



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ROBSMEIRE CALVO MELO ZURITA

**ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA NO ESTADO DO PARANÁ: ANÁLISE DAS
INTERNAÇÕES HOSPITALARES NO PERÍODO DE 2000 A 2013**

MARINGÁ

2015

ROBSMEIRE CALVO MELO ZURITA

**ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA NO ESTADO DO PARANÁ: ANÁLISE DAS
INTERNAÇÕES HOSPITALARES NO PERÍODO DE 2000 A 2013**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Enfermagem

Área de concentração: Gestão do Cuidado em Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Thais Aidar de Freitas Mathias

MARINGÁ

2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Biblioteca Central - UEM, Maringá, PR, Brasil)

Z96i Zurita, Robsmeire Calvo Melo
Assistência psiquiátrica no estado do Paraná:
análise das internações hospitalares no período de
2000 a 2013 / Robsmeire Calvo Melo Zurita. - -
Maringá, 2015.
253 f. : il., tabs., figs., quadros.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Thais Aidar de Freitas
Mathias.

Tese (doutorado) - Universidade Estadual
de Maringá, Centro de Ciências da Saúde,
Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem, 2015.

1. Hospitais psiquiátricos - Internamento. 2.
Sistemas de informação hospitalar (SIH). 3.
Assistência psiquiátrica. 4. Transtornos mentais.
I. Mathias, Thais Aidar de Freitas, orient. II.
Universidade Estadual de Maringá. Centro de
Ciências da Saúde. Departamento de Enfermagem.
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III.
Título.

CDD 22.ed. 610.736

ROBSMEIRE CALVO MELO ZURITA

**ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA NO ESTADO DO PARANÁ: ANÁLISE DAS
INTERNAÇÕES HOSPITALARES NO PERÍODO DE 2000 A 2013**

Aprovada em: 18/12/2015

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Thais Aidar de Freitas Mathias (Orientadora)
Universidade Estadual de Maringá

Prof. Dr. Leandro Barbosa de Pinho
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof.^a Dr.^a Mariluci Alves Maftum
Universidade Federal do Paraná

Prof.^a Dr.^a Maria do Carmo Lourenço Haddad
Universidade Estadual de Londrina

Prof.^a Dr.^a Magda Lucia Felix de Oliveira
Universidade Estadual de Maringá

DEDICO

Ao Miguel, Rebeca e Matheus -
meu sonho realizado de família, construída e
amparada no respeito e no amor,
dedico este trabalho a vocês.

ACOLHIMENTOS

Os meus agradecimentos são em forma de relatos de alguns dos acolhimentos que recebi na vida e durante todo o período de estudos no doutorado:

acolhida por pais, que desde sempre me ensinaram que o mais importante é ser honesta, humilde, caridosa e ter uma família harmoniosa, com respeito aos princípios cristãos... amo incondicionalmente, **Izabel e Francisco**,

acolhida há mais de 28 anos no coração da pessoa mais sábia, determinada, inteligente, ética que conheço. **Miguel**, como o tempo passou rápido a seu lado... e como você é sublime e sereno no papel de melhor pai do mundo. À **Alice** que me deu meu bem maior, amo e aprendo com sua sabedoria digna dos seus 80 e poucos, bem vividos anos...

acolhida por Deus, com o privilégio da maternidade, que gerou duas grandes pessoas “pensantes”, com respeito imenso pela família, e com grandes sonhos... espero que realizem todos... **Rebeca**, médica dedicada, e **Matheus**, advogado (com OAB) digno de todo o respeito,

acolhida pelo amor fraterno, o amor de irmão, que está sempre perto nos apertos e também nas alegrias. **Robson**, você sempre foi e será o irmão que a vida me deu, mas com certeza eu o teria escolhido. Amo **Karla e Duda** da mesma forma. À irmã/cunhada, **Neuza**, e ao **Nestor**, apesar da distância, sempre perto no coração,

acolhida pela minha orientadora, **Thais**, a vida nos colocou de forma singular e única no caminho da orientação do doutorado. Obrigada, pelo respeito ao tema com que tenho maior aproximação e pela dedicação nos encontros realizados, aos demais professores e funcionários do PSE, meu eterno agradecimento,

acolhida por todos do grupo de estudo, principalmente no coração de duas doutorandas que souberam dividir a orientadora e somar uma grande amizade que levo para a vida toda, **Emiliana e Rosana**,

acolhida, no mestrado, enquanto banca, e no doutorado por um grande e forte abraço, obrigada professora **Rosangela**, como foram esclarecedores nossos encontros,

acolhida, pelos enfermeiros/professores que compuseram a banca de forma que acrescentaram o saber à tese, **Leandro, Mariluci, Maria do Carmo, Magda**, meu eterno obrigado.

acolhida pela **Vera**, que com sua simplicidade é de uma importância enorme na vida de todos nós de casa, que com seu trabalho impecável, com sua dedicação foi um dos meus alicerces para a conclusão deste trabalho, obrigada!

finalizo, dizendo que o acolhimento inicial para o doutorado partiu da amiga e professora **Maria Angélica** (*in memoriam*) que foi interrompido, porém agora concluído.

ZURITA, R. C. M. **Assistência psiquiátrica no Estado do Paraná**: análise das internações hospitalares no período de 2000 a 2013. 253 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Maringá. Orientadora: Thais Aidar de Freitas Mathias. Maringá, 2015.

RESUMO

Introdução: A assistência psiquiátrica em regime hospitalar está diante de crescentes transformações. As internações de pessoas com transtorno mental podem ser realizadas em hospitais gerais ou hospitais psiquiátricos. A tendência é de redução gradual do número de leitos psiquiátricos, programada e pactuada com os gestores públicos nos Estados e municípios. **Objetivo:** Este estudo teve como objetivo analisar a assistência psiquiátrica no Estado do Paraná, de 2000 a 2013, descrever a evolução dos leitos psiquiátricos de 2005 a 2013 e a tendência das internações psiquiátricas e dos respectivos gastos de 2000 a 2013. **Métodos:** Estudo ecológico, longitudinal de séries temporais com dados coletados do Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS), ambos disponíveis no site do Datasus. A evolução dos leitos hospitalares foi analisada por tipo de atendimento, de estabelecimento e de prestador por meio o modelo de regressão de Poisson. A evolução das internações psiquiátricas e dos gastos, segundo diagnóstico, sexo, idade, tipo de AIH, óbito e regional de saúde foi analisado por meio de regressão polinomial linear simples. **Resultados:** houve decréscimo no número de leitos psiquiátricos de 4.264 em 2005 para 2.995 em 2013 (-29,8%). Os leitos nos hospitais psiquiátricos (HP) reduziram 40,2%, e nos hospitais gerais (HG) aumentaram 134,6%. Houve diminuição de 41,5% nos leitos SUS em HP e aumento de 148,2% em HG, enquanto que os leitos Não SUS de HP diminuíram 32,9% e de HG aumentaram 100%. No período de 2000 a 2013 ocorreram 686.716 internações psiquiátricas, com redução de 27,4% nas taxas em HP e aumento de 114,7% em HG. As taxas de internações por esquizofrenia diminuíram enquanto aquelas por transtornos afetivos aumentaram em ambos os sexos e nos dois tipos de hospital. Houve tendência de aumento das taxas de internações psiquiátricas tanto no HP como em HG de pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas. Em relação aos dias de permanência, observou-se diminuição de internações com 29 dias ou mais tanto em HP como em HG. No Estado do Paraná, de 2000 a 2013, foram gastos R\$ 485.665.544,00 com internações psiquiátricas, 89,3% nos HP e 10,7% nos HG. A análise de tendência mostrou que os gastos com internações psiquiátricas aumentaram 24,5% em HP e 125,7% em HG. Em relação aos diagnósticos houve aumento de gastos com as internações por substâncias psicoativas para ambos os sexos em HG e, para os gastos em HP o aumento ocorreu apenas para o sexo feminino. Os gastos com internações por esquizofrenia diminuíram para o sexo feminino e aumentaram para o masculino em HP, ao passo que em HG houve aumento para ambos os sexos. **Conclusão:** a redução dos leitos psiquiátricos nos HP acontece de forma gradual e significativa e o aumento dos leitos psiquiátricos nos HG acontece de forma distinta entre leitos SUS e Não SUS. O aumento significativo de leitos em HG que pode ser resultado das políticas públicas de saúde mental, e nos leitos Não SUS que não sofrem influência das políticas públicas de saúde mental esse aumento do número de leitos psiquiátricos foi inferior ao SUS, o que pode significar um avanço da Reforma Psiquiátrica no Estado do Paraná mesmo que discreto. As Secretarias Estadual e Municipal de Saúde, os gestores no Estado do Paraná tem o desafio de continuar a

implantação das ações das políticas públicas e da Reforma Psiquiátrica relativas ao controle de leitos em HP e incentivo aos leitos em HG para melhorar o atendimento às pessoas com transtornos mentais. As ações de saúde devem ser realizadas em todos os níveis de atenção, privilegiando os Centros de Atenção Psicossocial, e a atenção primária, contribuindo para o fim do imaginário social de que os hospitais psiquiátricos são o único local para a resolução dos problemas psiquiátricos das pessoas com transtorno mental.

Palavras-chave: Transtornos mentais. Assistência à saúde mental. Gastos em saúde. Financiamento da assistência à saúde. Sistemas de informação hospitalar. Hospitais psiquiátricos. Hospitais gerais. Enfermagem.

ZURITA, R. C. M. **Psychiatric care in the State of Paraná:** analysis of hospitalizations between 2000 and 2013. 253 f. Thesis (PhD in Nursing) – University of State Maringá. Advisor: Thais Aídar de Freitas Mathias. Maringá, 2015.

ABSTRACT

Introduction: Psychiatric care in a hospital regime is facing increasing transformations. People with mental disorders may be hospitalized in general hospitals (GH) or psychiatric hospitals (PH). There is a trend to reduce gradually the number of psychiatric beds, programmed and agreed upon with public officials in Brazilian states and municipalities.

Objective: Current study analyzes psychiatric care between 2000 and 2013 in the state of Paraná, Brazil, comprising the evolution of the number of psychiatric beds between 2005 and 2013 and the trend of psychiatric hospitalizations and their spending between 2000 and 2013.

Methods: An ecological, longitudinal time series study was undertaken with data collected from the National System of Health Establishments (SCNES) and Hospital Information System of the Unified Health System (SIH-SUS), both available at the DATASUS website. The evolution of hospital beds was analyzed by type of care, establishment and service provider, using the Poisson regression model. The evolution of psychiatric hospitalizations and expenses according to diagnosis, sex, age, type of AIH, death and Regional Health Unit was analyzed by simple linear polynomial regression.

Results: The number of psychiatric beds decreased from 4264 in 2005 to 2995 in 2013 (-29.8%). Beds in psychiatric hospitals (PH) decreased 40.2%, whereas beds in general hospitals (GH) increased by 134.64%. A 41.5% decrease in SUS beds in PH and a 148% increase in GH occurred, whereas non-SUS beds decreased 32.89% in PH and increased 100% in GH. In 2000-2013, there were 686,716 psychiatric hospitalizations, with a 27.4% decrease in the PH rates and a 114.7% increase in GH. The schizophrenia hospitalization rates decreased while those for affective disorders increased for both sexes and in both types of hospital. There was an increasing trend of psychiatric admission rates in PH and GH for people with disorders related to drug use. Hospitalization period of 29 days or more decreased in PH and GH. Expenses reached R\$ 485,665,544.00 with psychiatric hospitalizations in the state of Paraná from 2000 to 2013, with 89.3% for PH and 10.7% for GH. Trend analysis showed that expenses in psychiatric hospitalizations increased 24.5% and 125.7% in GH. Increase in expenses with psychoactive hospitalizations occurred for both sexes in GH and increase was only for females on PH expenses. Expenses with hospitalizations for schizophrenia decreased for females but increased for males in PH. However, there was an increase in expenses with GH for both sexes.

Conclusion: Psychiatric beds in PH decrease gradually and significantly and the increase of psychiatric beds in GH occurs differently between SUS and non-SUS beds. There is a significant increase of beds in GH which may be the result of public policies on mental health, and in non-SUS beds which are not affected by public mental health policies. Increase in the number of psychiatric beds was lower than those by SUS, which indicates advancement in psychiatric reform in the state of Paraná, albeit somewhat discrete. Managers of State and Municipal Health Secretariats in the state of Paraná has the task of continuing the implementation of public policies related to Psychiatric Reform in the control of beds in PH, with a preference for beds in GH to improve care for people with mental disorders. Health activities should be undertaken at all levels of care, privileging CAPS and primary care, and contributing towards the end of the popular concept that

psychiatric hospitals are the only places to solve psychiatric problems of people with mental disorders.

Keywords: Mental disorders. Mental health assistance. Health expenditures. Healthcare financing. Hospital information systems. Psychiatric hospitals. General hospitals. Nursing.

ZURITA, R. C. M. **Asistencia psiquiátrica en el Estado de Paraná:** análisis de las internaciones hospitalarias en el período de 2000 a 2013. 253 h. Tesis (Doctorado en Enfermería) – Universidad Estadual de Maringá. Líder: Thais Aidar de Freitas Mathias. Maringá, 2015.

RESUMEN

Introducción: La asistencia psiquiátrica en régimen hospitalaria está delante de crecientes transformaciones. Las internaciones de personas con trastorno mental pueden ser realizadas en hospitales generales u hospitales psiquiátricos. La tendencia es de reducción gradual del número de camas psiquiátricas, programada y pactadas con los gestores públicos en los Estados y municipios. **Objetivo:** Este estudio tuvo como objetivo analizar la asistencia psiquiátrica en el Estado de Paraná, de 2000 a 2013, describiendo la evolución de los camas psiquiátricas de 2005 a 2013 y la tendencia de las internaciones psiquiátricas y de los respectivos costos de 2000 a 2013. **Métodos:** Estudio ecológico, longitudinal de series temporales con datos colectados del Sistema del Catastro Nacional de Establecimientos de Salud (SCNES) y del Sistema de Informaciones Hospitalarias del Sistema Único de Salud (SIH-SUS), ambos disponibles en el sitio del DATASUS. La evolución de las camas hospitalarias fue analizada por tipo de atención, de establecimiento y de prestador de servicio utilizando el modelo de regresión de Poisson. La evolución de las internaciones psiquiátricas y de los costos, según diagnóstico, sexo, edad, tipo de AIH, óbito y regional de salud fue analizado por medio de regresión polinomial linear simple. **Resultados:** hubo reducción en el número de camas psiquiátricos de 4.264 en 2005 para 2.995 en 2013 (el -29,8%). Las camas en los hospitales psiquiátricos (HP) redujeron el 40,2%, y en los hospitales generales (HG) aumentaron el 134,64%. Hubo disminución del 41,5% en las camas SUS en HP y aumento del 148% en HG, mientras que las camas No SUS de HP disminuyeron el 32,89% y de HG aumentaron el 100%. En el período de 2000 a 2013 hubo 686.716 internaciones psiquiátricas, con reducción del 27,4% en las tasas en HP y aumento del 114,7% en HG. Las tasas de internaciones por esquizofrenia disminuyeron mientras aquellas por trastornos afectivos aumentaron en ambos sexos y en los dos tipos de hospital. Hubo tendencia de aumento de los índices de internaciones psiquiátricas tanto en el HP como en HG de personas con trastornos relacionados al uso de sustancias psicoactivas. En relación a los días de permanencia, se observó disminución de internaciones con 29 días o más tanto en HP como en HG. En el Estado de Paraná, de 2000 a 2013, se gastó R\$ 485.665.544,00 con internaciones psiquiátricas, el 89,3% en los HP y el 10,7% en los HG. El análisis de tendencia enseñó que los costos con internaciones psiquiátricas aumentaron el 24,5% en HP y el 125,7% en HG. En relación a los diagnósticos hubo aumento de costos con las internaciones psicoactivas para ambos sexos en HG y, para los costos en HP el aumento sucedió sólo para el sexo femenino. Los costos con internaciones por esquizofrenia disminuyeron para el sexo femenino y aumentaron para el masculino en HP, y en HG hubo aumento para ambos sexos. **Conclusión:** la reducción de las camas psiquiátricas en los HP sucede de forma gradual y significativa y el aumento de las camas psiquiátricos en los HG sucede de forma distinta entre camas SUS y No SUS. Hay aumento significativo de camas en HG que puede ser resultado de las políticas públicas de salud mental, y en las camas No SUS que no sufren influencia de las políticas públicas de salud mental ese aumento del número de camas psiquiátricos fue inferior al SUS, lo que puede significar un avance de la Reforma Psiquiátrica en el Estado

de Paraná aunque que pequeño. Las Secretarías Estadual y Municipales de Salud, los gestores en el estado de Paraná tienen el reto de continuar la implantación de las acciones de las políticas públicas y de la Reforma Psiquiátrica relativas al control de camas en HP e incentivo a las camas en HG para mejorar la atención a las personas con trastornos mentales. Las acciones de salud deben ser realizadas en todos los niveles de atención, privilegiando los CAPS, y la atención primaria, contribuyendo para el fin de la imaginaria social de que los hospitales psiquiátricos son el único sitio para la solución de los problemas psiquiátricos de las personas con trastorno mental.

Palabras clave: Trastornos mentales. Asistencia a la salud mental. Gastos en salud. Financiamiento de la asistencia a la salud. Sistemas de información hospitalaria. Hospitales psiquiátricos. Hospitales generales. Enfermería.

APRESENTAÇÃO

O formato de apresentação desta tese foi aprovado em deliberação do Conselho Acadêmico do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM), em que os resultados são apresentados em formato de manuscritos científicos.

Assim, a tese está estruturada e apresentada pelos componentes descritos a seguir:

1) **Trajetória: abrindo trilhas e consolidando caminhos na saúde mental.**

2) **Introdução** com a contextualização acerca da assistência e a internação psiquiátrica hospitalar no Estado do Paraná.

3) **Justificativa** com a apresentação da justificativa do estudo, da razão da escolha do tema.

4) **Objetivos** do trabalho.

5) **Métodos** apresentando o percurso metodológico utilizado para responder aos objetivos do projeto.

6) O item **Resultados** está apresentado no formato de três manuscritos: “Evolução dos leitos psiquiátricos no Estado do Paraná”, “Análise da tendência das internações psiquiátricas no Estado do Paraná, 2000 a 2013” e “Gastos com internações psiquiátricas no Estado do Paraná-Brasil: análise do período de 2000 a 2013”.

7) **Conclusões** – traz um panorama geral dos resultados e discussão do estudo, com respostas aos objetivos propostos, limitações do estudo e proposta de estudos futuros.

8) **Implicações para os serviços e profissionais de saúde e equipe de enfermagem** com as contribuições do estudo para a área da saúde mental.

As **Referências** gerais são relativas à Introdução, Métodos e Resultados.

Nos **Apêndices** são apresentados os resultados brutos das modelagens estatísticas dos três manuscritos.

Robsmeire Calvo Melo Zurita

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição das Regionais de Saúde (RS) segundo município sede, número de municípios e população residente	72
----------	---	----

MANUSCRITO 1

Tabela 1	Distribuição dos leitos psiquiátricos segundo tipo de atendimento, tipo de estabelecimento e tipo de prestador. Paraná, 2005-2013	119
Tabela 2	Distribuição dos leitos hospitalares psiquiátricos por Regionais de Saúde e Macrorregionais de Saúde. Paraná, 2005-2013	120
Tabela 3	Distribuição da média e desvio padrão dos leitos psiquiátricos segundo tipo de atendimento, ano, tipo de estabelecimento e tipo de prestador. Paraná, 2005-2013	122
Tabela 4	Resultados do teste da razão de verossimilhança e significância estatística, segundo o tipo I e tipo III	123

MANUSCRITO 2

Tabela 1	Resultados da análise da tendência das taxas de internações psiquiátricas em hospitais psiquiátricos e hospitais gerais, segundo o sexo, idade, óbito, dias de permanência e tipo de AIH, 2000 a 2013. Paraná, 2015	142
Tabela 2	Resultados da análise da tendência das taxas de internações psiquiátricas em hospitais psiquiátricos por Regionais e Macrorregionais de Saúde, 2000 a 2013. Paraná, 2015	143
Tabela 3	Resultados da análise da tendência das taxas de internações psiquiátricas nos hospitais gerais por Regionais e Macrorregionais de Saúde, 2000 a 2013. Paraná, 2015	144
Tabela 4	Resultados da análise da tendência das internações psiquiátricas nos hospitais psiquiátricos e hospitais gerais, segundo diagnóstico principal e sexo, 2000 a 2013. Paraná, 2015	145

MANUSCRITO 3

Tabela 1	Resultados da análise de tendência das taxas dos gastos das internações psiquiátricas em hospital psiquiátrico e hospital geral por sexo, idade, óbito, dias de permanência e tipo de AIH, 2000 a 2013. Paraná, 2015	167
Tabela 2	Resultados da análise da tendência das taxas dos gastos das internações psiquiátricas nos hospitais psiquiátricos por Regionais e Macrorregionais de Saúde, 2000 a 2013. Paraná, 2015	168
Tabela 3	Resultados da análise da tendência das taxas dos gastos das internações psiquiátricas nos hospitais gerais por Regionais e Macrorregionais de Saúde, 2000 a 2013. Paraná, 2015	169
Tabela 4	Resultados da análise da tendência das taxas de gastos das internações psiquiátricas nos hospitais psiquiátricos e hospitais gerais, segundo diagnóstico principal e sexo, 2000 a 2013. Paraná, 2015	170

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Mapa do estado do Paraná segundo Regionais de Saúde e Macrorregionais de Saúde	71
----------	--	----

MANUSCRITO 1

Figura 1	Gráficos de diagrama de caixas do número de leitos psiquiátricos, segundo ano, tipo de atendimento, tipo de estabelecimento e tipo de prestador. Paraná, 2005-2013	121
----------	--	-----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Classificação dos hospitais segundo tipo de atendimento, tipo de prestador e tipo de estabelecimento	81
----------	--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIH	Autorização de Internação Hospitalar
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CID 10	Código Internacional de Doenças, versão 10
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
Copep	Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos
Datusus	Departamento de Informação e Informática do SUS
Dinsam	Divisão Nacional de Saúde Mental
ES	Estabelecimento de Saúde
EACS	Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
HD	Hospital-dia
HP	Hospital Psiquiátrico
HG	Hospital Geral
Inamps	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
GEINFS	Gerência de Sistema de Infraestrutura do SUS
GM	Gabinete do Ministro
IPi	Internação Psiquiátrica Involuntária
IPV	Internação Psiquiátrica Voluntária
IPC	Internação Psiquiátrica Compulsória
IPVI	Internação Psiquiátrica Voluntária que se Torna Involuntária
MLG	Modelos Lineares Generalizados
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
MS	Ministério da Saúde
NASP	Núcleo de Atenção Psicossocial
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAAF	Programa de Atenção ao Alcoolismo e outras Farmacodependências

PIB	Produto Interno Bruto
PGF	Programa de Gestão Financeira
PNASH/Psiquiatria	Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria
PRH	Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RS	Regional de Saúde
SADT	Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia
SAMHPS	Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social
Samu	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SCNES	Sistema do Cadastro de Estabelecimento de Saúde
SGAIH	Sistema de Gerenciamento de AIH
SIH-SUS	Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde
SIGTAP	Sistema Gerenciador da Tabela de Procedimentos do SUS
Sipac	Sistema de Informação de Alta Complexidade
SIS	Sistemas de Informações em Saúde
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde
TABCNES	Tabulador Tab para Windows do CNES
TABWIN	Tabulador Tab para Windows
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1	TRAJETÓRIA: ABRINDO TRILHAS E CONSOLIDANDO CAMINHOS NA SAÚDE MENTAL	24
2	INTRODUÇÃO	26
2.1	HISTÓRICO E EVOLUÇÃO DA HOSPITALIZAÇÃO PSIQUIÁTRICA NO BRASIL	26
2.2	REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL	31
2.3	CONTEXTUALIZANDO A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA	36
2.3.1	Primeiro momento: crítica ao modelo hospitalocêntrico (1978-1991)	37
2.3.2	Segundo momento: primeiras iniciativas da desospitalização (1992-2000)	40
2.3.3	Terceiro momento: lei federal nº 10.216/01, a consolidação do novo modelo (2001-2011)	41
2.3.4	Quarto momento: redes de atenção psicossocial (portaria nº 3.088, de dezembro de 2011)	45
2.4	HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS NO BRASIL E NO ESTADO DO PARANÁ	47
2.5	HOSPITALIZAÇÃO PSIQUIÁTRICA EM HOSPITAL GERAL NO BRASIL E NO ESTADO DO PARANÁ	52
2.6	FINANCIAMENTO E GASTOS PÚBLICOS COM A ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL	55

2.7	ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL: CONTRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE E EQUIPE DE ENFERMAGEM	60
2.8	SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE	64
3	JUSTIFICATIVA	67
4	OBJETIVOS	69
4.1	OBJETIVO GERAL	69
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	69
5	MÉTODOS	70
5.1	DELINEAMENTO E LOCAL DO ESTUDO	70
5.2	POPULAÇÃO DE ESTUDO	73
5.2.1	Análise da evolução dos leitos psiquiátricos	73
5.2.2	Análise da tendência das internações psiquiátricas e dos gastos hospitalares	73
5.3	FONTES DE DADOS	74
5.3.1	Análise da evolução dos leitos psiquiátricos	74
5.3.2	Análise da tendência das internações psiquiátricas e dos gastos hospitalares	76
5.4	VARIÁVEIS DE ESTUDO	79
5.4.1	Análise da evolução dos leitos psiquiátricos	79
5.4.2	Análise da tendência das internações psiquiátricas	82
5.4.3	Análise da evolução dos gastos hospitalares	86
5.5	CONSTRUÇÃO DOS BANCOS DE DADOS	90
5.5.1	Análise da evolução dos leitos psiquiátricos	90

5.5.2	Análise da tendência das internações psiquiátricas e dos gastos hospitalares	92
5.6	PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS	95
5.6.1	Análise da evolução dos leitos psiquiátricos	96
5.6.2	Análise da tendência das internações psiquiátricas e dos gastos hospitalares	97
5.7	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	98
6	RESULTADOS	99
6.1	MANUSCRITO 1	100
6.2	MANUSCRITO 2	124
6.3	MANUSCRITO 3	146
7	CONCLUSÕES DA TESE	171
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	173
8.1	IMPLICAÇÕES PARA OS SERVIÇOS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE E EQUIPE DE ENFERMAGEM	176
	REFERÊNCIAS	179
	APÊNDICES	194
	ANEXOS	250

1 TRAJETÓRIA: ABRINDO TRILHAS E CONSOLIDANDO CAMINHOS NA SAÚDE MENTAL

O início da trilha, o caminho na área da saúde, se deu em 1983 quando fui aprovada no curso de enfermagem da Universidade Estadual de Maringá. Em 1989 passei no meu primeiro concurso público municipal e exerço a função de enfermeira desde então.

O encontro com a saúde mental aconteceu de modo “casual” quase que por um atalho, na Secretaria de Saúde, fui lotada em um ambulatório de saúde mental recém-inaugurado. As ações praticadas já incluíam, na década de 1990, as atividades como a de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), com uma horta e jardinagem em terreno emprestado ao lado do prédio do ambulatório com usuários no Programa de Atenção ao Alcoolismo e outras Farmacodependências (PAAF). O município implantou, baseado na experiência do PAAF, o primeiro CAPS ad em 2002.

Continuando o caminho, fui exercer a função de auditora em saúde mental, participando da implantação e implementação dos demais serviços substitutivos por meio das portarias ministeriais, até o início de 2015. Desde o ano de 2008, participo de uma Comissão de Desinstitucionalização, que, com um grupo de profissionais da saúde, tem o compromisso maior de não termos mais moradores na instituição hospitalar psiquiátrica privada, contratualizada ao Sistema Único de Saúde (SUS) no município de Maringá-Paraná. Fui membro permanente da Comissão de Saúde Mental do Conselho Municipal de Saúde nos últimos quatro anos, participando de reuniões mensais. Docente de enfermagem na área de saúde mental em instituição particular até o ingresso no mestrado.

Após o término do mestrado em 2008, retornei ao caminho da docência na disciplina de Saúde Mental, em uma universidade privada, ministrando a parte teórica e a

prática. Na parte prática da disciplina, desenvolvi e apliquei, com os grupos de alunos nos campos de estágio, o projeto “Saúde Mental na Atenção Básica” na qual, no território da Unidade Básica de Saúde, a pessoa com transtorno mental era atendida no seu cenário cotidiano, reforçando a autonomia e a família/domicílio trabalhada como o primeiro ponto de atenção em que o enfermeiro em saúde mental deve atuar. Visitas técnicas eram agendadas nos serviços substitutivos em todos os pontos da rede: CAPS, residências terapêuticas, ambulatório de saúde mental, emergência psiquiátrica, consultório na rua e hospital psiquiátrico. Afastei-me da docência por conta do início do doutorado e tenho planos e o caminho para o retorno em breve.

2 INTRODUÇÃO

2.1 HISTÓRICO E EVOLUÇÃO DA HOSPITALIZAÇÃO PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

Para entendermos o processo da hospitalização psiquiátrica, é importante revisarmos a história da assistência psiquiátrica e compreendermos alguns acontecimentos que sustentaram as práticas na área da saúde mental até a sua configuração atual.

A assistência às pessoas com transtornos mentais no Brasil colonial, do ano de 1500 ao ano de 1822, era prestada por curandeiros e sacerdotes católicos. A medicina, como profissão, formava poucos médicos, e não existia a especialidade de psiquiatria. Os hospitais da Irmandade Santa Casa abrigavam e tratavam os mais enfermos e mais necessitados, que não tinham recursos e nem residência fixa (MIRANDA-SÁ JUNIOR, 2007).

Internacionalmente aconteciam a Revolução Francesa, iniciada no dia 17 de junho de 1789 e os avanços científicos relacionados à Revolução Industrial, e o Brasil sofrera o reflexo com grandes transformações socioeconômicas e políticas, o país deixara de ser colônia e fora transformado em reino unido. A independência, a superação da monarquia absoluta e a adesão ao liberalismo econômico marcaram esse momento e se refletiram em todos os aspectos da vida nacional, inclusive na assistência psiquiátrica (DEVERA; COSTA-ROSA, 2007).

Assim, com o início da urbanização no Brasil, o Hospício de Pedro II foi criado por decreto imperial em 1841. Fundado de fato em 1852, como parte da comemoração da Declaração da Maioridade do Imperador Pedro II, dizia-se que o hospital era moderno, pois seguira o recém-instituído modelo francês elaborado por Pinel e Esquirol e servira de

paradigma para os demais que foram criados. Era um estabelecimento médico voltado para a recuperação dos doentes mentais (MIRANDA-SÁ JUNIOR, 2007).

O hospício Pedro II teve sua construção e administração, no Rio de Janeiro, a cargo da Santa Casa de Misericórdia. Por isso mesmo, Vechi (2004) observou que, apesar da existência de médicos nesse local, seu controle ainda permaneceu objeto do discurso religioso. Até a Proclamação da república no ano de 1889 outras instituições semelhantes foram criadas em São Paulo no ano de 1852, no Estado de Pernambuco no ano de 1864, no Estado do Pará em 1873. O Estado da Bahia teve seu primeiro hospício em 1874, o estado do Rio Grande do Sul, em 1884 e o estado do Ceará, em 1886 (BATISTA, 2014).

A regulamentação da assistência psiquiátrica sofreu influência do decreto nº 24.559, de 3 de julho de 1934, assinado no governo provisório de Getúlio Vargas, que dispunha sobre a “profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos”. Entre muitas características hospitalocêntricas o decreto permitiu aos familiares de até quarto grau ou ao poder público vigente a internação compulsória sem qualquer auditoria e controle externo (BRASIL, 1934).

Após a promulgação da Constituição Federal de 1934, a crise mundial pós-Primeira Grande Guerra Mundial e a crise nos Estados Unidos no ano de 1929 com a quebra da bolsa de valores, interferiram na questão política, econômica e social do Brasil. Nessa época, para a pessoa com transtorno mental não era garantido qualquer direito de cidadania, aos médicos psiquiatras eram reservados amplos poderes, inclusive de questionar ordens judiciais (GUIMARÃES et al., 2010).

Os primeiros movimentos sociais que vieram a questionar essa realidade manicomial brasileira surgiram principalmente com o fim da Segunda Guerra Mundial. O sistema de saúde mental estava sobrecarregado e internos manicomiais eram

diagnosticados como alcoólatras ou ébrios, como eram denominadas as pessoas com transtornos mentais naquela época (ODA; DALGALARRONDO, 2005). Com a criação do Ministério da Saúde em 1953, foram dispostas diversas normas técnicas e resoluções na área de atenção à saúde, porém a assistência à saúde mental não foi referendada tampouco contemplada nessas normas (MESSAS, 2008).

O decreto nº 49.974, de 21 de janeiro de 1961, que regulamentou o Código Nacional de Saúde, cujas normas deveriam ser observadas em todo o país, “por qualquer pessoa, física ou jurídica, de direito público ou privado [...]”, no primeiro artigo do capítulo sobre saúde mental declarava os princípios da política sanitária: “a política sanitária nacional, com referência à saúde mental, é orientada pelo Ministério da Saúde, no sentido da prevenção da doença e da redução, ao mínimo possível, dos internamentos em estabelecimentos nosocomiais” (BRASIL, 1961).

A legislação de 1960 trouxe o conceito de reabilitação de forma insipiente, com a implantação da Seção de Terapêutica Ocupacional e de Reabilitação no Serviço Nacional de Doenças Mentais, que objetivou a terapêutica ocupacional, a reabilitação de pacientes em todos os hospitais psiquiátricos do Brasil. Havia recurso financeiro previsto à formação de especialistas na área de saúde mental (MESSAS, 2008).

Ainda na década de 1960, com a unificação dos institutos de pensões e aposentadorias foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), e o Estado passou a comprar serviços psiquiátricos do setor privado e conciliar pressões sociais com o interesse de lucro por parte dos empresários da área da saúde, surgindo, então, os grandes manicômios brasileiros (ODA; DALGALARRONDO, 2005).

Com a concepção do modelo preventivista que se instalou no Brasil e com o objetivo de diminuir a incidência de transtornos mentais e comportamentais no país, foi implantada, em 1967, a Campanha Nacional de Saúde Mental, que enfatizava medidas para

se melhorar a assistência às pessoas com transtornos mentais, tais como: campanhas de higiene mental, medidas educacionais para prevenção e combate ao alcoolismo e à toxicomania. Entretanto, o número de internações psiquiátricas por neuroses em hospitais psiquiátricos aumentou. Estimamos que, no período de 1950 a 1970, o transtorno mental aumentou em 213% enquanto que o crescimento populacional foi de 82% (MESSAS, 2008; GUIMARÃES et al., 2010).

É importante destacarmos uma medida na assistência psiquiátrica brasileira, tomada, na década de 1970, que foi a implantação da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) cujos objetivos primordiais eram planejar, coordenar e fiscalizar os serviços de assistência psiquiátrica e de reabilitação de pessoas com transtornos mentais. Apesar de a DINSAM estar implantada, as condições de assistência psiquiátrica evidenciavam a precariedade. Os hospitais colônias e hospitais psiquiátricos se espalharam por todos os Estados brasileiros, com localização preferencial no entorno das cidades, e as internações psiquiátricas duravam em média 25 anos e superlotavam os hospitais psiquiátricos. Acrescida dessa situação, existia a falta de profissionais de saúde capacitados e treinados (BRASIL, 1983; AMARANTE, 1995).

Enquanto a lógica brasileira foi de implantação de grandes hospitais psiquiátricos em sua maioria privados, com compra dos leitos pelo Estado, iniciou-se em nível mundial uma diminuição dos leitos psiquiátricos em hospitais psiquiátricos. Esse movimento de diminuição dos leitos e fechamento de grandes hospitais psiquiátricos iniciou-se nos Estados Unidos e no Reino Unido em meados da década de 1950. Na maioria dos países da Europa Ocidental, no entanto, o fechamento de hospitais psiquiátricos ganhou impulso durante a década de 1970. Desde então, as palavras de ordem universais foram: "desinstitucionalização baseada na comunidade" e "serviços abertos de saúde mental descentralizados". Os grandes asilos do século XIX foram fechados ou reduzidos, e o

número total de leitos em hospitais psiquiátricos diminuiu drasticamente. Os serviços de saúde mental foram implantados na comunidade, embora com variações significativas, na quantidade dos serviços substitutivos, entre os países europeus (PEDERSEN; KOLSTAD, 2009).

Diante dessa realidade mundial os movimentos questionadores cresceram e tiveram como principal inspiração a experiência de Trieste, na Itália, liderada pelo médico Franco Basaglia (ODA; DALGALARRONDO, 2005). Em 1971 houve o fechamento progressivo dos manicômios, acabando com a violência dos tratamentos psiquiátricos italianos e colocando fim no aparelho da instituição psiquiátrica tradicional, demonstrando que era possível a constituição de uma nova forma de organização da atenção à saúde mental que oferecesse e produzisse cuidados, ao mesmo tempo em que novas formas de sociabilidade e de subjetividade fossem adotadas para aqueles que necessitavam da assistência psiquiátrica (DELGADO, 2011).

Ainda na Itália, em 13 de maio de 1978, foi instituída a lei 180, de autoria de Basaglia, e incorporada à lei italiana da Reforma Sanitária, que não só proibia a recuperação dos velhos manicômios e a construção de novos, como também reorganizava os recursos para a rede de cuidados psiquiátricos, restituindo a cidadania e os direitos sociais das pessoas com transtorno mental, bem como garantindo o direito à assistência psiquiátrica qualificada (DELGADO, 1992). Esse fato na Itália influenciou diretamente o Brasil promovendo discussões que tratavam da desinstitucionalização da pessoa com transtorno mental, da humanização do tratamento a essas pessoas com o objetivo de promover a reinserção social (OGATA; FUREGATO; SAEKI, 2000).

Continuando com os movimentos questionadores europeus, na França em 1945 surgiu a psiquiatria comunitária, que em 1960 foi incorporada como política oficial de saúde mental francesa. A prioridade era o tratamento da pessoa com transtorno mental em

sua própria comunidade. Foram criadas equipes multidisciplinares compostas por psiquiatras, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais para prevenir e tratar as doenças mentais sem internações psiquiátricas. A Reforma Psiquiátrica na França tinha como objetivo substituir o modelo excludente e isolacionista, baseado na repressão, pela emancipação da pessoa com transtorno mental e sua reintegração à sociedade, com autonomia (BATISTA, 2014).

2.2 REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

O movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil é definido por alguns autores como um processo político e social complexo, composto de profissionais da saúde, instituições e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares e nos movimentos sociais (GUIMARÃES et al., 2010). É pautado em princípios éticos como a inclusão social, a solidariedade e a cidadania. Define-se como um “conjunto de iniciativas políticas, sociais, culturais, administrativas e jurídicas que visam transformar a relação da sociedade com o doente” (AMARANTE, 2003, p. 58).

A Reforma Psiquiátrica tem como objetivos a desinstitucionalização de pessoas com transtorno mental e o desenvolvimento de uma rede extra-hospitalar, capaz de garantir a reinserção social, a cidadania e o direito da pessoa com transtorno mental de atingir seu potencial de autonomia na comunidade (KILSZTAJN et al., 2008).

Delgado (2001) observou que as iniciativas reformadoras prosseguiram ao longo do século XIX, visando, dar orientação científica aos estabelecimentos especializados. Na virada do século XX, a Reforma Psiquiátrica passou a se orientar pela crítica à insuficiência do asilo, produzindo, por exemplo, o modelo das colônias agrícolas. Também a consolidação da estrutura manicomial do Estado na era Vargas deu-se como um desafio reformista, e o fugaz movimento da psiquiatria comunitária, entre os anos de 1960 e os de 1970, foi outra iniciativa do reformismo no campo da saúde mental no Brasil.

No Brasil a Reforma Psiquiátrica iniciou-se no fim da década de 1970, surgiram os movimentos iniciais que culminaram na questão da reforma psiquiátrica brasileira, com pequenos grupos de trabalhadores de saúde mental discutindo a prática cotidiana de assistência psiquiátrica hospitalar, principalmente nos Estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais, constituindo o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) (BRASIL, 1989). A enfermagem teve papel importante nas discussões relativas ao atendimento a pessoas com transtornos mentais no âmbito hospitalar desse período. Vários desses atores deram origem ao Movimento da Luta Antimanicomial, uma ação coletiva em prol de “uma sociedade sem manicômios” (BATISTA, 2014).

Assim, a Reforma Psiquiátrica no Brasil deixa de ser decorrente única e exclusivamente de medidas emanadas do Estado, e é entendida também pelas políticas sociais e políticas públicas específicas para o campo da saúde mental. A Reforma Psiquiátrica no Brasil organiza-se nos princípios de desinstitucionalização, desospitalização e garantia dos direitos de cidadania das pessoas com transtorno mental (RESENDE, 1987; FEFFERMANN et al., 2009).

A realização da VIIIª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, é um marco para o processo da Reforma Psiquiátrica, pois foi quando o movimento assumiu definitivamente a

descentralização, pleiteando a criação de um SUS universal que tivesse como preceito ser igualitário, participativo, descentralizado e integral (PAIM, 2009).

A política de saúde do Brasil é fundamentada na Constituição Federal de 1988, fixando as diretrizes e princípios para a atenção à saúde no país, prestada por intermédio do SUS, regulamentado em 1990, e tem como princípio básico o acesso universal e igualitário às ações de promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, integradas em redes regionalizadas e hierarquizadas de prestação de serviços, sob a responsabilidade das três esferas de governo: federal, estadual e municipal (BRASIL, 2002).

Nesse contexto no Brasil, surge o processo de desinstitucionalização das pessoas com transtornos mentais em internações psiquiátricas de longa permanência em hospitais psiquiátricos, respaldado pelo decreto-lei 3657/1989, de autoria do então deputado, Paulo Delgado, com o intuito de pôr fim à legislação de 1934, que ainda estava em vigor, a qual direcionava a assistência psiquiátrica no país, privilegiando, sobretudo o modelo segregador e dissocializante do hospital psiquiátrico como único recurso terapêutico (BRASIL, 1989).

Essa proposta de desinstitucionalização prevê a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos, a substituição destes por uma rede de recurso assistencial extra-hospitalar; a regulamentação da internação psiquiátrica compulsória; a proibição de se construir novos hospitais psiquiátricos em todo o território nacional, bem como o fim do recurso financeiro, pelo setor governamental, para a abertura de novos leitos nos hospitais psiquiátricos existentes (BRASIL, 1989).

A política de saúde mental no Brasil sofreu também importantes modificações a partir do documento final da Conferência Regional em Caracas, na Venezuela, em novembro de 1990. O documento final dessa conferência, denominado “Declaração de Caracas”, reconheceu que a atenção psiquiátrica convencional não permite alcançar os

objetivos compatíveis com uma atenção comunitária descentralizada, participativa, integral, contínua e preventiva. A Declaração de Caracas prevê, ainda, que a reestruturação da atenção psiquiátrica no território implica em uma revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços hospitalares. O Brasil, participante dessa conferência, foi um dos países signatários da Declaração de Caracas (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 1992).

No campo da assistência psiquiátrica, a portaria nº 224, de 29 de janeiro de 1992, do Ministério da Saúde (MS), estabeleceu as diretrizes para o atendimento nos serviços de saúde mental, normatizando vários serviços substitutivos como o atendimento ambulatorial com serviços de saúde mental nas unidades básicas de saúde, centros de saúde e ambulatorios, Centros e Núcleos de Atenção Psicossocial (CAPS/NAPS), hospital-dia (HD), serviço de urgência psiquiátrica em hospital geral, leito psiquiátrico em hospital geral, além de ter definido padrões mínimos para o atendimento nos hospitais psiquiátricos, até que fossem totalmente superados pelos serviços substitutivos (BRASIL, 1992).

De acordo com o relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 1994), as estratégias principais para a implementação articulada da Reforma Psiquiátrica, com as Secretarias de Saúde dos Estados e municípios brasileiros, são as seguintes:

- a) estabelecer mecanismos de financiamento das ações e serviços compatíveis de acordo com os preceitos da Lei Orgânica da Saúde nº 8080/90;
- b) consolidar orientação por meio dos documentos normativos do MS, nos conselhos profissionais da área de saúde e representantes de associações de usuários e familiares;
- c) subsidiar o Conselho Nacional de Saúde por meio da comissão nacional de Reforma Psiquiátrica, com composição paritária, questionando e aceitando

proposições; estabelecer programas para clientela dos crônicos, acamados por muito tempo, residentes nos hospitais psiquiátricos, fortalecer intercâmbio internacional sob orientação da Organização Mundial de Saúde e da Organização Pan-Americana de Saúde;

- d) estabelecer programas de capacitação de recursos humanos, voltados para a mudança do modelo assistencial e estimular a revisão de legislação psiquiátrica.

Assim sendo, a Reforma Psiquiátrica é um processo complexo dentro da área social e da política com atores, instituições e forças de diferentes origens da sociedade que acontecem em territórios federais, estaduais e municipais concomitantemente, bem como nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais e nos territórios do imaginário social e da opinião pública (BRASIL, 1994).

Alguns autores compartilham da ideia de que o processo da Reforma Psiquiátrica não é uma receita pronta, definida, ela dever ser lapidada a cada dia, construída com o próprio trabalho do grupo, profissionais, clientes, teorias e práticas, permeando uma política antimanicomial, imprescindível ao processo (AREJANO; PADILHA; ALBUQUERQUE, 2003).

A Reforma Psiquiátrica, segundo Delgado (2011) é uma transição com sentido mais diretivo do que imperativo e que deve conquistar os familiares das pessoas com transtornos mentais, que ainda estão com os preconceitos instituídos por condutas médicas. O autor relata, ainda, que é preciso mudar o paradigma dos serviços de saúde mental de recolhimento de problemas para o de serviços de acolhimento de pessoas com transtornos mentais.

2.3 CONTEXTUALIZANDO A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL E A REFORMA PSQUIÁTRICA

Desde meados do século XIX até os dias atuais, surgiram portarias, decretos e leis para normatizar a assistência psiquiátrica às pessoas com transtornos mentais. A criação da legislação em vigor em cada período foi influenciada pelo contexto histórico, social e político (GUIMARÃES et al., 2010).

Pessoas com transtornos mentais são, ou podem ser, particularmente vulneráveis a abuso e violação de direitos. A legislação que protege cidadãos vulneráveis (entre os quais pessoas com transtornos mentais) reflete uma sociedade que respeita e cuida de seu povo. A legislação progressista pode ser uma ferramenta eficaz para promover o acesso à atenção à saúde mental, além de promover e proteger os direitos de pessoas com transtornos mentais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005, p. 1).

A legislação de saúde mental representa um meio importante de se reforçar as metas e objetivos da política de saúde mental brasileira. Mecanismos legalmente prescritos, tais como leis, portarias, regulamentações ou declarações, podem ajudar a alcançar esses objetivos mediante a garantia de um marco legal para implementação e aplicação. A legislação de saúde mental e a política de saúde mental estão estreitamente ligadas. A primeira pode influenciar o desenvolvimento e implementação da política, ao passo que o inverso também é verdadeiro. A política de saúde mental depende do marco legal para alcançar seus objetivos, proteger os direitos e melhorar a vida de pessoas com transtornos mentais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

Há o esforço de descrição dos principais componentes da história da Reforma Psiquiátrica no Brasil, com destaque para o processo de delineamento progressivo da

política de saúde mental do MS que será apresentada didaticamente em quatro distintos momentos cronológicos.

2.3.1 Primeiro momento: crítica ao modelo hospitalocêntrico (1978-1991)

O início do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil é contemporâneo da eclosão do “movimento sanitário”, na década de 1970, em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado (VASCONCELLOS, 1992; PAIM, 2008).

Embora contemporâneo da Reforma Sanitária, o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira tem uma história própria, inscrita num contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar. Fundada ao final dos anos 1970 na crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, por um lado, e na eclosão, por outro, dos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos. O processo da Reforma Psiquiátrica brasileira é maior do que a sanção de novas leis e normas e maior do que o conjunto de mudanças nas políticas governamentais e nos serviços de saúde (TENÓRIO, 2002; AREJANO; PADILHA; ALBUQUERQUE, 2003).

O ano de 1978 costuma ser identificado como o de início efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos em nosso país. O MTSM, movimento plural, formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas, surge nesse ano. É esse movimento, por meio de variados campos de

luta: denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência, que protagoniza coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais (DALGALARRONDO; BOTEGA; BANZATO, 2003; ODA; DALGALARRONDO, 2005).

A experiência italiana de desinstitucionalização em psiquiatria e sua crítica radical ao manicômio são inspiradoras. Revelaram a possibilidade de ruptura com os antigos paradigmas. Passaram a surgir as primeiras propostas e ações para a reorientação da assistência psiquiátrica brasileira. O II Congresso Nacional do MTSM, realizado na cidade paulista de Bauru em 1987, adotou o lema “por uma sociedade sem manicômios”. Nesse mesmo ano foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro (BOTEGA, 2006).

Em março de 1986 foi inaugurado o primeiro CAPS do Brasil, na cidade de São Paulo, o Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, conhecido como CAPS da Rua Itapeva (BRASIL, 2004). O início de um processo de intervenção, em 1989, foi realizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Santos-SP em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, onde se constataram maus-tratos e inúmeras mortes de pacientes. Foi essa intervenção, com repercussão nacional, que demonstrou a possibilidade de construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico (DALGALARRONDO; BOTEGA; BANZATO, 2003).

Nesse período foram implantados, no município de Santos, os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que funcionavam 24 h. Foram criadas cooperativas, residências para os egressos do hospital e associações de apoio aos familiares. A experiência do município de Santos passou a ser um marco no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira (ODA; DALGALARRONDO, 2005).

Em 1988, foi aprovada a “Constituição Cidadã”, que estabeleceu a saúde como “Direito de todos e dever do Estado” e apresentou, na sua Seção II, como pontos básicos:

“as necessidades individuais e coletivas são consideradas de interesse público e o atendimento um dever do Estado; a assistência médico-sanitária integral passa a ter caráter universal e destina-se a assegurar a todos o acesso aos serviços; estes serviços devem ser hierarquizados segundo parâmetros técnicos e a sua gestão deve ser descentralizada”. Estabeleceu, ainda, que o custeio deve ser essencialmente de recursos governamentais da União, Estados e municípios, e as ações governamentais submetidas a órgãos colegiados oficiais, os Conselhos de Saúde, com representação paritária entre usuários e prestadores de serviços (BRASIL, 2000a).

Com a Constituição de 1988 foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), formado pela articulação entre as gestões federal, estadual e municipal, sob o poder de controle social, exercido por meio dos “Conselhos Comunitários de Saúde” (BRASIL, 1990a; RIBEIRO, 2009). O SUS foi promulgado por meio da lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes”. A primeira lei orgânica do SUS detalhou os objetivos e atribuições; os princípios e diretrizes; a organização, direção e gestão, a competência e atribuições de cada nível (federal, estadual e municipal); a participação complementar do sistema privado; os recursos humanos; o financiamento e gestão financeira e planejamento e orçamento. Logo em seguida a lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros (BRASIL, 1990a).

No ano de 1989 deu entrada no Congresso Nacional o projeto de lei do deputado Paulo Delgado, que propôs a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos no país. Foi o início das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo (BRASIL, 2001b).

2.3.2 Segundo momento: primeiras iniciativas da desospitalização (1992-2000)

A partir de 1992 os movimentos sociais inspirados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado, conseguem aprovar em vários Estados brasileiros as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental (BRASIL, 1992). Foi a partir desse período que a política do MS para a assistência em saúde mental, acompanhando as diretrizes em construção da Reforma Psiquiátrica, começou a ganhar contornos mais definidos. Foi na década de 1990, marcada pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, que passaram a entrar em vigor no país as primeiras normas federais que regulamentaram a implantação de serviços de atenção diária, fundados nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos (AREJANO; PADILHA; ALBUQUERQUE, 2003; BORGES; BAPTISTA, 2008).

Nesse período, o processo de expansão dos CAPS e NAPS é descontínuo nos Estados brasileiros. As novas normatizações do MS de 1992, embora regulamentassem os novos serviços de atenção diária, não instituíram uma linha específica de financiamento para os CAPS e NAPS. Do mesmo modo, as normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos não previram mecanismos sistemáticos para a redução de leitos psiquiátricos. Ao final desse período, cerca de 93% dos recursos do MS para a assistência à saúde mental foram destinados aos hospitais psiquiátricos (FEFFERMANN et al., 2009).

Com relação ao Estado do Paraná, o então deputado estadual da época, Florisvaldo Fier, conhecido como doutor Rosinha, conseguiu aprovação parlamentar de uma lei estadual nº 11.189, de 9 de novembro 1995, que no artigo 2.º trata:

O novo modelo de atenção em saúde mental consistirá na gradativa substituição do sistema hospitalocêntrico de cuidados às pessoas que padecem de sofrimento psíquico por uma rede integrada de variados serviços assistenciais de atenção sanitária e social, tais como ambulatórios, emergências psiquiátricas em hospitais gerais, leitos ou unidades de internação psiquiátrica em hospitais gerais, hospitais-dia, hospitais-noite, centros de convivência, centros comunitários, centros de atenção psicossocial, centros residenciais de cuidados intensivos, lares abrigados, pensões públicas comunitárias, oficinas de atividades construtivas e similares (PARANÁ, 1995, p. 1).

Como fator determinante na história da hospitalização psiquiátrica no estado do Paraná, a Lei do doutor Rosinha, como ficou conhecida, trouxe a perspectiva da construção e implantação de unidades psiquiátricas em hospitais gerais. Os leitos psiquiátricos não poderiam ultrapassar 10% da capacidade instalada total dos leitos na instituição hospitalar até o limite máximo de 30 leitos por hospital geral. Essa lei estadual do Paraná antecede a Lei Federal 10.216 que tramitava no Congresso Nacional.

2.3.3 Terceiro momento: lei federal nº 10.216/01, a consolidação do novo modelo (2001-2011)

Foi somente no ano de 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, que a lei conhecida como “Lei Paulo Delgado” foi sancionada. A aprovação, no entanto, foi de um substitutivo do projeto de lei original, que trouxe modificações importantes no texto normativo. Assim, a lei federal nº 10.216 redirecionou a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, estabeleceu sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não instituiu mecanismos claros para a progressiva extinção dos hospitais psiquiátricos. Ainda assim, a promulgação da lei nº 10.216 impulsionou e deu novo ritmo para o processo de Reforma

Psiquiátrica no Brasil. Foi no contexto da promulgação da Lei nº 10.216 e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental que a política de saúde mental do governo federal, alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passou a consolidar-se, ganhando maior sustentação e visibilidade (BRASIL, 2001b).

Com relação ao financiamento, foram criadas linhas específicas de incremento e custeio pelo MS, para os serviços abertos e substitutivos ao hospital psiquiátrico, e novos mecanismos também foram criados para a fiscalização, gestão e redução programada de leitos psiquiátricos no país. A partir desse ponto a rede de atenção diária à saúde mental experimentou importante expansão, passando a alcançar regiões de grande tradição hospitalar psiquiátrica, em que a assistência comunitária em saúde mental era praticamente inexistente (BRASIL, 2004a).

Para os casos de pessoas com transtorno mental que ficaram institucionalizadas nos hospitais psiquiátricos por anos e perderam contato e vínculo com familiares, ou em outros casos, em que os próprios familiares negaram o cuidado extra-hospitalar, passou-se a utilizar a terminologia “desinstitucionalização”, que foi, e ainda é, amplamente utilizada dentro do campo da saúde mental. A diferença de terminologia entre desinstitucionalização e desospitalização, segundo Feffermann et al. (2009), é que a **desinstitucionalização** intercede a solidariedade, a convivência entre as diversidades e as diferenças e transforma no saber dos profissionais de saúde a prática psiquiátrica e os campos da ética, cultura e cidadania; e a **desospitalização** significa reparar os serviços hospitalares psiquiátricos, enquanto persistem como instância necessária de tratamento, que prestem serviços condizentes com os avanços contemporâneos e com a legislação vigente (DALLA VECCHIA; MARTINS, 2009; FEFFERMANN et al., 2009).

O processo de desinstitucionalização de pessoas longamente internadas foi impulsionado pela lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que instituiu o “Programa de

Volta para Casa” e criou o auxílio financeiro para a reabilitação psicossocial para pessoas com transtornos mentais, egressas de internações psiquiátricas por um período igual ou superior a dois anos (BRASIL, 2003a, 2003b, 2003c).

Para se consolidar a política de saúde mental, foi traçada a política nacional para o álcool e outras drogas, incorporando-se a estratégia de redução de danos. Em seguida foi instituído o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas com o decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, com vistas à prevenção do uso, ao tratamento e à reinserção social de usuários e ao enfrentamento do tráfico de crack e outras drogas ilícitas. As ações do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas foram organizadas para serem executadas de forma descentralizada e integrada, por meio da conjugação de esforços entre a União, os Estados, o Distrito Federal e os municípios, sendo observadas a intersetorialidade, a interdisciplinaridade, a integralidade, a participação da sociedade civil e o controle social (BRASIL, 2010c).

Com relação aos serviços substitutivos, começou a despontar a necessidade de trocas de experiências dos serviços implantados e foi realizado, em 2004, o primeiro Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial, em São Paulo, reunindo 2 mil trabalhadores e usuários de CAPS (BRASIL, 2005a).

O processo de consolidação do novo modelo para a assistência psiquiátrica caracterizou-se por ações dos governos federal, estadual, municipal e dos movimentos sociais, para efetivar a construção da transição de um modelo de assistência, centrado no hospital psiquiátrico, para um modelo de atenção comunitário. O período caracterizava-se, assim, por dois movimentos simultâneos: a construção de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo centrado na internação hospitalar, por um lado, e a fiscalização e redução progressiva e programada dos leitos psiquiátricos existentes, por outro. Foi nesse período que a Reforma Psiquiátrica se consolidou como política oficial do governo federal. Ao final de 2004

os recursos gastos com os hospitais psiquiátricos passaram a representar cerca de 64% do total dos recursos do MS para a saúde mental (BRASIL, 2004a).

Em Brasília, em dezembro de 2001 ocorreu a III Conferência Nacional de Saúde Mental que foi convocada logo após a promulgação da lei nº 10.216. As etapas municipais e estaduais envolveram cerca de 23.000 pessoas, com a presença ativa de usuários dos serviços de saúde e de seus familiares, e a etapa nacional contou com 1.480 delegados, entre representantes de usuários, familiares, movimentos sociais e profissionais de saúde (BRASIL, 2001b).

Durante todo o processo de realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental e no teor de suas deliberações, condensadas em relatório final, foi consenso em torno das propostas da Reforma Psiquiátrica. Foram pactuados democraticamente os princípios, diretrizes e estratégias para a mudança da atenção em saúde mental no Brasil. Dessa forma, a III Conferência Nacional de Saúde Mental consolidou a Reforma Psiquiátrica como política de governo, conferiu aos CAPS o valor estratégico para a mudança do modelo de assistência, defendeu a construção de uma política de saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas, e estabeleceu o controle social como garantia do avanço da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Foi a III Conferência Nacional de Saúde Mental, com ampla participação dos movimentos sociais, de usuários e de seus familiares, que forneceu os substratos políticos e teóricos para a política de saúde mental no Brasil (PAIM, 2008).

A IV Conferência Nacional de Saúde Mental realizada em Brasília em 2010 com o tema: “saúde mental direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios”, teve como propostas implantar, implementar, ampliar, consolidar os serviços substitutivos em saúde mental, em todo o país, com prioridade para as regiões com vazios assistenciais, garantindo acesso, acolhimento e tratamento de toda a população, em todos os níveis de assistência psiquiátrica. São serviços substitutivos necessários aos cuidados

contínuos em saúde mental: Equipe de Saúde Mental na Atenção Básica; Centros de Atenção Psicossocial: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS ad (álcool e drogas) e CAPS i (infantil); Centros de Convivência; Residências Terapêuticas; Emergências Psiquiátricas; Leitos para Saúde Mental em Hospitais Gerais; Leitos Clínicos para Desintoxicação em Hospitais Gerais; Atendimento Móvel de Urgência em Saúde Mental (BRASIL, 2010b).

2.3.4 Quarto momento: redes de atenção psicossocial (portaria nº 3.088, de dezembro de 2011)

A situação de saúde brasileira apresenta-se por uma transição demográfica acelerada e, atualmente, por uma tripla carga de doenças, agenda não superada de doenças infecciosas e carenciais, carga importante de causas externas e presença hegemônica das condições crônicas, aqui incluindo os transtornos mentais (MENDES, 2011).

Como resposta social à necessidade de saúde da população brasileira, surgem as Redes de Atenção à Saúde (RAS) que são definidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado em determinado território. São caracterizadas pela formação de relações horizontais organizadas, sistematizadas e reguladas entre a atenção básica e demais pontos de atenção do sistema de saúde. As RAS são compostas por diversas redes temáticas, entre estas, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (BRASIL, 2011a).

O MS por meio da portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, instituiu a RAPS no âmbito do SUS para pessoas com sofrimento ou transtornos mentais e com necessidades

decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, ampliando e promovendo o acesso da população, de forma a garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (BRASIL, 2011a).

A RAPS é uma maneira de organizar os serviços de saúde mental para o tratamento da pessoa com transtorno mental. Deve ser constituída nos Estados e municípios pelos seguintes componentes: Atenção Básica em Saúde, Atenção Psicossocial Especializada, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial (BRASIL, 2011a).

Com relação aos leitos psiquiátricos, preferencialmente, a assistência psiquiátrica deve ocorrer no serviço hospitalar de referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e será um ponto de atenção do componente Atenção Hospitalar com contratualização de leitos em hospitais gerais. Ainda sobre a portaria nº 3.088 de 2011, que foi republicada e estabeleceu como parâmetro necessário um leito psiquiátrico para cada 23 mil habitantes, o número de leitos psiquiátricos não deverá exceder o percentual de 15% do número total de leitos, até um máximo de 30 leitos psiquiátricos no hospital geral (BRASIL, 2011a).

Importante marco para a RAPS no Estado do Paraná foi a criação do Comitê Gestor Intersecretarial de Saúde Mental, pelo decreto nº 2.037 em 20/07/2011, que considerou a necessidade da construção de uma política de atenção em saúde mental equânime, inclusiva, extra-hospitalar e de base comunitária. O decreto foi baseado na IV Conferência Nacional de Saúde Mental que teve como tema central a intersetorialidade como um dos principais desafios colocados à atenção em saúde mental; considerando as interfaces e a abrangência que a política de atenção em saúde mental apresenta entre os setores governamentais, como saúde,

assistência social, direitos humanos, justiça, educação e outras; e de representações da sociedade civil com notória experiência nessa área (PARANÁ, 2011).

Em 2011, com a publicação do decreto presidencial nº 7.508, que regulamentou a lei nº 8.080/1990, a atenção psicossocial passou a ser “uma rede indispensável nas regiões de saúde” (BRASIL, 2011b). Para sua operacionalização, seguindo as diretrizes do SUS e da Política Nacional de Saúde Mental o Estado do Paraná elaborou o mapa estratégico da rede de saúde mental, conforme as diretrizes e os objetivos da RAPS do Ministério da Saúde, que têm como pressuposto o cuidado no território e a Atenção Primária à Saúde (APS) como ordenadora da RAS, buscando a articulação intra e intersetorial, em que as ações de saúde mental devem ser estruturadas a partir da realidade municipal/regional/macrorregional, considerando-se as necessidades e os recursos financeiros (PARANÁ, 2014a).

No mapa estratégico da rede de saúde mental o Estado do Paraná certifica o hospital especializado em psiquiatria como ponto do cuidado no nível de atenção secundário e descreve como competências deste:

[...] atendimento a usuários de alto risco após esgotados os outros recursos terapêuticos; atendimento de crise; orientação aos familiares; remissão de sintomas e estabilização do quadro clínico psiquiátrico; referenciar para continuidade de cuidado; internamento de curta duração (PARANÁ, 2014a).

2.4 HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS NO BRASIL E NO ESTADO DO PARANÁ

O processo de redução de leitos em hospitais psiquiátricos e de desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internação passou a tornar-se

política pública no Brasil a partir dos anos de 1990, e ganhou grande impulso em 2002 com uma série de normatizações do MS, que instituem mecanismos claros, eficazes e seguros para a redução de leitos psiquiátricos, a partir dos macro-hospitais. Para avaliarmos o ritmo da redução de leitos em todo o Brasil, no entanto, é preciso considerar o processo histórico de implantação dos hospitais psiquiátricos nos Estados, assim como, a adesão das diretrizes da Reforma Psiquiátrica em cada região brasileira, uma vez que o processo de desinstitucionalização pressupõe transformações culturais e subjetivas na sociedade e depende da pactuação das três esferas de governo (federal, estadual e municipal) (BRASIL, 2005a).

