



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, SAÚDE E TECNOLOGIA  
CAMPUS II – IMPERATRIZ/MA  
CURSO DE MEDICINA

**AMANDA MARTINS BOTELHO DE CARVALHO**

**INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS NO MARANHÃO: Análise do Perfil Epidemiológico  
e da Organização da Rede de Atenção Psicossocial**

**IMPERATRIZ – MA  
2025**

**AMANDA MARTINS BOTELHO DE CARVALHO**

**INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS NO MARANHÃO: Análise do Perfil  
Epidemiológico e da Organização da Rede de Atenção Psicossocial**

Trabalho de Conclusão de Ciclo apresentado ao Curso de Medicina da Universidade Federal do Maranhão - UFMA/Imperatriz, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Bacharel em Medicina.

**Orientador(a): Dra. Antonia Iracilda e Silva Viana.**

**IMPERATRIZ – MA  
2025**

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).  
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

Martins Botelho de Carvalho, Amanda.

INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS NO MARANHÃO: Análise do Perfil Epidemiológico e da Organização da Rede de Atenção Psicossocial / Amanda Martins Botelho de Carvalho, Elaine Rocha Meirelles Rodrigues, Áurea Gianna de Sousa Azevedo Nobre. - 2025.

31 f.

Orientador(a): Antonia Iracilda e Silva Viana.  
Curso de Medicina, Universidade Federal do Maranhão, Imperatriz, 2025.

1. Saúde Mental. 2. Hospitalização Psiquiátrica. 3. Rede de Atenção Psicossocial. I. de Sousa Azevedo Nobre, Áurea Gianna. II. e Silva Viana, Antonia Iracilda. III. Rocha Meirelles Rodrigues, Elaine. IV. Título.

**AMANDA MARTINS BOTELHO DE CARVALHO**

INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS NO MARANHÃO: Análise do Perfil Epidemiológico e da Organização da Rede de Atenção Psicossocial

**Orientadora:** Prof. Dra. Antonia Iracilda e Silva Viana  
Universidade Federal do Maranhão - Curso de Medicina/CCIm

A Banca Julgadora de trabalho de Defesa do Trabalho de Conclusão de Curso, em sessão pública realizada a 03/07/2025, considerou

Aprovado ( X )

Reprovado ( )

**Banca Examinadora:**

Presidente: Prof. Dra. Antonia Iracilda e Silva Viana  
Universidade Federal do Maranhão - Curso de Medicina/CCIm

Prof. Esp. Elaine Rocha Meirelles Rodrigues  
Universidade Federal do Maranhão - Curso de Medicina/CCIm

Prof. Me. Aurea Gianna de Sousa Azevedo Nobre  
Universidade Federal do Maranhão - Curso de Medicina/CCIm

Imperatriz, 04 de julho de 2025.

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO DO ARTIGO .....</b>	<b>4</b>
<b>RESUMO .....</b>	<b>5</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>6</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>7</b>
<b>MÉTODOS.....</b>	<b>9</b>
<b>RESULTADOS.....</b>	<b>11</b>
<b>DISCUSSÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>18</b>
<b>TABELAS E FIGURAS.....</b>	<b>20</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>23</b>

## APRESENTAÇÃO DO ARTIGO

**Título:** INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS NO MARANHÃO: Análise do Perfil Epidemiológico e da Organização da Rede de Atenção Psicossocial.

**Autores:** Amanda Martins Botelho de Carvalho; Antonia Iracilda e Silva Viana.

**Status:** Submetido.

**Revista:** Epidemiologia e Serviços de Saúde.

**ISSN:** 2237-9622

**Fator de Impacto:** Qualis A3.

**DOI:** Não disponível.

## RESUMO

**Objetivo:** Este estudo objetivou analisar o perfil epidemiológico das internações psiquiátricas no Maranhão, explorando tendências regionais e a estruturação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). **Métodos:** Estudo epidemiológico, descritivo e exploratório, realizado a partir da análise de todas as internações psiquiátricas registradas no Sistema de Informações Hospitalares do SUS, no Maranhão, entre 2014 e 2024. Avaliou-se caráter da internação, perfil demográfico (sexo, faixa etária, cor/raça), diagnósticos (CID-10), região de saúde, macrorregião e média de permanência hospitalar. Dados adicionais sobre serviços de saúde mental foram extraídos do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Analisaram-se tendências temporais utilizando regressão linear, e associações através dos testes de qui-quadrado e ANOVA, com significância estatística estabelecida em  $p < 0,05$ . **Resultados:** Foram identificadas 55.385 internações psiquiátricas, com taxa média anual de 74,99 por 100.000 habitantes, significativamente superior a outros estados brasileiros. Internações involuntárias representaram 58,5% ( $p < 0,01$ ). Houve predominância masculina (68,7%), adultos jovens (89% entre 20 e 59 anos) e diagnósticos de esquizofrenia e transtornos relacionados (45,7%) e transtornos por uso de substâncias (27,5%). As internações concentraram-se fortemente na Macrorregião Norte (91,9%), especialmente em São Luís. A média de permanência hospitalar foi elevada (57,5 dias), significativamente maior que a média nacional. **Conclusões:** O estudo revelou persistência do modelo hospitalocêntrico e marcantes desigualdades regionais na saúde mental no Maranhão. A reorganização e reestruturação da RAPS torna-se necessária ao acesso equitativo e integral da população aos serviços de atenção à saúde mental.

**Palavras-chave:** Saúde mental, Hospitalização, Psiquiatria, Epidemiologia, Sistema Único de Saúde.

## ABSTRACT

**Objective:** This study aimed to analyze the epidemiological profile of psychiatric hospitalizations in the state of Maranhão, Brazil, assessing regional trends and the structure of the Psychosocial Care Network (RAPS). **Methods:** This was an epidemiological, descriptive, and exploratory study based on all psychiatric hospitalizations recorded in the Brazilian Hospital Information System in Maranhão from 2014 to 2024. Variables included hospitalization type, demographic profile (sex, age group, race/skin color), diagnoses (ICD-10), health region, macroregion, and average length of hospital stay. Temporal trends were analyzed using linear regression, and associations were tested using chi-square and ANOVA, with statistical significance set at  $p < 0.05$ . **Results:** A total of 55,385 psychiatric hospitalizations were identified, with a mean annual rate of 74.99 per 100,000 inhabitants—considerably higher than in other Brazilian states. Involuntary admissions accounted for 58.5%. Most hospitalizations involved males (68.7%), adults aged 20–59 years (89%), and diagnoses of schizophrenia and related disorders (45.7%). Hospitalizations were concentrated in the Northern macroregion (91.9%), particularly in São Luís. The average length of stay was high (57.5 days), significantly exceeding the national average. **Conclusions:** The study revealed the persistence of a hospital-centered model and marked regional inequalities in mental health care in Maranhão.

