

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC  
PÓS-GRADUAÇÃO ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL**

**GABRIELA SARTOR CONCKER**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS TRANSTORNOS MENTAIS E  
COMPORTAMENTAIS NOS MUNICÍPIOS DA  
MICRORREGIÃO DE CRICIÚMA/SC**

**CRICIÚMA**

**2011**

**GABRIELA SARTOR CON CER**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS TRANSTORNOS MENTAIS E  
COMPORTAMENTAIS NOS MUNICÍPIOS DA  
MICRORREGIÃO DE CRICIÚMA/SC**

Monografia apresentada ao Setor de Pós-graduação da Universidade do Extremo Sul Catarinense-UNESC, para a obtenção do título de especialista em Saúde Mental.

Orientadora: Profa. MSc. Priscyla Waleska Targino de Azevedo Simões

**CRICIÚMA**

**2011**

Aos meus amados pais, Rubens e Arlete,  
que fundamentam a minha vida  
e são os incentivos primeiros de minhas realizações.

## **AGRADECIMENTOS**

A minha orientadora, Prof. Priscyla pelo incentivo e presteza no auxílio às atividades e discussões sobre o desenvolvimento desta monografia.

Aos idealizadores, coordenadores e funcionários do Programa de Pós Graduação de Saúde Mental da Universidade do Extremo Sul Catarinense.

A todos os professores pela dedicação e conhecimento compartilhados ao longo do curso.

Aos meus pais, Rubens e Arlete, e ao meu irmão João Isaias, pelo carinho e incentivo de sempre, sendo meu porto seguro, principalmente nas horas mais difíceis.

Ao Guilherme, pela importância e influência, não tanto no trabalho, quanto na vida.

A DEUS, pelas transformações ocorridas em minha vida ao longo desses dois últimos anos, que tem me feito cada dia mais feliz e realizado.

## RESUMO

**Introdução:** Os transtornos mentais e comportamentais representam um sério problema de saúde pública, visto sua alta prevalência e o impacto que causa na vida dos que possuem a doença. No Brasil, estima-se que do orçamento do SUS, 2,3% seja gasto com saúde mental, e que a prevalência de transtornos mentais e comportamentais seja de 20,0%, sendo que 3,0% da população geral sofra com quadros severos e persistentes e 12,0% necessitem de algum atendimento em saúde mental, seja contínuo ou eventual. **Objetivo:** Estimar o perfil epidemiológico de internações pelo SUS dos pacientes com transtornos mentais e comportamentais residentes nos municípios da microrregião de Criciúma/SC no período de 1998 a 2009. **Metodologia:** Estudo observacional, ecológico, descritivo e temporal. Foi calculada a taxa pela divisão do número de internações pelo SUS por transtornos mentais e comportamentais pela população no mesmo local e período e multiplicou-se por 1.000. **Resultados:** No período de 1998 a 2009 ocorreram 16.829 internações no SUS pelos transtornos mentais e comportamentais na microrregião de Criciúma, correspondendo à maior taxa média (4,1/1000 habitantes) do estado de Santa Catarina. Dentre os municípios analisados, Criciúma (4,9 /1000 habitantes) obteve as maiores taxas médias, seguindo-se de Siderópolis (4,6/1000 habitantes) e Lauro Müller (4,4/1000 habitantes). Em relação à faixa etária, as maiores taxas médias resultaram dos indivíduos com 40 a 49 anos (10,0/1000 habitantes), seguindo-se daqueles com 30 a 39 anos (7,3/1000 habitantes). Sobre o gênero, houve predominância do masculino (5,7/1000 habitantes), correspondendo a uma relação 2:1. A causa mais prevalente no gênero masculino resultou das internações por transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool (2,6/1000 habitantes), seguido da esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes (1,7/1000 habitantes); no feminino a mais prevalente foi oriunda da esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes (1,1/1000 habitantes), seguida dos transtornos de humor e afetivos (0,9/1000 habitantes). Lauro Muller apresentou a maior média de dias de internação dos municípios analisados (47,4/1000 habitantes), seguido de Criciúma (39,1/1000 habitantes). **Conclusão:** A partir dos dados apresentados e analisados, a população predominante do estudo foi composta por homens residentes em Criciúma, com idade de maior produção social e profissional. Esse estudo poderá ser utilizado como indicativo para o direcionamento no sentido de buscar a promoção de saúde mental e prevenção dos distúrbios psiquiátricos, para o planejamento de serviços, podendo assim diminuir os custos sociais e econômicos, visto que gastos com psiquiatria atualmente representam a segunda fonte de despesa com internações hospitalares no Brasil. No entanto, por se tratar de um estudo ecológico, futuras pesquisas devem investigar as causas que resultaram nas estatísticas apresentadas nesta pesquisa.

**Palavras-chave:** Saúde Mental. Transtornos Mentais. Transtornos Comportamentais. Sistema Único de Saúde.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1</b> - Prevalência de Internações do SUS por TMC por Município.....	27
<b>Figura 2</b> - Prevalência de Internações do SUS por TMC por Microrregião.....	28
<b>Figura 3</b> - Prevalência de Internações do SUS por TMC por Faixa Etária.....	29
<b>Figura 4</b> - Prevalência de Internações do SUS por TMC por Gênero.....	30
<b>Figura 5</b> - Prevalência de Internações por Causa – CID-10 .....	31
<b>Figura 6</b> - Média de permanência de internação do SUS por TMC por município.....	32
<b>Figura 7</b> - Prevalência de Internações do SUS por TMC por Causa no Sexo Masculino.....	33
<b>Figura 8</b> - Prevalência de Internações do SUS por TMC por Causa no Sexo Feminino.....	34

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Prevalência de Internações do SUS por TMC por Município.....	26
<b>Tabela 2</b> - Prevalência de Internações do SUS por TMC por Microrregião.....	27
<b>Tabela 3</b> - Prevalência de Internações do SUS por Faixa Etária.....	28
<b>Tabela 4</b> - Prevalência de Internações do SUS por TMC por Gênero.....	29
<b>Tabela 5</b> - Prevalência de Internações do SUS por TMC por Causa – Lista de Morbidades do CID-10.....	30
<b>Tabela 6</b> - Média de Permanência de Internação do SUS por TMC por Município.....	32
<b>Tabela 7</b> – Prevalência de internações do SUS por TMC por Causa no Sexo Masculino.....	33
<b>Tabela 8</b> - Prevalência de internações do SUS por TMC por Causa no Sexo Feminino.....	34

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

CID-10 – Classificação Internacional de Doenças – décima edição

DATASUS – Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde

DSM-IV - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – quarta edição

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

SE – Secretaria de Estado

SIM – Sistema de Informação de Mortalidade

SUS – Sistema Único de Saúde

TMC – Transtornos Mentais e Comportamentais

UNESC – Universidade do Extremo Sul Catarinense

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
1.1 ÁREA .....	11
1.2 TEMA.....	12
1.3 DELIMITAÇÃO DO TEMA .....	12
1.4 FORMULAÇÃO DO PROBLEMA.....	12
1.5 JUSTIFICATIVA .....	12
1.6 OBJETIVOS .....	13
1.6.1 Objetivo geral .....	13
1.6.2 Objetivos específicos .....	13
2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA .....	14
2.1 TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS .....	14
2.2 HISTÓRICO .....	14
2.3 ETIOLOGIA DOS TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS .....	15
2.4 EPIDEMIOLOGIA DOS TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS .....	16
2.4.1 Prevalência.....	16
2.4.2 Incidência.....	17
2.5 FATORES DE RISCO .....	17
2.5.1 Sexo .....	18
2.5.2 Idade .....	18
2.5.3 Raça/Etnia.....	18
2.5.4 Religião.....	19
2.5.5 Situação conjugal.....	19
2.5.6 Relações interpessoais e estrutura familiar.....	19
2.5.7 Situação profissional.....	19
2.5.8 Fatores sócio-demográficos .....	20
2.6 COMORBIDADES .....	21
2.7 IMPACTO SOCIAL.....	21
2.8 SAÚDE FÍSICA .....	22
2.9 TRATAMENTO.....	22
3 MÉTODOS .....	24
3.1 DESENHO DO ESTUDO .....	24
3.2 VARIÁVEIS.....	24

3.2.1 Dependentes .....	24
3.2.2 Independentes .....	24
3.3 LOCAL DO ESTUDO .....	24
3.4 POPULAÇÃO EM ESTUDO .....	24
3.5 AMOSTRA.....	24
3.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	25
3.7 INSTRUMENTO DE COLETA .....	25
3.8 TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO.....	25
4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS .....	26
4.1 PREVALÊNCIA DE INTERNAÇÕES DO SUS POR TMC POR MUNICÍPIO .....	26
4.2 PREVALÊNCIA DE INTERNAÇÕES DO SUS POR TMC POR MICRORREGIÃO ...	27
4.3 PREVALÊNCIA DE INTERNAÇÕES DO SUS POR FAIXA ETÁRIA .....	28
4.4 PREVALÊNCIA DE INTERNAÇÕES DO SUS POR TMC POR GÊNERO.....	29
4.5 PREVALÊNCIA DE INTERNAÇÕES POR CAUSA – LISTA DE MORBIDADES DO CID-10.....	30
4.6 MÉDIA DE DIAS DE INTERNAÇÃO POR MUNICÍPIO .....	31
4.7 PREVALÊNCIA DE INTERNAÇÕES DO SUS POR CAUSA NO SEXO MASCULINO .....	32
4.8 PREVALÊNCIA DE INTERNAÇÕES DO SUS POR CAUSA NO SEXO FEMININO	33
5 CONCLUSÃO.....	35
REFERÊNCIAS .....	37

## 1 INTRODUÇÃO

Os transtornos mentais e de comportamento (TMC) são uma série de distúrbios que se caracterizam por alterações psicológicas ou comportamentais associadas com um comprometimento funcional, cujos sintomas variam consideravelmente, mas que se distinguem por uma combinação de idéias, emoções, comportamentos e relacionamentos anormais com outras pessoas. Geralmente, seguem um curso natural mais ou menos previsível, a menos que ocorram intervenções. Para serem categorizadas como transtornos, essas anormalidades precisam ser sustentadas ou recorrentes e resultar em certa deterioração, trazendo prejuízo para a vida dos portadores destas doenças, em uma ou mais esferas da vida (WHO, 2001).

