

MC de Araujo Carvalho*, A Costa Machado**, A L East**,
N Gamarra Espínola*, M Tavares Cavalcanti*, J Ferreira Da Silva Filho*.

* *Psiquiatra*

** *Psicólogo*

Laboratório de Avaliação de Qualidade de Serviços de Saúde Mental

Instituto de Psiquiatria de la Universidad Federal de Río de Janeiro, Brasil

Resumen

Introducción: a raíz del desmantelamiento de la “Puerta de Entrada” del Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, fueron creados tres servicios para asistir a la población atendida por esta institución: el Servicio de Recepción Integrada, el Servicio de Internamiento Mixta y el Servicio de Alcohol y otras Drogas.

Método: se desarrolló una metodología que permitiese la determinación cualitativa y cuantitativa de situaciones conflictivas en la práctica médica y sus posibles causas.

Resultados: se detectaron algunas situaciones que estarían impidiendo un mejor desempeño de los servicios prestados por la institución. Estos resultados fueron presentados y discutidos con la dirección del hospital y los equipos clínicos que realizan la asistencia.

Conclusiones: a pesar de estar en una etapa descriptiva del trabajo, podemos concluir que el estudio y la evaluación de los servicios que ofrecen asistencia a la población de enfermos mentales permite una mejor comprensión de las situaciones a las que se enfrentan los equipos en el curso de su práctica.

Palabras Clave: *evaluación, salud mental, calidad.*

Summary

Introduction: from the dismemberment of the Jurujuba Psychiatric Hospital “Admission-Interview’s Service”, three services to were

created serve the population attended by this institution, the Integrated Reception Service, the Mixed Internation Service and the Alcohol and other Drugs Service.

Method: a method was developed with both quantitative and qualitative characteristics, allowing the delimitation of conflictive situations in the medical practice and their probable causes.

Results: they pointed out some situations that could be impeding a better performance of the services offered by the institution. Those results were presented and discussed with the hospital administration and the clinical teams in charge of the attendance.

Conclusion: although this stage is basicly descriptive, we can conclude that the study and evaluation of the assistance services offered to the population with mental illness, helps in the discussion of clinical teams, allowing a better understanding of the situations raised by them in their own practice.

Key Words: *evaluation, mental health, quality.*

Introducción

En los últimos veinte años la política de salud mental en Brasil se ha dirigido tenazmente hacia la ampliación de los recursos asistenciales psiquiátricos extra-hospitalarios después de haberse constatado al final de los años setenta que la asistencia psiquiátrica pública en Brasil se concentraba casi exclusivamente en internamientos en la red contratada por el INAMPS

(Instituto Nacional de Previsión Social), siendo ésta una asistencia cara y de bajísima calidad^{1,2,3}. Inicialmente las críticas se dirigían a los manicomios, acusados, no sin razón, de abandonar a los enfermos ya que no existían planes elaborados para el período de alta tras el ingreso. De este modo los pacientes permanecían internados grandes períodos de tiempo o tenían innumerables ingresos consecutivos, fenómeno denominado de “puerta giratoria” (*revolving door patients*)⁴. De esta manera, el final de los manicomios y su sustitución por estructuras extra-hospitalarias, denominadas durante mucho tiempo “alternativas”, fueron los principales objetivos en la construcción de las políticas de salud mental.

A pesar de que la crítica a la estructura manicomial continuase siendo un asunto central y fundamental, se percibió que ella por sí sola no era suficiente para la construcción de una asistencia psiquiátrica de calidad. Además de la propuesta e implantación de nuevas estructuras asistenciales extra-hospitalarias, era necesario elaborar una teoría que guiase la asistencia a estos pacientes, con el objetivo de crear reglas y garantías que definiesen y proporcionasen una “buena asistencia” en salud mental^{5,6}. No era suficiente sólo con defender, por ejemplo, que la asistencia a la salud mental debería ser hecha por equipos multidisciplinarios, era necesario saber el porqué*.

Clínica y evaluación

El estudio de la clínica, si clínica es la práctica junto a los pacientes** -aquello que sucede en

el encuentro entre el profesional y el enfermo mental- no puede dejarse de lado cuando se analiza la asistencia en salud mental. Sucede lo mismo cuando se elabora un programa y una política de salud mental, pues de hecho, en último término, lo que se busca cuando se propone una política de salud mental es favorecer este encuentro de manera que se garantice una mayor adhesión al tratamiento y consecuentemente mejores resultados. Si la política de salud mental apunta hacia la desinstitucionalización no es sólo porque los manicomios son caros y de mala calidad***, que sería motivo más que suficiente, sino también porque, teniendo en cuenta la especificidad del acto psiquiátrico, se ha demostrado que una buena asistencia extra-hospitalaria mejora el tratamiento evitando los reingresos y promoviendo la integración del paciente en la comunidad^{8,9}. La clínica con los enfermos mentales, por lo tanto, es una fuente indispensable de subsidios para que podamos defender que una política, un programa, un servicio o una determinada forma de intervención es más interesante que otra para un país, estado o municipio, o para un determinado paciente bajo determinadas circunstancias.

