

Hospitalizações psiquiátricas no Rio Grande do Sul de 2000 a 2011

Psychiatric hospitalizations in the Rio Grande do Sul State (Brazil) from 2000 to 2011

Rogério Lessa Horta¹, Juvenal Soares Dias da Costa¹, Alexandre Didó Balbinot¹,
Guilherme Watte^{II}, Vanesa Andina Teixeira¹, Simone Poletto¹

RESUMO: *Objetivo:* Examinar a variação das taxas de hospitalização psiquiátrica e o tempo médio de permanência em hospital, no sistema público de saúde no estado do Rio Grande do Sul, de 2000 a 2011. *Métodos:* Foi realizado estudo ecológico, com dados coletados do DATASUS. Foram elaboradas taxas conforme diagnóstico de internações decorrentes do uso de substâncias psicoativas e pelas demais causas, estratificadas por sexo dos pacientes. Os dados foram submetidos a regressão de Poisson e coeficiente de correlação de Spearman. *Resultados:* Observou-se aumento das taxas de hospitalizações de mulheres para transtornos decorrentes do uso de substâncias ($p < 0,001$) e para as demais causas ($p < 0,001$), bem como para transtornos por uso de álcool ou outras drogas entre os homens ($p < 0,001$). Esta elevação das taxas manteve correlação inversa e estatisticamente significativa com o tempo de permanência hospitalar ($p < 0,001$). *Discussão:* Percebeu-se, num período de expansão das redes locais de cuidado em saúde mental, aumento da ocupação dos leitos psiquiátricos no estado, com menor tempo de permanência e maior diversidade de gênero e de causas de hospitalização.

Palavras-chave: Hospitalização. Saúde mental. Sistema Único de Saúde. Epidemiologia. Avaliação de serviços de saúde. Transtornos relacionados ao uso de substâncias.

¹Universidade do Vale do Rio dos Sinos – São Leopoldo (RS), Brasil.

^{II}Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – Porto Alegre (RS), Brasil.

Autor correspondente: Rogério Lessa Horta. PPG Saúde Coletiva UNISINOS. Rua Jari, 671 ap 703. Passo D'Areia, CEP 91350-170, Porto Alegre (RS), Brasil. E-mail: rogeriohortamed@gmail.com

Conflito de interesses: nada a declarar – **Fonte de financiamento:** nenhuma.

ABSTRACT: *Objective:* To examine the variation in the rates of psychiatric hospitalization and the mean hospital stay time in the public health system in the state of Rio Grande do Sul, in the south of Brazil, from 2000 to 2011. *Methods:* This was an ecological study. Data were collected from DATASUS. The rates were obtained from diagnosis of admissions due to psychoactive substance use and to other causes, stratified by the gender of the patients. The data were analyzed using Poisson regression and Spearman correlation coefficient. *Results:* Increasing hospitalization rates were observed for women with disorders due to substance use ($p < 0.001$) and other causes ($p < 0.001$), and among men with disorders due to the use of alcohol or other drugs ($p < 0.001$). This elevation of the rates remained statistically significant and inversely correlated to the length of hospital stay ($p < 0.001$). *Discussion:* In a period of expansion of the local care networks for mental health, an increase in the occupancy of psychiatric beds in the state was noticed, with shorter length of stay and greater diversity of gender and causes of hospitalization. *Keywords:* Hospitalization. Mental Health. Unified Health System. Epidemiology. Health services evaluation. Substance-related disorders.

INTRODUÇÃO

A reformulação do modelo assistencial em saúde mental no país vem sendo acompanhada, e frequentemente atravessada, pelo debate nacional em torno da redução de leitos disponíveis, particularmente, na rede pública¹. Aproximadamente 42 mil leitos hospitalares teriam sido desativados nos últimos sete anos no Brasil, sendo que a área com a maior redução foi a saúde mental. No estado do Rio Grande do Sul, a diminuição observada foi de 10,0% dos leitos totais, muito próximo à variação nacional com redução de 10,5%.

A redução da oferta de leitos psiquiátricos não decorre exclusivamente das dificuldades de financiamento e expansão dos serviços hospitalares em geral. O modelo assistencial proposto prevê que se evite a centralidade do hospital, seja ele geral ou especializado, no sentido de que intervenções terapêuticas não estejam disponíveis apenas em área hospitalar, ainda que as hospitalizações estejam previstas².

A hospitalização psiquiátrica ainda aparece no imaginário popular, na mídia e nos debates acerca da reformulação do modelo assistencial como equipamento reservado ao encarceramento da loucura. Tal imagem é, muitas vezes, pertinente e oriunda de modelos herdados das primeiras instituições totais, implantadas desde a idade média em diferentes nações³⁻⁶. A contestação de práticas segregadoras, que desencadearam a reforma psiquiátrica e o movimento antimanicomial^{4,6,7}, vislumbrando o atendimento nas comunidades através de serviços substitutivos⁸, não ignorou a necessidade de hospitalização de inúmeros usuários dos serviços^{3,4,9,10}. O movimento preconizou a oferta de leitos em hospitais gerais⁸, mais próximos de cada comunidade e integrados às redes locais de cuidado^{3,4,7}.