Os transtornos mentais obedecem às descrições clínicas e normas de diagnóstico da décima edição da Classificação Internacional das Doenças (CID-10) da Organização Mundial de Saúde (OMS). A Quarta Edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM.IV), da Associação norte-americana de Psiquiatria fornece uma definição mais precisa desses transtornos. É comum se pensar, equivocadamente, que essas classificações se referem às pessoas, quando na verdade o que se classifica são as síndromes, doenças e condições (WHO, 2001).

Atualmente, estima-se que cerca de 450 milhões de pessoas sofram de algum transtorno mental no mundo. Este crescente ônus, que ocorre principalmente na população de forma concentrada nos anos de maior produção social e intelectual, representa um custo enorme em termos de sofrimento humano, incapacidade e prejuízos econômicos. Os portadores destes transtornos são significativamente menos ativos, morrem dez a quinze anos mais cedo que a população geral (Richardson et al, e ainda causam quatro das dez principais causas de incapacitação em todo o mundo, sendo a depressão grave a mais incapacitante. (ADAMOLI; AZEVEDO, 2009).

O diagnóstico precoce é muito importante, assim como a escolha do tratamento adequado para o melhor prognóstico, tendo em vista os altos custos, diretos (diagnóstico e tratamento) e indiretos (perda de produtividade no trabalho e mortalidade por suicídio) desses transtornos (PORCU et al, 2008).

### 1.1 ÁREA

Epidemiologia e Psiquiatria.

## 1.2 TEMA

Epidemiologia dos transtornos mentais e comportamentais.

## 1.3 DELIMITAÇÃO DO TEMA

Perfil epidemiológico de internações pelo Sistema Único de Saúde (SUS) dos pacientes com transtornos mentais e comportamentais residentes nos municípios da microrregião de Criciúma/SC no período de 1998 a 2009.

## 1.4 FORMULAÇÃO DO PROBLEMA

Qual o perfil epidemiológico de internações pelo SUS dos pacientes com transtornos mentais e comportamentais residentes nos municípios da região carbonífera catarinense no período de 1998 a 2009?

## 1.5 JUSTIFICATIVA

Os transtornos mentais representam um problema de saúde pública, visto sua alta prevalência e o impacto que causa na vida dos que possuem a doença. Alguns estudos de base populacional realizados em países ocidentais sugerem que cerca de 35% da população adulta não institucionalizada apresenta algum transtorno mental ao longo da vida (SILVA; COSTA JUNIOR, 2006). No mundo, dentre as dez primeiras causas de anos vividos com incapacidade, sete são transtornos mentais, sendo que estes ainda respondem por 34% de todas as consultas médicas (WHO, 2001).

Segundo um estudo da WHO (2001), no ano 2000, 12% da população apresentava algum tipo de TMC, e, em 2020, chegará a 15%. Esse mesmo estudo estima que nas próximas duas décadas doenças não contagiosas, principalmente as doenças cardíacas e as doenças psiquiátricas responderão por mais mortes precoces e incapacidades para o trabalho do que as doenças infecto-contagiosas e má nutrição. E isto ocorrerá especialmente nos países em desenvolvimento, onde vivem quatro quintos de toda a humanidade.

No Brasil, estima-se que a prevalência de TMC seja de 20%, sendo que 3% da população geral sofre com quadros severos e persistentes e 12% necessitam de algum

atendimento em saúde mental, seja contínuo ou eventual. Do orçamento do SUS, 2,3% é gasto com saúde mental (MEDEIROS, 2005).

A microrregião de Criciúma engloba dez municípios, totalizando 362.888 habitantes e aqueles que têm alguma doença psíquica necessitam de auxílio especializado. Nesse contexto, estudos epidemiológicos de transtornos mentais são importantes para a identificação da ocorrência, fatores de risco e curso da doença, assim como as necessidades da comunidade, fornecendo aos gestores políticos uma orientação para identificar prioridades de saúde, desenvolvendo estratégias de prevenção e avaliação de intervenções terapêuticas (COUTINHO; LUCATELLI, 2006).

## 1.6 OBJETIVOS

### 1.6.1 Objetivo geral

Estimar o perfil epidemiológico de internações pelo SUS dos pacientes com transtornos mentais e comportamentais residentes nos municípios da microrregião de Criciúma/SC no período de 1998 a 2009.

### 1.6.2 Objetivos específicos

- a) estabelecer o coeficiente padronizado por gênero;
- b) conhecer o coeficiente padronizado por faixa etária;
- c) identificar o coeficiente padronizado por causa;

## 2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Neste trabalho serão abordadas as características dos TMC, sua evolução desde os tempos mais remotos, as origens da doença, prevalência e incidência, fatores de risco preponderantes, comorbidades existentes, o impacto social que estes distúrbios trazem a seus portadores, a saúde física e os tratamentos disponíveis.

### 2.1 TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS

Os transtornos mentais e comportamentais são anormalidades de comportamento ou do funcionamento psíquico global, com início facilmente determinado após período de funcionamento normal, podendo afetar qualquer pessoa em qualquer época da vida. São exemplos a depressão, distúrbios alimentares, o abuso de drogas e álcool, esquizofrenia, entre outros (ANSELMINI et al, 2006).

### 2.2 HISTÓRICO

Os transtornos mentais acompanham as civilizações desde os tempos mais remotos. Antigos livros da Bíblia revelam que egípcios, árabes e hebreus já sofriam destes transtornos, havendo explicações místico-religiosas para esses distúrbios. Esses povos acreditavam que o comportamento anormal era decorrente de possessões por forças sobrenaturais, como deuses irados, maus espíritos e demônios (HOLMES, 2001).

Na Grécia, algumas doenças mentais eram vistas como sendo vinganças dos deuses, tendo originado nessa época os tratamentos médicos para alguns transtornos. Hipócrates mostrou que o cérebro é o órgão responsável pelos transtornos mentais e que o comportamento anormal pode ser devido ao mau funcionamento do cérebro ou a uma doença fisiológica. Seus seguidores parecem ter sido os primeiros a produzir uma classificação das doenças mentais (GELDER; MAYOU; GEDDES, 2002).

Durante a idade média, a abordagem de Hipócrates foi abandonada e a antiga idéia de explicações místico-religiosas reavivadas. Com isso, o exorcismo voltou à tona, e muitos doentes mentais foram queimados vivos, rotulados de “agentes do demônio”, e bruxas, que deveriam ser destruídos, a fim de proteger os outros, visto que eram uma ameaça à sociedade (GELDER; MAYOU; GEDDES, 2002).

Os primeiros asilos psiquiátricos estavam mais para prisões do que para hospitais. Os doentes eram acorrentados à parede ou a grandes bolas de ferros, presas aos pés. Somente no final do século XVIII essa realidade mudou, graças ao médico francês Philippe Pinel, que proibiu estes lugares de acorrentarem os pacientes, assim como ordenou que os alojamentos fossem renovados para se tornarem mais agradáveis; e ao comerciante inglês William Tuke, que abriu um retiro em uma propriedade rural, afirmando que ar puro e fresco, repouso e exposição à natureza tinham valor terapêutico (GELDER; MAYOU; GEDDES, 2002).

No final do século XIX e começo do século XX, médicos de todo o mundo reconheceram as doenças mentais como uma forma de enfermidade, e elas se tornaram objeto de pesquisa e tratamento médico quando Sigmund Freud e outros médicos europeus deram início a uma mudança drástica na abordagem dos transtornos mentais, com o advento do estudo do inconsciente e da psicanálise. Apenas no século XX se conheceu a psiquiatria como é hoje (HOLMES, 2001).

### 2.3 ETIOLOGIA DOS TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS

A etiologia dos transtornos psiquiátricos pode ser considerada multifatorial, estando vinculada a uma ou mais alterações dos mecanismos biológicos, ambientais, psicológicos e sociais.

Os fatores biológicos estão relacionados a doenças do Sistema Nervoso Central (SNC) como alterações no neurodesenvolvimento cerebral, alterações estruturais adquiridas, neuroquímicas e genéticas. Já se demonstrou a associação dos transtornos psiquiátricos com perturbações da comunicação neural no interior de circuitos específicos (BERKE; HYMAN 2000).

O risco genético é um importante fator associado ao desenvolvimento dos Transtornos Mentais e Comportamentais graves, porém, é possível que a predisposição genética se manifeste somente em pessoas sujeitas a certos estressores que desencadeiam a patologia (BERKE; HYMAN, 2000).

Os fatores ambientais dizem respeito à exposição a substâncias psicoativas no estado fetal, desnutrição, infecção, abandono, isolamento e trauma. Um modo de vida estressante pode dar origem a transtornos como, por exemplo, ansiedade e depressão (MARAGNO et al, 2006).

Quanto aos fatores psicológicos, sabe-se que o relacionamento com os pais e outros provedores de atenção durante a infância tem importância decisiva no surgimento dos

TMC. A criança privada de afeto por parte de seus cuidadores tem mais probabilidades de manifestar algum tipo destes transtornos, independente da fase da vida (RAMIRES et al, 2009).

Em relação aos fatores sociais, o desenvolvimento de TMC está associado à urbanização e a pobreza, assim como os conflitos, as guerras e a inquietação social associam-se com a elevação das taxas de problemas de saúde mental. Existe uma relação complexa e multidimensional entre pobreza e saúde mental (LUDERMIR, 2008).

## 2.4 EPIDEMIOLOGIA DOS TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS

Vários estudos epidemiológicos têm demonstrado diferenças de gênero na incidência, prevalência e curso de transtornos mentais e do comportamento, sendo estes mais comuns em mulheres e no estrato social de baixa renda. Nos transtornos cuja prevalência é semelhante em homens e mulheres, são observadas diferenças na idade de início, perfil sintomatológico e resposta ao tratamento. Diferentes padrões de co-morbidade psiquiátrica e psiquiátrica/física em mulheres e homens têm sido identificados também (ANDRADE; VIANA; SILVEIRA, 2006).