Los estudios de evaluación de servicios

Pitta señala los desafíos que la epidemiología enfrenta cuando se trata de estudios de calidad de servicios de salud mental¹⁰⁻¹⁹. Uno de los aspectos principales de este desafío tiene que ver con la dificultad para relacionar los datos epidemiológicos sobre población y servicios de salud

* Los trabajos desarrollados por un grupo de profesionales e investigadores bajo la dirección y orientación de la profesora Ana María Pitta en São Paulo (Departamento de Medicina Preventiva da Universidad de São Paulo) y del profesor João Ferreira da Silva Filho en Río de Janeiro (Instituto de Psiquiatría de la Universidad Federal do Río de Janeiro) fueron fundamentales para la realización de este proceso. Destacamos aquí el trabajo desarrollado en el Centro de Atención Luiz Cerqueira en São Paulo, dirigido por el Dr. Jairo Goldberg y analizado por él mismo en el libro *Clínica da Psicose: um projeto na rede pública*. Río de Janeiro: Te Corá Editora: IFB, 1994.

** En su conferencia sobre “La constitución del cuidado: la experiencia clínica en la medicina y en la psiquiatría”, Serpa intenta precisar el concepto de clínica, demostrando que es el que unifica la experiencia de los diversos psiquiatras, independientemente de los conocimientos en los cuales cada uno basa su experiencia. Una de las definiciones de clínica propuesta por él es exactamente «práctica junto a los pacientes»⁷.

*** Los datos del DATASUS/MS (DATA - SISTEMA ÚNICO DE SALUD/ Ministerio de la Salud) indican que los gastos del SUS en ingresos psiquiátricos es el cuarto mayor de todo el país, apenas por debajo de los gastos en enfermedades cardiovasculares, respiratorias y parto. La morbilidad es también muy alta. El IDB97 del Ministerio de la Salud señala, por ejemplo, una morbilidad por enfermedades mentales de 6,5% para Río de Janeiro.

generales -conocidos como indicadores *hard*²⁰-, ya muy bien establecidos y bastante útiles para la descripción de los servicios (tasa de mortalidad y morbilidad, duración de los ingresos, número de suicidios, continuidad del tratamiento, etc.), con los datos a los que la epidemiología viene llamando indicadores *soft*, es decir, aquellos que se relacionan con lo particular (la relación del enfermo con su terapeuta, su calidad de vida, su satisfacción con los servicios recibidos, etc.). Se hizo necesario desarrollar mecanismos de evaluación de los cambios preconizados por las nuevas directrices de la política de salud mental.

En 1993 la Organización Mundial de la Salud (OMS) inició un estudio multicéntrico con el objetivo de validar un cuestionario de satisfacción con los servicios de salud mental que se aplicaría a técnicos, usuarios y familiares de diferentes ciudades de algunos países del mundo, elaborado por la división de salud mental de la propia OMS (*Initiative of support to people disable by mental illness -Questionnaire for patients, questionnaire for relatives and questionnaire for care givers-*. Division of Mental Health-WHO). En Brasil este estudio fue coordinado por la Profesora Ana María Pitta del Departamento de Medicina Preventiva de la Universidad de São Paulo (USP) y contó con la participación de las ciudades de São Paulo, Santos y Campiñas en el Estado de São Paulo y Niterói en el Estado de Río de Janeiro. En este último municipio la coordinación del estudio estuvo bajo la responsabilidad del Profesor João Ferreira da Silva Filho y de la Profesora María Távares Cavalcanti del Instituto de Psiquiatría da UFRJ-IPUB^{21,22}. Sobre esta base se creó el Laboratório de Avaliação de Qualidade de Serviços de Saúde Mental -LAPSO- del Instituto de Psiquiatría de la UFRJ (Laboratorio de evaluación de calidad de servicios de salud mental de la Universidad Federal de Río de Janeiro) que da continuidad a la investigación sobre evaluación de servicios, siendo Niterói uno de sus campos de trabajo*.