Como definição dos tipos de internação psiquiátrica que ocorrem em hospitais psiquiátricos, baseados na portaria nº 2.391/GM, de 26 de dezembro de 2002, estabeleceram-se quatro modalidades de internação psiquiátrica, pelos estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do SUS, e que atualmente ainda está em vigência. São elas: 1) A Internação Psiquiátrica Involuntária (IPI) que é aquela realizada sem o consentimento expresso do paciente; 2) Internação Psiquiátrica Voluntária (IPV) que é aquela realizada com o consentimento expresso do paciente; 3) Internação Psiquiátrica Voluntária que se torna Involuntária (IPVI) quando o paciente internado exprime sua discordância com a manutenção da internação; e 4) Internação Psiquiátrica Compulsória (IPC) que é aquela determinada por medida judicial (BRASIL, 2002).

A mesma portaria regulamentou, ainda, que as internações involuntárias referidas deverão ser objeto de notificação à instância do Ministério Público Estadual ou do Distrito Federal e territórios onde o evento ocorrer. A comunicação de IPI deverá ser feita, no prazo de 72 h, observado o sigilo das informações, em formulário próprio (Termo de Comunicação de Internação Psiquiátrica Involuntária), que deverá conter laudo de médico

especialista, pertencente ao quadro de funcionários do estabelecimento de saúde responsável pela internação psiquiátrica (BRASIL, 2002).

Com a necessidade da diminuição da internação psiquiátrica de longa duração, a portaria GM/MS nº 2.644/2009, estabeleceu incentivo para internação de curta duração nos hospitais psiquiátricos e classificou-os de acordo com o porte de leitos existentes (BRASIL, 2012). A classificação dos hospitais psiquiátricos no Brasil, segundo o número de leitos psiquiátricos e o porte, é definida como nível I (NI) até 160 leitos; nível II (NII) de 161 a 240 leitos; nível III (NIII) de 241 a 400 leitos e o nível IV (NIV) acima de 400 leitos psiquiátricos (BRASIL, 2009a).

Tendo como fonte de dados o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) em 2013, constatamos que o Brasil contava com 189 hospitais psiquiátricos na classificação por porte de leitos: 131 (69,31%) no nível I; 31 (16,4%) no nível II; 19 (10,05%) no nível III; e oito eram do nível IV, ou seja, 4,23% dos hospitais psiquiátricos. Na região Sul do Brasil, o Estado de Santa Catarina possui três hospitais psiquiátricos, sendo um no nível I, um no nível II e um grande hospital psiquiátrico no nível IV. O Estado do Rio Grande do Sul tem quatro hospitais psiquiátricos no nível I e dois, no nível II, totalizando seis hospitais psiquiátricos. Com relação ao Estado do Paraná, dos 15 hospitais psiquiátricos, dez estavam classificados no nível I, dois, no nível II e três, no nível III (BRASIL, 2013).

A classificação dos hospitais psiquiátricos prevê, ainda, que o valor pago da diária tem incremento por classe sobre o valor do procedimento, isso determina que, quanto maior o hospital em número de leitos, menor o valor da sua diária. Houve incentivo e incremento de 10% no valor do serviço hospitalar e serviço profissional nas classes N I e N II exclusivamente para as internações com menos de 20 dias e que o motivo de apresentação para o pagamento fosse “alta de paciente agudo em psiquiatria”. No entanto,

as internações com esses requisitos não deveriam ultrapassar 10% do total dos leitos de cada hospital psiquiátrico. Para receber o incentivo de 10% previsto, o hospital psiquiátrico não poderia apresentar mais de uma Autorização de Internação Hospitalar (AIH), para o mesmo paciente, na mesma competência de produção. A normativa reforçava e objetivava que pessoas com transtorno mental não ficassem como moradores dentro dos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2002).

Continuando no sentido de normatizar e reduzir os leitos psiquiátricos nesses hospitais, a política de saúde mental do MS iniciou o processo de avaliação dos hospitais psiquiátricos por meio do Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria) e o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (PRH). O primeiro programa tem por objetivo avaliar os hospitais, obtendo diagnóstico da qualidade da assistência dos serviços públicos e conveniados/contratualizados com o SUS. A constatação da má qualidade de assistência culmina com o encaminhamento de descredenciamento do hospital psiquiátrico ao SUS, e no caso de ser unidade pública, encaminha-se o processo de fechamento (BRASIL, 2004a).

O PRH promoveu a redução progressiva e pactuada de leitos psiquiátricos a partir dos macro-hospitais (acima de 600 leitos) e dos hospitais de grande porte (com 240 a 600 leitos). A estratégia do PRH investiu nos valores das diárias hospitalares, cujo valor pago pela AIH é inversamente proporcional ao tamanho do hospital, quanto menor o porte do hospital, maior será o valor da AIH, e, quanto maior o hospital, menor o valor da diária (BRASIL, 2004a).

A portaria SAS/MS nº 426/2009, indicou os hospitais psiquiátricos para descredenciamento pelo PNASH/Psiquiatria e o PRH, que são ferramentas de avaliação e

de estratégia de redução dos leitos psiquiátricos, de forma gradual, pactuada e integrada (BRASIL, 2009b).

Com relação aos leitos psiquiátricos em hospitais psiquiátricos no Estado do Paraná, seguiu-se a mesma lógica de implantação dos outros Estados brasileiros. Uma diferença na implantação de leitos psiquiátricos foi que o Estado do Paraná teve o seu primeiro grande hospital psiquiátrico inaugurado somente no ano de 1903. A implantação dos hospitais psiquiátricos contraria o início tardio no Estado do Paraná com outras regiões do Brasil, porém rapidamente, em termos numéricos de leitos psiquiátricos, igualou-se a outros Estados com contratações de leitos psiquiátricos por serviços privados pelo governo federal, principalmente na década de 1960 (WADI, 2010).

Ainda sobre o surgimento dos leitos psiquiátricos no Estado do Paraná, o segundo hospital psiquiátrico surgiu na década de 1940, outros dois na década de 1950 e mais dois, na década de 1960. Na década de 1990 foi criada a última instituição especializada em psiquiatria. O primeiro hospital psiquiátrico do Estado do Paraná denominava-se “Hospital Nossa Senhora da Luz” e surgiu como local de atendimento especializado para os alienados internados ou presos na cadeia. Ficou vinculado à Santa Casa até o ano de 1999, quando administrativamente passou para a Pontifícia Universidade Católica de Curitiba. Em 31 de março de 1945 foi inaugurado o segundo hospital psiquiátrico do Estado, o Sanatório Bom Retiro. O terceiro hospital psiquiátrico do Paraná, primeiro hospital público, denominado de Adauto Botelho, foi inaugurado em 1954 e se encontra em funcionamento até os dias de hoje (WADI, 2010).

2.5 HOSPITALIZAÇÃO PSIQUIÁTRICA EM HOSPITAL GERAL NO BRASIL E NO ESTADO DO PARANÁ

A internação de pessoas com transtorno mental, atualmente, pode ser realizada em enfermarias de hospitais gerais ou em hospitais psiquiátricos. Até a década de 1950 a quase totalidade das internações psiquiátricas no Brasil era realizada em hospitais psiquiátricos distribuídos em todas as regiões do país. As primeiras unidades psiquiátricas em hospital geral surgiram em 1954 na Bahia e em São Paulo (BOTEGA, 2006).

O processo de redução de leitos em hospitais psiquiátricos e de desinstitucionalização de pessoas com transtorno mental, ao longo do histórico de internação, passou a tornar-se política pública no Brasil, a partir da década de 1990, e ganhou grande impulso no ano de 2002 com uma série de normatizações do MS, que instituíram mecanismos claros, eficazes e seguros para a redução de leitos psiquiátricos, a partir dos macro-hospitais, e incentivaram a internação psiquiátrica em hospitais gerais.

Que a formação em saúde mental e psiquiatria deverá adotar um modelo de serviços baseado no centro comunitário de saúde e incentivar a admissão psiquiátrica em **hospitais gerais**, em conformidade com os princípios que embasam o movimento de reestruturação (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1991, p. 336, grifo do autor).

A portaria GM nº 224, de 1992, estabeleceu diretrizes e normas acerca da assistência em saúde mental. As diretrizes dispõem sobre a organização dos serviços segundo os preceitos do SUS, a diversidade de métodos e técnicas terapêuticas a partir da complexidade assistencial, a garantia de continuidade assistencial nos vários níveis de atenção à saúde, a multiprofissionalidade e a participação social (BRASIL, 1992).

No tocante às normas, a portaria GM nº 224, de 1992, nomina "leito ou unidade psiquiátrica em hospital-geral" e determina, resumidamente, que esse equipamento ofereça “uma retaguarda hospitalar para os casos em que a internação se faça necessária, após esgotadas todas as possibilidades de atendimento em unidades extra-hospitalares e de urgência”; o número dos leitos psiquiátricos não deve ultrapassar 10% da capacidade hospitalar, chegando ao máximo de 30 leitos; os espaços devem incluir salas para trabalhos grupais e a utilização de áreas externas é primordial para os pacientes; as atividades propostas devem ser particularizadas e abranger: avaliação médico-psicológica e social; atendimento individual e grupal; abordagem à família; preparação para a alta; a distribuição dos recursos humanos proposta para 30 leitos, no período diurno, é a seguinte: um médico psiquiatra ou um médico clínico e um psicólogo; um enfermeiro; dois profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social e/ou terapeuta ocupacional); profissionais de níveis médio e elementar, necessários ao desenvolvimento das atividades (BRASIL, 1992).

O hospital geral, com as mudanças que vêm ocorrendo no modelo assistencial em saúde mental, passou a ocupar um lugar de destaque na rede de atenção à saúde mental, recebendo pessoas com algum transtorno mental sempre que os serviços extra-hospitalares sejam ineficazes frente à necessidade do cliente. Atualmente no Brasil, aproximadamente, 4,5% do total de internações psiquiátricas ocorrem em hospitais gerais, o que não parece muito, mas, se comparado ao ano de 1993, representa aumento de 59% das internações psiquiátricas (BOTEGA, 2006).

Estudo realizado com dados secundários do Datasus, de 2000 a 2004, no Estado do Rio Grande do Sul, que teve como objetivo analisar a tendência de internações psiquiátricas por tipo de hospital (psiquiátrico ou geral), encontrou tendência de diminuição da proporção das internações psiquiátricas em hospital psiquiátrico, com

consequente aumento na proporção de internações em hospital geral (CANDIAGO; ABREU, 2007).

No Brasil, no ano de 2008, houve 52.907 internações psiquiátricas em hospital geral, destas, 22.580 (42,67%) realizadas na região Sul do Brasil. Em 2011, foram 73.645 internações psiquiátricas no Brasil e 31.995 (43,44%) destas ocorreram nessa mesma região onde houve aumento de 41,69% nos anos compreendidos de 2008 a 2011 (BRASIL, 2011c; 2011d).

A discussão e preocupação com o leito psiquiátrico em hospital geral remontam de longa data. No Canadá, o Departamento Nacional de Saúde e Bem-Estar realizou pesquisa por questionários, na década de 1950, e apresentou como resultado que, dos 166 hospitais gerais com mais de 100 leitos no país, convidados a participar da pesquisa, 151 hospitais gerais responderam. Desses hospitais, em 73 ou 48% existiam serviços de psiquiatria. Dos cerca de 61.000 leitos de hospitais gerais, o total de leitos para pacientes psiquiátricos era de 318, representando 0,5% do total. Desses, 255 leitos estavam em unidades separadas nos hospitais gerais (ROBERTS; GOUGH; MENNIE, 1953).

Ainda discorrendo sobre o número de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, países como a Holanda apresentam 33% das internações hospitalares psiquiátricas que são realizadas dentro de hospitais gerais, o sistema holandês de saúde mental tem uma influência duradoura e forte de associações de usuários e familiares sobre a assistência psiquiátrica e a qualidade dos serviços. Importantes mudanças organizacionais ocorreram no país na área de saúde mental (SCHENE; FABER, 2001).

Em Israel, na última década, um grande esforço foi realizado para se completar o complexo processo da reforma psiquiátrica no sistema de saúde mental. O número de leitos em hospitais psiquiátricos foi reduzido de 0,88 por 1.000 leitos para 0,45 por 1.000 leitos psiquiátricos, sem apresentar substancial aumento do número total desses leitos

psiquiátricos nos hospitais gerais. Os departamentos psiquiátricos em hospitais gerais em Israel, com menos de 10% do total do número de leitos psiquiátricos, prestam serviços de internação para pessoas com transtornos mentais que sofrem de problemas físicos, bem como pacientes psiquiátricos (KATZ et al., 2011).

Na Itália, 100% das internações psiquiátricas são realizadas em hospitais gerais, isso é resultante da política de cuidados de saúde comunitários, implantada desde 1978, substituindo o sistema de base hospitalar existente. No final da década de 1990, todos os hospitais psiquiátricos públicos haviam sido fechados com exceção de seis instituições hospitalares judiciárias com cerca de mil leitos no total. De acordo com o Sistema Nacional de Saúde, uma rede integrada de serviços de saúde mental foi implementada em nível local. No geral, a reforma italiana foi julgada favoravelmente, embora houvesse evidências de que sua aplicação não tinha sido uniforme em todas as áreas geográficas do país no que dizia respeito à prestação de serviços comunitários (MUNIZZA et al., 2000; TIBALDI et al., 2005).

2.6 FINANCIAMENTO E GASTOS PÚBLICOS COM A ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

Na busca pela maximização da eficiência do serviço público de saúde, uma das ferramentas utilizadas é compreender a aplicação dos recursos financeiros e a avaliação dos gastos (GARCIA, 2011). Os gastos públicos apresentam-se em três categorias: primeiramente, os gastos de funcionamento do governo como aqueles necessários à manutenção das atividades governamentais; os gastos de investimento do governo, que de

algum modo se incorporam ao capital público e ao capital social, na forma de projetos; e a última categoria, os gastos de financiamento do governo, destinados às operações de repasse, transferência, subvenções, que na prática cotidiana do serviço público acabarão se tornando gastos de financiamento ou de investimento em saúde (MIRANDA FILHO, 2003; BRASIL, 2013).

O financiamento é fundamental para a garantia da execução das políticas públicas, e, no caso da assistência à saúde mental, está estabelecido legalmente que os responsáveis pela sua destinação e aplicação são as três instâncias que compõem o SUS: a federal, a estadual e a municipal. A emenda constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000, estabeleceu a vinculação financeira para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde para as três esferas de governo (JORGE; KOIZUMI, 2004).

Ainda sobre o gasto público com saúde, a lei complementar nº 141, que regulamentou a emenda constitucional nº 29, dispõe sobre os percentuais mínimos a serem aplicados por cada um dos entes federativos em ações e serviços públicos de saúde. Estabelece os critérios de transferência de valores para os Estados, municípios e distrito federal e define ainda as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo. Outros dois pontos importantes a se destacar nessa lei: o primeiro é a definição do que são gastos com saúde e quais as ações e serviços de saúde que podem e não podem ser financiadas com os recursos da saúde. O outro ponto é a determinação dos percentuais que cada ente federativo deve aplicar com exclusividade na saúde: os municípios com 15% de suas receitas, os Estados com 12% de suas receitas e a União com o valor do ano anterior acrescido da variação do Produto Interno Bruto (PIB) (SANTOS, 2012).

O MS aponta que 3% da população sofre de transtorno mental severo ou persistente e que cerca de 12% da população necessitam de algum atendimento em saúde mental, seja ele contínuo ou eventual. Em relação ao uso de álcool e substâncias psicoativas, o MS considera que mais de 6% da população apresentam transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e de outras drogas (BRASIL, 2010a). No entanto, o MS gastou, em 2009, 2,57% do orçamento anual do SUS com a saúde mental, enquanto o Relatório de Gestão de 2003-2006, da Coordenação Geral de Saúde Mental, do MS, indicava um percentual de 4,55% para 2010, diferença de quase 2%. Em 2011, o percentual gasto foi de 2,51% na assistência à saúde mental em todo o território brasileiro (BRASIL, 2007a, 2010a, 2011d).

A literatura internacional mostra a viabilidade econômica da mudança do paradigma assistencial (LAPSLEY et al., 2000). Esses achados contrariam a percepção difusa de que as modalidades de atenção extra-hospitalar seriam extremamente custosas. Alguns autores, primeiramente em 1990 e depois em 1995, desenvolveram estudos comparativos em relação ao custo da atenção hospitalar convencional e ao cuidado comunitário, tendo como universo de pesquisa a experiência de fechamento de dois hospitais britânicos, o Friern e o Claybury (KNAPP et al., 1990, 1995, 1997).

De forma geral, os achados demonstraram que a ressocialização de pacientes de longa permanência institucional, mesmo em programas com amplo suporte social e assistencial, com a inclusão de gastos diretos e indiretos, era economicamente mais vantajosa que o tratamento hospitalar (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2011). Esse resultado foi confirmado por outra experiência britânica de fechamento de hospitais psiquiátricos em três pequenos hospitais no distrito de Exeter, e, em 1997, em oito áreas da Inglaterra e Gales (KING, 1991; KNAPP et al., 1990, 1995, 1997).

Assim, a avaliação dos estudos internacionais indica a possibilidade de as alternativas de atenção comunitária serem menos custosas que o atendimento hospitalar tradicional. Essa constatação confere uma singularidade especial ao processo de desinstitucionalização psiquiátrica, pois apresenta uma tendência paradoxal, a amplitude da cobertura das necessidades sociais e assistenciais da clientela pode tornar-se mais abrangente e mais efetiva com a diminuição concomitante dos gastos envolvidos no processo.

Dados americanos mostram que entre 70% a 90% das pessoas com transtornos mentais experimentam uma redução significativa dos sintomas e melhoria da qualidade de vida depois de receberem tratamento farmacológico e psicossocial. No entanto, menos de 1/3 dos adultos e 1/2 de crianças com transtorno mental recebem assistência à saúde mental. A doença mental tratada tem um alto custo econômico, porém a doença mental não tratada nos Estados Unidos custa mais de 100 bilhões de dólares a cada ano (GOLDMAN; JOSEPH, 1985).

Ainda, nos Estados Unidos da América, o Estado da Califórnia em 2004 aprovou a resolução nº 63, a Lei de Serviços em Saúde Mental, que cobra um imposto de 1% sobre o lucro tributável acima de um milhão de dólares. As receitas fiscais recebidas anualmente são para financiar os serviços comunitários de saúde mental, incluindo a habitação e apoio social, que eram tradicionalmente ausentes no modelo de comunidade. Fundos são distribuídos para cada município de forma que a comunidade possa determinar o que é melhor com base em suas próprias necessidades. Dadas as falhas na desinstitucionalização, a Lei de Serviços de Saúde Mental é uma solução potencial para ser replicada em escala nacional (ESTRADA, 2007).

Em Israel, um estudo avaliou a reforma do sistema de serviço em saúde mental, movendo o *locus* de tratamento e cuidados de um sistema hospitalocêntrico para o foco do

tratamento comunitário. A pesquisa se concentrou em mudanças ocorridas na política e serviços especialmente durante a última década, avaliando tendências e questões relacionadas com a legislação e financiamento. Os resultados indicam uma queda drástica no número de leitos psiquiátricos, tempo de permanência em serviços de internamento hospitalar e aumento nos serviços de reabilitação na comunidade. No entanto, nenhum hospital do governo foi fechado e o orçamento para hospitais aumentou, enquanto clínicas comunitárias tiveram seu financiamento reduzido (AVIRAM, 2010).

Para o Brasil, são escassos os estudos comparativos sobre as duas modalidades de assistência psiquiátrica, a hospitalar ou a comunitária, mas devemos considerar que os dispositivos substitutivos ainda se encontram em fase de implantação e implementação, aumentando a partir das portarias complementares da década de 2000.

De qualquer forma, o gasto federal com os dispositivos extra-hospitais vem aumentando em importância proporcional, chegando, ao final de 2002, a cerca de 20% do total de gastos com a assistência psiquiátrica no Brasil (BRASIL, 2002).

Considerando o financiamento global da saúde mental no SUS, constatamos que esse cresceu nos últimos dez anos. Foi, porém, a partir da lei nº 10.216, de 2001, que uma inflexão visível se estabeleceu, os recursos foram passando do hospitalar para o extra-hospitalar, como orienta a mudança do modelo, de tal modo que, no final de 2006, pela primeira vez, o componente territorial e comunitário, que eram os CAPS, ambulatórios, SRT, centros de convivência, leitos em hospitais gerais superou o atendimento hospitalar (BRASIL, 2001b).

Cabe lembrar que, em 1997, a proporção de atendimentos nos serviços hospitalares era de 92% e os serviços extra-hospitalares, eram de 8% dos recursos financeiros, caracterizando uma psiquiatria pública, edificada quase exclusivamente sobre as AIH (BRASIL, 2002). Esse mecanismo propõe o pensamento de que o MS tem utilizado o

financiamento como ferramenta de indução para diminuição dos leitos hospitalares, na medida em que há melhor remuneração da AIH para os hospitais de menor porte.

O relatório da IV Conferência Nacional de Saúde Mental, nas páginas 26 e 27 propôs modificações na forma de pagamento, formulação de critérios claros e transparentes de destinação, aplicação, gestão e controle. Coube ao MS garantir a Política de Saúde Mental como prioridade, pautada por processos de monitoramento e controle para uso dos recursos, tendo seu financiamento assegurado por meio de critérios que levem em conta as dimensões demográficas e epidemiológicas regionais e municipais, com extinção do critério de pagamento por produção assistencial (BRASIL, 2010b).

2.7 ASSISTÊNCIA PSQUIÁTRICA NO BRASIL: CONTRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE E EQUIPE DE ENFERMAGEM

A assistência psiquiátrica no Brasil, após um século da sua institucionalização com início em 1852, assinalou o marco institucional do nascimento da psiquiatria e também da enfermagem psiquiátrica no Brasil. Nesse recorte temporal, ficou perceptível a necessidade de rompimento com o modelo hospitalocêntrico e a possibilidade de a assistência psiquiátrica ser exercida ambulatorialmente em CAPS, Unidades de Acolhimento, Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Consultórios na Rua, Associações de Saúde Mental, Centros de Convivência e as internações psiquiátricas hospitalares, preferencialmente, nos hospitais gerais.

A pessoa com transtorno mental, que durante longo tempo pôde desfrutar de apreciável grau de tolerância social e de relativa liberdade, teve essa liberdade cerceada

com outros indivíduos ou grupos de indivíduos que, por não conseguir ou não poder adaptar-se a uma nova ordem social, passaram a ser vistos como uma ameaça a essa mesma ordem. Começaram a surgir, a partir de 1830, os primeiros protestos contra a precariedade das Santas Casas, contra o tratamento desumano que era dado às pessoas com transtorno mental e críticas à violência e à brutalidade a que os doentes eram submetidos. Além disso, argumentava-se pela necessidade de criação de um espaço onde se tratassem os loucos, agora doentes mentais, segundo as teorias e técnicas já em prática na Europa (MEDEIROS, 1977; RESENDE, 1987; KIRSCHBAUN, 1997).

O processo político em curso, advindo da Proclamação da República, em 1889, resultou em novos confrontos de poder entre o Estado emergente, a classe médica e a classe clerical. No interior do asilo, tal disputa teve como consequência a saída das irmãs de caridade do Hospital Nacional dos Alienados, nova designação do Hospício Pedro II. Esse período foi configurado como o marco divisório entre a psiquiatria empírica e a psiquiatria científica no Brasil (GUSSI, 1987; RESENDE, 1987; SILVA FILHO, 1990).

Como marco, o ensino da enfermagem psiquiátrica brasileira teve início em 1890, com a implantação da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, criada por meio do decreto nº 791, pelo Marechal Deodoro da Fonseca, chefe do governo provisório da República na época, o qual tornava oficial o ensino da enfermagem no Brasil. A criação dessa escola teve por objetivo preparar os enfermeiros de ambos os sexos para os hospitais psiquiátricos e os hospitais civis e militares, fato decorrente da crise causada pela saída abrupta das irmãs de caridade desses locais, e da necessidade da existência de pessoal dotado de alguma qualificação profissional (GEOVANINI; SCHOELLER; MACHADO, 2002; OGUISSO, 2007).

A primeira tentativa de sistematização do ensino da enfermagem brasileira foi na área psiquiátrica, em que o hospício era o núcleo central da prática de enfermagem. À

enfermagem foi outorgado o direito de controlar, disciplinar e reeducar a pessoa com transtorno mental, estabelecendo e legitimando a vigilância e o confinamento como principais instrumentos da assistência psiquiátrica (FERNANDES; TEIXEIRA, 1979; FERNANDES, 1981).

Desde o princípio da organização das instituições e da assistência psiquiátrica no Brasil, coube à enfermagem a realização do cuidado direto às pessoas com transtornos mentais e a aplicação dos procedimentos disciplinares, assim como a manutenção da ordem no interior do espaço asilar. Contudo, apesar da relevância que os profissionais de enfermagem tiveram para a consolidação do modelo assistencial psiquiátrico, eles enfocaram fundamentalmente a emergência e a institucionalização do ensino oficial de enfermagem psiquiátrica no Brasil, dando maior ênfase ora à análise do ensino desenvolvido na Escola de Enfermagem Alfredo Pinto (criada em 1890, no Rio de Janeiro), ora à do implementado na Escola de Enfermagem Anna Nery (fundada em 1923), que serviu de modelo para as demais escolas de enfermagem criadas posteriormente no país (GUIMARÃES et al., 2010).

A escola brasileira destinada à formação de pessoal de enfermagem para atuar no campo da assistência psiquiátrica, até a década de 1940, foi assumida pelos profissionais médicos psiquiatras. As escolas de enfermagem foram criadas nos próprios estabelecimentos psiquiátricos a partir da implementação de mecanismos informais de preparação no interior do processo de trabalho nas instituições (GUIMARÃES et al., 2010).

O período que se seguiu ao movimento militar de 1964 foi o marco divisório entre uma assistência eminentemente destinada à pessoa com transtorno mental "indigente" e uma nova fase a partir da qual se estendeu a cobertura previdenciária ao conjunto dos trabalhadores e seus dependentes. O aumento da demanda e as precárias condições dos

hospitais da rede pública fizeram com que o Estado optasse por contratar leitos psiquiátricos em hospitais privados para atender aos previdenciários. Manteve-se, assim, a prática da enfermagem psiquiátrica restrita aos hospitais psiquiátricos (FERRAZ, 1983).

A assistência psiquiátrica, no Brasil, até a década de 1970 pode-se considerar marcada pela má qualidade de assistência a pessoas com transtornos mentais, com a superlotação das instituições psiquiátricas, tendo como vertente principal o modelo médico e hospitalocêntrico para essa prática. No final da década de 1970 do século passado, emergiram movimentos que procuravam denunciar tal situação na perspectiva de melhoria da qualidade de assistência à saúde mental, tendo como ator central o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental que se iniciava. Esse movimento impulsionou a discussão a respeito da assistência psiquiátrica, que culminou na adesão de outras esferas sociais, tais como familiares de pessoas com transtornos mentais internados e da mídia, na luta por uma assistência mais humana e menos segregadora e violenta, derivada do modelo hospitalocêntrico. Fato que repercutiu, dando origem ao movimento de reforma da assistência psiquiátrica (OGATA; FUREGATO; SAEKI, 2000).

Há a hipótese de que o serviço especializado seria produtor de efeito iatrogênico, em que a saúde mental no Brasil foi firmada como possibilidade de se resolver problemas derivados da própria prática assistencial, sobretudo com a cronificação da doença mental (VECHI, 2004).

Estudo realizado em um hospital universitário onde foram analisadas as principais limitações e potencialidades da assistência à saúde mental, a partir da percepção dos trabalhadores da enfermagem, evidenciou que os trabalhadores apresentaram dificuldades no cuidado de enfermagem aos pacientes em sofrimento psíquico, e as limitações foram mais valorizadas do que as potencialidades. Integrar ações de saúde mental na assistência de enfermagem em hospitais gerais qualificaria a assistência mental e o estudo

recomendou que a enfermagem explorasse mais esse campo de atuação. A área de enfermagem requer uma mudança cultural e técnica para o desenvolvimento de ações integrativas de atenção psicossocial em todos os contextos de assistência (SILVA; SILVA; OLIVEIRA, 2012).

2.8 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

Os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) desenvolvidos e implantados pelo MS em todo o Brasil, têm se tornado ferramenta necessária para gestão *loco* regional do sistema de saúde. Os SIS tem a proposta de organizar a produção de informações, respaldar atividades diárias para conhecer e monitorar o estado de saúde da população. Acrescente-se ainda, que atua como facilitador nas ações e serviços de planejar, apoiar, supervisionar e controlar tomadas de decisões. Como objetivos há a avaliação das intervenções; resultados e impactos; subsídio à educação; promoção de saúde; pesquisa e produção de conhecimento (FERREIRA, 2001).

É inerente o reconhecimento da importância de monitoramento das informações sobre saúde associado à facilidade de acesso aos dados, o que tem resultado no aumento substancial da cobertura e da qualidade das informações dos sistemas (SZWARCWALD; LEAL; ANDRADE, 2002).

As informações precisas, completas, e oportunas e de natureza epidemiológica representam insumos essenciais para o planejamento, monitoramento, execução e avaliação das ações de saúde, especialmente em países e regiões de ampla desigualdade socioeconômica. Segundo Mello Jorge e Koizumi (2004), é necessário conhecer a

comunidade por meio do nível socioeconômico e sanitário a qual está inserida para assegurar um bom nível de saúde. Nesse processo, utilizam-se indicadores demográficos, epidemiológicos, políticos sociais e econômicos a fim de se descrever o mais próximo possível da real situação. Alguns indicadores são construídos, baseados em estatísticas relativas a eventos vitais, à estrutura populacional, à morbidade, a serviços e ações de saúde. De modo geral, a avaliação de serviços de saúde utiliza indicadores gerados a partir de sistemas de informação que são muito importantes para a gestão dos serviços de saúde, principalmente para os hospitalares.

O principal SIS da área hospitalar é o Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS) que é disponibilizado pelo MS, por meio do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus). O SIH-SUS é um banco de dados administrativos, coletado a partir das AIH, que também é uma fonte importante de dados que pode fornecer um diagnóstico da saúde em nível local ou nacional. Porém, no Brasil esse banco de dados ainda não é adequadamente explorado. Apesar da limitação quantitativa e de haver problemas quanto à qualidade das informações, o SIH-SUS reúne informações de, aproximadamente, 80% das internações hospitalares do país (SÁ et al., 2001; BRASIL, 2012).

Na última década houve avanço importante na disponibilidade da base de dados pela internet, disponível para consulta no endereço eletrônico do Datasus, a versão disponível é gerada sem os dados de identificação pessoal dos pacientes. Estudo realizado no Estado do Rio Grande do Sul, que utilizou dados secundários das AIH, propôs a construção e validação de uma rotina (syntaxe) de extração de dados de internações psiquiátricas do SIH-SUS. Adicionalmente, esse estudo analisou as tendências da taxa de ocupação por tipo de hospital (psiquiátrico ou geral) e por tipo de diagnóstico de transtorno mental (CANDIAGO; ABREU, 2007).

O SIH-SUS é amplamente utilizado em estudos epidemiológicos, cada vez mais se consolida como ferramenta para gestão loco-regional do sistema de saúde, vem apresentando consolidação e qualificação progressiva e representa cerca de 80% das internações de toda a rede hospitalar do Brasil (DRUMOND et al., 2009; SILVEIRA et al., 2013).

Na vertente da qualidade das informações e a confiabilidade dos dados do SIH-SUS estudos que compararam dados da AIH com os correspondentes registrados em prontuários de pacientes internados em hospitais conveniados/contratualizados ao SUS concluíram que a confiabilidade do diagnóstico principal variava de forma relevante e referiram elevado sub-registro da variável diagnóstico secundário, que não foi utilizado nesse estudo (VERAS; MARTINS, 1994; MATHIAS; SOBOLL, 1998; ESCOSTEGUY et al., 2002).

Em estudo que tinha como objetivo sintetizar as vantagens e limitações do SIH-SUS foram localizadas 76 produções científicas, oriundas de dissertações e teses, no período de 1984 a 2003, que envolviam aplicações dos dados do SIH-SUS na saúde coletiva. Destaca-se a importância do crescimento da utilização dos dados do SIH-SUS na saúde coletiva em número de publicações, abrangência nacional, diversidade de conteúdos e complexidade das análises realizadas (BITTENCOURT, 2006).

Utilizando dados secundários do SIH-SUS, estudo realizado no município de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo, objetivou explorar algumas possibilidades de informações sobre os transtornos mentais e comportamentais do Código Internacional de Doenças na versão 10 (CID-10) do capítulo V. Os resultados possibilitaram mudanças importantes para o gerenciamento dos serviços, na busca da qualidade na assistência à saúde mental e psiquiatria (SILVA; COSTA JUNIOR, 2006).

3 JUSTIFICATIVA

Considerando-se a importância da Reforma Psiquiátrica, que é entendida como um processo social complexo, que envolve a mudança na assistência psiquiátrica de acordo com os novos pressupostos técnicos e éticos, a incorporação cultural desses valores e a convalidação das políticas públicas dessa nova ordem, torna-se importante conhecer como esse processo vem ocorrendo no Estado do Paraná.

Assim, os hospitais psiquiátricos, progressivamente, a partir de 2001, deixaram de constituir a base do sistema assistencial à atenção em saúde mental. A redução dos leitos psiquiátricos de longa permanência vem sendo incentivada por meio de políticas públicas no Brasil.

Para que aconteçam investimentos na elaboração de políticas públicas de saúde, planejamento de programas e reabilitação social para as pessoas com transtorno mental, é preciso que estudos epidemiológicos na área, cada vez em maior número e com aprofundamento de questões, sejam realizados.

A expansão da área de atuação do enfermeiro exige um crescente número desses profissionais, técnica e cientificamente preparados para a assistência psiquiátrica e a pesquisa, que atuem com visão humanizada, interdisciplinar, buscando qualidade na assistência psiquiátrica prestada, excelência nos resultados e competência para discutir os princípios gerais e biopsicossociais que fundamentam a prática de enfermagem nas áreas da psiquiatria e da saúde mental.

Considerando que há consenso de que a Reforma Psiquiátrica brasileira reduziu os leitos psiquiátricos em grandes instituições asilares psiquiátricas e que houve implantação de novas formas de assistência psiquiátrica ao transtorno mental definidas por legislação

vigente, este estudo justifica-se para que uma análise da assistência psiquiátrica no Estado do Paraná seja realizada.

Acredita-se que a Reforma Psiquiátrica em curso no país também esteja ocorrendo no Estado do Paraná que pode resultar na redução de leitos em hospitais psiquiátricos, pela mudança no perfil epidemiológico das internações por transtornos mentais e nos gastos hospitalares dessas internações.

Dessa forma, foram elaboradas as seguintes questões de pesquisa:

- Está havendo diminuição dos leitos em hospitais psiquiátricos no Estado do Paraná, de 2005 a 2013, em consonância com a orientação e diretrizes da Reforma Psiquiátrica brasileira?
- Qual o comportamento do perfil epidemiológico das internações psiquiátricas de residentes no Estado do Paraná, no período de 2000 a 2013?
- Qual a tendência dos gastos públicos com internações psiquiátricas de residentes no Estado do Paraná de 2000 a 2013?

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as internações psiquiátricas no Estado do Paraná de 2000 a 2013.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar a evolução dos leitos hospitalares psiquiátricos no Estado do Paraná segundo tipo de atendimento, tipo de estabelecimento e tipo de prestador de 2005 a 2013;
- Analisar a tendência das internações hospitalares por transtornos mentais e comportamentais, segundo diagnóstico de internação, sexo, idade, dias de permanência, óbito hospitalar, tipo de hospital e Regional de Saúde de residentes no Estado do Paraná de 2000 a 2013;
- Analisar a tendência dos gastos hospitalares com internações psiquiátricas, segundo diagnóstico de internação, sexo, idade, dias de permanência, óbito hospitalar, tipo de hospital e Regional de Saúde de residentes no Estado do Paraná de 2000 a 2013.

5 MÉTODOS

5.1 DELINEAMENTO E LOCAL DO ESTUDO

Estudo ecológico, longitudinal do tipo série temporal. Desenhos de estudos epidemiológicos do tipo longitudinal referem-se a pesquisas em que se observa o evento em mais de uma ocasião. Esse tipo de investigação tem o sentido de detectar mudanças no indivíduo ou população com o passar do tempo. Tal estudo é frequentemente utilizado na análise de séries temporais (ROTHMAN; GREENLAND; LASH, 2011).

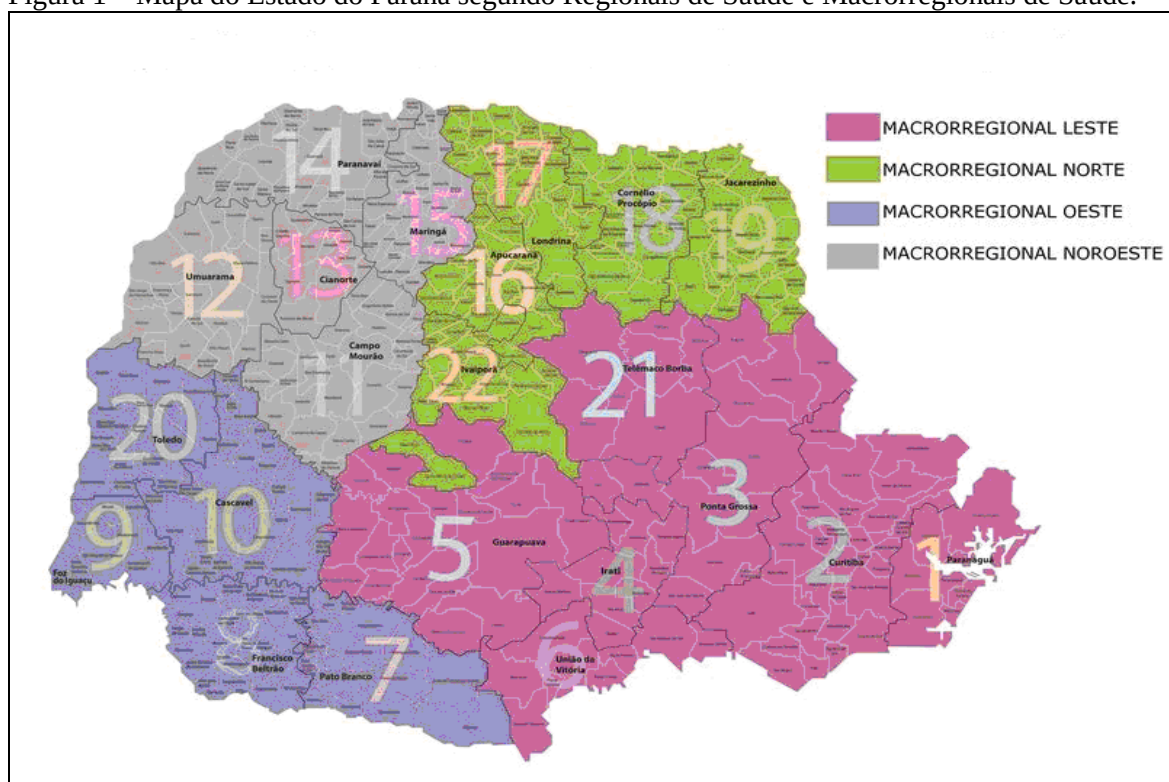
O presente estudo foi realizado com dados de internações por transtornos mentais e de leitos psiquiátricos no Estado do Paraná. Esse Estado está localizado na região Sul do Brasil, faz divisa com os Estados de São Paulo, Santa Catarina e Mato Grosso do Sul, fronteira com a Argentina e o Paraguai e limite com o Oceano Atlântico. Considerada a quinta maior economia do país, o Estado é responsável por 6,1% do Produto Interno Bruto (PIB) nacional (IPARDES, 2012).

Com uma área geográfica de 199.880 km², o Estado do Paraná é constituído por 399 municípios que estão agrupados em quatro macrorregionais e em 22 Regionais de Saúde (RS) (Anexo B), sendo estas: 1ª Paranaguá (07 municípios); 2ª Metropolitana (29 municípios); 3ª Ponta Grossa (12 municípios); 4ª Irati (09 municípios); 5ª Guarapuava (20 municípios); 6ª União da Vitória (09 municípios); 7ª Pato Branco (15 municípios); 8ª Francisco Beltrão (27 municípios); 9ª Foz do Iguaçu (09 municípios); 10ª Cascavel (25 municípios); 11ª Campo Mourão (25 municípios); 12ª Umuarama (21 municípios); 13ª Cianorte (11 municípios); 14ª Paranavaí (28 municípios); 15ª Maringá (30 municípios); 16ª

Apucarana (17 municípios); 17ª Londrina (20 municípios); 18ª Cornélio Procópio (22 municípios); 19ª Jacarezinho (22 municípios); 20ª Toledo (18 municípios); 21ª Telêmaco Borba (7 municípios) e 22ª Ivaiporã (16 municípios) (Tabela 1) (PARANÁ, 2012).

As Regionais de Saúde (RS) representam a divisão administrativa da Secretaria Estadual de Saúde, apresentam-se heterogêneas quanto à densidade demográfica, desenvolvimento econômico e recursos de saúde. São caracterizadas pela incumbência de desenvolver a inteligência necessária para apoiar os municípios em todas as áreas e influenciar na gestão das questões regionais, fomentando a busca contínua e crescente da eficiência com qualidade (Figura 1) (PARANÁ, 2012).

Figura 1 – Mapa do Estado do Paraná segundo Regionais de Saúde e Macrorregionais de Saúde.



Fonte: Paraná (2014b).

Segundo o decreto nº 7.508, de 2011, uma RS é o espaço geográfico contínuo, constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades

culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011b).

As RS facilitam um conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde. Para ser instituída, a região de saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de: atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e a vigilância em saúde (BRASIL, 2011b). A população residente do Estado do Paraná é de 10.577.755 habitantes, sendo a RS de Curitiba a que possui a maior densidade populacional (Tabela 1) (PARANÁ, 2013).

Tabela 1 – Distribuição das Regionais de Saúde (RS) do Estado do Paraná, segundo município sede, número de municípios e população residente.

RS	Município sede*	Número de municípios**	População Residente em 2013***
1 ^a	Paranaguá	7	269.858
2 ^a	Curitiba	29	3.285.851
3 ^a	Ponta Grossa	12	584.017
4 ^a	Irati	9	162.804
5 ^a	Guarapuava	20	442.299
6 ^a	União da Vitória	8	166.788
7 ^a	Pato Branco	15	251.960
8 ^a	Francisco Beltrão	27	340.093
9 ^a	Foz do Iguaçu	9	390.220
10 ^a	Cascavel	25	513.071
11 ^a	Campo Mourão	25	332.246
12 ^a	Umuarama	21	266.174
13 ^a	Cianorte	11	145.037
14 ^a	Paranavaí	28	262.333
15 ^a	Maringá	30	748.686
16 ^a	Apucarana	17	352.126
17 ^a	Londrina	21	884.039
18 ^a	Cornélio Procopio	22	224.721
19 ^a	Jacarezinho	22	279.093
20 ^a	Toledo	18	364.184
21 ^a	Telêmaco Borba	7	174.986
22 ^a	Ivaiporã	16	137.169
Total		399	10.577.755

Fonte: *Secretaria de Saúde do Estado do Paraná (SESA); **Departamento de Informática do SUS (Datasus); ***<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/poppr>

5.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO

5.2.1 Análise da evolução dos leitos psiquiátricos

Para análise dos leitos psiquiátricos, foram estudados todos os leitos psiquiátricos dos estabelecimentos de saúde hospitalares da rede assistencial psiquiátrica, existente no Estado do Paraná. Os leitos classificados como conveniados ou contratualizados ao SUS denominam **leitos SUS** e os leitos classificados como privados denominam **leitos Não SUS**. O período de estudo compreendeu nove anos de 2005 a 2013, pois o ano de 2005 foi o início da obrigatoriedade de inclusão dos dados de estabelecimentos de saúde no CNES, e 2013, o último ano disponível no momento da coleta de dados. A referência para a tabulação no TabCNES dos dados foi o mês de novembro de cada ano, por esse mês estar em todos os anos do estudo. Os leitos psiquiátricos foram analisados segundo as RS do Estado do Paraná, agrupados nas quatro Macrorregionais: Leste, Oeste, Noroeste e Norte (Figura 1).

5.2.2 Análise da tendência das internações psiquiátricas e dos gastos hospitalares

Para a análise da tendência das internações psiquiátricas e dos gastos hospitalares foram analisadas todas as internações psiquiátricas de residentes, ocorridas no período de

01 de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2013, em hospitais psiquiátricos (HP) e hospitais gerais (HG), segundo as Regionais de Saúde.

5.3 FONTES DE DADOS

Os dados foram coletados no Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES) e no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS).

5.3.1 **Análise da evolução dos leitos psiquiátricos**

Os dados dos leitos psiquiátricos foram obtidos por tabulação do Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), que foi implantado pela portaria MS/SAS nº 511/2000, com a incorporação das sugestões dos gestores estaduais e municipais do SUS, que normatizaram o processo de cadastramento em todo o território nacional (BRASIL, 2001a).

O SCNES compreende o Cadastro dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) nos aspectos de área física, recursos humanos, equipamentos e serviços ambulatoriais/hospitalares que foi instituído pela portaria MS/SAS nº 376/2000 (BRASIL, 2000).

O CNES é uma base de dados utilizada para operacionalizar os Sistemas de Informações em Saúde (SIS) e dispõe de um vasto conteúdo de informações,

proporcionando ao gestor estadual e ao municipal, conhecer a rede assistencial existente e sua potencialidade, imprescindíveis nos processos de planejamento em saúde, regulação, avaliação, controle e auditoria, ensino e pesquisa, bem como dar maior visibilidade ao controle social para o melhor desempenho de suas funções. Desde sua implantação efetiva em agosto de 2003 o CNES vem sendo aprimorado e uma nova versão foi implementada, em outubro de 2005, com o objetivo de proporcionar aos gestores um sistema desenvolvido em uma linguagem moderna, de fácil compreensão e operacionalização, buscando sua qualificação e compatibilização às políticas públicas (BRASIL, 2006).

A inscrição no CNES deve abranger a totalidade dos hospitais existentes no país, assim como a dos estabelecimentos ambulatoriais, vinculados ao SUS e, ainda, os estabelecimentos de saúde (ES) ambulatoriais não vinculados ao SUS. Os ES são entendidos como qualquer local destinado à realização de ações e/ou serviços de saúde, coletiva ou individualmente, qualquer que seja o seu porte ou nível de complexidade. Para efeito desse cadastro, o ES poderá ser tanto um hospital de grande porte quanto um consultório isolado ou, ainda, uma Unidade de Vigilância Sanitária ou Epidemiológica. Os ES devem ainda, fornecer informações referentes aos aspectos de área física, recursos humanos, equipamentos e serviços ambulatoriais e hospitalares de seu serviço (BRASIL, 2006).

A estrutura do CNES compõe-se dos seguintes módulos (BRASIL, 2006):

O módulo básico, o qual está constituído de dados operacionais, o bloco de identificação do estabelecimento, caracterização do estabelecimento quanto à natureza jurídica, tipo de estabelecimento, esfera administrativa, contrato/convênio, comissões, habilitações, entre outros.

O módulo conjunto refere-se a instalações físicas, serviços de apoio, especializados, complementares como quimioterapia, radioterapia, hemoterapia e nefrologia.

O **módulo de equipamentos** trata da disponibilização de equipamentos existentes no estabelecimento de saúde.

O **módulo de leitos** trata do tipo de leito e a quantificação desses leitos por especialidade. Foi o módulo consultado neste estudo para se coletar as informações sobre os leitos hospitalares psiquiátricos.

Ainda com relação aos módulos, existem os de cadastro de equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) e Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), saúde no sistema penitenciário, saúde indígena e residência terapêutica, entre outras.

Para a obtenção do código do CNES, faz-se necessária a realização do cadastramento no CNES por meio de vistoria *in loco* dos ES pelos gestores municipais e/ou estaduais ou o autocadastramento, por meio do preenchimento dos formulários disponibilizados pela internet pelo responsável técnico do ES. Ficará a cargo do gestor a vistoria *in loco* para comprovação dos dados informados pelo ES e o prazo de 30 dias para alimentação do banco de dados nacional do cadastro efetuado para validação do código (BRASIL, 2006).

5.3.2 Análise da tendência das internações psiquiátricas e dos gastos hospitalares

Os dados das internações psiquiátricas e dos gastos com as internações psiquiátricas foram obtidos do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS).

O MS implantou o SIH-SUS por meio da portaria GM/MS n.º 896/1990, que estabeleceu o sistema de informação que armazena dados sobre as internações hospitalares no âmbito do SUS, informados mensalmente por todos os estabelecimentos de saúde públicos,

conveniados e contratados, que realizam internações, consolidados pelos municípios plenos e Estados, que, após sua análise e aprovação, enviam esses dados ao Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus) com sede na cidade do Rio de Janeiro-RJ para o processamento daqueles (BRASIL, 1990b). Esses dados são processados pelo Datasus e disponibilizados *online* pelo MS, por meio de site para utilização por gestores do sistema, rede hospitalar do SUS, instituições de pesquisa, órgãos de controle dos três níveis de governo, demais setores ou qualquer pessoa que tenha interesse no uso dos mesmos.

Originalmente concebido, desde sua criação, em 1986, com o objetivo de pagamento dos serviços prestados pelos hospitais contratados pelo extinto Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), o Sistema de Assistência Médico Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS) foi estendido aos hospitais filantrópicos e, em 1987, aos universitários e de ensino. Em 1991, em vista da implantação do Sistema Único de Saúde e da transferência do INAMPS para o MS, o sistema SIH-SUS não sofreu modificações significativas em seus formulários de entrada de dados, fluxo de documentos e processamento. A mudança mais expressiva, então ocorrida, foi a sua extensão aos hospitais públicos municipais, estaduais e federais, nesse último caso somente aos de administração indireta e de outros ministérios (BRASIL, 2005b; BRASIL, 2012).

De 1991 em diante, diversas alterações foram incorporadas, destacando-se aquelas voltadas à descentralização do sistema de informações a exemplo do que ocorria com o próprio sistema de saúde. São exemplos desse movimento a implementação da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) em disquete, a criação de aplicativos (Programa de Gestão Financeira - PGF - e Sistema de Gerenciamento da AIH - SGAIH) que possibilitaram o controle dos gestores das esferas municipal e estadual do SUS sobre as faturas para pagamentos apresentadas por seus prestadores de serviços e a criação de novos instrumentos de tabulação para a análise dos dados, como os tabuladores: Tabwin e o

Tabnet. Apesar disso, o processamento das AIH continua sendo feito de forma centralizada no Datasus, com a utilização de aplicativos que pouco evoluíram tecnologicamente desde o seu desenvolvimento na década de 1980 (BRASIL, 2012).

A AIH é um formulário que contém identificação do paciente e dos serviços a ele prestados, é o instrumento utilizado por todos os gestores e prestadores de serviços em toda a rede hospitalar própria, federal, estadual, municipal, filantrópica e privada lucrativa do SUS (PEREIRA et al., 2012; CARVALHO, 2009).

Há dois tipos de AIH. A AIH Tipo 1 (normal) é o documento hábil para se identificar o paciente e os serviços prestados sob regime de internação hospitalar e fornecer informações para o gerenciamento do sistema. É por meio desse documento que hospitais, profissionais e serviços auxiliares de diagnose e terapia (SADT) se habilitarão a receber pelos serviços prestados. A AIH Tipo 5 (longa permanência) é utilizada para internações de longa permanência do paciente nas especialidades de psiquiatria, pacientes sob cuidados prolongados e assistência domiciliar geriátrica. Neste estudo as internações psiquiátricas por transtornos mentais e comportamentais foram analisadas pelas AIH Tipo 1 e AIH Tipo 5.

A portaria GM/MS nº 396/2000 atribuiu a responsabilidade da gestão do SIH-SUS à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) bem como a atualização dos Manuais de Orientações Técnicas e Operacionais. A portaria GM/MS nº 821/2004 descentralizou o processamento do SIH-SUS, para Estados, Distrito Federal e municípios plenos. O elemento básico, gerador dos valores de remuneração é a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais (OPM) do SUS (SIGTAP), que foi unificada em janeiro de 2008, pela portaria SAS/MS nº 2.848/2007. As versões atualizadas do Manual do SIH-SUS são periodicamente disponibilizadas *on line* para os gestores do SUS (BRASIL, 2007b; BRASIL, 2012).

O SIH-SUS contém mais de 50 variáveis relativas às internações hospitalares como as de identificação e qualificação do paciente; procedimentos, exames e atos médicos realizados; diagnóstico, motivo da alta e valores devidos. Foi considerada como internação hospitalar a admissão de um paciente por ocupar um leito hospitalar, por um período igual ou maior que 24 h quando foi aberta a AIH no ES.

5.4 VARIÁVEIS DE ESTUDO

5.4.1 Análise da evolução dos leitos psiquiátricos

Para a análise da evolução dos leitos psiquiátricos, o ano correspondeu ao período em que foram cadastrados os leitos psiquiátricos, de 2005 ao ano de 2013. O local do estabelecimento de saúde, neste estudo, foi a Unidade Federativa do Estado do Paraná agrupada nas Macrorregionais de Saúde.

A variável dependente é o leito psiquiátrico e, para se descrever a evolução desses leitos psiquiátricos foram consideradas as seguintes variáveis:

Tipo de atendimento prestado: a variável especifica o tipo de atendimento prestado que o ES executa podendo ser SUS ou Não SUS (Quadro 1).

Tipo de estabelecimento: definido com base nas atividades profissionais e serviços ofertados à população. No estudo foram tabulados como: **Hospital geral:** hospital destinado à prestação de atendimento nas especialidades básicas, por especialistas e/ou outras especialidades médicas, podendo dispor de serviço de urgência/emergência. Deverá dispor

também de Serviço Auxiliar Diagnóstico e Terapia (SADT) de média complexidade para a realização de exames complementares. No estudo não houve separação dos hospitais gerais por classificação de complexidade (pequeno, médio ou grande porte). **Hospital especializado em psiquiatria:** hospital destinado à prestação de assistência à saúde em uma única especialidade/área, podendo dispor de serviço de urgência/emergência e SADT. A classificação por tipo de referência regional, macrorregional ou estadual não foi utilizada. No estudo não houve separação dos hospitais especializados por porte de complexidade nos leitos psiquiátricos (nível I, nível II, nível III e nível IV). **Hospital-dia:** unidades especializadas no atendimento de curta duração com caráter intermediário entre a assistência ambulatorial e a internação. Também é registrado em AIH-1, não cabendo emissão de AIH-5. Havendo necessidade de continuidade do tratamento poderá ser emitida nova AIH-1. O regime de hospital-dia em saúde mental exige habilitação do MS e não é permitida a permanência maior em regime de hospital-dia em saúde mental (BRASIL, 2012). **Pronto-socorro:** unidade destinada à prestação de assistência a pacientes com ou sem risco de vida, cujos agravos necessitam de atendimento imediato. Podem ter ou não internação.

Tipo de prestador: classifica os estabelecimentos de saúde de acordo com as seguintes categorias: **estabelecimento público:** hospital que integra o patrimônio da União, Estados, Distrito Federal e municípios (pessoas jurídicas de direito público interno), autarquias, fundações instituídas pelo poder público; **estabelecimento filantrópico:** instituição de pessoa jurídica de direito privado, mantida parcial ou integralmente por meio de doações, que se propõe à prestação de serviços gratuitos à população, reservando leitos hospitalares de acordo com a legislação em vigor, ao internamento gratuito, organizada e mantida pela comunidade, cujos resultados financeiros revertam exclusivamente ao custeio de despesa de administração e manutenção; **estabelecimento sem fins lucrativos:** entidade associativa civil de direito privado, sem fins lucrativos, instituída e mantida por contribuições e doações particulares, que

desenvolve atividade beneficente de assistência social; **estabelecimento privado lucrativo:** hospital que integra o patrimônio de uma pessoa natural ou jurídica de direito privado, não instituído pelo poder público (BRASIL, 2006).

Quadro 1 – Classificação dos hospitais segundo tipo de atendimento, tipo de prestador e tipo de estabelecimento.

Tipo de atendimento		Tipo de prestador		Tipo de estabelecimento
SUS	Pública	Público	Unidade pública	Hospital geral Hospital psiquiátrico Hospital-dia Pronto-socorro
		Filantropico	Instituição de pessoa jurídica de direito privado, mantida parcial ou integralmente por meio de doações, que se propõe à prestação de serviços gratuitos à população, reservando leitos de acordo com a legislação em vigor, ao internamento gratuito, organizada e mantida pela comunidade e cujos resultados financeiros revertam exclusivamente ao custeio de despesas de administração e manutenção.	Hospital geral Hospital psiquiátrico Hospital-dia Pronto-socorro
		Sem fins lucrativos	Entidade associativa civil de direito privado, sem fins lucrativos, instituída e mantida por contribuições e doações particulares que desenvolve atividade beneficente de assistência social.	Hospital geral Hospital psiquiátrico Hospital-dia Pronto-socorro
		Privado lucrativo	Instituição dotada de personalidade jurídica de direito privado, com patrimônio próprio, com fins lucrativos, não instituída pelo poder público.	Hospital geral Hospital psiquiátrico Hospital-dia Pronto socorro
Não SUS	Privada	Filantropico	Instituição de pessoa jurídica de direito privado, mantida parcial ou integralmente por meio de doações, que se propõe à prestação de serviços gratuitos à população, reservando leitos de acordo com a legislação em vigor, ao internamento gratuito, organizada e mantida pela comunidade e cujos resultados financeiros revertam exclusivamente ao custeio de despesas de administração e manutenção.	Hospital geral Hospital psiquiátrico Hospital-dia Pronto-socorro
		Sem fins lucrativos	Entidade associativa civil de direito privado, sem fins lucrativos, que desenvolve atividade beneficente de assistência social.	Hospital geral Hospital psiquiátrico Hospital-dia Pronto-socorro
		Privado lucrativo	Instituição dotada de personalidade jurídica de direito privado, com patrimônio próprio, com fins lucrativos, não instituída pelo poder público.	Hospital geral Hospital psiquiátrico Hospital-dia Pronto-socorro

Fonte: Baseado no Manual Técnico do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), versão 2, atualizado em outubro de 2006 (BRASIL, 2006).

Para se realizar a análise estatística e apresentação dos resultados, foram utilizadas as variáveis: tipo de prestador, tipo de estabelecimento e tipo de atendimento. Porém foram coletados dados dos registros abaixo citados e os resultados resumidamente foram apresentados em tabela anexa (Apêndice A).

Ensino e pesquisa (unidade auxiliar de ensino; unidade sem atividade de ensino; hospital de ensino): indica qual a relação do ES com as escolas superiores de saúde, identificando se o estabelecimento tem ou não atividade de ensino, se é auxiliar de ensino ou estabelecimento de ensino superior. Define também os ES que são certificados pelo MS e pelo Ministério da Educação. A variável pode ser classificada como: Universitária, Escola Superior Isolada, Auxiliar de Ensino e Hospital de Ensino.

Esfera administrativa (privada; municipal; estadual e federal): corresponde à esfera administrativa à qual o ES está diretamente subordinado.

Natureza da organização (Administração direta e indireta da saúde; empresa privada; fundação privada; entidade beneficente sem fins lucrativos; fundação pública; cooperativa): define a origem do capital social da organização e a vinculação administrativa dos estabelecimentos de saúde.

Tipo de gestão (dupla; estadual; municipal): indica qual gestor o ES tem contrato/convênio e que é responsável pelo cadastro, programação, autorização e pagamento dos serviços prestados ao SUS.

5.4.2 Análise da tendência das internações psiquiátricas

Para a análise da tendência das internações psiquiátricas o **ano da internação**, foi definido o período em que a informação foi processada em HP ou em HG, sendo a somatória dos 12 meses de todas as AIH apresentadas para o faturamento do estabelecimento de saúde, segundo as seguintes variáveis:

- **Sexo:** masculino e feminino.
- **Idade:** faixa etária agrupada em quatro intervalos: até 14 anos; de 15 a 29 anos; 30 a 59 anos; e 60 anos e mais.
- **Local da residência:** Regionais de Saúde e Macrorregionais de Saúde.
- **Dias de permanência:** total de dias de internação agrupados em: até 7 dias; de 8 a 28 dias e 29 dias e mais de permanência hospitalar.
- **Tipo de AIH:** internações hospitalares psiquiátricas, que tiveram o tipo de AIH normal (AIH 1) e de longa permanência (AIH 5).
- **Óbito hospitalar:** Internações hospitalares psiquiátricas que tiveram alta por óbito.
- **Diagnóstico principal de internação:** codificado segundo a Classificação Internacional de Doenças, décima revisão (CID-10), que possui um capítulo exclusivo para distúrbios mentais e do comportamento (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993):
 - 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 de humor [afetivos];
 - F40-F48- transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o “stress” e transtornos somatoformes;
 - F50-F59- síndromes comportamentais associadas às disfunções fisiológicas e aos fatores físicos,
 - F60-F69- transtornos da personalidade e do comportamento do adulto;
 - F70-F79- retardo mental;

F80-F89- transtornos do desenvolvimento psicológico;

F90-F98- transtornos do comportamento e transtornos emocionais, que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência;

F99 transtorno mental não especificado.

- **Tipos de estabelecimento hospitalar:** hospital especializado, denominado neste estudo de hospital psiquiátrico (HP) e o hospital geral (HG). Em HG foram considerados os leitos gerais e não somente os do código 0636 (serviços hospitalares de referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aqueles com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas) que no ano de 2013 eram dez leitos contratualizados ao SUS, sendo todos os leitos na RS Metropolitana que pertence à Macrorregional Leste (PARANÁ, 2014a).

Para a análise de tendência das internações psiquiátricas, foi necessário transformar dados brutos em valores relativos, ou seja, o número de internações psiquiátricas como numeradores de frações com denominadores populacionais fidedignos (ROUQUAYROL, 2003; ALMEIDA FILHO, 2006), foram utilizados dados de projeções populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010a).

A tendência das internações psiquiátricas foi analisada por meio de taxas ou percentuais conforme cálculo utilizado a seguir:

- Taxa de internação por sexo:

$$\frac{\text{Número de internações hospitalares psiquiátricas por sexo}}{\text{População residente por sexo no ano considerado}} \times 10.000$$

- Taxa de internação por idade:

$$\frac{\text{Número de internações hospitalares psiquiátricas por faixa etária}}{\text{População residente por faixa etária no ano considerado}} \times 10.000$$

- Taxa de internação por Regional de Saúde:

$$\frac{\text{Número de internações hospitalares psiquiátricas por Regional de Saúde}}{\text{População residente na Regional de Saúde no ano considerado}} \times 10.000$$

- Taxa de mortalidade hospitalar:

$$\frac{\text{Número de óbitos ocorridos em internações hospitalares psiquiátricas}}{\text{Número total de internações hospitalares psiquiátricas no ano considerado}} \times 100$$

- Percentual de internação por tipo de AIH:

$$\frac{\text{Número de internações hospitalares psiquiátricas por tipo de AIH}}{\text{Número total de internações hospitalares psiquiátricas por tipo de AIH de residentes, pagas pelo SUS, no ano considerado}} \times 100$$

- Percentual por diagnóstico principal de internação:

$$\frac{\text{Número de internações hospitalares psiquiátricas por diagnóstico principal de internação}}{\text{Número total de internações hospitalares psiquiátricas por diagnóstico principal de internação de residentes, pagas pelo SUS, no ano considerado}} \times 100$$

- Percentual por dias de permanência:

$$\frac{\text{Número de internações em cada intervalo (0 a 7, 8 a 28, 29 e mais) em cada ano}}{\text{Número total de internações hospitalares psiquiátricas por dias de permanência, pagas pelo SUS, no ano considerado}} \times 100$$

5.4.3 Análise da evolução dos gastos hospitalares

A variável dependente foi o gasto hospitalar por internações psiquiátricas, e a independente, os anos de estudo. Para se estimar a evolução da tendência dos gastos hospitalares, foram utilizados os seguintes registros do SIH-SUS:

Valor: é o total destinado ao hospital pelos serviços hospitalares prestados durante as internações ocorridas e pagas. O valor total a ser recebido corresponde à multiplicação do valor da diária (internação/dia), descrita na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais (OPM) do SUS pelo número de dias de internação do paciente. A saber, no período do estudo houve aumento do valor da AIH de R\$ 30,30 reais em 2001 para aproximadamente R\$ 49,70 reais nos dias de hoje, em 2015, dependendo do porte de número de leitos dos hospitais psiquiátricos: quanto maior o número de leitos do hospital especializado, menor o valor da AIH (BRASIL, 2011e).