Tanto as crianças quanto os adolescentes são acometidos freqüentemente por TMC, pois estimativas sugerem que entre 15% e 22% desta população apresenta alguma forma de distúrbio, sobretudo as fobias, abuso e dependência de substâncias e transtornos afetivos (ANSELMINI, 2008).

Segundo Tuono et al (2007), os transtornos psiquiátricos aumentam com a idade, conflitando com achados de Lieb (2005), para quem há indícios de que a freqüência dos transtornos mentais não aumenta com a idade, com exceção dos transtornos da cognição causados pela demência.

### 2.4.1 Prevalência

Os transtornos psiquiátricos afetam pessoas de todas as regiões e países, homens e mulheres, ricos e pobres, moradores de áreas urbanas e rurais, em todas as fases da vida. Contudo, as pessoas de nível sócio-econômico mais baixo têm uma prevalência maior, com destaque aos transtornos por uso de substâncias, característica esta que pode ser explicada tanto por uma ocorrência maior desses transtornos, como pela tendência à queda da condição sócio-econômica dos doentes mentais (SILVA et al, 2006).

A prevalência de transtornos devido ao uso de álcool entre pacientes que buscam os serviços de saúde mental é de 65% (WHO, 2001). Tal prevalência varia também nos diferentes tipos de atenção em saúde. Condições menos graves, como os transtornos de ansiedade e transtornos depressivos são muito comuns na assistência primária, enquanto que na assistência psiquiátrica especializada os transtornos mais graves como esquizofrenia são mais comuns. No hospital geral, a prevalência também é alta, tanto em pacientes com doença física quanto nos pacientes com transtornos somatoformes (MARAGNO et al, 2006).

Taxas mais altas de transtornos neuróticos são encontradas em divorciados ou separados; pais solteiros; desempregados; habitantes de áreas urbanas, enquanto taxas mais altas de transtornos psicóticos são encontradas em pessoas desabrigadas; moradores de cidades do interior (MARAGNO et al, 2006).

#### **2.4.2 Incidência**

Os Transtornos Mentais e Comportamentais apresentam um quadro variado e heterogêneo, assim como alguns são brandos, outros são graves. Alguns duram poucas semanas, outros podem durar a vida inteira. Alguns são imperceptíveis, enquanto outros são facilmente diagnosticados (MIRANDA et al, 2008).

De acordo com um estudo realizado por Miranda et al (2009), profissões de nível médio respondem por uma maior incidência de aposentadoria por distúrbios mentais. Esse mesmo estudo demonstrou que a esquizofrenia inicia-se antes dos 25 anos de idade, com a situação de crise persistindo durante 6 meses, enquanto que comportamento social, tem início na faixa etária compreendida entre 25 e 44 anos.

#### **2.5 FATORES DE RISCO**

História familiar, adversidades na infância, aspectos associados à personalidade, isolamento social e exposição a situações estressantes são fatores de risco, sendo estes características e atributos de um indivíduo, grupo ou ambiente que podem aumentar o risco de se desenvolver uma condição (QUEVEDO, 2008).

### **2.5.1 Sexo**

Os transtornos psiquiátricos são mais frequentes na população feminina, talvez devido aos múltiplos papéis desempenhados por elas na sociedade, sendo as donas de casa as mais acometidas por esses transtornos. As mulheres têm maior probabilidade do que os homens de receber prescrição de psicotrópicos, sendo que a violência contra a mulher também constitui um problema social e de saúde pública (ANDRADE; VIANA; SILVEIRA, 2006).

Os transtornos de ansiedade e do humor ocorrem mais em mulheres, enquanto os homens apresentam maior prevalência de transtornos associados ao uso de substâncias psicoativas, incluindo álcool, transtornos de personalidade anti-social e esquizotípica, além de transtornos de déficit de atenção e hiperatividade (ANDRADE; VIANA; SILVEIRA, 2006).

Os quadros depressivos em mulheres representam o terceiro problema de saúde em países desenvolvidos e o quinto em áreas em desenvolvimento, após as causas maternas e algumas doenças transmissíveis (EPIDEMIOLOGIA, 2007). A morte por suicídio é a segunda causa de morte para mulheres na faixa etária de 15 a 44 anos no mundo (TUONO et al, 2007).

### **2.5.2 Idade**

A maioria dos TMC aparece mais frequentemente a partir do fim da puberdade e no início da idade adulta. Fobias específicas tendem a se manifestar pela primeira vez na infância e na adolescência e os transtornos afetivos, transtornos por uso de substâncias psicoativas e os transtornos neuróticos costumam se manifestar pela primeira vez até os 30 anos (RAMIRES et al, 2009).

### **2.5.3 Raça/Etnia**

Os TMC acometem mais negros, assim como algumas pesquisas demonstraram que a associação ao racismo está relacionada com perpetuação de problemas mentais. Vítimas de discriminação racial por muito tempo têm maior risco de apresentar problemas mentais ou sofrer agravamento dos problemas que já possui (FONSECA, 2008, ANSELMINI, 2006).

#### **2.5.4 Religião**

Alguns estudos sugerem que pertencer a alguma religião tem efeito protetor sobre a saúde mental (SILVA et al, 2006). Um estudo realizado no Brasil por Soeiro et al (2008), mostrou que pacientes internados por transtornos psiquiátricos pertencentes a grupos evangélicos são diagnosticados mais frequentemente com psicoses. Este estudo revela ainda que jovens evangélicos apresentam menor uso de álcool e drogas e menos sintomas psiquiátricos do que jovens católicos e espíritas, além disso, pacientes que tiveram uma criação religiosa mais intensa na infância ou fazem parte de grupos religiosos menos permissivos parecem envolver-se menos com o uso de álcool ou drogas do que aqueles sem tal educação religiosa. A frequência à Igreja e o envolvimento religioso parecem estar mais intimamente associadas com a baixa prevalência de transtornos mentais (SOEIRO et al, 2008).

#### **2.5.5 Situação conjugal**

Os indivíduos separados ou viúvos são os mais acometidos por transtornos mentais e o casamento parece ser um fator protetor em relação ao risco de desenvolver transtornos psiquiátricos (SOEIRO et al, 2008).

#### **2.5.6 Relações interpessoais e estrutura familiar**

As relações familiares instáveis ou caóticas, ambiente tumultuado, ou ainda a ausência de relações interpessoais ou familiares, assim como perdas familiares ou afetivas, podem ser considerados fatores de risco para o desenvolvimento de TMC (QUEVEDO, 2008).

#### **2.5.7 Situação profissional**

O mecanismo que liga o desemprego aos transtornos mentais ainda não está completamente elucidado, porém tem sido demonstrado que os desempregados têm pior saúde mental quando comparados aos que estão trabalhando. Estudos recentes demonstram que há maior risco de depressão entre os desempregados de baixa renda, sugerindo que o efeito do

desemprego na saúde mental possa ser atribuído a dificuldades financeiras para os já vulneráveis por sua posição de classe (LUDERMIR, 2008).

A saúde mental é um fator importante na determinação dos que conseguem e mantêm os seus empregos; entretanto, estudos longitudinais de indivíduos saudáveis que ficaram desempregados confirmam seus efeitos adversos, revertidos com a recuperação da saúde mental quando da volta ao emprego. Assim, a relação do desemprego com os transtornos mentais apresenta claras desigualdades de gênero e de classes sociais, sendo essa associação mais frequente entre homens do que entre mulheres (LUDERMIR, 2008).

Os mercados formais e informais representam destinos diferentes para aqueles que perderam os seus empregos, assim um inquérito epidemiológico realizado no Brasil encontrou associação entre a informalidade das relações de trabalho e a saúde mental das mulheres. Neste estudo, a prevalência de TMC entre as trabalhadoras informais (54,4%) foi maior que a encontrada entre as desempregadas (45,2%). Nos países europeus e norte-americanos, a associação entre renda e doença mental é recorrente, enquanto nos estudos realizados na América Latina, a escolaridade prevalece (LUDERMIR, 2008).

### **2.5.8 Fatores sócio-demográficos**

É um consenso na literatura a associação entre os transtornos mentais e baixos níveis educacionais e baixa renda, independente do nível de desenvolvimento da sociedade. Condições de moradia precárias, inserção produtiva e, em algumas situações, a migração também estão associados ao desenvolvimento de transtornos psiquiátricos. Quanto mais baixo o nível socioeconômico de uma população, maior a prevalência de TMC (LUDERMIR, 2008). Isso mostra a vulnerabilidade das condições de saúde mental das populações em situação de baixo nível sócio-econômico.

O desemprego, assim como a insegurança gerada pela instabilidade de renda nas camadas mais pobres, são importantes fatores associados ao risco de TMC (FONSECA, 2008, LUDEMIR, 2008). A falta de remuneração é um fator agravante, porém indivíduos desempregados são privados de funções do trabalho importantes na vida cotidiana, tais como a estruturação temporal do cotidiano, contatos com pessoas fora da família, metas que transcendem o nível individual, status e identidade.

A baixa escolaridade se relaciona com piores chances de inserção no mercado de trabalho, assim como à uma infância de condições precárias, visto que crianças nascidas nas camadas mais pobres muitas vezes têm que largar a escola para trabalhar. Portanto, a

baixa escolaridade é tanto origem como conseqüência de problemas sociais e está intimamente ligada com as condições gerais de saúde e de saúde mental (FONSECA, 2008).

O status socioeconômico do indivíduo também pode ser determinante na progressão dos transtornos mentais. Isso pode ser explicado tanto pela precariedade dos serviços de saúde mental, como pelas dificuldades encontradas por camadas mais baixas no acesso à atenção (FONSECA, 2008).

Segundo um estudo realizado em 2003 em diversos países, os baixos níveis educacionais e a baixa renda estão intimamente relacionados com o surgimento de TMC, independente do nível de desenvolvimento da sociedade (FONSECA, 2008).

## 2.6 COMORBIDADES

É muito comum a co-ocorrência de dois ou mais transtornos mentais no mesmo indivíduo, principalmente em idosos, quando os transtornos físicos e mentais podem ocorrer juntos. Os problemas de saúde física podem não somente ocorrer simultaneamente aos distúrbios mentais, como também prenunciar o início e a persistência de alguns transtornos, sendo um exemplo a coexistência de ansiedade e depressão. Observa-se essa comorbidade em aproximadamente metade das pessoas com distúrbios depressivos (TENG, 2005).