La hipótesis que subyace al estudio que llevamos a cabo en Niterói es que solamente es posible hacer una evaluación de los servicios a partir de la experiencia clínica de los equipos, siendo la participación de éstos fundamental en la determinación de los aspectos que serán estudiados. Para concretar los objetivos de la investigación se desarrolló una metodología propia, ya utilizada en el estudio del servicio "Puerta de Entrada", que abarca los siguientes pasos:

- a) Caracterización del servicio mediante la observación de su funcionamiento a través de discusiones con el equipo clínico y de la recogida de datos estadísticos (número de asistencias, modalidades de atención, derivaciones).
- b) Determinación de los problemas clínicos a través de la observación de las reuniones semanales de los equipos técnicos de los servicios²³.
- c) Discusión del material recogido y elaboración de formularios, planeamiento de la estrategia de análisis de datos.
- d) Devolución de los resultados obtenidos a la dirección del hospital y a los equipos clínicos de los servicios estudiados.

El Municipio de Niterói

La propuesta de reorientar la asistencia psiquiátrica en Niterói estuvo presente desde el inicio de los años 80 durante la reforma sanitaria de los sistemas de salud de la ciudad. En 1982 fue implantado en Niterói un programa de jerarquización y regionalización de los servicios de salud -el Proyecto Niterói- iniciando entonces una experiencia de articulación interinstitucional que implicaba órganos federales, estatales y municipales, cuyo objetivo era planificar, acometer y evaluar las acciones de salud locales. En base a esto se elaboró un programa de salud mental orientado a la creación de una red asistencial que promoviera las prácticas alternativas

* Después de la terminación del estudio "Avaliação de qualidade de serviços de saúde mental no município de Niterói - RJ - a satisfação dos usuários como critério avaliador" el LAPSO realizó el estudio de la Puerta de Entrada del HPJ y actualmente desarrolla un trabajo de investigación junto al Servicio de Recepción Integrada de este hospital.

al internamiento psiquiátrico. Las transformaciones que ocasionó la implantación del programa se pueden observar en el Hospital Psiquiátrico de Jurujuba (HPJ) (municipalizado en 1990). En 1989 se inauguró en el hospital el Núcleo de Atención Psicosocial destinado fundamentalmente a la asistencia de pacientes psicóticos y neuróticos graves. Esto sirvió de estímulo para la creación de otros servicios de día en centros asistenciales a nivel secundario. Los equipos de los ambulatorios y de las unidades del Hospital de Jurujuba también comenzaron a enfrentar el desafío de ofrecer una asistencia integral y a privilegiar la introducción de programas de visita domiciliaria y de dispositivos como talleres, grupos de trabajo asistido, grupos de convivencia, asociaciones de usuarios y grupos de familiares paralelamente a las tradicionales consultas médicas y psicoterapéuticas²⁴. Junto a los cambios descritos se realizaron mejoras en el espacio físico y se renovaron los equipos técnicos. Todo este proceso hizo posible la reorganización del hospital de tal manera que se realizara en él toda la asistencia urgente de Niterói. La decisión de centralizar la selección de los ingresos psiquiátricos en el Hospital de Jurujuba posibilitaría un mayor control de los mismos por parte de los gestores públicos, trayendo al hospital la discusión sobre las necesidades de cada caso. Anteriormente esta selección se venía realizando en un dispositivo general y por un equipo que no mantenía relación directa con la coordinación de salud mental.

Una experiencia de centralización de la asistencia psiquiátrica urgente realizada en los años 85/86, que se mostró fundamental para el control y evaluación de las indicaciones de ingreso, fracasó debido a la resistencia de los sectores públicos y privados implicados en la asistencia en Niterói, imposibilitando la transformación de una asistencia manicomial proporcionada principalmente por la red privada²⁵. Para empeorar la situación, lo concerniente a los recursos humanos constituyó un problema debido a las dimisiones, jubilaciones y permisos, teniendo que contar con un contingente tan grande de profesionales en la red que imposibilitaba el mantenimiento de equipos de guardia de psiquiatras en dos puntos diferentes (en el hospital psiquiá-

trico y en el centro de atención general). Para solucionar este problema se decidió la estructuración de un único servicio de emergencia que se localizó en el Hospital de Jurujuba por ser éste el local que disponía de mayores recursos tanto físicos como de personal. La decisión fue aprobada por el Consejo Municipal de Salud y en octubre de 1995 fue unificada la "Puerta de Entrada" del municipio en el Hospital de Jurujuba reuniendo los equipos de guardia del antiguo centro de urgencia general con las del propio hospital, aumentada por la contratación de nuevos profesionales. El proceso se completó con el cierre de la Emergencia Psiquiátrica del PAM-CPN en el mes siguiente, transformándose el Hospital Psiquiátrico en único punto de selección de los ingresos psiquiátricos. Desde entonces el Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, que antes era responsable de una pequeña parte de los nuevos internamientos del municipio, pasó a absorber cerca del 75% de la demanda, asumiendo por tanto una buena parte a la red contratada.