A passagem de leitos de hospitais especializados para hospitais gerais já vem sendo registrada no Rio Grande do Sul, ao longo do tempo. Além disso, as redes locais de cuidado em saúde mental têm agregado os centros de atenção psicossocial (CAPS) como serviços de referência em cada território, concebidos com o propósito de substituir, na medida do possível, os

cuidados hospitalares¹¹. Diz o texto da Lei nº 10.216, que redireciona o modelo assistencial em saúde mental no Brasil, que hospitalizações serão indicadas apenas quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes, e com finalidade permanente de reinserção social do sujeito em seu meio, indicando a expectativa de que os tempos de permanência no hospital possam ser minimizados. Avanços recentes no campo da psicofarmacologia reforçam essa possibilidade, na direção do seguimento das ações de cuidado em âmbito extra-hospitalar.

Os municípios do Estado do Rio Grande do Sul têm respondido positivamente às iniciativas do Ministério da Saúde na direção do que se propõe na reforma do setor saúde mental, ainda que de forma heterogênea na comparação entre suas regiões¹². Segundo dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), ao final de 2011, 95 municípios ofereciam atendimento num total de 160 CAPS já cadastrados.

A implantação ou o fortalecimento das redes locais de saúde passam por oferta de ações específicas também em relação aos agravos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, com a possibilidade de instalação de centros especializados, chamados CAPS AD¹³. A oferta de serviços comunitários distintos para transtornos decorrentes do uso de substâncias ou não, bem como a demarcação de leitos específicos em hospitais para cada um destes grupos de diagnósticos que motivam hospitalizações, exigem análises em separado neste cenário.

Este estudo examinou a variação nas taxas de hospitalização psiquiátrica no sistema público de saúde e no tempo médio de permanência, no estado do Rio Grande do Sul, de 2000 a 2011, segundo o sexo dos pacientes e o grupo diagnóstico na internação.

MÉTODO

Foi realizado um estudo ecológico descrevendo taxas de internações hospitalares e tempo médio de permanência em leitos hospitalares por transtornos mentais e comportamentais por uso de álcool e outras substâncias psicoativas e pelas demais causas de transtornos mentais, em indivíduos de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 15 anos, no Estado do Rio Grande do Sul, no período de 2000 a 2011.

A fonte de dados foi o Sistema de Informações de Saúde (dados de morbidade hospitalar do SUS) disponível no DATASUS, conforme local de residência.

Assim, foram construídas quatro variáveis dependentes:

- hospitalizações por diagnósticos de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool e outras substâncias psicoativas (CID10: F10 – F19);
- demais causas representadas pelas hospitalizações por diagnósticos de transtornos mentais orgânicos/demências (CID10: F00 – F09), esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes (CID10: F20 – F29), transtornos de humor (CID10: F30 – F39), transtornos neuróticos e relacionados com estresse e somatoformes (CID10: F40 – F49), síndromes comportamentais relacionadas a fatores fisiológicos (CID10: F50 – F59), transtornos da personalidade (CID10: F60 – F69), retardo mental (CID10: F70 – F79), ou outros transtornos mentais e comportamentais (CID10: F80 – F99);

- tempo médio de hospitalização por diagnósticos de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool e outras substâncias psicoativas;
- tempo médio de hospitalização por diagnósticos de transtornos mentais orgânicos/demências, esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes, transtornos de humor, transtornos neuróticos e relacionados com estresse e somatoformes, síndromes comportamentais relacionadas a fatores fisiológicos, transtornos da personalidade, retardo mental, ou outros transtornos mentais e comportamentais.

Os dados populacionais, necessários para a elaboração das taxas de internações, também estavam disponíveis no site do DATASUS, segundo o sexo.

As taxas foram calculadas por meio da fórmula: (total de internações por grupo de causas por sexo no ano) / (total da população por sexo no ano) x 100.000 habitantes.

Com os dados extraídos do DATASUS, foram elaboradas planilhas no programa Microsoft Excel® e posteriormente analisados no Programa STATA 11.1.

