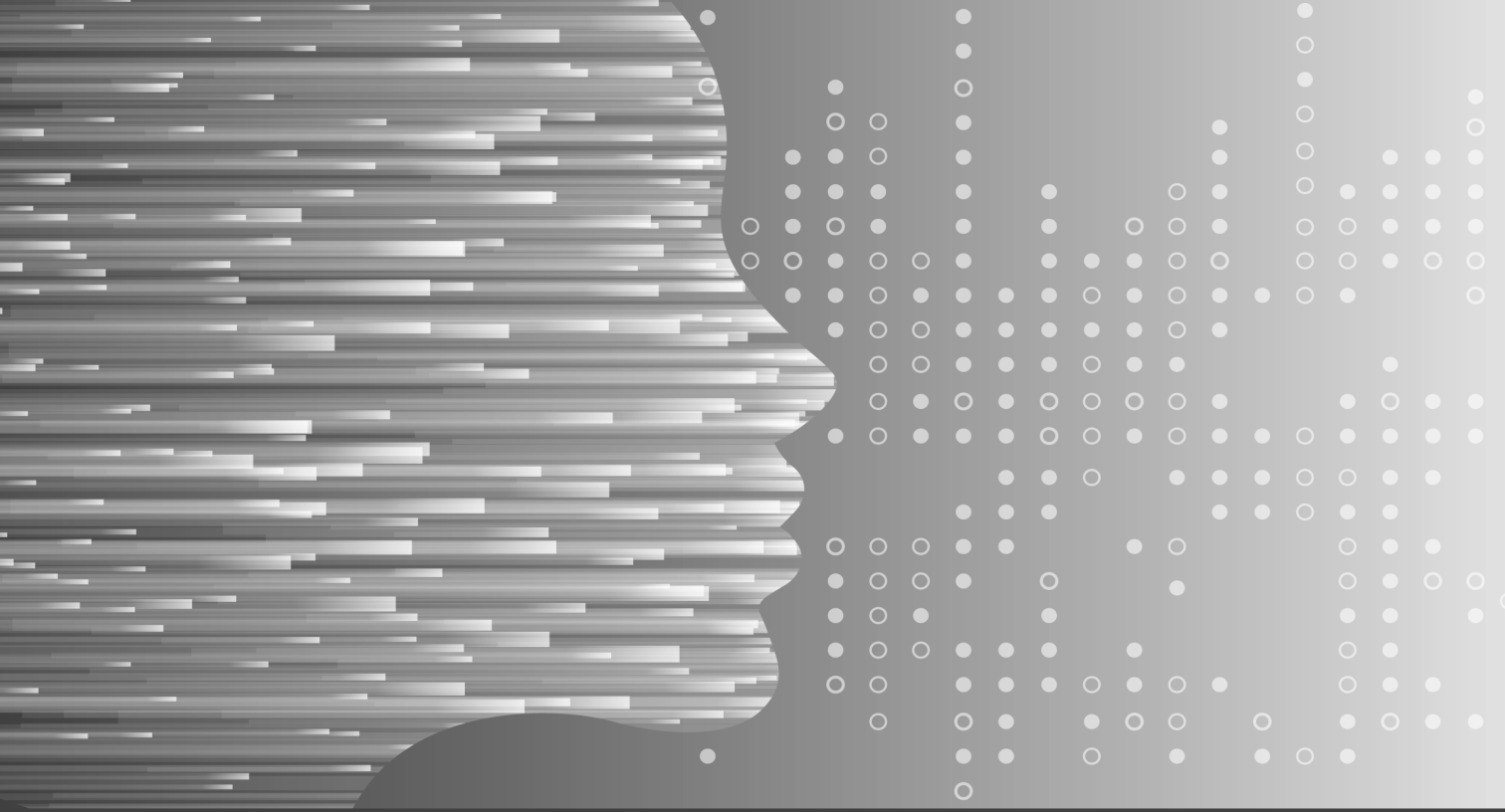




Internações Psiquiátricas de Adolescentes no Estado do Paraná

ELLEN VANUZA MARTINS BERTELLI

 **Bookerfield**



Internações Psiquiátricas de Adolescentes no Estado do Paraná

ELLEN VANUZA MARTINS BERTELLI



Editora Chefe	O conteúdo deste livro está licenciado sob uma
Marcia A. A. Marques	Licença de Atribuição Creative Commons. Atribuição-
Coordenadora Editorial	Não-Comercial Não Derivativos 4.0 Internacional (CC
Isabela Arantes Ferreira	BY-NC-ND 4.0).
Bibliotecária	
Maria Alice Ferreira	
Diagramação	
Ricardo Augusto do Nascimento	
Arte da capa	2021 by Bookerfield Editora
Matheus Lacerra	Copyright © Bookerfield Editora
Imagem da Capa	Copyright do Texto © 2021 Os autores
Freepik	Copyright da Edição © 2021 Bookerfield Editora
Revisão	Os autores cedem à Bookerfield Editora os direitos
A autora	para esta edição.

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Bookerfield Editora.

Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Bookerfield Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação.

Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

CONSELHO EDITORIAL

CIÊNCIAS AGRÁRIAS

Elson Barbosa da Silva Junior
Alirya Magda Santos do Vale Gomes
Flávio José Rodrigues Cruz
Joelma Leão Buchir
Marden Manuel Rodrigues Marques
Heiriane Martins Sousa
Monyck Jeane dos Santos Lopes
Daniela Kunkel
Afrânio Silva Madeiro
Ana Luiza Trovo Marques de Souza
Maria Cristina Bueno Coelho
Daniele Cristina Ficanha
Carlos Eugenio Fortes Teixeira
Fernando Rezende da Costa
Pablo Daniel Freitas Bueno
Kleber Fernando Pereira
Fabiana Schiochet
João Francisco Severo Santos
Jairton Fraga Araujo
Renato Jaqueto Goes

CIÊNCIAS BIOLÓGICAS

Joelma Leão Buchir
Érika Alves Tavares Marques
Rafael Mesquita Stoque
Renato Luís Veiga Oliveira Júnior
Morgana do Nascimento Xavier
Veronica Gabriela Ribeiro da Silva
Flávio José Rodrigues Cruz
Nathália Sayuri Yamamoto
Patricia Köster e Silva
Jussara Gonçalves Fonseca
Heiriane Martins Sousa
Fabíola Aliaga de Lima
Jaqueline Rocha Borges dos Santos
José Maria Ferraz Filho
Noemi Mendes Fernandes
Cesar Augusto Cunha Cervantes
Mário César de Oliveira
José Amorim
Débora Cristina Damasceno
Kleber Fernando Pereira
Bianca Barros da Costa
Pedro Paulo Gattai Gomes
Raquel Ayres
Yasmin de Oliveira Pontual
Fernanda Medeiros Sebastião
Benedito Rodrigues da Silva Neto

Letícia Dias Lima Jedlicka
Taiane Aparecida Ribeiro Nepomoceno
Maria Carolina Accioly Brelaz de Castro

CIÊNCIAS DA SAÚDE

Luciane Cristina Arantes
Fabio José Antonio da Silva
Suzana Silva Lira
Ivonete Aparecida Alves Sampaio
Kilvia Paula Soares Macedo
Thiago Luciano Rodrigues da Silva
Elisângela Rodrigues Carrijo
José Aderval Aragão
Veronica Gabriela Ribeiro da Silva
Rogério Wagner da Silva
Marcelo Benedet Tournier
Sofia Banzatto
Carlos Vinícius Pagani Vieira Machado
Simone Mattos do Nascimento
José Robertto Zaffalon Júnior
Camila Gemin R. Locatelli
Juliane Campos Inácio
Rafael Mesquita Stoque
Vivian Victoria Vivanco Valenzuela
Andrea Borges Gaia
Greicielle Pereira Arruda
Marcelo de Oliveira Pinto
Ana Luiza Trovo Marques de Souza
Nara Michelle Moura Soares
Taíza Fernanda Ramalhais
Jaqueline Rocha Borges dos Santos
José Maria Ferraz Filho
Valéria Rodrigues da Conceição
Maria Cristina C Nepomuceno Carvalho
Renato Carlos Machado
Ana Irene Coelho Nunes
Gisela da Costa Mascarenhas
Jandira Maria do Amarilho Silveira
Alexandre Daré de Almeida
Katia Fernanda Forti Porcaro
Adriano José Barbosa Junior
June Fernanda Maria Teixeira
Marcos Guimarães de Souza Cunha
Marcello Alberton Herdt
Randson Souza Rosa
Thaís Mendonça Resende
Fabrício Casanova
Janaina da Câmara Zambelli
Fabiana Leticia Sbaraini

Jogilmira Macedo Silva Mendes
Nillianne Charles Ribeiro
Marcos Roberto Brasil
Débora Cristina Damasceno
Andressa Ribeiro Contreira
João Francisco Severo Santos
Líncon Bordignon Somensi
Sheila Moura Amaral
Bianca Barros da Costa
Pedro Paulo Gattai Gomes
Raquel Ayres
Alessandrino Terceiro de Oliveira
Renata Oliveira de Barcelos
Paula Cunha Vieira
Maria Clara Soares de Souza dos Santos Muradas
Roberto Mendes dos Santos
Paulo Celso Budri Freire
Francielle Feitosa Dias Santos
Alexandre Visconti Brick
Estélio Henrique Martin Dantas
Eveline Fernandes Vale
Emanuel Tenório Paulino
Diogo de Sousa Martins
Jovino Gentilini Junior

CIÊNCIAS EXATAS E DA TERRA

Vagner Marques de Moura
João César Abreu de Oliveira Filho
Rodolfo Lucas Bortoluzzi
Andrea Sartori Jabur
Luiz Eduardo da Silva Gomes
Dalvani Fernandes
Evandro Preuss
Isidro ihadua
Edfram Rodrigues Pereira
Hermam Vargas Silva
Cláudia Hitomi Watanabe Rezende
Valdecir Alves dos Santos Júnior
Lívia Sancho
Marco Aurélio Schünke
Henrique Mariano Costa do Amaral
Henrique Pereira Oliveira d'Eça Neves
Gisane Aparecida Michelon
Sonia Tomie Tanimoto
Manolo Cleiton Costa de Freitas
Duany Dreyton Bezerra Sousa
Marcos do Carmo Pereira
Juvino Pereira
Tânia do Carmo
Gerson Cruz Araujo
Vinícius Fernandes Moretti
Paulo Celso Budri Freire

Marcos Vinicius de Oliveira Peres

CIÊNCIAS HUMANAS

Camila de Vasconcelos Tabares
Alberto Carlos de Souza
Adailton Pereira de Melo
Marcos Pereira dos Santos
Oscar Yecid Bello Bello
Elisângela Rodrigues Carrijo
Vanderlei Frari
Dayane Cristina Guarnieri
Fernando Cesar Mendes Barbosa
Miguel Rodrigues Netto
João César Abreu de Oliveira Filho
Guilherme Camara Meireles
Dalvani Fernandes
Breno Henrique Ferreira Cypriano
Rebecca Bianca de Melo Magalhães
Bruno Cezar Silva
Silvio Santiago-Vieira
Vinícius Dantas Silveira
Vânia Maria Carvalho de Sousa
Taíza Fernanda Ramalhais
Maria Cristina C Nepomuceno Carvalho
Carlos Eduardo Mauricio
Josiane Nascimento Andrade
Ana Margarida Theodoro Caminhas
Isadora Vianna Sento-Sé
Eduardo Henrique Assis Cidade
Sandra das Dores Souza
Guilherme William Udo Santos
Marlon Nantes Foss
Josael Jario Santos Lima
Bruna Pacheco de Almeida
Eulalia Fabiano
Susan Audrey Bueno dos Santos
Marcos Pereira Magalhães
Deiziane Pinheiro Aguiar
Tatiane dos Santos Duarte
Camila Bueno Grejo
Luana Mayer de Souza
João Francisco Severo Santos
Anderson Dantas da Silva Brito
Ana Maria Senac Figueroa
Claudia Candida Lazarotto
Edonilce da Rocha Barros
Luciano Sérgio Ventin Bomfim

CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS

Renato Obikawa Kyosen
Horácio Monteschio
Camila Nathalia Padula de Godoy

Aline De Souza Lima Barbaroto
Elisângela Rodrigues Carrijo
Fernando Cesar Mendes Barbosa
Rodolfo Lucas Bortoluzzi
Miguel Rodrigues Netto
Hermam Vargas Silva
Marco Aurelio de Jesus Mendes
Isabel das Mercedes Costa
Vanessa Paiva Costa Vale
Bruno Cezar Silva
Vinícius Dantas Silveira
Solange Kileber
Maria Cristina C Nepomuceno Carvalho
Nelson Calsavara Garcia Junior
Josiane Nascimento Andrade
Ana Margarida Theodoro Caminhas
Gisela da Costa Mascarenhas
Isadora Vianna Sento-Sé
Eduardo Henrique Assis Cidade
Cassio Rene Duminelli
Josael Jario Santos Lima
Bruna Pacheco de Almeida
Eulalia Fabiano
Daniel Nascimento e Silva
João Vitor Gomes Pinto
Susan Audrey Bueno dos Santos
Sandra Couto Barbosa
Érika Rigotti Furtado
João Clécio de Sousa Holanda
João Francisco Severo Santos
Camila Augusta Alves Pereira
Camila Alves de Sousa
Fabricio Lemos de Siqueira Mendes
Leandro Nunes Soares da Silva
Maria Rozilda Barbosa do Nascimento

ENGENHARIAS

Elaine Patricia Arantes
Marcelo Henrique da Silva
Jaime Andres Castaneda Barbosa
Thiago Averaldo Bimestre
Fernando Oliveira de Andrade
Israel Henrique Ribeiro Rios
Rodolfo Lucas Bortoluzzi
Andrea Sartori Jabur
Rafael Gonçalves Mafra
Andréia Monique Lermen
Vanessa Paiva Costa Vale
Valdecir Alves dos Santos Júnior
Alejandro Victor Hidalgo Valdivia
Daniele Cristina Ficanha
Marcos Guimarães de Souza Cunha

Marcelo Marques
Henrique Mariano Costa do Amaral
Arlete Barbosa dos Reis
Jefferson Sousa Farias
Renata Jardim Martini

LINGÜÍSTICA, LETRAS E ARTES

Márcia Donizete Leite-Oliveira
Geison Araujo Silva
Alberto Carlos de Souza
José Edson Barros Correia
Silvio Santiago-Vieira
Guilherme William Udo Santos
Marlon Nantes Foss
Thiago Blanch Pires
Luciano de Oliveira Costa
Vera Regiane Brescovici Nunes
Anderson Dantas da Silva Brito

MULTIDISCIPLINAR

Érika Alves Tavares Marques
Aline De Souza Lima Barbaroto
Guilherme Camara Meireles
Vanessa Paiva Costa Vale
Isidro ihadua
Andrea Sartori Jabur
Fernando Oliveira de Andrade
Cláudia Hitomi Watanabe Rezende
Fernanda Imada de Lima
Andréia Monique Lermen
Alejandro Victor Hidalgo Valdivia
Ana Margarida Theodoro Caminhas
Marcelo Marques
José Amorim
Fabricio Lemos de Siqueira Mendes
Taiane Aparecida Ribeiro Nepomoceno
Arlete Barbosa dos Reis

Internações Psiquiátricas de Adolescentes no Estado do Paraná: da Evolução Temporal à Relação com a Rede de Atenção à Saúde Mental

Editora Chefe Marcia A. A. Marques
Coordenadora Editorial Isabela Arantes Ferreira
Bibliotecária Maria Alice Ferreira
Diagramação Ricardo Augusto do Nascimento
Revisão A autora

Organizadores

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Bertelli, Ellen Vanuza Martins

Internações psiquiátricas de adolescentes no Estado do Paraná [livro eletrônico] : da evolução temporal à relação com a rede de atenção à saúde mental / Ellen Vanuza Martins Bertelli. -- São Paulo : Bookerfield, 2021.

PDF

ISBN 978-65-89929-19-2

1. Adolescente 2. Epidemiologia 3. Políticas públicas de saúde 4. Políticas públicas de saúde - Paraná (PR) 5. Saúde mental 6. Transtornos mentais - Obras de divulgação I. Título.

21-81570

CDD-362.21

Índices para catálogo sistemático:

1. Adolescentes : Política de saúde mental : Bem-estar social 362.21

Maria Alice Ferreira - Bibliotecária - CRB-8/7964

DOI 10.53268/BKF21091100

Bookerfield Editora
São Paulo – Brasil
Telefone: +55 (11) 99841-4444
www.bookerfield.com
contato@bookerfield.com



DECLARAÇÃO DA AUTORA

A autora declara não haver qualquer interesse comercial ou irregularidade que comprometa a integridade desta obra; declara que participou da elaboração e revisão da obra, atestando a confiabilidade dos dados e resultados; declara que a obra está livre de plágio acadêmico; declara que a publicação desta obra não fere qualquer outro contrato por ela firmado; declara ter atendido eventuais exigências de outras partes, como instituições financiadoras, para a publicação desta obra.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos trabalhadores do SUS que acreditam na Integralidade e na Universalidade do Sistema e buscam, a cada dia, uma “saúde” mais digna para todos os brasileiros.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus acima de tudo, a proteção dada nos 28.200 quilômetros de viagem, durante as 376 horas de idas e vindas.

Agradeço à minha família, que me deu suporte todos os dias, principalmente ao meu querido marido que foi meu porto seguro durante essa jornada e que, gentilmente, me lembrava, dia após dia, que em momento algum fui ameaçada ou coagida a participar do processo de seleção para o mestrado e, somente por minha escolha, que estava passando por tudo isso.

Agradeço à minha mãe e à minha sogra que prontamente me ajudaram com a “logística” para cuidar do meu filho a cada viagem.

Agradecimento ao meu querido filho, por ter sido tão compreensível e ao mesmo tempo um pedido de desculpas, pela ausência a cada semana.

Obrigada, Rosana Rosseto de Oliveira, por ter sido meu apoio e suporte durante esse período, foi muito bom poder contar com você.

Obrigada, Professora Ieda querida, pela bondade e serenidade demonstradas diariamente, pelo carinho e compreensão destinados a mim e a todos os seus “filhos científicos”, com certeza a senhora foi a maior “providência divina” desta jornada.

Viver
Tudo o que a vida tem pra te dar
Saber, saber
Em qualquer segundo tudo pode mudar
Fazer
Sem esperar nada em troca
Correr
Sem se desviar da rota
Acreditar no sorriso
E não se dar por vencido
Querer, querer
Mudar o mundo ao seu redor
Saber, saber
Que mudar por dentro pode ser o melhor
Fazer
Sem esperar nada em troca
Vencer
É recomeçar...
(Rogerio Flausino)

APRESENTAÇÃO

Os transtornos mentais acometem milhões de pessoas no mundo. Dados da Organização Mundial de Saúde dizem que aproximadamente 154 milhões de pessoas têm depressão, 25 milhões sofrem de esquizofrenia, 91 milhões de pessoas possuem transtornos relacionados ao abuso de álcool e 15 milhões, por abuso de drogas. Apesar dessas taxas de incidência variarem muito de acordo com cada país, um padrão de aumento tem sido identificado principalmente nos países em desenvolvimento, como o caso do Brasil.

São agravos que correspondem a uma grande carga de doença com possibilidade de causar incapacidades e sofrimento, tanto para os indivíduos como para seus familiares. Alguns grupos específicos sofrem maior incidência de transtornos mentais e demandam uma atenção e cuidado mais vigilante, como idosos, gestantes e adolescentes.

A adolescência é um período muito peculiar, pois é uma fase onde surgem muitas mudanças e conflitos, o que pode ser fator gerador de estresse e transtornos mentais. Um diagnóstico de transtorno mental na adolescência guarda características muito particulares e complexas. Devem-se considerar as informações sobre a família, sua dinâmica e estrutura, bem como aspectos sociais e de desenvolvimento físico, cognitivo e emocional. Os mais comuns na adolescência são: a ansiedade, a depressão e a experimentação de substâncias psicoativas.

Esta obra busca fazer a análise dos casos de transtornos mentais em adolescentes no estado do Paraná e traz de forma objetiva a evolução temporal desses agravos nos últimos anos. Mostra o crescimento de alguns diagnósticos específicos e a redução de outros. Também analisa como foi o comportamento dessas internações em relação as mudanças que ocorreram na Rede de Atenção Psicossocial no Estado e como alguns dispositivos foram capaz ou não de provocar redução nas hospitalizações por essas causas.

SUMÁRIO

SEÇÃO 1 – INTRODUÇÃO E METODOLOGIA ADOTADA

1 INTRODUÇÃO E OBJETIVOS	16
2 METODOLOGIA	27
2.1 TIPO DE ESTUDO	27
2.2 POPULAÇÃO E LOCAL DE ESTUDO.....	28
2.3 FONTE E COLETA DE DADOS	31
2.4 CONSTRUÇÃO DO BANCO DE DADOS	32
2.5 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE	33
2.6 VARIÁVEIS DO ESTUDO	34
2.6.1 Variável Desfecho.....	34
2.6.2 Variáveis Independentes	34
2.7 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS.....	34
2.7.1 Análise para a modelagem de série temporal segmentada das internações de adolescentes no Paraná	34
2.7.2 Análise para a correlação de coeficientes de internação e coberturas de CAPS, ESF e distribuição de leitos de tratamento nas Regiões de Saúde do Estado do Paraná	36
2.8 ASPECTOS ÉTICOS	36

SEÇÃO II – MODELAGEM DA SÉRIE TEMPORAL SEGMENTADA

Itens	38
-------------	----

SEÇÃO III – COBERTURA DOS PRINCIPAIS DISPOSITIVOS DE TRATAMENTO DA REDE

Itens	55
-------------	----

SEÇÃO IV - CONSIDERAÇÕES FINAIS

1. CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
2. IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM.....	72
REFERÊNCIAS.....	73
ANEXO.....	78

INTRODUÇÃO E METODOLOGIA ADOTADA

SEÇÃO I

CAPÍTULO 1

INTRODUÇÃO E OBJETIVOS

Os Transtornos Mentais acometem milhões de pessoas no mundo. Aproximadamente 154 milhões de pessoas têm depressão, 25 milhões sofrem de esquizofrenia, 91 milhões de pessoas possuem transtornos relacionados ao abuso de álcool e 15 milhões, por abuso de drogas, segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), (WHO, 2009).

A maior incidência desse tipo de transtorno está associada à depressão, às psicoses e aos transtornos relacionados ao uso inadequado do álcool. Estudo realizado em 2003, pela OMS, com métodos padronizados internacionalmente, envolvendo todos os países, apontou que 18,8% dos brasileiros foram diagnosticados com depressão nos últimos 12 meses (WHO, 2010). Outro estudo brasileiro com critérios mais amplos para transtornos mentais comuns (depressão e ansiedade) evidenciou que cerca de 25% dos adultos brasileiros apresentaram tais sintomas (MARAGNO et al., 2006).

A OMS afirma que a prevalência nacional de transtornos mentais exhibe taxas de variação muito amplas, pois inúmeros fatores são considerados para esses diagnósticos, principalmente aspectos transculturais, estigma e preconceito, que podem variar de uma nação para outra, e

ainda, os instrumentos que são utilizados para o diagnóstico. Exemplo claro dessas variações é a taxa de prevalência de 4,7% de transtornos mentais na população geral da Nigéria e a de 26,4% na população dos Estados Unidos da América. Um consenso, no entanto existe, é de que a prevalência tem sido muito parecida entre homens e mulheres do mundo todo, com um leve aumento das taxas de depressão entre as mulheres (WHO, 2009).

Os transtornos mentais afetam a sociedade como um todo, e trazem como consequência uma grande carga pessoal para os indivíduos, para suas famílias, gerando situações que afetam até mesmo a economia de uma nação, fato esse que é agravado enormemente pelo déficit de tratamento que os transtornos mentais apresentam em praticamente todos os países (WHO, 2009).

Alguns grupos específicos sofrem maior incidência de transtornos mentais e demandam uma atenção e cuidado mais vigilante, como idosos, gestantes e adolescentes. Quando se fala em saúde mental de grupos específicos, tem-se nos adolescentes um público muito peculiar, pois essa fase de desenvolvimento do indivíduo por si só apresenta conflitos e mudanças, além de ser o período no qual surgem

muitos transtornos mentais. Os transtornos que mais comumente aparecem nessa faixa etária são ansiedade, depressão, transtornos de conduta, entre outros. Nessa fase também ocorre, comumente, a experimentação de substâncias psicoativas como o álcool e outras drogas. Sabe-se que adolescentes com histórico de transtornos mentais permanecem com estes, sem diminuição, na fase adulta. (FORLENZA E MIGUEL, 2012; WHO, 2009).

1.1 SAÚDE MENTAL NA ADOLESCÊNCIA

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) define adolescente aquele indivíduo que tem de 12 a 18 anos incompletos (BRASIL, 2017). A adolescência é um período muito singular da vida da pessoa, marcado por um ciclo de saúde onde se evidenciam poucos agravos; porém hábitos de vida, comportamentos, riscos produzidos pelo contexto social, pela desigualdade e exposição a diversas formas de violência podem gerar situações de vulnerabilidade e adoecimento (BRASIL, 2014).

A adolescência é um ciclo da vida que se apresenta com várias oscilações, pois o jovem se movimenta entre a dependência financeira, afetiva e legal dos pais presentes na infância e a autonomia e liberdade da vida adulta, e é justamente nesse período de transformações que surgem muitos transtornos mentais. Nessa fase surgem os primeiros episódios de mania, depressão, psicose, pânico, restrições alimentares e, também, o primeiro contato com substâncias psicoativas (FORLENZA E MIGUEL, 2012)

Um diagnóstico de transtorno mental na adolescência guarda características muito particulares e complexas, exigindo várias consultas, de modo a permitir que o caso seja revisto e avaliado continuamente, tendo em vista que o curso clínico da doença muda conforme ocorre o desenvolvimento do indivíduo. Devem-se considerar as informações sobre a família, sua dinâmica e estrutura, bem como aspectos sociais e de desenvolvimento físico, cognitivo e emocional a cada avaliação do adolescente (FORLENZA E MIGUEL, 2012).