**Keywords:** Mental health, Hospitalization, Psychiatry, Epidemiology, Unified Health System.

## INTRODUÇÃO

Os transtornos mentais representam um importante desafio para a saúde pública global e nacional, tendo em vista que são importantes causas de morbidade e de mortalidade prematura, representando 12% da carga mundial de doença (1), além de trazer significativo impacto na vida dos indivíduos e na sociedade. Estimativas globais indicam que 4,4% das pessoas sofrem de transtornos depressivos e 3,6% de transtornos de ansiedade, o que indica tendência em ascensão para esses quadros (2).

No Brasil, 3% da população necessita de cuidados contínuos em saúde mental e 9% procura atendimentos eventuais para manejar transtornos menos graves; um terço dos casos de doenças crônicas não transmissíveis são referentes à transtornos mentais; além disso, o adoecimento mental traz aumento de frequência e gravidade de condições crônicas, prejuízo nas atividades laborais e excessos de incapacidades (2).

Desde a Reforma Psiquiátrica, a saúde mental no Brasil tem passado por importantes transformações, buscando superar o modelo hospitalocêntrico e consolidar uma rede de atenção psicossocial territorializada e integrada. Este processo culminou com a aprovação da Lei 10.216 em 2001, que redirecionou o modelo assistencial em saúde mental, priorizando o cuidado em serviços comunitário (3). A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) propõe um modelo que articula diversos pontos de atenção ao usuário como a Atenção Psicossocial Especializada, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Hospitalar e estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial (4). A Atenção Básica se constitui como coordenadora do cuidado e ordenadora das Redes de Atenção à Saúde (RAS), assegurando fluxos assistenciais e como porta de entrada ao sistema de saúde (5).

Ainda que haja esforços para um tratamento mais humanizado e de base territorial, a saúde mental ainda sofre com a fragmentação do cuidado e a hegemonia do modelo biomédico, presentes em muitos serviços de saúde (6). As internações psiquiátricas foram historicamente marcadas pela institucionalização, isolamento e violação de direitos humanos. Dados do Ministério da Saúde indicam que até o início dos anos 1990 existiam cerca de 85 mil leitos em hospitais psiquiátricos no Brasil, representando a segunda maior despesa do sistema público de saúde. A partir da Lei 10.216/2001, houve uma inversão gradual deste cenário, com redução progressiva de leitos hospitalares e ampliação da rede substitutiva (7).

No contexto dessa transformação, foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) através da Portaria GM/MS nº 3.088/2011, integrando diferentes pontos de atenção, que são os

Cuidados primários (postos de saúde, grupos especializados para comunidades específicas e espaços de socialização); Serviços especializados em saúde mental (Centros de Atenção Psicossocial); Atendimentos emergenciais (atendimento móvel para urgências, ambientes de estabilização, centros 24h para urgências, entradas emergenciais hospitalares); Acolhimento temporário (espaços de acolhida, atendimentos em regime de moradia assistida); Suporte hospitalar (alas específicas em hospitais convencionais, unidades hospitalares para pessoas em sofrimento psíquico ou com necessidades relacionadas ao consumo de substâncias psicoativas); Iniciativas para redução de internações prolongadas (moradias terapêuticas) e programas de reinserção social (8).

No entanto, a organização da assistência em saúde mental enfrenta importantes barreiras, especialmente as desigualdades sociais e regionais no acesso ao tratamento, a insuficiência ou inadequação das políticas de cuidado e a invisibilidade dos contextos que produzem o adoecimento. Dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 revelaram que 78,8% dos brasileiros com sintomas depressivos moderados ou graves não receberam qualquer tipo de tratamento, com discrepâncias regionais significativas - na região Norte essa proporção chegava a 90,2%, enquanto no Sul era de 67,5% (2).

Ainda, no âmbito da atenção primária à saúde, a implementação das ações de saúde mental ainda é incipiente, com baixa articulação entre os diferentes pontos da RAPS e com significativas barreiras na atuação (9). Cerca de metade das equipes não desenvolve estratégias de promoção da saúde mental e apenas 9,8% efetivam a gestão do cuidado de forma integrada. Os profissionais frequentemente não se sentem preparados para atuar nessa área, com 60,3% relatando despreparo para lidar com demandas de saúde mental. (1) Outros desafios envolvem a concentração desproporcional de serviços nas regiões mais desenvolvidas do país e a ainda insuficiente articulação entre os diferentes pontos da rede de atenção. Nesse contexto, a taxa de internações psiquiátricas se torna um importante indicador para avaliar a efetividade da rede de atenção psicossocial (10).

Diante disso, analisar o perfil epidemiológico das internações psiquiátricas e comparar com a organização da RAPS em diferentes regiões do país torna-se fundamental para compreender os avanços e desafios na implementação da política de saúde mental. O estado do Maranhão, com suas particularidades socioeconômicas e territoriais, representa um importante campo para esta investigação, possibilitando identificar especificidades locais que podem contribuir para o aprimoramento da atenção psicossocial. Este conhecimento é essencial para o planejamento e qualificação da assistência.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo e exploratório com abordagem quantitativa. Foram analisadas todas as Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) por transtornos mentais e comportamentais (Capítulo V da CID-10) registradas no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SUS) do estado do Maranhão entre janeiro de 2014 e dezembro de 2024, bem como os serviços de saúde mental presentes no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde no mesmo período e localidade, acessados por meio da Plataforma TabNET do Departamento de Informação e Informática do SUS.

As variáveis analisadas quanto às internações foram caráter de atendimento, cor/raça, faixa etária, sexo, lista de Morbidades do CID-10 referente ao Capítulo de Transtornos Mentais e Comportamentais (códigos F00 a F99), região de saúde, macrorregião de saúde e média permanência, organizadas de acordo com o Ano de Processamento dos dados. Quanto às variáveis relacionadas aos serviços de saúde mental, avaliou-se a quantidade de Centros de Atenção Psicossocial e a quantidade de Serviços de Atenção Psicossocial (Serviço Residencial Terapêutico, Unidade de Atendimento Adulto e Unidade de Atendimento Infantojuvenil) relativos à região de saúde, tipo de gestão, ano/mês competente e classificação do serviço. Os registros que apresentaram duplicidade ou inconsistências no sistema de informação foram desconsiderados. Além disso, utilizou-se a população residente do estado do Maranhão conforme projeção censitária disponível no TabNET referente ao ano de 2012 (dado mais recente).

