

Universidade de São Paulo
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas

O Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde: Subsídios para o uso de dados secundários em psiquiatria e saúde mental

Edilaine Cristina da Silva

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Nível Mestrado. Inserida na Linha de Pesquisa "Estudos sobre a conduta, a ética e a produção do saber em saúde".

Orientador: Prof. Dr. Moacyr Lobo da Costa Junior

Ribeirão Preto
2004

SILVA, E.S. **O SIH-SUS: Subsídios para o uso de dados secundários em psiquiatria e saúde mental.** 2004. 66 p. Dissertação de Mestrado - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

RESUMO

Este estudo apresenta um método para consulta de informações sobre internações hospitalares psiquiátricas através do banco de dados do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS) via Internet e analisou dados obtidos com o uso desse método para construir o perfil de internações psiquiátricas do município de Ribeirão Preto, no período de 1993 a 2002. Com base na metodologia descritiva, construiu-se um guia para a obtenção de dados secundários utilizando o site do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Descreveu-se o procedimento para obtenção das informações passo a passo, através dos principais comandos, de telas e de exemplos que ilustram o percurso a ser seguido pelo interessado (estudante, pesquisador ou profissional) na aquisição de dados de internação hospitalar. O perfil em Ribeirão Preto mostrou que houve diminuição do número e aumento do tempo de permanência das internações hospitalares psiquiátricas, onde houve prevalência de pessoas do sexo masculino, entre 20 aos 49 anos e com diagnósticos relacionados à esquizofrenia. Com os indicadores de saúde verificou-se o aumento do custo e confirmou-se a diminuição das internações psiquiátricas. O conhecimento produzido é um recurso que auxilia a construção do quadro situacional de saúde mental, permitindo aos profissionais de saúde, entre eles os enfermeiros, o acesso aos subsídios norteadores de suas ações no ensino, na pesquisa e na assistência em psiquiatria e saúde mental.

Palavras-chave: Enfermagem psiquiátrica; Saúde mental; Sistema de Informações Hospitalares

SILVA, E.C. **SIH-SUS: Support for the use of secondary data in psychiatry and mental health.** 2004. 66 p. Dissertação de Mestrado - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

ABSTRACT

This study presented a method to obtain information about psychiatric hospitalization through the database of the Single Health System Hospital Information System (SIH-SUS), using the Internet. Data obtained through this method were analyzed in order the profile of psychiatric hospitalizations in Ribeirão Preto, between 1993 and 2002, to be constructed. On the basis of descriptive methodology, we elaborated a manual to obtain secondary data through the site of the Single Health System Information Technology Department (DATASUS). A step by step description was given about how to obtain the information through the main commands and screens as well as examples to illustrate how people interested (students, researchers or professionals) can acquire hospitalization data. The Ribeirão Preto profile showed that the number of hospitalizations decreased, while length of psychiatric hospitalizations increased, with prevalence of diagnoses related to schizophrenia, the age range between 20 and 49 years and male patients. Health indicators showed an increase in cost and confirmed a decrease in psychiatric hospitalizations. The produced knowledge is of help to get a picture of the mental health situation, allowing health professionals, what includes nurses, to access resources to guide their actions in teaching, research and care in psychiatry and mental health.

Keywords: Psychiatric nursing; Mental health, Hospital Information System

SILVA, E.S. **O SIH-SUS: Subsídios para el uso del datos secundarios en salud mental y psiquiatría.** 2004. 66 p. Dissertação de Mestrado - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

RESUMÉN

Este estudio presentó el método para consulta de informaciones sobre las hospitalizaciones psiquiátricas a través de bando de datos del Sistema de Informaciones Hospitalarias del sistema Único de Salud (SIH-SUS) en la Internet y analizó los datos obtenidos con el uso de ese método para construir el perfil de hospitalizaciones psiquiátricas del municipio de Ribeirão Preto en el período de 1993 a 2002. Con base en la metodología descriptiva, construyó un guía para la obtención de datos secundarios utilizando el site del Departamento de Informática del Sistema Único de Salud (DATASUS). Describió la obtención de las informaciones paso a paso, a través de los principales comandos, de telas y de ejemplos que ilustran el trayecto a ser seguido por el interesado (estudiante, pesquisidor o profesional) en la adquisición de datos de hospitalización. El perfil en Ribeirão Preto mostró que hubo disminución del número y aumento del tiempo de permanencia de las hospitalizaciones psiquiátricas, con la mayor incidencia de los diagnósticos relacionados a la esquizofrenia, de las fajas de las edades de los 20 a los 49 años y do sexo masculino. Con los indicadores de salud se verificó el aumento del costo y se confirmó la disminución de las hospitalizaciones psiquiátricas, El conocimiento producido es un recurso que auxilia la construcción del cuadro situacional de salud mental, permitiendo a los profesionales de salud, entre ellos el enfermero, el acceso a los subsídios para sus acciones en la enseñanza, en la pesquisa y en la asistencia en psiquiatría y salud mental.

PALABRAS-CLAVE: Enfermería psiquiátrica; Salud mental; Sistema de Informaciones Hospitalarias.

SUMÁRIO

RESUMO / ABSTRACT / RESUMÉN

1 - INTRODUÇÃO.....	1
2 - REVISÃO DA LITERATURA.....	10
2.1 - A saúde e seus meios de informação.....	11
2.2 - Internações hospitalares - Alguns estudos em saúde mental.....	20
3 – OBJETIVOS.....	23
4 – METODOLOGIA.....	25
4.1 Caracterização do estudo.....	26
4.2 Área de estudo.....	27
4.3 Coleta de dados e variáveis do estudo.....	30
5 - RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	32
5.1 Roteiro para obtenção de dados secundários em saúde mental.....	33
5.2 Análise dos resultados.....	44
≡ 5.2.1 - Internações psiquiátricas no Período de 1993 a 2002.....	44
≡ 5.2.2 - Diagnóstico.....	47
≡ 5.2.3 - Faixa etária.....	50
≡ 5.2.4 - Sexo.....	53
≡ 5.2.5 - Média de Permanência.....	54
≡ 5.2.6 - Indicadores básicos para a saúde no Brasil.....	55
5.2.6.1 - Indicador de recurso.....	56
5.2.6.2 - Indicador de Morbidade.....	57
6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	58
7 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61

1 - INTRODUÇÃO

Nos últimos 20 anos, o setor saúde vem passando por inúmeras modificações em sua organização, entre as quais se destaca a descentralização administrativa dos serviços, da tomada de decisão política e do financiamento do sistema (SILVA et al, 1999).

Neste contexto, encontra-se a reforma do sistema de assistência em saúde mental, a qual está sendo implementada com significativo atraso. Há no Brasil uma tentativa de superação do hospitalocentrismo através da rede de serviços comunitários, onde se trabalha com as capacidades interativas da clientela na perspectiva de reabilitação psicossocial (FREITAS, 1998).

Cabe então melhor detalhamento do que se refere por "reforma", já que reforma e psiquiatria caminham lado a lado desde o nascimento desta, como comenta Tenório (2002) ao reportar-se a momentos marcantes, como o período pineliano, mostrando que os ideais de reforma permeiam toda a história da psiquiatria.

Desta forma, considerou-se como reforma psiquiátrica o processo que teve início, no Brasil, no final da década de 1970, fundamentado na crítica estrutural ao saber e às instituições da psiquiatria tradicional, além da crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, constituindo-se como processo histórico de formação crítica e prática para questionar e propor transformações do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria (AMARANTE, 1995).

A partir da década de 80, surgem propostas para o remanejamento dos gastos com a assistência psiquiátrica hospitalar, objetivando a substituição dos hospitais por um conjunto de serviços ambulatoriais e de atenção primária para o desenvolvimento de uma rede extrahospitalar eficiente e humanizada (PORTO CARRERO, 1990).

Na década de 90, a reforma psiquiátrica brasileira, alicerçada nos princípios da desinstitucionalização, buscou a reaproximação das pessoas enquanto sujeitos que sofrem, retirando da relação solução-cura o foco das ações terapêuticas (ROTELLI, 1990). A nova política surgiu por influência das resoluções da Conferência Regional para Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na

América Latina, sedimentada na Declaração de Caracas, que, em suma, propõe uma atenção psiquiátrica participativa, integral, contínua e preventiva de modo que o hospital psiquiátrico, ao ser considerado única modalidade assistencial, torna-se ambiente desfavorável que põe em risco os direitos humanos e civis daquele que sofre (JIMENEZ & VASQUES, 2001).

Para que tais mudanças sejam efetivas, aproximando a assistência prestada dos ideais da Reforma Psiquiátrica, é de suma importância o conhecimento do contexto em que estas mudanças ocorrem.

Sabe-se que os transtornos e problemas relacionados à saúde mental, de forma silenciosa, têm se tornado a principal causa de incapacitação, morbidade e morte prematura, indistintamente tanto nos países desenvolvidos quanto em desenvolvimento (ANDRADE, 1999).

Segundo Menezes & Carvalho (2002), analisando os dados da OPAS/OMS, no ano de 2000, entre as 10 principais causas de incapacidade no mundo, 4 são devidas a transtornos mentais. São, portanto, cerca de 450 milhões de pessoas sofrendo por transtornos mentais, em todo o mundo. Observa-se que 25% da população mundial pode apresentar algum tipo de transtorno mental ou comportamental no decorrer da vida. Essa realidade se traduz em sofrimento humano e prejuízos econômicos enormes.

Estes fatos esbarram nas condições já estruturadas da assistência em saúde mental, como o tratamento essencialmente hospitalar, a forma de agir da maioria dos profissionais de saúde (a partir do modelo da medicina mental em que a assistência visa a cura) e os esforços profissionais para administrar os hospitalizados (alocando recursos humanos e terapêuticos necessários em outros contextos).

No processo de transformação desta realidade, é evidente a necessidade de informações que forneçam aos profissionais e administradores públicos, uma visão da situação da atenção em saúde mental atual. Tais informações consistem em dados referentes à morbidade, mortalidade, internações, epidemiologia, fluxo de atendimento, demanda, recursos humanos, entre outros.

Até o início dos anos 90, a obtenção desses dados no Brasil era considerada uma difícil tarefa, tanto em âmbito nacional, quanto estadual ou local. Atualmente, são de fácil obtenção e produzidos rotineiramente pelos Sistemas de Informações do Ministério da Saúde (SIS/MS). Inclusive os dados provenientes das regiões Norte e Nordeste do Brasil, que anteriormente eram considerados locais que possuíam informações insatisfatórias, atualmente apresentam suficiente consistência e coerência para análise situacional (MELLO JORGE & GOTLIEB, 2000).

Como valiosa fonte de informações para compreensão das situações de saúde têm-se as estatísticas de morbidade que permitem a determinação de incidência e prevalência de doenças, sendo seu estudo muito mais complexo que o de mortalidade (LAURENTI et al, 1987). Sua utilização é bastante ampla, compreendendo controle de doenças transmissíveis, planejamento de serviços preventivos, verificação da relação social, planejamento de serviços adequados de tratamento, avaliação da dimensão econômica das doenças, investigação da etiologia e patogenia, investigação da resolutividade das ações preventivas e terapêuticas, estudo da distribuição das doenças.

Devido à sua complexidade, as estatísticas de morbidade dificilmente apresentarão um perfil completo e global em relação à situação real (LAURENTI et al, 1987).

De acordo com MELLO JORGE & GOTLIEB (2000), as internações hospitalares representam uma dentre as várias fontes de dados em morbidade, que permitem o conhecimento de uma importante porção da morbidade global, fornecendo dados dos indivíduos hospitalizados.

Além disso, tem-se o fato de que as internações hospitalares são grandes consumidoras dos recursos humanos, materiais e tecnológicos, do setor saúde. Com base em dados até 1990, a despesa constatada com internações psiquiátricas só perde para as doenças respiratórias, representando a segunda fonte de despesas com internações hospitalares no país (SAVIO et al, 1994).

Reforçando a importância da percepção do contexto para a compreensão do funcionamento das ações em saúde mental tem-se que uma cidade, ao possuir um hospital psiquiátrico, tende a

apresentar maior número de internações e consultas psiquiátricas, quando comparada a um município que não possui hospitais (LANCMAN, 1997).

Portanto, são muitos os elementos que se articulam para formação do cenário da atenção em saúde mental à uma população. Elementos que abrangem os recursos de forma geral, a história e as características dos serviços, o contexto político e econômico, e principalmente a demanda e suas particularidades.

Assim, a aproximação deste cenário requer, em sua essência, a busca de dados a ele inerentes. Nesta busca, surgem contribuições valiosas através dos dados de internações hospitalares referentes aos transtornos mentais.

A partir da década de 90, a criação dos diversos bancos de dados do Ministério da Saúde, via Internet e CD-ROM, tornou mais fácil a obtenção das informações de saúde, dentre elas as relativas às internações hospitalares.

Esses bancos de dados tem como responsável operacional o Departamento de Informática do SUS (DATASUS), que representa importante papel, como centro tecnológico de suporte técnico e normativo, para os sistemas de informação em saúde.

O DATASUS proporciona:

- Manutenção das bases nacionais dos Sistemas de Informações de Saúde;
- Desenvolvimento e disseminação desses sistemas;
- Desenvolvimento, seleção e disseminação de tecnologias de informática para a saúde, adequadas ao país;
- Consultoria para a elaboração de sistemas de planejamento, controle e operacionalização do SUS;
- Suporte técnico para informatização dos sistemas de interesse do SUS em todos os níveis;
- Normatização de procedimentos, softwares e de ambientes de informática para o SUS;

- Apoio à capacitação das secretarias estaduais e municipais de saúde para a absorção dos sistemas de informações no seu nível de competência;
- Incentivo à formação de uma rede para intercâmbio e disseminação de informações de interesse do SUS via Internet, BBS (Bulletin Board System) e outras formas complementares;
- Apoio a qualquer usuário, institucional ou não, dos Sistemas de Informação de Saúde.

A informatização do sistema é uma forma de promover a racionalização do trabalho, otimização dos custos e melhoria da qualidade do atendimento, além de contribuir para as questões gerenciais. A utilização da tecnologia também beneficia a produção de novos conhecimentos, a troca e a difusão dos mesmos (WEED, 1999).

