



**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE (UNESC)  
PRÓ-REITORIA ACADÊMICA (PROACAD)  
DIRETORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (PPGSCoI)  
[MESTRADO PROFISSIONAL]**

**RAFAEL SANTOS DE MOURA**

**FATORES ASSOCIADOS AO TEMPO DE PERMANÊNCIA DE INTERNAÇÕES  
PSIQUIÁTRICAS NO ESTADO DE SANTA CATARINA**

**CRICIÚMA**

**2022**

**RAFAEL SANTOS DE MOURA**

**FATORES ASSOCIADOS AO TEMPO DE PERMANÊNCIA DE INTERNAÇÕES  
PSIQUIÁTRICAS NO ESTADO DE SANTA CATARINA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Lisiane Tuon  
Coorientador: Prof. Dr. Thiago Rocha Fabris

**CRICIÚMA**

**2022**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

M929f Moura, Rafael Santos de.

Fatores associados ao tempo de permanência de internações psiquiátricas no estado de Santa Catarina / Rafael Santos de Moura. - 2022.

60 p. : il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Criciúma, 2022.

Orientação: Lisiane Tuon.

Coorientação: Thiago Rocha Fabris.

1. Assistência à saúde mental - Santa Catarina. 2. Gastos públicos com saúde. 3. Economia e organizações de saúde. 4. Serviços de saúde mental. 5. Hospitais psiquiátricos. 6. Tratamento psiquiátrico involuntário. I. Título.

CDD 23. ed. 362.22

Bibliotecária Eliziane de Lucca Alosilla - CRB 14/1101  
Biblioteca Central Prof. Eurico Back - UNESC

**RAFAEL SANTOS DE MOURA**

**FATORES ASSOCIADOS AO TEMPO DE PERMANÊNCIA DE INTERNAÇÕES  
PSIQUIÁTRICAS NO ESTADO DE SANTA CATARINA**

Esta dissertação foi julgada e aprovada para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) da Universidade do Extremo Sul Catarinense.

Criciúma, 08 de dezembro de 2022.

**BANCA EXAMINADORA**

**Prof<sup>ª</sup>. Lisiane Tuon  
Doutora – Orientadora  
Presidente**

**Prof(a). Melissa Watanabe  
Doutora – UNESC/PPGDS  
Membro externo**

**Prof<sup>ª</sup>. Fernanda de Oliveira Meller  
Doutora – UNESC/PPGSCol  
Membro interno**

### **Folha Informativa**

As referências da dissertação foram elaboradas seguindo o estilo ABNT e as citações pelo sistema de chamada autor/data da ABNT.  
Este trabalho foi realizado com dados secundários do DATASUS, IBGE e SICONF.

Aos meus Familiares.

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus orixás que me fortalecem no dia a dia, me dando força e confiança.

Aos meus pais e irmã, por todo o suporte durante toda a minha vida. Por todas as batalhas vencidas, agradeço a perseverança e amor de vocês para comigo, por acreditarem na minha vida no momento mais difícil (infância).

Aos meus professores que de alguma forma contribuíram para que eu seguisse na busca por conhecimento e pelas trocas de experiências.

A minha orientadora e co-orientador pela disponibilidade, pelas orientações, aprendizagem nesses dois últimos anos. Por proporcionarem experiências em espaços de conhecimento que até então desconhecidos, e pelas oportunidades para enriquecer a minha trajetória acadêmica e profissional.

As minhas amigas de mestrado/residência que me deram suporte nos momentos em que pensei em desistir e com palavras de motivação, confiança e divertimento me fizeram seguir em frente.

Aos colegas de trabalho que forneceram conhecimento prático, contribuindo para o despertar e aproximação com a saúde mental.

Ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva e Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da UNESC por me proporcionar ótimos momentos de troca, por colocarem pessoas incríveis no meu caminho que levo e levarei para sempre.

A Universidade do Extremo Sul Catarinense e a Prefeitura Municipal de Criciúma por proporcionarem todas as experiências enriquecedoras no Sistema Único de Saúde.

Ao meu companheiro de vida por sempre me incentivar a seguir com o mestrado, por estar junto nos momentos bons e nos ruins.

“Quero a certeza dos loucos que brilham. Pois se o louco persistir na sua loucura, acabará sábio.”

Raul Seixas

## RESUMO

**Introdução:** A internação psiquiátrica vem provocando importantes reflexões e debates no campo da saúde mental, acendendo discussões nas mais diferentes abordagens e compreensão do cuidado com a saúde daqueles que estão em sofrimento psíquico. Em pouco mais de dez anos, o Brasil reduziu milhares de leitos psiquiátricos, cerca de 18.500 entre 2001 e 2009, implementando centenas de serviços comunitários, de forma distinta entre as regiões brasileiras, a fim de dar suporte aos egressos dessas internações. **Objetivo:** Analisar os fatores que influenciam no tempo de permanência em internações psiquiátricas no estado de Santa Catarina no período de 2008 a 2019. **Metodologia:** Trata-se de um estudo ecológico, com dados das internações hospitalares psiquiátricas ocorridas no estado de Santa Catarina, coletados através da plataforma de dados governamentais DATASUS, onde foram extraídos os dados de valor total de internações aprovadas no Sistemas de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde, nº de estabelecimentos (Centro de Atenção Psicossocial - CAPS, Unidades de Pronto Atendimento - UPA e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU) no estado de SC dessas internações disponíveis na plataforma. Utilizou-se a abordagem de dados em painel, com efeito aleatório, sendo a amostra composta por todos os municípios das 06 (seis) mesorregiões de Santa Catarina. **Resultados:** Após análise dos dados, entendeu-se que o tempo de permanência em leitos psiquiátricos tendem a reduzir cerca de 0,09 (IC95% -0,19 0,01) e 0,11 (IC95% -0,24 0,01) quando o município apresenta em sua composição unidades de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, e Unidade de Pronto Atendimento, respectivamente. Já em relação à influência dos Centros de Atenção Psicossocial no tempo de permanência em internações psiquiátricas, observou-se que tende a aumentar esse tempo em cerca de 0,02% (IC95% -0,09 0,12), não apresentando significância estatística. Os únicos fatores que apresentaram influência significativa no tempo de permanência em leitos psiquiátricos, foi o Valor por Internação Hospitalar Aprovada (0,51 IC95% 0,38 0,63 ) e Produto Interno Bruto per capita (-0,22 IC95% -0,33 -0,11) dos municípios. No que se refere as mesorregiões de Santa Catarina, as Serrana e Grande Florianópolis apresentam aumento de 0,26% (IC95% -0,06 0,58) e 0,18% (IC95% -0,21 0,56) respectivamente, em comparação a mesorregião do Vale do Itajaí. A única mesorregião que apresentou redução em comparação ao Vale do Itajaí foi a do Oeste com -0,07 (IC95% -0,28 0,15). **Conclusão:** A internação psiquiátrica é um recurso necessário nos momentos de crise, sendo uma das formas de auxiliar no tratamento de pessoas com transtornos mentais graves. Pudemos verificar alguns fatores que podem influenciar no tempo de permanência em leitos psiquiátricos, sendo eles a composição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a influência do Valor de Internação Hospitalar Aprovada (AIH) e Produto Interno Bruto (PIB) per capita dos municípios de Santa Catarina, foram os únicos fatores que impactam significativamente no tempo de permanência em internação psiquiátrica, . Possibilitando assim que gestores consigam realizar nas mesorregiões uma melhor avaliação dos serviços e da gestão em saúde mental no âmbito estadual, regional e municipal.

**Palavras-chave:** Saúde Mental; Gastos Públicos; Economia da Saúde.

## ABSTRACT

**Introduction:** Psychiatric hospitalization has provoked important reflections and debates in the field of mental health, sparking discussions in the most different approaches and understanding of health care for those who are in psychological distress. In a little over ten years, Brazil has reduced thousands of psychiatric beds, about 18,500 between 2001 and 2009, implementing hundreds of community services, differently among the Brazilian regions, in order to support the egresses from these hospitalizations. **Objective:** To analyze the factors that influence the length of stay in psychiatric hospitalizations in the state of Santa Catarina in the period from 2008 to 2019. **Methodology:** This is an ecological study, with data from psychiatric hospital admissions in the state of Santa Catarina, collected through the government data platform DATASUS, where data were extracted on the total value of admissions approved in the Unified Health System Hospital Information System, number of facilities (Psychosocial Care Center - CAPS, Emergency Care Units - UPA and Mobile Emergency Care Service - SAMU) in the state of SC from these admissions available on the platform. The panel data approach was used, with random effect, and the sample was composed of all municipalities of the 06 (six) mesoregions of Santa Catarina. **Results:** After data analysis, it was understood that the length of stay in psychiatric beds tends to reduce about 0.09 (95%CI -0.19 0.01) and 0.11 (95%CI -0.24 0.01) when the municipality presents in its composition Mobile Emergency Care Service units, and Emergency Care Unit, respectively. Regarding the influence of Psychosocial Care Centers in the length of stay in psychiatric hospitalizations, it was observed that it tends to increase this time by about 0.02% (95%CI -0.09 0.12), with no statistical significance. The only factors that had significant influence on the length of stay in psychiatric beds was the Value per Approved Hospital Admission (0.51 95%CI 0.38 0.63) and Gross Domestic Product per capita (-0.22 95%CI -0.33 -0.11) of the municipalities. As for the mesoregions of Santa Catarina, the Serrana and Greater Florianópolis increased by 0.26% (95%CI -0.06 0.58) and 0.18% (95%CI -0.21 0.56), respectively, compared to the Vale do Itajaí mesoregion. The only mesoregion that showed a reduction compared to Vale do Itajaí was the Oeste with -0.07 (95%CI -0.28 0.15). **Conclusion:** Psychiatric hospitalization is a necessary resource in moments of crisis, being one of the ways to help in the treatment of people with severe mental disorders. We could verify some factors that may influence the length of stay in psychiatric beds, and they were the composition of the Psychosocial Care Network (RAPS), the influence of the Value of Approved Hospital Admission (AIH) and Gross Domestic Product (GDP) per capita of the municipalities of Santa Catarina, which were the only factors that significantly impact the length of stay in psychiatric hospitalization. Thus, making it possible for managers to perform a better evaluation of mental health services and management at the state, regional and municipal levels in the mesoregions.

