

Rafael Henriques Candiago^IPaulo Belmonte de Abreu^{II}

Uso do Datasus para avaliação dos padrões das internações psiquiátricas, Rio Grande do Sul

Use of DATASUS to evaluate psychiatric inpatient care patterns in Southern Brazil

RESUMO

OBJETIVO: Descrever a construção e o teste de rotina para análise das internações psiquiátricas pelo Sistema Único de Saúde, a partir de seu banco de dados (Datasus), e analisar as características e tendências dessas internações.

MÉTODOS: Foram extraídos dados das autorizações de internação hospitalar dos anos de 2000 a 2004, no Rio Grande do Sul. Os dados referentes a 91.233 internações foram processados por meio de sintaxes pelo programa SPSS, tendo sido testada a confiabilidade das rotinas. Foram descritas as frequências das internações em hospitais gerais e psiquiátricos, e os principais diagnósticos, com análise de tendências por modelos de regressão polinomial.

RESULTADOS: As confiabilidades intra e interavaliador foram de 100%. Observou-se tendência de crescimento na proporção das internações por transtornos de humor e de diminuição naquelas por esquizofrenia e por transtornos orgânicos. A proporção de internações por transtorno por uso de substâncias manteve-se estável. Houve tendência crescente na proporção do número de internações psiquiátricas em hospitais gerais, apresentando um crescimento de 97,7% no período.

CONCLUSÕES: Foram evidenciadas a confiabilidade e a viabilidade das rotinas apresentadas, sugerindo o uso dos arquivos do Sistema de Informações Hospitalares como fonte de dados para a avaliação contínua das internações psiquiátricas pelo Sistema Único de Saúde. As alterações observadas nas proporções de internações psiquiátricas podem ter sido devido às mudanças: no tipo de pacientes; no padrão de diagnósticos, conhecido como viés de diagnóstico orientado pelo tratamento; e na legislação.

DESCRIPTORIOS: Hospitais psiquiátricos. Hospitais gerais. Hospitalização. Tempo de internação. Sistemas de informação. Sistema Único de Saúde, estatística & dados numéricos.

^I Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil

^{II} Departamento de Psiquiatria. Faculdade de Medicina. UFRGS. Porto Alegre, RS, Brasil

Correspondência | Correspondence:

Rafael Henriques Candiago
Av. Taquara 564/501 – Bairro Petrópolis
90460-210 Porto Alegre, RS, Brasil
E-mail: rcandiago@gmail.com

ABSTRACT

OBJECTIVE: To describe the construction and testing of a routine to assess psychiatric hospitalizations in the Brazilian Health System based on its database (DATASUS), and to assess characteristics and trends of these hospitalizations.

METHODS: Data were extracted from hospital admission authorizations in the state of Rio Grande do Sul, Southern Brazil, from 2000 to 2004. Data from 91,233 admissions were processed through a routine (syntaxes) using SPSS program and their reliability was tested. Hospitalization rates in general and psychiatric hospitals and main diagnoses were described, and trends were analyzed using polynomial regression models.

RESULTS: Intra and inter-rater reliabilities were 100%. There was seen a trend of increasing hospitalization rates due to mood disorders and decreasing rates due to schizophrenia and organic disorders. Hospitalization rates due to substance use disorders remained stable. There was an increasing trend in the number of psychiatric hospitalizations in general hospitals with a 97.7% growth in the period studied.

CONCLUSIONS: Routines proved to be reliable and feasible, suggesting the use of data from Hospital Information System database as a source of information for continuous evaluation of psychiatric hospitalizations in Brazilian Health System. Psychiatric hospitalization rates may have changed due to changes in the type of patients; diagnostic patterns, known as treatment-oriented diagnostic bias; and legislation.

KEY WORDS: Hospitals, psychiatric. Hospitals, general. Hospitalization. Length of stay. Information systems. National health system, statistics & numerical data.

INTRODUÇÃO

A política de saúde mental no Brasil sofreu importantes modificações a partir de sua adesão à Declaração de Caracas, cujo objetivo principal é o direcionamento das legislações em saúde mental para a desinstitucionalização dos pacientes psiquiátricos. Isto ocorreria por meio da constituição de unidades ambulatoriais substitutivas à internação psiquiátrica (Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, e residências terapêuticas). A hospitalização seria indicada como último recurso terapêutico e realizada preferencialmente dentro de hospitais gerais.⁸

Apesar de ter sido iniciada no Rio Grande do Sul (RS) na década passada, com a Lei 9.716 de 7 de agosto de 1992, a regulamentação federal ocorreu somente em 2001 com a Lei 10.216 de 6 de abril de 2001.* Entretanto, observa-se uma carência de dados independentes

sobre os efeitos dessas mudanças nas características das internações psiquiátricas pelo Sistema Único de Saúde (SUS).^{4,10}