Uma revisão sistemática de 2014 apontou que os transtornos mais comuns na infância e adolescência são a depressão, os transtornos de ansiedade, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), transtorno por uso de substâncias e transtorno de conduta (THIENGO, 2016).

O estudo de Ribeiro e Lykouroupoloulos (2016) demonstrou que os transtornos mentais em crianças e adolescentes no Brasil prevalecem numa taxa entre 12,7% e 19,9%, segundo critérios do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV).

Durante o ano de 2016 foram registradas, na faixa etária de 10 a 19 anos, 14.499 internações pelo capítulo V da décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID 10), no Brasil. No estado do Paraná foram 998 internações no mesmo período e faixa etária. Esses números são significativos e colocam os transtornos mentais e comportamentais como a 11ª causa de internações na faixa etária de 10 a 19 anos no Brasil e a 10ª causa de internação no Paraná, excluindo-se as internações por gravidez, parto e puerpério (BRASIL, 2017).

É consenso na literatura que os transtornos mentais e comportamentais têm sua origem relacionada com várias causas. Diversos estudos apontam ainda que fatores biológicos, como sexo e faixa etária; fatores genéticos, como histórico familiar de transtorno mental; fatores ambientais, como presença de violência familiar e comunitária; e, fatores comportamentais, como início precoce de atividade sexual, são elementos de risco para o desenvolvimento desses transtornos (THIENGO et al, 2016; STRAUCH et al, 2009; LOPES, 2016).

Estudo realizado recentemente na Bósnia identificou que a incidência de depressão em adolescentes aumenta após o divórcio dos pais, principalmente entre meninas, colocando o relacionamento dos pais como um fator de risco para depressão (HADŽIKAPETANOVIĆ, BABIĆ E BJELOŠEVIĆ, 2017).

Uma investigação brasileira importante e de relevância nacional foi o Estudo dos Riscos Cardiovasculares em Adolescentes (ERICA), iniciada em 2008 e teve seus resultados publicados em 2016. Foram entrevistados estudantes de 12 a 17 anos, de cidades com mais de 100 mil habitantes, de escolas públicas e privadas. O ERICA coletou dados sobre o consumo alimentar de adolescentes, estimando quantidade de calorias, nutrientes e micronutrientes. Além disso, trouxe outros aspectos relacionados à saúde desta clientela, como comportamento sexual, saúde mental, tabagismo e ainda, o consumo de álcool entre estes jovens (BLOCH, CARDOSO, SICHIERI, 2016).

O ERICA utilizou um instrumento de rastreamento de transtornos mentais e identificou que a prevalência de transtornos mentais comuns foi de 30,0%, sendo mais elevada entre meninas (38,4%), quando comparadas aos meninos (21,6%) e maior entre os adolescentes de 15 a 17 anos (33,6%), em relação àqueles entre 12 e 14 anos (26,7%), apontando para um problema de saúde muitas vezes não identificado (LOPES, 2016).

Essas taxas se mostram semelhantes às de outros países, como Portugal, que apresentou um índice de 31,2% dos adolescentes com sintomas de depressão, sendo que destes, 17,7% com sintomatologia moderada a severa (ERSE et al, 2016).

Estudo da América Latina, realizado na Colômbia, em 2015, com uma representação de cinco regiões do país, tendo como sujeitos adolescentes entre 12 e 17 anos, apresentou uma prevalência de qualquer transtorno na vida de 7,2%, sendo a fobia social o transtorno mais comum. Os fatores associados a qualquer tipo de transtorno mental foram: ser mulher, ter pouco apoio familiar, ter vivenciado pelo menos um evento traumático e ter apresentado uma ou mais tentativas de suicídio. Um fator protetor identificado foi a participação em pelo menos um grupo (Gómez-Restrepo et al, 2016).

Outras causas de transtornos mentais são aquelas relacionadas ao uso de álcool e outras drogas. Definem-se o álcool e outras drogas como aquelas substâncias que, quando consumidas, alteram o funcionamento do cérebro, modificando o estado mental da pessoa que as consumiu. Essas substâncias também são chamadas de psicotrópicos. Podem ser classificadas em Depressores do Sistema Nervoso central: como o álcool, opiácios, benzodiazepínicos e inalantes; e, Estimulantes do Sistema Nervoso Central: como as anfetaminas, a cocaína/crack.

Outra classe de drogas são os alucinógenos: como a maconha, o LSD e o êxtase (PARANA, 2014).

O uso de substâncias psicoativas é um dos principais problemas de saúde pública dos países. Em torno de dois bilhões de pessoas consomem álcool no planeta e 185 milhões são consumidores de outras drogas. Essas substâncias contribuem para 12,4% de todos os óbitos no mundo. Além destes, diretamente causados pelas drogas, o uso de substâncias pode trazer outros prejuízos ao indivíduo, como alterações na cognição, na capacidade de julgamento, no humor e nos relacionamentos, prejudicando o aproveitamento escolar e alterando o funcionamento cerebral a curto e longo prazo, o que causa falhas no processo de desenvolvimento do adolescente e que permanecem durante toda a vida adulta (FORLENZA E MIGUEL, 2012).

Vale ressaltar que a dependência química não acontece de maneira instantânea, de tal modo que o usuário adota padrões de consumo cada vez maiores, principiando com um consumo pequeno da substância psicoativa, e aumentando progressivamente a quantidade da substância ingerida. (PARANÁ, 2014)

Em estudo realizado em Cuba, no ano de 2013, em quatro escolas, com adolescentes entre 10 e 14 anos, evidenciou-se que 54,5% (de um total de 288 entrevistados) já haviam consumido álcool; desses, 30,2% tinham idade entre 10 e 11 anos, mostrando que o consumo de bebidas alcoólicas tem alta predominância nessa faixa etária e, como fato principal, o início deste consumo se dá cada vez mais precocemente (SANTIESTEBAN, 2016).

O ERICA revelou que 21% dos adolescentes entrevistados haviam consumido álcool pelo menos uma vez nos últimos 30 dias. O estudo ainda apontou para um dado relevante para o estado em que este trabalho foi desenvolvido, pois a prevalência do uso de álcool em adolescentes se mostrou mais elevada nos estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná. O ERICA comprovou, também, que o consumo de álcool aumenta com a faixa etária, o que significa que aqueles adolescentes que tiveram uma iniciação precoce permanecem consumindo, agregando-se à população de usuários que iniciaram o consumo mais tarde. Outros dados relevantes levantados são os que indicaram que não houve diferença significativa entre o consumo nos últimos 30 dias entre os sexos; o que se observou foi que os adolescentes do sexo masculino têm um consumo mais frequente, estimado em cerca de 10 vezes por mês e em torno de 25% dos adolescentes que consumiram álcool nos últimos 30 dias, tiveram o primeiro contato com a bebida antes dos 12 anos de idade (COUTINHO et al, 2016).

Esse último dado deve ser considerado um sinal de alerta importante, na medida em que evidencia que o consumo precoce de álcool acontece apesar da legislação vigente que proíbe a venda desses produtos para menores de 18 anos. A Lei n. 13.106, de 17 de março de 2015, trata como crime vender, fornecer, servir, ministrar ou entregar bebida alcoólica a criança ou a adolescente e aplica pena de detenção de dois a quatro anos e multa, que varia de R\$ 3.000,00 (três mil reais) a R\$ 10.000,00 (dez mil reais). Ainda prevê a interdição do estabelecimento comercial que fez a venda até que a multa aplicada seja paga. Porém, na prática, o que se vê é

o descumprimento dessa legislação (BRASIL, 2015).

Sobre o maior consumo de álcool entre os adolescentes nos estados da região sul, um estudo mostrou que na cidade de Pelotas-RS, 23% dos adolescentes que foram entrevistados haviam consumido álcool nos últimos 30 dias, constituindo uma média maior do que a apontada pelo ERICA. A prevalência foi maior entre indivíduos do sexo masculino, ficando em 24,2%, sendo o percentual encontrado no sexo feminino, de 21,7%. Esse estudo também ratificou os dados evidenciados no ERICA; ao mostrar que em Pelotas a prevalência de consumo de álcool aos 11 anos é de 11,9%, dado mais alarmante ainda, visto que a faixa etária dessa pesquisa era mais ampla. Também foi relatada uma associação positiva entre o consumo de álcool com o tabagismo e com a prática antecipada de relação sexual (STRAUCH, et al, 2009).

Outro dado interessante apontado pelo ERICA foi em relação à preferência de bebidas alcoólicas dos adolescentes brasileiros. Vodca, rum e tequila foram às bebidas mais consumidas, com cerca de 20% dos adolescentes (masculino e feminino) relatando o consumo de *drinks* à base de destilados nos últimos 30 dias. Tal informação é preocupante, na medida em que revela que os adolescentes brasileiros estão optando por bebidas com maior teor alcoólico, em torno de 40% de álcool, o que acarreta graves efeitos, mesmo com pequenas quantidades ingeridas (COUTINHO et al, 2016).

Sobre o consumo de outras drogas no Brasil, foi concluído em 2010 o “VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas entre estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública e Privada nas Capitais Brasileiras”, identificando uma diminuição no consumo de drogas ilícitas entre os alunos de escolas públicas no país. Essa queda foi de 49,5% comparado ao levantamento anterior, realizado em 2004 (CARLINI, 2010).

Outra grande pesquisa de caráter nacional foi realizada pelo Governo Federal em 2014, com o objetivo de conhecer os usuários de *crack* no Brasil. Esse estudo, realizado em todas as capitais brasileiras e algumas regiões metropolitanas, apontou que 0,54% da população geral faz uso regular de *crack*, e destes apenas 0,31% são menores de 18 anos (ANDRADE, 2010).

Apesar dessa redução nos parâmetros de consumo de drogas ilícitas por adolescentes brasileiros, esse fenômeno não deixou de ser um problema de saúde pública no Brasil. Durante o período de 2000 a 2015, houve aumento significativo nas internações psiquiátricas no Paraná por transtornos mentais relacionados ao uso de substâncias, com percentuais em torno de 5%. Esse aumento foi relevante para ambos os sexos, sendo de 4% para o feminino e de 8% para o masculino (BALBINOT E HAUBERT, 2016).

1.2 POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL

A internação Psiquiátrica foi por muito tempo a única proposta de tratamento oferecida aos portadores de doenças mentais no Brasil, fossem estes adultos ou crianças (MARTINS, 2013). Esse modelo de atenção e tratamento, também chamado de modelo asilar ou hospitalocêntrico, afastava e excluía o doente do convívio comunitário e familiar. Em virtude

disso, duras críticas começaram a ser elaboradas a esse modo de tratar e cuidar, considerado por muitos especialistas como sinônimo de exclusão e reclusão (GONÇALVES; SENA, 2001).

Foi no final da década de 70, desencadeada por tais críticas e, principalmente sob influência internacional, que se inicia no país a Reforma Psiquiátrica brasileira, a qual propôs a extinção progressiva dos manicômios, mudando a lógica de abordagem e tratamento do doente mental, defendendo seus direitos, sua cidadania, além de discutir novas possibilidades no sentido de buscar a convivência desses indivíduos na sociedade (PAULON; NEVES, 2013).

Começa, então, uma mudança no perfil das internações psiquiátricas no Brasil, que passaram a acontecer de acordo com novas diretrizes. Estudo realizado no Rio Grande do Norte, no período de 2009 a 2011, demonstra uma diminuição no tempo de internação e também no número absoluto das reinternações naquele Estado (RAMOS; GUIMARÃES, 2013). Pesquisa semelhante feita no Rio Grande do Sul apontou uma mudança na proporção dos diagnósticos das internações, onde se evidenciou o aumento destas por transtornos do humor e sua diminuição por esquizofrenia e psicoses (CANDIAGO, 2007).

Santos e Oliveira (2013), por sua vez, sinalizaram em seu estudo o crescimento dos casos de uso e abuso de substâncias. Tal fato representa hoje um problema de saúde pública que interfere gravemente no perfil das internações psiquiátricas, sendo que os transtornos por uso de substâncias passaram a se constituir, atualmente, na principal justificativa para internações psiquiátricas no Brasil.

Essas significativas transformações no perfil deste tipo de atendimento no país refletem, em parte, as inúmeras tentativas que buscaram e ainda buscam reduzir as internações desses casos, principalmente em hospitais psiquiátricos oportunizando, deste modo, a adoção de uma modalidade de tratamento centrada na inserção do indivíduo na família e na comunidade. Essas mudanças foram introduzidas a partir de diversas legislações que apoiaram o fechamento dos grandes hospitais psiquiátricos e a substituição desses serviços por leitos em hospitais gerais redirecionando, assim, os investimentos do Sistema Único de Saúde (SUS), para os serviços de atendimento extra-hospitalares, de base comunitária (DUARTE; GARCIA, 2013).

Nesta mesma vertente, e com o intuito de fortalecer o tratamento extra-hospitalar, foi aprovada a Lei Ordinária n. 10.216, de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. Com a aprovação desta lei, foram instituídas três modalidades de internações psiquiátricas no país, quais sejam: Internação Voluntária, Internação Involuntária e Internação Compulsória:

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I – Internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;
II – Internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III – internação compulsória: aquela determinada pela Justiça (BRASIL, 2001).

A Lei n. 10.216 de 2001, ainda define em seu artigo sétimo que, quando a internação é solicitada pelo paciente, este deve assinar um termo declarando que optou pela internação como tratamento. Nesse caso, a alta pode se dar por solicitação escrita do paciente ou a critério do médico. A legislação ainda esclarece que a internação, tanto voluntária como involuntária, só poderá ser solicitada por médico registrado no Conselho Regional de Medicina do Estado em que o serviço está localizado. Todas as internações involuntárias deverão ser comunicadas ao Ministério Público Estadual num prazo de 72 horas e a alta ocorrerá por solicitação escrita do familiar ou responsável legal ou a critério do médico assistente. Em relação à internação compulsória, esta só será determinada pelo juiz competente, que deve levar em conta as condições de segurança do paciente, dos outros pacientes internados e dos funcionários (BRASIL, 2001).

Com essas mudanças nos fluxos de encaminhamento para as internações, inicia-se então a priorização do modelo de atenção psicossocial, caracterizado pela implantação dos CAPS (Centro de Atenção Psicossocial). A portaria que regulamentou esses serviços foi a PT/GM n. 336 de 19 de fevereiro de 2002, que além de redefini-los, classificou esses dispositivos por ordem crescente, segundo a abrangência populacional, a complexidade de atenção e a população alvo (BRASIL, 2002).

Os dispositivos específicos para tratamento de crianças e adolescentes são os CAPS (Infanto-juvenil), cujo objetivo é atender crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de *crack*, álcool e outras drogas. Somam-se hoje 201 dispositivos, espalhados pelo Brasil nas regiões com população acima de 150 mil habitantes (BRASIL, 2015).

Os CAPS AD (álcool e drogas) atendem adultos, crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas e são indicados para Municípios ou regiões com população superior a 70 mil habitantes são hoje 309 unidades no Brasil; já os CAPS AD III destinam-se a atender adultos, crianças e adolescentes com necessidades de cuidados clínicos contínuos, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana e são indicados para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes, perfazendo atualmente 69 desses centros no Brasil (BRASIL, 2015). Nesses locais de atendimento outros fatores são também considerados como determinantes da doença, tais como: políticos, biopsíquicos e socioculturais (PAULON; NEVES, 2013).

Diversas outras legislações foram publicadas com o intuito de melhorar o atendimento aos portadores de doenças mentais. A Portaria n. 52/GM, de 20 de janeiro de 2004, instituiu o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS, organizando o processo de redução progressiva de leitos. O Programa estabelece um mecanismo organizador do processo de redução de leitos, com incentivo financeiro a tal redução (priorizando os hospitais de menor porte) e à melhoria da qualidade de assistência da Psiquiatria.

Outra legislação de 2004 foi a Portaria n. 2.197/GM de 14 de outubro, que reforçou e

ampliou a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. Essa portaria criou, ainda, o Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, dando atenção especial para o incentivo de leitos de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas em Hospitais Gerais, desestimulando a internação em leitos de psiquiatria (BRASIL, 2004).

Outra iniciativa importante para o desenvolvimento da Rede de Saúde Mental foi a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, através da Portaria n. 154 de 24 de janeiro de 2008. Essa portaria recomenda que pelo menos um dos profissionais do NASF seja da área da saúde mental. A proposta é que os NASF e Estratégia Saúde da Família (ESF) compartilhem práticas em saúde nos territórios, melhorando a resolutividade, o acesso e a qualidade da atenção (BRASIL, 2008).

A criação dos NASFs é um incentivo para execução de ações ao nível primário de atenção como encaminhamento a grupos de ajuda, ações de redução de danos, de manutenção da abstinência e prevenção de recaídas, assim como para o tratamento da síndrome de abstinência, estimulando a qualidade de sua implementação (PARANÁ, 2014).

Outra legislação extremamente importante para o andamento da Reforma Psiquiátrica é a Portaria n. 2.629, de 28 de outubro de 2009, que estabeleceu pela primeira vez que os procedimentos de saúde mental realizados em Hospitais Gerais recebessem melhor remuneração, em relação àqueles realizados em Hospitais Psiquiátricos, constituindo-se assim, num atrativo para os gestores hospitalares, que encontraram nisso uma possibilidade de melhorar sua arrecadação (BRASIL, 2009)

Embasados no alto consumo de substâncias por adolescentes, algumas legislações se voltaram a esse tema, como a Portaria n. 1.190, de 4 de junho de 2009, que instituiu o Plano Emergencial do Acesso ao Tratamento e Prevenção de Álcool e outras Drogas no SUS. Essa portaria trouxe como prioridade alcançar crianças e adolescentes por meio do tratamento dos riscos e danos causados pelo consumo abusivo de álcool e outras drogas (BRASIL, 2009).

Ainda em 2009, a Portaria n. 404, de 19 de novembro, reclassificou os hospitais psiquiátricos de acordo com seus leitos, visto a redução ocorrida a partir de 2004, (BRASIL, 2009). Em 2009, os leitos psiquiátricos no Paraná estavam assim distribuídos, conforme vê-se no quadro abaixo.

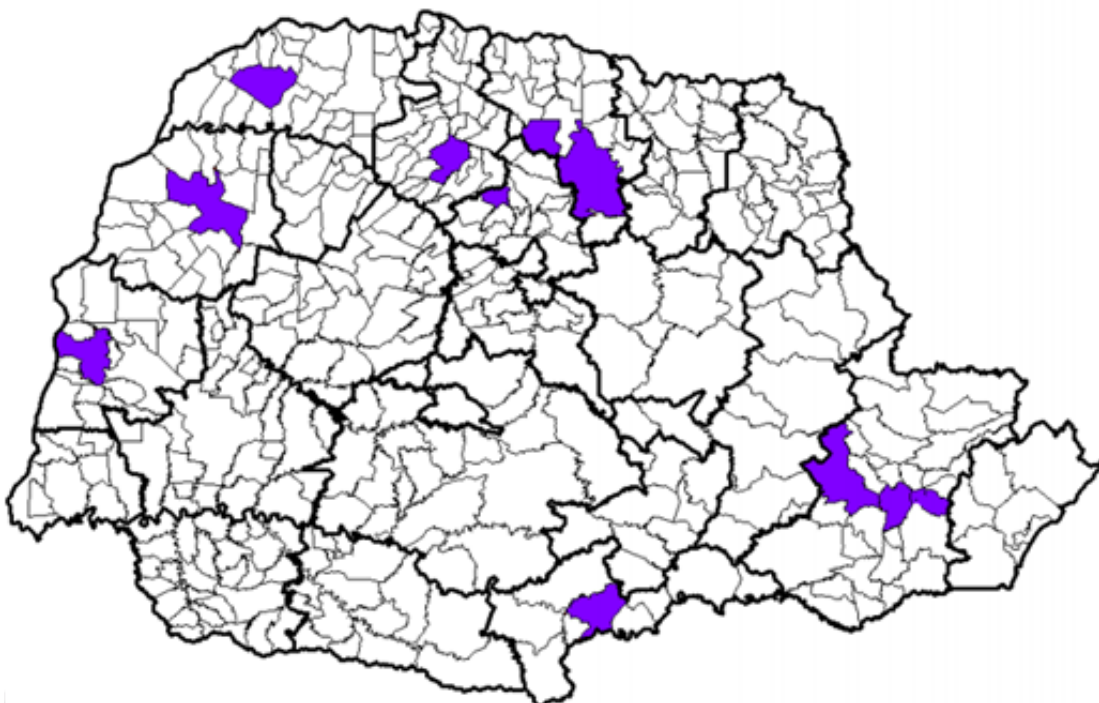
Quadro 01 - Distribuição dos leitos psiquiátricos no Paraná/2009

CIDADE	INSTITUIÇÃO	Nº DE LEITOS
Campo Largo	Associação De Pesquisa E Tratamento Alcoolismo Associação De Pesquisa E Tratamento Alcoolismo	36
Curitiba	Hospital Espírita De Psiquiatria Bom Retiro - 160	160
Curitiba	Hospital Pinel Ltda Clínica Dr Helio Rotenberg	143
Curitiba	Irmandade Da Santa Casa de Misericórdia De Curitiba Hospital Nossa Senhora Da Luz	140

Jandaia Do Sul	Centro De Triagem E Obras Sociais Do Vale Do Ivaí Hospital Regional Do Vale Do Ivaí	240
Loanda	Albergue Noturno - Hospital Psiquiátrico Nosso Lar	48
Londrina	Villa Normanda Clínica Psiquiátrica Comunitária Sc Ltda	65
Londrina	Clínica Psiquiátrica De Londrina	200
Marechal Candido Rondon	Hospital E Maternidade Filadélfia Ltda	240
Maringá	Sanatório Maringá Ltda Hospital Psiquiátrico De Maringá	240
Pinhais	Secretaria De Estado Da Saúde Hospital Colônia Adauto Botelho	240
Piraquara	Associação San Julian Amigos E Colaboradores Asja	360
Rolândia	Casa De Saúde Rolândia Ltda Sc	157
Umuarama	Clínica Santa Cruz Ltda	150
União Da Vitória	Clínica Médica Hj Ltda Comunidade Terapêutica Dr Warrib Motta	33
TOTAL		2.452

Atualmente, o Paraná possui 14 hospitais psiquiátricos, sendo destes, um próprio e 13 conveniados ao SUS, contratados pelo próprio Estado e pelos Municípios. Estes hospitais possuem 2.228 leitos, sendo 162 destinados a adolescentes. As unidades de internações de menores no Paraná estão localizadas nos seguintes municípios: União da Vitória, Piraquara, Rolândia, Maringá, Jandaia do Sul e Umuarama (PARANÁ, 2014).

Figura 01 - Distribuição dos Hospitais psiquiátricos



Fonte: Paraná, 2014.

1.3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

No tocante às políticas de saúde mental para crianças e adolescentes especificamente, percebe-se uma defasagem marcante. Esse assunto só passou a receber maior atenção e a ser considerado um campo de intervenção e cuidados a partir do século XIX, quando surgiram os primeiros estudos sistematizados sobre a criança. Nesse período, foram produzidas as primeiras teses em psicologia e psiquiatria e foi, também, nessa mesma época, em que se deu a criação do Hospício D. Pedro II, em 1852, o primeiro hospital psiquiátrico do Brasil (RIBEIRO, 2006).

Apenas na metade do século XX, com a criação da terceira versão do Manual diagnóstico e estatístico (DSM-II) e da oitava versão da Classificação Internacional de Doenças (CID-8), começaram a surgir os primeiros métodos rigorosos para aferição dos casos específicos de saúde mental, com padronização da definição de casos e com o crescimento do uso de testes e entrevistas para diagnósticos (RIBEIRO; LYKOUROPOULOS, 2016).

Ademais, somente a partir do início do século XXI, o SUS estabeleceu diretrizes para o cuidado de crianças e adolescentes em saúde mental, assumindo assim a obrigação pelo cuidado a essa parcela da população, até então sob responsabilidade de instituições de educação e de filantropia (BRASIL, 2013).

Apesar desse aparente desinteresse das Políticas Públicas na saúde mental, em 2002 o Ministério da Saúde começa uma onda de investimentos na saúde mental de crianças e adolescentes. Em 2005 foram estabelecidas as primeiras orientações voltadas à saúde mental infantil e juvenil, alinhadas com os princípios do ECA e com os princípios éticos da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2013).

Ainda, no que concerne às crianças e adolescentes, não é possível deixar de citar também a legislação vigente, que defende os direitos desta população, o ECA (1990), qualificando-os como seres em formação, com potencialidades e fragilidades, sendo esses, detentores de mais direitos, pois precisam de apoio e suporte para expressarem toda sua capacidade (BRASIL, 2014). O respeito a tais prerrogativas torna incompatível uma proposta de tratamento asilar oferecida às crianças e adolescentes portadores de doenças mentais no Brasil, uma vez que uma abordagem desta natureza passa a ser entendida como abusiva e nociva limitante do desenvolvimento destes indivíduos (MARTINS, 2013).

