

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE CONTROLE DE INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS NO ESTADO DO PARANÁ: PROTEGE

PSYCHIATRIC HOSPITALIZATION CONTROL INFORMATION SYSTEM IN THE STATE OF PARANÁ: PROTEGE

Suélyln Mattos de Aragão^a
Rosane Antunes Fernandes^b
Marcos Vinicius de Meira^c
Solena Ziemer Kusma^d

RESUMO

Objetivo: apresentar um estudo de caso do sistema PROTEGE, software desenvolvido pelo Ministério Público do Estado do Paraná, cuja finalidade é a de acompanhar e fiscalizar as internações psiquiátricas ocorridas no Estado, fomentando boas práticas e coibindo abusos. **Metodologia:** qualitativa, via estudo de caso. **Resultados:** no trabalho, foram apresentadas as principais características do sistema PROTEGE, suas funcionalidades, benefícios e limitações. **Conclusões:** da análise, infere-se que a ferramenta possui potencial para prevenir e minimizar excessos na prestação do cuidado a pacientes psiquiátricos, constituindo-se em adequado exemplo da utilização da ciência da informação em favor da resolução de demandas do setor de saúde.

Descritores: Sistemas de informação em saúde. Gestão em saúde. Internações psiquiátricas.

^a Doutoranda em Direito pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Especialista em Medicina do Trabalho pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Médica do Ministério Público Estadual do Paraná e da Universidade Federal do Paraná (UFPR). E-mail: suellyn@ufpr.br

^b MBA em Gerenciamento de Projetos pela Fundação Getúlio Vargas. Chefe da Divisão de Desenvolvimento de Sistemas do Ministério Público Estadual do Paraná. E-mail: rafernandes@mppr.mp.br

^c Graduado em Engenharia da Computação pela Universidade Norte do Paraná. Analista de Sistemas no Ministério Público Estadual do Paraná. E-mail: mvmeira@mppr.mp.br

^d Doutora em Odontologia pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR). Docente do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da UFPR. Professora Titular da Escola de Medicina da PUC-PR. E-mail: solenakusma@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

Ao longo das últimas décadas as organizações têm empenhado esforços no sentido de se adaptarem e de acompanharem as transformações e as necessidades sociais, desenvolvendo novos meios de resposta para os cidadãos e novas vias de comunicação e de transmissão da informação, sustentados por sistemas tecnológicos estruturados. Estas mudanças conduziram-nos para uma “sociedade da informação”, em que a ordenação e a organização dos dados adquire papel preponderante e basilar em todos os setores e atividades, em instituições públicas e privadas. Trata-se de época histórica de desenvolvimento tecnológico sem precedentes, reconhecida como a do conhecimento e da tecnologia. O conhecimento tem sido visto como um dos mais importantes recursos das organizações, vez que torna as ações, no plano organizacional e individual, mais inteligentes, eficientes e eficazes. Isso estimula a elaboração de ferramentas e serviços inovadores (ROCHA *et al.*, 2012).

É notável a importância que a informação assume na sociedade moderna, complexa e globalizada. Cotidianamente, são introduzidas inovações tecnológicas e metodológicas que repercutem no conteúdo, formato e divulgação produzidos nos mais diversos campos do conhecimento humano (PINTO *et al.*, 2010). Diante das novas exigências sociais, entidades privadas, estados, municípios e União enfrentam enormes desafios. Esses desafios requerem uma gestão baseada em modelos inovadores, possuidores de instrumentos de resolutividade efetivos. Assim, sendo a sociedade uma estrutura em constante mutação, as instituições devem estar preparadas com sistemas suficientemente eficientes e eficazes para cada um dos novos obstáculos que estão a surgir (CARDOSO, 2010).

No âmbito da saúde, conhecida é a necessidade de reunir informações, com rigor e qualidade, para posterior tomada de decisões. Com efeito, é crescente a importância atribuída à informação por força da necessidade da melhoria da eficiência, da otimização da gestão e, fundamentalmente, da promoção e gestão contínua da qualidade dos cuidados sanitários ofertados. As dificuldades observadas na gestão prática da informação em saúde têm levado

os governos, as entidades e os profissionais desta área a um crescente envolvimento nos processos de desenvolvimento de sistemas de informação. O objetivo final é sempre a utilização racional do conhecimento a fim de produzir o aperfeiçoamento das respostas (SEQUEIRA; CARVALHO, 2009). Além disso, os cuidados em saúde estão em permanente evolução e são influenciados por inúmeras mudanças sociais, técnicas e jurídicas. Isso torna inevitável o desenvolvimento de sistemas de informação capazes de se configurarem como instrumentos promotores de uma utilização centrada não na informação como fim, mas em sua relevância para a qualidade dos serviços (GOOSSEN, 2000).

No Brasil, a análise e o monitoramento das condições de saúde possuem um relevante caminho percorrido, inobstante, muitos dos problemas que impulsionaram o desenvolvimento da área persistem (REZENDE; GUAGLIARDI, 2005). É o caso de alguns “vazios de cobertura”, isto é, vazios em espaços, organizações e sistemas até então não controlados/otimizados do ponto de vista tecnológico. Tal como o espaço de saber em que o presente artigo pretende aprofundar-se: o universo da saúde mental, mais especificamente o das internações psiquiátricas. Os espaços e saberes em que se inserem a pessoa com transtorno mental não devem ficar alheios à realidade tecnológica informacional, sob pena de se caracterizar ainda maior exclusão (digital) dessa população já bastante vulnerável.

Com a problemática do uso e abuso de álcool e drogas no Brasil, a questão das internações psiquiátricas ganhou maior visibilidade. De acordo com o 3º Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira, estudo realizado em 2015, pela Fiocruz, por solicitação da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), 7,1 milhões de pessoas usaram substâncias ilícitas nos 12 meses anteriores à pesquisa. A população estudada foi de 189.790.211 pessoas. A substância ilícita mais consumida no Brasil foi a maconha: 11,7 milhões de indivíduos de 12 a 65 anos relataram a terem usado ao menos uma vez na vida. Em segundo lugar, ficou a cocaína em pó: 4,6 milhões de pessoas já haviam consumido pelo menos uma vez. Além disso, aproximadamente 1,4 milhão de pessoas relatou ter feito uso de crack e similares alguma vez. (BRASIL, 2015).