AIHs pagas: quantidade de AIHs pagas no período, tanto de novas internações como de longa permanência. Não estão computadas as AIHs rejeitadas. As informações referentes a valores pagos estão discriminadas na unidade monetária em reais desde julho de 1994.

Ano da internação: anos de 2000 a 2013.

As variáveis de interesse no estudo pertenceram a duas categorias:

- a) Variáveis relativas ao gasto com internação psiquiátrica da pessoa com transtorno mental:

Sexo: masculino e feminino.

Idade: faixa etária, detalhada em 18 segmentos, que posteriormente foi agrupada em quatro intervalos: até 14 anos; de 15 a 29 anos; 30 a 59 anos e 60 anos e mais.

- a) Variáveis relativas ao gasto hospitalar com a internação psiquiátrica:

Local da residência: Regionais de Saúde e Macrorregionais de Saúde.

Dias de permanência: total de gastos de internações referentes às AIH pagas no período. São contados os dias entre a baixa da internação e a alta hospitalar. Foram agrupados em: até sete dias; de 8 a 28 dias e 29 dias e mais de permanência hospitalar.

Tipo de AIH: gastos com as internações hospitalares psiquiátricas que tiveram o tipo de AIH normal (AIH 1) e de longa permanência (AIH 5).

Óbito: gastos com as internações hospitalares psiquiátricas, que tiveram alta por óbito na AIH aprovada.

Diagnóstico principal de internação: codificados segundo a Classificação Internacional de Doenças, décima revisão (CID-10), que possui um capítulo exclusivo para distúrbios mentais e do comportamento (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993):

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 de humor [afetivos];

F40-F48- transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o “stress” e transtornos somatoformes;

F50-F59- síndromes comportamentais associadas às disfunções fisiológicas e aos fatores físicos;

F60-F69- transtornos da personalidade e do comportamento do adulto;

F70-F79- retardo mental;

F80-F89- transtornos do desenvolvimento psicológico;

F90-F98- transtornos do comportamento e transtornos emocionais, que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência;

F99- transtorno mental não especificado.

Tipo de estabelecimento hospitalar: hospital especializado, denominado neste estudo de hospital psiquiátrico (HP) e o hospital geral (HG). Em HG foram considerados todos os leitos gerais e não somente os do código 0636 (serviços hospitalares de referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aqueles com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas) que no ano de 2013 eram dez leitos contratualizados ao SUS, sendo todos os leitos na RS Metropolitana que pertence à Macrorregional Leste (PARANÁ, 2014a).

Os valores dos gastos das internações psiquiátricas foram atualizados para valores em reais pela aplicação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), que é produzido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) desde 1979, o que permitiu compará-los, tendo-se como base de cálculo, neste estudo, o ano de 2000 (Anexo C). Desde junho de 1999 o IPCA é o índice utilizado pelo Banco Central do Brasil para o acompanhamento dos objetivos estabelecidos no sistema de metas da inflação, sendo considerado o índice oficial de inflação do país. O IBGE, a partir do mês de maio de 2000, passou a disponibilizá-lo por meio da internet, e o Índice de Preços ao Consumidor-15 (IPCA-15), cujo período de coleta de preços situa-se, aproximadamente, do dia 15 do mês

anterior a 15 do mês de referência. O IPCA-15 tem como população as famílias com rendimento monetário de um a 40 salários mínimos, qualquer que seja a fonte, e abrange as regiões metropolitanas do Rio de Janeiro, Porto Alegre, Belo Horizonte, Recife, São Paulo, Belém, Fortaleza, Salvador e Curitiba, além de Brasília e Goiânia (IBGE, 2015).

Para a análise de tendência dos gastos com internações psiquiátricas, foi necessário transformar dados brutos em valores relativos, ou seja, o gasto com as internações psiquiátricas como numeradores de frações com denominadores populacionais fidedignos (ROUQUAYROL, 2003; ALMEIDA FILHO, 2006). Foram utilizados dados de projeções populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010a).

O método de cálculo utilizado para as variáveis foi:

- Gastos hospitalares segundo sexo:

$$\frac{\text{Gastos com internações hospitalares psiquiátricas por sexo}}{\text{População residente por sexo no ano considerado}} \times 10.000$$

- Gastos hospitalares segundo idade:

$$\frac{\text{Gastos com internações hospitalares psiquiátricas por faixa etária}}{\text{População residente por faixa etária no ano considerado}} \times 10.000$$

- Gastos hospitalares segundo Regional de Saúde:

$$\frac{\text{Gastos com internações hospitalares psiquiátricas por Regional de Saúde}}{\text{População residente na Regional de Saúde no ano considerado}} \times 10.000$$

- Gastos hospitalares segundo óbito:

$$\frac{\text{Gastos por altas com óbitos ocorridos em internações hospitalares psiquiátricas}}{\text{Número total de internações hospitalares psiquiátricas no ano considerado}} \times 100$$

- Gastos hospitalares segundo tipo de AIH:

$$\frac{\text{Gastos com internações hospitalares psiquiátricas por tipo de AIH}}{\text{Número total de internações hospitalares psiquiátricas por tipo de AIH, pagas pelo SUS, no ano considerado}} \times 100$$

- Gastos hospitalares segundo diagnóstico principal de internação:

$$\frac{\text{Gastos com internações hospitalares psiquiátricas por diagnóstico principal de internação}}{\text{Número total de internações hospitalares psiquiátricas por diagnóstico principal de internação, pagas pelo SUS, no ano considerado}} \times 100$$

-Gastos hospitalares por dias de permanência:

$$\frac{\text{Gastos com internações hospitalares psiquiátricas por dias de permanência}}{\text{Número total de internações hospitalares psiquiátricas por dias de permanência, pagas pelo SUS, no ano considerado}} \times 100$$

5.5 CONSTRUÇÃO DOS BANCOS DE DADOS

5.5.1 Análise da evolução dos leitos psiquiátricos

O programa TAB foi criado em 1994 pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus), com a finalidade de oferecer um instrumento simples e rápido para se realizar tabulações com os dados provenientes dos sistemas de informação do SUS. É importante assinalar que esse programa, bem como outros produtos voltados para a área de saúde, só se tornou possível porque os sistemas de informação do SUS dispõem de definição nacional, permitindo, assim, a geração imediata das tabulações mais comuns, a

partir de arquivos pré-definidos. A versão para DOS (TAB) e a versão para Windows (TABWIN) encontram-se disponíveis no MS-BBS (*Bulletin Board System* do Ministério da Saúde) e na internet (<http://www.datasus.gov.br>) (BRASIL, 2000b).

As ferramentas de tabulação desenvolvidas pelo Datasus objetivam prover a necessidade de gestores, estudiosos e público interessado da área da saúde em obter e analisar, com rapidez e objetividade, os dados dos sistemas de informações do SUS. Esses tabuladores permitem selecionar e organizar os dados conforme o objetivo da pesquisa, bem como associar as tabulações a mapas, possibilitando visualização e avaliação espacial da informação. Esse é um recurso valioso de apoio a políticas e ações de saúde. Novas versões do TabWin e do TabNet são periodicamente lançadas. Esses programas são de distribuição gratuita e estão disponíveis para download nos links do Datasus (BRASIL, 2000b).

Para a obtenção e instalação da base de dados do SCNES para uso com o tabulador *Tab para Windows (TABWIN)*, foi utilizada a Gerência de Sistema de Infraestrutura do SUS (GEINFS) do Datasus, que disponibiliza, todos os meses, arquivos que possibilitam a emissão de relatórios sobre o SCNES.

Todo o processo de criação do banco de dados dos anos de estudo, de 2005 a 2013, foi com o TabCNES e tendo como tabulador o Tabwin, que foi utilizado como um tabulador genérico, de domínio público, que permitiu organizar dados conforme o objetivo da pesquisa, ao tabular, juntos, diferentes tipos de dados no mesmo ambiente.

Dos diversos arquivos constantes do banco de dados do CNES (equipamentos, estabelecimentos, leitos, profissionais, serviços, equipes e habilitação) de todos os Estados da federação, foi objeto de estudo os arquivos de leitos. Foram selecionados arquivos de leitos por especialidade médica do Estado do Paraná, mês a mês e a cada ano do período de 2005 a 2013.

Por último foram tabulados os dados dos leitos psiquiátricos o que permitiu a separação de dados dos leitos por especialidade médica (psiquiatria) e a comparação de variáveis em períodos e arquivos diferentes.

Nessa etapa foi realizada conferência dos dados por meio de dois processos paralelos de seleção dos leitos psiquiátricos no banco de dados do CNES. O objetivo dessa conferência foi garantir a qualidade nos processos de extração dos arquivos.

5.5.2 Análise da tendência das internações psiquiátricas e dos gastos hospitalares

A construção dos bancos de dados para se analisar as internações psiquiátricas e os gastos, foi realizada a partir da localização dos arquivos do SIH-SUS, de janeiro de 2000 a dezembro de 2013, no endereço eletrônico do Datasus e selecionados: “serviços”- “transferência de arquivos”- “modalidade de arquivos- dados”- “SIHSUS reduzida”, e, para download dos arquivos, foi selecionado o Estado do Paraná, mês e anos de interesse. Os movimentos mensais, que são os arquivos disponibilizados pelo Datasus, entre 1º de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2013, foram descompactados do formato *DBC* para o formato *DBF*, utilizando-se do aplicativo TABWIN-versão Tab para Windows 3.2, desenvolvido pelo Datasus para ser utilizado nas bases de dados do SIH-SUS. Após a tabulação de todas as variáveis, foram transportados e condensados por ano, para o programa *Microsoft Office Excel* 2013.

Visando atender aos objetivos propostos e considerando a ferramenta TabWIN, que não permite tabular mais de duas variáveis ao mesmo tempo, os procedimentos realizados para a construção dos bancos seguiram as seguintes etapas:

- Primeira etapa

Realizada a tabulação de todas as internações em que constavam o diagnóstico principal com o CID 10, do capítulo V (Transtornos mentais e comportamentais), de todos os hospitais do Estado do Paraná por ano de estudo.

Para a tabulação foi selecionado, na linha do tabulador, o “Hospital PR CNPJ” e, na coluna, “ano/mês de internação”, com seleções disponíveis de: “AIH normal e de longa permanência”. O incremento foi para a frequência e valor total dos gastos, separadamente. Essa tabulação foi realizada para os anos de 2000, 2001, 2002 e 2003, a partir de 2004, e na linha foi tabulado “Hospital PR CNES”, pela inserção de todos os hospitais do país no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

- Segunda etapa

Houve a necessidade de separar as internações psiquiátricas ocorridas nos hospitais psiquiátricos e nos hospitais gerais. Como, para tanto, não há seleção possível que determine os hospitais gerais que tenham realizado internações psiquiátricas, optou-se por utilizar nas seleções disponíveis do tabulador “leito/especialidade – 05 Psiquiatria” para os hospitais psiquiátricos (HP) e sem “leito/especialidade – 05 Psiquiatria” para os hospitais gerais (HG).

A partir dessa seleção, foram tabuladas as variáveis: sexo, faixa etária, Regional de Saúde, óbito, dia de permanência, diagnóstico principal de internação, diagnóstico principal de internação por sexo masculino e diagnóstico principal de internação por sexo feminino para cada ano do estudo, totalizando 224 planilhas do Excel.

É importante ressaltar que, diferentemente de outros estudos anteriormente realizados, neste os bancos com as variáveis dos hospitais psiquiátricos e os hospitais gerais foram criados, pois, *a priori*, não há como se tabular de forma direta os dados das internações psiquiátricas do HG.

- Terceira etapa

A limpeza operacional dos arquivos que contém as planilhas com todas as variáveis, por ano de estudo, foi realizada manualmente. Verificou-se por meio do CNPJ/CNES qual era hospital especializado, denominado aqui de HP e quais eram os HG, e a partir de então, foi realizada a categorização desses hospitais. Esse processo foi de aproximadamente quatro meses e foi realizado com contraprova.

- Quarta etapa

Como os objetivos propostos estavam na análise da frequência e valor dos gastos das internações psiquiátricas, após a extração dos dados de interesse, foram criados quatro arquivos com 91 colunas cada um, que por agrupamentos de algumas variáveis, estabeleceram-se em 68 colunas cada arquivo. Cada uma destas correspondia a uma informação da variável de estudo, extraída da AIH, e cada linha, a um dos anos de estudo. O primeiro banco formado, com a frequência das internações ocorridas em hospitais psiquiátricos, foi denominado de “banco HP frequência”; o segundo, com gastos das internações psiquiátricas ocorridas em hospitais psiquiátricos, de “banco HP gastos”. Seguindo-se a mesma lógica da frequência e gastos, nas internações psiquiátricas ocorridas em hospitais gerais criaram-se o “banco HG frequência” e o “banco HP gastos”.

- Quinta etapa

Para a realização da análise estatística, foi necessário que os quatro bancos principais, denominados de “banco HP frequência”, “banco HP gastos”, “banco HG frequência” e “banco HP gastos”, fossem agrupados em arquivos, segundo as informações contidas nas variáveis do estudo. Os arquivos que continham as variáveis do diagnóstico principal, diagnóstico principal masculino e diagnóstico principal feminino ficaram agrupados com 132 colunas para serem modeladas. A variável Regional de Saúde ficou estabelecida com 88 colunas para serem modeladas. A variável: dias de permanência

apresentou 12 colunas, e a variável faixa etária formou-se com 16 colunas. As variáveis tipo de AIH, sexo e óbito ficaram agrupadas em arquivos com oito colunas cada uma para serem modeladas estatisticamente. Cada coluna significou uma entrada a ser realizada para ser apresentado o resultado do modelo estatístico, e no total foram realizadas 272 modelagens estatísticas. Os gráficos dos modelos com significância estatística e as tabelas foram agrupados nos apêndices dos manuscritos 2 e 3.

5.6 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

Neste estudo, optou-se pela distribuição de probabilidades, e, para a verificação do ajuste do modelo, foi escolhido o Modelo Linear Generalizado (MLG).

Os MLG representam a união de modelos lineares e não lineares com uma distribuição da família exponencial, que é formada pela distribuição normal, Poisson, binomial, gama, normal inversa e incluem modelos lineares tradicionais (modelo com a variável resposta seguindo distribuição normal), bem como modelos logísticos (SCHMIDT, 2003).

Os MLG foram introduzidos por Nelder e Wedderburn, em 1972, e nada mais são do que uma síntese desses e de outros modelos, vindo, assim, unificar, tanto do ponto de vista teórico como conceitual, a abordagem linear generalizada. Mostraram que uma série de técnicas estatísticas, comumente estudadas separadamente, podem ser formuladas, de maneira unificada, como uma classe de modelos de regressão. Os MLG foram propostos para aplicações, em que a variável de resposta y pode ser representada por alguma distribuição da família de exponencial e para dados não normalmente distribuídos. Os

modelos lineares generalizados podem ser definidos a partir de uma única variável de interesse Y e a respectiva associação com outras variáveis, chamadas de variáveis exploratórias $x_1, \dots, x_k$. (MARCIANO, 2009).

5.6.1 Análise da evolução dos leitos psiquiátricos

Para a verificação da tendência da evolução dos leitos psiquiátricos utilizou-se a análise de diferença relativa e o modelo de regressão de Poisson. A diferença relativa entre os números de leitos foi calculada como a proporção (%) representada pela diferença dos valores dos anos extremos em relação ao valor do número de leitos do ano de 2005.

O elemento diferenciador para a utilização do modelo de regressão de Poisson na análise dos dados do primeiro objetivo justifica-se pela natureza especial da variável dependente, número de leitos psiquiátricos, que assume valores inteiros não negativos, correspondente à ocorrência dos números de leitos psiquiátricos existentes em um intervalo de tempo, de 2005 a 2013, nas RS do Estado do Paraná.

O modelo de regressão de Poisson é uma técnica que permite o ajuste de modelos, na qual a variável dependente representa contagem. A distribuição de Poisson tem sido amplamente utilizada na análise de dados de contagem nas diversas áreas do conhecimento como saúde pública e epidemiologia. Entretanto, em dados de contagem, pode ocorrer uma variabilidade maior que a esperada e esse fenômeno chama-se superdispersão. Nesses casos opta-se em utilizar uma distribuição que melhor modele a extravariação. Tal distribuição é chamada de binomial negativa (KLEINBAUM et al., 1998).

O modelo binomial negativo foi utilizado, pois apresenta o mesmo valor esperado do modelo de Poisson, mas com uma modificação na variância, a qual pode ser uma alternativa para modelos com superdispersão (KLEINBAUM et al., 1998). Os dados foram processados no programa estatístico *Statistical Analysis System* (SAS) versão 9.3.

5.6.2 Análise da tendência das internações psiquiátricas e gastos hospitalares

A análise da tendência das internações e gastos hospitalares foi realizada por meio do modelo regressão polinomial, utilizando-se a técnica estatística de regressão linear simples. Foram consideradas como variável dependente (Y) as internações psiquiátricas, e, como variável independente (X), os anos de estudo de 2000 a 2013. Essa análise justifica-se pela facilidade de elaboração, interpretação e poder estatístico, por realizar a análise de tendência por meio de modelos de regressão, por ter um alto poder, do ponto de vista, assim como por apresentarem mais facilidade de formulação e interpretação. O modelo polinomial tem como objetivo encontrar a curva que melhor se ajusta aos dados, de modo a descrever a relação entre a variável dependente e a variável independente (LATORRE; CARDOSO, 2001).

Foram testados os modelos de regressão polinomial em que os valores de Y e dos X são as variáveis dependente e independente, respectivamente, e β_0 , β_1 , β_2 e β_3 são os coeficientes de regressão. Os modelos podem ser: linear (primeira ordem), segunda ordem; terceira ordem; e exponencial.

A escolha do melhor modelo considerou a análise do diagrama de dispersão, do valor do coeficiente de determinação (r^2 quanto mais próximo de 1, mais ajustado

encontra-se o modelo) e da análise dos resíduos (suposição de homocedasticidade verdadeira). Quando dois modelos forem semelhantes, do ponto de vista estatístico, optou-se pelo mais simples, ou seja, de menor ordem. Foi considerada tendência significativa aquela cujo modelo de regressão estimado obteve um $p < 0,05$. Foi utilizado o *SPSS for Windows* (versão 20.0) na elaboração dos modelos de regressão polinomial, assim como dos gráficos de dispersão.

5.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Foram utilizados dados secundários que estão disponibilizados na internet e são, portanto, de domínio público e que não identificam os indivíduos internados. Por essa razão, esta pesquisa foi dispensada de processo de aprovação pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá-PR, por meio do ofício nº 01/2015, em conformidade com a resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (Anexo A).

6 RESULTADOS

Os resultados do estudo foram apresentados em forma de três manuscritos científicos para submissão em periódicos. Cada manuscrito foi o resultado dos objetivos específicos propostos no projeto de tese.

Manuscritos que compõem a tese:

- **manuscrito 1:** evolução dos leitos psiquiátricos no Estado do Paraná;
- **manuscrito 2:** análise da tendência das internações psiquiátricas no Estado do Paraná, 2000 a 2013;
- **manuscrito 3:** gastos públicos com internações psiquiátricas no Estado do Paraná: análise do período de 2000 a 2013.

6.1 MANUSCRITO 1

EVOLUÇÃO DOS LEITOS PSIQUIÁTRICOS NO ESTADO DO PARANÁ

EVOLUTION OF PSYCHIATRIC BEDS IN THE STATE OF PARANÁ

EVOLUCIÓN DE LAS CAMAS PSIQUIÁTRICAS EN EL ESTADO DE PARANÁ

RESUMO

Objetivo: analisar a evolução dos leitos hospitalares psiquiátricos no Estado do Paraná de 2005 a 2013. **Método:** estudo ecológico da tendência do número de leitos psiquiátricos, segundo tipo de atendimento, tipo de estabelecimento e tipo de prestador, com dados secundários do Sistema de Cadastro dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES). A tendência foi verificada segundo cada variável, utilizando-se análise de diferença relativa e modelo de regressão de Poisson. **Resultados:** os leitos psiquiátricos diminuíram 29,7%, de 4.264 para 2.995, de 2005 a 2013, distribuídos nas Regionais de Saúde. Os leitos psiquiátricos nos hospitais psiquiátricos reduziram 40,1% de 4.005 em 2005 para 2.395 em 2013. Destes leitos existentes em 2013, 80,2% estavam disponibilizados ao Sistema Único de Saúde (SUS) e 19,7%, ao Não SUS. Os leitos psiquiátricos nos hospitais gerais aumentaram 134,6% com expressivo crescimento nos anos de 2012 e 2013. Houve diminuição de 41,5% nos leitos SUS nos hospitais psiquiátricos e aumento de 148% nos hospitais gerais, enquanto que os leitos Não SUS em hospitais psiquiátricos a queda foi de 32,8% enquanto que nos hospitais gerais houve aumento de 100%. Com relação ao tipo de prestador sem fins lucrativos, aumentou da inexistência, em 2005, a 834 leitos psiquiátricos, cadastrados nessa modalidade; nos leitos cadastrados nos filantrópicos houve redução no número de leitos psiquiátricos de 12,8%; no SUS essa diminuição foi de 7,07%; e no Não SUS com diminuição de 36,4% dos leitos psiquiátricos hospitalares. Algumas Regionais de Saúde fecharam quase a totalidade dos leitos psiquiátricos. Com relação as Macrorregionais de Saúde houve aumento de 4,1% número de leitos psiquiátricos na Norte, e nas Leste, Oeste e Noroeste houve decréscimo de 35,6%; 57,5% e 16,6%, respectivamente. **Conclusão:** a redução dos leitos psiquiátricos em hospitais psiquiátricos acontece de forma gradual e significativa e em hospitais gerais houve diferença na evolução dos leitos por tipo de atendimento, SUS e Não SUS. Houve aumento significativo de leitos nos hospitais gerais que são diretamente influenciados por políticas públicas de saúde mental. Os leitos Não SUS, menos influenciados pelas políticas públicas de saúde mental, o aumento dos leitos psiquiátricos foi inferior ao do SUS. Esses resultados podem demonstrar que mesmo discreto existe avanço da Reforma Psiquiátrica no Estado do Paraná demonstrando pela diminuição dos leitos em hospitais psiquiátricos e aumento em hospitais gerais.

Palavras-chave: Saúde mental. Hospitais psiquiátricos. Hospitais gerais. Número de leitos em hospital.

ABSTRACT

Objective: To analyze the evolution of psychiatric hospital beds in the state of Paraná between 2005 and 2013. **Method:** An ecological study on trends with regard to the number of psychiatric beds, according to type of service, type of establishment and type of provider, with secondary data from the System Health Services Registry (SCNES). Trends were assessed according to each variable by difference analysis for model and Poisson regression. **Results:** Psychiatric beds decreased 29.7%, from 4264 to 2995, between 2005 and 2013, among the Health Regional Units. There was a 40.1% decrease in Psychiatric Hospital beds, from 4,005 in 2005 to 2,395 in 2013. Further, 80.2% of beds in 2013 were available to SUS and 19.7% to non-SUS patients. Psychiatric beds in general hospitals increased 134.6% with significant growth in 2012 and 2013. There was a 41.5% decrease in SUS beds in psychiatric hospitals and a 148% increase in general hospitals; there was a 32.8% decrease in non-SUS beds in psychiatric hospitals, with 100% increase in general hospitals. With regarding to charity-provider, increase ranged from 0 in 2005 to 834 psychiatric beds, registered in this modality. There was a 12.8% decrease in beds in philanthropic hospitals, with a 7.07% decrease in SUS beds and a 36.4% decrease in non-SUS beds in psychiatric hospitals. Some health districts have practically eliminated all psychiatric beds. In the case of Health Macro-regional Units, a 4.1% increase was reported in the number of psychiatric beds in the North, East, West and North-West Units, with a respective decrease of 35.6%; 57.5% and 16.6%. **Conclusion:** Decrease in psychiatric beds in psychiatric hospitals occurs gradually and significantly. There was some difference in the evolution of hospital beds in general hospitals by type of care, whether SUS or non-SUS. A significant increase of beds in general hospitals was directly influenced by public policies on mental health. Non-SUS beds were less affected by public policies on mental health, and increase in psychiatric beds was lower than that in SUS. Results demonstrate that, albeit discrete, advancement in psychiatric reform is occurring in the state of Paraná, shown by reduction of beds in psychiatric hospitals and an increase in general hospitals.

Keywords: Mental health. Psychiatric hospitals. General hospital. Hospital bed capacity.

RESUMEN

Objetivo: analizar la evolución de las camas hospitalarias psiquiátricas en el Estado de Paraná de 2005 a 2013. **Método:** estudio ecológico de la tendencia del número de camas psiquiátricas, según tipo de atención, tipo de establecimiento y tipo de prestador, con datos secundarios del Sistema de Catastro de los Establecimientos de Salud (SCNES). La tendencia fue verificada según cada variable, utilizándose análisis de diferencia relativa y modelo de regresión de Poisson. **Resultados:** las camas psiquiátricas disminuyeron el 29,7%, de 4.264 para 2.995, de 2005 a 2013, distribuidas en las Regionales de Salud. Las camas psiquiátricas en los hospitales psiquiátricos disminuyeron el 40,1% de 4.005 en 2005 para 2.395 en 2013. De estas camas existentes en 2013, el 80,2% estaban disponible al SUS y 19,7%, al No SUS. Las camas psiquiátricas en los hospitales generales aumentaron el 134,6% con expresivo crecimiento en los años de 2012 y 2013. Hubo disminución del 41,5% en las camas SUS en los hospitales psiquiátricos y aumento del 148% en los hospitales generales, mientras que las camas No SUS en hospitales psiquiátricos la disminución fue del 32,8% mientras que en los hospitales generales hubo aumento del 100%. Relación al tipo de prestador sin fines lucrativos, aumentó de la inexistencia, en 2005, a 834 camas psiquiátricas, catastrados en esa modalidad; en las camas catastradas en los filantrópicos hubo disminución en el número de camas

psiquiátricas del 12,8%; en el SUS esa disminución fue del 7,07%; y en el No SUS con disminución del 36,4% de las camas psiquiátricas hospitalarias. Algunas Regionales de Salud cerraron casi la totalidad de las camas psiquiátricas. Relación a las Macro regionales de Salud hubo aumento del 4,1% número de camas psiquiátricas en la Norte, y en las Este, Oeste y Noroeste hubo disminución del 35,6%; el 57,5% y el 16,6%, respectivamente. **Conclusión:** la reducción de las camas psiquiátricas en hospitales psiquiátricos sucede de forma gradual y significativa y en hospitales generales hubo diferencia en la evolución de las camas por tipo de atención, SUS y No SUS. Hubo aumento significativo de camas en los hospitales generales que son directamente influenciados por políticas públicas de salud mental. Las camas No SUS, menos influenciados por las políticas públicas de salud mental, el aumento de las camas psiquiátricas fue inferior al del SUS. Esos resultados pueden evidenciar que aunque pequeño existe avance de la Reforma Psiquiátrica en el estado de Paraná demostrado por la disminución de las camas en hospitales psiquiátricos y aumento en hospitales generales.

Palabras clave: Salud mental. Hospitales psiquiátricos. Hospitales generales. Número de camas en hospital.

INTRODUÇÃO

Enquanto a lógica brasileira na atenção à pessoa com transtorno mental foi de implantação de grandes hospitais psiquiátricos, na sua maioria privados, com a compra dos leitos pelo Estado, iniciou-se em nível mundial uma diminuição dos leitos em hospitais psiquiátricos em meados de 1950, principalmente nos Estados Unidos e Reino Unido. Na maioria dos países da Europa Ocidental, no entanto, o fechamento de hospitais psiquiátricos ganhou impulso somente na década de 1970. Os grandes asilos do século XIX foram fechados ou reduzidos, e o número de leitos em hospitais psiquiátricos diminuiu drasticamente (PEDERSEN; KOLSTAD, 2009).

A discussão e preocupação com os leitos psiquiátricos em hospitais gerais remontam de longa data. No Canadá, o Departamento Nacional de Saúde e Bem-Estar realizou pesquisa por questionários, na década de 1950, e apresentou como resultado que dos 166 hospitais gerais com mais de 100 leitos no país convidados a participar da pesquisa, 151 responderam. Destes hospitais, em 73 ou 48% existiam serviços de psiquiatria. Dos cerca de 61.000 leitos de hospitais gerais, o total de leitos para pacientes psiquiátricos era de 318, representando 0,5% do

total e destes, 255 eram em unidades separadas nos hospitais gerais (ROBERTS; GOUGH; MENNIE, 1953). Na Holanda, sob forte influência de associações de usuários e familiares sobre o conteúdo e a qualidade dos serviços prestados, já na década de 1990, 33% das internações hospitalares psiquiátricas foram realizadas dentro de hospitais gerais. Recentemente, importantes mudanças organizacionais estão ocorrendo na assistência psiquiátrica naquele país (SCHENE; FABER, 2001).

Em Israel, na última década, um grande esforço foi realizado para se completar o complexo processo da reforma psiquiátrica no sistema de saúde mental. O número de leitos em hospitais psiquiátricos foi reduzido de 0,88 por 1.000 leitos para 0,45 por 1.000 leitos psiquiátricos, sem apresentar substancial aumento do número total de leitos psiquiátricos nos hospitais gerais. Nos departamentos psiquiátricos de hospitais gerais em Israel, que possuem menos de 10% do total do número de leitos psiquiátricos, prestam serviços de internação para pessoas com transtornos mentais que sofrem de problemas físicos, bem como pacientes psiquiátricos (KATZ et al., 2011).

No Brasil, a internação de pessoas com transtornos mentais pode ser realizada em enfermarias de hospitais gerais ou em hospitais psiquiátricos. Até a década de 1950 a quase totalidade das internações psiquiátricas era realizada em hospitais psiquiátricos distribuídos em todas as regiões do país. As primeiras unidades psiquiátricas em hospitais gerais surgiram em 1954 nos Estados da Bahia e de São Paulo (BOTEGA, 2002).

O processo de redução de leitos em hospitais psiquiátricos e da desinstitucionalização de pessoas com transtornos mentais, torna-se política pública no Brasil a partir da década de 1990 e somente a partir de 2002 várias normatizações do Ministério da Saúde (MS) foram regulamentadas e instituíram mecanismos para reduzir leitos psiquiátricos a partir dos macro-hospitais psiquiátricos e com incentivos à internação psiquiátrica em hospitais gerais. A lei nº 10.216 de 2001, que preconiza redução gradual do

número de leitos psiquiátricos, programada e pactuada com os gestores públicos nos Estados e municípios da Federação. Para colocar em prática a política de saúde mental brasileira, no ano de 2004 a portaria GM nº 52 estabeleceu o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no Sistema Único de Saúde (SUS), indicando a “necessidade de estabelecer critérios técnicos para a redução progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos” (BRASIL, 2001b; BRASIL, 2004c).

O hospital geral, com as mudanças que vêm ocorrendo no modelo assistencial em saúde mental, passou a ocupar um lugar estratégico na rede de atenção à saúde mental, recebendo pessoas com algum transtorno mental sempre que a assistência oferecida pelos serviços extra-hospitalares ambulatoriais seja insuficiente. Aproximadamente 4,5% do total de internações psiquiátricas ocorrem em hospitais gerais, o que a princípio pode não parecer muito, mas, se comparado ao início da década de 1990, representou aumento de 59% (BOTEGA, 2002).

Em estudo realizado de 2000 a 2004, com dados secundários do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus) no Estado do Rio Grande do Sul, que analisou as internações psiquiátricas por tipo de hospital (psiquiátrico ou geral) foi observado tendência de diminuição da proporção das internações em hospitais psiquiátricos com consequente aumento na proporção de internações em hospitais gerais (CANDIAGO; ABREU, 2007).

Atualmente, no Brasil, no Sistema de Informação em Saúde no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) existem cadastrados 452.319 leitos hospitalares, destes, 319.941 (70,73%) são leitos vinculados ao SUS, podendo ser leitos públicos, privados, filantrópicos ou sem fins lucrativos. Os demais leitos cadastrados, 132.378 (29,27%) leitos hospitalares, não são vinculados ao SUS, sendo privados lucrativos. Do total de leitos cadastrados em estabelecimentos de saúde brasileiros, 41.989 são leitos de psiquiatria, sendo

31.257 (74,44%) SUS e 10.732 (25,56%) não vinculados ao SUS (Não SUS). O Estado do Paraná está cadastrado no CNES com 28.133 leitos gerais, destes, 20.172 (71,70%) são vinculados ao SUS e 7.961 (28,29%) são privados lucrativos Não SUS (BRASIL, 2014).

Considerando-se as políticas públicas, voltadas para a assistência em saúde mental, especificamente aquelas relativas à efetivação e implantação dos serviços substitutivos ambulatoriais, as que incluem fechamento de leitos hospitalares psiquiátricos em hospitais psiquiátricos e a falta de incremento na ampliação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, para a reestruturação da assistência psiquiátrica no Estado do Paraná, é oportuno conhecer o comportamento e a tendência do número dos leitos psiquiátricos em regiões e Estados brasileiros. O presente estudo teve como objetivo analisar a evolução da disponibilidade dos leitos hospitalares psiquiátricos, no Estado do Paraná de 2005 a 2013.

MÉTODOS

Trata-se de estudo do tipo ecológico, longitudinal. Os dados secundários foram obtidos do Sistema de Cadastro dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES), gerados pelo aplicativo TabCNES e importados pelo programa Tabwin (Tab para Windows 3.2), ambos desenvolvidos pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus) de domínio público. O CNES visa disponibilizar informações das atuais condições de infraestrutura de funcionamento dos estabelecimentos de saúde nas esferas estadual e municipal. A inscrição no CNES abrange a totalidade dos hospitais existentes no país, assim como a dos estabelecimentos ambulatoriais vinculados ao SUS e, ainda, os estabelecimentos de saúde ambulatoriais não vinculados ao SUS. Estabelecimentos de saúde (ES) são definidos como qualquer local destinado à realização de ações e/ou serviços de saúde, coletiva ou individualmente, qualquer que seja o seu porte ou nível de complexidade (BRASIL, 2014).

Foram analisados todos os leitos hospitalares psiquiátricos, no Estado do Paraná, dos estabelecimentos de saúde da rede assistencial psiquiátrica. O Paraná, um dos três Estados que compõem a região Sul do Brasil, possui 399 municípios e população de 10.577.755 habitantes (IBGE, 2010b). Está subdividido em 22 Regionais de Saúde (RS) e quatro Macrorregiões de Saúde (MR): Leste, Oeste, Noroeste e Norte (PARANÁ, 2011).

O período de estudo foi de nove anos, de 2005 a 2013, pois o ano de 2005 foi o início da obrigatoriedade de inclusão dos dados de ES no CNES. A referência para a tabulação no TabCNES dos dados foi o mês de novembro de cada ano, por esse mês estar em todos os anos do estudo.

Os leitos psiquiátricos cadastrados foram coletados e tabulados segundo Regionais de Saúde (RS) do Estado do Paraná e Macrorregionais de Saúde e analisados segundo tipo de estabelecimento (hospital psiquiátrico (HP), hospital geral (HG), hospital-dia (HD)); tipo de prestador (público, filantrópico, sem fins lucrativos e privados); e tipo de atendimento (leitos classificados como conveniados ou contratualizados ao SUS denominam-se, neste estudo, por leitos SUS, e leitos classificados como privados denominados, leitos Não SUS).

Para se analisar a evolução dos leitos foi utilizada a análise de diferença relativa e o modelo de regressão de Poisson. Essa análise dos dados justifica-se pela natureza da variável dependente do estudo, número de leitos psiquiátricos, que assume valores inteiros não negativos, correspondentes à ocorrência do número de leitos psiquiátricos existentes em um intervalo de tempo. Na aplicação do modelo de Poisson supõe-se igualdade entre a média e a variância. Quando a variabilidade é maior que a média, considera-se que há sobredispersão, ou seja, a suposição básica do modelo de igualdade entre a média e a variância não é válida. Uma alternativa nesse caso foi a binomial negativa, que considera a sobredispersão como resultado de uma heterogeneidade não observada. O modelo binomial

negativo oferece como parâmetro a razão de taxas de incidência (*Incidence Rate Ratio-IRR*) da mesma forma que o modelo de Poisson. A IRR indica que foi a alteração da incidência (expressa em percentuais) associada ao acréscimo unitário na variável explicativa em análise, com todas as outras variáveis do modelo mantidas constantes (CAMERON; TRIVEDI, 2013).

Foi estabelecido nível de significância de 5% ($p < 0,05$). O modelo de análise identificou quais variáveis do estudo foram determinantes para explicar a variabilidade do número de leitos hospitalares psiquiátricos, cadastrados no Estado do Paraná no período. A análise dos resíduos foi utilizada para avaliar a adequação do modelo, a tabela do tipo I expressa a contribuição da variável quando as outras variáveis acima dela estão presentes, na tabela do tipo III, expressa a contribuição da variável quando todas as outras variáveis estão no modelo denominada de análise de *deviance* (ANODEV) (CORDEIRO; LIMA NETO, 2004).

Os dados coletados, após serem organizados em planilha eletrônica, foram processados no programa *Statistical Analysis System* (SAS) versão 9.3.

Os dados utilizados são de domínio público e assim houve dispensa de apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (COPEP) da Universidade Estadual de Maringá-PR, com parecer nº01/2015. O estudo seguiu as recomendações da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

RESULTADOS

Houve o decréscimo de 29,8% do número de leitos psiquiátricos no Estado do Paraná, de 4.264 em 2005 diminuiu para 2.995 em 2013. Destes leitos psiquiátricos do ano de 2013, 80,2% são leitos SUS e 19,8%, Não SUS (Tabela 1).

Com relação aos leitos psiquiátricos por tipo de estabelecimento nos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), cinco leitos em todos os anos, isso demonstra erro de registro, pois os leitos CAPS são de acolhimento noturno em regime ambulatorial e não poderiam estar como leitos psiquiátricos hospitalares. Com relação a leitos psiquiátricos no pronto-socorro geral apenas um é cadastrado, é exclusivo do SUS. Os leitos psiquiátricos no hospital-dia, somente encontrados no Não SUS, mantiveram-se constantes durante a maior parte dos anos e com aumento no ano de 2012 (Tabela 1).

Outro ponto, a ser destacado com relação ao tipo de estabelecimento, são os leitos psiquiátricos nos **HP** que sofreram redução de 40,2%, pois eram 4.005 no ano de 2005 e 2.395 no ano de 2013. Os leitos psiquiátricos cadastrados nos **HG** aumentaram em 134,6% no mesmo período, sendo expressivo o crescimento nos anos de 2012 e 2013. Com relação ao tipo de atendimento, no SUS houve diminuição de 41,5% nos leitos psiquiátricos dos **HP** e aumento de 148% nos **HG**, enquanto que no Não SUS a diminuição nos **HP** foi de 32,9% e o aumento, de 100% nos **HG** (Tabela 1).

O tipo de prestador determinou um aumento significativo nos leitos psiquiátricos classificados como **sem fins lucrativos** no período do estudo, passando da inexistência, em 2005, a 834 leitos psiquiátricos, cadastrados nessa modalidade (Tabela 1). Com relação ao SUS, do total de leitos psiquiátricos em 2013, 31,7%, cadastrados como **sem fins lucrativos**, e os leitos psiquiátricos cadastrados, no Não SUS eram 12,1%.

O tipo de prestador **filantrópico** determinou a redução no número de leitos psiquiátricos de 12,8%. No SUS essa diminuição foi de 7,1%, e no Não SUS foi mais expressiva com diminuição de 36,4% dos leitos psiquiátricos hospitalares (Tabela 1).

Em relação às RS, observou-se que em algumas houve o fechamento da totalidade dos leitos psiquiátricos. A RS de Cascavel, com 25 municípios e uma população referenciada de 513.071 habitantes, teve seus leitos cadastrados em estabelecimentos de

saúde de 349 para apenas cinco leitos psiquiátricos em 2013, redução de 98,5%. Por outro lado, as RS de Paranaguá, Apucarana, Foz do Iguaçu, Pato Branco, Francisco Beltrão, Campo Mourão e Paranaíba aumentaram os leitos psiquiátricos cadastrados. Com relação às quatro Macrorregionais de Saúde, houve aumento de 4,1% no total do número de leitos psiquiátricos na Macrorregional Norte, e as Macrorregionais Leste, Oeste e Noroeste tiveram decréscimo de 35,6%, 57,5% e 16,7%, respectivamente (Tabela 2).

Na análise gráfica do número médio de leitos psiquiátricos, de forma geral, encontram-se em todas variáveis grande variabilidade e um comportamento diferente em número de leitos psiquiátricos, máximos e mínimos muito diferentes, cadastrados no Estado do Paraná (Figura 1).

O número médio de leitos encontrados no SUS foi de 139 leitos psiquiátricos, com desvio padrão de 356 leitos. No Estado do Paraná o número de leitos SUS se comportou com grande variabilidade (Tabela 3). Nos anos de 2008 a 2010 os números de leitos psiquiátricos apresentaram-se com a média e o desvio padrão, basicamente sem alterações, nos valores encontrados para o número de leitos psiquiátricos (Tabela 3).

Observou-se que as quatro variáveis preditoras (independentes) são significativas, isto é, todas descrevem o comportamento do número de leitos psiquiátricos no Estado do Paraná (Tabela 4), são de fato explicativas para a variável desfecho (número de leitos psiquiátricos), o modelo binomial negativo foi aceito, considerando-se com o maior ajuste.

Analisando-se, os resultados dos tipos I e III, observa-se que o ano não é variável determinante e passou a ser significativo com a presença do tipo de atendimento, tipo de estabelecimento e tipo de prestador, conseguindo, assim, se diferenciar. A variação do número de leitos psiquiátricos, no período estudado, não depende só do ano, mas depende das outras variáveis que foram fundamentais para se identificar e explicar a variabilidade dos números de leitos psiquiátricos.

DISCUSSÃO

A redução dos leitos psiquiátricos nos hospitais psiquiátricos aconteceu de forma gradual e significativa no Estado do Paraná e o aumento dos leitos psiquiátricos nos hospitais gerais, aconteceu de forma distinta entre o SUS e Não SUS. Foi observado aumento significativo nos leitos de hospitais gerais que sofrem diretamente influência das políticas públicas de saúde mental no Estado do Paraná. Nos estabelecimentos de saúde Não SUS, que não sofrem influência das políticas públicas de saúde mental, esse aumento do número de leitos psiquiátricos em hospitais gerais foi inferior ao SUS, mas isso pode ser considerado um avanço da Reforma Psiquiátrica mesmo que discreto.

O período atual no Brasil caracteriza-se por dois movimentos simultâneos: a construção de uma rede de atenção à saúde mental, substitutiva ao modelo centrado na internação hospitalar, por um lado, e a fiscalização e redução progressiva e programada dos leitos psiquiátricos existentes, por outro (BRASIL, 2005a; BARROS; SALLES, 2011).

Contrastando com os dados desse estudo, que evidenciaram aumento dos leitos psiquiátricos no Estado do Paraná em hospital geral e diminuição dos leitos psiquiátricos em hospitais psiquiátricos, a pesquisadora da área social afirma que a internação psiquiátrica em hospital geral oferece alternativa para a assistência psiquiátrica hospitalar, porém, no Estado do Paraná, acontece a implantação dos leitos psiquiátricos em hospitais gerais de forma lenta (WADI, 2002, 2009). Entretanto são elencadas algumas dificuldades para a inserção da psiquiatria em hospitais gerais, como a falta de estrutura física desses hospitais para atender às regulamentações e portarias vigentes, qualificação insuficiente dos profissionais de saúde para o cuidado em saúde mental, o modelo de assistência hegemônico, o preconceito e o estigma sobre a pessoa com transtorno mental e sua família (PAES et al., 2013).

A portaria GM nº 3.088 de 2011, (BRASIL, 2011e), recomenda que o número de leitos psiquiátricos no componente da atenção hospitalar seja de um leito para cada 23 mil habitantes, isso no Estado do Paraná daria aproximadamente 460 leitos psiquiátricos para uma população estimada de 10.577.755 habitantes (IBGE, 2010b). Atualmente, com os dados levantados de todos os leitos psiquiátricos, são 358 leitos psiquiátricos por 100.000 mil habitantes no Estado do Paraná.

Os números de leitos psiquiátricos por habitantes nos países desenvolvidos, são muito maiores do que os verificados em países subdesenvolvidos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001). Isso pode estar relacionado ao fato de que os países desenvolvidos apresentam melhores políticas para a assistência à pessoa com transtorno mental e nos países menos favorecidos são subdiagnosticados ou, ainda, a comunidade convive melhor com a pessoa com transtorno mental. Cabe ressaltar que a Itália e a Espanha apresentam baixo número de leitos psiquiátricos por habitantes, apesar de estarem entre os países desenvolvidos (KILSZTAJN et al., 2008). Pesquisa que resumiu a situação atual dos serviços de saúde mental, em 20 países do mundo árabe, afirma que em três desses países (Líbano, Kuwait e Bahrein) tiveram pouco mais de 30 leitos psiquiátricos por 100.000 habitantes, enquanto dois (Sudão e Somália) apresentaram menos de cinco leitos por 100.000 habitantes (OKASHA; KARAM; OKASHA, 2012).

Estudo realizado com dados secundários, de 1990 a 2002, em seis países europeus (Inglaterra, Alemanha, Itália, Holanda, Espanha e Suécia), que utilizou, entre as inúmeras variáveis, o número de leitos psiquiátricos em hospitais psiquiátricos, destacou que houve diminuição do número de leitos nesses hospitais em cinco países, menos a Itália, na região Emilia-Romagna, com 4 milhões de habitantes, onde o número de leitos no hospital psiquiátrico aumentou em 18% (PRIEBE et al., 2005). Doze países pós-comunistas, de 1989 a 2009, experimentaram uma redução substancial nos números de leitos em hospitais

psiquiátricos, que em alguns países pode ter sido parcialmente compensada por um aumento no número de residências para egressos dos hospitais psiquiátricos e de leitos judiciários (MUNDT et al., 2012).

Há a hipótese de que o processo de desinstitucionalização, preconizado pela Reforma Psiquiátrica desde a década de 1950 em alguns países desenvolvidos, tenha chegado ao fim. Em estudo realizado em seis países europeus, embora o número de leitos psiquiátricos tenha diminuído em cinco países, tal fenômeno foi compensado com outras formas de cuidados institucionalizados (PRIEBE et al., 2005). Permaneceu a evidência do processo descrito como “reinstitucionalização” ou apenas como “trans-institucionalização” (mudança de uma estrutura institucional para outra), que pode depender do equilíbrio das políticas nacionais entre a redução dos leitos psiquiátricos, por um lado, e os cuidados extra-hospitais, institucionalizados e implantados, do outro (TURNER; PRIEBE, 2002; PRIEBE; TURNER, 2003; MYKLEBUST et al., 2010).

O hospital-dia apareceu com todos os leitos psiquiátricos no tipo de atendimento Não SUS, o que pode sugerir que os leitos psiquiátricos permaneceram nos HP e que foram cadastrados de forma diferente no CNES, mas o seu real perfil de atendimento à pessoa com transtorno mental continuou o mesmo. Pela própria avaliação do MS, os leitos psiquiátricos do hospital-dia têm mostrado baixa efetividade na reintegração social dos pacientes egressos de internações. Espera-se que com a implantação de serviços comunitários, como os Centros de Atenção Psicossocial, e a expansão da atenção psiquiátrica em hospitais gerais haja a superação progressiva desse dispositivo, que teve importância histórica na mudança do modelo de atenção em saúde mental (BRASIL, 2007a).

A política nacional de regulação do SUS, instituída pela portaria GM/MS nº 1.559 de 2008, preconiza que os acessos aos leitos de internação psiquiátrica devam ser

organizados por central de regulação. Da região Sul do Brasil, o Estado do Paraná possui 15 hospitais psiquiátricos, com unidades inseridas em sistema formalizado de referência e contrarreferência. Os Estados de Santa Catarina com três hospitais psiquiátricos e o Estado do Rio Grande do Sul com seis hospitais psiquiátricos, todos têm sistema de referência e contrarreferência (BRASIL, 2011e).

As ações de saúde mental deverão ser estruturadas a partir da realidade municipal, microrregional, regional e macrorregional, observando-se a estruturação do sistema de referência e contrarreferência, a porta de entrada do sistema e a rede de assistência de retaguarda, de acordo com as estruturas propostas na política de saúde mental (PARANÁ, 2013). O Estado do Paraná tem vazios assistenciais no número de leitos psiquiátricos, a Macrorregional de Saúde Norte é a mais prevalente, das cinco RS que a compõem, três atualmente não possuem leitos psiquiátricos no seu território, fator que pode ter sido determinante para que as outras duas RS mantivessem o número de leitos psiquiátricos quase sem alteração no período do estudo.

Pesquisa realizada com as coordenações estaduais de saúde mental de 24 Estados brasileiros que analisou o papel dos estados na gestão da política de saúde mental brasileira, considerando as diretrizes nacionais e as estratégias adotadas pelos mesmos na condução dessa política com relação ao modelo assistencial de 1990 a 2009 apontou que em 15 Estados o modelo de atenção psicossocial ainda reflete uma tendência à internação psiquiátrica, estando também centrado no atendimento ambulatorial e medicamentoso, além de apresentar dificuldades de articulação do trabalho em rede com a atenção básica e os CAPS (SIMON; BAPTISTA, 2011).

Outro importante aspecto verificado neste estudo para o Estado do Paraná foi o aumento no número de leitos psiquiátricos nos prestadores sem fins lucrativos, SUS e Não SUS e diminuição nos prestadores filantrópicos, de forma mais acentuada naqueles Não

SUS. No caso brasileiro, portanto, o sistema continuou dependente dos hospitais privados e filantrópicos para assegurar atendimento às pessoas com transtorno mental. Ainda hoje, somente 36% dos leitos SUS estão em hospitais públicos (municipais, estaduais ou federais). Os outros 64% são contratados de instituições privadas, que mesclam sua clientela entre particulares, afiliados ao sistema de saúde complementar e usuários do SUS (CAMPOS, 2008).

CONCLUSÃO

Foram coletados dados secundários do CNES, onde a informação é autorreferenciada, podendo haver algumas informações não fidedignas por parte dos estabelecimentos de saúde, apesar de que o pagamento efetuado aos procedimentos SUS dos conveniados/contratualizados e públicos lucrativos é realizado com anuência de outros sistemas de informação, como o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e os Sistemas de Informações Hospitalares (SIH).

Os leitos psiquiátricos diminuíram 29,7%, de 4.264 para 2.995 de 2005 a 2013, distribuídos nas Regionais de Saúde. Os leitos psiquiátricos nos hospitais psiquiátricos reduziram 40,1% de 4.005 em 2005 para 2.395 em 2013. Destes leitos existentes em 2013, 80,2% estavam disponibilizados ao SUS e 19,8% Não SUS. Os leitos psiquiátricos nos hospitais gerais aumentaram 134,6% com expressivo crescimento nos anos de 2012 e 2013.

Os resultados deste estudo ressaltam a influência do setor privado na atenção à saúde mental brasileiro, principalmente pela contratação de leitos hospitalares psiquiátricos. Esse fato é evidenciado também no Estado do Paraná que teve redução de 26,9% no tipo de prestador público, que indica a fragilidade do Estado na assistência em saúde mental, este um desafio importante a ser vencido pela Reforma Psiquiátrica.

Os hospitais com leitos psiquiátricos são, em geral, diversificados quanto ao tipo de atendimento, tipo de prestador, tamanho, área de atuação, e perfil de morbidade dos pacientes internados. Todavia a característica que mais difere uma unidade hospitalar de outra é a assistência psiquiátrica prestada à pessoa com transtorno mental, de boa ou má qualidade.

A decisão de aumentar ou reduzir os números de leitos psiquiátricos pode ser, em grande parte, motivada por uma questão política na maioria dos países, segundo a literatura estudada. A evidência de pesquisas sobre a temática das tendências atuais e fatores que influenciaram a criação ou fechamento de leitos psiquiátricos. No Brasil, ficará a cargo dos gestores municipais, que decidem a implantação dos dispositivos substitutivos em saúde mental, o recurso financeiro para implantação e custeio é do governo federal, porém, na grande maioria esse recurso é insuficiente para a manutenção dos serviços implantados.

Como resultado da desinstitucionalização, um grande número de pessoas com transtornos mentais estão, agora, recebendo cuidados na comunidade. Ao mesmo tempo, os recursos psiquiátricos na comunidade são limitados porque demandam implantação e implementação de novos serviços substitutivos, incluindo leitos hospitalares em hospitais gerais.

Procura-se conduzir o processo de mudança do modelo assistencial em saúde mental de modo a se garantir uma transição segura à pessoa com transtorno mental e sua família, em que a redução dos leitos hospitalares psiquiátricos possa ser planejada e acompanhada da construção de alternativas centradas no modelo comunitário de atenção em saúde mental.

Sabe-se que os resultados aqui apresentados não foram totalmente esgotados, comportando futuras interpretações sob outras óticas. Há necessidade de estudos complementares que incluam outras variáveis, como por exemplo, as que estão nos módulos do CNES e que auxiliariam na melhor compreensão dos fenômenos apontados e aqui discutidos.

REFERÊNCIAS

BARROS, S.; SALLES, M. Mental health care management in the Brazilian National Health System. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. esp., p. 1780-1785, 2011.

BOTEGA, N. J. Psychiatric units in Brazilian general hospitals: a growing philanthropic field. **Int. J. Soc. Psychiatry**, London, v. 48, no. 2, p. 97-102, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 abr. 2001b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em: 20 mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Portaria GM/MS nº 52, de 20 de janeiro de 2004. Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 jan. 2004c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0052_20_01_2004.html>. Acesso em: 20 mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral 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. Brasília, DF, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Relatório de Gestão 2003-2006: saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Brasília, DF, 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) Departamento Nacional de Auditoria do SUS. **Avaliação dos Hospitais Psiquiátricos no Âmbito do Sistema Único de Saúde. Ação Nacional - PT GM/MS nº 2.398/2011**. Brasília, DF, 2011e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). **Cadastro Nacional de Estabelecimentos da Saúde (CNES)**. Brasília, DF, 2014. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp>. Acesso em: 12 jan. 2014.

CAMERON, A. C.; TRIVEDI, P. K. **Regression Analysis of Count Data**. 2nd ed. Cambridge: Cambridge University Press, 2013. Econometric Society Monograph no. 53. Disponível em: <<http://cameron.econ.ucdavis.edu/racd2/RACD2programs.html>>. Acesso em: 12 jan. 2014.

CAMPOS, G. W. S. Políticas sociais: o público e o privado na saúde brasileira. **Le Monde Diplomatique Brasil**, São Paulo, v. 1, n. 8, p. 28-29, mar. 2008. Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/conselho/conf/8conferencia/publico_privado_saude.brasileira.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2014.

CANDIAGO, R. H.; ABREU, P. B. Uso do Datasus para avaliação dos padrões das internações psiquiátricas, Rio Grande do Sul. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.41, n.5, p. 821-829, 2007.

CORDEIRO, G. M.; LIMA NETO, E. A. Modelos paramétricos. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE PROBABILIDADE ESTATÍSTICA (SINAPE), 16., 2004, Caxambu, MG. **Anais...** Caxambu: ABE, 2004.

IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro, 2010b. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=pr>>. Acesso em: 27 out. 2013.

KATZ, G. et al. A Comparative Study of Psychiatric Inpatients in a General Hospital and a Psychiatric Hospital in Israel: Demographics, Psychopathological Aspects and Drug Abuse Patterns. **Isr. Med. Assoc. J.**, RamatGan, v. 13, no. 6, p. 329-332, June 2011.

KILSZTAJN, S. et al. **Leitos hospitalares e reforma psiquiátrica no Brasil**. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 10, 2008. Disponível: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_ARTTEXT&pid=S0102-311X2008001000016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 maio 2012.

MUNDT, A. P. et al. Changes in the provision of institutionalized mental health care in post-communist countries. **PLoS ONE**, San Francisco, v. 7, no. 6, p. e38490, June 2012.

MYKLEBUST, L. H. et al. Time-trends in the utilization of decentralized mental health services in Norway- A natural experiment: The VELO-project. **Int. J. Ment. Health Syst.**, London, v. 4, no. 1, p. 5, Mar. 2010.

OKASHA, A.; KARAM, E.; OKASHA, T. Mental health services in the Arab world. Mental health Policy Paper. **World Psychiatry**, Milan, v. 11, no. 1, p. 52-54, Feb. 2012.

PAES, M. R.; SILVA, T. L.; CHAVES, M. M. N.; MAFTUM, M. A. O papel do hospital geral na rede de atenção à saúde mental no Brasil. **Cienc. Cuid. Saude**, Maringá, v. 12, n. 2, p. 407-412, abr./jun. 2013 Disponível em: <[file:///C:/Users/Windows-7/Downloads/14207-95853-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Windows-7/Downloads/14207-95853-1-PB%20(1).pdf)>. Acesso em: 12 jun. 2014.

PARANÁ. Governo Estadual do Paraná. Decreto nº 2.037, de 20 de julho de 2011. Instituiu o Comitê Gestor Intersecretarial de Saúde Mental. **Diário Oficial do Estado**, Curitiba, n. 8511, 20 jul. 2011. Disponível em: <<http://www.politicassobredrogas.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=127>>. Acesso em: 12 jun. 2014.

PARANÁ. Secretaria do Estado de Saúde. Coordenação Estadual de Saúde Mental. **A rede de atenção à saúde mental no Paraná**. Curitiba, 2013.

PEDERSEN, B.; KOLSTAD, A. De-institutionalisation and trans-institutionalisation - changing trends of inpatient care in Norwegian mental health institutions 1950-2007. **International Journal of Mental Health Systems**, v. 3, no. 1, p. 28, 2009.

PRIEBE, S.; TURNER, T. Reinstitutionalisation in mental health care. **Brit. M. J.**, London, v. 326, p. 175-176, 2003.

PRIEBE, S. et al. Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries. **Brit. M. J.**, London, v. 330, Jan. 2005.

ROBERTS, C. A.; GOUGH, A. F.; MENNIE, W. A. Psychiatric Services in General Hospitals. **Canad. Med. Assoc. J.**, Chicago, v. 68, no. 6, p. 578-582, June 1953.

SCHENE, A. H.; FABER, A. M. Mental health care reform in The Netherlands. **Acta Psychiatr. Scand.**, Copenhagen, no. 410, p. 74-81, 2001. Supplement.

SIMON, A. G.; BAPTISTA, T. W. F. O papel dos estados na política de saúde mental no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 11, p. 2227-2241, 2011.

TURNER, T.; PRIEBE, S. Forget community care-reinstitutionalisation is here. **Br. J. Psychiatry**, London, v. 181, p. 253, 2002.

WADI, Y. M. **Palácio para guardar doidos**: uma história das lutas pela construção do hospital de alienados e da psiquiatria no Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Ed. da UFRGS, 2002.

WADI, Y. M. Uma história da loucura no tempo presente: os caminhos da assistência e da reforma psiquiátrica no Estado do Paraná. **Tempo e Argumento**, Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 68-98, jan./jun. 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Atlas**: mental health resources in the world 2001. Geneva, 2001. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/media/en/244.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2014.

Tabela 1 – Distribuição dos leitos psiquiátricos segundo tipo de atendimento, tipo de estabelecimento e tipo de prestador. Paraná, 2005 a 2013.

Variáveis	2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013		***Diferença relativa
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	%
TIPO DE ATENDIMENTO																			
SUS	3564	83,6	3175	81,5	2716	79,8	2637	80,4	2623	79,6	2638	79,6	2687	83,1	2601	80,2	2402	80,2	32,6
Não SUS	700	16,4	722	18,5	689	20,2	643	19,6	673	20,4	678	20,4	546	16,9	643	19,8	593	19,8	15,3
Total	4264	100,0	3897	100,0	3405	100,0	3280	100,0	3296	100,0	3316	100,0	3233	100,0	3244	100,0	2995	100,0	29,8
TIPO DE ESTABELECIMENTO																			
SUS																			
Hospital psiquiátrico	3400	95,4	3024	95,2	2546	93,7	2452	93,0	2452	93,5	2456	93,1	2508	93,3	2346	90,2	1989	82,8	41,5
Hospital geral	164	4,6	151	4,8	170	6,3	180	6,8	166	6,3	177	6,7	174	6,5	249	9,6	407	16,9	-148,2
Hospital-dia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
*CAPS	-	-	-	-	-	-	5	0,2	5	0,2	5	0,2	5	0,2	5	0,2	5	0,2	-
Pronto-socorro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-
Total	3564	100,0	3175	100,0	2716	100,0	2637	100,0	2623	100,0	2638	100,0	2687	100,0	2601	100,0	2402	100,0	32,6
Não SUS																			
Hospital psiquiátrico	605	86,4	625	86,6	590	85,6	545	84,8	575	85,4	575	84,8	453	83,0	490	76,2	406	68,5	32,9
Hospital geral	64	9,1	66	9,1	68	9,9	67	10,4	67	10,0	72	10,6	62	11,4	94	14,6	128	21,6	-100
Hospital-dia	31	4,4	31	4,3	31	4,5	31	4,8	31	4,6	31	4,6	31	5,7	59	9,2	59	9,95	90,3
*CAPS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pronto-socorro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	700	100,0	722	100,0	689	100,0	643	100,0	673	100,0	678	100,0	546	100,0	643	100,0	593	100,0	15,3
TIPO DE PRESTADOR																			
SUS																			
Estabelecimento público	308	8,6	257	8,1	270	9,9	275	10,4	275	10,5	288	10,9	209	7,8	223	8,6	225	9,4	26,9
Estabelecimento filantrópico	664	18,6	662	20,9	672	24,7	672	25,5	658	25,1	658	24,9	703	26,2	728	28,0	617	25,7	7,1
Estabelecimento sem fins lucrativos	-	-	4	0,1	4	0,1	364	13,8	364	13,9	375	14,2	644	24,0	862	33,1	762	31,7	-
Estabelecimento privado	2592	72,7	2252	70,9	1770	65,2	1326	50,3	1326	50,6	1317	49,9	1131	42,1	788	30,3	798	33,2	69,2
Total	3564	100,0	3175	100,0	2716	100,0	2637	100,0	2623	100,0	2638	100,0	2687	100,0	2601	100,0	2402	100,0	32,6
Não SUS																			
Estabelecimento filantrópico	162	23,1	164	22,7	164	23,8	112	17,4	143	21,2	144	21,2	76	13,9	143	22,2	103	17,4	36,4
Estabelecimento sem fins lucrativos	-	-	-	-	-	-	40	6,2	40	5,9	43	6,3	32	5,9	70	10,9	72	12,1	-
Estabelecimento privado	538	76,9	558	77,3	525	76,2	491	76,4	490	72,8	491	72,4	438	80,2	430	66,9	418	70,5	22,3
Total	700	100,0	722	100,0	689	100,0	643	100,0	673	100,0	678	100,0	546	100,0	643	100,0	593	100,0	15,3

*Centro de Atenção Psicossocial.

**Diferença relativa: proporção (%) da diferença dos valores dos anos extremos em relação ao valor do número de leitos do ano de 2005.

Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus), Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) de 2005 a 2013, Estado do Paraná, 2014 (BRASIL, 2014).

