

Epidemiologia e estimativa de custo das cirurgias para hematoma subdural crônico realizadas pelo Sistema Único de Saúde no Brasil (2005–2016)

Epidemiology and Estimated Cost of Surgery for Chronic Subdural Hematoma Conducted by the Unified Health System in Brazil (2005–2016)

Marcelo José da Silva de Magalhães¹ Jéssica Pimenta Araújo² Ana Luísa Aguiar Simões Alves Paulino²
Bárbara Helen Mendes Batista² Danielle Gonçalves de Freitas² Jéssica Daiane da Cruz Santos²
Natália Lopes de Paula Andrade²

¹Neurocirurgião e Cirurgião de Nervos Periféricos, Departamento de Neurocirurgia, Hospital Vila da Serra, Belo Horizonte, MG; Docente de Medicina, Faculdades Unidas do Norte de Minas e das Faculdades Integradas Pitágoras, Montes Claros, MG, Brasil

²Estudante de Medicina, Faculdades Unidas do Norte de Minas (Funorte), Montes Claros, MG, Brazil

Address for correspondence Marcelo José da Silva de Magalhães, MSc, Hospital Vila da Serra, Belo Horizonte, MG, Brazil (e-mail: marcelo7779@yahoo.com.br).

Arq Bras Neurocir

Resumo

Introdução O hematoma subdural crônico (HSDC) é uma das formas mais frequentes de hemorragia intracraniana. É constituído por uma coleção de sangue fluido e/ou coagulado em vários estágios, encapsulada e bem delimitada, localizada entre a dura-máter e a aracnoide-máter.

Objetivo Descrever aspectos epidemiológicos do hematoma subdural crônico (HSDC), coletados no banco de dados do Sistema Único de Saúde (SUS), referentes aos gastos intra-hospitalares, remuneração do profissional médico, taxa de mortalidade e número de óbitos por região, de 2008 ao 1º semestre de 2016.

Métodos Artigo realizado entre agosto e setembro de 2016, a partir de uma revisão de literatura sobre os aspectos epidemiológicos do hematoma subdural crônico no Brasil, com base no banco de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), compreendendo o período de janeiro de 2008 a junho de 2016, bem como em artigos científicos dos últimos 10 anos, publicados nos periódicos eletrônicos PUBMED, SCIELO e LILACS.

Resultados Dos aspectos analisados no período de 2008 ao 1º semestre de 2016, foram encontrados os seguintes valores totais: autorização de internação hospitalar (AIH), 33.878; valor de serviço hospitalar, R\$ 65.909.429,22; valor dos serviços profissionais, R\$ 25.158.683,21; dias de permanência, 304.746; óbitos, 2.758; e taxa de mortalidade, entre 6,47 e 12,63%.

Palavras-Chave

- ▶ epidemiologia
- ▶ hematoma subdural crônico
- ▶ análise de gastos

received
November 26, 2016
accepted
May 9, 2017

DOI <https://doi.org/10.1055/s-0037-1603761>.
ISSN 0103-5355.

Copyright © by Thieme Revinter
Publicações Ltda, Rio de Janeiro, Brazil

License terms



Conclusão Embora o HSDC represente um assunto de grande relevância clínica, entende-se que ainda são escassos os estudos epidemiológicos envolvendo-o. Dessa forma, o presente artigo traz uma abordagem atualizada para o tema, com enfoque em aspectos epidemiológicos nacionais do HSDC coletados no banco de dados do DATASUS.

Abstract

Introduction Chronic subdural hematoma (CSH) is one of the most frequent forms of intracranial hemorrhage. It is constituted of a collection of blood fluid and/or coagulated in various stages, encapsulated and well delimited, located between the duramater and the arachnoid mater.