El servicio de "Puerta de Entrada" (PE) consistía en una unidad de doce camas destinadas a acoger los pacientes por un periodo de tiempo idealmente corto en el cual se procedía a la evaluación y el tratamiento de las situaciones de crisis, contando con el respaldo de las unidades de admisión del hospital para derivar los casos que necesitasen de un tiempo mayor de ingreso. Poco a poco se fue constituyendo en un espacio real de tratamiento clínico en lugar de la mera evaluación y derivación. Esto se puso de manifiesto cuando estudiamos el perfil de los ingresos. Verificamos, por ejemplo, que la resolución de los casos de alcoholismo y consumo de drogas pasó a realizarse en la unidad de la PE lo que constituyó un avance en el campo de la asistencia tanto por motivos estrictamente clínicos, ya que la enfermería ofrecía mejores condiciones para atender las situaciones urgentes, como por evitar la ocupación de camas en las unidades de admisión con casos que escapan de la esfera estrictamente psiquiátrica. El servicio se constituyó también como referencia para el ingreso de síndromes catatónicos graves y para pacientes con riesgo de suicidio. Los pacientes que presentaban un primer brote psicótico también

fueron atendidos preferentemente en la enfermería de la PE cuando el equipo de guardia concluyese que era deseable protegerlos de las dificultades que implica un cambio de equipo asistencial y de ambiente hospitalario. El ingreso en la PE fue también privilegiado para los pacientes con cuadros dudosos que requerían un diagnóstico diferencial con cuadros orgánicos principalmente.

En septiembre de 1997 la dirección del HPJ creyó necesario modificar el funcionamiento de la asistencia en el hospital desmembrando el Servicio de Puerta de Entrada. Esta decisión resultó de discusiones que señalaron:

- 1) La necesidad de estructurar un servicio de recepción integrada con un equipo multidisciplinar para la evaluación de las situaciones de crisis que llegaban al hospital.
- 2) La necesidad de crear una enfermería propia para apoyar el "Servicio de Recepción Integrada".
- 3) La necesidad de estructurar un servicio especializado en alcohol y drogas.

Los tres nuevos servicios creados para atender a estos diferentes objetivos fueron:

- a) El Servicio de Recepción Integrada (SRI) que debe promover la recepción de pacientes, evaluar y tratar en primera instancia al paciente psiquiátrico. Cuenta con un equipo de 14 psiquiatras de guardia, 4 psicólogos a jornada completa, un neurólogo, un médico internista y 7 auxiliares de enfermería (uno a jornada completa y 6 de guardia).
- b) El Servicio de Internamiento Mixto (SIM) atiende a los pacientes procedentes del SRI que necesitan de ingresos más prolongados. Cuenta con un equipo formado por 2 psiquiatras adjuntos, 2 psiquiatras residentes, 4 psicólogos (uno de ellos es el coordinador del servicio), un neurólogo, un médico internista, un asistente social, una enfermera, un terapeuta ocupacional y 12 auxiliares de enfermería (uno a jornada completa y 11 de guardia).

c) El Servicio de Alcohol y otras Drogas (SAD) atiende a consumidores de alcohol y drogas en régimen de internamiento con el objetivo de realizar la desintoxicación y de sensibilizar para la adhesión al tratamiento ambulatorio. También ofrece tratamiento ambulatorio propio. Cuenta con un equipo formado por 3 psiquiatras adjuntos (uno de ellos es el coordinador del servicio), un psicólogo con entrenamiento en asesoramiento, un neurólogo, un médico internista y 9 auxiliares de enfermería (2 en cada turno de guardia).

Resultados

El trabajo de campo

El trabajo de campo de esta segunda etapa de la investigación se inició en diferentes momentos y siguió diferentes dinámicas de acuerdo al servicio estudiado, por lo que abordaremos separadamente cada una de estas unidades. No obstante, la orientación de los investigadores que participaron en las reuniones de los equipos fue común a todos. Nos interesaba observar estas reuniones sin interferencias directas, acompañando el desarrollo de la discusión de los problemas clínicos e institucionales que surgieran en el equipo. Después se procedía a una discusión sistemática sobre las anotaciones de las reuniones que se hacían en un diario de campo.