Nesse contexto, o presente *paper* objetiva apresentar o estudo de caso do sistema PROTEGE, software desenvolvido pelo Ministério Público Estadual do Paraná (MPPR), cuja finalidade é a de acompanhar e fiscalizar as internações psiquiátricas ocorridas no Estado do Paraná, fomentando boas práticas em saúde mental e coibindo abusos. O estudo adota metodologia qualitativa, via estudo de caso. Na sequência, serão apresentados: **a)** tópico 2: aspectos gerais dos sistemas de informação; **b)** tópico 3: sistemas de informação em saúde; **c)** tópico 4: embasamento jurídico da internação psiquiátrica contra vontade; **d)** tópico 5: sistema PROTEGE; **e)** tópico 6: considerações finais.

2 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

A informação proporciona um novo ponto de vista para interpretação de eventos ou fenômenos, o que dá visibilidade e significados antes invisíveis. A informação é, enfim, um meio ou material necessário para extrair e construir o conhecimento. O conhecimento é uma propriedade de agentes, predispondo-os a agir em determinadas circunstâncias. Os dados, em contraste, podem ser caracterizados como uma propriedade das coisas (ALBA *et al.*, 2016).

Nesse universo, os sistemas de informação, sejam eles assistenciais ou epidemiológicos, são compreendidos como instrumento de trabalho que contribui nas ações administrativas e burocráticas ancoradas em conhecimento técnico científico, por meio da disponibilidade de dados que permitem estruturar, operacionalizar, monitorar, supervisionar e avaliar o desempenho dos serviços (BENITO; LICHESKI, 2009). Eles têm sido apontados como ferramentas importantes para o diagnóstico situacional voltado a intervenções mais aproximadas do quadro de necessidades de uma dada população (MEDEIROS *et al.*, 2005).

Dessa forma, os sistemas de informação se tornaram um dos principais recursos computacionais capazes de propagar de maneira rápida, fácil e segura as informações (BENITO; LICHESKI, 2009). Segundo Diniz (2011) os sistemas de informação se constituem em elementos de relevância estratégica à gestão pois subsidiam a execução dos processos e fornecem dados uniformizados, confiáveis, consistentes e adequados à tomada de decisões, visando modernizar

e atualizar o gerenciamento ao se utilizarem de tecnologia para criar condições de gerir instituições fortes e eficientes.

Nesse sentido, a Tecnologia da Informação (TI) vem assumindo papel cada vez mais importante para a área da saúde (FORNAZIN; JOIA, 2015). Tanto assim que a partir da década de 70 surgiram iniciativas de informatização de diversas práticas sanitárias com o objetivo de explorar possibilidades múltiplas associadas a tecnologia, informação e comunicação, por meio de projetos e estratégias locais, regionais e nacionais (GUNTER; TERRY, 2006; BLUMENTAL; TAVENNER, 2010). Muito embora o setor tenha avançado consideravelmente nas últimas décadas, há, ainda, “vazios tecnológicos” em alguns pontos dos sistemas de saúde, públicos e privados. É o caso das áreas e setores relativos à psiquiatria ou à saúde mental.

No Brasil, um dos poucos sistemas de informação nacionais em saúde mental de que se tem conhecimento é o do “Programa de Volta para Casa”, descrito no catálogo de produtos do DATASUS¹. O Programa foi instituído por meio da assinatura da Lei Federal n. 10.708, de 31 de julho de 2003 (BRASIL, 2003). Dispõe sobre a regulamentação do auxílio-reabilitação psicossocial a pacientes que tenham permanecido em longas internações psiquiátricas com objetivo de contribuir no processo de inserção social, incentivando a organização de uma rede ampla e diversificada de recursos assistenciais e de cuidados, facilitadora do convívio social, capaz de assegurar o bem estar global e estimular o exercício pleno de direitos civis, políticos e de cidadania. Como exemplo de iniciativa tecnológica regional, desenvolvida pelo Estado do Paraná, cita-se o PROTEGE, sistema de informação voltado à proteção de direitos da população acometida por transtornos mentais. Essa é a ferramenta que será apresentada no presente artigo.

3 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

Como mencionado, a informação vem se tornando fundamental para a

¹ Catálogo de Produtos do DATASUS. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/wp-content/uploads/2019/08/Catalogo-de-Produtos-DATASUS.pdf>. Acesso em: 24 de mar de 2020.

democratização da saúde e o aprimoramento de sua gestão. Além de ser principal insumo, na grande maioria das situações, é produto indispensável para o correto gerenciamento das ações. O reconhecimento da importância da informação e da tecnologia no apoio à gestão do trabalho em saúde está diretamente ligado a sua capacidade de acelerar o processo de identificação de problemas individuais e coletivos, potencializando a resolubilidade das necessidades/situações que surgem nos diversos cenários sanitários (NOVATO-SILVA, 2009).

Nessa conjuntura, os sistemas de informação em saúde (SIS) podem ser definidos como um conjunto de componentes inter-relacionados que coletam, processam, armazenam e distribuem a informação para apoiar o processo de tomada de decisão e auxiliar no controle das organizações de saúde. Eles congregam um conjunto de dados, informações e conhecimentos utilizados para sustentar o planejamento, o aperfeiçoamento e o processo decisório dos vários profissionais envolvidos no atendimento aos pacientes e usuários dos sistemas de saúde. Incluem componentes básicos da tecnologia da informação como técnica, desenvolvimento, uso e o gerenciamento (PIRES *et al.*, 2015).

Conforme lecionam Holanda (2011) e Safran e Perreault (2001), o SIS é um instrumento para: a) adquirir, organizar e analisar dados necessários para a definição de problemas e riscos em saúde; b) avaliar a eficácia, eficiência e influência que os serviços prestados possam ter no estado de saúde da população; c) contribuir com a produção de conhecimento da saúde e dos temas a ela correlatos; d) gerenciar informações que assegurem efetividade e eficiência nas atividades; e) facilitar a comunicação; f) integrar a informação; g) coordenar as ações entre os membros da equipe profissional de atendimento; h) fomentar a eficácia operacional e i) fornecer recursos para apoio financeiro e administrativo. De tal modo que, como premissa básica, o sistema de informação em saúde deve contribuir para a melhoria da qualidade, da eficiência e da eficácia do atendimento prestado (SAFRAN; PERREAULT, 2001).