Alguns autores, no entanto, na contramão da Reforma Psiquiátrica defendem a permanência dos portadores de transtornos mentais em sistema de internação hospitalar, principalmente nos casos de transtornos oriundos do uso de substâncias psicoativas. A justificativa para tal indicação se pautaria no argumento de promover a abstinência nos primeiros dias, também conhecido como período de fissura. Tal fase, correspondente a cerca de duas semanas, seria considerado pelos referidos autores como um período de maior criticidade para o sujeito (BALBINOT E HAUBERT, 2016)

Não obstante tal vertente de pensamento, a internação como proposta de tratamento psiquiátrico deve ser o último recurso a ser acionado, após o esgotamento de todas as alternativas comunitárias e ambulatoriais. Deve, assim, pautar-se em critério unicamente clínico, com o menor tempo possível de duração e priorizando sempre a reintegração social do indivíduo, sendo preferível a escolha de hospitais gerais com leitos de saúde mental a hospitais psiquiátricos, visto que aqueles são a opção mais humanizada e adequada para prestar atendimento a esses pacientes (PAES et al, 2013).

Outro elemento agravante no cenário da atenção à saúde mental é o histórico de banalização do uso desta modalidade de tratamento, sempre com diferentes justificativas, desde as “internações sociais”, utilizadas como medidas de proteção, até sua escolha enquanto medida socioeducativa e punitiva, que redundou num grande número de internações, acarretando uma distorção de sua indicação (BRASIL, 2014; REIS E GUARESCH, 2016).

Sabe-se que a partir da primeira internação psiquiátrica, o adolescente fica mais suscetível a novas internações, uma vez que o conduz a um afastamento do convívio familiar e comunitário, e a uma dificuldade crescente em readaptar-se à sua rotina de vida. Assim, a primeira internação deve ser evitada ao máximo, muito embora a prevenção das reinternações seja considerada um objetivo primário no cuidado em saúde mental (SILVEIRA et al, 2016).

O tratamento de base comunitária deve ser sempre incentivado, por se constituir em uma fonte de relações de apoio e ajuda nas situações de crise. Quando o adolescente passa por

muitas internações, acaba por reduzir suas relações apenas à família, tornando-se ela o único suporte, ocorrendo um tipo de isolamento familiar, motivado pelo medo de discriminações que a comunidade possa manifestar (SILVEIRA et al, 2016). Relações e vínculos com vizinhos e amigos são praticamente inexistentes, e quando ocorrem, são frágeis e superficiais (VICENTE et al, 2015).

Esse isolamento acaba acarretando uma sobrecarga aos familiares, que encontram na internação uma possibilidade de alívio momentâneo, mas que, paradoxalmente, pode ser muito prejudicial para o indivíduo, levando-o à perda gradativa da sua identidade de cidadão (SILVEIRA et al, 2016)

Balbinot e Haubert, (2016) afirmam que, apesar dos esforços da reforma psiquiátrica, a internação permanece como tendência para o tratamento psiquiátrico, principalmente daqueles casos causados por uso de substâncias psicoativas, demonstrando uma baixa efetividade das legislações de saúde mental.

Considerando que os transtornos mentais são agravos que possuem altas taxas de prevalência, tanto no Brasil quanto no mundo; que os impactos que esses agravos causam na vida do indivíduo, da família, da comunidade são severos; e reconhecendo ainda, que muitos transtornos mentais têm origem durante a adolescência, por se tratar de uma fase de desenvolvimento muito singular, surgiu o interesse em melhor desvelar esta realidade assistencial.

Assim, propõe-se a realização da presente investigação, que tem como mote analisar como a internação hospitalar de adolescentes vem ocorrendo no estado do Paraná. Adicionalmente, pretende-se identificar qual a tendência da ocorrência desses episódios e sua correlação com a implantação da rede de atenção à saúde mental.

1.4 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO PARA A ENFERMAGEM

Considerando que as internações por transtornos mentais em adolescentes são um problema de saúde pública, que são agravos que podem trazer consequências graves, inclusive durante a fase de vida adulta da pessoa, investigar se está ocorrendo aumento nas taxas e suas principais causas são de suma importância para o direcionamento da prática de ações voltada à saúde do adolescente e à promoção de sua saúde mental destes.

Considerando, também, os avanços e discussões que ocorrem em torno do tema da saúde mental, justifica-se a necessidade de identificar se os dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial estão tendo impacto na redução das internações, visto que esse é um dos objetivos primários do movimento da Reforma Psiquiátrica, que prevê o rompimento do paradigma que domina a saúde mental, tendo, ainda, o hospital psiquiátrico como o centro do tratamento em saúde mental. Conhecer o impacto que a ESF, o CAPS e o movimento de fechamento dos leitos têm nas taxas de internação é primordial pra se compreender qual o resultado que esses dispositivos estão fazendo. Esse estudo se justifica para a enfermagem visto que o enfermeiro

é peça chave no processo de planejamento e execuções de ações voltadas para o tratamento, acompanhamento e promoção da saúde mental do adolescente. O enfermeiro está, do mesmo modo, inserido nos processos de discussão, elaboração e avaliação das políticas públicas de saúde, por isso a importância de conhecer o comportamento das internações por transtornos mentais e comportamentais em adolescentes e sua correlação com os dispositivos da rede de atendimento a esse público.

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a morbidade hospitalar por Transtornos Mentais e Comportamentais de adolescentes no Estado do Paraná.

1.5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar a tendência das internações por Transtornos Mentais e Comportamentais na faixa etária de 12 a 17 anos no Paraná, segundo diagnóstico de internação e Macrorregional do Estado, no período de 1998 a 2015;
- Identificar a correlação entre os coeficientes de internação e a implantação da rede de atenção em Saúde Mental no Estado.

2.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo ecológico de séries temporais. A delimitação do estudo é o estado do Paraná, agregado em macrorregiões e tempo (anos), por meio da análise dos dados secundários gerados a partir do Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH/SUS), disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DataSus), referentes ao período de 1998 a 2015.

Nesse desenho de pesquisa, os indivíduos são analisados em conjuntos ou agregados, que normalmente correspondem a uma área geográfica. Os estudos ecológicos podem ser classificados de acordo com os critérios usados para a formação dos agregados. Podem ser estudos de múltiplos grupos (local), estudos de tendências ou séries temporais (tempo), ou mistos (combinação de tempo e local) (FILHO; BARRETO, 2014).

2.2 POPULAÇÃO E LOCAL DE ESTUDO

A população do estudo foi formada por adolescentes de 12 a 17 anos no Paraná, que foram submetidos à internação psiquiátrica no período de 1998 a 2015. No ano de 2012, o estado contava com 10.577.755 habitantes e com uma população de 1.131.049 adolescentes de 12 a 17 anos, o que corresponde a 10,69% da população total do estado. O Paraná possui 399 municípios que estão organizados em 22 Regiões de Saúde: (Quadro 02).

Quadro 02 - Distribuição dos municípios paranaenses nas Regionais de Saúde

REGIONAL DE SAÚDE	POP. ADOLESC.	MUNICÍPIOS
1ª Paranaguá	31.347	Antonina, Guaraqueçaba, Guaratuba, Matinhos, Morretes, Paranaguá, Pontal do Paraná,
2ª Curitiba	338.347	Adrianópolis, Agudos Do Sul, Almirante Tamandaré, Araucária, Balsa Nova, Bocaiúva do Sul, Campina Grande do Sul, Campo do Tenente, Campo Largo, Campo Magro, Cerro Azul, Colombo, Contenda, Curitiba, Doutor Ulysses, Fazenda Rio Grande, Itaperuçu, Lapa, Mandirituba, Piên, Pinhais, Piraquara, Quatro Barras, Quitandinha, Rio Branco Do Sul, Rio Negro, São José dos Pinhais, Tijucas do Sul, Tunas do Paraná.
3ª Ponta Grossa	66.941	Arapoti, Carambeí, Castro, Ipiranga, Ivaí, Jaguariaíva, Palmeira, Piraí do Sul, Ponta Grossa, Porto Amazonas, São João do Triunfo, Senges.
4ª Irati	18.806	Fernandes Pinheiro, Guamiranga, Imbituva, Inácio Martins, Irati, Mallet, Rebouças, Rio Azul, Teixeira Soares
5ª Guarapuava	54.961	Boa Ventura de São Roque, Campina do Simão, Candói, Cantagalo, Foz do Jordão, Goioxim, Guarapuava, Laranjal, Laranjeiras do Sul, Marquinho, Nova Laranjeiras, Palmital, Pinhão, Pitanga, Porto Barreiro, Prudentópolis, Reserva do Iguaçu, Rio Bonito do Iguaçu, Turvo, Virmond,
6ª União da Vitória	19.558	Antônio Olinto, Bituruna, Cruz Machado, General Carneiro, Paula Freitas, Paulo Frontin, Porto Vitória, São Mateus do Sul, União da Vitória.
7ª Pato Branco	29.575	Bom Sucesso do Sul, Chopinzinho, Clevelândia, Coronel Domingos Soares, Coronel Vivida, Honório Serpa, Itapejara D'oeste, Mangueirinha, Mariópolis, Palmas, Pato Branco, São João, Saudade do Iguaçu, Sulina, Vitorino.

8ª Francisco Beltrão	38.373	Ampere, Barracão, Bela Vista do Carobá, Boa Esperança do Iguaçu, Bom Jesus do Sul, Capanema, Cruzeiro do Iguaçu, Dois Vizinhos, Éneas Marques, Flor da Serra Do Sul, Francisco Beltrão, Manfrinópolis, Marmeleiro, Nova Esperança do Sudoeste, Nova Prata Do Iguaçu, Pérola D'oeste, Pinhal de São Bento, Planalto, Pranchita, Realeza, Renascença, Salgado Filho, Salto do Lontra, Santa Izabel do Oeste, Santo Antônio do Sudoeste, São Jorge D'oeste, Verê
9ª Foz do Iguaçu	45.079	Foz do Iguaçu, Itaipulândia, Matelândia, Medianeira, Missal, Ramilândia, Santa Terezinha de Itaipu, São Miguel do Iguaçu, Serranópolis do Iguaçu.
10ª Cascavel	57.522	Anahy, Boa Vista da Aparecida, Braganey, Cafelândia, Campo Bonito, Capitão Leônidas Marques, Cascavel, Catanduvas, Céu Azul, Corbelia, Diamante do Sul, Espigão Alto do Iguaçu, Formosa do Oeste, Guaraniaçu, Ibema, Iguatu, Iracema do Oeste, Jesuítas, Lindoeste, Nova Aurora, Quedas do Iguaçu, Santa Lúcia, Santa Tereza do Oeste, Três Barras do Paraná, Vera Cruz do Oeste.
11ª Campo Mourão	36.094	Altamira do Paraná, Araruna, Barbosa Ferraz, Boa Esperança, Campina da Lagoa, Campo Mourão, Corumbataí Do Sul, Engenheiro Beltrão, Farol, Fênix, Goioerê, Iretama, Janiópolis, Juranda, Luiziana, Mamborê, Moreira Sales, Nova Cantu, Peabiru, Quarto Centenário, Quinta do Sol, Rancho Alegre D'oeste, Roncador, Terra Boa, Ubiratã.
12ª Umuarama	26.888	Alto Paraíso (Vila Alta), Alto Piquiri, Altônia, Brasilândia do Sul, Cafezal do Sul, Cruzeiro do Oeste, Douradina, Esperança Nova, Francisco Alves, Icaraíma, Iporã, Ivaté, Maria Helena, Mariluz, Nova Olímpia, Perobal, Pérola, São Jorge do Patrocínio, Tapira, Umuarama, Xambrê
13ª Cianorte	15.103	Cianorte, Cidade Gaúcha, Guaporema, Indianópolis, Japurá, Jussara, Rondon, São Manoel do Paraná, São Tomé, Tapejara, Tuneiras do Oeste
14ª Paranavaí	28.073	Alto Paraná, Amaporã, Cruzeiro do Sul, Diamante do Norte, Guairacá, Inajá, Itaúna do Sul, Jardim Olinda, Loanda, Marilena, Mirador, Nova Aliança do Ivaí, Nova Londrina, Paraíso do Norte, Paranapoema, Paranavaí, Planaltina do Paraná, Porto Rico, Querência do Norte, Santa Cruz de Monte Castelo, Santa Isabel do Ivaí, Santa Mônica, Santo Antônio do Caiuá, São Carlos do Ivaí, São Joao do Caiuá, São Pedro do Paraná, Tamboará, Terra Rica

15ª Maringá	73.017	Ângulo, Astorga, Atalaia, Colorado, Doutor Camargo, Floraí, Floresta, Florida, Iguaçu, Itaguajé, Itambé, Ivatuba, Lobato, Mandaguaçu, Mandaguari, Marialva, Maringá, Munhoz de Melo, Nossa Senhora das Graças, Nova Esperança, Ourizona, Paçandu, Paranacity, Presidente Castelo Branco, Santa Fé, Santa Inês, Santo Inácio, São Jorge do Ivaí, Sarandi, Uniflor
16ª Apucarana	35.880	Apucarana, Arapongas, Bom Sucesso, Borrazópolis, Califórnia, Cambira, Faxinal, Grandes Rios, Jandaia do Sul, Kaloré, Marilândia do Sul, Marumbi, Mauá da Serra, Novo Itacolomi, Rio Bom, Sabáudia, São Pedro do Ivaí.
17ª Londrina	87.682	Alvorada do Sul, Assaí, Bela Vista do Paraíso, Cafeara, Cambé, Centenário do Sul, Florestópolis, Guaraci, Ibiporã, Jaguapitã, Jataizinho, Londrina, Lupionópolis, Miraselva, Pitangueiras, Porecatu, Prado Ferreira, Primeiro de Maio, Rolândia, Sertanópolis, Tamarana.
18ª Cornélio Procopio	23. 885	Abatiá, Andira, Bandeirantes, Congonhinhas, Cornélio Procopio, Itambaracá, Leópolis, Nova América da Colina, Nova Fátima, Nova Santa Bárbara, Rancho Alegre, Ribeirão do Pinhal, Santa Amélia, Santa Cecília do Pavão, Santa Mariana, Santo Antônio do Paraíso, São Jerônimo da Serra, São Sebastião da Amoreira, Sapopema, Sertaneja, Uraí
19ª Jacarezinho	29.628	Barra do Jacaré, Cambará, Carlópolis, Conselheiro Mairinck, Figueira, Guarapirama, Ibaiti, Jaboti, Jacarezinho, Japira, Joaquim Távora, Jundiá do Sul, Pinhalão, Quatiguá, Ribeirão Claro, Salto do Itararé, Santana do Itararé, Santo Antônio da Platina, São José do Boa Vista, Siqueira Campos, Tomazina, Wenceslau Braz
20ª Toledo	38.096	Assis Chateaubriand, Diamante D'Oeste, Entre Rios do Oeste, Guaíra, Marechal Cândido Rondon, Maripá, Mercedes, Nova Santa Rosa, Ouro Verde do Oeste, Palotina, Pato Bragado, Quatro Pontes, Santa Helena, São José das Palmeiras, São Pedro do Iguaçu, Terra Roxa, Toledo, Tupãssi
21ª Telêmaco Borba	20.532	Curiúva, Imbaú, Ortigueira, Reserva, Telêmaco Borba, Tibagi, Ventania
22ª Ivaiporã	15.662	Arapuã, Ariranha do Ivaí, Cândido de Abreu, Cruzmaltina, Godoy Moreira, Ivaiporã, Jardim Alegre, Lidianópolis, Lunardelli, Manoel Ribas, Mato Rico, Nova Tebas, Rio Branco do Ivaí, Rosário do Ivaí, Santa Maria do Oeste, São João do Ivaí.

Fonte: SESA, 2017

As 22 Regionais de Saúde são agregadas em quatro grandes macrorregionais, sendo elas: macrorregional Leste, com população de adolescentes de 550.492 formada pelas Regionais:

(DATASUS), por meio da base de dados detalhados. O SIHSUS foi criado em agosto de 1981, em Curitiba, substituindo em 1982 o sistema GIH (Guia de Internação Hospitalar). O SIHSUS foi o primeiro sistema do DATASUS a ter captação implementada em microcomputadores (AIH em DISQUETE – 1992) e descentralizada nos próprios usuários, encerrando a era dos polos de digitação. A finalidade do Sistema SIHSUS é registrar todos os atendimentos provenientes de internações hospitalares que foram financiadas pelo SUS, e, a partir deste processamento, gerar os relatórios para que os gestores possam realizar os pagamentos dos estabelecimentos de saúde. Além disso, o nível Federal recebe mensalmente uma base de dados de todas as internações autorizadas (aprovadas ou não para pagamento), para que possam ser repassados às Secretarias de Saúde os valores de Produção de Média e Alta complexidade (BRASIL, 2017).

Os dados foram acessados através do tabulador de dados TABWIN, uma ferramenta de organização e leitura das informações geradas pelos sistemas de informação do SUS. O TABWIN se constitui em um programa de acesso público, disponível para uso no *site* do DATASUS.

2.4 CONSTRUÇÃO DO BANCO DE DADOS

O Banco de dados foi construído a partir das informações geradas pelo SIAIH. Foram transferidos os arquivos com todas as internações ocorridas no Paraná no período de 1998 a 2015. Assim, baixados ano após ano, foram convertidos pelo TABWIN em arquivos que puderam ser lidos pelo EXCEL.

Os dados foram selecionados pela idade dos indivíduos, selecionando-se a faixa etária de interesse no estudo (12 a 17 anos). Após, foram consideradas as AIHs cujo diagnóstico, que justificou a internação de acordo com CID 10, iniciou-se pela letra F.

A CID 10 se constitui em ferramenta que tem por objetivo possibilitar uma classificação internacional das doenças ou agravos à saúde, favorecendo a comunicação, a educação e a pesquisa de modo a permitir a adoção de estatísticas internacionais sobre a mortalidade e morbidade. A CID 10 traz todas as áreas da medicina, e as patologias da psiquiatria foram agrupadas no capítulo V, que é identificado pela letra F. Os transtornos psiquiátricos, por sua vez, estão divididos em categorias (FORLENZA E MIGUEL, 2012).

Os diagnósticos selecionados para o estudo foram os seguintes:

- F00 a F09: Transtornos mentais orgânicos, incluindo transtornos mentais sintomáticos;
- F10 a F19: Transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de substâncias psicoativas;
- F20 a F29: Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes;
- F30 a F39: Transtornos do humor;
- F40 a F49: Transtornos ansiosos, relacionados ao estresse e somatoformes;
- F50 a F59: Síndromes comportamentais associadas a perturbações fisiológicas e

físicas;

- F60 a F69: Transtornos de personalidade e de comportamento em adultos;
- F70 a F79: Retardo Mental;
- F80 a F89: Transtornos do desenvolvimento psicológico;
- F90 a F98: Transtornos de comportamento e emocionais com instalação usualmente durante a infância e adolescência;
- F99: Transtorno mental não especificado.

Após a seleção de um banco com a faixa etária e diagnóstica desejada, foi realizada a categorização dessas AIHS, por regional de saúde, identificando cada município pelo Código do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), consultados no domínio eletrônico: www.ibge.gov.br. Nessa etapa da construção do banco, nos anos de 98 e 99, houve 434 AIHS não reconhecidas pelo código do IBGE e, então, pesquisou-se a partir de consulta ao Código de Endereçamento Postal (CEP), verificados no sítio eletrônico <http://www.buscacep.correios.com.br/sistemas/buscacep/>, conforme constava na AIH. Na pesquisa pelo CEP, 121 AIHS reconhecidas como sendo de outros estados, foram excluídas da amostra. Eliminaram-se também 120 AIHS, nas quais não foi possível identificar o município de origem nem pelo código, nem pelo CEP.

No período de 2000 a 2015 foram encontrados 71 AIHS sem códigos de município. Destas, nove foram identificadas como sendo do Paraná pelo CEP, e outras 49 foram excluídas por serem de outros Estados (Santa Catarina, São Paulo e Minas Gerais), ainda outras 13 foram eliminadas do banco em virtude de não ter sido possível designar a origem das mesmas (Figura 04).

Figura 03. Fluxograma de identificação dos municípios de origem das AIHS por Transtornos Mentais e Comportamentais em adolescentes.

Fonte: Paraná, Brasil, 2017. AIH: Autorização de internação Hospitalar; IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; CEP: Código de Endereçamento Postal

2.5 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

- Internações ocorridas no Paraná pelo capítulo V da CID-10, no período de 1998 a 2015.
- Internações financiadas pelo SUS.
- Faixa etária entre 12 e 17 anos, 11 meses e 29 dias.

2.6 VARIÁVEIS DO ESTUDO

2.6.1 Variável Desfecho

A Variável de desfecho desse estudo é a internação em adolescente por transtorno mental e comportamental.

2.6.2 Variáveis Independentes

- **Faixa etária:** foram consideradas as internações que ocorreram em adolescentes na faixa etária de 12 anos a 17 anos, 11 meses e 29 dias.

- **CID 10:** foram selecionadas as internações que tiveram como diagnóstico principal o Capítulo V da CID 10 (Diagnósticos representados pela letra “F”)

- **Ano de Internação:** foram consideradas as internações ocorridas entre os anos de 1998 a 2015.

- **Frequência de Permanência:** foram considerados quantos dias de duração teve cada internação;

- **Município de Residência:** as análises foram executadas tendo o município de residência agregado em regionais macrorregionais para o Estudo.

- **Cobertura de CAPS:** Para o cálculo de cobertura de CAPS, utilizou-se o cálculo de cobertura ponderada por porte do CAPS. Assim, os CAPS I têm território de abrangência e cobertura de 50 mil habitantes; os CAPS III e ad III, de 150 mil habitantes; os demais CAPS (II, ad e i), cobertura de 100 mil habitantes. Os indicadores de cobertura de CAPS são pactuados desde o ano 2008 e estão disponíveis no sítio eletrônico do Datasus, no ícone indicadores de saúde. Estão disponíveis por municípios e Regionais de Saúde (BRASIL, 2015).

2.7 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS

2.7.1 Análise para a modelagem de série temporal segmentada das internações de adolescentes no Paraná

A caracterização das internações foi executada a partir da análise descritiva das internações. Para o cálculo da taxa foi utilizado a seguinte fórmula:

$$\text{Taxa de internação: } \frac{\text{Números de internação na faixa etária pelo Cap. V., por Estado e Ano}}{\text{População na faixa etária por Estado e Ano}} * 10.000$$

É válido esclarecer que os dados referentes à população anual na faixa etária estabelecida foram extraídos do DATASUS somente até o ano de 2012, uma vez que para o restante do período analisado não havia dados de população disponíveis. Dessa forma, para obter os valores faltantes da população anual, concernentes aos anos de 2013, 2014 e 2015, a fim de viabilizar os cálculos das taxas mensais de internações nestes anos, ajustou-se uma curva polinomial cúbica na série da população anual com intuito de projetar seu comportamento. Em seguida, obteve-se a média entre os valores da projeção da curva polinomial cúbica e os valores obtidos pela projeção ingênua (repetição do valor observado em 2012), fornecendo assim a população anual para 2013, 2014 e 2015.

A análise dos dados foi realizada através de um modelo de regressão linear segmentado para séries temporais

$$y_i = t_i' \beta_j + \varepsilon_i, i = ij-1+1, \dots, i_j, j=1, \dots, m+1. \quad (1)$$

em que y_i é a taxa de internação mensal, t é a variável (tempo de janeiro de 1998 a dezembro de 2015; β_j é o vetor de parâmetros a serem estimados e j denota o índice de cada um dos $m+1$ segmentos obtidos após a identificação e estimação das m pontos de mudança estruturais, ou seja, mudanças em nível médio ou tendência. A variabilidade aleatória não explicada pelo modelo é representada por ε_i , o qual deve ser normalmente distribuído e não correlacionado.

Na prática, os pontos de mudança ij raramente são conhecidos, logo, faz-se necessário identificá-los e estimá-los. Bai e Perron (2003) consideram o problema de testar múltiplas mudanças estruturais sob condições bastante gerais de dados e de erros; eles consideram um teste para a hipótese nula de nenhuma mudança *versus* uma alternativa com um número arbitrário de mudanças (até algum máximo). Em Zeileis et al. (2003) é descrito um algoritmo de implementação baseado em programação dinâmica deste modelo de modo que uma quantidade ótima de pontos de mudança é estimada juntamente com seus respectivos intervalos de confiança.

Os parâmetros β_j no modelo apresentado podem representar a tendência em um determinado seguimento (período), a mudança na tendência em relação a um seguimento anterior, ou ainda, uma mudança no nível médio da série. Estimando os respectivos erros padrão de tais parâmetros, é possível verificar a significância estatística deles ao nível de 5%. Por se tratar de um modelo de regressão para séries temporais, foi necessário averiguar a presença de autocorrelação serial nos resíduos, o que pode ser diagnosticado pelos testes de Ljung-Box e Breusch-Godfrey.

O modelo de regressão linear segmentado foi estimado separadamente para cada uma das quatro séries temporais analisadas referentes às quatro macrorregiões de saúde do estado do Paraná. A implementação para estimar os modelos e realizar as análises foi feita em linguagem R, versão 3.3.1.

2.7.2 Análise para a correlação entre cobertura de CAPS, ESF, Distribuição dos Leitos e coeficientes de internação nas Regiões de Saúde do Estado do Paraná

Para análise de correlação entre as taxas de internação por transtornos mentais e comportamentais e a proporção da cobertura de CAPS no estado e regionais de saúde, no período de 2008 a 2015, utilizou-se o coeficiente de correlação de Spearman quando os dados não apresentaram distribuição normal, com nível de significância de 5% ($p < 0,05$). Para interpretação da magnitude dos coeficientes de correlação, adotou-se a classificação proposta por Hulley et al (2008): coeficientes de correlação $< 0,4$ = correlação de fraca magnitude, $\geq 0,4$ a $< 0,5$ = correlação de moderada magnitude, e $\geq 0,5$ = correlação de forte magnitude. A fim de facilitar a comparação ao longo do tempo pesquisado, as taxas de internação, cobertura de CAPS, cobertura de ESF, distribuição dos leitos foram agrupadas em biênios e a diferença relativa foi calculada entre os biênios extremos.