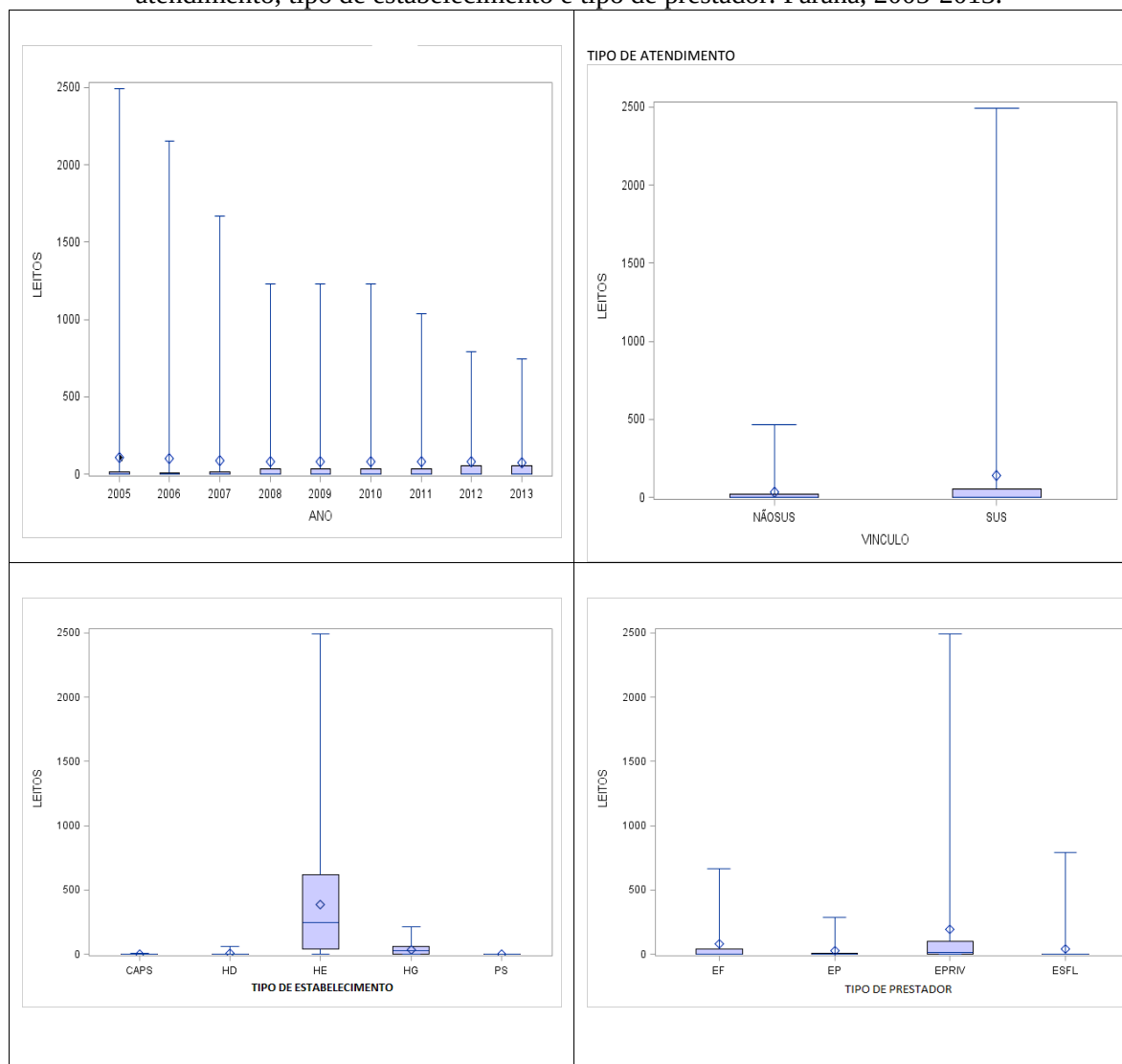
Tabela 2 – Distribuição dos leitos hospitalares psiquiátricos por Regionais de Saúde e Macrorregionais de Saúde. Paraná, 2005-2013.

	2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013		*Diferença relativa
Macrorregionais	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	%
Leste	2355	55,2	2315	59,4	1833	53,8	1693	51,6	1679	50,9	1696	51,1	1599	49,5	1677	51,7	1515	50,6	35,6
1 - Paranaguá	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	0,4	6	0,4	-
2 - Metropolitana	1908	81,0	1868	80,7	1590	86,7	1449	85,6	1449	86,3	1454	85,7	1369	85,6	1388	82,8	1243	82,0	34,8
3 - Ponta Grossa	213	9,0	213	9,2	10	0,5	11	0,6	11	0,7	23	1,4	11	0,7	67	4,0	67	4,4	68,5
4 - Irati	13	0,6	13	0,6	13	0,7	13	0,8	13	0,8	13	0,8	13	0,8	13	0,8	13	0,9	0
5 - Guarapuava	124	5,3	124	5,4	124	6,8	124	7,3	110	6,6	110	6,5	110	6,9	107	6,4	90	5,9	27,4
6 - União da Vitória	97	4,1	97	4,2	96	5,2	96	5,7	96	5,7	96	5,7	96	6,0	96	5,7	96	6,3	1,0
21 - Telêmaco Borba	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Oeste	650	15,2	337	8,6	335	9,8	336	10,2	336	10,2	337	10,2	336	10,4	266	8,2	276	9,2	57,5
7 - Pato Branco	2	0,3	6	1,8	4	1,1	5	1,5	5	1,5	5	1,5	5	1,5	13	4,9	13	4,7	-550
8 - Francisco Beltrão	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	2,3	6	2,2	-
9 - Foz do Iguaçu	59	9,1	52	15,4	52	14,6	52	15,5	52	15,5	62	18,4	60	17,9	62	23,3	72	26,1	-22,0
10 - Cascavel	349	53,7	39	11,6	39	11,0	39	11,6	39	11,6	30	8,9	30	8,9	5	1,9	5	1,8	98,5
20 - Toledo	240	36,9	240	71,2	240	67,6	240	71,4	240	71,4	240	71,2	241	71,7	180	67,7	180	65,2	25,0
Noroeste	515	12,1	500	12,8	494	14,5	504	15,4	504	15,3	506	15,3	505	15,6	506	15,6	429	14,3	16,7
11- Campo Mourão	2	0,4	2	0,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	0,7	-50
12 - Umuarama	150	29,1	150	30,0	150	30,4	150	29,8	150	29,8	150	29,6	150	29,7	150	29,6	150	35,0	0
13 - Cianorte	2	0,4	2	0,4	2	0,4	2	0,4	2	0,4	2	0,4	2	0,4	2	0,4	2	0,5	0
14 - Paranavaí	49	9,5	49	9,8	49	9,9	49	9,7	49	9,7	49	9,7	50	9,9	50	9,9	50	11,7	2,0
15 - Maringá	312	60,6	297	59,4	293	59,3	303	60,1	303	60,1	305	60,3	303	60,0	304	60,1	224	52,2	28,2
Norte	744	17,4	745	19,1	743	21,8	747	22,8	777	23,6	777	23,4	793	24,5	795	24,5	775	25,9	-4,16
16 - Apucarana	241	32,4	242	32,5	242	32,6	242	32,4	272	35,0	272	35,0	286	36,1	288	36,2	288	37,2	-19,5
17 - Londrina	501	67,3	501	67,2	501	67,4	505	67,6	505	65,0	505	65,0	507	63,9	507	63,8	487	62,8	2,8
18- Cornélio Procopio	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
19 - Jacarezinho	2	0,3	2	0,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
22 - Ivaiporã	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	4264	100,0	3897	100,0	3405	100,0	3280	100,0	3296	100,0	3316	100,0	3233	100,0	3244	100,0	2995	100,0	29,8

*Diferença relativa: proporção (%) da diferença dos valores dos anos extremos em relação ao valor do número de leitos do ano de 2005.

Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus), Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) de 2005 a 2013, Estado do Paraná, 2014 (BRASIL, 2014).

Figura 1 – Gráficos de diagrama de caixas do número de leitos psiquiátricos, segundo ano, tipo de atendimento, tipo de estabelecimento e tipo de prestador. Paraná, 2005-2013.



Legenda: CAPS: Centro de Atenção Psicossocial; EF: Estabelecimento filantrópico; EP: Estabelecimento público; EPRIV: Estabelecimento privado; ESFL: Estabelecimento sem fins lucrativos; HD: Hospital-dia; HE: Hospital especializado; HG: Hospital geral; PS: Pronto-socorro.

Tabela 3 – Distribuição da média e desvio padrão dos leitos psiquiátricos segundo tipo de atendimento, ano, tipo de estabelecimento e tipo de prestador. Paraná, 2005-2013.

Variáveis	Média	Desvio padrão
Ano		
2005	106,60	407,30
2006	97,42	356,62
2007	85,12	285,83
2008	82,00	226,69
2009	82,40	226,90
2010	82,90	226,84
2011	80,82	217,17
2012	81,10	196,98
2013	74,87	169,76
Tipo de atendimento		
SUS	139,12	356,05
Não SUS	32,70	89,40
Tipo de estabelecimento		
*Centro de Atenção Psicossocial	0,41	1,391
Hospital-dia	4,65	13,07
Hospital especializado	389	484,62
Hospital geral	35,08	38,42
**Pronto-socorro	0,02	0,16
Tipo de prestador		
Estabelecimento filantrópico	80,28	185,61
Estabelecimento público	26,08	67,86
Estabelecimento sem fins lucrativos	40,84	135,74
Estabelecimento privado	196,44	454,92

* CAPS cadastrado como leito psiquiátrico, porém deveria ser cadastrado como leito de acolhimento noturno.

** Pronto-socorro cadastrado como leito psiquiátrico, porém deveria ser cadastrado como leito de acolhimento noturno.

Tabela 4 – Resultados do teste da razão de verossimilhança e significância estatística segundo o tipo I e tipo III.

Variáveis	Tipo I*			Tipo III**		
	DF**	Deviance***	p valor	DF*	Deviance***	p valor
Tipo de atendimento	1	12,84	0,003	1	20,93	<0,001
Ano	8	0,21	1,000	8	20,21	0,009
Tipo de estabelecimento	4	242,71	<0,001	4	284,50	<0,001
Tipo de prestador	3	72,95	<0,001	3	72,95	<0,001

* Tipo I: análise de *deviance* (ANODEV)** Tipo III: análise de *deviance* (ANODEV)

** DF: graus de liberdade

*** *Deviance*: desvio

6.2 MANUSCRITO 2

**ANÁLISE DA TENDÊNCIA DAS INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS NO
ESTADO DO PARANÁ, 2000 A 2013**

ANALYSIS OF TRENDS IN PSYCHIATRIC HOSPITALIZATION IN THE STATE OF
PARANÁ, BRAZIL, BETWEEN 2000 AND 2013

ANÁLISIS DE LA TENDENCIA DE LAS INTERNACIONES PSIQUIÁTRICAS
EN EL ESTADO DE PARANÁ, 2000 A 2013

RESUMO

Objetivo: este estudo teve como objetivo analisar as internações psiquiátricas no Estado do Paraná, de 2000 a 2013. **Métodos:** trata-se de um estudo ecológico, longitudinal, com dados obtidos do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde. A análise de tendência foi realizada utilizando-se modelos de regressão polinomial para séries históricas com a internação como variável dependente e o ano independente, segundo sexo, idade, diagnóstico principal de internação, óbito hospitalar, dias de permanência, tipo de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), por tipo de hospital. **Resultados:** foram analisadas 686.716 internações, destas, 595.620 ocorreram em hospitais psiquiátricos (HP) e 91.096, em hospitais gerais (HG). As taxas de internações psiquiátricas em HP tiveram redução média de 1,42 ao ano, enquanto as internações psiquiátricas, ocorridas em HG, tiveram aumento médio de 0,52 a cada ano. Tanto em HP como em HG houve diminuição na tendência das internações por esquizofrenia e aumento por transtornos afetivos, em ambos os sexos. As internações com 29 dias ou mais de permanência diminuíram. A diminuição das taxas de internações psiquiátricas em HP e o aumento em HG mostram que a Reforma Psiquiátrica vem avançando no Paraná no que tange à política de desospitalização. Permanece, entretanto, o desafio de se avançar ainda mais para se consolidar a Rede de Atenção Psicossocial no Estado do Paraná.

Palavras chave: Transtornos mentais. Sistemas de informação hospitalar. Hospitais psiquiátricos. Hospitais gerais. Assistência à saúde mental.

ABSTRACT

Objective: Current study assessed psychiatric hospitalizations in the state of Paraná between 2000 and 2013. **Methods:** An ecological and longitudinal study was undertaken with data from the SUS Hospital Information System. Trends were analyzed by polynomial regression models for time series with hospitalization as a dependent variable and independent on year, according to sex, age, primary diagnosis of hospitalization period, hospital mortality, length of stay, type of AIH, according to hospital type. **Results:** 686.716 hospitalizations were analyzed, of which 595.620 occurred in psychiatric hospitals

(PH) and 91.096 in general hospitals (GH). Rates of psychiatric hospitalizations in PH had a mean decrease of 1.42 per annum, while the psychiatric hospitalizations among GH had an average increase of 0.52 each year. There was a decrease in the trend of hospitalizations for schizophrenia and an increase in affective disorders, in both sexes, in PH and GH. Hospitalizations for 29 days or more decreased. Lower rates of psychiatric hospitalizations in PH and increase in GH show that the psychiatric reform is advancing in the state of Paraná with respect to the deinstitutionalization policy. More progress should be done to consolidate Psychosocial Care Network in the state of Paraná.

Keywords: Mental disorders. Hospital information systems. Psychiatric hospitals. General hospitals. Mental health assistance.

RESUMEN

Objetivo: este estudio tuvo como objetivo analizar las internaciones psiquiátricas en el Estado de Paraná, de 2000 a 2013. **Métodos:** se trata de un estudio ecológico, longitudinal, con datos obtenidos del Sistema de Informaciones Hospitalarias del SUS. El análisis de tendencia fue realizado utilizándose modelos de regresión polinomial para series históricas con la internación como variable dependiente y el año independiente, según sexo, edad, diagnóstico principal de internación, óbito hospitalario, días de permanencia, tipo de AIH, por tipo de hospital. **Resultados:** fueron analizadas 686.716 internaciones, de éstas, 595.620 sucedieron en hospitales psiquiátricos (HP) y 91.096, en hospitales generales (HG). Las tasas de internaciones psiquiátricas en HP tuvieron disminución media del 1,42 al año, mientras las internaciones psiquiátricas sucedidas en HG tuvieron un aumento medio del 0,52 a cada año. Tanto en HP como en HG hubo disminución en la tendencia de las internaciones por esquizofrenia y aumento por trastornos afectivos, en ambos sexos. Las internaciones con 29 días o más de permanencia disminuyeron. La disminución de las tasas de internaciones psiquiátricas en HP y aumento en HG muestra que la Reforma Psiquiátrica viene avanzando en Paraná en lo que atañe a la política de no hospitalización. Permanece, sin embargo, el reto de avanzarse aún más para consolidar la Red de Atención Psicosocial en el Estado de Paraná.

Palabras clave: Trastornos mentales. Sistemas de información hospitalaria. Hospitales psiquiátricos. Hospitales generales. Asistencia a la salud mental.

INTRODUÇÃO

Estima-se que 450 milhões de pessoas em todo o mundo apresentem diagnóstico de pelo menos um transtorno mental e comportamental. O impacto na saúde pública das doenças diagnosticadas por transtornos mentais e comportamentais na população é crescente, os anos de vida perdidos ajustados por incapacidade representaram 11,6% do total de incapacidade no mundo, mais que o dobro do nível atribuível à deficiência causada

por todas as formas de câncer (5,3%) e maior do que o nível de incapacidade pelas doenças cardiovasculares (10,3%) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2001).

No Brasil, cerca de 3,6 milhões de pessoas sofrem de transtorno mental e comportamental severo, 7,2 milhões apresentam transtornos psiquiátricos graves em decorrência do uso de álcool e outras drogas, e 14,4 milhões necessitam de atendimento em saúde mental, de forma contínua ou eventual (BRASIL, 2004a).

Historicamente, as respostas dos serviços de saúde mental puderam ser vistas em três períodos distintos no Brasil: o surgimento do hospital psiquiátrico, o declínio e fechamento deste e a reforma dos serviços de saúde mental por meio de políticas públicas implantadas nos serviços de bases comunitárias (THORNICROFT; TANSELLA, 1999, 2002).

A política de assistência à saúde mental brasileira sofreu importantes modificações a partir de sua adesão à Declaração de Caracas de 1990, de que o Brasil foi participante signatário. O documento final dessa conferência denominado “Declaração de Caracas”, reconheceu que a atenção psiquiátrica convencional até aquele momento não permitira alcançar os objetivos compatíveis com uma atenção comunitária descentralizada, participativa, integral, contínua e preventiva. E, ainda, que a reestruturação da atenção psiquiátrica no território implica a revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação do atendimento a esse agravo de saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 2001; DELGADO, 2011).

Observa-se, na Reforma Psiquiátrica brasileira, nas últimas três décadas, períodos que se intercalam de intensas discussões e surgimento de novos serviços e programas na área de saúde mental, com períodos de estagnação do processo (HIRDES, 2009). Historicamente, podem-se situar as décadas de 1980, 1990 e 2011 como marcos

significativos nas discussões pela reestruturação da assistência psiquiátrica no Brasil. A superação do modelo hospitalocêntrico encontra ressonância nas políticas públicas de saúde no Brasil que tiveram um marco teórico e político na VIII Conferência de Saúde, realizada em 1986; na I Conferência de Saúde Mental, em 1987; na II Conferência de Saúde Mental, em 1992; na III Conferência de Saúde Mental, em 2001; e na IV Conferência de Saúde Mental, em 2010 (HIRDES, 2009).

Estudo em 11 Estados americanos investigou a internação psiquiátrica, com dados secundários públicos e entrevistas com profissionais de saúde, de 2002 a 2005, tendo como resultado o aumento do número de internações psiquiátricas em 21,1% e, entre o número de residentes/moradores das instituições psiquiátricas, o aumento foi de 1,0% no mesmo período. Os relatos dos participantes da entrevista informaram que a reversão acentuada na tendência do aumento da internação psiquiátrica pode estar relacionada a vários fatores, tais como, aumento do número de pacientes que são admitidos nos hospitais psiquiátricos por meio do sistema de justiça criminal, aumento de pacientes crônicos com diagnóstico de esquizofrenia e transtornos afetivos e falta de moradias comunitárias disponíveis (MANDERSCHIED; ATAY; CRIDER, 2009).

No Brasil em 1997, ocorreram 410.003 internações em psiquiatria pelo Sistema Único de Saúde (SUS), e, em 2001, foram realizadas 357.538 internações psiquiátricas, com uma média de 29.759 internações ao mês. Houve uma redução de 12,8% na frequência de internações psiquiátricas nesse período. Esse dado é coerente com a política do Ministério da Saúde (MS) para o setor, que é a de reduzir as internações psiquiátricas hospitalares e ampliar as internações em regime de hospital geral e o tratamento em regime ambulatorial com a implantação dos serviços substitutivos (BRASIL, 2007a).

Em uma revisão sistemática, analisando estudos epidemiológicos transversais sobre a prevalência dos transtornos mentais encontrados no Brasil de 1997 a 2009, as autoras

afirmaram que esses transtornos geram alto custo social e econômico, acometendo pessoas de todas as idades e sexo, causando incapacitações graves e definitivas que elevam a demanda nos serviços de saúde. O prejuízo causado pelos transtornos mentais foi subestimado durante muito tempo, principalmente porque a forma de se avaliar o impacto na saúde pública visava apenas às taxas de mortalidade. Os transtornos mentais assumem valores baixos de mortalidade, mas possuem um grande peso de incapacidade, acarretando a redução da qualidade de vida das pessoas com transtornos mentais (SANTOS; SIQUEIRA, 2010).

Como resposta social à necessidade de saúde da população brasileira, surgiram as Redes de Atenção à Saúde (RAS), que são caracterizadas pela formação de relações horizontais organizadas, sistematizadas e reguladas entre a atenção básica e demais pontos de atenção do sistema de saúde. As RAS são compostas por diversas redes temáticas, entre estas, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (BRASIL, 2011a; MENDES, 2011).

A conformação de um novo modelo assistencial à saúde mental, baseado na organização das RAPS, regionalizadas e hierarquizadas e em ações sob gestão municipal e estadual, demanda a existência de Sistemas de Informação em Saúde (SIS), capazes de alimentar o planejamento da gestão pública. Acredita-se que, por meio da coleta e análise dos dados secundários, associados a documentos de domínio público, disponíveis para serem organizados e avaliados, podem-se gerar informações pertinentes ao planejamento nas regiões de saúde (GERHARDT et al., 2011). Dessa maneira, pretende-se favorecer a reflexão acerca das internações hospitalares psiquiátricas dos residentes no Estado do Paraná, vistos sob a ótica dos Sistemas de Informações em Saúde (SIS) e das políticas públicas existentes.

Durante muitos anos, o tratamento psiquiátrico no Brasil foi baseado na internação por tempo indeterminado nos hospitais psiquiátricos. Atualmente, a assistência psiquiátrica

está diante de transformações no atendimento psiquiátrico em regime hospitalar. Dentro desse contexto nacional de estabelecimento de novas bases para a reorientação do modelo assistencial brasileiro no campo da saúde mental, este estudo teve como objetivo analisar a tendência das internações psiquiátricas ocorridas em hospitais psiquiátricos e hospitais gerais no Estado do Paraná de 2000 a 2013.

MÉTODOS

Trata-se de estudo do tipo ecológico, longitudinal em que foram analisadas todas as internações psiquiátricas de hospitais que atendem pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado do Paraná. Esse Estado tem população de 10.577.755 habitantes (IBGE, 2010b) distribuídos em 399 municípios agrupados em 22 Regionais de Saúde (RS) e em quatro Macrorregionais de Saúde (MR): Leste, Oeste, Noroeste e Norte (PARANÁ, 2012).

Os dados foram obtidos do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS), gerados pelo aplicativo Tab para Windows 3.2 (Tabwin), desenvolvido pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus). O SIH-SUS é alimentado pelos dados da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) que contém identificação do paciente e dos serviços a ele prestados, e é utilizado pelos gestores e prestadores de serviços em toda a rede hospitalar própria, federal, estadual, municipal e filantrópica.

O hospital especializado foi denominado de hospital psiquiátrico (HP) e o hospital geral, (HG). Foram utilizadas na tabulação as internações psiquiátricas com especialidade “psiquiatria” e com diagnósticos principais de internação por “transtornos mentais e comportamentais” codificados no capítulo V da Classificação Internacional de Doenças 10ª revisão (CID-10) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993). Para o hospital

geral (HG) foram tabulados os “transtornos mentais e comportamentais” do capítulo V e realizada a limpeza manual do banco.

A análise de tendência foi realizada por taxas de internação por HP e HG, segundo sexo, idade (até 14anos; 15 a 29 anos; 30 a 59 anos e 60 anos e mais); óbito e Regionais e Macrorregionais de Saúde de residência. As variáveis por percentual foram: dias de permanência (0 a 7 dias, 8 a 28 dias e 29 dias e mais); tipo de AIH (normal, longa permanência); diagnóstico de internação de acordo com a Classificação Internacional de Doenças 10^a revisão (CID-10), capítulo V, Transtornos Mentais e Comportamentais (F00-F99) que foram agrupados em: 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 de humor [afetivos]; F40-F48 - transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o “stress” e transtornos somatoformes; F50-F59 - síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos; F60-F69 - transtornos da personalidade e do comportamento do adulto; F70-F79 - retardo mental; F80-F89 - transtornos do desenvolvimento psicológico; F90-F98 - transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência; e F99 - transtorno mental não especificado.

A análise de tendência relativa ao período de 2000 a 2013 foi realizada, utilizando-se modelos de regressão polinomiais para séries históricas, sendo a variável dependente (Y) as internações psiquiátricas, e a variável independente (X), o ano. A variável ano foi transformada na variável ano-centralizada (X-2006) e as séries foram suavizadas por meio da média móvel de três pontos. Foram testados os modelos de regressão polinomial linear ($y=\beta_0+\beta_1x_1$), quadrático ($y=\beta_0+\beta_1x_1+\beta_2x_2$) e cúbico ($y=\beta_0+\beta_1x_1+\beta_2x_2+\beta_3x_3$) (LATORRE; CARDOSO, 2001). Considerou-se tendência significativa aquela cujo modelo estimado

obteve $p < 0,05$. Para a escolha do melhor modelo, foi considerada ainda a análise do diagrama de dispersão, do valor do coeficiente de determinação (r^2) e a dos resíduos (suposição de homocedasticidade verdadeira). Quando todos os critérios eram significativos para mais de um modelo e o coeficiente de determinação era semelhante, optou-se pelo modelo mais simples. As análises foram realizadas por meio do software SPSS, versão 20.1.

Por tratar-se de pesquisa com dados secundários oficiais de domínio público, sem identificação dos sujeitos, houve dispensa de apreciação pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (COPEP), da Universidade Estadual de Maringá, por meio do ofício nº 01/2015, de março de 2015. O estudo seguiu as recomendações da resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS), nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

RESULTADOS

De 2000 a 2013 foram analisadas 686.716 internações ocorridas em hospitais psiquiátricos (HP) e hospitais gerais (HG) no período do estudo. As internações psiquiátricas em HP tiveram redução de 27,44%, enquanto que aquelas ocorridas em HG tiveram um aumento de 114,72%. Houve diminuição das taxas de internações psiquiátricas em HP e aumento nas internações psiquiátricas, ocorridas em HG, nas faixas etárias de 30 a 59 anos e de 60 anos e mais. Houve tendência de declínio nas taxas de mortalidade hospitalar em HP e em HG. Com relação à permanência hospitalar, houve aumento de internações no período de até 7 dias e de 8 a 28 dias de internações psiquiátricas e diminuição no período de 29 dias ou mais em HP e em HG (Tabela 1).

Com relação ao tipo de AIH no HP, destaca-se que houve tendência crescente das AIH de longa permanência ($r^2 = 0,737$; $p = 0,001$) e diminuição da AIH normal ($r^2 = 0,37$; $p = 0,001$). No HP, houve, ainda, tendência decrescente da taxa de mortalidade de

internações psiquiátricas. A faixa etária de 1 a 14 anos teve acréscimo da taxa de internações psiquiátricas no HP, as demais faixas etárias sofreram diminuição. No HG, todas as faixas etárias apresentaram-se com tendência crescente (Tabela 1).

Em todas as análises, os modelos mais significativos foram de regressão linear e mostram tendência decrescente nas taxas de internações psiquiátricas em HP no Estado do Paraná ($r^2 = 0,958$; $p < 0,001$); e na Macrorregional Leste ($r^2 = 0,973$; $p < 0,001$); Macrorregional Oeste ($r^2 = 0,828$; $p < 0,001$); Macrorregional Norte ($r^2 = 0,953$; $p < 0,001$); e Macrorregional Noroeste ($r^2 = 0,589$; $p = 0,004$) (Tabela 2).

A análise dos modelos de taxas de internações psiquiátricas, ocorridas no HG no Estado do Paraná ($r^2 = 0,723$; $p < 0,001$) e na Macrorregional Leste ($r^2 = 0,716$; $p < 0,001$) e Macrorregional Oeste ($r^2 = 0,717$; $p < 0,001$), mostrou tendência crescente em suas taxas, com coeficientes de determinação altamente significativos.

Em todas as Regionais de Saúde da Macrorregional Norte ($r^2 = 0,681$; $p = 0,002$) as taxas de internações psiquiátricas se mantiveram constantes. Na Macrorregional Noroeste ($r^2 = 0,843$; $p < 0,001$) essas taxas apresentaram decréscimo para todas as RS com exceção da Regional de Saúde de Paranavaí ($r^2 = 0,582$; $p = 0,004$) que aumentou a tendência de internações psiquiátricas no HG, seguindo a tendência da taxa de internações psiquiátricas do Estado do Paraná (Tabela 3).

Outros resultados importantes encontrados estão relacionados com a variável do diagnóstico pelo capítulo V da CID 10. Foi verificada tendência de aumento no HG e HP dos *transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas* em ambos os sexos. No diagnóstico de *esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes* houve tendência de diminuição do percentual de internações psiquiátricas no HP e no HG, no sexo masculino e no feminino. Nos *transtornos de humor afetivos* houve aumento da tendência de internações psiquiátricas no HP e no HG no sexo feminino e no

masculino. Para os *transtornos da personalidade e do comportamento do adulto*, foi verificada tendência de aumento no sexo feminino e de diminuição no sexo masculino no HP e no HG.

Com relação ao diagnóstico por *transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência*, houve diminuição de tendência de internações psiquiátricas no sexo feminino e no masculino no HP e aumento no sexo feminino no HG (Tabela 4).

DISCUSSÃO

Verificam-se nas internações psiquiátricas, ocorridas no Estado do Paraná, tanto em hospitais psiquiátricos quanto nos hospitais gerais, diminuição do diagnóstico por esquizofrenia em homens e mulheres, e aumento de internações psiquiátricas pelo diagnóstico de transtornos afetivos em ambos os sexos, tendo-se a limitação da não separação de casos novos e prevalentes na população estudada.

Dessa forma, a tendência de diminuição de internação pelo diagnóstico de esquizofrenia pode ser explicada pela redução de internações e/ou reinternações psiquiátricas de pacientes, por uma melhor organização dos serviços ambulatoriais substitutivos, aumento progressivo dos gastos do setor público em serviços extra-hospitalares e melhora da interação medicamentosa com a descoberta de fármacos tricíclicos (BOTEGA, 2006).

Com relação ao diagnóstico, também foi identificado aumento no número de internações psiquiátricas por esquizofrenia (23,2%) e por diagnóstico de transtornos afetivos em 16,3%. Ao lado de esquizofrenia, transtornos afetivos são os diagnósticos mais prevalentes de pacientes em hospitais psiquiátricos (MANDERSCHIED; ATAY; CRIDER, 2009). Os diagnósticos mais frequentes encontrados na base de dados do SIH-

SUS, são por transtornos mentais severos e persistentes, tais como os transtornos psicóticos, cuja assistência terapêutica requer muitas vezes a internação hospitalar (CANDIAGO; ABREU, 2007).

Kohn et al. (2005) reuniram resultados de vários estudos realizados na América Latina e no Caribe entre os anos de 1980 a 2004, objetivando conhecer a prevalência dos transtornos mentais, a carga de morbidade, a redução da qualidade de vida na população com transtornos mentais e a diferença entre as taxas de prevalência verdadeiras e as taxas de pessoas tratadas nos serviços de saúde, no tratamento ambulatorial e no hospitalar. Concluíram que as psicoses afetivas e a esquizofrenia estão presentes em 1,4% da população em algum momento da vida, sem diferenças significativas entre homens e mulheres; a depressão com prevalência de 8,7% na vida, 4,9% no ano e 4,3% no mês, acompanhada dos transtornos da ansiedade, acometendo principalmente as mulheres; os transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas com prevalência de 11,3% para o uso, abuso e dependência do álcool de 0,5% para o abuso de outras drogas, afetando principalmente homens.

O profissional enfermeiro necessita conhecer a prevalência dos transtornos mentais na população e compreender a perspectiva dos pacientes sobre os transtornos mentais bem como as suas necessidades, os recursos terapêuticos disponibilizados e os mecanismos de enfrentamento. As estratégias de enfrentamento empregadas pela pessoa com esquizofrenia e sua família, por exemplo, precisam ser compreendidas de forma individualizada nos serviços de saúde mental. A monitoração da pessoa com transtorno mental, o tratamento farmacológico e a promoção da adesão ao medicamento são primordiais para se evitar as reinternações hospitalares (VEDANA et al., 2013).

Corroborando o estudo realizado, a tendência observada na diminuição da proporção de internações psiquiátricas por esquizofrenia e outras psicoses foi descrita em

diversos países desde a década de 1950 (MUNK-JORGENSEN, 1995), embora, em países como a Polônia, as taxas de internações psiquiátricas por esquizofrenia e psicose se apresentassem estáveis nos últimos 25 anos (PUZYNSKI; MOSKALEWICZ, 2001). Em estudo realizado no Estado do Rio Grande do Sul - Brasil foi verificada tendência de diminuição do diagnóstico por esquizofrenia e aumento da proporção de internações psiquiátricas por transtornos de humor (CANDIAGO; ABREU, 2007).

A depressão é classificada como a sétima causa mais importante de carga em países de baixa e média renda e tende a ser incapacitante, recorrente e crônica. No Brasil é a principal carga de doença e a segunda principal em mulheres no Chile (CHILE, 1996; USA, 2005). A depressão pode ser tratada de forma eficaz com antidepressivos de baixo custo ou com intervenções psicológicas, como a terapia cognitivo-comportamental e terapia interpessoal (PATEL et al., 2007). Para tratamentos eficazes, localmente viáveis e acessíveis para depressão e esquizofrenia em países de baixa e média renda, não existem estudos específicos, no entanto, a maioria das evidências para as prevenções de transtornos mentais em adultos são de países de renda alta (PATEL et al., 2007).

A depressão também é comum no Chile, especialmente em mulheres. Um programa de atenção primária realizado mostrou-se eficaz e de baixo custo e foi adotado como programa nacional no país. O número de mulheres tratadas tem aumentado e chegou a 141.000 em 2005, apresentando baixa taxa de encaminhamento para o nível secundário de atenção em saúde, embora cerca de 80% dos casos tratados na atenção primária fossem de moderados a graves (MINOLETTI; ZACCARIA, 2005).

Com relação à tendência de aumento das internações psiquiátricas pelo diagnóstico *transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas* nos hospitais psiquiátricos e nos hospitais gerais, a necessidade de cuidados institucionalizados pode ter aumentado por causa da maior frequência da doença mental, gravidade da doença,

ou de ambas, possivelmente influenciadas pelo uso de drogas ilegais (PRIEBE et al., 2005).

Encontrou-se nos modelos analisados, aumento de óbitos nas internações psiquiátricas em hospitais gerais e diminuição nos hospitais psiquiátricos. Está estabelecido que entre pessoas com transtornos mentais há maior risco de morte prematura do que na população em geral. Há necessidade na vigilância constante da mortalidade das pessoas com transtornos mentais como indicador de qualidade dos diferentes sistemas de saúde mental, baseados no cuidado, à medida que evoluem ao longo do tempo (HANSEN; JACOBSEN; ARNESEN, 2001).

Nos modelos apresentados nesse estudo encontrou-se aumento das AIH de longa permanência em hospitais psiquiátricos no Estado do Paraná. Esse tipo de hospital ainda é comum na Europa com a maioria dos leitos psiquiátricos de curta duração, destinados para pacientes agudos, semelhantes aos das enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais (MENTAL HEALTH EUROPE, 2012).

As ocorrências de pessoas com transtornos mentais que moram em hospitais psiquiátricos por longos períodos são muito poucos estudadas, porém países onde existem dados disponíveis mostraram que o período de tempo e o número de doentes podem ser significativos. Na França, 19% dos 27.900 pacientes em hospitais psiquiátricos públicos foram hospitalizados entre um e cinco anos, e 23%, por mais de cinco anos. Em Malta, 43% dos pacientes permaneceram por cinco anos ou mais em hospitais psiquiátricos e 14%, entre um e cinco anos. Na Bulgária, estima-se que cerca de 30% dos pacientes moraram nos hospitais psiquiátricos durante mais de três anos. Na Grécia há cerca de 660 pacientes de longa permanência nos cinco hospitais psiquiátricos ativos, e a Bélgica tem mais de 13 mil leitos psiquiátricos de longa duração em hospitais psiquiátricos (MENTAL HEALTH EUROPE, 2012).

No Estado do Paraná o declínio da tendência das internações psiquiátricas em hospitais psiquiátricos ocorridas por 29 dias ou mais de permanência, evidencia que a RAPS deveria estar implementada para acolher as pessoas com transtornos mentais, internadas por período mais longo e mostra uma realidade similar, encontrada no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. Em estudo das internações psiquiátricas nesse estado, de 1996 a 2005, algumas hipóteses foram levantadas com relação ao aumento significativo do tempo médio de permanência dos pacientes internados em hospitais psiquiátricos. Essa constatação poderia estar ligada à busca mais ativa de casos, ou a uma triagem mais eficaz nos serviços de emergência, gerando a internação psiquiátrica para os casos mais graves (MELLO; FUREGATO, 2007).

Com relação aos modelos apresentados na variável faixa etária houve aumento de tendência das internações psiquiátricas em hospitais psiquiátricos na faixa etária de 1 ano a 14 anos, nas demais faixas etárias houve diminuição da tendência. “A internação psiquiátrica de crianças e adolescentes é juridicamente possível, desde que condições especiais sejam respeitadas” e há uma série de dilemas éticos e legais que aborda vários pontos relativos aos aspectos normativos da internação psiquiátrica para menores de idade (CORDEIRO; MORANA, 2012).

Primeiramente, deve-se observar o estabelecido no Código Civil Brasileiro, que determina a capacidade jurídica dos indivíduos, em seguida verificar no Estatuto da Criança e do Adolescente, que estabeleceu as particularidades e especificidades que devem ser respeitadas no atendimento dessa população, e, finalmente, aplicar as leis que regem a internação psiquiátrica no Brasil, que determinam os aspectos médicos e jurídicos das diversas modalidades de internação psiquiátrica, num exercício de integração sistêmica dessas três esferas (CORDEIRO; MORANA, 2012).

A lei nº 10.216 de 2001, que trata da Reforma Psiquiátrica no Brasil, foi sancionada há 14 anos, no dia 06 de abril de 2001. Todavia há que se mencionar que, em 1985, o Estado do Paraná possuía uma legislação específica sobre a questão da internação psiquiátrica em hospital geral. A lei do Doutor Rosinha, como ficou conhecida, trouxe a perspectiva da construção e implantação de unidades psiquiátricas em hospitais gerais. Os leitos psiquiátricos não poderiam ultrapassar 10% da capacidade instalada total dos leitos na instituição hospitalar, até o limite máximo de 30 leitos por hospital geral. Atualmente, permanecem os desafios para se consolidar a rede de atenção psicossocial no território do Estado do Paraná e aumentar os recursos de orçamento anual do SUS para a saúde mental.

Apesar das limitações inerentes ao fato de ser um banco administrativo, o SIH-SUS tem a grande vantagem de estar amplamente implantado e disponibilizado no país. As elevadas taxas de cobertura para internações no Brasil permitem supor que o quadro real de morbidade hospitalar brasileira se aproxime daqueles vivenciados pelo SIH-SUS. Há a possibilidade de emissão de mais de uma AIH para um mesmo indivíduo e não há identificação da pessoa com transtorno mental internada, não sendo possível quantificar as reinternações.

REFERÊNCIAS

BOTEGA, N. J. Psiquiatria no hospital geral: históricos e tendências. In: BOTEGA, N. J. (Ed.). **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2006. p. 17-34.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Informações de saúde-legislação em saúde mental: 1990-2004**. Brasília, DF, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Relatório de Gestão 2003-2006: saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Brasília, DF, 2007a.

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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2011a.

CANDIAGO, R. H.; ABREU, P. B. Uso do Datasus para avaliação dos padrões das internações psiquiátricas, Rio Grande do Sul. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.41, n.5, p. 821-829, 2007.

CHILE. Ministerio de Salud. **HealthsituationinChile1996**. Santiago, 1996.

CORDEIRO, Q.; MORANA, H. C. P. Parecer do CREMESP sobre internações psiquiátricas de pacientes menores de idade. **Psiquiatria Forense**, v. 17, n. 9, set. 2012. Disponível em: <<http://www.polbr.med.br/ano12/for0912.php>>. Acesso em: 20 jan. 2014.

DELGADO, P. G. G. Reforma psiquiátrica e cidadania: o debate legislativo. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 35, p. 92-84, 1992.

GERHARDT, T. E. et al. Utilização de serviços de saúde de atenção básica em municípios da metade sul do Rio Grande do Sul: análise baseada em sistemas de informação. **Ciênc. & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 1221-1232, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a54v16s1.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2013.

HANSEN, V.; JACOBSEN, B. K.; ARNESEN, E. Cause-specific mortality in psychiatric patients after deinstitutionalization. **Br. J. Psychiatry**, London, v. 179, p. 438-443, Nov. 2001.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão. **Ciênc. & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 297-305, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v14n1/a36v14n1.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2015.

IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro, 2010b. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=pr>>. Acesso em: 27 out. 2013.

KOHN, R. et al. Mental disorders in Latin America and the Caribbean: a public health priority. **Rev. Panam. Salud Publica**, Washington, DC, v. 18, n. 4/5, p. 229-240, 2005.

LATORRE, M. R. D.O.; CARDOSO, M. R. A. Análise de séries temporais em epidemiologia: uma introdução sobre os aspectos metodológicos. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 4, n. 3, p. 145-152, 2001.

MANDERSCHIED, R. W.; ATAY, J. E.; CRIDER, R. A. Changing trends in state psychiatric hospital use from 2002 to 2005. **Psychiatr. Serv.**, Washington, DC, v. 60, no. 1, p. 29-34, Jan. 2009.

MELLO, R.; FUREGATO, A. R. F. Internações psiquiátricas no Rio de Janeiro de 1996 a 2005. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 176-182, 2007.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENTAL HEALTH EUROPE. Mapping Exclusion Institutional and community-based services in the mental health field in november, 2012. **Initiative of the Open Society Foundations**. Disponível em: <http://tasz.hu/files/tasz/imce/mapping_exclusion_-_final_report_with_cover.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2011.

MINOLETTI, A.; ZACCARIA, A. Plano Nacional de Salud mental en Chile: 10 años de experiencia. **Rev. Panam. Salud Publica**, Washington, DC, v. 18, no. 4/5, p. 346, 2005.

MUNK-JORGENSEN, P. Decreasing rate of incident schizophrenia cases in psychiatric service: a reiew of the literature. **Eur. Psychiatric.**, London, v. 10, no. 3, p. 129-141, 1995.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Mental health**: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo**. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Geneva, 2001.

PARANÁ. Governo Estadual do Paraná. Secretaria de Saúde do Estado do Paraná Deliberação nº 049/2012. **Dispõe sobre as Macrorregionais de Saúde do Estado do Paraná**. Curitiba, 2012.

PATEL, V. et al. Treatment and prevention of mental disorders in low-income and middle-income countries. **Lancet**, London, v. 370, no. 9591, p. 991-1005, 2007.

PRIEBE, S. et al. Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries. **Brit. M. J.**, London, v. 330, Jan. 2005.

PUZYNSKI, S.; MOSKALEWICZ, J. Evolution of the mental health care system in Poland. **Acta Psychiatric. Scand.**, Copenhagen, no. 410, p. 69-73, 2001.

SANTOS, É. G.; SIQUEIRA, M. M. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. **J. Bras. Psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 238-246, 2010.

THORNICROFT, G.; TANSELLA, M. **The mental health matrix**: a manual to improve services. Cambridge: Cambridge University Press, 1999.

THORNICROFT, G.; TANSELLA, M. Balancing community-based and hospital-based mental health care. **World Psychiatr.**, London, v. 1, no. 1, p. 84-90, 2002.

USA. Brazil Country Management Unit. **Addressing the challenge of non-communicable diseases in Brazil**. Washington, DC: World Bank, 2005.

VEDANA, K. G. G. et al. Acting for relief: coping with schizophrenia and nuisances caused by drug treatment. **Cienc. Cuid. Saúde**, Maringá, v. 12, n. 2, p. 365-374, abr./jun. 2013. Disponível em:
<<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/20342/pdf>>.
Acesso em: 23 jul. 2014.

Tabela 1 – Resultados da análise de tendência das taxas de internações psiquiátricas nos hospitais psiquiátricos e hospitais gerais, segundo o sexo, idade, óbito, dias de permanência e tipo de AIH, 2000 a 2013. Paraná, 2015.

	Modelo	R²	p	Tendência
Sexo - Hospital psiquiátrico				
Masculino	$y=62,251-1,912x$	0,956	<0,001	↓
Feminino	$y=23,000-0,928x$	0,939	<0,001	↓
Sexo - Hospital geral				
Masculino	$y=6,955+0,606x$	0,701	0,001	↑
Feminino	$y=4,725+0,503x$	0,892	<0,001	↑
Idade - Hospital psiquiátrico				
1 a 14 anos	$y=0,460-0,001x+0,041x^2$	0,655	0,003	↓/↑
15 a 29 anos	$y=36,077-0,555x$	0,739	<0,001	↓
30 a 59 anos	$y=81,451-3,969x$	0,989	<0,001	↓
60 anos e mais	$y=27,318-2,409x$	0,931	<0,001	↓
Idade - Hospital geral				
1 a 14 anos	$y=0,510+0,085x$	0,782	<0,001	↑
15 a 29 anos	$y=5,290+0,364x$	0,507	0,009	↑
30 a 59 anos	$y=11,708+0,845x$	0,705	0,001	↑
60 anos e mais	$y=3,385+0,163x$	0,677	0,001	↑
Óbito - Hospital psiquiátrico				
Com óbito	$y=8,948-0,178x$	0,335	0,049	↓
Óbito - Hospital geral				
Com óbito	$y=9,533+0,901x$	0,500	0,010	↑
Dias de permanência - Hospital psiquiátrico				
0 a 7 dias	$y=12,176+0,362x$	0,532	0,007	↑
8 a 28 dias	$y=48,837+0,535x$	0,547	0,006	↑
29 dias e mais	$y=38,987-0,897x$	0,737	<0,001	↓
Dias de permanência - Hospital geral				
0 a 7 dias	$y=23,259+2,843x$	0,714	0,001	↑
8 a 28 dias	$y=28,197+1,213x$	0,685	0,001	↑
29 dias e mais	$y=48,544-4,056x$	0,729	<0,001	↓
Tipo de AIH - Hospital psiquiátrico				
AIH normal	$y=54,208-0,143x-0,176x^2$	0,737	0,001	↑/↓
AIH longa permanência	$y=45,792+0,143x+0,176x^2$	0,737	0,001	↓/↑

* ↑ Crescente; ↓ Decrescente; - Constante; ↑/↓ Crescente/Decrescente; ↓/↑ Decrescente/Crescente.

Tabela 2 – Resultados da análise da tendência das taxas de internações psiquiátricas nos hospitais psiquiátricos por Regionais e Macrorregionais de Saúde, 2000 a 2013. Paraná, 2015.

	Modelo	R²	p	Tendência*
Paraná	$y=42,185-1,425x$	0,958	<0,001	↓
Leste	$y=43,674-1,959x$	0,973	<0,001	↓
1 - Paranaguá	$y=20,290+1,320x+0,149x^2-0,045x^3$	0,921	<0,001	↑/↓
2 - Metropolitana	$y=56,556-3,00x$	0,960	<0,001	↓
3 - Ponta Grossa	$y=16,258+0,607-0,316x^2$	0,653	0,003	↑/↓
4 - Irati	$y=25,779-3,448x$	0,854	0,004	↓
5 - Guarapuava	$y=24,589-0,344x$	0,539	0,007	↓
6 - União da Vitória	$y=33,664-2,463x+0,531x^2$	0,644	0,004	↓/↑
21 - Telêmaco Borba	$y=22,456+2,810x$	0,827	<0,001	↑
Oeste	$y=24,145+0,245x-0,164x^2$	0,828	<0,001	↑/↓
7 - Pato Branco	$y=16,25+0,823x$	0,684	0,001	↑
8 - Francisco Beltrão	$y=18,107+0,422x-0,211x^3$	0,759	0,002	↑/↓
9 - Foz do Iguaçu	$Y=15,746+0,396x$	0,632	0,002	↑
10 - Cascavel	$y=18,628+1,077x$	0,684	0,001	↑
20 - Toledo	$y=46,695-2,556x$	0,815	<0,001	↓
Noroeste	$y=47,500-1,112x$	0,589	0,004	↓
11- Campo Mourão	$y=32,183-0,645x$	0,718	0,001	↓
12 - Umuarama	$y=68,729-0,735x$	0,327	0,052	-
13 - Cianorte	$y=26,337-1,452x$	0,857	<0,001	↓
14 - Paranavaí	$y=38,671-1,050x+0,582x^2$	0,693	0,002	↓/↑
15 - Maringá	$y=51,645-1,679x$	0,523	0,008	↓
Norte	$y=52,239-1,699x$	0,953	<0,001	↓
16 - Apucarana	$y=78,186-1,594x$	0,852	<0,001	↓
17 - Londrina	$y=49,356-2,601x$	0,896	<0,001	↓
18 - Cornélio Procopio	$y=43,153-1,696x$	0,943	<0,001	↓
19 - Jacarezinho	$y=30,390+0,719x$	0,763	<0,001	↑
22 - Ivaiporã	$y=73,209-0,690x-0,516x^2$	0,636	0,004	↑/↓

* ↑ Crescente; ↓ Decrescente; - Constante; ↑/↓ Crescente/Decrescente; ↓/↑ Decrescente/Crescente.

Tabela 3 – Resultados da análise da tendência das taxas de internações psiquiátricas nos hospitais gerais por Regionais e Macrorregionais de Saúde, 2000 a 2013. Paraná, 2015.

	Modelo	R²	p	Tendência
Paraná	$y=6,241+0,517x$	0,723	<0,001	↑
Leste	$y=9,714+0,738x$	0,716	0,001	↑
1 - Paranaguá	-	-	-	-
2 - Metropolitana	$y=13,552+0,786x$	0,666	0,001	↑
3 - Ponta Grossa	$y=3,578+1,065x$	0,848	<0,001	↑
4 - Irati	$y=13,587+2,825x$	0,664	0,001	↑
5 - Guarapuava	$y=0,204+0,092x$	0,671	0,001	↑
6 - União da Vitória	$y=0,603+0,238x$	0,811	<0,001	↑
21 - Telêmaco Borba	$y=0,754+0,270x$	0,835	<0,001	↑
Oeste	$y=1,324+0,69$	0,717	0,001	↑
7 - Pato Branco	$y=0,672+0,267x$	0,798	<0,001	↑
8 - Francisco Beltrão	$y=0,732+0,258x$	0,606	0,003	↑
9 - Foz do Iguaçu	$y=4,805-0,017x+0,161x^2$	0,501	0,018	↓/↑
10 - Cascavel	$y=0,699+0,268x$	0,790	<0,001	↑
20 - Toledo	$y=0,315+0,147x$	0,636	0,002	↑
Noroeste	$y=8,240+0,967x-0,228x^2$	0,843	<0,001	↑/↓
11- Campo Mourão	$y=4,084+0,412x-0,127x^2$	0,765	0,001	↑/↓
12 - Umuarama	$y=0,918-0,044x-0,014x^2$	0,642	0,004	↑/↓
13 - Cianorte	$y=4,406+0,465x-0,148x$	0,701	0,002	↑/↓
14 - Paranavaí	$y=0,693+0,113x$	0,582	0,004	↑
15 - Maringá	$y=16,268+1,975x-0,450x^2$	0,852	<0,001	↑/↓
Norte	$y=2,034+0,017x-0,007x^2$	0,681	0,002	↑/↓
16 - Apucarana	-	-	-	-
17 - Londrina	-	-	-	-
18 - Cornélio Procopio	-	-	-	-
19 - Jacarezinho	-	-	-	-
22 - Ivaiporã	-	-	-	-

* ↑ Crescente; ↓ Decrescente; - Constante; ↑/↓ Crescente/Decrescente; ↓/↑ Decrescente/Crescente.

Tabela 4 – Resultados da análise de tendência das internações psiquiátricas nos hospitais psiquiátricos e hospitais gerais, segundo diagnóstico principal e sexo, 2000 a 2013. Paraná, 2015.

**Diagnóstico principal	Hospital psiquiátrico				Hospital geral			
	Masculino		Feminino		Masculino		Feminino	
	R ²	Tendência*	R ²	Tendência*	R ²	Tendência*	R ²	Tendência*
F00-F09	0,757	↓	0,916	↓	0,781	↓	0,616	↓
F10-F19	0,579	↑	0,876	↑	0,774	↑	0,745	↑
F20-F29	0,751	↓	0,980	↓	0,796	↓	0,860	↓
F30-F39	0,948	↑	0,945	↑	0,028	-	0,846	↑
F40-48	0,859	↓/↑	0,888	↑	0,649	↑/↓/↑	0,850	↑/↓/↑
F50-F59	0,588	↓	0,006	-	0,705	↓	0,601	↓
F60-F69	0,758	↓/↑/↓	0,898	↑	0,656	↓	0,690	↓/↑
F70-79	0,701	↓/↑	0,651	↓/↑	0,948	↓/↑	0,971	↓/↑
F80-89	0,863	↓/↑	0,663	↓/↑	0,645	↓/↑	0,756	↑
F90-98	0,872	↓	0,856	↓	0,189	-	0,899	↓/↑
F99	0,924	↓/↑/↓	0,120	-	0,820	↓/↑	0,026	-

* ↑ Crescente; ↓ Decrescente; - Constante; ↑/↓ Crescente/Decrescente; ↓/↑ Decrescente/Crescente

** 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 de humor [afetivos]; F40-F48: transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o “stress” e transtornos somatoformes; F50-F59: síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos; F60-F69: transtornos da personalidade e do comportamento do adulto; F70-F79: retardo mental; F80-F89: transtornos do desenvolvimento psicológico; F90-F98: transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência; e F99: transtorno mental não especificado.

6.3 MANUSCRITO 3

**GASTOS COM INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS NO ESTADO DO PARANÁ-
BRASIL: ANÁLISE DO PERÍODO DE 2000 A 2013**

EXPENDITURE ON PSYCHIATRIC HOSPITALIZATION IN THE STATE OF
PARANÁ-BRAZIL BETWEEN 2000 AND 2013

GASTOS CON INTERNACIONES PSIQUIÁTRICAS EN EL ESTADO DE PARANÁ-
BRAZIL: ANÁLISIS DEL PERÍODO DE 2000 A 2013

RESUMO

Objetivo: analisar os gastos com as internações hospitalares psiquiátricas, financiadas pelo Sistema Único de Saúde de residentes no Estado do Paraná, Brasil de 2000 a 2013. **Métodos:** estudo ecológico da tendência das internações hospitalares segundo sexo, idade, óbito hospitalar, dias de permanência, tipo de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), diagnóstico principal de internação, Regional de Saúde de residência, por tipo de hospital, registradas no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS). Para a análise da tendência, utilizou-se o modelo de regressão polinomial, considerando-se os gastos, variável dependente e os anos de estudo, variável independente. **Resultados:** foram gastos R\$ 485.665.544,00 com internações, dos quais, 89,31% em hospitais psiquiátricos (HP) e 10,7%, em hospitais gerais (HG). Os gastos em hospitais psiquiátricos aumentaram 24,49% no período do estudo, e em hospitais gerais, 125,7%. Na Macrorregional de Saúde Noroeste houve tendência decrescente das taxas nos gastos com as internações psiquiátricas e, com exceção na 13ª Regional de Saúde, as demais aumentaram a tendência das taxas com os gastos em hospitais psiquiátricos. **Conclusão:** os gastos com internações psiquiátricas foram maiores em hospitais psiquiátricos, porém a tendência aponta crescimento nos hospitais gerais. Os aumentos dos gastos públicos em HP e HG, contrapondo com a diminuição dos leitos psiquiátricos nesses estabelecimentos de saúde, evidenciam que podem estar relacionados com o fenômeno da reinternação psiquiátrica e com a escassez de serviços substitutivos de base comunitária. Conhecer a evolução dos gastos hospitalares com as internações psiquiátricas mostra a importância do financiamento para a garantia da execução das políticas públicas, e, no caso da assistência à saúde mental, está estabelecido legalmente que os responsáveis pela sua destinação e aplicação são as três instâncias que compõem o Sistema Único de Saúde: a federal, a estadual e a municipal.

Palavras-chave: Transtornos mentais. Gastos em saúde. Hospitais psiquiátricos. Hospitais gerais. Sistemas de informação hospitalar. Financiamento da assistência à saúde.

ABSTRACT

Objective: To analyze the costs of psychiatric hospitalizations paid by Brazilian Health Service (SUS) in the state of Paraná, Brazil, between 2000 and 2013. **Methods:** An ecological study of hospitalization trends by sex, age, hospital mortality, hospitalization period, type of AIH, main diagnosis, Regional Health Unit, type of hospital, recorded in the Hospital Information System of the Brazilian Health System (SIH-SUS). The polynomial regression model was employed for trend analysis taking into account expenses as dependent variable and period under analysis as independent variable. **Results:** Expenditure reached R\$ 485,665,544.00 in hospitalizations of which 89.31% were allotted to psychiatric hospitals and 10.7% to general hospitals. Expenditure in psychiatric hospitals increased 24.49% during the study period, whereas there was a 125.7% increase in general hospitals. There was a decreasing trend in expenditure rates with psychiatric hospitalizations in the Macroregional Health Units of the Northwestern Region of the state of Paraná, excepting the 13rd Regional Health Unit. The other Regional Health Units increased expenditure rate trends of psychiatric hospitals. **Conclusion:** Expenditure with psychiatric hospitalizations was higher in psychiatric hospitals, although there was a trend for general hospitals. As a contrast to reduction in psychiatric beds in health facilities, increase in public spending on PH and GH evidences relationship with the phenomenon of psychiatric rehospitalization and the lack of community-based alternative services. Information on the evolution of hospital expenditures in psychiatric hospitalizations shows the importance of financing to ensure public policies, and in the case of mental health care, the three responsible organs of the Brazilian Health System: the Federal, State and Municipal authorities, are responsible for its allocation and application.

Keywords: Mental disorders. Health expenditures. Psychiatric hospitals. General hospitals. Hospital information systems. Health-care financing.

RESUMEN

Objetivo: analizar los costos con las internaciones hospitalarias psiquiátricas, financiadas por el Sistema único de Salud de residentes en el Estado de Paraná, de 2000 a 2013. **Métodos:** estudio ecológico de la tendencia de las internaciones hospitalarias según sexo, edad, óbito hospitalario, días de permanencia, tipo de AIH, diagnóstico principal de internación, Regional de Salud de residencia, por tipo de hospital, registradas en el Sistema de Informaciones Hospitalarios del Sistema Único de Salud (SIH-SUS). Para el análisis de la tendencia, se utilizó el modelo de regresión polinomial, considerando los costos, variable dependiente y los años de estudio, variable independiente. **Resultados:** se gastó R\$ 485.665.544,00 con internaciones de los cuales el 89,31% en hospitales psiquiátricos fueron con los gastos sucedidos en internaciones psiquiátricas de los hospitales psiquiátricos y el 10,7%, en hospitales generales. Los gastos en hospitales psiquiátricos aumentaron el 24,49% en el período del estudio, y en hospitales generales el 125,7%. En la Macro regional de Salud Noroeste hubo tendencia de disminución de las tasas en los costos con las internaciones psiquiátricas con excepción en la 13ª Regional de Salud, las demás Regionales de Salud aumentaron la tendencia de las tasas con los gastos en hospitales psiquiátricos. **Conclusión:** los gastos con internaciones psiquiátricas fueron más grandes en hospitales psiquiátricos, sin embargo la tendencia apunta crecimiento en los hospitales generales. Los aumentos de los gastos públicos en HP y HG, contrarrestando con la disminución de las camas psiquiátricas en esos establecimientos de salud, evidencian que puede estar relacionado con el fenómeno del reingreso psiquiátrico y con la escasez de

servicios substitutivos de base comunitaria. Conocer la evolución de los gastos hospitalarios con las internaciones psiquiátricas muestra la importancia del financiamiento para la garantía de la ejecución de las políticas públicas, y en el caso de la asistencia a la salud mental, está establecido legalmente que los responsables por su destinación y aplicación son las tres instancias que componen el Sistema Único de Salud: la federal, la estadual y la municipal.

Palabras clave: Trastornos mentales. Gastos en salud. Hospitales psiquiátricos. Hospitales generales. Sistemas de información hospitalaria. Financiamiento de la asistencia a la salud.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que os países deveriam restringir ainda mais o investimento em hospitais psiquiátricos, porque este representa o uso menos desejável dos recursos financeiros, já limitados para a saúde mental. No entanto, antes de efetivar a desinstitucionalização, os países devem certificar-se de que o serviço de base comunitária está adequado e os serviços em hospitais gerais estão implantados e disponíveis para pessoas com transtorno mental (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

Na busca pela maximização da eficiência do serviço público de saúde, é necessário compreender a utilização dos recursos financeiros e a avaliação dos gastos. Os gastos públicos em saúde apresentam-se em três categorias: primeiramente, os de funcionamento do governo como aqueles necessários à manutenção das atividades governamentais; os de investimento do governo, que de algum modo se incorporam ao capital público e ao capital social, na forma de projetos; e a última categoria, os de financiamento, destinados a operações de repasse, transferência, subvenções, que na prática cotidiana do serviço público acabarão se tornando gastos de financiamento ou de investimento em saúde (MIRANDA FILHO, 2003; BRASIL, 2013).

O financiamento é fundamental para a garantia da execução das políticas públicas, e, no caso da assistência à saúde mental, está estabelecido legalmente que os responsáveis

pela sua destinação e aplicação são as três instâncias que compõem o Sistema Único de Saúde (SUS): a federal, a estadual e a municipal. A emenda constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000, estabeleceu a vinculação financeira para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde para as três esferas de governo (BRASIL, 2013).

Estudo realizado que verificou a evolução do gasto federal com saúde mental, de 2001 a 2009 no Brasil, comprovou que houve crescimento de 51,3% e mostrou aumento expressivo de gasto extra-hospitalar de 404,2% e decréscimo do gasto hospitalar de 39,5%. O gasto total do Ministério da Saúde (MS) com saúde mental cresceu no mesmo período - 55,8% (GONÇALVES; VIEIRA; DELGADO, 2012).

O MS estima que 3% da população sofre com episódios agudos ou crônicos de transtornos mentais severos ou persistentes e que cerca de 12% necessitam de algum atendimento em saúde por esse agravo, seja contínuo ou eventual. Considera ainda que mais de 6% da população apresenta transtornos psiquiátricos graves, decorrentes do uso de álcool e de outras drogas. No entanto, o MS gastou, em 2009, 2,57% do orçamento anual do SUS com a saúde mental, enquanto o relatório de 2003-2006 indicava um percentual necessário de 4,55% para 2010 (diferença de quase 2%). Em 2011, o percentual gasto foi de 2,51% na assistência à saúde mental em todo o território brasileiro (BRASIL, 2011d).

A literatura internacional mostra a viabilidade econômica da mudança do paradigma assistencial. Esses achados contrariam a percepção difusa de que as modalidades de atenção extra-hospitalar seriam extremamente custosas. Alguns autores, primeiramente em 1990 e depois em 1995, desenvolveram estudos comparativos em relação ao custo da atenção hospitalar convencional e ao cuidado comunitário, tendo como universo de pesquisa a experiência de fechamento de dois hospitais britânicos, o Friern e o Claybury (KNAPP et al., 1990, 1994, 1995, 1997).

Em Israel, um estudo avaliou a reforma do sistema de serviço em saúde mental, movendo o *locus* de tratamento e cuidados de um sistema hospitalocêntrico para o foco do tratamento comunitário, concentrou-se em mudanças ocorridas na política e serviços, especialmente durante a última década, avaliando tendências e questões relacionadas com a legislação e financiamento. Os resultados indicam uma queda drástica no número de leitos psiquiátricos, tempo de permanência em serviços de internamento hospitalar e aumento nos serviços de reabilitação na comunidade. No entanto, nenhum hospital psiquiátrico do governo foi fechado e o orçamento para hospitais aumentou, enquanto clínicas comunitárias tiveram seu financiamento reduzido (AVIRAM, 2010).

No que tange ao Brasil, são escassos os estudos comparativos sobre as duas modalidades de assistência psiquiátrica, a hospitalar ou a comunitária, mas deve-se considerar que os dispositivos substitutivos encontram-se em fase de implantação e implementação, aumentando a partir das formulações complementares da década de 2000.

No início da década de 1990, as internações psiquiátricas ocorridas no Brasil eram a segunda fonte de despesas com internações hospitalares. A partir de 1992, com as diretrizes do MS, houve mudanças na caracterização das internações psiquiátricas. Cabe lembrar que em 1997 a proporção de atendimentos nos serviços hospitalares era de 92% e, para os serviços extra-hospitalares, era de 8% dos recursos financeiros, caracterizando uma psiquiatria pública, edificada quase exclusivamente sobre as AIH (BRASIL, 2010b).

De qualquer forma, o gasto federal com os dispositivos extra-hospitalares vem aumentando em importância proporcional, chegando, ao final de 2002, a cerca de 20% do total gasto com a assistência psiquiátrica no Brasil (BRASIL, 2011d).

Considerando-se o financiamento global da saúde mental no SUS, esse cresceu nos últimos dez anos. Foi, porém, a partir da lei nº 10.216, de 2001, que uma inflexão visível se estabeleceu, os recursos foram passando dos hospitalares para os extra-hospitalares,

como orienta a mudança do modelo, de tal modo que, no final de 2006, pela primeira vez, o componente territorial e comunitário, que eram o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), ambulatórios, residências terapêuticas, centros de convivência, leitos em hospitais gerais, superou o atendimento hospitalar (BRASIL, 2001b).

Uma pesquisa com trabalhadores de enfermagem em um hospital psiquiátrico no Estado do Paraná destacou como limitações e desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira a quantidade insuficiente dos serviços extra-hospitalares, limitações do atendimento em hospital geral e falta de qualificação dos profissionais. Externou fragilidades na articulação entre os serviços de saúde e de acompanhamento da pessoa com transtorno mental após a alta hospitalar, o que favorece as reinternações hospitalares (GUIMARÃES et al., 2015).

O orçamento anual do MS em saúde mental tem mostrado constante inversão do financiamento, e as internações hospitalares, de modo geral, têm sido objeto de pesquisas, constituindo importante fonte de dados sobre a morbidade de pessoas hospitalizadas, além de serem responsáveis por grande parte dos gastos em saúde com recursos humanos, materiais de órteses e próteses e tecnologias no setor saúde (BITTENCOURT, 2006; PEREIRA et al., 2012).