Em outras palavras, os SIS constituem-se em um suporte essencial à organização e gestão dos serviços, pois oferecem subsídios para as funções de administração e fiscalização das instituições de saúde e, como consequência,

podem contribuir para uma melhor assistência/cuidado ao indivíduo e/ou à coletividade (PINHEIRO, 2009). A utilização dos sistemas de informação no processo de tomada de decisão aumenta a eficiência dos serviços prestados aos usuários (CAMPOS *et al.*, 2013). Assim, os gestores da saúde, e as próprias instâncias de controle social, podem avaliar, monitorar e controlar as atividades desenvolvidas pelos prestadores de serviços por meio de indicadores, facilitando a formulação e avaliação de políticas, planos e programas de saúde (GUIMARÃES; ÉVORA, 2004).

Dessa maneira, os SIS e a gestão da informação agregam dados epidemiológicos, facilitam o planejamento e a gestão, conferem agilidade aos processos e auxiliam no processo decisório e fiscalizador em saúde (BITTAR *et al.*, 2009). Permitem estabelecer diferentes olhares e significados por meio da informação gerada. A partir deles é possível construir uma ação mais concreta de profissionais e gestores que analisam os dados, a fim de (re) pensar e (re) criar ações envolvendo os diferentes atores sociais (PINTO *et al.*, 2010). Com efeito, os SIS contribuem para o desenvolvimento da qualidade e da produtividade da assistência (SIQUEIRA; OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2016).

Para se ter ideia da importância do tema, visando apoiar os países do continente americano para o melhoramento dos sistemas nacionais de informação em saúde, a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) passou a fornecer subsídios para propostas de implementação que fortaleçam sistemas de informação para a saúde (IS4H) nas Américas, uma continuação da estratégia de “Fortalecimento do desempenho dos sistemas de informação em saúde das Américas”. Um claro sinal da preponderância da temática (OPAS BRASIL, 2018).

De fato, os sistemas de informação têm se configurado como instrumentos de uma aparelhagem de tecnologia que proporciona continuamente novas contribuições ao setor saúde (MASSAD; MARIN; AZEVEDO, 2003). Nesta perspectiva e no ponto que interessa a esse trabalho, a tecnologia da informação possui papel valoroso na compilação e utilização de dados a respeito de pacientes acometidos por transtorno mental que, em razão da doença psiquiátrica, são hospitalizados. Sobretudo com finalidade de avaliação, monitoramento, gestão e salvaguarda das garantias e direitos

fundamentais dessa população. Na sequência, apresentaremos breve revisão do ordenamento jurídico brasileiro que fundamenta as internações psiquiátricas contra vontade (involuntárias e compulsórias), um dos motes mais controversos com relação à matéria.

4 SUSTENTAÇÃO JURÍDICA DA INTERNAÇÃO CONTRA VONTADE

Além da Constituição da República (BRASIL, 1988), três são os principais diplomas legais que tratam da questão da internação contra a vontade no Brasil: Lei 10.216, de 06 de abril de 2001 (BRASIL, 2001) – conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica; Lei 11.343, de 23 de agosto de 2006 (BRASIL, 2006) e Lei 13.840, de 05 de junho de 2019 (BRASIL, 2019). A primeira dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtorno mental e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. A segunda institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad). A terceira complementa a primeira e altera a segunda.

A Lei 10.216/2001 estabelece, em seu art. 6º, as seguintes modalidades de internação psiquiátrica: i) internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário; ii) internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e iii) internação compulsória: aquela determinada pela Justiça. Também determina, em seu art. 7º, § 1º, que a internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta. (BRASIL, 2001).

A Lei 11.343/2006 conferiu maior detalhamento a alguns dispositivos da Lei 10.216/2001. Tratou em pormenores a modalidade de internação involuntária, definindo-a como

aquela que se dá, sem o consentimento do dependente, a pedido de familiar ou do responsável legal ou, na absoluta falta deste, de servidor público da área de saúde, da assistência social ou dos órgãos públicos integrantes do Sisnad, com exceção de servidores da área de segurança pública (grifo nosso), que constate a existência de motivos que justifiquem a medida (art. 23-A, § 3º, II).

Por sua vez, a Lei 13.840/2019 definiu que a internação involuntária: (a) deverá ser realizada após a formalização da decisão por médico responsável (art. 23-A, § 5º, I); (b) será indicada depois da avaliação sobre o tipo de droga utilizada, o padrão de uso e na hipótese comprovada da impossibilidade de utilização de outras alternativas terapêuticas previstas na rede de atenção à saúde (art. 23-A, § 5º, II); (c) perdurará apenas pelo tempo necessário à desintoxicação, no prazo máximo de 90 (noventa) dias, tendo seu término determinado pelo médico responsável (art. 23-A, § 5º, III); (d) estará sujeita a interrupção a qualquer tempo, desde que requerida ao médico pela família ou pelo representante legal (art. 23-A, § 5º, IV); (e) será indicada apenas quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes; (f) deverá ser informada, em, no máximo, de 72 (setenta e duas) horas, ao Ministério Público, à Defensoria Pública e a outros órgãos de fiscalização, por meio de sistema informatizado único – grifo nosso (art. 23-A, § 7º). Além disso, a Lei estabeleceu que a comunicação da internação e respectiva alta passariam a ser obrigatórios, também, para internações voluntárias e compulsórias.

Como visto, a política pública brasileira legítima, ainda que com restrições, a internação contra vontade de pacientes psiquiátricos em suas modalidades involuntária (intervenção de terceiros) e compulsória (judiciário). Nesse universo, algumas iniciativas tecnológicas têm surgido com o propósito de fazer cumprir o requisito legal de comunicação da internação aos órgãos fiscalizadores. O intuito é o de controlar o modo como se dá a implementação fática desses estatutos, com vistas a minorar as possibilidades de excessos e de violação de direitos fundamentais dos pacientes. É o caso do sistema de informação PROTEGE, desenvolvido pelo Ministério Público do Estado do Paraná (MPPR), tema do presente trabalho. No próximo tópico, serão destacadas suas características, objetivos e funções.

5 O SISTEMA PROTEGE

O PROTEGE é um sistema de informações transacional e gerencial, desenvolvido pela Divisão de Sistemas de Informação (DISIS), do Departamento de Tecnologia da Informação (DTI), do MPPR. Sua finalidade é a de propiciar o

registro e o acompanhamento das internações e altas psiquiátricas realizadas em todo o Estado do Paraná, conforme preveem a Lei Federal 13.840/2019 e a Portaria de Consolidação MS/GM 3, de 28 de setembro de 2019. Assim, no PROTEGE, são registradas: **a)** internações voluntárias e involuntárias - para o caso das doenças relacionadas ao uso e abuso de álcool e drogas; **b)** internações involuntárias – para o caso dos transtornos mentais ditos gerais (não relacionados à abuso de álcool e drogas). Como dito em tópico prévio, anteriormente à Lei 13.840/2019, apenas as internações involuntárias deveriam ser comunicadas ao Ministério Público, por tal razão, até então, apenas esses registros eram inseridos no PROTEGE. A partir da Lei 13.840/2019 as internações voluntárias passaram, também, a ser inseridas no sistema.