As especificidades de gênero para a ocupação de leitos em hospitais e busca de serviços de saúde justificaram a estratificação segundo a variável sexo do paciente nesta análise^{14,15}. Foram analisados os coeficientes segundo o sexo de quem foi hospitalizado e o grupo de causas de internação mediante regressão de Poisson com variância robusta¹⁶, com respectivos intervalos de confiança e teste estatístico de Wald. Para avaliar a adequação do modelo analisado foi utilizado o teste de χ^2 , Goodness-of-fit, determinando como ajustamento adequado por valor de $p > 0,05$ ^{17,18}. O coeficiente da regressão de Poisson mostrou a variação das taxas de internações e dos tempos médios de hospitalização nos dois grupos de causas, segundo o sexo, ao longo do período. Também foi calculado o coeficiente de correlação de Spearman para as variações das taxas de hospitalização segundo o tempo médio de permanência, nos dois grupos de causas, segundo o sexo, ao longo do período.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Unisinos, de acordo com a Resolução 135/2012 de 13 de dezembro de 2012. Os autores informam que não há conflitos de interesse a destacar.

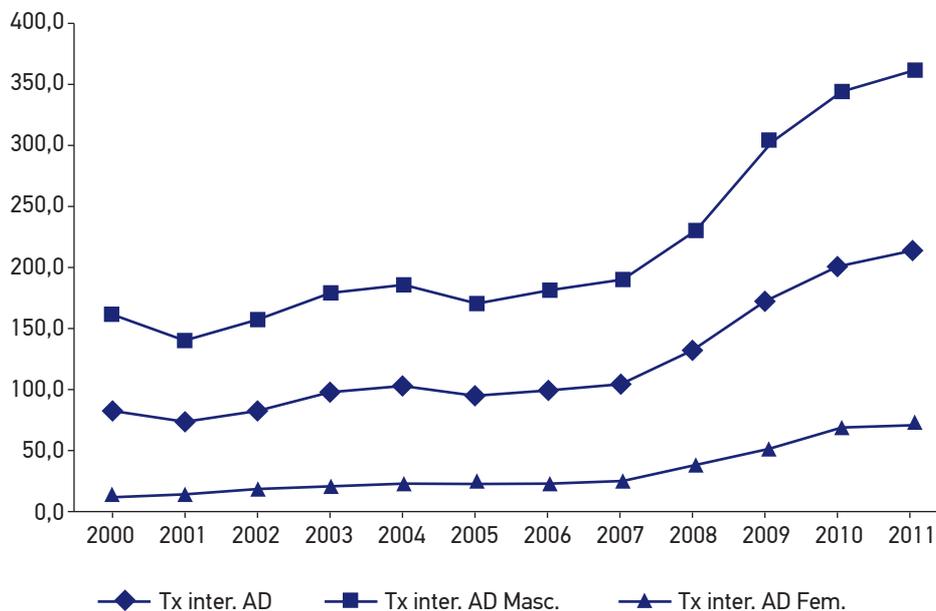
RESULTADOS

Em todo o período estudado, foi observado aumento das taxas de internações hospitalares devido aos transtornos mentais e comportamentais por uso de álcool e outras substâncias psicoativas. As taxas entre homens foram maiores do que aquelas constatadas para as mulheres (Gráfico 1). As taxas entre os homens foram de 160,9 hospitalizações a cada 100 mil habitantes em 2000, alcançando 362,9 hospitalizações a cada 100 mil habitantes em 2011. Entre as mulheres, estas taxas variaram de 13,3 hospitalizações para 100 mil habitantes em 2000, para 72,5 hospitalizações a cada 100 mil habitantes em 2011 (Gráfico 1). Em termos percentuais, porém, o crescimento das taxas de hospitalização por diagnósticos relacionados

ao consumo de álcool e outras drogas entre os homens foi de 125% no período, enquanto entre as mulheres foi de 445%.

Observou-se elevação das taxas de internações hospitalares decorrentes dos demais transtornos mentais no estado do Rio Grande do Sul, em ambos os sexos. Em 2000, atingiram 159,2 hospitalizações a cada 100 mil habitantes, chegando a 193,4 hospitalizações por 100 mil habitantes em 2011. Na distribuição entre os sexos, observaram-se valores maiores entre os homens até o ano de 2007, quando ocorreu uma inversão; preponderando, a partir de então, as mulheres, com 212,3 hospitalizações a cada 100 mil habitantes, em 2011 contra 172,6 hospitalizações a cada 100 mil habitantes do sexo masculino (Gráfico 2).

A análise mostrou diminuição no tempo médio de permanência de hospitalizações tanto por transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas como pelos demais transtornos mentais. Durante todo o período, o tempo médio de permanência pelos demais transtornos foi superior ao verificado para os decorrentes do consumo de álcool e outras drogas. Para diagnósticos decorrentes do consumo de substâncias psicoativas, o tempo médio de internações teve seu maior valor igual a 28,1 dias em 2001 e o menor foi de 16,1 dias em 2009. Já para o grupo dos demais transtornos, a redução foi de 31,4 dias, maior valor, correspondente ao tempo médio observado no ano 2000, para 20,0 dias, tempo médio registrado em 2010 (Gráfico 3).



