

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

HÉLDER LUIZ RIBEIRO DA SILVA

**EVOLUÇÃO DA MORBIDADE POR DOENÇAS MENTAIS NO MUNICÍPIO DE
ALFENAS-MG**

**Ribeirão Preto - SP
2008**

HÉLDER LUIZ RIBEIRO DA SILVA

**EVOLUÇÃO DA MORBIDADE POR DOENÇAS MENTAIS NO MUNICÍPIO DE
ALFENAS-MG**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem Psiquiátrica.

Área de Concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de pesquisa: Estudos sobre a Conduta, a Ética e a Produção do Saber em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Moacyr Lobo da Costa Júnior

**Ribeirão Preto - SP
2008**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Silva, Hélder Luiz Ribeiro da.

Evolução da morbidade por doenças mentais no município de Alfenas – MG, Ribeirão Preto, 2008.

80 p. :il.;30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ USP. Área de Concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Orientador: Costa Júnior, Moacyr Lobo da.

1. Morbidade; 2.Enfermagem Psiquiátrica; 3.Epidemiologia

Folha de Aprovação

Hélder Luiz Ribeiro da Silva

Perfil da morbidade por doenças mentais no município de Alfenas – MG

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP para obtenção de Título de Mestre em Enfermagem Psiquiátrica.

Área de Concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Prof^a. Dr^a. _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Prof^a. Dr^a. _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Dedicatória

Primeiramente a Deus, por ter me abençoado com a Vida, Família, Amigos e principalmente pela Fé que todos os dias brota em me peito e me fortalece para superar as dificuldades do dia-a-dia.

A minha esposa Júlia, mais que um presente dos anjos. Companheira inseparável nas horas de tristezas e alegrias, nas de derrotas e conquistas. Sem a sua presença e apoio incondicional minha jornada teria sido bem mais tortuosa ou talvez inatingível. Obrigado por estar ao meu lado e obrigado por dar-me o prazer de ser seu marido, te amo!

A Luiz Djalma, meu pai, sem cujos ensinamentos não me tornaria o homem que sou. Pessoa que mostrou ser o esforço, a paciência e a dedicação a chave para o sucesso.

A minha querida mãe, Cleusa, mulher com coração maior neste mundo não há. Seu amor, carinho, apoio, proteção, sinceridade, orientação, respeito e companheirismo me deram muito mais que educação, fez-me acreditar nos meus sonhos e esta minha vitória eu também dedico a você.

Agradecimentos

Ao orientador Prof. Dr. Moacyr, saudoso “*Tio Moa*”, que durante este período de trabalho muito me ensinou, contribuindo para meu crescimento científico e intelectual, compreendendo minhas necessidades e acreditando em meu potencial.

À Prof^a. Dr^a. Suzana Alves de Moraes, por ter me acolhido, na função de monitor, na disciplina de Epidemiologia para os cursos de graduação Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem e na disciplina de Metodologia da Investigação Epidemiológica dentro da pós-graduação. Esta experiência contribuiu muito para a minha formação como futuro docente e pesquisador. Muito obrigado pela oportunidade.

À Prof^a. Dr^a. Antonia Regina Ferreira Furegato pela orientação nos artigos enviados para publicação e principalmente por ter cooperado com seu conhecimento na qualificação deste trabalho.

Aos amigos da pós-graduação agradeço a oportunidade por ter dividido momentos de alegria e apreensão, ainda mais importante que isso, fora a companhia que fizeram ao longo deste período.

Aos funcionários desta unidade, principalmente, Marco, Dimer e André da Seção de Apoio Laboratorial EERP/USP.

À Prof^a. Dr^a. Maria Regina Martinez por ter acreditado em meu potencial e posteriormente me direcionado para a pós-graduação desta instituição.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (*Fapesp*), **processo nº07/53132 - 0**, e a Capes, **cotas extras** (09/2008 a 02/2009) pela concessão da bolsa de mestrado e pelo apoio financeiro para a realização desta pesquisa.

Resumo

SILVA, H. L. R. **Evolução da morbidade por transtornos mentais no município de Alfenas - MG**. 2008. 80 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2008.

Realizou-se este estudo com o objetivo de descrever a evolução da morbidade por transtornos mentais de maior frequência para o município de Alfenas, Minas Gerais, por meio dos dados fornecidos pelo sistema de informática do Sistema Único de Saúde - DATASUS, para a série histórica de 1995 a 2007. Para isto montou-se um roteiro de coleta de dados sobre morbidade hospitalar por Transtornos Mentais, Morbidade Hospitalar Geral e ainda Morbidade Hospitalar por Gravidez, Parto e Puerpério (GPP), uma vez que a descrição das internações por transtornos mentais foi feita avaliando-se esta causa considerando-a dentro do total de causas de internações, como também avaliando-se o peso que esta representava para o município nos anos estudados, excluindo a principal causa de morbidade hospitalar, como é o caso das internações por GPP. Os resultados desta investigação possibilitaram mostrar que o perfil das internações por Transtornos Mentais no município de Alfenas diminuiu ao longo da série histórica, uma vez que a proporção de internações apresentou redução de aproximadamente 80%. Quanto ao tempo de permanência, em dias, pode - se observar que há maior prevalência nos homens em detrimento as mulheres. Em relação ao custo da internação percebeu-se que este apresentou aumento tanto para o sexo masculino quanto para o sexo feminino e o grupo de diagnósticos de transtornos psiquiátricos que mais demandaram recursos financeiros foram aqueles relacionados aos transtornos esquizofrênicos. Os transtornos mentais mais frequentes são aqueles relacionados ao diagnóstico de Esquizofrenia, Álcool e Outras Substâncias Psicoativas e Transtornos Afetivos, sendo que os diagnósticos relacionados à esquizofrenia, no ano de 2005, correspondiam a aproximadamente 70% de todas as internações por transtornos mentais no município. Conclui-se com este trabalho que há uma necessidade de maiores estudos neste campo, vista a relevância que os transtornos psiquiátricos representam não só ao município como também ao país. Questões como a mudança no perfil da morbidade psiquiátrica, passando as internações com diagnósticos relacionados à esquizofrenia representarem maior peso, devem ser avaliadas na medida em que se explique qual a razão desde acontecimento nos últimos anos.

Descritores: Morbidade, Enfermagem Psiquiátrica, Epidemiologia.

ABSTRACT

SILVA, H. L. R. **Morbidity evolution by mental disorders in the municipal district of Alfenas in Minas Gerais.** 2008. 80 f. Masters Degree Lecture – Nursing School of Ribeirão Preto, University of São Paulo, 2008.

This study was made with the objective to describe the evolution of morbidity by mental disorders with more frequency in the municipal district of Alfenas in Minas Gerais State by data provided by the informatics system of The Unified Health System (DATASUS) from 1995 to 2007. For this, it was created a guide for the data collection about hospital morbidity by Mental Disturbs, General Hospital Morbidity and Hospital Morbidity by Pregnancy, Labour and Puerperium (PLP). Therefore, the description of the hospitalization by mental disorders was made evaluating its cause and considering it in the total of causes hospitalizations and also, evaluating the work that it represented for the area during the study, excluding the main cause for the Hospital Morbidity, as it is for the cases of hospitalizations by PLP. The results of this investigation made possible to show that the aspects of hospitalizations by Mental Disorders in Alfenas, diminished during the period since that the proportion of hospitalizations presented a reduction of approximately 80%. As for the period of permanence, in days, it is noticed that there is a higher prevalence of men in disadvantage to women. In relation to the cost of the hospitalizations, there was a considered rise for both genders and the group of diagnosis of psychiatric disturbs which demanded more financial sources were the ones related to schizophrenic disturbs. The most common mental disturbs are the ones related to the diagnosis of Schizophrenia, Alcohol and Other Psychoactive Substances and Emotional Disturbs. The diagnosis related to schizophrenia in 2005 corresponded approximately 70% of all hospitalizations by mental disturbs in the district. In conclusion, there is a necessity of more studies in this field because of the relevance that the psychiatric disturbs present, not only for the district but also for the country. The changes in the psychiatric morbidity aspects with the hospitalization diagnosis related to schizophrenia being higher, the reason of the occurrences in the last years must be evaluated and explained.

Key words: Morbidity, Psychiatric Nursing, Epidemiology

Resumen

SILVA, H. L. R. **Evolución de la morbilidad por trastornos mentales en el municipio de Alfenas-MG.** 2008, 80 h. Disertación (Maestría) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, 2008.

Este estudio tuvo como objetivo describir la evolución de la morbilidad por trastornos mentales de mayor frecuencia para el municipio de Alfenas, estado de Minas Gerais, por medio de los datos proveídos por el sistema de informática del Sistema Único de Salud - DATASUS, para la serie histórica de 1995-2007. Para eso fue elaborado una pauta para la recolección de datos acerca de morbilidad hospitalaria por Trastornos Mentales, Morbilidad Hospitalaria General y aun Morbilidad Hospitalaria por Embarazo, Parto y Puerperio (EPP), una vez que la descripción de las internaciones por trastornos mentales fue hecha evaluándose esa causa y considerándola dentro del total de causas de internaciones, como también evaluando el peso que esa representaba para el municipio en los años estudiados, excluyendo la principal causa de morbilidad hospitalaria, como las internaciones por EPP. Los resultados de esa investigación posibilitaron mostrar que el perfil de las internaciones por Trastornos Mentales en el municipio de Alfenas disminuyó a lo largo de la serie histórica, una vez que la proporción de internaciones presentó reducción de aproximadamente 80%. Cuanto al tiempo de permanencia, en días, fue observada mayor prevalencia en los hombres en detrimento a las mujeres. En relación al costo de la internación, hubo aumento tanto para el sexo masculino cuanto para el sexo femenino. El grupo de diagnósticos de trastornos psiquiátricos que más demandaron recursos financieros fueron aquellos relacionados a los trastornos esquizofrénicos. Los trastornos mentales más frecuentes son aquellos relacionados al diagnóstico de Esquizofrenia, Alcohol y Otras Sustancias Psicoactivas y Trastornos Afectivos, siendo que los diagnósticos relacionados a la esquizofrenia, en el año de 2005, correspondían a aproximadamente 70% de todas las internaciones por trastornos mentales en el municipio. Los resultados permitieron concluir que existe una necesidad de mayores estudios en ese campo, por cuenta de la relevancia que los trastornos psiquiátricos representan no sólo al municipio como también al país. Cuestiones como el cambio en el perfil de la morbilidad psiquiátrica, con las internaciones con diagnósticos relacionados a la esquizofrenia representando mayor

peso, deben ser evaluadas en la medida en que se explique cual la razón de ese acontecimiento en los últimos años.

Descriptores: Morbilidad, Enfermería Psiquiátrica, Epidemiología.

Lista de Ilustrações

- Figura 1 - Proporção (%) de internações (SUS) segundo Gravidez, Parto e Puerpério no município de Alfenas para a série histórica de 1995 a 2007.....63
- Figura 2 - Tempo de Permanência, em dias, para a especialidade obstétrica, no município de Alfenas, na série histórica 1995 a 2007.....65

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Distribuição da população do município de Alfenas segundo sexo, nos anos de 1980, 1991, 2000 e 2007.....	36
Tabela 2 - Número e proporção de domicílios e moradores por tipo de abastecimento de água no município de Alfenas – MG, no ano 2000.....	37
Tabela 3 - Número e proporção de domicílios e moradores por tipos de coleta de lixo no município de Alfenas – MG, no ano 2000.....	37
Tabela 4 - Número e proporção de domicílios e moradores por tipos de Instalações Sanitárias no município de Alfenas – MG, no ano 2000.....	38
Tabela 5 - Porcentagem de alfabetização, segundo faixa etária, no município de Alfenas, no ano 2000.....	38
Tabela 6 - Coeficientes de mortalidade (por mil habitantes), no município de Alfenas, no ano 2000.....	39
Tabela 7 - Proporção (%) de internações (SUS), por sexo, segundo Transtornos Mentais e Comportamentais no município de Alfenas para a série histórica de 1995 a 2007.....	51
Tabela 8 - Custo total das internações, segundo sexo, de acordo com a especialidade psiquiátrica, para o município de Alfenas na série histórica de 1995 a 2007.....	52
Tabela 9 - Tempo de Permanência, em dias, segundo sexo, para a especialidade psiquiátrica, no município de Alfenas, na série histórica 1995 a 2007.....	53
Tabela 10 - Proporção (%) de internações (SUS), por sexo, segundo Álcool e Outras Substâncias Psicoativas no total de internações pelo capítulo de transtornos mentais e comportamentais da CID, Alfenas - MG, 1995 a 2007.....	54
Tabela 11 - Custo total das internações, segundo sexo, de acordo com Álcool e Outras Substâncias Psicoativas, para o município de Alfenas na série histórica de 1995 a 2007.....	55
Tabela 12 - Tempo de Permanência, em dias, segundo sexo, para Álcool e Outras Substâncias Psicoativas, no município de Alfenas, na série histórica 1995 a 2007.....	56
Tabela 13 - Proporção (%) de internações (SUS), por sexo, segundo Transtorno Afetivo no município de Alfenas para a série histórica de 1995 a 2007.....	57

Tabela 14 - Custo total das internações, por sexo, segundo Transtorno Afetivo, para o município de Alfenas na série histórica de 1995 a 2007.....	58
Tabela 15 - Tempo de Permanência, em dias, por sexo, segundo Transtorno Afetivo, no município de Alfenas, na série histórica 1995 a 2007.....	59
Tabela 16 - Proporção (%) de internações (SUS), por sexo, segundo Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes no município de Alfenas para a série histórica de 1995 a 2007.....	60
Tabela 17 - Custo total das internações, por sexo, segundo Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes, para o município de Alfenas na série histórica de 1995 a 2007.....	61
Tabela 18 - Tempo de Permanência, em dias, por sexo, segundo Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes, no município de Alfenas, na série histórica 1995 a 2007.....	62
Tabela 19 - Custo total das internações de acordo com a especialidade obstétrica, para o município de Alfenas na série histórica de 1995 a 2007.....	64
Tabela 20 - Proporção (%) de internações (SUS), segundo sexo, por grupos de causas no município de Alfenas para a série histórica de 1995 a 2007.....	66
Tabela 21 - Custo total das internações (SUS) de acordo com as especialidades de clínica cirúrgica, clínica médica, obstetrícia, psiquiatria e pediátrica, para o município de Alfenas na série histórica de 1995 a 2007.....	67
Tabela 22 - Tempo de Permanência, em dias, segundo causas (capítulos CID), para o município de Alfenas na série histórica de 1995 a 2007.....	68

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	13
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	22
2.1. Sistemas de Informação.....	22
2.2. Indicadores básicos de saúde.....	25
3. OBJETIVO.....	33
4. MATERIAL E MÉTODO.....	34
4.1. Caracterização do Estudo.....	35
4.2. Área de estudo.....	36
4.3. Coleta de dados e variáveis do estudo.....	40
4.4. Análise dos dados.....	47
5. Resultados e Discussão.....	52
6. Considerações Finais.....	69
REFERÊNCIAS.....	70
APÊNDICE A.....	75

1. INTRODUÇÃO

A Divisão de Saúde Mental da Organização Mundial da Saúde (OMS) tem como meta a redução dos problemas relacionados aos transtornos mentais e neurológicos bem como a facilitação da incorporação de habilidades, conhecimento e compreensão relativos à saúde mental, aos cuidados gerais de saúde e ao desenvolvimento social. A pedra angular do Programa de Saúde Mental está apoiada na defesa de um desenvolvimento mental saudável e na promoção da saúde mental (BERTOLOTE, 1995).

Estudos da OMS apontam que os transtornos mentais de cerca de 450 milhões de pessoas ainda estão longe de receberem a mesma relevância dada à saúde física. Acredita-se que os transtornos mentais e de comportamento respondam por 12% da carga mundial de doenças, enquanto as verbas orçamentárias para a saúde mental, na maioria dos países, representam menos de 1% dos gastos totais em saúde; além do que, 40% dos países carecem de políticas de saúde mental e mais de 30% sequer possuem programas nessa área. Ainda, os custos indiretos gerados pela desassistência, provenientes do aumento da duração dos transtornos e incapacitações, acabam por superar os custos diretos (CAMPOS; FURTADO, 2006).

Segundo Lopes (1999), no Brasil, os recursos financeiros destinados à saúde diminuem progressivamente, e/ou freqüentemente são mal distribuídos, sendo que para maior entendimento da questão, seria fundamental que se conduzissem estudos de análise econômica no país. Entretanto não se deve esquecer que para a sociedade como um todo não apenas os custos diretos, mas principalmente os indiretos, são de especial relevância. O tratamento menos "custoso" pode não ser

necessariamente o melhor, seja em termos de custos totais, ou quanto a resultados positivos de desfechos clínicos ou de medidas de qualidade de vida.