Além do registro das internações e altas hospitalares, a ferramenta foi concebida para permitir que o MPPR identifique vulnerabilidades que, eventualmente, podem acometer os pacientes, bem como monitorar a ocorrência de internações de longa duração (o que é incompatível com a atual política de saúde mental). O PROTEGE possibilita, também, a realização de levantamentos estatísticos acerca das internações psiquiátricas ocorridas em municípios, Comarcas e até mesmo em todo o Estado, agrupando dados por gênero, faixa etária, patologia, moradia (em situação de rua, entidade de acolhimento), entre outros.

O sistema, em sua versão inicial, foi desenvolvido no ano de 2015, a partir de solicitação do Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Proteção à Saúde Pública (CAOP Saúde Pública), serviço responsável, dentro da estrutura organizacional do MPPR, pela prestação de auxílio técnico e jurídico às Promotorias de Justiça do Estado. O CAOP Saúde Pública observou, entre os anos de 2013 e 2015, que o modelo utilizado até então para a comunicação das internações involuntárias pelos estabelecimentos de saúde (formulários e planilhas), apresentava algumas limitações importantes: i) não havia alimentação de um banco de dados; ii) os estabelecimentos de saúde não podiam consultar as informações por eles próprios prestadas; iii) as informações apresentadas em planilhas careciam de tratamento para serem analisáveis; iv) havia retrabalho na redigitação de dados básicos rotineiramente inseridos pelos

estabelecimentos de saúde. A partir disso, o CAOP promoveu debates que contaram com a participação de Procuradores e Promotores de Justiça, assessores jurídicos, professores e médicos, o que culminou com a idealização do PROTEGE. Uma das inspirações para a criação do sistema foi o software similar que estava, à época, em funcionamento no MPRJ.

O PROTEGE passou a ser utilizado em dezembro/2015 e possui dois módulos. O primeiro, denominado PROTEGE Externo, é destinado aos estabelecimentos de saúde do Estado do Paraná que possuem leitos psiquiátricos (rede pública e privada), para que procedam à inserção das informações sobre as internações e altas psiquiátricas que realizam (comunicação do evento). O segundo, denominado PROTEGE Interno, é voltado ao acesso do Centro de Apoio Operacional de Proteção à Saúde Pública e demais órgãos do MPPR, da Secretaria de Estado de Saúde (SESA) e das Comissões Revisoras das Internações Psiquiátricas Involuntárias (CERUPI), para o acompanhamento e fiscalização dos respectivos registros realizados pelos estabelecimentos.

Todo acesso ao PROTEGE é controlado e previamente identificado. A autorização para acesso é realizada pelo CAOP Saúde Pública, mediante cadastro, de acordo com os seguintes requisitos: a) PROTEGE externo: permitidos agentes de estabelecimentos de saúde que efetuam internação psiquiátrica; b) PROTEGE interno: permitidos agentes do CAOP Saúde Pública, de Promotorias de Justiça com atribuição na área da saúde, usuários da SESA e CERUPIs. Para utilização do sistema, é necessário conhecimento básico em informática, acesso à internet e conhecimento da legislação pertinente às internações psiquiátricas.

As principais informações sobre as internações que podem ser extraídas do PROTEGE, úteis a membros do MPPR e aos gestores em saúde, são: resumo de movimentações (internação e alta) entre intervalo de datas ou em determinado mês/ano; histórico de pacientes; informação sobre eventual passagem do paciente pela atenção básica; listagem de pacientes em situação de vulnerabilidade; duração de internações; internações cadastradas fora do prazo legal; internações e altas realizadas nas últimas 72 horas (de acordo com o CID). Os dados podem ser extraídos de diferentes formas: por data/período,

por estabelecimento, por paciente, por situação de vulnerabilidade e por tempo de internação. O acompanhamento pode ser realizado de modo individualizado (consulta a dados de um paciente em específico) ou geral (buscando-se toda população internada no Estado do Paraná).

As consultas podem ser realizadas a qualquer tempo, via acesso *on line*, com informação de *login* e senha, por usuários internos do MPPR que possuam permissão para tanto. Além disso, os dados do PROTEGE podem ser solicitados ao CAOP Saúde Pública pelas Promotorias de Justiça de todo Estado sempre que se fizer necessário, ensejando relatório correspondente. Para o público externo, o acesso aos dados, de forma anonimizada, ainda está em fase de estudo.