Através da disponibilização desses recursos pode-se conhecer a situação de saúde de determinada área, aumentando consideravelmente o subsídio essencial para possíveis mudanças.

Os sistemas informatizados têm apoiado progressivamente a gestão e a integração dos serviços de saúde, possibilitando acesso rápido e simultâneo, localização e organização dos dados, apoio às decisões, base analítica para pesquisa e controle de qualidade dos serviços. Ainda que haja todo esse potencial, sua utilização mostra-se pouco ampla. Um dos motivos que evidencia tal acertiva diz respeito à resistência dos profissionais ao uso do computador, além de custo de implantação e manutenção (MOHR, 1997).

Hoje, considerando-se o volume de pessoas no mundo, o fluxo das mesmas, a tecnologia e os avanços científicos, torna-se clara a necessidade de utilização dos recursos disponíveis a fim de otimizar e melhorar a qualidade do conhecimento em saúde, importante aos seres humanos.

É indiscutível que o uso de redes como a Internet, está presente nas mais diversas instituições. A Internet desde sua aparição para a grande massa, em 1993, tem se difundido de maneira tão rápida que a utilização dos recursos por ela proporcionados tornaram-se prática corriqueira. Dessa maneira, a Internet constitui-se como ferramenta de interesse tanto para

profissionais de áreas específicas como para o público em geral, devido ao seu grande poder de comunicabilidade.

Como parte do desenvolvimento da tecnologia de informática, os SIS, difundem-se de forma a contribuir para o avanço de diferentes áreas. Para a Enfermagem, o uso dos recursos dessa tecnologia, apresenta-se como instrumento de ajuda, diante da complexidade, cada vez maior, no cuidado ao ser humano por este profissional (ÉVORA, 1998)

A criação e a apropriação pela enfermagem de instrumentos que permitam recriar ações visando alcançar os princípios e diretrizes do SUS, coloca o profissional enfermeiro num contexto onde representa significativo papel no conjunto dos trabalhadores e parte inequívoca do sistema de produção em saúde (NICHATA et al, 2003).

Logo, observa-se que traçar um perfil de saúde torna-se simples quando se tem conhecimento dos sistemas que fornecem as informações e domínio das técnicas para consulta.

As internações hospitalares correspondem à principal fonte de dados para as estatísticas de morbidade no país. Segundo Lebrão e colaboradores (1997), apesar da limitação quantitativa e da qualidade imprecisa dessas informações, “é possível ter-se um quadro quase completo da morbidade mais grave da população, a que leva à hospitalização”.

Contudo, convive-se com a escassez de indicadores em saúde mental, como reflexo da pouca utilização de estudos epidemiológicos nessa área (LANCMAN, 1997). Dentre outros fatores, podem ser destacada s a dificuldade de transpor os instrumentos da epidemiologia para a saúde mental e psiquiatria, assim como a dificuldade de definição e precisão de vários aspectos das doenças mentais (ALMEIDA FILHO, 1989).

A fecundidade de estudos que utilizam sistemas de informação disponibilizados via Internet, se mostra na metodologia para a utilização e a reflexão sobre os dados disponíveis na compreensão da situação de saúde materno-infantil, em estudos como o de Gomes (2002) e Laurenti (1988), sobre a mortalidade materna no Brasil.

Os SIS dão subsídio para uma série de pesquisas importantes desenvolvidas no país (COSTA JUNIOR, 1997). Ao observar a variedade das áreas da saúde focalizadas nos estudos com base nos Sistemas de Informação em Saúde, nota-se que na enfermagem em saúde mental e psiquiatria, pouco se discute a esse respeito, indicando a necessidade de estudos que contribuam para a construção desse conhecimento.

Em vista dessas considerações, o presente estudo buscou gerar subsídios para os profissionais envolvidos na área da saúde mental e psiquiatria partindo da utilização dos dados de saúde disponibilizados pelo Ministério da Saúde em Internet, e assim, oferecer um meio seguro e simplificado para obtenção de elementos norteadores para interpretação do momento psiquiátrico e para dirigir as ações de saúde mental.

2 - REVISÃO DA LITERATURA

2.1 - A saúde e seus meios de informação

A informação em saúde é uma das áreas de conhecimento da saúde coletiva, inserida nas políticas de saúde onde contribui fundamentalmente para prevenção, promoção e recuperação em saúde. Essas informações formam um sistema para a aquisição, organização e análise de dados necessário à definição de problemas e riscos para a saúde e para avaliação da eficácia, da eficiência e da influência que os serviços prestados exercem sobre a saúde da população, contribuindo para a produção de conhecimento acerca da saúde e assuntos relacionados (BRANCO, 1996).

No Brasil, os sistemas de informação em saúde apresentaram um crescimento acelerado nos últimos anos, especialmente com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). O Sistema de Informação do SUS tem reconhecimento nacional e internacional, devido à concretização do trabalho de caráter coletivo, por esforços municipais, estaduais e da União. Contudo, ainda existe grande necessidade de avanço, no sentido de promover a integração dos sistemas de informação e o uso da informática para a melhoria da produtividade e qualidade da gestão, dos processos de trabalho em saúde e do controle social. Apesar de terem sido criados ora pelo Ministério da Previdência ora pelo Ministério da Saúde, todos os sistemas tiveram por objetivo obter dados para gestão imediata ou geração do conhecimento epidemiológico, a fim de atender a necessidade dos órgãos centrais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

A construção de uma Política de Informação e Informática em Saúde surge como estratégia para atender à Constituição de 1988 e à lei 8080 de 1990, as quais outorgam ao Ministério da Saúde atribuição específica para a organização do Sistema Nacional de Informação em Saúde. Tal processo, constitui um marco histórico no contexto de consolidação do SUS.

Na formação das fontes nacionais que alicerçam esses sistemas, encontra-se a Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a Secretaria de Assistência à Saúde - SAS (atual gestora do SIH/SUS), a Fundação Nacional de Saúde - FUNASA, agências responsáveis pela

produção de informação através do Centro Nacional de Epidemiologia - CENEPI (responsável pelo SIM, SINASC e SINAN). Todos esses sistemas são geridos pelo Ministério da Saúde.

Atualmente, compondo o Sistema de Informações em Saúde do Ministério da Saúde tem-se:

- Sistema de informações sobre mortalidade (SIM).

Instituído em 1975, é o mais antigo sistema de informação de saúde em funcionamento no país. Dispõe de dados a partir de 1979, sendo o registro da causa de morte baseada na Classificação Internacional de Doenças. Encontra-se disponível em CD-ROM e na Internet (http://www.funasa.gov.br/sis/sis01_sim.htm ou <http://datasus.gov.br/catalogo.sim.htm>).

- Sistema de informações sobre nascidos vivos (SINASC)

Implantado em 1990, constitui-se de informações sobre nascidos vivos no País, com dados sobre gravidez, o parto e as condições da criança ao nascer. Tem como documento básico a Declaração de Nascido Vivo. Disponibilizado em CD-ROM e na Internet (http://www.funasa.gov.br/sis/sis02_sinasc.htm ou <http://www.datasus.gov.br/catalogo/sinasc.htm>).

- Sistema de informações de agravos de notificação (SINAN)

Foi implantado no País de forma gradual, a partir de 1993. Através do sistema de vigilância epidemiológica, coletando, transmitindo e disseminando os dados, a fim de apoiar processos de investigação e de análise das informações sobre doenças de notificação compulsória. A base de dados nacional não está disponível na internet, sendo as informações relevantes, divulgadas no Boletim Epidemiológico.

- Sistema de informações ambulatoriais do SUS (SAI/SUS)

Responsável pela captação e processamento das contas ambulatoriais do SUS desde julho de 1994. Disponível em CD-ROM e na Internet (<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/> ou <http://www.datasus.gov.br/catalogo/sissus.htm>). Baseia-se no Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) preenchido pelos ambulatórios e, mais recentemente, na Autorização para procedimentos de alto custo/ complexidade (Apac).

- Sistema de informações da atenção básica (SIAB)

Relativo 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). As informações são provenientes do cadastro das famílias atendidas e incluem dados demográficos, socioeconômicos, ambientais e culturais, juntamente com os dados de mortalidade e morbidade. Disponível em www.saude.gov.br/psf/index.htm.

- Sistema de informações do programa nacional de imunização (SI-PNI)

Objetiva orientar as ações do Programa Nacional de Imunização (PNI) através de 5 módulos: API - apuração do programa de imunizações; EDI - estoque e distribuição de imunobiológicos; AIU - avaliação dos imunobiológicos utilizados; e PAIS - programa de avaliação do instrumento de supervisão. Como documentos básicos para composição do sistema têm-se os boletins mensais de doses aplicadas de vacinas e de movimentação de imunobiológicos; fichas de notificação de eventos adversos; e instrumento de supervisão. Parte das informações podem ser acessadas pela Internet (www.funasa.gov.br/imu/imu00.htm ou <http://www.datasus.gov.br/catalogo/pni.htm>).

- Sistema de informações de malária (SISMAL)

Desenvolvido pelo Programa de Controle da Malária para construção de dados sobre a coleta e o exame laboratorial de lâminas de sangue obtidas para a confirmação do diagnóstico da doença. Este sistema será substituído pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica, estando, portanto, em fase de transição.

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

Reúne informações de diversas fontes produtoras de dados relativos a emprego, força de trabalho, formação e mercado de trabalho de profissionais de saúde, divulgando os dados pela Internet (<http://www.saude.gov.br/sps/depart/sitecgrh/dados.htm>). Além disso, desenvolve a Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde, que visa articular, via Internet, instituições de pesquisa aplicada à produção, análise e circulação de informações e estudos sobre recursos humanos em saúde. Disponível em: <http://www.opas.org.br/rh/site/>.

- Sistema de informações sobre orçamentos públicos em saúde (SIOPS)

Implantado a partir de 1999, objetiva subsidiar o planejamento, a gestão, a avaliação e o controle social do financiamento e do gasto público em saúde através das receitas e despesas com ações e serviços de saúde do poder público. Os dados estão disponibilizados a partir de 1998 em <http://www.saude.gov.br/sis/siops/index.htm> ou <http://www.datasus.gov.br/catalogo/siops/siops.htm>.

- Sistema de cadastros de beneficiários de planos e seguros privados de saúde

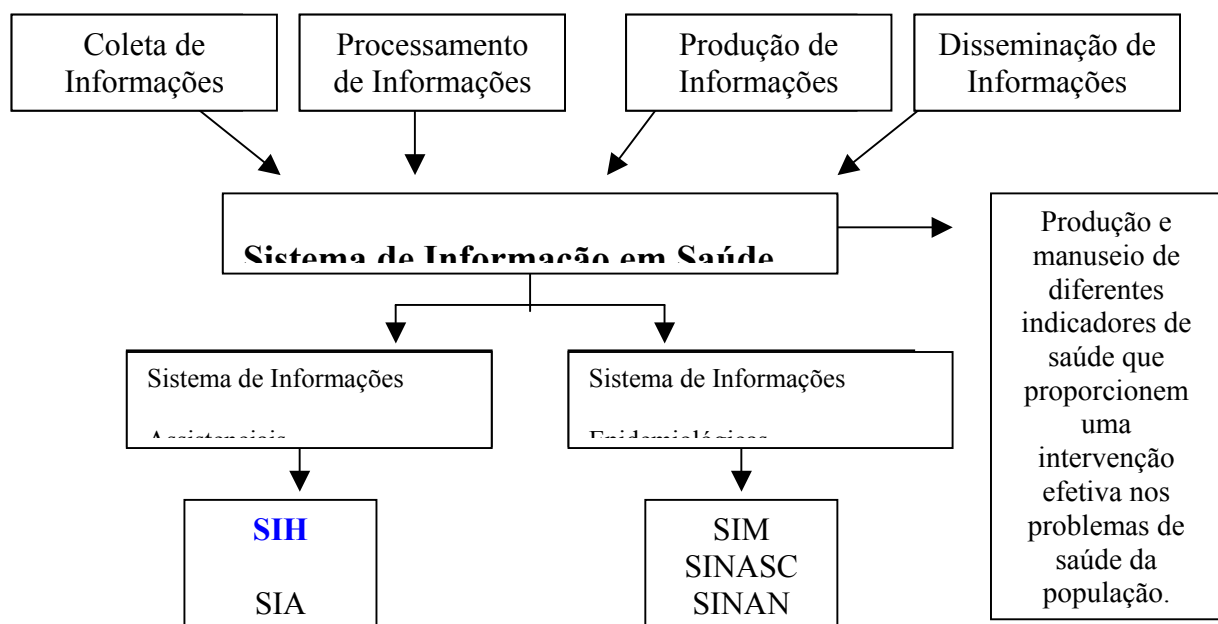
Com o objetivo de apoiar o processo de regulamentação do setor de saúde suplementar, este sistema foi implantado em 1999, disponibiliza dados consolidados dos beneficiários dos planos de saúde oferecidos pelas pessoas jurídicas de direito privado que operam planos ou seguros privados de assistência à saúde. Este sistema apresenta-se como importante instrumento, identificando os beneficiários que receberam assistência médico-hospitalar do SUS, além de permitir, através de

seus dados, a produção de informações sobre a cobertura e o perfil epidemiológico dos beneficiários.

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

O SIH-SUS contém informações que viabilizam o pagamento dos serviços hospitalares prestados pelo SUS, através da captação de dados das Autorizações de Internação Hospitalar - AIH - relativas a mais de 1.300.000 internações/mês. Em 1993, as informações de internações pagas pelo Sistema Único de Saúde contemplavam cerca de 80% do total de internações do país (LEVCOVITZ & PEREIRA, 1993). Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (2002), atualmente as informações respondem sobre 60-70% das internações hospitalares realizadas no país. Abrange as internações no âmbito do SUS, excluindo, portanto, as internações custeadas diretamente ou cobertas por seguro-saúde.