Segundo Campos e Furtado (2006), o Brasil tem gasto 2,4% do orçamento do SUS em saúde mental. Entre os transtornos mentais ocorre uma prevalência de 3% de transtornos mentais severos persistentes e 6% de dependentes químicos. Na atual conjuntura da saúde no Brasil, tem havido uma sensível inversão do financiamento da saúde mental, privilegiando-se os equipamentos e projetos extra-hospitalares em detrimento dos hospitais psiquiátricos. Esta inversão é ilustrada pelo fato de que em 1997 a rede composta por 176 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) recebia 6% dos recursos destinados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) à saúde mental, enquanto a rede hospitalar, com 71 mil leitos, recebia os outros 94%. Já em 2004, os 516 CAPS existentes receberam 20% dos recursos citados contra 80% destinados aos 55 mil leitos psiquiátricos no Brasil (CAMPOS; FURTADO, 2006). Embora o percentual de recursos aos serviços extra-hospitalares tenham aumentado, esses dados demonstram que ainda não se atingiu o ideal esperado pelo movimento de Reforma Psiquiátrica iniciado no país na década de 80 (BRASIL, 2005).

Coutinho, Almeida-Filho, Mari (1999) e Lancman (1997) afirmam que durante mais de meio século, desde o seu início, a epidemiologia psiquiátrica foi marcada por estudos seccionais. Inicialmente, as estimativas de prevalência foram obtidas a partir da população institucionalizada e estudos comunitários só começaram a ser desenvolvidos após a Segunda Guerra Mundial. Desde então, alguns estudos vêm apontando para a necessidade de avanços nas práticas em saúde mental, devido ao reconhecimento da falência do modelo de atenção centrado nos hospitais psiquiátricos, da pouca eficácia destas internações, dos seus efeitos cronificadores

sobre os internados e às freqüentes denúncias da violação dos direitos humanos dos pacientes nestas instituições.

Para Bertolote (1995), a elevação dos padrões de qualidade dos serviços será atingida por meio de formulações de normas a fim de garantir a qualidade da atenção prestada. A normalização pode ter um papel importante na superação de eventuais impasses ideológicos, como o que opõe defensores e opositores tanto do hospital psiquiátrico como de modelos de saúde mental comunitária. O que, finalmente, é de maior importância para os usuários dos serviços é a qualidade dos serviços prestados, o respeito de seus direitos e a melhoria da qualidade de suas vidas, e não apenas o local onde os cuidados são prestados.

Salvador-Carulla et al. (2000) afirmam que, durante as últimas duas décadas, os estudos em morbidade psiquiátrica em indivíduos portadores de transtornos mentais têm sido objetos de grande interesse. A prevalência de distúrbios psiquiátricos nos estudos atuais tem mostrado aumento de 30% a 40% nas últimas décadas, sendo os transtornos mais relevantes às desordens afetivas e as psicoses.

É recente a conscientização de que os transtornos mentais representam um sério problema de saúde pública. Tal fato teve início a partir da publicação do texto *“The Global Burden of Disease”* realizada pela OMS e por pesquisadores da Escola de Saúde Pública de Harvard em meados da década de 90 do século XX, o qual quantificou os efeitos deletérios na saúde de mais de 100 doenças e incapacidades, incluindo os transtornos psiquiátricos, em oito regiões do planeta (ANDRADE, VIANA, SILVEIRA, 2006).

O estudo acima descrito utilizou uma medida de combinação do número de anos vividos com incapacidade, conseqüente deterioração da qualidade de vida e do número de anos perdidos por morte prematura causada pela doença (medidos pela

unidade Disability Adjusted Life Years – DALYs), verificou-se que doenças como transtornos depressivos e transtornos cardiovasculares estão rapidamente substituindo a desnutrição, complicações perinatais e doenças infectocontagiosas em países subdesenvolvidos, onde vivem quatro quintos da população do mundo. Em países da Ásia e da América Latina, essa transição epidemiológica vem ocorrendo sem a devida adequação do planejamento de serviços e assistência à saúde pública (THORNICROFT e MAINGAY, 2002).

Lopez e Murray (1998) afirmam que os transtornos mentais causam pouco mais de 1% da mortalidade, contudo são responsáveis por mais de 12% da incapacitação decorrente de doenças no mundo. Esse percentual aumenta para 23% em países desenvolvidos. Entre as dez principais causas de incapacitação, cinco delas são transtornos psiquiátricos, sendo a depressão responsável por 13% das incapacitações, alcoolismo por 7,1%, esquizofrenia por 4%, transtorno bipolar por 3,3% e transtorno obsessivo-compulsivo por 2,8%.

Estudos feitos no Brasil pela Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde mostram que aproximadamente 3%, 3,6 milhões de pessoas, da população brasileira sofre de transtorno mental severo e persistente; 6% apresentam transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas; 12% necessitam de algum atendimento em saúde mental, seja contínuo ou eventual e 2,3% do orçamento anual do SUS estão destinados à área, uma vez que a recomendação da OMS seria uma taxa de 5%. Diante deste fato o governo tem a intenção de reduzir progressivamente os leitos psiquiátricos, além de qualificar, expandir e fortalecer a rede extra-hospitalar. Tal rede é constituída de Centros de Assistência Psicossocial, CAPs, os quais são unidades de saúde que reúnem pacientes de uma região e oferecem cuidados intermediários entre o regime

ambulatorial e a internação hospitalar; de Serviços Residenciais Terapêuticos, os SRTs (moradias inseridas na comunidade, destinadas a pacientes com transtornos mentais egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, com dificuldades de reintegração familiar, moradia e reinserção social); e nas Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG), (MACHADO,2005; WHO, 2005)

Segundo dados de Brasil (2007) a mudança na destinação de recursos da rede hospitalar em detrimento a rede extra-hospitalar é observada nos últimos quatro anos em que os gastos absolutos com serviços e programas extra-hospitalares dobraram. Em 2002, 24,82% dos recursos do SUS destinados à atenção à saúde mental eram aplicados nos serviços e programas extra-hospitalares. Em 2005, este investimento chega a 44,53% do total, e em 2006, a estimativa é de que este investimento ultrapasse, pela primeira vez, o montante investido em hospitais psiquiátricos. De fato, nos últimos quatro anos o investimento nos Centros de Atenção Psicossocial (custeio, incentivo de implantação, incentivo para qualificação), nas Residências Terapêuticas (custeio, incentivo de implantação), além da implantação do “Programa de Volta para Casa” (pagamento dos benefícios) e de incentivos para experiências de Inclusão Social pelo Trabalho, aliado à grande expansão da rede, foram responsáveis pelo grande aumento nos gastos com os serviços e programas extra-hospitalares.

Para Mari, Bressan e Almeida-Filho (2006), uma importante ação para melhorar a saúde mental no Brasil é promover informação por meio de pesquisas na área. Estes estudos serão úteis para discutir o futuro da saúde mental no país e os passos necessários para atingir tal meta. Os achados servirão como uma referência para o Brasil e podem assim cooperar com o governo e organizações internacionais que apontam investimentos crescentes em pesquisa de saúde mental, promovendo

dessa forma um maior conhecimento a respeito do assunto por profissionais da área, melhorando a atenção à saúde mental.

A morbidade pode ser pesquisada a partir dos dados primários por meio de inquérito domiciliar, nos locais de trabalho, nas escolas ou pela demanda das pessoas que se apresentam espontaneamente aos serviços de saúde. Pode ser obtida também a partir dos dados secundários disponíveis em prontuários de hospitais, ambulatorios, emergências, clínicas e consultórios, sejam eles públicos ou privados, possibilitando cada uma das abordagens, a visualização de alguns aspectos da realidade do processo saúde-doença dos usuários do SUS (CARVALHO *et al.*, 1994; RADAELLI *et al.*, 1990).

Para se obter dados sobre morbidade, uma dentre as várias fontes são as internações hospitalares, que permitem o conhecimento de importante porção da morbidade global, fornecendo dados dos indivíduos hospitalizados (MELLO JORGE, GOTLIEB, 2000).

Conceitualmente, o sistema de informação em saúde pode ser entendido como um instrumento para adquirir, organizar e analisar dados necessários à definição de problemas e riscos para a saúde, avaliar a eficácia, eficiência e influência que os serviços prestados possam ter no estado de saúde da população, além de contribuir para a produção de conhecimento acerca da saúde e dos assuntos a ela ligados (BRANCO, 1996).

A possibilidade do acesso aos dados por meio da Internet teve um avanço muito importante na última década. Isto ocorreu devido ao Sistemas de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIS/SUS) uma base de dados com fins originalmente administrativos sobre todas as internações realizadas no Brasil e remuneradas pelo SUS (CANDIAGO, ABREU, 2007).

Um meio de se obter dados sobre saúde é por meio do DATASUS, que está hoje entre as principais instituições de Tecnologia da Informação do Governo Federal, e tem talvez a melhor das estruturas de informática entre todos os órgãos da administração direta. Disponibiliza de forma gratuita, de modo fácil e amigável todas as informações que podemos acessar junto ao Ministério da Saúde, as quais servem de subsídios para a análise objetiva da situação sanitária, tomada de decisões baseadas em evidências e programação de ações de saúde (COSTA JÚNIOR, 2006; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

O DATASUS tem seguido a política de deixar disponíveis todas as informações em saúde. Hoje o grande conjunto de informações tem sido utilizado por estudiosos da saúde no Brasil, na elaboração de estudos e teses de mestrado e doutorado. A Organização Mundial de Saúde e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) consideraram, conforme documento enviado ao DATASUS, que o conjunto de informações sobre saúde hoje disponível é um dos mais completos existentes no mundo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

A Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) considera que a grande evolução técnica recente favorece o acesso aos bancos de dados e que, dessa maior demanda, pode advir melhor análise e maior exigência de compatibilidade por parte dos usuários (ABRASCO, 1997).

Os municípios são reconhecidos como entes governamentais autônomos que devem responsabilizar-se pelo planejamento, organização, controle e avaliação das ações e serviços de saúde de sua região. Para tanto, a produção, gerenciamento e divulgação de informação são elementos estratégicos que podem servir tanto para o fortalecimento dos objetivos e ações estatais quanto para a eficácia e oportunidade das ações de controle social (BRANCO, 1996).

Uma vez que o presente estudo trata-se de descrever as internações por transtornos mentais, faz-se necessário algumas ressalvas. Dentre estas está o fato de avaliar o peso das internações psiquiátricas excluindo o grupo de causa relacionada à Gravidez, Parto e Puerpério, uma vez que esta representa uma grande importância no que diz respeito a internações.

Como refere em seu estudo, Filho (2005) mostra que no ano de 2002, foram realizadas 11.714.184 internações pelo SUS/MS, sendo as dez primeiras causas, identificadas pelo Código Internacional de Doenças (CID-10): 1) gravidez, parto e puerpério - 2.731.766; 2) doenças do aparelho respiratório - 1.820.634; 3) doenças do aparelho cardiovascular - 1.216.771; 4) doenças infecciosas e parasitárias - 1.042.136; 5) doenças do aparelho digestivo - 986.406; 6) doenças do aparelho geniturinário - 770.352; 7) lesões de causas externas - 688.687; 8) neoplasias - 527.747; 9) doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas - 322.093 e 10) transtornos mentais e comportamentais - 308.264.

Nascimento (2003) observou que três grupos de causas foram responsáveis por cerca de 70,0% das internações: aquelas relacionadas à gravidez, parto e puerpério (54,9%); as lesões e envenenamentos e outras conseqüências de causas externas (9,5%); e as doenças do aparelho digestivo (6,0%). Os problemas relativos à gravidez, parto e puerpério, principais causas de internação, motivaram 76,4% das hospitalizações femininas, sendo 85% na faixa etária de 15 a 19 anos.

De acordo com o que foi exposto acima e levando-se em consideração a escassa quantidade de trabalhos de natureza científica nesta área, este estudo busca gerar subsídios para gestores de saúde e profissionais envolvidos na área de saúde mental e psiquiatria, uma vez que descreveu a situação da saúde mental no

município de Alfenas – MG partindo de dados secundários disponibilizados pelo Ministério da Saúde por meio do Departamento de Informática do SUS (DATASUS).

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Sistemas de informação

2.1.1 Sistema de informações sobre mortalidade (SIM)

O SIM é o mais antigo sistema de informação de saúde em funcionamento no País. Foi instituído pelo Ministério da Saúde em 1975, e dispõe de dados consolidados a partir de 1979. O registro da causa de morte baseia-se na Classificação Internacional de Doenças, (OMS, 1995).

Tem como documento básico a Declaração de Óbito (DO), padronizada nacionalmente e distribuída pelo Ministério da Saúde, em três vias. As DO são coletadas pelas secretarias estaduais ou municipais de saúde, em estabelecimentos de saúde e cartórios, sendo então codificadas e transcritas para um sistema informatizado. O Centro Nacional de Epidemiologia (Cenepi/Funasa) consolida os dados e os disponibiliza para o Departamento de Informática do SUS (DATASUS). A base de dados é divulgada em CD-ROM e na Internet por meio do site (<http://www.datasus.gov.br/catalogo/sim.htm>).

2.1.2 Sistema de informações sobre nascidos vivos (Sinasc)

O Sinasc foi implantado pelo Ministério da Saúde a partir de 1990. Propicia informações sobre nascidos vivos no País, com dados sobre a gravidez, o parto e as condições da criança ao nascer.

Tem como documento básico a Declaração de Nascido Vivo (DN), padronizada nacionalmente e distribuída pelo Ministério da Saúde, em três vias.

A cobertura atual do Sinasc, estimada em 93% do total de nascidos vivos no País, supera amplamente a de nascimentos registrados em cartório. Nas regiões Norte e Nordeste, a cobertura média é de 75%. Da mesma forma que no SIM, as informações são consolidadas pelas secretarias estaduais de saúde, que as enviam em meio eletrônico ao Cenepi/Funasa.

A base de dados deste sistema está disponível em CD-ROM e na Internet por meio do site ou (<http://www.datasus.gov.br/catalogo/sinasc.htm>).

2.1.3 Sistema de informações hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Foi concebido para operar o sistema de pagamento de serviços hospitalares prestados pelo SUS por meio do documento básico denominado Autorização de Internação Hospitalar (AIH).

A AIH é preenchida pelo estabelecimento hospitalar e enviada mensalmente, em meio magnético, ao gestor municipal e/ou estadual do SUS, conforme o nível de gestão, para processamento no nível nacional. O sistema disponibiliza dados de forma sistemática, com defasagem de apenas dois meses a partir da data de internação, por meio de CD-ROM mensal e da Internet. (<http://www.datasus.gov.br/catalogo/sihsus.htm>).

A abrangência do sistema está limitada às internações no âmbito do SUS, excluindo, portanto, as que são custeadas diretamente ou cobertas por seguro-saúde. Eventuais reinternações e transferências do mesmo paciente a outros hospitais também não são identificadas, o que pode resultar em contagem

cumulativa. São, porém, bloqueadas na apresentação, as contas relativas a pacientes homônimos, para posterior verificação e liberação pelo gestor, no mês seguinte.

2.1.4 Sistema de informações ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

Capta e processa as contas ambulatoriais do SUS. O documento básico é o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA), preenchido pelas unidades ambulatoriais. O BPA obtém o número de atendimentos realizados por tipo de procedimento e, dependendo deste, por grupo populacional. Os dados não são individualizados, fornecendo basicamente indicadores operacionais. Estão disponíveis regularmente em CD-ROM e na Internet, desde julho de 1994. (<http://www.datasus.gov.br/catalogo/siasus.htm>).

Conta recentemente, com um subsistema para procedimentos de alta complexidade e alto custo (hemodiálise, terapia oncológica etc.), que tem como documento básico a “Autorização para procedimentos de alto custo/complexidade (Apac)”.

2.1.5 Sistema de informações da atenção básica (Siab)

Destina-se à coleta de informações aplicadas ao planejamento, acompanhamento e avaliação das atividades dos agentes comunitários de saúde e das equipes do Programa de Saúde da Família (PSF). Essas informações baseiam-se no cadastro das famílias atendidas e incluem dados demográficos, socioeconômicos, ambientais e culturais, além dos relativos à morbidade e à mortalidade. Disponível em (<http://www.datasus.gov.br/catalogo/pacs.htm>).

2.1.6 Sistema de informações sobre recursos humanos para o SUS (SIRH/SUS)

O Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Geral de Políticas de Recursos Humanos (CGPRH/SPS), reúne informações de diversas fontes produtoras de dados relativos a emprego, força de trabalho, formação e mercado de trabalho de profissionais de saúde (IBGE, conselhos profissionais, Ministério da Educação e Ministério do Trabalho, entre outras) e divulga dados consolidados, pela Internet. Disponível em: (<http://www.saude.gov.br/sps/depart/sitecgprh/dados.htm>).

