



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

JOSÉ CICERO DA SILVA

**Internações hospitalares por transtornos mentais e comportamentais, de
residentes em Sergipe, de 2001 a 2013**

ARACAJU

2017

JOSÉ CICERO DA SILVA

**Internações hospitalares por transtornos mentais e comportamentais, de
residentes em Sergipe, de 2001 a 2013**

Monografia apresentada ao colegiado do
curso de Medicina da Universidade
Federal de Sergipe, como requisito parcial
para obtenção do título de bacharel em
Medicina.

Orientadora: Profa. Dra. Anna Klara
Bohland

ARACAJU

2017

JOSÉ CICERO DA SILVA

**Internações hospitalares por transtornos mentais e comportamentais, de
residentes em Sergipe, de 2001 a 2013**

Monografia apresentada ao colegiado do
curso de Medicina da Universidade
Federal de Sergipe, como requisito parcial
para obtenção do título de bacharel em
Medicina.

Aracaju, 06 de janeiro de 2017.

Examinador

Universidade Federal de Sergipe

"O rio atinge seus objetivos porque aprendeu a contornar obstáculos."
(Lao-Tsé)

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço aos meus pais, pelo amor, compreensão e incentivo aos estudos, mesmo nos momentos mais difíceis, sempre pensando no melhor para mim.

À minha amada esposa Juliana, pelo companheirismo, compreensão e paciência nos momentos de estudo e em todos os momentos de minha ausência, em busca de nosso sonho.

Aos meus irmãos, pelo apoio incondicional.

Aos meus amigos de curso Edimário, Alexsandro, Francisco e Cleverton, por sempre estarem presentes nos momentos mais importantes destes seis anos.

Ao meu amigo de curso Gilenaldo, pela dedicação à nossa pesquisa, sem o qual o trabalho teria sido mais árduo.

À professora Edméa Oliva, pelo brilhante trabalho frente ao GEPS.

E, por fim, agradeço à minha orientadora e professora Anna Klara pela paciência, orientação e empenho em nosso trabalho, sempre buscando melhorá-lo cada vez mais.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Coeficientes das internações hospitalares por transtornos mentais e comportamentais (por cem mil habitantes) segundo sexo, faixa etária e região de residência. Estado de Sergipe, de 2001 a 2013.....	44
Tabela 2 -	Número e percentual acumulado de dias de permanência por internações hospitalares por transtornos mentais e comportamentais, segundo ano e tipo de estabelecimento. Estado de Sergipe, de 2001 a 2013.....	45
Tabela 3 -	Número, percentual e coeficiente (por cem mil habitantes) de Internações hospitalares por Transtornos mentais e comportamentais, segundo diagnóstico, sexo e ano. Estado de Sergipe, de 2001 a 2013.....	46
Tabela 4 -	Desfecho da internação e letalidade por transtornos mentais e comportamentais, segundo ano de internação e sexo. Estado de Sergipe, de 2001 a 2013.....	47

LISTA DE ANEXOS

Anexo I -	Certificado de apresentação de Pôster no Congresso Brasileiro de Psiquiatria 2015.....	48
Anexo II -	Certificado de apresentação do trabalho PIBIC no 26º Encontro de Iniciação Científica (EIC).....	49

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIH	Autorização para Internação Hospitalar
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CID-10	10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças
ESF	Estratégia de Saúde da Família
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira
RP	Reforma Psiquiátrica
SIH	Sistemas de Informações Hospitalares
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Transtorno Bipolar
TM	Transtorno Mental
TMC	Transtornos Mentais e Comportamentais

SUMÁRIO

1 REVISÃO DA LITERATURA.....	10
REFERÊNCIAS.....	16
2 NORMAS PARA PUBLICAÇÃO NO PERIÓDICO JORNAL BRASILEIRO DE PSIQUIATRIA.....	20
3 ARTIGO ORIGINAL.....	30
RESUMO.....	31
ABSTRACT.....	32
INTRODUÇÃO.....	33
MÉTODOS.....	34
RESULTADOS.....	35
DISCUSSÃO.....	37
CONCLUSÕES.....	39
CONTRIBUIÇÕES INDIVIDUAIS.....	39
CONFLITOS DE INTERESSE.....	40
REFERÊNCIAS.....	40
TABELAS.....	44
LISTA DE ANEXOS.....	48
ANEXO I.....	48
ANEXO II.....	49

1. REVISÃO DE LITERATURA

1.1. A PSIQUIATRIA E A REFORMA DA ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA

A psiquiatria se constituiu, historicamente, como uma tentativa de nunca desistir da potencial cura do paciente. A psiquiatria nasceu como um produto das melhores esperanças utópicas. Para tanto, os serviços postos em marcha pela Reforma da Assistência Psiquiátrica (RAP), dentro dessa perspectiva, devem ser considerados os legítimos herdeiros da melhor tradição pineliana (GAMA, 2012).

A RAP propõe uma mudança revolucionária nos campos da saúde mental e da atenção psicossocial, questionando as instituições psiquiátricas, os conceitos, valores, saberes e os significados que sustentam a relação entre o louco, a loucura e a sociedade. Esse rompimento surgiu a partir do final da Segunda Guerra Mundial (AMARANTE, 2007).

1.2. A REFORMA DA ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA NO MUNDO

Após a Segunda Guerra Mundial, surgiram contestações que pediam reformas nos asilos e hospitais psiquiátricos, após denúncias de maus tratos e desumanidades (ALVES *et. al.*, 2009). Estes estabelecimentos haviam se afastado de sua finalidade original, a cura, tornando-se responsáveis por índices elevados de cronificação, exigindo uma reforma urgente no modelo (AMARANTE, 1995).

A partir da década de 1940, foram implementadas várias tentativas de mudança no modelo dos hospitais psiquiátricos, entre quais destacaram-se a Antipsiquiatria e a Psiquiatria

Democrática Italiana, com críticas à psiquiatria em si, às práticas assistenciais e saberes (AMARANTE, 1995; COELHO, 2014).

A Psiquiatria Democrática teve início na Itália, com Franco Basaglia, na década de 1970, e atacou principalmente a psiquiatria tradicional, contrapondo-se ao asilamento, aos modelos de comunidade terapêutica e psiquiatria de setor. Esse modelo tinha como princípio norteador a desinstitucionalização (ACIOLY, 2009).

1.3. A REFORMA DA ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

A RAP brasileira teve início na década de 1970 (TENÓRIO, 2002) e foi inspirada na reforma italiana (GOULART, 2006), que consistiu na implementação de medidas legislativas, mudanças derivadas de experiências anti-institucionais conduzidas por Franco Basaglia e seu grupo na década de 70 do século XX (MORZYCKA-MARKOWSKA, 2015). Teve grande participação dos trabalhadores em saúde mental que, no final da década de 1970, unidos a outros sujeitos, como usuários, familiares e teóricos fundaram, em 1987, o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial. Esse movimento, com o lema “Por uma sociedade sem manicômio” trouxe o foco da sociedade para a problemática dos hospitais psiquiátricos e elegeram o ‘Dezoito de Maio’ como o Dia Nacional da Luta Antimanicomial (AMARANTE, 2007).

O movimento antimanicomial é propulsor da RAP e reúne vários sujeitos sociais com desejos, necessidades e interesses diferentes e que ocupam diversos lugares sociais na cultura (GOMES, 2013).

O marco legal da RAP no Brasil foi a promulgação da Lei Federal 10.216 de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e

redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001).

1.4. A REFORMA DA ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA: CRÍTICAS E DESAFIOS

Atualmente, existem duas tendências contraditórias para o encaminhamento da RAP: o Reformismo (conservadora) e a Desinstitucionalização (revolucionária). Sendo assim, as concepções dos sujeitos pesquisados oscilam entre o polo conservador e o polo revolucionário, caracterizando um momento de transição paradigmática do modelo médico-psiquiátrico tradicional para o modelo da atenção psicossocial (GOMES, 2013).

A RAP, enquanto modelo assistencial, vem se consolidando nos últimos 30 anos, e nesse período foram conquistados muitos avanços, como a redução do número de leitos de longa permanência, a abertura, diversificação e interiorização dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), a construção de uma rede de serviços e estratégias de atenção como os Serviços Residenciais Terapêuticos, leitos de atenção integral em hospitais gerais, consultórios de rua, integração da rede à Estratégia Saúde da Família (ESF), construção de políticas de geração de renda, entre outros. Entretanto, são necessários mais avanços, bem como a consolidação deste modelo de assistência frente aos novos desafios políticos que emergem nos dias atuais (VALADARES, 2010).

É importante a criação de serviços comunitários, a redução de leitos em hospitais psiquiátricos e a realocação do financiamento para o novo modelo proposto pela RAP (ALVES *et. al.*, 2012).

O Brasil fez uma opção por serviços inovadores e intervenções comunitárias, com ênfase na expansão dos CAPS e do Programa Volta para Casa, os quais, juntamente com a abertura de leitos em hospitais gerais, foram paulatinamente substituindo os leitos em

hospitais psiquiátricos. Há 20 anos, praticamente todo o orçamento de saúde mental era empregado nas internações hospitalares. Atualmente, mais de 50% do orçamento é destinado a atividades extra-hospitalares. Entretanto, os transtornos mentais têm recebido pouca prioridade no planejamento das políticas públicas nacionais, principalmente quanto à prevenção e promoção da saúde mental (MARI, 2011).

Há uma contradição contemporânea da RAP na coexistência de diferentes lógicas de cuidado na atenção à crise: preconiza-se o acolhimento noturno, quando necessário, em CAPS-III e Hospitais Gerais, mas ainda acontecem internações em instituições de caráter asilar. Quanto à atenção em saúde mental, é necessário construir estratégias e dispositivos que busquem resgatar, ao sujeito, seu lugar de protagonista nas ações, e criar uma cotidianidade nos serviços de saúde e rede que reinscreva o processo de adoecimento como parte integrante da vida (BRAGA, 2015).

1.5. O PERFIL DAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES

Em estudo realizado a partir do Sistema de Internações Hospitalares (SIH) de um serviço especializado, com o fim de identificar e analisar características sociodemográficas e clínicas de internações psiquiátricas de mulheres acometidas por depressão, verificou-se que 65,6% dos internados por depressão eram do sexo feminino, com 40,8% com mais de 60 dias de internação, sendo perceptível a manutenção do sistema hospitalocêntrico para o tratamento psiquiátrico, tanto pelo Sistema Único de Saúde (SUS) por meio do financiamento de 80% dos leitos da instituição hospitalar, quanto pelo Ministério Público, por meio da emissão de Ordens Judiciais, que obrigam a internação mesmo quando não há a disponibilidade de vagas. Também pelos consultórios particulares e pelos CAPS que emitem encaminhamentos para a

internação (MACHADO *et. al.*, 2013), assim como o risco iminente de suicídio em grande maioria dos casos de depressão implicaria no internamento em unidades fechadas.