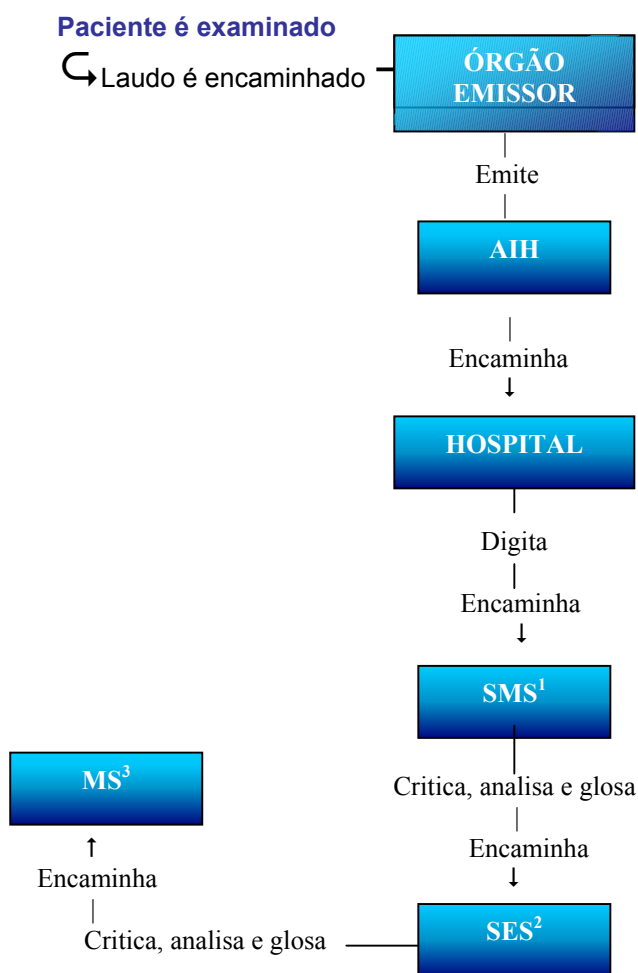
O organograma dos principais sistemas de informações em saúde pode ser visualizado na Figura 1.



Fonte: (GOMES, 2002)

FIGURA 1 - Fluxograma de sistemas de informação em saúde no Brasil (GOMES, 2002).

No Brasil, a AIH é instrumento base para que o SIH/SUS processe as estatísticas de morbidade oficial. Corresponde ao documento preenchido obrigatoriamente para o reembolso dos serviços prestados sob regime de internação nos hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde. O fluxo das AIHs pode ser visualizado na Figura 2.



¹ Secretaria Municipal de Saúde
² Secretaria Estadual de Saúde
³ Ministério da Saúde

Fonte: CENEPI/FNS/MS. Disponível em www.funasa.gov.br, acesso em 13/10/2003.

FIGURA 2 – Fluxo da Autorização para Internação Hospitalar.

A captação dos dados das Autorizações de Internação Hospitalar é feita através de meio magnético - disquetes - que são gerados no próprio hospital através de programa desenvolvido pelo DATASUS, o qual é distribuído gratuitamente às Unidades Hospitalares. A leitura e a gravação dos disquetes, pelas Secretarias Municipais de Saúde capacitadas, possibilita a implantação de bases de dados locais nos municípios.

Em 07 de fevereiro de 2003, a Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, pela portaria nº17 instituiu, em 6 artigos, novas normas em função da necessidade de constante atualização do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde. O conteúdo dos artigos refere-se aos padrões e às datas a serem seguidos para coleta e entrega das AIHs, cujas determinações, a partir de então, passaram a ser adotadas por todas as instituições de saúde do país.

A classificação diagnóstica padrão internacional utilizada para o preenchimento das AIHs e pelos Sistemas de Informação em Saúde, inclusive pelo SIH-SUS, é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - Nona e Décima Revisões (CID-9 e CID-10), onde os transtornos mentais e comportamentais estão contemplados no Capítulo V em ambas as revisões.

Para detalhamento das categorias diagnósticas dentro dos capítulos de ambas as revisões têm-se a Lista Estendida CID-9 e a Lista de Morbidade CID-10. São listas condensadas, planejadas para servir de base para listas nacionais e para comparações entre países (OMS, 1996).

A Lista Estendida CID-9 compreende 11 categorias diagnósticas para o Capítulo V: Quadros psicóticos orgânicos senis e pré-senis; Psicoses esquizofrênicas; Psicoses afetivas; Estados paranóides, outras psicoses não orgânicas e psicoses específicas da infância; Psicoses alcoólicas, psicoses por drogas, quadros psicóticos orgânicos transitórios e outros quadros psicóticos orgânicos; Transtornos neuróticos e transtornos da personalidade; Síndrome da dependência do álcool;

Dependência de drogas; Disfunções fisiológicas originadas em fatores mentais; Oligofrenias; Outros transtornos mentais.

A Lista de Morbidade CID-10, para o mesmo capítulo, compreende 8 categorias: Demência; Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool; Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de outras substâncias psicoativas; Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes; Transtornos de humor [afetivos]; Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o "stress" e transtornos somatoformes; Retardo mental; Outros transtornos mentais e comportamentais.

2.2 - Internações hospitalares – Alguns estudos em saúde mental

Hoje, estima-se que em 90% dos municípios do Estado de São Paulo, existem Programas Municipais de Saúde Mental funcionando, assim como foram criados e implantados mecanismos de controle e avaliação da rede hospitalar pública e contratada, o que estabelece um diálogo permanente com a sociedade a partir dos conselhos distritais e municipais de saúde, e, ainda, das diversas Associações. A aprovação pela Comissão Intergestores Bipartite de uma resolução que visa um redirecionamento dos recursos financeiros gastos em internações hospitalares para o sistema ambulatorial mostra a tentativa de aceleração do processo de implantação da atenção psicossocial nos municípios (DELGADO et al, 2001).

Com relação às internações hospitalares, a categoria dos transtornos mentais no Brasil em 1996, somava um total de 420.456 internações, 3,5% do total, ocupando o 5º posto entre as demais causas de internação (por taxa = nº internações/1.000 hab) no Estado de São Paulo, e o 2º posto em porcentagem de gastos hospitalares na Região Sudeste (MELLO JORGE & GOTLIEB, 2000), números que por si só mostram a importância dessas internações para o SUS.

Quanto ao perfil das internações psiquiátricas, em estudo prospectivo de um serviço de emergência psiquiátrica de Ribeirão Preto, cuja coleta de dados totalizou um período de dois meses, mostrou que neste tipo de serviço há maior prevalência de atendimentos à pacientes do sexo masculino, sendo, para estes, esquizofrenia o diagnóstico mais freqüente. Dos atendidos, 19,6% foram encaminhados para internação integral, compatível com os achados da literatura, e 62,8% para ambulatorios. Os diagnósticos encontrados são variados e têm maior concentração na esquizofrenia para homens, e quadros não-psicóticos para mulheres. Os atendimentos aí analisados mostram forte relação entre a complexidade da doença e o uso do serviço, sendo diretamente

proporcionais. Mostrou semelhança também quanto ao perfil demográfico encontrado na literatura. Estudos como este, mostram o papel do serviço e suas particularidades dentro da rede de atendimento em saúde mental (SANTOS et al, 2000).

Com relação ao diagnóstico, a maior porcentagem entre as internações é referente à esquizofrenia (GOMES et al, 2002).

Internações em Hospitais-Dia concentram maior proporção de pacientes do sexo feminino e com diagnósticos de transtornos "não-psicóticos". Embora com resultados de prevalência em sintomas de linha depressiva e ansiosa, quase metade da amostra já havia tido ao menos quatro internações psiquiátricas prévias. O tempo médio dessas internações ficou em torno de 74 dias, o que ultrapassa os 45 dias permitidos pela portaria 224/92 do Ministério da Saúde (LIMA & BOTEGA, 2001). Segundo esses mesmos autores, estudos que comparem serviços hospitalares e extra-hospitalares, em suas inúmeras variáveis, são necessários para auxiliar o Ministério da Saúde na organização e cumprimento das políticas públicas em saúde mental no país.

Na região de Ribeirão Preto, estudo que analisou as internações hospitalares de 1989 a 1993, em quatro hospitais psiquiátricos, mostrou que em três desses houve diminuição no número de internações. Quanto às causas mais frequentes de internação estão à esquizofrenia (34,8%), a síndrome de dependência do álcool (22,9%), a psicose alcoólica (12,6%), as psicoses afetivas (7,7%), sendo as demais causas (22%) distribuídas em 15 causas. Em relação à idade, mostrou que os pacientes internados com transtornos mentais encontram-se em maior proporção no grupo dos 20 aos 49 anos. Segundo a fonte financiadora, praticamente a totalidade das internações psiquiátricas desses serviços são custeadas pelo setor público, onde o maior número de pacientes são indigentes com um número insignificante de pacientes particulares ou que apresentem seguro saúde, indicando que há ônus para a sociedade e uma clientela com poucos recursos financeiros (CORREIA, 1998).

Em suma, os conteúdos apresentados na introdução e nesta revisão motivaram a execução deste estudo, de acordo com os objetivos propostos

3 - OBJETIVOS

1- Apresentar um método para consulta de informações sobre internações hospitalares psiquiátricas utilizando o banco de dados do SIH-SUS via Internet.

2- Analisar os dados de internação psiquiátrica, relativos ao município de Ribeirão Preto, no período de 1993 a 2002, obtidos através do uso desse método.

4 - METODOLOGIA

4.1 - Caracterização do Estudo

A epidemiologia pode ser compreendida como um processo contínuo de acúmulo de conhecimentos com o objetivo de prover um acervo de evidências indiretas cada vez mais consistentes de associação entre saúde e fatores protetores, ou doença e fatores de risco. A pesquisa de natureza epidemiológica tem por característica focar a população geral, e não apenas os indivíduos doentes ou atingidos pelo agravo (FORATTINI, 1976).

O estudo das enfermidades identifica três delineamentos na aplicação do método epidemiológico: epidemiologia descritiva, epidemiologia analítica e epidemiologia experimental. Para o presente estudo estabeleceu-se a descrição retrospectiva dos dados de internações hospitalares vinculadas aos transtornos mentais.

Os estudos descritivos objetivam descrever detalhadamente situações ou grupos, frequência de ocorrência para um dado fenômeno e características de pessoas (POLIT & HUNGLER, 1987).

A epidemiologia descritiva, entre outros aspectos, procura caracterizar os estados de saúde em termos de distribuições etárias, temporais e geográficas, sendo assim considerada uma extensão da demografia voltada à saúde (MAC-MAHON, 1969). Ela constitui a primeira etapa da aplicação do método epidemiológico com o objetivo de compreender o comportamento de um agravo à saúde numa população.

Este tipo de investigação torna-se importante à medida que se dispõe como fundamento administrativo para provisão de serviços de saúde. Diante do fato de assumir o compromisso com a construção do SUS, a epidemiologia é solicitada como norteadora dos processos de reorganização dos serviços, de mudanças na legislação, da criação e reformulação de programas e normas relativas à saúde, sendo sua utilização e ensino indispensáveis em todos os níveis de formação, proporcionando ainda a desejável indissociabilidade entre ensino, pesquisa e práticas de serviços (MAC-MAHON, 1969; ABRASCO, 2000).

Nos estudos retrospectivos, os indivíduos são identificados pela presença ou ausência da doença que se quer estudar (LILIENTFELD & STOLLEY, 1994).

O presente estudo teve como orientação a metodologia descritiva e epidemiológica, pois destaca a formulação de subsídios para a obtenção de dados secundários em saúde mental e a análise quantitativa dos transtornos mentais através das internações hospitalares constadas no SIH-SUS, em Ribeirão Preto de 1993 a 2002.

4.2 - Área de Estudo

A cidade de Ribeirão Preto nasceu em 1856. Possui uma área total de 651 Km², sendo 274,08 Km² de área urbana e 376,92 Km² de área rural. Atualmente conta com cerca de 505 mil habitantes. As distribuições populacionais por sexo e por idade, encontram-se ilustradas nas Tabelas 1 e 2, respectivamente.

Tabela 1 – Distribuição da população de Ribeirão Preto segundo sexo, de 1993 a 2002.

Ano	Masculino	Feminino	Total
1993	219210	231479	450689
1994	222597	235056	457653
1995	225901	238549	464450
1996	221068	235184	456252
1997	224130	238448	462578
1998	226710	241196	467906
1999	229309	243965	473274
2000	243032	261891	504923
2001	247477	266683	514160
2002	250528	269973	520501

Fonte: DATASUS, disponível em www.datasus.gov.br, acesso em 05/12/2003.

Tabela 2 - Distribuição da população de Ribeirão Preto segundo faixa etária em 2000.

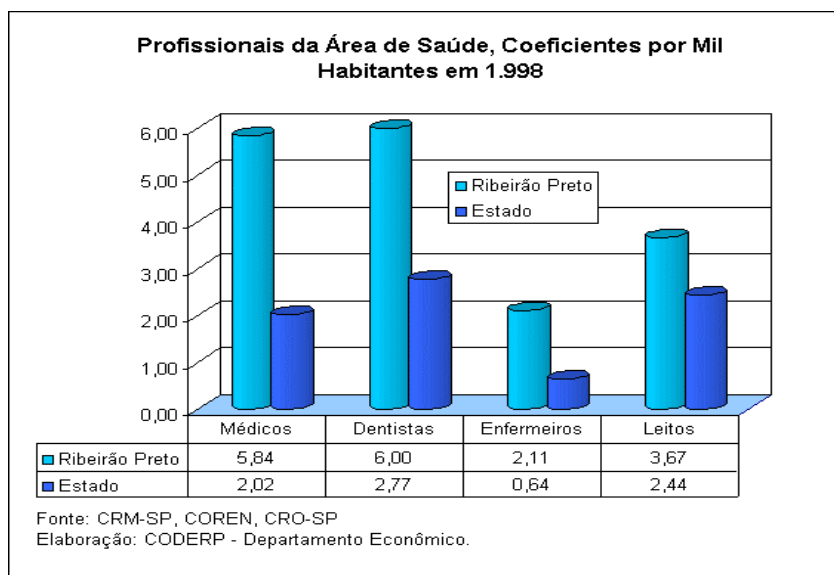
Ano	< 1	1 a 9	10 a 19	20 a 39	40 a 59	> 60	IGN	Total
1993	7993	81582	84414	153972	83928	38800	-	450689
1994	8117	82844	85717	156351	85224	39400	-	457653
1995	8237	84074	86989	158673	86492	39985	-	464450

1996	6277	68763	89744	153232	94152	42685	1399	456252
1997	6364	69716	90988	155357	95458	43277	1418	462578
1998	6437	70518	92036	157147	96557	43776	1435	467906
1999	6511	71329	93092	158949	97665	44277	1451	473274
2000	7625	71476	94351	168913	111364	51194	-	504923
2001	7764	72783	96078	172004	113401	52130	-	514160
2002	7860	73683	97261	174124	114800	52773	-	520501

Fonte: DATASUS, disponível em www.datasus.gov.br, acesso em 05/12/2003.