2.8 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi submetida à análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Centro Oeste, e aprovada sob o Parecer número 2.037.090/2017(anexo 1). Todos os preceitos éticos regulamentados pela Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde foram devidamente respeitados.

Por se tratar de pesquisa com banco de dados, sem envolvimento direto de seres humanos e cujos dados foram tratados estatisticamente, sem a necessidade de identificação dos participantes, foi solicitada a dispensa do uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

MODELAGEM DA SÉRIE TEMPORAL SEGMENTADA

SEÇÃO II

SEÇÃO II

MODELAGEM DE SÉRIE TEMPORAL SEGMENTADA

RESUMO - Objetivo: analisar a tendência das internações por transtornos mentais e comportamentais em adolescentes no estado do Paraná. **Método:** estudo ecológico, exploratório, de séries temporais, sobre as internações por transtornos mentais e comportamentais em adolescentes, realizadas pelo Sistema Único de Saúde em residentes no Paraná, no período de 1998 a 2015. Como fonte de dados foram utilizadas as informações das Autorizações de Internação Hospitalar, processadas pelo Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde e disponíveis no *site* do Departamento de Informática do SUS. A análise dos dados foi realizada por meio de modelagem de regressão linear segmentada para séries temporais, estimada separadamente para cada uma das quatro macrorregiões de saúde do Paraná (Leste, Oeste, Norte e Noroeste). **Resultados:** a macrorregional Leste mostrou maior tendência de aumento de internações de janeiro de 1998 a novembro de 2003 ($\beta_1=0,006$, $p<0,001$). Nas macrorregionais – Norte, Oeste e Noroeste, as tendências são bastante similares, com aumento repentino em fevereiro de 2010, mas com posterior decréscimo gradativo até dezembro de 2015. Quanto ao tempo de duração das internações, no quadriênio de 2012-2015,

a maioria das internações (38,06%) teve duração maior ou igual a 29 dias, enquanto a macrorregional Noroeste apresentou predominância das internações com durações de 0 a 7 dias (44,22%). A principal causa de internação foram os transtornos mentais e comportamentais relacionados ao uso de álcool e outras drogas (64,35% das internações no quadriênio 2012-2015).

Conclusão: Os resultados mostraram aumento significativo das internações em 2010, com posterior queda até 2015. Houve aumento no tempo de permanência maior que 29 dias, e predomínio das internações por uso de substâncias psicoativas em todas as macrorregionais de saúde, alertando para a necessidade de ações de promoção em saúde com foco na prevenção do uso de drogas na população adolescente, com vistas à redução das internações por transtornos mentais nesta clientela.

Palavras-chave: Adolescente hospitalizado; Transtornos mentais; Epidemiologia.

ABSTRACT - Aim: to analyze the tendency of mental and behavioral disorders hospitalizations of teenagers in Parana state. **Method:** an ecologic, exploratory, time-series study about mental and behavioral disorders hospitalizations of teenagers

performed by the National Unified Health System (SUS), from 1998 to 2005. As data source the Hospital Stays Authorization information was used, processed by the Hospital Information System from the National Unified Health System and available at the National Unified Health System (SUS) computer department website. The data analysis was performed through linear segmental regression modeling for time series, separately estimated for each one of the four health macro region in Parana (East, West, North and Northeast) **Results:** The east macro region showed bigger tendency on hospitalizations from January 1998 to November 2003 ($\beta_1=0,006$, $p<0,001$). In the macro regions – North, West and Northeast, the tendency is very similar, with a sudden increase in February 2010, but with gradual decrease later until December 2015. In terms of hospitalization length, from 2012 to 2015 quadrennium, most part of the hospitalizations (38,06%) lasted 29 days or more, while the northeast macro region presented predominance of hospitalizations lasting from 0 to 7 days (44,22%). The main cause of hospitalizations was the mental and behavioral disorders related to alcohol and other drugs usage (64,35% of hospitalizations in the 2013-2015 quadrennium). **Conclusion:** the results show a significant increase of hospitalizations in 2010, with a further drop until 2015. There was an increase in the hospitalization with more than 29 days, and predominance of hospitalizations of psychoactive substances usage in all the health macro regions, warning to the need of actions to promote health focusing on drugs use prevention for the teen population.

Keywords: Adolescent, hospitalized; Mental disorders; Epidemiology.

1. INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) têm sido responsáveis pela maior carga de doenças no Brasil (SCHMIDT, 2011). Dentre as DCNT destacam-se os transtornos mentais e comportamentais, por serem as doenças crônicas com o início mais precoce, comumente afetando indivíduos ainda em sua adolescência (ALMEIDA FILHO e BARRETO, 2014).

A adolescência é uma fase de desenvolvimento peculiar, que apresenta muitos conflitos e mudanças geradoras de estresse, não sendo raro o aparecimento de transtornos nesta fase, tais como ansiedade, depressão, transtornos de conduta, entre outros. Estudos apontam que é nesse período que ocorre também o primeiro contato com as substâncias psicoativas (FORLENZA E MIGUEL, 2012; WHO, 2009; THIENGO et al, 2016). A experimentação, cada vez mais prematura, vem assumindo proporções preocupantes (BERNARDINHO et al, 2016; SANTIESTEBAN, 2016), gerando quadros agudos de intoxicação que demandam tratamento hospitalar (PARANÁ, 2014).

Os transtornos mentais em crianças e adolescentes no Brasil prevalecem numa taxa entre 12,7% e 19,9%, respectivamente, segundo critérios do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV) (RIBEIRO; LYKOUROPOULOS, 2016). Um estudo realizado recentemente no país, que adotou um instrumento de rastreamento de transtornos mentais, identificou prevalência de 30,0% desses transtornos na adolescência (LOPES, 2016). Resultados semelhantes são encontrados em outros países, como Portugal, que apresentou

um índice de 31,2% dos adolescentes com sintomas de depressão, sendo que, destes, 17,7% com sintomatologia moderada a severa (ERSE et al, 2016).

Os transtornos mentais e comportamentais têm seu tratamento de base ambulatorial, realizado em serviços especializados ou na própria atenção básica; porém quadros agudos demandam tratamento hospitalar, através da internação (PARANÁ, 2014). Durante o ano de 2016 foram registradas, no Brasil, 14.499 internações por transtornos mentais e comportamentais na faixa etária de 10 a 19 anos. No estado do Paraná foram 998 internações no mesmo período e faixa etária. Esses números são significativos e colocam os transtornos mentais e comportamentais como a 11ª causa de internações na faixa etária de 10 a 19 anos no Brasil e a 10ª causa de internação no Paraná, excluindo as internações por gravidez, parto e puerpério (BRASIL, 2017). Em outros estados brasileiros vemos comportamentos diferentes: No Amapá, em 2016 foram registradas seis internações por transtornos mentais e comportamentais, foi a 16ª causa de hospitalizações; em São Paulo foram 3.740 registros por esse mesmo diagnóstico sendo a oitava causa de internações de adolescentes no período e no Rio Grande do Sul, os transtornos mentais e comportamentais foram a quinta causa de internações na mesma faixa etária, um total de 3.051 hospitalizações (BRASIL, 2017).

A internação psiquiátrica é a última escolha para tratamento dentro da Rede de Saúde Mental, pois se sabe que a partir de uma primeira internação psiquiátrica, o adolescente estará susceptível a novas hospitalizações, e que essas situações trazem uma grande carga pessoal, econômica e social para os indivíduos e para suas famílias. Logo, a internação psiquiátrica deve ser evitada ao máximo, principalmente nessa faixa etária (SILVEIRA et al, 2016; WHO, 2009).

Considerando-se a magnitude desse agravo na adolescência, e reconhecendo a escassez de estudos que abordem as internações por transtornos mentais e comportamentais especificamente na adolescência, teve-se como objetivo analisar a tendência das internações por transtornos mentais e comportamentais em adolescentes no estado do Paraná.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo ecológico de séries temporais, sobre as internações por transtornos mentais e comportamentais de adolescentes, realizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no estado do Paraná, no período de 1998 a 2015. No ano de 2016, o Paraná contava com 1.000.522 adolescentes de 12 a 17 anos (IBGE, 2016), o que corresponde a 9,77% da população total do estado. O Paraná possui 399 municípios, que estão organizados em 22 Regiões de Saúde, agregadas em quatro grandes macrorregionais de saúde: Leste, Norte, Oeste e Noroeste (PARANÁ, 2017).

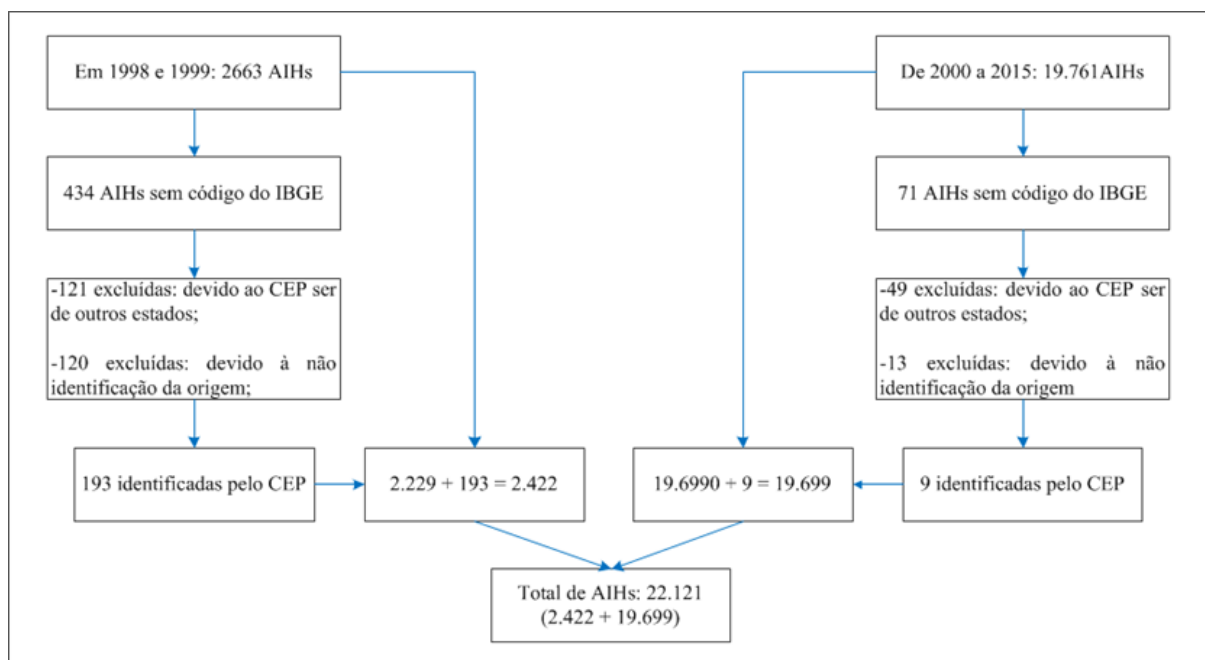
Como fonte de dados foram utilizadas as informações contidas nas Autorizações de Internação Hospitalar (AIH), processadas pelo Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) e disponíveis no *site* do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), por meio de base de dados detalhadas. O SIH/SUS, implantado desde 1981,

registra todos os atendimentos provenientes de internações hospitalares financiadas pelo SUS (BRASIL, 2017).

Os dados foram acessados através do tabulador de dados Tabwin, uma ferramenta de organização e leitura das informações geradas pelos sistemas de informação do SUS, e posteriormente, convertidos em arquivos compatíveis com o programa Excel. Para a construção do banco de dados se consideraram todas as internações de adolescentes (12 a 17 anos) residentes no Paraná nos anos de 1998 e 1999, e as internações desta mesma clientela ocorridas no estado entre 2000 e 2015, segundo o diagnóstico principal do Capítulo V – Transtornos Mentais e Comportamentais (códigos F00-F99) da CID-10.

Em seguida, as internações foram agregadas por regional de saúde, identificando cada município pelo Código do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Na ausência desse código, utilizou-se o Código de Endereçamento Postal (CEP). Descartaram-se 170 AIHs por não serem de residentes do Paraná e 133, por não permitirem a identificação do município de origem (Figura 1).

Figura 1. Fluxograma de identificação dos municípios de origem das AIHs por Transtornos Mentais e Comportamentais em adolescentes



Fonte: Paraná, Brasil, 2017. AIH: Autorização de internação Hospitalar; IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; CEP: Código de Endereçamento Postal

Para o cálculo da taxa de internação por transtornos mentais em adolescentes, utilizou-se a razão entre o número mensal de internações na faixa etária de 12 a 17 anos, com o diagnóstico de transtorno mental e comportamental em determinado ano, pela população na mesma faixa etária e mesmo ano, multiplicada por 10.000. É válido esclarecer que os dados referentes à população anual na faixa etária estabelecida foram extraídos do DATASUS somente até o ano de 2012, uma vez que para o restante do período analisado não havia dados de população disponíveis para a faixa etária utilizada. Dessa forma, para obter os valores faltantes da população anual, concernentes aos anos de 2013, 2014 e 2015, a fim de viabilizar os cálculos das taxas mensais de internações nestes anos, ajustou-se uma curva polinomial cúbica na série da população anual com intuito de projetar seu comportamento. Em seguida, obteve-se a média entre os valores da projeção da curva polinomial cúbica e os valores obtidos pela projeção ingênua (repetição do valor observado em 2012), fornecendo assim a população anual para 2013, 2014 e 2015.

A análise dos dados foi realizada através de um modelo de regressão linear segmentado para séries temporais, em que y_i é a taxa de internação mensal, t é a variável (tempo de janeiro de 1998 a dezembro de 2015; θ_j é o vetor de parâmetros a serem estimados e j denota o índice de cada um dos $m+1$ segmentos obtidos após a identificação e estimação das m pontos de mudança estruturais, ou seja, mudanças em nível médio ou tendência. A variabilidade aleatória não explicada pelo modelo é representada por ε_i , o qual deve ser normalmente distribuído e aleatório.

$$y_i = t_i' \theta_j + \varepsilon_i, i = i_{j-1} + 1, \dots, i_j, j = 1, \dots, m+1 \quad (1)$$

Na prática, os pontos de mudança i_j raramente são conhecidos, logo, faz-se necessário identificá-los e estimá-los. Os primeiros desenvolvimentos de metodologias neste sentido foram realizados por Bai e Perron (2003) e Zeileis et al. (2003), considerando testes de hipótese para identificar um número arbitrário de mudanças estruturais (até algum máximo). Os parâmetros θ_j no modelo apresentado podem representar a tendência em um determinado seguimento (período de tempo), a mudança na tendência em relação a um seguimento anterior, ou ainda, uma mudança no nível médio da série. Estimando os respectivos erros padrão de tais parâmetros, é possível verificar a significância estatística dos mesmos ao nível de 5%. Por se tratar de um modelo de regressão para séries temporais foi necessário averiguar a presença de autocorrelação serial nos resíduos, que puderam ser diagnosticados pelos testes de Ljung-Box e Breusch-Godfrey.

O modelo de regressão linear segmentado foi estimado separadamente para cada uma das quatro séries temporais analisadas referentes às quatro macrorregiões de saúde do estado do Paraná. A implementação para estimar os modelos e realizar as análises foi feita em linguagem R, versão 3.3.1.

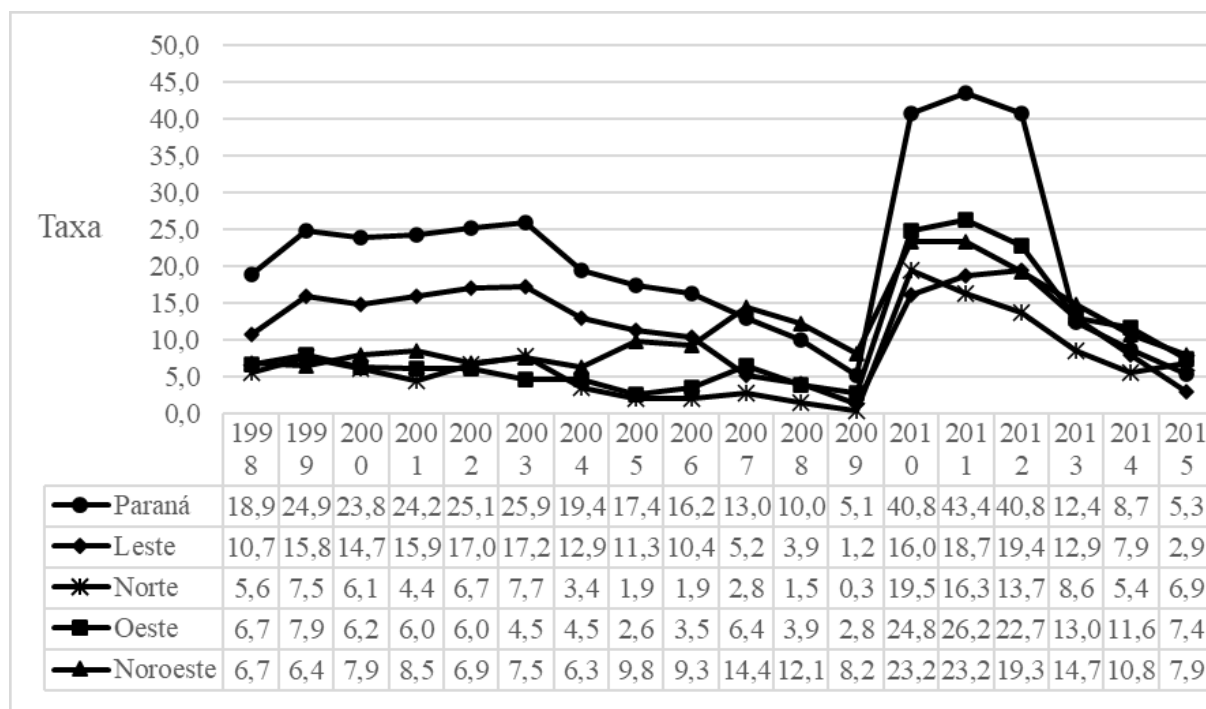
O estudo seguiu as normas de pesquisa envolvendo seres humanos conforme Resolução n. 466/2012, com dispensa da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por utilizar fontes secundárias. O estudo teve seu projeto de pesquisa previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Centro Oeste sob o Parecer número 2.037.090/17.

3 RESULTADOS

Foram analisadas 22.121 internações por transtornos mentais e comportamentais em adolescentes residentes no estado do Paraná no período de 1998 a 2015, distribuídas entre as quatro macrorregionais de saúde do estado: Leste (12.518), Noroeste (3.699), Oeste (3.511) e Norte (2.393).

Houve grande variação nas taxas de internações entre os anos e as regiões do estado. No Paraná, como um todo, as taxas de internação passaram de 18,9 em 1998 para 5,3 em 2015. Entretanto, no ano de 2011 foi registrada uma taxa de 43,4 internações por 10.000 adolescentes (2.373 internações). Vale destacar que no ano de 2009 todas as macrorregionais de saúde apresentaram queda significativa das taxas de internações por transtornos mentais e comportamentais em adolescentes, seguido por aumento brusco no ano de 2010 (Figura 2).

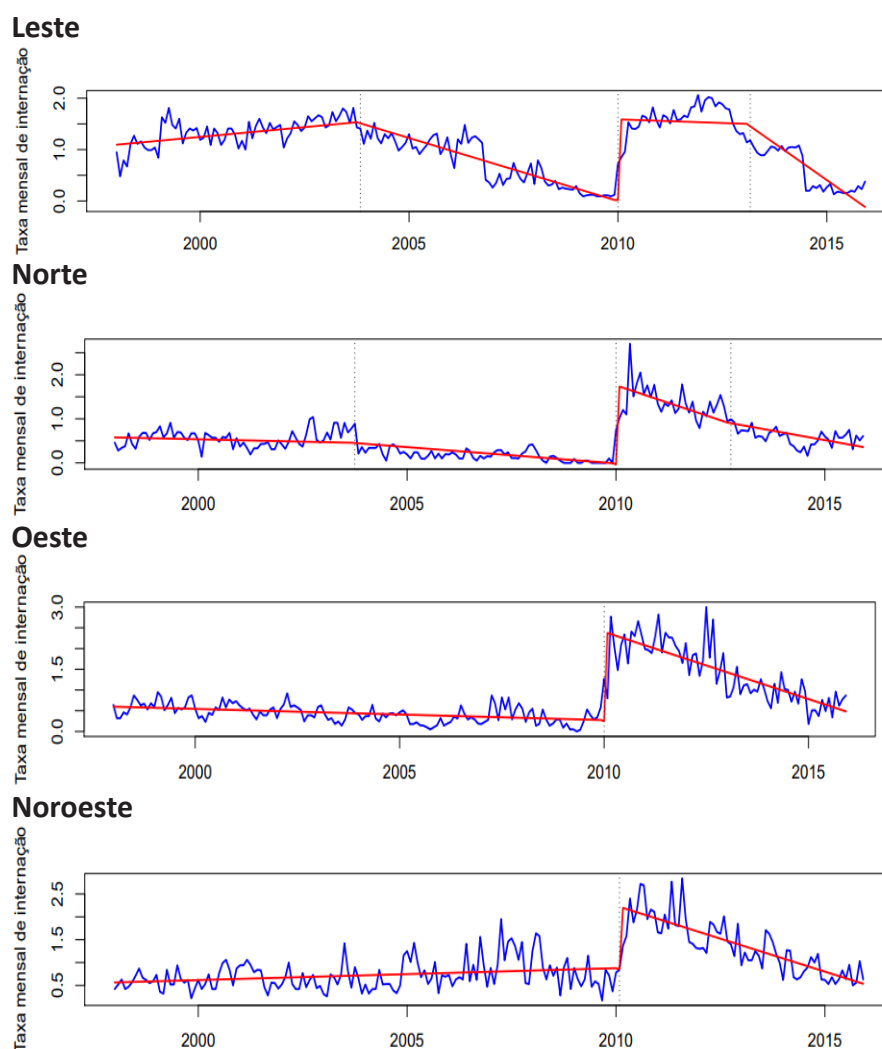
Figura 2. Taxa de internação por transtornos mentais e comportamentais de adolescentes residentes no estado do Paraná, segundo macrorregional de saúde



Fonte: Paraná, Brasil, 2017

No que se refere à identificação de mudanças estruturais e análise de tendência de internações para todas as macrorregionais de saúde, a macrorregional Leste foi a que mostrou maior tendência de aumento de internações, de janeiro de 1998 a novembro de 2003 ($\beta_1=0,006$, $p<0,001$), conforme pode ser visualizado na Figura 3, em que os modelos ajustados estão representados em linha pontilhada. Ainda para a macrorregional Leste, a taxa média de internação estimada para o mês de janeiro de 1998, representada pelo β_0 (intercepto do modelo), era de aproximadamente uma internação em 10.000 pessoas/mês ($\beta_0=1,008$, $p<0,001$). Em novembro de 2003, momento em que ocorre uma mudança estrutural, a taxa média era próxima a 1,5 e começa a sofrer tendência de decréscimo ($\beta_2= -0,02$, $p<0,001$) até dezembro de 2009. Em janeiro de 2010, ocorre uma mudança brusca no nível médio da série de internações, elevando a média de internações de 0,01 a 1,58 ($0,01 + 1,571$) em fevereiro deste mesmo ano. Considerando o ponto de mudança estimado em fevereiro de 2010, a tendência ficou praticamente estável até março de 2013 ($\beta_3= -0,002$, $p<0,001$), quando sofreu um decréscimo mais acelerado ($\beta_4= -0,048$, $p<0,001$) (Tabela 1).

Figura 3. Séries temporais das internações por transtornos mentais e comportamentais de adolescentes, segundo macrorregionais de saúde



Fonte: Paraná, 2017

Tabela 1. Modelos de regressão linear segmentada das taxas de internações por transtornos mentais e comportamentais de adolescentes, segundo macrorregionais de saúde. Paraná, Brasil, 2017.

Leste					
Parâmetros	Estimativa	Erro Padrão	Valor t	p-valor	Tendência
β_0	1,088	0,055	19,838	<0,001	1,088
β_1	0,006	0,001	5,587	<0,001	0,006
β_2	-0,027	0,002	-13,845	<0,001	-0,02
β_3	1,571	0,094	16,646	<0,001	-
β_4	0,018	0,003	5,628	<0,001	-0,002
β_5	-0,045	0,006	-8,032	<0,001	-0,048
Norte					
β_0	0,58	0,05	11,679	<0,001	0,58
β_1	-0,002	0,001	-1,719	0,087	-0,002
β_2	-0,004	0,002	-2,526	0,012	-0,006
β_3	1,792	0,089	20,106	<0,001	-
β_4	-0,02	0,003	-5,938	<0,001	-0,026
β_5	0,012	0,005	2,344	0,02	-0,014
Oeste					
β_0	0,6	0,05	11,973	<0,001	0,6
β_1	-0,002	0,001	-3,773	<0,001	-0,002
β_2	2,152	0,088	24,359	<0,001	-
β_3	-0,025	0,002	-13,478	<0,001	-0,027
Noroeste					
β_0	0,562	0,054	10,448	<0,001	0,562
β_1	0,002	0,001	3,417	0,001	0,002
β_2	1,366	0,096	14,288	<0,001	-
β_3	-0,026	0,002	-12,998	<0,001	-0,024

Nas macrorregionais – Norte, Oeste e Noroeste, as tendências são bastante similares, principalmente a partir de fevereiro de 2010, quando também ocorreu um aumento repentino das internações (1,792; 2,152 e 1,366), mas com posterior decréscimo gradativo até dezembro de 2015, com tendências significativas de -0,014; -0,027 e -0,024, respectivamente. No período de janeiro de 1998 a outubro de 2003, as internações, que eram de aproximadamente 0,6 nas macrorregiões Norte e Oeste, decresceram à taxa de -0,002 ao mês. Esta taxa se manteve até dezembro de 2009 para a macrorregião Oeste, mas decresceu de modo mais acelerado a partir de então para a macrorregião Norte ($\beta_3 = -0,006$, $p=0,012$). Na macrorregião Noroeste, embora a média de internações também fosse próxima de 0,6 em janeiro de 1998 ($\beta_0 = 0,562$, $p<0,001$), ocorreu um aumento até dezembro de 2009 com uma tendência de 0,002 ($p<0,001$) (Tabela 1).