A presença de transtornos mentais associados ao uso e dependência de drogas também é um evento comum. Dentre as pessoas atendidas por serviços relacionados ao uso de álcool e drogas, 30% e 90%, respectivamente, apresentam comorbidades. Os transtornos devidos ao uso de álcool são também comuns entre pessoas com esquizofrenia, assim como indivíduos diagnosticados com TMC tendem a fumar duas vezes mais (WHO, 2001).

A ocorrência de comorbidades importantes tem sérias repercussões na identificação, tratamento e reabilitação dos indivíduos. A incapacidade dos portadores de transtornos e o encargo para as famílias também crescem na mesma proporção (WHO, 2001).

## 2.7 IMPACTO SOCIAL

Os Transtornos Mentais e Comportamentais exercem impacto sobre os indivíduos, as famílias e a sociedade. Os doentes, além de apresentarem sintomas perturbadores, sofrem também com a exclusão da sociedade, muitas vezes por discriminação. Há ainda a preocupação, por parte do portador de TMC, de ser um fardo para as famílias, além de incapazes de arcar com suas responsabilidades (FONSECA, 2008).

Segundo estimativas da WHO (2001), uma em quatro famílias tem pelo menos um membro com transtorno mental. Essas famílias se vêem obrigadas a se tornarem responsáveis pelos doentes, tanto emocionalmente, no que tange à estigmatização, à discriminação, à privação da vida social e estresse em face de um comportamento perturbado e ao comprometimento da rotina doméstica, quanto financeiramente, relativo aos gastos com o tratamento dos distúrbios.

Alguns estudos realizados sobre qualidade da vida mostram que esta continua sendo baixa, mesmo depois de sanado o transtorno, independente da gravidade da doença, em virtude de alguns fatores sociais que incluem a persistência do estigma e da discriminação. Esses mesmos estudos indicam também que os indivíduos com Transtornos Mentais graves em regime de internação em hospitais psiquiátricos de atenção prolongada, têm uma qualidade de vida mais baixa do que os que vivem na comunidade, porém transtornos de ansiedade e do pânico também têm efeito significativo, principalmente quanto ao funcionamento psicológico (BRASIL, 2007)

## 2.8 SAÚDE FÍSICA

A maioria dos portadores de transtornos psiquiátricos que procura ajuda de um clínico geral tem sintomas de ansiedade ou depressão. Nem todos esses pacientes relatam sobre seus sintomas psiquiátricos, muitos descrevem sintomas físicos. Porém, esses sintomas físicos podem ser de uma doença física menor associada ou podem ser sintomas somáticos de ansiedade (por exemplo, palpitação) ou de depressão (cansaço) (TENG, 2005).

## 2.9 TRATAMENTO

Existem muitos tratamentos efetivos para os TMC, como medicamentos psicofármacos e psicoterapia, podendo haver uma associação destes métodos, o que é recomendável em muitos casos. Os medicamentos são a primeira escolha em transtornos como esquizofrenia, transtorno de humor bipolar, em depressões graves ou no controle de ataques de pânico. Para as fobias específicas, os transtornos de personalidade e os problemas situacionais, a psicoterapia pode ser a primeira opção (CORDIOLI, 2010).

Um plano de tratamento eficaz deve envolver a fase aguda, a manutenção e as medidas para prevenção de recaídas dos doentes mentais. Neste processo, diversos

profissionais podem estar envolvidos na assistência: clínico geral, psiquiatras, psicoterapeutas, conselheiros, assistentes sociais e grupos de apoio voluntários.

### **3 MÉTODOS**

#### **3.1 DESENHO DO ESTUDO**

Estudo observacional, ecológico, descritivo, e temporal.

#### **3.2 VARIÁVEIS**

##### **3.2.1 Dependentes**

Transtornos mentais e comportamentais (Capítulo V do CID-10).

##### **3.2.2 Independentes**

- Gênero
- Faixa etária
- Causa

#### **3.3 LOCAL DO ESTUDO**

Municípios da microrregião de Criciúma (Cocal do Sul, Criciúma, Forquilha, Içara, Lauro Muller, Morro da Fumaça, Nova Veneza, Siderópolis, Treviso e Urussanga).

#### **3.4 POPULAÇÃO EM ESTUDO**

Todos os pacientes que tiveram internação pelo SUS registrados pelo Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), residentes nos municípios da microrregião de Criciúma/SC (Cocal do Sul, Criciúma, Forquilha, Içara, Lauro Muller, Morro da Fumaça, Nova Veneza, Siderópolis, Treviso e Urussanga) no período de 1998 a 2009.

#### **3.5 AMOSTRA**

Por se tratar de um estudo censitário no qual toda a população pré-estabelecida será incluída, torna-se desnecessário o cálculo da amostra.

### 3.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados serão tabulados e analisados no software Microsoft Excel®. As conclusões do estudo serão apresentadas por meio de gráficos, tabelas e quadros.

Foi calculada a taxa de prevalência de internações do SUS por transtornos mentais e comportamentais por município, microrregião, faixa etária, gênero, causa do CID 10, prevalência média por causa no sexo masculino e feminino e média de permanência de internação por município a partir da fórmula abaixo:

$$\frac{\text{Número de internações pelo SUS}}{\text{População residente no mesmo local e período}} \times 1.000 \quad (1)$$

A população residente no mesmo local e período foi utilizada no cálculo dos indicadores, a partir de dados do Censo Demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE) de 2000; das estimativas preliminares para os anos intercensitários dos totais populacionais, estratificadas por idade e sexo pelo Ministério da Saúde/Secretaria executiva/DATASUS dos anos 1998-1999, 2001-2006; e as estimativas elaboradas no âmbito do Projeto de Fundo de Populações das Nações Unidas/ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (BRA/4/P31A) - População e Desenvolvimento-Coordenação de População e Indicadores sociais dos anos 2007 a 2009.

### 3.7 INSTRUMENTO DE COLETA

Como os dados serão obtidos pelo SIH/SUS (disponível pelo Datasus), não será necessário o desenvolvimento de um instrumento de coleta.

### 3.8 TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Como os dados que serão utilizados são de domínio público (disponíveis pelo Datasus), não será necessário um termo de consentimento informado.

## 4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

O estado de Santa Catarina está dividido em 20 microrregiões, sendo que a microrregião de Criciúma pertence à mesorregião Sul Catarinense na qual fazem parte 10 municípios sendo eles Cocal do Sul, Criciúma, Forquilha, Içara, Lauro Muller, Morro da Fumaça, Nova Veneza, Siderópolis, Treviso e Urussanga.

Foram analisadas as informações referentes à prevalência de internações pelo SUS por TMC por faixa etária, gênero, causa do TMC, referente aos municípios da microrregião de Criciúma.

### 4.1 PREVALÊNCIA DE INTERNAÇÕES DO SUS POR TMC POR MUNICÍPIO

A partir dos resultados obtidos, pode-se observar que Lauro Muller teve nos anos de 1998 a 2001, as mais altas taxas de prevalência de internações por TMC, porém a partir de 2002, essa taxa caiu, mantendo-se na média com os demais municípios da microrregião de Criciúma, conforme ilustram a tabela 1 e figura 1.

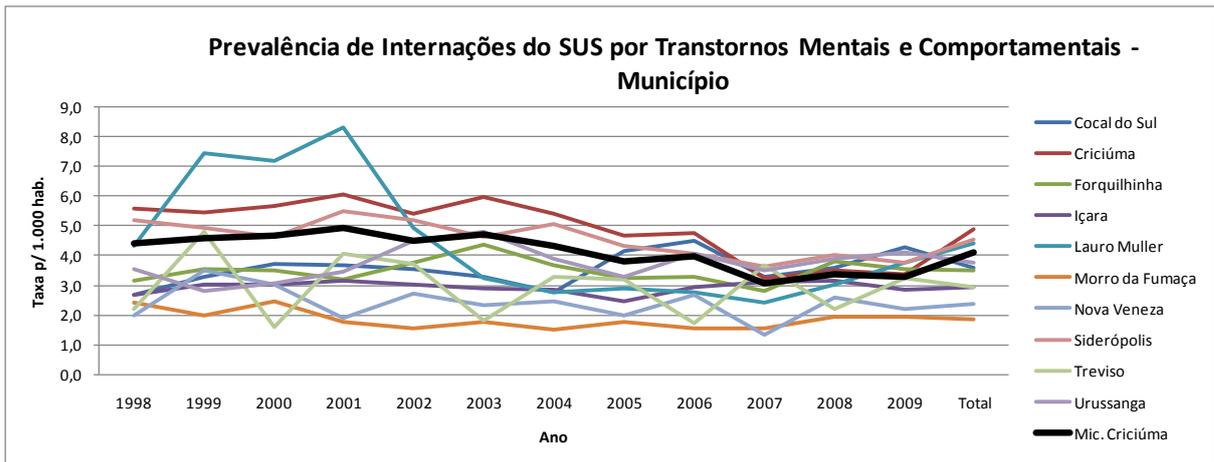
Tabela 1 – Prevalência de internações do SUS por TMC por município

Município	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Média	DP
Cocal do Sul	2,7	3,3	3,7	3,7	3,5	3,3	2,8	4,2	4,5	3,3	3,6	4,3	3,6	0,6
Criciúma	5,6	5,4	5,7	6,1	5,4	6,0	5,4	4,7	4,8	3,2	3,5	3,4	4,9	1,0
Forquilha	3,1	3,5	3,5	3,2	3,7	4,4	3,7	3,2	3,3	2,8	3,8	3,6	3,5	0,4
Içara	2,7	3,0	3,0	3,2	3,0	2,9	2,9	2,5	2,9	3,1	3,1	2,9	2,9	0,2
Lauro Muller	4,3	7,4	7,2	8,3	4,9	3,3	2,7	2,9	2,8	2,4	3,0	3,7	4,4	2,1
Morro da Fumaça	2,4	2,0	2,5	1,8	1,5	1,8	1,5	1,8	1,5	1,5	1,9	1,9	1,8	0,3
Nova Veneza	2,0	3,5	3,0	1,9	2,7	2,3	2,5	2,0	2,7	1,3	2,6	2,2	2,4	0,6
Siderópolis	5,2	4,9	4,6	5,5	5,2	4,6	5,1	4,3	4,1	3,6	4,0	3,8	4,6	0,6
Treviso	2,2	4,8	1,6	4,1	3,7	1,8	3,3	3,2	1,7	3,7	2,2	3,2	3,0	1,0
Urussanga	3,5	2,8	3,0	3,5	4,5	4,8	3,9	3,3	4,0	3,5	3,9	4,1	3,7	0,6
Mic. Criciúma	4,4	4,6	4,7	4,9	4,5	4,7	4,3	3,8	4,0	3,1	3,4	3,3	4,1	0,6

Fonte: SIH e IBGE

O município de Criciúma, também manteve uma constante de internações durante os anos de 1998 a 2003, havendo uma queda a partir de 2004, permanecendo na média nos anos seguintes. Nota-se que Morro da Fumaça é o município com as menores taxas de prevalência de internações (1,8 por 1.000 habitantes).