O município é conhecido nacionalmente como o grande centro de saúde, pois está entre os primeiros do Brasil no ranking relativo a indicadores de saúde. A rede de saúde desponta como uma das mais importantes e desenvolvidas do país. São 20 unidades de atendimento hospitalar e 35 unidades de saúde. O município apresenta 1.711 leitos do SUS, o que representa cerca de 3,67 leitos por mil habitantes, o qual fica bem acima da média estadual que se situa em cerca de 2,44 leitos por mil habitantes (PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO, 2003). O Gráfico 2 apresenta o elenco de profissionais de saúde atuando no município.

GRÁFICO 2 – Distribuição dos coeficientes de profissionais de saúde e leitos hospitalares por 1000 habitantes em Ribeirão Preto em 1998



As características favoráveis do setor, fazem com que Ribeirão Preto receba pessoas de todos os lugares do país para realizar tratamentos de saúde. Por consequência desse fluxo de pessoas há grande transferência de renda para o município, tanto por meio dos particulares como

pelos repasses de verbas oriundas do setor público (PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO, 2003)

O município é sede da décima oitava Divisão Regional de Saúde do Estado de São Paulo (DIR-XVIII), composta por 25 municípios e uma população aproximada de 1.100.000 habitantes (Tabela 3).

TABELA 3 - População residente da Regional de Saúde de Ribeirão Preto (DIR-XVII), segundo o município, 2003.

Municípios da Regional de Saúde de Ribeirão Preto	População residente
Altinópolis	15869
Barrinha	25338
Batatais	52585
Brodowski	17844
Cajuru	21242
Cássia dos Coqueiros	2907
Cravinhos	29642
Dumont	6588
Guariba	31544
Guatapar	6490
Jaboticabal	69148
Jardinópolis	32121
Luís Antnio	7440
Monte Alto	44428
Pitangueiras	32019
Pontal	31128
Pradópolis	13550
Ribeirão Preto	520501
Santa Cruz da Esperança	1811
Santa Rosa de Viterbo	21909
Santo Antnio da Alegria	5892
São Simão	14030
Serra Azul	7715
Serrana	34582
Sertãozinho	98006
Total	1144329

Fonte: DATASUS, disponível em www.datasus.gov.br, acesso em 05/12/2003.

Retomando-se fatos da história de saúde mental dessa região para o período estudado, tem-se que em 1993, iniciou-se a reduo de leitos e o redimensionamento dos hospitais psiquiátricos, tendo por base osndices populacionais e as normas de regionalizao. Neste mesmo ano, tem início o processo de reavaliao dos serviços de saúde mental. Como consequências do processo, em 1995, houve o fechamento de um hospital psiquiátrico privado e o cancelamento dos leitos

agudos de um hospital filantrópico. A partir de então, a DIR-XVIII passou a contar, em Ribeirão Preto, com 100 leitos em um hospital psiquiátrico público e 14 em uma enfermaria de psiquiatria em hospital geral universitário, perfazendo um total de 114 leitos para internações de pacientes agudos. Paralelamente à redução de leitos psiquiátricos, serviços ambulatoriais foram criados em diversos municípios, além do aumento da capacidade dos serviços pré-existentes e a criação de Núcleos de Assistência Psicossocial, ampliando os serviços extra-hospitalares de saúde mental da região (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE, 1997).

A fim de analisar os dados dos últimos 10 anos, delimitou-se o período de 1993 a 2002.

A escolha da cidade de Ribeirão Preto deu-se devido ao envolvimento do pesquisador com este município e também por apresentar uma rede de atenção psiquiátrica com informações organizadas, estruturadas e fidedignas.

4.3 - Coleta de dados e variáveis do estudo.

Os dados de um estudo podem ser obtidos de forma primária, isto é, levantamento feito pelo próprio pesquisador, ou de forma secundária através de registros geralmente ligados a instituições governamentais (COSTA JUNIOR, 1997).

Neste estudo, para demonstrar o levantamento de dados secundários foram considerados aqueles construídos a partir de formulários das AIHs, os quais compõem o banco de dados informatizado e processado nacionalmente pelo SIH-SUS. Esses dados são desenvolvidos pela Secretaria de Assistência à Saúde em cooperação com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, processados pelo Departamento de Informática do SUS – DATASUS e disponibilizados pelo Ministério da Saúde através do site www.datasus.gov.br para utilização por gestores do sistema (Secretarias de Saúde), rede hospitalar do SUS, instituições de pesquisa, órgãos de controle dos três níveis de governo, demais setores ou qualquer pessoa que tenha interesse no uso dos mesmos.

O DATASUS possui uma valiosa base de dados sobre internação hospitalar, já que as unidades hospitalares participantes do SUS (públicas e particulares conveniadas) enviam as informações das internações efetuadas em AIH aos gestores municipais ou estaduais, para que estas sejam processadas.

Para estudo das informações sobre transtornos mentais no Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS) via Internet, a partir dos itens:

- Assistência à saúde e
- Morbidade hospitalar.

Buscou-se informações sobre internações psiquiátricas com as variáveis: ano, faixa etária, sexo, causa da internação, regime hospitalar e especialidade segundo número de internações, tempo de permanência e custo.

Considerando que a pretensão deste estudo é apresentar, de modo claro e objetivo, a obtenção de dados em saúde mental e psiquiatria através do site do DATASUS, o percurso realizado será apresentado passo a passo na composição da primeira parte dos resultados obtidos.

As tabelas processadas pelo DATASUS foram trabalhadas no programa Excel. Os resultados foram analisados tendo por base a literatura da área.

5 - RESULTADOS E DISCUSSÃO

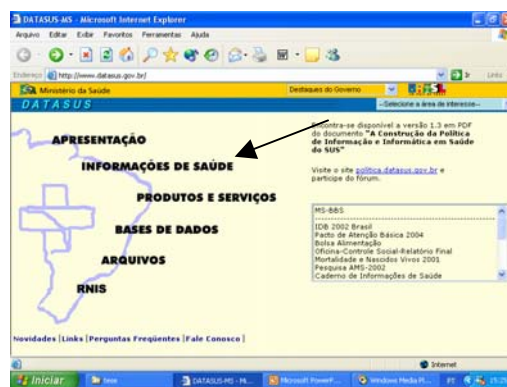
5.1 - Roteiro para obtenção de dados secundários em saúde mental pela Internet

Obtenção de uma tabela com dados.

1- Para obter informações de internações hospitalares do SUS via Internet, deve-se utilizar um navegador. Neste caso utilizou-se o Internet Explorer.

2-Digita-se <http://www.datasus.gov.br>.

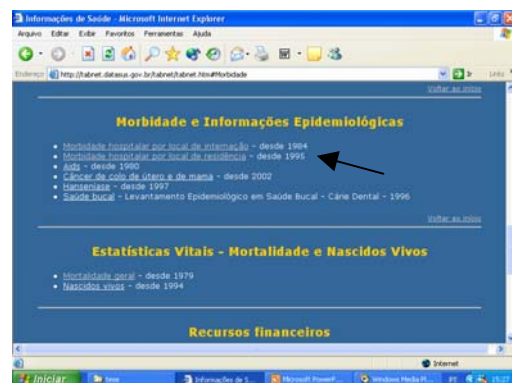
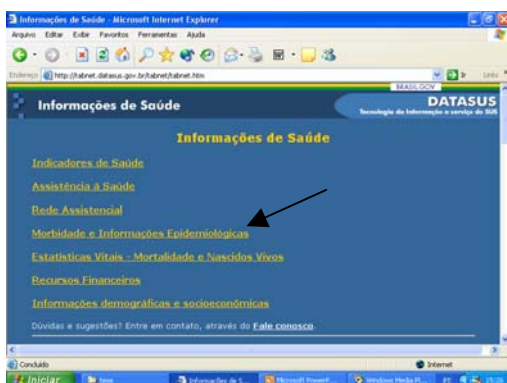
3-Acessando a página inicial do site, clicar em **Informações de Saúde**.



4- A partir deste item, têm-se disponíveis para consulta:

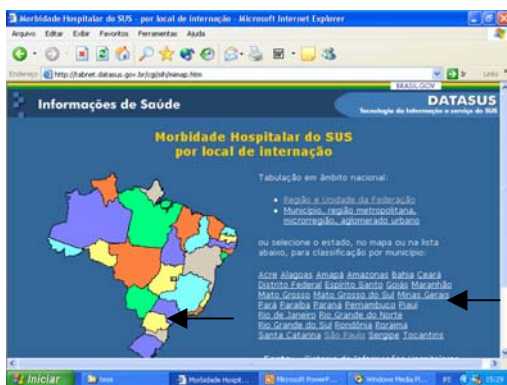
- Indicadores de Saúde,
- Assistência à Saúde,
- Rede Assistencial,
- Morbidade e Informações Epidemiológicas,
- Estatísticas Vitais - Mortalidade e Nascidos Vivos
- Recursos Financeiros,
- Informações Demográficas e Sócio-econômicas.

5- Clica-se em **Morbidade e Informações Epidemiológicas**. Esta opção apresenta possibilidades de obter dados por local de internação e por local de residência.



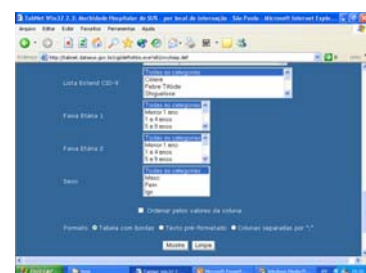
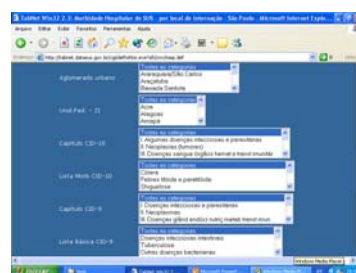
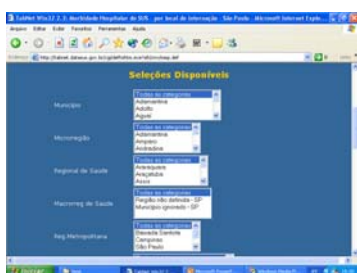
6- Para selecionar a área de origem dos dados têm-se as opções de localização geográfica. Pode-se clicar sobre o estado no mapa ou sobre os ícones com as regiões identificadas por extenso, ambos apresentados na tela. É possível selecionar por regiões, estados ou ainda todo o território nacional.

7- Na tela de seleção dos critérios para tabulação, o usuário indicará as informações que irão compor a tabela de resultados. Nesta primeira etapa serão definidos o conteúdo, a disposição e o período de referência das informações a partir das subtelas LINHA, COLUNA, CONTEÚDO e PERÍODO.



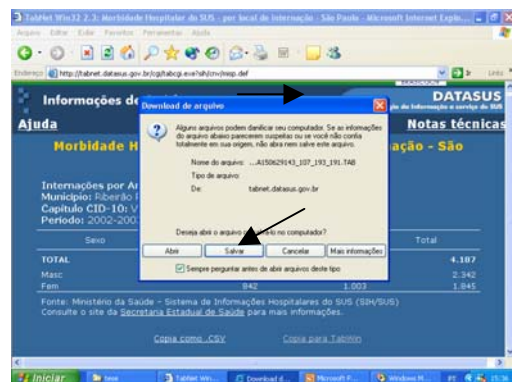
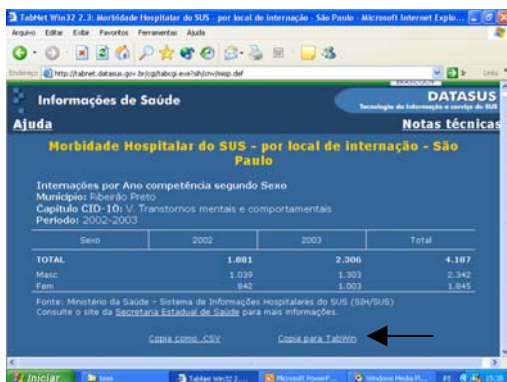
8- Utilizando a barra de rolagem no canto inferior direito da tela, têm-se as demais possibilidades de seleção para a consulta, com as restrições para escolha das variáveis, mantendo-se em TODAS AS CATEGORIAS aquelas variáveis que não serão utilizadas.

9- Após realizar as devidas seleções, clica-se sobre a caixa MOSTRA, no final da tela. Para compor novas tabelas com diferentes informações primeiro deve-se clicar sobre a caixa LIMPA, que desfaz as seleções anteriores. Procedimentos para salvar uma consulta.



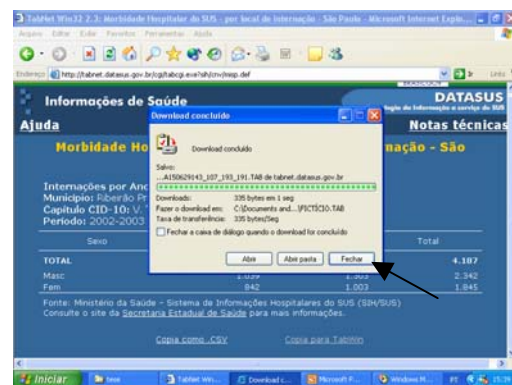
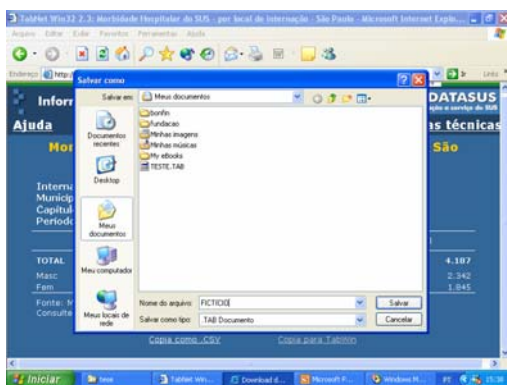
10- Para gravar os dados gerados, clica-se em CÓPIA PARA TABWIN.