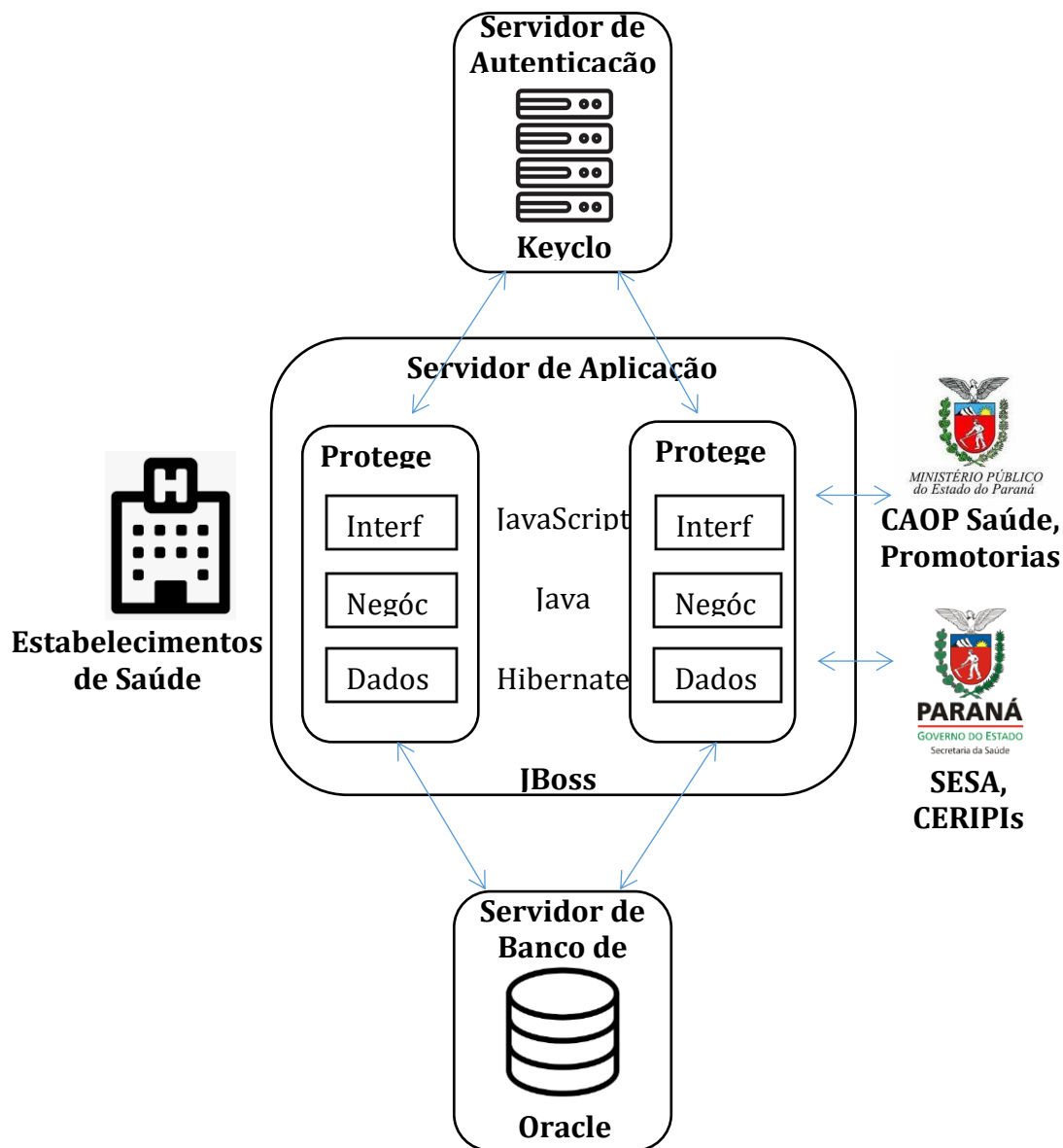
Os dados do PROTEGE também alimentam o *Business Intelligence* (BI) do MPPR, ferramenta que auxilia na organização, análise, compartilhamento e monitoramento dessas informações, oferecendo suporte à gestão e à tomada de decisão. Atualmente, são gerados, automaticamente, gráficos, mapas de calor e planilhas para o detalhamento de informações. Esses instrumentos são úteis para análise dos serviços prestados em saúde mental e tendências acerca do perfil das internações do gênero. O software foi desenvolvido com recursos disponíveis no MPPR (humanos e de tecnologia), sem necessidade de financiamento adicional. Participaram de sua criação e trabalham em sua manutenção programadores, analistas de sistema e analistas de administração de banco de dados lotados da DISIS.

O PROTEGE, atualmente na versão 1.8, está hospedado no data center do MPPR e possui as seguintes características técnicas:

- ✓ Banco de dados: Oracle Enterprise Edition versão 12.2
- ✓ Linguagem de programação: Java
- ✓ Autenticação e controle de autorizações: Keycloak 2.2.1
- ✓ Servidor de aplicação: Jboss 6.2

A seguir, apresenta-se uma representação gráfica do sistema e de seus componentes (figura 01).

Figura 1 - Componentes e Arquitetura do Sistema Protege



Fonte: elaborado pelos autores (2020).

Quanto ao volume de informações movimentadas, desde sua implementação (dezembro/2015), até o fechamento desse manuscrito (20/02/2020), foram registrados: a) módulo externo: internações = 16.550, altas hospitalares = 15.244, estabelecimentos de saúde = 35, agentes dos estabelecimentos de saúde = 170; b) módulo interno: agentes de Promotorias = 71, agentes do CAOP Saúde = 8, agentes da SESA = 18.

Segundo extrato de dados de 20/02/2020, as principais justificativas para as internações registradas no PROTEGE são: a) recursos clínicos extra-hospitalares insuficientes para o tratamento; b) esgotamento das terapêuticas extra-hospitalares, mantida indicação clínica; c) ideação ou risco significativo de suicídio; d) grave risco de autoagressividade; e) grave risco de heteroagressividade; f) grave risco de exposição social ou moral em contexto de indicação clínica; g) grave incapacidade de autocuidados básicos; h) risco de disfunções ou sintomas graves decorrentes de intoxicação ou abstinência de drogas.

Por sua vez, as principais razões de involuntariedade (internação contra vontade) registradas no sistema dizem respeito a: i) consciência preservada, mas crítica intensamente rebaixada ou ausente e prejuízo da capacidade para decisões racionais e ii) paciente com rebaixamento ou estreitamento da consciência (inclui: estupor catatônico ou depressivo, transtorno dissociativo histérico e outros). Contabilizados os dados desde o início da operação do PROTEGE, os principais CIDs que motivaram as internações foram: F 19.2² (2.670 pacientes), F29³ (1.644 pacientes), F 20.0⁴ (1.541 pacientes), F 10.2⁵ (1.580 pacientes). Outro dado que chama atenção diz respeito à quantidade de internações registradas fora do prazo legal. Desde 2015, foram 5.431 ocorrências. Em todos os casos, a partir da informação, se desencadeou uma ação de investigação das Promotorias de Justiça responsáveis, assim como ocorre em internações consideradas longas (> 90 dias).

Importante mencionar que a partir da promulgação da Lei 13.840/2019, em junho/2019, houve significativo incremento no número de notificações realizadas no PROTEGE. Isso porque a lei determinou que não apenas as internações involuntárias fossem registradas, mas também as voluntárias. Assim, em número de notificações no ano de 2019, têm-se: janeiro (321), fevereiro (282), março (286), abril (306), maio (314), junho (253), julho (396),

2 CID-10 F19.2: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas – síndrome de dependência.

3 CID-10 F29: Psicose não-orgânica não especificada.

4 CID-10 F20.0: Esquizofrenia paranoide.

5 CID-10 F10.2: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool – síndrome de dependência.

agosto (627), setembro (716), outubro (753), novembro (726), dezembro (808).