SRI- El planteamiento de los problemas clínicos con los que se enfrenta el equipo del SRI se hizo a través de la presencia en las reuniones mensuales del servicio y de conversaciones con los miembros del equipo técnico durante el horario de trabajo en el tiempo en que ellos discuten casos clínicos. El principal problema que refirió el equipo es el gran número de asistencias diarias y de pacientes que vuelven varias veces al servicio.

Demandaron un estudio para elucidar las causas de este fenómeno. En las tablas 1 y 2 se puede comparar la frecuencia de asistencias en el servicio de urgencia del HPJ en dos diferentes periodos (seis meses anteriores al cierre del servicio de "Puerta de Entrada", y seis meses posteriores a la apertura del "Servicio de Recepción

Integrada”, sustituto de la PE en la recepción de urgencias en el HPJ).

Se comprueba que hubo un aumento del número de asistencias en el servicio de urgencias en el periodo posterior a la apertura del SRI en relación al periodo inmediatamente anterior a la misma. No obstante, suponemos que este aumento en el número de asistencias no se rela-

ciona, en principio, con ningún cambio en el patrón de indicaciones de ingreso, pues en el periodo de septiembre/97 a febrero/98 se realizaron 731 ingresos, mientras que en el periodo siguiente fueron 710.

¿A qué se debe el aumento del número de derivaciones para tratamiento ambulatorio? ¿Se relaciona este aumento, tal como sospecha el equipo técnico del SRI, con el retorno frecuente de algunos pacientes al servicio?

El tema se discutió a través del análisis de 519 fichas de asistencia del SRI pertenecientes a pacientes que recurrieron tres o más veces al servicio en los meses de junio/julio/agosto de 1998 (n = 664).

La Tabla 3 muestra que el 43.5% de las consultas eran promovidas por el propio profesional. El análisis de las fichas mostró que apenas 25 de estos retornos fueron solicitados para evaluar la necesidad de ingreso. La Tabla 4 muestra que el 19.5% de las consultas espontáneas de los pacientes eran para demandar la repetición de recetas. Es importante resaltar que la información recogida en las fichas de asistencia relacionada con el motivo de consulta (evaluación de la necesidad de ingreso y solicitud de repetición de recetas) puede estar subdimensionada ya que, según la opinión de los propios técnicos del servicio, éste no era un dato relacionado espontáneamente en muchos de los casos.

La consulta de las fichas permitió elucidar algunas actitudes de los profesionales del SRI que pueden estar contribuyendo al aumento del regreso de los pacientes al servicio:

- 1- Atención psicológica.
- 2- Repetición de recetas.
- 3- Evaluación diagnóstica.

El siguiente paso será la discusión con el equipo de los criterios evidenciados en la encuesta, incluyendo la ejemplificación de los casos más típicos.

SIM- Constituido básicamente por el equipo

Registros	Frec	Perc	Cum
Ambulatorio	2090	74.1%	74.1%
Ingreso HPJ	565	20.0%	94.1%
Ingreso red concertada	166	5.9%	100.0%
Total	2821	100.0%	

Tabla 1: Asistencias en el servicio de urgencias del HPJ en el periodo de marzo a agosto de 97, según las derivaciones realizadas en cada caso

Registros	Frec	Perc	Cum
Ambulatorio	3161	81.7%	81.7%
Ingreso HPJ	531	13.7%	95.4%
Internación red concertada	179	4.6%	100.0%
Total	3871	100.0%	

Tabla 2: Asistencias en el servicio de urgencias del HPJ en el periodo de septiembre de 97 a febrero de 98, según las derivaciones realizadas en cada caso

Motivo de consulta	Frec	Perc	Cum
Demanda espontánea	293	56.5%	56.5%
Solicitada por profesional	226	43.5%	100.0%
Total	519	100.0%	

Tabla 3: Asistencias de pacientes que consultaron tres o más veces al SRI en el periodo de junio a agosto de 1998, según el motivo de consulta

de profesionales del antiguo servicio Puerta de Entrada, el Servicio de Internamiento Mixto fue creado para funcionar como una unidad de apoyo al Servicio de Recepción Integrada. A pesar de esto, cinco meses después de su creación fue absorbido por el Servicio de Internamiento Masculino cambiando a partir de entonces su espacio físico y provocando la salida de su coordinador. El trabajo de investigación tuvo entonces como objetivo de observación un nuevo equipo técnico, en ese momento ocupado con la adaptación a una nueva situación y una nueva propuesta de trabajo. La observación de las reuniones semanales del nuevo servicio continuó siendo realizada por la misma investigadora que realizaba el trabajo del servicio de la Puerta de Entrada. Alguno de los problemas clínicos discutidos por el equipo de investigación se constituyeron a partir de entonces en indicadores de calidad (estos datos se completaron con un estudio particularizado de las historias clínicas de los pacientes):

- a) Número de pacientes que necesitaron un tiempo de ingreso prolongado.
- b) Número de pacientes que fueron reingresados en el servicio.
- c) Número de pacientes que necesitaron un traslado del HPJ por tener problemas clínicos de difícil resolución.
- d) Número de pacientes que tuvieron diagnóstico de trastorno por abuso de sustancias psicoactivas.

