



HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA

ANDRÉ COMIRAN TONON

AVALIAÇÃO DE PARÂMETROS DA QUALIDADE ASSISTENCIAL DOS AMBULATÓRIOS  
DO SERVIÇO DE PSIQUIATRIA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE E  
PROPOSTA DE MATRIZ DE COORDENAÇÃO DE CUIDADOS

Porto Alegre  
2023

ANDRÉ COMIRAN TONON

AVALIAÇÃO DE PARÂMETROS DA QUALIDADE ASSISTENCIAL DOS AMBULATÓRIOS  
DO SERVIÇO DE PSIQUIATRIA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE E  
PROPOSTA DE MATRIZ DE COORDENAÇÃO DE CUIDADOS

Trabalho de Conclusão de Residência  
apresentado ao Programa de Residência  
Médica do Hospital de Clínicas de Porto  
Alegre como requisito parcial para a  
obtenção do título de especialista em  
Psiquiatria .

Orientador(a): Prof Dr Maurício Kunz  
Coorientador(a): Dr<sup>a</sup> Fernanda Lucia  
Capitanio Baeza

Porto Alegre  
2023

### CIP - Catalogação na Publicação

Tonon, André Comiran

AVALIAÇÃO DE PARÂMETROS DA QUALIDADE ASSISTENCIAL DOS AMBULATÓRIOS DO SERVIÇO DE PSIQUIATRIA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE E PROPOSTA DE MATRIZ DE COORDENAÇÃO DE CUIDADOS / André Comiran Tonon. -- 2023.

29 f.

Orientador: Maurício Kunz.

Coorientador: Fernanda Lucio Capitanio Baeza.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Programa de Residência Médica, Porto Alegre, BR-RS, 2023.

1. Qualidade Assistencial. 2. Longitudinalidade do Cuidado. 3. Atenção Terciária à Saúde. 4. Saúde Mental. 5. Psiquiatria. I. Kunz, Maurício, orient. II. Baeza, Fernanda Lucio Capitanio, coorient. III. Título.

*Aos psiquiatras que pensam,  
e que amam.  
Façamos sobressair a razão e o amor  
acima do obscurantismo e do ódio.*

## **AGRADECIMENTOS**

Entendo que são apenas 12 anos de HCPA. No entanto, foi um período formador importantíssimo para mim que se encerra (ou vai apenas passar por uma longa pausa?) agora. Portanto, agradeço a todos os meus mestres da Faculdade de Medicina da UFRGS. Digo, agradeço àqueles que faz sentido chamar de mestres. Em especial o Professor Ricardo de Souza Kuchenbecker, membro da minha banca avaliadora deste TCR. Não poderia ser outra pessoa perto de mim neste processo. Agradeço também à Professora Maria Paz Hidalgo e a todo o Laboratório de Cronobiologia e Sono. Estes são meus leais escudeiros e minha inspiração para ter me tornado Psiquiatria. A seguir, agradeço aos mestres do PRM Psiquiatria: Lucas, Melina, Maria Inês, Pedro Magalhães, Pedro Goi e Virgínia. Obrigado por mostrar que a dignidade dos nossos pacientes estará sempre acima do nosso sucesso profissional (ou do ego bobo e endêmico). Não poderia deixar de nomear aqui os excelentes profissionais que me tornam um profissional completo e me fazem acreditar na potência dos serviços de saúde mental. A lista é grande, mas azar, vou citar! Profissionais da equipe multi do 4N, Gi, Celina, Rosana, Fabi, Kelly, Tavane, Vanessa, Carlos, Erick, Silvana, Vivi; queridíssimos (os únicos?) da Adição, Paula, Aline, Ale, Marília; excelentíssimos do CAPS, Jaque, Michele, Richard (grande homenageado!), Juarez, Miguel, Fábio, Robinho. Aos meus queridos e competentes colegas Áurea, Dani, Guilherme, João, João, Lina, Lucas, Matheus, Gabriel, Pedro. Hoje estou aqui pelos nossos cafés, pelos nossos abraços e pela nossa amizade. Enfim aos meus orientadores, Professor Maurício e Dra Fernanda. Eu escolhi os melhores!