**Keywords:** Mental Health; Public Spending; Health Economics.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Componentes da Rede de Atenção Psicossocial	26
Figura 2: Divisão do Estado em 06 (seis) mesorregiões que abarcam as 17 (dezessete) Regiões de saúde.	29
Figura 3 - Distribuição dos CAPS, Hospital Psiquiátrico e Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral no estado de Santa Catarina.	31

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Modalidades de Centro de Atenção Psicossocial - caps e suas características 26

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Média e desvio padrão das variáveis independentes estudadas de acordo com as mesorregiões do estado de SC, no período de 2008 a 2019. 43

Tabela 2 - Regressão de dados em painel dos fatores que influenciam no tempo de permanência em mesorregiões, no período de 2008 a 2019. 45

## **LISTA DE APÊNDICES**

**APÊNDICE A** – Instrumento de coleta de dados (Fluxograma)

59

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ARR	Risco Relativo Ajustado
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Brasil
COI	Cost of Illness
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema único de Saúde
EUA	Estados Unidos da América
LCSM	Linha de Cuidado em Saúde Mental
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
NOAS	Norma de Organização da Assistência à Saúde
NOB	Normas Operacionais Básicas
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PRH	Programa Anual de Reestruturação da Atenção Hospitalar do SUS
PRI	Planejamento Regional Integrado
PSF	Programa de Saúde da Família
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RDQA	Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior
RIS	Regiões Interestaduais de Saúde
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira
SAMU	Serviço de Atendimento Móveis de Urgência
SICONFI	Sistema de Informações Contábeis e Fiscais do Setor Público Brasileiro
SIH/SUS	Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SUS	Sistema Único de Saúde
UAis	Unidades de Acolhimento
UNESC	Universidade do Extremo Sul Catarinense

UPA      Unidade de Pronto Atendimento  
VSL      Value of a Statistical Life

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>19</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b>	<b>21</b>
2.1 O SURGIMENTO DE UM NOVO MODELO DE SAÚDE	21
2.1.1 A DESCENTRALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE EM SANTA CATARINA	<b>26</b>
2.1.1.1 OS TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS NO SUS	28
<b>3 JUSTIFICATIVA</b>	<b>35</b>
<b>4 OBJETIVOS</b>	<b>36</b>
4.1 OBJETIVO GERAL	36
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	36
<b>5 HIPÓTESES</b>	<b>37</b>
<b>6 MÉTODOS</b>	<b>38</b>
6.1 DESENHO DO ESTUDO	38
6.2 LOCAL DO ESTUDO	38
6.3 POPULAÇÃO EM ESTUDO	38
6.3.1 Critérios de Inclusão	39
6.3.2 Critérios de Exclusão	39
6.4 VARIÁVEIS	39
6.4.1 Dependente	39
6.4.2 Independentes	39
6.5 COLETA DE DADOS	40
6.5.1 Procedimentos e logística	40
6.5.2 Instrumento(s) para coleta dos dados	40
6.6 Análise Estatística	40
6.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	41
6.7.1 Riscos e benefícios	42
<b>7 RESULTADOS</b>	<b>43</b>
<b>8 DISCUSSÃO</b>	<b>47</b>

<b>8 CONCLUSÃO</b>	<b>50</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>51</b>
APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados (Fluxograma)	<b>59</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A internação psiquiátrica tornou-se uma temática que vem provocando importantes reflexões e debates no campo da saúde mental, acendendo discussões nas mais diferentes abordagens e compreensão do cuidado com a saúde daqueles que estão em sofrimento psíquico (BRASIL, 2005).

A atenção à saúde mental começou a ser discutida na década de 1960, na Europa, sendo somente em 1980 que a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) passou a se constituir (BORGES, 2008). Indo ao encontro com as movimentações realizadas por outros países pela superação da violência asilar, a Reforma Psiquiátrica Brasileira — (RPB) vem como um complexo processo político e social, durante a crise do modelo de assistência focada no hospital psiquiátrico (BRASIL, 2001).

Conceituada pela Organização Mundial de Saúde - OMS (2014) , a saúde mental é entendida como o estado de bem-estar onde o indivíduo consegue se utilizar das suas próprias habilidades, recuperar-se da rotina estressante, ser produtivo, além de contribuir com a sua comunidade. Já os transtornos mentais, prejudicam a qualidade de vida dos indivíduos, diminuindo o estado de bem-estar.

A psiquiatria, por sua vez, é entendida como um ramo da medicina que possui formação profunda na identificação dos processos orgânicos que caracterizam os transtornos mentais, além de, acompanhar os pacientes e prescrever medicamentos capazes de estabilizar e até mesmo reverter quadros graves e complexos (GONÇALVES, 2020).

Em pouco mais de dez anos, o Brasil reduziu milhares de leitos psiquiátricos, cerca de 18.500 entre 2001 e 2009, chegando a implantar centenas de serviços comunitários, de forma distinta entre as regiões brasileiras (BRASIL, 2011; OMS, 2007). Essa redução se deu, também, decorrente do Programa Anual de Reestruturação da Atenção Hospitalar do Sistema Único de Saúde - PRH, em 2004, pactuado entre gestores municipais e estaduais, hospitais e controle social (BRASIL, 2005).

Com isto, torna-se imprescindível pensar a relação destes acontecimentos relacionados a economia, tendo em vista a complexidade e o impacto financeiro das internações hospitalares no Sistema Único de Saúde (SUS),

os investimentos em internações psiquiátricas têm-se reduzido, enquanto os gastos com serviços extra-hospitalares, direcionados a expansão da Rede de Atenção Psicossocial não apresenta um crescimento compensatório (TRAPÉ E CAMPOS, 2017). Indo ao encontro com o atual subfinanciamento do sistema de saúde e de necessidade imediata de ampliação de fontes de receitas permanentes para a sustentação do SUS (FUNCIA, 2019).

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 O SURGIMENTO DE UM NOVO MODELO DE SAÚDE

Na busca por mudança nas formas de cuidado das pessoas com transtorno mental, as articulações feitas pelos movimentos sociais contribuíram para o surgimento do primeiro suporte legal federal relevante. O Projeto de Lei nº 3.657/89 estimulava a gradativa extinção das instituições manicomiais e sua substituição por outros dispositivos assistenciais, além de dispor sobre a regulamentação da internação psiquiátrica compulsória (BRASIL, 1989).

O estado do Rio Grande do Sul foi pioneiro no país ao promulgar a Lei Estadual 9.716 de 07 de agosto de 1992 (RIO GRANDE DO SUL, 1992), determinando as substituições gradativas dos números de leitos em hospitais psiquiátricos por redes de atenção integral em saúde mental, assim, legitimando a política da reforma psiquiátrica (KANTORSKI et al., 2010). Mas foi a Lei Federal 10.216, de 06 de abril de 2001 (BRASIL, 2004), considerada um marco político da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), que dispôs sobre a proteção e direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais como, também, o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental.

O movimento da RPB organiza-se a partir da assistência fornecida pelos serviços de saúde mental e das redes sociais. Sendo as redes conceituadas através de laços, interligadas a um sistema social que conectam as pessoas, grupos e organizações sociais. Tendo, no conceito sociológico, a busca em priorizar a vida cotidiana como espaço estratégico para articulação política e institucional das comunidades e grupos sociais (MARTINS E FONTES, 2008).

Na busca por reduzir as internações psiquiátricas, diversos equipamentos de cuidado em saúde mental surgiram, dentre eles, os Núcleos e Centros de Atenção Psicossocial (NAPS e CAPS), sendo esses oficializados através da Portaria GM/MS nº 224, de 29 de janeiro de 1992 (BRASIL, 1994)<sup>1</sup>. Em 2000, a designação

---

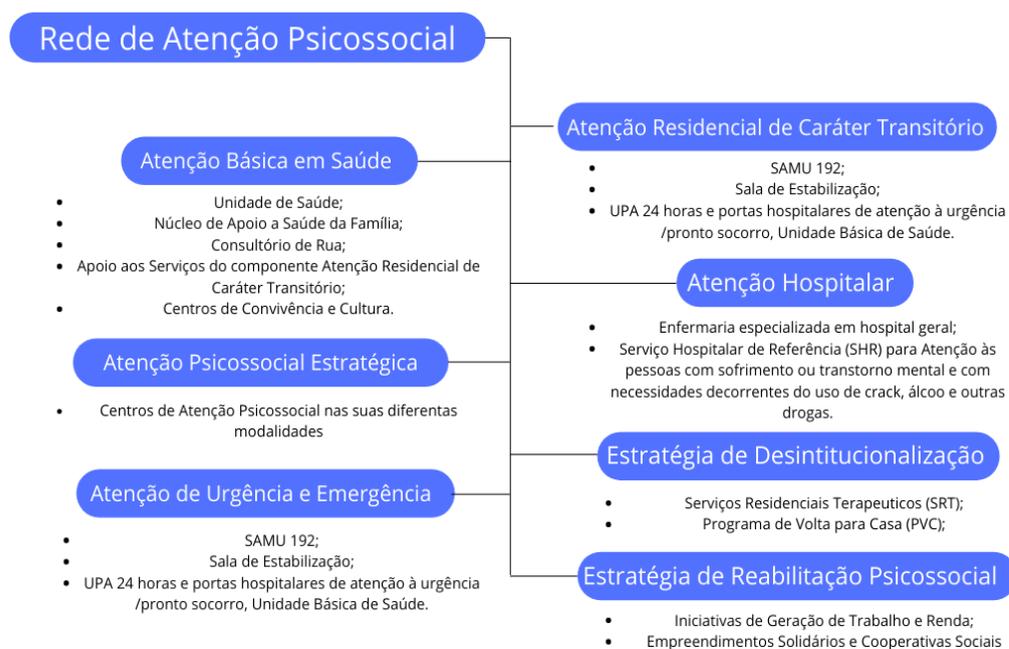
<sup>1</sup> Parcialmente alterada pela Portaria MS nº 147, de 25 de agosto de 1994.

NAPS é excluída da legislação, utilizando-se apenas a expressão CAPS. A Portaria nº336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, definiu os CAPS como “unidades que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional” (BRASIL, 2004, p. 12).

Considerados dispositivos que mais representam a RPB, os CAPS apresentam uma formatação que os diferenciam do manicômio, seja pela qualidade de suas respostas e/ou dependência de toda a rede (MIRANDA;OLIVEIRA;SANTOS, 2014). Objetiva um cuidado para pessoas com transtornos mentais, de forma regionalizada, buscando organizar a rede de serviço de saúde mental, construir projetos terapêuticos singulares, realizar o matriciamento sobre saúde mental à Atenção Básica de Saúde, unidades hospitalares e outros serviços de saúde (BRASIL, 2004). Além de ter como prioridade a reabilitação e a reinserção do portador de transtorno mental à sociedade, proporciona também possibilidades de acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis como, também, do fortalecimento dos laços familiares (LUZIO E YASUI, 2010).