Quanto ao tempo médio de duração das internações no estado, a maior ocorrência abarcou períodos de 8 a 28 dias, correspondendo a 57,81% das internações no primeiro quadriênio (1998-2001) e 40,15% no segundo quadriênio. Entretanto, no último quadriênio (2012-2015) a maioria das internações (38,06%) teve duração maior ou igual a 29 dias (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição dos dias de permanência das internações por transtornos mentais e comportamentais de adolescentes, segundo macrorregionais de saúde. Paraná, Brasil, 2017.

	1998 – 2001		2005 - 2008		2012 - 2015		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Paraná								
0 a 7 dias	932	18,84	1273	39,01	1257	24,30	3462	25,87
8 a 28 dias	2860	57,81	1310	40,15	1947	37,64	6117	45,71
≥ 29 dias	1155	23,35	680	20,84	1969	38,06	3804	28,42
Total	4947	36,96	3263	24,38	5173	38,65	13383	100,00
Macrorregional Leste								
0 a 7 dias	646	19,55	733	37,86	364	15,14	1743	22,80
8 a 28 dias	2003	60,61	856	44,21	763	31,73	3622	47,37
≥ 29 dias	656	19,85	347	17,92	1278	53,14	2281	29,83
Total	3305	43,22	1936	25,32	2405	31,45	7646	100,00
Macrorregional Norte								
0 a 7 dias	84	16,83	44	27,50	168	25,00	296	22,24
8 a 28 dias	274	54,91	60	37,50	304	45,24	638	47,93
≥ 29 dias	141	28,26	56	35,00	200	29,76	397	29,83
Total	499	37,49	160	12,02	672	50,48	1331	100,00
Macrorregional Oeste								
0 a 7 dias	96	16,49	64	18,34	300	26,43	460	22,27
8 a 28 dias	305	52,41	153	43,84	554	48,81	1012	48,98
≥ 29 dias	181	31,10	132	37,82	281	24,76	594	28,75
Total	582	28,17	349	16,89	1135	54,93	2066	100,00
Macrorregional Noroeste								
0 a 7 dias	106	18,89	432	52,81	425	44,22	963	41,15
8 a 28 dias	278	49,55	239	29,22	326	33,92	843	36,03
≥ 29 dias	177	31,55	147	17,97	210	21,85	534	22,82
Total	561	23,97	818	34,95	961	41,06	2340	100,00

A macrorregional Leste teve o mesmo comportamento do Estado, tendo nos primeiros quadriênios a duração média da maioria das internações oscilando entre 8 e 28 dias, e no quadriênio 2012-2015, 53,14% das internações duraram mais de 29 dias. Nas macrorregionais Norte e Oeste o maior tempo médio de internação em todos os quadriênios foi de 8 a 28 dias (54,91%; 37,50%; 45,24% para a macrorregional Norte, e 52,41%; 43,84%; 48,81% para a Oeste). A macrorregional Noroeste apresentou comportamento diferente quanto ao tempo de duração da internação, com 49,55% das internações, durando de 8 a 28 dias no primeiro quadriênio, e maioria das internações com durações de 0 a 7 dias no segundo e terceiro quadriênio (52,81% e 44,22%, respectivamente) (Tabela 2).

Tabela 2 – Coeficientes de correlação entre as taxas de internação por transtornos mentais e comportamentais de adolescentes e a cobertura de CAPS, ESF e número de leitos para tratamento, segundo Regionais de Saúde. Paraná, Brasil, 2008 a 2015.

As principais causas de internações no Paraná foram os transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de substâncias psicoativas, atingindo 64,35% das internações no quadriênio 2012-2015. Nas macrorregionais Leste e Oeste, os transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas também foram a principal causa de internação em todo o período da série, sendo responsável pela maior parte das internações em todos os quadriênios. Já a macrorregional Noroeste teve no primeiro quadriênio (1998-2001) as esquizofrenias e os transtornos esquizotípicos e delirantes como causas determinantes de internações (37,61%). E a macrorregional Norte apresentou as esquizofrenias e os transtornos esquizotípicos e delirantes como os casos mais prevalentes nos dois primeiros quadriênios (1998-2001 e 2005-2008), os transtornos por uso de substâncias psicoativas como a principal causa de internação apenas no último quadriênio (2012-2015), chegando a 71,43% das internações nesse período (Tabela 3).

Tabela 3. Diagnósticos principais de internações por transtornos mentais e comportamentais de adolescentes, segundo macrorregionais de saúde e quadriênios. Paraná, 2017.

	1998 - 2001		2005 - 2008		2012 - 2015		Total	
	n	%	N	%	n	%	n	%
Paraná								
Transt mentais e comport decor do uso de substâncias psicoativas	2410	48,72	1820	55,78	3329	64,35	7559	56,48
Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes	1600	32,34	706	21,64	849	16,41	3155	23,57
Transtornos do humor	237	4,79	304	9,32	408	7,89	949	7,09
Transt mentais orgânicos, incluindo transt mentais sintomáticos	284	5,74	233	7,14	172	3,32	689	5,15
Retardo Mental	199	4,02	53	1,62	165	3,19	417	3,12
Outros diagnósticos	217	4,39	147	4,51	250	4,83	614	4,59
Total	4947	100,0	3263	100,0	5173	100,00	13383	100,00
Macrorregional Leste								
Trans mentais e comport decor do uso de substâncias psicoativas	1873	56,67	1178	60,85	1524	63,37	4575	59,84
Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes	1016	30,74	426	22,00	606	25,20	2048	26,79
Transtornos do humor	149	4,51	199	10,28	164	6,82	512	6,70
Trans mentais orgânicos, incluindo transtornos mentais sintomáticos	108	3,27	56	2,89	29	1,21	193	2,52
Retardo Mental	53	1,60	10	0,52	23	0,96	86	1,12
Outros diagnósticos	106	3,21	67	3,46	59	2,45	232	3,03
Total	3305	100,0	1936	100,0	2405	100,00	7646	100,00
Macrorregional Norte								
Trans mentais e comport decor do uso de substâncias psicoativas	119	23,85	41	25,63	480	71,43	640	48,08
Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes	179	35,87	60	37,50	40	5,95	279	20,96
Transtornos do humor	22	4,41	8	5,00	38	5,65	68	5,11
Trans mentais orgânicos, incluindo transtornos mentais sintomáticos;	84	16,83	36	22,50	57	8,48	177	13,30
Retardo Mental	63	12,63	1	0,63	26	3,87	90	6,76
Outros diagnósticos	32	6,41	14	8,75	31	4,61	77	5,79
Total	499	100,0	160	100,0	672	100,00	1331	100,00
Macrorregional Oeste								
Trans mentais e comport decor do uso de substâncias psicoativas	253	43,47	188	53,87	781	68,81	1222	59,15
Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes	194	33,33	92	26,36	93	8,19	379	18,34
Transtornos do humor	31	5,33	34	9,74	86	7,58	151	7,31
Trans mentais orgânicos, incluindo transtornos mentais sintomáticos;	56	9,62	19	5,44	33	2,91	108	5,23
Retardo Mental	8	1,37	9	2,58	74	6,52	91	4,40
Outros diagnósticos	40	6,87	7	2,01	68	5,99	115	5,57
Total	582	100,0	349	100,0	1135	100,00	2066	100,00
Macrorregional Noroeste								
Trans mentais e comport decor do uso de substâncias psicoativas	166	29,59	413	50,49	544	56,61	1123	47,99
Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes	211	37,61	128	15,65	110	11,45	449	19,19
Transtornos do humor	35	6,24	63	7,70	120	12,49	218	9,32
Trans mentais orgânicos, incluindo transtornos mentais sintomáticos;	36	6,42	122	14,91	53	5,52	211	9,02
Retardo Mental	75	13,37	33	4,03	42	4,37	150	6,41
Outros diagnósticos	38	6,77	59	7,21	92	9,57	189	8,08
Total	561	100,0	818	100,0	961	100,00	2340	100,00

4. DISCUSSÃO

Os dados do estudo reforçam o grande desafio que tem sido o enfrentamento das DCNT para a gestão atual do SUS, que apesar de grandes investimentos em implementação de políticas públicas de saúde na tentativa de melhorar o atendimento a esses usuários, continua tendo nessas patologias, a principal carga de doenças no país, especialmente em grupos específicos como gestantes, lactentes e adolescentes (SCHMIDT, 2011). Tal constatação é ratificada no presente estudo, que não evidenciou grandes reduções nas taxas de internação por transtornos mentais na faixa etária de 12 a 17 anos.

Os resultados do estudo permitiram constatar uma queda no número de internações no início da série temporal, com um claro aumento em todas as macrorregionais de saúde no ano de 2010, fato esse no mínimo intrigante, considerando-se a magnitude desse aumento.

Durante o ano de 2010, importantes acontecimentos tiveram lugar no cenário da saúde mental no Brasil, como por exemplo, a instauração da Portaria n. 2.841, de 20 de setembro, que instituiu o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas (CAPS AD III) – 24 horas (BRASIL, 2010), posteriormente revogada pela Portaria n. 130 de 2012 (BRASIL, 2012). O CAPS AD III é um serviço de atendimento integral que pode dar suporte em regime integral ao indivíduo com necessidades decorrentes do uso de álcool e drogas. Outra Portaria importante foi a n. 2.843, de 20 de setembro de 2010, que criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - Modalidade 3 (NASF 3), que tinham como prioridade dar atenção integral para usuários de *crack*, álcool e outras drogas, naqueles municípios de menor população, sem capacidade de implantação de CAPS (BRASIL, 2010) (revogada em 2011, pela Portaria n. 2.488 [BRASIL, 2011]). Esses fatos são intrigantes, pois essas ações deveriam ter impacto totalmente contrário ao evidenciado no estudo, visto que as duas estratégias são prioritárias para o atendimento ambulatorial, sendo esperada a redução e não o aumento das internações.

Outro fato que pode corroborar o aumento brusco na série foi a publicação no fim de 2010, da Portaria n. 2.842, (que foi revogada posteriormente, [BRASIL, 2012]), que aprovou as Normas de Funcionamento e Habilitação dos Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas. Essa portaria abordava e incentivava a regulação de leitos credenciados dentro de hospitais gerais, com o objetivo de atender os quadros agudos decorrentes do uso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2010)⁽²⁴⁾. Em 2014, havia um total de 241 leitos desse tipo, sendo 21 deles destinados especificamente ao atendimento de crianças e adolescentes (PARANÁ, 2014).

Outro acontecimento que pode ter justificado esse importante aumento dos casos de internação em 2010 foi o fato de que, nesse mesmo ano, a Saúde Mental passou a fazer parte das prioridades do Ministério da Saúde. E isso pode ter chamado a Atenção dos profissionais de saúde para o tema, causando um olhar mais atento para esses casos, aumentando assim, o número de atendimentos a adolescentes, e trazendo, como consequência mais direta, um número maior de encaminhamentos para essas internações.

A partir do ano de 2011, a série temporal mostra redução das internações em todas as quatro macrorregionais. Esse fato parece refletir um esforço por parte da gestão de saúde mental estadual que, em 2011, priorizou a Rede de Atenção à Saúde Mental como uma das cinco redes prioritárias da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Essa priorização trouxe avanços, tais como a extensão dos pontos de atendimento e melhorias na educação permanente dos profissionais que atuam na saúde mental (PARANA, 2014).

No ano de 2014, ocorreu a oficialização da Rede de Atenção à Saúde Mental do Estado do Paraná, com o lançamento do documento chamado de Linha Guia de Atenção à Saúde Mental. Esta Linha incluiu o Protocolo Clínico e as Diretrizes Terapêuticas recomendadas para o atendimento aos casos de saúde mental no estado (PARANA, 2014).

Quanto ao tempo médio de duração das internações, no último quadrimestre do estudo, o estado e a macrorregional Leste apresentaram a maioria de suas internações com duração superior a 29 dias, contrariando o esperado, tendo em vista que o próprio protocolo Clínico, bem como as Diretrizes Terapêuticas adotadas pela rede de saúde mental, prevê internações de curta permanência (PARANÁ, 2014). Sabe-se que uma forma de enfrentar as internações de longa permanência é optar e fortalecer as internações psiquiátricas em hospitais gerais, pois estes dispõem de equipe multiprofissional e têm condição de prestar um cuidado humanizado e de qualidade às pessoas que apresentam sofrimento mental (PAES et al, 2013).

O estudo ainda evidenciou uma redução das internações por esquizofrenia e outros transtornos esquizotípicos e delirantes, com crescimento no número de internações, no decorrer dos anos, por transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas. Sabe-se que constantes oscilações afetivas, financeiras e de autonomia, quando agravados por hábitos de vida, comportamentos, riscos produzidos pelo contexto social e desigualdade, podem gerar situações de vulnerabilidade que colocam o adolescente diante de um transtorno mental, mais comumente, as depressões (FORLENZA; MIGUEL, 2012). No presente estudo, os transtornos de humor foram a terceira causa de internações no estado do Paraná, com essa mesma representação para as quatro macrorregionais, o que pode ser explicado pelo fato de que os transtornos mentais comuns como as depressões e as ansiedades devem ser estratificados e tratados no âmbito da atenção primária.

A principal causa de internações no estado, e em todas as macrorregionais, no último quadriênio, foi o uso de substâncias psicoativas. Estudo realizado no Paraná no período de 2000 a 2015 encontrou um aumento em torno de 5% destes casos na última década (BALBINOT e HAUBERT, 2016).

O uso de substâncias psicoativas representa, atualmente, um dos principais problemas de saúde pública do mundo. Estima-se que em torno de dois bilhões de pessoas consomem álcool e 185 milhões são consumidores de outras drogas. Essas substâncias contribuem para 12,4% de todos os óbitos no mundo. Além dos óbitos diretamente causados, o uso de substâncias psicoativas pode trazer outros prejuízos ao indivíduo, como alterações na cognição, na capacidade de julgamento, no humor e nos relacionamentos. Prejudicam o aproveitamento

escolar e ainda alteram o funcionamento cerebral a curto e longo prazo, causando falhas no processo de desenvolvimento do adolescente, que permanecem durante toda a vida adulta (FORLENZA e MIGUEL, 2012).

É importante evidenciar que dependência química não acontece instantaneamente, posto que o usuário adota padrões de consumo cada vez maiores, inicialmente tem um consumo pequeno da substância psicoativa, aumentando progressivamente a quantidade ingerida (PARANÁ, 2014). Em virtude disso, é imprescindível que os profissionais de saúde estejam atentos aos primeiros sinais de uso abusivo dessas substâncias, e que possa intervir o mais precocemente possível. O álcool é a substância psicoativa mais consumida por adolescentes no Brasil e no mundo (SCHMIDT, 2011).

Em um estudo realizado em Cuba, no ano de 2013, com adolescentes entre 10 e 14 anos, evidenciou-se que 54,5% dos entrevistados já tinham consumido álcool; e desses, 30,2% tinham entre 10 e 11 anos (SANTIESTEBAN, 2016).

Um importante estudo brasileiro de relevância nacional foi o Estudo dos Riscos Cardiovasculares em Adolescentes (ERICA), iniciado em 2008 e teve seus resultados publicados em 2016. Nele foram entrevistados estudantes de 12 a 27 anos, de cidades com mais de 100 mil habitantes, de escolas públicas e privadas. O ERICA, além de outros dados, trouxe aspectos relacionados à saúde, como comportamento sexual, saúde mental, tabagismo e, ainda, o consumo de álcool entre essa faixa etária (BLOCH et al, 2016).

O estudo evidenciou que 21% dos adolescentes entrevistados haviam consumido álcool pelo menos uma vez nos últimos 30 dias e desses, em torno de 25%, tiveram o primeiro contato com a bebida antes dos 12 anos de idade (COUTINHO et al, 2016). Esse mesmo inquérito mostrou, também, que o consumo de álcool aumenta com a faixa etária, o que significa que aqueles adolescentes que tiveram uma iniciação precoce permanecem consumindo e a esse grupo se agregam aqueles que iniciam o consumo mais tarde. Outros dados relevantes levantados apontam que não houve diferença significativa entre o consumo nos últimos 30 dias entre os sexos, o que se observou foi que os adolescentes do sexo masculino têm um consumo mais frequente, estimado em torno de 10 vezes por mês (COUTINHO et al, 2016).

O ERICA também evidenciou que o consumo de álcool entre adolescentes é maior na região sul (COUTINHO et al, 2016)¹, o que pode respaldar os dados do presente estudo. Essa informação foi reafirmada por uma exploração ao tema realizada em Pelotas-RS, que revelou que 23% dos adolescentes entrevistados haviam consumido álcool nos últimos 30 dias, sendo esta, uma média maior do que a apontada pelo ERICA. A prevalência nesse estudo foi maior entre indivíduos do sexo masculino, ficando em 24,2%, enquanto entre o sexo feminino, foi de 21,7%. Esse trabalho também reiterou os dados evidenciados no ERICA; já que em Pelotas a prevalência de consumo de álcool aos 11 anos era de 11,9%; dado mais alarmante ainda, ao se considerar que a faixa etária dessa pesquisa ~~em questão~~ foi mais ampla. Uma associação positiva também foi relatada entre o consumo de álcool com o tabagismo e o de já ter praticado relação sexual (STRAUCH, et al, 2009).

Sobre o consumo de outras drogas no Brasil, foi concluído em 2010 o “VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública e Privada nas Capitais Brasileiras”, que identificou uma diminuição no consumo de drogas ilícitas entre os alunos de escolas públicas no país. Essa queda foi de 49,5% comparado ao último levantamento que foi realizado em 2004 (CARLINI, et al, 2010).

Assim, e não obstante se faça necessário evidenciar as limitações impostas a trabalhos realizados com dados secundários, haja vista que esses são gerados por um sistema que depende da qualidade dos dados preenchidos nos prontuários e da formação daqueles que codificam os diagnósticos para as internações.

5. CONCLUSÕES

O estado do Paraná e suas quatro macrorregionais de saúde apresentaram declínio na série temporal das internações por transtornos mentais e comportamentais em adolescentes no período de 1998 a 2009. Entretanto, todos demonstraram um aumento abrupto dessas internações em 2010, com posterior declínio a partir de 2011. Nos últimos anos da série temporal houve um aumento das internações com tempo de permanência superior a 29 dias, e o principal diagnóstico de internações foi por uso de substâncias psicoativas, tanto para o Estado como um todo, quanto para as macrorregionais de saúde.

Ademais, espera-se que os resultados desse estudo possam servir para auxiliar no planejamento de ações de saúde mental que visem à redução das internações de adolescentes por transtornos mentais, e sirva de ponto de partida para a elaboração de novos estudos que identifiquem, de maneira mais precisa as causas do aumento abrupto das internações em adolescentes no ano de 2010, além de investigar o aumento no tempo de permanência desses jovens em instituições hospitalares.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA FILHO, N.; BARRETO, M.L. **Epidemiologia & Saúde: fundamentos, métodos, aplicações**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.
- ANDRADE A.G. et al. **Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras** / Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; GREa/IPQ-HC/FMUSP; organizadores: Arthur Guerra de Andrade, Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, Lúcio Garcia de Oliveira. – Brasília: SENAD, 2010. 284 p.
- BAI J.; PERRON P. Computation and Analysis of Multiple Structural Change Models. **Journal of Applied Econometrics**, p. 1-22, 2003.
- BALBINOT A.D; HAUBERT A. Análise das hospitalizações por uso de drogas entre crianças e adolescentes no estado do Paraná, Brasil. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 9, n. 1, p. 187-194, jan./abr. 2016.
- BERNARDINHO AV, et al. Adolescence and drug addiction: an increasingly precocious relationship. **Revista Fluminense de Extensão Universitária**. V.6 n.2 p.36-40, 2016. Disponível em: <http://editorauss.uss.br/index.php/RFEU/article/download/630/pdf> . Acesso em 10 de setembro de 2017.

BLOCH KV, et al. Estudo dos Riscos Cardiovasculares em Adolescentes (ERICA): resultados e potencialidades. **Revista Saúde Pública**; 50 (supl 1):2s,2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA N. 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Brasília, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html Acesso em: 03 novembro 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 130, de 26 de janeiro de 2012. **Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros**. Brasília, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html . Acesso em: 03 novembro 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 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 de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio**. Brasília, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0148_31_01_2012.html . Acesso em: 03 novembro 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.841, de 20 de setembro de 2010 (Revogada pela PRT GM/MS n. 130 de 26.01.2012). **Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas – 24 horas - CAPS AD III**. Brasília, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt2841_20_09_2010_comp.html . Acesso em: 03 novembro 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.843, de 20 de setembro de 2010.(Revogada pela PRT GM n. 2.488 de 21.10.2011). **Cria, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - Modalidade 3 - NASF 3, com prioridade para a atenção integral para usuários de crack, álcool e outras drogas**. Brasília, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt2843_20_09_2010.html. Acesso em: 03 novembro 2017.

BRASIL. SIHSUS - **Sistema de Informações Hospitalares do SUS**. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/hospitales/sihsus>. Acesso em: 26 agosto 2017.

BRASIL. Informações de Saúde. **Morbidade Hospitalar no SUS por local de residência, 2017**. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/nrpr.def>. Acesso em: 15 novembro 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.842, de 20 de setembro de 2010 (*) (Revogada pela PRT GM/MS n. 148 de 31.01.2012) **Aprova as Normas de Funcionamento e Habilitação dos Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas - SHR-ad**. Brasília, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt2842_20_09_2010_rep_comp.html Acesso em: 03 novembro 2017.

CARLINI, E. A.(supervisão), et. al. **VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras**. São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo 2010. SENAD - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, Brasília – SENAD, 2010. 503 p.

COUTINHO ESF et al. ERICA: padrões de consumo de bebidas alcoólicas em adolescentes brasileiros. **Rev Saude Publica**. V. 50, (supl 1)n.8, 2016.

ERSE, M.P.Q.A et al. Depressão em adolescentes em meio escolar: Projeto+ Contigo. **Revista de Enfermagem Referência**, n. 9, p. 37-45, 2016. Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/search>. Acesso em 14 set 2016.

FORLENZA, O.V.; MIGUEL, E. C. *Compêndio de Clínica Psiquiátrica*. Barueri: Manole, 2012.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeção da População por faixa etária**. Disponível em: <http://vamoscontar.ibge.gov.br/atividades/ensino-fundamental-6-ao-9/49-piramide-etaria.html> . Acesso em: 12 julho 2016.

LOPES, C.S.; et al. ERICA: prevalência de transtornos mentais comuns em adolescentes brasileiros. **Revista Mineira Enfermagem**, v.17, n.2, p.434-439, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf>>. Acesso em: 10 setembro 2016.

NETO, et al. Main mental disorders in crack-cocaine users treated at Psychosocial Care Centers for Alcohol and Drugs in the city of Recife, Brazil. **Trends in Psychiatry and Psychotherapy**. v.38, n.4 p.227-33, 2016.

PAES, M.R. et al. O papel do hospital geral na rede de atenção à saúde mental no Brasil. **Revista Ciência Cuidado e Saúde**, v.12, n.2, p.407-412, 2013. Disponível em: << <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/14207> >>. Acesso em: 12 julho 2016.

PARANÁ. Coordenação Estadual de Saúde Mental, Março 2014. **A Rede de Atenção à Saúde Mental no Paraná e a competência da APS**. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/APSUS__Ed._Permanente/Oficia_8__Saude_Mental/Apresentacao_Rede_de_Atencao_a_Saude_Mental_no_Parana_e_a_competencia_da_APS.pdf . Acesso em: 03 novembro 2017.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. **Linha guia de saúde mental**. - Curitiba: SESA, 2014. 56 p. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/linha_guia_final_de_saude_mental.pdf . Acesso em: 03 novembro 2017.

PARANÁ. Secretaria Estadual de Saúde. **Mapa estratégico do Paraná**. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/mapa_das_macrorregionais_colorido_.jpg . Acesso em : 03 novembro 2017.

RIBEIRO, E. L.; LYKOUROPOULOS, C. B. **O Capsi e o desafio da gestão em rede**. 1.ed.- São Paulo: Hucitec, 2016.

SANTIESTEBAN, T.B. Alcohol consumption in early adolescence and medical care. Arch **Argent Pediatr**, v.114, n.5, p, 412-418, 2016. Disponível em: http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v114n5/en_v114n5a02.pdf. Acesso em: 10 setembro 2017.

SCHMIDT, M. I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**, v. n. p. 2011 Disponível em: << DOI:10.1016/S0140- 6736(11)60135-9>>. Acesso em: 22 outubro 2016.

SILVEIRA, H. C. et al. O Outro Lado Da Porta Giratória: Apoio Comunitário E Saúde Mental. **Psicologia em Estudo**, v. 21, n.2 p. 325-335, 2016. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/article/view/30660> . Acesso em; 13 outubro 2016.

STRAUCH, E.S. et al. Alcohol use among adolescents: a population-based study. **Revista Saúde Pública**, v.43 n.4, p.647-55, 2009.

THIENGO DL. et al. Prevalence of mental disorders among children and adolescents and associated factors: a systematic review. **J Bras Psiquiatr**, v. 63, n. 4, p. 360-72, Oct./Dec.2014.

WHO. **Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários**. Uma perspectiva global. 2009. Disponível em: <http://www.who.int/healthinfo/survey/whsresults/en/index.html> Acesso em: 03 novembro 2017.