## RESUMO

A mensuração de componentes associados à qualidade assistencial é útil para identificar deficiências modificáveis na organização dos serviços e do processo de cuidado. Este projeto avalia parâmetros de qualidade assistencial nos ambulatorios de psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) de forma geral e comparada entre as agendas. Foram analisados metadados de 143.620 atendimentos agendados nos últimos 10 anos no HCPA, identificando 7.984 prontuários distintos. Destes, 1.513 estão ativos (com registro de última consulta em até 2 anos). A análise descritiva das variáveis incluiu sexo, idade, distância de deslocamento, tempo de acompanhamento, intervalo entre consultas, e desfechos como altas e abandonos. Observou-se que o tempo médio de acompanhamento é de 5.6 anos, com variações entre diferentes ambulatorios, sendo que 41% dos prontuários estão ativos há mais de 5 anos. Os resultados indicam desafios na gestão de casos em saúde mental, com altas taxas de abandono, baixos índices de alta em relação aos abandonos, variações significativas nos intervalos entre consultas e no tempo de acompanhamento até a alta, e índices desfavoráveis de aproveitamento das agendas. Por fim, o estudo propõe uma matriz de coordenação de cuidado, destacando elementos como plano terapêutico, gestão de casos, gestão de agendas, articulação com a rede, critérios de permanência e alta, e instrumento de gestão. A proposta da matriz visa otimizar o manejo clínico, homogeneizar a assistência, garantir altas qualificadas, reduzir abandonos e melhorar o aproveitamento das agendas. As perspectivas a partir deste estudo envolvem a avaliação qualitativa de prontuários para identificação de características clínicas dos casos e do manejo por parte da equipe assistencial. De um modo geral, a análise dos dados sugere a necessidade de melhorias na articulação do serviço terciário com a rede de saúde, considerando a cronicidade dos transtornos mentais tratados. O estudo destaca a importância de uma abordagem individualizada, gestão de casos eficaz e coordenação efetiva entre os profissionais de saúde para melhorar os desfechos no tratamento psiquiátrico a longo prazo.

**PALAVRAS-CHAVE:** Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde, Psiquiatria, Serviços Hospitalares, Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde, Longitudinalidade do Cuidado

## ABSTRACT

The measurement of components associated with healthcare quality is useful for identifying modifiable deficiencies in the organization of services and the care process. This project evaluates parameters of healthcare quality in the psychiatry outpatient clinics of the Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) in a general context and compares them between different schedules. Metadata from 143,620 scheduled appointments in the last 10 years at HCPA were analyzed, identifying 7,984 distinct medical records. Of these, 1,513 are active (with the last appointment recorded within the last 2 years). Descriptive analysis of variables included gender, age, travel distance, duration of follow-up, interval between appointments, and outcomes such as discharges and abandonments. The average follow-up time was observed to be 5.6 years, with variations between different outpatient clinics, and 41% of medical records remaining active for over 5 years. The results indicate challenges in mental health case management, with high abandonment rates, low discharge rates compared to abandonments, significant variations in intervals between appointments and time to discharge, and unfavorable rates of appointment utilization. Finally, the study proposes a care coordination matrix, highlighting elements such as therapeutic plans, case management, appointment scheduling, coordination with the network, criteria for remaining in care and discharge, and management tools. The matrix proposal aims to optimize clinical management, standardize care, ensure qualified discharges, reduce abandonments, and improve appointment utilization. Future perspectives from this study involve the qualitative evaluation of medical records to identify clinical characteristics and the management by the care team. Overall, the data analysis suggests the need for improvements in the coordination of tertiary services with the healthcare network, considering the chronicity of treated mental disorders. The study emphasizes the importance of an individualized approach, effective case management, and efficient coordination among healthcare professionals to enhance long-term outcomes in psychiatric treatment.

**KEYWORDS:** Quality, Access, and Evaluation of Health Care, Psychiatry, Hospital Services, Healthcare Quality Indicators, Longitudinality of Care.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Definições operacionais do estudo

Quadro 2 - Altas por agenda e indicador de altas por abandonos

Quadro 3 - Matriz de coordenação de cuidado para serviços de saúde mental em hospitais-escola

Figura 1 - Proporção de pacientes com mais de 5 ou mais de 10 anos de seguimento que seguem em acompanhamento atual

Figura 2 - Proporção de altas e abandonos pelo total de pacientes atendidos nos últimos 10 anos

Figura 3 - Tempo de acompanhamento em anos até a alta

Figura 4. Consultas oferecidas e parâmetros de aproveitamento dos ambulatórios (em percentual de consultas oferecidas) nos últimos 2 anos.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Análises descritivas