É importante destacar que não é exclusividade dos CAPS o cuidado em saúde mental, tendo em vista que, esses são apenas um dispositivo que compõe uma ampla Rede de Atenção Psicossocial - RAPS. Está instituída através da Portaria n. 3088/2011 (BRASIL, 2011b), e posteriormente incorporada pela Portaria de Consolidação de GM/MS nº 2/2017 (Brasil, 2017), a RAPS tem como foco a ampliação do cuidado e atenção psicossocial das pessoas com transtornos mentais e que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas e suas famílias aos serviços de atenção da rede, qualificando o cuidado através do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

A RAPS é composta por dispositivos públicos que fazem parte do SUS, a qual estão apresentados na Figura 1:

**FIGURA 1: COMPONENTES DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Fonte: Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011).

No Brasil, a RAPS conta atualmente com 791 Residenciais Terapêuticos, 68 Unidades de acolhimento - adulto e infantojuvenil, 1.785 leitos de saúde mental em hospitais gerais, 13.851 leitos em hospitais psiquiátricos, 50 equipes multiprofissionais de atenção especializada em saúde mental e 144 Consultórios na Rua (PAGNO, 2020).

### 2.1.1 A DESCENTRALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE EM SANTA CATARINA

Apresentando um sistema federativo constituído por três esferas de governo autônomas (a União, 26 estados e o Distrito Federal e 5.570 municípios), o Brasil está de acordo com os países marcados pela heterogeneidade e pelo respeito

aos valores democráticos em situações de acentuada diferenciação política, econômica, cultural, religiosa e/ou social. Nesse contexto é complexo a implementação de políticas sociais que abranjam o território nacional por completo, especialmente quando a diversidade diz respeito à marcante desigualdade e exclusão social (REIS, SÓTER, FURTADO E PEREIRA, 2017).

Diante disso, as Leis 8080 e 8142, de 1990, as Normas Operacionais Básicas (NOB) editadas na década de 90 (NOB 01/91, 01/92, 01/93 e 01/96) e a Norma de Organização da Assistência à Saúde (NOAS) (2001 e 2002) foram fundamentais para a consolidação das diretrizes da descentralização e regionalização, regulando aspectos da divisão de responsabilidades, relações entre gestores e critérios de transferência de recursos federais para estados e municípios (LEVCOVITZ, LIMA E MACHADO, 2001).

Com o Pacto pela Saúde (2006) a regionalização obteve destaque como estratégia essencial para consolidar o SUS, responsabilizando as três esferas de governo em coordenar o processo de configuração do desenho de atenção à saúde, nas relações intermunicipais, com a participação dos municípios da região. Além de realinhar o conceito de espaço regional, compreendendo-o como de não exclusiva de jurisdição de nenhuma das esferas de governo (BRASIL, 2006).

O Brasil possui em seu território cerca de 440 regiões de saúde instituídas (REIS et al., 2017), tendo sua organização federativa compartilhada entre os três poderes da União, estados e municípios (AIKES E RIZZOTTO, 2018). As Regiões Interestaduais de Saúde (RIS) são espaços complexos, e não estão em posição centralizada na política de regionalização do SUS, isso ocorre pela ausência de normativas para sua regulamentação em âmbito nacional (BRASIL, 2013) e métodos que viabilizem a gestão interestadual no sistema de saúde (BRASIL, 2011).

Pactuadas no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), as Resoluções de nº 23/2017 e nº 37/2018 estabelecem diretrizes e critérios para a Regionalização e o Planejamento Regional Integrado (PRI) do SUS, onde visam organizar a Rede de Atenção à Saúde (RAS). Essa objetiva promover a integração sistêmica, de serviços e ações de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, humanizada e responsável, bem como aprimorar o desempenho do

Sistema, no que diz respeito ao acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária, além de, eficiência econômica (BRASIL, 2010).

De acordo com a Resolução CIT nº 37, de 22 de março de 2018, a participação da União no processo de instituição da PRI será decidida e coordenada pelo estado articulado com os municípios, partindo da configuração das regiões de saúde definidas na Comissão Intergestora Bipartite (CIB) (BRASIL, 2018).

No que se refere à competência comuns de cada esfera, cabe a União acompanhar, avaliar e divulgar o nível de saúde da população, administrar recursos orçamentários e financeira, além de estabelecer padrões e mecanismos de controle e avaliação dos serviços de saúde; aos Estados cabe organizar e coordenar sistemas de informação, elaborar e atualizar os planos de saúde, Relatório de Gestão, Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA) e Programação Anual de Saúde (PAS), como também elaborar normas para regular as atividades dos serviços privados de saúde. Já os municípios, fomentam, coordenam e executam programas e projetos estratégicos, e elaboram propostas orçamentárias (inciso X da Lei nº8.080, de 1990) (BRASIL, 1990; BRASIL, 2016).

O estado de SC tem o seu território dividido em 06 mesorregiões, conforme está apresentado na Figura 2:

**FIGURA 2:** DIVISÃO DO ESTADO EM 06 MESORREGIÕES QUE ABARCAM AS 17 REGIÕES DE SAÚDE.



Fonte: Suportegeografico77

Em SC, o Plano Estadual de Saúde 2020 - 2023 vem como um dos instrumentos de gestão do SUS, de caráter central no que diz respeito ao planejamento para definir e implementar as prioridades no âmbito do SUS, apresentando as necessidades de saúde da população e a individualidade de cada área geográfica, configurando-se como base para execução, acompanhamento e avaliação da gestão do Sistema de Saúde (SANTA CATARINA, 2019).

Ainda de acordo com o plano de SC, uma das metas programada até 2023 está no indicador de número de macrorregião com implantação/implementação da Linha de Cuidado em Saúde Mental (LCSM), visa ter 01 macrorregião em 2020 e 02 macrorregiões nos demais anos com implantação da LCSM ao ano, até 2023 (SANTA CATARINA, 2019).

O Ministério da Saúde destinou ao estado de Santa Catarina cerca de R\$3,4 milhões, instituída a Portaria nº 3.350, de 28 de setembro de 2020, para realizar a ampliação dos serviços de saúde mental do estado durante o período da Covid-19, sendo distribuídos aos 78 municípios que possuem uma ou mais modalidades de CAPS, sendo ao todo 104 CAPS ativos no estado (PAGNO, 2020).

No território catarinense pode-se encontrar as 06 (seis) modalidades de CAPS, conforme mostra o Quadro 1.

**QUADRO 1 - MODALIDADES DE CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS E SUAS CARACTERÍSTICAS**

<b>Modalidade</b>	<b>Público-alvo</b>	<b>Faixa etária</b>	<b>Porte populacional do município</b>	<b>Possui Leito (n)</b>
<b>CAPS I</b>	Usuários com Transtornos Mentais Graves e Persistentes (TMGP)	Todas	Mínimo de 15 mil habitantes	Não
<b>CAPS II</b>	Usuários com Transtornos Mentais Graves e Persistentes (TMGP)	Todas	Mínimo de 70 mil habitantes	Não
<b>CAPS III (24 horas)</b>	Usuários com Transtornos Mentais Graves e Persistentes (TMGP)	Todas	Mínimo de 150 mil habitantes	Sim (05)
<b>CAPS II ad</b>	Usuários com transtornos causados pelo uso abusivo de álcool e outras drogas	Adultos	Mínimo de 70 mil habitantes	Não
<b>CAPS III ad (24 horas)</b>	Usuários com TGMP e por uso abusivo de álcool e outras drogas	Todas	Mínimo 150 mil habitantes	Sim (8 a 12)

<b>CAPS i</b>	Crianças e Adolescentes com TMGP, inclusive por uso de substâncias psicoativas	até 18 anos	mínimo de 70 mil habitantes	Não
---------------	--	-------------	-----------------------------	-----

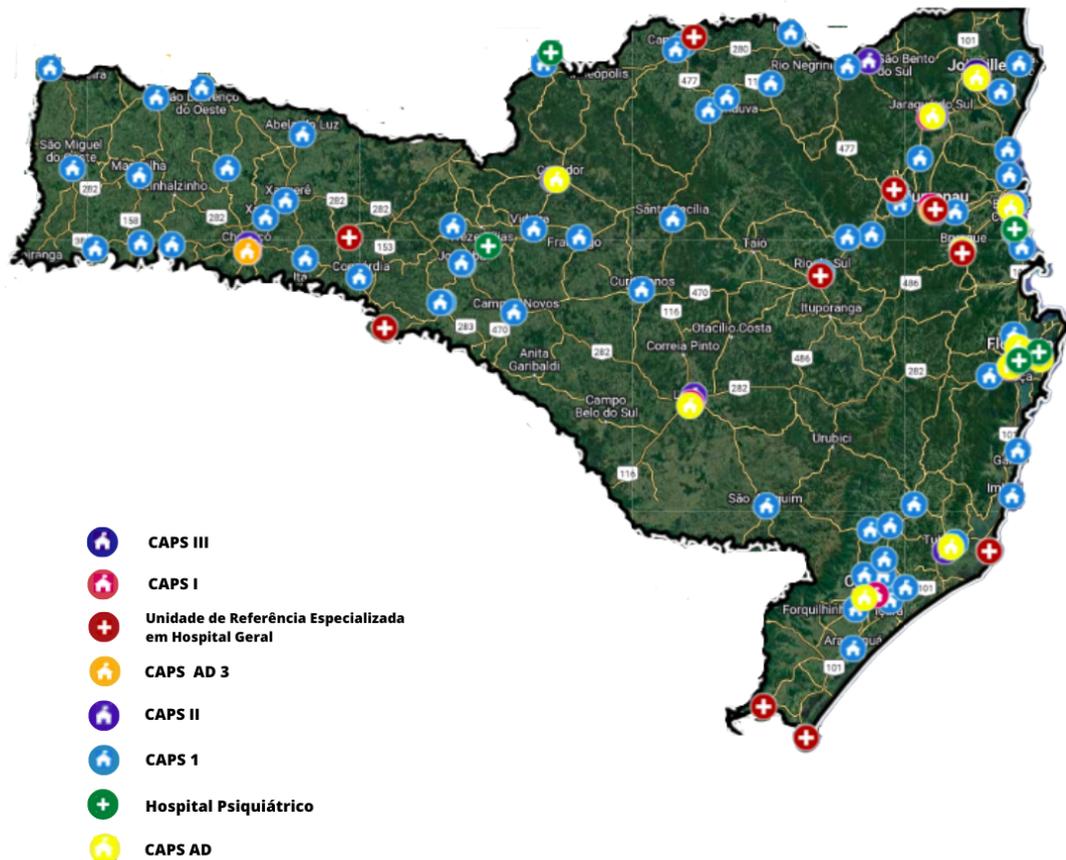
Fonte: BRASIL, 2015.