Objective To describe the epidemiological aspects of chronic subdural hematoma (CSH) collected in the database of the Unified Health System (SUS), as regards the number of hospitalizations, spent intra-hospital and remuneration of medical professional, mortality rate and number of deaths by region between the years of 2008 to the 1st half of 2016

Methods Article was performed in the period from August to September 2016 from a review of the literature about the epidemiological aspects of chronic subdural hematoma in Brazil, based in the database of the Healthcare System (DATASUS) encompassing the period from January 2008 to June 2016 and in the scientific articles of the last ten years removed from the electronic journals PUBMED, SCIELO and LILACS.

Results About the aspects analyzed in the period from 2008 to the 1st half of 2016 were found the following total values: Hospital Admission Authorization (HAA)-33.878; value of hospital service-R\$65,909.429.22; value of the professional services-R \$25,158.683.21; deaths-2.758 and mortality rate varying between 6,47–12,63/100 patients.

Conclusion Although HSDC represents a subject of high clinical relevance, it is understood that there are still few epidemiological studies involving it. In this way, this article has brought an updated approach to this topic with a focus on epidemiological aspects of the HSDC collected in the database of the Department of Informatics of the Healthcare System (DATASUS).

Keywords

- ▶ epidemiology
- ▶ chronic subdural haematoma
- ▶ cost analysis

Introdução

O hematoma subdural crônico (HSDC) é uma das formas mais frequentes de hemorragia intracraniana. É constituído por uma coleção de sangue fluido e/ou coagulado em vários estágios, encapsulada e bem delimitada, localizada entre a dura-máter e a aracnoide-máter.^{1,2}

A importância clínica do HSDC deve-se ao fato de que, na maioria dos casos, a evolução sem a instituição imediata do tratamento cirúrgico pode acarretar elevada morbimortalidade. Por isso, é imprescindível que o diagnóstico seja precoce, com consequente drenagem cirúrgica eficiente, a fim de garantir a recuperação completa na maioria dos casos.^{2,3}

Embora o HSDC seja uma doença de elevada frequência e relevância clínica, ainda persiste uma escassez de dados epidemiológicos no Brasil. Este trabalho tem o objetivo de descrever aspectos epidemiológicos do hematoma subdural crônico (HSDC) coletados no banco de dados do Sistema Único de Saúde (SUS). As variáveis estudadas, de 2008 ao 1º semestre de 2016, foram: número de internações hospitalares, gastos intra-hospitalares, remuneração do profissional médico, e número de óbitos.

Materiais e Métodos

Informações sobre o tratamento cirúrgico do hematoma subdural crônico foram obtidas a partir do código 04.03.01.03.14, referente ao período de janeiro de 2008 a junho de 2016, o qual é utilizado para a emissão de autorização de internação hospitalar (AIH) a partir do banco de dados virtual do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Nesta revisão, foram avaliados: o número de AIH aprovadas, valor total das internações, valor do serviço profissional e número de óbitos, durante o período supracitado.

Foram utilizados nesta revisão os artigos científicos dos periódicos eletrônicos PUBMED, SCIELO e LILACS publicados nos últimos 10 anos. Para a obtenção dos artigos nesses bancos de dados, foram utilizados os descritores em português e inglês: *epidemiologia/epidemiology* e *hematoma subdural crônico/chronic subdural haematoma*. Inicialmente foram encontrados 119 artigos no PUBMED, três no SCIELO e 71 na LILACS. Entretanto, apenas treze artigos foram utilizados na elaboração desta revisão. Foram excluídos os artigos que não apresentavam informações epidemiológicas, como prevalência e incidência do hematoma subdural crônico.