Na última década, houve um avanço importante na possibilidade de acesso a dados pela Internet, por meio do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), uma base de dados com fins originalmente administrativos sobre todas as internações realizadas no Brasil e remuneradas pelo SUS. A base de dados está disponível para consulta no endereço eletrônico do Datasus,** como parte das políticas de acessibilidade universal do sistema de saúde público brasileiro, estendida também para os dados administrativos. A versão disponível na Internet é gerada sem os dados de identificação pessoal dos pacientes. São arquivos com informações que constam na autorização

* Ministério da Saúde: Legislação em saúde mental 1990-2004, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. – 5. ed. ampl. – Brasília: 2004.

** Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Secretaria Executiva do Ministério da Saúde. [Acesso em 10/12/2005] Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>

de internação hospitalar (AIH), que incluem, entre outras informações, diagnóstico do paciente, dados demográficos, local, data, período de permanência e custos da internação.

Dados secundários extraídos do Datasus já foram utilizados em diferentes estudos.³ Porém os dados do Datasus são separados por períodos determinados, sem uma orientação sobre como agregar diferentes períodos para o estudo de tendências. Além disso, as tabelas não permitem estratificação para análise de características adicionais, como tipo de hospital (psiquiátrico ou geral) ou grupos de idade, por exemplo.

Outra limitação importante para análise desses dados secundários é o formato de registro de permanência hospitalar superior a 30 dias, principalmente para internações psiquiátricas. Devido à limitação de tempo de uma AIH para o máximo de 30 dias, aquelas por tempo superior a esse limite geram registros adicionais de AIH para o mesmo paciente. Isso compromete o estudo de dados cumulativos, como tempo de permanência no hospital e custos de hospitalizações superiores a 30 dias, freqüentes em psiquiatria.

Uma alternativa para o aproveitamento dos dados do Datasus é a utilização de um programa destinado a realizações de tabulações e testes estatísticos simples, o Tabwin. Esta ferramenta permite a separação de dados de internação em subgrupos e a comparação de variáveis em períodos e arquivos diferentes. Entretanto, o programa é limitado para a transformação de dados e não permite o agrupamento de várias AIH de uma mesma internação.

Desta forma, a utilização desses recursos para avaliação de características de internações psiquiátricas ainda é limitada, requerendo amplas adaptações para utilização por parte de pesquisadores externos à administração do sistema. A maior parte dos estudos publicados contou com a extração de dados feita pelos administradores do sistema de saúde.

O presente estudo teve como objetivo a construção e validação de uma rotina (syntaxe) de extração de dados de internações psiquiátricas do SIH/SUS. Adicionalmente, foram analisadas as tendências de ocupação por tipo de hospital (psiquiátrico ou geral) e por tipo de diagnóstico.

MÉTODOS

Inicialmente, foram localizados os arquivos do SIH/SUS para o período de janeiro de 2000 a dezembro de 2004 no endereço eletrônico do Datasus. As estruturas dos arquivos foram estudadas e identificadas peculiaridades, como multiplicidade de AIH para a mesma internação e variabilidade do nome de alguns campos ao longo do período. Variáveis de interesse

como local de tratamento, idade, procedência e sexo foram decodificadas. Um algoritmo para extração e manipulação de dados foi construído a partir dos arquivos originais, com a redação de diversas syntaxes para execução no pacote estatístico SPSS 13.0, formando arquivo único com as informações relevantes para todo o período histórico. Todas as rotinas foram testadas de três formas: no mesmo computador, em diferentes tempos pelo mesmo juiz; em diferentes computadores com o mesmo juiz; em diferentes computadores com juizes diferentes. A confiabilidade teste-reteste e entre dois juizes foi realizada com dados do ano de 2001, escolhido aleatoriamente.

A seguir foram obtidas as freqüências das internações psiquiátricas realizadas em hospitais gerais e em hospitais psiquiátricos e as freqüências dos diagnósticos psiquiátricos nas internações. Os poucos diagnósticos pertencentes aos grupos do CID-10¹⁶ F4, F5, F6, F7, F8 e F9 foram agrupados. Os demais grupos diagnósticos do CID-10¹⁶ (F0, F1, F2 e F3) foram descritos individualmente. Foi realizada uma análise da série histórica para identificação de tendências na proporção de internações em hospitais gerais e tendências na proporção dos principais diagnósticos encontrados. Para análise de tendência optou-se pela construção de modelos de regressão polinomial, com estimação de modelos lineares, quadráticos e cúbicos e posterior escolha do modelo que melhor se adaptava a série histórica. Trabalhou-se com a variável temporal centralizada para evitar colinearidade dos dados. Os modelos continham valores de X e Y representando as variáveis dependentes (proporção dos diagnósticos ou do tipo de hospital) e independente (mês, no caso centralizado). A escolha dos modelos dependeu da análise do diagrama de dispersão, de resíduos e da medida do coeficiente de determinação (r^2 mais próximo de 1). Nos casos semelhantes optou-se pelo modelo de menor grau. Utilizou-se a unidade mês devido à pequena disponibilidade de anos para a análise. Foi considerada tendência significativa quando o $p < 0,05$. Para análise dos dados foi utilizado o programa SPSS V13.

