históricas de pacientes atendidos no segmento de alta complexidade, bem como compor indicadores epidemiológicos, de resultado da assistência prestada e de gastos com o tratamento desses pacientes no período entre 2000 a 2010.

- Objetivo Secundário:

- i) Obter uma série histórica nacional de trajetórias assistenciais de pacientes atendidos no segmento de alta complexidade do SUS;
- ii) Mapear a distribuição de oferta de serviços de alta complexidade e tecnologia no território nacional;
- iii) Compor de indicadores epidemiológicos, de resultado da assistência prestada e dos gastos

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad Sl 2005

**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3409-4592

**E-mail:** coep@prpq.ufmg.br



Continuação do Parecer: 1.072.253

realizados pelo SUS; iv) Desenvolver software para a integração de diferentes bases de dados administrativas do SUS em uma base de registros eletrônicos em saúde centrada no paciente; v) Análise de situações na alta complexidade para orientar o planejamento de ações, serviços e incorporação de tecnologias.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

- Riscos:

+ Pelo descrito pelos pesquisadores, o risco do estudo está centralizado na possibilidade de não anonimato dos participantes. Entretanto, eles propõe a estratégia que se segue para manutenção do anonimato: "A pesquisa proposta será desenvolvida de acordo com os princípios éticos de respeito pela pessoa, beneficência e justiça, seguindo as diretrizes e normas regulamentadoras da Resolução CNS n° 466 1212/2012 do Ministério da Saúde. Para o linkage de dados, tomou-se como referência os mesmos princípios adotados pelo Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS, 2008). São previstas normas restritas visando garantir a segurança dos dados e a confidencialidade das informações. As bases utilizadas durante o processo de linkage probabilístico somente incluirão os campos de identificação necessários para o processo de linkage, i.e., nenhum campo adicional que possa armazenar informações potencialmente sensíveis (ex. causas de óbitos) estará disponível conjuntamente com as informações de identificação do participante durante a execução dos procedimentos de linkage probabilístico. Ao final do processo de linkage, serão apagadas todas as informações de identificação na base resultante, sendo mantidos apenas o campo com a informação do identificador unívoco (ID UNICO). Esse último será, então, empregado para a recuperação, de forma determinística, das informações de interesse nas demais bases (ex. causa do óbito). Nas análises das bases os dados disponibilizados para os pesquisadores os dados não estarão mais identificados.

- Benefícios:

+ Os pacientes constantes nessas bases de dados não serão diretamente beneficiadas, entretanto, o estudo permitirá obter informações sobre o perfil epidemiológico, clínico e gastos em saúde com pacientes em terapias renais e em tratamento oncológico no SUS, Brasil. Estas informações poderão favorecer o desenvolvimento de políticas públicas para melhor abordagem, acompanhamento e prevenção da doença renal crônica e do câncer no país. Além disso, poderá favorecer o planejamento dessas ações e sustentar o uso mais racional dos recursos econômicos direcionados a essa terapêutica de alto custo pelo Ministério da Saúde.

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad Sl 2005

**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3409-4592

**E-mail:** coep@prpq.ufmg.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 1.072.253

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de um projeto de grande relevância científica, social e econômica que poderá impactar no dispêndio financeiro no tratamento de pacientes com doenças crônicas pelo Sistema Único de Saúde, em especial, as renais e os cânceres.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

- Informações básicas do projeto de pesquisa;
- Projeto de pesquisa na íntegra;
- Folha de rosto devidamente assinada pelo pesquisador responsável e pelo vice-diretor da Faculdade de Medicina da UFMG;
- Parecer consubstanciado da Câmara do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da UFMG;
- Termo de Consentimento de Uso de Banco de Dados assinado pelos pesquisadores devido à impossibilidade de obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de todos os participantes;
- Memorando nº 126 da Coordenadoria Geral de Sistemas de Informação autorizando a liberação dos dados dos Sistemas de Informação Ambulatorial e Hospitalar (SIA/SIH) do SUS para a realização da pesquisa.