Tabela 1 Número de autorizações de internação hospitalar (AIH) aprovadas por ano para o código de tratamento cirúrgico de hematoma subdural crônico

	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Total	Estimativa populacional
2008	101	289	1.284	415	300	2.389	189.600.000
2009	169	479	1.676	515	403	3.242	191.480.630
2010	223	533	1.906	599	471	3.732	190.755.799
2011	193	601	2.060	640	512	4.006	–
2012	207	645	2.127	643	483	4.105	193.946.886
2013	230	747	2.209	722	484	4.392	201.032.714
2014	230	759	2.380	768	537	4.674	202.768.562
2015	213	808	2.540	706	618	4.885	204.450.649
2016*	95	410	1.260	392	296	2.453	206.391.315
Total	1.661	5.271	17.442	5.400	4.104	33.878	–
Média	184,55	585,66	1.938	600	456	–	–

*Em 2016, os dados correspondem ao primeiro semestre. Fonte: DATASUS/IBGE (<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/qiuf.def>). Acessado em 1/set, 2016.

Resultados

De acordo com a **Tabela 1** e a **Fig. 1**, em relação aos números de AIH, no ano de 2008, registrou-se um total de 2.389 internações, sendo da região Sudeste mais da metade do total de internações (1.284). Enquanto isso, a região Norte apresentou o menor índice de AIH, 101 casos. Nota-se um incremento no número de AIH ao longo do tempo, de modo que, em 2015, atingiu-se um total de 4.885 autorizações, e somente no primeiro semestre de 2016 houve o registro de 2.453 AIH.

Como a **Tabela 2** apresenta, os valores de serviços hospitalares também acompanharam um aumento ao longo dos anos. Em 2008, foram gastos um total de R\$ 3.803.093,70, e, em 2015, R\$ 10.319.288,77, sendo os maiores gastos da região Sudeste, seguida pelas regiões Sul e Centro-Oeste, até 2010. Nos anos seguintes, a região Nordeste assumiu a terceira

posição em relação aos gastos específicos no serviço hospitalar, com gastos de R\$ 855.176,35 em 2011, e de R\$ 1.681.269,55 em 2015.

No que diz respeito ao valor dos serviços profissionais, a região Sudeste superou as demais regiões, apresentando o valor de R\$ 2.121.365,37 em 2015 e de R\$ 700.318,46 em 2008. Já a região Norte apresentou valores inferiores às demais, sendo R\$ 188.139,34 em 2015 e R\$ 53.762,80 em 2008. Embora a região Sudeste tenha apresentado os maiores gastos com o tratamento cirúrgico do hematoma subdural crônico, nota-se que a região Nordeste obteve o maior crescimento em valores nos anos analisados, apresentando, em 2015, um valor 4 vezes superior àquele obtido em 2008 (**Tabela 3**).

Quanto ao número de óbitos por região, em 2008, a região Sudeste apresentou o maior número, com 104 casos; seguida da região Sul, com 43; região Nordeste, com 31; região Centro-Oeste, com 20; e região Norte, com 2 casos. Essa proporção de

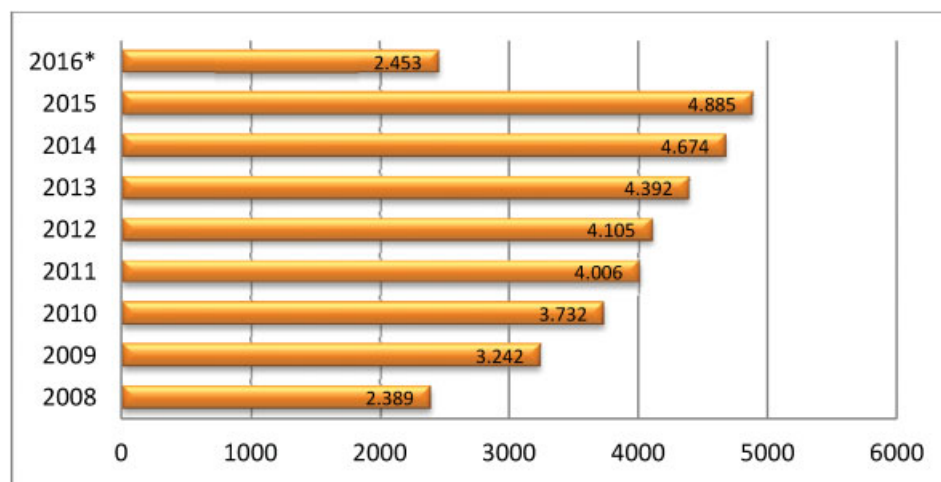


Fig. 1 Número de autorizações de internação hospitalar (AIH) aprovadas por ano para o código de tratamento cirúrgico de hematoma subdural crônico. *Em 2016, os dados correspondem ao primeiro semestre. Fonte: DATASUS. Acessado em 1 de setembro de 2016.