11- Na tela de download, salve o arquivo em disco.

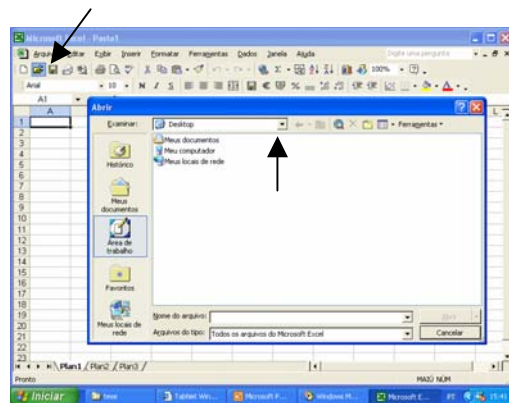
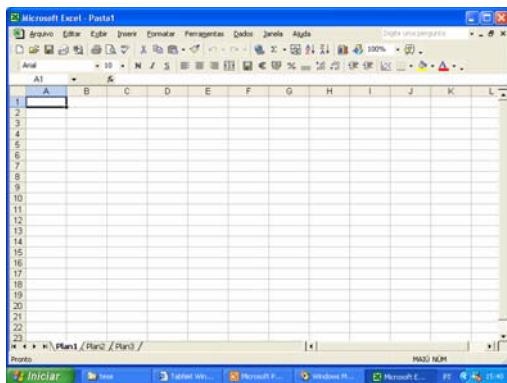


12- Defina a pasta onde o arquivo será salvo e salve-o.

13- Se a tela de download permanecer ativa ao final do download, feche-a.

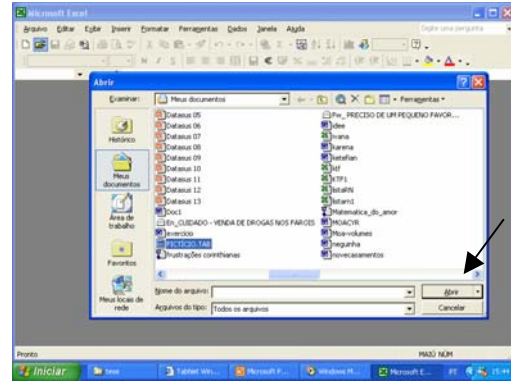
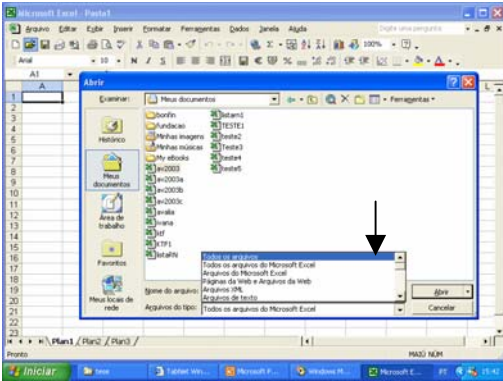


14- Abra o Excel, geralmente disponível por ícone na área de trabalho do windows.



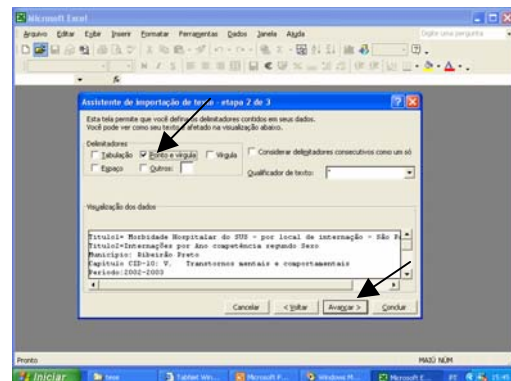
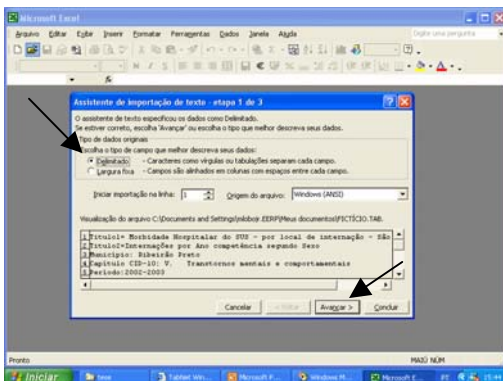
15- Através da opção Abrir, acesse o arquivo gravado localizando-o.

16- Observar que na linha de especificação do Tipo de Arquivo, deverão estar indicados todos ou qualquer arquivo para ter acesso aos dados gravados. Acesse o arquivo clicando em Abrir no canto inferior direito da tela.



17- Aparecerá uma tela para que os dados sejam importados para o Excel. Na primeira tela definir como Tipo de campo delimitado e depois clicar em avanzar.

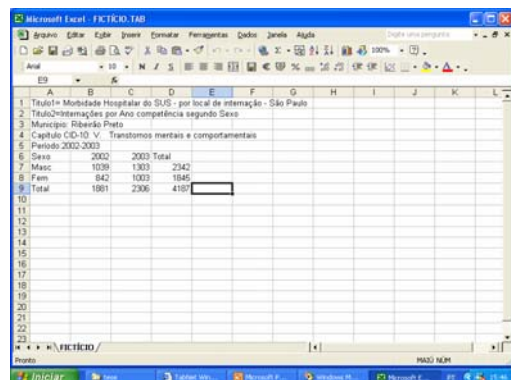
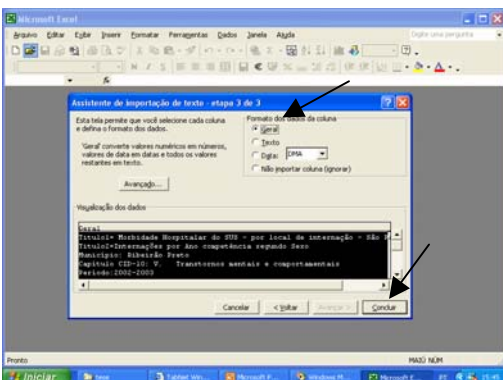
18- Definir como Delimitadores Ponto e vírgula e clicar em avanzar.



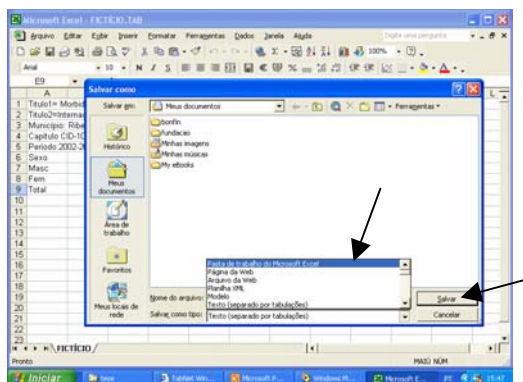
19- Definir como formato dos dados da coluna: Geral e clicar em Concluir.

20- Como resultado têm-se os dados em uma planilha comum do Excel.

A impressão dos dados neste formato é sem dúvida mais rápida e econômica.



21-Para salvar a tabela no excel deve-se, na opção Salvar como tipo, selecionar Pasta de trabalho do Microsoft Excel.



Uma vez arquivado, o resultado da consulta fica disponível no microcomputador do usuário.

A seguir são apresentados exemplos de consultas.

EXEMPLO 1- Obter o número de internações psiquiátricas que ocorreram no município de **Ribeirão Preto de 1993 a 2002**.

- Seguir os passos de 1 a 4.
- No passo 5 selecionar local de internação, para obter todas as internações realizadas no município, independente do local onde os internados residem.
- No passo 6 selecionar o Estado de São Paulo.
- Nos passos 7 e 8 selecionar (Figura abaixo):

LINHA: Ano competência

COLUNA: Não ativa

CONTEÚDO: Internações

PERÍODO*: Selecionar de janeiro de 1993 a dezembro de 1997**.

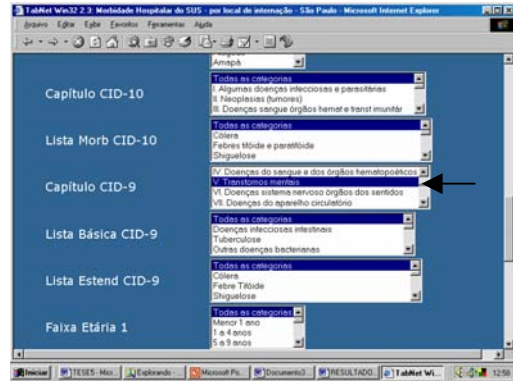
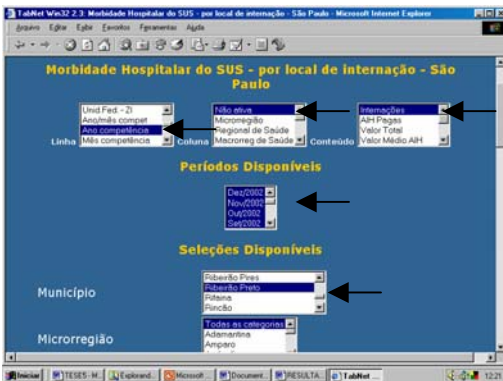
IMPORTANTE:

* Para selecionar o PERÍODO utilize as teclas **SHIFT** ou **↑** do teclado.

** Para o período deste exemplo, serão necessárias duas consultas pois até 1997 os dados de internação constados no SIH-SUS seguiam como classificação diagnóstica, a Nona Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-9). A partir de 1998 entrou em uso a Décima Revisão (CID-10) da referida classificação.

SELEÇÕES DISPONÍVEIS:

- Município: Ribeirão Preto
- Capítulo CID-9: V-Transtornos mentais



- Seguir os passos de 9 a 21.
- Refazer todos os passos anteriores e alterar:

PERÍODO: Selecionar de janeiro de 1998 a dezembro de 2002.

SELEÇÕES DISPONÍVEIS:

Capítulo CID-10: V-Transtornos mentais e comportamentais.

- Cada tabela obtida (Figuras abaixo) poderá ser salva seguindo os passos de 10 a 21. Com os dados importados para o Excel é possível agrupá-los gerando uma tabela única para período de exemplo, 1993 a 2002.

Ano competência	Internações
TOTAL	10.360
1993	3.204
1994	3.263
1995	2.910
1996	3.764
1997	3.222

Ano competência	Internações
TOTAL	13.921
1998	3.285
1999	3.277
2000	2.729
2001	2.349
2002	1.001

EXEMPLO 2- Obter o número de internações psiquiátricas que ocorreram nos municípios da Regional de Saúde de Ribeirão Preto, no período de 1998 a 2002.

- Seguir os passos de 1 a 4.
- No passo 5 seleccionar local de residência, para obter o quanto cada município da regional de saúde computa em número de internações.
- No passo 6 seleccionar o Estado de São Paulo.
- Nos passos 7 e 8 seleccionar:

LINHA: Município

COLUNA: Ano competência

CONTEÚDO: Internações

PERÍODO: Janeiro de 1998 a dezembro de 2002.

SELEÇÕES DISPONÍVEIS:

- Regional de Saúde: Ribeirão Preto.
- Capítulo CID-10: V-Transtornos mentais e comportamentais.
- Seguir os passos de 9 a 20.

Município	1998	1999	2000	2001	2002	Total
TOTAL	2.965	2.886	2.474	2.188	1.887	12.400
350100 Altinópolis	15	11	7	10	14	57
350560 Barroba	63	54	58	34	37	246
350590 Batatas	111	97	68	67	29	372
350780 Bródowski	32	40	32	28	25	157
350940 Cajuru	39	40	28	27	21	155
351090 Casa dos Coqueiros	5	9	4	3	3	18
351310 Cravinhos	71	65	39	45	38	258
351460 Dumont	10	9	6	15	11	51
351860 Guarubá	39	27	31	26	18	141
351885 Guatapará	10	12	7	11	11	51
352430 Jaboticabal	84	76	93	60	77	390
352510 Jardópolis	46	20	41	30	37	174
352780 Lata Rendena	14	18	14	23	12	81
353130 Monte Alto	43	38	46	48	30	205

350940 Cajuru	39	40	28	27	21	155
351090 Casa dos Coqueiros	5	9	4	3	3	18
351310 Cravinhos	71	65	39	45	38	258
351460 Dumont	10	9	6	15	11	51
351860 Guarubá	39	27	31	26	18	141
351885 Guatapará	10	12	7	11	11	51
352430 Jaboticabal	84	76	93	60	77	390
352510 Jardópolis	46	20	41	30	37	174
352780 Lata Rendena	14	18	14	23	12	81
353130 Monte Alto	43	38	46	48	30	205
353950 Pitangueiras	49	50	57	58	48	262
354020 Pontal	61	42	57	38	41	239
354090 Pradópolis	18	12	9	30	13	72
354340 Ribeirão Preto	1.823	1.956	1.507	1.332	1.101	7.629
354625 Santa Cruz da Esperança	-	7	1	1	-	9
354760 Santa Rosa de Viterbo	66	71	39	39	18	233
354790 Santo Antônio da Alegria	21	19	25	35	19	109
355090 São Simão	13	30	22	16	18	99
355140 Serra Azul	14	15	13	18	21	81
355150 Serrana	91	70	61	60	63	345
355170 Bertópolis	227	201	211	154	181	974

EXEMPLO 3- Obter os diagnósticos dentro do Capítulo V da CID-9 das internações hospitalares ocorridas em Ribeirão Preto (Fig. 29).