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Diante do exposto, sou, SMJ dos demais membros do COEP/UFMG pela aprovação do projeto de pesquisa.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

**Bairro:** Unidade Administrativa II

**CEP:** 31.270-901

**UF:** MG

**Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3409-4592

**E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 1.072.253

BELO HORIZONTE, 21 de Maio de 2015

---

**Assinado por:**  
**Telma Campos Medeiros Lorentz**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad Sl 2005  
**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901  
**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE  
**Telefone:** (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

### DADOS DA EMENDA

**Título da Pesquisa:** Avaliação epidemiológica, econômica e de trajetórias assistenciais de procedimentos de alto custo no SUS: utilização de base de dados centrada no paciente a partir da integração de registros dos sistemas de informação em saúde

**Pesquisador:** Mariangela Leal Cherchiglia

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 44121315.2.0000.5149

**Instituição Proponente:** Faculdade de Medicina da UFMG

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.302.522

#### Apresentação do Projeto:

O Sistema Único de Saúde (SUS) conta com um conjunto de sistemas de informação que possibilitam a avaliação de políticas e programas de saúde, bem como da assistência prestada. Apesar de conterem informações clínicas e financeiras relativas aos procedimentos realizados pelos cidadãos com financiamento público, esses dados estão fragmentados, muitas vezes têm finalidade puramente administrativo/financeiro e também não estão centradas no paciente. O monitoramento das linhas de cuidado da alta complexidade no SUS pode ser realizado a partir da integração dos dados do Sistema de Informação de Alta Complexidade/custo (APAC/SIA), que tem como finalidade registrar a produção, a cobrança e o pagamento de procedimentos de alto custo (quimioterapia, radioterapia, medicamentos excepcionais e terapia de substituição renal) com outros sistemas de informação tais como o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e o Sistema de Informação Hospitalar (SIH). Grandes bases de dados administrativas vêm sendo cada vez mais empregadas na elaboração de políticas, no planejamento e gestão, avaliação e controle dos serviços de saúde prestados à população. O uso desses bancos possui algumas vantagens, como o grande número de casos registrados, o reduzido tempo entre a ocorrência do evento e seu registro no sistema e a possibilidade de identificação do paciente. Além disso, a integração entre

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3409-4592

**E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 2.302.522

dados primários e secundários oferece novas oportunidades para a investigação em serviços de saúde. As vantagens de ambas as fontes de dados podem ser utilizadas sinergicamente e desta forma as suas desvantagens podem ser superadas. O relacionamento de registros, ou record linkage, representa uma alternativa para integrar dados dos sistemas de informação em saúde e/ou com dados primários de pesquisas, ampliando o escopo de perguntas a serem respondidas, além de contribuir para a melhoria da qualidade dos dados registrados e permitir o seguimento longitudinal da assistência ao paciente. Tal procedimento permite encontrar registros diferentes de uma mesma entidade em bases de dados distintas, ou identificar registros duplicados em uma mesma base de dados, podendo ser determinístico ou probabilístico. A proposta desse projeto dá continuidade às pesquisas que realizam e utilizam bases de dados integradas a partir dos sistemas de informação do SUS. Tem por objetivo construir uma base de dados com abrangência nacional a partir da integração dos registros dos sistemas de informação em saúde do SUS centrada no paciente. Visa, assim, habilitar o seguimento de coortes históricas de pacientes atendidos no segmento de alta complexidade, bem como compor indicadores epidemiológicos, de resultado da assistência prestada e de gastos com o tratamento desses pacientes no período entre 2000 a 2010. Para o desenvolvimento de base de dados integrada com registros eletrônicos em Saúde (RES) centradas no indivíduo serão utilizadas duas estratégias: o pareamento de bases de dados e a paralelização das técnicas de pareamento. Uma vez desenvolvida a base de dados de pacientes que utilizam procedimentos de alta complexidade/custo no SUS, etapa fundamental deste projeto, as avaliações a serem realizadas considerarão, dentre outros, os seguintes aspectos: a) construção da linha de base desses pacientes de 2000 a 2016, com o perfil desses pacientes e de séries históricas por regiões geográficas (taxas de prevalência, incidência, letalidade e probabilidade de mudanças de tratamento - linha de cuidado). A análise estatística dos dados incluirá, além da análise descritiva das características e indicadores selecionados, (utilizando-se o teste do 2 para verificar diferenças de proporções entre variáveis categóricas e o teste t de Student para comparação de variáveis contínuas), análise univariada e multivariada para estimar a relação de uma ou mais variáveis explicativas com os custos diretos de atenção e com os resultados na saúde (efetividade). Para isto serão utilizados modelos de regressão linear múltipla, modelos de regressão logística e modelos de risco proporcional de Cox. O nível de significância adotado será de 5%; b) análise do resultado-efetividade, tendo como principal medida de efetividade o tempo de sobrevida dos pacientes. Para as análises de sobrevida variável dependente será o tempo (em meses) decorrido entre a data de entrada em tratamento até data do óbito do paciente. Serão censurados os pacientes que receberam alta, que permaneceram vivos até o término do estudo