Tabela 2 Valor de serviço hospitalar (R\$) por ano para o código de tratamento cirúrgico de hematoma subdural crônico

	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Total
2008	142.396,23	366.680,83	1.993.721,28	878.814,47	421.480,89	3.803.093,70
2009	288.533,57	605.903,04	2.759.078,36	1.177.276,80	742.875,76	5.573.667,53
2010	399.103,93	689.638,94	3.434.604,02	1.405.519,81	870.073,75	6.798.940,45
2011	356.896,29	855.176,35	3.840.565,12	1.566.255,29	834.296,26	7.453.189,31
2012	421.962,60	1.064.555,36	4.293.906,36	1.580.971,21	811.095,93	8.172.491,46
2013	456.460,13	1.314.112,97	4.435.818,31	1.710.917,57	844.060,34	8.761.369,32
2014	420.430,72	1.419.506,18	4.902.076,14	1.970.913,28	1.102.661,80	9.815.588,12
2015	466.275,23	1.681.269,55	5.271.961,14	1.760.071,79	1.139.711,06	10.319.288,77
2016*	185.630,52	735.221,44	2.686.763,48	1.043.346,61	560.838,51	5.211.800,56
Total	3.137.689,22	8.732.064,66	33.618.494,21	13.094.086,83	7.327.094,30	65.909.429,22
Média	348.632,14	970.229,41	3.735.388,25	1.454.898,54	814.121,59	-

*Em 2016, os dados correspondem ao primeiro semestre. Fonte: DATASUS (<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/qiuf.def>). Acessado em 1/set, 2016.

óbitos manteve-se até o ano de 2011, quando a região Nordeste superou a região Sul, com 53 óbitos; ao passo que a região Sudeste permaneceu com maior número de óbitos, 181. De 2014 a 2015, houve aumento significativo de óbitos na região Sudeste, com 216 e 218 casos, respectivamente. É importante frisar que o número de óbitos supracitados não refletiu a taxa de mortalidade de cada região citada (► **Tabela 4**).

Em relação à taxa de mortalidade (razão entre a quantidade de óbitos e o número de AIH aprovadas, computadas como internações, no período, multiplicada por 100), a região Nordeste superou as demais regiões em 2008, com 10,73. Em 2009, a região Sudeste ficou em primeiro lugar, com 9,19; e a região Nordeste teve a menor taxa de mortalidade, 6,47. A taxa de mortalidade sofreu variações em todas as regiões ao longo desses anos, de modo que em 2012, 2013 e 2014, as maiores taxas foram observadas na região Norte, com 10,14; 11,30; e 10,0; respectivamente. Em 2015, a região Nordeste voltou a liderar, com 10,40; e, em 2016, nos meses

de janeiro a junho, a região Norte teve a maior taxa de mortalidade, 12,63 (► **Tabela 5**).

Discussão

Em 1657, Johannes Breakfast Wepfer encontrou um grande cisto preenchido por sangue sob a dura-máter em um paciente que havia sofrido acidente vascular cerebral. Já em 1817, Housard descobriu que o cisto descrito anteriormente, tratava-se de um coágulo envolto por uma membrana, a qual teve a sua histologia e formação descritas por Virchow, em 1857, que também denominou o HSDC como uma paquimeningite hemorrágica interna. Em seguida, Trotter defendeu a teoria do trauma das veias de drenagem para o seio longitudinal superior do cisto hemorrágico subdural, consolidando, em 1914, a sua etiologia traumática. Em 1925, essa lesão passou a ser chamada de hematoma subdural crônico em vez de paquimeningite hemorrágica interna.^{1,4,5}