A Figura 1 apresenta um fluxograma das rotinas de processamento e da análise de dados.

O projeto foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas (CEP-HCPA) de Porto Alegre tendo sido aprovado. Os autores assinaram uma declaração de confidencialidade dos dados.

RESULTADOS

Para a localização dos arquivos, a seqüência de acesso no Datasus foi: “arquivos”, “ms-bbs”, e “Rio Grande do Sul”. O acesso aos arquivos exige credenciamento prévio na BBS (*bulletin board system* – endereço eletrônico onde arquivos podem ser armazenados) do Mi-

nistério da Saúde. Foram localizados os arquivos com todas as AIH emitidas, por mês e por estado, contendo o formato “.dbc” (tipo de arquivo compactado utilizado no Datasus). Os arquivos do Rio Grande do Sul são nomeados como “rdrsaamm.dbc”, onde “rd” corresponde à versão resumida dos arquivos (com supressão de nomes, número do cadastro de pessoas física – CPF e outros identificadores pessoais dos pacientes), “rs” o estado, “aa” ao ano e “mm” ao mês. Foram localizados e transferidos 60 arquivos, desde o rdrs0001.dbc (janeiro/2000) até o rdrs0412.dbc (dezembro/2004).

Os arquivos no formato “.dbc” foram descompactados no Tabwin para arquivo “.dbf” com a seqüência “arquivo”, “comprime/expand”, “.dbf”. Neles já estavam presentes todas as AIH faturadas pelo SUS em todas as especialidades para cada mês de vigência. Foi construída a seguir uma sintaxe (pelo programa SPSS) para extração dos campos de interesse, exclusão dos não pertinentes, e unificação dos 60 arquivos mensais em apenas um contendo as 128.780 AIH psiquiátricas.

Pela multiplicidade de AIH de uma mesma internação foi necessário agrupá-las em um só registro, com a

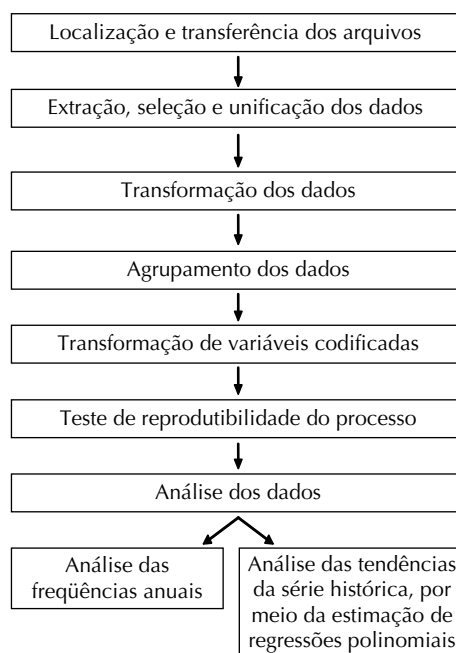


Figura 1. Fluxograma das rotinas de processamento e da análise de dados com as etapas metodológicas.

Tabela 1. Freqüência absoluta e relativa de diagnósticos em internações psiquiátricas pelo Sistema Único de Saúde. Estado do Rio Grande do Sul, 2000-2004.

Diagnóstico*	Ano										Total	
	2000		2001		2002		2003		2004		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Transtornos mentais orgânicos	1.098	5,7	1.035	5,9	2.245	12,4	1.714	9,8	1.660	9,1	7.752	8,5
Transtornos por uso de substâncias	6.540	34,1	5.690	32,2	6.472	35,8	5.615	32,0	6.151	33,7	30.468	33,6
Esquizofrenia e outras psicoses	5.866	30,6	5.389	30,5	4.737	26,2	4.995	28,4	4.077	22,3	25.064	27,6
Transtornos de humor	3.557	18,5	3.274	18,6	3.738	20,7	4.485	25,5	4.915	26,9	19.969	22,0
Outros diagnósticos	2.124	11,1	2.260	12,8	885	4,9	750	4,3	1.465	8,0	682	0,8
Total	19.185	100,0	1.7648	100,0	18.077	100,0	17.559	100,0	18.268	100,0	90.737	100,0

* Classificação Internacional de Doenças – 10ª revisão

Tabela 2. Freqüência total e relativa de internações psiquiátricas segundo tipo de hospital. Estado do Rio Grande do Sul, 2000-2004.