2.2 Indicadores básicos de saúde

A disponibilidade de informação apoiada em dados válidos e confiáveis é condição essencial para a análise objetiva da situação sanitária, assim como para a tomada de decisões baseadas em evidências e para a programação de ações de saúde. A busca de medidas do estado de saúde da população é uma atividade central em saúde pública, iniciada com o registro sistemático de dados de

mortalidade e de sobrevivência. Com os avanços no controle das doenças infecciosas e a melhor compreensão do conceito de saúde e de seus determinantes sociais, passou-se a analisar outras dimensões do estado de saúde, medidas por dados de morbidade, incapacidade, acesso a serviços, qualidade da atenção, condições de vida e fatores ambientais, entre outros. Os indicadores de saúde foram desenvolvidos para facilitar a quantificação e a avaliação das informações produzidas com tal finalidade.

Em termos gerais, os indicadores são medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde. Vistos em conjunto, devem refletir a situação sanitária de uma população e servir para a vigilância das condições de saúde. A construção de um indicador é um processo cuja complexidade pode variar desde a simples contagem direta de casos de determinada doença, até o cálculo de proporções, razões, taxas ou índices mais sofisticados, como a esperança de vida ao nascer.

A qualidade de um indicador depende das propriedades dos componentes utilizados em sua formulação (frequência de casos, tamanho da população em risco) e da precisão dos sistemas de informação empregados (registro, coleta, transmissão dos dados). O grau de excelência de um indicador deve ser definido por sua validade (capacidade de medir o que se pretende) e confiabilidade (reproduzir os mesmos resultados quando aplicado em condições similares). Em geral, a validade de um indicador é determinada por sua sensibilidade (capacidade de detectar o fenômeno analisado) e especificidade (capacidade de detectar somente o fenômeno analisado). Outros atributos de um indicador são: mensurabilidade (basear-se em dados disponíveis ou fáceis de conseguir), relevância (responder a prioridades de

saúde) e custo-efetividade (os resultados justificam o investimento de tempo e recursos). Espera-se que os indicadores possam ser analisados e interpretados com facilidade, e que sejam compreensíveis pelos usuários da informação, especialmente gerentes, gestores e os que atuam no controle social do sistema de saúde.

Para um conjunto de indicadores, são atributos de qualidade importantes a integridade ou completude (dados completos) e a consistência interna (valores coerentes e não contraditórios). A qualidade e a comparabilidade dos indicadores de saúde dependem da aplicação sistemática de definições operacionais e de procedimentos padronizados de medição e cálculo. A seleção do conjunto básico de indicadores – e de seus níveis de desagregação – deve ajustar-se à disponibilidade de sistemas de informação, fontes de dados, recursos, prioridades e necessidades específicas em cada região. A manutenção deste conjunto de indicadores deve depender de instrumentos e métodos simples, para facilitar a sua extração regular dos sistemas de informação. Para assegurar a confiança dos usuários na informação produzida, é preciso monitorar a qualidade dos indicadores, revisar periodicamente a consistência da série histórica de dados, e disseminar a informação com oportunidade e regularidade.

Se gerados de forma regular e manejados em um sistema dinâmico, os indicadores são instrumentos valiosos para a gestão e avaliação da situação de saúde, em todos os níveis. Um conjunto de indicadores se destina a produzir evidência sobre a situação sanitária e suas tendências, como base empírica para identificar grupos humanos com maiores necessidades de saúde, estratificar o risco epidemiológico e identificar áreas críticas. Constitui, assim, insumo para o

estabelecimento de políticas e prioridades melhor ajustadas às necessidades da população.

Além de prover matéria-prima essencial para a análise, a disponibilidade de um conjunto básico de indicadores tende a facilitar o monitoramento de objetivos e metas em saúde, estimular o fortalecimento da capacidade analítica das equipes e promover o desenvolvimento de sistemas de informação intercomunicados.

2.2.1 Indicador Demográfico

População Total

Conceituação

Número total de pessoas residentes e sua estrutura relativa, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Fonte

IBGE:

- Censo Demográfico, previsto para ser realizado a cada 10 anos. Os três últimos censos foram realizados em 1980, 1991 e 2000.
- Contagem da população, em 1996.
- Projeções demográficas a partir de bases censitárias, elaboradas anualmente para o Tribunal de Contas da União e adotadas oficialmente pelo país.
- Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 1980-2050 – Revisão 2004.
- Estimativas anuais e mensais da população do Brasil e das Unidades da Federação: 1980-2020.
- Estimativas a partir de pesquisas amostrais (PNAD).

Método de cálculo

Utilização direta da base de dados, expressando-se os resultados em números absolutos e relativos. As populações adotadas para o cálculo dos indicadores estão ajustadas ao meio do ano (dia 1º de julho). Nos anos censitários, são utilizadas as datas de referência de cada censo.

2.2.2 Indicadores de Cobertura

Cobertura de coleta de lixo

Conceito: Percentual da população residente atendida, direta ou indiretamente, por serviço regular de coleta de lixo domiciliar, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Fonte: IBGE, Censo Demográfico e Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD).

Cobertura de redes de abastecimento de água

Conceito: Percentual da população residente servida por rede geral de abastecimento, com ou sem canalização domiciliar, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Fonte: IBGE, Censo Demográfico e Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD).

Cobertura de esgotamento sanitário

Conceito: Percentual da população residente que dispõe de escoadouro de dejetos através de ligação do domicílio à rede coletora ou fossa séptica, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Fonte: IBGE, Censo Demográfico e Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD).

Proporção de internações hospitalares (SUS) por grupos de causas

Conceito: Distribuição percentual das internações hospitalares pagas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), por grupos de causas selecionadas, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Fonte: Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde (SAS): Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de internações hospitalares de residentes pagas pelo SUS, por grupo de causas}}{\text{Número total de internações hospitalares de residentes, pagas pelo SUS}} \times 100$$

2.2.3 Indicador de Recursos

Valor médio pago por internação hospitalar no SUS (AIH)

Conceito: Valor médio com internação hospitalar no Sistema Único de Saúde (SUS), por especialidade, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS): Sistema de Informações Hospitalares no SUS (SIH/SUS).

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Valor da despesa com internações hospitalares no SUS, por especialidade*}}{\text{Número total de internações na especialidade}}$$

* em reais correntes no ano

2.2.4 Mortalidade

Coeficiente de mortalidade Geral (CMG)

Conceito: Mede o risco de morte por todas as causas em uma população de um dado local e período.

Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde (SVS): Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e base demográfica do IBGE.

Método de cálculo:

$$\text{CGM} = \frac{\text{n.º de óbitos em dado local e período}}{\text{População do mesmo local e período}} \times 1000$$

Coeficiente de Mortalidade por Causa

Conceito: Mede o risco de morte por determinada causa, num dado local e período.

Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde (SVS): Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e base demográfica do IBGE.

Método de cálculo:

$$\text{CMC} = \frac{\text{n.º de óbitos por determinada doença em dado local e período}}{\text{População total residente ajustada para o meio do ano}} \times 10^n$$

Coeficiente de mortalidade infantil

Conceito: Número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Fonte: Ministério da Saúde: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de óbitos de residentes com menos de um ano de idade}}{\text{Número de nascidos vivos de mães residentes}} \times 1.000$$

Coeficiente de mortalidade neonatal tardia

Conceito: Número de óbitos de 7 a 27 dias de vida completos, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Fonte: Ministério da Saúde; Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de óbitos de residentes de 7 a 27 dias de idade}}{\text{Número de nascidos vivos de mães residentes}} \times 1.000$$

Mortalidade proporcional por causas mal definidas

Conceito: Percentual de óbitos por causas mal definidas na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Fonte:Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS): Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de óbitos de residentes por causas mal definidas}}{\text{Número total de óbitos de residentes}} \times 100$$

3. OBJETIVO

Por meio dos dados fornecidos pelo DATASUS, objetiva-se com este trabalho descrever a evolução da morbidade por transtornos mentais de maior frequência para o município de Alfenas – MG.

4. MATERIAL E MÉTODO

4.1 Caracterização do estudo

Utilizou-se para este estudo a tipologia agregada, observacional, longitudinal com desenho ecológico do tipo série temporal.

Os estudos ecológicos abordam áreas geográficas bem delimitadas, analisando comparativamente variáveis globais, quase sempre por meio de correlação entre indicadores de situações de saúde. Os indicadores de cada área constituem-se em médias referentes à população total, tomada como um agregado integral (ROUQUAYROL; ALMEIDA-FILHO, 2003). Esse tipo de estudo procura avaliar como o contexto social e ambiental pode afetar a saúde de grupos populacionais. Neste caso, as medidas coletadas no nível individual são incapazes de refletir adequadamente os processos que ocorrem no nível coletivo (MEDRONHO et al, 2006).

Como o presente estudo pretende abranger a população de um modo geral, a melhor maneira de se desenvolver o trabalho é por meio do método epidemiológico, o qual, de acordo com Foratini (1980), enfoca a população de um modo geral e não apenas os indivíduos atingidos pelo determinado agravo.

Segundo Samaja (1993), o principal pressuposto de toda investigação científica é que o objeto de estudo seja inteligível. Este *a priori* de inteligibilidade contém, pelo menos, dois momentos básicos: a descrição do objeto que visa identificar e caracterizar os componentes e a possibilidade de reelaboração conforme um padrão de assimilação compatível com a razão humana. Para poder descrever de maneira científica a realidade é preciso explicitar de que modo é feita a sua fragmentação, segundo que categorias. Um enunciado descritivo tem duas

finalidades: serve para individualizar um elemento ou componente do objeto e para atribuir-lhe certa propriedade. As proposições descritivas têm como valores conceitos classificatórios, conceitos comparativos, conceitos métricos e outros.

O estudo descritivo tem como categorias básicas a distribuição do tempo, local e a população visando identificar o padrão geral de ocorrência e os grupos sob risco. A descrição metódica do comportamento da doença permite a elaboração de hipóteses “causais” com base na ocorrência usual de doenças conhecidas e possibilita o uso da analogia tanto no estudo das doenças novas quanto na explicação de doenças anteriormente conhecidas (BARATA, 1997).

A pesquisa descritiva observa, registra, analisa e correlaciona fatos ou fenômenos sem manipulá-los; procura descobrir, com a precisão possível, a frequência com que um fenômeno ocorre, sua relação e conexão com outros, sua natureza e características. Além disso, busca conhecer as diversas situações e relações que ocorrem na vida social, política, econômica e demais aspectos do comportamento humano, tanto do indivíduo tomado isoladamente como de grupos e comunidades mais complexas (CERVO; BERVIAN, 2002). Esses autores acrescentam ainda que a pesquisa descritiva pode assumir diversas formas, dentre elas, o estudo exploratório que tem por objetivo familiarizar-se com o fenômeno ou obter nova percepção do mesmo e descobrir novas idéias, além de realizar descrições precisas da situação e querer descobrir as relações existentes entre os elementos componentes da mesma.

4.2 Área de estudo

O Estado de Minas Gerais é uma das 27 unidades da República Federativa do Brasil. Está localizado na região Sudeste do Brasil, juntamente com os Estados do Espírito Santo, Rio de Janeiro e São Paulo (IBGE, 2008).

A divisão do território de Minas Gerais, adotada oficialmente pelo governo estadual, estabelece dez Regiões de Planejamento, listadas a seguir, em ordem alfabética: Alto Paranaíba, Central, Centro-Oeste de Minas, Jequitinhonha/Mucuri, Mata, Noroeste de Minas, Norte de Minas, Rio Doce, Sul de Minas e Triângulo Mineiro. Minas Gerais possuía em 2004 um PIB de 166.586.326 mil reais e PIB per capita de 8770 mil reais (IBGE, 2008).

Situada na região do Sul de Minas Gerais, Alfenas nasceu em 1869. Possui uma área total de aproximadamente 848 km² e é circundada por dez municípios, os quais são: Campos Gerais, Carmo do Rio Claro, Campo do Meio, Machado, Serrania, Divisa Nova, Fama, Paraguaçu, Areado e Alterosa. Suas rodovias de acesso são MG 179, BR 491 e BR 369 (PREFEITURA MUNICIPAL DE ALFENAS, 2007).

No ano de 2007 o município contava com cerca de 79090 mil habitantes, e em 2004 possuía um PIB de 605423 mil reais e um PIB per capita de 8151 mil reais (IBGE, 2007). A distribuição da população por sexo nos anos censitários e para o ano de 2007 encontra-se ilustrado na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição da população do município de Alfenas segundo sexo, nos anos de 1980, 1991, 2000 e 2007.

Ano	Masculino	Feminino	Total
1980	19089	19189	38271
1991	26106	26594	52700
2000	32949	34008	66957
2007	38920	40170	79090

Fonte: www.datasus.gov.br

Em relação ao abastecimento de água, cerca de 93% dos moradores de Alfenas recebiam cobertura pela rede geral no ano de 2000. Porém uma parcela de aproximadamente 6,9% dos moradores ainda dependia de poços, nascentes ou outras formas de abastecimento de água, favorecendo assim a proliferação de doenças transmissíveis decorrentes de contaminação ambiental (Tabela 2).

Tabela 2 - Número e proporção de domicílios e moradores por tipo de abastecimento de água no município de Alfenas – MG, no ano 2000.

Água	Domicílios		Moradores	
	N	Percentual (%)	N	Percentual (%)
Rede geral	17218	93,1	62086	93,1
Poço ou nascente	1188	6,4	4272	6,4
Outra forma	97	0,5	329	0,5
Total	18503	100,0	66687	100,0

Fonte: www.datasus.gov.br

No que diz respeito à coleta de lixo, aproximadamente 93% dos moradores do município tinham seu lixo coletado pelo serviço municipal. Contudo o lixo produzido por 6,7% dos moradores ainda não tinha um destino correto, isto é, era queimado ou enterrado na propriedade, jogado em terreno baldio, rio, lago ou tinha outro destino não discriminado, propiciando uma maior chance de aparecimento de doenças transmissíveis decorrentes do acúmulo de lixo (Tabela 3).

Tabela 3 - Número e proporção de domicílios e moradores por tipos de coleta de lixo no município de Alfenas – MG, no ano 2000.

Coleta de lixo	Domicílios		Moradores	
	N	Percentual (%)	N	Percentual (%)
Coletado	17258	93,3	62178	93,3
Queimado (na propriedade)	822	4,4	3025	4,5
Enterrado (na propriedade)	86	0,5	291	0,4
Jogado	258	1,4	914	1,4
Outro destino	79	0,4	279	0,4
Total	18503	100,0	66687	100,0

Fonte: www.datasus.gov.br

Conforme os dados da Tabela 4, 91% dos moradores de Alfenas faziam uso de rede de esgoto geral ou pluvial e 1,7% de fossa séptica. Já aproximadamente 7% dos moradores não apresentavam forma adequada ou não tinham instalação

sanitária, o que juntamente com a falta de coleta de lixo e de abastecimento de água por rede geral contribuiu certamente com os números de doenças transmissíveis no município de Alfenas.

Tabela 4 - Número e proporção de domicílios e moradores por tipos de Instalações Sanitárias no município de Alfenas – MG, no ano 2000.

<i>Instalações Sanitárias</i>	<i>Domicílios</i>		<i>Moradores</i>	
	N	Percentual (%)	N	Percentual (%)
Rede geral de esgoto ou pluvial	16880	91,00	60904	91,30
Fossa séptica	328	2,00	1165	1,70
Fossa rudimentar	1134	6,10	4081	6,10
Vala	23	0,10	96	0,10
Rio, lago ou mar	65	0,30	243	0,40
Outro escoadouro	6	0,03	14	0,02
Não tem instalação sanitária	67	0,40	184	0,30
Total	18503	100,00	66687	100,00

Fonte: www.datasus.gov.br

No que concerne à educação, a cidade apresentava um percentual de alfabetização de aproximadamente 93% a 98,5% para as faixas etárias de 10 a 49 anos, mesmo quando avaliadas as faixas etárias de 50 a 80 anos e mais, a porcentagem sempre ficou acima de 66%, mostrando que o município tem índices aceitáveis de alfabetização, como segue na Tabela abaixo.

Tabela 5 - Porcentagem de alfabetização, segundo faixa etária, no município de Alfenas, no ano 2000.

Faixa etária	Situação	Alfabetizado	Não Alfabetizado	Total
Menor 1 ano		-	100,00	100,00
1 a 4 anos		-	100,00	100,00
5 a 9 anos		62,23	37,77	100,00
10 a 14 anos		98,30	1,70	100,00
15 a 19 anos		98,51	1,49	100,00
20 a 29 anos		96,79	3,21	100,00
30 a 39 anos		94,59	5,41	100,00
40 a 49 anos		93,40	6,60	100,00
50 a 59 anos		85,9	14,51	100,00
60 a 69 anos		74,21	25,79	100,00
70 a 79 anos		66,49	33,51	100,00
80 anos e mais		67,16	32,84	100,00
Total		81,56	18,44	100,00

Fonte: www.datasus.gov.br

A Tabela 6 traz alguns indicadores mais utilizados para descrever uma situação de saúde. Dentre eles estão o coeficiente de mortalidade infantil e seus componentes, os quais estão diretamente relacionados às condições socioeconômicas e de saúde de uma população.