Tabela 3 Valor dos serviços profissionais (R\$) para o código de tratamento cirúrgico de hematoma subdural crônico

Região	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Total
2008	53.762,80	141.443,90	700.318,46	247.544,28	155.470,16	1.298.539,60
2009	97.828,75	236.906,46	932.017,33	316.638,23	237.877,98	1.821.268,75
2010	131.841,80	269.179,70	1.134.175,59	377.252,52	289.015,45	2.201.465,06
2011	140.023,38	380.987,59	1.471.347,18	482.553,69	358.388,00	2.833.299,84
2012	180.931,30	492.039,69	1.778.718,92	548.813,49	385.851,03	3.386.354,43
2013	196.851,19	569.261,68	1.825.123,26	601.079,45	389.804,15	3.582.119,73
2014	185.939,20	589.062,45	1.981.432,59	657.176,98	452.894,78	3.866.506,00
2015	188.139,34	648.661,78	2.121.365,37	600.818,21	511.468,30	4.070.453,00
2016*	89.461,94	312.593,27	1.059.720,20	350.981,53	285.919,86	2.098.676,80
Total	1.264.779,70	3.640.136,52	13.004.218,90	4.182.858,38	3.066.689,71	25.158.683,21
Média	140.531,08	404.459,61	1.444.913,21	464.762,04	340.743,30	-

*Em 2016, os dados correspondem ao primeiro semestre. Fonte: DATASUS (<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/qiuf.def>). Acessado em 1/set, 2016.

Tabela 4 Número de óbitos para o código de tratamento cirúrgico de hematoma subdural crônico

	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Total
2008	9	31	104	43	20	207
2009	14	31	154	44	29	272
2010	31	51	151	42	30	305
2011	18	53	181	45	39	336
2012	21	42	173	46	16	298
2013	26	70	174	58	26	354
2014	23	65	216	39	28	371
2015	21	84	218	60	30	413
2016*	12	36	111	27	16	202
Total	175	463	1.482	404	234	2.758
Média	19,44	51,44	164,66	44,88	26	-

*Em 2016, os dados correspondem ao primeiro semestre. DATASUS (<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/qiuf.def>). Acessado em 1/set, 2016.

O hematoma subdural pode ser classificado em agudo, subagudo e crônico, de acordo com o tempo decorrido após o fator desencadeante. O hematoma agudo enquadra-se em até 72 horas após; o subagudo entre 72 horas e 20 dias; e o crônico após 20 dias. O agudo acomete majoritariamente os adultos jovens, por outro lado o crônico tem como alvo principal os idosos.^{1,6}

Entre os fatores de risco e doenças associadas estão traumatismos, hipertensão arterial sistêmica, doenças neurológicas (cerebrovasculares, malformações e neoplasias), sexo masculino, idade elevada (acima de 50 anos), cor branca, etilismo, diabetes melito, doenças cardiovasculares, tabagismo, doenças cerebrovasculares, doenças nefrológicas, epilepsia, discrasias sanguíneas, doenças pneumológicas, antecedentes psiquiátricos e sorologia positiva para HIV.^{1,7}

Epidemiologicamente, o HSDC é mais encontrado na 7ª década de vida. Nota-se um predomínio do sexo masculino, em cerca de 70 a 90%. Observa-se que sua incidência tem

crescido mundialmente devido ao aumento da expectativa de vida da população, e cogita-se que, em alguns anos, seja o procedimento neurocirúrgico mais realizado, ultrapassando os tumores primários e metastáticos.^{2,8,9}