O processamento inicial e tabulação dos dados foram realizados no *Microsoft Excel*. Para a análise estatística, utilizou-se o software *Python* com as bibliotecas *Pandas*, *SciPy* e *Statsmodels*. A análise descritiva contemplou o cálculo de frequências absolutas e relativas para variáveis categóricas, além de medidas de tendência central para variáveis contínuas. A média de permanência hospitalar foi analisada tanto de forma aritmética simples quanto ponderada pelo número de internações por faixa etária.

Foram realizadas análises temporais utilizando regressão linear simples para avaliar tendências de crescimento ou redução ao longo do período estudado. Para comparação entre grupos, foram aplicados testes de qui-quadrado de Pearson (para variáveis categóricas), análise de variância (ANOVA unidirecional) para comparação de médias entre grupos diagnósticos ou etários, e correlação de Pearson para avaliar relações lineares entre variáveis contínuas. O nível de significância adotado foi de 5% ( $p < 0,05$ ). Os resultados foram apresentados em formato de

texto, tabelas e gráficos; é válido ressaltar que apenas os dados mais relevantes foram expostos em elementos gráficos, embora todos tenham sido analisados.

Por se tratar de pesquisa com dados secundários agregados e sem identificação individual, os riscos são considerados mínimos, portanto dispensam apreciação em Comitê de Ética e Pesquisa de acordo com a Resolução Nº 510 de 07 de abril de 2016, além de isenção de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, já que os dados foram manejados e analisados de forma anônima, sem identificação nominal dos participantes de pesquisa em um estudo não intervencionista (portanto sem adição de riscos ou prejuízos ao bem-estar dos participantes).

## RESULTADOS

Inicialmente, foram registradas 55.385 internações por transtornos mentais e comportamentais no estado do Maranhão durante o período analisado (janeiro de 2014 a dezembro de 2024). Dessas internações, 22.987 (41,5%) foram classificadas como eletivas (voluntárias), enquanto 32.398 (58,5%) corresponderam a atendimentos de urgência (involuntárias), conforme a Tabela 1. A predominância das internações involuntárias manteve-se constante ao longo do período analisado, refletindo o perfil de atendimento em contextos de crise ou agravamento do quadro clínico. A análise de tendência por regressão linear demonstrou crescimento estatisticamente significativo em ambas as modalidades ( $p < 0,01$ ), sendo mais acentuado nas internações involuntárias ( $R^2 = 0,84$ ).

A distribuição do número de internações por cor ou raça autodeclarada demonstrada na Tabela 1 revelou predomínio de pessoas brancas (36,3%) e pardas (35,1%), seguidas por amarelas (4,0%), pretas (1,4%) e indígenas (0,06%). Registros com informação ignorada ou ausente somaram 23,1% do total. A associação entre cor/raça e diagnóstico foi estatisticamente significativa (qui-quadrado = 9.906,2;  $p < 0,001$ ), ainda que limitada pela alta proporção de dados ausentes.

Já as internações psiquiátricas por faixa etária, também expostas na Tabela 1, revelaram predomínio acentuado de adultos entre 20 e 59 anos, que juntos representaram 89,0% do total ( $n = 49.274$ ). A maior concentração ocorreu na faixa de 30 a 39 anos, com 28,6% das internações, seguida por 20 a 29 anos (24,2%), 40 a 49 anos (23,3%) e 50 a 59 anos (13,0%). Adolescentes de 15 a 19 anos representaram 4,8%, enquanto crianças e pré-adolescentes somaram apenas 0,65%. Idosos a partir de 60 anos totalizaram 5,6%. A associação entre faixa etária e diagnóstico foi estatisticamente significativa (qui-quadrado = 7.476,0;  $p < 0,001$ ), evidenciando diferenças na distribuição dos transtornos entre grupos etários. A Figura 1 fornece um panorama interessante quanto às internações por faixa etária e diagnóstico por meio de um *heatmap* – representação gráfica de dados em que os valores são exibidos por meio de cores, facilitando a visualização de padrões, tendências ou concentrações de informações em uma área ou matriz –, o qual fica explícita a concentração de internações no grupo de adultos de 20 a 49 anos com esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes.

A análise por sexo mostrou predominância significativa do sexo masculino, com 68,7% dos registros ( $n = 38.055$ ), enquanto o sexo feminino respondeu por 31,3% ( $n = 17.330$ ). A associação entre sexo e diagnóstico foi estatisticamente significativa (qui-quadrado = 3.760,0;

$p < 0,001$ ), com maior frequência de transtornos psicóticos e por uso de substâncias entre homens.

A distribuição por diagnóstico revelou predomínio de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes (45,7%;  $n = 25.285$ ), seguidos por transtornos de humor (20,8%), transtornos por uso de álcool (15,7%) e outras substâncias (11,8%). O retardo mental representou 3,0%. Esses cinco grupos responderam por 97% das internações.

Já a organização das internações por macrorregião de saúde revelou concentração dos atendimentos na Macrorregião Norte, responsável por 94,1% das internações ( $n = 52.123$ ). Em contraste, a Macrorregião Sul concentrou apenas 2,7% dos registros ( $n = 1.500$ ), e a Leste, 3,2% ( $n = 1.762$ ). Essa concentração expressiva acompanha a maior densidade populacional da região Norte do estado, especialmente em São Luís. A análise de correlação entre população (com base em dados da população residente do estado do Maranhão no ano de 2012 – a mais recente) e número de internações por região revelou associação fortemente positiva ( $r = 0,96$ ;  $p < 0,001$ ); observa-se que a Macrorregião Norte concentrava 58,4% da população, porém mais de 94% das internações.

A elevada concentração observada na Macrorregião Norte é ainda mais evidente quando analisada por Região de Saúde (CIR). A Região de Saúde de São Luís respondeu por 91,9% das internações no período ( $n = 50.891$ ), enquanto as demais regiões apresentaram participação muito inferior.

A análise da taxa de internações psiquiátricas por 100 mil habitantes no Maranhão evidenciou disparidades expressivas entre as macrorregiões de saúde. A Macrorregião Norte apresentou as maiores taxas ao longo de todo o período analisado, com valores oscilando entre 104,1 e 173,3 internações por 100 mil habitantes, e uma média anual de 149,3. Em contraste, a Macrorregião Sul apresentou taxas muito inferiores, variando entre 2,1 e 4,4, com média anual de 3,2. A Macrorregião Leste oscilou entre 4,6 e 12,2, apresentando média anual de 8,4. Considerando o estado como um todo, o Maranhão apresentou uma taxa média anual de 74,99 internações por 100 mil habitantes, indicando uma concentração significativa dos atendimentos na região Norte.