- Seguir os passos de 1 a 4.
- No passo 5 seleccionar local de internação.
- No passo 6 seleccionar o Estado de São Paulo.
- Nos passos 7 e 8 seleccionar:

LINHA: Lista Estendida CID-9

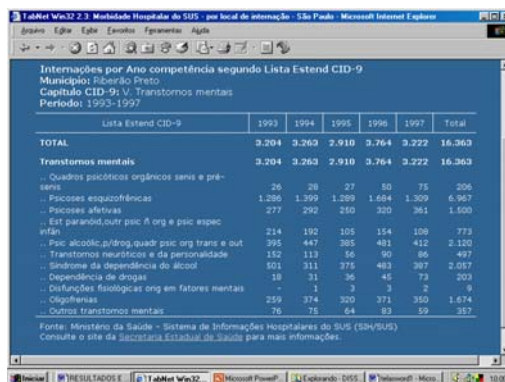
COLUNA: Ano competência

CONTEÚDO: Internações

PERÍODO: Janeiro de 1993 a dezembro de 1997.

SELEÇÕES DISPONÍVEIS:

- Município: Ribeirão Preto.
- Capítulo CID-9: V-Transtornos mentais.
- Seguir os passos de 9 a 20.



Internações por Ano competência segundo Lista Extend CID-9
Município: Ribeirão Preto
Capítulo CID-9: V. Transtornos mentais
Período: 1993-1997

Lista Extend CID-9	1993	1994	1995	1996	1997	Total
TOTAL	3.204	3.263	2.910	3.764	3.222	16.363
Transtornos mentais	3.204	3.263	2.910	3.764	3.222	16.363
.. Quadros psicóticos orgânicos sens e pré-sens	26	28	27	50	75	206
.. Psicose esquizofrênicas	1.285	1.359	1.289	1.684	1.309	6.967
.. Psicose afetivas	277	292	250	320	361	1.500
.. Est. paranoic., out. psic. A org e psic. espec. não	214	192	105	154	108	773
.. Psic. alcóol., p./drog., quad. psic. org. trans e out.	395	447	385	481	412	2.100
.. Transtornos neuróticos e da personalidade	152	113	56	90	86	497
.. Síndrome da dependência do álcool	101	113	75	481	347	2.057
.. Dependência de drogas	18	31	56	45	73	303
.. Distúrbios fisiológicos org em fatores mentais	-	1	3	3	2	9
.. Oligofrenias	259	374	300	371	350	1.674
.. Outros transtornos mentais	76	75	64	83	59	357

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)
Consulte o site da Secretaria Estadual de Saúde para mais informações.

EXEMPLO 4 - Obter os diagnósticos dentro do Capítulo V da CID-10 das internações hospitalares ocorridas em Ribeirão Preto.

- Seguir os passos de 1 a 4.
- No passo 5 selecionar local de internação.
- No passo 6 selecionar o Estado de São Paulo.
- Nos passos 7 e 8 selecionar:

LINHA: Lista de Morbidade da CID-10.

COLUNA: Ano competência.

CONTEÚDO: Internações.

PERÍODO: Janeiro de 1998 a dezembro de 2002.

SELEÇÕES DISPONÍVEIS:

- Município: Ribeirão Preto.
- Capítulo CID-10: V-Transtornos mentais e comportamentais.
- Seguir os passos de 9 a 20.

Internações por Ano competência segundo Lista Morb CID-10
Município: Ribeirão Preto
Capítulo CID-10: V: Transtornos mentais e comportamentais
Período: 1998-2002

Lista Morb CID-10	1998	1999	2000	2001	2002	Total
TOTAL	3.285	3.277	2.729	2.349	1.881	13.521
05 Transtornos mentais e comportamentais	3.285	3.277	2.729	2.349	1.881	13.521
.. Demência	83	169	120	83	22	477
.. Transt mentais e comportamentais dev uso álcool	582	556	390	266	275	2.069
.. Transt ment comport dev uso out subst psicoat	142	103	104	105	87	541
.. Esquizofrenia transt esquizotípicos e delirant	1.310	1.190	1.042	983	566	5.089
.. Transtornos de humor [afetivos]	486	532	501	536	572	2.627
.. Transt neurót e relacionados com stress somatiz	86	89	60	40	46	343
.. Retardo mental	272	290	245	183	20	1.010
.. Outros transtornos mentais e comportamentais	316	348	267	211	283	1.405

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)
Consulte o site de Estatística Estadual de Saúde para mais informações.

EXEMPLO 5 - Obter a distribuição entre faixas etárias das internações psiquiátricas ocorridas em Ribeirão Preto.

- Seguir os passos de 1 a 4.
- No passo 5 selecionar local de internação.
- No passo 6 selecionar o Estado de São Paulo.
- Nos passos 7 e 8 selecionar:

LINHA: Faixa etária 1.

COLUNA: Ano competência.

CONTEÚDO: Internações.

PERÍODO: Janeiro de 1998 a dezembro de 2002. (Lembrar que para períodos anteriores a 1998 utilizar a CID-9)

SELEÇÕES DISPONÍVEIS:

- Município: Ribeirão Preto.
- Capítulo CID-10: V-Transtornos mentais e comportamentais.

- Seguir os passos de 9 a 20.

Internações por Ano competência segundo Lista Morb CID-10
Município: Ribeirão Preto
Capítulo CID-10: V. Transtornos mentais e comportamentais
Período: 1998-2002

Lista Morb CID-10	1998	1999	2000	2001	2002	Total
TOTAL	3.285	3.277	2.729	2.349	1.881	13.521
05 Transtornos mentais e comportamentais	3.285	3.277	2.729	2.349	1.881	13.521
.. Demência	83	169	120	83	22	477
.. Transt mentais e comportamentais dev uso álcool	582	556	399	266	275	2.069
.. Transt ment comport dev uso outrs subst psicoat	142	103	104	195	97	551
.. Esquizofrenia transt esquizotípicos e delirant	1.318	1.190	1.042	993	586	5.029
.. Transtornos de humor [afetivos]	486	532	501	536	372	2.527
.. Transt neurót e relacionados com stress somatiz	86	89	60	62	46	343
.. Retardo mental	272	290	245	183	20	1.010
.. Outros transtornos mentais e comportamentais	316	348	267	211	263	1.405

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)
Consulte o site da [Secretaria Estadual de Saúde](#) para mais informações.

EXEMPLO 6 - Obter a distribuição por sexo das internações psiquiátricas ocorridas em Ribeirão Preto.

- Repetir os passos do exemplo 5 alterando :

LINHA: Sexo

Informações de Saúde
Ajuda
Morbidade Hospitalar do SUS - por local de internação - São Paulo

Internações por Ano competência segundo Sexo
Município: Ribeirão Preto
Capítulo CID-10: V. Transtornos mentais e comportamentais
Período: 1998-2002

Sexo	1998	1999	2000	2001	2002	Total
TOTAL	3.285	3.277	2.729	2.349	1.881	13.521
Masc	2.035	2.027	1.635	1.345	1.029	8.081
Fem	1.250	1.250	1.094	1.004	842	5.440

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)
Consulte o site da [Secretaria Estadual de Saúde](#) para mais informações.

EXEMPLO 7- Obter a média de permanência hospitalar das internações psiquiátricas em Ribeirão Preto.

- Seguir os passos de 1 a 4.
- No passo 5 selecionar local de internação.
- No passo 6 selecionar o Estado de São Paulo.
- Nos passos 7 e 8 selecionar:

LINHA: Ano competência.

COLUNA: Não ativa.

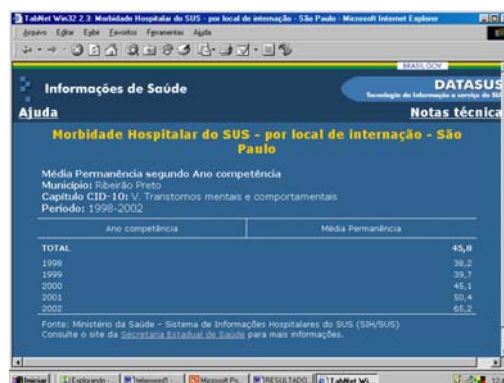
CONTEÚDO: Média Permanência.

PERÍODO: Janeiro de 1998 a dezembro de 2002. (Lembrando que para períodos anteriores a 1998 utilizar a CID-9)

SELEÇÕES DISPONÍVEIS:

- Município: Ribeirão Preto.
- Capítulo CID-10: V-Transtornos mentais e comportamentais.

Seguir os passos de 9 a 21 para salvar a consulta.



Informações de Saúde
Ajuda
Morbidade Hospitalar do SUS - por local de internação - São Paulo
Média Permanência segundo Ano competência
Município: Ribeirão Preto
Capítulo CID-10: V. Transtornos mentais e comportamentais
Período: 1998-2002

Ano competência	Média Permanência
TOTAL	45,8
1998	38,2
1999	39,7
2000	45,1
2001	50,4
2002	55,2

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)
Consulte o site de sistemas.sa.gov.br para mais informações.

Os exemplos apresentados demonstram consultas ao site para obtenção das principais informações, contudo não esgotam as possibilidades do mesmo. Assim, acredita-se que a partir deste ponto, o usuário tenha noções básicas para explorar as demais informações disponibilizadas.

5.2 - Análise do perfil de internações psiquiátricas em Ribeirão Preto

≡ 5.2.1 - Internações psiquiátricas no Período de 1993 a 2002

Os dados mostram que o número de internações psiquiátricas em Ribeirão Preto diminuiu, tal como ocorreu no Estado de São Paulo e no País (Tabela 4). Por outro lado, houve aumento da população residente (Tabela 5), de maneira que a proporção das internações psiquiátricas pelo número de habitantes passou de 0,71% para 0,36% em Ribeirão Preto, de 0,42% para 0,19% no Estado de São Paulo e de 0,28% para 0,17% no Brasil.

TABELA 4 - Morbidade por internações hospitalares relacionadas aos transtornos mentais no município de Ribeirão Preto, no Estado de São Paulo e no Brasil, de 1993 a 2002

Ano	RP	SP	BR
1993	3204	137584	426250
1994	3263	149217	443676
1995	2910	146792	438334
1996	3764	136846	420456
1997	3222	135418	420365
1998	3285	135591	426602
1999	3277	122549	424201
2000	2729	118893	422836
2001	2349	102956	388722
2002	1881	72109	308264
Total	29884	1257955	4119706

Fonte: DATASUS, disponível em www.datasus.gov.br, acesso em 05/12/2003.

Assim tem-se que 2,37% das internações psiquiátricas do Estado e 0,72% das internações psiquiátricas do país, referem-se ao município de Ribeirão Preto, enquanto que a população deste município representa 1,2% no Estado e 0,26% no país, indicando que a proporção de internações é maior que a proporção populacional.

Ao focalizar o Município, através das opções **Local de internação** e **Local de residência**, disponibilizadas pelo sistema na busca de dados de morbididade, constatou-se que 98,34% das internações por transtornos mentais e comportamentais de 1998 a 2002, na DIR-XVIII, ocorreram em Ribeirão Preto, sendo que 43,6% dessas internações correspondem a pacientes que não residem no referido município (Tabelas 6 e 7).

TABELA 5 - População residente segundo ano no município de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo e Brasil, de 1993 a 2002.

Ano	RP	SP	BR
1993	450689	32701245	151556521
1994	457653	33207158	153726463
1995	464450	33699405	155822296
1996	456252	34119110	157070163
1997	462578	34752122	159636297
1998	467906	35283992	161790182
1999	473274	35816704	163947436
2000	504923	37032403	169799170
2001	514160	37630105	172385776
2002	520501	38177734	174632932
TOTAL	4772386	352419978	1620367236

Fonte: DATASUS, disponível em www.datasus.gov.br, acesso em 05/12/2003.

TABELA 6 - Internações hospitalares por local de internação relacionadas aos transtornos mentais segundo Município e Ano de competência na DIR-VIII, de 1998 a 2002.

Município	Nº de internações psiquiátricas					Total
	1998	1999	2000	2001	2002	
Altinópolis	2	2	-	1	5	10
Barrinha	4	-	-	-	-	4
Batatais	46	24	22	22	6	120
Cravinhos	2	-	1	2	-	5
Guariba	-	-	-	1	-	1
Jaboticabal	-	-	-	-	1	1
Monte Alto	1	-	1	-	-	2
Pitangueiras	2	3	5	1	3	14
Pontal	5	3	6	2	2	18
Ribeirão Preto	3285	3277	2729	2349	1881	13521
Santa Rosa de Viterbo	5	7	1	1	-	14
Santo Antônio da Alegria	-	-	-	-	1	1
São Simão	-	1	1	2	-	4
Serrana	1	-	-	-	-	1
Sertãozinho	10	5	9	6	3	33
Total	3363	3322	2775	2387	1902	13749

Fonte: DATASUS, disponível em www.datasus.gov.br, acesso em 05/12/2003.

Ao executar a busca por **Local de internação** obtém-se dados com base nos locais onde a unidade hospitalar está estabelecida, o que permite dimensionar a assistência hospitalar segundo a maneira como está alocada. Ao passo que na busca por **Local de Residência**, obtém-se informações com base no local de origem das pessoas que utilizam a assistência hospitalar.

Esta comparação permite dizer que em todos os anos, no período de 1998 a 2002, as unidades hospitalares do município de Ribeirão Preto contabilizaram parte de suas internações com pacientes residentes em outros municípios (Tabela 8).

TABELA 7 - Internações hospitalares por residência relacionadas aos transtornos mentais segundo Município e ano de competência na DIR-XVII, de 1998 a 2002.