Em 2017, através da Portaria de Consolidação nº 3 de 2017 (BRASIL, 2017), no anexo V intitulado II-B, instituiu no âmbito do SUS, a Equipe Multiprofissional Especializada em Saúde Mental, objetivando prestar um atendimento multiprofissional, respondendo à necessidade de atendimento especializado, inserindo-se aos demais serviços das redes de atenção à saúde, assegurada nas orientações da Lei federal nº 10.216 de 2001 (BRASIL, 2001).

Esse modelo de equipe vem com a competência de ampliar o acesso à assistência em saúde mental para indivíduos de todas as faixas etárias com transtornos mentais moderados mais prevalentes, como o de humor, dependência química e transtornos de ansiedade, além de, exercerem um papel de referência regional para a assistência ambulatorial especializada em saúde mental, articulando o cuidado com os demais serviços do SUS e Sistema Único de Assistência Social (SUAS), buscando garantir direitos à cidadania, cuidado transdisciplinar e intersetorialidade (BRASIL, 2018). É fundamental entender que o surgimento dessa equipe não visa a substituição dos CAPS.

Na Figura 3, podemos observar a distribuição dos dispositivos de saúde mental (Centro de Atenção Psicossocial, Hospital Psiquiátrico e Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral) no território do estado de SC.

**FIGURA 3 - DISTRIBUIÇÃO DOS CAPS, HOSPITAL PSIQUIÁTRICO E UNIDADE DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADA EM HOSPITAL GERAL NO ESTADO DE SANTA CATARINA.**



Fonte: Google my Maps. Sistematizado pelos autores, 2022.

Podendo observar a distribuição dos dispositivos que se articulam no processo do cuidado em saúde mental, atenção e reabilitação psicossocial no estado de SC.

#### 2.1.1.1 OS TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS NO SUS

A Atenção Básica (AB) tornou-se um eixo estruturante do SUS muito importante, considerando a ampliação do acesso à saúde. Nos mais diversos programas criados e implantados na AB, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991, e o Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994 são considerados marcos históricos enquanto estratégias de ampliação do acesso,

sendo reformuladas e ampliadas no decorrer do ano 2000 (PINTO E GIOVANELLA, 2018).

Estando a AB tensionada pela insuficiência de cobertura populacional, subfinanciamento, desproporção entre oferta, capacidade de atendimento e demanda (SOUZA E COLS, 2008), fez com que o Programa Mais Médico fosse criado em 2013, inicialmente como medida provisória, sendo posteriormente tornando-se Lei de nº 12.871 (BRASIL, 2013a). Com atuação nas comunidades periféricas, quilombolas e indígenas, foi possível um maior suporte de atendimento à demanda aumentando o ritmo de redução das internações sensíveis à AB, avaliações positivas dos usuários, médicos e gestores acerca do serviço prestado (PINTO E COLS, 2017).

A AB está entrelaçada com a RPB, pois há uma preconização do cuidado em liberdade, além da aproximação do indivíduo ao território onde vive como um elemento terapêutico (LANCETTI E AMARANTE, 2012). No estudo de Correia, Barros e Colvero (2011) demonstra a existência de diferenças nas ações de saúde mental na AB, dependendo por muitas vezes, da aproximação e preparação desse profissional para atuar com a saúde mental.

De acordo com os dados da Pesquisa Nacional de Saúde - PNS, realizada pelo IBGE (2019) no que se refere aos diagnósticos de depressão no Brasil, cerca de 10,2% da população brasileira com idade  $\geq$  18 anos possui diagnóstico dado por um profissional especializado, maior do que os índices encontrados em 2013 na mesma pesquisa, onde o percentual de diagnósticos chegou a 7,6% (IBGE, 2013).

Já os resultados do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico - VIGITEL (2022), apontou que a capital de SC, o município de Florianópolis dentre as 27 capitais mais o Distrito Federal, apresentou em 2021, cerca de 17,1% dos diagnósticos de depressão em indivíduos adultos, com idade  $\geq$  18 anos, onde 12,9% são em pessoas do sexo masculino e 20,8% em pessoas do sexo feminino.

Ao pensarmos nas internações em leitos de saúde mental nos Hospitais Gerais, tendo essas surgido a partir da Portaria GM/MS nº 148/2012 (BRASIL, 2012), visando oferecer suporte hospitalar em saúde mental com retaguarda para

internações de curta ou curtíssima duração, o acesso ao leito é regulado a partir dos critérios clínicos, objetivando restabelecer as condições clínicas ou investigações de comorbidades que possam ser responsáveis por agravamento.

Segundo Santos et al. (2022) em um período de 2017 a 2021 foram registrados cerca de 1.069,88 internações por transtornos mentais e comportamentais, nas diversas categoria, onde as regiões Sudeste (38,2%) e Sul (32,7%) apresentaram os maiores índices dessas hospitalizações. Os autores ainda relatam que nos anos de 2020 e 2021, não foram evidenciados acréscimos nas internações, tendo em vista, a baixa procura por atendimento de saúde na pandemia da COVID-19.

O artigo 4º da Lei 10.216/2001 (BRASIL, 2001) determina que para ocorrer uma internação em qualquer de suas modalidades, só será viabilizada quando os recursos extra hospitalares forem insuficientes. Sendo que os pontos de atenção a essas situações incluem Centros de Atenção Psicossocial, Atenção Básica, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, Unidade de Pronto Atendimento, Pronto Socorro e Hospitais Gerais.

Tratando-se da complexidade que é o cuidado em saúde mental, no amplo campo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, é fundamental que profissionais e instituições compreendam que o processo saúde-doença é resultante de processos sociais complexos, onde demandam abordagens interdisciplinar, transdisciplinar e intersetorial (YASUI E COSTA-ROAS, 2008). Onde busca-se transformar o processo de trabalho, as modalidades de gestão e as relações usuário, família, equipes e gestores (NICÁCIO E CAMPOS, 2004).

#### 2.1.1.1.1 ECONOMIA DA SAÚDE

Economia da Saúde visa discutir algumas das controvérsias existentes no setor, uma delas é a relação entre desenvolvimento econômico e níveis de saúde. O Estado muitas vezes desempenha um papel fundamental na explicação da evolução dos níveis de saúde como parte integrante das condições sociais, que podem trazer bons ou maus resultados para a população (PIOLA E VIANNA, p. 5, 1995) . Tendo em vista as situações de crises que exteriorizam e evidenciam através da crise de

acesso, custo e efetividade dos serviços de saúde.

Alguns economistas vêm desenvolvendo estudos a fim de verificar como as variáveis econômicas afetam a saúde mental. Entre alguns trabalhos nesta área destacam-se, dentre eles, o de Mcguire e Frank (2000), que analisaram a relação entre os fatores econômicos e a saúde mental, assim como os estudos de Quidt e Haushofer (2016), que apresentaram uma modelagem ante os impactos da depressão sobre a economia, através de uma base bayesiana simples, onde distingue-se dois tipos de choque, sendo o primeiro “verdadeiro” quando  $\mu \geq A$  e o segundo caso “pessimista”, quando  $\mu < A$ , considerando que o esforço é menor do que é.

Os autores supracitados, reforçam que os choques exógenos negativos (desemprego, baixo salário, pedido de auxílio-desemprego) afetam, de alguma forma, as crenças do sujeito quanto ao ambiente onde se vive, gerando angústia, pessimismo e melancolia, afetando também, o empenho no trabalho. Um cenário de crise econômica tende a impactar a saúde mental dos indivíduos, visto que são apresentadas altas taxas de desemprego e queda da produção e consumo, contribuindo com o aumento dos casos, devido às incertezas e a redução das perspectivas de futuro (VIEIRA, 2016). Segundo Martin-Carrasco et al. (2016), a lacuna de tratamento existente em tempos de crise econômica, se dá pela falta de acessibilidade aos serviços, às medidas de austeridade e a crescente estigmatização de pessoas com transtorno mental.

A saúde é considerada um importante pilar do desenvolvimento econômico devido à sua capacidade de gerar renda e oferecer oportunidades de emprego formal. No Brasil, o setor representou 6,5% do PIB em 2013, enquanto a participação da saúde pública no PIB foi de 2,3% no mesmo ano (Brasil, 2015). Para os países da União Europeia (UE), a saúde representa 9% do PIB do bloco econômico (Quaglio et al., 2013).

Em relação aos deslocamentos adicionais na demanda agregada, ou seja, o Efeito Multiplicador do gasto com saúde no Brasil foi calculado em 1,7, sendo que a cada aumento do gasto em R\$1,00, o aumento esperado do PIB seria de R\$1,70 (ABRAHÃO, MOSTAFA E HERCULANO, 2011). Já em relação aos dados analisados dos 25 países da UE, Estados Unidos e Japão, identificou-se que os

setores de saúde e educação apresentam os maiores multiplicadores fiscais, sendo superior a três (STUCKLER E BASU, 2013).

Pensar a saúde pública como um setor que apresenta efeito negativo sobre a economia, dificulta a discussão acerca dos ajustes fiscais, pois desconsidera o papel da saúde pública é o de promover, prevenir e recuperar a saúde do sujeito, a fim de contribuir para o bem-estar da população (VIEIRA, 2016). Alguns estudos como o de Stucker et al. (2009) concluiu que há relação entre mortalidade e emprego, onde 1% do aumento no desemprego tende a provocar aumento de 0,79% nos casos de mortes por lesões autoprovocadas (suicídio) em pessoas <65 anos de idades.

No estudo realizado pela Escola Pública de Harvard em 2011, foi possível quantificar o quanto os transtornos mentais impactam na economia, tendo em vista a queda de produtividade e perda de funcionalidade laboral dos indivíduos. Foram utilizadas três abordagens, o Custo da Doença (COI) e o Valor da Produção Perdida (EPIC). Ambas em princípio focam as perdas na produção antes dos impostos e diferentes aspectos dos custos de cuidados médicos. O Valor da Vida Estatística (VSL), reflete a boa vontade que uma população tem para pagar para que seja reduzido o risco de deficiência ou morte por Doença não Transmissíveis (DNTs), avaliando o impacto das DNTs sobre o PIB. Já os resultados foram significativos a respeito das doenças não contagiosas, onde os transtornos mentais apresentaram um maior percentual de perda de produto, cerca de 35% de perda no produto mundial (AMARANTE, 2017).

Estima-se que até 2030, os custos da economia mundial voltada para os transtornos mentais, poderão alcançar a quantia de US\$16 trilhões por ano, quando relacionado à perda de produtividade de indivíduos com ansiedade e depressão (FÓRUM MUNDIAL DE ECONOMIA, 2011). De acordo com os achados de Bloom et al. (2011), foi previsto que os custos podem triplicar nos países pobres e ultrapassar o dobro nos países ricos, chegando a US\$2 e US\$4 trilhões respectivamente, caso seja considerado uma constância do grau de prevalência dos transtornos.