Quanto à avaliação da média permanência hospitalar das internações, a análise por faixa etária demonstrou maior tempo entre adultos de 30 a 39 anos (64,2 dias), seguidos pela faixa etária de 40 a 49 anos (59,7 dias), 50 a 59 anos (56,7 dias) e 20 a 29 anos (56,6 dias). Crianças e adolescentes apresentaram tempos significativamente menores. O teste ANOVA confirmou

diferença estatisticamente significativa entre os grupos ( $F = 19,01$ ;  $p < 0,001$ ). A média ponderada geral de permanência hospitalar, calculada com base no número de internações por faixa etária, foi de 57,5 dias no período analisado.

A média permanência também variou conforme o diagnóstico, conforme indicado na Tabela 2. A esquizofrenia apresentou a maior média (64,6 dias), seguida por transtornos por uso de substâncias (57,0 dias) e transtornos de humor (50,3 dias). O teste ANOVA indicou diferença significativa entre os diagnósticos ( $F = 25,92$ ;  $p < 0,001$ ).

Em relação à quantidade de Centros de Atenção Psicossocial no estado do Maranhão, entre 2014 e 2024, houve aumento de 38,1% no número de CAPS (84 para 116 unidades), com crescimento estatisticamente significativo ( $R^2 = 0,95$ ;  $p < 0,001$ ); essa informação ao longo do período estudado foi demonstrada no Gráfico 1. A gestão municipal cresceu 75,4%, enquanto a gestão estadual reduziu-se em 88,2% e a gestão dupla foi extinta. Em 2024, 98,3% dos CAPS estavam sob responsabilidade dos municípios. Sob a ótica das regiões de saúde, Pinheiro duplicou seu número de CAPS, São João dos Patos cresceu 167%, Açailândia 200% e Presidente Dutra 80%.

Quanto aos tipos de serviço da RAPS, o Atendimento Psicossocial foi o mais numeroso e cresceu 104,5%; os serviços hospitalares aumentaram 825%; já os Serviços de Residência Terapêutica Tipo I e II cresceram 200% e 50%, respectivamente. Por fim, as Unidades de Acolhimento Infantojuvenil surgiram com 2 unidades e o número se manteve ao final do período.

A distribuição dos serviços por região de saúde mostrou desigualdade na diversidade tipológica. Caxias, São Luís e Imperatriz concentraram maior variedade de modalidades, enquanto outras regiões apresentaram baixa cobertura ou ausência de determinados dispositivos, apontando a necessidade de maior equidade na RAPS. O teste do qui-quadrado aplicado à distribuição dos tipos de serviços psicossociais por região de saúde indicou que não há associação estatisticamente significativa entre as variáveis ( $\chi^2 = 14,39$ ;  $gl = 12$ ;  $p = 0,277$ ).

## DISCUSSÃO

O número expressivo de internações psiquiátricas no Maranhão, que atingiu 55.385 casos no período de 2014 a 2024, destaca uma dependência ainda significativa do modelo hospitalocêntrico no estado. Comparativamente, estudos realizados em outros contextos brasileiros indicam uma tendência geral à redução das hospitalizações psiquiátricas após a implementação e expansão da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Por exemplo, em São Paulo, observou-se uma redução consistente nas internações psiquiátricas no mesmo período analisado (11). Esse cenário sugere que no Maranhão persiste uma lacuna no fortalecimento dos serviços comunitários e preventivos.

A taxa anual média de internações por 100.000 habitantes no Maranhão (74,99 internações) foi substancialmente maior quando comparada a outras regiões brasileiras. Estados como Minas Gerais e São Paulo apresentam taxas significativamente inferiores, com valores médios de 26,7 e 35,4 internações por 100.000 habitantes, respectivamente (12,13). Além disso, a distribuição por macrorregião revelou profundas disparidades internas. A Macrorregião Norte apresentou a taxa mais elevada (121,2 internações por 100.000 habitantes), enquanto as macrorregiões Sul e Leste tiveram taxas bastante reduzidas (3,5 e 6,8, respectivamente), indicando desigualdades regionais críticas na oferta e no acesso aos serviços de saúde mental.

O predomínio das internações involuntárias no Maranhão, representando 58,5% dos casos e crescendo significativamente ao longo do período analisado, reflete uma vulnerabilidade importante no manejo precoce e contínuo dos casos graves no âmbito comunitário. Um estudo realizado em São Paulo reportou um aumento substancial desse tipo de hospitalização entre 2003 e 2020; a principal justificativa para a internação foi o risco de dano a si ou a terceiros, representando 68,5% dos casos (14). As internações involuntárias frequentes são sintomáticas de uma rede psicossocial insuficiente e da precariedade na assistência primária e secundária à saúde mental, fatores que acabam levando ao agravamento dos casos e à hospitalização compulsória (15).

No que diz respeito à cor/etnia dos pacientes internados, o predomínio de indivíduos brancos e pardos, apesar do alto índice de registros ignorados, evidencia um perfil populacional específico no estado. Entretanto, a qualidade das informações sobre cor/raça nas internações psiquiátricas ainda representa um desafio nacional, destacando a necessidade urgente de melhorias nos processos de registro para que se possam planejar intervenções adequadas e equitativas (16).

As internações psiquiátricas foram significativamente concentradas na faixa etária adulta entre 20 e 59 anos, correspondendo a 89,0% das internações no estado. Esses resultados alinham-se com outros estudos nacionais que identificam adultos jovens como grupo de maior vulnerabilidade para transtornos mentais graves, sobretudo relacionados ao uso de substâncias e transtornos psicóticos, que frequentemente resultam em hospitalizações mais prolongadas e complexas (17).

A predominância de internações no sexo masculino (68,7%) corrobora achados de outros contextos brasileiros, indicando que homens são frequentemente hospitalizados por transtornos relacionados ao uso de substâncias e transtornos psicóticos. Esse fenômeno pode ser atribuído a fatores socioculturais, como maior exposição a situações de risco e resistência masculina em buscar ajuda precoce nos serviços de saúde mental (18,19).

Entre os transtornos mentais mais prevalentes, destacou-se a esquizofrenia e transtornos relacionados (45,7%), transtornos de humor (20,8%) e transtornos por uso de álcool e outras substâncias (27,5%). Esses achados são consistentes com as tendências nacionais apontadas na literatura, que identificam transtornos psicóticos e relacionados ao uso de substâncias como causas mais frequentes de hospitalização psiquiátrica no Brasil (20). Pesquisas indicam que, apesar de uma redução geral das internações por esquizofrenia e aumento relativo das hospitalizações por transtornos relacionados ao uso de substâncias, a esquizofrenia permanece como causa principal de hospitalização. Esses dados sugerem que os dispositivos de atenção psicossocial ainda enfrentam dificuldades significativas em garantir assistência continuada e adequada para esses casos específicos (21).