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
PAN	Psiquiatria Pânico
PHB	Psiquiatria Transtorno do Humor Bipolar
PSD	Psiquiatria Depressão
PQO	Psiquiatria Pré-Operatória
PSS	Psiquiatria Esquizofrenias
PTA	Psiquiatria Transtornos Alimentares
PTT	Psiquiatria Net Trauma
SMA	Saúde Mental Adulto

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>2. JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>14</b>
<b>3. OBJETIVOS.....</b>	<b>14</b>
<b>4. METODOLOGIA.....</b>	<b>15</b>
<b>5. RESULTADOS.....</b>	<b>19</b>
<b>6. DISCUSSÃO.....</b>	<b>23</b>
<b>7. PROPOSTA DE MATRIZ DE COORDENAÇÃO DE CUIDADO.....</b>	<b>25</b>
<b>8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>27</b>
<b>9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>28</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Segundo relatório da Organização das Nações Unidas (ONU), antes da pandemia pela COVID-19, em 2019, cerca de 970 milhões de pessoas no mundo estavam vivendo com algum transtorno mental, 82% das quais viviam em países de baixa e média renda. Atualmente, cerca de uma em cada oito pessoas no mundo vivem com um transtorno mental, sendo essa uma das maiores causas de anos vividos com incapacidade (do inglês, *Disability-Adjusted Life Years*, ou DALY), representado 1 em cada seis anos de vida no mundo (Vigo et al., 2016).

Perdas de produtividade e outros custos indiretos para a sociedade muitas vezes superam em muito os custos dos cuidados de saúde de pessoas vivendo com condições de saúde mental grave (*World Economic Forum*). Além de serem pervasivos, incapacitantes e caros a uma sociedade, as doenças mentais graves também são, de um modo geral, severamente desassistidas. Os sistemas de saúde mental em todo o mundo apresentam grandes lacunas e desequilíbrios na gestão de informação, na governança, e na oferta de recursos e de serviços. Outras condições de saúde são frequentemente priorizadas sobre a saúde mental, e, dentro do orçamento destinado à saúde mental, os modelos de atenção integral fora das internações psiquiátricas são consistentemente subfinanciados. Mais de 70% dos gastos com saúde mental em países de renda média ainda vai para hospitais psiquiátricos (Freeman, 2022; Morrall, 2023).

O movimento internacional de desinstitucionalização do cuidado em saúde mental foi adotado pelo Brasil através da Lei 10.216, de 6 de abril de 2001. A partir de então surge a importância da reestruturação de serviços de saúde, para garantir o cumprimento da lei e adequar o tratamento dos indivíduos a um modelo mais eficiente, compatível com a proteção de seus direitos fundamentais. Embora a orientação do sistema comunitário de cuidado em saúde mental brasileiro tenha se focado nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) a partir de 2002 e no Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) a partir de 2008, ainda um percentual

significativo dos atendimentos ocorrem em serviços ambulatoriais em hospitais terciários, como os ambulatórios do Serviço de Psiquiatria do HCPA<sup>1</sup>.

Ainda sobre a Lei 10.216, de 6 de abril de 2001, salienta-se o que descreve o artigo 2º:

“Art. 2º [...]

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

[...]

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;”

Neste segmento, fica evidente o foco desse novo modelo de assistência à saúde mental: a reabilitação psicossocial destinada à recuperação do indivíduo pela inserção na família, no trabalho e na comunidade. Isso significa partir de um pressuposto que indivíduos portadores de doença mental apresentam necessidades complexas e prementes, muitas vezes abrangendo serviços médicos e sociais. Sendo assim, a gestão e coordenação do cuidado tem sido cada vez mais reconhecida como um aspecto importante da prestação de cuidados de saúde de alta qualidade (Schultz et al., 2013).

Este projeto visa compreender motivos para a quebra da continuidade de cuidado pela avaliação de dados indicativos de qualidade assistencial proveniente de softwares disponíveis pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre, além de propor um modelo de gestão de casos e coordenação de cuidado, com base na revisão da literatura, que vise garantir a melhor continuidade do cuidado prestado aos pacientes.

---

<sup>1</sup> Alteração na Rede de Atenção Psicossocial conforme Portaria n.º 3.588/2017 do Ministério da Saúde, visando ampliar o alcance e a efetividade das ações da rede.