O conhecimento acerca dos gastos hospitalares com internações psiquiátricas é primordial para se entender as mudanças no modelo de assistência psiquiátrica que ocorre no Brasil. O estudo tem como objetivo analisar os gastos com as internações hospitalares psiquiátricas, ocorridas em hospitais psiquiátricos e hospitais gerais no Estado do Paraná-Brasil, de 2000 a 2013.

MÉTODOS

Trata-se de estudo do tipo ecológico, longitudinal. A população do estudo foi constituída pelos gastos das internações psiquiátricas, ocorridas em hospitais psiquiátricos

(HP) e hospitais gerais (HG) da rede assistencial psiquiátrica, existentes e cadastrados no Estado do Paraná, um dos três Estados que compõem a região Sul do Brasil e que possui 399 municípios e população estimada em 10.577.755 habitantes (IBGE, 2010). A divisão administrativa da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná é subdividida em 22 Regionais de Saúde (RS), agrupadas em quatro Macrorregiões de Saúde (MR): Leste, Oeste, Noroeste e Norte (PARANÁ, 2012).

O principal sistema de informação em saúde da área hospitalar é o Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS) que é disponibilizado pelo Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus). O SIH-SUS é um banco de dados administrativos, coletados a partir da Autorização de Internação Hospitalar (AIH), também é uma fonte importante de dados, que pode fornecer um diagnóstico da saúde em nível local ou nacional, porém, no Brasil, esse banco de dados ainda não é adequadamente explorado. Apesar da limitação quanto à qualidade das informações, o SIH-SUS reúne informações de, aproximadamente, 80% das internações hospitalares do país (SÁ et al., 2001).

As internações psiquiátricas foram obtidas do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS), gerado pelo aplicativo Tab para Windows 3.2 (Tabwin), desenvolvido pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus), de domínio público. As informações das internações psiquiátricas foram obtidas pelas AIH normal (tipo 1) e de longa permanência (tipo 5), e os dados populacionais, no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), disponibilizados pelo Datasus.

Foram localizados os arquivos do SIH-SUS, referentes às internações psiquiátricas ocorridas de janeiro de 2000 a dezembro de 2013, e selecionados todos os gastos com as internações psiquiátricas de residentes no Estado do Paraná. Os valores dos gastos foram atualizados para valores em reais de 2013 por meio da aplicação do Índice de Preços ao

Consumidor Amplo (IPCA) (IBGE, 2015). O elemento básico, gerador dos valores de remuneração, foi a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais (OPM) do SUS (SIGTAP), que foi unificada em janeiro de 2008, pela portaria SAS/MS nº 2848/2007 (BRASIL, 2012).

Foram analisadas as seguintes variáveis: valor total da AIH (em reais); ano de internação (2000 a 2013); sexo (masculino e feminino); faixa etária (1 a 14anos; 15 a 29 anos; 30 a 59 anos e 60 anos a mais); óbito (com óbito); dias de permanência (0 a 7 dias, 8 dias a 28 dias e 29 dias e mais); Regional de Saúde de residência; e diagnóstico principal pelo CID 10, capítulo V, Transtornos Mentais e Comportamentais (F00 – F99) que foram agrupados em: 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 de humor [afetivos]); F40-F48 (transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o “stress” e transtornos somatoformes); F50-F59 (síndromes comportamentais associadas às disfunções fisiológicas e a fatores físicos); F60-F69 (transtornos da personalidade e do comportamento do adulto); F70-F79 (retardo mental); F80-F89 (transtornos do desenvolvimento psicológico); F90-F98 (transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência); e F99 (transtorno mental não especificado).

Para a análise de tendência, utilizou-se o modelo de regressão polinomial, no qual os gastos com internações psiquiátricas foram considerados variáveis dependentes (Y) e os anos de estudo, variável independente (X). A variável ano foi transformada na variável ano-centralizada (X-2006) e as séries foram suavizadas por meio da média móvel de três pontos. Foram testados os modelos de regressão polinomial linear ($y=\beta_0+\beta_1x_1$), quadrático ($y=\beta_0+\beta_1x_1+\beta_2x_2$) e cúbico ($y=\beta_0+\beta_1x_1+\beta_2x_2+\beta_3x_3$) (LATORRE; CARDOSO, 2001).

Admitiu-se tendência linear estatisticamente significativa somente quando a sua probabilidade de ocorrência foi igual ou menor do que 0,005, ou seja, $p \leq 5\%$. Para a escolha do melhor modelo, foram consideradas ainda a análise do diagrama de dispersão do valor do coeficiente de determinação (r^2) e a análise dos resíduos (suposição de homocedasticidade verdadeira). Quando todos os critérios eram significativos para mais de um modelo e o coeficiente de determinação era semelhante, optou-se pelo modelo mais simples. As análises foram realizadas por meio do software SPSS versão 20.1.

Por tratar-se de pesquisa com dados secundários oficiais de domínio público, sem identificação dos sujeitos, houve dispensa de apreciação pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (COPEP), da Universidade Estadual de Maringá por meio do ofício nº 01/2015, de março de 2015. O estudo seguiu as recomendações da Resolução do Conselho Nacional de Saúde CNS, nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

RESULTADOS

Nos 14 anos estudados ocorreram gastos totais com as internações psiquiátricas encontradas e analisadas, no valor de R\$ 485.665.544,00 em hospitais psiquiátricos (HP) e hospitais gerais (HG). Desse total, 89,31% foram com os gastos ocorridos em internações psiquiátricas em HP e 10,69% com as internações psiquiátricas ocorridas em HG. Os gastos totais com as internações psiquiátricas em HP aumentaram 24,49% no período, enquanto aqueles com internações psiquiátricas, ocorridas em HG, tiveram um aumento de 125,74%.

Na Tabela 1, com relação ao tipo de AIH, destaca-se que houve tendência crescente do tipo de AIH de longa permanência nos gastos das internações psiquiátricas em HP. As faixas etárias, até 14 anos, 15 a 29 anos e de 60 e 80 anos e mais apresentaram acréscimo da tendência nos gastos das internações psiquiátricas no HP, a faixa etária de 30 a 59 anos

mantteve-se constante. No HG, as faixas etárias de 1 a 14 anos e de 30 a 59 anos apresentaram-se com acréscimo da tendência nos gastos das internações psiquiátricas.

Os modelos apresentaram-se com relação aos dias de permanência com aumento no de 0 a 7 dias e diminuição de 8 a 28 dias e de 29 dias e mais em HG. No HP os dias de permanência tiveram tendência de aumento, no de 0 a 7 dias e de 8 a 28 dias. Obteve-se diminuição dos gastos das internações psiquiátricas na estratificação de 29 dias e mais (Tabela 1).

O estudo evidenciou tendência crescente para as taxas dos gastos de internações psiquiátricas, ocorridas nos HP (Tabela 2) em quase todas as RS, e aumento das taxas dos gastos de 157,45/ano (r^2 de 74%) para as internações psiquiátricas ocorridas nos HG, no Estado do Paraná, no período estudado. As RS de Umuarama e Foz do Iguaçu apresentaram exceção nas taxas dos gastos (Tabela 3).

As MR do Estado do Paraná que tiveram tendência de aumento estatisticamente significativa nas taxas dos gastos com as internações psiquiátricas em HP foram: na MR Leste, Paranaguá (r^2 de 77%), Ponta Grossa (r^2 de 92%), Irati (r^2 de 70%), Guarapuava (r^2 de 51%) e Telêmaco Borba (r^2 de 94%). Sendo que as RS Metropolitana e União da Vitória mantiveram-se constantes no período. Na MR Oeste foram as RS Pato Branco (r^2 de 79%), Francisco Beltrão (r^2 de 63%), Foz do Iguaçu (r^2 de 73%), Cascavel (r^2 de 86%), e a RS de Toledo manteve-se constante. Na MR Noroeste, as RS foram a de Campo Mourão (r^2 de 60%), Umuarama (r^2 de 40%) e Maringá (r^2 de 39%); a RS de Paranavaí manteve-se constante. Na MR Norte as RS de Jacarezinho (r^2 de 79%) e Ivaiporã (r^2 de 39%) tiveram aumento dos gastos, e mantiveram-se constantes as RS de Apucarana, Londrina, Cornélio Procópio (Tabela 2).

A MR do Estado do Paraná que teve tendência decrescente, estatisticamente significativa nas taxas dos gastos com as internações psiquiátricas em HP, foi a RS de Cianorte que decresceu por um polinômio de terceira ordem (Tabela 2).

As MR que tiveram aumento de tendência estatisticamente significativa nas taxas dos gastos com internações psiquiátricas, ocorridas em HG na MR Leste, foram: Metropolitana (r^2 de 76%), Ponta Grossa (r^2 de 42%), Irati (r^2 de 34%), Guarapuava (r^2 de 68%), União da Vitória (r^2 de 74%) e Telêmaco Borba (r^2 de 41%). A RS de Paranaguá manteve-se constante nas taxas dos gastos com as internações psiquiátricas. Na MR Oeste, as RS que tiveram aumento foram: Pato Branco (r^2 de 73%), Francisco Beltrão (r^2 de 62%), Cascavel (r^2 de 82%) e Toledo (r^2 de 72%). Na MR Noroeste, as RS de Campo Mourão (r^2 de 67%), Cianorte (r^2 de 80%), Paranavaí (r^2 de 85%) e Maringá (r^2 de 46%) tiveram aumento de tendência dos gastos com as internações psiquiátricas em HG. Na MR Norte as RS de Jacarezinho (r^2 de 74%) e Ivaiporã (r^2 de 60%) aumentaram, e as RS de Apucarana, Londrina e Cornélio Procopio mantiveram-se constantes no período do estudo.

As MR que tiveram decréscimo das taxas de gastos com as internações psiquiátricas, ocorridas em HG, foram a Oeste e a Noroeste. Na MR oeste foi a RS de Foz do Iguaçu com r^2 de 71% e 474,71 de diminuição por ano nos gastos com as internações psiquiátricas. Na MR Noroeste a RS de Umuarama, foi por polinômio de terceira ordem o decréscimo de tendência das taxas dos gastos com as internações psiquiátricas, ocorridas em HG.

Outros resultados importantes encontrados estão relacionados com a variável do diagnóstico principal pelo capítulo V da CID 10. Foi verificada a tendência de aumento das taxas dos gastos com as internações psiquiátricas, ocorridas em HG por *transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas* em ambos os sexos e em HP houve aumento no sexo feminino e diminuição no sexo masculino. Com relação

ao diagnóstico principal de *esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes*, houve tendência de diminuição das taxas dos gastos de internações psiquiátricas em HP, no sexo feminino, e aumento no masculino, e em HG houve aumento em ambos os sexos (Tabela 4).

No *transtornos de humor afetivos* houve aumento da tendência dos gastos das internações psiquiátricas no sexo feminino em HP e em HG e diminuição no sexo masculino. Nos *transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o “stress” e transtornos somatoformes* foi encontrado tendência de decréscimo dos gastos das internações psiquiátricas no sexo feminino em HP (Tabela 4).

Outro diagnóstico, o de *síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos*, foi verificado tendência de diminuição de ocorrência dos gastos das internações psiquiátricas no sexo masculino e no feminino no HP e aumento dos gastos das internações psiquiátricas no sexo feminino no HG.

No *transtorno da personalidade e do comportamento do adulto* foi verificada tendência de aumento no sexo feminino tanto no HP e HG e tendência de diminuição no sexo masculino somente no HP. O retardo mental manteve-se com diminuição no HP em ambos os sexos e com aumento nos gastos das internações psiquiátricas no sexo feminino.

Foi verificado tendência de aumento significativa por transtornos do desenvolvimento psicológico que teve aumento no HP no sexo masculino e no HG no sexo feminino.

Com relação aos *transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência*, houve diminuição de tendência dos gastos das internações psiquiátricas no sexo masculino no HP e no HG houve aumento no sexo masculino e diminuição do sexo feminino. No transtorno mental

não especificado foi encontrado tendência de diminuição somente no sexo masculino do HP (Tabela 4).

DISCUSSÃO

Ao se considerar a utilização de bancos secundários de domínio público, oriundos dos sistemas de informação em saúde, como o SIH-SUS, algumas limitações são elencadas, como a possibilidade de mais de uma AIH para a mesma pessoa no período do estudo e a estrutura por remuneração do sistema que privilegia a lógica financeira. No entanto é reconhecida a utilização de pesquisas epidemiológicas, pois fornece um volume expressivo de dados que representam cerca de 80% das internações hospitalares de todos os estabelecimentos públicos e privados (conveniados e ou contratualizados ao SUS) (SILVEIRA; SANTOS; FERREIRA, 2012).

Destaca-se, no período estudado, que houve tendência crescente das AIH de longa permanência nos gastos das internações psiquiátricas nos hospitais psiquiátricos do Estado do Paraná. Por sua vez, no Brasil, a política de saúde mental promoveu redução dos leitos psiquiátricos de longa permanência, os recursos financeiros gerados pela desativação dos leitos psiquiátricos deveriam ser redirecionados para a rede de serviços extra-hospitalares, e no caso de pacientes moradores em instituições por longos períodos os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) deveriam ser implantados e realizar o acolhimento. Porém há que se considerar que o recurso financeiro para o pagamento das AIH é depositado pelo Fundo Municipal da Saúde, recurso federal. O incentivo recebido para o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) também é federal, porém o custeio e a manutenção são de gestão exclusiva municipal (BRASIL, 2004b).

O relatório da IV Conferência Nacional de Saúde Mental, nas páginas 26 e 27 recomendou modificações na forma de pagamento, formulação de critérios claros e

transparentes de destinação, aplicação, gestão e controle. Coube ao MS garantir a política de saúde mental como prioridade, pautada por processos de monitoramento e controle para uso dos recursos, tendo seu financiamento assegurado por meio de critérios que levem em conta as dimensões demográficas e epidemiológicas, regionais e municipais, com extinção do critério de pagamento por produção assistencial (BRASIL, 2010b).

Cabe ressaltar que a implementação de leitos destinados às pessoas com transtorno mental em hospital geral constitui uma estratégia para diminuição do estigma da doença mental, bem como a melhoria do acesso ao serviço hospitalar e do intercâmbio com outras especialidades médicas, assegurando melhor assistência física e psiquiátrica dessas pessoas (BOTEGA, 2006).

O orçamento do SUS em saúde mental tem mostrado constante inversão do financiamento (ANDREOLI et al., 2007). O gasto federal com os hospitais psiquiátricos foi de 29,44% em 2010 enquanto que o valor despendido em serviços extra-hospitalares representou 70,56% do total dos gastos (BRASIL, 2011e). Contudo não foi objetivo deste estudo analisar os gastos em serviços substitutivos, e sim quanto aos montantes gastos nos hospitais que prestam assistência psiquiátrica no Estado do Paraná.

Ainda sobre o gasto público com saúde, a lei complementar nº 141, que regulamentou a emenda constitucional nº 29 e que dispõe sobre os percentuais mínimos a serem aplicados por cada um dos entes federativos em ações e serviços públicos de saúde, estabeleceu os critérios de transferência de valores para os Estados, municípios e Distrito Federal e definiu ainda as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo. Outros dois pontos importantes a se destacar nessa lei são, primeiramente, a definição do que são gastos com saúde e quais as ações e serviços de saúde que podem e não podem ser financiadas com os recursos da saúde. O outro ponto é a determinação dos percentuais que cada ente federativo deve aplicar com exclusividade na

saúde; os municípios, com 15% de suas receitas; os Estados, com 12% de suas receitas; e a União, com o valor do ano anterior, acrescido da variação do Produto Interno Bruto (PIB) (SANTOS, 2012).

Com relação aos dados suscitados pelo presente estudo, predominou nos gastos por Macrorregionais de Saúde a tendência de aumento nos hospitais gerais e nos hospitais psiquiátricos, com exceção da Regional de Saúde de Cianorte, da Macrorregional de Saúde Noroeste, que tiveram diminuição dos gastos nas internações psiquiátricas nos hospitais psiquiátricos. Observa-se que a remuneração está vinculada ao episódio de doença por meio de diárias hospitalares. Portanto, apesar da inversão do financiamento em saúde mental federal, permanece a necessidade da análise da estrutura do financiamento em relação ao modelo assistencial hospitalar que se deseja no Estado do Paraná, evitando-se os “vazios assistenciais” na assistência psiquiátrica hospitalar. Não basta aumentar o orçamento em saúde mental, é preciso saber onde o recurso financeiro é investido e o custo efetivo nas ações realizadas (GONÇALVES; VIEIRA; DELGADO, 2012).

O diálogo com a literatura internacional reforça que, principalmente nos países de média e baixa renda em desenvolvimento, há a necessidade de implantação de políticas públicas de saúde mental, coordenadas com todas as esferas governamentais, com planos e programas de saúde mental; articulação com setores não governamentais; ampliação dos serviços extra-hospitalares para toda a população com transtorno mental; estabelecimento de fluxo para o recurso financeiro efetivo para o desenvolvimento e implantação das ações comunitárias de saúde mental (THORNICROFT; TANSELLA, 2004; CHISHOLM et al., 2007; PATEL et al., 2007; THORNICROFT et al., 2010).

De forma geral, os achados demonstraram que a ressocialização de pacientes de longa permanência institucional, mesmo em programas com amplo suporte social e assistencial, com a inclusão de gastos diretos e indiretos, era economicamente mais

vantajosa que o tratamento hospitalar. Esse resultado foi confirmado por outra experiência britânica de fechamento de hospitais psiquiátricos em três pequenos hospitais no distrito de Exeter, e, em 1997, em oito áreas da Inglaterra e Gales (KING, 1991; KNAPP et al., 1990, 1994, 1995, 1997).

Assim, as avaliações dos estudos internacionais indicam a possibilidade de as alternativas de atenção comunitária ser menos custosa que o atendimento hospitalar tradicional. Essa constatação confere uma singularidade especial ao processo de desinstitucionalização psiquiátrica, pois apresenta uma tendência paradoxal: a amplitude da cobertura das necessidades sociais e assistenciais da clientela pode tornar-se mais abrangente e mais efetiva, com a diminuição concomitante dos gastos envolvidos no processo.

Dados americanos mostram que entre 70% a 90% das pessoas com transtornos mentais experimentam uma redução significativa dos sintomas e melhoria da qualidade de vida depois de receber tratamento farmacológico e psicossocial. No entanto menos de 1/3 dos adultos e 1/2 de crianças com transtorno mental recebem assistência à saúde mental. A doença mental tratada tem alto custo econômico, porém com a não tratada nos Estados Unidos são gastos mais de 100 bilhões de dólares a cada ano (GOLDMAN; JOSEPH, 1985).

Ainda, nos Estados Unidos da América, o Estado da Califórnia em 2004 aprovou a resolução nº 63, a Lei de Serviços em Saúde Mental, que cobra um imposto de 1% sobre o lucro tributável acima de um milhão de dólares. As receitas fiscais, recebidas anualmente são para financiar os serviços comunitários de saúde mental, incluindo serviços como a habitação e apoio social, que eram tradicionalmente ausentes no modelo de comunidade. Fundos são distribuídos para cada município de forma que a comunidade pode determinar o que é melhor com base em suas próprias necessidades. Dadas as falhas na

desinstitucionalização, a Lei de Serviços de Saúde Mental é uma solução potencial para ser replicada em escala nacional (ESTRADA, 2007).

A comparação entre estudos é sempre difícil, pois os métodos utilizados de análise quase sempre são diferentes; verifica-se que nos 14 anos de estudo houve tendência de aumento das taxas dos gastos de internações psiquiátricas nos hospitais psiquiátricos e nos hospitais gerais no sexo feminino e diminuição no sexo masculino por transtorno de humor. Com relação à esquizofrenia, os gastos com internações psiquiátricas aumentaram no sexo feminino e masculino no hospital geral e no hospital psiquiátrico houve diminuição das taxas dos gastos no sexo feminino e aumento no sexo masculino.

Acompanhando a tendência mundial de aumento da proporção de internações psiquiátricas por transtorno de humor e a tendência de queda na proporção de internações psiquiátricas por esquizofrenia (KORKEILA et al., 1998), atualmente, há maior disponibilidade de alternativas para tratamento do transtorno de humor, com lançamento de dezenas de antidepressivos e novos estabilizadores do humor, desde o lançamento do lítio, na década de 1970. Simultaneamente, há crescente investimento em medicações de alto custo, disponíveis para os protocolos de medicamentos excepcionais, específicos para a área de saúde mental, como exemplo, o da esquizofrenia refratária (CANDIAGO; ABREU, 2007).

Associar a dependência de substâncias psicoativas e o gasto relacionado às ações de tratamento demonstra o alto impacto econômico e financeiro e que essa problemática gera em função da alta prevalência na população, como também da própria dinâmica da doença, em que os episódios de recaídas são frequentes e conseqüentemente exigem, muitas vezes, intervenções de maior complexidade, como é o caso, por exemplo, dos serviços de urgência e emergência para o alcoolismo. Em estudo no município de Campinas, São Paulo, encontrou-se aumento de gastos por F10-F19 de 36%, de 2000 a 2002, e os

hospitais psiquiátricos contemplaram a maior parte das internações psiquiátricas (GALLASSI; ELIAS; ANDRADE, 2008).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde o ano de 2004, o MS definiu que a cada transferência de paciente do hospital psiquiátrico para o SRT, houvesse redução de igual número de leitos no hospital psiquiátrico de origem. Os recursos financeiros da AIH, que financiavam os leitos desativados, deveriam ser realocados para os tetos orçamentários do Estado ou município responsável pela assistência ao paciente. Com esses recursos, os municípios implantariam a infraestrutura e acompanhamentos necessários aos usuários, por meio da rede de atenção psicossocial. Na prática isso não aconteceu no Estado do Paraná, nos hospitais psiquiátricos a redução do número de leitos seguiu uma política do próprio Estado, mantendo e financiando, atualmente, 15 hospitais psiquiátricos.

O estudo apontou que a distribuição da tendência dos gastos por Macrorregionais de Saúde não foi distribuída de forma equitativa no Estado do Paraná, uma das razões para isso é que o gasto público federal *per capita* é desigual entre os 399 municípios paranaenses. Além disso, há desigualdades entre os municípios paranaenses quanto ao financiamento para a implantação de maior oferta de leitos hospitalares psiquiátricos em hospitais gerais.

Com isso, o desafio no Estado do Paraná é promover a assistência à saúde mental das pessoas com transtorno mental em todos os níveis de atenção, privilegiando os equipamentos extra-hospitalares, como os CAPS, e na atenção primária, as Unidades Básicas de Saúde nas ações da Estratégia Saúde da Família. Essa abordagem propicia a otimização da política de saúde mental implementada e contribui para a desconstrução do imaginário social de que os hospitais psiquiátricos são o único local legítimo para o tratamento e a resolução dos problemas psiquiátricos das pessoas com transtorno mental.

REFERÊNCIAS

- ANDREOLI, S. B. et al. Is psychiatric reform a strategy for reducing the mental health budget? The case of Brasil. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 43-46, 2007.
- AVIRAM, U. Promises and Pitfalls on the Road to a Mental Health Reform in Israel. **Isr. J. Psychiatry Relat. Sci.**, Jerusalém, v. 47, no. 3, p. 171-183, 2010.
- BITTENCOURT, S. A. O sistema de informação hospitalar e sua aplicação na saúde coletiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 19-30, jan. 2006.
- BOTEGA, N. J. Psiquiatria no hospital geral: históricos e tendências. In: BOTEGA, N. J. (Ed.). **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2006. p. 17-34.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 abr. 2001b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em: 20 mar. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Residências terapêuticas: o que são, para que servem**. Brasília, DF, 2004b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial**. Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília, DF, 2010b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. **Saúde Mental em Dados 9**. Brasília, DF, 2011d.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) Departamento Nacional de Auditoria do SUS. **Avaliação dos Hospitais Psiquiátricos no Âmbito do Sistema Único de Saúde. Ação Nacional - PT GM/MS nº 2.398/2011**. Brasília, DF, 2011e.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Introdução à gestão de custos em saúde**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2013.
- CANDIAGO, R. H.; ABREU, P. B. Uso do Datasus para avaliação dos padrões das internações psiquiátricas, Rio Grande do Sul. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.41, n.5, p. 821-829, 2007.
- CHISHOLM, D. et al. Scale up services for mental disorders: a call for action. **Lancet**, London, v. 370, no. 9594, p.1241-1252, Oct. 2007.

ESTRADA, E. **The Future of Mental Health in California: A Policy Analysis of the Mental Health Services Act.** Long Beach: California State University, 2007.

GALLASSI, A. D.; ELIAS, P.E. M.; ANDRADE, A. G. Caracterização do gasto SUS com internações de dependentes de substâncias psicoativas no período de 2000 a 2002 no município de Campinas - SP. **Rev. Psiqu. Clín.**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 2-7, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v35s1/a02v35s1.pdf>>. Acesso em: 18 jan. 2015.

GOLDMAN, H. H.; JOSEPH, P. M. The Alchemy of Mental Health Policy: homelessness and the fourth cycle of reform. **Am. J. Public Health**, Washington, DC, v. 75, no. 7, p. 727-731, July 1985.

GONÇALVES, R. W.; VIEIRA, F. S. DELGADO, P. G. G. Mental Health Policy in Brazil: federal expenditure evolution between 2001 and 2009. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 51-58, 2012.

GUIMARÃES, A. N. et al. Mudanças na atenção à saúde mental decorrentes da reforma psiquiátrica: percepções de profissionais de enfermagem. **Ciênc. Cuid. Saúde**, Maringá, v. 14, n. 1, p. 830-838, jan./mar. 2015. Disponível em: <<file:///C:/Users/Windows-7/Downloads/22187-113036-1-PB.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2015.

IBGE. **Estatística Paranaense, 2010.** Curitiba, 2010a. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/download/estatistica.shtm>>. Acesso em: 10 mar. 2015.

IBGE. **Índices de preços ao consumidor amplo: IPCA-15.** Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/precos/ipca15/ipca15_201504_1.shtm/>. Acesso em: 10 mar. 2015.

KING, D. Replacing mental hospitals with better services. In: RAMON, S. (Ed.). **Psychiatry in Transition.** London: Pluto Press, 1991. p. 63-77.

KNAPP, M. et al. The TAPS Project 3: Predicting the Community Costs of Closing Psychiatric Hospitals. **Brit. J. Psychiatry**, London, v.157, no. 5, p. 661-670, Nov. 1990.

KNAPP, M. et al. Service Use and Costs of Home-Based versus Hospital-Based Care for People with Serious Mental Illness. **Brit. J. Psychiatry**, London, v.165, no. 2, p. 195-203, Aug.. 1994.

KNAPP, M. et al. Community Mental Health Care for Former Hospital In-Patients- Predicting Costs from Needs and Diagnoses. **J. Psychiatry**, London, v. 166, no. 27, p. 10-18, Apr. 1995.

KNAPP, M. et al. The Cost Consequences of Changing the Hospital-Community Balance: the mental health Residential care study. **Psychol. Med.**, London, v. 27, no. 3, p. 681-692, 1997.

KORKEILA, J. A. et al. Patterns of psychiatric hospital service use in Finland: a national register study of hospital discharges in the early 1990s. **Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.**, Berlin, v. 33, no. 5, p. 218-223, 1998.

LATORRE, M. R. D.O.; CARDOSO, M. R. A. Análise de séries temporais em epidemiologia: uma introdução sobre os aspectos metodológicos. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 4, n. 3, p. 145-152, 2001.

MIRANDA FILHO, C. R. **Sistema de custos na administração pública**: uma análise das proposições teóricas atuais à luz da realidade institucional: o caso da Secretaria da Fazenda do Estado da Bahia. 2003. Dissertação (Mestrado em Administração)-Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2003.

PARANÁ. Governo Estadual do Paraná. Secretaria de Saúde do Estado do Paraná Deliberação nº 049/2012. **Dispõe sobre as Macrorregionais de Saúde do Estado do Paraná**. Curitiba, 2012.

PATEL, V. et al. Treatment and prevention of mental disorders in low-income and middle-income countries. **Lancet**, London, v. 370, no. 9591, p. 991-1005, 2007.

PEREIRA, P. K. et al. 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.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 482-491, 2012.

SÁ, D. A. et al. Avaliação da universalidade do acesso à saúde através dos sistemas de informações assistenciais do SUS:Brasil, 1995 e 1998. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 1, n. 1, p. 45-52, 2001.

SANTOS, L. **SUS e a Lei Complementar 141 comentada**. Campinas, SP: Saberes Editora, 2012.

SILVEIRA, R. E.; SANTOS, A. S.; FERREIRA, L. A. Impacto na morbi-mortalidade e gastos com suicídio no Brasil de 1998 a 2007. **Rev. Pesq. Cuid. Fundam.**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 4, p. 3300-3342, 2012.

THORNICROFT, G.; TANSELLA, M. Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care: overview of systematic evidence. **Br. J. Psychiatr.**, London, v. 185, p. 283-290, 2004.

THORNICROFT, G. et al. WPA guidance on steps, obstacles and mistakes to avoid in the implementation of community mental health care. **World Psychiatr.**, London, v. 9, no. 1, p. 67-77, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Organization of services for mental health. **Mental health policy and service guidance package**. Geneva, 2003.

Tabela 1 – Resultados da análise da tendência das taxas dos gastos das internações psiquiátricas em hospital psiquiátrico e hospital geral por sexo, idade, óbito, dias de permanência e tipo de AIH, 2000 a 2013. Paraná, 2015.

	Modelo	R ²	p	Tendência
Sexo - Hospital psiquiátrico				
Masculino	$y=41.986,28+716,91x$	0,17	0,184	-
Feminino	$y=16.790,45+181,18x$	0,06	0,430	-
Sexo - Hospital geral				
Masculino	$y=3.050,62+171,29x$	0,71	0,001	↑
Feminino	$y=2.721,17+131,72x$	0,68	0,001	↑
Idade - Hospital psiquiátrico				
1 a 14 anos	$y=739,61+128,71x$	0,44	0,019	↑
15 a 29 anos	$y=23.480,26+792,66x$	0,40	0,027	↑
30 a 59 anos	$y=56,553,31-140,28x$	0,00	0,823	-
60 anos e mais	$y=17.194,06-1.084,85x+200,37x^2$	0,66	0,003	↓/↑
Idade - Hospital geral				
1 a 14 anos	$y=86,53+20,92x$	0,83	<0,001	↑
15 a 29 anos	$y=1.980+16,51x$	0,08	0,362	-
30 a 59 anos	$y=5.848,73+293,32x$	0,68	0,001	↑
60 anos e mais	$y=1.530,41-12,32x$	0,06	0,448	-
Óbito - Hospital psiquiátrico				
Com óbito	$y=4,96+0,03x$	0,09	0,344	-
Óbito - Hospital geral				
Com óbito	$y=11,29+1,14x$	0,29	0,072	-
Dias de permanência - Hospital psiquiátrico				
0 a 7 dias	$y=2,74+0,17x$	0,88	<0,001	↑
8 a 28 dias	$y=41,45+0,78x$	0,78	<0,001	↑
29 dias e mais	$y=55,80-0,85x$	0,81	<0,001	↓
Dias de permanência - Hospital geral				
0 a 7 dias	$y=3,17+0,60x$	0,92	<0,001	↑
8 a 28 dias	$y=28,81+1,93x-0,33x^2$	0,63	0,005	↑/↓
29 dias e mais	$y=71,82-2,19x$	0,69	0,001	↓
Tipo de Aih - Hospital psiquiátrico				
AIH normal	$y=56,04-0,217x-0,15x^2$	0,86	<0,001	↑/↓
AIH longa permanência	$y=43,96+0,22x+0,15x^2$	0,86	<0,001	↓/↑
Tipo de AIH - Hospital geral				
AIH normal	-	-	-	-
AIH longa permanência	-	-	-	-

* ↑ Crescente; ↓ Decrescente; - Constante; ↑/↓ Crescente/Decrescente; ↓/↑ Decrescente/Crescente.

Tabela 2 – Resultados da análise da tendência das taxas dos gastos das internações psiquiátricas em hospitais psiquiátricos por Regionais e Macrorregionais de Saúde, 2000 a 2013. Paraná, 2015.

	Modelo	R2	p	Tendência*
Paraná	$y=29.112,93+406,41x$	0,14	0,223	-
Leste	$y=29.234,46+80,19x$	0,01	0,850	-
1 - Paranaguá	$y=12.007,54+764,27x+197,94x^2$	0,77	0,001	↑
2 - Metropolitana	$y=36.049,54-505,69x$	0,01	0,365	-
3 - Ponta Grossa	$y=9.781,90+1.099,12x$	0,92	<0,001	↑
4 - Irati	$y=13.851,04-2.231,00x+209,88x^2-64,93x^3$	0,70	0,005	↑
5 - Guarapuava	$y=22.550,71+1.004,67x$	0,51	0,009	↑
6 - União da Vitória	$y=33.718,81-4481,05x$	0,03	0,580	-
21 - Telêmaco Borba	$y=15.941,55+2.994,64x$	0,94	<0,001	↑
Oeste	$y=15.730,31+848,80x$	0,65	0,002	↑
7 - Pato Branco	$y=11.556,90+1.065,28x$	0,79	<0,001	↑
8 - Francisco Beltrão	$y=10.669,27+614,58x$	0,63	0,002	↑
9 - Foz do Iguaçu	$y=12.499,92+1.260,83x$	0,73	<0,001	↑
10 - Cascavel	$y=13.667,83+1.520,11x$	0,86	<0,001	↑
20 - Toledo	$y=30.912,25-643,66x$	0,27	0,084	-
Noroeste	$y=32.853,92+786,55x+227,07x^2$	0,57	0,009	↑
11- Campo Mourão	$y=24.407,69+628,954x$	0,60	0,003	↑
12 - Umuarama	$y=57.586,80+2.216,77x$	0,40	0,026	↑
13 - Cianorte	$y=18.442,99+730,90x+133,89x^2-48,19x^3$	0,68	0,006	↓/↑/↓
14 - Paranavaí	$y=31.888,34+850,81x$	0,28	0,078	-
15 - Maringá	$y=237.170+1.000,86x$	0,39	0,031	↑
Norte	$y=36.361,37+572,65x$	0,19	0,158	-
16 - Apucarana	$y=53.160,88+1.249,21x$	0,27	0,083	-
17 - Londrina	$y=34.029,02-127,91x$	0,01	0,710	-
18 - Cornélio Procopio	$y=31.341,94+331,20x$	0,11	0,285	-
19 - Jacarezinho	$y=22.697,90+1.740,70x$	0,79	<0,001	↑
22 - Ivaiporã	$y=45.677,81+1.059,66x$	0,39	0,030	↑

* ↑ Crescente; ↓ Decrescente; - Constante; ↓/↑/↓ Decrescente/Crescente/Decrescente.

Tabela 3 – Resultados da análise da tendência das taxas dos gastos das internações psiquiátricas em hospitais gerais por Regionais e Macrorregionais de Saúde, 2000 a 2013. Paraná, 2015.

	Modelo	R ²	p	Tendência*
Paraná	$y=2.893,57+157,45x$	0,74	<0,001	↑
Leste	$y=5.007,33+329,83x$	0,75	<0,001	↑
1 - Paranaguá	$y=39,87+0,193x$	0,00	0,868	-
2 - Metropolitana	$y=7.670,94+471,00x$	0,76	<0,001	↑
3- Ponta Grossa	$y=465,13+138,33x$	0,42	0,022	↑
4 - Irati	$y=61,72+15,36x$	0,34	0,046	↑
5 - Guarapuava	$y=43,28+16,60x$	0,68	0,001	↑
6 - União da Vitória	$y=85,56+21,15x$	0,74	<0,001	↑
21- Telêmaco Borba	$y=87,08+26,41x$	0,41	<0,024	↑
Oeste	$y=1.270,07-50,13x$	0,26	0,088	-
7 - Pato Branco	$y=222,99+72,04x$	0,73	<0,001	↑
8 - Francisco Beltrão	$y=205,48+85,27x$	0,62	0,003	↑
9- Foz do Iguaçu	$y=4.782,61-474,71x$	0,71	0,001	↓
10 Cascavel	$y=305,27+101,55x$	0,82	<0,001	↑
20 - Toledo	$y=118,28+46,35x$	0,72	<0,001	↑
Noroeste	$y=155,44+39,86x$	0,52	0,008	↑
11- Campo Mourão	$y=73,77+23,52x$	0,67	0,001	↑
12 - Umuarama	$y=63,18+11,54x+1,88x^2-0,56x^3$	0,51	0,034	↓/↑/↓
13 - Cianorte	$y=72,49+24,70x$	0,80	<0,001	↑
14 - Paranavaí	$y=48,85+7,52x$	0,85	<0,001	↑
15 - Maringá	$y=273,33+75,04x$	0,46	0,015	↑
Norte	$y=1.290,10+0,71x$	0,00	0,948	-
16 - Apucarana	$y=30,78+4,10x$	0,27	0,081	-
17 - Londrina	$y=2737,06-21,54x$	0,08	0,385	-
18- Cornélio Procopio	$y=82,62+14,24x$	0,26	0,087	-
19 - Jacarezinho	$y=46,79+17,77x$	0,74	<0,001	↑
22 - Ivaiporã	$y=36,79+11,56x$	0,60	0,003	↑

* ↑ Crescente; ↓ Decrescente; - Constante; ↓/↑/↓ Decrescente/Crescente/ Decrescente.

Tabela 4 – Resultados da análise da tendência das taxas de gastos das internações psiquiátricas em hospitais psiquiátricos e hospitais gerais, segundo diagnóstico principal e sexo, 2000 a 2013. Paraná, 2015.

**Diagnóstico principal	Hospital psiquiátrico				Hospital geral			
	Masculino		Feminino		Masculino		Feminino	
	R2	Tendência*	R2	Tendência*	R2	Tendência*	R2	Tendência*
F00-F09	0,39	↑	0,79	↓	0,81	↑	0,29	-
F10-F19	0,77	↓	0,77	↑	0,79	↑	0,72	↑
F20-F29	0,71	↑	0,72	↓	0,81	↓/↑	0,36	↑
F30-F39	0,65	↓	0,64	↑	0,50	↓	0,61	↑
F40-48	0,85	↓/↑	0,88	↑/↓	0,47	↓/↑	0,73	↑
F50-F59	0,45	↓	0,90	↑/↓	0,16	-	0,44	↑
F60-F69	0,70	↓	0,70	↑	0,16	-	0,86	↑
F70-79	0,40	↓	0,41	↓	0,00	-	0,67	↓/↑
F80-89	0,61	↓/↑	0,27	-	0,01	-	0,73	↑
F90-98	0,86	↓	0,05	-	0,65	↑	0,46	↓
F99	0,85	↓/↑/↓	0,85	↑/↓/↑	0,67	↑	0,48	↑

* ↑ Crescente; ↓ Decrescente; - Constante; ↑/↓ Crescente/Decrescente; ↓/↑ Decrescente/Crescente.

** 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 de humor [afetivos]; F40-F48: transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o “stress” e transtornos somatoformes; F50-F59: síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos; F60-F69: transtornos da personalidade e do comportamento do adulto; F70-F79: retardo mental; F80-F89: transtornos do desenvolvimento psicológico; F90-F98: transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência; e F99: transtorno mental não especificado.

7 CONCLUSÕES DA TESE

As principais conclusões da tese foram:

- a redução dos leitos psiquiátricos em HP acontece de forma gradual e significativa e o aumento dos leitos psiquiátricos em HG ocorre de forma distinta entre os atendimentos SUS e não SUS no Estado do Paraná. Houve diminuição de 41,5% nos leitos SUS em HP e aumento de 148% em HG, enquanto que os leitos não SUS de HP diminuíram 32,9% e de HG aumentaram 100%;
- os leitos em HP reduziram 40,1%, e em HG aumentaram 134,6%. Dos leitos psiquiátricos cadastrados no CNES no ano de 2013, 80,2% eram leitos SUS e 19,8%, leitos não SUS;
- na Macrorregional Norte houve aumento de 4,16% no total do número de leitos psiquiátricos, as Macrorregionais Leste, Oeste e Noroeste tiveram decréscimo de 35,6%, 57,5% e 16,7%, respectivamente;
- no período de 2000 a 2013 ocorreram 686.716 internações psiquiátricas, mas houve redução de 27,44% nas taxas de internações em HP e aumento de 114,7% em HG;
- as taxas de internações por esquizofrenia diminuíram enquanto aquelas por transtornos afetivos aumentaram em ambos os sexos e nos dois tipos de hospital. Houve tendência de aumento da taxa de internações psiquiátricas tanto no HP ($r^2=0,897$ $p < 0,001$) como em HG ($r^2=0,753$ $p < 0,001$) de pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas;
- houve diminuição das taxas de internações psiquiátricas em HP e aumento das taxas de internações psiquiátricas ocorridas em HG nas faixas etárias de 30 a 59 anos e de 60 anos e mais;

- houve tendência de declínio nas taxas de mortalidade hospitalar em HP e em HG;
- houve aumento de taxas das internações no período de até sete dias e de 8 a 28 dias de internações psiquiátricas e diminuição no período de 29 dias ou mais em HP e em HG;
- tendência crescente das taxas de internações psiquiátricas com AIH de longa permanência e diminuição da tendência das taxas de AIH normal em HP, aumentando o tempo de internação da pessoa com transtorno mental;
- gastos de R\$ 485.665.544,00 com internações psiquiátricas, 89,3% em HP e 10,7% em HG, foram maiores em HP, porém, a tendência aponta crescimento também nos HG. A análise de tendência mostrou que os gastos com internações psiquiátricas aumentaram 24,5% em HP e 125,7% em HG;
- quase a totalidade das regionais de saúde aumentou a tendência das taxas dos gastos com internações psiquiátricas nos hospitais psiquiátricos;
- os modelos apresentaram-se com relação aos dias de permanência com aumento no de zero a sete dias e diminuição de oito a 28 dias e de 29 dias e mais em HG. No HP os dias de permanência tiveram tendência de aumento, no de zero a sete dias e de oito a 28 dias. Obteve-se diminuição dos gastos das internações psiquiátricas na estratificação de 29 dias e mais;
- houve aumento dos gastos com internações psiquiátricas ocorridas em HG por substâncias psicoativas tanto por homens ($r^2=0,79$ $p < 0,001$) como por mulheres ($r^2=0,72$ $p < 0,001$) e em HP houve aumento no sexo feminino ($r^2=0,77$ $p < 0,001$) e diminuição no sexo masculino ($r^2=0,77$ $p < 0,001$). Com relação à esquizofrenia houve tendência de diminuição dos gastos de internações psiquiátricas no HP, no sexo feminino e aumento no masculino, ao passo que em HG houve aumento em ambos os sexos.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Houve aumento significativo de leitos psiquiátricos nos hospitais gerais que são diretamente influenciados pelas políticas públicas de saúde mental; nos leitos Não SUS que não sofrem essa influência, esse aumento do número de leitos psiquiátricos foi inferior ao SUS, o que se pode considerar um avanço da Reforma Psiquiátrica mesmo que discreto.

Está além dos objetivos da presente pesquisa uma discussão mais aprofundada sobre internações psiquiátricas negligenciadas pelos profissionais de saúde porque as mesmas constituem ainda importante forma assistencial psiquiátrica, ocorrendo nas Regionais de Saúde do Estado do Paraná em hospitais psiquiátricos e em hospitais gerais. O que precisa ser efetivado e implementado é o desenho organizacional de atenção à saúde, capaz de privilegiar, no cotidiano das pessoas com transtornos mentais, as ações de promoção e prevenção, sem prejuízo do cuidado e tratamento requerido em cada caso. As Redes de Atenção Psicossocial é uma maneira de se organizar os serviços de saúde mental para o tratamento da pessoa com transtorno mental, e um dos seus componentes é a atenção hospitalar.

Os aumentos dos gastos públicos em HP e HG, contrapondo com a diminuição dos leitos psiquiátricos nesses estabelecimentos de saúde, evidenciam que pode estar relacionado com o fenômeno da reinternação psiquiátrica e com a escassez de serviços substitutivos de base comunitária, denominados por alguns autores de *Porta-Giratória* (*Revolving door*). Essa palavra composta pode ser traduzida para o português significando que um número importante dos mesmos pacientes com transtornos mentais repetem as internações psiquiátricas. Esse entra e sai de paciente tem assumido um fluxo tão intenso a ponto de o hospital psiquiátrico assumir, metaforicamente, um papel parecido a uma

“revolving door”. A comparação é irônica, pois o hospital é um local que, além de regular a entrada e a saída de pacientes, precisa assisti-los e tratá-los para que não retornem novamente. No contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira, como já se observava em outros países, os pacientes retornam e recorrem cada vez mais às internações psiquiátricas, aumentando o gasto público com internações hospitalares.

Com relação, ainda, ao aumento dos gastos encontrados no estudo, vislumbra-se na assistência psiquiátrica hospitalar a necessidade de regulamentação dos recursos financeiros, por meio da definição dos percentuais de cada esfera, atribuição de rubrica orçamentária (toda e qualquer verba prevista como despesa em orçamentos públicos e destinada a fins específicos), modificações na forma de pagamento, formulação de critérios claros e transparentes de destinação, aplicação, gestão e controle dos recursos financeiros.

As limitações desta pesquisa estão relacionadas as fontes de dados utilizadas, o SIH-SUS e o CNES. O SIH-SUS, que é de natureza administrativa e contábil, porém com potencial de utilização para além da esfera financeira, entre os fatores que podem comprometer a qualidade das informações e que, portanto, exigem cautela em sua interpretação elenco:

- ausência do caráter de universalidade do sistema de saúde onde os dados são apenas de internações psiquiátricas custeadas pelo SUS, com a restrição dos dados das internações hospitalares ocorridas em estabelecimentos de saúde privados, refletindo em um viés de seleção somente da população assistida pelo SUS;
- possibilidade de emissão de mais de uma AIH para um mesmo indivíduo e a não identificação da pessoa com transtorno mental internada não sendo possível quantificar as reinternações;

- possíveis falhas na codificação dos diagnósticos de internação hospitalar, capazes de interferir nos resultados encontrados.

Apesar das limitações inerentes ao fator de ser um banco administrativo, o SIH-SUS tem a grande vantagem de estar amplamente implantado e disponibilizado no país. As elevadas taxas de cobertura para internações no Brasil permitem supor que o quadro real de morbidade hospitalar brasileira se aproxime daqueles vivenciado pelo SIH-SUS.

Com relação ainda a limitação de utilização do banco de dados, a principal seria o preenchimento do cadastro no CNES através dos formulários disponibilizados pela internet pelo responsável técnico sem a realização de vistoria *in loco* dos estabelecimentos de saúde pelos gestores municipais e/ou estaduais para validação do código e verificação dos módulos autorreferidos.

Observou-se, nesta tese, que análises estatísticas do tipo séries temporais constituem importante ferramenta para o planejamento de ações em saúde mental, pois permitem realizar previsões de eventos futuros, a partir de dados retrospectivos.

Os estudos epidemiológicos na psiquiatria têm sido fundamentais para se compreender a distribuição e a frequência dos transtornos mentais e comportamentais nos Estados e municípios brasileiros, assim como para se avaliar a qualidade e a efetividade dos serviços de saúde mental. São úteis para a elaboração e implementação de políticas públicas, planos e implantação de serviços de saúde mental, à medida que permitem obter dados que ajudem a determinar as necessidades de cuidados de saúde mental das populações e fornecem informações importantes para se apoiar decisões políticas sobre a prevenção, tratamento e custos dos transtornos mentais.

Da mesma forma, sabe-se que os resultados aqui apresentados não foram totalmente esgotados, comportando futuras interpretações sob outras óticas. Há necessidade de estudos complementares que incluam outras variáveis, como, por exemplo, as

socioeconômicas, que auxiliariam na melhor compreensão dos fenômenos apontados e discutidos.

Um novo potencial de estudo seria analisar se há escassez de serviços substitutivos nas Regionais de Saúde do Estado do Paraná, que implicaria no seguinte questionamento: A inferência realizada neste estudo sobre o mecanismo de *Porta Giratória* aconteceu pelas reinternações psiquiátricas ocorridas e por falta de implantação do modelo de atenção à saúde mental aumentando o gasto público?

8.1 IMPLICAÇÕES PARA OS SERVIÇOS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE E EQUIPE DE ENFERMAGEM

Em cada leito psiquiátrico cadastrado no CNES do ano de 2013, que foram 2.955 no Estado do Paraná, e em cada internação hospitalar psiquiátrica no ano de 2013, que foi de 42.821, nos hospitais psiquiátricos e nos hospitais gerais para a assistência à pessoa com transtorno mental, há uma equipe de enfermagem, e a presença do enfermeiro, que muitas vezes não está na assistência direta, mas inserido na supervisão da equipe de enfermagem.

Foi no interior do hospital psiquiátrico que surgiu a enfermagem brasileira, e sua origem não objetivou melhorar a assistência psiquiátrica das pessoas internadas com os transtornos mentais, mas vigiar, controlar e muitas vezes puni-las por seus atos. Atualmente, a assistência de enfermagem à pessoa com transtorno mental no Brasil vem procurando atender às propostas oriundas da Reforma Psiquiátrica, que exigem dos profissionais de saúde mental, principalmente os enfermeiros, uma prática contrária àquela iniciada com a psiquiatria tradicional, caracterizada pelo isolamento e pelo tratamento

punitivo, voltado à contenção física e química dessas pessoas dentro dos hospitais psiquiátricos.

Com relação à internação psiquiátrica no Estado do Paraná, pensa-se que atualmente, o verdadeiro sentido da internação psiquiátrica hospitalar é o tratamento efetivo da pessoa com transtorno mental por uma equipe preparada e multiprofissional e não mais a forma de tratamento isolado que um diagnóstico grave determinava. Alguns trabalhadores da saúde negam a internação psiquiátrica, como se o Movimento da Reforma Psiquiátrica a tivesse extinguido. A internação psiquiátrica negada é a mantida em estruturas hospitalares com grande número de leitos, gerando exclusão, estigma, exposição à violência, longo tempo de internação e baixo potencial terapêutico.

O desafio maior da enfermagem psiquiátrica é o resgate ao ato do cuidar. parafraseando Paulo Gabriel Godinho Delgado, formado em ciências sociais e autor da lei 10.261 de 2001, que diz “*que o sentido mais profundo da lei 10.261 é o **cuidado**, que é o princípio que norteia essa lei. Não é a doença mental que a lei questiona, mas a maneira de tratá-la*”. A internação psiquiátrica não deve acontecer pela falta de oferta de serviços substitutivos para tratar os sintomas da pessoa com transtorno mental, mas é primordial que o cuidar da equipe de enfermagem esteja presente em todos os níveis da RAPS.

A reestruturação da atenção psiquiátrica no Brasil requer a capacitação de recursos humanos em saúde mental para um novo mercado de trabalho aberto nos serviços substitutivos em saúde mental (CAPS, consultórios na rua, unidades de acolhimento, residências terapêuticas) para atuarem nos diversos serviços de saúde mental.

Cabem às instituições de ensino superior a formação e a qualificação dos profissionais envolvidos na assistência às pessoas com transtorno mental. A dissociação histórica entre os cuidados somáticos e psiquiátricos no Brasil demarca espaços separados e excludentes para pessoas com transtornos mentais e pode estar refletida na prática

profissional dos trabalhadores da enfermagem. A expansão da área de atuação do enfermeiro exige um crescente número desses profissionais, técnica e cientificamente preparados para a assistência e a pesquisa, que atuem com visão humanizada, interdisciplinar, buscando qualidade na assistência psiquiátrica prestada, excelência nos resultados e competência para discutir os princípios gerais e biopsicossociais que fundamentam a prática de enfermagem nas áreas da psiquiatria e da saúde mental.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA FILHO, N. **Introdução à epidemiologia**. 4. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- AMARANTE, P. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- AMARANTE, P. A clínica e a reforma psiquiátrica. In: AMARANTE, P. (Org.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003. p. 45-65.
- ANDREOLI, S. B. et al. Is psychiatric reform a strategy for reducing the mental health budget? The case of Brasil. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 43-46, 2007.
- AREJANO, C. B.; PADILHA, M. I. C. de S.; ALBUQUERQUE, G. L. Reforma psiquiátrica: uma análise das relações de poder nos serviços de atenção à Saúde Mental. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 56, p. 549-554, 2003.
- AVIRAM, U. Promises and Pitfalls on the Road to a Mental Health Reform in Israel. **Isr. J. Psychiatry Relat. Sci.**, Jerusalém, v. 47, no. 3, p. 171-183, 2010.
- BARROS, S.; SALLES, M. Mental health care management in the Brazilian National Health System. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 1780-1785, 2011.
- BATISTA, M. D. G. Breve história da loucura, movimentos de contestação e reforma psiquiátrica na Itália, na França e no Brasil. **Rev. Ciênc. Sociais**, Fortaleza, n. 40, p. 391-404, 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/Windows-7/Downloads/16690-38275-1-PB.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2014.
- BEZERRA, C. G.; DIMENSTEIN, M. O fenômeno da reinternação: um desafio à reforma psiquiátrica. **Mental**, Barbacena, v. 9, p. 303-326, 2011.
- BITTENCOURT, S. A. O sistema de informação hospitalar e sua aplicação na saúde coletiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 19-30, jan. 2006.
- BORGES, C. F.; BAPTISTA, T. W. F. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 456-468, 2008.
- BOTEGA, N. J. Psychiatric units in Brazilian general hospitals: a growing philanthropic field. **Int. J. Soc. Psychiatry**, London, v. 48, no. 2, p. 97-102, 2002a.
- BOTEGA, N. J. **Prática psiquiátrica no hospital geral**: interconsulta e emergência. Porto Alegre: Artmed, 2002b.

BOTEGA, N. J. Psiquiatria no hospital geral: históricos e tendências. In: BOTEGA, N. J. (Ed.). **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2006. p. 17-34.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 24.559, de 3 de julho de 1934. Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 14 jul. 1934. Seção 1, p. 14254.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 49.974. Regulamenta, sob a denominação de Código Nacional de Saúde, a lei 2.132, de 3 de setembro de 1954, de normas gerais sobre defesa e proteção da saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 jan. 1961. Seção 1, p. 761.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. **Programa de reorientação da assistência psiquiátrica**. Brasília, DF, 1983.

BRASIL. Ministério da Saúde. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei nº 3657. **Diário do Congresso Nacional**, Brasília, DF, ano 47, n. 127, 29 de set. 1989. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=23497>>. Acesso em: 22 jul. 2014.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, da organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (Lei Orgânica da Saúde). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 22 jul. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 896, de 29 de junho de 1990. Fica o INAMPS incumbido de implantar o Sistema de Informação Hospitalar (SIH-SUS) e o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA-SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 122, 2 jul. 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Portaria nº 224, de 29 de janeiro de 1992. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 21, seção I, p. 1168-1170, 30 jan. 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação de Saúde Mental. **Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, DF, 1994. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf_mental.pdf>. Acesso em: 2 jul. 2014.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Organização de Alexandre de Moraes. 16. ed. São Paulo: Atlas, 2000a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva Departamento de Informática do SUS. **TAB-Programa para realização de tabulações, construção de gráficos e mapas.** Brasília, DF, 2000b. Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tabulacoes.pdf>>. Acesso em: 5 mar. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. Portaria nº 511, de 29 de dezembro de 2000. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 3E, 4 jan. 2001a. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2000/PT-511.htm>>. Acesso em: 8 mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 abr. 2001b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em: 20 mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **SIAB**: manual do sistema de informação de atenção básica. Brasília, DF, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Portaria GM/MS nº 251, de 31 de janeiro de 2002. Estabelecem diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassificam os hospitais psiquiátricos, define e estrutura a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede SUS e dá outras providências. 2002. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2002b. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_251.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1 ago. 2003a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.708.htm>. Acesso em: 20 mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2077, de 31 de outubro de 2003. Regulamenta a Lei n. 10.708. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 jul. 2003b. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/Portaria_2077_de_31_10_2003.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2078 de 31 de outubro de 2003. Institui a Comissão de Acompanhamento do Programa de Volta para Casa. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 out. 2003c. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/Portaria_2077_de_31_10_2003.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Informações de saúde-legislação em saúde mental**: 1990-2004. Brasília, DF, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Residências terapêuticas: o que são, para que servem.** Brasília, DF, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Portaria GM/MS nº 52 de 20 de janeiro de 2004. Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 jan. 2004c. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0052_20_01_2004.html>. Acesso em: 20 mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral 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. Brasília, DF, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. **Manual do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).** Brasília, DF, dez. 2005b. Disponível em:
<<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/download/manual%20do%20sih%20dezembro%20de%202005%20-%20versao%20final-b.pdf>>. Acesso 9 mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. **Manual do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde/ CNES: versão 2 - atualização.** Brasília, DF, 2006. Série A. Normas e Manuais Técnicos.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Relatório de Gestão 2003-2006: saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção.** Brasília, DF, 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2848, de 06 de novembro de 2007. Publica a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses, Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 nov. 2007b. Seção I, p. 54. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt2848_06_11_2007.html>. Acesso em: 9 mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2644, de 28 de outubro de 2009. Estabeleceu novo reagrupamento de classes para hospitais psiquiátricos, reajusta os respectivos incrementos e cria incentivo para internação de curta duração nos hospitais psiquiátricos e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2009a. Disponível em:
<<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-2644-28-OUTUBRO-2009.pdf>>. Acesso em: 9 mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 426, de 03 de dezembro de 2009. Referidos hospitais psiquiátricos permanecem nesta classificação por não atenderem aos critérios mínimos da qualidade assistencial definidos pelo PNASH/Psiquiatria. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2009b. Disponível em:
<<http://www.fenaess.org.br/legislacao/portarias/ms/>>. Acesso em: 9 mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva: Plano Nacional de Saúde (PNS) 2008/2009-2011**. Brasília, DF, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial**. Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília, DF, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 7179 de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras drogas, cria o Comitê Gestor, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2010c. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm/>. Acesso em: 9 mar. 2014.

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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto Federal 7.508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei Federal 8080 de 1990. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2011b. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/dec-7508-2011-reg-8080-29-6-2011.pdf>. Acesso em: 17 maio 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **As novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007-2010**. Brasília, DF, 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. **Saúde Mental em Dados 9**. Brasília, DF, 2011d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) Departamento Nacional de Auditoria do SUS. **Avaliação dos Hospitais Psiquiátricos no Âmbito do Sistema Único de Saúde. Ação Nacional - PT GM/MS nº 2.398/2011**. Brasília, DF, 2011e.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual técnico operacional do sistema de informação hospitalar do SUS setembro 2012**. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=335&Itemid=326>. Acesso em: 9 mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Introdução à gestão de custos em saúde**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). **Cadastro Nacional de Estabelecimentos da Saúde (CNES)**. Brasília, DF, 2014. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp>. Acesso em: 12 jan. 2014.

CAMERON, A. C.; TRIVEDI, P. K. **Regression Analysis of Count Data**. 2nd ed. Cambridge: Cambridge University Press, 2013. Econometric Society Monograph no. 53. Disponível em: <<http://cameron.econ.ucdavis.edu/racd2/RACD2programs.html>>. Acesso em: 12 jan. 2014.

CAMPOS, G. W. S. Políticas sociais: o público e o privado na saúde brasileira. **Le Monde Diplomatique Brasil**, São Paulo, v. 1, n. 8, p. 28-29, mar. 2008. Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/conselho/conf/8conferencia/publico_privado_saude.brasileira.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2014.

CANDIAGO, R. H.; ABREU, P. B. Uso do Datasus para avaliação dos padrões das internações psiquiátricas, Rio Grande do Sul. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.41, n.5, p. 821-829, 2007.

CARVALHO, D. M. T. Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. p. 49-66.

CHISHOLM, D. et al. Scale up services for mental disorders: a call for action. **Lancet**, London, v. 370, no. 9594, p.1241-1252, Oct. 2007.

CHILE. Ministerio de Salud. **HealthsituationinChile1996**. Santiago, 1996.

CORDEIRO, G. M.; LIMA NETO, E. A. Modelos paramétricos. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE PROBABILIDADE ESTATÍSTICA (SINAPE), 16., 2004, Caxambu, MG. **Anais...** Caxambu: ABE, 2004.

CORDEIRO, Q.; MORANA, H. C. P. Parecer do CREMESP sobre internações psiquiátricas de pacientes menores de idade. **Psiquiatria Forense**, v. 17, n. 9, set. 2012. Disponível em: <<http://www.polbr.med.br/ano12/for0912.php>>. Acesso em: 20 jan. 2014.

DALGALARRONDO, P.; BOTEAGA, N. J.; BANZATO, C. E. M. Pacientes que se beneficiam de internação psiquiátrica em hospital geral. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 5, p. 629-634, 2003.

DALLA VECCHIA, M.; MARTINS, S. T. F. Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações. **Interface**, Botucatu, v. 13, n. 28, p. 151-164, 2009.

DELGADO, P. G. G. Reforma psiquiátrica e cidadania: o debate legislativo. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 35, p. 92-84, 1992.

DELGADO, P. G. G. **No litoral do vasto mundo: lei 10.216 e a amplitude da reforma psiquiátrica**. Saúde mental: campo, saberes e discursos. Rio de Janeiro: Edições Ipub-Cuca, 2001.

DELGADO, P. G. G. Democracia e reforma psiquiátrica no Brasil. **Ciênc. & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.12, p. 4701-470, 2011.

DEVERA, D.; COSTA-ROSA, A. da. Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: transformações na legislação, na ideologia e na práxis. **Rev. Psicol. UNESP**, Assis, v. 6, n. 1, p. 60-79, 2007.

DRUMOND, E. F. et al. Utilização de dados secundários do SIM, Sinasc e SIH na produção científica brasileira de 1990 a 2006. **Rev. Bras. Estud. Popul.**, Rio de Janeiro, v. 26, n.1, p.7-19, jun. 2009.

ESCOSTEGUY, C. C et al. O Sistema de Informações Hospitalares e a Assistência ao infarto agudo do miocárdio. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 491-499, 2002.

ESTRADA, E. **The Future of Mental Health in California: A Policy Analysis of the Mental Health Services Act**. Long Beach: California State University, 2007.

FEFFERMANN, M. et al. Estudo do perfil das potencialidades dos municípios do estado de São Paulo para o desenvolvimento e implantação de propostas assistenciais de atenção em saúde mental na perspectiva da reforma. **CEBRID: Rev. Centro Bras. Estudos Saúde**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 1, p. 27-37, jan./abr. 2009.

FERNANDES, D. A. B.; TEIXEIRA, E. M. R. Enfermagem em saúde mental comunitária. **Enfermagem Atual**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 4, p. 2-4, 1979.

FERNANDES, J. D. A enfermagem no contexto da saúde mental. **Rev. Baiana Enferm.**, Salvador, v. 1, n. 1, p.7-23, 1981.

FERNANDES, J. D. A formação do enfermeiro psiquiátrico no contexto social e político brasileiro. **Rev. Baiana Enferm.**, Salvador, v. 3, n. ½, p. 30-52, 1987.

FERRAZ, M. P. de T. Prioridades em saúde mental. **Arq. Coord. Saúde Ment. Est.**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 9-20, 1983.

FERREIRA, S. M. G. Sistema de informação em saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal em Saúde**. Rio de Janeiro, 2001. p. 174.

GALLASSI, A. D.; ELIAS, P.E. M.; ANDRADE, A. G. Caracterização do gasto SUS com internações de dependentes de substâncias psicoativas no período de 2000 a 2002 no município de Campinas - SP. **Rev. Psiqu. Clín.**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 2-7, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v35s1/a02v35s1.pdf>>. Acesso em: 18 jan. 2015.

GARCIA, M. L. T. O financiamento federal da saúde mental após o pacto da saúde. **Libertas: Rev. Faculd. Serv. Social, Juiz de Fora**, v. 11, n. 2, 2011. Disponível em: <<http://libertas.ufjf.emnuvens.com.br/libertas/article/view/1667/1163>>. Acesso em: 18 jan. 2015.

GEOVANINI, T. M. A.; SCHOELLER, S. D.; MACHADO, W. C. A. **História da Enfermagem**: versões e interpretações. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.

GERHARDT, T. E. et al. Utilização de serviços de saúde de atenção básica em municípios da metade sul do Rio Grande do Sul: análise baseada em sistemas de informação. **Ciênc. & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 1221-1232, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a54v16s1.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2013.

GOLDMAN, H. H.; JOSEPH, P. M. The Alchemy of Mental Health Policy: homelessness and the fourth cycle of reform. **Am. J. Public Health**, Washington, DC, v. 75, no. 7, p. 727-731, July 1985.

GONÇALVES, R. W.; VIEIRA, F. S. DELGADO, P. G. G. Mental Health Policy in Brazil: federal expenditure evolution between 2001 and 2009. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 51-58, 2012.