Quando se trata de estigma social, Bharadwaj e Suziedelyte (2015), encontraram correlações entre idade, gênero e etnia e a probabilidade de falta de informações sobre possuírem ou não alguma doença mental, fortalecendo o senso

comum de que o estigma funciona como uma barreira no tratamento desses indivíduos. Podendo fatores econômicos, como o desemprego, o consumo intenso e o trabalho excessivo contribuir com um maior prejuízo na saúde mental da sociedade (WEEHUIZEN, 2008).

Em países como o Haiti, integrando atualmente no grupo de países mais pobres do mundo (GALVIN E MICHEL, 2020) o desenvolvimento econômico é instável (DUPUY, 2019), e o sistema de saúde está totalmente desatualizado, não conseguindo atender as demandas advindas da população (ALFRED, 2012; THE WORLD BANK, 2020). A saúde mental nesses países de baixa renda, tornou-se um caso de emergência de saúde pública, como também é fundamental para o seu desenvolvimento socioeconômico (LUND et al., 2011).

Já nos países da União Europeia, Buffel et al., (2015) e Sicras-Mainar e Navarro-Artieda (2015), referiram um aumento de consultas com clínico geral para cuidar de transtornos mentais, no período pré e durante a crise econômica. Ocasionalmente diminuindo significativamente do contato das pessoas com psiquiatras (BUFFEL et al., 2015) ou no uso de atendimento especializado, mesmo com o aumento da proporção de encaminhamentos (SICRAS-MAINAR E NAVARRO-ARTIEDA, 2015).

Estudos nos EUA encontraram significativas associações entre alta taxa de desemprego local e aumento de visitas ambulatoriais, uso de opiáceos e soníferos (MODREK et al., 2015), como também o aumento da utilização ambulatorial entre veteranos isentos de co-pagamentos (WONG et al., 2014). Já o estudo de Dunlap et al. (2014) identificou que os indivíduos residentes em condados com alta taxa de desemprego eram menos propensos a usar serviços de saúde mental, quando comparado a residentes de condados com taxas de desemprego mais baixa (ARR= 0,58, 0,62 e 0,71), valores referentes aos condados analisados, sendo ARR, o Risco Relativo Ajustado.

Assim, entender os fatores que influenciam no tempo de permanência em leitos e o funcionamento dos gastos com internações psiquiátricas nas instituições hospitalares. Pois, entender o histórico dos gastos hospitalares com internações psiquiátricas oferece de forma relevante, informações para avaliar as probabilidades

futuras, já que há necessidade de maior incentivo de investimento no atendimento hospitalar e extra-hospitalar (ZURITA et al., 2016).

### **3 JUSTIFICATIVA**

Santa Catarina é um estado que apresenta dados alarmantes no tocante à saúde mental, apresentando alta taxa de mortalidade por lesões autoprovocadas, sendo em 2021, cerca de 13,2 a cada 100 mil habitantes (SANTA CATARINA, 2022). E que mesmo com o investimento que vêm sendo realizado no estado, alguns municípios necessitam melhor atenção para com os serviços ofertados nessa área da saúde.

Analisar os fatores que influenciam no tempo de internações psiquiátricas, permitirá que seja monitorado a oferta de recurso a esse nível de atenção, assim, possibilitando que sejam adotadas medidas de reestruturação de serviços e realocação de recursos que se destinam à saúde mental. Em último caso, tal análise possibilitará identificar a contribuição desses recursos no reforço das políticas de saúde e o modelo de cuidado psicossocial.

Investigar a situação atual da saúde mental nas 06 (seis) mesorregiões do estado, dará um norte para que políticas públicas sejam reestruturadas, criadas e até mesmo aplicadas na devida necessidade. Com o perfil histórico traçado através dos dados coletados e analisados, será possível, realizar uma melhor compreensão da situação da Rede de Atenção Psicossocial em todo o estado.

## 4 OBJETIVOS

### 4.1 OBJETIVO GERAL

Analisar os fatores que influenciam no tempo de permanência em internações psiquiátricas no estado de Santa Catarina no período de 2008 a 2019.

### 4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Quantificar os estabelecimentos de saúde das mesorregiões do estado de Santa Catarina;

Verificar o PIB per capita das mesorregiões do estado de Santa Catarina;

Verificar os gastos com as AIH nas mesorregiões do estado de Santa Catarina;

Correlacionar o número de estabelecimentos de saúde e o tempo de internações psiquiátricas;

Correlacionar o número de leitos psiquiátricos com o tempo de internações psiquiátricas;

Correlacionar os gastos com as AIH e o tempo de internações psiquiátricas.

## 5 HIPÓTESES

Municípios que apresentam um Centro de Atenção Psicossocial - CAPS, tendem a apresentar menor gasto com internações psiquiátricas no estado de Santa Catarina;

O PIB per capita tende a impactar no tempo de permanência em internações em leitos psiquiátricos;

O valor da AIH tende a impactar no tempo de permanência em internação psiquiátrica;

A quantidade de leitos psiquiátricos disponíveis nas mesorregiões de SC tende a interferir no tempo de permanência em internações psiquiátricas;

O tempo de permanência em leitos psiquiátricos, podem ser reduzidos de acordo com o número de Unidades de Pronto Atendimento, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e Centro de Atenção Psicossocial.

## 6 MÉTODOS

### 6.1 DESENHO DO ESTUDO

Este estudo se caracteriza como ecológico, com dados secundários, das internações hospitalares psiquiátricas ocorridas no estado de Santa Catarina.

### 6.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado no estado de Santa Catarina .

### 6.3 POPULAÇÃO EM ESTUDO

Registro de Autorização de Internação Hospitalar - AIH no Sistema de Informações Hospitalares do **SUS** - SIH/SUS, identificados segundo os códigos da 10ª Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), compreendendo Transtornos Mentais Orgânicos, inclusive os sintomáticos (F00 a F09), Transtornos Mentais devidos ao uso problemático de substâncias psicoativas (F10 a F19), Esquizofrenia, Transtornos Esquizotípicos e Transtornos delirantes (F20 a F29), além de Transtornos de Humor (F30 A F39), Transtornos Neuróticos, Transtornos relacionados com o “stress” e Transtornos Somatoformes (F40 a F48), Síndromes Comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos (F50 a F59), Transtornos da personalidade e do Comportamento do Adulto (F60 a F69), Retardo Mental(F70 a F79), Transtornos do Desenvolvimento Psicológico (F80 a F89) e Transtornos Mentais não especificados (grupos referente ao F99). Dados de Estabelecimentos de saúde registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES. E os valores de despesas pagas pelo município no setor saúde, de acordo com o SICONFI.

### 6.3.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídos os dados de Internação Hospitalar Aprovadas, Óbitos, Dias de permanência e Valor Total referente ao filtro “Forma de Organização”, através dos códigos 030317 - Tratamento dos Transtornos Mentais e Comportamentais e 030108 - Atendimento / Acompanhamento Psicossocial. Todos disponibilizados no DATASUS;

Dados referentes aos estabelecimentos de saúde que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Sistema Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES) referente a CAPS, SAMU e UPA;

Dados referentes aos leitos de internação psiquiátrica, disponíveis no Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES).

### 6.3.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Dados que não corresponderam aos objetivos da pesquisa.

## 6.4 VARIÁVEIS

### 6.4.1 DEPENDENTE

Dias de Permanência em Internações Hospitalares Aprovadas.

### 6.4.2 INDEPENDENTES

Valor de Internações Aprovadas - AIH;

Estabelecimentos de Saúde (CAPS, Unidade de Pronto Atendimento -UPA, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU);

Renda per capita das macrorregiões.

## 6.5 COLETA DE DADOS

### 6.5.1 PROCEDIMENTOS E LOGÍSTICA

A extração dos dados ocorreu em 2022 utilizando o tabulador de dados Tabnet, desenvolvido e disponibilizado pelo DATASUS. Foram utilizados para os dados de saúde o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS); Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES. E para os dados de gastos (despesas pagas) dos municípios, o Sistema de Informações Contábeis e Fiscais do Setor Público Brasileiro (SICONFI).

Os dados foram exportados dessas bases citadas acima e tabulados no software Microsoft Excel, compondo um banco de dados em planilha eletrônica.

Para mensuração da renda per capita, as medidas foram expressas em termos unitários, em reais (R\$), considerando-se o valor total da AIH/SUS correspondente ao valor aprovado da produção hospitalar no período de estudo.

### 6.5.2 INSTRUMENTO(S) PARA COLETA DOS DADOS

Os dados foram coletados através da plataforma de dados governamentais DATASUS, IBGE e SICONFI. O fluxo de coleta segue as orientações contidas no APÊNDICE A.

## 6.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Foi realizada análise descritiva das variáveis, através de média e desvio padrão (DP), realizou-se a correlação das variáveis independentes com os dados das seis mesorregiões do estado de Santa Catarina, sendo eles: Região Norte, Região do Vale, Região da Grande Florianópolis, Região Oeste, Região Serrana e Região Sul. Partindo das variáveis de nº de Centro de Atenção Psicossocial - CAPS, nº de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU, nº de Unidade de Pronto Atendimento - UPA, Leitos psiquiátricos, Valor da Internação Hospitalar Aprovada - AIH e Produto Interno Bruto - PIB per capita dos municípios.

Para análise dos dados utilizou-se o Software Stata® versão 17, através de um modelo econométrico, foi realizada uma regressão não linear, com dados em painel, com efeito aleatório. Apresentando coeficiente (%), erro padrão p-valor e intervalo de confiança, como também, a constante de variabilidade entre as mesorregiões. utilizando o modelo:

$$\text{n}^\circ \text{ de dias de internação} = \beta_0 + \beta_{1ij} \text{ gasto internação} + \beta_{2ij} \text{ n}^\circ \text{ de caps} + \beta_{3i} \text{ n}^\circ \text{ de samu} + \beta_{4ij} \text{ n}^\circ \text{ de upa} + \beta_{5ij} \text{ leitos psiquiátricos} + \beta_{6ij} \text{ pib/per capita} + n_{ij}$$

Para realizar a correlação entre as mesorregiões, a região do Vale do Itajaí foi utilizada como referência, estando apresentada na Tabela 2 como *omitted*.

## 6.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Por se tratar de um projeto que se dará através de informações públicas, ou seja, dados já coletados e disponibilizados em banco de dados virtuais, e que os participantes não são identificados, o projeto dispensa análise em comitê de ética, conforme os termos da Lei no 12.527, de 18 de novembro de 2011.