Figura 1 – Prevalência de internações do SUS por TMC por município



Fonte: SIH e IBGE

#### 4.2 PREVALÊNCIA DE INTERNAÇÕES DO SUS POR TMC POR MICRORREGIÃO

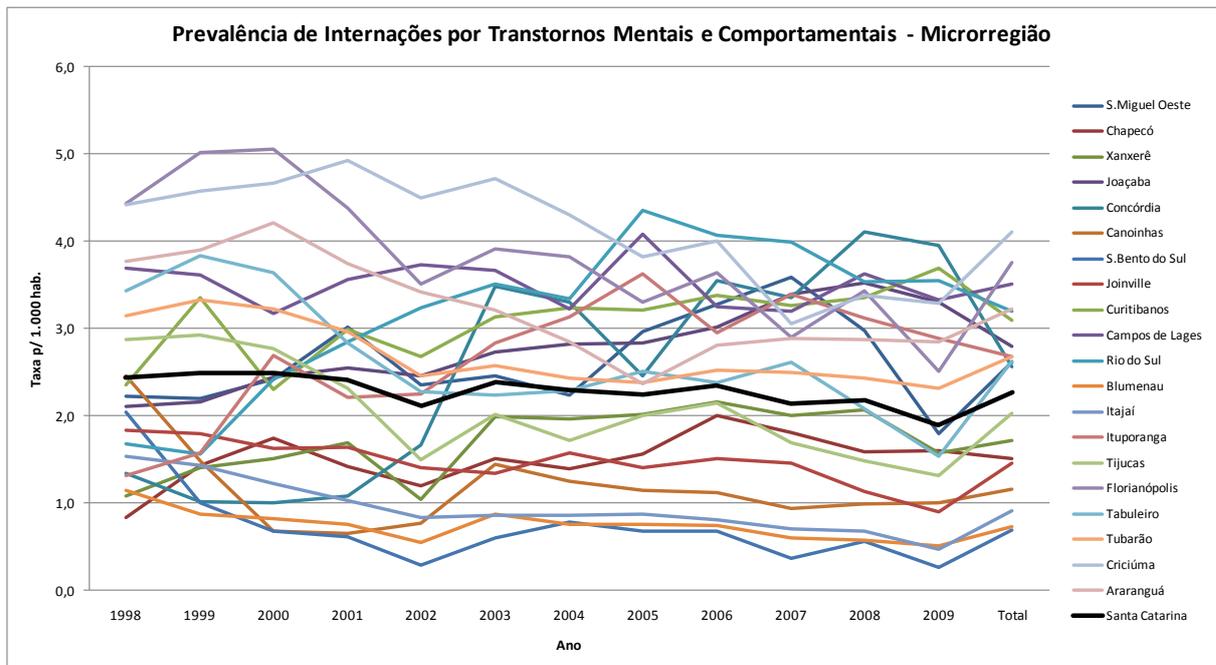
Quanto às internações por microrregião, Criciúma é a que apresenta as maiores taxas, com uma média de internações de 4,1 por 1000 habitantes, seguida pelas microrregiões de Florianópolis, com uma média de internações de 3,8 por 1000 habitantes, e de Campos de Lages, com uma média de internações de 3,5 por 1000 habitantes, respectivamente, conforme ilustram a tabela 2 e a figura 2. Observa-se que de 1998 a 2001, Florianópolis mantinha as taxas mais altas, chegando a uma taxa de prevalência de internações de 5,1 por 1000 habitantes no ano de 2000, havendo uma queda nos anos subsequentes.

Tabela 2 – Prevalência de internações do SUS por TMC por microrregião

Microrregião	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Média	DP
Araguariá	3,8	3,9	4,2	3,7	3,4	3,2	2,8	2,4	2,8	2,9	2,9	2,8	3,2	0,6
Blumenau	1,1	0,9	0,8	0,8	0,5	0,9	0,8	0,8	0,7	0,6	0,6	0,6	0,5	0,2
Campos de Lages	3,7	3,6	3,2	3,6	3,7	3,7	3,2	4,1	3,3	3,2	3,6	3,3	3,5	0,3
Canoinhas	2,5	1,5	0,7	0,7	0,8	1,4	1,2	1,1	1,1	0,9	1,0	1,0	1,2	0,5
Chapecó	0,8	1,4	1,7	1,4	1,2	1,5	1,4	1,6	2,0	1,8	1,6	1,6	1,5	0,3
Concórdia	1,3	1,0	1,0	1,1	1,7	3,5	3,3	2,5	3,5	3,4	4,1	3,9	2,5	1,2
Criciúma	4,4	4,6	4,7	4,9	4,5	4,7	4,3	3,8	4,0	3,1	3,4	3,3	4,1	0,6
Curitibanos	2,4	3,4	2,3	3,0	2,7	3,1	3,2	3,2	3,4	3,3	3,4	3,7	3,1	0,4
Florianópolis	4,4	5,0	5,1	4,4	3,5	3,9	3,8	3,3	3,6	2,9	3,4	2,5	3,8	0,8
Itajaí	1,5	1,4	1,2	1,0	0,8	0,9	0,9	0,9	0,9	0,8	0,7	0,7	0,5	0,3
Ituporanga	1,3	1,6	2,7	2,2	2,2	2,8	3,1	3,6	3,0	3,4	3,1	2,9	2,7	0,7
Joaçaba	2,1	2,2	2,4	2,5	2,5	2,7	2,8	2,8	3,0	3,4	3,5	3,3	2,8	0,5
Joinville	1,8	1,8	1,6	1,6	1,4	1,3	1,6	1,4	1,5	1,5	1,1	0,9	1,5	0,3
Rio do Sul	1,7	1,6	2,4	2,8	3,2	3,5	3,3	4,4	4,1	4,0	3,5	3,5	3,2	0,9
S.Bento do Sul	2,0	1,0	0,7	0,6	0,3	0,6	0,8	0,7	0,7	0,4	0,6	0,3	0,7	0,5
S.Miguel Oeste	2,2	2,2	2,4	3,0	2,4	2,5	2,2	3,0	3,3	3,6	3,0	1,8	2,6	0,5
Tabuleiro	3,4	3,8	3,6	2,8	2,3	2,2	2,3	2,5	2,4	2,6	2,1	1,5	2,6	0,7
Tijucas	2,9	2,9	2,8	2,3	1,5	2,0	1,7	2,0	2,1	1,7	1,5	1,3	2,1	0,6
Tubarão	3,1	3,3	3,2	3,0	2,5	2,6	2,4	2,4	2,5	2,5	2,4	2,3	2,7	0,4
Xanxerê	1,1	1,4	1,5	1,7	1,0	2,0	2,0	2,0	2,2	2,0	2,1	1,6	1,7	0,4
Santa Catarina	2,4	2,5	2,5	2,4	2,1	2,4	2,3	2,2	2,3	2,1	2,2	1,9	<b>2,3</b>	<b>0,2</b>

Fonte: SIH e IBGE

Figura 2 - Prevalência de Internações do SUS por TMC por microrregião



Fonte: SIH e IBGE

#### 4.3 PREVALÊNCIA DE INTERNAÇÕES DO SUS POR FAIXA ETÁRIA

Nas faixas etárias compreendidas entre 0 e 1 ano de idade, 1 a 4 anos e 5 a 9 anos de idade não houveram internações, conforme ilustram a tabela 3 e figura 3.

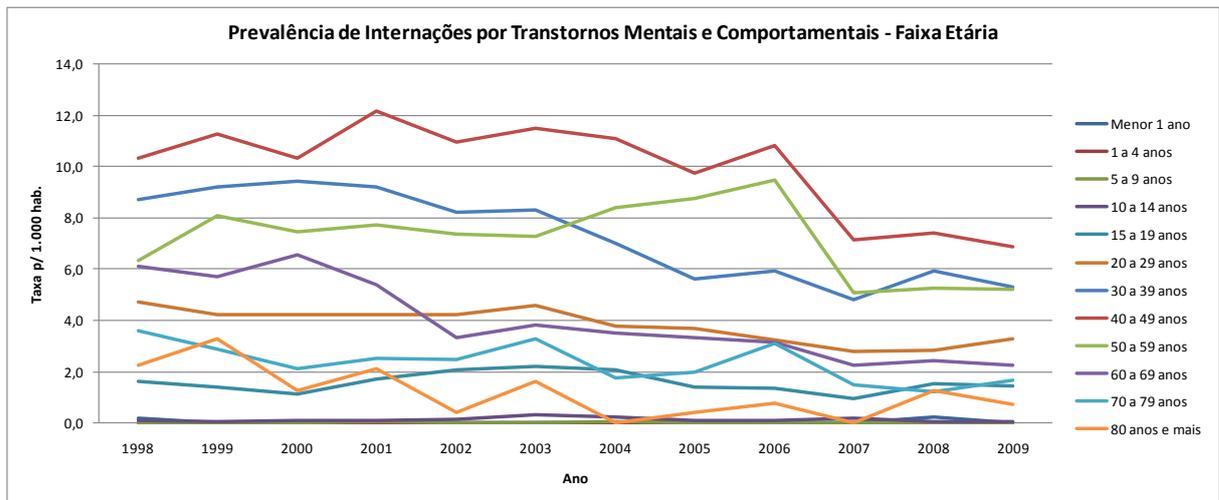
Tabela 3 – Prevalência de Internações do SUS por TMC por faixa etária