ZEILEIS, A.; KLEIBER, C.; KRÄMER,W.; HORNIK, K. Testing and Dating of Structural Changes in Practice, **Computational Statistics and Data Analysis**, v.44, p:109-123, 2003.



COBERTURA DOS PRINCIPAIS DISPOSITIVOS DE TRATAMENTO DA REDE

SEÇÃO III

COBERTURAS DOS PRINCIPAIS DISPOSITIVOS DE TRATAMENTO DA REDE

RESUMO - Objetivo: Verificar a correlação entre as taxas de internação por transtornos mentais e comportamentais em adolescentes e a cobertura por CAPS, cobertura de ESF e distribuição dos leitos de tratamento desses casos nas regionais de saúde do Paraná.

Método: Trata-se de um estudo ecológico, no período de 2008 a 2015. Para os cálculos de correlação utilizou-se o coeficiente de Spearman com nível de significância de 5% ($p < 0,05$). **Resultados:** Houve avanço na cobertura de CAPS e ESF em todo o estado, ocorreu redução dos leitos de internamento. correlação forte entre cobertura de CAPS e internação psiquiátrica apenas na regional de Pato Branco $r = 0,99$ ($p < 0,001$) e Londrina $r = 0,73$ ($p = 0,038$), nas demais não houve significância estatística. A regional de Ponta Grossa e Irati apresentaram correlação forte ($r = -0,76$; $p = 0,028$ e $r = -0,70$; $p = 0,021$), respectivamente entre as taxas de internação e cobertura de ESF. Apenas regional de União da Vitória apresentou correlação forte entre leitos de tratamento e taxa de internação ($r = 0,7$ ($p = 0,003$)). **Conclusão:** Identificou-se avanços na cobertura de CAPS e ESF em todo o estado, porém, não resultaram grandes resultados na diminuição das internações por transtornos mentais e comportamentais de adolescentes faz-se necessário novas investigação que possam traduzir resultados

mais evidentes que comprovem esses avanços.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Mental; Adolescente; Serviços de Saúde Mental.

ABSTRACT - Aim: To verify the correlation among the mental and behavioral disorders hospitalization rates and the coverage by CAPS, ESF coverage and distribution of treatment beds in these cases in the Regional Health Centers of Parana. **Method:** It is an ecological study, from 2008 to 2015. For the calculation of the correlation the Spearman coefficient was used. **Results:** there was progress in the CAPS and ESF coverage all over the state and a decrease in the number of treatment beds. There was a strong correlation between the CAPS coverage and the psychiatric hospitalization only in the regional center of Pato Branco $r = 0,99$ ($p < 0,001$) and Londrina $r = 0,73$ ($p = 0,038$), in the others there was no statistical significance. Irati and Ponta Grossa's regional center showed strong correlation ($r = -0,76$; $p = 0,028$ e $r = -0,70$; $p = 0,021$), respectively to hospitalization rates and coverage of the ESF. Only the regional center from Uniao da Vitoria showed strong correlation between the treatment beds and hospitalization rates ($r = 0,7$ ($p = 0,003$)). **Conclusion:** Developments on the coverage of CAPS and ESF were seen all over the state, but they did not

result in big changes on the decrease of mental and behavioral disorders hospitalizations of teenagers. It is necessary new investigations that can reflect more evident results to prove these developments.

KEY WORDS: Mental Health; Adolescent; Mental Health Services.

1. INTRODUÇÃO

Os transtornos mentais e comportamentais em crianças e adolescentes são um fenômeno sério, de importância significativa, com alta prevalência mundial e geralmente são transtornos que se mantêm na fase adulta (WHO, 2009).

Em Portugal, o índice de adolescentes que apresentam sintomas de depressão é de 31,2%, sendo que destes 17,7% com sintomatologia moderada a severa (ERSE et al, 2016). Na América Latina, estudo realizado na Colômbia, em 2015, com adolescentes entre 12 e 17 anos encontrou prevalência de qualquer transtorno na vida de 7,2%, sendo a fobia social o transtorno mais comum (DE SANTA CRUZ et al, 2016).

Segundo critérios de diagnóstico do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV), os transtornos mentais e comportamentais em crianças e adolescentes no Brasil prevalecem numa taxa entre 12,7% e 19,9% (RIBEIRO E LYLOUROPOULOS, 2016). Durante o ano de 2016 no Brasil, a 11ª causa de internações na faixa etária de 10 a 19 anos foram os Transtornos mentais e comportamentais, totalizando 14.499 internações. No estado do Paraná foram 998 internações no mesmo período e faixa etária (BRASIL, 2017).

Impulsionados pelo movimento da Reforma Psiquiátrica, iniciado desde a década de 70, as políticas públicas brasileiras têm priorizado o tratamento de transtornos mentais e comportamentais em serviços substitutivos, junto da comunidade e da família (PAULON; NEVES, 2013; SILVEIRA et al, 2016). Neste cenário, houve a implantação de uma rede substitutiva de atenção à saúde mental, tendo como base os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que devem ser os principais dispositivos para tratamento e acompanhamento dos casos de transtornos mentais e comportamentais. Esses dispositivos foram regulamentados pela portaria PT/GM 336 de 19 de fevereiro de 2002, que os classificou por ordem crescente, segundo a abrangência populacional, a complexidade de atenção e a população alvo (BRASIL, 2002).

Os CAPS são responsáveis por toda a ordenação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que também é composta pelos dispositivos da Atenção Básica, Estratégia Saúde da Família (ESF), Núcleos de apoio a Saúde da Família (NASF), e os serviços de atenção hospitalar (PARANA, 2014).

Os leitos hospitalares também são dispositivos da RASP, porém o tratamento do transtorno mental e comportamental só deve ser realizado em ambiente hospitalar como a última alternativa. Esse ponto da RAPS só devem ser acionados quando todos os outros dispositivos da rede já foram utilizados. Isso é ainda mais importante quando se trata de adolescentes,

já que por serem indivíduos em formação e desenvolvimento, podem ter maiores prejuízos se afastados e privados da convivência com suas famílias e comunidades para o tratamento (PAULA et al, 2017; DUARTE, GARCIA, 2013; PAES et al, 2013; SILVEIRA et al, 2016).

Para monitoramento da implantação dessa RAPS o indicador de cobertura de CAPS/100mil habitantes passou a ser utilizado com o objetivo de avaliar a evolução da implantação da rede de base comunitária para atendimento aos transtornos mentais (BRASIL, 2015). A implantação das ESF no Brasil é avaliada através do indicador de cobertura ESF.

A literatura aponta estudos que mostram a correlação entre implantação de ESF e redução das internações por doenças cardiovascular (LENTSCK.; MATHIAS, 2015), porém até onde se conhece, não há estudos que mostrem a relação entre a cobertura de CAPS ou de ESF e a ocorrência de internações psiquiátricas em adolescentes no Paraná ou mesmo no Brasil. Dessa forma, este estudo teve por objetivo verificar a correlação entre as taxas de internação por transtornos mentais e comportamentais em adolescentes e a coberturas de CAPS e ESF nas regionais de saúde do Paraná.

2. MÉTODO

Trata-se de um estudo ecológico, exploratório, voltado às internações por transtornos mentais e comportamentais e à cobertura populacional dos CAPS, a cobertura de ESF e a distribuição dos leitos de tratamento para o estado do Paraná, segundo Regionais de Saúde, no período de 2008 a 2015.

As internações foram selecionadas a partir da décima versão da Classificação Internacional de Doenças (CID 10) que agrupa, no capítulo V, os diagnósticos relacionados aos transtornos mentais e comportamentais, que são os: Transtornos mentais orgânicos (CID F00 a F09); Transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de substâncias psicoativas (F10 a F19); Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F20 a F29); Transtornos do humor (F30 a F39); Transtornos ansiosos, relacionados ao estresse e somatoformes (F40 a F49); Síndromes comportamentais associadas a perturbações fisiológicas e físicas (F50 a F59); Transtornos de personalidade e de comportamento em adultos (F60 a F69); Retardo Mental (F70 a F79); Transtornos do desenvolvimento psicológico (F80 a F89); Transtornos de comportamento e emocionais com instalação usualmente durante a infância e adolescência (F90 a F98) e Transtorno mental não especificado (F99).

Os dados referentes às internações foram obtidos no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS), disponibilizados mensalmente no sítio do Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Os dados do SIH-SUS são oriundos da base os dados das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH). A AIH é o instrumento pelo qual ocorre o pagamento feito pelo SUS às instituições que que executam o procedimento. Este documento é preenchido no ato da internação, onde são registrados a identificação do paciente, o procedimento e o diagnóstico de internação. Para esse estudo foram selecionadas as AIH de residentes no Estado do Paraná,

depois foram agrupadas nas 22 regionais de saúde. As informações populacionais dos anos de 2008 a 2012 de residentes no estado e regionais, para cálculo das taxas de internação, foram disponibilizadas pelo DATASUS, que tem como referência dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Para o cálculo da projeção da população residente das regionais de saúde nos anos de 2013, 2014 e 2015, foram utilizadas as estimativas populacionais do IBGE enviadas para o TCU, com data de referência de 1º de julho de cada ano, das cidades que constituem cada Regional de Saúde do Paraná. Para estas estimativas aplicou-se a distribuição por faixa etária dos dados do Censo de 2010 para a população estimada para 2013 a 2015, obtendo-se a projeção da população residente de 12 a 17 anos (Faixa Etária detalhada: 12 anos, 13 anos, 14 anos, 10 a 14 anos não detalhado, 15 anos, 16 anos, 17 anos), para cada Regional de Saúde no ano t , de acordo com:

$$\text{Projeção no ano } t = \frac{\text{Pop. de 12 a 18 anos em 2010}}{\text{Pop. total em 2010}} \times \text{Estimativa da pop. total no ano } t$$

O cálculo da projeção da população foi obtido com o auxílio do ambiente estatístico R (R Core Team), versão 3.3.1.

As taxas de internação foram calculadas considerando-se o total de internações justificadas pelo diagnóstico “F”, de adolescentes residentes no estado e regionais de saúde, na faixa etária de 12 a 17 anos, dividido pela população na mesma faixa etária, local e período multiplicado por 10.000.

Para o cálculo de cobertura de CAPS, utiliza-se o cálculo de cobertura ponderada por porte do CAPS. Assim, os CAPS I têm território de abrangência e cobertura de 50 mil habitantes; os CAPS III e ad III, de 150 mil habitantes; os demais CAPS (II, ad e i), cobertura de 100 mil habitantes (BRASIL, 2015). Os indicadores de cobertura de CAPS estão disponíveis no sítio eletrônico do Datasus, no ícone indicadores de saúde, sendo referenciados por critérios de municípios e Regionais de Saúde. Parâmetros de Cobertura desse indicador acima de 0,70 são considerados muito bons, cobertura entre 0,50 e 0,69 é boa; entre 0,35 e 0,49 é regular/baixa. Compreende-se por cobertura baixa aquela que fica entre 0,20 a 0,34 e cobertura insuficiente/crítica as que estão abaixo de 0,20 (BRASIL, 2015).

As taxas de cobertura de ESF são calculadas a partir do número de equipes da Estratégia Saúde da Família implantadas $\times 3.000 \times 100 /$ População residente (BRASIL, 2016). Essas taxas também foram coletadas no Datasus, no ícone indicadores de saúde. Para categorização da cobertura adotou-se os parâmetros: alta (maior que 70%), média (entre 50 e 70%) e baixa (menor que 50%) (COSTA et al, 2014).

O número de leitos disponível para tratamento de transtornos mentais e comportamentais foi recolhido também no Datasus, no ícone Rede assistencial, recursos físicos, leitos internação. Selecionou-se no campo especialidade detalhada a opção psiquiatria e, em seguida, leitos de saúde mental, ambos os valores foram somados.

A análise de correlação foi realizada primeiramente entre as taxas de internação por Transtornos mentais e comportamentais e a proporção da cobertura de CAPS no estado e regionais de saúde, no período de 2008 a 2015. Em seguida, realizou-se a correlação entre as taxas de internação e a cobertura de ESF, no mesmo local e período. Finalmente, foi realizada a correlação entre a taxa de internação e a evolução do número de leitos para tratamento de transtornos mentais e comportamentais no mesmo período e local. Para os cálculos de correlação utilizou-se o coeficiente de correlação de Spearman, com nível de significância de 5% ($p < 0,05$). Para interpretação da magnitude dos coeficientes de correlação adotou-se a classificação proposta por Hulley et al: coeficientes de correlação $< 0,4$ = correlação de fraca magnitude, $\geq 0,4$ a $< 0,5$ = correlação de moderada magnitude, e $\geq 0,5$ = correlação de forte magnitude. A fim de facilitar a comparação ao longo do tempo pesquisado, as taxas de internação foram agrupadas em biênios e a diferença relativa foi calculada entre os biênios extremos. A tabulação do banco de dados, os cálculos das taxas de internação, a cobertura populacional de CAPS, a cobertura populacional de ESF e a evolução do número de leitos foram realizados mediante o software Microsoft Office Excel (versão 2007); para análises de correlação utilizou-se o programa SPSS (versão 18.0). O estudo foi apreciado pelo Comitê de Ética e aprovado sob o parecer número 2.037.090/2017 e todos os preceitos éticos foram respeitados.

3. RESULTADOS

Os resultados do presente estudo apontaram grandes oscilações nas taxas de internação por transtornos mentais e comportamentais de adolescentes durante o período analisado, tanto nas regionais quanto no estado. No primeiro biênio do estudo (2008-2009), a taxa de internação no Paraná era de 3,7/10.000, no segundo biênio (2010-2011), essas taxas alcançam 20,4/10.000, caindo para 15,7 no terceiro biênio e chegando a 6,1/10.000 no último biênio do estudo.

Tabela 1 – Cobertura de CAPS, cobertura de ESF, número de leitos de tratamento (LT), taxa de internação por transtornos mentais e comportamentais de adolescentes e respectivas diferenças relativas, segundo Regionais de Saúde. Paraná, Brasil, 2008 a 2015.

Regional de Saúde	2008-2009				2010-2011				2012-2013				2014-2015				Dif. relativa			
	CAPS	ESF	LT	Taxa	ESF	LT	Taxa	Taxa	CAPS	ESF	LT	Taxa	CAPS	ESF	LT	Taxa	CAPS	ESF	LT	Taxa
1ª Paranaguá	0.2	53.2	-	1.2	0.2	62.8	-	27.1	0.4	60.4	6	27.0	0.4	69.4	6	6.1	100.0	30.5	-	408.3
2ª Metropolitana	0.9	57.1	1126	2.9	0.9	57.9	1075	14.4	1.0	62.6	972	13.3	1.1	65.5	885	3.6	22.2	14.8	-21.4	24.1
3ª Ponta Grossa	0.5	64.8	10	1.3	0.5	58.2	15	17.9	0.6	57.6	42	14.7	0.7	80	60	6.2	40.0	23.5	500	376.9
4ª Irati	-	70.5	13	16.3	0.3	71.6	13	15.2	0.6	73.6	13	11.9	0.6	79.2	13	2.3	-	12.5	-	-85.9
5ª Guarapuava	0.6	74.6	69	1.9	0.7	75.8	60.5	17.8	1.1	80.5	68	17.0	1.4	84.6	39	6.4	133.3	13.4	-43.5	236.8
6ª União da Vitória	0.3	66.8	33	2.9	0.3	69.4	45	51.5	0.3	77.2	45	46.2	0.3	84.5	33	14.4	-	26.6	-	396.6
7ª Pato Branco	0.6	66.9	4	1.1	0.8	75	4	22.2	0.8	81.2	9	7.2	0.8	87.7	8	3.4	33.3	31.1	100	209.1
8ª Francisco Beltrão	0.5	82.7	-	0.4	0.4	85.9	-	17.5	0.6	88.2	6	17.2	1.1	92.8	1	7.0	120.0	12.3	-	1650.0
9ª Foz do Iguaçu	0.4	71.8	26	2.8	0.5	69.1	30	13.0	0.6	69.2	35	13.4	0.7	72.6	20	11.7	75.0	1.1	-25	317.9
10ª Cascavel	0.7	57.6	5	7.9	0.7	60.1	5	40.5	0.7	66.6	5	28.1	0.7	73.4	5	10.7	-	27.6	-	35.4
11ª Campo Mourão	0.4	88.3	0	2.3	0.6	88.5	-	16.0	0.7	89.8	1	10.3	1.0	91.8	3	1.7	150.0	4.0	-	-26.1
12ª Umuarama	0.6	80.9	150	21.1	0.6	81	150	37.3	0.6	88.9	150	34.2	0.7	94	150	21.7	16.7	16.2	-	2.8
13ª Cianorte	0.4	84.7	2	3.1	0.4	84.9	2	11.4	0.3	85.5	2	3.6	0.3	98.7	4	3.1	-25.0	16.6	75	-
14ª Paranavaí	0.6	90.5	49	2.3	1.0	96.3	49.5	27.1	0.9	91.7	50	18.2	1.0	98.4	50	8.1	66.7	8.8	1	252.2
15ª Maringá	0.8	68	265	14.5	0.7	69.3	268	22.6	0.9	71.9	255	15.6	0.9	83.8	268	10.1	12.5	23.2	1.3	-30.3
16ª Apucarana	0.7	99	241	1.6	0.7	98.2	263	37.2	0.7	96.6	283	15.0	1.3	97.9	281	3.7	85.7	-1.1	16.6	131.3
17ª Londrina	1.1	84.5	424	0.5	1.1	77.8	425	6.1	1.2	78.6	427	5.5	1.2	80.4	427	5.8	9.1	-4.8	0.8	1060.0
18ª Cornélio Procopio	0.9	89.7	-	1.3	0.9	87.4	-	19.9	0.9	88.0	-	19.7	1.2	91.4	0	6.3	33.3	1.9	-	384.6
19ª Jacarezinho	0.4	79.6	-	0.2	0.4	83.8	-	22.2	0.4	87.4	-	10.9	0.3	90	0	10.7	-25.0	13.1	-	5250.0
20ª Toledo	0.3	54.8	240	1.7	0.7	54.4	240	28.4	0.7	58.1	190	14.4	1.0	78	140	9.3	233.3	42.5	-41.7	447.1
21ª Telêmaco Borba	0.3	86.6	-	0.8	0.3	87.9	-	46.1	0.3	86.6	-	31.5	0.4	92.1	0	8.1	33.3	6.4	-	912.5
22ª Ivaiporã	0.3	82.6	-	2.3	0.4	78.7	-	27.8	0.4	78.4	-	18.8	0.4	92.8	0	3.1	33.3	12.4	-	34.8
Paraná	0.7	69.3	2656	3.7	0.7	69.6	2645	20.4	0.8	72.5	2554	15.7	0.9	78.6	2391	6.1	28.6	13.5	-10	64.9

No biênio 2008-2009 apenas três regionais de saúde apresentavam taxas superiores a 10/10.000 habitantes, sendo Irati, Umuarama, Maringá. No segundo, houve grande aumento das taxas de internação, em todas as regionais de saúde. No período entre 2012-2013 essas taxas reduzem, mas ficam abaixo de 10/10.000 em apenas três regionais: Pato Branco, Cianorte e Londrina. No último biênio as taxas de internações apresentam decréscimo, permanecendo acima de 10/10.000 apenas em cinco regionais: União da Vitória, Foz do Iguaçu, Cascavel, Umuarama, Maringá e Jacarezinho.

As únicas regionais de saúde que apresentaram diferenças relativas negativas entre o primeiro e quarto biênio para as taxas de internação foram Irati (-85,9), Campo Mourão (-26,1) e Maringá (-30,3). As demais apresentaram diferenças relativas positivas, indo de 2,8 em Jacarezinho e chegando a 5250 na regional de Umuarama.

Em relação às taxas de cobertura de CAPS, apenas duas regionais apresentaram diferença relativa negativa, Cianorte (-25) e Jacarezinho (-25). As restantes apresentaram crescimento na cobertura de CAPS, mesmo aquelas que já possuíam uma cobertura boa.

No primeiro biênio, apenas seis regionais de saúde apresentavam cobertura de CAPS muito boa, acima de 0,70 (Metropolitana, Cascavel, Maringá, Apucarana, Londrina e Cornélio Procopio). Ponta Grossa, Guarapuava, Pato Branco, Francisco Beltrão, Umuarama e Paranavaí tinham indicador de cobertura entre 0,50 e 0,69, o que é considerado uma boa cobertura. Apresentavam cobertura regular/baixa (entre 0,35 e 0,49) as regionais de Foz do Iguaçu, Campo Mourão, Cianorte e Jacarezinho. Já as de União da Vitória, Toledo, Telêmaco Borba, Ivaiporã e Paranaguá tinham taxas de cobertura entre 0,34 e 0,20, o que é considerado baixa. Apenas a regional de saúde de Irati tinha cobertura insuficiente/crítica (abaixo de 0,20).

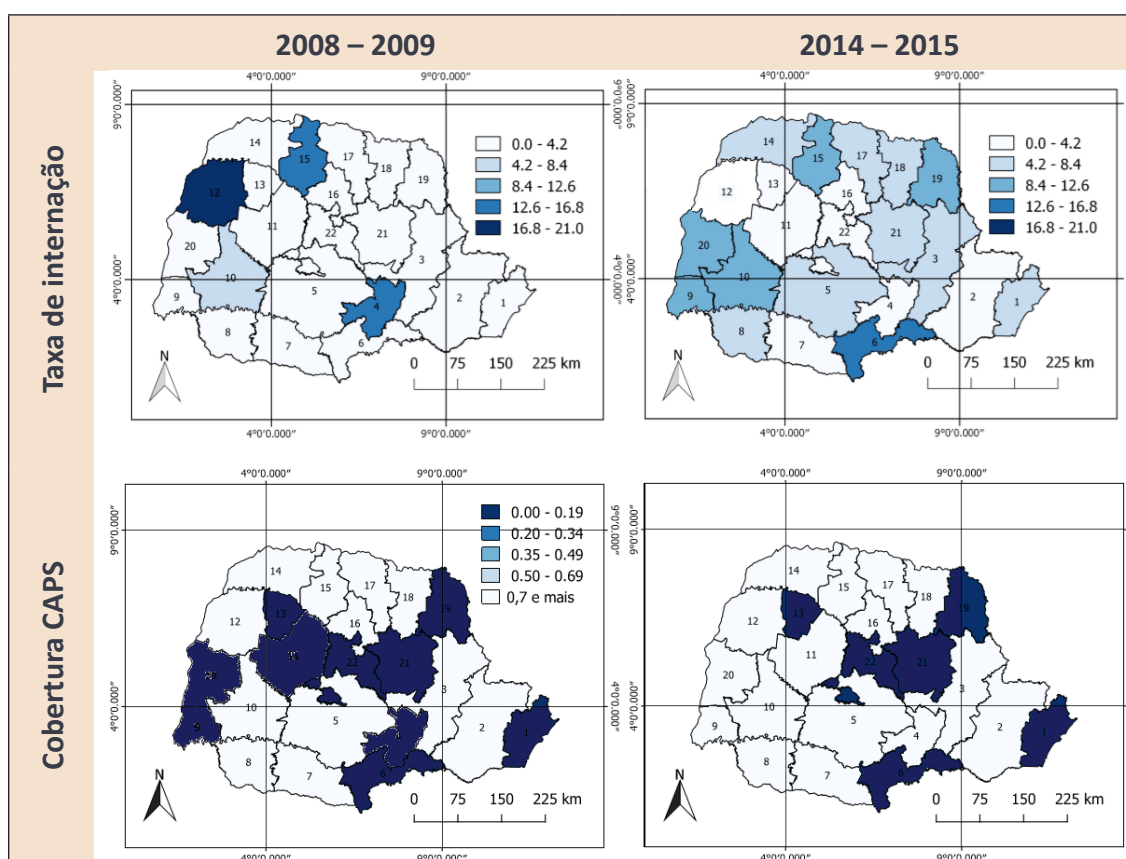
No último biênio analisado houve grande melhoria nos indicadores de cobertura de CAPS, ficando a maioria das regionais com indicador acima de 0,70 o que é considerado uma cobertura muito boa. A regional de União da Vitória permaneceu estagnada no indicador de cobertura (entre 0,34 e 0,20). Cianorte e Jacarezinho tiveram queda no indicador, ficando com cobertura baixa no último biênio (0,20 a 0,34). Telêmaco Borba e Ivaiporã saíram da cobertura baixa no primeiro biênio para uma cobertura regular/baixa no último. A regional de Irati evoluiu para um indicador regular/baixo (de 0,35 a 0,49).