Tipo de hospital	Ano										Total	
	2000		2001		2002		2003		2004		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Psiquiátrico	15.057	78,5	13.427	76,1	12.396	68,6	11.688	64,7	10.496	57,5	63.064	69,1
Geral	4.128	21,5	4.221	23,9	5.681	31,4	6.367	35,3	7.772	42,5	28.169	30,9
Total	19.185	100,0	17.648	100,0	18.077	100,0	18.055	100,0	18.268	100,0	91.233	100,0

recodificação de alguns campos do formato *string* para o numérico, com a soma de alguns campos (campos cumulativos como tempo de permanência e custos) e em outros casos, manutenção do primeiro registro (data de internação) ou do último registro

(data de saída). Todos os outros dados foram mantidos inalterados. Após esta correção, o número de registros de casos baixou para 91.233 (70,8%), considerado o número correto de internações psiquiátricas pelo SUS.

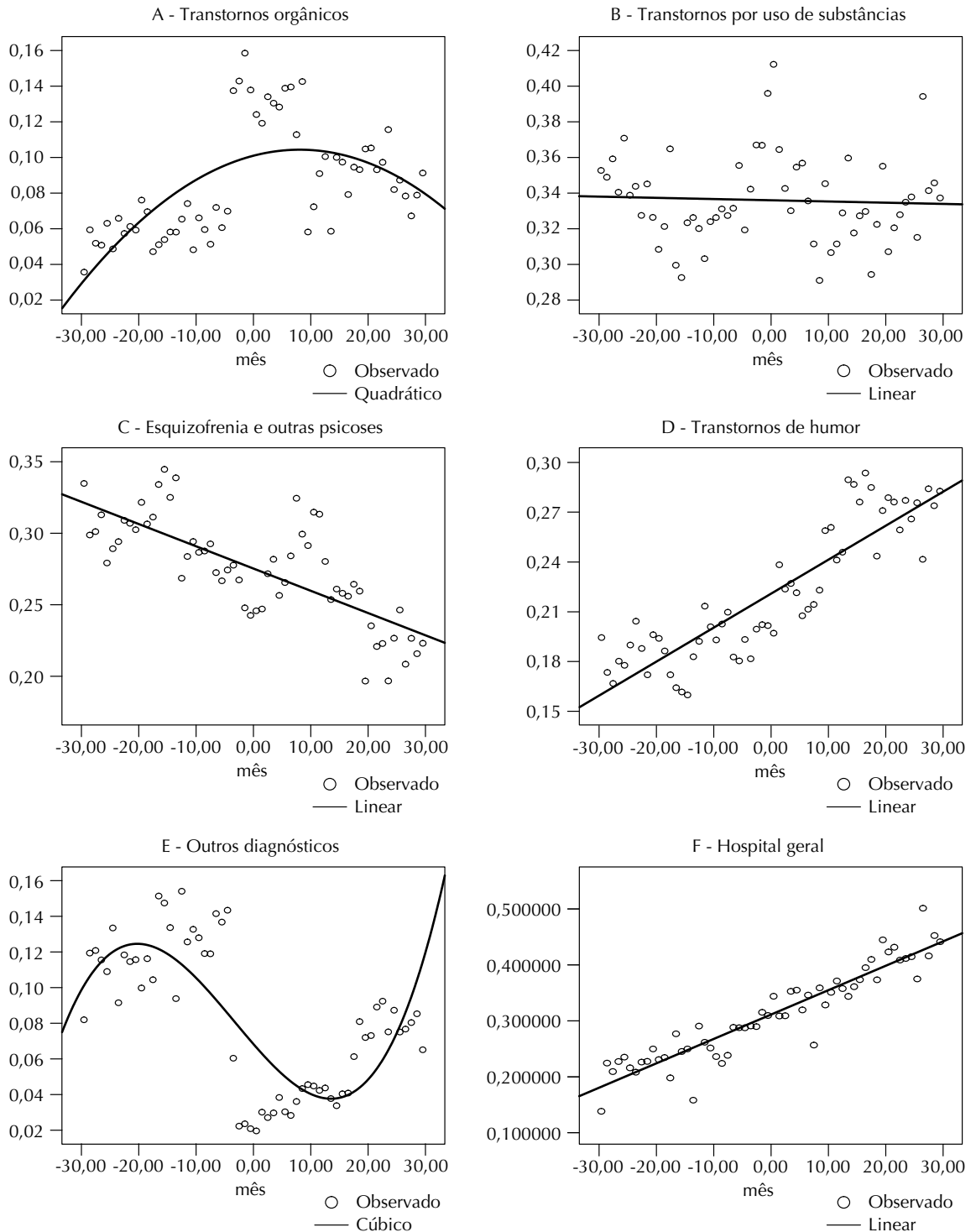


Figura 2. Gráficos de dispersão: proporções das internações psiquiátricas por diagnóstico (A-E) e internações psiquiátricas em hospital geral (F). Estado do Rio Grande do Sul, 2000-2004.