## 2. JUSTIFICATIVA

Existe um consenso emergente de que a má coordenação do cuidado, aliada à perda da continuidade do cuidado, compromete a qualidade dos cuidados que os pacientes recebem e aumenta as possibilidades de desfechos negativos, como abandonos de tratamento e hospitalizações evitáveis. A mensuração de componentes associados à qualidade assistencial é, portanto, útil para identificar deficiências modificáveis na organização dos serviços e do processo de cuidado.

## 3. OBJETIVOS

### 3.1. **Objetivo geral:**

Avaliar parâmetros mensuráveis de qualidade assistencial nos ambulatórios da psiquiatria HCPA de forma geral e comparada - ou seja, entre os diferentes ambulatórios de psiquiatria do HCPA.

### 3.2. **Objetivos específicos:**

- Estabelecer parâmetros de qualidade assistencial a partir de dados obtidos por query via Qualitor e pelo software BASE;
- Quantificar a taxa de abandono de tratamento de forma geral e comparada.
- Revisão de estratégias para melhor coordenação ou gestão do cuidado de pacientes com transtornos mentais tratadas em serviços ambulatoriais
- Propor um modelo de gestão de casos e coordenação de cuidado, com base na revisão da literatura e dos aportes gerados por esta pesquisa, que visa garantir a melhor continuidade do cuidado prestado aos pacientes.

## 4. METODOLOGIA

### 4.1. Amostra:

Este projeto analisa e compara todos os meta-dados dos últimos 10 anos, sem nenhuma investigação individual dos prontuários. Todos os pacientes atendidos nestes últimos 10 anos serão avaliados.

### 4.2. Solicitação de query via Qualitor:

Os filtros foram as agendas de atendimentos ambulatoriais da Psiquiatria:

- PHB (Psiquiatria Transtorno do Humor Bipolar)
- PSD (Psiquiatria Depressão)
- PSI e SMA (Saúde Mental Adulto)
- PAN (Psiquiatria Pânico)
- PTT (Psiquiatria Net Trauma)
- PSS (Psiquiatria Esquizofrenias)
- PQO (Psiquiatria Pré-Operatória)
- PTA (Psiquiatria Transtornos Alimentares)

Para este trabalho, foram excluídos ambulatórios muito pequenos (como o POO) ou com perfil muito específico, como o CAPS, PSC e ADC.

As variáveis (colunas) solicitadas, para o período de 01/09/2013 a 30/08/2023, por query foram:

- Número de prontuário
- Sexo biológico, data de nascimento, cidade de procedência
- Data da primeira consulta
- Data das três últimas consultas
- Data de alta no ambulatório, quando houver

A partir destes dados, foram calculados:

- Idade do paciente na data da primeira consulta;
- Taxa de altas e de abandonos de tratamento;
- Taxa de pacientes em acompanhamento irregular ou ausente;

- Tempo médio de acompanhamento até alta ou abandono;
- Pacientes acompanhados por mais de 5 ou 10 anos ainda ativos;
- Tempo médio entre consultas regulares;
- Distância em quilômetros da cidade de procedência.

#### **4.3. Dados do software BASE**

Foram recuperados os seguintes dados, referentes ao período de 01/09/2021 a 30/08/2023:

- Estrutura de agendas: tempo de primeira consulta e tempo de consultas usuais (de retorno)
- Proporção de extras em relação a consultas agendadas.
- Taxa de não aproveitamento de consultas programadas (i.e. ausência de marcação, horários livres)
- Taxa de absenteísmo de consultas agendadas

Estes parâmetros visam identificar quais ambulatórios estão subdimensionados (i.e. menores do que a demanda), trazendo perdas à qualidade assistencial por tempo corrido. Também será capaz identificar se há desperdício de oferta, ou seja, se o ambulatório oferece mais recursos do que precisa ser em relação à demanda. Estas variáveis são indicadores de aproveitamento de recursos nos serviços prestados. São variáveis que podem então ser relacionadas com parâmetros descritos anteriormente como taxa de altas e de abandonos de tratamento.

#### **4.4. Armazenamento de dados:**

Os dados foram armazenados em planilhas do Google Drive em armazenamento online do Google Drive ligado a um email institucional, acessível apenas aos pesquisadores do estudo.