A redução de leitos em hospitais psiquiátricos, a abertura de leitos em hospitais gerais e a ampliação da cobertura através de serviços abertos e organizados em territórios é uma realidade mundial, especialmente nos países desenvolvidos (AMADDEO, 2007).

Szabzon (2013), estudando o perfil das internações psiquiátricas na cidade de São Paulo, onde analisou 153.208 internações psiquiátricas, encontrou que, após uma redução inicial, seguiu-se um aumento no total de internações, havendo um aumento no total de internações realizadas em hospitais gerais e uma redução no total de internações realizadas em hospitais especializados. Analisa, também, que houve uma redução no total de internações de longa duração e em hospitais situados em outros municípios do Estado. Outro estudo (MELLO *et. al.*, 2007), analisando as internações psiquiátricas no Rio de Janeiro, observaram que o número de leitos psiquiátricos vem diminuindo nos últimos anos, tanto em hospitais públicos como em conveniados. Houve também aumento do tempo de internação, especialmente nas instituições particulares, municipais e filantrópicas, assim como houve concentração de internações em hospitais psiquiátricos particulares, contratados pelo SUS, e o direcionamento das verbas para o pagamento desses serviços. Coelho *et. al.* (2014), em estudo sobre alteração do perfil de atendimento dos hospitais psiquiátricos públicos de Belo Horizonte, verificaram que houve redução no total de atendimentos. Por outro lado, verificou-se o aumento das internações com redução do tempo de permanência e manutenção da taxa de reinternação. Também foi verificada uma inversão na morbidade prevalente de transtornos psicóticos para transtornos decorrentes do uso de álcool e/ou outras drogas.

Quanto ao perfil dos moradores em hospitais psiquiátricos, Melo *et. al.* (2015), em estudo no Ceará, analisaram que a maioria era homem, solteiro e em idade economicamente

ativa, 3/4 não recebiam visitas de amigos ou familiares, 2/3 mantêm independência total para a realização de atividades da vida diária, a maioria estava internada por transtorno psicótico primário. Os autores destacam a situação de abandono e perda de cidadania dos pacientes cronicamente institucionalizados, questionando até que ponto os hospitais estão preparados para oferecer-lhes a devida assistência. Já Hansel *et. al.* (2009) apontaram que foi internado um percentual significativo de idosos com transtorno mental em instituições psiquiátricas, muitos permanecendo institucionalizados por longo período. Barros *et. al.* (2014), realizaram levantamento do censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo, e identificou que a população branca é predominante nesses hospitais, totalizando 60,29% do total de moradores, porém a porcentagem da população preta e parda institucionalizada é superior à da população não institucionalizada. Constataram que a maioria dos negros está internada porque não tem renda e/ou lugar para morar.

Augusta *et. al.* (2010), em estudo que caracteriza as internações de adolescentes hospitalizados para desintoxicação em um hospital público do Oeste do Paraná, encontraram que a maioria das internações foi de adolescentes do sexo masculino (79%). As drogas consumidas com maior frequência foram o crack (87,6%) e a maconha (85,2%), sendo que, 79% dos adolescentes usam tais drogas de forma concomitante.

Campos *et. al.* (2013), estudando as causas múltiplas de óbito e as internações psiquiátricas por uso e abuso de substâncias psicoativas em um município de Minas Gerais, apontam que o uso e abuso de maconha, cocaína e *crack* no Brasil é um problema que vem ganhando proporções alarmantes, contribuindo para a morte prematura dos usuários, pela doença, intoxicações fatais ou traumas, como acidentes de trânsito, suicídios, agressões e homicídios. Ao se registrar óbito por substância psicoativa na população do município estudado, apesar de não haver óbito hospitalar por substância psicoativa no período analisado,

pode-se supor que estas pessoas deveriam ter sido internadas e não foram.

Câmara (2008) comentando uma reportagem publicada pelo jornal *O Globo* (Aggege, 2007), que denuncia o aumento de mortes de doentes mentais e comportamentais nos últimos cinco anos, apesar da redução progressiva das internações hospitalares promovida pela reforma em curso, e analisando os argumentos dos reformistas (Machado, 2008), fala que qualquer crítica referente à associação entre redução de leitos e aumento de mortalidade, não se sustenta ante a literatura. Sampaio *et al.* (2006) defendem que o doente mental, quando não internado, tem uma expectativa de vida menor que a da população geral, provavelmente porque quando internados em um hospital são protegidos e, conseqüentemente, melhor assistidos, reduzindo a mortalidade para próxima da população geral. Andreoli *et al.* (2007) sugerem que o aumento da mortalidade pode ser devido a uma desassistência psiquiátrica, uma vez que a cobertura dos CAPS ainda é precária, além de que não aumentou o investimento em saúde pública, concomitante com a RAP, uma vez que o novo modelo possa ser mais caro que o hospitalar, sendo os recursos insuficientes.

Tófoli (2008), também comentando a reportagem de *O Globo* (Aggege, 2007), diz que não há como concluir que a redução do número de leitos psiquiátricos levou ao aumento da mortalidade por transtorno mental (TM), menos ainda as mortes de portadores de TM, porém, é de suma importância se debater sobre o tema.

REFERÊNCIAS

ACIOLY YA, BRASIL MGM. Reforma psiquiátrica: construção de outro lugar social para a loucura? Primeiro seminário nacional sociologia e política. UFPR, 2009. <http://www.humanas.ufpr.br/site/evento/SociologiaPolitica/GTs-ONLINE/GT4/EixoIII/reforma-psiquiatica-YanneAcioly.pdf>. Acessado em 15 de Agosto de 2016.

AGGEGE S. O governo não quer saber de quem ouve vozes. O Globo, Rio de Janeiro, 9 dez. 2007, O País, p. 15. [http://acervo.oglobo.globo.com/busca/?busca= +O+governo+n%C3%A3o+quer+saber+de+quem+ouve+vozes+9++2007](http://acervo.oglobo.globo.com/busca/?busca=+O+governo+n%C3%A3o+quer+saber+de+quem+ouve+vozes+9++2007). Acessado em 10 de Agosto de 2015.

ALVES CFO, RIBAS VR, ALVES EVR, VIANA MT, RIBAS RMG, JÚNIOR LPM, MARTINS HAL, LIMA MDC, SOUGEY EB, CASTRO RM. Uma breve história da reforma psiquiátrica. *Neurobiologia*. 2009;72(1):85-96.

ALVES DSN, SILVA PRF, COSTA NR. Advances and challenges of psychiatric reform in Brazil 22 years after the Caracas declaration. 2012;12(10):e5545.

AMADDEO F. Reforms in community: the balance between hospital and communitybased health care. In: KNAPP, M. et al. Mental health policy and practice across Europe: the future direction of mental health care. European Observatory on Health Systems and Services. Berkshire: Open University Press, 2007.

AMARANTE P. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. *Cad Saude Publica*. 1995;11(3):491-494.

AMARANTE P. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

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. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2007;29(1):43-6.

AUGUSTA M, MARCON SS, COSTA JB. Caracterização das internações psiquiátricas para desintoxicação de adolescentes dependentes químicos. *Rev Bras Enferm*. 2010;63(5):735-40.

BARROS S, BATISTA LE, DELLOSI ME, ESCUDER MML. Censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo: um olhar sob a perspectiva racial. São Paulo: Saúde Soc, 2014.

BRAGA CP, D'OLIVEIRA AFPL. The continuity of psychiatric hospitalization of children and adolescents within the Brazilian Psychiatric Reform scenario. *Interface (Botucatu)*. 2015;19(52):33-44.

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 de assistência psiquiátrica. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 2001. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm. Acessado em 15 de Agosto de 2016.

CÂMARA FC. Mortalidade por transtornos mentais e comportamentais e a reforma psiquiátrica no Brasil contemporâneo – II. Elementos para um debate. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, 2008. www.scielo.br/pdf/rlpf/v11n3/09.pdf. Acessado em 16 de junho de 2016.

CAMPOS CG, COSTA ML. Causas múltiplas de óbito e as internações psiquiátricas por uso e abuso de substâncias psicoativas em um município de Minas Gerais. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*. Sept.-Dec. 2013;9(3):111-5.

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. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014;19(8):3605-3616.

GAMA JRA. A reforma psiquiátrica e seus críticos: considerações sobre a noção de doença mental e seus efeitos assistenciais. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. 2012;22 [4]:1397-1417.

GOMES ALC. A Reforma Psiquiátrica no contexto do movimento de luta antimanicomial em João Pessoa - PB. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013. bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=3776. Acessado em 22 de Outubro de 2016

GOULART MSB. A Construção da Mudança nas Instituições Sociais: a reforma psiquiátrica. São João del-Rei: Pesquisas e Práticas Psicossociais, 2006. http://www.ufsj.edu.br/portal-repositorio/File/revistalapi/A_Construcao_da_Mudanca_nas_Instituicoes_Sociais..._-MSB_Goulart.pdf. Acessado em 20 de Novembro de 2016.

HANSEL CG, MOTTA CCR, SILVA J. Idoso portador de transtorno mental institucionalizado: levantamento estatístico de internações psiquiátricas no Brasil por região, sexo e diagnósticos. *Enferm Atual*. 2009;9(52):30-33.

MACHADO K. Ataque à Reforma Psiquiátrica Brasileira. Rio de Janeiro: Radis, 2008. <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/67/reportagens/ataque-reforma-psiquiatica-brasileira>. Acessado em 22 de Novembro de 2016.

MACHADO RM, OLIVEIRA SABM, DELGADO VG. Características sociodemográficas e clínicas das internações psiquiátricas de mulheres com depressão. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*. 2013;15(1):223-32.

MARI JJ. IN: LOBOSQUE AM. Um Balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16(12):4590-4602.

MELLO R, FUREGATO ARF. Internações psiquiátricas no Rio de Janeiro de 1996 a 2005. *Rev. enferm.* 2007;15(2):176-182.

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. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015;20(2):343-352.

MORZYCKA-MARKOWSKA M, DROZDOWICZ E, NASIEROWSKI T. Deinstitutionalization in Italian psychiatry - the course and consequences Part I. The course of deinstitutionalization - the activity of Basaglia's group. *Psychiatr Pol*. 2015;49(2):391-401.