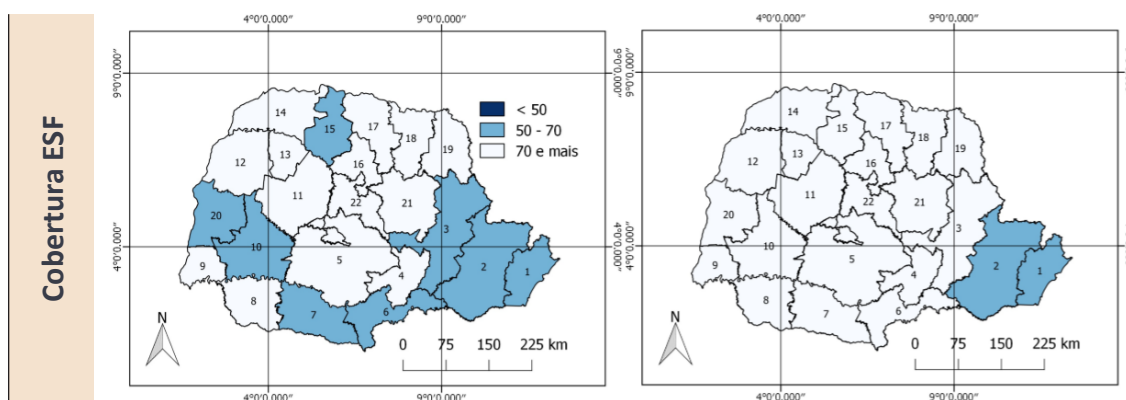
A expansão da ESF foi positiva em praticamente todas as regionais, exceto Apucarana e Londrina, com diferença relativa entre o primeiro e o último biênio de -1,1 e -4,8 respectivamente. O estado como um todo teve um aumento das taxas de cobertura em todos os biênios, indo de uma cobertura de 69,3 no primeiro biênio, para 69,6 no segundo, 72,5 no terceiro e chegando a 78,6 de cobertura no último. Nenhuma regional de saúde apresentou cobertura baixa de ESF no primeiro biênio, sendo que Paranaguá, Metropolitana, Ponta Grossa, União da Vitória, Pato Branco, Cascavel e Maringá tinham cobertura de ESF média no período (entre 50 e 70% de cobertura). As demais apresentavam cobertura alta de ESF, acima de 70%. No último biênio todas as regionais do estado tinham cobertura alta, com exceção Paranaguá e a regional Metropolitana que permaneceram com cobertura média.

Sobre os leitos de tratamento, os dados evidenciaram que não houve homogeneidade na distribuição. Em cinco regionais houve redução na diferença relativa, tais como: regional Metropolitana (-21,4); regional de Guarapuava (-43,5); regional de Foz do Iguaçu (-25) e Toledo (-41,7). A diferença relativa do estado foi de -10, indicando uma diminuição no número geral de leitos.

A evolução das taxas de internação, cobertura de CAPS e Cobertura de ESF podem ser mais bem visualizadas na Figura 1, que traz a evolução do primeiro e do último biênio. A evolução da cobertura de ESF foi muito representativa no estado, sendo considerada boa (acima de 70%) para praticamente todas as regionais, com exceção a regional de Paranaguá e da Metropolitana. Na regional de Paranaguá é visível, na figura 1, que houve um crescimento nas taxas de internação entre o primeiro e o último biênio.

Figura 1 - Distribuição da taxa de internação, cobertura de CAPS e cobertura de ESF nos biênios 2008-2009 e 2014-2015 nas regionais de saúde





Fonte: Paraná, 2017.

Apesar dos resultados observados na figura, a análise de correção apresentou correlação forte entre cobertura de CAPS e internação para tratamento apenas na regional de Pato Branco $r = 0,99$ ($p < 0,001$) e Londrina $r = 0,73$ ($p = 0,038$), nas demais não houve significância estatística.

Houve significância estatística entre cobertura de ESF e internação psiquiátrica apenas em duas regionais. A regional de Ponta Grossa e Irati apresentaram correlação forte ($r = -0,76$; $p = 0,028$ e $r = -0,70$; $p = 0,021$), respectivamente.

A correlação entre o número de leitos para tratamento e as taxas de internação teve correlação forte apenas da regional de União da Vitória $r = 0,7$ ($p = 0,030$). Nas demais regionais de saúde não houve significância na correlação.

4. DISCUSSÃO

A partir da Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, fica instituída a RAPS, criada com o objetivo de ampliar os pontos de atenção para as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. Essa portaria institui diversos pontos de atendimento e, na atenção primária, destaca as equipes das Unidades Básicas de Saúde (UBS) bem como os profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). (BRASIL, 2011).

Essa mesma portaria destaca o Componente de Atenção Psicossocial, formado basicamente pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que são serviços que devem ser formados por equipe multiprofissional, atuar sob a ótica interdisciplinar e prestar serviços àqueles que demandam transtornos mentais graves e persistentes, além dos que possuem necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. As ações dos CAPS devem ser prioritariamente realizadas em espaços coletivos, de forma articulada com os outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes. Os CAPS também devem ordenar o cuidado, garantindo permanente processo de cogestão e acompanhamento longitudinal do caso (BRASIL, 2011).

A expansão dos CAPS é notável em todo o Brasil, podendo-se destacar o crescimento nas regiões Nordeste e Sul, as quais apresentam os melhores índices de cobertura, seguidas da região Sudeste, Centro-Oeste e Norte. Todas as regiões do país apresentam taxa positiva de crescimento, o que aponta para o comprometimento nacional com a ampliação dos serviços substitutivos de base comunitária. A expansão de serviços segue mesmo nas regiões com o Indicador de Cobertura considerado muito bom (BRASIL, 2015), o que é corroborado pelos dados do estudo atual.

A cobertura nacional é de 0,91 CAPS/100 mil habitantes, no Estado do Paraná essa cobertura é de 0,99 CAPS/100 mil habitantes. No Brasil são 2.885 CAPS e 153 CAPS no Paraná (BRASIL, 2015).

Apesar das altas taxas de cobertura de CAPS no Paraná, as análises desse estudo não apontaram significância estatística na correlação de cobertura de CAPS com redução das taxas de internações em adolescentes no estado, com exceção da Regional de saúde de Pato Branco e Londrina que tiveram uma correlação positiva forte, evidenciando que o aumento da cobertura de CAPS trouxe um aumento das taxas de internação em adolescentes. A Regional de Saúde de Pato Branco conta hoje com quatro CAPS credenciados, destes, três são da modalidade I, prestam atendimento exclusivo a adultos. Ambos atendem clientela infantil, juvenil e adulta. A Regional conta, também, com um serviço CAPS II, também habilitado para atender crianças, adolescentes e adultos. Todos os serviços atendem demanda de transtornos mentais, além dos decorrentes de álcool e outras drogas. Já a Regional de Londrina possui 12 CAPS. Três deles são da modalidade I. Possui dois dispositivos na modalidade CAPS II, que também atendem exclusivamente adultos. Para o atendimento de crianças e adolescentes a Regional de Londrina conta com quatro unidades de CAPSi. Ainda tem dois serviços CAPS AD, ambos habilitados para clientela de crianças, adolescentes e adultos (PARANA, 2017).

Apesar dos esforços, sabe-se que a RAPS apresenta desafios a serem superados. Um exemplo deste desafio é o que aponta estudo realizado no realizado no Ceará que identifica certas fragilidades apresentadas pelos CAPS, bem como dificuldades para lidar com portadores de transtornos mentais. E essas dificuldades são aumentadas, principalmente quando, se trata de adolescentes (PAULA et al, 2017). Esse fato pode corroborar com as descobertas da pesquisa, as quais não mostraram significância ao correlacionar a implantação dos CAPS com a redução das taxas de internações nos adolescentes.

Um dos desafios a serem superados pelos CAPS, e que pode influenciar o aumento/manutenção das taxas de internação evidenciadas nesse estudo, é o atendimento prestado às situações de crise. Essas situações devem ser solucionadas no próprio serviço. A capacidade do CAPS de responder localmente às condições agudas e suas eventuais situações extremas é um dos indicadores de qualidade dos CAPS mais debatido, pois esses serviços precisam desenvolver a capacidade de lidar com os momentos de crise, assumindo definitivamente seu papel substitutivo e evitando encaminhamentos para hospitais, que podem acabar gerando internações evitáveis (ONOCKO-CAMPOS, 2017).

Outro aspecto analisado nesse estudo foi a evolução da implantação da ESF e seu impacto na redução de internações por transtornos mentais e comportamentais de adolescentes. Diversos estudos (COSTA et al, 2014; LENTSCK.; MATHIAS, 2015; MACINKO et al, 2010) têm apontado correlação positiva entre a implantação da ESF e a redução das taxas de internações por algumas Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), como as doenças cardiovasculares e de algumas doenças crônicas sensíveis a atenção primária. A implantação da ESF mostrou, do mesmo modo, o impacto positivo na redução dos óbitos pós neonatal e infantil (BASTOS et al, 2017). Porém, há uma ausência de estudos que apontem a correlação desses serviços com as doenças mentais.

Em 2015 a cobertura de ESF no Brasil era de 73%, uma cobertura considerada alta. No Paraná essa cobertura era melhor ainda, 78,68%. (BRASIL, 2017).

O estudo atual mostrou correlação positiva com significância apenas nas regionais de saúde Ponta Grossa e Irati. A regional de Ponta Grossa apresentou cobertura de ESF média no primeiro biênio, com um aumento para 80% de cobertura nos últimos anos do estudo. Irati teve avanço de cobertura de 70,5% para 79,2%. Vale ressaltar que essas coberturas de ESF, apesar de terem mostrado correlação com a redução das internações, não são as maiores coberturas de ESF do estado. Muitas regionais apresentam cobertura de ESF acima de 90% e mesmo assim não tiveram correlação significativa com a redução das internações de adolescentes por transtornos mentais e psiquiátricos.

Isso pode confirmar fato apontado em alguns estudos, de que há um certo abandono da saúde mental pelas equipes de atenção básica, principalmente naquelas situações em que o indivíduo já passou por atendimento em outros pontos especializados da rede, como CAPS e hospitais, gerando uma lacuna e um afastamento entre a atenção básica e o doente mental (SILVEIRA et al, 2016). A falta de conhecimento sobre o tema e o receio dos profissionais de saúde em tratar os transtornos mentais e comportamentais pode ser a justificativa para esse afastamento (OLIVEIRA et al, 2016).

Para que a Atenção Básica provoque impacto positivo nas internações de adolescentes por transtornos mentais e comportamentais é necessário o fortalecimento e qualificação dos serviços que compõem a Atenção Básica, não só as ESF, mas também os NASF, os PACS, os Consultórios de Rua entre outros, para que tenham autonomia na identificação, acolhimento e cuidado às pessoas em sofrimento mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. É necessário evitar o atendimento especializado como porta de entrada, e a quebra do paradigma de que a atenção básica não pode cuidar das demandas de saúde mental (BRASIL, 2015).

Os serviços de Atenção Básica precisam reconhecer seu papel fundamental na RAPS e assumir a responsabilidade pela realização do cadastramento dos usuários; a criação de vínculo; responsabilizar-se pelos usuários adstritos; garantir o cuidado e a resolubilidade da atenção para os usuários de baixo e médio risco; compartilhar o cuidado com os centros de atenção psicossocial dos usuários de alto risco; realizar atividades de educação em saúde; e

desenvolver atividades coletivas (PARANÁ, 2014).

O Governo Federal tem investido em estratégias como o curso Caminhos do Cuidado, destinado aos agentes comunitários de saúde (ACS) e auxiliares de enfermagem, Curso de Apoio Matricial, com ênfase nos NASF e Curso de Cuidado à População em Situação de Rua, com ênfase nos Consultórios na Rua para buscar superar a lógica do cuidado especializado em saúde mental. Outrossim, o Estado apostou em capacitações como estratégia para implantar a saúde mental como prioridade da atenção básica, tais como o Programa de qualificação da atenção primária no SUS (APSUS) – Saúde Mental e o lançamento da Linha guia de Saúde Mental, com as diretrizes clínicas para o acompanhamento e tratamento dos casos de transtornos mentais na atenção básica (PARANÁ, 2014). Porém, esses esforços parecem insuficientes diante dos resultados demonstrados, demandando mais ações e investimentos, principalmente, no que se refere a saúde mental dos adolescentes.

Outro dispositivo que foi abordado nessa pesquisa foram os leitos de internação para tratamento, que podem ser diferenciados em leitos de internação em hospital psiquiátrico e leitos de saúde mental em hospitais gerais.

O Brasil tem 167 hospitais psiquiátricos, distribuídos em 116 municípios por 23 estados do país. O Paraná é um dos estados com maior percentual de leitos psiquiátricos no Brasil, ficando muito acima da média nacional, juntamente com os estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Alagoas (BRASIL, 2015).

Atualmente, o Paraná possui 14 hospitais psiquiátricos, sendo destes, um próprio e 13 conveniados ao SUS, contratados pelo estado e pelos municípios. Estes hospitais possuem 2.228 leitos, sendo 162 destinados a adolescentes. As unidades de internações de menores no Paraná estão localizadas nos seguintes municípios: União da Vitória, Piraquara, Rolândia, Maringá, Jandaia do Sul e Umuarama (PARANÁ, 2014).

Os leitos de saúde mental em hospitais gerais habilitados se distinguem dos leitos em psiquiatria principalmente pela definição de parâmetros de cobertura, rede e diretrizes de funcionamento em consonância com os princípios da RAPS e da Reforma Psiquiátrica. Em 2014 havia no Brasil 4.620 leitos de psiquiatria em hospitais gerais, pediátricos e maternidades destinados ao SUS cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (BRASIL, 2015).

No Paraná são 274 leitos em 20 hospitais gerais; desses, 21 são destinados para atendimento de crianças e adolescentes (PARANÁ, 2014). Evidencia-se que o hospital geral tem seu papel de suporte na RAPS por meio de internações de curta duração, às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Seu objetivo é atender as comorbidades clínicas, principalmente os casos de abstinência e intoxicação por substâncias psicoativas. Tem seu papel também no manejo as situações de crise, porém sempre em articulação e corresponsabilização dos CAPS e de outros pontos da RAPS (BRASIL, 2015; PAES et al, 2013).

Este estudo trouxe uma correlação forte e positiva apenas na regional de União da Vitória, onde o aumento do número de leitos teve uma significância com o aumento das taxas de internação. Apesar da redução no número absoluto de leitos no estado, de 2.656 leitos no início do estudo para 2.391 para o biênio final, não foi possível identificar impacto na redução das taxas de internação.

A implicação na redução nas taxas de internação por transtornos mentais e comportamentais pode ser correlacionada apenas com a cobertura de ESF, e ainda em apenas duas regionais de saúde. Esse fato é preocupante, leva a repensar e levanta a necessidade de novos estudos que avaliem esses serviços e seu impacto real na atenção psicossocial de adolescentes no Paraná e no Brasil.

Como limitação desse estudo aponta-se o delineamento adotado, que pôde inferir na falácia ecológica, pois nem sempre a pessoa internada estava adscrita em área de cobertura da ESF ou do CAPS. Outro fato é que, nessa análise, foram incluídas as reinternações. Apontamos, ainda, a falta de acesso aos dados das internações privadas e por planos de saúde, o que impossibilitou uma leitura universal dos dados.

5. CONCLUSÕES

Temos visto e acompanhado diversos esforços dos trabalhadores e gestores do SUS no intuito de melhorar a qualidade da assistência em saúde mental no país. Esse estudo apontou que não houve redução das taxas de internação em adolescentes com o aumento e a ampliação da cobertura de CAPS.

A expansão da cobertura de ESF, apesar de grande em todo o estado e de ter trazido contribuições valiosas em outras causas de morbidade, só apresentou correlação com a redução das internações por transtornos mentais e comportamentais em adolescentes em duas regionais de saúde.

Em relação à distribuição dos leitos de internação, foi possível evidenciar que apenas em uma regional de saúde houve significância estatística na correlação, evidenciando que o aumento do número de leitos trouxe aumento nas taxas de internações. Nas demais regionais, nenhum impacto foi percebido, nem mesmo naquelas em que houve redução do número de leitos.

Acredita-se que a saúde mental tem apresentado evolução durante os anos, superando muitos desafios, porém faz-se necessário novas investigações que possam traduzir resultados mais evidentes no intuito de comprovar esses avanços.

REFERENCIAS

BASTOS, M.L. et al. The impact of the Brazilian family health on selected primary care sensitive conditions: A systematic review. **PLoS ONE**, v.12, n.8, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. **Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html . Acesso em: 30 outubro 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM N. 336, de 19 de fevereiro de 2002. **Dispõe sobre a constituição dos Centros de Atenção Psicossocial**. 4ª ed. Brasília, 2004. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf Acesso em:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados – 12**. Brasília, 2015. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/20/12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf> . Acesso em: 20 agosto 2016.

BRASIL. Informações de Saúde. **Morbidade Hospitalar no SUS por local de residência, 2017**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/nrpr.def> Acesso em: 15 novembro 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAGE – **Sala de Apoio à Gestão Estratégica-SGEP**. Disponível em: www.saude.gov.br/sage. Acesso em dia 7 abril de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Indicadores regionais, estaduais e nacionais do rol de diretrizes, objetivos, metas e indicadores 2015 – brasil**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?pacto/2015/cnv/coapcirbr.def> . Acesso em 15 novembro 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. **CNES - ESTABELECIMENTOS POR TIPO – PARANA Quantidade segundo Região de Saúde (CIR). Tipo de Estabelecimento: CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL-CAPS**. Período: Set/2017. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnv/estabpr.def> Acesso em: 11 novembro 2017.

COSTA F.L. et al. Evaluation of the Health Family Strategy implementation in Santa Catarina from 2004 to 2008. **Rev BRas epidemiol**. 2014;557-570.

DE SANTACRUZ C, et al. La construcción de un componente de salud mental para la encuesta nacional. ENSM-2015, Colombia. **Rev Colomb Psiquiat**. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2016.08.001>. Acesso em: 14 setembro 2016.

DUARTE, S.L.; GARCIA, M. L.T. Psychiatric Reform: the path of psychiatric beds reduction in Brazil. **Emancipação**. v. 13, n. 1, p. 39-54, 2013. Disponível em: <http://www.revistas2.uepg.br/index.php/emancipacao>. Acesso em: 16 outubro 2016.

ERSE, M.P.Q.A et al. Depressão em adolescentes em meio escolar: Projeto+ Contigo. **Revista de Enfermagem Referência**, n. 9, p. 37-45, 2016. Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/search>. Acesso em: 14 setembro 2016.

HULLEY S. B. et al. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 3.ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.

LENTSCK, M.H.; MATHIAS, T.A.F. Internações por doenças cardiovasculares e a cobertura da estratégia saúde da família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.23, n.4, p.611-26, 2015.

MACINKO, J. et al. Major Expansion Of Primary Care In Brazil Linked To Decline In Unnecessary Hospitalization. **Health Aff**, v.29, n.12, p.2149-60, 2010.

OLIVEIRA, F.P. et al. A saúde mental no programa de saúde da família. **Rev. APS.**, v.19,n.3,p.514 – 514, 2016. Disponível em :<https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/3260/1002> Acesso em: 15 novembro 2017.

ONOCKO-CAMPOS R, et al. Evaluation Indicators for the Psychosocial Care Centers Type III: results of a participatory design. **SAÚDE DEBATE**, 2017;41, (ESP):71-83.

PAES, M.R. et al. O papel do hospital geral na rede de atenção à saúde mental no Brasil. **Revista Ciência Cuidado e Saúde**, v.12, n.2, p.407-412, 2013. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/>

article/view/14207. Acesso em: 12 julho 2016.

PARANÁ. Coordenação Estadual de Saúde Mental, Março 2014. **A Rede de Atenção à Saúde Mental no Paraná e a competência da APS**. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/APSUS__Ed._Permanente/Oficia_8__Saude_Mental/Apresentacao_Rede_de_Atencao_a_Saude_Mental_no_Parana_e_a_competencia_da_APS.pdf . Acesso em: 03 novembro 2017.

PARANÁ. Rede de serviços de saúde mental do paraná (atualizada até Fevereiro 2017). Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/servicos_mental.pdf. Acesso em: 13 novembro 2017.

PAULON, S.; NEVES, R. **Saúde Mental na Atenção Básica: a territorialização do cuidado**. Porto Alegre: Sulina, 2013.

PAULA M.L., et al. Experiences of adolescent crack users and their relatives with psychosocial care and institutionalization. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2017;22(8):2735-2744.

RIBEIRO, E. L.; LYKOUROPOULOS, C. B. **O Capsi e o desafio da gestão em rede**. 1.ed.- São Paulo: Hucitec, 2016.

SILVEIRA, H. C. et al. O Outro Lado Da Porta Giratória: Apoio Comunitário E Saúde Mental. **Psicologia em Estudo**, v. 21, n.2 p. 325-335, 2016. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/article/view/30660>. Acesso em: 13 outubro 2016.

WHO. **Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários**. Uma perspectiva global. 2009. Disponível em: <http://www.who.int/healthinfo/survey/whsresults/en/index.html> Acesso em: 03 novembro 2017.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

SEÇÃO IV

CONSIDERAÇÕES FINAIS

1. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As informações disponibilizadas neste estudo podem subsidiar as ações de saúde. Os resultados de maior relevância mostraram que houve grande variação nas taxas de internações entre os anos e regiões do estado. No Paraná como um todo, as taxas de internação passaram de 18,9 em 1998 para 5,3 em 2015. Entretanto, no ano de 2011 foi registrada uma taxa de 43,4 internações por 10.000 adolescentes. No ano de 2009 ocorreu uma queda significativa das taxas de internações por transtornos mentais e comportamentais de adolescentes, seguido por um aumento brusco no ano de 2010. A macrorregional Leste foi a que mostrou maior tendência de aumento de internações, de janeiro de 1998 a novembro de 2003.

Quanto ao tempo médio de duração das internações no estado, houve um aumento nos últimos quatro anos das internações com duração maior ou igual a 29 dias.

As principais causas de internações no Paraná foram os transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de substâncias psicoativas, atingindo 64,35% das internações no quadriênio 2013-2015.

A expansão da cobertura de ESF, apesar de grande em todo o estado e

de ter trazido contribuições valiosas em outras causas de morbidade, só apresentou correlação com a redução das internações por transtornos mentais e comportamentais de adolescentes em duas regionais de saúde.

Em relação a distribuição dos leitos de internação, foi possível evidenciar que apenas em uma regional de saúde houve significância estatística na correlação, evidenciando que o aumento do número de leitos trouxe aumento nas taxas de internações. Nas demais regionais nenhum impacto foi percebido, nem mesmo naquelas em que houve redução do número de leitos.

As limitações desta pesquisa são aquelas relacionadas à pesquisa com dados secundários, o SIH-SUS que foi a fonte dos dados é um sistema de origem administrativa, que pode ter possíveis falhas no processo de preenchimento, ausência de dados, principalmente nos anos iniciais da série. A ausência do município de origem do paciente foi um ponto levantado durante a pesquisa, o que evidencia que possíveis falhas também podem ocorrer no processo de codificação dos diagnósticos de internação. O fato de a análise ter sido realizada especificamente na população adolescente também pode ser visto como uma fragilidade. Talvez, um estudo que abranja a população total das internações

possa apresentar resultados diferentes. Apontamos, ainda, a falta de acesso aos dados das internações privadas e por planos de saúde, o que impossibilitou uma leitura universal dos dados.

Os estudos epidemiológicos como o presente têm sido de fundamental importância na área da saúde mental, pois possibilitaram a compreensão da distribuição e da frequência dos transtornos mentais e comportamentais nos adolescentes paranaenses, além de permitirem correlacionar a ocorrência desses eventos com o avanço da implantação da RAPS.

2. IMPLICAÇÕES PARA O ENSINO, À PESQUISA E À PRÁTICA DA ENFERMAGEM

A enfermagem tem um amplo e diversificado espaço de atuação na atenção psicossocial, em todos os pontos de atenção das RAPS, desde o domicílio do paciente na atenção básica até o atendimento especializado, nos CAPS, Hospitais, Consultórios de rua, etc. Sua prática deve ser direcionada, fundamentalmente, para ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, mas também prever atividades no âmbito da clínica e da reabilitação.

Reafirma-se portanto, a importância de suas atividades nas visitas domiciliares, educação em saúde e ações centradas na família e na comunidade, nos grupos operativos e de trabalhos e no cuidado clínico dos usuários hospitalizados, na redução de danos e na reabilitação do indivíduo. O enfermeiro encontra-se, hoje, inserido numa equipe multiprofissional, que busca atuar sob os preceitos da Reforma Psiquiátrica Brasileira, o que, por sua vez, exige dos profissionais a capacidade de atuar em equipe, de realizar consultas compartilhadas e elaborar planos terapêuticos individualizados.

O enfermeiro tem destaque também nas ações de gestão e elaboração de políticas de saúde pública, de tal modo que o conhecimento do mesmo acerca da realidade da morbidade hospitalar de adolescentes por transtornos mentais e comportamentais se mostre de significativa importância para a construção de políticas e delineamento de ações que protejam e promovam a saúde mental desta clientela.

O cuidar do doente mental no Brasil é marcado por espaços de exclusão e reclusão, cabendo ao enfermeiro, inserido nas instituições formadoras, incentivar um cuidado de enfermagem baseado na atenção comunitária, no cuidado à família e na longitudinalidade do cuidado. Também é necessário fortalecer sua formação de maneira que o capacite para a atuação em equipes interdisciplinares, e para o cuidado compartilhado, de forma humanizada e, principalmente, respaldado cientificamente. O cuidado da enfermagem precisa romper com os vestígios da antiga psiquiatria brasileira e dar um passo à frente, em direção ao cuidado humanizado, qualificado e livre de preconceitos.