Se estudió el periodo de marzo de 1998 a febrero de 1999. En este periodo se dieron 1.287 altas en el HPJ, siendo 285 del SIM. La mayor parte de la población tratada en el servicio reside en Niterói (85.3%) y una pequeña parte en São Gonçalo (9.8%) u otros municipios (4.9%). La población está constituida principalmente por adultos jóvenes, con edades entre 25 y 44 años, totalizando 171 altas (60.0%). De los 285 pacientes dados de alta, 87 eran mujeres (30.5%) y 198 varones (69.5%). Los pacientes tratados son en su mayoría psicóticos, 183 altas (64.2%) con diagnóstico de esquizofrenia, trastorno es-

quizoafectivo o delirante y 50 altas (17.5%) con diagnóstico de trastorno afectivo. El tiempo medio de permanencia de pacientes fue de 24.7 días y hubo un predominio de altas médicas en el servicio (90.9%).

El equipo mostró preocupación con el cambio del perfil de la unidad que venía recibiendo muchos pacientes crónicos que demandaban ingresos más prolongados. Como ya se ha visto, el tiempo medio de permanencia en el servicio fue de 24.7 días, pero nos interesaba conocer los casos que se desviaban del perfil medio para lo que se recogió información de los historiales de aquellos pacientes que permanecieron 45 días o más en el servicio. Se comprobó que apenas 38 de estos pacientes (13.3%) tuvieron una permanencia igual o superior a 45 días, siendo 30 de ellos (78.9%) reingresos en el HPJ. Se buscaron

Motivo de consulta	Frec	Perc	Cum
Rep. receta	236	80.5%	80.5%
Otras	57	19.5%	100.0%
Total	293	100.0%	

Tabla 4: Asistencias de pacientes que consultaron espontáneamente tres o más veces al SRI en el periodo de junio a agosto de 98, según el motivo de consulta

Retraso en la remisión de los síntomas (agitación psicomotriz, delirios, exaltación del ánimo, conducta inadecuada)	18
Difícil abordaje (se niega a tratamiento)	2
Gravedad relacionada con riesgo de suicidio	2
Duda diagnóstica	2
Falta de apoyo familiar o social	6
Sin motivo	4
No consultado	4
Total	38

Tabla 5: Altas del SIM de pacientes con tiempo de ingreso superior a 45 días, en el periodo de marzo de 98 a febrero de 99, según las causas de permanencia prolongada

en las historias clínicas los datos aportados por los facultativos que justificasen una estancia más prolongada de los pacientes.

Se comprobó que la mayor parte de los ingresos prolongados se debió a un retraso en la remisión de los síntomas (18 casos), dificultad en el abordaje (2 casos) o gravedad relacionada al riesgo de suicidio (2 casos), totalizando 22 casos (Tabla 5). Esto no es sorprendente en una población de pacientes psicóticos (88.8%) y con ingresos anteriores (78.9%). Solamente en seis casos la falta de apoyo familiar fue considerado el principal motivo para una estancia prolongada de pacientes en el servicio y podemos cuestionarnos si otros tantos casos no tendrían falta de apoyo familiar o social asociado a otros factores de gravedad que determinan su internamiento.

El segundo problema que creemos que es importante discutir es el de los pacientes con la existencia de diagnóstico de trastorno mental por abuso de sustancias psicoactivas que debían ser recibidos en el SAD. Los datos recogidos muestran pacientes que, a pesar de tener este diagnóstico principal, reciben tratamiento psiquiátrico con medicación antipsicótica durante los ingresos, teniendo en su mayoría (7 de 10 casos) ingresos psiquiátricos anteriores. Apenas 1 de los 10 pacientes fue derivado tras el alta al SAD que es el lugar de referencia para el tratamiento ambulatorio de pacientes consumidores de alcohol y otras drogas en Niterói. El análisis de los casos mostró que estos pacientes tenían características que los identificaban con el perfil del SIM.