SAMPAIO ALP, CAETANO D. Mortalidade em pacientes psiquiátricos: revisão bibliográfica. *J Bras Psiquiatr*. 2006;55(3): 226-231.

SZABZON F. Perfil das internações psiquiátricas em São Paulo: um estudo exploratório [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2013. www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-20022014-095931/publico/Felipe_szabzon.pdf. Acessado em 30 de Novembro de 2016.

TENÓRIO F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. *História, Ciências, Saúde Manguinhos*. 2002;9(1):25-59

TÓFOLI LF. Com menos hospitais psiquiátricos, morrem mais portadores de transtornos mentais no Brasil? *Rev Bras Psiquiatr*. 2008;30(2):168-76.

VALADARES FC. Claves, ENSP, Fundação Oswaldo Cruz. IN: VASCONCELOS EM. (org.): *Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira*. São Paulo: Hucitec Editora; 2010.

2. NORMAS PARA PUBLICAÇÃO DE TRABALHOS NO PERIÓDICO JORNAL BRASILEIRO DE PSIQUIATRIA

Foco e políticas gerais

O Jornal Brasileiro de Psiquiatria (JBP) é o periódico oficial do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ). Ele é o jornal psiquiátrico com maior tradição no Brasil, sendo regularmente publicado há mais de 70 anos.

O Jornal Brasileiro de Psiquiatria esforça-se para publicar estudos de alta qualidade que tenham como objetivo o avanço do conhecimento sobre os transtornos mentais e a melhoria da assistência e cuidado dos pacientes que sofrem destas condições. O Jornal visa educar e atualizar clínicos, acadêmicos e pesquisadores em psiquiatria, psicologia, sociologia e em outros campos científicos relacionados à saúde mental.

O Jornal Brasileiro de Psiquiatria publica artigos originais, relatos breves, revisões, relatos de casos, cartas ao editor e resenhas de livros que sirvam aos objetivos acima mencionados, como também aqueles com características eurísticas, que possam auxiliar os pesquisadores a vislumbrar novas linhas de estudo e investigação.

Todos os manuscritos são revisados por pareceristas anônimos o mais rápido possível.

Preparação dos manuscritos

Tipos de artigos aceitos:

O Jornal Brasileiro de Psiquiatria publica os seguintes tipos de manuscritos:

- Artigos originais – Relatos de estudos originais baseados na excelência científica em psiquiatria, e que proporcionem um avanço na pesquisa clínica e experimental. Artigos originais devem conter novos dados, oriundos de um número representativo de pacientes, utilizando métodos adequados e confiáveis. Os artigos não devem ultrapassar 4.000 palavras.
- Relatos breves – Pequenos relatos de estudos originais, avaliações ou estudos-piloto, contendo no máximo 2.000 palavras e 15 referências.

- Revisões – Revisões sistemáticas objetivas e concisas desenhadas para reunir informações relevantes e atualizadas sobre um tópico específico de particular interesse e importância em psiquiatria e saúde mental. Os autores devem analisar e discutir criticamente a literatura disponível. Revisões devem conter no máximo 6.000 palavras.
- Relatos e séries de casos – Devem fornecer uma curta descrição original de casos clínicos e estratégias de tratamento particularmente interessantes para pesquisadores e clínicos. Podemos citar como exemplos a apresentação incomum de um transtorno conhecido, um tratamento inovador ou um efeito adverso claramente relacionado a uma medicação específica, que nunca havia sido relatado. Apesar de concisos, os relatos devem trazer uma descrição cronológica detalhada dos casos, destacando sua relevância e originalidade. Os autores devem fornecer uma extensiva revisão da literatura sobre os aspectos clínicos e terapêuticos do tópico relatado, comparando-o com casos similares descritos na literatura científica internacional. Relatos e séries de casos não devem ultrapassar o limite de 1.500 palavras e 15 referências.
- Cartas ao editor – São comunicações discutindo artigos recentemente publicados neste jornal, descrevendo pesquisas originais ou descobertas científicas relevantes. As cartas não devem ter mais de 500 palavras e cinco referências.
- Editoriais – Comentários críticos e baseados em evidências feitos por pesquisadores com grande experiência em uma área específica do conhecimento, a pedido dos editores deste jornal. Devem conter no máximo 900 palavras e cinco referências.
- Resenhas de livros – Curtas revisões (no máximo 500 palavras) sobre livros recém publicados dentro do foco do Jornal Brasileiro de Psiquiatria que poderiam interessar psiquiatras e profissionais de saúde mental.

Originalidade e autoria

O Jornal Brasileiro de Psiquiatria somente considera para publicação manuscritos compostos de material original, que não estão submetidos para avaliação em nenhum outro periódico, ou que não tenham sido publicados em outros meios. As únicas exceções são resumos com menos de 400 palavras.

Os autores devem identificar tabelas, figura e/ou qualquer outro material que tenham sido publicados em outros locais, e obter a autorização dos proprietários dos direitos autorais antes de reproduzir ou modificar esses materiais. Ao submeter um manuscrito, os editores

entendem que os autores estão de acordo e seguem estas exigências, que todos os autores participaram substancialmente do trabalho, e que cada um deles reviu e aprovou a versão submetida. Assim, cada autor precisa declarar sua contribuição individual ao artigo na carta de apresentação (veja abaixo).

Declaração de conflitos de interesse e suporte financeiro

O Jornal Brasileiro de Psiquiatria exige que todos os autores declarem individualmente qualquer potencial conflito de interesse e/ou qualquer tipo de suporte financeiro para o estudo obtido nos últimos 3 anos ou em um futuro previsível. Esta declaração inclui, mas não está limitada à compra e venda de ações, bolsas, fomentos, empregos, afiliações, royalties, invenções, relações com organizações financiadoras (governamentais, comerciais, não-profissionais, etc.), aulas, palestras para indústrias farmacêuticas, patentes (solicitadas, registradas, em análise ou fase de preparação) ou viagens; independente do valor envolvido. Se um ou mais autores não possuem conflitos de interesse a serem declarados, isto precisa ser explicitamente informado (p.ex. Drs. Leme Lopes e Nobre de Mello não possuem conflitos de interesse a serem declarados). Os autores interessados em obter mais informações sobre este tópico podem ler um editorial publicado no British Medical Journal, intitulado "Beyond conflict of interest", que está disponível em: <http://www.bmj.com/cgi/content/full/317/7154/281>.

Os conflitos de interesse e declarações de suporte financeiro devem ser escritos em uma sessão separada, intitulada "Conflitos de Interesse", após a sessão "Conclusões".

Questões éticas

O Jornal Brasileiro de Psiquiatria considera a integridade ética a pedra fundamental da pesquisa científica e da assistência a seres humanos. Assim, na sessão intitulada "Material e Métodos", os autores devem identificar a aprovação e o comitê de ética da instituição que revisou o estudo. Ainda, em caso de estudos envolvendo seres humanos, os autores devem declarar explicitamente que todos os participantes concordaram em participar da pesquisa e que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Além disso, os autores devem descrever os métodos empregados para avaliar a capacidade dos voluntários em entender e dar seu consentimento informado para participar do estudo, além de descrever também as estratégias utilizadas no estudo para garantir a proteção dos participantes. Finalmente, em

caso de estudos envolvendo animais, os autores devem declarar que as normas institucionais e nacionais para o cuidado e emprego de animais de laboratório foram estritamente seguidas.

Registro de experimentos clínicos

Antes de submeter um manuscrito para avaliação pelo Jornal Brasileiro de Psiquiatria, os ensaios clínicos precisam ser registrados em uma base pública de registros de experimentos clínicos. Um ensaio clínico é aqui definido como qualquer pesquisa que recruta prospectivamente seres ou grupos de humanos para receber uma ou mais intervenções (farmacológica ou não), a fim de se avaliar seu impacto na saúde. Estes ensaios podem ser registrados antes ou durante o recrutamento dos voluntários. Para ser considerada válida, uma base de registros de ensaios clínicos precisa ser acessível gratuitamente ao público, deve possuir mecanismos que possibilitem ser pesquisáveis eletronicamente, deve ser aberta para o registro de todos os ensaios prospectivos e gerenciada por uma agência sem fins lucrativos. Alguns exemplos são a National Institutes of Health Clinical Trials (<http://www.clinicaltrials.gov>), a Netherlands Trial Register (<http://www.trialregister.nl>), a UMIN Clinical Trials Registry (<http://www.umin.ac.jp/ctr>) e o Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (<http://www.ensaiosclinicos.gov.br>), entre outras. O nome do estudo e sua URL, o nome da base de registro de ensaios clínicos e sua URL, assim bem como o número de registro do estudo devem ser descritos imediatamente após a sessão "Declaração de Conflito de Interesses".

Estrutura geral do manuscrito

Abreviações devem ser evitadas. Porém, abreviações oficiais podem ser usadas, desde que a primeira menção do termo no texto seja feita de forma completa e por extenso, seguida de sua abreviação entre parênteses.

Os autores devem usar o nome genérico dos medicamentos, ao invés de seus nomes comerciais.

Todas as páginas devem ser numeradas, com a contagem total de palavras indicada na primeira página (não devem ser contadas as palavras do resumo em português e inglês, das referências e das figuras e ilustrações).

A primeira página deve conter o título, o título curto (ambos em português e em inglês), a contagem total de palavras do manuscrito, o nome dos autores e suas afiliações. O

título do artigo não deve conter siglas ou acrônimos. O título curto deve conter até 50 caracteres (incluindo espaços) e um máximo de cinco palavras. Diferente do título, o título curto deve aparecer no topo de cada página do manuscrito (no mesmo idioma que o manuscrito foi escrito).

A segunda página deve conter o resumo em português e o número de registro do experimento (quando aplicável, ver acima). O resumo deve ser informativo, claro e sucinto, descrevendo o conteúdo do manuscrito em até 250 palavras. Para artigos originais, relatos breves e revisões, o resumo deve ser estruturados em 4 tópicos: objetivo(s), métodos, resultados e conclusões. Após o resumo, devem ser incluídas até cinco palavras-chave. Estas palavras, se possível, devem ser retiradas da lista de termos MeSH do Index Medicus e ser escolhidas considerando sua utilidade para a localização do artigo. Para artigos escritos em português, estes termos podem ser encontrados nos Descritores de Ciências da Saúde, publicados pela BIREME.

A terceira página deve conter os resumos e as palavras-chave em inglês. Ambos devem ser equivalentes às suas versões em português.