Tabela 3. Resultados da análise de tendências das proporções dos principais diagnósticos das internações psiquiátricas e da proporção de internações psiquiátricas em hospitais gerais. Estado do Rio Grande do Sul, 2000-2004

Diagnóstico/ Tipo de internação	Modelo	r ²	p	Tendência
Transtornos orgânicos*	Y=0,101+0,001X-0,000052X ²	0,397	<0,001	Decrescente
Transtornos por uso substâncias*	Y=0,336-0,000069X	-0,015	0,710	Estável
Esquizofrenia e outras psicoses*	Y=0,275-0,002X	0,552	<0,001	Decrescente
Transtornos de humor*	Y=0,221+0,002X	0,774	<0,001	Crescente
Outros diagnósticos*	Y=0,069-0,004X+0,000045X ² +0,0000044X ³	0,567	<0,001	Crescente
Hospital geral **	Y=0,311+0,004X	0,869	<0,001	Crescente

*Modelo: y=proporção do diagnóstico psiquiátrico/total dos diagnósticos psiquiátricos.

**Modelo: y=proporção de internações psiquiátricas em hospital geral/total de internações

X=mês - 30,5 r²= coeficiente de determinação (ajustado)

Uma variável nova, identificando os hospitais credenciados como possuidores exclusivamente de leitos psiquiátricos (hospitais psiquiátricos) ou tendo outras especialidades (hospitais gerais) foi criada a partir de informações contidas no arquivo "chrsaamm.arj" (cadastro das instituições hospitalares do RS por ano e mês). A confiabilidade e reprodutibilidade das rotinas de extração foi determinada pela comparação dos bancos obtidos utilizando-se o programa EpiInfo 6, subprograma *validate* (1990), que não encontrou nenhuma diferença entre os resultados das diferentes extrações.

As frequências absolutas e relativas dos principais diagnósticos psiquiátricos nas internações estão apresentadas na Tabela 1. Houve diminuição das internações por esquizofrenia e psicoses, aumento das internações por transtornos de humor e pouca variação na frequência de internações por transtornos por uso de substâncias psicoativas. A frequência absoluta e relativa de internações segundo tipo de hospital estão na Tabela 2. Houve diminuição do número de internações psiquiátricas em hospitais psiquiátricos e aumento proporcional nos hospitais gerais. A análise de tendência por regressões polinomiais para os diversos diagnósticos e para a proporção de internações em hospitais gerais está descrita na Tabela 3, com tendência linear significativa de aumento da proporção de internações por transtornos de humor e diminuição naquelas por esquizofrenia e outras psicoses, e estabilidade na proporção de internações por transtornos por uso de substâncias. Houve tendência linear de aumento da proporção de hospitalizações em hospitais gerais.

A Figura 2 apresenta gráficos de dispersão, da análise da proporção das internações segundo principais diagnósticos psiquiátricos e da proporção de internações psiquiátricas em hospitais gerais para os meses estudados.

DISCUSSÃO

Os resultados obtidos permitem a discussão de três questões: o uso de dados secundários em psiquiatria, a tendência de aumento da proporção de internações psiquiátricas nos hospitais gerais e as tendências de mudança nas proporções dos diagnósticos psiquiátricos dos pacientes internados.

O uso de banco de dados administrativos para pesquisa em psiquiatria tem tido caráter eventual na literatura Brasileira,¹² apesar de ser freqüente na literatura internacional.^{9,11,13,25} O aproveitamento desse tipo de dados é limitado devido a dúvidas quanto à confiabilidade das informações sobre o diagnóstico das internações. Alguns estudos recentes identificaram a falta de preenchimento padronizado para codificação dos diagnósticos e forma de pagamento do SIH/SUS como os principais responsáveis pela variabilidade desses dados.^{12,25}

Outra limitação identificada foi a ocorrência de internações com o campo "diagnóstico secundário" em branco. Segundo a experiência clínica, há grande número de diagnósticos secundários e o baixo número observado pode refletir mais uma rotina administrativa. As emissões de AIH com mesmo número para a mesma internação estavam limitadas a três até a publicação da portaria SAS 111,* dificultando sua correta análise. Uma alternativa para a correta agregação dos dados anteriores a 2001 foi proposta por Portela et al¹⁷ (1997), que sugeriu um algoritmo que utilizava diversos campos do banco de dados para tentar identificar pacientes em uma mesma internação, mas com números de AIH diferentes.