Tx intern. AD: Taxas de Internações por transtornos por uso de álcool e outras drogas de pessoas de ambos os sexos; Tx intern. AD Masc.: Taxas de Internações por transtornos por uso de álcool e outras drogas de pessoas do sexo masculino; Tx intern. AD Fem.: Taxas de Internações por transtornos por uso de álcool e outras drogas de pessoas do sexo Feminino.

Gráfico 1. Taxas de internações hospitalares devido aos transtornos mentais e comportamentais por uso de álcool e outras substâncias psicoativas de acordo com sexo, Rio Grande do Sul, 2000 - 2011.

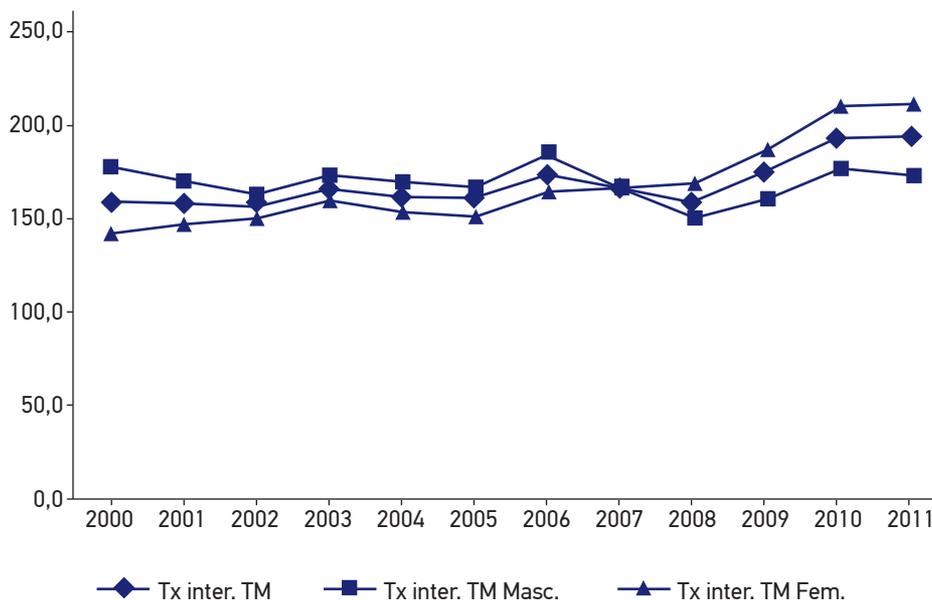
A Regressão de Poisson para taxas de internações hospitalares devido aos transtornos mentais decorrentes do uso de álcool e outras substâncias psicoativas mostrou coeficientes positivos em ambos os sexos com significância estatística. A análise confirmou o maior crescimento entre as mulheres ($P = 1,18$; IC95% 1,16 – 1,20; $p < 0,001$) (Tabela 1).

Em relação às internações hospitalares devido aos demais transtornos mentais a Regressão de Poisson mostrou aumento no total, mas isso se deve ao crescimento constatado entre as mulheres. Entre os homens, não foi verificada variação estatisticamente significativa para as taxas de hospitalização neste grupo de diagnósticos (Tabela 1).

Em relação aos tempos médios de hospitalizações, observaram-se diminuições significativas nos coeficientes de regressão para os dois grupos de doenças em ambos os sexos. O coeficiente de variação dos tempos médios de hospitalização mostrou maior redução para os transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas entre as mulheres, que foi de 6,0% ao ano, em média ($P = 0,94$; IC95% 0,92 – 0,95; $p < 0,001$) (Tabela 1).