A quarta página deve conter o início ou toda a Introdução. Em artigos originais, relatos breves e revisões, a Introdução deve ser seguida pelas seções Métodos, Resultados, Discussão, Conclusões, Contribuições Individuais, Conflitos de Interesses, Agradecimentos e referências; nesta ordem. Apesar do Jornal Brasileiro de Psiquiatria não estipular um número máximo de páginas, os autores devem sempre respeitar o número máximo de palavras e referências permitido para cada tipo de artigo. Tabelas e figuras devem vir após as referências, devem ser citadas no texto, e o local desejado para sua inserção deve ser indicado no manuscrito.

Introdução - Deve incluir uma revisão sucinta de toda a literatura diretamente relacionada ao assunto em questão, além disso, deve descrever os objetivos do estudo.

Métodos - Deve relatar o desenho do estudo e descrever detalhadamente os métodos empregados, de forma a permitir que outros autores sejam capazes de replicá-lo.

Resultados - Devem ser descritos de forma lógica, sequencial e sucinta, usando-se, ocasionalmente, o auxílio de tabelas e figuras.

Discussão - A discussão deve limitar-se a destacar as conclusões do estudo, considerando as similaridades e diferenças dos seus resultados e daqueles de outros autores, as implicações dos seus resultados, as limitações do seu estudo e as perspectivas futuras.

Conclusões - Os autores devem especificar, de preferência em um único parágrafo curto, somente as conclusões que podem ser respaldadas pelos dados do estudo, assim como sua importância clínica (sem generalizações excessivas).

Contribuições individuais - Nesta sessão, o manuscrito deve descrever as contribuições específicas feitas por cada um dos autores. Para ser considerado um autor, cada colaborador deve preencher, no mínimo, todas as seguintes condições: (1) ter contribuído significativamente na concepção e desenho do estudo, ou na análise e interpretação dos dados; (2) ter contribuído substancialmente na elaboração do artigo, ou revisado criticamente o seu conteúdo intelectual e (3) ter aprovado sua versão final a ser publicada.

Conflitos de interesse - Cada autor deve revelar qualquer potencial conflito de interesse (financeiro ou não) que possa ter potencial de ter enviesado o estudo. Caso um ou mais dos autores não possuam conflitos de interesse a serem declarados, isto deve ser afirmado explicitamente (ver seção Declaração de Conflitos de Interesse e Suporte Financeiro).

Agradecimentos - Nesta seção, os autores devem reconhecer as assistências pessoais e técnicas recebidas, assim como fornecer informação detalhada a respeito de todas as fontes de financiamento ou outras formas de auxílio econômico.

Referências - Devem seguir o estilo Vancouver ("Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Medical Publication" [http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html]), ordenadas de acordo com a sua citação no texto. Exemplos:

Artigos:

- Versiani M. A review of 19 double-blind placebo-controlled studies in social anxiety disorder (social phobia). *World J Biol Psychiatry*. 2000;1(1):27-33.
- Appolinario JC, McElroy SL. Pharmacological approaches in the treatment of binge eating disorder. *Curr Drug Targets*. 2004;5(3):301-7.
- Dekker J, Wijdenes W, Koning Y A, Gardien R, Hermandes-Willenborg L, Nusselder H, et al. Assertive community treatment in Amsterdam. *Community Ment Health J*. 2002;38:425-34.

Livros:

- Goodwin FFK, Jamison KR. *Manic-Depressive Illness*. New York: Oxford University Press; 1990.

Capítulos de livros:

- Heimberg RG, Juster HR. Cognitive-behavioral treatments: literature review. In: Heimberg RG, Liebowitz MR, Hope DA, Schneier FR, editors. *Social Phobia – Diagnosis Assessment and Treatment*. New York: The Guilford Press, 1995.

Referências a páginas da internet:

- Associação Brasileira de Psiquiatria – Diretrizes para a Indústria da moda. Recomendações da Comissão Técnica Brasileira de Grupos Especializados no Estudo e Tratamento de Transtornos Alimentares. http://www.abpbrasil.org.br/newsletter/comissao_ta/diretrizes_moda.pdf. Acessado em 12 de Abril de 2007.

Tabelas e figuras:

Todas as tabelas e figuras devem seguir a formatação do estilo da APA (Publication Manual of the American Psychological Association, Sixth Edition). Além disso, todas devem ser numeradas com algarismos arábicos e ter suas respectivas legendas. Devem ainda estar em formato digital próprio para a sua reprodução. Cada tabela deve ser autoexplicativa, e não deve repetir informações apresentadas no texto. Os lugares para a inserção das tabelas devem ser claramente assinalados no texto.

Ilustrações e fotografias devem ser enviadas em arquivos de alta resolução, nos formatos .tif ou .jpg.

Submissão dos manuscritos

Visando reduzir o tempo entre a submissão do manuscrito, a decisão final dos editores, e sua eventual publicação, o Jornal Brasileiro de Psiquiatria implementou o sistema de submissão e acompanhamento online através do Editorial Manager (www.editorialmanager.com/jbp). Desta forma, o Jornal Brasileiro de Psiquiatria não aceita mais manuscritos enviados por e-mail.

Todos os manuscritos, sem exceções, devem ser submetidos através do sistema do Editorial Manager. Durante o processo de submissão, os autores precisarão fornecer um título e um título curto (máximo de cinco palavras), indicar o autor de correspondência, incluir um resumo conciso e uma carta de apresentação e sugerir quatro pareceristas em potencial (atenção: os pareceristas sugeridos não podem trabalhar na mesma instituição/departamento, ter relações próximas ou ter publicado como co-autor de qualquer um dos autores). Não seguir este último requerimento pode levar a recusa do manuscrito.

Não há taxa para submissão e avaliação de artigos.

Carta de apresentação

Na carta de apresentação os autores devem fornecer o nome completo e as afiliações de todos os autores e o endereço de contato do autor para correspondência (endereço, endereço de e-mail, telefones, fax, etc.). Além disso, os autores devem explicar porque eles acreditam que o manuscrito submetido é adequado para publicação no Jornal Brasileiro de Psiquiatria, destacando sua relevância e seus aspectos inovadores. Os autores são ainda solicitados a declarar claramente que o manuscrito submetido representa um material original, que não foi publicado anteriormente e que não está sendo avaliado para publicação em nenhum outro lugar.

Se os autores receberam ajuda de escritores técnicos ou revisores de idiomas quando prepararam o manuscrito, isto deve ser explicitado na carta de apresentação, junto com a

declaração de que os autores são totalmente responsáveis pelo conteúdo científico do manuscrito.

Para ser considerado um autor, cada colaborador deve, no mínimo, preencher todas as seguintes condições: (1) ter contribuído significativamente na concepção e desenho do estudo, ou na análise e interpretação dos dados; (2) ter contribuído substancialmente na elaboração do artigo, ou revisado criticamente o seu conteúdo intelectual e (3) ter aprovado sua versão final a ser publicada. A supervisão/coordenação geral do grupo de pesquisa por si só não justifica a autoria. Participação somente na aquisição de verbas provenientes de fontes financiadoras ou na coleta de dados também não são suficientes para justificar autoria. A fim de garantir que todas essas condições sejam satisfeitas, os autores são solicitados a incluir uma declaração a respeito da autoria, descrevendo separadamente o papel de cada um dos autores no estudo e na preparação do manuscrito. Caso esta declaração sobre autoria não tenha sido incluída na carta de apresentação, o manuscrito não será revisto.

Após a submissão

Revisão por pares

Após receber o manuscrito através do Editorial Manager, os editores julgarão se ele será revisto pelos pareceristas anônimos. Sua decisão será baseada no foco de publicação do jornal e na estrutura, originalidade e relevância do manuscrito para o campo. Em seguida, caso os revisores decidam assim, o manuscrito será enviado a pelo menos dois revisores anônimos e independentes (que não são necessariamente aqueles sugeridos pelos autores). Os editores do Jornal Brasileiro de Psiquiatria esforçam-se para manter rápido o processo de publicação. Geralmente o período entre a submissão e o aceite do manuscrito é de cerca de três meses. Os autores receberão um e-mail dos editores com sua decisão final e uma cópia dos comentários dos revisores. No caso de ter sido indicada a revisão do manuscrito, os autores devem enviar um texto final com as alterações necessárias (respondendo cada item levantado pelos revisores), seguindo as instruções dadas pelos editores. Os autores devem reproduzir o item levantado pelo revisor imediatamente antes de cada uma das suas respostas. Enviar apenas as respostas separadas dos itens levantados pelos revisores poderá lentificar o processo de avaliação do manuscrito. Todo este processo pode ser acompanhado pelos autores através do Editorial Manager.

Carta de autorização

Os autores devem submeter a seguinte carta de autorização juntamente ao manuscrito:

"Os autores abaixo-assinados aprovam, através desta, a submissão deste trabalho e da subsequente transferência de todos os seus direitos autorais para o Jornal Brasileiro de Psiquiatria, a fim de permitir a sua publicação. Os autores atestam ainda que o seu trabalho representa um material original, que não infringe nenhum direito autoral de terceiros, e que nenhuma parte deste trabalho foi publicada ou será submetida para publicação em outro lugar, até que tenha sido rejeitado pelo Jornal Brasileiro de Psiquiatria. Finalmente, os autores concordam em indenizar os editores por qualquer dano ou prejuízo secundário a quebra deste acordo. No caso do manuscrito não ser publicado, seu direito autoral retorna a seus autores."

Todos os autores devem assinar este documento e incluir seus nomes completos, endereços, telefones e e-mails. Esta carta deve ser escaneada e submetida aos editores através do Editorial Manager.

3. ARTIGO ORIGINAL

Internações hospitalares por transtornos mentais e comportamentais, de residentes em Sergipe, de 2001 a 2013.

Hospitalization for Mental and Behavioral Disorders, from residents in Sergipe, from 2001 to 2013.

Total de Palavras do Artigo: 2.520

Autores:

José Cicero da Silva, graduando em medicina pela Universidade Federal de Sergipe. Endereço: Povoado Salgado, s/n, Zona Rural, Taquarana-AL, CEP: 57.640-000. E-mail: josecicero.med@gmail.com

Gilenaldo de Gois, graduando em medicina pela Universidade Federal de Sergipe.

Anna Klara Bohland, Doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Professora Adjunta da Universidade Federal de Sergipe.

RESUMO

Objetivo: Analisar o perfil das internações hospitalares por Transtornos Mentais e Comportamentais (TMCOMP), de residentes em Sergipe, de 2001 a 2013.