Tabela 6 - Coeficientes de mortalidade (por mil habitantes), no município de Alfenas, no ano 2000.

<i>Causas Básicas</i>	Coeficiente
Geral	6,0
Doenças infecciosas	0,3
Neoplasias	0,7
Doenças do aparelho circulatório	1,7
Infantil	31,4
Neonatal	26,7
Infantil Tardia	4,7
Causas externas	0,3

Fonte dados brutos: www.datasus.gov.br

Nota: Mortalidade proporcional por causas mal definidas 5,9 %

No que se refere ao coeficiente de mortalidade neonatal, 26,7% dos nascidos vivos do município encontravam-se em risco de morrer, o que possivelmente estava relacionada muito mais às más condições de saúde da mãe e a insatisfatória assistência ao pré-natal, parto e ao recém-nascido do que de fato as condições socioeconômicas do município, uma vez que o coeficiente de mortalidade infantil tardia era menor, 4,7%, conforme pode ser constatado na Tabela 6.

4.3 Coleta de dados e variáveis do estudo

Para Costa Junior (1997), os dados para um estudo podem ser obtidos de duas maneiras, de forma primária, quando o levantamento é feito pelo próprio pesquisador, e secundária, por meio geralmente de registros ligados a instituições governamentais.

O estudo utilizará dados secundários uma vez que captará registros de morbidade, mortalidade, assistência em saúde, saneamento básico, educação, além de registros socioeconômicos e demográficos do site DATASUS.

No que tange as variáveis do trabalho, uma delas, compõe a Classificação Internacional de doenças (CID), a qual será dada breve explicação a respeito de sua história, uma vez que o período estudado envolverá revisão desta por parte da Organização Mundial de Saúde, passando de CID-9 para CID-10.

Como descreve Costa Júnior (2006), a 9ª Revisão da CID ocorreu em 1975 com várias modificações realizadas e inovações introduzidas. Algumas destas novidades foram:

- Inclusão do Duplo Código, chamado sistema de (†, *), que atende, respectivamente, interesses tanto de mortalidade quanto de morbidade, uma vez que codifica a etiologia (†) para a mortalidade e a manifestação (*) para a morbidade.
- Duas classificações suplementares para testes, das quais:
 - Incapacidades de desvantagens;
 - Procedimentos em Medicina.
- Regras de seleção para uma única causa em Tabulações de morbidade;
- Recomendação do uso de um atestado de morte perinatal.

A 9ª Revisão apresentava a seguinte estrutura:

- 17 capítulos;
- 2 Volumes:
 - 1º Lista Tabular;
 - 2º Índice Alfabético.

Por não existir uma relação biunívoca entre a CID-9 e a CID-10, não existe uma tabela de conversão direta entre as classificações. Assim, para dados de morbidade no Brasil até 1997, inclusive, era utilizada a CID-9 - 9ª Revisão da Classificação. A partir de janeiro de 1998, passou-se a utilizar a CID-10 - 10ª Revisão da Classificação.

Como opções de dados têm-se:

- **Capítulos CID-9**

I	Doenças infecciosas e parasitárias	001-139
II	Neoplasmas	140-239
III	Doenças das glândulas endócrinas, da nutrição e do metabolismo e transtornos imunitários	240-279
IV	Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos	280-289
V	Transtornos mentais	290-319
VI	Doenças do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos	320-389
VII	Doenças do aparelho circulatório	390-459
VIII	Doenças do aparelho respiratório	460-519
IX	Doenças do aparelho digestivo	520-569
X	Doenças do aparelho geniturinário	580-629
XI	Complicações da gravidez, do parto e do puerpério	630-676
XII	Doenças da pele e do tecido celular subcutâneo	680-709
XIII	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	710-739
XIV	Anomalias congênitas	740-759
XV	Algumas afecções originadas no período perinatal	760-779
XVI	Sintomas, sinais e afecções mal definidas	780-799
XVII	Lesões e envenenamentos	800-999
	Classificação suplementar de causas externas de lesões e envenenamentos	E800-E999
Supl	Classificação suplementar de fatores que exercem influência sobre o estado de saúde e de oportunidades de contato com serviços de saúde	V01-V82
Ign	CID não especificado ou inválido	

- **Lista Básica de Tabulação**

Apresentada no volume I da Classificação Internacional de Doenças, 9ª Revisão, às páginas 784 a 795, corresponde aos 56 agrupamentos de doenças (códigos 1 a 56), incluindo as rubricas para as Causas Externas de Lesões e Envenenamentos (códigos E47 a E56) e para os Fatores que exercem influência

sobre o estado de saúde e de oportunidades de contado com os serviços de saúde (código V00).

- **Lista Estendida de Tabulação**

A Lista Estendida de Tabulação corresponde à Lista Básica de Tabulação (LBT), no maior nível de detalhamento apresentado no Volume I da Classificação Internacional de Doenças - 9ª Revisão, sendo que alguns agrupamentos foram desmembrados, com o objetivo de obter informações mais adequadas à realidade brasileira. Estes casos têm as seguintes características:

- Apresentam um quarto ou quinto dígitos: correspondem a categorias mais detalhadas que as definidas originalmente;
- O terceiro dígito é 9: correspondem ao resíduo do agrupamento a 2 dígitos, não detalhados a 3 dígitos.

Algumas extensões das subcategorias, assinaladas com *, só contém dados a partir de 1992. Para os anos anteriores, os dados aparecem na categoria imediatamente superior, não marcada com *.

- **Lista de Tabulação CID-BR**

A Lista de Tabulação CID-BR é uma versão da Lista Básica de Tabulação da Classificação Internacional de Doenças - 9ª Revisão, adaptada à realidade brasileira. Esta lista é mais apropriada para análise de Mortalidade, conforme sua proposta. Por este motivo, não inclui, originalmente, códigos para o Parto normal (CID 650), Lesões e Envenenamentos (CID 800 a 999) e a Classificação suplementar de fatores

que exercem influência sobre o estado de saúde e de oportunidades de contato com serviços de saúde (códigos V).

A 10^o Revisão da Classificação internacional de Doenças ocorreu em Genebra, Suíça, no ano de 1989.

Esta última revisão apresenta atualmente a seguinte estrutura:

- 21 Capítulos
- 3 Volumes
 - 1^o Lista Tabular;
 - 2^o Manual de Instrução, criado nesta revisão;
 - 3^o Índice Alfabético.

O 1^o volume contém a classificação propriamente dita assim chamada LISTA TABULAR. Esta é formada por categorias, isto é, códigos de três caracteres (uma letra e dois algarismos) e subcategorias (nesse caso, quando a uma categoria é atribuído um outro número, tem-se, portanto, as subdivisões de três caracteres iniciais acrescidos de um ponto e de outro número. No 2^o volume contém orientações, guias, regras etc. para os usuários da CID-10, e o 3^o Volume é o índice alfabético (como na CID-9) e está composta das seguintes partes: Seção I - Índice Alfabético de Doenças e Natureza da Lesão; Seção II - Índice Alfabético de Causas Externas da Lesão; Seção III - Tabela de Drogas e Compostos Químicos.

No Brasil, para dados de mortalidade, até 1995, inclusive, era utilizada a CID-9 - 9^a Revisão da Classificação. A partir de 1996, passou-se a utilizar a CID-10 - 10^a Revisão da Classificação.

Os dados da CID-10 podem ser recuperados por dois meios:

- Capítulos;

I	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	A00-B99
II	Neoplasmas [tumores]	C00-D48
III	Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	D50-D89
IV	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	E00-E90
V	Transtornos mentais e comportamentais	F00-F99
VI	Doenças do sistema nervoso	G00-G99
VII	Doenças do olho e anexos	H00-H59
VIII	Doenças do ouvido e da apófise mastóide	H60-H95
IX	Doenças do aparelho circulatório	I00-I99
X	Doenças do aparelho respiratório	J00-J99
XI	Doenças do aparelho digestivo	K00-K93
XII	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	L00-L99
XIII	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	M00-M99
XIV	Doenças do aparelho geniturinário	N00-N99
XV	Gravidez, parto e puerpério	O00-O99
XVI	Algumas afecções originadas no período perinatal	P00-P96
XVII	Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	Q00-Q99
XVIII	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	R00-R99
XIX	Lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas	S00-T98
XX	Causas externas de morbidade e de mortalidade	V01-Y98
XXI	Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	Z00-Z99
**	CID 10ª Revisão não disponível ou não preenchido ou inválido	U99, em branco ou inválido

- Lista CID-BR.

Esta última foi elaborada a partir da [Lista de Tabulação da CID-BR-9](#), uma versão da Lista Básica de Tabulação da Classificação Internacional de Doenças - 9ª Revisão, adaptada à realidade brasileira pela Secretaria de Vigilância em Saúde.

No que diz respeito aos dados de morbidade as variáveis a serem utilizadas no trabalho serão: Ano de competência; Capítulo da 9ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-9); Lista CID-BR CID-9; Capítulo CID-10; Lista de Morbidade CID-10; Sexo; Faixa Etária; Internações; Autorização de Internação Hospitalar (AIH) Pagas; Valor Total e Dias de Permanência. Os dados acima referidos abrangerão tanto os dados do local de internação quanto os de local de residência.

Os grupos de causas para mortalidade utilizadas no trabalho serão: CAP CID-9; Causa CID-BR-9; Capítulo CID-10, Causa CID-BR-10; Ano de Óbito; Faixa Etária; Sexo; Óbitos por Residência.

4.4. Análise dos Dados

4.4.1 Morbidade Hospitalar por Doenças Mentais

Os dados que serão analisados, dizem respeito à Morbidade por Doenças Mentais por local de residência. Assim pretende-se utilizar:

4.4.1.1 Número e proporção (%) de internações, por sexo, segundo Transtornos Mentais e Comportamentais no município de Alfenas para a série histórica de 1995 a 2007.

4.4.1.2 Custo total das internações, segundo sexo, de acordo com a especialidade psiquiátrica, para o município de Alfenas na série histórica de 1995 a 2007.

4.4.1.3 Tempo de Permanência, em dias, segundo sexo, para a especialidade psiquiátrica, no município de Alfenas, na série histórica 1995 a 2007.

4.4.1.4 Número e proporção (%) de internações, por sexo, segundo Álcool e Outras Substâncias Psicoativas, no município de Alfenas para a série histórica de 1995 a 2007.

4.4.1.5 Custo total das internações, segundo sexo, de acordo com Álcool e Outras Substâncias Psicoativas, para o município de Alfenas na série histórica de 1995 a 2007.

4.4.1.6 Tempo de Permanência, em dias, segundo sexo, para Álcool e Outras Substâncias Psicoativas, no município de Alfenas, na série histórica 1995 a 2007.

4.4.1.7 Número e proporção (%) de internações, por sexo, segundo Transtorno Afetivo no município de Alfenas para a série histórica de 1995 a 2007.

4.4.1.8. Custo total das internações, por sexo, segundo Transtorno Afetivo, para o município de Alfenas na série histórica de 1995 a 2007.

4.4.1.9 Tempo de Permanência, em dias, por sexo, segundo Transtorno Afetivo, no município de Alfenas, na série histórica 1995 a 2007.

4.4.1.10 Número e proporção (%) de internações, por sexo, segundo Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes no município de Alfenas para a série histórica de 1995 a 2007.

4.4.1.11 Custo total das internações, por sexo, segundo Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes, para o município de Alfenas na série histórica de 1995 a 2007.

4.4.1.12 Tempo de Permanência, em dias, por sexo, segundo Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes, no município de Alfenas, na série histórica 1995 a 2007.

4.4.2 Morbidade Hospitalar por Gravidez, Parto e Puerpério.

Os dados que serão analisados, dizem respeito à Morbidade por Gravidez, Parto e Puerpério por local de residência, assim pretende-se utilizar:

4.4.2.1 Número e proporção (%) de internações segundo Gravidez, Parto e Puerpério no município de Alfenas para a série histórica de 1995 a 2007.

4.4.2.2 Custo total das internações de acordo com a especialidade obstétrica, para o município de Alfenas na série histórica de 1995 a 2007.

4.4.2.3 Tempo de Permanência, em dias, para a especialidade obstétrica, no município de Alfenas, na série histórica 1995 a 2007.

4.4.3 Morbidade Hospitalar Geral

Os dados que serão analisados, dizem respeito à morbidade por local de residência, assim pretende-se utilizar:

4.4.3.1 Número e proporção (%) de internações por sexo segundo capítulos da Classificação Internacional de Doenças no município de Alfenas para a série histórica de 1995 a 2007.

4.4.3.2 Custo total das internações, segundo local de ocorrência, de acordo com as especialidades de clínica cirúrgica, clínica médica, obstétrica, psiquiátrica e pediátrica para o município de Alfenas na série histórica de 1995 a 2007.

4.4.3.3 Tempo de Permanência, em dias, segundo causas (capítulos CID), para o município de Alfenas na série histórica de 1995 a 2007.

5. Resultados e Discussão

Tabela 7 - Proporção (%) de internações (SUS), por sexo, segundo Transtornos Mentais e Comportamentais no município de Alfenas para a série histórica de 1995 a 2007.

Ano	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
1995	8,56	2,11	10,67
1996	7,68	1,91	9,59
1997	7,39	1,75	9,14
1998	6,79	1,89	8,68
1999	8,04	2,08	10,12
2000	8,36	2,58	10,94
2001	8,16	2,37	10,53
2002	1,92	0,56	2,48
2003	2,04	0,92	2,96
2004	0,99	0,14	1,13
2005	0,64	0,13	0,77
2006	1,86	0,66	2,52
2007	2,35	0,58	2,93

Fonte: DATASUS, disponível em: www.datasus.gov.br

A tabela 1 mostra que as internações por sexo segundo transtornos mentais no município de Alfenas, ao longo da série histórica, são mais freqüentes entre os homens do que nas mulheres, na ordem de uma para cinco. Houve também importante declínio na proporção de internações no período descrito, tanto para o sexo masculino quanto para o sexo feminino, bem como para o total de internações, apresentando redução de aproximadamente 80% comparando os anos de 1995 até 2007. Tal acontecimento pode estar relacionado ao fato de que, no país, existe uma política de desospitalização e a implantação da rede de atenção à saúde mental de base comunitária que no caso são os chamados serviços extra-hospitalares como o CAPS, as Residências Terapêuticas e os Ambulatórios de Saúde Mental. Resta saber se no dado município estes serviços extra-hospitalares de fato atuam de forma efetiva favorecendo, assim, a diminuição das internações e conseqüentemente cooperando para a melhora do atendimento ao indivíduo portador de sofrimento psíquico.

Tabela 8 - Custo total das internações, segundo sexo, de acordo com a especialidade psiquiátrica, para o município de Alfenas na série histórica de 1995 a 2007.

Ano	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
1995	75979,02	32604,50	108583,52
1996	63946,86	24143,00	88089,86
1997	81964,28	30947,22	112911,50
1998	102421,25	49855,40	152276,65
1999	207634,07	96201,78	303835,85
2000	249135,64	126085,80	375221,44
2001	266503,08	147939,49	414442,57
2002	177708,11	119709,75	297417,86
2003	105640,81	99110,40	204751,21
2004	80173,93	97504,88	177678,81
2005	90187,25	97521,98	187709,23
2006	118184,23	103566,74	221750,97
2007	114163,21	102301,97	216465,18
Total	1733641,74	1127492,91	2861134,65

Fonte: DATASUS, disponível em: www.datasus.gov.br

Nota: Valor referente às AIHs pagas no período

Observa-se pela tabela 2 que o custo total de internações pela especialidade psiquiátrica apresentou variações quando se avalia a série histórica. Entre os anos de 1995 até 2001 o custo total teve um aumento de aproximadamente quatro vezes, lembrando que não foi feita análise econômica para verificar se o aumento do custo foi superior a inflação no período. Quando se avalia o custo por sexo, observa-se que os homens demandam mais recursos financeiros, uma vez que entre todos os anos da série histórica o valor total gasto em internações para o sexo masculino foi sempre maior que no sexo feminino, com exceção dos anos de 2004 e 2005, em que o valor total gasto com as mulheres superou o valor gasto com os homens em aproximadamente 17% e 7% respectivamente. Tal fato entra em desacordo com o que ocorre no Brasil atualmente, uma vez que os gastos com psiquiatria têm diminuído progressivamente desde 1997, passando os serviços extra-hospitalares receberem maior quantidade de recursos financeiros como estava previsto acontecer

para o ano de 2006 em que 51,33 % do total dos recursos seriam destinados aos serviços extra-hospitalares.