### 6.7.1 RISCOS E BENEFÍCIOS

Por se tratar de dados secundários, é possível que haja uma perda dos dados por falta de registros, tendo em vista que os dados fornecidos no DATASUS advêm do preenchimento correto dos profissionais nos estabelecimentos de saúde e gestores municipais e estaduais. Em relação aos dados dos participantes, como são dados de acesso livre e sem identificação, não há risco às pessoas.

Avaliar os fatores que influenciam no tempo de internação auxiliará na compreensão dos dados de internações psiquiátricas nas regiões do estado de Santa Catarina, contribuindo para uma melhor articulação dos gestores municipais e estadual juntos aos serviços da RAPS, possibilitando um melhor funcionamento da rede, como também, em um melhor investimento no setor.

## 7 RESULTADOS

De acordo com os dados da **Tabela 1**, no que diz respeito a variável N° de CAPS as maiores médias e desvio-padrão estão apresentadas nas mesorregiões Norte, Sul e Vale do Itajaí, respectivamente, 0,47 ( $\pm 0,50$ ), 0,29 ( $\pm 0,46$ ) e 0,28 ( $\pm 0,45$ ). No que se refere às médias de SAMU e UPA, as mesorregiões Norte e Grande Florianópolis se destacaram.

Quando analisamos os valores de AIH e Leitos Psiquiátricos, a mesorregião que apresentou maiores médias e desvios-padrão foi a Grande Florianópolis, com R\$760,76 ( $\pm 536,31$ ) e 31,36 ( $\pm 114,78$ ) respectivamente. Já o PIB per capita, apresentou-se com maiores médias nas mesorregiões Norte, Vale do Itajaí e Oeste.

A mesorregião da Serra Catarinense apresentou as menores médias nas variáveis CAPS, UPA e PIB per capita.

**TABELA 1 – MÉDIA E DESVIO PADRÃO DAS VARIÁVEIS INDEPENDENTES ESTUDADAS DE ACORDO COM AS MESORREGIÕES DO ESTADO DE SC, NO PERÍODO DE 2008 A 2019.**

Variáveis	MESORREGIÕES DO ESTADO DE SANTA CATARINA											
	Norte		Serra		Vale do Itajaí		Grande Florianópolis		Sul		Oeste	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Nº de CAPS	<b>0,47</b>	<b>±0,50</b>	0,16	±0,36	<b>0,28</b>	<b>±0,45</b>	0,18	±0,39	<b>0,29</b>	<b>±0,46</b>	0,18	±0,38
Nº de SAMU	<b>0,56</b>	<b>±0,50</b>	0,22	±0,41	0,31	±0,46	<b>0,53</b>	<b>±0,50</b>	<b>0,26</b>	<b>±0,44</b>	0,18	±0,38
Nº de UPA	<b>0,27</b>	<b>±0,44</b>	0,01	±0,0,07	<b>0,11</b>	<b>±0,31</b>	<b>0,11</b>	<b>±0,32</b>	0,04	±0,20	0,04	±0,20
Valor AIH	498,40	±523,51	<b>654,65</b>	<b>±475,31</b>	372,00	±340,52	<b>760,76</b>	<b>±536,31</b>	649,55	±742,62	<b>676,69</b>	<b>±589,94</b>
Leitos psiquiátricos	2,57	±7,63	3,62	±10,01	<b>4,36</b>	<b>±19,82</b>	<b>31,36</b>	<b>±114,78</b>	<b>6,20</b>	<b>±26,90</b>	2,13	±6,92
PIB per capita	<b>29037,59</b>	<b>±16749,31</b>	22324,46	±9798,33	<b>27802,92</b>	<b>±13921,76</b>	23856,99	±12589,01	23693,74	±11328,24	<b>27431,61</b>	<b>±15555,02</b>

Nota: DP = Desvio Padrão. CAPS - Centro de Atenção Psicossocial. SAMU - Serviço de Atendimento de Urgência Móvel. UPA - Unidade de Pronto Atendimento. AIH - Internação Hospitalar Aprovada. PIB per capita - Produto Interno Bruto das regiões de SC. Unidade de medida do PIB per capita e Valor AIH é em Reis (R\$).

Fonte: Dados da pesquisa, 2022

Na **Tabela 2** estão os resultados da análise de regressão dos dados em painel, com efeito aleatório, onde cada variável tende a influenciar de forma positiva ou negativa no tempo de permanência em leitos psiquiátricos no estado de Santa Catarina.

No que se refere a influência da variável Valor de AIH pudemos identificar que a cada aumento de 1% no valor de AIH dos municípios, o tempo de permanência no leito psiquiátrico tende a aumentar 0,51% (IC95% 0,38 0,63), já os CAPS influenciam no aumento de 0,02% (IC95% -0,09 0,12) no tempo de permanência.

Quando olhamos para as variáveis nº de SAMU, nº de UPA e PIB per capita, a influência que ocorre no tempo de permanência é de forma negativa. Pois, a cada aumento de 1% nestas três variáveis, o tempo de permanência em leitos psiquiátricos tendem a reduzir respectivamente, -0,09 (IC95% -0,19 0,01), -0,11 (IC95% -0,24 0,01s) e -0,22 (IC95% -0,33 -0,11).

Esses resultados supracitados, não apresentam relação significativa com a variável dependente, sendo possível observar pelos valores do IC e p-valor. Ou seja, independente da região que se esteja em SC, as variáveis independentes não influenciarão no tempo de permanência, caso influencie, será minimamente.

Em relação às mesorregiões, as Serrana e Grande Florianópolis apresentaram aumento de 0,26% (IC95% -0,06 0,58) e 0,18% (IC95% -0,21 0,56) respectivamente, em comparação ao Vale do Itajaí. Sendo apenas a mesorregião do Oeste apresentou redução de -0,07% (IC95% -0,28 0,15).

Quando analisamos o  $R^2$  (overall) entendemos que 74,71% dos dias de permanência em internação hospitalar são explicadas pelas variáveis analisadas no estudo. A diferença entre as mesorregiões, podem ser analisadas através do efeito between apresentando 73,83%, e ao analisarmos o nº de dias de permanência ao longo do tempo (within), 43,55% são explicadas pelas variáveis analisadas.

**TABELA 2 - REGRESSÃO DE DADOS EM PAINEL DOS FATORES QUE INFLUENCIAM NO TEMPO DE PERMANÊNCIA EM MESORREGIÕES, NO PERÍODO DE 2008 A 2019.**

<b>Dias de Permanência</b>					
<b>Variáveis</b>	<b>Coefficiente (%)</b>	<b>Erro-Padrão</b>	<b>p-valor</b>	<b>Intervalo de Confiança 95%</b>	
<b>Valor de AIH</b>	0,51	0,06	<0,001	0,38	0,63
<b>Nº de CAPS</b>	0,02	0,05	0,77	-0,09	0,12
<b>Nº DE SAMU</b>	-0,09	0,05	0,08	-0,19	0,01
<b>Nº DE UPA</b>	-0,11	0,06	0,08	-0,24	0,01
<b>PIB per capita</b>	-0,22	0,06	<0,001	-0,33	-0,11
<b>Região Sul</b>	0,10	0,13	0,43	-0,16	0,36
<b>Região Grande Florianópolis</b>	0,18	0,20	0,37	-0,21	0,56

<b>Região Norte</b>	0,16	0,15	0,29	-0,14	0,45
<b>Região Oeste</b>	-0,07	0,11	0,54	-0,28	0,15
<b>Região Serrana</b>	0,26	0,16	0,12	-0,06	0,58
<b>Região do Vale do Itajaí</b>	0	(omitted)			
<b>Constante</b>	1.26	0,61	0,04	0,05	2,46
<hr/>					
<b>R<sup>2</sup>=</b>					
<b>Within</b>	43,55%				
<b>Between</b>	73,83%				
<b>Overall</b>	74,71%				
<hr/>					

Nota: p-valor < 0,05; DP = Desvio Padrão. CAPS - Centro de Atenção Psicossocial. SAMU - Serviço de Atendimento de Urgência Móvel. UPA - Unidade de Pronto Atendimento. AIH - Internação Hospitalar Aprovada. PIB per capita - Produto Interno Bruto das regiões de SC. Unidade de medida do PIB per capita e Valor AIH é em Reais (R\$).

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

## 8 DISCUSSÃO

Este estudo, que teve como objetivo de analisar os fatores que influenciam no tempo de permanência em internações psiquiátricas no estado de Santa Catarina no período de 2008 a 2019, evidenciou importantes resultados referentes aos estabelecimentos de saúde (CAPS, SAMU e UPA) e a influência que exercem nas internações.

Em termo organizacional da Atenção Psicossocial, cada região de saúde deve estruturar-se em diferentes pontos da rede SUS: Atenção primária; atenção psicossocial especializada; atenção à urgência e emergência; atenção residencial de caráter transitório; atenção hospitalar; estratégia de desinstitucionalização; reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011).

Sendo a RAPS, uma rede que destaca a estruturação dos serviços e a implementação de estratégias de atenção psicossocial em redes integradas e regionalizadas de saúde, alguns estudos associam a redução das internações psiquiátricas à resolutividade da articulação em rede de serviços, ou seja, estão atribuídos a sua funcionalidade. Para Ramos e Guimarães (2013) a criação dos serviços da RAPS e sua ampliação, evidenciaram uma redução de 6,57% no número de reinternações hospitalares. No estudo de Bezerra e Dimenstein (2011) e Dimenstein e Liberato (2009) apontam uma relação direta entre o fenômeno giratório, fenômeno este que corresponde ao entra e sai (fluxo) intenso no hospital psiquiátrico, e sua falta de articulação.

Corroborando com os dados encontrados, onde reforça que a cada aumento de 1% nas unidades de SAMU e UPA, há uma redução no tempo de permanência de -0,09% (IC95% -0,19 0,01) e -0,11% (IC95% -0,24 0,01), respectivamente, apresentando significância de  $p < 0,08$ . A atenção às urgências é regulamentada pela Portaria GM/MS nº 1600/2011 (BRASIL, 2011b), incorporada pela Portaria de Consolidação GM/S nº 3/2017 (BRASIL, 2017), que reformula a portaria de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS, trás o SAMU, como unidade de suporte avançado no manejo de crise em saúde mental, agitação e situação de violência, intoxicação e abstinência alcóolica, intoxicação por drogas estimulantes e autoagressão e risco de suicídio (BRASIL, 2016).