#### **Considerações éticas**

O protocolo seguiu as condições estabelecidas na Resolução 466/12 e 196/96-III.3.i do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O projeto foi submetido à

aprovação pela Comissão de Ética e Pesquisa em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (número 2023-0292).

O sigilo quanto às informações coletadas com os indivíduos de pesquisa é assegurado através da solicitação de dados anonimizados nas bases de dados. Ou seja, cada paciente foi identificado por número de prontuário, mas não por nome e os pesquisadores comprometeram-se a não pesquisar o nome do sujeito e nem acessar as informações do projeto. Não houve consulta direta de prontuários. Sendo assim, também não foi solicitado consentimento dos pacientes do ambulatório para participação. Todas as informações coletadas foram arquivadas em local apropriado, não sendo utilizadas para qualquer outra finalidade além dos objetivos propostos.

Não há riscos previstos para nenhum indivíduo. Também não há benefícios individuais previstos, mas antecipam-se benefícios coletivos dos pacientes atendidos no Serviço de Psiquiatria, na medida em que os resultados deste projeto podem levar a uma mudança na gestão dos atendimentos, melhorando a qualidade assistencial.

#### 4.5. Análise de dados

A organização do banco de dados foi realizada nos *softwares* Excel e R Studio. Considerando que o ambulatório “Saúde Mental Adulto” era anteriormente representado pela sigla PSI, as agendas SMA e PSI foram unificadas para a análise. Os parâmetros de interesse foram computados conforme descrito em nas definições operacionais (**Quadro 1**). Os desfechos considerados para situações de acompanhamento foram: mais de 10 anos de consultas, altas, abandonos. Estas variáveis foram criadas como desfechos binários.

**Quadro 1.** Definições operacionais do estudo.

CONCEITO	DEFINIÇÃO
<b>Pacientes ativos</b>	Pacientes com o último atendimento registrado nos últimos 2 anos, sem registro de alta
<b>Alta</b>	Pacientes com registro de alta ambulatorial, com ou sem retorno às agendas (i.e. com consulta agendada após a data de alta)
<b>Abandono</b>	Situação atribuída aos prontuários sem consulta nos últimos 2 anos

Foram analisadas as proporções de pacientes nas determinadas situações de acompanhamento em função do denominador apropriado. Por exemplo, a proporção de altas e de abandonos foram computadas em função de todos os usuários atendidos no período de coleta de dados, enquanto a proporção de pacientes a mais de 5 ou de 10 anos, ausentes ou faltantes foram computadas apenas para os pacientes com prontuários ativos. Estes parâmetros de situação de acompanhamento foram descritos para todos os prontuários e também comparados entre os ambulatórios.

Foram criados modelos multivariados com potenciais determinantes dos desfechos de situação dos pacientes. Para tal, foram desenvolvidos modelos lineares generalizados para desfechos binomiais. Para cada desfecho (alta ou abandono), foram incluídas as seguintes co-variáveis: sexo, idade na primeira consulta, intervalo médio entre consultas, distância em quilômetros da cidade de procedência, tempo entre primeira e última consulta, e ambulatório de acompanhamento (sendo SMA a sigla de referência para os modelos).

Os parâmetros de aproveitamento dos ambulatórios (i.e., consultas oferecidas, marcadas, realizadas e livres) são descritos para a série histórica e para os dois últimos anos.

Por fim, são propostos dois indicadores para avaliação da qualidade de assistência dos ambulatórios. O primeiro é a taxa de altas por abandonos do ambulatório, e o segundo é a taxa de altas pela taxa de primeiras consultas.

## 5. RESULTADOS

Nos últimos 10 anos, conforme o software BASE, houve 143.620 atendimentos agendados e, conforme dados de query, foram identificados 7.984 prontuários distintos nas agendas ambulatoriais citadas na metodologia do projeto. O número de prontuários ativos (i.e., com registro de última consulta em até 2 anos) é de 1.513.