Tabela 9 - Tempo de Permanência, em dias, segundo sexo, para a especialidade psiquiátrica, no município de Alfenas, na série histórica 1995 a 2007.

Ano	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
1995	4494	2049	6543
1996	3415	1276	4691
1997	4411	1660	6071
1998	4582	2249	6831
1999	8868	4104	12972
2000	10254	5152	15406
2001	9887	5445	15332
2002	6201	4101	10302
2003	3910	3665	7575
2004	2593	3198	5791
2005	2749	2978	5727
2006	3603	3145	6748
2007	3348	2952	6300
Total	68315	41974	110289

Fonte: DATASUS, disponível em: www.datasus.gov.br

O tempo de permanência, quando avaliado por sexo, apresentou nos homens um aumento no período de 1995 a 2000, na ordem de 56%, porém esta variação apresentou decréscimo a partir de 2001 até 2007, com valores aproximados de 67%. No caso do sexo feminino ocorreu aumento similar ao masculino para os anos de 1995 a 2000, e decréscimo, na ordem de 45% a partir do ano de 2001 até 2007. Quando avaliado o total de tempo de internação, observa-se também que ocorreu aumento nos valores para os anos de 1995 até 2000, logo depois decréscimo até 2007. Tabela 3. Uma vez que o tempo médio de hospitalização (TMH) preconizado pelo Ministério da Saúde é de 30 dias para uma internação de adulto, Brasil (1990). Pode-se observar então pelos números acima que a média tem se mantido dentro dos limites estipulados pelo Ministério da Saúde.

Tabela 10 - Proporção (%) de internações (SUS), por sexo, segundo Álcool e Outras Substâncias Psicoativas no total de internações pelo capítulo de transtornos mentais e comportamentais da CID, Alfenas - MG, 1995 a 2007.

Ano	Sexo	Masculino	Feminino	Total
		%	%	%
1995		63,95	28,33	53,62
1996		64,17	34,04	55,69
1997		42,86	25,53	38,15
1998		41,67	16,07	34,04
1999		38,41	9,23	30,13
2000		37,36	16,87	30,94
2001		43,79	18,06	36,10
2002		50,00	15,79	39,34
2003		35,71	11,54	26,47
2004		15,00	0,00	12,50
2005		15,38	0,00	11,76
2006		10,53	5,26	8,77
2007		11,90	28,57	16,07

Fonte: DATASUS, disponível em: www.datasus.gov.br

A proporção do total de internações por álcool e outras substâncias psicoativas apresentou decréscimo de aproximadamente 70% quando considerada a série histórica de 1995 a 2007. Dentro do total de internações por esta causa, quando considerado o sexo, os homens sempre apresentaram maior proporção de internações, com uma única exceção, a qual ocorreu no ano de 2007, em que as mulheres superaram a proporção de internação em aproximadamente 60%, tabela 4.

Os dados obtidos neste trabalho se assimilam com os estudos de Almeida e Coutinho (1993), Mari e Jorge (1997) e Carlini (2005), em que afirmam serem os homens os maiores responsáveis por internações por esta determinada causa.

Tabela 11 - Custo total das internações, segundo sexo, de acordo com Álcool e Outras Substâncias Psicoativas, para o município de Alfenas na série histórica de 1995 a 2007.

Ano	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
1995	47058,24	9041,54	56099,78
1996	38470,64	8325,46	46796,1
1997	30957,42	7642,44	38599,86
1998	36188,16	7454,84	43643
1999	59121,8	3699,88	62821,68
2000	69400,55	8485,44	77885,99
2001	59888,66	9148,32	69036,98
2002	30631,77	2907,35	33539,12
2003	19902,17	2176,58	22078,75
2004	2676,11	0	2676,11
2005	249,65	0	249,65
2006	489,45	127,34	616,79
2007	2271,51	1935,97	4207,48
Total	397306,13	60945,16	458251,29

Fonte: DATASUS, disponível em: www.datasus.gov.br

A tabela 5 mostra que os valores totais gastos com álcool e outras substâncias psicoativas diminuiriam vertiginosamente ao longo da série histórica em consideração. No período de 1995 até 2007 ocorreu um decréscimo aproximado de 92% em relação ao valor total gasto. Levando-se em consideração que existe maior internação por esta causa no sexo masculino, os recursos financeiros demandados também acompanharam esta tendência como mostra a tabela, ou seja, foram gastos com os homens, no total dos anos avaliados, aproximadamente seis vezes mais do que se gastou com as mulheres. Tais dados estão de acordo com o que foi descrito pelos estudos de Galduróz (2000) e Gallassi (2008), os quais mostram que os custos com Álcool, principalmente, e Outras Substâncias Psicoativas são maiores nos homens em relação às mulheres. Gallassi (2008) apresenta também que os custos com Álcool e Outras Substâncias Psicoativas independente do sexo apresentaram tendência crescente no período avaliado pelo autor.

Tabela 12 - Tempo de Permanência, em dias, segundo sexo, para Álcool e Outras Substâncias Psicoativas, no município de Alfenas, na série histórica 1995 a 2007.

Ano	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
1995	2745	599	3344
1996	2057	441	2498
1997	1671	410	2081
1998	1632	322	1954
1999	2526	160	2686
2000	2858	349	3207
2001	2277	334	2611
2002	1051	86	1137
2003	738	67	805
2004	72	0	72
2005	8	0	8
2006	23	2	25
2007	75	57	132
Total	17733	2827	20560

Fonte: DATASUS, disponível em: www.datasus.gov.br.

Levando-se em consideração o sexo masculino, este foi sempre maior que o sexo feminino avaliando o período de estudo. Ao longo dos anos ocorreu uma nivelção no tempo de permanência, chegando a uma diferença de oito dias entre os sexos, uma vez que no ano de 2005 não houve nenhuma internação por esta causa no sexo feminino. O que chama mais atenção é o fato de que o tempo total em dias de internação diminuiu consideravelmente como se vê na tabela 6. Este decréscimo chegou à casa dos 96%. Acredita-se que estes valores tenham sido influenciados pelo fato de uma possível mudança no diagnóstico no ato da internação, ou seja, no processo de hospitalização do paciente, mesmo este apresentando transtornos relacionados a Álcool e Outras Substâncias Psicoativas, no prontuário do mesmo é referenciado outra causa, o que leva a uma diminuição expressiva no tempo médio de internação.

Tabela 13 - Proporção (%) de internações (SUS), por sexo, segundo Transtorno Afetivo no município de Alfenas para a série histórica de 1995 a 2007.

Ano	Sexo	Masculino	Feminino	Total
		%	%	%
1995		0,68	8,33	2,90
1996		0,00	2,13	0,60
1997		0,79	2,13	1,16
1998		2,27	1,79	2,13
1999		2,44	6,15	3,49
2000		1,65	10,84	4,53
2001		1,78	6,94	3,32
2002		2,38	0,00	1,64
2003		0,00	15,38	5,88
2004		0,00	25,00	4,17
2005		0,00	25,00	5,88
2006		0,00	15,79	5,26
2007		2,38	0,00	1,79

Fonte: DATASUS, disponível em: www.datasus.gov.br.

De acordo com a tabela 7 (tabela 13), com exceção dos anos de 2002 e 2007, os quais não registraram nenhuma internação feminina, a proporção de internações por Transtornos Afetivos é consideravelmente maior entre as mulheres quando se faz a comparação entre sexos, estes dados corroboram com os trabalhos de Eaton *et al.* (1989) e Almeida Filho *et al.* (1997), no que se refere à taxa incidência maior no sexo feminino em relação ao sexo masculino. Quando se compara o peso das internações por esta causa no total de internações psiquiátricas, os transtornos afetivos representam uma pequena parcela, que varia de 0,60 até 5,88. Tal fato se explica uma vez que as internações por álcool e outras substâncias psicoativas, além da Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes representarem a maior proporção de internações.

Tabela 14 - Custo total das internações, por sexo, segundo Transtorno Afetivo, para o município de Alfenas na série histórica de 1995 a 2007.

Ano	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
1995	369,2	2679,18	3048,38
1996	0	461,5	461,5
1997	812,24	276,9	1089,14
1998	1200,16	553,8	1753,96
1999	3268,2	2822,84	6091,04
2000	2230,08	7490,16	9720,24
2001	2003,36	6261,6	8264,96
2002	814,52	0	814,52
2003	0	2855,55	2855,55
2004	0	623,2	623,2
2005	0	918,4	918,4
2006	0	1136,39	1136,39
2007	196,8	0	196,8
Total	10894,6	26079,5	36974,1

Fonte: DATASUS, disponível em: www.datasus.gov.br.

Como se observa na tabela acima, o gasto total em reais com transtornos afetivos são maiores nas mulheres, uma vez que acompanha a proporção de internações, as quais são maiores neste sexo. Contudo pode se perceber uma variação entre os anos estudados, quando levado em consideração não só o sexo, mas também o peso que tem os transtornos afetivos no total de internações psiquiátricas. Entre os anos de 1995 até 2000, ocorreu importante aumento no que se refere aos recursos financeiros demandados com esta causa. A partir de 2001 o decréscimo chegou a índices aproximados de 93%. O que chama atenção é o fato de não ter ocorrido nenhuma internação masculina para esta causa a partir de 2003 até 2006. O que leva a pensar que ou não ocorreu de fato internação por esta causa nos homens ou ocorreu erro de diagnóstico ou até mesmo, sub-notificação.

Tabela 15 - Tempo de Permanência, em dias, por sexo, segundo Transtorno Afetivo, no município de Alfenas, na série histórica 1995 a 2007.

Ano	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
1995	19757	43129	62886
1996	18232	43452	61684
1997	19934	45079	65013
1998	52	30	82
1999	140	120	260
2000	92	308	400
2001	76	241	317
2002	28	0	28
2003	0	106	106
2004	0	19	19
2005	0	28	28
2006	0	33	33
2007	6	0	6
Total	58317	132545	190862

Fonte: DATASUS, disponível em: www.datasus.gov.br.

O tempo de permanência para o transtorno afetivo mostrou-se elevado, a média de todos os anos estudados foi de aproximadamente 40 dias. Quando feito o estudo por sexo, as mulheres apresentaram maior média que os homens, com exceção dos anos 2002 e 2007, os quais não tiveram registros de internação pelo sexo feminino e os anos de 1998 e 1999 os quais o tempo de internação dos homens superou o das mulheres. Por conseguinte as mulheres apresentaram em média, 15 dias a mais que os homens no tempo de internação por transtornos afetivos, fato explicado pela maior proporção de internação do sexo feminino em relação ao masculino, tabela 9.

Tabela 16 - Proporção (%) de internações (SUS), por sexo, segundo Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes no município de Alfenas para a série histórica de 1995 a 2007.

Ano	Sexo	Masculino	Feminino	Total
		%	%	%
1995		31,29	46,67	35,75
1996		30,83	51,06	36,53
1997		52,38	65,96	56,07
1998		43,94	66,07	50,53
1999		42,68	69,23	50,22
2000		34,62	60,24	42,64
2001		30,18	56,94	38,17
2002		26,19	84,21	44,26
2003		50,00	61,54	54,41
2004		55,00	75,00	58,33
2005		69,23	75,00	70,59
2006		47,37	68,42	54,39
2007		66,67	57,14	64,29

Fonte: DATASUS, disponível em: www.datasus.gov.br.

A tabela 10 mostra como se comportou a proporção de internações por Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes ao longo da série histórica estudada. Pode-se observar que ao longo dos anos o peso das internações devido a esta causa no total de internações psiquiátricas apresentou um aumento significativo de aproximadamente 55% e que em 2007 dois terços do total de internações psiquiátricas foram em decorrência da Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes, tal dado pode ser comparado ao trabalho de Menezes e Mann (1993) em que no Brasil o diagnóstico de esquizofrenia correspondia a um terço do total de internações psiquiátricas. Ao avaliar a proporção por sexo, com exceção do ano de 2007 em que a relação de mulheres foi menor que a dos homens, descobriu-se que o sexo feminino é mais afetado por esta causa em aproximadamente 30%. Tal fato entra em desacordo com o estudo de Herrera (1997) e Gomes *et al.* (2002) no qual afirmam que o sexo feminino foi o que mais contribuiu com o processo de internação por esquizofrenia.

Tabela 17 - Custo total das internações, por sexo, segundo Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes, para o município de Alfenas na série histórica de 1995 a 2007.

Ano	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
1995	25088,38	16690,98	41779,36
1996	20970,56	13125,06	34095,62
1997	45282,38	21081,32	66363,70
1998	51677,08	33515,00	85192,08
1999	105255,80	70022,50	175278,30
2000	108348,29	91336,32	199684,61
2001	102521,96	103607,06	206129,02
2002	76710,33	95566,70	172277,03
2003	59651,55	76502,14	136153,69
2004	48594,62	75361,34	123955,96
2005	52184,80	83155,58	135340,38
2006	73571,28	78359,05	151930,33
2007	76725,20	76468,10	153193,30
Total	846582,23	834791,15	1681373,38

Fonte: DATASUS, disponível em: www.datasus.gov.br

No que se refere ao custo total gasto com internações por Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes, a tabela 11 mostra que ocorreu aumento de 72% em relação a evolução dos gastos totais por esta causa nos anos de 1995 até 2007. Feita a descrição dos dados por sexo, observa-se um gasto maior com o sexo masculino em relação ao feminino, apresentando ligeira inversão destes dados nos anos de 2002 até 2003. O que realmente chama a atenção nestes dados é que mesmo com o processo de desinstitucionalização proposto pela Reforma Psiquiátrica vigente no país, os gastos tiveram significativo aumento.

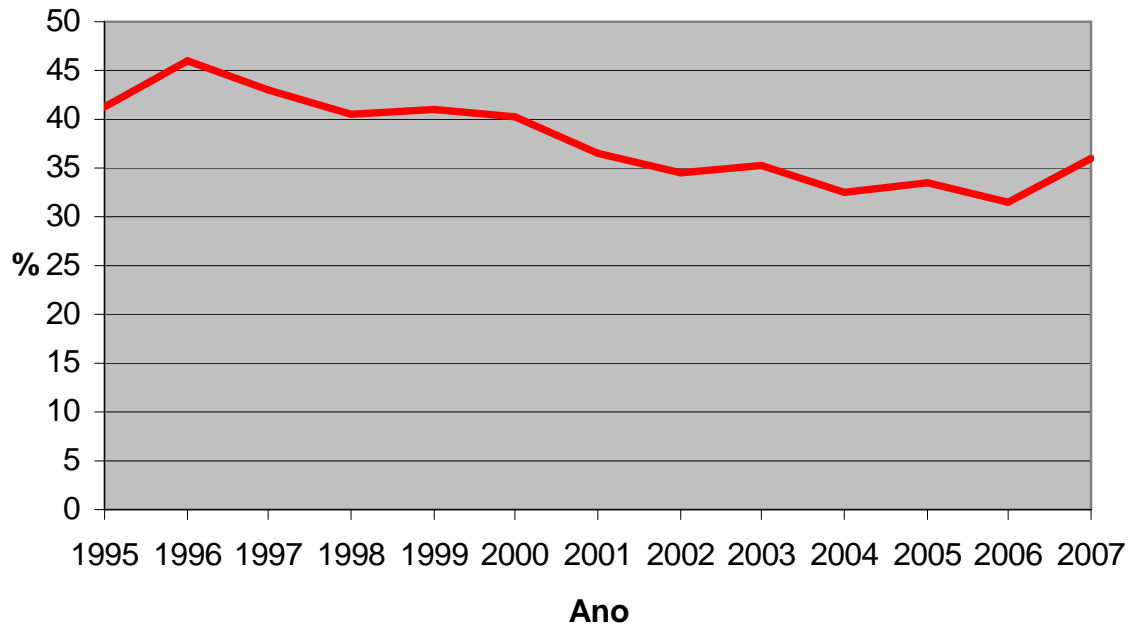
Tabela 18 - Tempo de Permanência, em dias, por sexo, segundo Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes, no município de Alfenas, na série histórica 1995 a 2007.

Ano \ Sexo	Masculino	Feminino	Total
1995	1525	1019	2544
1996	1111	693	1804
1997	2426	1131	3557
1998	2301	1533	3834
1999	4498	2988	7486
2000	4461	3770	8231
2001	3744	3799	7543
2002	2639	3285	5924
2003	2230	2844	5074
2004	1579	2478	4057
2005	1591	2539	4130
2006	2237	2382	4619
2007	2246	2205	4451
Total	32588	30666	63254

Fonte: DATASUS, disponível em: www.datasus.gov.br

Na tabela 12 observa-se que o tempo de permanência por esta causa apresenta variações no período avaliado, principalmente entre os anos de 1995 a 2000 em que o tempo de internação, considerando o total de internações por Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes, variou de 7 a 22 dias. Quando feita esta descrição por sexo, viu-se que indiferentemente do fato de ser homem ou mulher o tempo de permanência apresentou patamares bem parecidos, com variações entre 6,78 e 6,46 dias de internação. Este achado apresenta concordância com o estudo de Souza, Souza e Magna (2008) o qual demonstra que a variação no tempo de permanência na hospitalização não sofre influência do sexo.