A plataforma PROTEGE vem sendo constantemente aprimorada desde sua criação. Os mecanismos de comunicação de internações e altas foram ajustados. Foi implementada a notificação automática às Promotorias de Justiça em algumas situações: ocorrência do descumprimento dos prazos de informação, ingresso de gestantes, internações ativas duplicadas e altas duplicadas. Além disso, foram desenvolvidos novos instrumentos para permitir o levantamento dos cenários epidemiológicos (local e regional), propiciando atuações ministeriais mais precisas e abrangentes.

De modo geral, os principais benefícios da adoção do PROTEGE são: melhoria do acompanhamento das internações psiquiátricas, a fim de assegurar a proteção dos direitos das pessoas acometidas de transtornos mentais; progresso da assistência à saúde mental no Estado; manutenção de um banco de dados único e informatizado; possibilidade de cruzamentos e análises variadas das informações coletadas e padronização das informações. A partir das informações extraídas do PROTEGE, se viabiliza uma atuação propositiva mais efetiva pelo MPPR, em âmbito extrajudicial (audiência pública, reuniões, procedimento administrativo, inquérito civil, procedimento investigatório criminal, recomendação, termo de ajustamento de conduta) e judicial (ação civil pública, ação penal pública, ação cautelar, acordo judicial, entre outros), além da elaboração de políticas institucionais. Outrossim, os dados produzidos podem municiar gestores no planejamento e desenvolvimento de estratégias de ação em saúde mental. Como já explanado, os SISs constituem-se em ferramentas importantes para o planejamento e a avaliação das políticas, assim como dos serviços, redes e sistemas de saúde (FERLA; CECIM; ALBA, 2012).

As fragilidades e potenciais riscos do PROTEGE, por sua vez, consistem em: indisponibilidade técnica temporária (pode se tornar problemática caso os estabelecimentos procedam à comunicação em prazo muito próximo ao limite legal – 72 horas); indisponibilidade em manutenções programadas (2 vezes ao ano) e lentidão em decorrência de sobrecarga. Outro ponto a ser considerado é a limitação de abrangência geográfica: por certo, iniciativas assemelhadas em outros Estados ampliariam a clientela monitorada e, a partir disso, se viabilizaria

uma discussão mais rica dos resultados regionais. Nesse sentido, fato que a articulação, a gestão, a regulação, a avaliação e o financiamento dos sistemas de saúde ficam prejudicados pelas dificuldades de tráfego de informações entre as três esferas federativas (BITTAR *et al.*, 2018).

Como sugestões resultantes do estudo, mencionamos duas funções que, caso implementadas, possuem potencial para beneficiar gestores (facilitando a leitura de cenários) e pacientes (incrementando a segurança). A primeira diz respeito ao mecanismo de identificação de *revolving door*. A *revolving door* é a reinternação de usuários em instituições hospitalares psiquiátricas, o termo vem sendo utilizado na literatura inglesa. A expressão faz alusão às portas giratórias, indicando o movimento de contínuas entradas e saídas, fazendo analogia às repetidas reincidências dos usuários (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2011). A segunda refere-se a avaliação periódica dos atributos de qualidade do sistema: acessibilidade (facilidade e rapidez na obtenção); cobertura (universo registrado nos SIS); completitude (grau de registros nulos); confiabilidade (concordância entre aferições); validade (mede o que se pretende); consistência (valores coerentes); oportunidade (disponíveis no local e tempo para uso) e não duplicidade (sem redundância) (LIMA *et al.*, 2009).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O uso da tecnologia, sobretudo dos sistemas de informação, têm se destacado como uma nova práxis informacional em saúde. Por meio de contribuições prestadas aos diferentes nichos, organizacionais e operacionais, relacionados ao processo decisório de gestores, profissionais, comunidade e órgãos de controle, a tecnologia da informação configura-se como um instrumento de suporte valioso.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), os SIS passaram por um crescimento acelerado nos últimos anos. Eles podem ser definidos como instrumentos complexos e compostos por etapas de coleta, processamento, análise e transmissão da informação, com vistas à gestão dos serviços de saúde, promovendo a produção, a organização, o planejamento, a operacionalização e a avaliação de informações (WHO, 2004; MARIN, 2010).

Especialmente com o advento da epidemia de uso e abuso de drogas, mormente com o surgimento do crack no Brasil, em meados da década de 90, e diante das falhas terapêuticas da política pública adotada até então – baseada em uma deficitária e insuficiente rede de atenção ambulatorial à saúde mental -, construiu-se um novo regime de visibilidade que passou a legitimar intervenções terapêuticas alternativas e, de certo modo, extremadas. A internação contra vontade (involuntária e compulsória) surge nesse contexto. Ela foi incorporada ao ordenamento jurídico brasileiro por força da Lei 10.216, de 06 de abril de 2001 (BRASIL, 2001). Posteriormente, a Lei 11.343, de 23 de agosto de 2006 (BRASIL, 2006) e a Lei 13.840, de 05 de junho de 2019 (BRASIL, 2019), legitimaram e delinearão as características e requisitos para a adoção desse gênero de internação. Um dos pressupostos para sua aplicação é a comunicação dessa modalidade de internamento em, no máximo, de 72 (setenta e duas) horas, ao Ministério Público (art. 23-A, § 7º, da Lei 13.840/2019).

Nesse sentido, algumas iniciativas tecnológicas têm surgido com o propósito de fazer cumprir o requisito legal de comunicação aos órgãos de fiscalização e, acima de tudo, controlar o modo como tem se dado a implementação desse estatuto, com vistas a minorar as possibilidades de abusos e de violação de direitos fundamentais dos pacientes. É o caso do sistema PROTEGE, desenvolvido pelo Ministério Público do Estado do Paraná (MPPR), cujo objetivo principal é o de viabilizar o registro, pelos estabelecimentos de saúde, das internações e altas psiquiátricas efetivadas no Estado, facilitando o acompanhamento dos casos pelos órgãos fiscalizadores.

O PROTEGE foi desenvolvido pela Divisão de Sistemas de Informação (DISIS) do Departamento de Tecnologia da Informação (DTI) do MPPR e passou a operar em dezembro/2015. Até o fechamento desse *paper* (20/02/2020), foram registradas, desde então, 16.550 internações e 15.244 altas hospitalares, por 35 estabelecimentos de saúde. A relevância do *software* reside na viabilidade do mapeamento das internações psiquiátricas efetivadas no Estado do Paraná e na geração de dados úteis aos gestores para fins de programação de ações preventivas e corretivas em saúde mental.