Apesar dessas limitações, os dados do Datasus já foram utilizados para trabalhos em psiquiatria. Pepec** (2002) utilizou dados do SIH/SUS e de um censo nas instituições psiquiátricas para analisar as características das

* Ministério da Saúde: Legislação em saúde mental 1990-2004, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. - 5. ed. ampl. - Brasília: 2004.

** Pepe, VLE. Internações e reinternações psiquiátricas no estado do Rio de Janeiro [tese de doutorado] São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2002

reinternações psiquiátricas no Rio de Janeiro; Mello-Santos et al¹⁴ (2005) os utilizou para a caracterização da idade e do gênero nas taxas de suicídio no Brasil entre 1980 e 2000.

Apesar das limitações inerentes à natureza da informação, o presente trabalho mostrou a possibilidade de utilização da base de dados do Datasus para geração de banco de dados próprios para pesquisa, contendo todas as variáveis de interesse do investigador, com registros individualizados de cada internação de paciente. Este modelo permite a análise de diversas características de interesse, o que não é disponível pelo endereço eletrônico do Datasus. Toda a análise de dados pode ser feita do equipamento próprio do pesquisador, permitindo a realização de análises de diferentes complexidades. Até então, não haviam sido identificadas outras rotinas ou algoritmos específicos para extração e formação de banco de dados para avaliação da totalidade das internações psiquiátricas de estados brasileiros a partir do Datasus, sem a necessidade de interveniência do gestor do sistema.

A única referência encontrada foi uma nota técnica de Campos et al⁷ (2001) que descreve uma proposta de integração dos dados a partir de CD-ROM com todo o movimento mensal de AIH de todo o Brasil, colcoados à disposição pelo Ministério da Saúde, mas a partir de arquivos diferentes. Apesar de constituir uma alternativa adicional como fonte de dados, o método não preenche os pressupostos de acessibilidade universal da presente proposta, pelo acesso direto à distância a dados brutos com seleção de campos de interesse.

O método descrito se mostrou uma alternativa factível para a análise de características e tendências de internações psiquiátricas, a despeito das limitações já expostas e da necessidade de uma grande familiarização com a informática. A alternativa do uso de dados secundários envolve baixo custo (equipamento de informática) e seu potencial de informação epidemiológica relevante deve ser difundido, principalmente em países com estrutura de serviços como o Brasil. Isso permite com que seja possível analisar dados da população coberta pelo SUS. Estudos adicionais devem ser feitos para agregar informações de hospitalizações cobertas por outras fontes pagadoras (institutos de previdência, seguradoras de saúde e cooperativas de saúde).

A proporção de internações psiquiátricas realizadas em hospital geral no Brasil situa-se em torno de 4%.⁵ Entretanto, no estado do Rio Grande do Sul foi encontrada uma proporção acima da média nacional, o que pode ser explicado pela concentração de unidades psiquiátricas em hospitais gerais no Sudeste e Sul do Brasil (43% e 32%, respectivamente).⁵ Além disso,

pode ser devido ao pioneirismo legislativo do estado, que desde 1991 já possuía legislação específica vedando a abertura de novos leitos em hospitais psiquiátricos.* Na América Latina, a proporção de leitos psiquiátricos em hospital geral é maior na Colômbia (48,8%), Venezuela (26,8%), Chile (13,8%) e Uruguai (11,2%), e a proporção brasileira (2,9%), boliviana (2,6%) e paraguaia (2,2%) são próximas.¹⁰ Entre as vantagens da utilização de unidades psiquiátricas dentro de hospitais gerais, destacam-se: efeito sobre a redução do estigma da doença mental, maior facilidade de acesso, garantia de maior transparência da prática psiquiátrica, alcance de melhor atenção à saúde física e aumento do intercâmbio com outras especialidades médicas.⁴

Comparando com os países desenvolvidos, o Rio Grande do Sul situa-se entre a Holanda,²⁰ onde 33% das internações hospitalares são realizadas em departamentos dentro de hospitais gerais; França,¹⁸ Estados Unidos,¹³ e Itália,⁶ onde estas proporções são de 70%, 73% e 100%, respectivamente.