Município	Nº de internações psiquiátricas					Total
	1998	1999	2000	2001	2002	
Altinópolis	15	11	7	10	14	57
Barrinha	63	54	58	34	37	246
Batatais	111	97	66	67	29	370
Brodowski	32	40	32	28	25	157
Cajuru	39	40	28	27	21	155
Cássia dos Coqueiros	5	3	4	3	3	18
Cravinhos	71	65	39	45	38	258
Dumont	10	9	6	15	11	51
Guariba	39	27	31	26	18	141
Guatapar	10	12	7	11	11	51
Jaboticabal	84	76	93	60	77	390
Jardinópolis	46	20	41	30	37	174
Luís Antnio	14	18	14	23	12	81
Monte Alto	43	38	46	48	30	205
Pitangueiras	49	50	57	58	49	263
Pontal	61	42	57	38	41	239
Pradópolis	18	12	9	20	13	72
Ribeirão Preto	1823	1866	1507	1332	1101	7629
Santa Cruz da Esperança	-	-	1	1	-	2
Santa Rosa de Viterbo	66	71	39	39	18	233
Santo Antnio da Alegria	21	19	25	25	19	109
São Simão	13	30	22	16	18	99
Serra Azul	14	15	13	18	21	81
Serrana	91	70	61	60	63	345
Sertãozinho	227	201	211	154	181	974
Total	2965	2886	2474	2188	1887	12400

Fonte: DATASUS, disponível em www.datasus.gov.br, acesso em 05/12/2003.

TABELA 8 - Internações alocadas no Capítulo V – Transtornos Mentais e Comportamentais da CID-10 por local de internação e por local de residência em Ribeirão Preto de 1999 a 2002.

ANO	1998	1999	2000	2001	2002	Total
Por local de internação	3285	3277	2729	2349	1881	13521
Por local de residência	1823	1866	1507	1332	1101	7629

Fonte: DATASUS, disponível em www.datasus.gov.br, acesso em 05/12/2003.

De acordo com dados sobre a rede assistencial hospitalar SUS, dos 25 municípios que compõem a Regional de Saúde de Ribeirão Preto, DIR-VIII, leitos destinados à psiquiatria são

registrados apenas em Ribeirão Preto. Provavelmente, as internações por transtornos mentais nos demais municípios ocorrem em leitos hospitalares destinados a outras especialidades. Isto coloca o município como referência para a assistência psiquiátrica hospitalar nessa rede.

≡ 5.2.2 - Diagnóstico

No período de 1993 a 1997, em que a classificação diagnóstica era feita pela CID-9, os registros agrupados, segundo a Lista Estendida, mostram que a categoria "Psicoses esquizofrênicas" é a que apresenta o maior número de internações, seguida pelas categorias "Psicose alcoólica, por drogas, quadros psicóticos orgânicos", "Síndrome da dependência do álcool" e "Oligofrenias" (Tabela 9).

No período de 1998 a 2002, cuja classificação diagnóstica tem sido feita pela CID-10, a categoria que apresentou maior número de internações dentro da Lista de Morbidade, foi "Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes", seguida por "Transtornos de humor [afetivos]" e "Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool". (Tabela 10)

TABELA 9 - Morbidade por internações hospitalares relacionadas aos transtornos mentais segundo Lista Estendida CID-9 no município de Ribeirão Preto, de 1993 a 1997.

Código da Lista	Descrição dos diagnósticos do Capítulo V pela Lista Estendida CID-9	Ano de competência					Total
		1993	1994	1995	1996	1997	
210	Quadros psicóticos orgânicos senis e pré-senis	26	28	27	50	75	206
211	Psicoses esquizofrênicas	1286	1399	1289	1684	1309	6967
212	Psicoses afetivas	277	292	250	320	361	1500
213.1	Estados paranóides, outras psicoses não orgânicas e psicoses específicas da infância	214	192	105	154	108	773
213.2	Psicoses alcoólicas, psicoses por drogas, quadros psicóticos orgânicos transitórios e outros quadros psicóticos orgânicos	395	447	385	481	412	2120
214	Transtornos neuróticos e transtornos da personalidade	152	113	56	90	86	497
215	Síndrome da dependência do álcool	501	311	375	483	387	2057
216	Dependência de drogas	18	31	36	45	73	203
217	Disfunções fisiológicas originadas em fatores mentais	-	1	3	3	2	9
218	Oligofrenias	259	374	320	371	350	1674
219	Outros transtornos mentais	76	75	64	83	59	357
Total		3204	3263	2910	3764	3222	16363

Fonte: DATASUS, disponível em www.datasus.gov.br, acesso em 05/12/2003.

TABELA 10 - Morbidade por internações hospitalares relacionadas aos transtornos mentais segundo Lista de Morbidade CID-10 no município de Ribeirão Preto, de 1998 a 2002.

Código da Lista	Descrição dos diagnósticos do Capítulo V pela Lista de Morbidade CID-10	Ano de competência					Total
		1998	1999	2000	2001	2002	
112	Demência	83	169	120	83	22	477
113	Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool	582	556	390	266	275	2069
114	Transtornos mentais comportamentais devido uso outras substâncias psicoativas	142	103	104	105	97	551
115	Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes	1318	1190	1042	903	586	5039
116	Transtornos de humor [afetivos]	486	532	501	536	572	2627
117	Transtornos neuróticos e relacionados com stress somatoforme	86	89	60	62	46	343
118	Retardo mental	272	290	245	183	20	1010
119	Outros transtornos mentais e comportamentais	316	348	267	211	263	1405
Total		3285	3277	2729	2349	1881	13521

Fonte: DATASUS, disponível em www.datasus.gov.br, acesso em 05/12/2003.

A condição de terceiro diagnóstico mais incidente entre as internações hospitalares por transtornos mentais, remete ao uso de álcool certa atenção, já que o uso de álcool é um problema social antigo ligado às questões da saúde, no qual muito se tem investido em termos de prevenção e tratamento. Ao somar o número de internações devido ao uso de álcool e devido à outras substâncias psicoativas, esse número praticamente equipara-se ao número de internações por transtornos de humor.

Acredita-se que o álcool seja um dos grandes problemas sociais atualmente, e no que se refere à saúde, as internações por esta consequência, em psiquiatria, dimensionam parcialmente o problema, já que complicações de saúde decorrentes do uso de álcool ocorrem nas diversas especialidades.

Apesar da diminuição no número de internações em todas as categorias diagnósticas, para as internações por "Transtornos de humor [afetivos]" nota-se relativo aumento. Haveria maior incidência desses transtornos? Maior gravidade?

Sabe-se que os transtornos de humor, apesar do conhecimento de sua existência ser antigo, eram pouco difundidos e estudados pelos profissionais. Diante da política envolvida nos repasses financeiros para o setor saúde, tratamentos para diagnósticos de esquizofrenia possivelmente seriam menos questionados que tratamentos para depressão, por exemplo, ocasionando a subnotificação dos diagnósticos para transtornos de humor.

Além disso, atualmente os portadores de algum transtorno mental ou comportamental, que até então tinham um conhecimento limitado acerca dos problemas de saúde, estão melhores informados, inclusive para questionar sua classificação diagnóstica. Associado a isto tem-se o fato de que a doença mental está presente o tempo todo no convívio social e nos meios de comunicação como rádio, televisão e internet, o que contribui para a difusão do conhecimento e do interesse das pessoas sobre as questões relacionadas aos transtornos mentais e comportamentais.

O respeito à autonomia, à dignidade, enfim aos direitos humanos também contribui para que a pessoa em sofrimento psíquico solicite maiores esclarecimentos à cerca da doença e da exatidão de seu diagnóstico, exigindo cada vez mais dos profissionais envolvidos.

De acordo com os dados encontrados a categoria transtornos de humor [afetivos], além de ter aumentado sua ocorrência, é o segundo diagnóstico mais frequente entre internações hospitalares com relação aos demais.

Sabe-se que indivíduos com transtornos afetivos apresentam altas frequências e intensidade de incapacitação social (TUCCI et al, 2001). Para Scott (1995), adultos ao desenvolverem transtorno de humor do tipo bipolar I, perdem efetivamente 9 anos de vida, 12 de saúde normal e 14 de trabalho. Tal fato alerta para o desenvolvimento de estratégias de saúde mental direcionadas para essas pessoas.

≡ 5.2.3 - Faixa etária

As faixas etárias de maior prevalência de internações psiquiátricas compreendem o período que vai dos 20 aos 49 anos (Tabela 11). Isto evidencia considerável relevância, já que é neste período da vida que a maioria das pessoas estrutura condições socialmente importantes. Geralmente, é a fase em que as pessoas constituem famílias, adquirem formação e atuação profissional, tornam-se economicamente ativas e adquirem bens.

Na idade adulta jovem (dos 20 aos 40 anos) tem-se o auge do desenvolvimento biológico, estabelecimento dos papéis sociais e evolução do *self* adulto e estrutura de vida, sendo que, a idade adulta bem-sucedida está na dependência das resoluções satisfatórias das crises da infância e adolescência (KAPLAN, 1997).

A presença de internações psiquiátricas na faixa dos 5 aos 14 anos, mesmo em pequeno número, indica a necessidade de reflexão sobre a atenção prestada a essa população na organização

da assistência em saúde mental, já que serviços especializados no atendimento psiquiátrico à crianças e adolescentes são raros e pouco difundidos, principalmente no setor público.

TABELA 11 - Morbidade por internações hospitalares relacionadas aos transtornos mentais, segundo faixa etária, no município de Ribeirão Preto, de 1993 a 2002.

Faixa Etária	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	Total
Menor 1 ano	1	4	9	2	1	-	-	-	-	-	17
1 a 4 anos	6	8	7	4	2	1	2	3	-	1	34
5 a 9 anos	2	1	3	2	2	-	3	-	2	-	15
10 a 14 anos	23	20	17	12	12	27	22	25	18	17	193
15 a 19 anos	134	164	131	158	144	213	151	141	142	144	1522
20 a 29 anos	610	556	453	604	488	622	547	485	450	445	5260
30 a 39 anos	899	805	743	954	777	795	762	582	527	491	7335
40 a 49 anos	664	678	631	848	693	675	657	583	518	448	6395
50 a 59 anos	423	466	401	497	459	421	441	377	294	223	4002
60 a 69 anos	275	321	295	391	360	302	388	288	208	75	2903
70 a 79 anos	130	193	172	219	207	167	223	185	146	29	1671
80 anos e mais	33	38	48	73	77	62	81	60	44	8	524
Idade ignorada	4	9	-	-	-	-	-	-	-	-	13
											2988
Total	3204	3263	2910	3764	3222	3285	3277	2729	2349	1881	4

Fonte: DATASUS, disponível em www.datasus.gov.br, acesso em 05/12/2003.

Na distribuição das faixas etárias dentro das categorias diagnósticas da Lista de morbidade da CID-10 (Tabela 12), observa-se que, apesar da maioria das internações psiquiátricas ocorrerem na faixa etária que vai dos 20 aos 49 anos, na Demência as internações psiquiátricas prevalecem a partir dos 60 anos. Nos Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de outras substâncias psicoativas a incidência de internações é maior entre os 15 e 29 anos. Por fim, a faixa etária mais prevalente entre as internações por Retardo mental vai dos 50 aos 69 anos.

≡ 5.2.4 - Sexo

Na Tabela 13 observa-se que em relação ao sexo, homens (61,%) internam mais por transtornos mentais que mulheres (39%).

Este dado não permite afirmar que a doença mental indica maior frequência em homens que em mulheres, pois a população estudada é a hospitalar, considerada de maior complexidade. Portanto, não reflete a distribuição dos transtornos mentais na população geral, apenas na população hospitalar estudada.

Em geral, mulheres têm taxas significativamente mais elevadas para todos os transtornos mentais em relação aos homens, em especial para ansiedade e depressão (KAPLAN et al, 1997).

TABELA 13 - Morbidade por internações hospitalares relacionadas aos transtornos mentais segundo sexo, no município de Ribeirão Preto, de 1993 a 2002.

Ano	Masc	Fem	Total
1993	1936	1268	3204
1994	1945	1318	3263
1995	1748	1162	2910
1996	2460	1304	3764
1997	2072	1150	3222
1998	2035	1250	3285
1999	2027	1250	3277
2000	1635	1094	2729
2001	1345	1004	2349
2002	1039	842	1881
Total	18242	11642	29884

Fonte: DATASUS, disponível em www.datasus.gov.br, acesso em 05/12/2003.

Analisando a distribuição por sexo na população geral, no local e período do estudo, observamos que há mais mulheres (51,6%) do que homens (48,4%) (Tabela 13).

Porém, muito do que se sabe com relação as representações de gênero na cultura brasileira pode contribuir para o esclarecimento dessas porcentagens. Supõe-se que o homem tem maior resistência a buscar ajuda em níveis de atenção de menor complexidade, resultando em agravamento do quadro e posterior internação.

Em serviços de semi-internação, considerados de menor complexidade como os hospitais-dia, a proporção de mulheres é maior (LIMA e BOTEGA, 2001).

Ao analisar a distribuição de sexo pela lista de morbidade da CID-10, observa-se que nas categorias diagnósticas de Transtornos de humor, Transtornos neuróticos e relacionados com stress somatoforme e Outros, a incidência de mulheres é maior, sendo que nos Transtornos de humor, as internações de mulheres chega a quase o dobro das internações masculinas (Tabela 14).

Por outro lado, nas demais categorias diagnósticas, o número de internações do sexo masculino supera significativamente as internações do sexo feminino, sendo que na categoria Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool, o número de internações para o masculino é 8,5 vezes maior que as internações de mulheres por esta mesma causa.

TABELA 14 - Internações hospitalares relacionadas aos transtornos mentais segundo sexo e Lista de morbidade CID-10 no município de Ribeirão Preto, de 1998 a 2002.

Código	Lista Morb CID-10	Masc	Fem	Total
112	Demência	423	54	477
113	Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool	1851	218	2069
114	Transtornos mentais comportamentais devido uso outras substancias psicoativas	454	97	551
115	Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes	3065	1974	5039
116	Transtornos de humor [afetivos]	920	1707	2627
117	Transtornos neuróticos e relacionados com stress somatoforme	126	217	343
118	Retardo mental	645	365	1010
119	Outros transtornos mentais e comportamentais	597	808	1405
Total		8081	5440	13521

Fonte: DATASUS, disponível em www.datasus.gov.br, acesso em 05/12/2003.

≡5.2.5 - Média de Permanência

A média de permanência em internações psiquiátricas apresentou diminuição no período de 1993 a 1996. A partir de 1999, inicia-se um sutil aumento e chega em 2002 a uma média com aproximadamente 8 dias a mais em relação ao início do período estudado (Tabela 15).