A fisiopatologia do HSDC ainda não é completamente conhecida. Entre as teorias principais sobre o seu surgimento, estão a osmótica e a teoria do sangramento recorrente no hematoma encapsulado. A primeira baseia-se na ideia de que a liquefação do hematoma gera um aumento da pressão osmótica e do conteúdo proteico, com consequente atração dos fluidos vizinhos para a cavidade através de uma membrana semipermeável. A segunda teoria, a do sangramento recorrente, é mais aceita e afirma que os vasos sanguíneos e anormais da cápsula do hematoma são mais sujeitos a sangramentos. Vale ressaltar que a membrana externa do HSDC é rica em vasos, contendo grandes capilares, mas que não apresentam musculatura lisa em sua parede.⁷⁻⁹ Classicamente, o hematoma subdural

Tabela 5 Taxa de mortalidade para o código de tratamento cirúrgico de hematoma subdural crônico

	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Total
2008	8,91	10,73	8,10	10,36	6,67	44,77
2009	8,28	6,47	9,19	8,54	7,20	39,68
2010	13,70	9,57	7,92	7,01	6,37	44,57
2011	9,33	8,82	8,79	7,03	7,62	41,59
2012	10,14	6,51	8,13	7,15	3,31	35,24
2013	11,30	9,37	7,88	8,03	5,37	41,95
2014	10,00	8,56	9,08	5,08	5,21	37,93
2015	9,86	10,40	8,58	8,50	4,85	42,19
2016*	12,63	8,78	8,81	6,89	5,41	42,52
Total	94,15	79,21	76,48	68,59	52,01	370,44
Média	10,46	8,8	8,49	7,62	5,77	-

*Em 2016, os dados correspondem ao primeiro semestre. Fonte: DATASUS (<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/qiuf.def>). Acessado em 1/set, 2016.

crônico advém de uma lesão traumática dos vasos de Mittenzweig parasagittais. Entre as causas não traumáticas, estão malformações arteriovenosas, aneurismas intracranianos, coagulopatias, tumores cerebrais da convexidade e carcinomatose meníngea.^{1,3}

Dentre os sinais e sintomas encontrados nos pacientes com tais características, a cefaleia está presente em aproximadamente 80% dos casos, bem como a alteração do estado mental que pode manifestar-se em diferentes graus: confusão, sonolência ou coma. Esses pacientes ainda podem apresentar déficits neurológicos focais, como hemiparesias (presentes em até 56%). Algumas apresentações atípicas foram citadas em determinados estudos, como déficits neurológicos isolados (vertigem, nistagmo e paralisia oculomotora) e síndromes extrapiramidais com predomínio de sintomas parkinsonianos.^{2,7,10}

Dentre os diagnósticos diferenciais, são considerados o acidente vascular encefálico, hemorragia subaracnóidea e tumores.² Na tomografia computadorizada (TC) de crânio o HSDC apresenta-se como uma hipodensidade. Embora seja menos utilizada, a ressonância magnética (RM) do crânio também pode ser solicitada nos casos em que a TC apresentar algum grau de limitação, como ocorre nos casos de HSDC de pequeno volume.^{1,7,10}

O tratamento do HSDC pode ser conservador e cirúrgico. Dentre os tratamentos não cirúrgicos, estão o repouso absoluto, a utilização de esteroides, manitol, entre outras soluções hipertônicas.^{1,7} Vale destacar que o tratamento clínico conservador não é indicado para a grande maioria dos casos, visto que a cirurgia visa impedir que o paciente apresente piora clínica, apresentando déficits neurológicos ou mesmo óbito. Atualmente, a melhor opção a ser considerada seria o tratamento cirúrgico, que, usualmente, pode ser realizado através de trepanação ou craniotomia, com ou sem colocação de dreno no pós-operatório.^{1,7}

Após a cirurgia, recorrências não são incomuns e se relacionam a três fatores: paciente (idade, sexo, etilismo, tendência a sangramentos e comorbidades envolvidas), fisiopatologia do hematoma e processo operatório. Entre as possíveis complicações pós-operatórias, estão o hematoma subdural agudo, hemorragia hipertensiva intracraniana e pneumoencéfalo hipertensivo. Todavia, a taxa de cura e a recuperação pós-operatórias são altas.^{1,6}