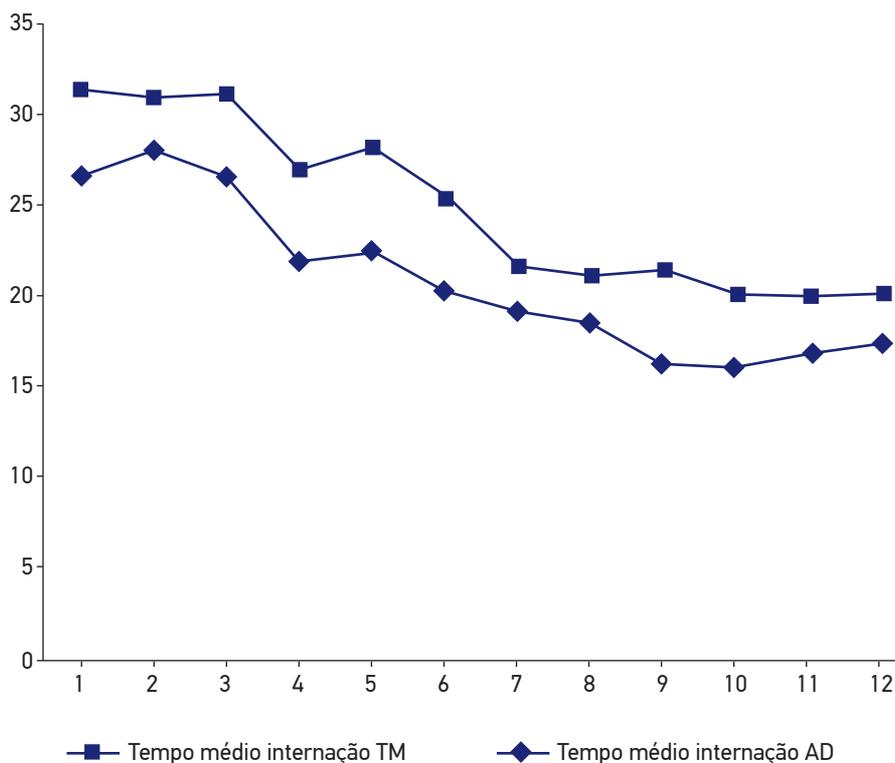
Os modelos de Regressão foram avaliados e mostraram-se adequados segundo o teste.

Em relação aos tempos médios de permanência, a expansão das taxas de hospitalização psiquiátrica entre as mulheres, para os dois grupos de diagnóstico, e para os homens, no que se refere aos transtornos por uso de álcool e outras drogas, mostraram forte correlação negativa, com significância estatística. Só não se constatou correlação para o grupo de pacientes do sexo masculino hospitalizados por outros transtornos mentais. Neste grupo, houve redução do tempo médio de permanência, mas não houve aumento das taxas durante o período do estudo (Tabela 2).



Tx intern. TM: Taxas de Internações por outros transtornos mentais de pessoas de ambos os sexos; Tx intern. TM Masc.: Taxas de Internações por outros transtornos mentais de pessoas do sexo masculino; Tx intern. TM Fem.: Taxas de Internações por outros transtornos mentais de pessoas do sexo Feminino.

Gráfico 2. Taxas de internações hospitalares devido aos demais transtornos mentais e comportamentais de acordo com sexo, Rio Grande do Sul, 2000 - 2011.



TM: por outros transtornos mentais de pessoas de ambos os sexos; AD: por transtornos por uso de álcool e outras drogas de pessoas de ambos os sexos.

Gráfico 3. Tempo médio de permanência de hospitalizações devido a transtornos por uso de álcool e outras drogas e devido aos demais transtornos mentais e comportamentais, Rio Grande do Sul, 2000 - 2011.

Tabela 1. Regressão de Poisson para taxas de hospitalização e para tempos de permanência em hospitalizações devido a transtornos mentais de acordo com sexo e diagnóstico principal, Rio Grande do Sul, 2000 - 2011.

Diagnóstico Principal	Taxa de Hospitalização			Tempo de Permanência		
	Coefficiente de Regressão	IC95 %	Valor p	Coefficiente de Regressão	IC95 %	Valor p
Transtornos por uso de Álcool e outras Drogas						
Masculino	1,09	1,07 – 1,11	< 0,001	0,95	0,94 – 0,96	< 0,001
Feminino	1,18	1,16 – 1,20	< 0,001	0,94	0,92 – 0,95	< 0,001
Total	1,10	1,08 – 1,13	< 0,001	0,95	0,93 – 0,96	< 0,001
Demais Transtornos Mentais						
Masculino	1,00	0,99 – 1,01	0,58	0,96	0,95 – 0,96	< 0,001
Feminino	1,04	1,03 – 1,05	< 0,001	0,95	0,94 – 0,96	< 0,001
Total	1,02	1,01 – 1,03	< 0,001	0,95	0,94 – 0,96	< 0,001

Tabela 2. Coeficientes de Correlação de Spearman para tempo médio de ocupação dos leitos e taxas de hospitalizações devido a transtornos mentais e comportamentais, de acordo com sexo e diagnóstico principal, Rio Grande do Sul, 2000 - 2011.

Diagnóstico Principal	Coeficiente de Correlação (ρ)	Valor p
Transtornos por uso de Álcool e outras Drogas		
Masculino	-0,888	< 0,001
Feminino	-0,888	< 0,001
Total	-0,886	< 0,001
Demais Transtornos Mentais		
Masculino	0,018	0,957
Feminino	-0,946	< 0,001
Total	-0,844	< 0,001

DISCUSSÃO

Os dados examinados mostraram estabilidade ou crescimento nas taxas de internações acompanhadas de redução dos tempos médios de hospitalização, de modo simultâneo à efetivação da oferta de serviços substitutivos no Estado. Em estudo que também analisou dados sobre hospitalizações psiquiátricas no Rio Grande do Sul, de 2000 a 2004, a ocorrência de internações se manteve inalterada mesmo com a efetiva implantação dos serviços substitutivos, com declínio de internações em hospitais especializados e aumento de 97,7% nas internações psiquiátricas em hospitais gerais¹³. Observou-se que o maior crescimento das taxas de hospitalização aqui identificadas ocorreu a partir de 2007 e 2008, prevalecendo, entre 2000 e 2004 a estabilidade já apontada por Candiago e Abreu¹³.