Métodos: A partir do Sistema de Informações Hospitalares foram coletadas as internações referentes aos TMC e analisadas no aplicativo TabWin. Trata-se de um estudo retrospectivo. Foram variáveis do presente estudo: ano, sexo, faixa etária, local de residência, dias de permanência, unidades de internação, diagnóstico e desfecho da internação.

Resultados: Entre 2001 e 2013, o número total de internações hospitalares por TMCOMP foi de 62644, houve predomínio do sexo masculino (142,4% maior). A faixa etária com maior coeficiente (por cem mil habitantes) foi de 40-49 anos (636,4) e as regiões de residência com maiores coeficientes foram Aracaju (356,0) e Nossa Senhora do Socorro (308,8). Houve uma redução dos coeficientes de internações, em ambos os sexos, de 277,9 no primeiro triênio, para 157,5 no último e um aumento de internações com sete dias ou menos (116,0%). Dentre as unidades de internação, os hospitais gerais aumentaram a participação de 0,1 para 49,1%, em relação aos hospitais psiquiátricos. Entre as mulheres houve predomínio do coeficiente de internações por esquizofrenia e entre os homens por uso de substância psicoativa. Observou-se um aumento na letalidade hospitalar de 175,0% do primeiro para o último triênio.

Conclusões: Foi possível observar uma alteração no perfil das internações psiquiátricas realizadas no Estado de Sergipe no período. A investigação das internações por TMCOMP pode levar a um correto direcionamento das ações de saúde mental em Sergipe.

Palavras-chave: Serviços de Saúde Mental, Sistemas de Informação, Assistência Hospitalar.

ABSTRACT

Objective: To analyze hospital admissions profile for Mental and Behavioral Disorders (MBD), from residents in Sergipe, from 2001 to 2013.

Methods: From the Hospital Record System were collected informations regarding to the MBD which they were analyzed by TabWin app. This is a retrospective study, where the variables studied were: year, sex, age group, place of residence, length of stay, diagnosis, hospitalization units and outcomes.

Results: Between 2001 to 2013, the total hospital admissions for MBD was 62.644, where there was a male predominance (142.4% greater). In addition, the age group with the highest rate (per hundred thousand inhabitants) was 40-49 years (636.4) and residence areas with the highest rates were Aracaju (356.0) and Nossa Senhora do Socorro (308.8). Thus, there was a reduction in hospitalizations coefficients, in both sexes, from 277.9 in the first three years to 157.5 in the last year beyond and increase in hospitalizations with seven days or less (116.0%). Among the hospitalization units, general hospitals increased their participation from 0.1% to 49.1% compared to psychiatric hospitals. Among women, there was a predominance coefficient of hospitalizations for schizophrenia while among men by psychoactive substance use. These hospitalizations contributed to an increase in hospital mortality of 175.0% from the first to the last three years.

Conclusions: It was possible to observe a change in the profile of psychiatric hospitalizations in the state of Sergipe in the studied period. Then this investigation can lead to a correct direction of the mental health services in Sergipe.

Keywords: Mental Health Services, Information Systems, Hospital Care.

INTRODUÇÃO

As primeiras grandes críticas às instituições psiquiátricas iniciaram-se na Itália, com Franco Basaglia, a partir da segunda metade do século XX¹. No Brasil, o processo da Reforma da Assistência Psiquiátrica (RAP) iniciou-se no final da década de 1970². No ano de 1978, no V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, uma caravana de profissionais da saúde divulgou o Manifesto de Camboriú e marcou o I Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, realizado em São Paulo, em 1979, surgindo o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM)^{3,4}.

Houve várias edições da Conferência Nacional de Saúde, até que a oitava, realizada em 1986, foi um marco da luta antimanicomial, no qual o MTSM assumiu o lema por uma sociedade sem manicômios e foi formada uma comissão para fazer novas propostas para a assistência psiquiátrica no Brasil². O movimento de desinstitucionalização psiquiátrica brasileiro ganhou maior destaque após as discussões públicas da 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental e do 2º Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, realizados em Bauru, em 1987^{2,5}. Em 1990, o Brasil torna-se signatário da Declaração de Caracas, a qual propõe a reestruturação da assistência psiquiátrica. Em 1992, em Brasília, foi realizada a decisiva 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental, contando com incríveis 1.500 participantes⁶. Os desafios da desospitalização continuaram ao longo da década de 90, inclusive com a aprovação de importantes leis pelo Congresso Nacional e a inauguração de diversos serviços que prestam atenção diária aos doentes mentais⁷, até que em 2001, é aprovada a Lei Federal 10.216⁸, originando a Política de Saúde Mental^{2,4}.

A rede territorial de serviços propostos na RAP inclui Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), centros de convivência e cultura assistidos, cooperativas de trabalho protegido (economia solidária), oficinas de geração de renda e residências terapêuticas⁹, descentralizando e territorializando o atendimento em saúde. Esta rede substituiria o modelo dos manicômios do Brasil. A RAP defende a desativação gradual dos manicômios. Ocorre que muitos dos pacientes sequer têm nome conhecido, documentos, familiares, dificultando sua reinserção social¹⁰.

O Brasil fez uma opção por serviços inovadores e intervenções comunitárias, com ênfase na expansão dos CAPS¹¹ e do Programa Volta para Casa¹², os quais, juntamente com a abertura de leitos em hospitais gerais, que paulatinamente substituiriam os leitos em hospitais

psiquiátricos. Há 20 anos, praticamente todo o orçamento de saúde mental era empregado nas internações hospitalares. Atualmente, mais de 50% do orçamento é destinado a atividades extra-hospitalares. Entretanto, os transtornos mentais têm recebido pouca prioridade no planejamento das políticas públicas nacionais, principalmente quanto à prevenção e promoção da saúde mental¹³.

Quanto ao perfil dos serviços oferecidos à população, há um predomínio dos serviços contratados e privados sobre os filantrópicos e públicos¹⁴, refletindo menor investimento do setor público nos serviços próprios¹⁵. Também vem ocorrendo uma redução das internações de longa duração^{16,17}, assim como no total de internações psiquiátricas no Brasil e no mundo^{14,16,17,18}.

Faz-se necessário o surgimento de novos leitos psiquiátricos em hospitais gerais para situações de urgência/emergência e um aumento na oferta dos serviços extra-hospitalares que compense a redução de leitos em hospitais psiquiátricos^{19,20}, para que não ocorra uma desassistências dos pacientes¹⁵.

Para que a RAP seja efetivada é necessária uma permanente e produtiva articulação e discussão com a comunidade, sem descuidar da primordial condução de um processo responsável de trabalho terapêutico com as pessoas que estão saindo do hospital psiquiátrico, o respeito por cada caso, e pelo ritmo de readaptação de cada pessoa à vida em sociedade, para isso, é preciso conhecer o perfil das internações psiquiátricas em cada localidade, para se esclarecer como tal processo está sendo realizado. Portanto, o objetivo do presente trabalho é descrever as internações hospitalares por transtornos mentais e comportamentais, de residentes em Sergipe, no período de 2001 a 2013.

MÉTODOS

O presente estudo é do tipo retrospectivo. Foram coletadas as internações referentes ao Capítulo V – Transtornos mentais e comportamentais, da 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10)²¹, no período de 2001 a 2013, no Estado de Sergipe.

Os dados foram coletados a partir do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do Sistema Único de Saúde (SUS). Os dados obtidos são referentes à Autorização para Internação Hospitalar (AIH), sendo processadas no aplicativo TabWin²². O SIH foi criado em 1991, visando substituir o Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social, e

a AIH é seu principal mecanismo de alimentação, representando a maior fonte de informação do país sobre internações hospitalares. Vários trabalhos apontam a importância da AIH para avaliar, planejar e gerir os serviços hospitalares^{23,24,25,26,27}.

A análise dos dados foi realizada segundo números, percentuais e coeficientes de internação. Os casos foram analisados segundo as seguintes variáveis:

- Ano de internação: serão considerados de 2001 a 2013;
- Sexo: masculino e feminino;
- Faixa etária: agrupadas de dez em dez anos;
- Região de saúde de residência: foi verificada a região de residência do caso;
- Dias de permanência: até 7 dias, de 8 a 14 dias, de 15 a 21 dias, de 22 a 28 dias, e mais de 29 dias;
- Estabelecimentos de Internação: em Hospital Geral (onde incluem-se os CAPS III) ou em Hospital Psiquiátrico;
- Diagnóstico de internação: foram avaliados os grupos do Capítulo V – Transtornos mentais e comportamentais, da CID-10;
- Desfecho da internação: com ou sem óbito.

O presente projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe, conforme a resolução do Ministério da Saúde nº 466, de 12 de dezembro de 2012, e aprovado sob a CAEE número 38890214.0.0000.5546.

RESULTADOS

Entre 2001 e 2013, os coeficientes das internações hospitalares por TMCOMP foram, em média anual, 356,7 e 135,8 por cem mil habitantes nos sexos masculino e feminino, respectivamente, havendo predominância do sexo masculino. A faixa etária com maior coeficiente de internação no período foi dos 40 aos 49 anos (636,4) e as regiões de residência com maiores coeficientes foram Aracaju (356,0) e Nossa Senhora do Socorro (308,8). Observou-se uma diminuição das internações em ambos os sexos, por média anual, de 277,9 no primeiro triênio para 157,5 por cem mil habitantes no último. (Tabela 1)

Quando se leva em consideração a duração da internação, ocorreu um aumento de 116,0% na média anual do número de internações com sete dias ou menos do primeiro para o

último triênio, passando de 541 e 1169, respectivamente; em contrapartida, houve uma queda nas internações com mais de sete dias, de uma média anual de 1148,4 no primeiro triênio para 542,9 no último (redução de 47,2%). Apenas a faixa de até sete dias de internação apresentou crescimento, passando de 9,5% das internações em 2001 para 37,2% em 2013. A queda mais significativa ocorreu nas internações com 29 dias ou mais, variando de 50,9% AIH em 2001 para 26,6% em 2013. Os Hospitais Psiquiátricos eram responsáveis por 99,9% das internações psiquiátricas em 2001, reduzindo a participação para 50,9% em 2013; os Hospitais Gerais aumentaram a participação de 0,1 para 49,1%, no mesmo período. As internações com até sete dias correspondiam a 99,1% das internações nos Hospitais Psiquiátricos em 2001, caindo para 15,0% em 2013; nos Hospitais Gerais, por sua vez, tais internações passaram de 0,9 para 85,0% no mesmo período. (Tabela 2)