El tercer problema discutido por el equipo de investigación tiene que ver con la disconformidad del equipo técnico del servicio con la estructura de apoyo de la unidad. Esto se ponía de manifiesto en las dificultades encontradas en el manejo de pacientes complicados y de otros casos que por diferentes motivos no se adecuaban al perfil del servicio. Se abordó inicialmente el problema analizando los historiales de los 5 pacientes trasladados del servicio en el periodo estudiado. Los motivos de alta encontrados fueron divididos en tres grupos: necesidad de ingreso, ausencia de camas en el HPJ y a petición de la familia.

A pesar de las quejas del equipo del SIM, encontramos solamente 5 altas por traslado del servicio, lo que puede indicar que, a pesar de las dificultades, el servicio, en la gran mayoría de los casos, trata a los pacientes utilizando sus recursos internos.

El último problema encontrado por el equipo en el curso del año 98 fue el número de pacientes reingresados en la unidad, hecho que podría estar relacionado con las dificultades en asumir pacientes en la red ambulatoria. En el análisis de los reingresos se observó que en el periodo estudiado hubo 89 reingresos que pertenecieron a 42 pacientes, 35 de ellos reingresaron una vez y 7 lo hicieron dos veces. Los pacientes reingresados fueron en su mayoría psicóticos (88.8%) con historia de numerosos ingresos previos.

SAD - A las reuniones del SAD acudió la misma investigadora semanalmente desde mayo de 1998. Los datos recogidos pertenecen al periodo de octubre de 1997, cuando fue inaugurado el servicio, a agosto de 1998.

El problema para conseguir la adherencia al tratamiento ambulatorio de los pacientes consumidores de alcohol y otras drogas constituyó el centro de interés del equipo del SAD, que deseaba conocer los cambios originados tras la implantación de la asistencia ambulatoria en el propio servicio. Para comenzar estudiamos las historias clínicas de los 16 pacientes que tuvieron tres o más ingresos en el servicio desde su apertura, analizando las causas de estos ingresos recurrentes. La relación entre adherencia al tratamiento ambulatorio y reingreso, fue estudiado entrecruzando los datos de estos pacientes referentes a las dos modalidades de atención.

Fueron dadas 1.138 altas en el HPJ en el periodo de octubre de 1997 a agosto de 1998 siendo el SAD el responsable de 33,8% de éstas (un total de 385 altas).

De este total apenas 72 estaban relacionadas con pacientes que reingresaron 3 o más veces en el periodo estudiado (n=16)²⁶.

Decidimos estudiar inicialmente las historias de estos dieciséis pacientes, verificando si hubo adherencia al tratamiento ambulatorio en el periodo entre los ingresos. Nuestro objetivo era encontrar elementos para la discusión sobre la relación entre la adherencia al tratamiento ambulatorio y los reingresos.

Consideramos que tuvo adherencia al tratamiento ambulatorio cuando el paciente compareció como mínimo a tres consultas ambulatorias con un intervalo nunca superior a 30 días. Verificamos que ninguno de los dieciséis pacientes, cumplió el criterio de adherencia al tratamiento ambulatorio establecido, lo que nos da elementos para pensar que puede existir una asociación entre la no adherencia y los reingresos en este grupo y nos da pie a tratar de indicar alternativas de tratamiento para estos pacientes. Cuando acudimos a devolver los datos el equipo clínico se mostró sorprendido con el pequeño número de reingresos y pidió que continuásemos el estudio recogiendo datos de cuantos pacientes con reingresos en otras instituciones continuaron tratamiento ambulatorio tras el alta.

Conclusiones

Los datos recogidos hasta el momento pertenecen a una etapa inicial básicamente descriptiva de la investigación. El equipo que participa en el proceso de evaluación ha centrado su atención en determinar los problemas encontrados en común en los equipos clínicos y la dirección del hospital. Esta etapa preliminar contribuye a elucidar los problemas cotidianos de los servicios, si bien, estos resultados preliminares son susceptibles de discusión. La investigación en el área de evaluación de calidad de servicios puede constituirse en una importante aliada de los equipos implicados en el trabajo asistencial, aportando un alto grado de comprensión del trabajo realizado muy útil para avanzar en la discusión clínica.