O fortalecimento das redes locais de cuidado em saúde mental, com a oferta de atenção em saúde mental em diferentes municípios do Estado, pode explicar, pelo menos em parte, as flutuações nas taxas examinadas^{13,19}. Entretanto, a implantação das redes locais não tem sido homogênea, pois em algumas regiões do estado observou-se, no mesmo período, cobertura insuficiente dos serviços especializados¹². De um modo geral, ao redor do mundo, a implantação de serviços de base comunitária não tem determinado a extinção da necessidade de serviços de base hospitalar¹⁹⁻²³.

Variações em qualquer direção nestes dados não devem ser assumidas como indicador de qualidade dos serviços ou das redes^{7,24,25}. No presente estudo, não estão sendo consideradas variáveis relacionadas aos serviços ou reflexões sobre qualidade. Uma avaliação naquela direção deveria incorporar na análise, obrigatoriamente, a taxa de reingresso dos pacientes nos leitos hospitalares. A fonte de dados deste estudo não permite esta distinção, nem a inclusão no modelo de análise de qualquer outra variável relacionada a características dos indivíduos que

hospitalizam e isso deve ser considerado uma limitação. Não foi possível, nesta análise, verificar em que medida as hospitalizações registradas eram computadas como mais de um evento para um mesmo indivíduo. Assim, não é possível assegurar que o aumento da taxa de hospitalizações psiquiátricas represente maior número de pessoas atendidas nesta modalidade de cuidado.

A flutuação das variáveis sexo e grupo de diagnósticos, com forte expansão de atendimentos a mulheres e para os diagnósticos relacionados a consumo de substâncias para os dois sexos, é fortemente sugestiva de que o aumento das taxas seja decorrente da inclusão de um maior número de indivíduos no elenco de usuários do sistema público de saúde que demandou atenção em nível hospitalar.

Não se descarta, porém, a possibilidade de ocorrência de longas permanências mascaradas, como o descrito no fenômeno das *portas giratórias*²³, onde o reingresso do mesmo indivíduo após curtos períodos de permanência fora do hospital sustentam indicadores de redução do tempo médio de hospitalizações, que pouco se diferenciam das longas permanências formais^{6,24,25}. O fenômeno das *portas giratórias*²³ e o crescimento da população que acessa serviços hospitalares não são excludentes entre si, podendo se dar de modo simultâneo também.

Do ponto de vista da gestão de serviços, a reforma do modelo assistencial em saúde mental indica, desde sua origem, que os recursos aplicados em hospitalizações poderiam ser revertidos para a manutenção, o aprimoramento e a ampliação do atendimento em serviços substitutivos^{1,3}. Há que se considerar, no entanto, que a ampliação do acesso da população a serviços de saúde mental possa levar ao crescimento da demanda em todos os níveis de atenção^{7,19,21,26}, sendo necessária a ampliação da estrutura e da capacidade técnica de cuidado também em nível hospitalar.

É preciso considerar também a possibilidade das hospitalizações psiquiátricas não serem realmente sensíveis à articulação das redes locais, ou ainda restarem muitos enlaces e composições entre serviços e profissionais de modo a permitir seguimento pós-hospitalização e efetiva integração entre os diferentes níveis de atenção^{10,27,28}.

De qualquer forma, o financiamento do modelo proposto, não centrado nos serviços hospitalares, não deve contar, exclusivamente, com o deslocamento dos recursos de nível hospitalar para a implantação dos serviços substitutivos^{19,20}. Os dados aqui apresentados são sugestivos de que o modelo precisa mesmo contemplar tanto serviços de base comunitária, quanto de base hospitalar¹⁹. A garantia de uma extensa rede de serviços de base comunitária, com serviços especiais como os residenciais terapêuticos (para longa permanência) e leitos hospitalares preferencialmente em hospitais gerais, atuando de modo articulado precisa estar lastreada no orçamento do sistema público de saúde¹⁹⁻²³. A expansão das redes locais de saúde, com serviços de saúde mental de base comunitária, no Rio Grande do Sul, também não parece indicar que os leitos hospitalares se tornem obsoletos.