Em relação aos resultados referentes aos CAPS, evidenciou que essa variável tende a influenciar cerca de 0,02% (IC95% -0,09 0,12) no tempo de permanência. Os CAPS possuem o intuito de articular e ativar recursos disponíveis nas redes de saúde e intersetorial visando à reabilitação psicossocial, devendo propor-se a assumir e garantir o acolhimento às situações de crise em saúde mental (CRUZ et al., 2019). Contendo leitos em alguns CAPS, como o de tipo III e III ad.

Um dos achados neste estudo foi a relação do valor por internação hospitalar com os dias de permanência de internações hospitalares, onde a cada aumento de 1% no valor da internação, há um aumento de 0,51% (IC95% 0,38 0,63) nos dias de permanência em internação hospitalar. Em estudo realizado por Folland et al. (2008) a crescente nas taxas anuais de 10,1% desde 1960 nos EUA é impulsionado pelo custo das diárias, custo total por internação e o deslocamento para os serviços ambulatoriais, fatores que elevam os custos fixos hospitalares. Em um estudo de série temporal realizado no Paraná por Zurita et al. (2016) identificaram aumento do valor de IAH de R\$30,30 em 2001 para aproximadamente R\$49,70 a depender do quantitativo de leitos dos hospitais contratualizados ao SUS. Do orçamento público destinado à saúde mental, grande parte custeia as internações psiquiátricas, sofrendo redução substancial de 95,5% para 49,3% do financiamento total na década de 1990, porém, em relação ao total de gastos, as despesas com saúde mental reduziram 226,7%, de US\$2,66 a US\$1,95, per capita (ANDREOLI et al., 2007).

A relação entre o PIB per capita e os dias de permanência em internação hospitalar neste estudo, apresentou-se de forma negativa -0,21% (IC -0,32; -0,10), demonstrando que municípios com PIB per capita elevados, tendem a reduzir o tempo de permanência nas internações hospitalares psiquiátricas. A média de permanência dessas internações é de 11,98 dias, quando comparamos com o estado de São Paulo, entendemos que é um período de tempo baixo, tendo em vista que o estado do sudeste apresenta uma variação de 14 a 77 dias (BRAGA E D'OLIVEIRA, 2015).

Compreende-se que o tempo de internação dependerá do tipo de transtorno e da intensidade que se apresenta, podendo prolongar-se a depender do que motivou a internação, como é o caso das internações judiciais, que tem com

caráter induzir a estigmatização desses indivíduos como incapacitados de conviver em sociedade (ROCHA et al., 2018).

Os achados deste estudo sobre o estado de Santa Catarina revelam fatores importantes na redução do tempo de permanência em internação hospitalar psiquiátrica, e a influência do valor de AIH nesse tempo de permanência, possibilitando compreender a solução de problemas de saúde em nível extra-hospitalar.

As limitações reconhecidas no estudo estão associadas à utilização do SIH/SUS, com base na codificação e preenchimento da AIH/SUS, onde requer conhecimento clínico e processos adequados. Não sendo um impeditivo para a realização da pesquisa, tendo em vista que os dados provenientes de bancos de dados governamentais são utilizados de forma ampla, possibilitando resultados confiáveis, aptos a fomentar importantes intervenções locais.

## 8 CONCLUSÃO

É possível verificar que há uma distribuição dos CAPS pelo território Catarinense, além da concentração dos dispositivos hospitalares (Hospital psiquiátrico e Unidades de referência especializada em Hospital Geral) nos municípios de grande porte territorial, principalmente nas regiões norte, grande Florianópolis e sul de SC. Evidenciou-se a necessidade de articulação entre os hospitais e demais serviços, sejam da AB, serviços matriciadores ou CAPS, sendo assim, um processo a ser desenvolvido, principalmente, com as equipes das internações, que já vêm apresentando consciência da importância do cuidado continuado.

A regionalização do cuidado em saúde mental ainda enfrenta inúmeros obstáculos, sendo fundamental que haja avanços significativos para integralizar a rede de serviços da RAPS, pois, de acordo com os resultados obtidos, é possível compreender que independente da região de SC em que se esteja, o tempo de permanência em leitos psiquiátricos tendem a não sofrer alterações significativas estatisticamente. Assim, os municípios devem executar ações que fortaleçam a participação da Atenção Primária no cuidado continuado, na descentralização dos leitos psicossociais, fortalecimento dos caps através de recurso e pessoal, entre outros fatores que possam interferir nesse tempo de internação.

Outro ponto importante verificado foi a influência do valor das AIH em leitos psiquiátricos, PIB per capita no tempo de permanência, onde reforça o impacto do subfinanciamento do setor saúde, apresentando forte dependência do setor privado, à dificuldade de colaboração entre os municípios, pois estão sempre em conflito e competição. Além de, a instrumentalização do cuidado e a fragilidade dos mecanismos regulatórios do trabalho em saúde, sendo esses aspectos históricos desde a implantação do SUS.

Compreende-se que ainda há muito a ser investigado acerca do tema. Não pretendemos esgotá-lo. Pelo contrário, a intenção foi pautar o tema dos gastos com internações psiquiátricas, no sentido de orientar futuras investigações e ações de planejamento de políticas públicas, como também, de melhorar os serviços e a gestão voltados à saúde mental.

## REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, J.; MOSTAFA, J.; HERCULANO, P. Gastos com a política social: alavanca para o crescimento com distribuição de renda. **Comunicados do Ipea 75**. Brasília, 2011. Disponível em:

[http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/4634/1/Comunicados\\_n75\\_Gastos\\_com.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/4634/1/Comunicados_n75_Gastos_com.pdf). Acesso em: 28 nov. 2022.

AIKES S, RIZZOTTO MLF. Integração regional em cidades gêmeas do Paraná, Brasil, no âmbito da saúde. **Cad Saúde Pública** 2018; 34(8):1-11.

ALFRED, J-P. What is the real cost of universal healthcare in Haiti?. **Sante Publique** 2012; 24(5): 453–8.

BHARADWAJ P.; PAI M.M.; A. Suziedelyte. Mental health stigma. NBER Working Paper Series; **Working paper**. nº 21240; 2015.

BLOOM, D.E., CAFIERO, E.T., JANÉ-LLOPIS, E., ABRAHAMS-GESSEL, S., BLOOM, L.R., FATHIMA, S., FEIGLI, A.B., GAZIANO, T., MOWAFI, M., PANDYA, A., PRETTNER, K., ROSENBERG, L., SELIGMAN, B., STEIN, A.Z., & WEINSTEIN, C. The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases. **Geneva: World Economic Forum**. 2011.

Braga CP, D'Oliveira AFPL. The continuity of psychiatric hospitalization of children and adolescents within the Brazilian Psychiatric Reform scenario. **Interface (Botucatu)**. 2015;19(52):33-44. doi: [http:// dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0227](http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0227).

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Conta-Satélite de Saúde Brasil: 2010 – 2013. Rio de Janeiro: **IBGE**, 2015.

BRASIL. (2017). Ministério da Saúde. **Portaria De Consolidação N° 3**. Disponível em Acesso em: 20 de agosto de 2018.

BRASIL. (2006a). Ministério da Saúde (MS). **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Aprova as diretrizes do pacto pela saúde**. Diário Oficial da União; 23 fev.

BRASIL. (2006b). Ministério da Saúde (MS). **Regionalização Solidária e Cooperativa – orientações para sua implementação no SUS**. Brasília: MS; 2006. Série Pactos pela Saúde. Vol. 3.

BRASIL. (2011a). **Portaria N° 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria SNAS/MS/ INAMPS nº 224, de 29 de janeiro de 1992: estabelece diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental**. Diário Oficial da União 1994; 30 jan.

BRASIL. (2011b). Decreto nº 7.508, de 28 de junho 2011. **Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências**. Diário Oficial da União.

BRASIL. (2011c). **Saúde Mental em Dados**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; (8).

BRASIL. (2013a). Lei nº 12.871 de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências.

BRASIL. (2013b). Ministério da Saúde (MS). **Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. Relatório de progresso do Projeto QualiSUS-Rede**. Brasília: MS.

BRASIL. 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 Eletrônico, Brasília, DF, 09 abr.

BRASIL. Ministério da Saúde. (2016a). Secretaria de Atenção à Saúde, DAHU. Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2ª edição

BRASIL. Ministério da Saúde. (2016b). Manual de planejamento no SUS / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. – 1. ed., **rev. – Brasília: Ministério da Saúde**. 138 p.: il. – (Série Articulação Interfederativa ; v. 4).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil. **In: Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. Brasília; 2005. p. 56.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília: **Ministério da Saúde**, 2015. 44 p.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico: Suicídio - Saber, agir e prevenir**. Volume 48 N° 30 - 2017. ISSN 2358-9450.

BRASIL. Portaria GM/MS nº. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União 2010**; 30 dez.

BRASIL. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002, 213 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Vigitel Brasil 2021 : vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico : estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2021. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. – Brasília: **Ministério da Saúde**, 2021. 128. : il.

BUFFEL V, VAN de STRAAT V e BRACKE P. Situação de emprego e uso de cuidados de saúde mental em tempos de contração econômica: um estudo transversal repetido na Europa, usando um modelo de três níveis. **International Journal for Equity in Health**.14, 29. 2015.

CARSSORLA, R. (1998). Do suicídio: estudos brasileiros. Campinas, SP: **Papirus**.

CRUZ, KDF., GURRERO, AVP., SCFUTO, J., VIEIRA, N. Atenção à crise em saúde mental: um desafio para a reforma psiquiátrica brasileira. **Rev. Nufen: Phenom. Interd.** | Belém, 11(2), 117-132, mai. – ago., 2019. DOI: 10.26823/RevistadoNUFEN.vol11.n02ensaio51

DUNLAP LJ, HAN B, DOWD WN, COWELL AJ, FORMAN-HOFFMAN VL, DAVIES MC e COLPE LJ. Resultados de saúde comportamental entre adultos: associações com condições econômicas individuais e comunitárias. **Psychiatric Services**. 2016. 67, 71-77.

DUPUY, A. *Haiti in the World Economy: Class, Race, and Underdevelopment Since 1700*. **Routledge**, 2019.

DURKHEIM, E. (1982). O suicídio: estudo sociológico. Rio de Janeiro: Zahar.

ESTADO DE SANTA CATARINA. SES/SPS/DAPS. **Linha de Cuidado para a Atenção à Saúde Mental**. Dez. de 2019. from: <<https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006059>>. Pub 23 Mar 2017. ISSN 1518-8787.

FUNCIA FR. Underfunding and federal budget of SUS: preliminary references for additional resource allocation. **Cien Saude Colet**. 2019;24(12):4405-15. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25892019>.