Figura 1 - Proporção (%) de internações (SUS) segundo Gravidez, Parto e Puerpério no município de Alfenas para a série histórica de 1995 a 2007.



O gráfico 1 mostra a variação da proporção de internações por Gravidez, Parto e Puerpério no município de Alfenas. Avaliando a série histórica pode-se perceber que o percentual de internações por esta causa em relação ao total de todas as outras possíveis causas de internação no município sempre esteve acima dos 30%, atingindo seu maior valor no ano de 1996, em que o índice esteve próximo dos 46 pontos percentuais. No período estudado foi notada pequena modificação nas proporções de internações, saindo de 41% em 1995 encerrando 2007 com aproximadamente 36%. Tais dados apresentam diferenças em relação aos achados de Peixoto (1999) que levantou a proporção de internações em Santa Catarina e os dados da Ripsa (2008) que fez levantamento da proporção de internação por causas no Brasil no ano de 2005, no caso, os dois estudos mostraram que as internações por Gravidez, parto e puerpério correspondiam em aproximadamente 22,5% do total de internações.

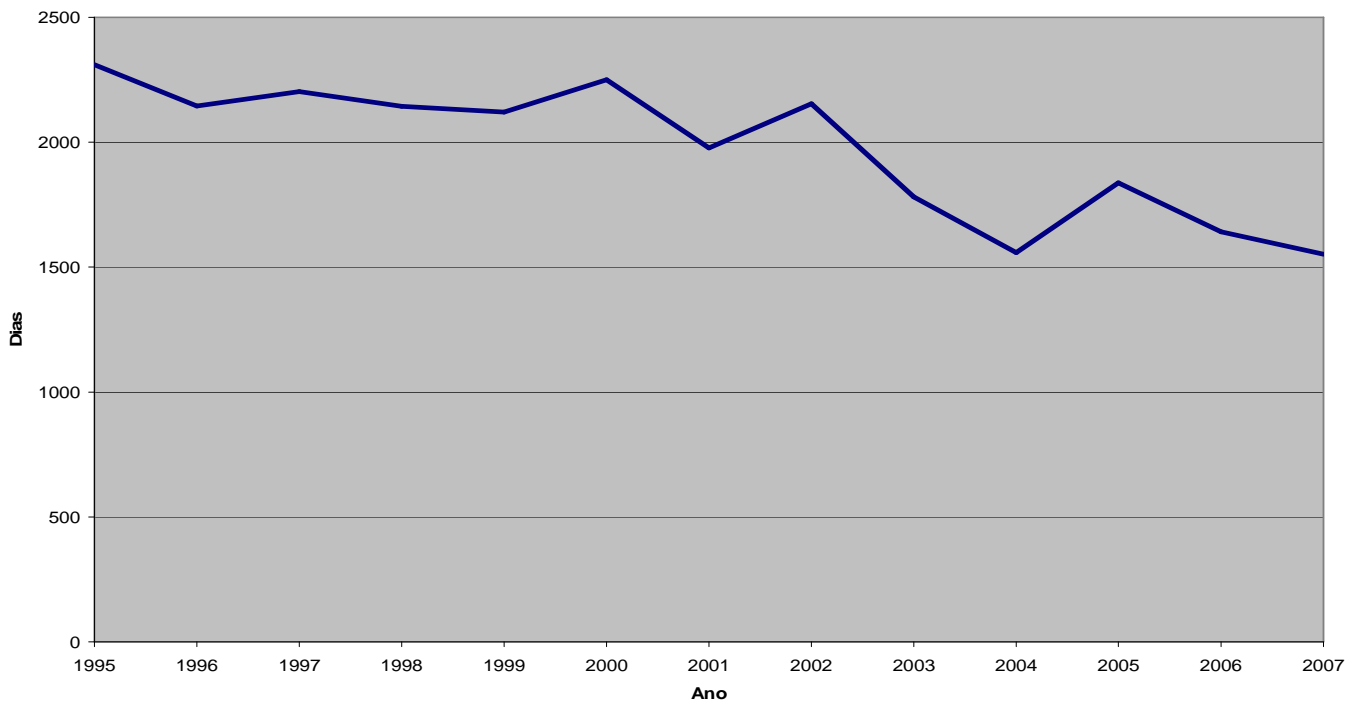
Tabela 19 - Custo total das internações de acordo com a especialidade obstétrica, para o município de Alfenas na série histórica de 1995 a 2007.

Ano	Total
1995	177552,23
1996	191306,87
1997	191783,19
1998	251007,51
1999	317930,80
2000	322993,11
2001	300382,13
2002	337447,16
2003	317728,57
2004	361429,55
2005	417304,32
2006	387563,19
2007	395898,59

Fonte: DATASUS, disponível em: www.datasus.gov.br

Considerando o gasto total em reais com internações pela especialidade obstétrica, nota-se que ocorreu aumento importante em relação aos recursos financeiros demandados por esta causa. Entre os anos de 1995 até 2007 houve elevação de aproximadamente 55% em relação aos valores gastos, este fato mostra que o peso orçamentário entra em desacordo com o processo de internações por gravidez parto e puerpério durante a série histórica no município, uma vez que esta manteve estabilidade na proporção de internações durante a série histórica estudada, tabela 13.

Figura 2 - Tempo de Permanência, em dias, para a especialidade obstétrica, no município de Alfenas, na série histórica 1995 a 2007.



De acordo com o gráfico 2, que traz informações a respeito do tempo de internação pela especialidade obstétrica, é possível perceber que os dias de internação por esta especialidade diminuíram em média 60% passando de seis dias para quatro dias. Tal fato pode estar relacionado à melhora da assistência à gestante que foi proposta pelo ministério da saúde intitulado de Programa nacional de humanização do Pré-Natal.

Tabela 20 - Proporção (%) de internações (SUS), segundo sexo, por grupos de causas no município de Alfenas para a série histórica de 1995 a 2007.

Grupo de causas	1995		1996		1997		1998		1999		2000	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Doenças infecciosas e parasitárias	5,06	2,64	3,84	2,60	5,39	2,64	4,73	2,64	5,54	3,26	4,69	2,49
Neoplasias	1,22	4,54	1,60	4,14	1,47	3,95	1,18	3,08	1,52	2,75	2,30	3,70
Transtornos mentais e comportamentais	8,56	2,11	7,68	1,91	7,39	1,75	6,79	1,89	8,04	2,08	8,36	2,58
Doenças do aparelho circulatório	15,08	9,76	14,79	8,69	12,08	8,42	13,43	8,62	13,54	9,74	13,88	11,40
Doenças do aparelho respiratório	14,55	8,74	19,78	8,25	16,47	9,65	18,06	11,06	16,33	9,20	15,17	7,36
Doenças do aparelho digestivo	16,88	9,83	16,65	8,77	21,22	10,13	18,58	10,82	16,28	10,48	16,27	8,95
Doenças do aparelho geniturinário	7,22	7,01	5,31	7,27	5,51	7,37	6,79	8,15	7,26	6,71	9,19	8,01
Gravidez, parto e puerpério	0,00	41,25	0,00	45,90	0,00	43,05	0,00	40,41	0,00	40,93	0,00	40,26
Causas externas	0,99	3,91	1,22	3,90	1,06	3,13	0,31	0,07	0,05	0,03	0,00	0,00
Demais causas	30,44	10,21	29,13	8,57	29,43	9,91	30,11	13,26	31,44	14,82	30,15	15,25
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fonte: DATASUS, disponível em: www.datasus.gov.br

Tabela 20 - Proporção (%) de internações (SUS), segundo sexo, por grupos de causas no município de Alfenas para a série histórica de 1995 a 2007, continuação.

Grupo de causas	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Doenças infecciosas e parasitárias	3,62	2,40	3,52	2,01	3,94	2,87	5,70	2,94	5,49	3,03	4,36	3,07	4,20	2,18
Neoplasias	1,01	3,19	5,39	6,81	6,47	7,57	6,79	9,28	6,63	10,64	8,08	10,99	6,21	7,00
Transtornos mentais e comportamentais	8,16	2,37	1,92	0,56	2,04	0,92	0,99	0,14	0,64	0,13	1,86	0,66	2,35	0,58
Doenças do aparelho circulatório	13,96	12,22	15,08	11,70	16,06	11,67	12,69	10,28	12,81	9,58	15,92	10,61	13,49	10,45
Doenças do aparelho respiratório	15,22	8,56	16,41	9,09	14,06	9,62	15,22	9,28	16,17	9,22	14,25	8,62	14,83	9,55
Doenças do aparelho digestivo	17,44	10,87	19,29	9,74	19,27	10,05	18,29	10,86	18,55	9,91	16,01	9,98	17,29	8,77
Doenças do aparelho geniturinário	7,54	8,79	5,99	9,56	5,35	5,94	6,00	6,56	6,87	6,79	4,80	7,36	5,04	8,07
Gravidez, parto e puerpério	0,00	36,56	0,00	34,41	0,00	35,20	0,00	32,57	0,00	33,56	0,00	31,45	0,00	35,88
Causas externas	0,05	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Demais causas	33,00	15,02	32,40	16,11	32,80	16,17	34,31	18,09	32,84	17,13	34,72	17,24	36,60	17,53
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fonte: DATASUS, disponível em: www.datasus.gov.br

De acordo com a tabela 14, cerca de um terço das internações (SUS), para o sexo feminino, realizadas no município de Alfenas referem-se ao atendimento a gravidez, parto e puerpério, tendo havido, no entanto, redução desta proporção no

decorrer dos anos estudados. Desconsiderando-se esse grupo de internações e as demais causas, segundo o sexo feminino, as doenças do aparelho circulatório aparecem como principal causa de morbidade hospitalar seguidas das doenças do aparelho digestivo e doenças do aparelho respiratório. Já nos homens, excluindo-se as demais causas, a principal causa de morbidade hospitalar foram as doenças do aparelho digestivo, seguida pelas doenças do aparelho respiratório e doenças do aparelho circulatório. Quando avaliado ambos os sexos, nota-se que a proporção de internações por neoplasias aumentou durante o período estudado tanto para homens quanto para mulheres, já as doenças do aparelho circulatório e respiratório apresentaram aumento somente para o sexo feminino dentro da série histórica.

Tabela 21 - Custo total das internações (SUS)* de acordo com as especialidades de clínica cirúrgica, clínica médica, obstetrícia, psiquiatria e pediátrica, para o município de Alfenas na série histórica de 1995 a 2007.

Ano	Especialidade	Clínica cirúrgica	Obstetrícia	Clínica médica	Psiquiatria	Pediatria
1995	R\$	R\$	R\$	R\$	R\$	R\$
		953.985,51	263.361,70	583.085,20	856.092,46	76.591,77
1996	R\$	R\$	R\$	R\$	R\$	R\$
		1.017.240,47	269.737,37	636.524,24	1.002.765,66	120.431,83
1997	R\$	R\$	R\$	R\$	R\$	R\$
		1.152.886,58	262.456,83	699.643,41	1.001.060,99	184.150,31
1998	R\$	R\$	R\$	R\$	R\$	R\$
		1.382.557,41	313.211,25	817.948,94	1.151.254,58	226.298,97
1999	R\$	R\$	R\$	R\$	R\$	R\$
		1.783.600,02	400.272,77	968.156,51	1.240.188,02	230.109,73
2000	R\$	R\$	R\$	R\$	R\$	R\$
		1.708.054,08	410.850,37	1.225.632,58	1.428.532,87	219.503,29
2001	R\$	R\$	R\$	R\$	R\$	R\$
		2.006.683,39	422.839,29	1.103.655,17	1.601.666,88	225.288,20
2002	R\$	R\$	R\$	R\$	R\$	R\$
		2.743.696,76	485.343,43	1.147.286,56	1.579.047,96	226.136,47
2003	R\$	R\$	R\$	R\$	R\$	R\$
		2.751.413,74	448.240,05	1.072.858,80	1.241.779,83	222.717,61
2004	R\$	R\$	R\$	R\$	R\$	R\$
		3.525.089,96	559.504,11	1.269.302,51	1.690.370,63	450.054,07
2005	R\$	R\$	R\$	R\$	R\$	R\$
		3.870.238,83	647.821,76	1.369.339,72	1.884.163,20	871.318,84
2006	R\$	R\$	R\$	R\$	R\$	R\$
		3.374.087,33	651.673,52	1.276.911,03	1.901.346,90	681.648,17
2007	R\$	R\$	R\$	R\$	R\$	R\$
		2.730.148,17	621.292,81	1.031.049,84	1.844.787,60	698.671,01

*segundo local de internação

Fonte: DATASUS, disponível em: www.datasus.gov.br

Como esperado a especialidade obstétrica foi a que mais demandou recursos em todo o período descrito, tais achados estão de acordo com Peixoto (1999), a qual fez a descrição dos gastos orçamentários demandados no estado de

Santa Catarina. Notou-se também que os custos em reais aumentaram significativamente ao longo dos anos para todas as especialidades, principalmente quando se avalia a especialidade de pediatria, a qual, ao longo da série histórica, apresentou acréscimo nos custos totais na ordem de 89% aproximadamente. Porém dentre as cinco especialidades em questão a que menos demonstrou aumento foi clínica médica com aproximadamente 43%, seguida pela psiquiatria (54%), obstetrícia (57%) e clínica cirúrgica (65%).

Tabela 22 - Tempo de Permanência, em dias, segundo causas (capítulos CID), para o município de Alfenas na série histórica de 1995 a 2007.

Ano													
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Grupos de Causas													
Doenças infecciosas e parasitárias	946	710	898	987	1247	1084	867	806	1003	1392	1426	1427	927
Neoplasias	676	707	739	563	477	881	727	1653	1617	1685	1948	1946	1361
Transtornos mentais e comportamentais	6543	4691	6071	6831	12972	15406	15332	10302	7575	5791	5727	6748	6300
Doenças do aparelho circulatório	3106	2685	2456	3137	3598	3464	3394	3792	3569	2978	3167	4059	3117
Doenças do aparelho respiratório	3328	3339	3488	4222	4028	3718	3624	4255	3482	3747	4196	3847	4008
Doenças do aparelho digestivo	2425	2143	2922	2616	2440	2278	2475	2817	2528	2707	2616	2326	2253
Doenças do aparelho geniturinário	1386	1029	1195	1458	2143	3985	1795	1753	1138	1316	1601	1281	1245
Gravidez, parto e puerpério	2311	2145	2203	2144	2121	2250	1977	2154	1781	1559	1838	1641	1552
Causas externas	1573	1490	1590	35	64	0	3	0	0	0	0	0	0
Demais causas	24489	21523	23262	30328	37404	41164	38343	36775	30744	28512	30461	31760	28968

Fonte: DATASUS, disponível em: www.datasus.gov.br.

De acordo com a tabela 16, a qual mostra o tempo de permanência por causas, pode-se perceber que os Transtornos mentais e comportamentais foram a segunda causa que mais demandou tempo de internação, ficando atrás somente das demais causas. No que se refere à variação no tempo de permanência ao longo dos anos, percebe-se que somente três das causas avaliadas obtiveram aumento no tempo de internação, do restante, a que mais chama a atenção são as causas externas que apresentou vertiginosa queda em seus valores chegando até zero a partir do ano de 2000. Este acontecimento pode estar ligado à diminuição das

internações por causas externas ou a questão da mudança de diagnóstico no ato da internação ou ainda relacionado à sub-notificação de dados.

6. Considerações Finais

Até a realização deste trabalho eram inexistentes, no município de Alfenas, estudos que pudessem servir de objeto norteador para tomada de decisões nas estratégias de assistência tanto na psiquiatria quanto na saúde mental.

Com o roteiro utilizado neste estudo foi possível traçar o perfil da morbidade por transtornos mentais no município. Este roteiro pode servir de modelo para que tanto gestores de saúde, como para profissionais envolvidos na área possam por si só entrar em contato com os números referentes à condição de saúde no que diz respeito aos Transtornos Mentais no município.

Os resultados desta pesquisa mostraram que o número de internações psiquiátricas diminuiu, confirmando a tendência que vem ocorrendo no país nos últimos anos. Contudo, mesmo com a diminuição das internações psiquiátricas, o custo e o tempo de internação que elas demandam aumentaram principalmente no que diz respeito ao diagnóstico de Esquizofrenia, o que, de fato, está aberto a hipóteses explicativas a serem verificadas. Uma delas pode ser o fato da grande proporção de internações psiquiátricas pelo diagnóstico relacionado à esquizofrenia.