GORDIS, L. **Epidemiologia**. Rio de Janeiro: Revinter, 2009.

GUIMARÃES, A. N. et al. O tratamento ao portador de transtorno mental: um diálogo com a legislação federal brasileira (1935-2001). **Texto Contexto - Enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 274-282, abr./jun. 2010.

GUIMARÃES, A. N. et al. Mudanças na atenção à saúde mental decorrentes da reforma psiquiátrica: percepções de profissionais de enfermagem. **Ciênc. Cuid. Saúde**, Maringá, v. 14, n. 1, p. 830-838, jan./mar. 2015. Disponível em: <<file:///C:/Users/Windows-7/Downloads/22187-113036-1-PB.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2015.

GUSSI, M. A. **Institucionalização da psiquiatria e do ensino de enfermagem no Brasil**. 1987. Dissertação (Mestrado)-Escola de Ribeirão Preto da USP, Ribeirão Preto, 1987.

HANSEN, V.; JACOBSEN, B. K.; ARNESEN, E. Cause-specific mortality in psychiatric patients after deinstitutionalization. **Br. J. Psychiatry**, London, v. 179, p. 438-443, Nov. 2001.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão. **Ciênc. & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 297-305, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v14n1/a36v14n1.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2015.

IBGE. **Estatística Paranaense, 2010**. Curitiba, 2010a. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/download/estatistica.shtm>>. Acesso em: 10 mar. 2015.

IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro, 2010b. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=pr>>. Acesso em: 27 out. 2013.

IBGE. **Base de informações do censo demográfico 2010**: resultados da sinopse por setor censitário. Rio de Janeiro, 2011.

IBGE. **Índices de preços ao consumidor amplo**: IPCA-15. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/precos/ipca15/ipca15_201504_1.shtm>. Acesso em: 10 mar. 2015.

IPARDES. **Referências básicas**. Curitiba, 2012.

JORGE, M. H. P. M.; KOIZUMI, M. S. Gastos governamentais do SUS com internações hospitalares por causas externas: análise no Estado de São Paulo, 2000. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 228-238, 2004.

KATZ, G. et al. A Comparative Study of Psychiatric Inpatients in a General Hospital and a Psychiatric Hospital in Israel: Demographics, Psychopathological Aspects and Drug Abuse Patterns. **Isr. Med. Assoc. J.**, RamatGan, v. 13, no. 6, p. 329-332, June 2011.

KILSZTAJN, S. et al. Leitos hospitalares e reforma psiquiátrica no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 10, 2008. Disponível: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_ARTTEXT&pid=S0102-311X2008001000016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 maio 2012.

KING, D. Replacing mental hospitals with better services. In: RAMON, S. (Ed.). **Psychiatry in Transition**. London: Pluto Press, 1991. p. 63-77.

KIRSCHBAUN, D. I. R. Análise histórica das práticas de enfermagem no campo da assistência psiquiátrica no Brasil, no período compreendido entre as décadas de 20 e 50. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 1, p. 19-30, 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v5nspe/v5nspea03.pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2014.

KLEINBAUM, D. G. et al. **Applied regression analysis and other multivariable methods**. Boston: Thomson Brooks/Cole, 1998.

KNAPP, M. et al. The TAPS Project 3: Predicting the Community Costs of Closing Psychiatric Hospitals. **Brit. J. Psychiatry**, London, v.157, no. 5, p. 661-670, Nov. 1990.

KNAPP, M. et al. Service Use and Costs of Home-Based versus Hospital-Based Care for People with Serious Mental Illness. **Brit. J. Psychiatry**, London, v.165, no. 2, p. 195-203, Aug.. 1994.

KNAPP, M. et al. Community Mental Health Care for Former Hospital In-Patients- Predicting Costs from Needs and Diagnoses. **J. Psychiatry**, London, v. 166, no. 27, p. 10-18, Apr. 1995.

KNAPP, M. et al. The Cost Consequences of Changing the Hospital-Community Balance: the mental health Residential care study. **Psychol. Med.**, London, v. 27, no. 3, p. 681-692, 1997.

KOHN, R. et al. Mental disorders in Latin America and the Caribbean: a public health priority. **Rev. Panam. Salud Publica**, Washington, DC, v. 18, n. 4/5, p. 229-240, 2005.

KORKEILA, J. A. et al. Patterns of psychiatric hospital service use in Finland: a national register study of hospital discharges in the early 1990s. **Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.**, Berlin, v. 33, no. 5, p. 218-223, 1998.

LAPSLEY, H. M. et al. Deinstitutionalisation for long-term Mental Illness: cost differences in hospital and Community care. **Aust. N. Z. J. Psychiatry**, Carlton South, v. 34, no. 3, p. 491-495, June 2000.

LATORRE, M. R. D.O.; CARDOSO, M. R. A. Análise de séries temporais em epidemiologia: uma introdução sobre os aspectos metodológicos. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 4, n. 3, p. 145-152, 2001.

MANDERSCHIED, R. W.; ATAY, J. E.; CRIDER, R. A. Changing trends in state psychiatric hospital use from 2002 to 2005. **Psychiatr. Serv.**, Washington, DC, v. 60, no. 1, p. 29-34, Jan. 2009.

MARCIANO, F. W. P. **Principais tipos de resíduos utilizados na análise de diagnóstico em MLG com aplicações para os modelos**: Fortaleza: Poisson, ZIP e ZINB, 2009. Relatório Final das atividades apresentado à Pró- Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação referente ao projeto de Iniciação Científica de mesmo título, período 2008/2009.

MATHIAS, T. A. F.; SOBOLL, M. L. Confiabilidade de diagnósticos nos formulários de autorização de internação hospitalar. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 6, p. 526-532, 1998.

MEDEIROS, T.A. **Formação do modelo assistencial psiquiátrico no Brasil**. 1977. Dissertação (Mestrado)-Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1977.

MELLO JORGE, M. H. P.; KOIZUMI, M. S. Gastos governamentais do SUS com internações hospitalares por causas externas: análise no estado de São Paulo, 2000. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 228-238, 2004.

MELLO, R.; FUREGATO, A. R. F. Internaçõespsiquiátricas no Rio de Janeiro de 1996 a 2005. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 176-182, 2007.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENTAL HEALTH EUROPE. Mapping Exclusion Institutional and community-based services in the mental health field in november, 2012. **Initiative of the Open Society Foundations**. Disponível em: <http://tasz.hu/files/tasz/imce/mapping_exclusion_-_final_report_with_cover.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2011.

MESSAS, G.P. O espírito das leis e as leis de espírito: a evolução do pensamento legislativo brasileiro em saúde mental. **Hist. Cienc. Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 65-98, jan./mar. 2008.

MINOLETTI, A.; ZACCARIA, A. Plano Nacional de Salud mental en Chile: 10 años de experiência. **Rev. Panam. Salud Publica**, Washington, DC, v. 18, no. 4/5, p. 346, 2005.

MIRANDA FILHO, C. R. **Sistema de custos na administração pública**: uma análise das proposições teóricas atuais à luz da realidade institucional: o caso da Secretaria da Fazenda do Estado da Bahia. 2003. Dissertação (Mestrado em Administração)-Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2003.

MIRANDA-SÁ JUNIOR, L. S. Breve histórico da psiquiatria no Brasil: do período colonial à atualidade. **Rev. Psiquiatr. RS**, Porto Alegre, v. 29, n. 2, p. 156-158, 2007.

MUNDT, A. P. et al. Changes in the provision of institutionalized mental health care in post-communist countries. **PLoS ONE**, San Francisco, v. 7, no. 6, p. e38490, June 2012.

MUNIZZA, C. et al. Mental health care in Piedmont: a description of its structure and component using a new technology for service assessment. **Acta Psychiatr. Scand.**, Copenhagen, v. 405, no. 1, p. 47-58, 2000.

MUNK-JORGENSEN, P. Decreasing rate of incident schizophrenia cases in psychiatric service: a review of the literature. **Eur. Psychiatric**, London, v. 10, no. 3, p. 129-141, 1995.

MYKLEBUST, L. H. et al. Time-trends in the utilization of decentralized mental health services in Norway- A natural experiment: The VELO-project. **Int. J. Ment. Health Syst.**, London, v. 4, no. 1, p. 5, Mar. 2010.

ODA, A. M. G. R.; DALGALARRONDO, P. História das primeiras instituições para alienados no Brasil. **Hist. Cienc. Saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 983-1010, set./dez. 2005.

OGATA, M. N.; FUREGATO, A. R. F.; SAEKI, T. Reforma sanitária e reforma psiquiátrica no Brasil: convergências e divergências. **Nursing**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 24-29, jun. 2000.

OGUISSO, T. (Org.). **Trajetória histórica e legal da enfermagem**. 2. ed. Barueri: Manole, 2007.

OKASHA, A.; KARAM, E.; OKASHA, T. Mental health services in the Arab world. Mental health Policy Paper. **World Psychiatry**, Milan, v. 11, no. 1, p. 52-54, Feb. 2012.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. Declaração de Caracas. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2., 1992, Brasília, DF. **Anais...** 1992. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1992. p. 30-31.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Mental health**: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo**. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra, 2001.

PAES, M. R.; SILVA, T. L.; CHAVES, M. M. N.; MAFTUM, M. A. O papel do hospital geral na rede de atenção à saúde mental no Brasil. **Cienc. Cuid. Saude**, Maringá, v. 12, n. 2, p. 407-412, abr./jun. 2013 Disponível em: <file:///C:/Users/Windows-7/Downloads/14207-95853-1-PB%20(1).pdf>. Acesso em: 12 jun. 2014.

PAIM, J. S. A reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 625-644, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v18n4/v18n4a03.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2014.

PAIM, J. S. Uma análise sobre o processo da reforma Sanitária Brasileira. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 27-37, jan./abr. 2009.

PARANÁ. Governo Estadual do Paraná. Lei estadual nº 11.189 de 09 de novembro de 1995. Dispõe sobre as condições para internações em hospitais psiquiátricos e estabelecimentos similares de cuidados com transtornos mentais. Curitiba, 1995. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Legislacao/Estadual_Leis/Lei_Estadual_n_11_189PR_de_9_de_novembro_de_1995.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2014.

PARANÁ. Governo Estadual do Paraná. Decreto nº 2.037, de 20 de julho de 2011. Instituiu o Comitê Gestor Intersecretarial de Saúde Mental. **Diário Oficial do Estado**, Curitiba, n. 8511, 20 jul. 2011. Disponível em: <<http://www.politicassobredrogas.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=127>>. Acesso em: 12 jun. 2014.

PARANÁ. Governo Estadual do Paraná. Secretaria de Saúde do Estado do Paraná Deliberação nº 049/2012. **Dispõe sobre as Macrorregionais de Saúde do Estado do Paraná**. Curitiba, 2012.

PARANÁ. Secretaria do Estado de Saúde. Coordenação Estadual de Saúde Mental. **A rede de atenção à saúde mental no Paraná**. Curitiba, 2013.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção a Saúde. **Linha Guia de Saúde Mental**. Curitiba, 2014a.

PARANÁ. Secretaria da Saúde do Estado do Paraná. **Regionais de Saúde**. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2752>>. Acesso em: 12 jul. 2014b.

PATEL, V. et al. Treatment and prevention of mental disorders in low-income and middle-income countries. **Lancet**, London, v. 370, no. 9591, p. 991-1005, 2007.

PEDERSEN, B.; KOLSTAD, A. De-institutionalisation and trans-institutionalisation - changing trends of inpatient care in Norwegian mental health institutions 1950-2007. **International Journal of Mental Health Systems**, v. 3, no. 1, p. 28, 2009.

PEREIRA, P. K. et al. 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.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 482-491, 2012.

PRIEBE, S.; TURNER, T. Reinstitutionalisation in mental health care. **Brit. M. J.**, London, v. 326, p. 175-176, 2003.

PRIEBE, S. et al. Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries. **Brit. M. J.**, London, v. 330, Jan. 2005.

PUZYNSKI, S.; MOSKALEWICZ, J. Evolution of the mental health care system in Poland. **Acta Psychiatric. Scand.**, Copenhagen, no. 410, p. 69-73, 2001.

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: BEZERRA JÚNIOR, B. **Cidadania e loucura**: políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis, RJ: Vozes, 1987. cap. 1, p. 1-73.

RIBEIRO, J. M. Desenvolvimento do SUS e racionamento de serviços hospitalares. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 771-782, 2009.

ROBERTS, C. A.; GOUGH, A. F.; MENNIE, W. A. Psychiatric Services in General Hospitals. **Canad. Med. Assoc. J.**, Chicago, v. 68, no. 6, p. 578-582, June 1953.

ROTHMAN, K. J.; GREENLAND, S.; LASH, T. J. **Epidemiologia moderna**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia & Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

SÁ, D. A. et al. Avaliação da universalidade do acesso à saúde através dos sistemas de informações assistenciais do SUS: Brasil, 1995 e 1998. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 1, n. 1, p. 45-52, 2001.

SANTOS, É. G.; SIQUEIRA, M. M. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. **J. Bras. Psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 238-246, 2010.

SANTOS, L. **SUS e a Lei Complementar 141 comentada**. Campinas, SP: Saberes Editora, 2012.

SCHENE, A. H.; FABER, A. M. Mental health care reform in The Netherlands. **Acta Psychiatr. Scand.**, Copenhagen, no. 410, p. 74-81, 2001. Supplement.

SCHMIDT, C. M. C. **Modelo de regressão de Poisson aplicado à área da saúde**. 2003. 98 f. Dissertação (Mestrado)-Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Ijuí, 2003.

SILVA, E. C.; COSTA JUNIOR, M. L. Transtornos mentais e comportamentais no sistema de informações hospitalares do SUS: perspectivas para a enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, 2006, v. 40, n. 2, p. 196-202, 2006.

- SILVA FILHO, J.F. O sistema de saúde e a assistência psiquiátrica no Brasil. **J. Bras. Psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 39, p. 135-146, 1990.
- SILVA, N. G.; SILVA, P. P.; OLIVEIRA, A. G. B. A percepção dos trabalhadores de enfermagem sobre a assistência à saúde mental em hospital universitário. **Cienc. Cuid. Saude**, Maringá, v. 11, n. 2, p. 302-310, abr./jun. 2012.
- SILVEIRA, R. E.; SANTOS, A. S.; FERREIRA, L. A. Impacto na morbi-mortalidade e gastos com suicídio no Brasil de 1998 a 2007. **Rev. Pesq. Cuid. Fundam.**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 4, p. 3300-3342, 2012.
- SILVEIRA, R. E. et al. Gastos relacionados a hospitalizações de idosos no Brasil: perspectivas de uma década. **Gestão e Economia em Saúde**, Brasília, DF, v. 11, n. 4, p. 514-520, 2013.
- SIMON, A. G.; BAPTISTA, T. W. F. O papel dos estados na política de saúde mental no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 11, p. 2227-2241, 2011.
- SZWARCWALD, C. L.; LEAL, M. C.; ANDRADE, C. L. T. Estimação da mortalidade infantil no Brasil: o que dizem as informações sobre óbitos e nascimentos do Ministério da Saúde? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1725-1736, nov./dez. 2002.
- TENORIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **Hist. Cienc. Saude**, Manguinhos, v. 9, n. 1, p. 25-59, 2002.
- THORNICROFT, G.; TANSELLA, M. **The mental health matrix**: a manual to improve services. Cambridge: Cambridge University Press, 1999.
- THORNICROFT, G.; TANSELLA, M. Balancing community-based and hospital-based mental health care. **World Psychiatr.**, London, v. 1, no. 1, p. 84-90, 2002.
- THORNICROFT, G.; TANSELLA, M. Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care: overview of systematic evidence. **Br. J. Psychiatr.**, London, v. 185, p. 283-290, 2004.
- THORNICROFT, G. et al. WPA guidance on steps, obstacles and mistakes to avoid in the implementation of community mental health care. **World Psychiatr.**, London, v. 9, no. 1, p. 67-77, 2010.
- TIBALDI, G. et al. Indicators Predicting Use of Mental Health Services in Piedmont, Italy. **J. Ment. Health Policy Econ.**, Chichester, v. 8, p. 95-106, 2005.
- TURNER, T.; PRIEBE, S. Forget community care-reinstitutionalisation is here. **Br. J. Psychiatry**, London, v. 181, p. 253, 2002.
- USA. Brazil Country Management Unit. **Addressing the challenge of non-communicable diseases in Brazil**. Washington, DC: World Bank, 2005.

VASCONCELLOS, E. M. Contribuição à avaliação da estratégia de integração do programa de saúde mental no Sistema Único de Saúde no Brasil recente. **J. Bras. Psiquiat.**, Rio de Janeiro, v. 41, p. 283-286, 1992.

VECHI, L. G. Iatrogenia e exclusão social: a loucura como objeto do discurso científico no Brasil. **Estudos de Psicologia**, Maringá, v. 9, n. 3, p. 489-495, set./dez. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v9n3/a11v09n3.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2013.

VEDANA, K. G. G. et al. Acting for relief: coping with schizophrenia and nuisances caused by drug treatment. **Cienc. Cuid. Saúde**, Maringá, v. 12, n. 2, p. 365-374, abr./jun. 2013. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/20342/pdf>>. Acesso em: 23 jul. 2014.

VERAS, C. M. T.; MARTINS, M. S. A confiabilidade dos dados nos formulários de autorização de internação hospitalar (AIH), Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 339-355, 1994.

WADI, Y. M. **Palácio para guardar doidos**: uma história das lutas pela construção do hospital de alienados e da psiquiatria no Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Ed. da UFRGS, 2002.

WADI, Y. M. Uma história da loucura no tempo presente: os caminhos da assistência e da reforma psiquiátrica no Estado do Paraná. **Tempo e Argumento**, Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 68-98, jan./jun. 2009.

WADI, Y. **Relatório da Pesquisa “Assistência Psiquiátrica no Estado do Paraná: mapeamento e análise histórica das instituições, da legislação e das principais políticas públicas”**. Anexo A: Inventário. Toledo: Unioeste, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Organização Panamericana de Saúde. Escritório Regional da OMS para as Américas. Declaração de Caracas. **Int. Digest Health Legislation**, Geneva, v. 42, no. 2, p. 336-369, 1991.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Atlas**: mental health resources in the world 2001. Geneva, 2001. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/media/en/244.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Organization of services for mental health. **Mental health policy and service guidance package**. Geneva, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Livro de recursos da OMS sobre saúde mental**, direitos humanos e legislação. Cuidar, sim - Excluir, não. Genebra, 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Manuscrito 1

Tabela 1 – Distribuição de leitos de psiquiatria dos estabelecimentos de saúde do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) de 2005 a 2013, Paraná, 2014.

Variáveis	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Frequência									
SUS	3564	3175	2716	2637	2623	2638	2687	2601	2402
Não SUS	700	722	689	643	673	678	546	643	593
Total	4264	3897	3405	3280	3296	3316	3233	3244	2995
Tipo de estabelecimento									
Hospital psiquiátrico	4005	3649	3136	2997	3027	3031	2961	2836	2395
Hospital geral	228	217	238	247	233	249	236	343	535
Hospital-dia	31	31	31	31	31	31	31	59	59
CAPS	-	-	-	5	5	5	5	5	5
Pronto-socorro	-	-	-	-	-	-	-	1	1
Esfera administrativa									
Privada	3954	3638	3133	3003	3019	3026	3022	3019	2768
Municipal	25	14	26	31	31	32	39	40	42
Estadual	283	243	244	244	244	256	170	183	183
Federal	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Natureza da organização									
Privada	3130	2810	2295	1817	1817	1808	1569	1218	1217
Adm. direta	307	256	269	274	274	287	206	220	215
Adm. indireta	3	3	3	3	3	3	5	5	5
Sem fins lucrativos	824	828	838	1186	1202	1211	1453	1712	1481
Fundação privada	-	-	-	-	-	3	-	89	70
Cooperativa	-	-	-	-	-	4	-	-	-
Fundação pública	-	-	-	-	-	-	-	-	7
Tipo de prestador									
Público	310	259	272	277	277	290	211	225	227
Filantrópico	824	824	834	782	798	800	777	869	718
Sem fins lucrativos	-	4	4	404	404	418	676	932	834
Privado	3130	2810	2295	1817	1817	1808	1569	1218	1216
Atividade de ensino e pesquisa									
Unid. universitária	8	9	9	9	9	9	11	11	11
Unid. auxiliar de Ensino	293	293	292	292	292	295	293	566	473
Unid. sem atividade de ensino	3963	3595	3104	2979	2995	3012	2929	2667	2511

Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus), Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) de 2005 a 2013. Tabwin/SCNES, Paraná, 2014.

Tabela 2 – Distribuição de leitos de psiquiatria dos estabelecimentos de saúde do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) de 2005 a 2013, do Sistema Único de Saúde (SUS), Paraná, 2014.

Variáveis	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Frequência									
SUS	3564	3175	2716	2637	2623	2638	2687	2601	2402
Não SUS	700	722	689	643	673	678	546	643	593
TOTAL	4264	3897	3405	3280	3296	3316	3233	3244	2995
Tipo de estabelecimento									
Hospital psiquiátrico	3400	3024	2546	2452	2452	2456	2508	2346	1989
Hospital geral	164	151	170	180	166	177	174	249	407
Hospital-dia	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CAPS	-	-	-	5	5	5	5	5	5
Pronto-socorro	-	-	-	-	-	-	-	1	1
Esfera administrativa									
Privada	3256	2918	2446	2362	2348	2350	2478	2378	2177
Municipal	25	14	26	31	31	32	-	40	42
Estadual	283	243	244	244	244	256	170	183	183
Federal	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Natureza da organização									
Privada	2592	2252	1770	1326	1326	1317	1131	788	799
Adm. direta	305	254	267	272	272	285	204	218	213
Adm. indireta	3	3	3	3	3	3	5	5	5
Sem fins lucrativos	664	666	676	1036	1022	1029	1347	1519	1328
Fundação privada	-	-	-	-	-	4	-	-	-
Cooperativa	-	-	-	-	-	-	-	71	50
Fundação Pública	-	-	-	-	-	-	-	-	7
Tipo de prestador									
Público	308	257	270	275	275	288	209	223	225
filantrópico	664	662	672	672	658	658	703	728	617
Sem fins lucrativos	-	4	4	364	364	375	644	862	762
Privado	2592	2252	1770	1326	1326	1317	1131	788	798
Atividade de ensino e pesquisa									
Unid. universitária	8	9	9	9	9	9	11	11	11
Unid. auxiliar de ensino	209	209	208	203	203	203	203	443	370
Unid. sem atividade de ensino	3347	2957	2499	2425	2411	2426	2473	2147	2021

Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus), Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) de 2005 a 2013. Tabwin/SCNES, Paraná, 2014.

Tabela 3 – Distribuição de leitos de psiquiatria dos estabelecimentos de saúde do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) de 2005 a 2013, Não SUS. Paraná, 2014.

Variáveis	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Frequência									
SUS	3564	3175	2716	2637	2623	2638	2687	2601	2402
Não SUS	700	722	689	643	673	678	546	643	593
Total	4264	3897	3405	3280	3296	3316	3233	3244	2995
Tipo de estabelecimento									
Hospital psiquiátrico	605	625	590	545	575	575	453	490	406
Hospital geral	64	66	68	67	67	72	62	94	128
Hospital-dia	31	31	31	31	31	31	31	59	59
Esfera administrativa									
Privada	698	720	687	641	671	676	544	641	591
Municipal	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Estadual	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Federal	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Natureza da organização									
Privada	538	558	525	491	491	491	438	430	418
Adm. direta	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Adm. indireta	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sem fins lucrativos	160	162	162	150	180	182	106	193	153
Fundação privada	-	-	-	-	-	3	-	18	20
Tipo de prestador									
Filantrópico	162	164	164	113	143	144	76	143	103
Sem fins lucrativos	-	-	-	40	40	43	32	70	72
Privado	538	558	525	491	491	491	438	430	418
Atividade de ensino e pesquisa									
Unid. universitária	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Unid. auxiliar de ensino	84	84	84	89	89	92	90	123	103
Unid. sem atividade de ensino	616	638	605	554	584	586	456	520	490

Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus), Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) de 2005 a 2013. Tabwin/SCNES, Paraná, 2014.

Tabela 4 – Distribuição das taxas dos leitos psiquiátricos SUS, segundo tipo de estabelecimento e tipo de prestador. Paraná, 2005 a 2013.

TIPO DE ATENDIMENTO SUS									
	Tipo de estabelecimento				Tipo de prestador				Total
	HP	HG	*CAPS	**PS	Público	Filantrópico	Sem fins lucrativos	Privado (convênio/contrato)	
2005	3,313	0,160	-	-	0,300	0,647	0,000	2,526	3,473
2006	2,911	0,145	-	-	0,247	0,637	0,004	2,168	3,057
2007	2,422	0,162	-	-	0,257	0,639	0,004	1,684	2,584
2008	2,315	0,170	0,005	-	0,260	0,635	0,344	1,252	2,490
2009	2,295	0,155	0,005	-	0,257	0,616	0,341	1,241	2,455
2010	2,351	0,169	0,005	-	0,276	0,630	0,359	1,261	2,526
2011	2,386	0,166	0,005	-	0,199	0,669	0,613	1,076	2,556
2012	2,218	0,235	0,005	0,001	0,211	0,688	0,815	0,745	2,459
2013	1,880	0,385	0,005	0,001	0,213	0,583	0,720	0,754	2,271

*CAPS cadastrado como leito psiquiátrico, porém deveria ser cadastrado como leito de acolhimento noturno.

**Pronto-socorro cadastrado como leito psiquiátrico, porém, deveria ser cadastrado como leito de acolhimento noturno.

HP: Hospital psiquiátrico.

HG: Hospital geral.

Fontes: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus), Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) de 2005 a 2013 e população estimada pelo IBGE para 2013 por 10.000 habitantes.

Tabela 5 – Distribuição das taxas dos leitos psiquiátricos Não SUS, segundo tipo de estabelecimento e tipo de prestador. Paraná, 2005 a 2013.

TIPO DE ATENDIMENTO							
Não SUS							
	Tipo de estabelecimento			Tipo de prestador			Total
	HP	HG	HD	Filantropico	Sem fins lucrativos	Privado lucrativo	
2005	0,590	0,062	0,030	0,158	0	0,524	0,682
2006	0,602	0,064	0,030	0,158	0	0,537	0,695
2007	0,561	0,065	0,029	0,156	0	0,499	0,655
2008	0,515	0,063	0,029	0,106	0,038	0,464	0,607
2009	0,538	0,063	0,029	0,133	0,037	0,459	0,630
2010	0,551	0,069	0,030	0,138	0,041	0,470	0,649
2011	0,431	0,059	0,029	0,072	0,030	0,417	0,519
2012	0,463	0,089	0,056	0,135	0,066	0,407	0,608
2013	0,384	0,121	0,056	0,097	0,068	0,395	0,561

HP: Hospital psiquiátrico.

HG: Hospital geral.

HD: Hospital-dia.

Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus), Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) de 2005 a 2013 e população estimada pelo IBGE para 2013 e calculado por 10.000 habitantes.

Tabela 6 – Distribuição das taxas dos leitos hospitalares psiquiátricos por Regionais de Saúde e Macrorregionais de Saúde. Paraná, 2005-2013.

Macrorregionais	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Leste									
1 - Paranaguá	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,222	0,222
2 - Metropolitana	5,899	5,643	4,697	4,378	4,315	4,510	4,205	4,224	3,783
3 - Ponta Grossa	3,778	3,725	0,172	0,190	0,188	0,400	0,190	1,147	1,147
4 - Irati	0,837	0,831	0,825	0,808	0,803	0,808	0,803	0,799	0,799
5 - Guarapuava	2,750	2,730	2,711	2,715	2,398	2,494	2,490	2,419	2,035
6 - União da Vitória	5,886	5,826	5,710	5,670	5,627	5,808	5,781	5,756	5,756
21 - Telêmaco Borba	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Subtotal Leste	5,154	4,969	3,860	3,621	3,547	3,714	3,472	3,414	3,085
Oeste									
7 - Pato Branco	0,083	0,247	0,164	0,200	0,199	0,200	0,199	0,516	0,516
8 - Francisco Beltrão	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,176	0,176
9 - Foz do Iguaçu	1,366	1,178	1,153	1,155	1,138	1,595	1,540	1,589	1,845
10 - Cascavel	7,074	0,784	0,777	0,758	0,752	0,591	0,588	0,097	0,097
20 - Toledo	7,426	7,422	7,418	6,778	6,722	6,692	6,667	4,943	4,943
Subtotal Oeste	4,361	2,238	2,203	2,142	2,122	2,240	2,222	1,430	1,846
Noroeste									
11- Campo Mourão	0,062	0,063	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,090
12 - Umuarama	6,237	6,319	6,403	5,663	5,654	5,658	5,647	5,635	5,635
13 - Cianorte	0,155	0,154	0,153	0,142	0,140	0,140	0,139	0,138	0,138
14 - Paranavaí	1,938	1,933	1,927	1,889	1,883	1,881	1,912	1,906	1,906
15 - Maringá	4,494	4,211	4,091	4,293	4,252	4,159	4,088	4,060	2,992
Subtotal Noroeste	3,144	3,044	4,486	3,676	3,651	3,610	3,576	3,558	2,445
Norte									
16 - Apucarana	7,273	7,231	7,161	7,045	7,853	7,839	8,181	8,179	8,179
17 - Londrina	5,947	5,877	5,808	5,829	5,779	5,796	5,776	5,735	5,509
18- Cornélio Procopio	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
19 - Jacarezinho	0,074	0,074	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
22 - Ivaiporã	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Subtotal Norte	5,147	5,106	6,189	6,174	6,367	6,378	6,461	6,431	6,269
Total	4,663	4,205	3,867	3,717	3,696	3,815	3,578	3,440	3,027

Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus), Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) de 2005 a 2013 e população estimada pelo IBGE para 2013 e calculado por 10.000 habitantes.

APÊNDICE B – Manuscrito 2

Tabela 1a – Distribuição das internações psiquiátricas, segundo o **sexo, idade, dias de permanência, óbito**, nos hospitais psiquiátricos e hospitais gerais, no estado do Paraná, de 2000 a 2013. Estado do Paraná, 2015.

Variáveis	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Sexo HP														
Masculino	35186	35369	34466	34355	31076	31798	30573	33050	28203	30599	29147	30200	21926	26366
Feminino	14464	13584	13758	13515	12083	11716	11209	12096	9991	11093	11049	11077	8012	9659
Sexo HG														
Masculino	1642	1722	1804	1813	1905	3607	4614	5168	5078	5146	5042	5066	3708	3761
Feminino	1523	1607	1599	1742	1897	3261	3523	3581	3860	3984	4078	4339	2991	3035
Óbito HP														
Sim	60	34	63	43	35	40	43	15	39	34	45	34	18	31
Total	49650	48953	48224	47870	43159	43514	41782	45146	38194	41692	40196	41277	29938	36025
Óbito HG														
Sim	5	0	3	6	1	2	5	3	13	7	16	12	17	9
Total	3165	3329	3403	3555	3802	6868	8137	8749	8938	9130	9120	9405	6699	6796
Idade HP														
1 a 14 anos	226	322	373	386	223	146	115	41	61	19	442	580	360	298
15 a 29 anos	10231	10566	10327	10524	9858	9636	10151	10519	9382	9879	10272	9971	7058	8167
30 a 59 anos	35695	34868	34393	33768	30259	31286	29417	32300	26800	29585	27524	28443	20934	25402
60 anos e mais	3498	3197	3131	3192	2819	2446	2099	2286	1951	2209	1958	2283	1586	2158
Total	49650	48953	48224	47870	43159	43514	41782	45146	38194	41692	40196	41277	29938	36025
Idade HG														
1 a 14 anos	12	17	17	34	46	160	99	324	330	72	175	235	210	200
15 a 29 anos	816	852	800	739	796	1733	1873	2449	2204	1841	1741	1843	1390	1305
30 a 59 anos	2203	2264	2370	2582	2739	4594	5728	5736	6046	6714	6697	6831	4672	4820
60 anos e mais	134	196	216	200	221	381	437	240	358	503	505	496	427	471
Total	3165	3329	3403	3555	3802	6868	8137	8749	8938	9130	9120	9405	6699	6796
Dias de permanência HP														
0 a 7 dias	5944	5858	5162	5626	5002	5686	4016	3485	5185	5603	5702	6000	4812	5851
8 a 28 dias	23885	23697	22590	22069	19291	21460	17358	25291	19463	22147	20711	21083	14660	18480
29 dias	19821	19398	20472	20175	18866	16368	20408	16370	13546	13942	13783	14194	10466	11694
Total	49650	48953	48224	47870	43159	43514	41782	45146	38194	41692	40196	41277	29938	36025
Dias de permanência HG														
0 a 7 dias	212	197	211	280	351	2237	2175	4053	2968	2801	2787	3019	2317	2336
8 a 28 dias	739	774	751	837	762	1507	2950	2788	3376	2870	3112	2970	2142	2123
29 dias	2214	2358	2441	2438	2689	3124	3012	1908	2594	3459	3221	3416	2240	2337
Total HG	3165	3329	3403	3555	3802	6868	8137	8749	8938	9130	9120	9405	6699	6796
Tipo de AIH HP														
Normal	25068	27115	23436	25591	22775	22161	23351	25850	21335	20645	20138	20217	14265	16286
Longa permanência	24582	21838	24788	22279	20384	21353	18431	19296	16859	21037	20058	21060	15673	19739
Total	49650	48953	48224	47870	43159	43514	41782	45146	38194	41692	40196	41277	29938	36025
Tipo de AIH HG														
Normal	3165	3329	3403	3555	3802	6868	8137	8749	8938	9130	9120	9405	6699	6796
Longa permanência	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	3165	3329	3403	3555	3802	6868	8137	8749	8938	9130	9120	9405	6699	6796

Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus), Sistema de Informação Hospitalar (SIH-SUS) 2000 a 2013. Estado do Paraná, 2015.

Tabela 1b – Distribuição das internações psiquiátricas, segundo o **sexo, idade, dias de permanência, óbito, tipo de AIH**, nos hospitais psiquiátricos e hospitais gerais, no estado do Paraná, de 2000 a 2013. Paraná, 2015.

Variáveis	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
	Taxa**	Taxa**	Taxa**	Taxa**	Taxa**	Taxa**	Taxa**	Taxa**	Taxa**	Taxa**	Taxa**	Taxa**	Taxa**	Taxa**
Sexo HP														
Masculino	74,3	73,7	71,0	70,0	62,7	62,6	59,5	63,6	53,9	58,0	56,8	58,5	42,2	50,7
Feminino	30,0	27,8	27,8	27,0	23,9	22,6	21,4	22,7	18,6	20,5	20,8	20,7	14,9	17,9
Total	51,92	50,49	49,22	48,32	43,09	42,40	40,22	42,95	36,07	39,01	38,49	39,27	28,30	34,06
Sexo HG														
Masculino	3,5	3,6	3,7	3,7	3,8	7,1	9,0	10,0	9,7	9,8	9,8	9,8	7,1	7,2
Feminino	3,2	3,3	3,2	3,5	3,8	6,3	6,7	6,7	7,2	7,4	7,7	8,1	5,6	5,6
Total	3,31	3,43	3,47	3,59	3,80	6,69	7,83	8,32	8,44	8,54	8,73	8,95	6,33	6,42
Óbito HP*														
Sim	12,1	6,9	13,1	9,0	8,1	9,2	10,3	3,3	10,2	8,2	11,2	8,2	6,0	8,6
Total	12,1	6,9	13,1	9,0	8,1	9,2	10,3	3,3	10,2	8,2	11,2	8,2	6,0	8,6
Óbito HG*														
Sim	15,8	0,0	8,8	16,9	2,6	2,9	6,1	3,4	14,5	7,7	17,5	12,8	25,4	13,2
Total	15,8	0,0	8,8	16,9	2,6	2,9	6,1	3,4	14,5	7,7	17,5	12,8	25,4	13,2
Idade HP														
1 a 14 anos	0,8	1,2	1,3	1,4	0,8	0,5	0,4	0,2	0,2	0,1	1,8	2,4	1,5	1,2
15 a 29 anos	39,1	39,8	38,5	38,8	35,9	34,2	35,6	37,4	33,3	34,9	37,9	36,5	25,7	29,7
30 a 59 anos	105,3	101,5	99,0	96,2	85,2	86,0	79,9	80,8	65,8	71,2	66,0	67,7	49,5	60,1
60 anos e mais	43,2	39,1	38,0	38,4	33,6	28,6	24,3	21,9	17,7	19,3	16,7	19,4	13,4	18,2
Total	51,92	50,49	49,22	48,32	43,09	42,40	40,22	42,95	36,07	39,01	38,49	39,27	28,30	34,06
Idade HG														
1 a 14 anos	0,0	0,1	0,1	0,1	0,2	0,5	0,3	1,2	1,3	0,3	0,7	1,0	0,9	0,8
15 a 29 anos	3,1	3,2	3,0	2,7	2,9	6,1	6,6	8,7	7,8	6,5	6,4	6,8	5,1	4,8
30 a 59 anos	6,5	6,6	6,8	7,4	7,7	12,6	15,6	14,4	14,8	16,1	16,1	16,3	11,1	11,4
60 anos e mais	1,7	2,4	2,6	2,4	2,6	4,5	5,1	2,3	3,3	4,4	4,3	4,2	3,6	4,0
Total	3,31	3,43	3,47	3,59	3,80	6,69	7,83	8,32	8,44	8,54	8,73	8,95	6,33	6,42
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Dias de permanência HP														
0 a 7 dias	11,97	11,97	10,70	11,75	11,59	13,07	9,61	7,72	13,58	13,44	14,19	14,54	16,07	16,24
8 a 28 dias	48,11	48,41	46,84	46,10	44,70	49,32	41,54	56,02	50,96	53,12	51,53	51,08	48,97	51,30
29 dias	39,92	39,63	42,45	42,15	43,71	37,62	48,84	36,26	35,47	33,44	34,29	34,39	34,96	32,46
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Dias de permanência HG														
0 a 7 dias	6,70	5,92	6,20	7,88	9,23	32,57	26,73	46,33	33,21	30,68	30,56	32,10	34,59	34,37
8 a 28 dias	23,35	23,25	22,07	23,54	20,04	21,94	36,25	31,87	37,77	31,43	34,12	31,58	31,97	31,24
29 dias	69,95	70,83	71,73	68,58	70,73	45,49	37,02	21,81	29,02	37,89	35,32	36,32	33,44	34,39
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Tipo de AIH HP														
Normal	50,49	55,39	48,60	53,46	52,77	50,93	55,89	57,26	55,86	49,52	50,10	48,98	47,65	45,21
Longa permanência	49,51	44,61	51,40	46,54	47,23	49,07	44,11	42,74	44,14	50,48	49,90	51,02	52,35	54,79
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Tipo de AIH HG														
Normal	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Longa permanência	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

*taxa de mortalidade hospitalar: número de óbito em relação ao total das internações por ano, por tipo de hospital.

** taxa de internação por 10.000 habitantes

Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus), Sistema de Informação Hospitalar (SIH-SUS) 2000 a 2013. Estado do Paraná, 2015.

Tabela 2a – Resultados da análise de tendência das internações psiquiátricas nos **hospitais psiquiátricos**, segundo diagnóstico principal. Estado do Paraná, 2000 a 2013.

Diagnóstico	Modelo	R²	p	Tendência
Transtornos mentais orgânicos	$y=6,813-0,217x$	0,856	<0,001	↓
Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa	$y=41,657+0,939x$	0,897	<0,001	↑
Esquizofrenia	$y=40,956-1,251x$	0,939	<0,001	↓
Transtornos de humor	$y=9,135+0,511x$	0,965	<0,001	↑
Transtornos neuróticos	$y=0,208+0,004+0,002x$	0,827	<0,001	↓/↑
Síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos	$y=0,051-0,003x$	0,365	0,037	↓
Transtornos da personalidade	$y=0,257+0,018x$	0,708	0,001	↑
Retardo mental	$y=0,575-0,014x+0,016x^2$	0,723	0,001	↓/↑
Transtornos do desenvolvimento psicológico	$y=0,001-0,002x+0,002x^2$	0,806	<0,001	↓/↑
Transtornos do comportamento e transtornos emocionais durante a infância ou a adolescência	$y=0,029-0,007x$	0,907	<0,001	↓
Transtorno mental não especificado	$y=0,089+0,024x+0,001x^2-0,001x^3$	0,658	0,008	↓/↑/↓

* ↑ Crescente; ↓ Decrescente; - Constante; ↑/↓ Crescente/Decrescente; ↓/↑ Decrescente/Crescente.

Tabela 2b – Resultados da análise de tendência das internações psiquiátricas nos **hospitais psiquiátricos**, segundo diagnóstico principal e sexo masculino. Estado do Paraná, 2000 a 2013.

Diagnóstico	Modelo	R²	p	Tendência
Transtornos mentais orgânicos	$y=6,237-0,195x$	0,757	<0,001	↓
Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa	$y=51,623+0,709x$	0,579	0,004	↑
Esquizofrenia	$y=34,475-0,985x$	0,751	<0,001	↓
Transtornos de humor	$y=4,469+0,199x$	0,948	<0,001	↑
Transtornos neuróticos	$y=0,089-0,008x+0,004x^2$	0,859	<0,001	↓/↑
Síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos	$y=0,013-0,003x$	0,588	0,004	↓
Transtornos da personalidade	$y=0,198+0,032x+0,002x^2-0,001x^3$	0,758	0,008	↓/↑/↓
Retardo mental	$y=0,509-0,006x+0,014x^2$	0,701	0,004	↓/↑
Transtornos do desenvolvimento psicológico	$y=0,000-0,003x+0,002x^2$	0,863	<0,001	↓/↑
Transtornos do comportamento e transtornos emocionais durante a infância ou a adolescência	$y=0,024-0,006x$	0,872	<0,001	↓
Transtorno mental não especificado	$y=0,051+0,025x+0,003x^2-0,001x^3$	0,924	<0,001	↓/↑/↓

* ↑ Crescente; ↓ Decrescente; - Constante; ↑/↓ Crescente/Decrescente; ↓/↑ Decrescente/Crescente.

Tabela 2c – Resultados da análise de tendência das internações psiquiátricas nos **hospitais psiquiátricos**, segundo diagnóstico principal e sexo feminino. Estado do Paraná, 2000 a 2013.

Diagnóstico	Modelo	R²	p	Tendência
Transtornos mentais orgânicos	$y=8,021-0,305x$	0,916	<0,001	↓
Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa	$y=12,143+0,908x$	0,876	<0,001	↑
Esquizofrenia	$y=56,321-2,068x$	0,980	<0,001	↓
Transtornos de humor	$y=21,356+1,395x$	0,945	<0,001	↑
Transtornos neuróticos	$y=0,485+0,033x$	0,888	<0,001	↑
Síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos	$y=0,151-0,001x$	0,006	0,812	-
Transtornos da personalidade	$y=0,346+0,054x$	0,898	<0,001	↑
Retardo mental	$y=0,714-0,038x+0,023x^2$	0,651	0,004	↓/↑
Transtornos do desenvolvimento psicológico	$y=0,006-0,001x+0,002x^2$	0,663	0,003	↓/↑
Transtornos do comportamento e transtornos emocionais durante a infância ou a adolescência	$y=0,042-0,009x$	0,856	<0,001	↓
Transtorno mental não especificado	$y=0,134+0,008x$	0,120	0,270	-

* ↑ Crescente; ↓ Decrescente; - Constante; ↑/↓ Crescente/Decrescente; ↓/↑ Decrescente/Crescente.

Tabela 3a – Resultados da análise de tendência das internações psiquiátricas nos **hospitais gerais**, segundo diagnóstico principal. Estado do Paraná, 2000 a 2013.

Diagnóstico	Modelo	R²	p	Tendência
Transtornos mentais orgânicos	$y=3,701-0,244x$	0,748	<0,001	↓
Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa	$y=24,853+3,621x$	0,753	<0,001	↑
Esquizofrenia	$y=28,686-3,783x$	0,819	<0,001	↓
Transtornos de humor	$y=37,342+0,607x$	0,502	0,010	-
Transtornos neuróticos	$y=3,147-0,621x-0,026x^2+0,020x^3$	0,733	0,003	↑/↓/↑
Síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos	$y=0,396-0,050x$	0,677	0,001	↓
Transtornos da personalidade	$y=0,775-0,176x+0,002x^2+0,005x^3$	0,828	0,001	↑/↓/↑
Retardo mental	$y=0,142+0,020x+0,063x^2$	0,972	<0,001	↓/↑
Transtornos do desenvolvimento psicológico	$y=0,029+0,007x+0,035x^2$	0,770	0,001	↓/↑
Transtornos do comportamento e transtornos emocionais durante a infância ou a adolescência	$y=0,055-0,008x+0,003x^2+0,000x^3$	0,601	0,015	↑/↓/↑
Transtorno mental não especificado	$y=0,214-0,064x-0,005x^2+0,004x^3$	0,526	0,029	↑/↓/↑

* ↑ Crescente; ↓ Decrescente; - Constante; ↑/↓ Crescente/Decrescente; ↓/↑ Decrescente/Crescente.

Tabela 3b – Resultados da análise de tendência das internações psiquiátricas nos **hospitais gerais**, segundo diagnóstico principal e sexo masculino. Estado do Paraná, 2000 a 2013.

Diagnóstico	Modelo	R²	p	Tendência
Transtornos mentais orgânicos	$y=3,981+0,288x$	0,781	<0,001	↓
Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa	$y=37,077+5,373x$	0,774	<0,001	↑
Esquizofrenia	$y=32,171-4,687x$	0,796	<0,001	↓
Transtornos de humor	$y=21,989-0,087x$	0,028	0,604	-
Transtornos neuróticos	$y=2,716-0,743x-0,030x^2+0,024x^3$	0,649	0,009	↑/↓/↑
Síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos	$y=0,338-0,060x$	0,705	0,001	↓
Transtornos da personalidade	$y=0,711-0,124x$	0,656	0,001	↓
Retardo mental	$y=0,214+0,012x+0,066x^2$	0,948	<0,001	↓/↑
Transtornos do desenvolvimento psicológico	$y=0,026+0,007x+0,003x^3$	0,645	0,004	↓/↑
Transtornos do comportamento e transtornos emocionais durante a infância ou a adolescência	$y=0,085+0,008x$	0,189	0,158	-
Transtorno mental não especificado	$y=0,030+0,024x+0,009x^2$	0,820	<0,001	↓/↑

* ↑ Crescente; ↓ Decrescente; - Constante; ↑/↓ Crescente/Decrescente; ↓/↑ Decrescente/Crescente.

Tabela 3c – Resultados da análise de tendência das internações psiquiátricas nos **hospitais gerais**, segundo diagnóstico principal e sexo feminino. Estado do Paraná, 2000 a 2013.

Diagnóstico	Modelo	R²	p	Tendência
Transtornos mentais orgânicos	$y=3,398-0,199x$	0,616	0,003	↓
Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa	$y=9,632+1,378x$	0,745	<0,001	↑
Esquizofrenia	$y=24,980-2,816x$	0,860	<0,001	↓
Transtornos de humor	$y=55,752+1,706x$	0,846	<0,001	↑
Transtornos neuróticos	$Y=3,743-0,471x-0,025x^2+0,016x^3$	0,85	<0,001	↑/↓/↑
Síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos	$y=0,466-0,038x$	0,601	0,003	↓
Transtornos da personalidade	$y=0,865-0,009x+0,013x^2$	0,690	0,002	↓/↑
Retardo mental	$y=0,048+0,026x+0,061x^2$	0,971	<0,001	↓/↑
Transtornos do desenvolvimento psicológico	$y=0,036+0,014x$	0,756	<0,001	↑
Transtornos do comportamento e transtornos emocionais durante a infância ou a adolescência	$y=0,012-0,006x+0,007x^2$	0,899	<0,001	↓/↑
Transtorno mental não especificado	$Y=0,306+0,015x$	0,026	0,618	-

* ↑ Crescente; ↓ Decrescente; - Constante; ↑/↓ Crescente/Decrescente; ↓/↑ Decrescente/Crescente.

Tabela 4 – Resultados da análise de tendência da taxa das internações psiquiátricas nos **hospitais psiquiátricos e hospitais gerais** por **sexo**. Estado do Paraná, 2000 a 2013.

	Modelo	R²	p	Tendência
Hospital psiquiátrico				
Masculino	$y=62,251-1,912x$	0,956	<0,001	↓
Feminino	$y=23,000-0,928x$	0,939	<0,001	↓
Hospital geral				
Masculino	$y=6,955+0,606x$	0,701	0,001	↑
Feminino	$y=4,725+0,503x$	0,892	<0,001	↑

* ↑ Crescente; ↓ Decrescente; - Constante; ↑/↓ Crescente/Decrescente; ↓/↑ Decrescente/Crescente.

Tabela 5 – Resultados da análise de tendência da taxa das internações psiquiátricas nos **hospitais psiquiátricos e hospitais gerais** por **idade**. Estado do Paraná, 2000 a 2013.

	Modelo	R²	p	Tendência
Hospital psiquiátrico				
1 a 14 anos	$y=0,460-0,001x+0,041x^2$	0,655	0,003	↓/↑
15 a 29 anos	$y=36,077-0,555x$	0,739	<0,001	↓
30 a 59 anos	$y=81,451-3,969x$	0,989	<0,001	↓
60 anos e mais	$y=27,318-2,409x$	0,931	<0,001	↓
Hospital geral				
1 a 14 anos	$y=0,510+0,085x$	0,782	<0,001	↑
15 a 29 anos	$y=5,290+0,364x$	0,507	0,009	↑
30 a 59 anos	$y=11,708+0,845x$	0,705	0,001	↑
60 anos e mais	$y=3,385+0,163x$	0,677	0,001	↑

* ↑ Crescente; ↓ Decrescente; - Constante; ↑/↓ Crescente/Decrescente; ↓/↑ Decrescente/Crescente.

Tabela 6 – Resultados da análise de tendência da taxa de óbito hospitalar das internações psiquiátricas nos **hospitais psiquiátricos e hospitais gerais**. Estado do Paraná, 2000 a 2013.

	Modelo	R²	p	Tendência
Hospital psiquiátrico				
Com óbito	y=8,948-0,178x	0,335	0,049	↓
Hospital Geral				
Com óbito	y=9,533+0,901x	0,500	0,010	↑

* ↑ Crescente; ↓ Decrescente; - Constante; ↑/↓ Crescente/Decrescente; ↓/↑ Decrescente/Crescente.

Tabela 7 – Resultados da análise de tendência das internações psiquiátricas nos **hospitais psiquiátricos e hospitais gerais** por **dias de permanência**, Estado do Paraná 2000 a 2013.

	Modelo	R²	p	Tendência
Hospital psiquiátrico				
0 a 7 dias	$y=12,176+0,362x$	0,532	0,007	↑
8 a 28 dias	$y=48,837+0,535x$	0,547	0,006	↑
29 dias e +	$y=38,987-0,897x$	0,737	<0,001	↓
Hospital geral				
0 a 7 dias	$y=23,259+2,843x$	0,714	0,001	↑
8 a 28 dias	$y=28,197+1,213x$	0,685	0,001	↑
29 dias e +	$y=48,544-4,056x$	0,729	<0,001	↓

* ↑ Crescente; ↓ Decrescente; - Constante; ↑/↓ Crescente/Decrescente; ↓/↑ Decrescente/Crescente.

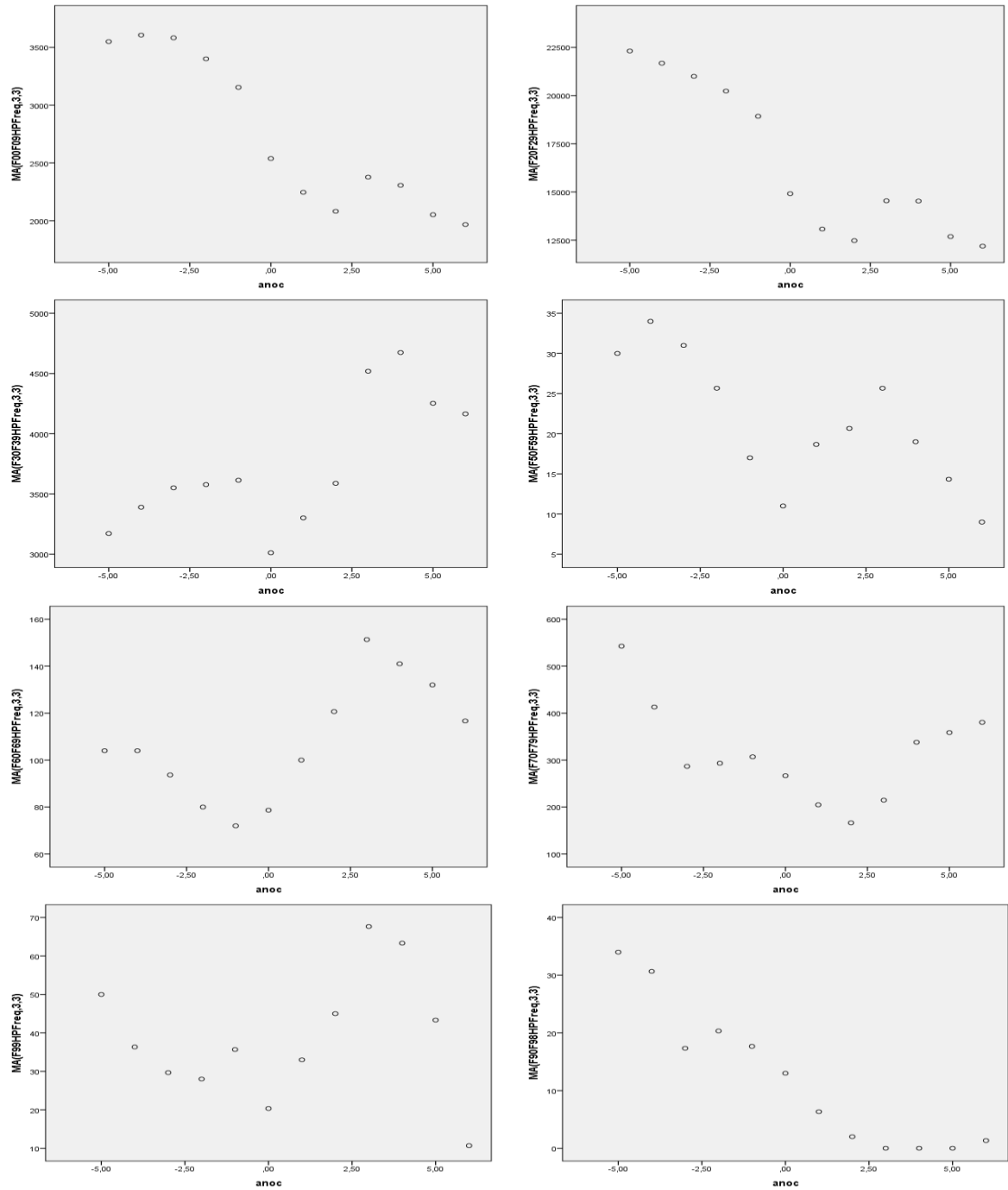
Tabela 8 – Resultados da análise de tendência das internações psiquiátricas nos **hospitais psiquiátricos** por **tipo de AIH**. Estado do Paraná, 2000 a 2013.

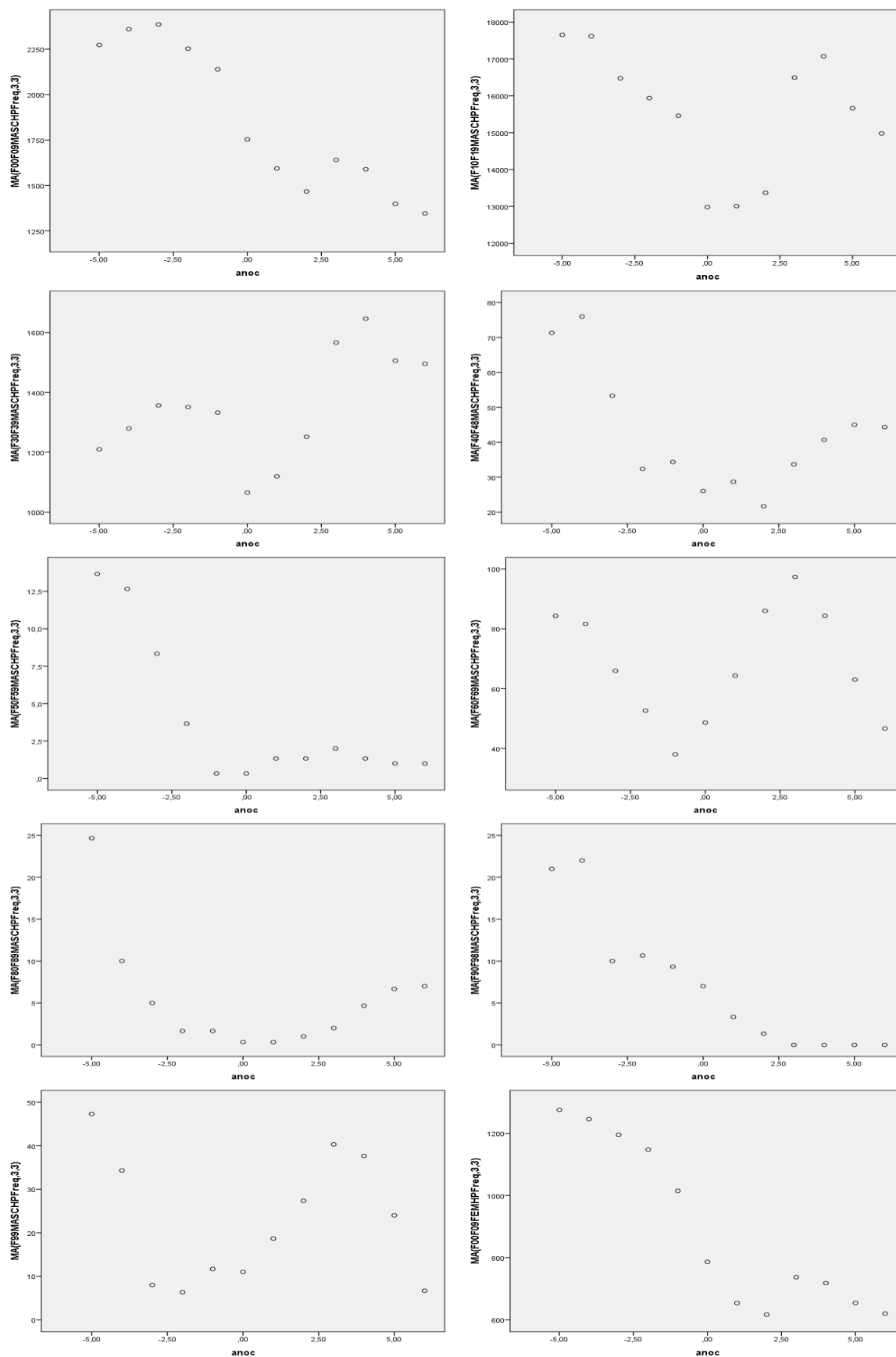
	Modelo	R²	p	Tendência
Hospital psiquiátrico				
AIH normal	$y=54,208-0,143x-0,176x^2$	0,737	0,001	↑/↓
AIH longa permanência	$y=45,792+0,143x+0,176x^2$	0,737	0,001	↓/↑

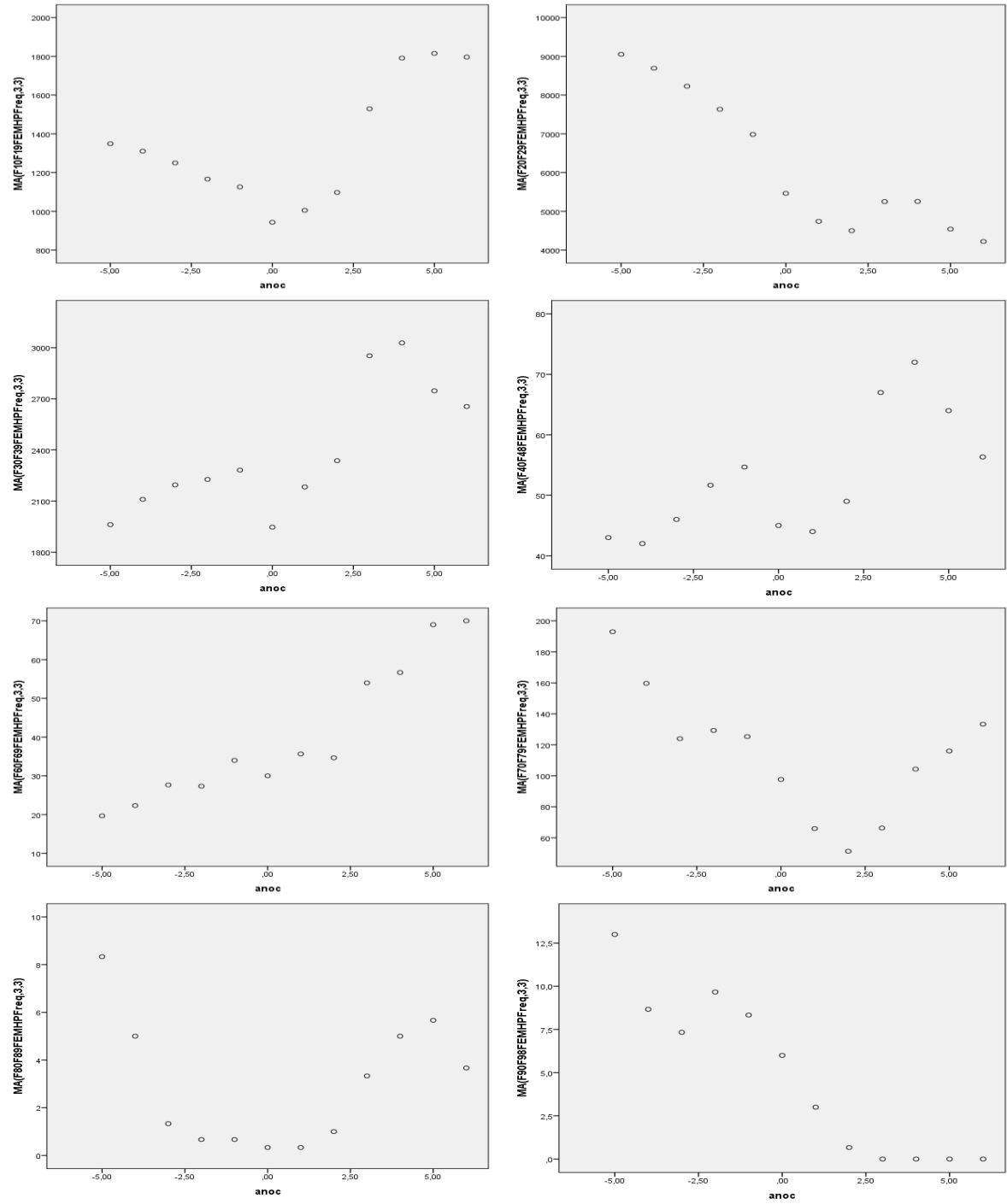
* ↑ Crescente; ↓ Decrescente; - Constante; ↑/↓ Crescente/Decrescente; ↓/↑ Decrescente/Crescente.