Faixa Etária	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Média	DP
Menor 1 ano	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,1
1 a 4 anos	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
5 a 9 anos	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
10 a 14 anos	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,3	0,2	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1
15 a 19 anos	1,6	1,4	1,1	1,7	2,1	2,2	2,1	1,4	1,3	1,0	1,5	1,5	1,6	0,4
20 a 29 anos	4,7	4,2	4,2	4,2	4,2	4,2	4,6	3,8	3,7	3,2	2,8	2,8	3,3	0,7
30 a 39 anos	8,7	9,2	9,4	9,2	8,2	8,3	7,0	5,6	5,9	4,8	5,9	5,3	7,3	1,7
40 a 49 anos	10,3	11,3	10,3	12,2	11,0	11,5	11,1	9,7	10,8	7,2	7,4	6,9	10,0	1,8
50 a 59 anos	6,3	8,1	7,4	7,7	7,4	7,3	8,4	8,8	9,5	5,1	5,3	5,2	7,2	1,5
60 a 69 anos	6,1	5,7	6,6	5,4	3,3	3,8	3,5	3,3	3,2	2,2	2,4	2,2	4,0	1,6
70 a 79 anos	3,6	2,9	2,1	2,5	2,5	3,3	1,7	2,0	3,1	1,5	1,2	1,7	2,3	0,8
80 anos e mais	2,2	3,3	1,3	2,1	0,4	1,6	0,0	0,4	0,8	0,0	1,3	0,7	1,2	1,0
Idade ignorada	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total	4,4	4,6	4,7	4,9	4,5	4,7	4,3	3,8	4,0	3,1	3,4	3,3	4,1	0,6

Fonte: SIH e IBGE

Na faixa etária de 40 a 49 anos, houve um total de 5354 internações, sendo que o ano de 2001 houve uma taxa de prevalência de 12,2 internações por 1000 habitantes, seguida pela faixa de 30 a 39 anos, com 4996 internações no total, sendo o ano de 2000 o de maior taxa de internações, com 9,4 internações por 1000 habitantes. Esses estratos da população compreendem o período em que há maior produtividade no trabalho.

Figura 3 – Prevalência de Internações do SUS por TMC por faixa etária



Fonte: SIH e IBGE

Com relação à média, os resultados se repetem tal qual na proporção, porém há um aumento na faixa etária compreendida entre 50 e 59 anos, com uma média de internações de 7,2 por 1000 habitantes, sendo que no ano de 2006 houve uma taxa de 9,5 internações por 1000 habitantes, conforme ilustra a tabela 3. Tal padrão pode ter ocorrido devido ao fato de que as doenças mentais estão entre as doenças crônicas mais prevalentes entre os idosos.

#### 4.4 PREVALÊNCIA DE INTERNAÇÕES DO SUS POR TMC POR GÊNERO

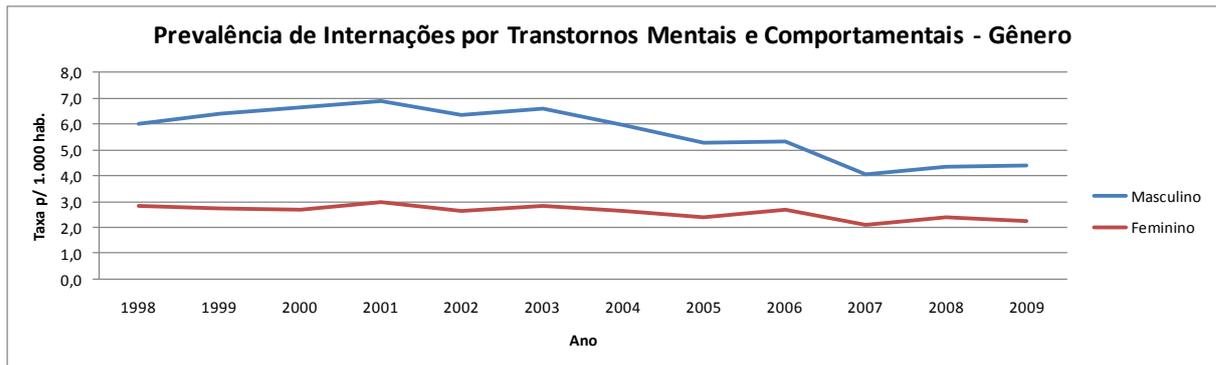
A partir dos dados referentes ao gênero, conforme ilustra a tabela 4 e a figura 4, observa-se que os homens tem mais que o dobro de prevalência de internações se comparado às mulheres.

Tabela 4 – Prevalência de Internações do SUS por TMC por gênero

Sexo	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Média	DP
Masculino	6,0	6,4	6,7	6,9	6,4	6,6	6,0	5,3	5,3	4,0	4,4	4,4	5,7	1,0
Feminino	2,8	2,8	2,7	3,0	2,6	2,9	2,6	2,4	2,7	2,1	2,4	2,2	2,6	0,3
Total	4,4	4,6	4,7	4,9	4,5	4,7	4,3	3,8	4,0	3,1	3,4	3,3	4,1	0,6

Fonte: SIH e IBGE

Figura 4 – Prevalência de Internações do SUS por TMC por gênero



Fonte: SIH e IBGE

#### 4.5 PREVALÊNCIA DE INTERNAÇÕES POR CAUSA – LISTA DE MORBIDADES DO CID-10

Com relação à causa, observa-se que os transtornos mentais devido ao uso de álcool responderam por um total de 5617 internações, sendo que no ano de 2002 houve uma taxa de 1,8 internações por 1000 habitantes, seguido por esquizofrenia e outro transtornos esquizotípicos e delirantes, com um total de 5589 internações, sendo que os anos de 2000 e 2001 responderam por uma taxa de 1,8 por 1000 habitantes, conforme ilustram a tabela 5 e a figura 5.

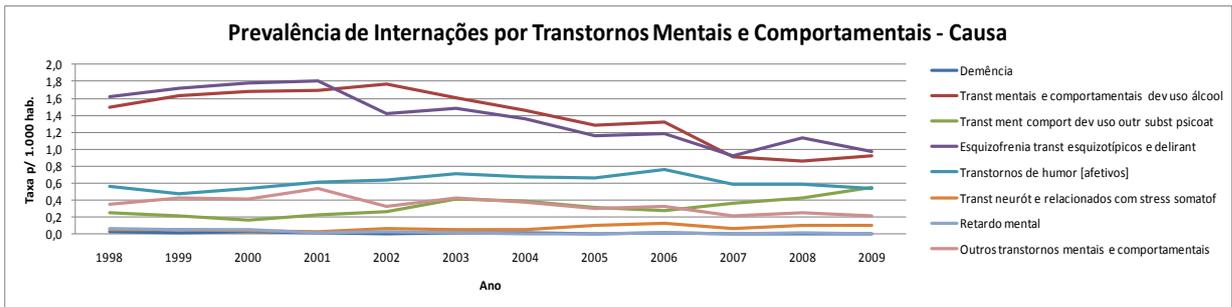
Tabela 5 – Prevalência de Internações do SUS por TMC por causa - CID 10

Lista Morb CID-10	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Total	Média	DP
Demência	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Transt mentais e comp dev uso álcool	1,5	1,6	1,7	1,7	1,8	1,6	1,5	1,3	1,3	0,9	0,9	0,9	1,4	1,4	0,3
Transt ment comport dev uso outr subst psicoat	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,4	0,4	0,3	0,3	0,4	0,4	0,5	0,3	0,3	0,1
Esquizofrenia transt esquizotípicos e delirant	1,6	1,7	1,8	1,8	1,4	1,5	1,4	1,2	1,2	0,9	1,1	1,0	1,4	1,4	0,3
Transtornos de humor [afetivos]	0,6	0,5	0,5	0,6	0,6	0,7	0,7	0,7	0,8	0,6	0,6	0,5	0,6	0,6	0,1
Transt neurót e relacionados com stress somatof	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0
Retardo mental	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Outros transtornos mentais e comportamentais	0,3	0,4	0,4	0,5	0,3	0,4	0,4	0,3	0,3	0,2	0,3	0,2	0,3	0,3	0,1
<b>Cap V - Transtornos mentais e comportamentais</b>	<b>4,4</b>	<b>4,6</b>	<b>4,7</b>	<b>4,9</b>	<b>4,5</b>	<b>4,7</b>	<b>4,3</b>	<b>3,8</b>	<b>4,0</b>	<b>3,1</b>	<b>3,4</b>	<b>3,3</b>	<b>4,1</b>	<b>4,1</b>	<b>0,6</b>

Fonte: SIH e IBGE

Altas taxas de internações por esses dois transtornos foram observadas durante todos os anos do estudo, havendo apenas uma pequena queda a partir do ano de 2002.

Figura 5 - Prevalência de Internações do SUS por TMC por causa - CID 10



Fonte: SIH e IBGE

Com relação à média, quando se considera a prevalência de internações de todo o Capítulo relacionado aos TMC, percebe-se que houve uma maior prevalência de internações nos anos de 2000, e 2001 e 2003 com uma taxa de 4,7, 4,9 e 4,7 internações/ano por 1000 habitantes, respectivamente, conforme ilustra a tabela 5. Quanto aos transtornos devido o uso de álcool e esquizofrenia e outros transtornos esquizotípicos e delirantes, observa-se uma mesma média de prevalência de internações, 1,4 por 1000 habitantes. O primeiro teve no ano de 2002 sua maior taxa de prevalência de internações, 1,8 por 1000 habitantes, enquanto que esquizofrenia e outros transtornos esquizotípicos e delirantes teve sua maior taxa de prevalência de internações nos anos de 2000 e 2001, com uma taxa de 1,8 por 1000 habitantes.

#### 4.6 MÉDIA DE DIAS DE INTERNAÇÃO POR MUNICÍPIO

Conforme dados tabulados e ilustrados na tabela 6 e figura 6, observa-se novamente que Lauro Muller possui a maior média de internações por municípios, com uma média de 47,4 dias de internação por 1000 habitantes, sendo que no ano de 2007 houve uma taxa de permanência média de 63,5 por 1000 habitantes.