GALVIN, M, MICHEL, G. A. Haitian-led mental health treatment center in Northern Haiti: the first step in expanding mental health services throughout the region. **Ment Health Relig Cult** 2020; 23(2): 127–38.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Pesquisa Nacional de Saúde 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal, Brasil e grandes regiões**. Rio de Janeiro: IBGE 2020. 113 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101764.pdf>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências [Internet]. Rio de Janeiro: **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**; 2015, 98 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94074.pdf>

LANCETTI, A. E AAMARANTE, P. (2012). Saúde Mental e Saúde Coletiva. Em G.W.S. Campos, M.C.S. Minayo, M. Akerman, M.M. Drumond Jr., Y.M. Carvalho, Y. M. (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva** (pp. 661-680). São Paulo: Hucitec.

LEVCOVITZ E, LIMA LD, MACHADO CV. Política da saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais básicas. **Cien Saude Colet** 2001; 6(2):269-291.

LUND,C,De SILVA, M, PLAGERSON, S, COOPER, S, CHISHOLM, D, DAS, J, et al. Poverty and mental disorders: breaking the cycle in low-income and middle-income countries. **Lancet** 2011; 378(9801): 1502–14.

MCGUIRE, T.G.; FRANK, R.G.; GLAZER, J. Measuring adverse selection in managed health care. **Journal of health economics**.2000.

MINAYO, M. C. S., FIGUEIREDO, A. E. B., & MANGAS, R. M. N. (2019). Estudo das publicações científicas (2002-2017) sobre ideação suicida, tentativas de suicídio e autonegligência de idosos internados em Instituições de Longa Permanência.

**Ciência & Saúde Coletiva**, 24 (4), 1393-1404. doi: 10.1590/1413-81232018244.01422019.

MODREK S, HAMAD R e CULLEN MR (2015). Bem-estar psicológico durante a Grande Recessão: mudanças na utilização de cuidados de saúde mental em uma coorte ocupacional. **American Journal of Public Health**. 105, 304–310.

NICÁCIO, F., & CAMPOS, G. W. S. A complexidade da atenção às situações de crise – contribuições da desinstitucionalização para a invenção de práticas inovadoras em saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional**, Universidade de São Paulo, 15(2), 71- 81, 2004. Doi: 10.11606/issn.2238-6149.v15i2p71-81

NOCK MK, BORGES G, BROMET EJ, CHA CB, KESSLER RC, LEE S. Suicide and Suicidal MODREK S, HAMAD R e CULLEN MR (2015). Bem-estar psicológico durante a Grande Recessão: mudanças na utilização de cuidados de saúde mental em uma coorte ocupacional. **American Journal of Public Health**. 105, 304–310.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Ministério da Saúde. **Who aims report on mental health system in Brazil**, Brasília; 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Suicide**. World Health Organization, <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/suicide> (2021, accessed 28 May 2022).

PAGNO, M. **Santa Catarina recebe mais de R\$3,4 milhões para ampliar atendimentos em saúde mental no SUS**. Ministério da Saúde. Brasília. 10 de dez. de 2020. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2020/dezembro/santa-catarina-recebe-mais-de-r-3-4-milhoes-para-ampliar-atendimentos-em-saude-mental-no-sus>>. Acesso em: 25 de mar. de 2022.

PINTO, H. A. E COLS. (2017). Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Provimento de 2013 a 2015. **Interface**, 21(supl. 1), 1087-1101.

PINTO, L. F. & GIOVANELLA, L. (2018). Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(6), 1903-1914.

PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M. Economia da saúde: conceitos e contribuições para a gestão da saúde. Brasília, **Ed. IPEA**, 1995.

**PLANO ESTADUAL DE SAÚDE 2020/2023**. Santa Catarina, SC, 2019. 336 p. Disponível em:

<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/planejamento>

[-em-saude/instrumentos-de-gestao-estadual/plano-estadual-de-saude/16883-plano-e-estadual-de-saude-2020-2023/file.](#)

BRASIL. **Portaria de Consolidação GM nº 3, de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde.

BRASIL. **Portaria GM nº 148, de 31 de janeiro de 2012.** Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio.

BRASIL. **Portaria GM nº 1600, de 07 de julho de 2011.** Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde.

QUAGLIO, G.; KARAPIPERIS, T.; VAN WOENSEL, L.; ARNOLD, E.; MCDAID, D. Austerity and health in Europe. **Health Policy**, v. 113, p. 13-19, 2013.

QUIDT JONATHAN DE, HAUSHOFER, J. Depression for economists. National Bureau of Economic research; **Working Paper** 22973.2016.

REIS AAC, SÓTER APM, FURTADO LAC, PEREIRA SSS. Reflexões para a construção de uma regionalização viva. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22(4):1045-1054, 2017. DOI: 10.1590/1413-81232017224.26552016

RIO GRANDE DO SUL. **Lei estadual nº 9716, de 07 de agosto de 1992.** Dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no RS, determina a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por rede de atenção e proteção aos que padecem de sofrimento psíquico. Assembleia Legislativa do Estado do Rio Grande do Sul. Recuperado de [http://www.al.rs.gov.br/legis/M010/M0100099.ASP?Hid\\_Tipo=TEXTO&Hid\\_TodasNormas=15281&hTexto=&Hid\\_IDNorma=15281](http://www.al.rs.gov.br/legis/M010/M0100099.ASP?Hid_Tipo=TEXTO&Hid_TodasNormas=15281&hTexto=&Hid_IDNorma=15281).

ROCHA C, SILVA M, ASENSI F. Engaged juridicization of adolescence: about a case of psychiatric compulsory admission. **Saúde Soc.** 2018;27(1):201-14. doi: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902018170531>.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Vigilância em Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Gerência de Análises Epidemiológicas e Doenças e Agravos Não Transmissíveis. **Suicídio em Santa Catarina: tentativas, comportamento autoagressivo, mortalidade e prevenção.** Boletim Barriga Verde. Informativo Epidemiológico. Ed. Especial. Santa Catarina: Secretaria de Estado da Saúde, 2022.

SANTOS, et al. Internações por transtornos mentais e comportamentais, região Norte, Brasil, de 2017 a 2021. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 10, e300111030593, 2022 (CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 | DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i10.30593>

SICRAS-MAINAR A e NAVARRO-ARTIEDA R. Uso de antidepressivos no tratamento do transtorno depressivo maior na atenção primária durante um período de crise econômica. **Neuropsychiatric Disease and Treatment**.12, 29-40. 2015.

SOUZA, C., & MOREIRA, V. Tristeza, depressão e suicídio melancólico: A relação com o outro. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, 70(2), 173-185. Recuperado de <http://pepsico.bvslud.org/pdf/arp/v70n2/13.pdf>.

SOUZA, E.C.F., VILAR, R. L. A., ROCHA, N. S. P. D., UCHOA, A. C. E ROCHA, P. M. (2008). Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 24 (supl.1), 100-110.

STUCKLER, D.; BASU, S. The body economic: why austerity kills. **New York: Basic Books**, 2013.

THE WORLD BANK. *The World Bank in Haiti: Where We Work*. **The World Bank**, 2020.

THORNICROFT G, TANSELLA M, LAW A. **Steps, challenges and lessons in developing community mental health care**. *World Psychiatry*. 2008;7(2):87-92.

TRAPÉ, TL , CAMPOS, RO. The mental health care model in Brazil: analyses of the funding, governance processes, and mechanisms of assessment. **Revista de Saúde Pública [online]**. 2017, v. 51, n. 0 [Accessed 12 September 2021] , 19. Available from: <<https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006059>>. Pub 23 Mar 2017. ISSN 1518-8787.

VIEIRA, F.S. Crise econômica, austeridade fiscal e saúde: que lições podem ser aprendidas? **IPEA**.2016.

VIEIRA, K. F. L., & COUTINHO, M. P. L. Representações Sociais da Depressão e do Suicídio Elaborados por Estudantes de Psicologia. **Psicologia, Ciência e Profissão**, 2008, 28(4), 714-727.

WEEHUIZEN, R. Mental capital: the economic significance of mental health. **Maastrich University Press**. 2008.

WONG ES, HEBERT PL, HERNANDEZ SE, BATTEN A, Lo S, LEMON JM, FIHN SD e LIU CF (2014). Associação entre as taxas de desemprego da área local e o uso de serviços de saúde ambulatoriais do Veterans Affairs. **Medical Care**. 52, 137–143.

YASUI, S., & COSTA-ROSA, A. A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. **Saúde em Debate**. 32(78-79-80), 27-37, 2008. Recuperado em 01 de abril de 2019 em:  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341773003>

ZURITA RCM, MELO EC, OLIVEIRA RR, LATORRE MRDO, MATHIAS TAF. Evolution of hospital spending with drug-related psychiatric hospital admissions. **Rev Gaucha Enferm**. 2016 ago. 25;37(3). doi:  
<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.03.53289>.

## APÊNDICE

## APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS (FLUXOGRAMA)

### Fluxo de Coleta dos Dados

#### Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS)

---

##### Dados de Internação Hospitalar Aprovada:

Tabnet - Assistência à Saúde - Produção Hospitalar - Dados Consolidados AIH (RD), por local de internação, a partir de 2008 - Abrangência Geográfica: Santa Catarina

**Linha:** Região de Saúde/Município

**Coluna:** Ano de processamento

**\*Conteúdo:** AIH Aprovadas / Internações / Valor Total / Dias de Permanência / Óbitos

**Período Disponível:** 2008 a 2021

**Seleções Disponíveis:** Forma de Organização - Códigos 030317 e 030108

**Exibir linhas zerada - Tabela com bordas - MOSTRAR**

\*Selecionar um CONTEÚDO por vez.

---

##### Dados do Cadastro Nacional Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES:

Tabnet - Rede Assistencial - CNES Estabelecimentos - Tipos de Estabelecimentos - Abrangência Geográfica: Santa Catarina -

**Linha:** Região de Saúde/Município

**Coluna:** Ano/mês de competência

**Conteúdo:** Quantidade

**Período Disponível:** 2008 a 2021

**Seleções Disponíveis:** - Tipo de Estabelecimento (Centro de saúde/Unidade básica, Hospital geral, Hospital especializado, Unidade Móvel de nível pré-hospitalar, Hospital/dia, Centro de Atenção Psicossocial, Unidade de atendimento em Regime Residencial, Pólo de prevenção de doença e agravos e promoção da saúde)

**Exibir linhas zerada - Tabela com bordas - MOSTRAR**

---

#### Sistema de Informações Contábeis e Fiscais do Setor Público Brasileiro (SICONFI)

Siconfi.tesouro.gov.br - Consultar - Contas Anuais

**Exercício:** ano por ano

**Escopo:** Municípios do Estado

**Municípios do estado:** Santa Catarina

**Tabela:** Despesas por Função (Anexo I-E)

**Filtro dos dados:** Despesas pagas - Saúde