O tempo de permanência das pessoas no nível hospitalar, no entanto, parece ser uma condição sensível à expansão das redes locais de saúde. A redução dos tempos médios de permanência, diante da redução verificada do número de leitos, permitiu que o sistema público de saúde absorvesse expansões de demandas relacionadas a dois temas contemporâneos de alta relevância:

as mudanças nas relações de gênero e os movimentos do mercado de drogas, com forte expansão no atendimento hospitalar de mulheres em geral e de usuários de drogas de ambos os sexos.

Entre as hospitalizações por diagnósticos não relacionados ao consumo de álcool e outras drogas, aparece inversão na diferença entre os sexos, com maior proporção de mulheres ocupando os leitos psiquiátricos. Este dado aparece em paralelo ao avanço dos movimentos de emancipação das mulheres e da queda de barreiras definidas por distinções associadas a papéis e expectativas de gênero, com as mulheres inseridas na cena pública e em evidência, agora também, nos círculos de atenção em saúde mental^{14,15,25}. Isso não se caracteriza, necessariamente, como um indicador negativo para as transformações sociais envolvendo gênero, podendo, ao contrário, indicar maior possibilidade de expressar sofrimento e maior reconhecimento da necessidade deste tipo de cuidado.

Quanto à variação dos indicadores relacionados a hospitalizações por transtornos decorrentes do uso de substâncias, não foram discriminadas neste estudo as drogas que teriam determinado especificamente as hospitalizações registradas, mas os dados podem, pelo menos em parte, decorrer da ampliação da demanda sobre leitos hospitalares associada à disseminação do uso do crack²⁹. Esta droga tem sido descrita como capaz de induzir a danos rapidamente e é facilmente percebida como associada à criminalidade, a comportamentos agressivos e a aumento da ocorrência de queixas relacionadas à saúde de um modo geral^{30,31}. Os usuários de crack possuem 12,4 vezes mais chance de morrer quando comparados com a população geral, através tanto de agravos decorrentes da intoxicação aguda e crônica, como também pelos riscos sociais³⁰. A intensidade de seus efeitos também aparece quando se examinam os fenômenos relacionados à síndrome de abstinência³² e os ambientes protegidos terminam por representar maior segurança e maior possibilidade de resposta terapêutica imediata^{31,33}. Leitos psiquiátricos em hospitais gerais são indicados como prioritários por diferentes autores e organismos internacionais pela recorrente interação entre fenômenos clínicos típicos da atenção em saúde mental, não apenas os transtornos por uso de substâncias e outras condições de saúde¹⁹⁻²¹.

A diferença entre homens e mulheres quanto às prevalências de uso de crack no país²⁹ não permite que se explique o aumento das taxas de ocupação de leitos exclusivamente pelos processos associados ao mercado dessa substância. As taxas se elevaram mais entre as mulheres, exatamente o grupo populacional no qual o uso de crack é menos prevalente.

CONCLUSÃO

Os dados deste estudo indicaram que a transformação em curso em nossa sociedade, por enquanto, tem repercutido com aumento de demanda de cuidados hospitalares em psiquiatria. Os padrões contemporâneos de consumo de álcool e outras drogas e a inserção das mulheres de um modo amplo em todos os mercados se associaram à reformulação do setor saúde mental, com oferta de serviços nas comunidades, por enquanto, com taxas mais elevadas de hospitalizações em psiquiatria. Este aumento foi suportado, em parte, por se alcançar um dos objetivos da reforma assistencial do setor, com a redução proposta nos tempos médios de hospitalização.