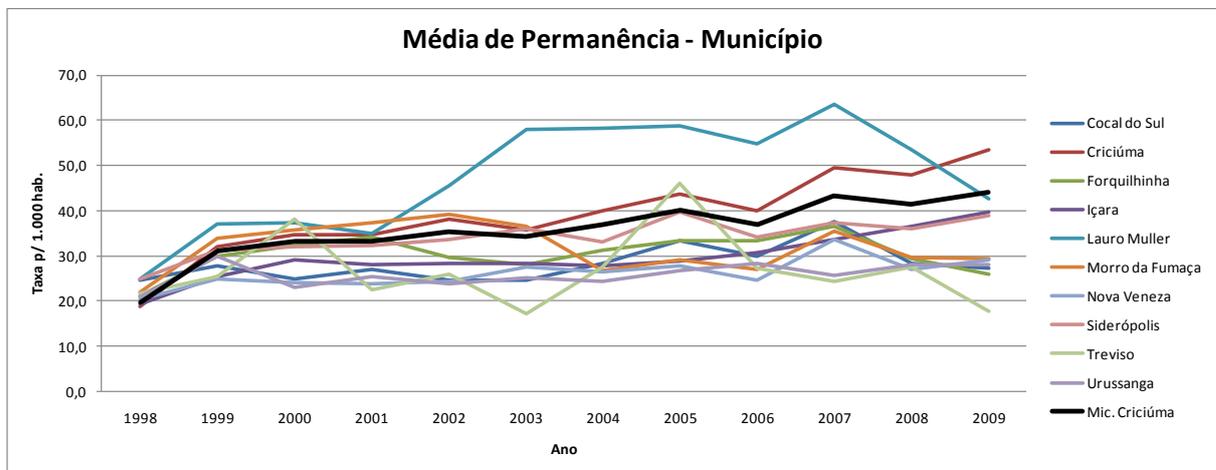
Tabela 6 – Média de permanência de internação por município

Município	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Média	DP
Cocal do Sul	24,7	27,7	25,0	27,1	24,6	24,6	28,4	33,3	29,9	37,5	28,3	27,2	28,2	3,9
Criciúma	18,8	32,0	34,8	34,7	38,2	35,8	40,0	43,6	40,0	49,5	48,0	53,5	39,1	9,2
Forquilha	21,2	30,0	32,3	34,1	29,6	28,0	31,1	33,3	33,4	36,5	29,4	25,8	30,4	4,1
Içara	19,3	25,5	29,0	28,1	28,4	28,3	27,7	28,8	30,6	33,6	36,5	39,8	29,6	5,2
Lauro Muller	25,0	37,0	37,3	34,9	45,4	58,0	58,2	58,8	54,9	63,5	53,4	42,7	47,4	12,1
Morro da Fumaça	21,9	33,8	35,7	37,3	39,3	36,5	26,7	29,0	26,9	35,4	29,7	29,4	31,8	5,3
Nova Veneza	20,4	25,0	24,2	23,7	24,4	27,5	26,5	27,9	24,6	33,7	26,9	29,1	26,2	3,3
Siderópolis	25,0	31,2	31,9	32,2	33,5	36,1	33,2	39,6	34,1	37,4	35,9	38,9	34,1	4,0
Treviso	21,7	25,3	38,0	22,5	25,9	17,3	27,6	46,0	27,3	24,3	27,5	17,8	26,8	8,1
Urussanga	21,0	29,8	22,9	25,5	23,8	25,2	24,3	26,7	28,3	25,6	28,1	28,0	25,8	2,5
Mic. Criciúma	19,8	31,1	33,2	33,2	35,3	34,2	36,8	40,0	37,0	43,3	41,4	44,0	35,8	6,5

Fonte: SIH e IBGE

O segundo município com maior média foi Criciúma, com uma taxa de 39,1 internações por 1000 habitantes, tendo o ano de 2007 uma taxa de permanência média de 49,5 por 1000 habitantes.

Figura 6 – Média de permanência de internação por município

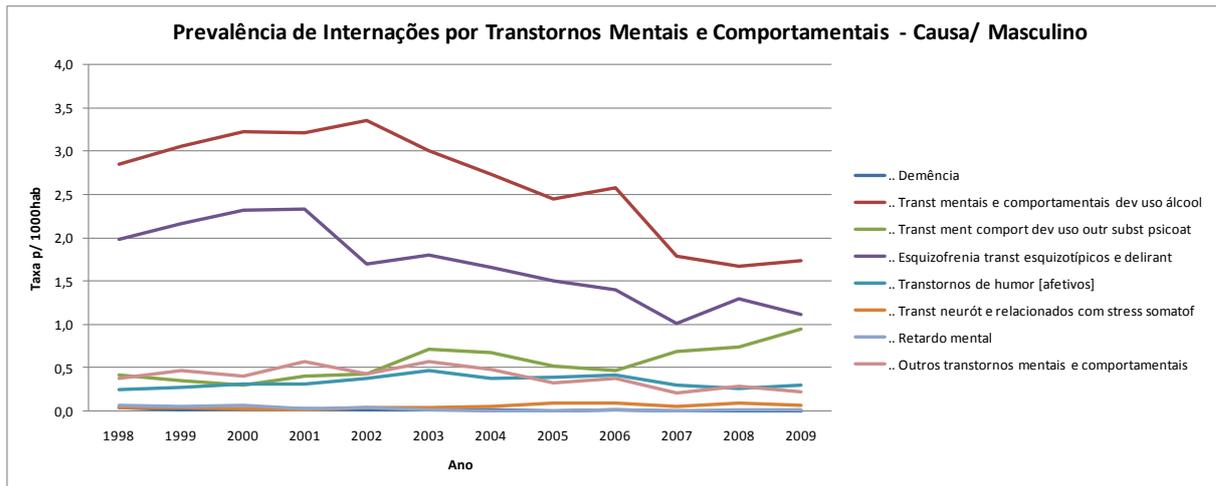


Fonte: SIH e IBGE

#### 4.7 PREVALÊNCIA DE INTERNAÇÕES DO SUS POR CAUSA NO SEXO MASCULINO

Quando se analisa as internações por causa no sexo masculino, conforme ilustra a figura 7, observa-se que a taxa de internações de TMC devido ao uso de álcool habitantes foi de 3,4 por 1.000 habitantes no ano de 2002, enquanto que a esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes foram responsáveis por uma taxa de 2,3 por 1000 habitantes.

Figura 7 - Prevalência de internações por TMC por causa no sexo masculino



Fonte: SIH e IBGE

Conforme ilustra a tabela 7, a média das internações devido a transtornos pelo uso de álcool foi de 2,6, tendo no ano de 2002 uma taxa de 3,4 internações por 1000 habitantes. Esquizofrenia e transtornos esquizotípicos tiveram uma média de taxa de internação de 1,7 por 1000 habitantes, tendo os anos de 2000 e 2001 uma taxa de 2,3 internações por 1000 habitantes.

Tabela 7 – Prevalência de internações por TMC por causa no sexo masculino/Média

Lista Morb CID-10	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Média	DP
.. Demência	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
.. Transt mentais e comp dev uso álcool	2,9	3,1	3,2	3,2	3,4	3,0	2,7	2,4	2,6	1,8	1,7	1,7	2,6	0,6
.. Transt ment comport dev uso outr subst psicoat	0,4	0,4	0,3	0,4	0,4	0,7	0,7	0,5	0,5	0,7	0,7	0,9	0,6	0,2
.. Esquizofrenia transt esquizotípicos e delirant	2,0	2,2	2,3	2,3	1,7	1,8	1,7	1,5	1,4	1,0	1,3	1,1	1,7	0,4
.. Transtornos de humor [afetivos]	0,2	0,3	0,3	0,3	0,4	0,5	0,4	0,4	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3	0,1
.. Transt neurót e relac com stress somatof	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0
.. Retardo mental	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
.. Outros transtornos mentais e comportamentais	0,4	0,5	0,4	0,6	0,4	0,6	0,5	0,3	0,4	0,2	0,3	0,2	0,4	0,1
<b>05 Transtornos mentais e comportamentais</b>	<b>6,0</b>	<b>6,4</b>	<b>6,7</b>	<b>6,9</b>	<b>6,4</b>	<b>6,6</b>	<b>6,0</b>	<b>5,3</b>	<b>5,3</b>	<b>4,0</b>	<b>4,4</b>	<b>4,4</b>	<b>5,7</b>	<b>1,0</b>

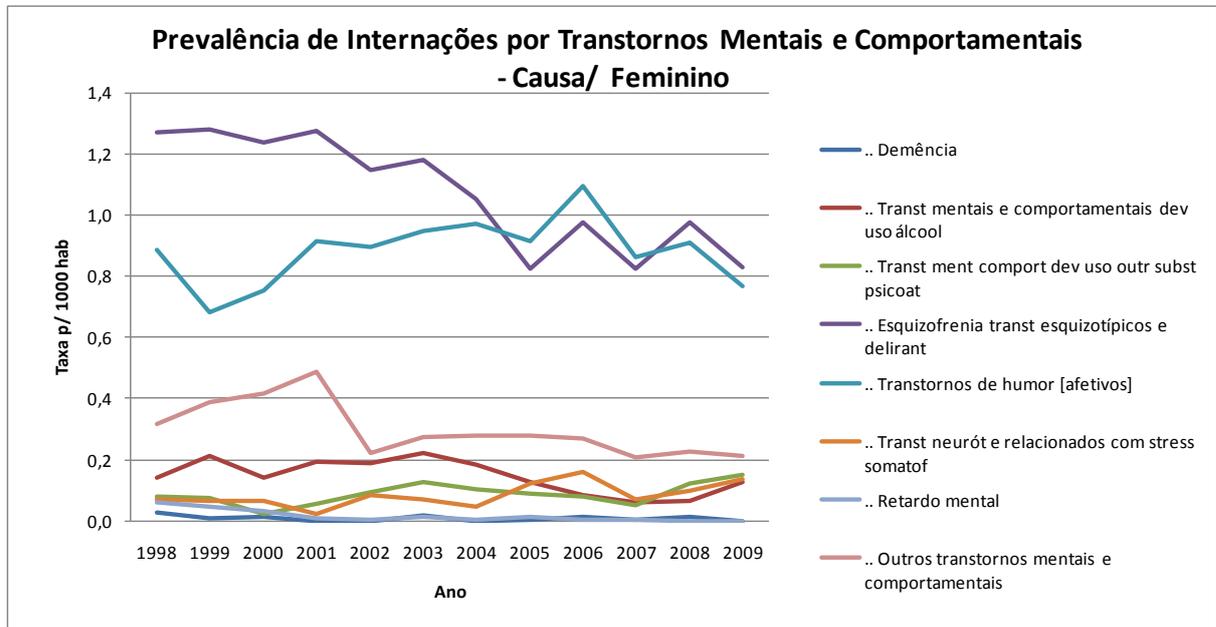
Fonte: SIH e IBGE

#### 4.8 PREVALÊNCIA DE INTERNAÇÕES DO SUS POR CAUSA NO SEXO FEMININO

Em relação às internações por causa no sexo feminino, conforme ilustra a figura 8, percebe-se que os TMC devido à esquizofrenia e transtornos esquizotípicos e delirantes e transtornos de humos (afetivos) são responsáveis por uma alta taxa de prevalência de internações, sendo que o primeiro respondeu por uma taxa de 1,3 internações por 1000

habitantes, nos anos de 1998, 1999 e 2001, e os transtornos de humor afetivos foram responsáveis por uma taxa de 1,1 internações por 1000 habitantes, no ano de 2006.