Quanto aos grupos da internação, no sexo feminino, durante o primeiro triênio do período analisado, os TMCOMP com maior média anual foram os coeficientes de internação por esquizofrenia (99,1 por cem mil habitantes), transtornos do humor (38,0) e transtorno mental orgânico (11,9), respectivamente. Já no último triênio, os mais prevalentes foram esquizofrenia (49,3), transtornos do humor (21,7) e TMCOMP por uso de substância psicoativa (13,0), respectivamente. Observou-se um aumento no coeficiente de internações por uso de substância psicoativa entre as mulheres durante o período, aumentando de 10,8 para 13,0, a média anual no primeiro e último triênios, respectivamente. No sexo masculino, por sua vez, os TMCOMP com maiores coeficientes de internação hospitalar foram, respectivamente, os devidos ao uso de substância psicoativa, esquizofrenia e transtornos do humor, em ambos os triênios (primeiro e último). (Tabela 3)

O número total de AIH por TMCOMP no período de 2001 a 2013 foi de 62.644. Observou-se um aumento na letalidade hospitalar de 175% no período analisado no estudo, onde o número de óbitos subiu de 8 (0,05% de letalidade), entre 2001 e 2003, para 22 (0,22%), entre 2011 e 2013. Quanto aos sexos, o masculino apresentou maior taxa de letalidade que o feminino no primeiro triênio, 0,32% e 0,14%, respectivamente; no último triênio, a letalidade masculina continuou sendo maior (0,29%), porém também houve um aumento da letalidade feminina, aumentando 0,22%. (Tabela 4)

DISCUSSÃO

Neste estudo observou-se que, de 2001 a 2013, houve um predomínio das AIH em residentes em Aracaju e Nossa Senhora do Socorro (Tabela 1), possivelmente por serem os municípios onde estão concentrados os serviços de internamento e, portanto, precisariam os pacientes dar o endereço local de familiares para conseguirem acesso ao serviço. Houve predominância de internações no sexo masculino (Tabela 1), também relatado em Belo Horizonte/MG¹⁷, no período de 2002 a 2011, em uma revisão de literatura²⁸ e no Rio de Janeiro²⁹, mas difere do encontrado em um CAPS de 2007 a 2012, no interior do Pará³⁰. A faixa etária com maior coeficiente foi dos 40 aos 49 anos (Tabela 1), mesma predominância encontrada em uma casa asilar no Estado do Rio de Janeiro²⁹; já em Belo Horizonte/MG, de 2002 a 2011, a idade dos pacientes atendidos apresentou uma média de 37,2 anos em 2002, com um crescimento linear no período de 0,12 anos de idade a cada ano¹⁷.

O aumento progressivo no número de internações até sete dias, em contrapartida a uma queda nas internações com mais de sete dias registrados no período (Tabela 2) é uma tendência em outros locais do Brasil, como nos municípios de São Paulo/SP, no período de 2000 a 2010¹⁶ e Belo Horizonte/MG, de 2002 a 2011¹⁷.

No período analisado, ocorreu uma queda nas internações por TMCOMP no Estado de Sergipe (Tabela 2), fato observado também nos municípios de São Paulo/SP, no período de 2000 a 2010¹⁶, Belo Horizonte/MG, de 2002 a 2011¹⁷ e Rio de Janeiro/RJ, de 1996 a 2005¹⁴, e na Europa, em 2001¹⁸. Este processo está em consonância com o que propõe o movimento da RAP, que prevê uma redução no número de internações psiquiátricas e um aumento na oferta dos serviços extra-hospitalares, que possam oferecer uma atenção integral. Porém, é necessária a ampliação de leitos em hospitais gerais para momentos de urgência^{13,19,20}. Um dos principais argumentos contrários à redução de leitos psiquiátricos implementados pela reforma é a possível desassistência dos pacientes quando necessitarem de internação¹⁵. O avanço da neurociência e novas medicações também possibilitam com melhor facilidade o tratamento domiciliar, diferente da década de 1970.

Encontrou-se um predomínio das internações por uso e abuso de substâncias psicoativas no sexo masculino, mesma predominância encontrada no interior de Minas Gerais³¹ e Paraná³², e diferente do registrado em um estudo transversal no estado do Ceará³³, onde predominaram os transtornos psicóticos em ambos os sexos. Em estudo descritivo das

internações hospitalares em leitos de hospitais gerais no Rio Grande do Sul³⁴, no quadriênio 2010-2013, concluiu que as substâncias psicoativas são a principal causa de internações por TMCOMP.

No presente estudo, também houve um aumento de internações femininas por uso e abuso de substâncias psicoativas (Tabela 3), podendo sugerir uma maior adesão a essas substâncias por parte desse público, necessitando da implementação ou intensificação de medidas preventivas dirigidas especialmente a ele. Em revisão sistemática de literatura sobre mulheres usuárias de *crack*³⁵, evidenciou-se que o uso dessa droga, nesse público, está relacionado à violência física e sexual, ao Vírus da Imunodeficiência Humana oriundo da prostituição e ao preconceito social.

Em um município de Minas Gerais³⁶, entre os anos 1998 e 2009, e em estudo no Paraná³⁷, de 2007 a 2008, também apontaram-se as drogas como causa importante de óbito e internação psiquiátrica, respectivamente. Em estudo realizado com usuários de um CAPS³⁰, que iniciaram e mantiveram tratamento de 2007 a 2012, em Santarém/PA, encontraram que os transtornos mentais mais frequentes foram, respectivamente, o episódio depressivo, a esquizofrenia e o transtorno afetivo bipolar, com predominância no sexo feminino. Em outro estudo sobre a prevalência de transtornos ansiosos em idosos de Santa Catarina³⁸, os mais prevalentes foram transtorno de ansiedade generalizada, fobia social e transtorno do pânico.

O presente estudo, assim como outros trabalhos^{39,40}, demonstrou um aumento, durante o período pesquisado, no total de mortes hospitalares por TMCOMP (Tabela 4), quando o esperado seria uma redução proporcional à redução dos leitos. Outro estudo em um município do Estado de Minas Gerais não registrou mortes em hospitais psiquiátricos, porém registrou mortes destes pacientes fora destes estabelecimentos³⁶.

Então, qual seria o motivo para este aumento na mortalidade dos doentes mentais? Os autores que defendem a RAP apontam que não ocorreu um aumento na mortalidade, o que houve foi uma melhora na coleta dos dados⁴¹. Por outro lado, Câmara⁴² comenta que qualquer crítica que faça associação entre a redução de leitos psiquiátricos e o aumento de mortalidade não tem sustentação ante a redução de leitos e da mortalidade na categoria de TMCOMP.

Os autores que criticam a reforma sugerem que o aumento da mortalidade pode ser devido a uma desassistência psiquiátrica, uma vez que a cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ainda é precária, além de que não aumentou o investimento público em saúde, concomitante com a RAP, uma vez que o novo modelo passa a ser mais caro que o

hospitalar, sendo os recursos insuficientes¹⁵. Oliveira e Passos⁴³, analisando dois CAPS no município de Aracaju/SE, ressaltam que esses serviços podem produzir efeitos tão perversos quanto aqueles produzidos no manicômio, uma vez que podem criar indivíduos que precisarão da infinita tutela dos profissionais.

O portador de TMCOMP, quando não internado, tem uma expectativa de vida menor que a da população não portadora, provavelmente porque quando internados em um hospital estes são protegidos e melhor assistidos, reduzindo os níveis de mortalidade para próximos da população geral³⁹.

Mesmo não tendo como concluir se foi a redução no número de leitos psiquiátricos que levou ao aumento da mortalidade por transtorno mental, é de suma importância se debater sobre o tema, em busca de uma possível causa e solução para o problema.

CONCLUSÕES

Foi possível observar uma alteração no perfil nas internações psiquiátricas realizadas no Estado de Sergipe de 2001 a 2013. Houve uma redução no número total de internações, um aumento nas internações de curta duração, aumento das internações femininas por uso de substâncias psicoativas e um aumento na letalidade hospitalar.

Devido à natureza descritiva do presente estudo, não é possível afirmar que as alterações na letalidade apontadas são consequência das mudanças implementadas pela RAP. Todavia, os hospitais psiquiátricos ainda são responsáveis pela maior parte das internações (50,9%), especialmente as de mais longa duração, enquanto que nos hospitais gerais sobressaem-se as internações de mais curta duração. Além disso, a RAP está fundamentada na construção de uma rede substitutiva aos hospitais psiquiátricos de longa permanência, para atender às necessidades dos usuários. Trabalhos que investigam as internações por TMCOMP são importantes, pois podem levar a um correto direcionamento das ações de saúde mental pelos municípios de Sergipe, trazendo benefícios para os usuários dos serviços.

CONTRIBUIÇÕES INDIVIDUAIS

Os autores contribuíram significativamente para elaboração deste artigo, na análise e interpretação dos resultados, elaboração e revisão crítica de seu conteúdo intelectual, todos

aprovando esta versão final.

CONFLITOS DE INTERESSE

Todos os autores declaram não haver conflitos de interesse a serem declarados.

REFERÊNCIAS

1. Acioly YA, Brasil MGM. Reforma psiquiátrica: construção de outro lugar social para a loucura? Primeiro seminário nacional sociologia e política. UFPR, 2009. <http://www.humanas.ufpr.br/site/evento/SociologiaPolitica/GTs-ONLINE/GT4/EixoIII/reforma-psiquiatica-YanneAcioly.pdf>. Acessado em 15 de Agosto de 2016.
2. Barroso SM, Silva MA. Reforma Psiquiátrica Brasileira: o caminho da desinstitucionalização pelo olhar da historiografia. Revista da SPAGESP - Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo, 2011. pepsic.bvsalud.org/pdf/rspagesp/v12n1/v12n1a08.pdf. Acessado em 20 de Novembro de 2016.
3. Goulart MSB. A Construção da Mudança nas Instituições Sociais: a reforma psiquiátrica. São João del-Rei: Pesquisas e Práticas Psicossociais, 2006. http://www.ufsj.edu.br/portal-repositorio/File/revistalapip/A_Construcao_da_Mudanca_nas_Instituicoes_Sociais..._-MSB_Goulart.pdf. Acessado em 20 de Novembro de 2016.
4. Matos LS. Os desafios da desinstitucionalização no campo da saúde mental no Distrito Federal. Brasília, 2013. <http://repositorio.uniceub.br/bitstream/235/4527/1/imprimir%20para%20a%20banca%20PDF.pdf>. Acessado em 25 de Novembro de 2016.
5. BRASIL. Ministério da Saúde (Coordenação de Saúde Mental. Primeira Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final, 1988. www.abrasme.org.br/arquivo/download?ID_ARQUIVO=3702. Acessado em 02 de Novembro de 2016.
6. Brasil. Ministério da Saúde (Coordenação de Saúde Mental). Segunda Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final, 1992. http://www.tjsp.jus.br/Download/EPM/pdf/relatorio_da_2_conferencia_de_saude_mental.pdf. Acessado em 25 de Novembro de 2016.
7. Pitta AMF. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. Ciência & Saúde Coletiva. 2011;16(12):4579-4589.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o

modelo assistencial em saúde mental. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm. Acessado em 10 de Novembro de 2016.

9. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 106. 17 de junho de 2000. Dispõe sobre a criação e regulamentação das residências terapêuticas para portadores de transtornos mentais. <http://www.conselho.saude.gov.br/comissao/documentos.Decretolei106/2000>. Acessado em 05 Junho de 2016.
10. Tenório F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. *História, Ciências, Saúde Manguinhos*. 2002;9(1):25-59.
11. BRASIL. Ministério da Saúde (Coordenação de Saúde Mental). Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 2005. <http://docplayer.com.br/1445232-Reforma-psiquiatrica-e-politica-de-saude-mental-no-brasil-conferencia-regional-de-reforma-dos-servicos-de-saude-mental-15-anos-depois-de-caracas.html>. Acessado em 22 de Novembro de 2016.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Manual do Programa “De Volta para Casa”. Brasília, 2003. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Manual_PVC.pdf. Acessado em 05 Junho de 2016.
13. Mari JJ. IN: Lobosque AM. et al. Um Balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16(12):4590-4602.
14. Mello R, Furegato ARF. Internações psiquiátricas no Rio de Janeiro de 1996 a 2005. *Rev. enferm*. 2007;15(2): 176-182.
15. 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. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2007;29(1):43-6.
16. Szabzon F. Perfil das internações psiquiátricas em São Paulo: um estudo exploratório [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2013. www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-20022014-095931/publico/Felipe_szabzon.pdf. Acessado em 30 de Novembro de 2016.
17. 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. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014;19(8):3605-3616.
18. Amaddeo F, Becker T, Fioritti A, Burti L, Tansella M. Reforms in community: the balance between hospital and communitybased health care. In: Knapp M. et al. *Mental health policy and practice across Europe: the future direction of mental health care*. European Observatory on Health Systems and Services. Berkshire: Open University Press, 2007. p.235-249.
19. Valadares FC. Claves, ENSP, Fundação Oswaldo Cruz. IN: Vasconcelos EM (org.): *Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira*. São Paulo: Hucitec Editora; 2010.

20. Alves DSN, Silva PRF, Costa, NR. Advances and challenges of psychiatric reform in Brazil 22 years after the Caracas declaration. 2012;12(10):e5545.
21. Organização Mundial da Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde. 10ª edição (CID-10), 1995.
22. Brasil. Ministério da Saúde (Datasus). Tabwin. Brasília-DF: 2014.
23. Carvalho DMT. Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH-SUS. In: EDITORA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE (Ed.). A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde – Volume 1 Produção e Disseminação de Informações sobre Saúde no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. v. 1p. 148.
24. Santos AC. Sistema de informações hospitalares do sistema único de saúde: documentação do sistema para auxiliar o uso das suas informações. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – [S.I.]. 2009. www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/2372/1/ENSP_Disserta%C3%A7%C3%A3o_Santos_Andr%C3%A9ia_Cristina.pdf
24. Acessado em 25 de Novembro de 2016.
25. Costa LS, Pinheiro RS, Almeida RVR. Recuperação de informação de endereço na base de dados AIH: percentual de aproveitamento. Cadernos de Saúde Coletiva, 2003.
26. Campos MR. Proposta de integração de dados do sistema de informações hospitalares do sistema único de saúde (SIH-SUS) para pesquisa. Informe Epidemiológico do SUS. 2000; doi: 10.5123/S0104-16732000000100005.
27. Portela MC et. al. Algoritmo para a composição de dados por internação a partir do sistema de informações hospitalares do sistema único de saúde (SIH/SUS) – Composição de dados por internação a partir do SIH/SUS. Caderno de Saúde Pública, 1997.
28. Barros REM, Tung TC, Mari JJ. Serviços de emergência psiquiátrica e suas relações com a rede de saúde mental brasileira. Rev. Bras. Psiquiatr. 2010; 32(2):71-77.
29. 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;18(6):1803-1807.
30. Soares AC, Trindade L, Rodrigues GCS, Silva FPA, Sai EF. Análise clínica-epidemiológica de pacientes portadores de transtorno mental na Amazônia brasileira. Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria. 2015;19(2):96-107.
31. Gonçalves TS, Nunes MR. Perfil dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPS AD. Revista Perquirere. 2014;11(2):169-1784.
32. Zurita RCM, Zurita RM, Carvalho VA. Prevalência de alcoolismo em internações hospitalares na emergência psiquiátrica. Revista Eletrônica Gestão & Saúde. Edição Especial, 2013. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5557319.pdf>. Acessado em 27 de Novembro de 2016.
33. Melo MCA, Albuquerque SGC, Luz JHS, Quental PTL, Sampaio AM, Lima AB. Perfil

clínico e psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos no estado do Ceará, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015;20(2):343-352.

34. Belini MG. Morbidade hospitalar por transtornos na área de saúde mental: prevalência, custo e taxa de ocupação de leito. Trabalho de conclusão de curso de especialização de Gestão em Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2015. <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/130304>. Acessado em 20 de Outubro de 2016.
35. Limberger J, Nascimento RS, Schneider JA, Andretta I. Women users of crack: systematic review of Brazilian literature. *J Bras Psiquiatr*. 2016;65(1):82-8.
36. Campos CG, Costa ML. Jr. Causas múltiplas de óbito e as internações psiquiátricas por uso e abuso de substâncias psicoativas em um município de minas gerais. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*. 2013;9(3):111-5.
37. Mombelli MA, Marcon SS, Costa JB. Caracterização das internações psiquiátricas para desinto para desintoxicação de adolescentes dependentes químicos xicação de adolescentes dependentes químicos. *Rev Bras Enferm, Brasília Bras Enferm*. 2010;63(5):735-40.
38. Machado MB, Ignácio ZM, Jornada LK, Réus GZ, Abelaira HM, Arent CO et al. Prevalência de transtornos ansiosos e algumas comorbidades em idosos: um estudo de base populacional. *J Bras Psiquiatr*. 2016;65(1):28-35.
39. Sampaio ALP, Caetano D. Mortalidade em pacientes psiquiátricos: revisão bibliográfica. *J Bras Psiquiatria*. 2006;55(3):226-231.
40. Tófoli LF. Com menos hospitais psiquiátricos, morrem mais portadores de transtornos mentais no Brasil? *Rev Bras Psiquiatr*. 2008;30(2):168-76.
41. Machado K. Ataque à Reforma Psiquiátrica Brasileira. Rio de Janeiro: Radis, 2008. <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/67/reportagens/ataque-reforma-psiquiatria-brasileira>. Acessado em 22 de Novembro de 2016.
42. Câmara FC. Mortalidade por transtornos mentais e comportamentais e a reforma psiquiátrica no Brasil contemporâneo – II. Elementos para um debate. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, 2008. www.scielo.br/pdf/rlpf/v11n3/09.pdf. Acessado em 16 de junho de 2016.
43. Oliveira JAM, Passos E. A implicação de serviços de saúde mental no processo de desinstitucionalização da loucura em Sergipe. Natal: Vivência, 2007.

TABELAS

Tabela 1. Coeficientes das internações hospitalares por transtornos mentais e comportamentais (por cem mil habitantes) segundo sexo, faixa etária e região de residência. Estado de Sergipe, de 2001 a 2013.

Variável	Ano												
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Sexo													
Masculino	372,5	379,4	433,4	389,1	419,8	456,0	378,3	436,3	334,8	349,7	295,9	249,9	143,0
Feminino	170,5	154,8	170,7	152,9	156,6	157,4	145,3	151,1	123,5	114,2	112,1	97,5	59,0
Faixa etária													
< 20	15,7	9,9	11,7	11,0	15,3	18,0	21,1	22,5	29,0	41,0	33,7	36,4	21,2
20 a 29	309,2	298,7	347,5	313,6	379,1	370,3	312,0	360,4	271,4	274,2	257,8	192,5	139,9
30 a 39	611,9	617,4	662,0	571,3	603,1	645,0	513,3	557,9	421,9	434,9	371,9	335,0	196,9
40 a 49	769,0	761,7	904,1	814,3	798,5	887,8	664,6	753,7	563,5	442,9	409,7	344,0	159,7
50 a 59	472,9	474,7	589,2	506,3	568,7	630,3	461,5	471,7	375,3	397,2	325,7	265,4	141,9
60 a 69	350,5	360,7	321,6	398,0	307,9	321,2	200,3	234,0	171,9	175,8	122,1	133,4	79,7
70 a 79	141,7	122,9	104,6	91,5	107,1	110,0	65,4	70,8	47,1	32,8	54,2	30,4	8,6
80 e mais	147,4	126,6	134,2	73,1	26,6	8,7	36,0	0,0	23,2	3,5	3,5	0,0	33,5
Regional saúde de residência													
Aracaju	437,4	425,3	448,5	361,7	405,0	441,8	413,6	433,3	321,3	321,8	275,7	215,9	126,9
Estância	157,0	173,3	193,3	214,3	217,7	214,5	182,0	175,6	166,4	159,7	142,2	156,4	83,3
Itabaiana	120,0	125,9	178,3	169,6	162,0	170,4	136,0	126,2	147,3	147,5	117,4	137,3	64,8
Lagarto	125,5	130,2	173,9	173,1	169,1	180,1	132,1	125,5	103,9	128,7	157,4	118,1	84,6
NS da Glória	91,5	98,8	96,6	76,4	94,1	125,6	96,9	78,9	96,9	83,2	94,4	76,5	48,3
NS do Socorro	342,9	312,2	361,3	386,6	386,1	359,4	291,5	446,3	298,9	287,6	212,7	201,6	127,7
Propriá	194,1	195,7	265,8	199,7	217,4	285,9	176,2	226,2	185,4	186,8	207,8	146,7	63,6
Total	269,5	264,9	299,5	268,7	285,6	303,8	259,5	290,8	227,0	228,7	201,4	171,5	99,8

Fonte: Ministério da Saúde (Datasus). **Informações em saúde.** Brasília-DF: 2014.

Tabela 2. Número e percentual acumulado de dias de permanência por internações hospitalares por transtornos mentais e comportamentais, segundo ano e tipo de estabelecimento. Estado de Sergipe, de 2001 a 2013.