A concentração marcante de internações psiquiátricas na Macrorregião Norte, especialmente na Região de Saúde de São Luís (91,9% dos casos), expõe uma desigualdade regional crítica na assistência à saúde mental. Estudos nacionais reforçam essa realidade, mostrando que os serviços de saúde mental, como CAPS e hospitais psiquiátricos, estão frequentemente centralizados em regiões metropolitanas e capitais, deixando grandes áreas geográficas com cobertura precária ou inexistente (22). Diversos fatores contribuem para essa concentração, incluindo a infraestrutura urbana mais desenvolvida nas capitais, que facilita o acesso a serviços especializados e atrai profissionais qualificados (23). Além disso, as capitais tendem a receber maior volume de investimentos públicos e privados, resultando em maior disponibilidade e melhor qualidade dos serviços de saúde mental, incluindo estruturas hospitalares mais complexas e diversificadas (24). A histórica centralização econômica e política também perpetua essa concentração, consolidando as capitais como polos preferenciais

para instalação de equipamentos de saúde (25). A ausência ou escassez de recursos financeiros adequados para expansão e manutenção de serviços em áreas periféricas ou rurais agrava ainda mais a disparidade, resultando em subfinanciamento crônico fora dos grandes centros urbanos (26).

A média de permanência hospitalar no Maranhão foi de 57,5 dias, significativamente maior do que em outros estudos nacionais, que indicam medianas entre 20 e 41 dias. A permanência prolongada pode estar associada à falta de estruturas intermediárias como residências terapêuticas e CAPS de funcionamento 24 horas, essenciais para a desospitalização segura e sustentável (27). Além disso, um estudo realizado em Porto Alegre apontou fatores associados à permanência prolongada, como diagnóstico de esquizofrenia, gravidade clínica alta à admissão, ausência de renda própria e histórico prévio de hospitalizações (28). Tais fatores devem ser considerados no Maranhão, sugerindo intervenções direcionadas não apenas à assistência clínica imediata, mas também a estratégias socioeconômicas e de suporte social, potencialmente reduzindo a permanência hospitalar e promovendo uma reinserção social mais eficiente.

O crescimento no número de CAPS no Maranhão (38,1%) entre 2014 e 2024, apesar de importante, foi inferior ao relatado em estudos realizados em outras regiões do país, onde a expansão desses centros resultou em reduções substanciais nas internações psiquiátricas. Evidências nacionais destacam que a ampliação da cobertura por CAPS está fortemente correlacionada com a redução das hospitalizações, especialmente as involuntárias e de longa permanência (15).

A transição na gestão dos CAPS no Maranhão, com predominância quase exclusiva da gestão municipal (98,3% em 2024), segue uma tendência nacional após a descentralização do SUS. No entanto, tal descentralização requer capacitação técnica e apoio financeiro adequado aos municípios, muitos dos quais enfrentam limitações estruturais e operacionais para gestão plena e eficaz dos serviços de saúde mental (29).

Por fim, a distribuição desigual dos serviços da RAPS entre as regiões de saúde do Maranhão compromete a integralidade e continuidade do cuidado em saúde mental. A concentração de modalidades de serviços em regiões como São Luís, Imperatriz e Caxias contrasta com áreas de escassez absoluta, reforçando a necessidade urgente de políticas públicas direcionadas à ampliação equitativa da rede psicossocial em todo o território maranhense, alinhando-se aos princípios de universalidade e equidade preconizados pelo SUS (30).

Este estudo revelou desafios importantes na organização e oferta da atenção à saúde mental no Maranhão, evidenciando uma dependência persistente do modelo hospitalar, desigualdades regionais significativas, crescimento das internações involuntárias e deficiências na rede comunitária. Para superar tais desafios, é essencial fortalecer os dispositivos territoriais da RAPS, aprimorar a descentralização e apoiar os municípios na gestão plena dos serviços. Ações eficazes nesse sentido poderão garantir assistência mais humanizada, equitativa e eficiente em saúde mental, reduzindo internações desnecessárias e proporcionando melhor qualidade de vida à população maranhense.

## REFERÊNCIAS

1. Tiziana Bezerra Gerbaldo, Adenilda Teixeira Arruda, Bernardo Lessa Horta, Luiza Garnelo. Avaliação da Organização Do Cuidado Em Saúde Mental na Atenção Básica À Saúde do Brasil. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 16 n. 3, p. 1.079-1.094, set./dez. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00150>
2. Araújo TM, Torrenté MON. Mental health in Brazil: challenges for building care policies and monitoring determinants. *Epidemiol Serv Saude*. 2023;32(1):e2023098. doi:10.1590/S2237-96222023000100028
3. Cristofthe Jonath Fernandes, Aluísio Ferreira de Lima, Pedro Renan Santos de Oliveira. Internamento E(sca)ncarado: Coexistência da Internação Psiquiátrica e a Rede de Atenção Psicossocial. *Semina: Ciências Sociais e Humanas*, Londrina, v. 40, n. 1, p. 25-42, jan./jun. 2019. DOI: 10.5433/1679-0383.2019v40n1p25
4. Alexciane Priscila Silva, Heloisa Maria Mendonça de Moraes, Maria do Socorro Veloso de Albuquerque, Maria Beatriz Lisbôa Guimarães, Tereza Maciel Lyra. Os desafios da organização em rede na atenção psicossocial especializada: o caso do Recife. *Saúde Debate*: Rio de Janeiro, V. 45, N. 128, P. 66-80, jan-mar 2021. DOI: 10.1590/0103-1104202112805
5. Ministério da Saúde (BR). Linhas de Cuidado [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; [atualizado em data não informada; citado em 20 jun 2025]. Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal>
6. Ana Kalliny de Sousa Severo, Solange L'Abbate, Rosana Teresa Onocko Campos. A supervisão clínico-institucional como dispositivo de mudanças na gestão do trabalho em saúde mental. *Interface (Botucatu)*. 2014; 18(50):545-56. DOI: 10.1590/1807-57622013.0520
7. Fernando Tenório. A reforma Psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, vol. 9(1):25-59, jan.-abr. 2002
8. Borges Maria Aparecida de Oliveira, Souza Geise Karla da Silva, Silveira Andreza Marli de Souza, Santos Priscila Cristina. A implantação da Rede de Atenção Psicossocial do Rio Grande do Norte: entre avanços e desafios. *Saude Debate*. 2020;44(126):118-131. doi:10.1590/0103-1104202012609
9. Freitas da Silva MK, Tavares Cavalcanti Liberato M. Gestão da Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde: Uma Revisão Integrativa. *Cad. Bras. Saúde Ment.*;16(50):44-68. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/93016>
10. Teles MPSE, Coelho TCB, Santos JV, Teles AS. Evolução da Rede de Atenção Psicossocial no Brasil, 2012-2018. *Cad Saúde Colet*. 2024;32(3):e32030437. doi:10.1590/1414-462X202432030437
11. Silva BF, Rosa TEC, Monteiro PHN, Lemos BFS, Monteiro CN. Psychiatric hospitalization trends in São Paulo: a time-series study from 2008 to 2018. *Rev Saúde Pública*. 2021; 55:80.
12. Rezende MS, Ferreira RC, Vargas AMD, Ferreira EF. Hospital admissions due to mental and behavioral disorders in the state of Minas Gerais, Brazil. *Rev Bras Epidemiol*. 2019;22:e190020.
13. Menezes PR, Martins PAB, Alves MJH, Bonfim C, Sczufca M. A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil: contribuições e desafios. *Cien Saude Colet*. 2022;27(9):3427-3439.
14. Fornazari C, Canfield M, Laranjeira R. Real world evidence in involuntary psychiatric hospitalizations: 64,685 cases. *Braz J Psychiatry*. 2022;44(3):308-311