Figura 8 - Prevalência de internações por TMC por causa no sexo feminino



Fonte: SIH e IBGE

Quando se analisa a média, conforme ilustra a tabela 8, pode-se observar que as maiores estiveram relacionadas aos transtornos de humor e afetivos (0,9 por 1.000 habitantes) e à esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes (1,1 por 1.000 habitantes).

Tabela 8 - Prevalência de internações por TMC por causa no sexo feminino/Média

Lista Morb CID-10	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Média	DP
.. Demência	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
.. Transt mentais e comp dev uso álcool	0,1	0,2	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
.. Transt ment comport dev uso outr subst psicoat	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,2	0,1	0,0
.. Esquizofrenia transt esquizotípicos e delirant	1,3	1,3	1,2	1,3	1,1	1,2	1,1	0,8	1,0	0,8	1,0	0,8	1,1	0,2
.. Transtornos de humor [afetivos]	0,9	0,7	0,8	0,9	0,9	0,9	1,0	0,9	1,1	0,9	0,9	0,8	0,9	0,1
.. Transt neurót e relacionados com stress somatof	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0
.. Retardo mental	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
.. Outros transtornos mentais e comportamentais	0,3	0,4	0,4	0,5	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,3	0,1
05 Transtornos mentais e comportamentais	2,8	2,8	2,7	3,0	2,6	2,9	2,6	2,4	2,7	2,1	2,4	2,2	2,6	0,3

Fonte: SIH e IBGE

## 5 CONCLUSÃO

Os transtornos mentais e comportamentais podem ser considerados atualmente como um verdadeiro problema sanitário, econômico e social, visto que acometem um grande número de indivíduos ao redor do mundo, gerando prejuízos não só ao paciente, mas também à sociedade em geral.

Com os resultados apresentados nesta pesquisa, constata-se quanto à prevalência de internações do SUS por TMC por município, a cidade de Criciúma apresentou as maiores taxas, seguida por Lauro Muller. Dentre os municípios analisados, percebeu-se que Morro da Fumaça é o município onde ocorreram as menores taxas de internações nos anos de estudo.

Em relação as microrregiões, constatou-se que Criciúma possui as maiores taxas, seguida pela microrregião de Florianópolis e de Campos de Lages.

Sobre as faixas etárias, nosso estudo revelou que as maiores taxas ocorreram na população cuja idade esteve relacionada ao período de maior produtividade no trabalho, entre 40 e 49 anos e 30 e 39 anos.

Outra variável analisada foi o gênero cujo resultado mostrou que o sexo masculino apresentou mais que o dobro da taxa do feminino (numa relação 2:1), estatística que conflita com alguns estudos de base populacional que demonstraram que fora a dependência ao cigarro, as mulheres tem um risco 1,5 vez maior que os homens de sofrer um transtorno mental durante a vida. Porém, essa maior prevalência no sexo masculino pode ser explicada pelo fato de que as mulheres procuram mais os serviços de saúde, enquanto que os homens esperam o avanço da doença, para só então buscar ajuda.

Quanto às causas, os transtornos devido o uso de álcool, e esquizofrenia e outros transtornos esquizotípicos e delirantes responderam pelas maiores médias de dias de internação (1,4 por 1000 habitantes).

A partir dos dados relacionados à média de dias permanência por município, é possível concluir que Criciúma e Lauro Muller apresentaram as maiores taxas de prevalência de internações, 39,1 e 47,4 por 1000 habitantes, respectivamente.

A prevalência de internações por causa no sexo masculino apresentou destaque nos transtornos devido o uso de álcool, seguido pela esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes. Já no sexo feminino, tanto a esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes, quanto os transtornos de humor e afetivos tiveram as maiores taxas.

A partir dos dados apresentados e analisados, a população predominante do estudo foi composta por homens residentes em Criciúma, com idade de maior produção social e profissional.

Esse estudo poderá ser utilizado como indicativo para o direcionamento no sentido de buscar a promoção de saúde mental e prevenção dos distúrbios psiquiátricos, para o planejamento de serviços, podendo assim diminuir os custos sociais e econômicos, visto que gastos com psiquiatria atualmente representam a segunda fonte de despesa com internações hospitalares no Brasil. No entanto, por se tratar de um estudo ecológico, futuras pesquisas devem investigar as causas que resultaram nas estatísticas apresentadas nesta pesquisa.

## REFERÊNCIAS

- ADAMOLI, Angélica Nickel; AZEVEDO, Mario Renato. Padrões de atividade física de pessoas com transtornos mentais e de comportamento. **Ciência & Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, fev. 2009.
- ANDRADE, Laura Helena S. G. de; VIANA, Maria Carmen; SILVEIRA, Camila Magalhães. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, 2006.
- ANSEMI, Luciana et al. Prevalência e determinantes precoces dos transtornos mentais comuns na coorte de nascimentos de 1982, Pelotas, RS. **Revista de Saúde Pública**. v. 42, n. 2, p. 26-33, 2006.
- BERKE J.; HYMAN S.. Addiction, dopamine, and the molecular mechanisms of memory. **Neuron**. v.25, n.3 p.515–532, mar.2000.
- BRASIL, Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar**: manual técnico. 2. ed. Rio de Janeiro: ANS, 2007. 168 p.
- CORDIOLI, Aristides, V. **Psicofármacos nos transtornos mentais**. Disponível em: <[http://www.ufrgs.br/psiq/Caballo%206\\_8.pdf](http://www.ufrgs.br/psiq/Caballo%206_8.pdf)>. Acesso em: 10 out. 2010.
- EPIDEMIOLOGIA e Serviços de Saúde. **Revista do Sistema Único de Saúde do Brasil**. Brasília, v. 16 , n. 2, abr/jun, 2007.
- FONSECA, Maria L. G.; Guimarães, Maria B. L.; Vasconcelos, Eduardo M. Sofrimento difuso e transtornos mentais comuns: uma revisão bibliográfica. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, v. 11, n. 3, p. 285-294, jul./set. 2008.
- GELDER, Michael G.; MAYOU, Richard; GEDDES, John. **Psiquiatria**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. 309 p.
- HOLMES, David S. **Psicologia dos transtornos mentais**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.
- LIEB, Lehrbuch klinische. **Psychologie**: Psychotherapie. In: Meinrad Perrez & Urs Baumann. cap. 6, 2005.
- LUDERMIR, Ana B. Desigualdades de Classe e Gênero e Saúde Mental nas Cidades. Physis: **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18. n.3. p. 451-467, 2008.
- MARAGNO, Luciana et al . Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, ago. 2006.
- MEDEIROS, Emilene Nóbrega. **Prevalência dos Transtornos Mentais e Perfil Sócio - Econômico dos Usuários atendidos nos Serviços de Saúde em municípios paraibanos**.

2005.109p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

MIRANDA, Christiane Albuquerque de, TARASCONI, Carla Ventura; SCORTEGAGNA, Silvana Alba. Estudo epidêmico dos transtornos mentais. **Avaliação Psicológica**, Porto Alegre, ago. 2008.

MIRANDA, Francisco N. et al . Saúde mental, trabalho e aposentadoria: focalizando a alienação mental. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.62, n.5, out. 2009.

PORCU, M. et al. Prevalência dos transtornos mentais em pacientes atendidos no ambulatório da residência médica de psiquiatria da Universidade Estadual de Maringá. **Acta Scientiarum Health Science**, Maringá, mar. 2008.

QUEVEDO, João. **Emergências psiquiátricas**. 2. ed Porto Alegre: Artmed, 2008. 440 p.

RAMIRES, Vera R. et al . Fatores de risco e problemas de saúde mental de crianças. **Arquivo Brasileiro de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 61, n. 2, ago. 2009 .

SILVA, Edilaine C. da; COSTA JUNIOR, Moacyr L. da. Transtornos mentais e comportamentais no sistema de informações hospitalares do SUS: perspectivas para a enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, jun. 2006.

SILVA, Leonardo et al. Fatores associados ao consumo de álcool e drogas entre estudantes universitários. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.40, n.2, abr. 2006 .

SOEIRO, Rachel E. et al. Religião e transtornos mentais em pacientes internados em um hospital geral universitário. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.4, p. 793-799, abr, 2008.

TENG, Chei; HUMES, Eduardo de C.; DEMÉTRIO, Frederico N. Depressão e comorbidades clínicas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo v. 32, n.3, p. 149-159, 2005.

TUONO, Vanessa Luiza et al. Transtornos mentais e comportamentais nas mortes de mulheres em idade fértil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, São Paulo, abr./jun. 2007.

WHO-World Health Organization. **Relatório Sobre a Saúde no Mundo 2001**: Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Organização Panamericana da Saúde, Organização Mundial de Saúde – ONU, Genebra: World Health Report, 2001.