GRÁFICOS DE DISPERSÃO

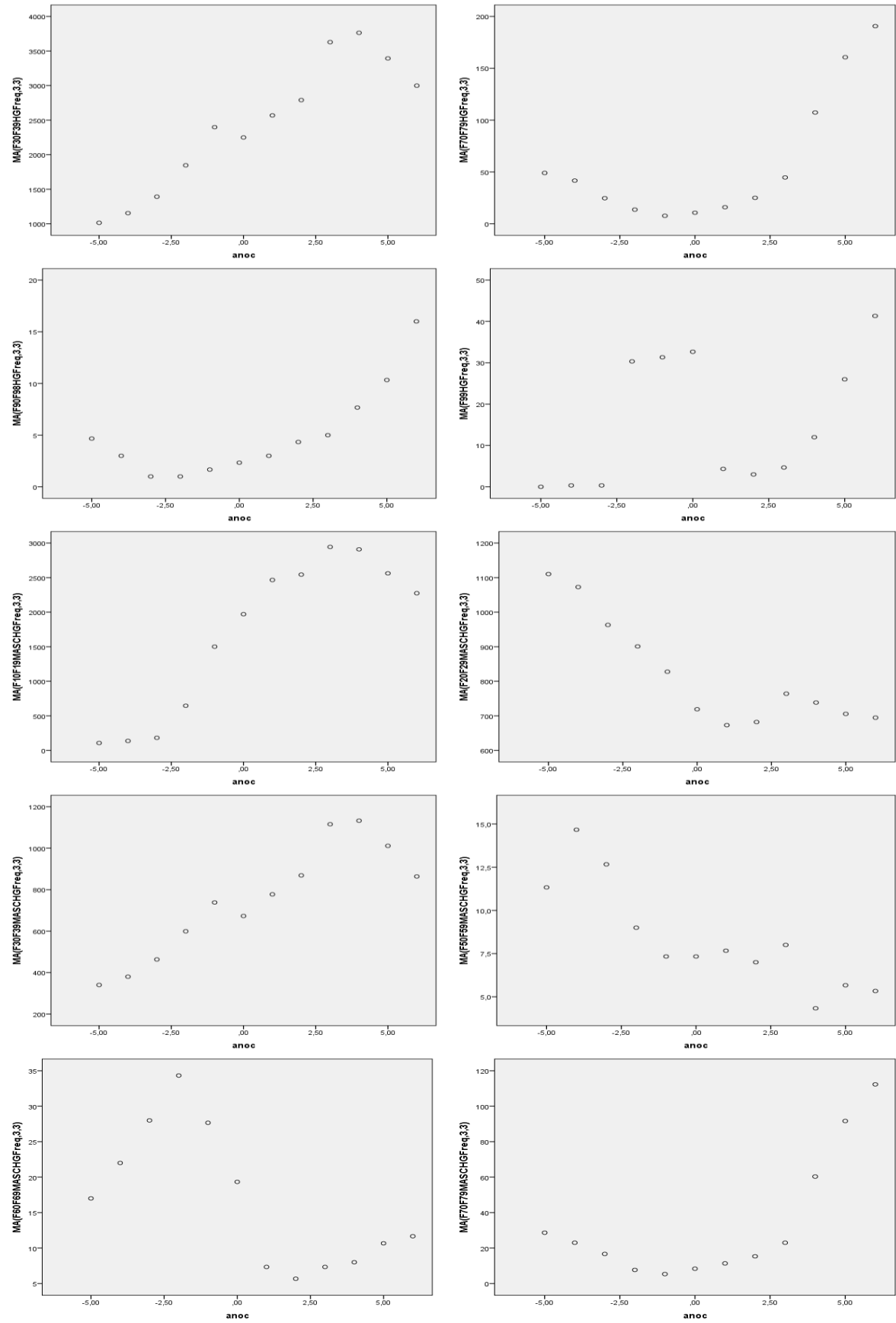
CID-10 HOSPITAL PSIQUIÁTRICO

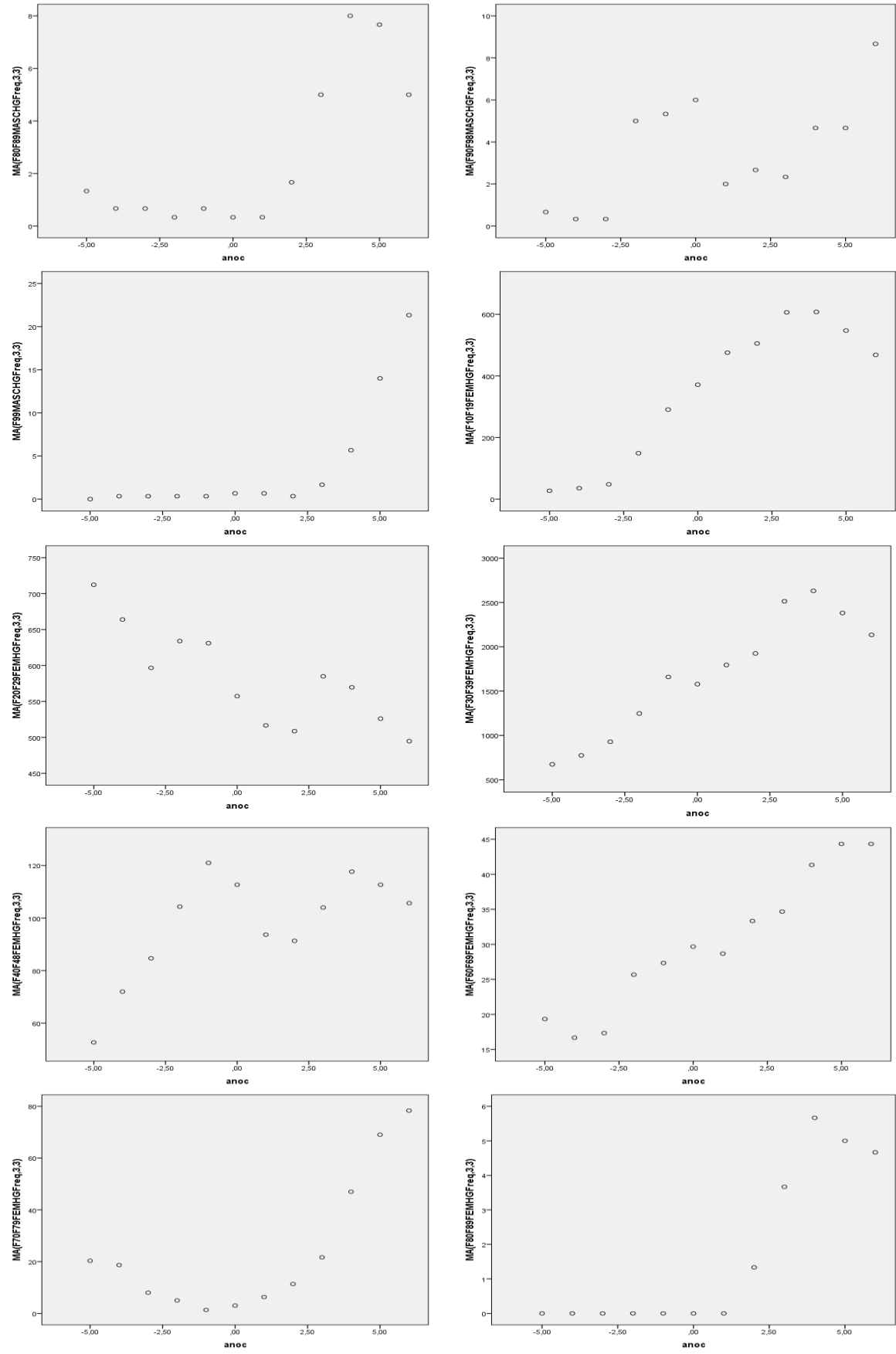


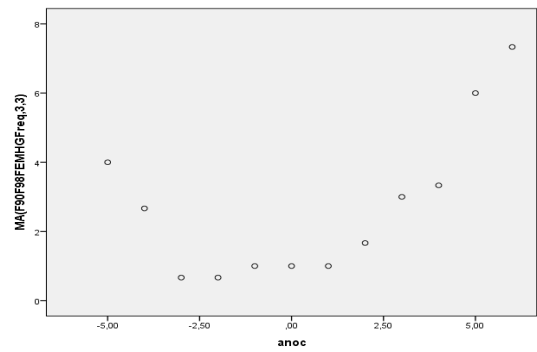




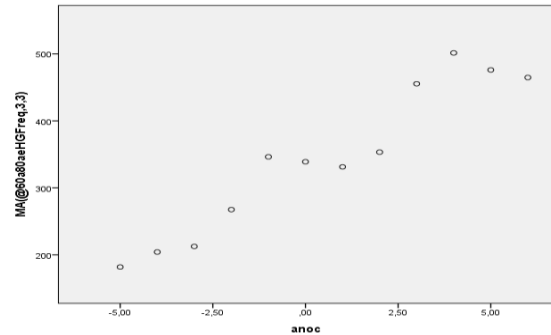
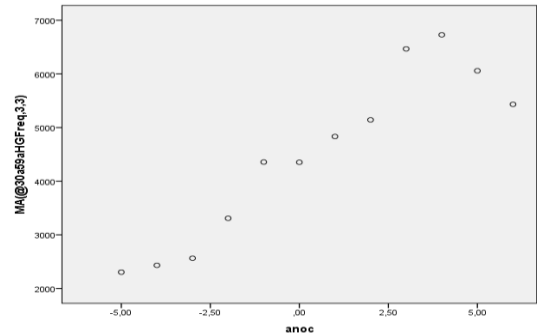
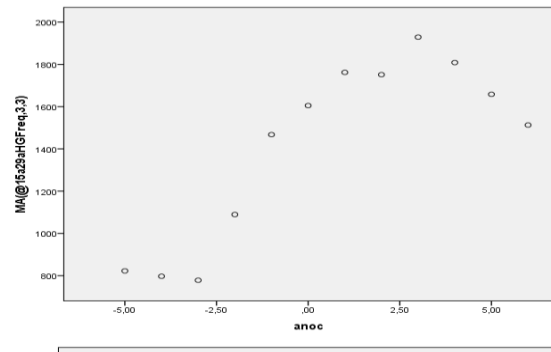
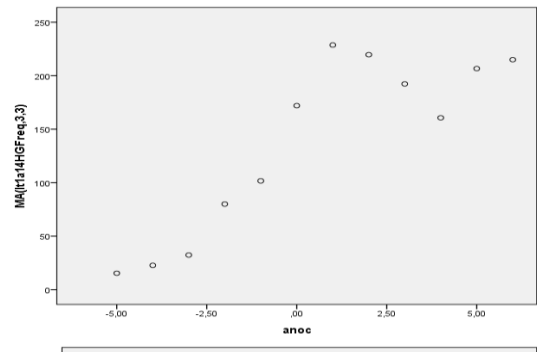
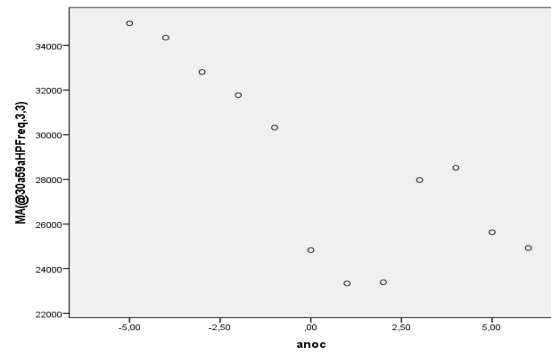
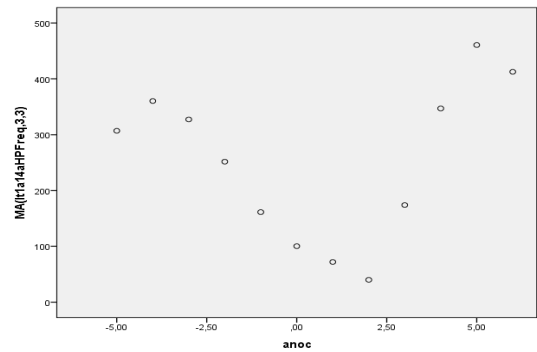
CID-10 HOSPITAL GERAL



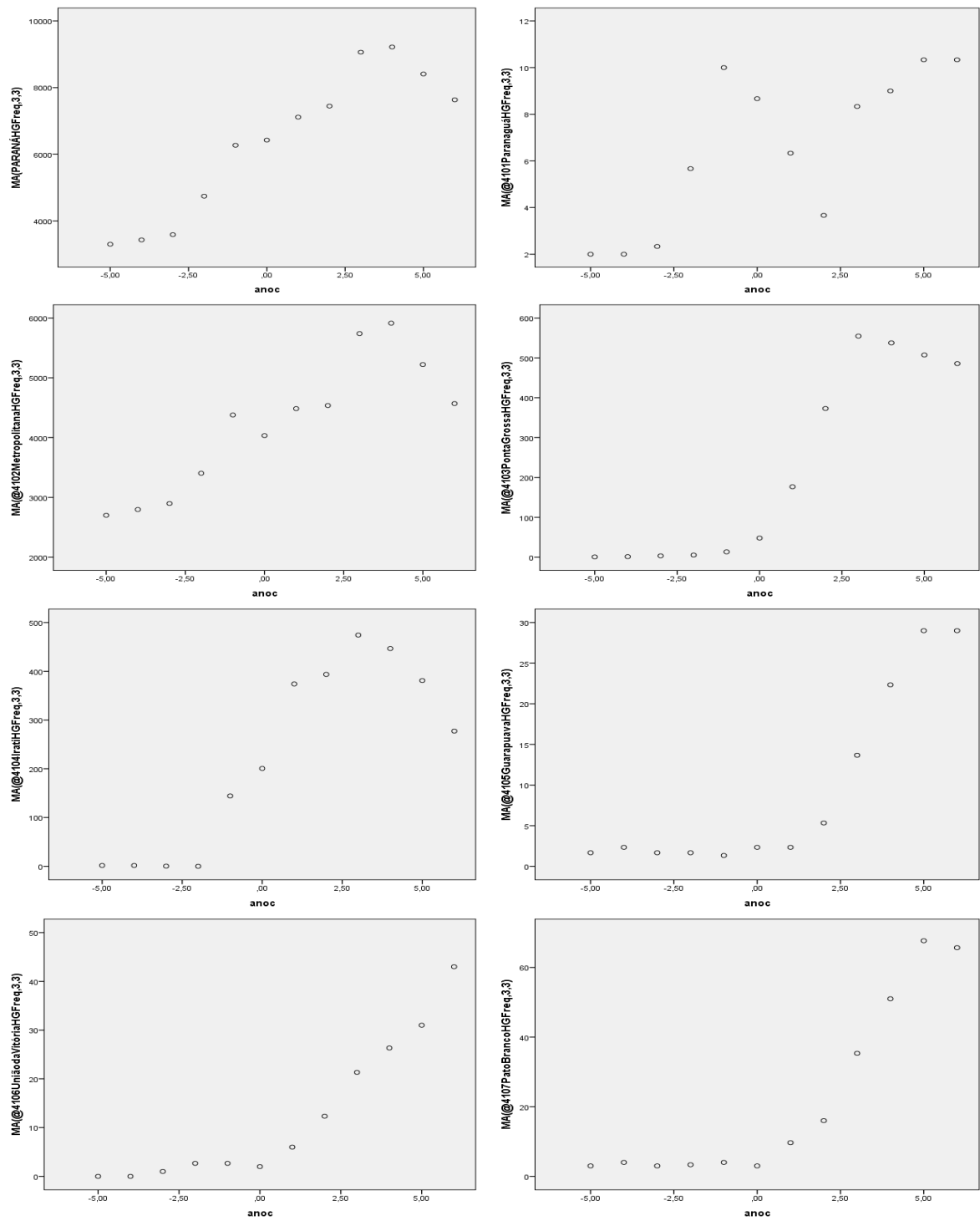


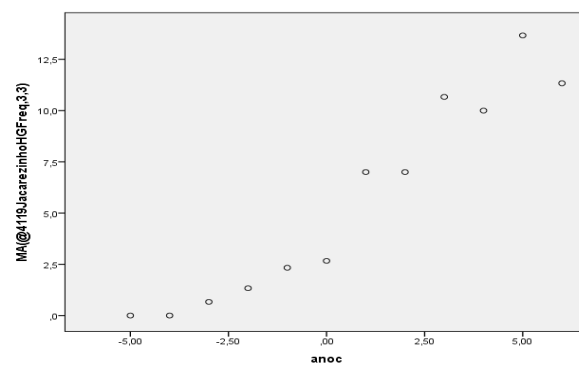
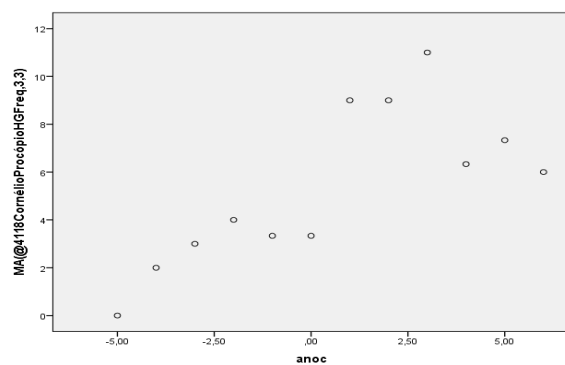
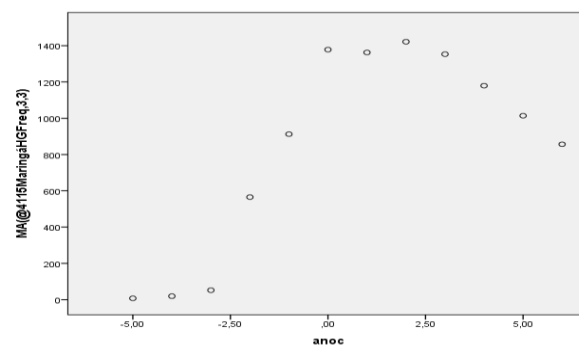
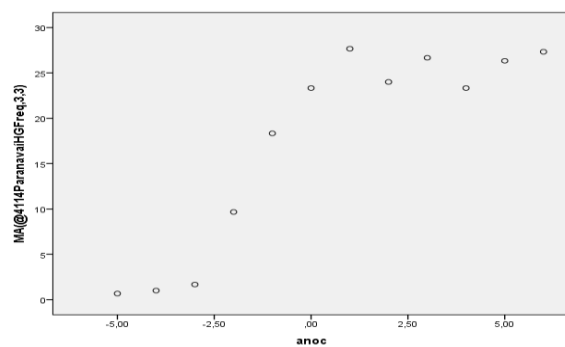
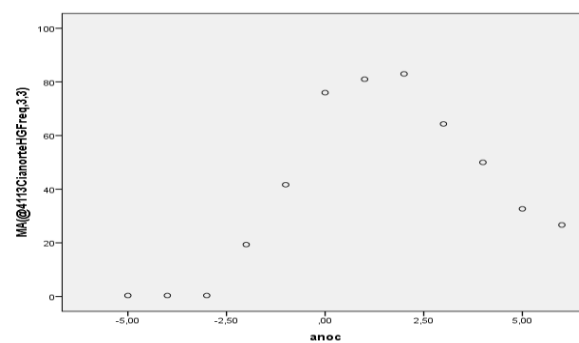
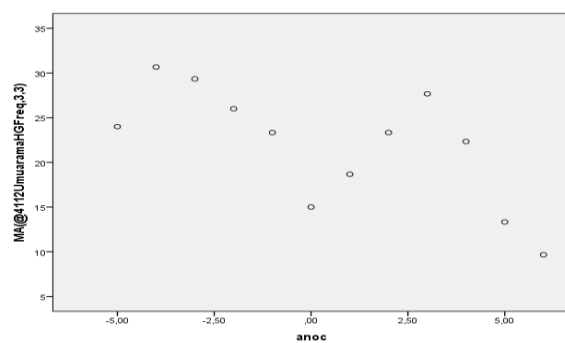
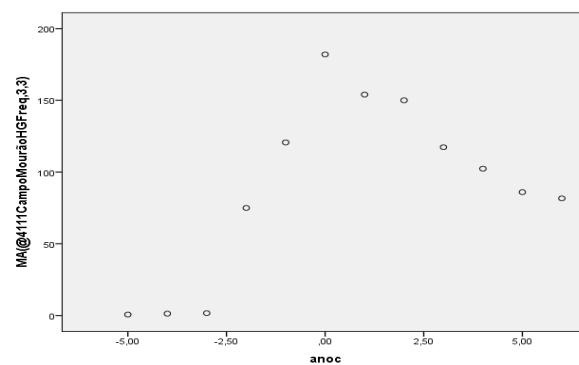
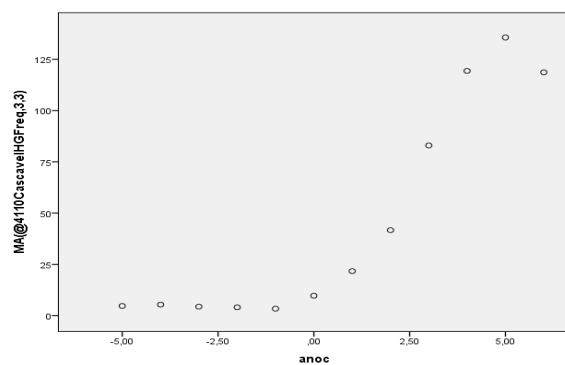
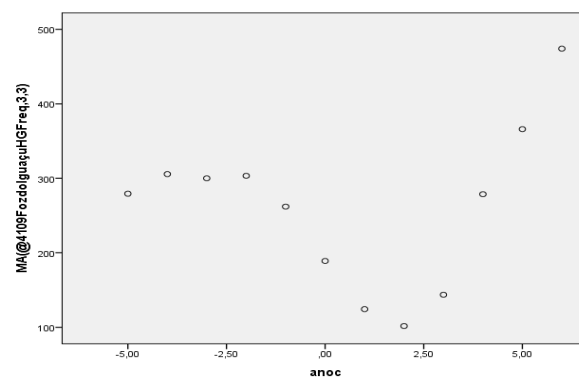
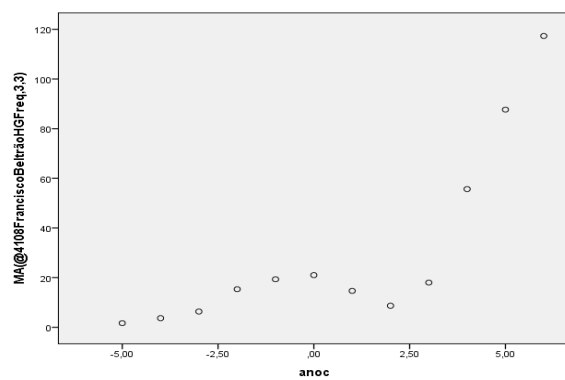


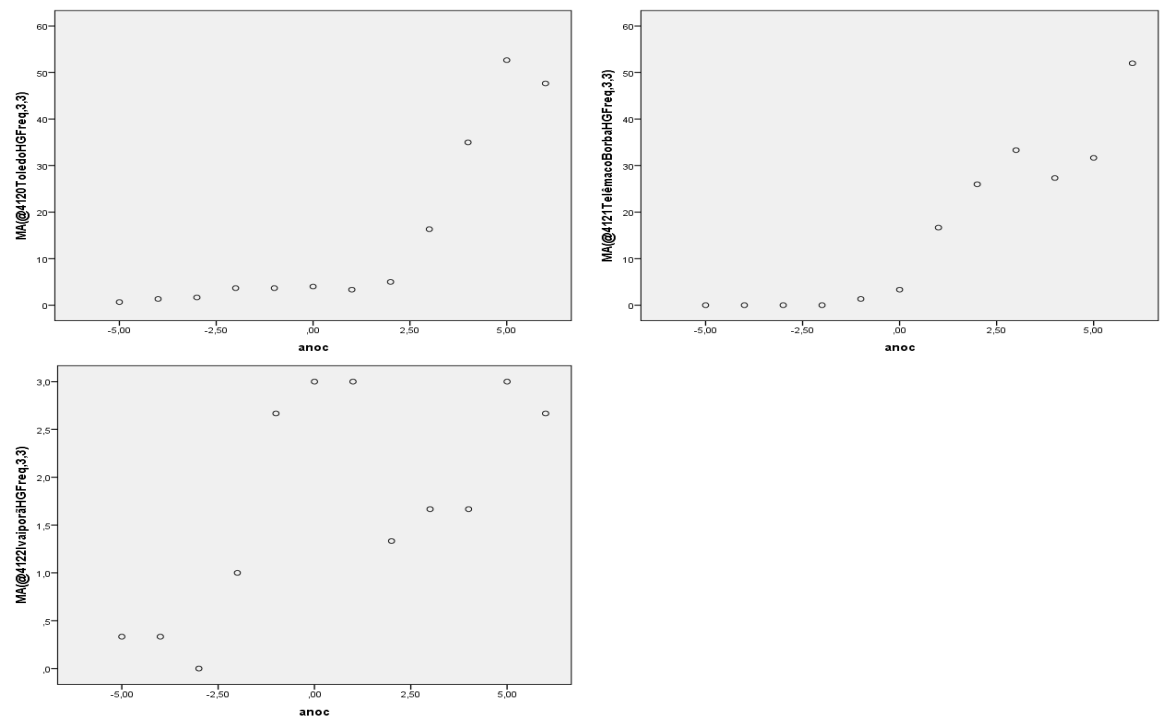
FAIXA ETÁRIA



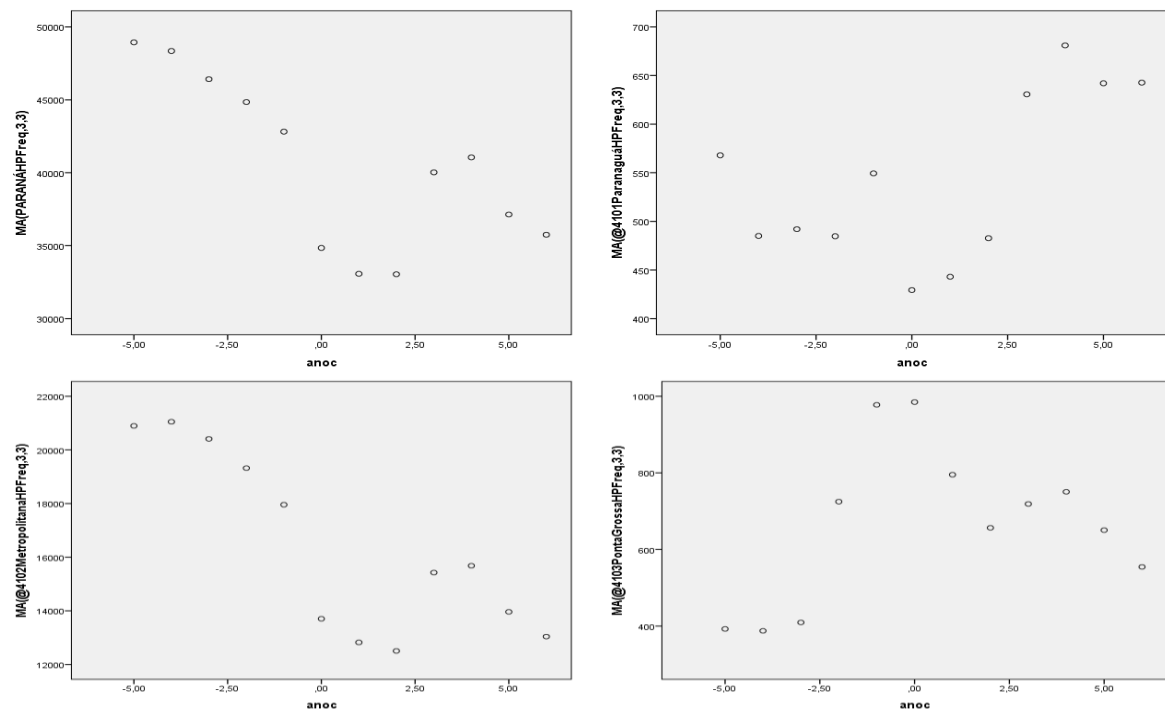
REGIONAL DE SAÚDE
HOSPITAL GERAL

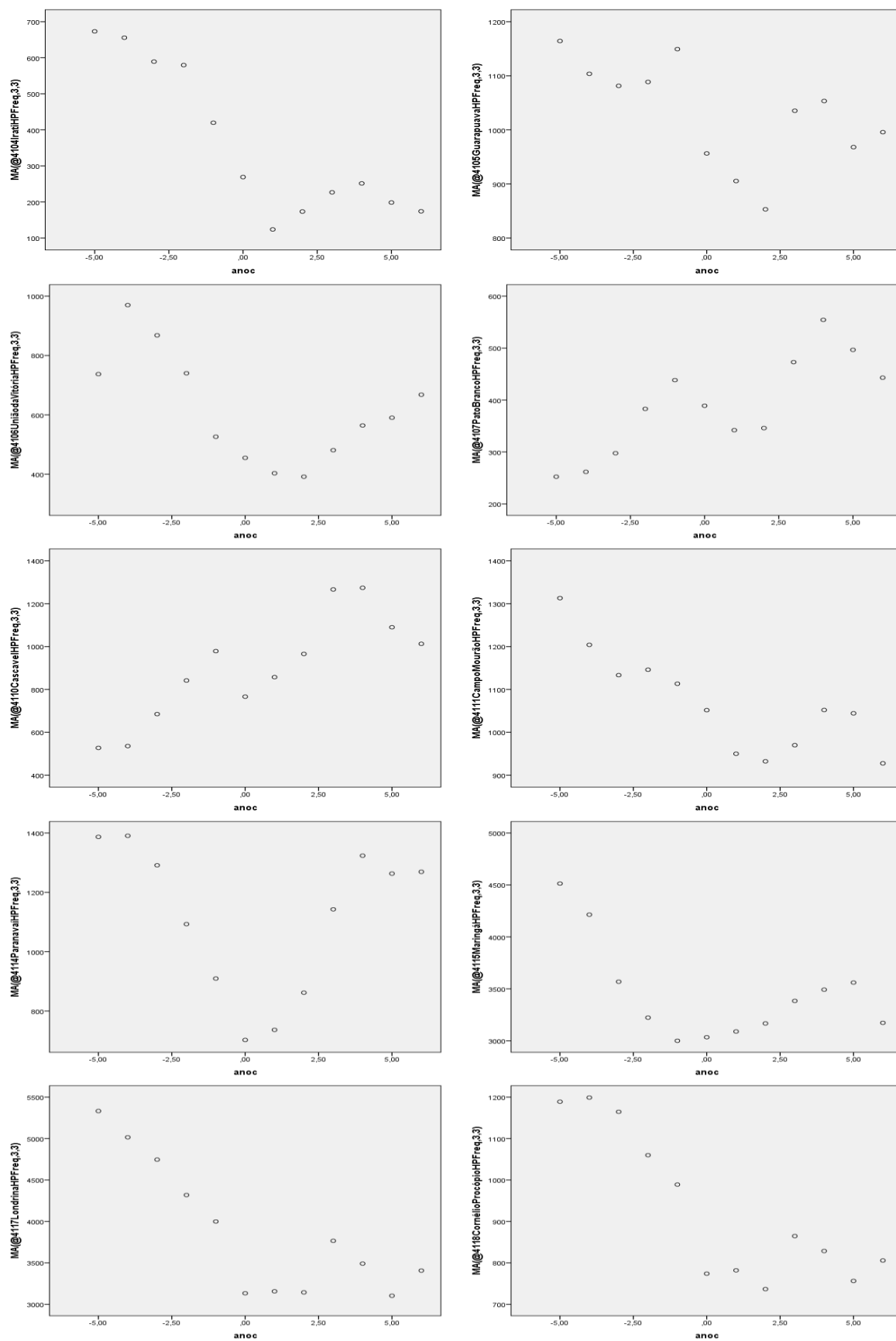


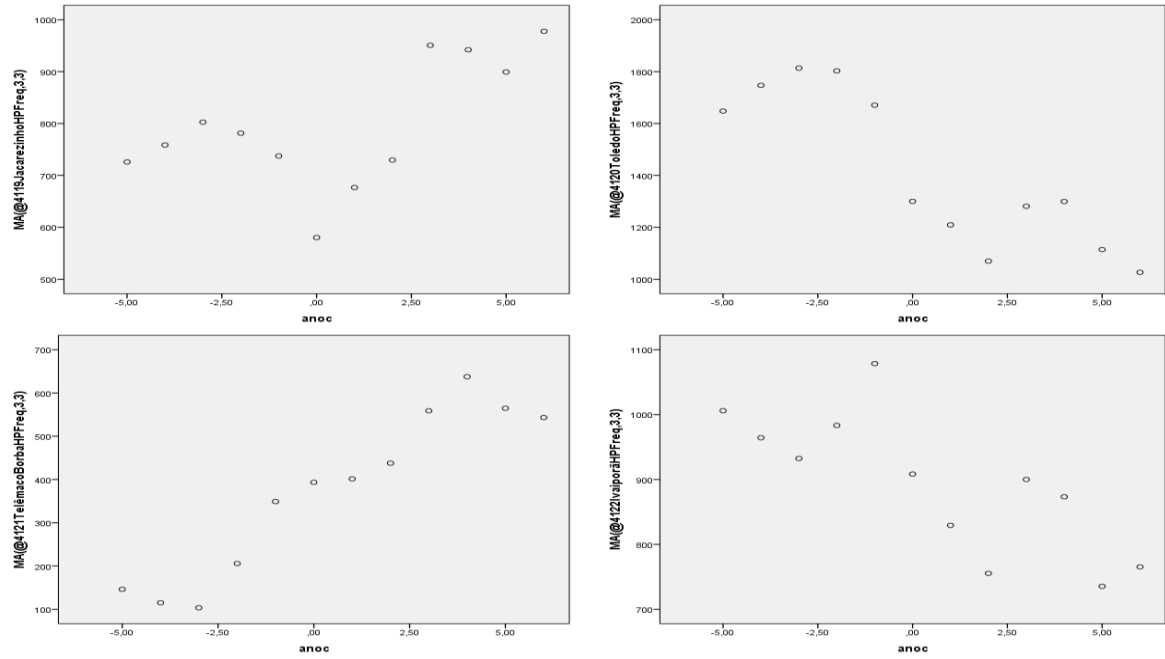




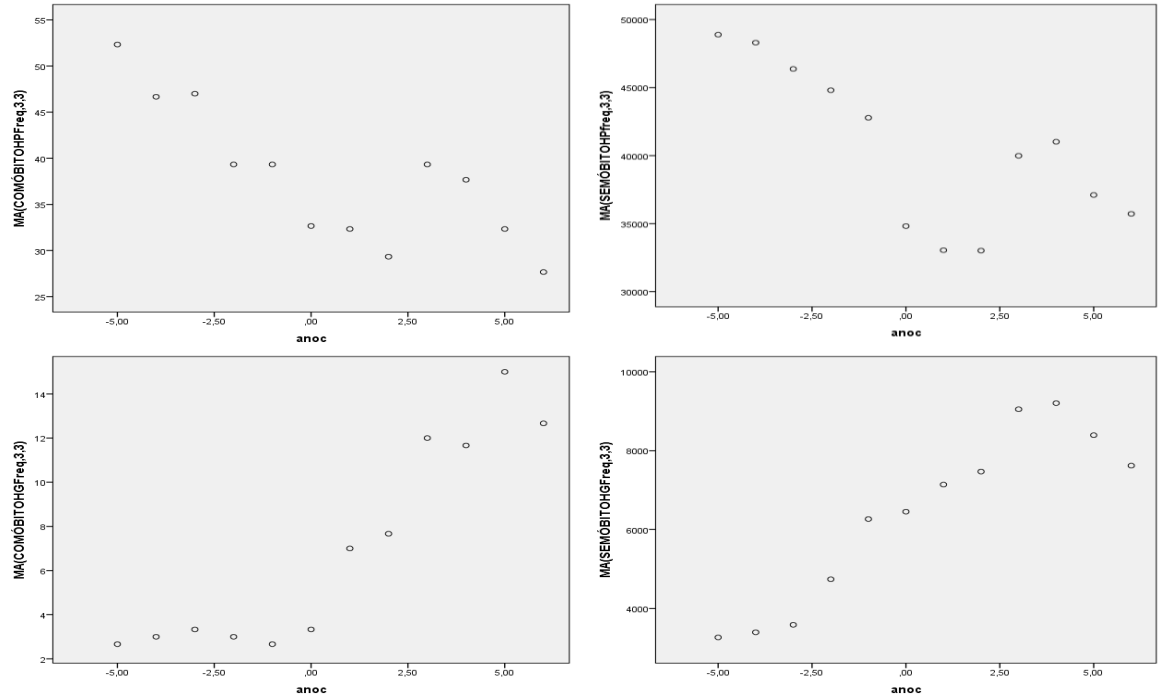
**REGIONAL DE SAÚDE
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO**



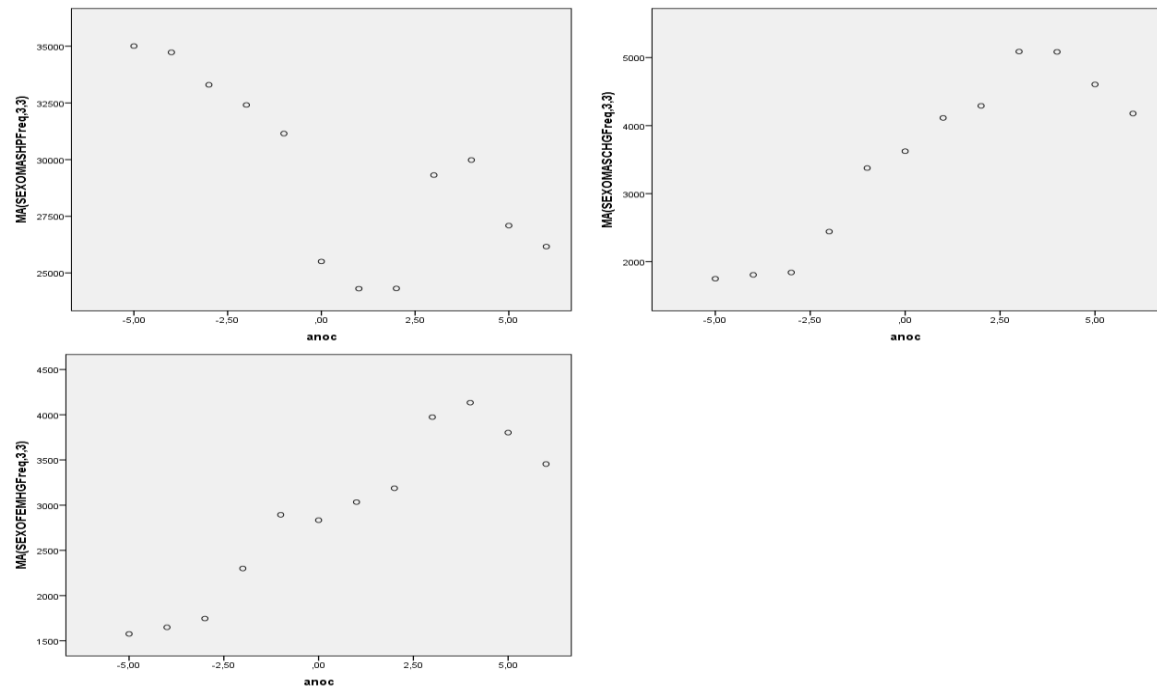




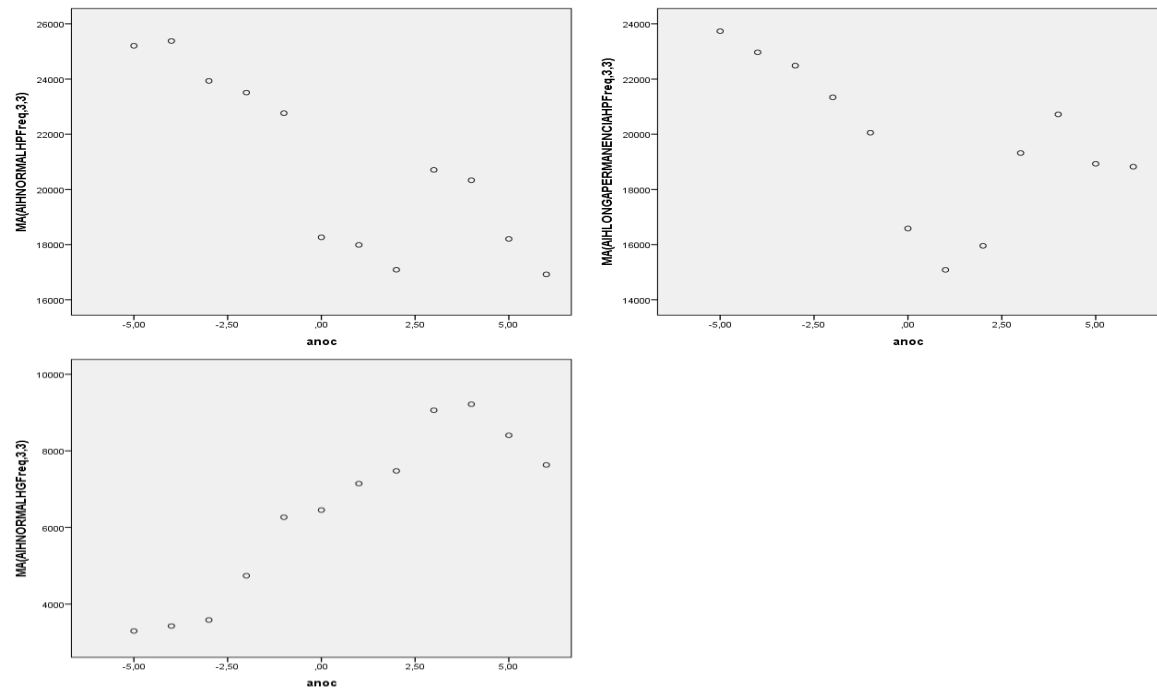
ÓBITO



SEXO



TIPO DE AIH



APÊNDICE C – Manuscrito 3

Tabela 1a – Distribuição dos gastos com internações psiquiátricas nos hospitais psiquiátricos (HP) e hospitais gerais (HG), segundo sexo, óbito, faixa etária e dias de permanência de 2000 a 2013. Estado do Paraná, 2015.

Variáveis	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Sexo HP														
Masculino	18.394.397	20.036.782	20.882.406	21.092.586	21.112.889	20.889.007	19.972.940	21.299.917	21.107.403	25.029.269	27.257.296	28.002.458	19.670.348	23.633.230
Feminino	8.223.754	8.395.668	8.893.895	8.835.593	8.658.196	8.376.901	8.009.692	8.454.854	7.989.768	9.613.994	11.199.985	11.331.265	7.890.389	9.505.037
Total	26.618.152	28.432.449	29.776.300	29.928.179	29.771.085	29.265.908	27.982.632	29.754.772	29.097.171	34.643.263	38.457.281	39.333.722	27.560.736	33.138.268
Sexo HG														
Msculino	957.720	1.085.743	1.195.328	1.226.187	1.246.414	1.586.292	2.077.858	3.235.079	2.412.864	2.738.304	2.828.315	2.736.453	2.101.247	2.311.935
Feminino	886.204	952.078	1.056.371	1.171.788	1.249.520	1.722.466	1.823.303	2.647.209	2.012.257	2.252.526	2.410.268	2.488.101	1.764.012	1.851.018
Total	1.843.924	1.925.328	2.251.699	2.389.772	2.495.933	3.308.758	3.901.034	5.882.289	4.425.121	4.990.829	5.238.583	5.224.553	3.865.260	4.162.543
Óbito HP														
Sim	15.336	7.981	20.155	16.409	8.966	15.326	14.648	14.679	14.779	12.700	25.354	12.198	13.697	15.881
Não	26.602.816	28.424.468	29.756.145	29.911.770	29.762.119	29.250.582	27.967.984	29.740.093	29.082.392	34.630.563	38.431.927	39.321.524	27.547.039	33.122.387
Total	26.618.152	28.432.449	29.776.300	29.928.179	29.771.085	29.265.908	27.982.632	29.754.772	29.097.171	34.643.263	38.457.281	39.333.722	27.560.736	33.138.268
Óbito HG														
Sim	2.811	0	1.610	3.953	589	742	975	1.610	23.107	2.208	10.516	11.130	7.152	4.352
Não	1.841.114	1.925.328	2.250.090	2.394.021	2.495.336	3.308.016	3.900.187	5.880.679	4.402.014	4.988.622	5.228.067	5.213.424	3.858.108	4.158.602
Total	1.843.924	1.925.328	2.251.699	2.389.772	2.495.933	3.308.758	3.901.034	5.882.289	4.425.121	4.990.829	5.238.583	5.224.553	3.865.260	4.162.543
Idade HP														
<1 a 14 anos	91.572	143.270	202.100	222.236	122.513	61.904	58.415	126.893	44.081	22.297	489.539	611.010	403.447	349.782
15 a 29 anos	5.254.258	5.855.429	6.005.228	6.135.684	6.313.661	6.077.800	6.248.822	6.987.469	6.565.528	7.623.462	9.134.647	8.786.578	6.045.550	7.094.825
30 a 59 anos	19.269.976	20.425.792	21.520.366	21.451.160	21.286.938	21.424.103	20.164.796	20.800.114	20.913.193	25.094.282	26.854.262	27.627.537	19.544.004	23.591.233
60 anos e +	2.002.346	2.007.957	2.048.607	2.119.099	2.047.973	1.702.102	1.510.599	1.840.296	1.574.368	1.903.223	1.978.833	2.308.598	1.567.737	2.102.427
Total	26.618.152	28.432.449	29.776.300	29.928.179	29.771.085	29.265.908	27.982.632	29.754.772	29.097.171	34.643.263	38.457.281	39.333.722	27.560.736	33.138.268
Idade HG														
<1 a 14 anos	4.213	4.964	3.933	6.856	9.853	41.778	19.016	105.137	45.474	23.311	110.903	74.974	72.764	78.464
15 a 29 anos	462.955	487.074	517.162	493.571	517.820	728.517	758.705	921.984	860.591	872.101	869.410	844.809	672.728	684.662
30 a 59 anos	1.291.425	1.426.388	1.585.360	1.754.010	1.834.570	2.364.616	2.911.488	4.561.562	3.299.900	3.895.180	4.008.468	4.037.097	2.876.784	3.080.757
60 anos e +	85.331	119.396	145.245	143.537	133.690	173.847	217.169	293.606	219.156	198.962	249.802	267.674	242.984	301.078
Total	1.843.924	1.925.328	2.251.699	2.389.772	2.495.933	3.308.758	3.901.034	5.882.289	4.425.121	4.990.829	5.238.583	5.224.553	3.865.260	4.162.543
Dias de permanência HP														
0 a 7 dias	577.681	594.732	518.290	607.554	564.057	677.396	541.666	397.800	752.676	883.956	1.052.779	1.099.229	838.523	1.051.993
8 a 28 dias	10.464.932	11.377.402	11.423.848	11.436.500	10.759.051	12.263.617	10.198.920	15.965.098	12.684.802	15.998.735	17.232.137	17.404.739	11.835.936	15.492.987
29 dias	15.575.539	16.460.315	17.834.162	17.884.124	18.447.976	16.324.895	17.242.047	13.391.874	15.659.693	17.760.572	20.172.365	20.829.755	14.886.278	16.593.288
Total	26.618.152	28.432.449	29.776.300	29.928.179	29.771.085	29.265.908	27.982.632	29.754.772	29.097.171	34.643.263	38.457.281	39.333.722	27.560.736	33.138.268
Dias de permanência HG														
0 a 7 dias	15.070	18.260	24.158	39.780	43.004	244.674	232.743	520.405	436.762	430.619	529.071	548.201	450.272	457.038
8 a 28 dias	310.557	319.752	354.034	424.033	330.273	600.979	1.357.387	1.957.899	1.822.584	1.564.166	1.829.488	1.691.628	1.405.629	1.520.062
29 dias	1.518.297	1.587.316	1.873.507	1.934.161	2.122.656	2.463.105	2.310.997	3.403.985	2.165.774	2.996.044	2.880.025	2.984.724	2.009.359	2.185.853
Total	1.843.924	1.925.328	2.251.699	2.389.772	2.495.933	3.308.758	3.901.034	5.882.289	4.425.121	4.990.829	5.238.583	5.224.553	3.865.260	4.162.543
Total HP	26.618.152	28.432.449	29.776.300	29.928.179	29.771.085	29.265.908	27.982.632	29.754.772	29.097.171	34.643.263	38.457.281	39.333.722	27.560.736	33.138.268
Total HG	1.843.924	1.925.328	2.251.699	2.389.772	2.495.933	3.308.758	3.901.034	5.882.289	4.425.121	4.990.829	5.238.583	5.224.553	3.865.260	4.162.543
TOTAL	28.462.076	30.357.777	32.027.999	32.317.951	32.267.018	32.574.666	31.883.666	35.637.061	33.522.292	39.634.092	43.695.864	44.558.275	31.425.996	37.300.811

Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus), Sistema de Informação Hospitalar (SIH-SUS) de 2000 a 2013, Estado do Paraná, 2015.

Tabela 1b – Distribuição das taxas dos gastos das internações psiquiátricas, segundo o **sexo, idade, dias de permanência, óbito, tipo de AIH**, nos hospitais psiquiátricos e hospitais gerais, no Estado do Paraná, de 2000 a 2013. Paraná, 2015.

Variáveis	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
	Taxa**	Taxa**	Taxa**	Taxa**	Taxa**	Taxa**	Taxa**	Taxa**	Taxa**	Taxa**	Taxa**	Taxa**	Taxa**	Taxa**
Sexo HP														
Masculino	38.827,9	41.725,9	43.032,1	42.991,0	42.569,7	41.352,8	39.179,7	17.987,3	41.124,6	48.196,9	54.114,6	55.181,3	39.009,0	46.922,9
Feminino	17.040,4	17.159,3	17.984,9	17.669,3	17.125,2	16.397,8	15.471,9	6.902,2	15.514,5	18.326,2	21.809,3	21.865,1	15.364,5	18.430,2
Total	27.833,19	29.327,62	30.390,29	30.209,70	29.725,23	28.753,39	27.208,59	12.378,80	28.163,41	33.073,12	37.679,66	38.231,89	26.979,31	32.426,60
Sexo HG														
Masculino	2.021,6	2.261,0	2.463,2	2.499,2	2.513,1	2.883,0	3.701,1	1.323,3	3.842,8	4.436,0	4.520,5	4.341,2	2.891,0	3.009,3
Feminino	1.836,3	1.945,9	2.136,1	2.343,3	2.471,4	3.095,1	3.275,3	1.074,7	3.147,2	3.606,1	3.805,0	3.974,6	2.574,9	2.671,1
Total	1.928,09	2.101,98	2.298,13	2.420,53	2.492,09	2.990,11	3.486,07	1.197,51	3.490,75	4.015,82	4.156,48	4.154,71	2.730,20	2.837,23
Óbito HP*														
Sim	5,76	2,81	6,77	5,48	3,01	5,24	5,43	3,8	5,27	4,1	7,33	3,7	5,95	5,46
Total	5,76	2,81	6,77	5,48	3,01	5,24	5,43	3,8	5,27	4,1	7,33	3,7	5,95	5,46
Óbito HG*														
Sim	15,24	0	7,15	16,54	2,39	1,98	0,76	1,34	59,95	0,98	16,19	19,4	13,44	5
Total	15,24	0	7,15	16,54	2,39	1,98	0,76	1,34	59,95	0,98	16,19	19,4	13,44	5
Idade HP														
1 a 14 anos	333,34	514,31	717,73	780,40	425,45	235,73	206,10	146,27	201,28	125,60	2.138,57	2.581,38	1.714,42	1.476,47
15 a 29 anos	20.082,57	22.060,01	22.374,00	22.595,42	22.985,40	21.832,13	22.140,32	9.860,75	24.050,74	27.594,60	34.389,70	33.098,68	22.892,44	26.804,75
30 a 59 anos	56.834,03	59.430,15	61.957,07	61.082,48	59.960,10	59.280,33	55.263,45	23.844,14	52.458,73	61.450,25	65.821,55	67.045,47	47.746,11	57.716,87
60 anos e mais	24.737,70	24.551,57	24.841,23	25.476,37	24.414,02	20.154,26	17.800,58	6.408,47	14.823,82	17.140,64	17.617,79	20.251,57	14.032,94	18.527,61
Total	27.833,19	29.327,62	30.390,29	30.209,70	29.725,23	28.753,39	27.208,59	12.378,80	28.163,41	33.073,12	37.679,66	38.231,89	26.979,31	32.426,60
Idade HG														
1 a 14 anos	15,33	17,82	13,97	24,08	34,22	115,53	52,99	11,99	143,10	52,71	164,66	268,57	251,70	291,61
15 a 29 anos	1.769,48	1.835,02	1.926,82	1.817,64	1.885,17	2.320,89	2.410,91	825,97	2.311,81	2.456,32	2.340,79	2.200,38	1.572,64	1.524,80
30 a 59 anos	3.808,87	4.150,17	4.564,25	4.994,57	5.167,54	6.123,35	7.417,52	2.396,87	6.982,69	8.275,41	8.278,02	8.361,99	5.315,95	5.406,29
60 anos e mais	1.054,21	1.459,86	1.761,22	1.725,64	1.593,72	1.790,76	2.219,86	625,24	1.491,71	1.238,01	1827,395758	1623,879766	1257,569844	1768,634755
Total	1.928,09	2.101,98	2.298,13	2.420,53	2.492,09	2.990,11	3.486,07	1.197,51	3.490,75	4.015,82	4.156,48	4.154,71	2.730,20	2.837,23
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Dias de permanência HP														
0 a 7 dias	2,17	2,09	1,74	2,03	1,89	2,86	2,44	3,74	3,43	3,25	3,42	3,38	3,67	3,63
8 a 28 dias	39,32	40,02	38,37	38,21	36,14	41,81	36,49	46,8	43,91	46,31	45,03	44,37	43,49	47,56
29 dias	58,51	57,89	59,89	59,76	61,97	55,33	61,07	49,46	52,61	50,44	51,55	52,25	52,84	48,81
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Dias de permanência HG														
0 a 7 dias	0,82	0,95	1,07	1,66	1,72	2,56	2,32	2,44	4,47	3,91	5,46	6,65	8,35	8,81
8 a 28 dias	16,84	16,61	15,72	17,68	13,23	17,19	34,36	41,92	37,78	27,84	30,88	28,93	28,74	23,35
29 dias	82,34	82,44	83,2	80,66	85,04	80,25	63,32	55,65	57,75	68,26	63,66	64,43	62,91	67,85
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Tipo de AIH HP														
Normal	52,43	58,11	51,47	55,36	55,98	54,39	59,26	51,72	59,58	52,48	53,12	51,89	49,95	44,68
Longa permanência	47,57	41,89	48,53	44,64	44,02	45,61	40,74	48,28	40,42	47,52	46,88	48,11	50,05	55,32
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Tipo de AIH HG														
Normal	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Longa permanência	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

*taxa de mortalidade hospitalar: número de óbito em relação ao total dos gastos das internações por ano, por tipo de hospital.

** taxa de gastos por internação psiquiátrica por 10.000 habitantes.

Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus), Sistema de Informação Hospitalar (SIH-SUS) 2000 a 2013. Estado do Paraná, 2015.

Tabela 1c – Distribuição dos gastos das internações psiquiátricas nos hospitais psiquiátricos e hospitais gerais, no estado do Paraná, de 2000 a 2013. Paraná, 2015.

Ano	Hospital psiquiátrico		Hospital geral	
	*Gastos	**Taxa	*Gastos	**Taxa
2000	26.618.152	27.833,19	1.843.924	1.928,09
2001	28.432.449	29.327,62	1.925.328	2.101,98
2002	29.776.300	30.390,29	2.251.699	2.298,13
2003	29.928.179	30.209,70	2.389.772	2.420,53
2004	29.771.085	29.725,23	2.495.933	2.492,09
2005	29.265.908	28.753,39	3.308.758	2.990,11
2006	27.982.632	27.208,59	3.901.034	3.486,07
2007	29.754.772	28.931,65	5.882.289	1.197,51
2008	29.097.171	28.163,41	4.425.121	3.490,75
2009	34.643.263	33.073,12	4.990.829	4.015,82
2010	38.457.281	37.679,66	5.238.583	4.156,48
2011	39.333.722	38.231,89	5.224.553	4.154,71
2012	27.560.736	26.979,31	3.865.260	2.730,20
2013	33.138.268	32.426,60	4.162.543	2.837,23
TOTAL	433.759.918	394.418,09	51.905.626	47.197,80

* gasto em reais (calculado IPCA)

** taxa de gasto por internação psiquiátrica por 10.000 habitantes

Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus), Sistema de Informação Hospitalar (SIH-SUS) 2000 a 2013. Estado do Paraná, 2015.

Tabela 2a – Resultados da análise de tendência das taxas dos gastos das internações psiquiátricas nos **hospitais psiquiátricos por Macrorregionais de Saúde (Leste, Oeste, Noroeste e Norte)**, 2000 a 2013. Paraná, 2015.

	Modelo	R²	p	Tendência*
Paraná	y=29.112,93+406,41x	0,14	0,223	-
Leste	y=29.234,46+80,19x	0,01	0,850	-
1 - Paranaguá	y=12.007,54+764,27x+197,94x ²	0,77	0,001	↑
2 - Metropolitana	y=36.049,54-505,69x	0,01	0,365	-
3 - Ponta Grossa	y=9.781,90+1.099,12x	0,92	<0,001	↑
4 - Irati	y=13.851,04-2.231,00x+209,88 x ² -64,93 x ³	0,70	0,005	↑
5 - Guarapuava	y=22.550,71+1.004,67x	0,51	0,009	↑
6 - União da Vitória	y=33.718,81-4481,05x	0,03	0,580	-
21 - Telêmaco Borba	y=15.941,55+2.994,64x	0,94	<0,001	↑
Oeste	y=15.730,31+848,80x	0,65	0,002	↑
7 - Pato Branco	y=11.556,90+1.065,28x	0,79	<0,001	↑
8 - Francisco Beltrão	y=10.669,27+614,58x	0,63	0,002	↑
9 - Foz do Iguaçu	y=12.499,92+1.260,83x	0,73	<0,001	↑
10 - Cascavel	y=13.667,83+1.520,11x	0,86	<0,001	↑
20 - Toledo	y=30.912,25-643,66x	0,27	0,084	-
Noroeste	y=32.853,92+786,55x+227,07x²	0,57	0,009	↑
11- Campo Mourão	y=24.407,69+628,954x	0,60	0,003	↑
12 - Umuarama	y=57.586,80+2.216,77x	0,40	0,026	↑
13 - Cianorte	y=18.442,99+730,90x+133,89x ² -48,19x ³	0,68	0,006	↓/↑/↓
14 - Paranavaí	y=31.888,34+850,81x	0,28	0,078	-
15 - Maringá	y=237.170+1.000,86x	0,39	0,031	↑
Norte	y=36.361,37+572,65x	0,19	0,158	-
16 - Apucarana	y=53.160,88+1.249,21x	0,27	0,083	-
17 - Londrina	y=34.029,02-127,91x	0,01	0,710	-
18 - Cornélio Procopio	y=31.341,94+331,20x	0,11	0,285	-
19 - Jacarezinho	y=22.697,90+1.740,70x	0,79	<0,001	↑
22 - Ivaiporã	y=45.677,81+1.059,66x	0,39	0,030	↑

* ↑ Crescente; ↓ Decrescente; - Constante; ↑/↓ Crescente/Decrescente; ↓/↑ Decrescente/Crescente.

Tabela 2b – Resultados da análise de tendência das taxas dos gastos das internações psiquiátricas nos **hospitais gerais** por **Macrorregionais de Saúde (Leste, Oeste, Noroeste e Norte)**, 2000 a 2013. Paraná, 2015.

	Modelo	R²	p	Tendência
Paraná	$y=2.893,57+157,45x$	0,74	<0,001	↑
Leste	$y=5.007,33+329,83x$	0,75	<0,001	↑
1 - Paranaguá	$y=39,87+0,193x$	0,00	0,868	-
2 - Metropolitana	$y=7.670,94+471,00x$	0,76	<0,001	↑
3- Ponta Grossa	$y=465,13+138,33x$	0,42	0,022	↑
4 - Irati	$y=61,72+15,36x$	0,34	0,046	↑
5 - Guarapuava	$y=43,28+16,60x$	0,68	0,001	↑
6 - União da Vitória	$y=85,56+21,15x$	0,74	<0,001	↑
21- Telêmaco Borba	$y=87,08+26,41x$	0,41	<0,024	↑
Oeste	$y=1.270,07-50,13x$	0,26	0,088	-
7 - Pato Branco	$y=222,99+72,04x$	0,73	<0,001	↑
8 - Francisco Beltrão	$y=205,48+85,27x$	0,62	0,003	↑
9- Foz do Iguaçu	$y=4.782,61-474,71x$	0,71	0,001	↓
10 Cascavel	$y=305,27+101,55x$	0,82	<0,001	↑
20 - Toledo	$y=118,28+46,35x$	0,72	<0,001	↑
Noroeste	$y=155,44+39,86x$	0,52	0,008	↑
11- Campo Mourão	$y=73,77+23,52x$	0,67	0,001	↑
12 - Umuarama	$y=63,18+11,54x+1,88x^2-0,56x^3$	0,51	0,034	↓/↑/↓
13 - Cianorte	$y=72,49+24,70x$	0,80	<0,001	↑
14 - Paranavaí	$y=48,85+7,52x$	0,85	<0,001	↑
15 - Maringá	$y=273,33+75,04x$	0,46	0,015	↑
Norte	$y=1.290,10+0,71x$	0,00	0,948	-
16 - Apucarana	$y=30,78+4,10x$	0,27	0,081	-
17 - Londrina	$y=2737,06-21,54x$	0,08	0,385	-
18- Cornélio Procopio	$y=82,62+14,24x$	0,26	0,087	-
19 - Jacarezinho	$y=46,79+17,77x$	0,74	<0,001	↑
22 - Ivaiporã	$y=36,79+11,56x$	0,60	0,003	↑

* ↑ Crescente; ↓ Decrescente; - Constante; ↑/↓ Crescente/Decrescente; ↓/↑ Decrescente/Crescente.

Tabela 3a – Resultados da análise de tendência das taxas dos gastos de internações psiquiátricas nos **hospitais psiquiátricos**, segundo diagnóstico principal e sexo masculino. Estado do Paraná, 2000 a 2013.

Diagnóstico	Modelo	R²	p	Tendência
Transtornos mentais orgânicos	$y=67,58+0,33x$	0,39	0,029	↑
Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa	$y=91,67-0,43x$	0,77	<0,001	↓
Esquizofrenia	$y=61,96+0,31x$	0,71	0,001	↑
Transtornos de humor	$y=37,34-0,48x$	0,65	0,002	↓
Transtornos neuróticos	$y=36,07-2,93x+0,75x^2$	0,85	<0,001	↓/↑
Síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos	$y=17,59-3,61x$	0,45	0,017	↓
• Transtornos da personalidade	$y=61,85-2,71x$	0,70	0,001	↓
Retardo mental	$y=64,03+0,96x$	0,40	0,026	↓
Transtornos do desenvolvimento psicológico	$y=41,34-3,48x+1,31x^2$	0,61	0,006	↓/↑
Transtornos do comportamento e transtornos emocionais durante a infância ou a adolescência	$y=35,72-6,65x$	0,86	<0,001	↓
Transtorno mental não especificado	$y=44,43+6,30+1,39-0,42x$	0,85	<0,001	↓/↑/↓

* ↑ Crescente; ↓ Decrescente; - Constante; ↑/↓ Crescente/Decrescente; ↓/↑ Decrescente/Crescente.

Tabela 3b – Resultados da análise de tendência das taxas dos gastos de internações psiquiátricas nos **hospitais psiquiátricos**, segundo diagnóstico principal e sexo feminino. Estado do Paraná, 2000 a 2013.

Diagnóstico	Modelo	R²	p	Tendência
Transtornos mentais orgânicos	$y=31,16-0,44x+0,11x^2$	0,79	<0,001	↓
Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa	$y=8,34+0,43x$	0,77	<0,001	↑
Esquizofrenia	$y=438,05-0,31x$	0,72	0,001	↓
Transtornos de humor	$y=62,67+0,48x$	0,64	0,002	↑
Transtornos neuróticos	$y=63,93+2,93x-0,75x^2$	0,88	<0,001	↑/↓
Síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos	$y=96,50+4,82x-1,21x^2$	0,90	<0,001	↑/↓
Transtornos da personalidade	$y=38,15+2,71x$	0,70	0,001	↑
Retardo mental	$y=36,03-0,96x$	0,41	0,025	↓
Transtornos do desenvolvimento psicológico	$y=35,21+1,82x$	0,27	0,079	-
Transtornos do comportamento e transtornos emocionais durante a infância ou a adolescência	$y=41,90+1,40x$	0,05	0,480	-
Transtorno mental não especificado	$y=55,57-6,30x-1,39x^2+0,42x^3$	0,85	<0,001	↑/↓/↑

* ↑ Crescente; ↓ Decrescente; - Constante; ↑/↓ Crescente/Decrescente; ↓/↑ Decrescente/Crescente.

Tabela 4a – Resultados da análise de tendência das taxas dos gastos de internações psiquiátricas nos **hospitais gerais**, segundo diagnóstico principal e sexo masculino. Estado do Paraná, 2000 a 2013.

Diagnóstico	Modelo	R²	p	Tendência
Transtornos mentais orgânicos	$y=54,03+2,60x+1,55x^2$	0,81	<0,001	↑
Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa	$y=80,74+3,62x+1,50x^2$	0,79	<0,001	↑
Esquizofrenia	$y=55,94+5,41x+2,64x^2$	0,81	<0,001	↓/↑
Transtornos de humor	$y=34,40-0,72x$	0,50	0,010	↓
Transtornos neuróticos	$y=44,79-0,99x+0,22x^2$	0,47	0,022	↓/↑
Síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos	$y=29,73-1,17x$	0,16	0,161	-
Transtornos da personalidade	$y=48,01-1,93x$	0,16	0,195	-
Retardo mental	$y=50,33-0,51x$	0,00	0,841	-
Transtornos do desenvolvimento psicológico	$y=54,72-1,04x$	0,01	0,705	-
Transtornos do comportamento e transtornos emocionais durante a infância ou a adolescência	$y=27,66+6,96x$	0,65	0,001	↑
Transtorno mental não especificado	$y=13,45+5,72x$	0,67	0,001	↑

* ↑ Crescente; ↓ Decrescente; - Constante; ↑/↓ Crescente/Decrescente; ↓/↑ Decrescente/Crescente.