Enfim, ante o debate apresentado, conclui-se que medidas, ferramentas

e instrumentos em ciência e tecnologia da informação com o propósito de minimizar e prevenir, tanto quanto possível, abusos e desmandos na prestação de cuidado aos pacientes acometidos por transtorno mental devem ser estimuladas e valoradas. Um breve relato de uma experiência tecnológica nesse sentido, a do sistema PROTEGE, foi aqui apresentada.

REFERÊNCIAS

- ALBA, L.S.P *et al.*, 2016. GESTÃO DA SAÚDE: O USO DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO E O COMPARTILHAMENTO DE CONHECIMENTO PARA A TOMADA DE DECISÃO. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 25, n.3, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0104-07072016000300305&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 15 de março de 2021.
- BENITO, G. A. V.; LICHESKI, A. P. Sistemas de Informação apoiando a gestão do trabalho em saúde. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 62, n. 3, p. 447-450, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672009000300018&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 22 de mar de 2020.
- BEZERRA, C. G.; DIMENSTEIN, M. O fenômeno da reinternação: um desafio à Reforma Psiquiátrica. **Mental**, Barbacena, v. 9, n. 16, p. 303-326, 2011. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272011000100007. Acesso em: 22 de mar de 2020.
- BITTAR, O. J. N. V.; BICZYK, M.; SERINOLLI, M. I.; NOVARETTI, M. C. Z.; MOURA, M. M. N. Sistemas de informação em saúde e sua complexidade. **Rev. Adm. Saúde**, São Paulo, v.18, n. 70, 2018. Disponível em: http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/destaques//sistemas_de_informacao_em_saude_e_sua_complexidade.pdf. Acesso em: 22 de mar de 2020.
- BITTAR, T. O.; MENEGHIM, M. C.; MIALHE, F. L.; PEREIRA, A. C.; FORNAZARI, D. H. O sistema de informação da Atenção Básica como ferramenta de gestão em saúde. **RFO**, Passo Fundo, v. 14, n. 1, p. 77-81, 2009. Disponível em: http://download.upf.br/editora/revistas/rfo/14-01/77_81.pdf. Acesso em: 22 de mar de 2020.
- BLUMENTAL, D.; TAVENNER, M. The “meaningful use” regulation for electronic health records. **The New England Journal of Medicine**, Boston, v. 363, n. 6, p. 501-504, 2010. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmp1006114>. Acesso em: 22 de mar de 2020.

BRASIL. Constituição da República Federal do Brasil. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 05 de fev de 2020.

BRASIL. Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 05 de fev de 2020.

BRASIL. Lei n. 10.708, de 31 de julho de 2003. **Diário Oficial da União**. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.708.htm. Acesso em: 25 de mar de 2020.

BRASIL. Lei n. 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD. **Diário Oficial da União**, 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm. Acesso em 06 de fev de 2020.

BRASIL. Lei n. 13.840, de 05 de junho de 2019. **Diário Oficial da União**, 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13840.htm. Acesso em: 07 de fev de 2020.

BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). **III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas na população brasileira**. Brasília: SENAD, 2015. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/34614>. Acesso em 04 de fev de 2020.

CAMPOS, D.; HADAD, S. C.; ABREU, D. M. X.; CHERCHIGLIA, M. L.; FRANÇA, E. Sistemas de informação sobre mortalidade em municípios de pequeno porte de Minas Gerais: concepções dos profissionais de saúde. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1473-1482, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000500033. Acesso em: 22 de mar de 2020.

CARDOSO, M. L. **Auditoria a um Sistema de Informação Hospitalar - SAM**. 2010. 126 f. Dissertação (Mestrado em Sistemas de Informação) - Escola Superior de Tecnologia e de Gestão. Instituto Politécnico de Bragança, Portugal. 2010. Disponível em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/3988>. Acesso em: 22 de mar de 2020.

DINIZ, S. S. **A informação como recurso estratégico na gestão de trabalho e da educação em saúde: um estudo na SES/PE**. Monografia (Especialização em gestão do trabalho e educação no SUS) - Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011. Disponível em:

<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/28373/1/355.pdf>. Acesso em: 22 de mar de 2020.

FERLA, A. A.; CECCIM, R.; ALBA, R. D. Information, education and health care work: Beyond evidence, collective intelligence. **RECIIS - Rev Eletr Com Inf Inov Saude**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, 2012. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/314814792_Information_education_and_health_care_work_Beyond_evidence_collective_intelligence_-_DOI_103395reciisv6i2Sup1620en. Acesso em: 23 de mar de 2020.

FORNAZIN, M.; JOIA, L. A. Articulando perspectivas teóricas para analisar a informática em saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 1, p. 60-48, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902015000100046&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 22 de mar de 2020.

GOOSSEN, W. T. F. Towards strategic use of nursing information in the Netherlands, s.n., **Países Baixos**, 2000. Disponível em: [https://www.rug.nl/research/portal/publications/towards-strategic-use-of-nursing-information-in-the-netherlands\(43b92e30-9c31-4220-951e-068e3392bbf3\)/export.html](https://www.rug.nl/research/portal/publications/towards-strategic-use-of-nursing-information-in-the-netherlands(43b92e30-9c31-4220-951e-068e3392bbf3)/export.html). Acesso em: 23 de mar de 2020.

GUIMARÃES, E. M. P.; ÉVORA, Y. D. M. Sistema de informação: instrumento para tomada de decisão no exercício da gerência. **Ciência da Informação**, Brasília, v. 33, n. 1, p.72-80, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-19652004000100009. Acesso em: 23 de mar de 2020.

GUNTER, T. D.; TERRY, N. P. The emergence of national electronic health record architectures in the United States and Australia: models, costs, and questions. **Journal of Medical Internet Research**, Toronto, v. 7, n. 1, 2006. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1550638/>. Acesso em: 22 de mar de 2020.

HOLANDA, M. A. de. **Implementação do Sistema de Informação de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN WEB) no município de Arcoverde – PE**. 2011. 37 f. Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços em Saúde) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011. Disponível em: <https://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2011holanda-ma.pdf>. Acesso em: 22 de mar de 2020.

LIMA, C. R. A.; SCHRAMM, J. M. A.; COELI, C. M.; SILVA, M. E. M. Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p. 2095-2109, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n10/02.pdf>. Acesso em: 22 de março de 2020.

MARIN, H. F. Sistemas de informação em saúde: considerações gerais. **J. Health Inform.**, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 20-24, 2010. Disponível em: <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/viewFile/4/52>. Acesso em: 22 de mar de 2020.