A tendência observada de aumento na proporção de internações em hospitais gerais encontrada no Rio Grande do Sul também foi observada nas últimas décadas em outros países. Na Itália, foi reduzida a próxima de zero em 1999;⁶ nos Estados Unidos, houve aumento de 35% nas internações em hospitais gerais entre 1988 e 1994;¹³ e na Espanha houve aumento discreto de 1991 a 1995, passando de 67% para 70%.²⁴ Na Alemanha, embora a proporção seja equilibrada em 50%, houve fechamento de aproximadamente 20% dos leitos em hospitais psiquiátricos de 1994 a 1998.² O Canadá apresentou discreta diminuição nos dias de tratamento em hospitais psiquiátricos, de 60,4% em 1985/86 para 57,2% em 1998-99.²¹

A proporção das internações psiquiátricas em hospitais gerais, no Rio Grande do Sul são maiores que as descritas para o resto do País,⁵ colocando o estado em posição mais avançada dentro da reestruturação da assistência psiquiátrica em curso no Brasil.⁸ A tendência de crescimento na proporção de internações psiquiátricas em hospitais gerais foi de 97,7% em apenas cinco anos. Provavelmente contribuem para esta atual realidade: mudança legislativa ocorrida em 2002,* com a regulamentação dos serviços extra-hospitalares, fechamento de um grande hospital psiquiátrico em dezembro de 2002, a já citada concentração de unidades psiquiátricas em hospitais gerais no Sul, e as mudanças legislativas anteriores a 2001 no estado. Pela tendência observada, o número das internações em hospitais gerais vai continuar a crescer, e novos estudos são necessários para melhor avaliar as características deste tipo de internação.

* Ministério da Saúde: Legislação em saúde mental 1990-2004, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. – 5. ed. ampl. – Brasília: 2004.

A tendência observada da diminuição da proporção de internações por esquizofrenia e outras psicoses é descrita em diversos países desde a década de 50,¹⁵ embora países como a Polônia descreva taxas estáveis de hospitalização por psicose nos últimos 25 anos.¹⁹ No presente estudo, porém, existe a limitação da não separação de casos incidentes e prevalentes, sem a possibilidade de identificar se a entrada do sujeito no banco de dados corresponda à primeira internação ou reinternação. De qualquer forma, a tendência de queda pode ser explicada por redução na proporção de reinternação de pacientes com esquizofrenia e outras psicoses secundárias, assim como melhor organização dos serviços ambulatoriais e aumento progressivo de gastos do setor público no nível extra-hospitalar.⁴ Um exemplo foi a regulamentação, desde 2002, de 38 CAPS no estado* que atendem “prioritariamente pacientes com transtornos mentais graves e persistentes”. Outras explicações podem ser: retardo no diagnóstico de esquizofrenia, mudanças nos critérios diagnósticos dos sistemas classificatórios (com maior “estreitamento diagnóstico”), possibilidade de menor incidência real de esquizofrenia²³ e mudanças no sistema de saúde, com o fechamento de leitos psiquiátricos em hospitais psiquiátricos.^{15,23}

O aumento da proporção de internações por transtornos de humor também tem sido observado em outros países,⁹ contribuindo também para a tendência de queda na proporção de internações por esquizofrenia. Nesse caso, é possível que o chamado “viés do diagnóstico orientado pelo tratamento”, que foi o responsável pelo aumento na proporção de diagnósticos de doença afetiva após a introdução do lítio, na década de 70, como opção de tratamento para transtornos de humor, também esteja presente no estado.^{1,22} Houve crescente

investimento em medicações de alto custo,⁴ (clozapina e outros antipsicóticos atípicos) disponíveis gratuitamente no Brasil por meio do protocolo de esquizofrenia refratária,* e há uma maior disponibilidade de alternativas para tratamento dos transtornos de humor, com o lançamento de dezenas de anti-depressivos e novos estabilizadores de humor. Esta realidade pode estimular progressivamente a realização de mais diagnósticos de transtornos de humor. Entretanto, o presente estudo não permite afirmar se este é um fenômeno regional ou nacional, pois faltam dados de outros estados para comparar. De qualquer forma, pela confiabilidade questionável dos diagnósticos de dados secundários e pelo desconhecimento da razão entre casos prevalentes e incidentes, não é possível comentar aspectos associados a estas tendências de alteração na proporção dos diagnósticos. Todavia, é possível afirmar sobre a evidência de mudança no perfil do paciente psiquiátrico internado no estado e alertar para a necessidade de novos estudos para a correta determinação das razões para estas mudanças.

Estas informações podem ser utilizadas por gestores municipais no planejamento de ações em saúde e trabalho, para maior qualidade dos serviços oferecidos. O uso da sintaxe** com pequenas modificações na identificação das cidades e hospitais poderá permitir a gestores de diferentes cidades ou estados conhecer a distribuição de diagnósticos e fatores que a influenciam, para avaliação da qualidade de cuidados. A análise de internações e reinternações em determinada patologia é citada como um possível indicador da qualidade do serviço assistencial extra-hospitalar,¹¹ ou seja, o sucesso em manter o paciente em sua comunidade, fora do hospital.