Para o alcance desses propósitos se faz necessário que a enfermagem evolua nas pesquisas em saúde mental, buscando inovações no campo da assistência psiquiátrica, bem como uma compreensão acerca da epidemiologia desses transtornos, incluindo a compreensão da causalidade de tais agravos e o maior ou menor potencial de efetividade das ações Implementadas. Para isso, é importante buscar a discussão e a pesquisa de evidências científicas, de modo a fundamentar a prática de enfermagem na saúde mental, buscando qualificar cada vez mais esta importante linha de cuidado.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA FILHO, N.; BARRETO, M.L. Epidemiologia & Saúde: fundamentos, métodos, aplicações. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.
- ANDRADE A.G. (organizador), et al **Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras** / Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; GREa/IPQ-HC/FMUSP; organizadores: Arthur Guerra de Andrade, Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, Lúcio Garcia de Oliveira. – Brasília: SENAD, 2010. 284 p.
- BAI J.; PERRON P. Computation and Analysis of Multiple Structural Change Models. **Journal of Applied Econometrics**, p. 1-22, 2003.
- BALBINOT A.D; HAUBERT A. Análise das hospitalizações por uso de drogas entre crianças e adolescentes no estado do Paraná, Brasil. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 9, n. 1, p. 187-194, jan./abr. 2016.
- BASTOS, M.L. et al. The impact of the Brazilian family health on selected primary care sensitive conditions: A systematic review. **PLoS ONE**, v.12, n.8, 2017.
- BERNARDINHO AV, et al. Adolescence and drug addiction: an increasingly precocious relationshi. **Revista Fluminense de Extensão Universitária**. V.6 n.2 p.36-40, 2016. Disponível em: <http://editorauss.uss.br/index.php/RFEU/article/download/630/pdf> . Acesso em 10 setembro 2017.
- BLOCH KV, et al. Estudo dos Riscos Cardiovasculares em Adolescentes (ERICA): resultados e potencialidades. **Revista Saúde Pública**; 50 (supl 1):2s,2016.
- BRASIL, Presidência da República LEI N. 8.069, DE 13 DE JULHO DE 1990. **Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm> Acesso em: 25 julho 2017.
- BRASIL, Presidência da República LEI N. 13.106, DE 17 DE MARÇO DE 2015. Altera a Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente, para tornar crime vender, fornecer, servir, ministrar ou entregar bebida alcoólica a criança ou a adolescente; e revoga o inciso I do art. 63 do Decreto-Lei n. 3.688, de 3 de outubro de 1941 - **Lei das Contravenções Penais**. Brasília, 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13106.htm Acesso em: 30 outubro 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. **Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 30 outubro 2017
- BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA N. 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Brasília, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html Acesso em: 03 novembro 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos**. Brasília, 2014. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/Aten----o-Psicossocial-a-Crianças-e-Adolescentes-no-SUS--Tecendo-Redes-para-Garantir-Direitos-Verso-Preliminar--2013-.pdf>. Acesso em 16 outubro 2016.
- BRASIL. Ministério da saúde. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/10216.htm. Acesso em 19 setembro 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM N. 336, de 19 de fevereiro de 2002. **Dispõe sobre a constituição dos Centros de Atenção Psicossocial**. 4ª ed. Brasília, 2004. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_

mental/pdf/sm_sus.pdf Acesso?

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.190, de 4 de junho de 2009. **Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS** (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. Brasília, 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190_04_06_2009.html . Acesso em: 30 outubro 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 130, de 26 de janeiro de 2012. **Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros**. Brasília, 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html . Acesso em: 03 novembro 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 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 de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio**. Brasília, 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0148_31_01_2012.html . Acesso em: 03 novembro 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 154, de 24 de janeiro de 2008. **Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF**. Brasília, 2008. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html . Acesso em: 30 outubro 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.197, de 14 de outubro de 2004. **Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS**, e dá outras providências. Brasília, 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2197_14_10_2004.html . Acesso em: 30 outubro 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.841, de 20 de setembro de 2010 (Revogada pela PRT GM/MS n. 130 de 26.01.2012). **Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas – 24 horas - CAPS AD III**. Brasília, 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt2841_20_09_2010_comp.html . Acesso em: 03 novembro 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.843, de 20 de setembro de 2010.(Revogada pela PRT GM n. 2.488 de 21.10.2011). **Cria, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - Modalidade 3 - NASF 3, com prioridade para a atenção integral para usuários de crack, álcool e outras drogas**. Brasília, 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt2843_20_09_2010.html . Acesso em: 03 novembro 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados – 12**. Brasília, 2015. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/20/12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf> . Acesso em 20 agosto 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 176 p.il. **(Cadernos de Atenção Básica, n. 34)**, 2013.

BRASIL. SIHSUS - **Sistema de Informações Hospitalares do SUS**. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/hospitalares/sihsus>. Acesso em: 26 agosto 2017.

BRASIL. Informações de Saúde. **Morbidade Hospitalar no SUS por local de residência, 2017**. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/nrpr.def>. Acesso em: 15 novembro 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.842, de 20 de setembro de 2010 (*) (Revogada pela PRT GM/MS n. 148 de 31.01.2012) **Aprova as Normas de Funcionamento e Habilitação dos Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas - SHR-ad**. Brasília, 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt2842_20_09_2010_rep_comp.html Acesso em: 03 novembro 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAGE – **Sala de Apoio à Gestão Estratégica-SGEP**. Disponível em : www.saude.gov.br/sage. Acesso em data abril de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Indicadores regionais, estaduais e nacionais do rol de diretrizes, objetivos, metas e indicadores 2015 – brasil**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?pacto/2015/cnv/coapcirbr.def> . Acesso em: 15 novembro 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. CNES - ESTABELECIMENTOS POR TIPO – PARANA Quantidade segundo Região de Saúde (CIR). Tipo de Estabelecimento: CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL-CAPS. Período: Set/2017. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/estabpr.def>. Acesso em: 11 novembro 2017.

CANDIAGO, R. F. **Uso do DATASUS para avaliação de mudanças nos padrões das internações psiquiátricas no Brasil**. 109 p. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/11406/000612639.pdf?sequence=1>. Acesso em: 15 setembro 2016.

CARLINI, E. A.(supervisão), et. al. **VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras**. São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo 2010. SENAD - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, Brasília – SENAD, 2010. 503 p

COUTINHO ESF, et al. ERICA: padrões de consumo de bebidas alcoólicas em adolescentes brasileiros. **Rev Saude Publica**. V. 50, (supl 1) n.8, 2016.

COSTA F.L. et al. Evaluation of the Health Family Strategy implementation in Santa Catarina from 2004 to 2008. **Rev BRas epidemiol**. 2014:557-570.

DE SANTACRUZ C, et al. La construcción de un componente de salud mental para la encuesta nacional. ENSM-2015, Colombia. **Rev Colomb Psiquiat**. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2016.08.001>. Acesso em: 14 setembro 2016.

DUARTE, S.L.; GARCIA, M. L.T. Psychiatric Reform: the path of psychiatric beds reduction in Brazil. **Emancipação**. v. 13, n. 1, p. 39-54, 2013. Disponível em: <http://www.revistas2.uepg.br/index.php/emancipacao>. Acesso em 16 outubro 2016.

ERCOLE, F.F. et al. Revisão Integrativa versus Revisão Sistemática. **Revista Mineira de Enfermagem**, v.18, n. 1, p. 10-11, 2014. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/904>. Acesso em: 09 outubro 2016.

ERSE, M.P.Q.A et al. Depressão em adolescentes em meio escolar: Projeto+ Contigo. **Revista de Enfermagem Referência**, n. 9, p. 37-45, 2016. Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/search>. Acesso em: 14 setembro 2016.

FILHO, N.A.; BARRETO, M.L. **Epidemiologia & Saúde: fundamentos, métodos, aplicações**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

FORLENZA, O.V.; MIGUEL, E. C. **Compêndio de Clínica Psiquiátrica**. Barueri: Manole, 2012.

GÓMEZ, Restrepo C. et al. Trastornos depresivos y de ansiedad y factores asociados en la población de adolescentes colombianos, Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. **Rev Colomb Psiquiat**.v.45n.S1, p.50–57,2016.

GONÇALVES, A. M.; SENA, R. A. A reforma psiquiátrica no Brasil: Contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 9, n. 2, 2001. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692001000200007>. Acesso em: 20 agosto 2015.

HADŽIKAPETANOVIĆ, H.; BABIĆ, T.;BJELOŠEVIĆ, E. **Depression and intimate relationships of adolescents from divorced families**. Medicinski Glasnik, Volume 14, Number 1, February 2017

HULLEY S. B. et al. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 3.ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeção da População por faixa etária**. Disponível em: <http://vamoscontar.ibge.gov.br/atividades/ensino-fundamental-6-ao-9/49-piramide-etaria.html>. Acesso em: 12 julho 2016.

LOPES, C.S.; et al. ERICA: prevalência de transtornos mentais comuns em adolescentes brasileiros. **Revista Mineira Enfermagem**, v.17, n.2, p.434-439, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf>. Acesso em: 10 setembro 2016.

LENTSCK, M.H.; MATHIAS, T.A.F. Internações por doenças cardiovasculares e a cobertura da estratégia saúde da família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.23, n4, p.611-26, 2015.

MACINKO, J. et al. Major Expansion Of Primary Care In Brazil Linked To Decline In Unnecessary Hospitalization. **Health Aff**, v.29, n.12, p.2149-60, 2010.

MARAGNO L, et al Prevalence of common mental disorders in a population covered by the Family Health rogram (QUALIS) in São Paulo, Brazil. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(8):1639-1648, ago, 2006.

MARTINS, P P S. **A participação da família em Saúde Mental como prática no cotidiano do serviço**. 154p. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão, Ribeirão Preto, 2013. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59137/tde-17072013-103034/pt-br.php> Acesso?

NETO, et al. Main mental disorders in crack-cocaine users treated at Psychosocial Care Centers for Alcohol and Drugs in the city of Recife, Brazil. **Trends in Psychiatry and Psychotherapy**. v.38, n.4 p.227-33, 2016.

OLIVEIRA, F.P. et al. A saúde mental no programa de saúde da família. **Rev. APS.**, v.19 ,n.3,p.514 – 514, 2016. Disponível em : <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/3260/1002> Acesso em: 15 novembro 2017.

ONOCKO-CAMPOS R, et al. Evaluation Indicators for the Psychosocial Care Centers Type III: results of a participatory design. **SAÚDE DEBATE**, 2017;41,(ESP):71-83.

PAES, M.R. et al. O papel do hospital geral na rede de atenção à saúde mental no Brasil. **Revista Ciência Cuidado e Saúde**, v.12, n.2, p.407-412, 2013. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/14207> . Acesso em: 12 julho 2016.

PARANÁ. Coordenação Estadual de Saúde Mental, Março 2014. **A Rede de Atenção à Saúde Mental no Paraná e a competência da APS**. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/APSUS__Ed._Permanente/Oficia_8__Saude_Mental/Apresentacao_Rede_de_Atencao_a_Saude_Mental_no_Parana_e_a_competencia_da_APS.pdf . Acesso em: 03 novembro 2017.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. **Linha guia de saúde mental**. - Curitiba: SESA, 2014. 56 p. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/linha_guia_final_de_saude_mental.pdf . Acesso em 03 novembro 2017.

PARANÁ. Secretaria Estadual de Saúde. **Rede De Saúde Mental: Norma Geral De Regulação Do Fluxo Assistencial Hospitalar Em Saúde Mental**. Curitiba, PR, 2016. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/AFNormaGeraLeitosSaudeMental010716.pdf> . Acesso em: 13 outubro 2016.

PARANÁ. Secretaria Estadual de Saúde. **Mapa estratégico do Paraná**. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/mapa_das_macrorregionais_colorido_.jpg . Acesso em: 03 novembro 2017.

PARANÁ. Rede de Serviços de Saúde Mental do Paraná (atualizada até Fevereiro 2017). Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/servicos_mental.pdf. Acesso em: 13 novembro 2017.

PAULON, S.; NEVES, R. **Saúde Mental na Atenção Básica: a territorialização do cuidado**. Porto Alegre: Sulina, 2013.

PAULA M.L., et al. Experiences of adolescent crack users and their relatives with psychosocial care and institucionalization. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2017;22(8):2735-2744.

RAMOS, D.K.R.; GUIMARÃES, J. Novos Serviços De Saúde Mental E O Fenômeno Da Porta Giratória No Rio Grande Do Norte. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 17, n.2, p.434-439, 2013. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/661>. Acesso em: 03 junho 2016.

REIS, C.; GUARESCH, N.M.F. Nas teias da “rede de proteção”: internação compulsória de crianças e adolescentes e a judicialização da vida. **Revista de Psicologia**, v. 28, n. 1, p. 94-101, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/fractal/v28n1/1984-0292-fractal-28-1-0094.pdf> . Acesso em: 03 junho 2016.

RIBEIRO, E. L.; LYKOUROPOULOS, C. B. **O Capsi e o desafio da gestão em rede**. 1.ed.- São Paulo: Hucitec, 2016.

RIBEIRO, P.R.M. História Da Saúde Mental Infantil: A Criança Brasileira Da Colônia À República Velha. **Psicologia em Estudo**, v. 11, n. 1, p. 29-38, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n1/v11n1a04.pdf> . Acesso em: 03 junho 2016.

SANTIESTEBAN, T.B. Alcohol consumption in early adolescence and medical care. Arch **Argent Pediatr**, v.114, n.5, p, 412-418, 2016. Disponível em: http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v114n5/en_v114n5a02.pdf. Acesso em: 10 setembro 2017.

SANTOS, J. A. T; OLIVEIRA, M. L. F. Políticas públicas sobre álcool e outras drogas: breve resgate histórico. **Saúde & Transformação Social**, v. 4, n. 1, 2013. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/2653/265325753014.pdf>. Acesso em: 03 junho 2016.

SCHMIDT, M. I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**, v. n. p. 2011 Disponível em: DOI:10.1016/S0140- 6736(11)60135-9. Acesso em: 22 outubro 2016.

SILVEIRA, H. C. et al. O Outro Lado Da Porta Giratória: Apoio Comunitário E Saúde Mental. **Psicologia em Estudo**, v. 21, n.2 p. 325-335, 2016. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/article/view/30660>. Acesso em: 13 outubr 2016.

STRAUCH, E.S. et al. Alcohol use among adolescents: a population-based study. **Revista Saúde Pública**, v.43 n.4, p.647-55, 2009.

THIENGO DL, et al. Prevalence of mental disorders among children and adolescents and associated factors: a systematic review. **J Bras Psiquiatr**, v. 63, n. 4, p. 360-72, 2014.

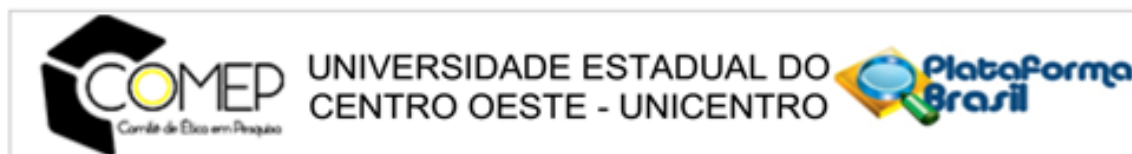
VICENTE J. B., HIGARASHI I.H; FURTADO M.C.C. Mental disorder in childhood: family structure and their social relations Trastorno mental en la infancia: configuraciones familiares y sus relaciones sociales. **Esc Anna Nery**, v.19, n,1, p,107-114, 2015

WHO. **World Health Survey Results 2010**. Disponível em: <http://www.who.int/healthinfo/survey/whsresults/en/index.html>. Acesso em agosto de 2016.

WHO. **Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários**. Uma perspectiva global. 2009. Disponível em: <http://www.who.int/healthinfo/survey/whsresults/en/index.html> Acesso em 03 de novembro de 2017.

ZEILEIS, A.; KLEIBER, C.; KRÄMER, W.; HORNIK, K. Testing and Dating of Structural Changes in Practice, **Computational Statistics and Data Analysis**, v.44, p:109-123, 2003.

ANEXO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS EM ADOLESCENTES NO ESTADO DO PARANÁ

Pesquisador: Ellen Vanuza Martins Bertelli

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 67323217.0.0000.0106

Instituição Proponente: Universidade Estadual do Centro Oeste - UNICENTRO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.037.090

Apresentação do Projeto:

Trata-se da apreciação do projeto de pesquisa intitulado INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS EM ADOLESCENTES NO ESTADO DO PARANÁ, de interesse e responsabilidade do(a) proponente Ellen Vanuza Martins Bertelli. A presente pesquisa tem por objetivo verificar a tendência das internações psiquiátricas em adolescentes no Paraná, e caracteriza-las de acordo com a modalidade e a ocorrência de reinternações. Para o alcance de tais objetivos será feito uso de distintos desenhos metodológicos e diferentes

análises, conforme segue: Para a obtenção do primeiro objetivo, que é verificar o perfil e a tendência das internações, pretende-se a realização de um estudo ecológico, exploratório, misto. A delimitação do estudo será o Paraná, agregado em Macrorregionais e tempo (anos) por meio da análise dos dados secundários gerados a partir do Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH/SUS), disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, referentes ao período de 2000 a 2015. Nesse desenho de pesquisa os indivíduos são analisados em conjuntos ou agregados, que normalmente correspondem a uma área geográfica. Os estudos ecológicos podem ser classificados de acordo com os critérios usados para a formação dos agregados. Podem ser estudos de múltiplos grupos (local), estudos de tendências ou séries temporais (tempo), ou mistos (combinação de tempo e local) (FILHO; BARRETO, 2014).

Endereço: Rua Simeão Camargo Varella de Sá, 03 - Campus CEDETEG - (ao lado do Departamento de Nutrição)
Bairro: Vila Carli **CEP:** 85.040-080
UF: PR **Município:** GUARAPUAVA
Telefone: (42)3629-8177 **Fax:** (42)3629-8100 **E-mail:** comep_unicentro@yahoo.com.br

ÍNDICE REMISSIVO

A

Abrupto 49
Abusivo 20, 48
Adolescentes 13-17, 19-26, 28, 29, 31, 32, 36-46, 49-51, 53-57, 62-66, 69-71, 73-75
Adulta 14, 16, 24, 48, 54, 62
Agravos 14, 24, 30, 70
Álcool 13-17, 19, 20, 36, 46-48, 50, 61-64, 66, 71, 72, 75
Alternativa 33, 54
Ambulatoriais 23
Ansiedade 14, 37, 47
Anual 20, 33, 40
Arbitrário 33, 40
Atenção 13, 14, 17, 19, 20, 22-25, 38, 46, 47, 50, 51, 54, 61, 63-67, 70-74
Atendimento 18, 19, 23, 25, 30, 39, 46, 47, 55, 61-64, 70
Atividade 63, 70
Autonomia 47, 63

B

Banco 30, 31, 34, 39, 57
Básica 50, 54, 61, 63, 64, 67, 70-72, 74
Bebidas 16, 17, 50, 73
Biológicos 15
Brasil 14, 19, 22, 24, 37, 38, 48, 54, 55, 62-64, 70

C

Cálculos 40, 53, 57
Capacitações 64
Caráter 17
Carga 37, 38, 46, 51, 75
Censo 56
Central 15
Cérebro 15
Ciclo 14
CID 30, 32
Cidadania 18
Cidadão 24
Cobertura 32, 34, 45, 53, 55-57, 59-66, 69, 74
Coeficientes 25, 34, 45, 57
Cognitivo 14
Coleta 29, 56
Comorbidades 64
Complexidade 30, 54
Comunitária 18, 21, 23, 55, 62, 70

Conselho 19, 34
Consenso 15, 29
Construção 30, 31, 39, 70
Consultórios 63, 64, 70
Consumo 15-17, 20, 48-50, 73
Convívio 17, 23
Correlação 24, 25, 34, 45, 53, 55, 57, 61-63, 65, 69
Crack 17, 19, 46, 50, 51, 61, 66, 67, 71, 72, 74
Crise 62, 64
Critérios 13, 14, 25, 31, 37, 54, 56

D

Dados 13, 15-17, 25, 29, 30, 32-34, 36, 38-40, 46, 48, 49, 55-57, 60, 62, 65, 66, 69, 70, 72
DATASUS 30, 32, 33, 40, 56, 73
Declínio 49
Déficit 13, 14
Delirantes 30, 45, 47, 55
Depressão 13-15, 37, 38, 50, 54, 66, 73
Desfecho 32
Desigualdade 14, 47
Detenção 16
Diagnóstico 13, 14, 18, 22, 25, 30, 32, 38-40, 45, 49, 54-56, 69
Dinâmica 14, 33
Direitos 18, 23, 71
Drogas 14-17, 19, 20, 36, 46, 47, 49, 50, 61-64, 66, 71-73, 75
Duração 23, 32, 36, 44, 47, 64, 69

E

Ecológico 25, 36, 38, 53, 55
Econômica 38
Efetividade 24, 70
Elegibilidade 31
Emocional 14
Enfermagem 24, 50, 51, 64, 66, 70, 73-75
Entrevistas 22
Epidemiologia 36, 49, 70, 71, 73
Escolar 16, 48, 50, 66, 73
Esquizofrenia 13, 18, 30, 45, 47, 55
Estado 13-19, 21, 24-26, 29, 31, 33, 34, 36, 38-41, 44, 47, 49, 51, 53-57, 59, 60, 62-65, 69, 71, 74
Estresse 30, 37, 55
Estudo 13-18, 22, 24-26, 29, 30, 32, 36-38, 41, 46-51, 53-55, 57, 62, 63, 65, 67, 69-71, 75
Etária 14-17, 25, 29-33, 38, 40, 46, 48, 51, 54, 56, 74
Evolução 55, 57, 60, 63, 65
Exclusivo 62
Execuções 25
Experimentação 37

Extensão 49, 71

F

Faixa 14-17, 25, 30-33, 38, 40, 46, 48, 51, 54, 56, 74

Famílias 38, 55

Fobia 54

G

Genéticos 15

Gestantes 13, 46

Graves 19, 24, 61

H

Hiperatividade 14

Homens 13

Homogeneidade 60

Hospitais 18, 20-23, 46, 47, 62-64, 70

Humor 16, 18, 30, 45, 47, 55

I

Idosos 13

Ilícitas 17, 49

Implicações 70

Infantil 23, 62, 63, 75

Internações 14, 17-19, 21, 23-25, 30-33, 36, 38-47, 49, 53-56, 59, 62-66, 69, 73, 74

Intoxicação 37, 64

J

Jovens 15, 49

Juiz 19

Justificativa 18, 23, 24

L

Lactentes 46

Legislação 16, 17, 19, 20, 23

Leitos 20, 21, 23, 24, 34, 45, 46, 53-57, 60, 61, 64, 65, 69

M

Maconha 16

Medicina 19, 30

Médico 18, 19

Meninas 15
Meninos 15
Mental 13-15, 17, 20, 22-25, 31, 32, 36, 37, 40, 45-47, 49-51, 54, 55, 61, 63-67, 70-75
Metropolitana 58-60
Modelagem 32, 36
Morbidade 25, 30, 50, 65, 66, 69, 70, 72
Mulheres 13
Multa 16
Multiprofissional 61, 70
Municípios 19, 21, 26, 31, 32, 38, 39, 46, 56, 64

N

Nação 13
Nacional 15, 17, 34, 48-50, 62, 64, 71, 73
Neonatal 63
Nervoso 15

O

Óbitos 47, 63
Oscilações 47, 57
Ótica 61

P

Países 13, 15, 16, 37
Pânico 14
Paraná 14, 16, 17, 20-22, 24-33, 36-42, 44, 45, 47, 49, 51, 53-67, 69-71, 73, 74
Parto 14, 38
Patologias 30, 46
Permanência 23, 32, 36, 44, 47, 49
Personalidade 31, 55
Perturbações 30, 55
Pessoal 13, 38
Políticas 22, 23, 25, 46, 49, 50, 54, 70, 71, 73, 75
Pontos 33, 40, 47, 61, 63, 64, 70
Portadores 17, 20, 23, 62
Privadas 48, 65, 70
Procedimentos 20, 32
Produção 30
Prontuários 49
Psicologia 22, 51, 67, 74, 75
Psicoativas 14, 16, 23, 24, 30, 36, 37, 45, 47, 49, 55, 64, 69
Psicose 13, 14, 18
Psiquiátricas 17, 18, 47, 55, 73
Públicas 17, 22, 23, 25, 46, 48, 49, 54, 75

Puerpério 14, 38

Q

Quadriênios 44, 45

R

Reclusão 18, 70

Rede 17, 19, 20, 24, 25, 38, 47, 49-51, 53, 54, 56, 61, 63, 64, 66, 67, 71-75

Regional 19, 21, 26, 29, 31, 39, 53, 56, 58-63, 65, 69

Relação 15, 17, 19, 20, 29, 33, 40, 48, 55, 59, 65, 69

Residente 36, 39, 41, 55, 56

Retardo 31, 45, 55

Risco 15, 20, 47, 48, 50, 63, 71

S

Saúde 13-18, 20-26, 28-34, 36, 38-51, 53-67, 69-75

Segmentada 32, 36, 43

Série 25, 32, 33, 36-38, 40, 42, 45-47, 49, 69

Sexo 15-17, 48

Síndromes 30, 55

Sintomas 13, 15, 38, 54

Sintomatologia 38, 54

Sistema 15, 18, 22, 23, 25, 29, 30, 36, 38, 39, 49, 50, 55, 66, 69, 71-73

Sociedade 13, 18

Sufrimento 50, 61, 63, 64, 66, 71, 72

Somatoformes 30, 55

Substâncias 14-18, 20, 23, 24, 30, 36, 37, 45, 47-49, 55, 64, 69

Suicídio 15

T

Tabagismo 15, 17, 48

Taxas 13, 15, 24, 33, 34, 40, 41, 43, 45, 46, 53, 55-57, 59-63, 65, 69

Temporais 25, 33, 36, 38, 40, 42

Transtornos 13-15, 18, 19, 23-25, 30, 31, 34, 36-47, 49, 51, 53-57, 61-65, 69-71, 74

Traumático 15

V

Variável 32, 33, 40

Vigente 16, 23

Violência 14, 15

SOBRE A AUTORA

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual do Centro-Oeste (2004) e mestrado em Programa de Pós Graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual de Maringá (2017).Atualmente é enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Boa Vista e professora do Centro Universitário Estácio da Amazônia. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem em Saúde Coletiva e Saúde Mental.



Internações Psiquiátricas de Adolescentes no Estado do Paraná

www.bookerfield.com



contato@bookerfield.com



[@bookerfield](https://www.instagram.com/bookerfield)



Bookerfield Editora





Internações Psiquiátricas de Adolescentes no Estado do Paraná

www.bookerfield.com 

contato@bookerfield.com 

[@bookerfield](#) 

Bookerfield Editora 

ISBN 978-658992919-2