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3409-4592

**E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 2.302.522

(dezembro de 2016) ou que foram a óbito por outras causas. As funções de sobrevida serão calculadas a partir do método de Kaplan-Meyer, segundo as variáveis explicativas do estudo e o teste de Log-rank será empregado para compará-las. Para avaliação dos fatores associados à sobrevida, será empregado o Modelo de Cox, computando-se os hazard-ratios com os respectivos IC 95%; c) análise de gastos: Na análise dos gastos será adotada a perspectiva do financiador público, limitando-se aos gastos diretos da atenção à saúde (total, por procedimentos, outros exames complementares, medicamentos de uso excepcional). Também poderão ser computados os valores pagos pelo SUS com internações hospitalares e outras intercorrências. Será construída uma tabela com as informações de valores mensais totais despendidos (em R\$) por paciente. Será calculado o gasto médio anual atualizado para Dezembro/2016 com base no Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA/IBGE). A análise econômica será realizada de acordo com as Diretrizes Metodológicas para Elaboração de Estudos de Avaliação Econômica para o Ministério da Saúde (2007). Para avaliar os determinantes do gasto médio anual nos anos de 2000 a 2016, serão construídos um modelo de regressão linear múltipla, incluindo-se como co-variáveis os atributos individuais, os fatores clínicos e de contexto. A variável dependente será o logaritmo do gasto médio anual durante o período 2000-2016.

**Objetivo da Pesquisa:**

- Objetivo Primário:

+ A proposta desse projeto dá continuidade às pesquisas que realizam e utilizam bases de dados integradas a partir dos sistemas de informação do SUS. Tem por objetivo construir uma base de dados com abrangência nacional a partir da integração dos registros dos sistemas de informação em saúde do SUS centrada no paciente. Visa, assim, habilitar o seguimento de coortes históricas de pacientes atendidos no segmento de alta complexidade, bem como compor indicadores epidemiológicos, de resultado da assistência prestada e de gastos com o tratamento desses pacientes no período entre 2000 a 2016.

- Objetivo Secundário:

- i) Obter uma série histórica nacional de trajetórias assistenciais de pacientes atendidos no segmento de alta complexidade do SUS;
- ii) Mapear a distribuição de oferta de serviços de alta complexidade e tecnologia no território nacional;
- iii) Compor de indicadores epidemiológicos, de resultado da assistência prestada e dos gastos realizados pelo SUS;

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3409-4592

**E-mail:** coep@prpq.ufmg.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 2.302.522

iv) Desenvolver software para a integração de diferentes bases de dados administrativas do SUS em uma base de registros eletrônicos em saúde centrada no paciente;

v) Análise de situações na alta complexidade para orientar o planejamento de ações, serviços e incorporação de tecnologias.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

- Riscos:

+ Pelo descrito pelos pesquisadores, o risco do estudo está centralizado na possibilidade de não anonimato dos participantes. Entretanto, eles propõe a estratégia que se segue para manutenção do anonimato: "A pesquisa proposta será desenvolvida de acordo com os princípios éticos de respeito pela pessoa, beneficência e justiça, seguindo as diretrizes e normas regulamentadoras da Resolução CNS nº 466/2012 do Ministério da Saúde. Para o linkage de dados, tomou-se como referência os mesmos princípios adotados pelo Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS, 2008). São previstas normas restritas visando garantir a segurança dos dados e a confidencialidade das informações. As bases utilizadas durante o processo de linkage probabilístico somente incluirão os campos de identificação necessários para o processo de linkage, i.e., nenhum campo adicional que possa armazenar informações potencialmente sensíveis (ex. causas de óbitos) estará disponível conjuntamente com as informações de identificação do participante durante a execução dos procedimentos de linkage probabilístico. Ao final do processo de linkage, serão apagadas todas as informações de identificação na base resultante, sendo mantidos apenas o campo com a informação do identificador unívoco (ID UNICO). Esse último será, então, empregado para a recuperação, de forma determinística, das informações de interesse nas demais bases (ex. causa do óbito). Nas análises das bases os dados disponibilizados para os pesquisadores os dados não estarão mais identificados.

- Benefícios:

+ Os pacientes constantes nessas bases de dados não serão diretamente beneficiadas, entretanto, o estudo permitirá obter informações sobre o perfil epidemiológico, clínico e gastos em saúde com pacientes em terapias renais e em tratamento oncológico no SUS, Brasil. Estas informações poderão favorecer o desenvolvimento de políticas públicas para melhor abordagem, acompanhamento e prevenção da doença renal crônica e do câncer no país. Além disso, poderá favorecer o planejamento dessas ações e sustentar o uso mais racional dos recursos econômicos direcionados a essa terapêutica de alto custo pelo Ministério da Saúde.

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad Sl 2005

**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3409-4592

**E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS**



Continuação do Parecer: 2.302.522

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de primeira emenda a projeto de pesquisa previamente aprovado por este CEP. Os autores solicitam o acréscimo dos anos 2011, 2012, 2013, 2014, 2015 e 2016 referentes as bases de dados APAC/SAI/SUS, SIH/SUS e SIM/SUS. Tal solicitação permitirá uma melhor análise temporal dos dados e não comprometem ou alteram os riscos e benefícios aos participantes da pesquisa.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos de apresentação obrigatória foram anexados ao projeto.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Diante do exposto, salvo melhor juízo dos demais membros do CEP/UFMG, sou pela aprovação da emenda ao projeto de pesquisa.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o COEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_974750 E1.pdf	22/08/2017 14:52:38		Aceito
Outros	Carta_encaminhamento.pdf	22/08/2017 14:49:53	Mariangela Leal Cherchiglia	Aceito
Outros	Transferência dados UFMG.pdf	17/04/2015 11:29:51		Aceito
Outros	UFMG_SIPAR_25000-133199-2012-24.PDF	17/04/2015 11:29:14		Aceito
Outros	Aprovação_Parecer_Camara.pdf	17/04/2015 11:28:29		Aceito
Outros	Termo de Consentimento de Uso de Banco de Dados assinado.pdf	17/04/2015 11:27:29		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Integração_Dados.pdf	17/04/2015 11:27:15		Aceito

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos,6627 2º Ad SI 2005

**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3409-4592

**E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 2.302.522

Folha de Rosto	Folha_rosto.pdf	10/12/2014 14:42:23		Aceito
Outros	441213152emendaassinada.pdf	28/09/2017 09:53:26	Vivian Resende	Aceito
Outros	441213152pareceremassinado.pdf	28/09/2017 09:53:35	Vivian Resende	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BELO HORIZONTE, 28 de Setembro de 2017

---

**Assinado por:**  
**Vivian Resende**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3409-4592

**E-mail:** coep@prpq.ufmg.br