**Tabela 1.** Análises descritivas dos desfechos e das co-variáveis.

Série histórica (10 anos)	Total (n=7,984)	SMA (n=5,344)	PAN (n=1,042)	PHB (n= 731)	PQO (n=1,561)	PSD (n=1,098)	PTA (n= 151)	PTT (n= 662)	PSS (n= 714)
<b>Pacientes atuais (2 anos)</b>	n=1.513	n=938	n=234	n=339	n=261	n=195	n=24	n=107	n=277
Sexo feminino - n (%)	5411 (67.8)	3,575 (66.9)	732 (70.2)	481 (65.8)	1,140 (73.0)	861 (78.4)	136 (90.1)	523 (79.0)	266 (37.3)
Idade no ingresso - $\mu$ ( $\sigma$ )	42.7 (15)	42.5 (15.9)	42.9 (15.1)	41.5 (13.9)	45.8 (12.2)	48.7 (12.9)	30.3 (11.1)	38 (13.8)	35.4 (13.3)
Distância > 120 Km - n (%)	1034 (12.9)	624 (11.7)	80 (7.7)	31 (4.2)	342 (21.9)	101 (9.2)	21 (13.9)	34 (5.1)	68 (9.5)
Tempo entre primeira e última consulta, em anos - M [IQR] <sup>1 2</sup>	5.6 [0.9, 14.1]	4.1 [0.5, 13.0]	4.4 [1.0, 9.7]	12.2 [4.0, 19.3]	2.3 [0.6, 5.7]	5 [1.4, 12.0]	2 [0.9, 9.3]	0.9 [0.3, 5.5]	15.4 [8.8, 22.3]
Intervalo entre consultas, em dias - M[IQR] <sup>1 3</sup>	35 [24.5, 56.0]	31.8 [24.5, 52.5]	35 [28, 49]	35 [24.5, 52.5]	56 [38.5, 101.5]	28 [21, 35]	10.5 [7, 21]	21 [14, 35]	45.5 [31.5, 63.0]
Seguimento >5 anos - n (%) <sup>1</sup>	618 (41)	468 (49.0)	117 (49.0)	252 (73.5)	88 (32.7)	103 (52.6)	8 (33.3)	32 (29.4)	239 (86.0)
Seguimento >10 anos - n (%) <sup>1</sup>	402 (27)	316 (33.1)	62 (25.9)	204 (59.5)	24 (8.9)	62 (31.6)	5 (20.8)	19 (17.4)	200 (71.9)
Alta - n (%)	2877 (35)	2,258 (42.3)	480 (46.1)	211 (28.9)	393 (25.2)	595 (54.2)	44 (29.1)	217 (32.8)	212 (29.7)
Abandono (2 anos) - n (%)	4495 (55)	2,838 (53.1)	507 (48.7)	295 (40.4)	1,007 (64.5)	558 (50.8)	97 (64.2)	401 (60.6)	306 (42.9)

<sup>1</sup> Cálculos com base no número de prontuários ativos (i.e., com a última consulta em até 2 anos), correspondendo a 1.513 pacientes.

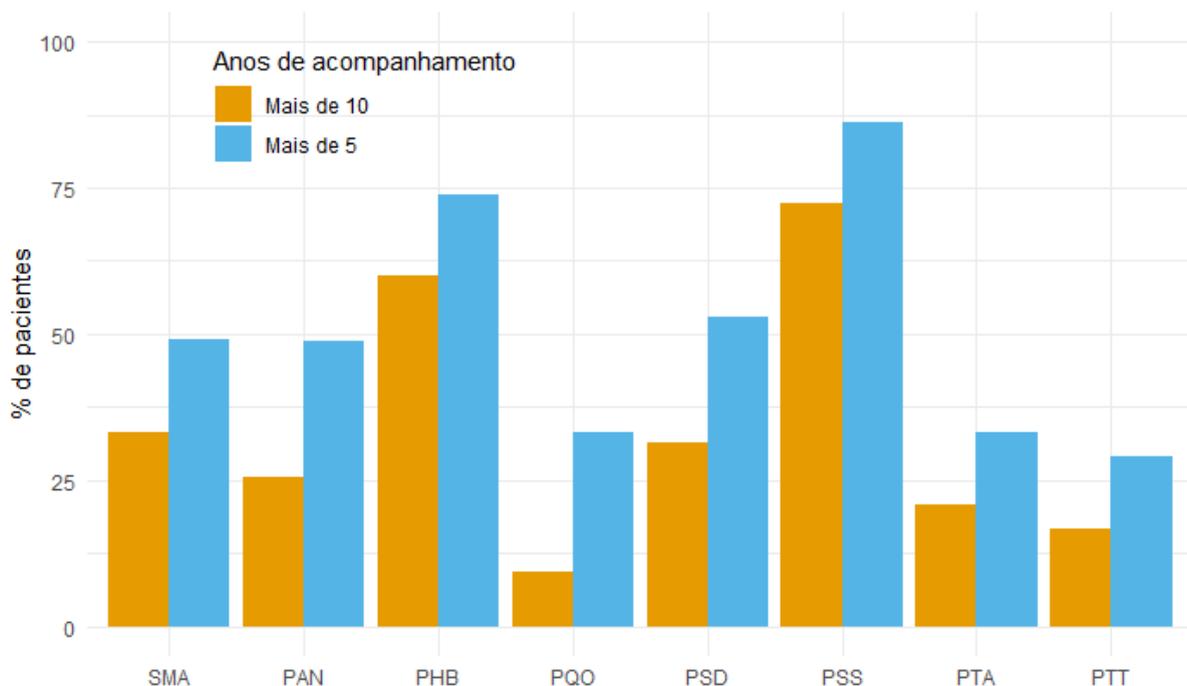
<sup>2</sup> Calculado para pacientes em acompanhamento atual, e também para tempo entre primeira consulta e alta ou abandono.