* Picon PD, Beltrame A. Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas. Medicamentos excepcionais. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

** A rotina completa com todas as sintaxes pode ser obtida mediante solicitação ao autor correspondente.

REFERÊNCIAS

1. Baldessarini RJ. Frequency of diagnoses of schizophrenia versus affective disorders from 1944 to 1968. *Am J Psychiatry*. 1970;127(6):759-63.
2. Bauer M, Kunze H, Von Cranach M, Fritze J, Becker T. Psychiatric reform in Germany. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 200;(410):27-34.
3. Bittencourt SA, Camacho LAB, Leal MC. Hospital Information Systems and their application in public health. *Cad Saude Publica*. 2006;22(1):19-30.
4. Botega NJ. Psiquiatria no hospital geral: históricos e tendências. In: Botega NJ, editor. *Prática Psiquiátrica em hospital geral: interconsulta e emergência*. 2. ed. Porto alegre: Artes Médicas; 2006.
5. Botega NJ. Psychiatric units in Brazilian general hospitals: a growing philanthropic field. *Int J Soc Psychiatry*. 2002;48(2):97-102.
6. Burti L. Italian psychiatric reform 20 plus years after. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2001;(410):41-6.
7. Campos MR, Martins M, Noronha JC, Travassos C. Proposta de integração de dados do sistema de informações hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS) para pesquisa. *Inf Epidemiol SUS*. 2001;9(1):51-8.
8. Delgado PG, Gomes MP, Coutinho ES. Novos Rumos nas políticas públicas da saúde mental no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2001;17(3):452-3.
9. Korkeila JA, Lehtinen V, Tuori T, Helenius H. Patterns of psychiatric hospital service use in Finland: a national register study of hospital discharges in the early 1990s. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1998;33(5):218-23.
10. Larroba C, Botega NJ. Restructuring mental health: a South American survey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2001;36(5):256-9.
11. Lyons JS, O'Mahoney MT, Miller SI, Neme J, Kabat J, Miller F. Predicting readmission to the psychiatric hospital in a managed care environment: implication for quality indicators. *Am J Psychiatry*. 1997;154(3):337-40.
12. Mathias TA, Soboll ML. Confiabilidade de diagnósticos nos formulários de autorização de internação hospitalar. *Rev Saude Publica*. 1998; 32(6):526-32.
13. Mechanic D, McAlpine DD, Olsson M. Changing patterns of psychiatric inpatient care in the United States, 1988-1994. *Arch Gen Psychiatry*. 1998;55(9):785-91.
14. Mello-Santos C, Bertolote JM, Wang YP. Epidemiology of suicide in Brazil (1980-2000): characterization of age and gender rates of suicide. *Rev Bras Psiquiatr*. 2005;27(2):131-4.
15. Munk-Jørgensen P. Decreasing rates of incident schizophrenia cases in psychiatric service: a review of the literature. *Eur Psychiatry*. 1995;10(3):129-41.
16. Organização Mundial da Saúde. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
17. Portela MC, Schramm JM, Pepe VL, Noronha MF, Pinto CA, Cianeli MP. Algoritmo para a Composição de dados por internação a partir do sistema de informações hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS). Composição de dados por internação a partir do SIH/SUS. *Cad Saude Publica*. 1997;13(4):771-4.
18. Provost D, Bauer A. Trends and developments in public psychiatry in France since 1975. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2001;(410):63-8.
19. Puzynski S, Moskalewicz J. Evolution of the mental health care system in Poland. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2001;(410):69-73.
20. Schene AH, Faber AM. Mental health care reform in the Netherlands. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2001;(410):74-81.
21. Sealy P, Whitehead PC. Forty years of deinstitutionalization of psychiatric services in Canada: an empirical assessment. *Can J Psychiatry*. 2004;49(4):249-57.
22. Stoll AL, Tohen M, Baldessarini RJ, Goodwin DC, Stein S, Katz S, et al. Shifts in diagnostic frequencies of schizophrenia and major affective disorders at six North American psychiatric hospitals, 1972-1988. *Am J Psychiatry*. 1993;150(11):1668-73.
23. Suvisaari JM, Haukka JK, Tanskanen AJ, Lönnqvist JK. Decline in the incidence of schizophrenia in Finnish cohorts born from 1954 to 1965. *Arch Gen Psychiatry*. 1999;56(8):733-40.
24. Vázquez-Barquero JL, Garcia J, Torres-González F. Spanish psychiatric reform: what can be learned from two decades of experience? *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2001;(410):89-95.
25. Weiser M, Kanyas K, Malaspina D, Harvey PD, Glick I, Goetz D, et al. Sensitivity of ICD-10 diagnosis of psychotic disorders in the Israeli National Hospitalization Registry compared with RDC diagnoses based on SADS-L. *Compr Psychiatry*. 2005;46(1):38-42.