15. Dias R, Fontes A. Mental health and local public finance: Evidence from Brazil. *Am Econ J Econ Policy*. 2024;16(1):253–281.
16. Mello-Santos C, Bertolote JM, Wang YP. Epidemiology of psychiatric hospitalizations in Brazil. *Rev Bras Psiquiatr*. 2020;42(3):271–279.
17. Souza FM, Silva LE, Oliveira DRS, Monteiro CN, Monteiro GTR. Psychiatric hospitalizations in Brazil: patterns and predictors from 2000 to 2015. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(11):e00234619.
18. Lima AF, Siqueira MM, Lopes CS. Gender differences in psychiatric hospitalizations in Brazil: a population-based study. *J Public Health (Oxf)*. 2021;43(1):e13–e20.
19. Fernandes H, Falceto OG, Rocha NS, Bassols AMS, Tavares BF. Adult psychiatric hospitalization and vulnerability: a psychological study in southern Brazil. *J Health Psychol*. 2022;27(6):1281–1290.
20. Braga CP, Oliveira MS, Campos GWS. A desconstrução do hospital psiquiátrico e os desafios da atenção psicossocial no Brasil. *Cien Saude Colet*. 2019;24(11):4329–4340.
21. Oliveira EM, Rodrigues PH, Silva PR. Acessibilidade aos serviços da RAPS: uma análise regional. *Cien Saude Colet*. 2018;23(4):1257–1269.
22. Tavares JS, Freitas LNV, Souza JMM, Alves RS, Medeiros AT. Perfil das internações psiquiátricas na região Nordeste brasileira. 2017.
23. Ribeiro AC, Rocha DG, Oliveira BIA, Andreoli SB. Patterns and predictors of psychiatric hospital readmission in Brazil: a nationwide cohort study. *BMC Psychiatry*. 2020;20(1):189.
24. Coube M, Nunes BP, Garcia LP, Chiavegatto Filho ADP. Persistent inequalities in health care services utilisation in Brazil (1998–2019). *Int J Equity Health*. 2023;22:35.
25. Mateus MD, Mari JJ, Delgado PG, Almeida-Filho N, Barrett T, Gerolin J, Goihman S, Razzouk D, Rodriguez J, Weber R, Andreoli SB, Saxena S. The mental health system in Brazil: Policies and future challenges. *Int J Ment Health Syst*. 2008 Sep 5;2(1):12. DOI: 10.1186/1752-4458-2-12. PMID: 18775070; PMCID: PMC2553047.
26. Silveira FG, Piola SF. Resource allocation for equity in Brazilian health care. *Saúde debate*. 2021;45:248-265.
27. Castro MC, Massuda A, Almeida G, Menezes-Filho NA, Andrade MV, de Souza Noronha KVM et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *Lancet*. 2019;394(10195):345-356.
28. Baeza FL, Rocha NS, Fleck MP. Predictors of length of stay in an acute psychiatric inpatient facility in a general hospital: a prospective study. *Braz J Psychiatry*. 2018;40(1):89-96.
29. Razzouk D. Economics of mental health in Brazil and Latin America. *PLOS One*. 2020;15(4):e0231026.
30. Gonçalves RW, Vieira FS, Delgado PG. Financing and allocation of mental health resources in Brazil: progress and challenges. *Interface (Botucatu)*. 2021;25:e200255.

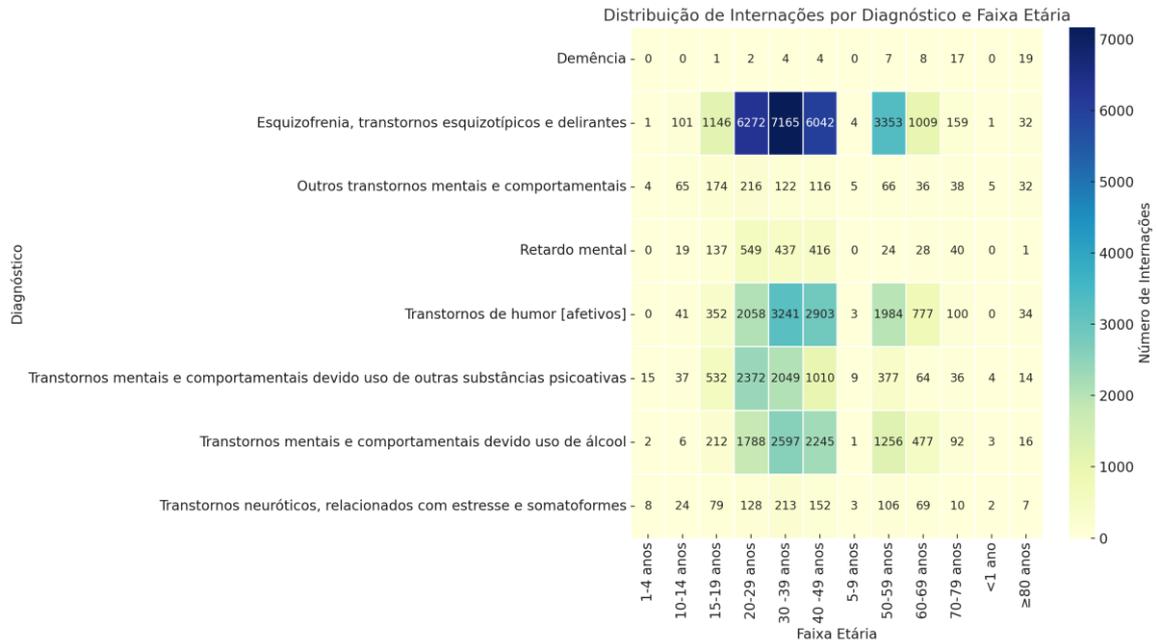
## TABELAS E FIGURAS

Tabela 1 - Distribuição das internações psiquiátricas no Maranhão segundo sexo, faixa etária, cor/raça e diagnóstico (CID-10), 2014–2024.