<sup>3</sup> Calculado a partir da média de do intervalo das 3 últimas consultas.

A **tabela 1** apresenta as análises descritivas das variáveis de estudo. De um modo geral, observa-se um número de mulheres acima de 65% em todos os ambulatorios, chegando a 90% no ambulatório dos transtornos alimentares. A idade média de ingresso dos pacientes é de aproximadamente 42 anos e uma parcela significativa dos pacientes atendidos viaja uma distância maior do que 120 Km para consultas no ambulatório. A mediana de acompanhamento dos pacientes é de 5.6 anos, sendo maior nos ambulatorios de tratamento de transtornos bipolares e

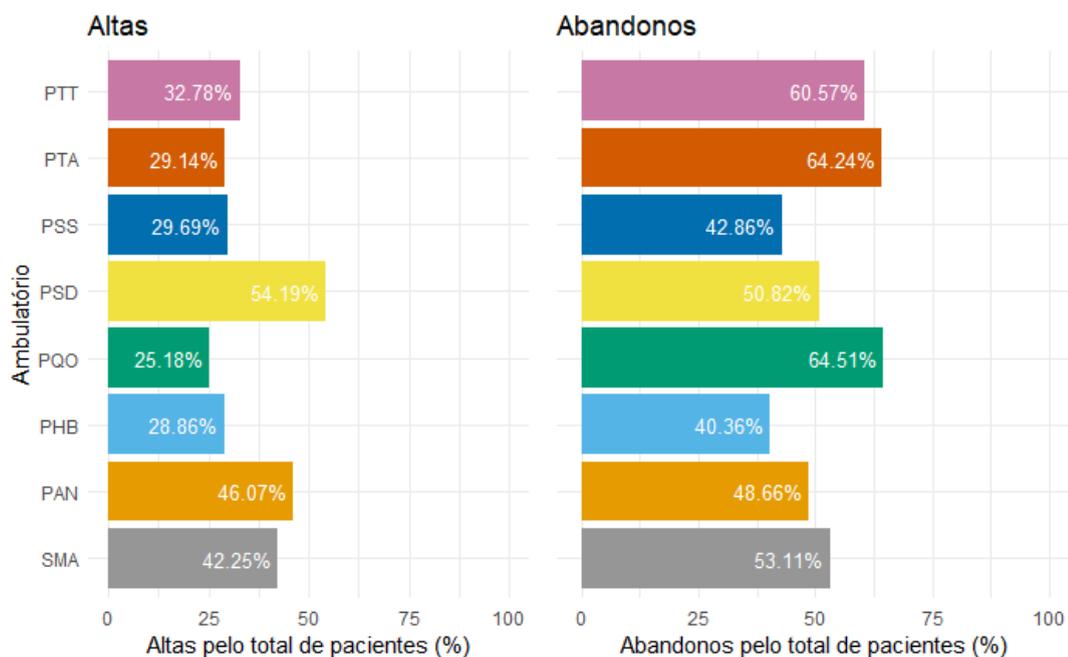
esquizofrenia (12.2 e 15.4 anos, respectivamente). Por fim, a mediana do intervalo entre as três últimas consultas foi de aproximadamente 35 dias, sendo menor no ambulatório de transtornos alimentares (10.5 dias) e de transtornos relacionados ao trauma (21 dias) e maior no ambulatório de psiquiatria pré-operatória (56 dias).