Bibliografía

1. Vaissman M. Assistência Psiquiátrica e previdência social: análise da política de saúde nos anos 70. Dis-

- sertation. Instituto de Psiquiatria: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1983.
2. Alves DA. Transformação na assistência psiquiátrica no Brasil. En: Russo J, Silva Filho JF, eds. Duzentos anos de psiquiatria. Rio de Janeiro: Relume Dumará/UFRJ; 1993. p. 135-143.
 3. Schechtman A. *et al.* Política de Saúde Mental no Brasil. En Figueiredo AC, Cavalcanti MT, eds. Por uma assistência psiquiátrica em transformação. Cadernos IPUB 3, Rio de Janeiro, UFRJ; 1996. p. 1-3.
 4. Bandeira M. Reinserção dos doentes mentais na comunidade: fatores determinantes das rehospitalizações. *J Bras Psiq* 1993; 42 (9): 491-498.
 5. Cavalcanti MT. O tear das cinzas, um estudo entre psicose e instituição. Dissertation. Instituto de Psiquiatria: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1992.
 6. Cavalcanti MT. A trama no tear, sobre o tratar em psiquiatria. Tesis. Instituto de Psiquiatria: Universidad Federal do Rio de Janeiro; 1997.
 7. Serpa Jr OD. A constituição de um olhar: a experiência clínica na medicina e na psiquiatria. Dissertation. Instituto de Psiquiatria: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1992.
 8. Bandeira M, Lesage A, Morissette R. Desinstitucionalização: importância da infra-estrutura comunitária de saúde mental. *J Bras Psiq*, 1994; 43 (12): 659-666.
 9. Bandeira M, Gelinás D, Lessage A. Desinstitucionalização: o programa de acompanhamento intensivo na comunidade. *J Bras Psiq* 1998; 47 (12): 627-640.
 10. Donabedian A. *et al.* Quality, cost and health: an integrative model. *Medical Care*, XX (10): 975-992.
 11. Donabedian A. Quality, cost and clinical decisions. *ANNALS, AAPS*, July 1983; 468: 198-204.
 12. Donabedian A. The Quality of care – how can it be assessed? *JAMA* 1988; 269:1743-1748.
 13. Brunelle A. La qualité des soins et services: un cadre conceptual. Québec: MSSS; 1993.
 14. Mercier *et al.* Guide pour le développement d'un système d'amélioration continue de la qualité des services de réadaptation en toxicomanie. Montreal: RISQ et centre de recherche de l'hôpital Douglas; 1997.
 15. Kovess V. Evaluation de la qualité en psychiatrie. Paris: Economica, 1994.
 16. Saraceno B. *et al.* Evaluation of psychiatric services: hard and soft indicators. Division of mental health, WHO, Geneva.
 17. Saraceno B, Bolongaro G. Questioni di valutazione nei servizi di salute mentale. La valutazione un psichiatra. Liuguori Editore, p. 44-53.
 18. Bertolote JM. Garantia de qualidade em cuidados de saúde mental. *Temas* 1994; 47: 7-15.
 19. Cavalcanti MT, Figueiredo AC, eds. Por uma assistência psiquiátrica em transformação. Cadernos IPUB 1996; suplemento 3.
 20. Saraceno B, Fratura L, Bertolote J. M. Evaluation of psychiatric services – hard and soft indicators. Division of mental health, WHO, Geneva, mimeo.

21. Pitta AMF, Silva Filho JF, Cavalcanti MT et al. Determinantes da qualidade de serviços de saúde mental em municípios brasileiros – estudio de satisfacción con resultados de las actividades desarrolladas por pacientes, familiares y profesionales de los servicios. *J Bras Psiq* 1995; 44 (9): 441-452.
22. Silva Filho JF, Cavalcanti MT et al. Avaliação de qualidade da Porta de Entrada do sistema assistencial em saúde mental de Niterói – RJ. *J Bras Psiq* 1998; 47 (2): 73-80.
23. Rötzh JMP. Qualidade em Saúde Mental: A RIPP – um modelo e sua avaliação. Dissertation. Instituto de Psiquiatria: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1998.
24. Rocha EC, Santos MV. Reorientação da atenção à saúde mental no Município de Niterói. SMS, Niterói – RJ; 1993.
25. Figueira IL. Fechamento de uma enfermeria de 72 horas em uma emergência psiquiátrica do INAMPS: análise das possíveis causas do insucesso e sugestões preventivas. *J Bras Psiq* 1989; 38 (2): 69-73.
26. Hulka BS, Wheat JR. Patterns of utilization: the patients perspective. *Med Care* 1995; 23, (5).

Correspondencia

Maria Cecilia de Araujo Carvalho
Rua Joaquim Murtinho 772/201
Santa Teres – Rio de Janeiro
RJ – Brasil



Ventoso

*Original para la portada de la Revista de Occidente, año III,
núm. XXI, marzo de 1925*

Tinta china, acuarela y lápiz de color sobre papel, 325 x 223 mm
Colección particular, Madrid