MASSAD, E.; MARIN, H. F.; AZEVEDO, N. R. S. (eds). **O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico**. São Paulo: USP, 2003. Disponível em: http://www.sbis.org.br/biblioteca_virtual/prontuario.pdf. Acesso em: 22 de mar de 2020.

MEDEIROS, K. R.; MACHADO, H. O. P.; ALBUQUERQUE, P. C.; GURGEL JUNIOR, G. D. O Sistema de Informação em Saúde como instrumento da política de recursos humanos: um mecanismo importante na detecção das necessidades da força de trabalho para o SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, Recife, v. 10, n. 2, p. 433-440, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000200021. Acesso em: 22 de mar de 2020.

NOVATO-SILVA, J. W. **Informação na gestão pública da Saúde sob uma ótica transdisciplinar: do global ao local em Minas Gerais**. 2008. 395f. Tese (Doutorado em Ciência da Informação) – Escola de Ciência da Informação. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/ECID-7NRPFK>. Acesso em: 22 de mar de 2020.

OPAS BRASIL. **Subsidio a iniciativas para fortalecer Sistemas de Informação para a Saúde**, 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5781:opas-subsidiara-iniciativas-para-fortalecer-sistemas-de-informacao-para-a-saude&Itemid=875. Acesso em: 23 de mar de 2020.

PINHEIRO, A. L. S. Gerência de Enfermagem em unidades básicas: a informação como instrumento para tomada de decisão. **Revista APS**, Juiz de Fora, v. 12, n. 3, p. 262-270, 2009. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14262>. Acesso em: 22 de mar de 2020.

PINTO, I. C.; BULGARELLI, A. F.; GOMES, T. S.; FIGUEIREDO, L. A.; FORSTER, A. C.; PUIME, A. O. Os Sistemas de Informação em Atenção Primária como instrumento de gestão em saúde: análise de experiências na Espanha. **Cad. Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 291-297, abr./jun. 2010. Disponível em: http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2010_2/artigos/CSCv18n2_291-297.pdf. Acesso em: 22 de mar de 2020.

PIRES, M. R. G. M.; GOTTEMS, L. B. D.; VASCONCELOS FILHO, J. E.; SILVA, K. L.; GAMARSKI, R. Sistema de Informação para a Gestão do Cuidado na Rede de Atenção Domiciliar (SI GESCAD): subsídio à coordenação e à

continuidade assistencial no SUS. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1805-1814, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015000601805&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 22 de mar de 2020.

REZENDE, D.A.; GUAGLIARDI, J.A. Sistemas de informação e de conhecimentos para contribuir na gestão municipal. **Produto & Produção**, Porto Alegre - UFRGS, v. 8, n. 3, p. 45-62, 2005. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/ProdutoProducao/article/view/3235>. Acesso em: 15 de março de 2021.

ROCHA, E. S. B.; NAGLIATE, P.; FURLAN, C. E. B.; ROCHA JUNIOR, K.; TREVISAN, M. A.; MENDES, I. A. C. Gestão do conhecimento na saúde: revisão sistemática de literatura. **Rev Latinoam Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 2, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n2/pt_24.pdf. Acesso em: 23 de mar de 2020.

SAFRAN, C.; PERREAULT, L. E. Management of Information in Integrated Delivery Networks. *In*: SHORTLIFFE E.H., PERREAULT, L.E (eds) **Medical Informatics Computer applications in Health Care and Biomedicine**. 2nd Edition, Springer, USA, 2001, p.359-396. Disponível em: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-0-387-21721-5_10. Acesso em: 22 de março de 2020.

SEQUEIRA, C.A.C.; CARVALHO, J.C. 2009. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE: CONTRIBUTOS PARA AS BOAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA. **Revista Hospitalidade**, Lisboa, a. 73, n. 283, p. 16-22, 2009. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/275518374_Sistemas_de_Informacao_e_boas_praticas_de_enfermagem_em_saude_mental. Acesso em: 15 de março de 2021.

SIQUEIRA, O. M. P.; OLIVEIRA, R. A. N.; OLIVEIRA, A. A. Integração de sistemas de informação em saúde com a utilização de Service Oriented Architecture (SOA) **Revista de Gestão da Tecnologia e Sistemas de Informação**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 255-274, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1807-17752016000200255&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 22 de março de 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Developing health management information systems: a practical for developing countries**, Manila: Regional Office for the Western Pacific, 2004. Disponível em: <https://iris.wpro.who.int/handle/10665.1/5498>. Acesso em: 22 de mar de 2020.

PSYCHIATRIC HOSPITALIZATION CONTROL INFORMATION SYSTEM IN THE STATE OF PARANÁ: PROTEGE

ABSTRACT

Objective: to present a case study of the PROTEGE system, a software developed by the Public Ministry of the State of Paraná, whose purpose is to monitor and supervise psychiatric hospitalizations in the State, fostering better practices and preventing abuse.

Methodology: qualitative, via case study. **Results:** in this paper, the main characteristics of the system, its functionalities, benefits and limitations were presented.

Conclusions: from the analysis, it shows that the software has the potential to prevent and minimize excesses in the provision of care to psychiatric patients, constituting an adequate example of the use of information science in favor of resolving demands in the health sector.

Descriptors: Health information systems. Health management. Psychiatric hospitalizations.

SISTEMA DE INFORMACIÓN DE CONTROL DE PRÁCTICAS PSIQUIÁTRICAS EN EL ESTADO DE PARANÁ: PROTEGE

RESUMEN

Objetivo: presentar un estudio de caso del sistema PROTEGE, software desarrollado por el Ministerio Público del Estado de Paraná, cuyo propósito es monitorear y supervisar las hospitalizaciones psiquiátricas en el Estado, promoviendo buenas prácticas y evitando el abuso. **Metodología:** cualitativo, a través de estudio de caso.

Resultados: en el trabajo, se presentaron las principales características del sistema PROTEGE, sus funcionalidades, beneficios y limitaciones. **Conclusiones:** a partir del análisis, se infiere que la herramienta tiene el potencial de prevenir y minimizar los excesos en la prestación de atención a pacientes psiquiátricos, lo que constituye un ejemplo adecuado del uso de la ciencia de la información a favor de resolver las demandas en el sector de la salud.

Descriptores: Sistemas de información en salud. Gestión de la salud. Hospitalizaciones psiquiátricas.

Recebido em: 25.07.2020

Aceito em: 09.02.2021