O SIS-SUS mostrou-se uma importante fonte para levantar informações relacionadas à questão psiquiátrica, uma vez que disponibiliza os dados de forma gratuita e de livre acesso por meio do DATASUS, necessitando somente de um microcomputador e de uma pessoa com treinamento prévio.

Considerando o número insuficiente de estudos nesta área, não só neste município como também no país, espera-se que os resultados trazidos por este trabalho possam ter colaborado para o conhecimento deste assunto.

REFERÊNCIAS

ABRASCO. Compatibilização de bases de dados nacionais: Relatório da oficina de trabalho organizada pelo Grupo Técnico de Informação em Saúde e População da ABRASCO, **Informe Epidemiológico do SUS**, São Paulo, v. 3 p. 25-33, ago. 1997.

ALMEIDA L. M., COUTINHO E. S. F. Prevalência de consumo de bebidas alcoólicas e de alcoolismo em uma região metropolitana do Brasil. **Rev. de Saúde Pública**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 23-29. 1993.

ALMEIDA-FILHO, N, *et al.* Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity: Methodological features and prevalence estimates. **Br J Psychiatry**. v. 171, n. 6, p. 524-529, 1997.

ANDRADE, L.H.S.G.; VIANA, M.C.; SILVEIRA C.M. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. **Rev. Psiq. Clín.**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 43-54, 2006

BARATA, R. C. B. O desafio das doenças emergentes e a revalorização da epidemiologia descritiva. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 5, p.531-537, out. 1997.

BERTOLOTE, J. M. Legislação relativa à saúde mental: revisão de algumas experiências internacionais. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 29, n. 2, abr. 1995.

BRANCO, M. A. F. Sistemas de informação em saúde no nível local. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.12, n. 2, p.267-270, abr./ jun. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. **Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS**. Brasília, nov. 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Orientações para funcionamento e supervisão dos serviços de saúde mental**. Brasília, DF, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança no modelo de atenção**. Relatório de Gestão 2003-2006. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Brasília. 85 p, 2007.

CALIL, L. C. Reflexões sobre ética e o custo da consulta médica. **Psychiatry on line**. v. 4, n. 1, jan. 1999. Disponível em <http://www.polbr.med.br>, Acesso em: 30 ago. 2007.

CAMPOS, R. T. O., FURTADO, J.P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p.1053 -1062, maio 2006.

CANDIAGO, R. H.; ABREU, P. B. Uso do DATASUS para avaliação dos padrões das internações psiquiátricas, Rio Grande do Sul. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n.5, p. 821-29, 2007.

CARVALHO, M. S. et al. Demanda ambulatorial em três serviços da rede pública do município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p.17-29, jan/mar. 1994.

CARLINI, E.A. *et al.* - **II Levantamento domiciliar de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país – 2005**. Cebrid/Unifesp, São Paulo, 2005.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia científica**. 5.ed. São Paulo: Makron Books, 2002.

COUTINHO, E. S. F., ALMEIDA-FILHO, N., MARI, J. J. Fatores de risco para morbidade psiquiátrica menor: resultados de um estudo transversal em três áreas urbanas no Brasil. **Rev. Psiq. Clín.**, São Paulo, v. 26, n. 5, set/out 1999.

COSTA JÚNIOR, M.L. **Estatísticas de Saúde “on line”, Teoria e Prática**. 2006. 528 f. Tese (Livre-Docência em Estatística aplicada às Ciências do Comportamento e Saúde Mental e Estatística Vital On Line) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

EATON WW, *et al.* The incidence of specific DIS/DSM--III mental disorders: data from the NIMH Epidemiologic Catchment Area Program. **Acta Psychiatr Scand**, v.79, n.2, p. 163-178. 1989.

FILHO, F M A. O Que Vem Ocorrendo Com a Insuficiência Cardíaca no Brasil? **Arq. Bras. Cardiol.** São Paulo, v. 85, n. 3, set. 2005.

FORATTINI, O. P. **Epidemiologia Geral**. São Paulo: Edgard Blücher/USP, 1976

GALDURÓZ J.C.F. *et al.* - **I Levantamento domiciliar nacional sobre o uso de drogas psicotrópicas – Parte A:Estudo envolvendo as 24 maiores cidades do Estado de São Paulo**. Unifesp/Cebrid, São Paulo, 2000.

GALLASSI, A. D.; ELIAS, P. E. M.; ANDRADE, A. G. Caracterização do gasto SUS com internações de dependentes de substâncias psicoativas no período de 2000 a 2002 no município de Campinas – SP. **Rev. Psiq. Clínica**, São Paulo, v.35, supl 1; p.2-7, 2008.

GOMES M.P.C., *et al.* Censo de pacientes internados em uma instituição asilar no estado do Rio de Janeiro: dados preliminares. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n. 6, p.1803-1807, 2002.

HERRERA F. Incidência de esquizofrenia em el hospital psiquiátrico Julio Endara, 1995. **Rev Fac Cien Méd.** Quito, v.22, n.1, p.36-39, 1997.

LANCMAN, S. Psychiatric institutions and communities: a study of the demand for mental health care in the State of São Paulo, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.13, n. 1, p.93-102. jan. / mar. 1997.

LOPES, A. C. Metodologia de estudos de análise econômica em Psiquiatria **Psychiatry on line**. v. 4, n. 12, dez. 1999. Disponível em: <http://www.polbr.med.br/> acesso em 30 ago. 2007.

LOPEZ, A.D.; MURRAY, C.C. The global burden of disease, 1990-2020. **Nat Med**. v.4, n.11, p.1241-1243, 1998.

MACHADO K. Como anda a Reforma Psiquiátrica? RADIS. **Comunicação em Saúde - ENSP**. v.38, p. 11-19, 2005.

MARI, J. J., BRESSAN, R. A., ALMEIDA-FILHO, N. Mental health research in Brazil: policies, infrastructure, financing and human resources. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 161-169, jan./ fev. 2006.

MARI, J. J.; JORGE, M. R. **Transtornos psiquiátricos na clínica geral**, 1997. Disponível em: <http://polbr.med.br/arquivo/tpqcm.htm>. Acesso em: 12 nov. 2008.

MELLO JORGE, M.H.P.;GOTLIEB, S.L.D. **As condições de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000; 280 p.

MENEZES PR, MANN AH. The social adjustment of patients with schizophrenia: implications to the mental health policy in Brazil. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, n.27, v.5, p.340-349. 1993.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria executiva. Departamento de informática do SUS. **DATASUS Trajetória 1991-2002**. Ed. MS, Brasília – DF; 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria executiva. Departamento de informática do SUS - DATASUS. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/>, acesso em: 05 set. 2007.

MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>, acesso em: 05 set 2007.

NASCIMENTO, E M R; MOTA E; COSTA M C N. Custos das internações de adolescentes em unidades da rede hospitalar integrada ao SUS em Salvador, Bahia. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v.12, n.3, p.137-5, jul-set. 2003.

PEREIRA, M. C. **Epidemiologia teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

PEIXOTO H.C.G. **SECRETARIA da Saúde do Estado de Santa Catarina. As Internações Hospitalares em Santa Catarina, 1998-99**. Acesso em: 12/11/2008. Disponível em: http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/artigos/Internacoes_Hopitalares/InternacoesHospitalaresSC9899.pdf

PREFEITURA MUNICIPAL DE ALFENAS. Disponível em: <http://www.alfenas.mg.gov.br/cidade/cidade.asp>. Acessado em 07/12/2007.

RADAELLI, S. M. et al. Demanda de serviço de saúde comunitária na periferia de área metropolitana. **Rev. de Saúde Pública**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 232-240, jun. 1990.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE, (RIPSA). **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 349 p. 2008.

ROUQUAYROL, M. Z; ALMEIDA-FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

SALVADOR-CARULLA, L. et al. Hidden psychiatric morbidity in a vocational programme for people with intellectual disability. **J Intellect Disabil Res**, v. 44, p. 147, apr. 2000.

SAMAJA, J. **Epistemología y metodología: elementos para una teoría de la investigación científica**. Buenos Aires, Editorial Universitaria de Buenos Aires, 1993

SILVA, E. C.; COSTA JUNIOR, M. L. Transtornos mentais e comportamentais no sistema de informações hospitalares do SUS: perspectivas para a enfermagem. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 40, p. 196-202, 2006.

SOUZA J. C.; SOUZA N; MAGNA L.A. Tempo médio de hospitalização e categorias diagnósticas em hospital psiquiátrico. **J. Bras. Psiquiatr**. n.57, v.2, p.112-116. 2008.

THORNICROFT, G.; MAINGAY, S. The global response to mental illness. **BMJ**. v.21, n.325, p.608-609, 2002.

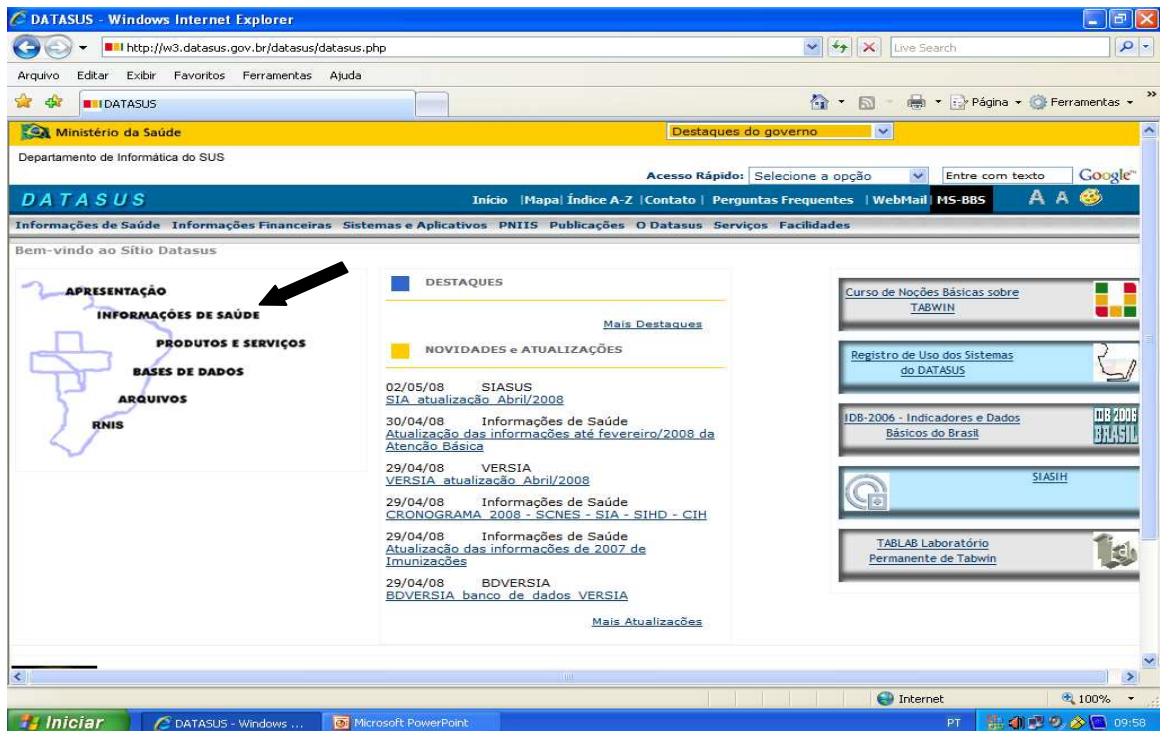
WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mental Health Atlas 2005**, Section I. Geneve. p. 47-50; 2005.

APÊNDICE A

1. ROTEIRO PARA COLETA DOS DADOS

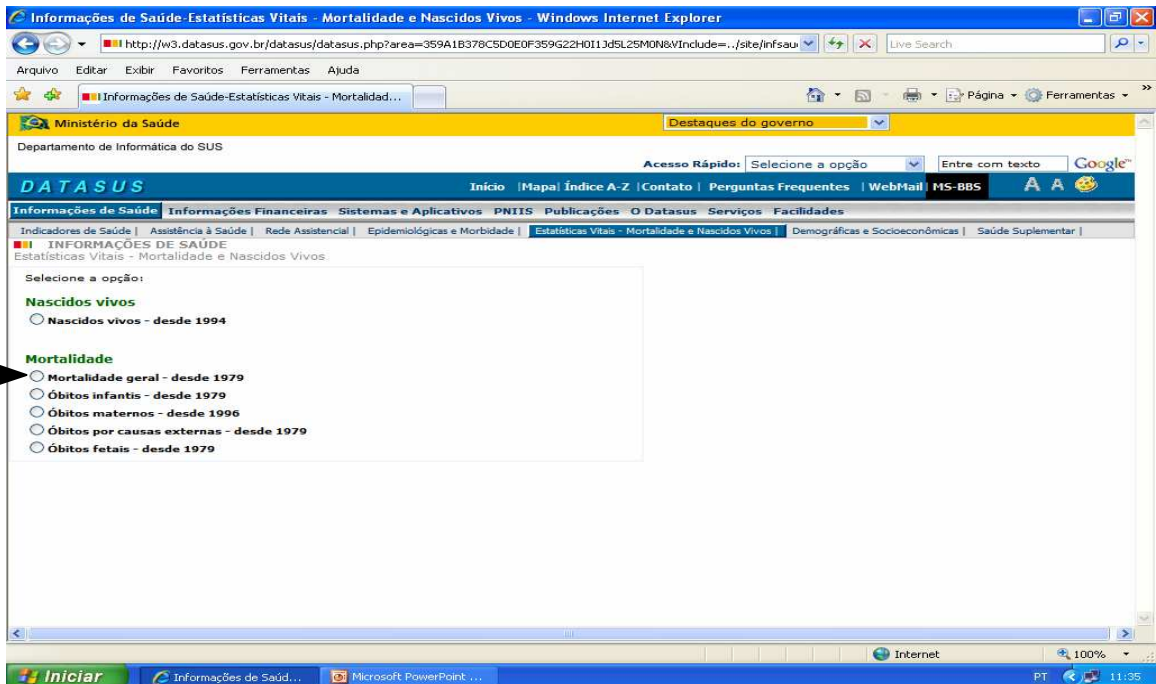
1.1 O roteiro para obtenção de dados sobre mortalidade no site DATASUS seguirá os seguintes passos:

- Acessar o site <http://www.datasus.gov.br>
- Na página inicial do site, clique em **“Informações de saúde”** como mostrado na figura abaixo.

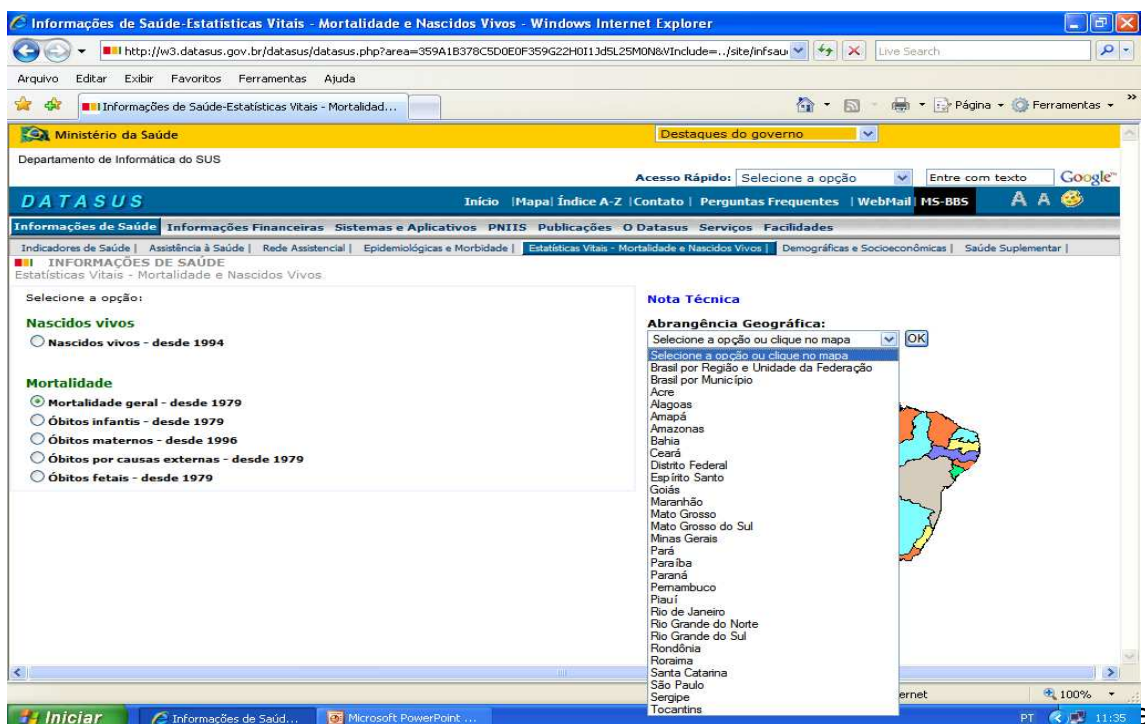


- Selecionado este item as seguintes opções de escolha serão:
 - Indicadores de saúde;
 - Assistência à saúde;
 - Rede Assistencial;
 - Epidemiológicas e Morbidade;
 - Estatísticas Vitais – Mortalidade e Nascidos Vivos;
 - Demográficas e Socioeconômicas;
 - Saúde Suplementar.