<b>Variáveis</b>	<b>Número de internações</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	38055	68.7
Feminino	17330	31.3
<b>Faixa Etária</b>		
Menor 1 ano	15	0.0
1 a 4 anos	30	0.1
5 a 9 anos	25	0.0
10 a 14 anos	293	0.5
15 a 19 anos	2633	4.8
20 a 29 anos	13385	24.2
30 a 39 anos	15828	28.6
40 a 49 anos	12888	23.3
50 a 59 anos	7173	13.0
60 a 69 anos	2468	4.5
70 a 79 anos	492	0.9
80 anos e mais	155	0.3
<b>Cor/Raça</b>		
Branca	20106	36.3
Preta	780	1.4
Parda	19435	35.1
Amarela	2235	4.0
Indígena	31	0.1
Sem informação	12798	23.1
<b>Diagnóstico (CID-10)</b>		
Demência	62	0.1
Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool	8695	15.7
Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de outras substâncias psicoativas	6519	11.8
Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes	25285	45.7
Transtornos de humor [afetivos]	11493	20.8
Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o “stress” e transtornos somatoformes	801	1.4
Retardo mental	1651	3.0
Outros transtornos mentais e comportamentais	879	1.6

Fonte: Elaborado pelos autores com dados do Sistema de Informações Hospitalares e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do SUS, 2014–2024.

Figura 1 – Distribuição das internações psiquiátricas no Maranhão entre 2014 e 2024, segundo as principais categorias diagnósticas (CID-10) e faixas etárias.



Fonte: Elaborado pelos autores com dados do Sistema de Informações Hospitalares e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do SUS, 2014–2024.

Gráfico 1 – Evolução do número de internações hospitalares por transtornos mentais e comportamentais (CID-10: F00-F99) e da quantidade de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no Maranhão, de 2014 a 2024.



Fonte: Elaborado pelos autores com dados do Sistema de Informações Hospitalares e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do SUS, 2014–2024.

Tabela 2 – Média de Permanência Hospitalar (dias) por Diagnóstico (CID-10), 2014–2024.

<b>Transtornos mentais e comportamentais</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>
Demência	9.0	11.8	2.4	4.7	7.0	15.0	23.3	86.5	12.5	11.6	8.1
Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool	64.7	68.0	65.3	67.3	56.3	47.2	56.3	49.9	48.0	48.9	51.8
Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso outras substâncias psicoativas	42.3	61.0	60.0	65.7	65.1	51.3	66.5	52.4	54.9	57.6	50.3
Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes	78.1	78.9	71.9	73.2	69.5	58.9	66.6	58.3	54.5	51.6	49.5
Transtornos de humor [afetivos]	59.8	62.2	61.0	58.3	50.1	43.1	46.6	44.2	43.1	42.3	42.7
Transtornos neuróticos, transtornos relacionado com o "stress" e transtornos somatoformes	25.3	22.0	26.8	29.3	24.6	15.0	17.5	15.9	15.1	15.6	11.1
Retardo mental	61.3	60.6	60.4	76.9	64.3	44.0	43.3	37.4	34.9	33.0	33.4
Outros transtornos mentais e comportamentais	28.9	38.7	26.4	27.6	36.3	23.9	22.6	28.2	17.8	16.2	13.8

Fonte: Elaborado pelos autores com dados do Sistema de Informações Hospitalares e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do SUS, 2014–2024.

## ANEXOS

### ANEXO I - NORMAS DA REVISTA

Área de avaliação: Ciências da Saúde

Epidemiologia  
e Serviços  
de Saúde

+ RESS | REVISTA DO SUS

### Epidemiologia e Serviços de Saúde

Publication of: **Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente -  
Ministério da Saúde do Brasil**

Area: Health Sciences ISSN printed version: 1679-4974

ISSN online version: 2237-9622 Previous title Informe

Epidemiológico do SUS

## SOBRE O JORNAL

A RESS publica artigos científicos na área de saúde pública, incluindo epidemiologia, ciências sociais e humanas em saúde, gestão e planejamento, e que apresentem evidências relevantes para o SUS.

A abreviatura do seu título é *Epidemiol Serv Saude*, que deve ser usada em bibliografias, notas de rodapé, referências e legendas bibliográficas.

### Foco e escopo

A RESS publica artigos científicos na área de saúde pública, incluindo epidemiologia, ciências sociais e humanas em saúde, gestão e planejamento, e que apresentem evidências relevantes para o SUS.

O público-alvo são pesquisadores, professores e alunos de graduação e pós-graduação da área de Saúde Coletiva; gestores e profissionais de saúde; e demais interessados em discutir temas relacionados à saúde coletiva.

# INSTRUÇÕES AOS AUTORES

Epidemiologia e Serviços de Saúde: A Revista SUS (RESS) publica artigos científicos na **área da saúde pública, incluindo epidemiologia, ciências sociais e humanas da saúde, gestão e planejamento**, e que apresentem evidências relevantes para o SUS.

## Tipos de documentos aceitos

A RESS aceita manuscritos nas modalidades descritas abaixo. Os manuscritos devem ser submetidos em português e podem ter sido publicados como preprints, depositados em servidores confiáveis.