A incidência anual do HSDC na população geral, segundo Pereira e Neto, varia de 1,72 a 7,35 por 100 mil habitantes, de acordo com o envelhecimento, sendo este referente à 8ª década de vida. Estima-se que essa incidência continue a crescer progressivamente conforme o aumento da expectativa de vida. Já Kayaci determinou uma incidência anual de 1,7 a 18 por 100 mil, com aumento para 58 por 100 mil em indivíduos acima de 65 anos. Ressalta-se ainda que, em 2030, essa incidência deve ser o dobro.¹¹

No Japão, onde a população idosa cresce em uma velocidade mais rápida, comparado aos outros países, observa-se que a incidência anual corresponde a 20,6 por 100 mil; a 76,5 por 100 mil na 8ª década de vida; e a 127,1 por 100 mil nos indivíduos acima de 80 anos.¹² Em estudo feito nos Estados Unidos, foi encontrada uma taxa de incidência anual de 79,6 por 100 mil pessoas na população

idosa. Esse mesmo estudo previu ainda, para o ano de 2030, um aumento de casos, atingindo 121,4 por 100 mil pessoas nessa população específica e 17,6 por 100 mil nas demais faixas etárias, totalizando cerca de 60 mil casos/anos nos EUA.¹³

Com relação ao Brasil, ainda faltam dados sobre a incidência geral no país. Contudo, pode-se inferir, a partir deste artigo, que, em 2015, o número de internações em decorrência do HSDC correspondeu a 0,0023% da população, ou 2,39 internações para cada 100 mil habitantes. Deve-se lembrar, porém, que o número de internações não representa fidedignamente a incidência no país. Esse viés poderia ser explicado devido ao fato de não estarem incluídos determinados pacientes, cujo tratamento foi realizado no sistema privado de saúde.

Conforme os dados coletados no banco de dados do DATASUS, no território brasileiro, no período entre 2008 e 2016 (1º semestre), foram totalizadas 33.878 internações hospitalares, de modo que a região Sudeste foi responsável por 17.442 dessas internações, com média anual de 2.325,6, sendo a região com maior número de internações. Já a região Norte apresentou o menor número de internações hospitalares, 1.661, com média anual de 221,5. Consequentemente, por apresentar o maior e o menor número de internações, as regiões Sudeste e Norte, respectivamente, possuem também os maiores e os menores índices nos quesitos valor de serviço hospitalar, valor de serviço profissional e número de óbitos. Foge a essa regra a taxa de mortalidade, já que os números foram mais elevados na região Norte.

Durante esse mesmo período, os 33.878 casos de internação decorrentes do HSDC geraram um total de gastos hospitalares de R\$ 65.909.429,22 e de gastos do serviço profissional de R\$ 25.158.683,21. A região Sul apresentou média de gastos por internação e de valor do serviço profissional de R\$ 2.424,83 e R\$ 774,61, respectivamente.

O número total de óbitos por HSDC, durante o período avaliado, correspondeu a 2.758, sendo a região Sudeste a de maior número, 1.482; seguida da região Nordeste, 463; Sul, 404; Centro-Oeste, 234; e Norte, 175. Vale ressaltar que a taxa de mortalidade variou entre 6,47 e 12,63 por 100 mil pacientes durante o período estudado.

Dessa forma, foi possível inferir, de acordo com os dados obtidos, que um paciente com admissão intra-hospitalar, decorrente de HSDC, apresentou gastos hospitalares de R\$ 1.945,50 e gastos profissionais de R\$ 742,62. Os hospitais tiveram um custo de R\$ 216,16 por dia de internação.