- Selecionar o item “**Estatísticas Vitais – Mortalidade e Nascidos Vivos**”, assim aparecerá a opção “**Mortalidade geral – desde 1979**”, selecionar.

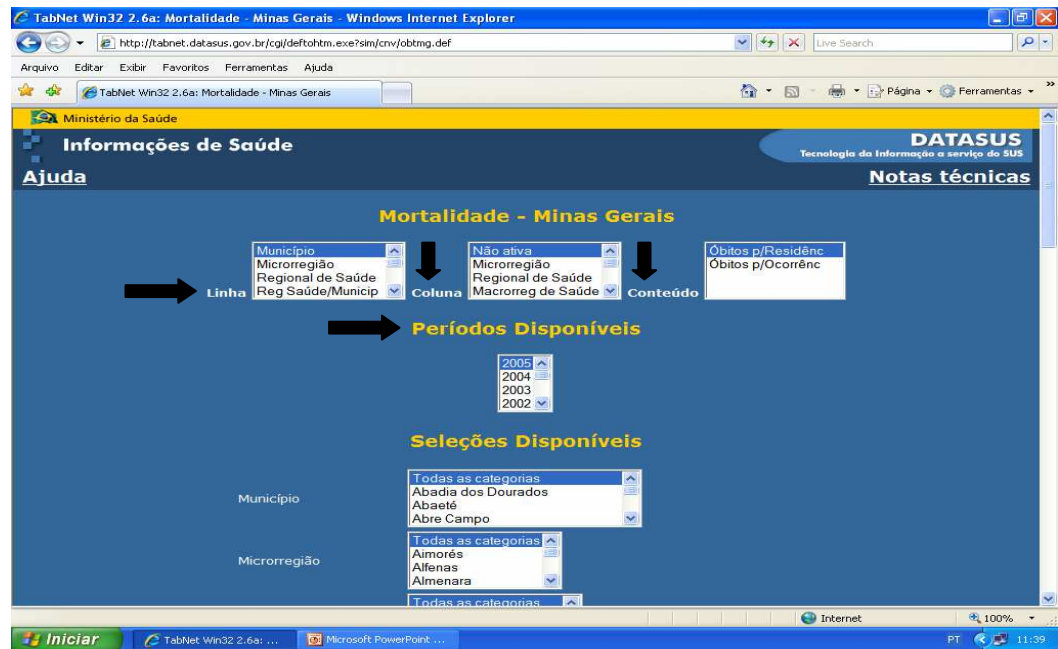


- A opção de localização geográfica aparece nesta altura do site, quando se seleciona uma das opções acima para que se possa fazer a escolha por regiões, unidade da federação ou ainda todo território nacional. Para isso tem-se a opção de clicar diretamente em um dos Estados do mapa apresentado ou ainda selecionar pela barra de rolagem situada acima deste, como na tela que segue abaixo.

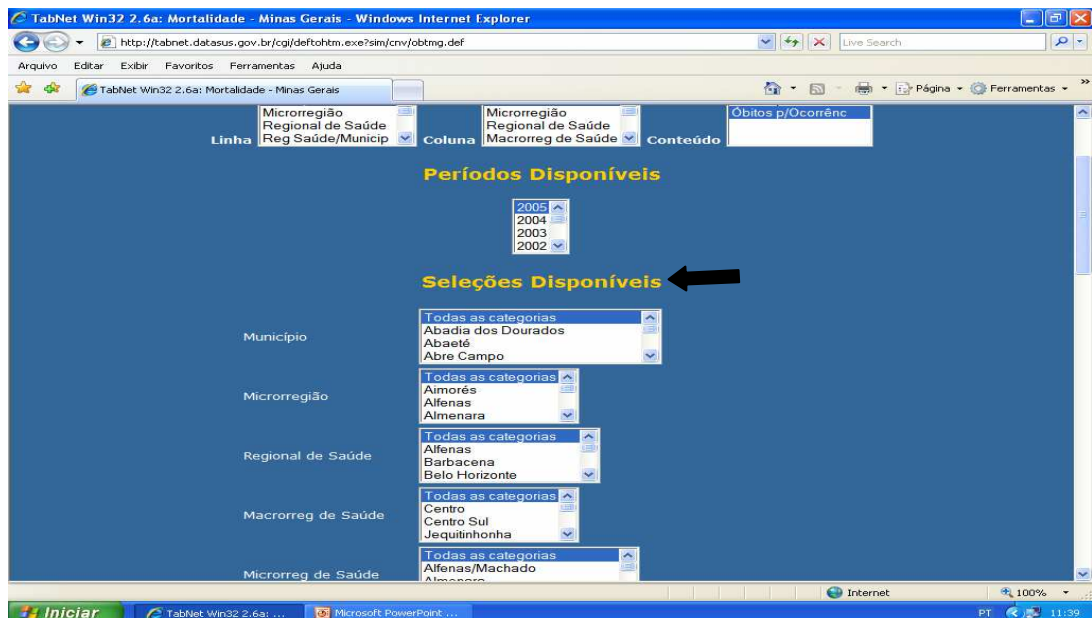


serão os critérios para a tabulação. O usuário deverá indicar as informações que irão compor a tabela de dados. As opções “**Linha**”,

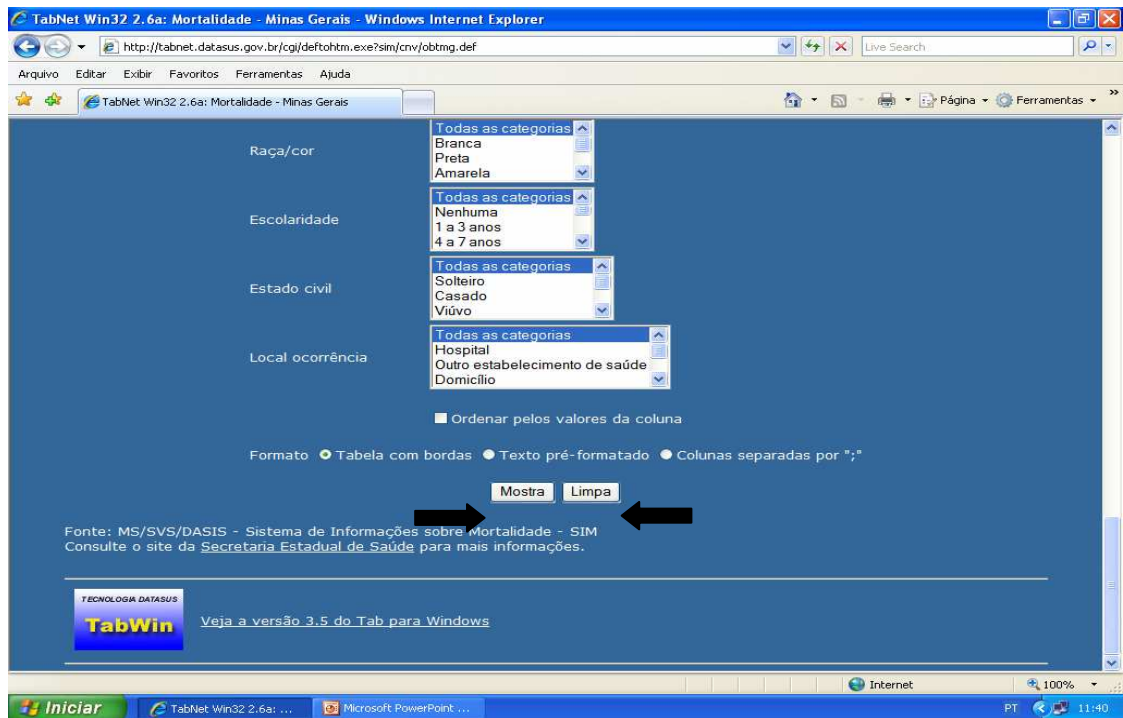
“**Coluna**”, “**Conteúdo**” e “**Períodos Disponíveis**” servirão para definir a disposição, o conteúdo e o período dos dados que aparecerão na tabela.



- Na mesma tela, em “**Seleções Disponíveis**”, existem mais possibilidades de seleção para consulta como, localização, causas e variáveis demográficas. Caso não queira nenhuma destas seleções, basta deixar selecionado “**Todas as categorias**”, que estas variáveis não serão utilizadas.



- Depois de selecionada todas as variáveis, ao final da página, existem duas opções, “**mostra**” e “**limpa**”, a primeira, quando selecionada, possibilitará a visualização do resultado da consulta, já a segunda opção desfaz todas as seleções feitas anteriormente, como mostradas abaixo.



1.2 Roteiro para obtenção de dados sobre morbidade no site DATASUS

Os passos iniciais para a coleta de dados em morbidade, tanto por local de internação como por local de residência, seguirão o mesmo modelo da mortalidade, assim, na página inicial do site, clicar em **Informações de saúde** e posteriormente em **“Epidemiológicas e morbidade”**. Ao fazer esta escolha as seguintes opções de seleção serão:

- Morbidade Hospitalar;
 - Doenças de Notificação;
 - Estado Nutricional;
 - Outros Agravos.
- Selecionar a opção **“Morbidade hospitalar”**, as opções de escolha dos dados serão:
 - Geral, por local de internação - desde 1984;
 - Geral, por local de residência - desde 1995;
 - Causas externas, por local de internação - desde 1998.
 - Causas externas, por local de residência - desde 1998.

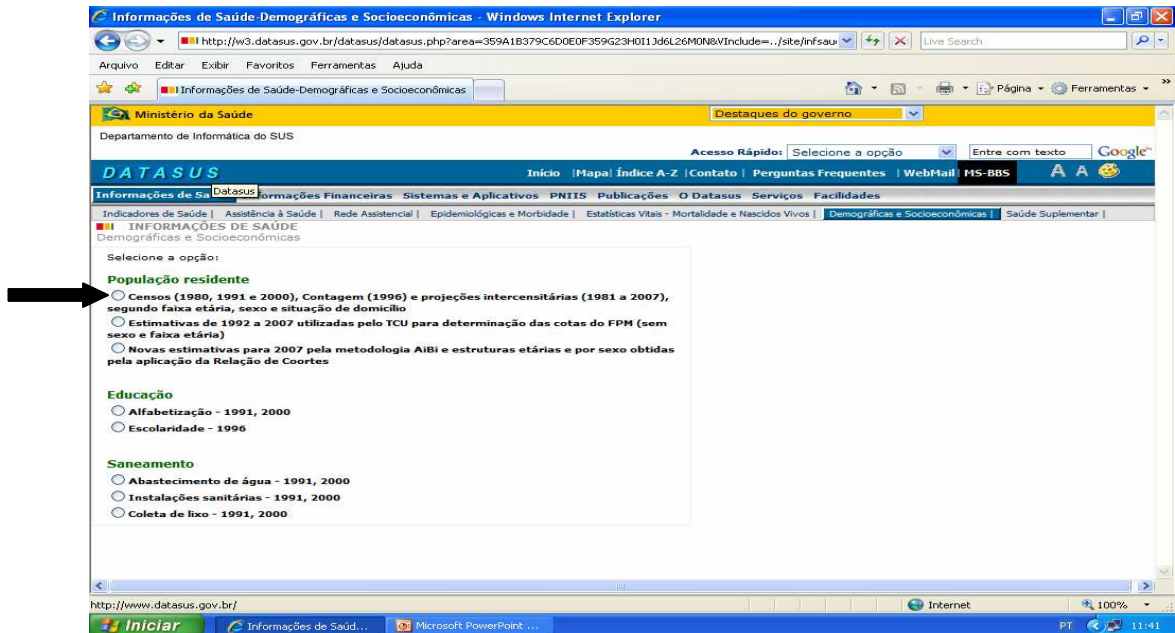
Nesta parte utilizar as duas primeiras opções.

- Para a opção de localização geográfica, os critérios atendem aos mesmos princípios do processo de coleta de dados no item de mortalidade.
- Depois de selecionada a localização geográfica, seguem-se os critérios para a tabulação, para os quais deve-se proceder da mesma forma que foi para o assunto mortalidade.
- Ao final da consulta dos dados, é necessário clicar na opção **“mostra”** para visualizar o resultado da consulta. Se o desejo for desfazer as seleções, clique na opção **“limpa”**.

1.3 Roteiro para obtenção de dados sobre População

Seguir os mesmos passos feitos nos itens mortalidade e morbidade até “**Informações em saúde**”. Neste ponto, escolher a opção “**Demográficas e Socioeconômicas**”.

- Ao selecionar este item, aparecerão as seguintes opções de escolha:



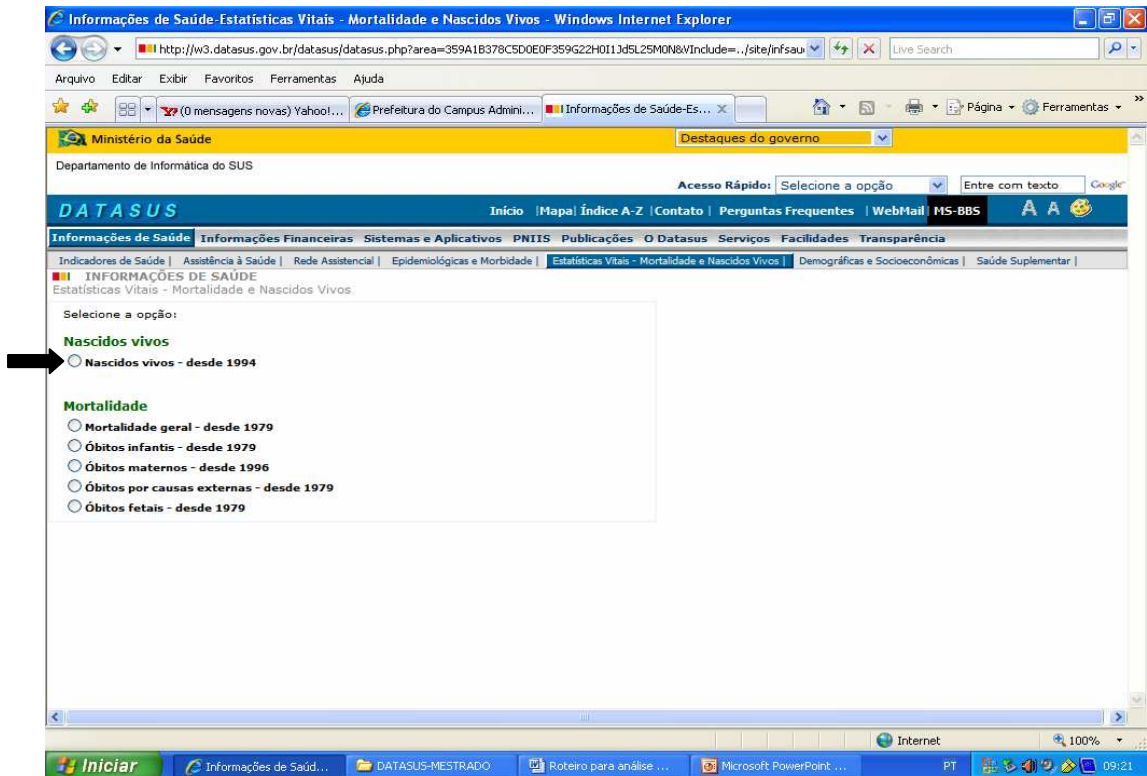
Clicar em “**Censos (1980,1991 e 2000)**”.

- Fazer a escolha da localização geográfica.
- Depois de selecionada a localização geográfica, seguem-se os critérios para a tabulação.
- Por fim clicar em “**mostra**” ou em “**limpa**”.

1.4 Roteiro para obtenção de dados sobre Nascidos Vivos

Seguir os mesmos passos feitos nos itens mortalidade, morbidade e população até “**Informações em saúde**”. Neste ponto, escolher a opção “**Estatísticas Vitais – Mortalidade e Nascidos Vivos**”, assim aparecerá a opção “**Nascidos vivos - desde 1994**”, selecionar.

- Ao selecionar este item, aparecerão as seguintes opções de escolha:



Clicar em **“Nascidos vivos – desde 1994”**.

- Fazer a escolha da localização geográfica.
- Depois de selecionada a localização geográfica, seguem-se os critérios para a tabulação.

Por fim clicar em **“mostra”** ou em **“limpa”**.