Tabela 4b – Resultados da análise de tendência das taxas dos gastos de internações psiquiátricas nos **hospitais gerais**, segundo diagnóstico principal e sexo feminino. Estado do Paraná, 2000 a 2013.

Diagnóstico	Modelo	R ²	p	Tendência
Transtornos mentais orgânicos	$y=47,98+2,59x$	0,29	0,071	-
Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa	$y=13,54-1,270x+0,74x^2$	0,72	0,001	↑
Esquizofrenia	$y=43,61+2,67x$	0,36	0,040	↑
Transtornos de humor	$y=68,90+0,96x$	0,61	0,003	↑
Transtornos neuróticos	$y=54,90+1,40x$	0,73	<0,001	↑
Síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos	$y=76,67+1,82x-0,57x^2$	0,44	0,030	↑
Transtornos da personalidade	$y=65,32+8,01x$	0,86	<0,001	↑
Retardo mental	$y=25,53+8,69x+1,26x^2-0,29x^3$	0,67	0,007	↓/↑
Transtornos do desenvolvimento psicológico	$y=15,04+5,34x$	0,73	<0,001	↑
Transtornos do comportamento e transtornos emocionais durante a infância ou a adolescência	$y=56,30-3,97x$	0,46	0,015	↓
Transtorno mental não especificado	$y=23,26+4,19x$	0,48	0,013	↑

* ↑ Crescente; ↓ Decrescente; - Constante; ↑/↓ Crescente/Decrescente; ↓/↑ Decrescente/Crescente.

Tabela 5 – Resultados da análise de tendência das taxas dos gastos das internações psiquiátricas nos **hospitais psiquiátricos e hospitais gerais** por **sexo**. Estado do Paraná, 2000 a 2013.

	Modelo	R²	p	Tendência
Hospital psiquiátrico				
Masculino	$y=41.986,28+716,91x$	0,17	0,184	-
Feminino	$y=16.790,45+181,18x$	0,06	0,430	-
Hospital geral				
Masculino	$y=3.050,62+171,29x$	0,71	0,001	↑
Feminino	$y=2.721,17+131,72x$	0,68	0,001	↑

* ↑ Crescente; ↓ Decrescente; - Constante; ↑/↓ Crescente/Decrescente; ↓/↑ Decrescente/Crescente.

Tabela 6 – Resultados da análise de tendência das taxas dos gastos das internações psiquiátricas nos **hospitais psiquiátricos e hospitais gerais** por **idade**. Estado do Paraná, 2000 a 2013.

	Modelo	R²	p	Tendência
Hospital psiquiátrico				
1 a 14 anos	$y=739,61+128,71x$	0,44	0,019	↑
15 a 29 anos	$y=23.480,26+792,66x$	0,40	0,027	↑
30 a 59 anos	$y=56,553,31-140,28x$	0,00	0,823	-
60 a 80 anos e +	$y=17.194,06-1.084,85x+200,37x^2$	0,66	0,003	↓/↑
Hospital geral				
1 a 14 anos	$y=86,53+20,92x$	0,83	<0,001	↑
15 a 29 anos	$y=1.980+16,51x$	0,08	0,362	-
30 a 59 anos	$y=5.848,73+293,32x$	0,68	0,001	↑
60 a 80 anos e +	$y=1.530,41-12,32x$	0,06	0,448	-

* ↑ Crescente; ↓ Decrescente; - Constante; ↑/↓ Crescente/Decrescente; ↓/↑ Decrescente/Crescente.

Tabela 7 – Resultados da análise de tendência das taxas dos gastos das internações psiquiátricas nos **hospitais psiquiátricos e hospitais gerais** por **óbito**. Estado do Paraná, 2000 a 2013.

	Modelo	R²	p	Tendência
Hospital psiquiátrico				
Com óbito	$y=4,96+0,03x$	0,09	0,344	-
Hospital Geral				
Com óbito	$y=11,29+1,14x$	0,29	0,072	-

* ↑ Crescente; ↓ Decrescente; - Constante; ↑/↓ Crescente/Decrescente; ↓/↑ Decrescente/Crescente.

Tabela 8 – Resultados da análise de tendência das taxas dos gastos das internações psiquiátricas nos **hospitais psiquiátricos e hospitais gerais** por **dias de permanência**, Estado do Paraná 2000 a 2013.

	Modelo	R²	p	Tendência
Hospital psiquiátrico				
0 a 7 dias	$y=2,74+0,17x$	0,88	<0,001	↑
8 a 28 dias	$y=41,45+0,78x$	0,78	<0,001	↑
29 dias e +	$y=55,80-0,85x$	0,81	<0,001	↓
Hospital Geral				
0 a 7 dias	$y=3,17+0,60x$	0,92	<0,001	↑
8 a 28 dias	$y=28,81+1,93x-0,33x^2$	0,63	0,005	↑/↓
29 dias e +	$y=71,82-2,19x$	0,69	0,001	↓

* ↑ Crescente; ↓ Decrescente; - Constante; ↑/↓ Crescente/Decrescente; ↓/↑ Decrescente/Crescente.

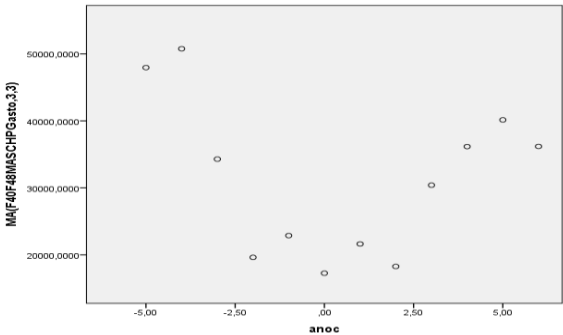
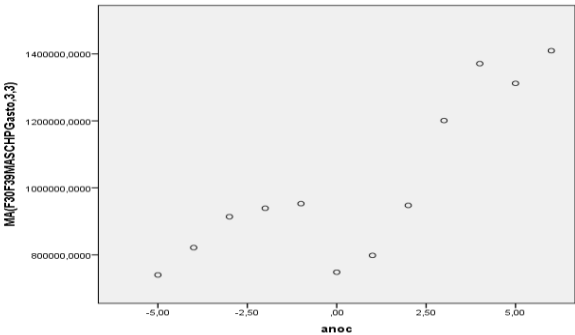
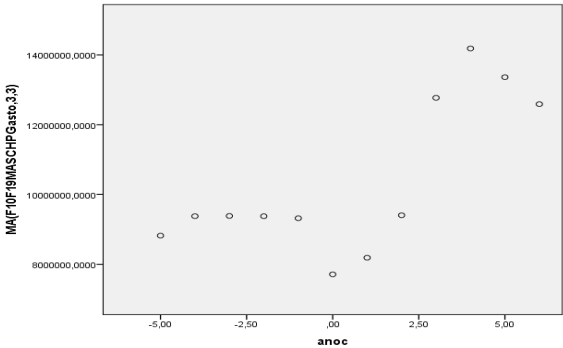
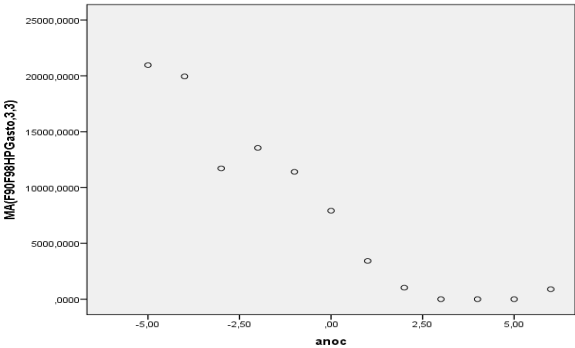
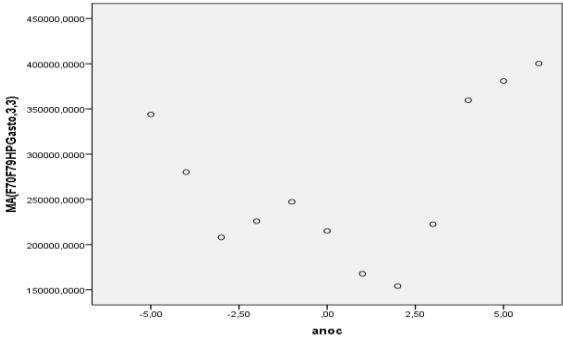
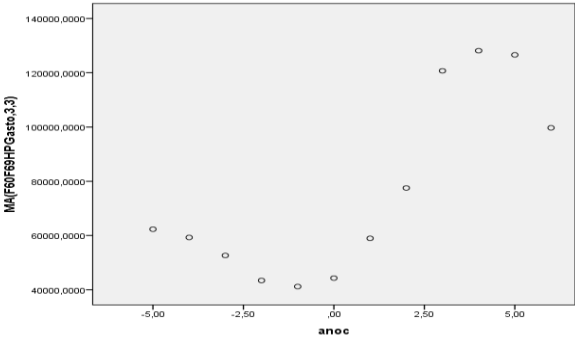
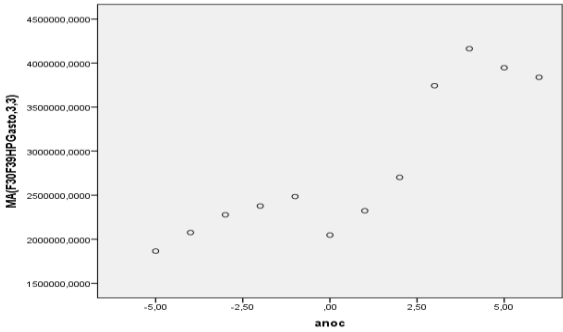
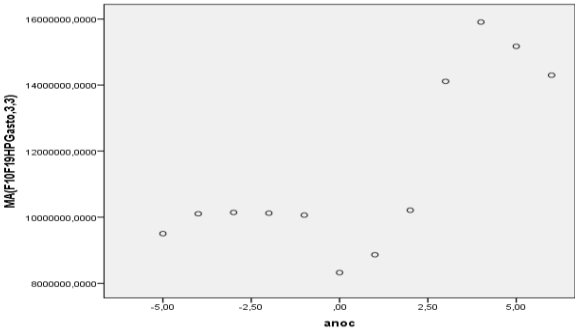
Tabela 9 – Resultados da análise de tendência das taxas dos gastos das internações psiquiátricas nos **hospitais psiquiátricos e hospitais gerais** por **tipo de AIH**. Estado do Paraná, 2000 a 2013.

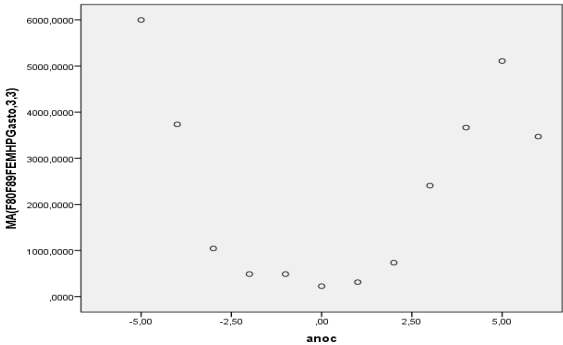
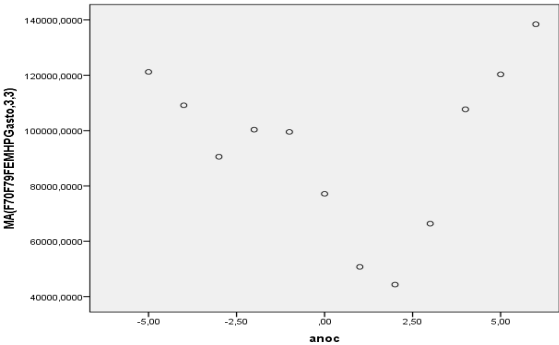
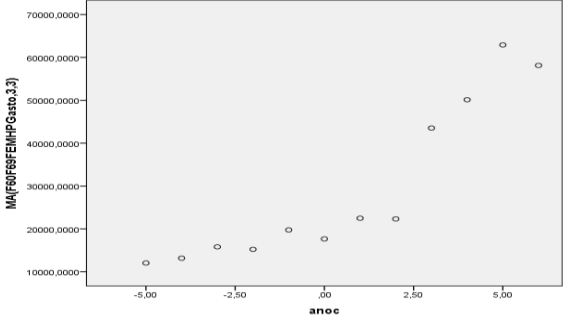
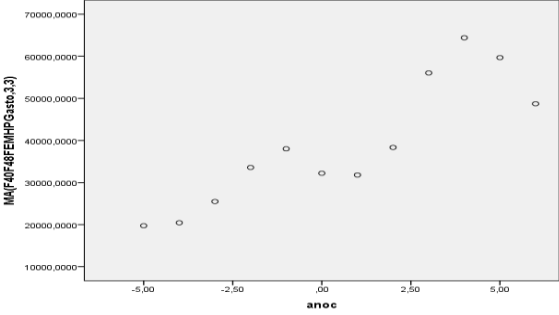
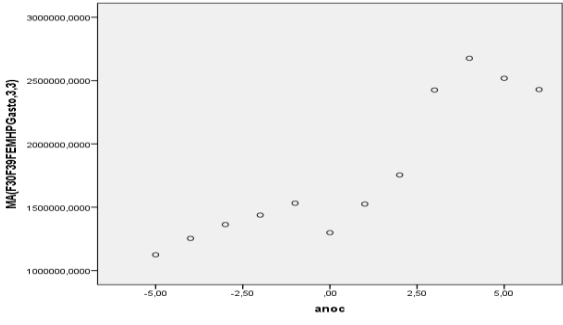
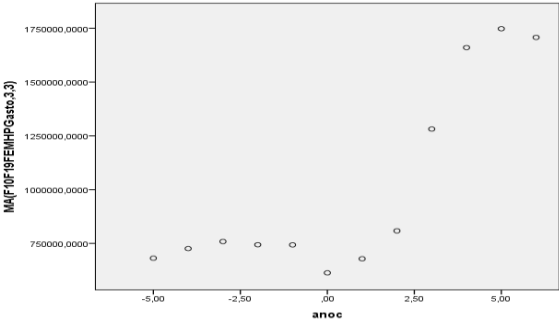
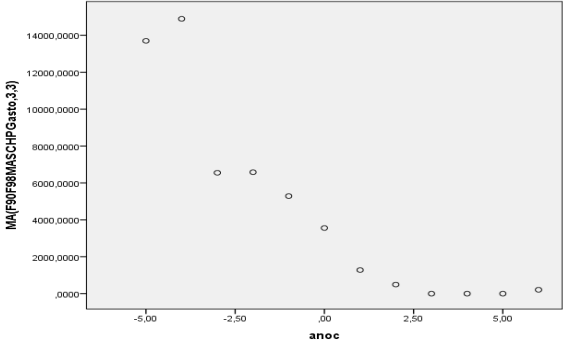
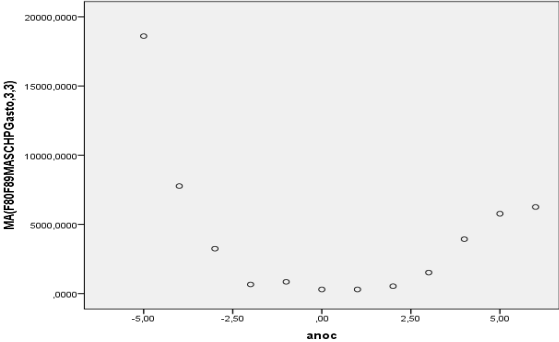
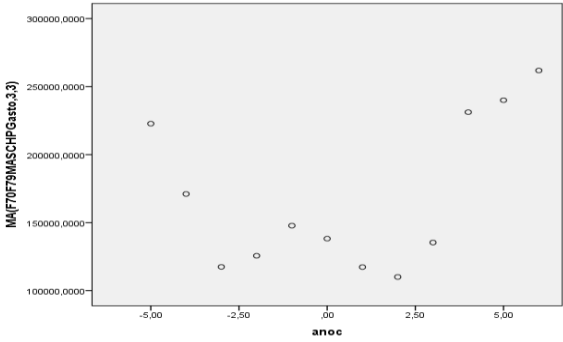
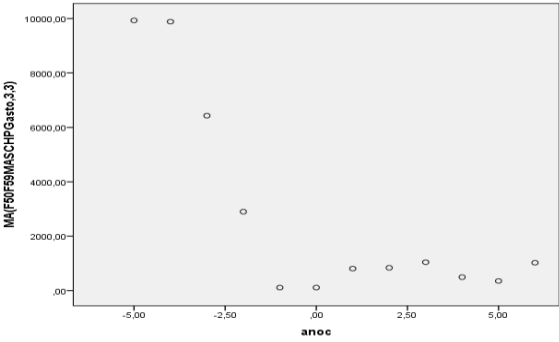
	Modelo	R²	p	Tendência
Hospital psiquiátrico				
AIH normal	$y=56,04-0,217x-0,15x^2$	0,86	<0,001	↑/↓
AIH longa permanência	$y=43,96+0,22x+0,15x^2$	0,86	<0,001	↓/↑
Hospital geral				
AIH normal	-	-	-	-
AIH longa permanência	-	-	-	-

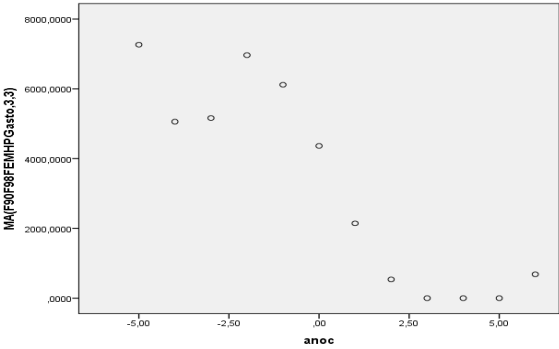
* ↑ Crescente; ↓ Decrescente; - Constante; ↑/↓ Crescente/Decrescente; ↓/↑ Decrescente/Crescente.

GRÁFICOS DE DISPERSÃO

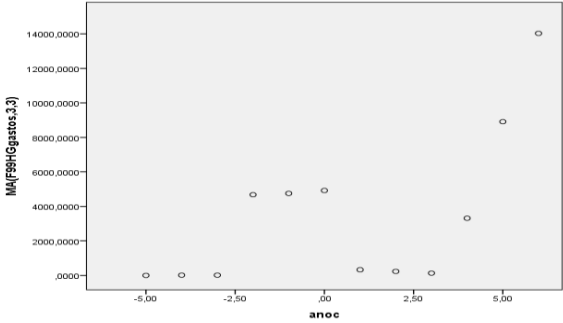
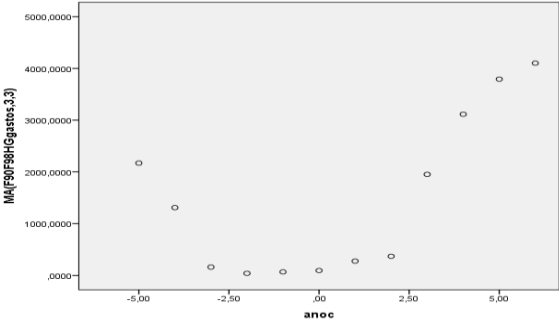
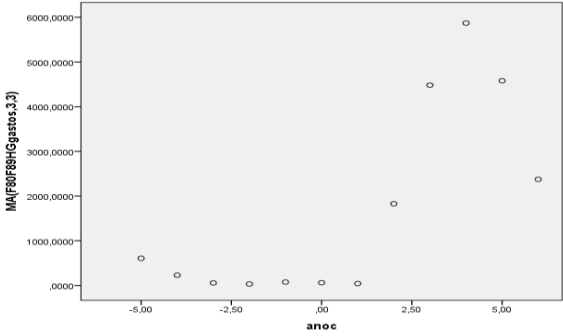
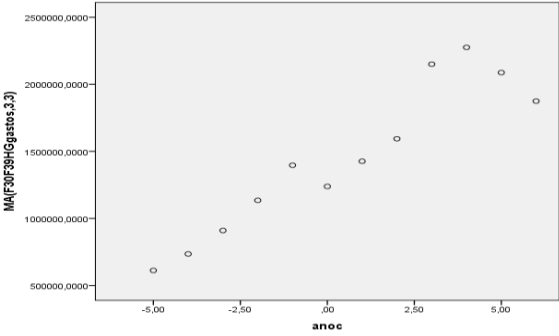
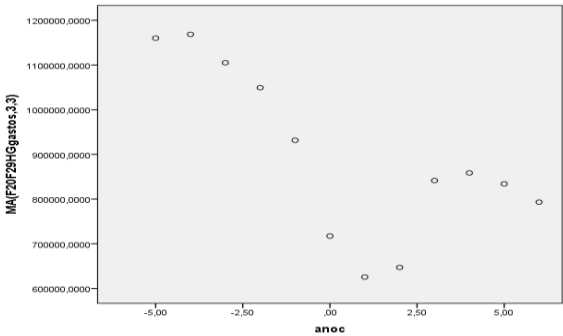
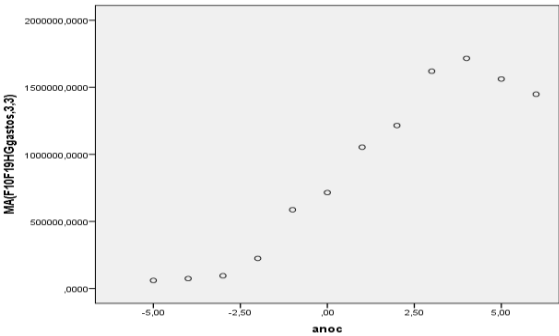
CID-10 HOSPITAL PSIQUIÁTRICO

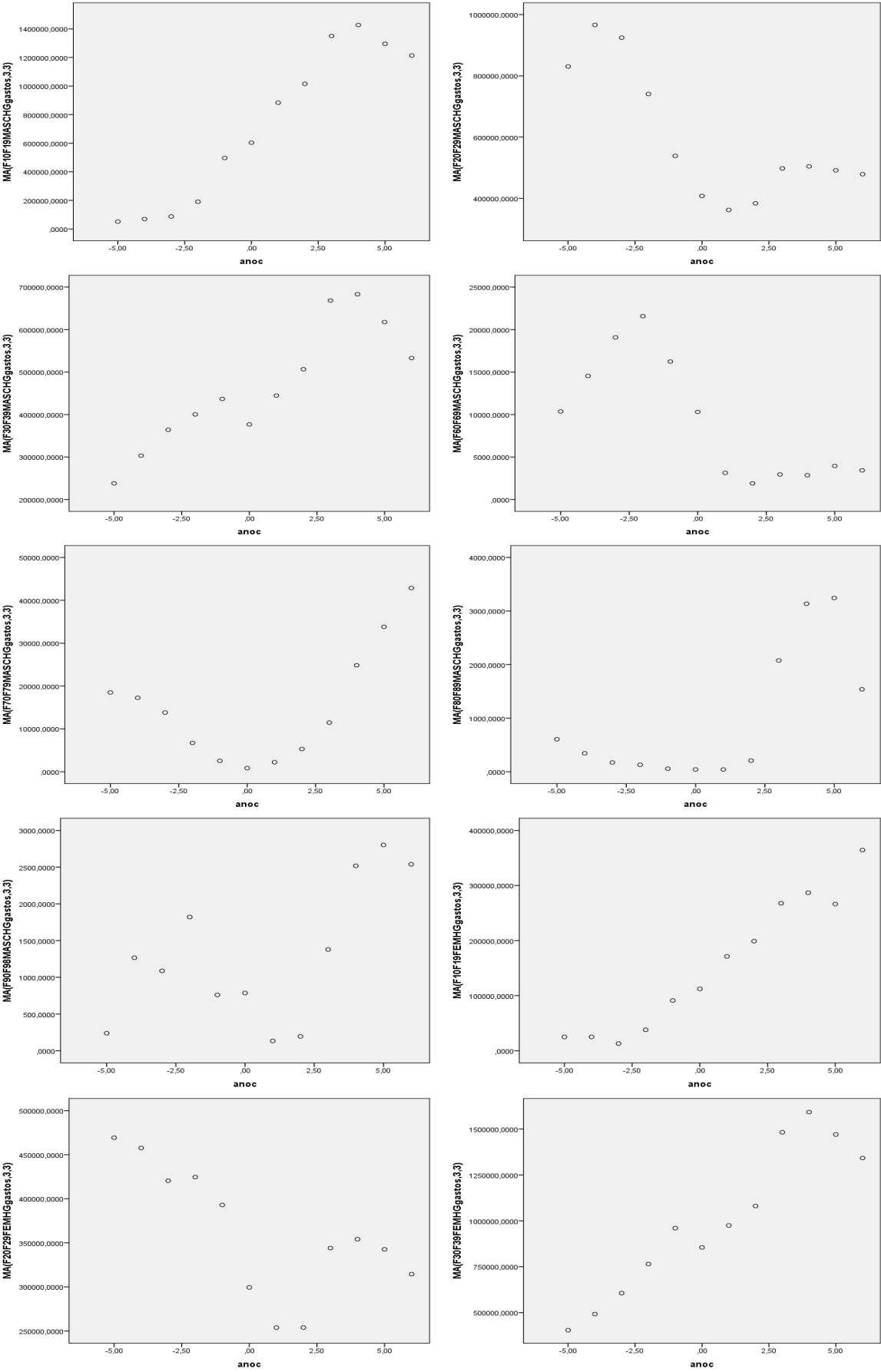


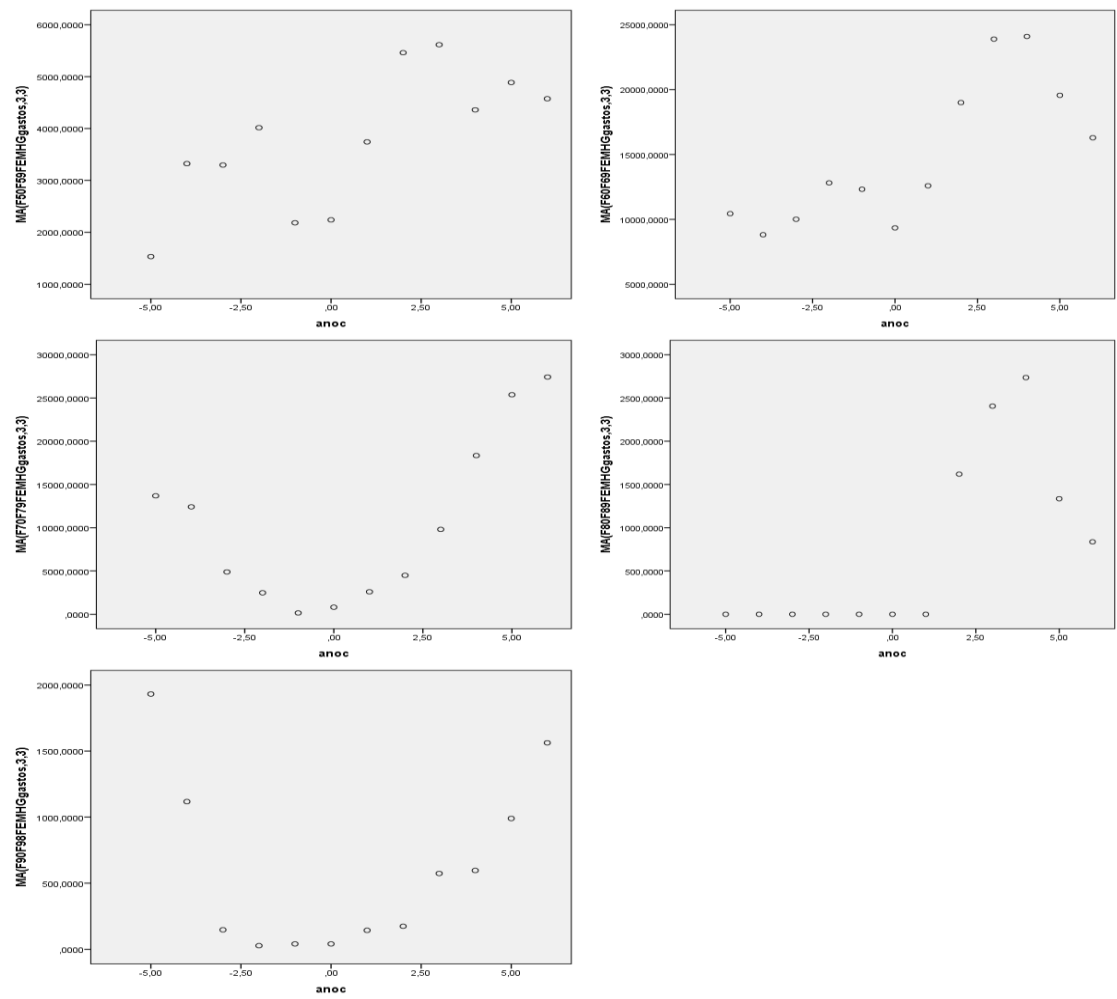




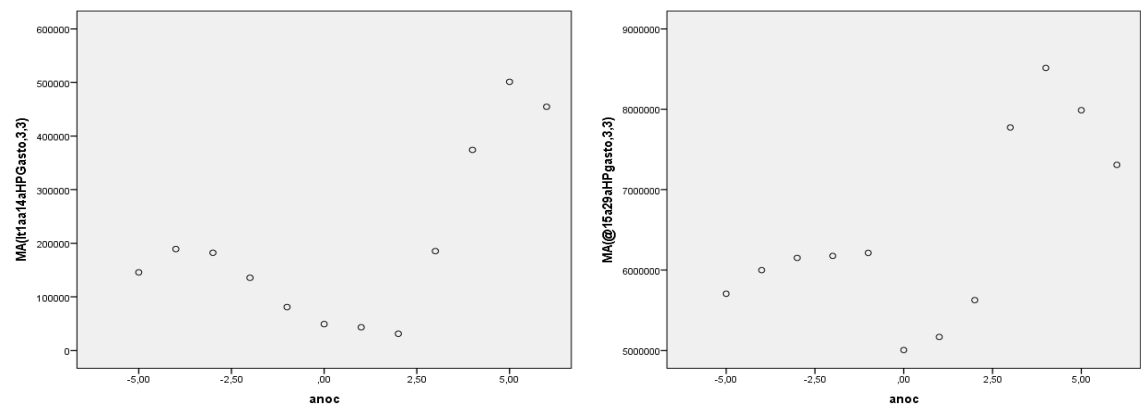
CID-10 HOSPITAL GERAL

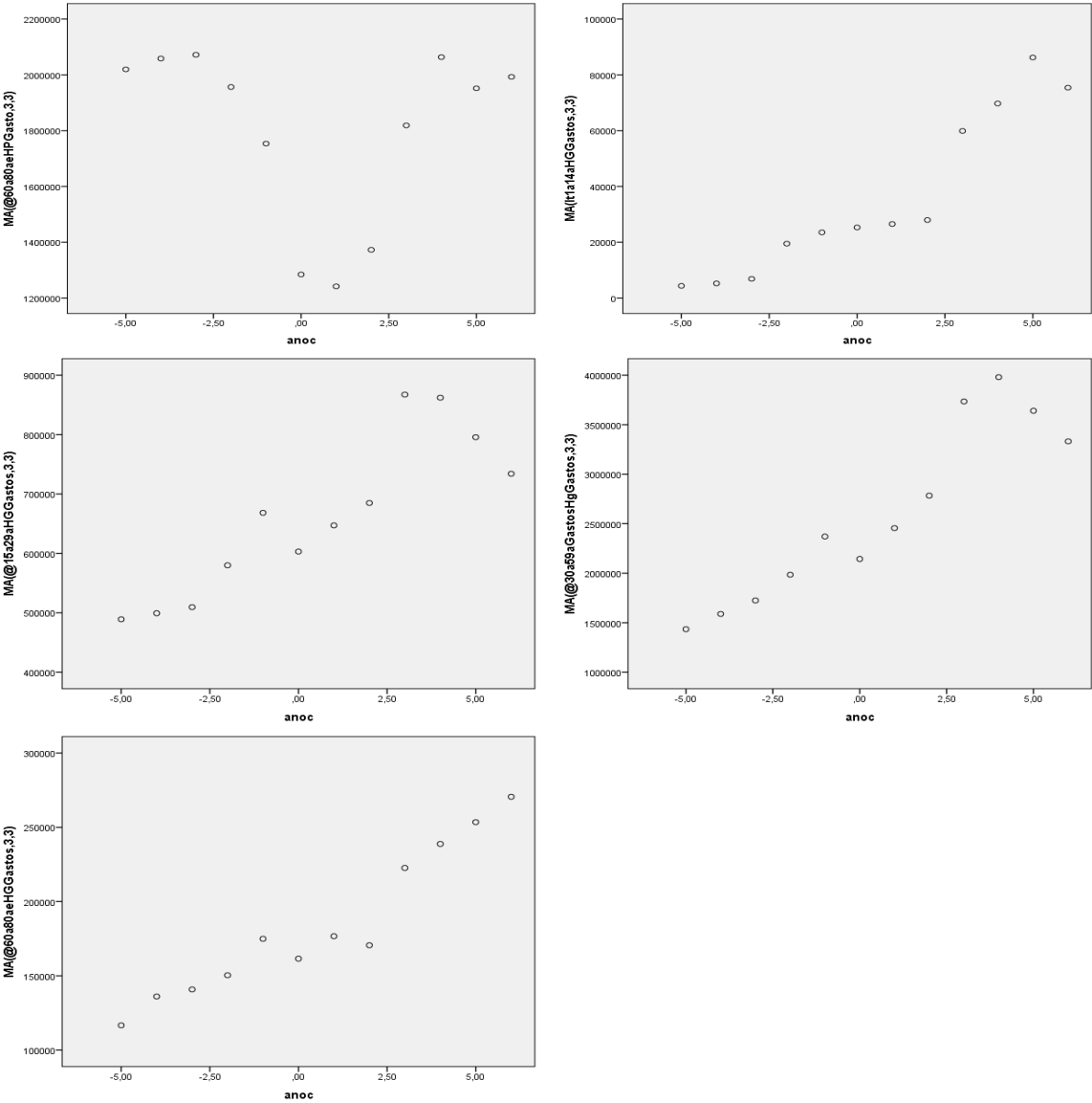




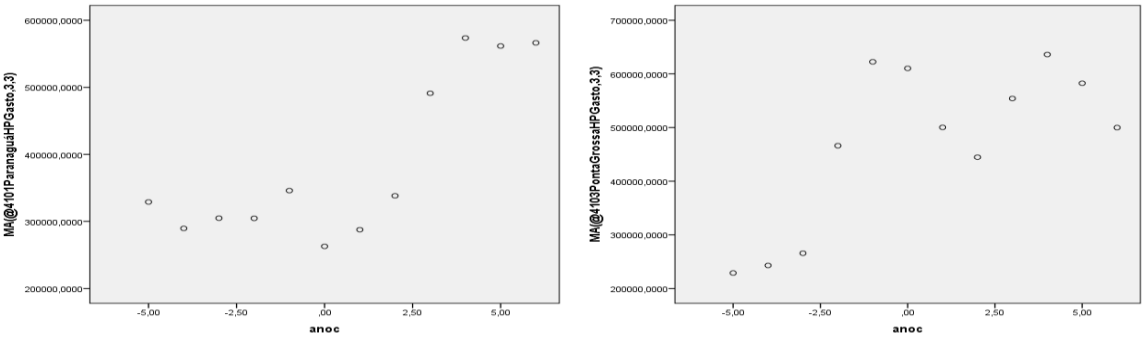


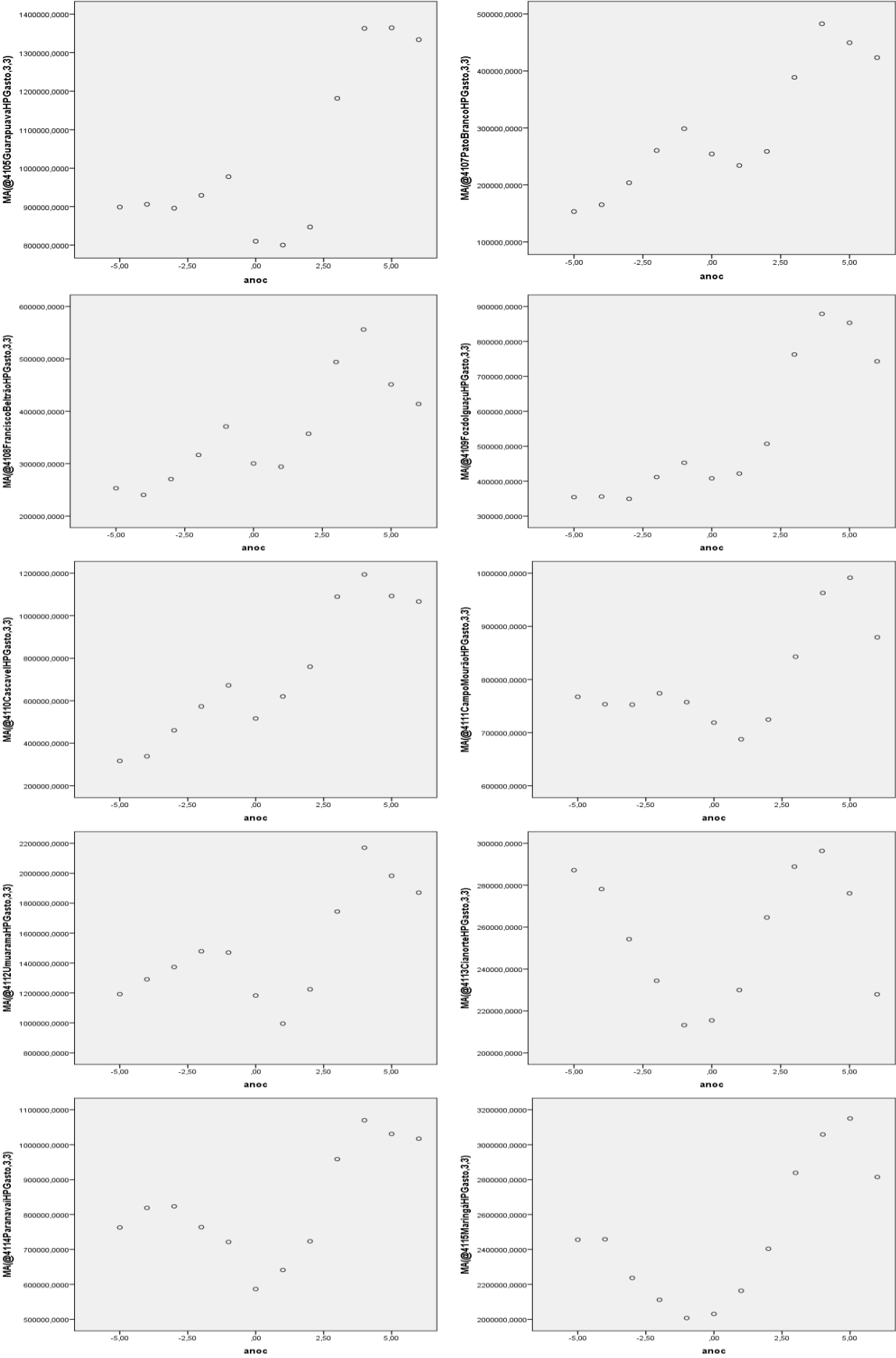
FAIXA ETÁRIA

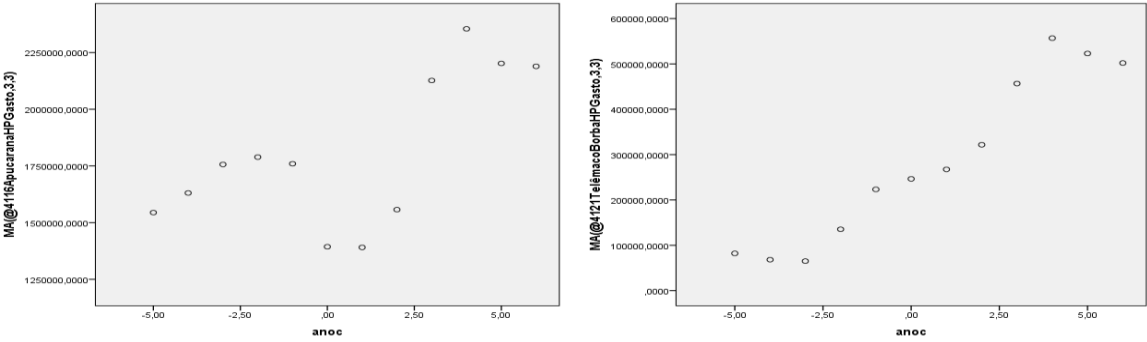




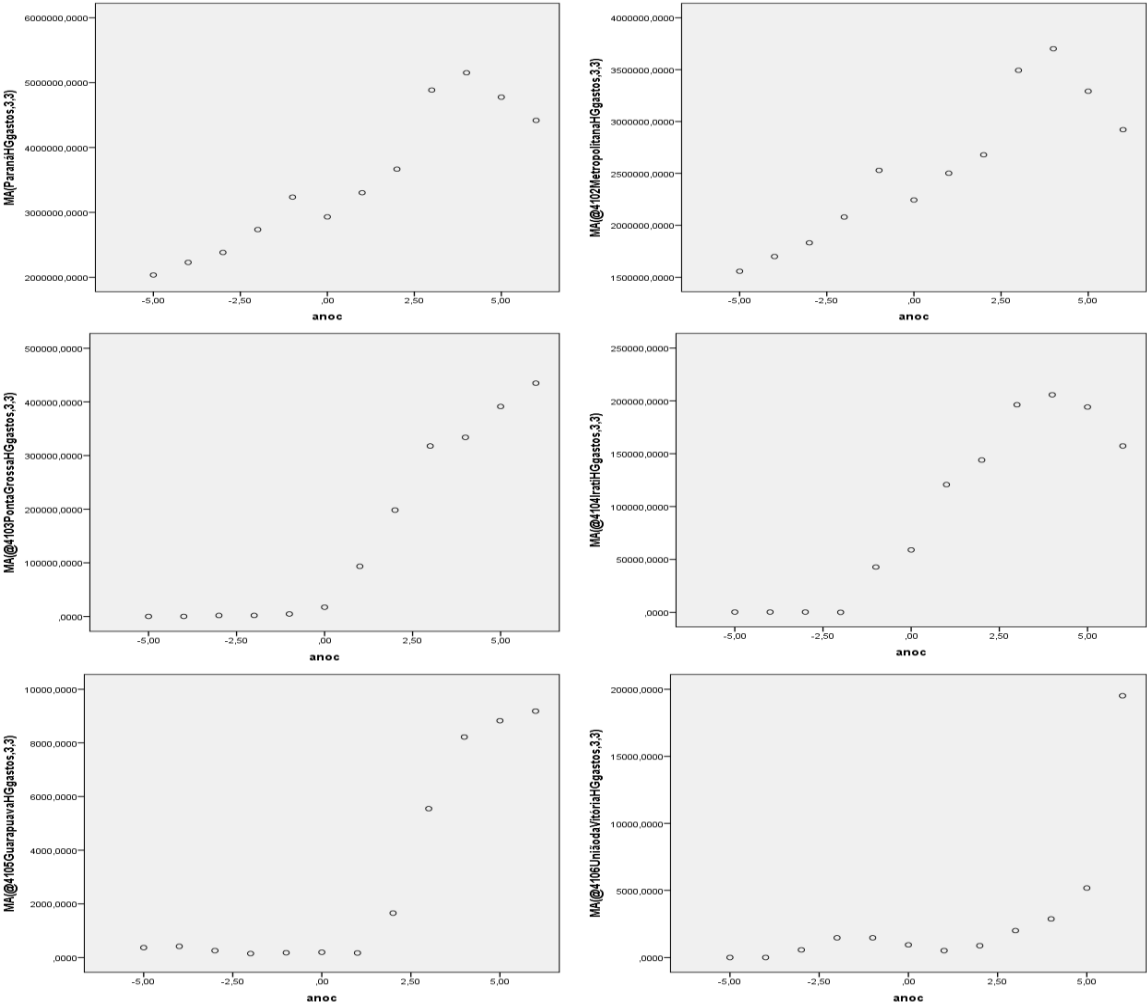
**REGIONAL DE SAÚDE
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO**

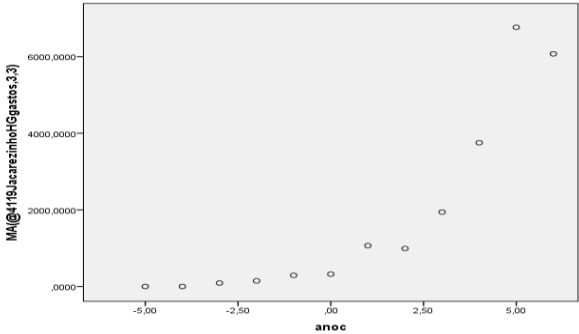
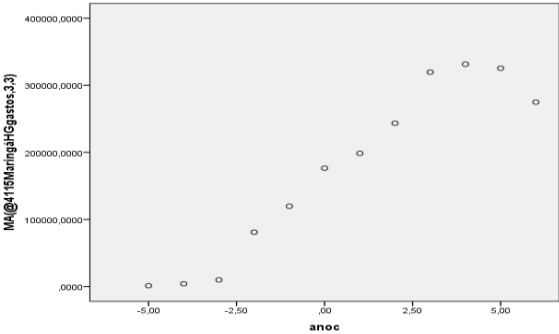
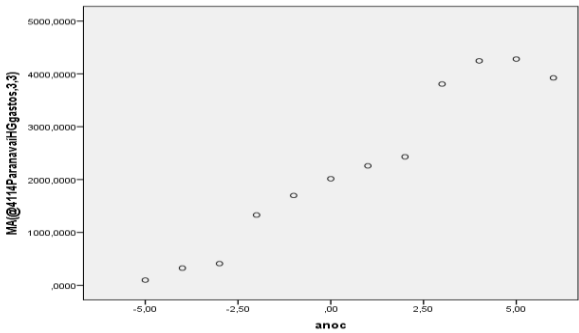
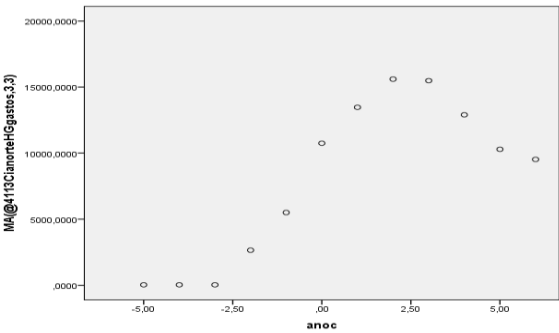
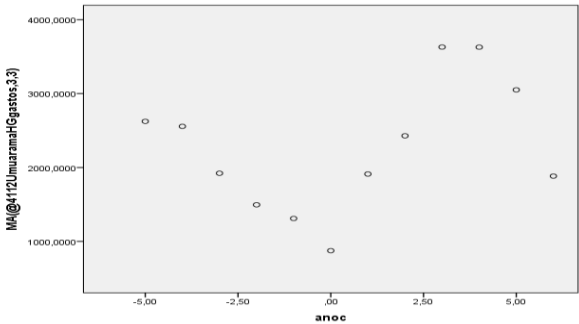
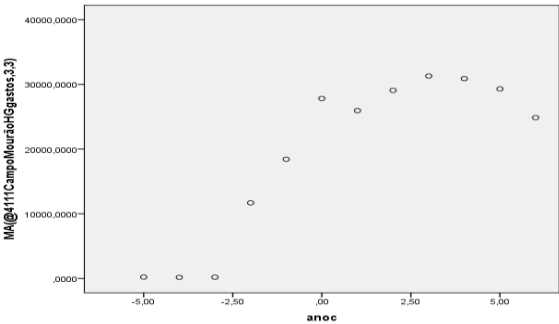
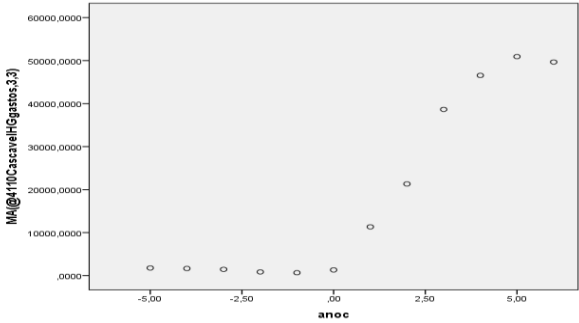
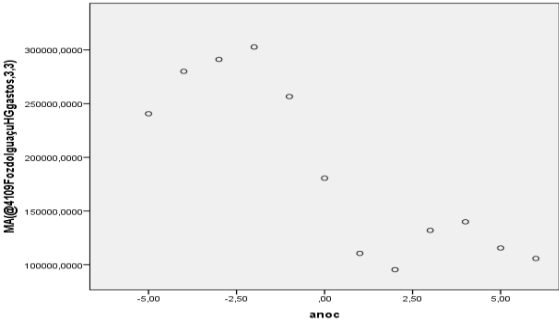
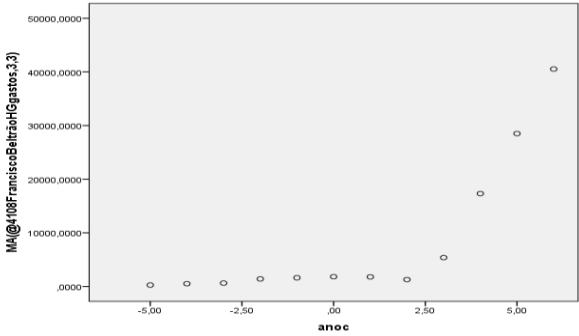
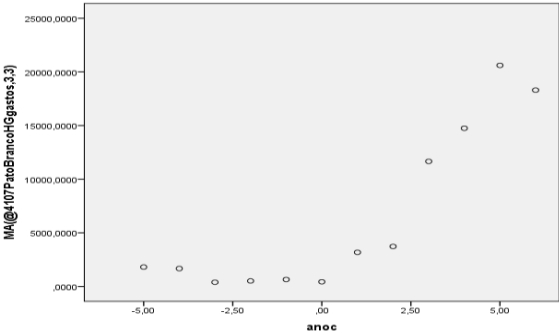


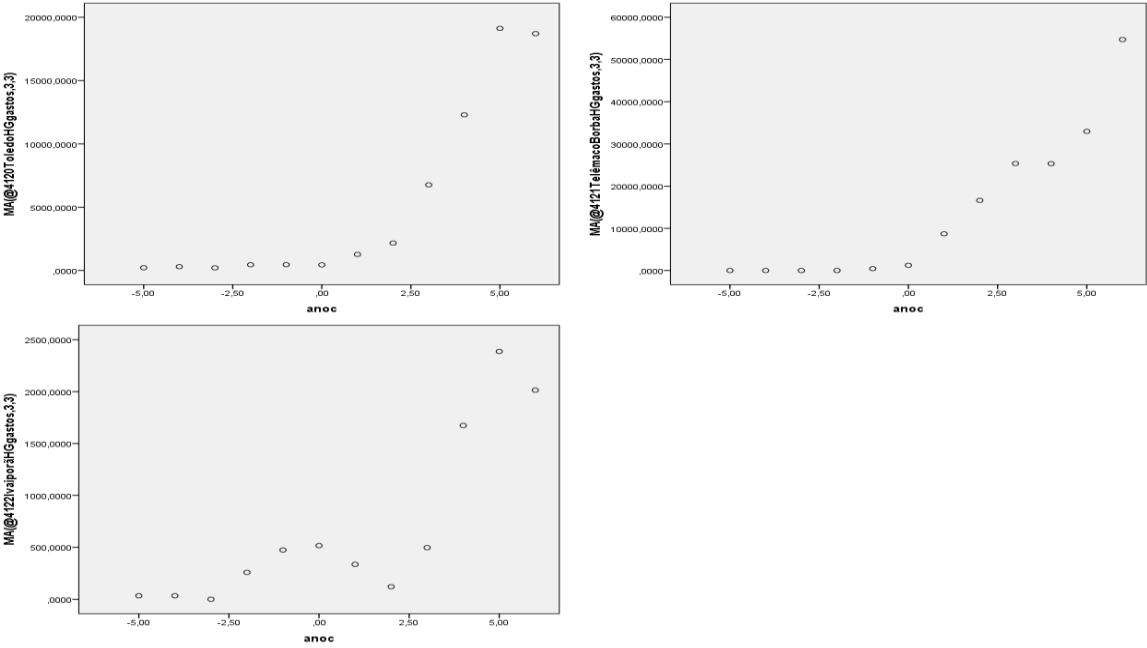




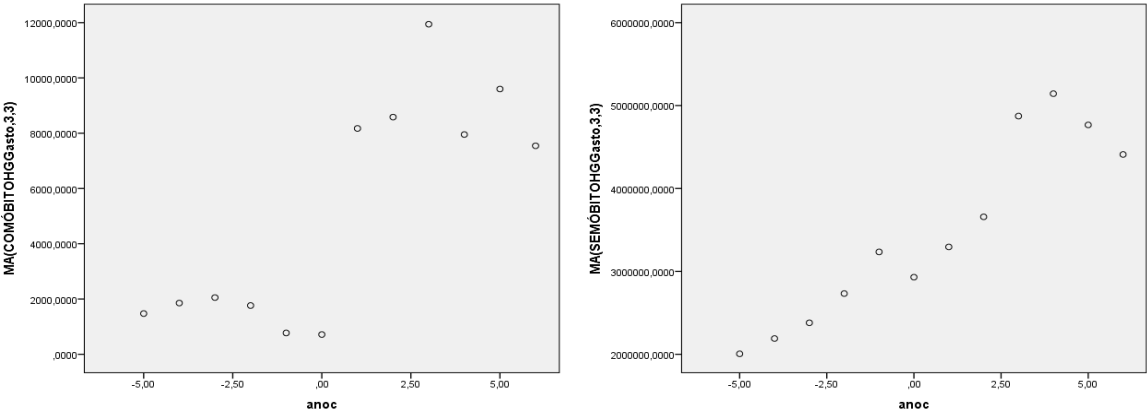
**REGIONAL DE SAÚDE
HOSPITAL GERAL**



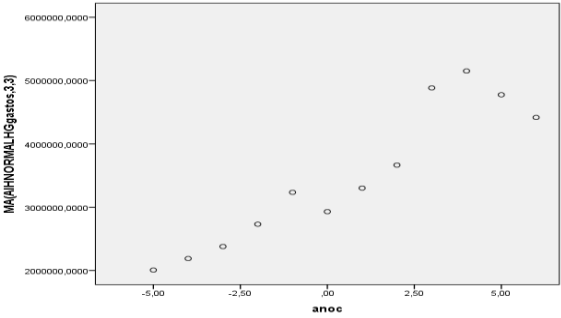




ÓBITO



TIPO DE AIH



ANEXOS

ANEXO A – Dispensa do Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Copep)



Universidade Estadual de Maringá - PPG

Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos
COPEP

Ofício nº 01/2015-COPEP

Maringá, 11 de março de 2015

Ilma. Senhora Pesquisadora:

Considerando a correspondência recebida em 12/2/2015 - solicitação de dispensa de análise ética para o Projeto de Pesquisa intitulado “Assistência Psiquiátrica no Estado do Paraná: Análise das Internações Psiquiátricas de 2000 a 2013”;

a Resolução 466/2012-CNS/MS;

a reunião do Comitê Permanente de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos, que ocorrerá em 23/3/2015 para referendo;

a correspondência recebida da CONEP, anexa, referente a consultas anteriores sobre a necessidade de análise ética para protocolos que envolvam dados públicos secundários.

Informamos que o presente estudo está dispensado de necessidade de análise ética, por tratar-se de pesquisa que utilizará dados públicos oriundos do DATASUS.

Atenciosamente,


Ricardo César Gardiolo,
Coordenador do CEP.



Ilma. Senhora Pesquisadora:
Robsmeire Calvo Melo Zurita
Departamento de Enfermagem - DEN
Nesta.

ANEXO B – Macrorregionais de Saúde do Estado do Paraná.

LESTE	NORTE	NOROESTE	OESTE
1ª RS – Paranaguá	16ª RS – Apucarana	11ª RS – Campo Mourão	8ª RS – Francisco Beltrão
2ª RS – Metropolitana de Curitiba	17ª RS – Londrina	12ª RS – Umuarama	9ª RS – Foz do Iguaçu
3ª RS – Ponta Grossa	18ª RS – Cornélio Procopio	13ª RS – Cianorte	10ª RS – Cascavel
4ª RS – Irati	19ª RS – Jacarezinho	14ª RS – Paranavaí	20ª RS – Toledo
5ª RS – Guarapuava	22ª RS – Ivaiporã	15ª RS – Maringá	
6ª RS – União da Vitória			
7ª RS – Pato Branco			
21ª RS – Telêmaco Borba			

Fonte: Deliberação nº 049/2012 – Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, 2012.

ANEXO C – Tabela com o Índice Nacional de Preços ao Consumidor (IPCA)

IPCA-Especial / IBGE

mês	% IPCA-E	número índice
jun/00	0,78	2,332 123 689 738 0
ago/00	1,99	2,334 958 697 319 0
set/00	0,45	2,289 335 427 057 0
out/00	0,18	2,279 844 064 735 0
nov/00	0,17	2,275 804 574 030 0
dez/00	0,60	2,271 212 010 278 179 0
jan/01	0,63	2,257 908 275 55 992 0
fev/01	0,50	2,245 391 7383 200
mar/01	0,36	2,232 371 277 11 766 0
abr/01	0,50	2,224 397 384 937 0
maio/01	0,26	2,212 895 962 263 0
jun/01	0,38	2,202 498 0632 310 0
jul/01	0,94	2,194 571 1572 275 0
ago/01	1,18	2,173 304 181 583 0
set/01	0,38	2,143 854 9943 573 0
out/01	0,37	2,140 521 5675 403 0
nov/01	0,99	2,123 269 4226 230 0
dez/01	0,55	2,114 632 2002 343 0
jan/02	0,62	2,099 127 6697 527 0
fev/02	0,44	2,089 694 1052 761 0
mar/02	0,40	2,078 320 715 492 0
abr/02	0,78	2,069 482 8833 226 0
maio/02	0,42	2,053 338 8589 858 0
jun/02	0,33	2,049 469 132 637 0
jul/02	0,77	2,038 218 143 4807 0
ago/02	1,00	2,026 228 7998 786 0
set/02	0,62	2,0026 138 1079 699 0
out/02	0,90	1,990 759 3306 770 0
nov/02	2,08	1,9725 159 0399 662 0
dez/02	3,05	1,932 266 4652 114 0
jan/03	1,98	1,8751 407 1483 134 0
fev/03	2,19	1,8387 337 2752 360 0
mar/03	1,17	1,7993 277 6513 252 0
abr/03	1,14	1,7790 465 9279 461 0
maio/03	0,85	1,7589 936 0276 821 0
jun/03	0,22	1,7441 685 4426 297 0
jul/03	-0,18	1,7403 368 5172 834 0
ago/03	0,27	1,7347 528 0264 566 0
set/03	0,57	1,7387 797 1377 843 0
out/03	0,66	1,7289 261 0234 834 0
nov/03	0,17	1,7159 928 4833 085 0
dez/03	0,16	1,7146 802 6029 528 0
jan/04	0,68	1,7068 287 2382 277 0
fev/04	0,90	1,6952 969 8809 140 0
mar/04	0,24	1,6801 741 7617 551 0
abr/04	0,21	1,6734 824 7083 462 0
maio/04	0,51	1,6699 771 7405 899 0
jun/04	0,56	1,6610 043 9788 370 0

mês	% IPCA-E	número índice
set/04	0,49	1,623 707 109 705 50
out/04	0,32	1,615 7896 788 10690
nov/04	0,63	1,610 6383 221 503 70
dez/04	0,84	1,600 5580 765 482 30
jan/05	0,88	1,587 2238 694 22620
fev/05	0,74	1,576 505 619 449 20
mar/05	0,38	1,564 9228 910 912 70
abr/05	0,74	1,589 4615 153 136
mai/05	0,83	1,548 0034 019 955 60
jun/05	0,12	1,535 2581 510 558 10
jul/05	0,11	1,533 4158 008 942 70
ago/05	0,28	1,531 7308 969 076 70
set/05	0,16	1,527 4532 289 039 50
out/05	0,56	1,525 0113 418 53690
nov/05	0,78	1,516 5188 363 700 20
dez/05	0,38	1,504 7815 406 096 40
jan/06	0,51	1,499 0879 871 43430
fev/06	0,52	1,491 4837 569 802 80
mar/06	0,37	1,483 7674 474 092 30
abr/06	0,17	1,478 3033 169 572 10
mai/06	0,27	1,475 9719 384 247 90
jun/06	-0,15	1,471 8159 298 179 20
jul/06	-0,02	1,474 0254 096 676 80
ago/06	0,19	1,474 3224 501 246 60
set/06	0,05	1,471 5257 018 007 40
out/06	0,29	1,470 7890 369 70460
nov/06	0,37	1,466 5343 421 440 50
dez/06	0,35	1,461 1302 992 567 50
jan/07	0,52	1,456 0329 353 00090
fev/07	0,46	1,448 4982 122 961 40
mar/07	0,41	1,441 8652 281 10580
abr/07	0,22	1,435 9776 630 91380
mai/07	0,26	1,432 8234 982 393 20
jun/07	0,29	1,429 1081 934 060 50
jul/07	0,24	1,424 9766 082 988 20
ago/07	0,42	1,421 5671 707 185 10
set/07	0,29	1,415 6236 365 53690
out/07	0,24	1,411 5321 613 534 10
nov/07	0,23	1,408 1494 788 167 90
dez/07	0,70	1,404 9204 956 642 60
jan/08	0,70	1,395 1548 373 10520
fev/08	0,64	1,385 4571 243 975 40
mar/08	0,23	1,376 6446 363 397 50
abr/08	0,59	1,373 4875 451 38980
mai/08	0,56	1,365 4204 994 437 60
jun/08	0,56	1,357 8280 457 360 80
jul/08	0,63	1,345 7173 049 804 00
ago/08	0,35	1,337 2913 187 151 80

mês	% IPCA-E	número índice
out/08	0,30	1.329.173.761.5850
nov/08	0,49	1.325.198.891.8800
dez/08	0,29	1.318.738.420.3730
jan/09	0,46	1.314.924.584.5560
fev/09	0,63	1.309.686.026.4750
mar/09	0,11	1.301.489.255.6420
abr/09	0,36	1.300.057.490.2870
mai/09	0,59	1.295.422.036.4000
jun/09	0,28	1.287.825.027.4960
jul/09	0,22	1.282.950.294.2800
ago/09	0,23	1.280.133.256.5220
set/09	0,19	1.277.197.303.1010
out/09	0,18	1.274.775.612.0550
nov/09	0,44	1.272.484.516.9630
dez/09	0,38	1.266.910.910.8660
jan/10	0,52	1.262.115.530.7470
fev/10	0,94	1.255.587.707.3790
mar/10	0,55	1.243.866.742.6550
abr/10	0,48	1.237.091.9025.3770
mai/10	0,63	1.231.181.183.4630
jun/10	0,19	1.223.174.440.0860
jul/10	-0,09	1.221.156.017.52910
ago/10	-0,05	1.222.256.071.59470
set/10	0,31	1.222.669.960.83010
out/10	0,62	1.219.089.284.72380
nov/10	0,86	1.211.575.9907.78170
dez/10	0,69	1.209.247.211.59870
jan/11	0,76	1.193.016.2810.62550
fev/11	0,97	1.184.071.541.99810
mar/11	0,60	1.172.642.1320.89460
abr/11	0,77	1.165.648.7524.17220
mai/11	0,70	1.156.740.9878.34970
jun/11	0,23	1.148.699.9023.31670
jul/11	0,10	1.146.064.2751.61330
ago/11	0,27	1.144.921.3547.96340
set/11	0,33	1.141.838.0899.33790
out/11	0,42	1.135.871.9150.45560
nov/11	0,46	1.131.066.486.38810
dez/11	0,56	1.125.889.0233.34130
jan/12	0,65	1.119.618.749.64520
fev/12	0,53	1.112.388.7608.27690
mar/12	0,25	1.106.523.3701.95400
abr/12	0,43	1.103.673.9847.83140
mai/12	0,51	1.099.036.8188.51250
jun/12	0,18	1.093.641.6139.79970
jul/12	0,33	1.091.497.085.62590
ago/12	0,39	1.087.907.794.94110
set/12	0,48	1.083.980.1612.49570

[illegible]

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

<http://ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/precos/ipcae/ipca-e-201509-1.shtm>