1. **Artigo original – Produto com dados de pesquisa inéditos. Esta modalidade também inclui relatos de experiência, investigações de eventos ou surtos e perfis de bases de dados brasileiras.**
  2. Nota de pesquisa – Um relatório conciso de resultados de pesquisa original.
  3. Revisão – Síntese de literatura científica, que pode ser sistemática, narrativa ou outros tipos de revisão.
  4. Artigo de opinião – Comentário sucinto sobre temas específicos no âmbito da saúde coletiva, baseado em evidências científicas e expressando a opinião qualificada dos autores; deve ser elaborado por especialista a convite dos editores.
  5. Debate – Artigo teórico escrito por especialista, a convite dos editores, que receberá comentários e/ou críticas por meio de respostas assinadas por especialistas, também convidados.
  6. Carta – Breves comentários e/ou críticas relacionadas a um artigo publicado no periódico, que poderão ser publicados a critério dos editores e acompanhados de uma carta-resposta dos autores do artigo comentado.
  7. Série metodológica – Descrição de procedimentos metodológicos, incluindo métodos inovadores e melhorias de métodos existentes, relevantes para o SUS, publicados em uma série de manuscritos, a convite dos editores.
  8. Diretrizes – Guia ou diretriz para orientar condutas no âmbito do SUS.
  9. Pareceres de revisão por pares – Análise do manuscrito aprovado contendo as recomendações dos revisores para melhoria do manuscrito, visando sua publicação.
-

### Características das categorias de manuscritos aceitas

Modalidade	Contagem de palavras	Tabelas e Referências	Resumo	figuras
Artigo original	3.500	Até 5	Até 30	Sim
Nota de pesquisa	1.500	Até 3	Até 20	Sim
Revisão	3.500	Até 5	Sem limite	Sim
Artigo de opinião	1.500	Até 3	Até 20	Não
Debate	3.500 (1.500 por resposta)		Até 30	Não
Carta	400	Até 5	Até 5	Não
Série metodológica	1.500	Até 3	Até 20	Não
Diretriz	3.500	Até 5	Sem limite	Sim

### Preparação do manuscrito

Após observar se a pesquisa se alinha ao escopo da RESS, os autores devem escolher a modalidade e adaptar o manuscrito dentro da estrutura permitida.

Os manuscritos devem ser escritos em português, em espaço simples, fonte Times New Roman 12, em formato DOC ou DOCX (documento Word).

Ao preparar manuscritos, os autores devem ser guiados pelas [Recomendações do ICMJE](#).

Para permitir a **transparência do projeto e da análise**, a estrutura do manuscrito deve obedecer às diretrizes contidas nos guias de escrita científica, de acordo com sua concepção.

Site da Rede de Melhoria da Qualidade e Transparência da Pesquisa em Saúde ( [EQUATOR](#) ), disponível em:

<http://www.equator-network.org/reporting-guidelines> ). Abaixo, estão listados os principais guias relevantes para o escopo da RESS.

- Estudos observacionais: *Fortalecimento do Relato de Estudos Observacionais em Epidemiologia ( STROBE )*, versões [em inglês](#) e [português](#) ;
- Revisões sistemáticas: *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA)*, versões [em inglês](#) e [português](#) ;
- Estudos de base secundária: *Relatórios de estudos conduzidos usando dados de saúde coletados rotineiramente por observação ( RECORD )*;
- Estimativas de saúde: *Diretrizes para relatórios precisos e transparentes de estimativas de saúde (GATHER)* Versões [em inglês](#) e [português](#) .
- Ensaaios clínicos: Padrões Consolidados de Relato de Ensaaios ( [CONSORT](#) ).

#### **Formato de submissão do artigo**

Os manuscritos devem ser submetidos à RESS por meio do [Sistema ScholarOne](#) . Antes da submissão, em um [único documento](#) contendo:

- Modalidade: indicar a modalidade do manuscrito (exemplo: artigo original, revisão);
- Título: informar o tema principal, delineamento, local e ano(s) da pesquisa, de acordo com o guia de redação aplicável. Os títulos devem ser diretos, objetivos e sem siglas. A pontuação aceita no título é dois pontos (:), para indicar após o tema principal, o delineamento, o local e o(s) ano(s);
- Resumo: escrito em um único parágrafo com até 250 palavras, e estruturado em: objetivo, métodos, resultados e conclusão;
- Palavras-chave: cinco, selecionadas da lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS, disponível em: <https://decs.bvsalud.org/>). Em casos excepcionais, poderão ser incluídos termos livres na ausência de termos adequados ao tema do estudo;

- Corpo do manuscrito: estruturado em **Introdução, Métodos, Resultados, Discussão** para as modalidades Artigo original, Nota de pesquisa e Revisão. Outras modalidades podem ou não ser estruturadas, a critério dos autores. Para estruturar a escrita de cada seção, devem ser seguidos os guias de escrita para cada esboço; recomenda-se que a seção de métodos inclua os tópicos indicados em cada guia, na ordem recomendada. Observe também as Diretrizes para elaboração do texto, abaixo;
- Disponibilidade dos dados: declaração sobre o acesso aos dados da pesquisa (bases de dados, códigos, métodos e outros materiais utilizados e resultantes da pesquisa), **informar link do repositório** e referenciamento, com citação apropriada no texto;
- Registro de protocolo: para revisões sistemáticas e ensaios clínicos, forneça informações de registro do protocolo: nome do repositório e número de registro;
- Uso de inteligência artificial generativa: declarar o uso de tecnologias auxiliadas por inteligência artificial na preparação do manuscrito e garantir a precisão nas citações e a originalidade do conteúdo.
- **Referências**: siga o formato do ICMJE e o **Manual de citações e referências na área da medicina** da Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos (**estilo Vancouver**).
- Tabelas e figuras: observe o guia de redação do esboço para priorizar as informações que devem ser apresentadas em tabelas e figuras. As ilustrações devem ser incluídas no final do texto, após as referências bibliográficas, devem ser citadas no texto e listadas sequencialmente. As diretrizes contidas no tópico Ativos digitais, abaixo, devem ser observadas na criação das ilustrações.

## Ativos digitais

Tabelas e figuras são aceitas como ilustrações na RESS, observando-se o limite de modalidade e as instruções abaixo. Podem ser enviadas até duas tabelas e figuras suplementares em um único arquivo, citadas no texto e em ordem sequencial, no formato: "Figura suplementar n"; "Tabela suplementar n". O material suplementar deve seguir as mesmas instruções para criação de ilustrações, garantindo precisão em sua preparação e revisão, pois este recurso não é diagramado. Em casos justificados, tabelas ou figuras suplementares acima do limite poderão ser aceitas, a critério dos editores.

**Os títulos de tabelas e figuras** devem ser claros, informativos e apresentar o conteúdo das tabelas ou figuras. Informe o local, o(s) ano(s) e o número total de participantes incluídos na ilustração. Separe os termos por vírgulas e não inclua pontos finais no final dos títulos.

Os títulos devem ser autossuficientes para ilustração, sem a necessidade de consulta ao texto. Siglas essenciais para a compreensão da ilustração devem aparecer preferencialmente no título, conforme mostrado no exemplo: "Tabela 3. Razões de prevalência (RP) não ajustadas e ajustadas e intervalos de confiança de 95% (IC95%) para o [desfecho] pelas variáveis do estudo. Local, ano (n=xx)".

Não inclua detalhes metodológicos ou tipo de ilustração (por exemplo, fluxograma; mapa) no título de tabelas e figuras.