TABELA 15 - Morbidade por internações hospitalares relacionadas aos transtornos mentais segundo média de permanência no município de Ribeirão Preto, de 1993 a 2002.

Ano	Média de Permanência
1993	57,5
1994	49,8
1995	47,4
1996	40,6
1997	43,1
1998	38,2
1999	39,7
2000	45,1
2001	50,4
2002	65,2

Fonte: DATASUS, disponível em www.datasus.gov.br, acesso em 05/12/2003.

Acredita-se que o período de internação é inversamente proporcional à integração social e familiar da pessoa em sofrimento mental. Assim, mesmo que a recuperação de uma crise psicótica necessite de certo tempo para remissão dos sintomas, deve-se diminuir ao máximo o tempo de permanência no hospital, evitando prolongar o tempo em que a pessoa é privada do convívio social e familiar.

≡5.2.6 - Indicadores básicos para a saúde no Brasil

De posse das informações obtidas através do DATASUS, foi possível determinar 2 indicadores de saúde recomendados pela Organização Pan-Americana da Saúde para a psiquiatria. Tais indicadores apresentam-se como medidas-síntese de informações relevantes sobre atributos, dimensionamento e desempenho do sistema de saúde. Em conjunto, esses indicadores propõem-se a produzir evidências sobre a situação sanitária e suas tendências, documentando as desigualdades em saúde. Esta evidência é constituidora de insumo para o estabelecimento de políticas e prioridades necessárias à saúde da população, de maneira mais ajustada (RIPSA, 2003).

5.2.6.1 - *Indicador de recurso: Gasto médio (SUS) por internação psiquiátrica hospitalar*

Baseando-se no período que compreende os anos de 1998 a 2002, observa-se que em 1998 e em 1999 o gasto médio por internação na psiquiatria esteve próximo ao valor médio de gastos entre as especialidades do respectivo ano. A partir de 2000 esse valor aumentou, chegando a quase o dobro do valor médio de gastos entre a maioria das especialidades e a um valor três vezes maior em relação ao primeiro ano do período (Tabela 16).

TABELA 16 - Gasto Médio* (SUS) por internação hospitalar. Ribeirão Preto - 1998 a 2002.

Especialidade	1998	1999	2000	2001	2002
Clínica cirúrgica	1129	1373	1128	1163	1382
Obstetrícia	242	313	266	300	299
Clínica médica	525	623	530	547	620
Cuidados prolongados (Crônicos)	2189	11328	0	0	0
Psiquiatria	603	962	1152	1402	1841
Psiquiatria - hospital dia	863	999	529	465	670
Tisiologia	600	688	486	502	642
Pediatria	492	707	673	787	774

Fonte: DATASUS, disponível em www.datasus.gov.br, acesso em 05/12/2003.

Tais valores são contabilizados em reais correntes do ano, não incluindo abandonos e fatores de recomposição. Eles expressam medianamente os recursos despendidos pelo SUS na prestação de atendimento hospitalar, destacando-se a especialidade psiquiátrica. As variações observadas geralmente são decorrentes do tipo de atendimento prestado, pois possuem remuneração diferenciada.

5.2.6.2 - *Indicador de Morbidade: Proporção de internações psiquiátricas dentre as internações hospitalares SUS.*

A partir dos dados de internação obtidos no DATASUS, construiu-se um indicador de morbidade psiquiátrica - Proporção de Internação Hospitalar - pela distribuição percentual das internações hospitalares por transtornos mentais e comportamentais pagas pelo SUS na população residente em Ribeirão Preto no período de 1998 a 2002 (Tabela 17). Observa-se que essa proporção diminuiu consideravelmente, confirmando a diminuição das internações psiquiátricas na medida em

que exclui a possibilidade de redução do número por uma diminuição das internações hospitalares de um modo geral.

TABELA 17 - Proporção (%) de Internações Hospitalares psiquiátricas dentre as internações hospitalares SUS. Ribeirão Preto - 1998 a 2002.

Ano de competência	População Residente*	Internações psiquiátricas*	Proporção
1998	467906	3285	6,1
1999	473274	3277	5,7
2000	504923	2729	4,6
2001	514160	2349	4,0
2002	520501	1881	3,2
Total	4772386	29884	4,7

* Dados constados nas Tabelas 1 e 2.

Estes dados não expressam necessariamente o quadro nosológico da população que utiliza o SUS, mas reflete a demanda hospitalar a qual é condicionada pela oferta de serviços no SUS.

6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho construiu-se um percurso metodológico da utilização dos dados secundários disponibilizados através do DATASUS, via Internet, visando dar condições para busca de dados em psiquiatria e saúde mental aos pesquisadores e profissionais envolvidos. Esta metodologia foi construída passo a passo, a fim de permitir a familiarização com os conteúdos e as possibilidades do site DATASUS.

A construção desta metodologia mostrou que é possível a aquisição de dados norteadores para a construção de panoramas situacionais na psiquiatria e na saúde mental.

Assim, foi possível traçar um perfil da assistência psiquiátrica no município de Ribeirão Preto, baseado nos dados de internação hospitalar constados pelo SIH-SUS.

Tal perfil, mostrou que em relação às internações psiquiátricas em Ribeirão Preto, o número diminuiu, acompanhando o ocorrido no nível estadual e nacional, sendo que o tempo de permanências das internações aumentou. Os diagnósticos relacionados à esquizofrenia mantêm-se como os mais incidentes, seguidos por transtornos de humor e relacionados ao uso de álcool e outras substâncias. Internações hospitalares psiquiátricas ocorrem em todas as faixas etária, com prevalência entre os 20 e 49 anos. Na população hospitalar, transtornos mentais acometem mais homens que mulheres. O indicador de morbidade confirmou a diminuição do número de internações, enquanto o indicador de recursos mostrou que elas ficaram mais caras.

A enfermagem, como profissão integrada a equipes multi e interdisciplinares, em diversos momentos assume o papel de coordenar e articular a equipe de saúde. Tal responsabilidade ou incumbência requer deste profissional conhecimento a cerca das questões mais gerais, bem como os

recursos que o possibilitem apanhar o quadro situacional do local onde desenvolve seu trabalho. Capacitar-se dentro dessas necessidades torna-se possível a partir do momento em que o enfermeiro possui domínio no acesso aos subsídios norteadores de suas ações.

O uso da informática pela enfermagem, como já apontou Évora (1998), melhora a prática e a qualidade da assistência prestada ao paciente, constituindo o apoio necessário para a prática contemporânea da enfermagem.

Sabendo-se que a utilização de dados secundários dos SIS, permite que a composição e a disponibilização desses dados, sejam avaliadas e reestruturadas para atender às necessidades tanto da pesquisa quanto da assistência e diante dos achados da presente investigação recomenda-se que o guia metodológico apresentado e o panorama situacional das internações psiquiátricas sejam utilizados como apoio e incentivo, respectivamente, para enfermeiros e demais profissionais envolvidos com a pesquisa e a assistência em saúde mental e psiquiatria.

7 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRASCO. **III Plano Diretor para o desenvolvimento da epidemiologia no Brasil 2000-2004**. Rio de Janeiro, 2000.
- ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia sem números: uma introdução crítica à ciência epidemiológica**. Rio de Janeiro: Campus, 1989.
- AMARANTE, P. (org.) **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995.
- ANDRADE, L.H.S.G. Epidemiologia psiquiátrica. Novos desafios para o século XXI. **Revista USP**, São Paulo, n.43, p.84-89, setembro/novembro 1999.
- BRANCO, M.A.F. Sistemas de informação em saúde local. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.12, n. 2, p. 267-270, abril-junho, 1996.
- BURTON, A H; DEAN AG. Software for data management and analysis in epidemiology. **World Health Forum**, 1990.
- CENEPI/FNS/MS. **Fundação Nacional de Saúde**. Disponível em www.funasa.gov.br, acesso em 13/10/2003.
- CORREIA, V.R. **Internação psiquiátrica na região de Ribeirão Preto no período de 1989 a 1993**. 1998. 96p. Dissertação de Mestrado - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- COSTA JUNIOR, M.L. **Análise crítica do Banco de Dados de Mortalidade do Ministério da Saúde, utilizando dados sobre homicídios ocorridos no Município de São Paulo, 1979 a 1994**. 1997. 124p. Tese Doutorado - Faculdade de Saúde Pública - Universidade de São Paulo, São Paulo.
- DELGADO, P. G. G.; GOMES, M. P. C. & COUTINHO, E. S. F. Novos rumos nas políticas públicas de saúde mental no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 17:452-453, 2001.

ÉVORA, Y.D.M. **O paradigma da informática na enfermagem**. [tese de Livre Docência].
Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto USP; 1998.

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

FREITAS, F.F.P. Subsídios para mudança do modelo de assistência psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública**. 14(1): 93-106, 1998.

GOMES, F.A. **Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS): contribuição para o estudo da mortalidade materna no Brasil**. 143p. Tese de Doutorado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2002.

GOMES, M.P.C.; COUTO, M.C.V.; PEPE, V.L.E. *et al.* Census of hospitalized patients in a psychiatric institution of Rio de Janeiro State: preliminary data. **Cad. Saúde Pública**, Nov./Dec. 2002, v.18, n.6, p.1803-1807.

JIMÉNEZ, H. V.; VÁSQUEZ, J. El derecho internacional, instrumento esencial para la promoción de la salud mental en las Américas. **Revista Panamericana de Salud Publica/ Pan America J Public Health**, Washington: v.9, n.4, p.264-271, abr.2001.

KAPLAN, H.I.; SADOCK, B.J.; GREBB, J.A. **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. 7 ed - Porto Alegre, 1997.

LANCMAN, S. Instituições psiquiátricas e comunidades: um estudo de demanda em saúde mental no Estado de São Paulo, Brasil. **Cad. de Saúde Pública**, jan./mar. 1997, v. 13, n. 1, p. 93-102.

LAURENTI, R. Marcos referenciais para estudos e investigações em mortalidade materna, **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.22, n.6, p.507-12, junho, 1988.

LAURENTI, R.; MELLO JORGE, M.H.P.; LEBRÃO, M.L.; GOTLIEB, S.L.D. **Estatísticas de Saúde**. São Paulo: EPU, 1987. 185 p

LEBRÃO, M.L.; MELLO JORGE, M.H.P.; LAURENTI, R. II – Mortalidade hospitalar por lesões e envenenamento. In: MELLO JORGE, M.H.P.; LAURENTI, R. Acidentes e violência no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, 31 (4-suplemento): 26-37, 1997.

LEVCOVITZ, E.; PEREIRA, T.R.C. SIH/SUS (Sistema AIH): uma análise do sistema público de remuneração de internações hospitalares no Brasil. Rio de Janeiro: Eduerj, 1993.

LIMA, M.C.P.; BOTEGA, N.J. Day hospital: for whom and for what?. **Rev. Bras. Psiquiatria**, Dec. 2001, v.23, n.4, p.195-199.

LILIENTFELD, D.E.; STOLLEY, P.D. **Foundations of Epidemiology**. Oxford University Press. New York/Oxford, 1994.

MACMAHON, B.; PUGH, T.F.; IPSEN, J. **Metodos de Epidemiologia**. México: La Prensa Medica Mexicana, 1969. cap 1 e 4

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

MENEZES, A.A.S.; CARVALHO, M.S. **Implantação de rede municipal de saúde mental**. Experiências Inovadoras do SUS. Relatos de Experiências: Novas Tecnologias assistenciais. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Brasília, 2002. p.275-282.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - Departamento de informática do SUS - DATASUS. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>, acesso em 05/12/2003.

MOHR, D. Benefits of na Eletronic Clinical Information System. **Healthcare Information Management**. v.11, n.4. 1997.

NICHIATA, L.Y.I.; TAKAHASHI, R.F.; FRACOLLI, L.A., GRYSCHKEK, A.L.F.P.L. Relato de experiência de ensino em saúde coletiva: a informática no ensino de vigilância epidemiológica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** set. 2003; 37(3):36-43.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Décima Revisão CID**. 3ªedição. São Paulo, Centro Colaborador da OMS para Classificação de doenças em Português/Edusp, 1996. v.2

POLIT, D.F.; HUNGLER, B.P. **Nursing research: principles and methods**. 3.ed. Philadelphia: JB Lippincott, 1987.

PORTO CARRERO, V.M. **O dispositivo da Saúde Mental: uma Metamorfose da Psiquiatria Brasileira**. Tese de Doutorado. Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 1990.

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO. Saúde. Disponível em <http://www.guiaribeiraoeregiao.com.br/saudelink.html>. Acesso em 05/12/2003.

RIPSA. **Indicadores básicos de saúde do Brasil: conceitos e aplicações**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.

ROTELLI, F. A instituição inventada. IN: NICÁCIO, F. (org). **Desinstitucionalização**. São Paulo: HUCITEC, 1990. p.33

SANTOS, M.E.S.B.; AMOR, J.A.; DEL-BEN, C.M. *et al.* Psychiatric emergency service in a school general hospital: a prospective study. **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n. 5, p. 468-474, Oct. 2000.

SAVIO, D.N.A.; SEIDL, E.F.; SCHECHTMAN, A.; SILVA, R.C. Reestruturação da atenção em saúde mental: situação atual, diretrizes e estratégias. In: AMARANTE, P. (org). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. p. 195-201. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE: Direção Regional de Saúde de Ribeirão Preto. **Programa de Saúde Mental**. Ribeirão Preto; 1997.

SCOTT, J. Psycoterapy for bipolar disorder. **Br J Psychiatry** 167: 581-8, 1995.

SILVA, J.P.L.; COUTINHO, E.S.F.; AMARANTE, P.D. Perfil demográfico e sócio-econômico da população de internos dos hospitais psiquiátricos da cidade do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**. 15 (3): 505-511, 1999.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. História, Ciências, Saúde - **Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.25-59, jan.-abr. 2002.

TUCCI, A. M.; KERR-CORREA, F.; DALBEN, I. Social disability in patients with bipolar and unipolar affective disorders, dysthymia and double depression. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, June 2001, vol.23, no.2, p.79-87. ISSN 1516-4446

WEED, L.L. Clinical Judgement Revisited. **Method Inform Med.** 1999. p.279-286.