REFERÊNCIAS

- Gentil V. A ética e os custos sociais da “reforma psiquiátrica”. *Revista de Direito Sanitário* 2004; 5(1): 55-66.
- Alfradique ME, Bonolo PF, Dourado I, Lima-Costa ME, Macinko J, Mendonça CS, et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). *Cad Saúde Pública* 2009; 25(6): 1337-49.
- Silva ATMC, Barros S, Oliveira MAF. Políticas de saúde e de saúde mental no Brasil: a exclusão/inclusão social como intenção e gesto. *Rev Esc Enferm USP* 2002; 36(1): 4-9.
- Souza AMA, Braga VAB. Reforma psiquiátrica brasileira: muito a refletir. *Acta Paul Enferm* 2006; 19(2): 207-11.
- Smith CA, Wright D, Day S. Distancing the mad: Jarvis’s Law and the spatial distribution of admissions to the Hamilton Lunatic Asylum in Canada, 1876–1902. *Soc Sci Med* 2007; 64(11): 2362-77.
- Turner T. The history of deinstitutionalization and reinstitutionalization. *Psychiatry* 2004; 3(9): 1-4.
- Kilsztajn S, Lopes ES, Lima LZ, Rocha PAF, Carmo MSN. Leitos hospitalares e reforma psiquiátrica no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(10): 2354-62.
- Brasil. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Conferência regional de reforma dos serviços de saúde mental: 15 anos depois de Caracas; Brasília 2005.
- Sadigursky D, Tavares JL. Algumas considerações sobre o processo de desinstitucionalização. *Rev Lat Am Enfermagem* 1998; 6(2): 23-7.
- Amaral MA. Atenção à saúde mental na rede básica: estudo sobre a eficácia do modelo assistencial. *Rev saude publica* 1997; 31(3): 288-95.
- Brasil. Ministério da Saúde. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília, 2004.
- Gonçalves VM, Candiago RH, Saraiva SS, Lobato MIR, Abreu PSB. A falácia da adequação da cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial no estado do Rio Grande do Sul. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul* 2010; 32(1): 16-8.
- Candiago RH, Abreu PB. Uso do Datasus para avaliação dos padrões das internações psiquiátricas, Rio Grande do Sul. *Rev Saude Publica* 2007; 41(5): 821-9.
- Kohen D. Psychiatric services for women. *Adv Psychiatr Treat* 2001; 7: 328-334.
- Pegoraro RF, Caldana RHL. Mulheres, loucura e cuidado: a condição da mulher na provisão e demanda por cuidados em saúde mental. *Saúde Soc* 2008; 17(2): 82-94.
- Rosenberg D. Trend analysis and interpretation: key concepts and methods for maternal and child health professionals. Maryland: Division of science, education and analysis maternal and child health information resource center; 1997.
- Dupont WD. *Statistical Modeling for Biomedical Researchers: A Simple Introduction to the Analysis of Complex Data*. New York: Cambridge Press; 2002.
- Affi AA, Kotlerman JB, Ettner SL, Cowan M. Methods for improving regression analysis for skewed continuous or counted responses. *Annu Rev Public Health* 2007; 28: 95-111.
- Thornicroft G, Tansella M. The balanced care model: the case for both hospital and community-based mental health care. *Br J Psychiatry* 2013; 202(4): 246-8.
- Jacob KS, Sharan P, Mirza I, Garrido-Cumbrera M, Seedat S, Mari JJ, et al. Mental health systems in countries: where are we now? *Lancet* 2007; 370(9592): 1061-77.
- Saraceno B, van Ommeren M, Batniji R, Cohen A, Gureje O, Mahoney J, et al. Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. *Lancet* 2007; 370(9593): 1164-74.
- Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, et al. No health without mental health. *Lancet* 2007; 370(9590): 859-77.
- Sunkel C. Mental health services: where do we go from here? *The Lancet Psychiatry* 2014; 1(1): 11-3.
- Castro SA, Furegato ARF, Santos JLF. Sociodemographic and Clinical Characteristics of Psychiatric Re-hospitalizations. *Rev Lat Am Enfermagem* 2010; 18(4): 800-8.
- Cardoso L, Galera SAF. Internação psiquiátrica e a manutenção do tratamento extra-hospitalar. *Rev Esc Enferm USP* 2011; 45(1): 87-94.
- Oliveira EXG, Travassos C, Carvalho MS. Acesso à internação hospitalar nos municípios brasileiros em 2000: territórios do Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(Suppl 2): 298-309.
- Larrobla C, Botega NJ. Hospitais gerais filantrópicos: novo espaço para a internação psiquiátrica. *Rev Saúde Pública* 2006; 40(6): 1042-8.
- Lucchesi M, Malik AM. Viabilidade de unidades psiquiátricas em hospitais gerais no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2009; 43(1): 161-8.
- Bastos FI, Bertoni N. Pesquisa Nacional sobre o uso de crack e outras drogas. Rio de Janeiro: ICICT/FIOCRUZ; 2014.

30. Dias AC, Araújo MR, Dunn J, Sesso RC, de Castro V, Laranjeira R. Mortality rate among crack/cocaine-dependent patients: A 12-year prospective cohort study conducted in Brazil. *J Subst Abuse Treat* 2011; 41(3): 273-8.
31. Romanini M, Roso A. Mídia e crack: promovendo saúde ou reforçando relações de dominação? *Psicol Ciênc Prof* 2012; 32(1): 82-97.
32. Zeni TC, Araujo RB. O relaxamento respiratório no manejo do craving e dos sintomas de ansiedade em dependentes de crack. *Rev psiquiatr Rio Gd Sul* 2009; 31(2): 116-9.
33. Guimarães CF, Santos DVV, Freitas RC, Araujo RB. Perfil do usuário de crack e fatores relacionados à criminalidade em unidade de internação para desintoxicação no Hospital Psiquiátrico São Pedro de Porto Alegre (RS). *Rev psiquiatr Rio Gd Sul*. 2008; 30(2): 101-8.

Recebido em: 24/02/2014

Versão final apresentada em: 29/10/2014

Aceito em: 10/02/2015