Durante a construção deste artigo, foi evidenciada como limitação a não abrangência dos dados das cirurgias realizadas pelo sistema privado e pelos planos de saúde, uma vez que o objetivo deste artigo é a coleta de informações das cirurgias realizadas pelo SUS. Além disso, há uma notória escassez de conteúdos epidemiológicos brasileiros e mundiais relacionados à incidência e prevalência do HSDC. Outro possível viés deste trabalho foi a probabilidade de diagnósticos múltiplos e/ou errôneos estarem incluídos nos resultados encontrados no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

Conclusão

O HSDC apresenta crescente incidência no Brasil e no mundo. É compreendido como uma patologia benigna quando diagnosticado precocemente, visto que sua principal forma de abordagem é o tratamento cirúrgico. Conforme os dados coletados no banco de dados do DATASUS, no território brasileiro, no período entre 2008 e 2016 (1º semestre), houve um total de 33.878 internações hospitalares para tratamento cirúrgico de HSDC. Observa-se que o número total de óbitos por essa doença, durante esse mesmo período, correspondeu a 2.758, e a taxa de mortalidade variou entre 6,47 e 12,63%. Nota-se que essas internações geraram um total de gastos hospitalares de R\$ 65.909.429,22 e de serviço profissional de R\$ 25.158.683,21. Embora o HSDC represente um assunto de grande relevância clínica, entende-se que ainda são escassos estudos epidemiológicos envolvendo-o. Dessa forma, o presente artigo traz uma abordagem sobre os aspectos epidemiológicos nacionais do HSDC.

Referências

- 1 Adhiyaman V, Asghar M, Ganeshram KN, Bhowmick BK. Chronic subdural haematoma in the elderly. *Postgrad Med J* 2002;78(916):71-75
- 2 Yasuda CL, Morita ME, Nishimori FY, Yasuda AM, Alves HL. Hematoma subdural crônico: estudo de 161 pacientes operados e a relação com alterações no coagulograma. *Arq Neuropsiquiatr* 2003;61(04):1011-1014
- 3 Javadi SA, Naderi F, Javadi AM. The Optimal surgical approach for treatment of chronic subdural hematoma: questionnaire assessment of practice in Iran and review of literature. *Acta Med Iran* 2015;53(10):617-621
- 4 Lee KS. History of chronic subdural hematoma. *Korean J Neurotrauma* 2015;11(02):27-34
- 5 Lee KS. Chronic subdural hematoma in the aged, trauma or degeneration? *J Korean Neurosurg Soc* 2016;59(01):1-5
- 6 Ivamoto HS, Lemos HP Jr, Atallah AN. Surgical treatments for chronic subdural hematomas: a comprehensive systematic review. *World Neurosurg* 2016;86:399-418
- 7 Iliescu IA. Current diagnosis and treatment of chronic subdural haematomas. *J Med Life* 2015;8(03):278-284
- 8 Farhat Neto J, Araújo JL, Ferraz VR, Haddad L, Veiga JC. Chronic subdural hematoma: epidemiological and prognostic analysis of 176 cases. *Rev Col Bras Cir* 2015;42(05):283-287
- 9 Gelabert-González M, Arán-Echabe E, Bandín-Diéguez FJ, et al. [Bilateral chronic subdural haematoma: Analysis of a series of 190 patients]. *Neurocirugia (Astur)* 2016;27(03):103-111
- 10 Iliescu IA, Constantinescu AI. Clinical evolutionary aspects of chronic subdural haematomas - literature review. *J Med Life* 2015;8(Spec Issue):26-33
- 11 Pereira CU, Dantas MC, Santos EAS, Santos CMT, Monteiro JTS. Hematoma subdural crônico no idoso. *Rev Bras Med* 2006;63(07):331-337
- 12 Karibe H, Kameyama M, Kawase M, Hirano T, Kawaguchi T, Tominaga T. [Epidemiology of chronic subdural hematomas]. *No Shinkei Geka* 2011;39(12):1149-1153
- 13 Balser D, Farooq S, Mehmood T, Reyes M, Samadani U. Actual and projected incidence rates for chronic subdural hematomas in United States Veterans Administration and civilian populations. *J Neurosurg* 2015;123(05):1209-1215