Dias de permanência	Ano de internação												
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Número													
0-7 dias	464	605	554	641	1444	1684	1540	1395	1286	1486	1434	1258	815
8-14 dias	465	676	668	526	515	654	607	643	469	517	453	398	364
15-21 dias	649	770	943	881	825	912	813	850	715	641	583	481	224
22-28 dias	828	912	983	865	784	903	762	782	629	685	498	410	206
29 dias e +	2492	1928	2467	2201	2053	1925	1555	2144	1486	1400	1241	1074	583
Total	4898	4891	5615	5114	5621	6078	5277	5814	4585	4729	4209	3621	2192
Estabelecimento: Hospital Psiquiátrico (número)													
0-7 dias	460	574	515	594	541	720	601	591	568	531	413	369	122
8-14 dias	465	674	667	525	498	607	524	590	434	436	348	301	99
15-21 dias	649	770	943	881	821	906	803	830	704	622	574	465	177
22-28 dias	828	912	983	865	783	901	758	761	617	668	494	405	190
29 dias e +	2492	1928	2467	2201	2050	1923	1526	2109	1455	1365	1226	1055	527
Estabelecimento: Hospital Geral (número)													
0-7 dias	4	31	39	47	903	964	939	804	718	955	1021	889	693
8-14 dias	-	2	1	1	17	47	83	53	35	81	105	97	265
15-21 dias	-	-	-	-	4	6	10	20	11	19	9	16	47
22-28 dias	-	-	-	-	1	2	4	21	12	17	4	5	16
29 dias e +	-	-	-	-	3	2	29	35	31	35	15	19	56
Estabelecimento: Hospital Psiquiátrico (percentual)													
0-7 dias	99,1	94,9	93,0	92,7	37,5	42,8	39,0	42,4	44,2	35,7	28,8	29,3	15,0
8-14 dias	100,0	99,7	99,9	99,8	96,7	92,8	86,3	91,8	92,5	84,3	76,8	75,6	27,2
15-21 dias	100,0	100,0	100,0	100,0	99,5	99,3	98,8	97,6	98,5	97,0	98,5	96,7	79,0
22-28 dias	100,0	100,0	100,0	100,0	99,9	99,8	99,5	97,3	98,1	97,5	99,2	98,8	92,2
29 dias e +	100,0	100,0	100,0	100,0	99,9	99,9	98,1	98,4	97,9	97,5	98,8	98,2	90,4
Total	99,9	99,3	99,3	99,1	83,5	83,2	79,8	84,0	82,4	76,6	72,6	71,7	50,9
Estabelecimento: Hospital Geral (percentual)													
0-7 dias	0,9	5,1	7,0	7,3	62,5	57,2	61,0	57,6	55,8	64,3	71,2	70,7	85,0
8-14 dias	-	0,3	0,1	0,2	3,3	7,2	13,7	8,2	7,5	15,7	23,2	24,4	72,8
15-21 dias	-	-	-	-	0,5	0,7	1,2	2,4	1,5	3,0	1,5	3,3	21,0
22-28 dias	-	-	-	-	0,1	0,2	0,5	2,7	1,9	2,5	0,8	1,2	7,8
29 dias e +	-	-	-	-	0,1	0,1	1,9	1,6	2,1	2,5	1,2	1,8	9,6
Total	0,1	0,7	0,7	0,9	16,5	16,8	20,2	16,0	17,6	23,4	27,4	28,3	49,1

Fonte: Ministério da Saúde (Datasus). **Informações em saúde**. Brasília-DF: 2014.

Tabela 3. Número, percentual e coeficiente (por cem mil habitantes) de Internações hospitalares por Transtornos mentais e comportamentais, segundo diagnóstico, sexo e ano. Estado de Sergipe, de 2001 a 2013.

Diagnóstico	Ano												
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Mulheres													
	Número												
Esquizofrenia	990	826	981	963	939	954	906	862	695	650	656	606	352
Transtornos do humor	349	349	376	296	357	308	378	418	343	281	279	248	185
Uso subst psicoativa	69	126	113	98	170	129	130	149	135	203	200	146	79
Transt ment orgânico	116	117	105	80	58	174	40	29	25	21	18	4	15
Demais	55	39	56	46	47	40	52	83	75	59	51	54	35
Homens													
	Número												
Uso subst psicoativa	1362	1596	1762	1817	2109	2198	1923	2127	1571	1714	1405	1062	511
Esquizofrenia	1625	1511	1904	1559	1670	1784	1497	1793	1453	1530	1409	1276	844
Transtornos do humor	145	125	108	114	105	128	182	173	163	139	104	107	86
Transt ment orgânico	75	90	65	44	74	284	75	70	52	57	36	37	30
Demais	112	1128	145	97	92	79	94	110	73	75	51	81	55
Mulheres													
	Percentual												
Esquizofrenia	62,7	56,7	60,1	64,9	59,8	59,4	60,2	55,9	54,6	53,5	54,5	57,3	52,9
Transtornos do humor	22,1	24,0	23,1	20,0	22,7	19,2	25,1	27,1	26,9	23,1	23,2	23,4	27,8
Uso subst psicoativa	4,4	8,6	6,9	6,6	10,8	8,0	8,6	9,7	10,6	16,7	16,6	13,8	11,9
Transt ment orgânico	7,3	8,0	6,4	5,4	3,7	10,8	2,7	1,9	2,0	1,7	1,5	0,4	2,3
Demais	3,5	2,7	3,4	3,1	3,0	2,5	3,5	5,4	5,9	4,8	4,2	5,1	5,3
Homens													
	Percentual												
Uso subst psicoativa	41,0	46,5	44,2	50,0	52,1	49,1	51,0	49,8	47,4	48,8	46,8	41,4	33,5
Esquizofrenia	49,0	44,0	47,8	42,9	41,2	39,9	39,7	42,0	43,9	43,5	46,9	49,8	55,3
Transtornos do humor	4,4	3,6	2,7	3,1	2,6	2,9	4,8	4,0	4,9	4,0	3,5	4,2	5,6
Transt ment orgânico	2,3	2,6	1,6	1,2	1,8	6,3	2,0	1,6	1,6	1,6	1,2	1,4	2,0
Demais	3,4	3,2	3,7	2,7	2,3	1,8	2,5	2,6	2,2	2,1	1,7	3,2	3,6
Mulheres													
	Coeficiente												
Esquizofrenia	106,9	87,8	102,7	99,3	93,6	93,6	87,4	84,5	67,4	61,1	61,1	55,8	31,2
Transtornos do humor	37,7	37,1	39,4	30,5	35,6	30,2	36,5	41,0	33,3	26,4	26,0	22,9	16,4
Uso subst psicoativa	7,4	13,4	11,8	10,1	16,9	12,7	12,5	14,6	13,1	19,1	18,6	13,5	7,0
Transt ment orgânico	12,5	12,4	11,0	8,2	5,8	17,1	3,9	2,8	2,4	2,0	1,7	0,4	1,3
Demais	6,0	3,2	5,9	4,8	4,7	4,0	5,0	8,1	7,3	5,5	4,7	5,0	3,1
Homens													
	Coeficiente												
Uso subst psicoativa	152,9	176,3	191,7	194,7	218,6	224,1	192,9	217,2	158,8	170,5	138,4	103,5	47,9
Esquizofrenia	182,4	166,9	207,2	167,1	173,1	181,9	150,2	183,1	146,9	152,2	138,7	124,4	79,1
Transtornos do humor	16,3	13,8	11,8	12,2	10,9	13,0	18,3	17,7	16,5	13,8	10,2	10,4	8,1
Transt ment orgânico	8,4	9,9	7,1	4,7	7,7	28,9	7,5	7,1	5,3	5,7	3,5	3,6	2,8
Demais	12,6	12,4	15,8	10,4	9,6	8,0	9,4	11,2	7,4	7,5	5,0	7,9	5,2

Fonte: Ministério da Saúde (Datasus). **Informações em saúde.** Brasília-DF: 2014.

Tabela 4. Desfecho da internação e letalidade por transtornos mentais e comportamentais, segundo ano de internação e sexo. Estado de Sergipe, de 2001 a 2013.

Ano	Sexo						Total			Total
	Masculino			Feminino						
	Com óbito	Sem óbito	Letalidade	Com óbito	Sem óbito	Letalidade	Com óbito	Sem óbito	Letalidade	
2001	2	3319	0,06	-	1579	-	2	4896	0,04	4898
2002	3	3434	0,87	2	1457	0,14	5	4886	0,10	4891
2003	1	3984	0,03	-	1631	-	1	5614	0,02	5615
2004	4	3631	0,11	2	1483	0,13	6	5108	0,12	5114
2005	1	4050	0,02	1	1571	0,06	2	5619	0,04	5621
2006	3	4473	0,07	-	1605	-	3	6075	0,05	6078
2007	1	3771	0,03	3	1506	0,20	4	5273	0,08	5277
2008	2	4273	0,05	2	1541	0,13	4	5810	0,07	5814
2009	3	3312	0,09	2	1273	0,16	5	4580	0,11	4585
2010	6	3515	0,17	1	1214	0,08	7	4722	0,15	4729
2011	6	3005	0,20	3	1204	0,25	9	4200	0,21	4209
2012	2	2563	0,08	2	1058	0,19	4	3617	0,11	3621
2013	9	1526	0,59	-	666	-	9	2183	0,41	2192
Total	43	44856	0,09	18	17788	0,10	61	62583	0,09	62644

Fonte: Ministério da Saúde (Datasus). **Informações em saúde.** Brasília-DF: 2014.

ANEXO I – Certificado da apresentação de Pôster no Congresso Brasileiro de Psiquiatria 2015:



ANEXO II – Certificado de apresentação do trabalho PIBIC no 26º Encontro de Iniciação Científica (EIC):

 MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA Certificado A Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe certifica a apresentação do trabalho intitulado "Internações hospitalares por transtornos mentais e comportamentais, de residentes em Sergipe, de 2001 a 2013", de autoria de JOSE CICERO DA SILVA, em co-autoria com GILENALDO DE GOIS, e sob a orientação de ANNA KLARA BOHLAND, durante o 26º Encontro de Iniciação Científica - EIC da UFS realizado no período de 17 a 21 de Outubro de 2016. São Cristóvão, 23 de Dezembro de 2016 Código de verificação: d67a5fae5b Número do Documento: 250341 Para verificar a autenticidade deste documento acesse https://www.sigaa.ufs.br/documentos/, informando a matrícula, data de emissão do documento e o código de verificação.
--