A **figura 1** mostra a comparação de percentual de pacientes acima de 5 e de 10 anos. O modelo multivariável mostra que permanecer há mais de 10 anos em acompanhamento em algum ambulatório se relaciona com sexo masculino (OR 1.2,  $p < 0.05$ ), idade mais jovem no início do acompanhamento (OR 0.97,  $p < 0.001$ ), distância da cidade de procedência menor do que 120 Km (OR 2.52,  $p < 0.001$ ), e estar vinculado aos ambulatórios PHB (OR 4.58,  $p < 0.001$ ), PSS (OR 4,  $p < 0.001$ ), e não estar vinculado aos ambulatórios PQO (OR 0.32,  $p < 0.05$ ), PTA (OR 0.32,  $p < 0.001$ ), e PTT (OR 0.36,  $p < 0.001$ ).



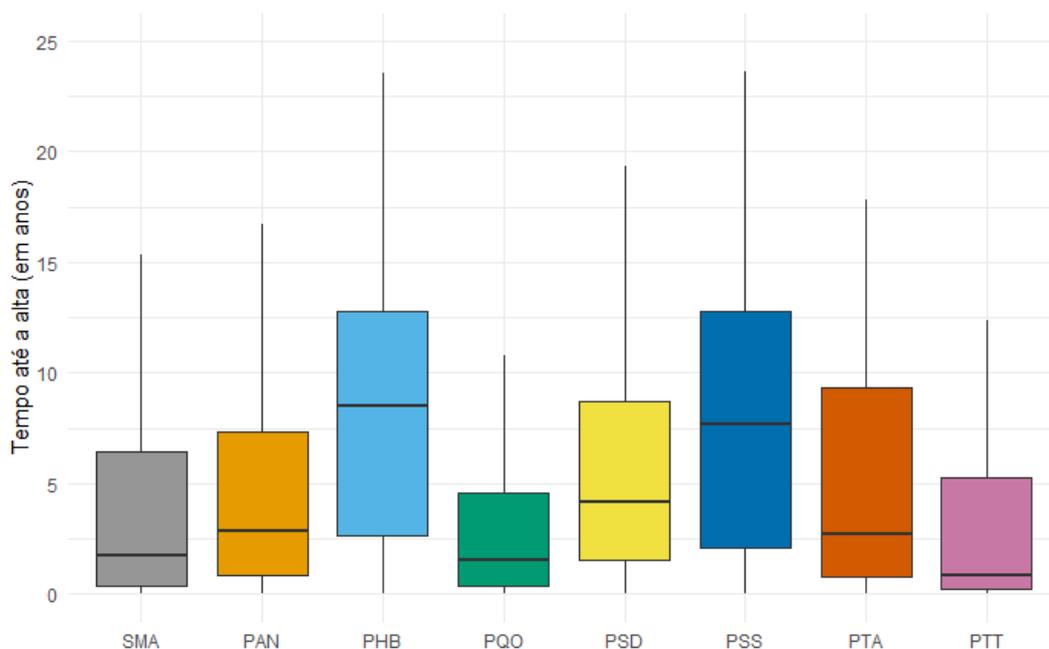
**Figura 1.** Proporção de pacientes com mais de 5 ou mais de 10 anos de seguimento que seguem em acompanhamento atual.

A **figura 2** apresenta o percentual de altas em relação ao total de pacientes atendidos nos últimos 10 anos nos ambulatórios descritos. O modelo multivariável evidenciou que a probabilidade de ter alta registrada é maior na trajetória daqueles pacientes que iniciaram atendimento mais velhos (OR 1.01,  $p < 0.001$ ), e que estiveram mais tempo vinculados ao ambulatório (OR 1.02,  $p < 0.001$ ).



**Figura 2.** Proporção de altas e abandonos pelo total de pacientes atendidos nos últimos 10 anos

A proporção de pacientes que abandonaram o tratamento no período de 10 anos está representada na **figura 2**. Os determinantes de abandono no modelo multivariável são sexo feminino (OR 1.17,  $p < 0.001$ ), maior intervalo entre consultas (OR 1.01,  $p < 0.001$ ) e um menor tempo de acompanhamento desde o acolhimento (OR 0.92,  $p < 0.001$ ).



**Figura 3.** Tempo de acompanhamento em anos até a alta.

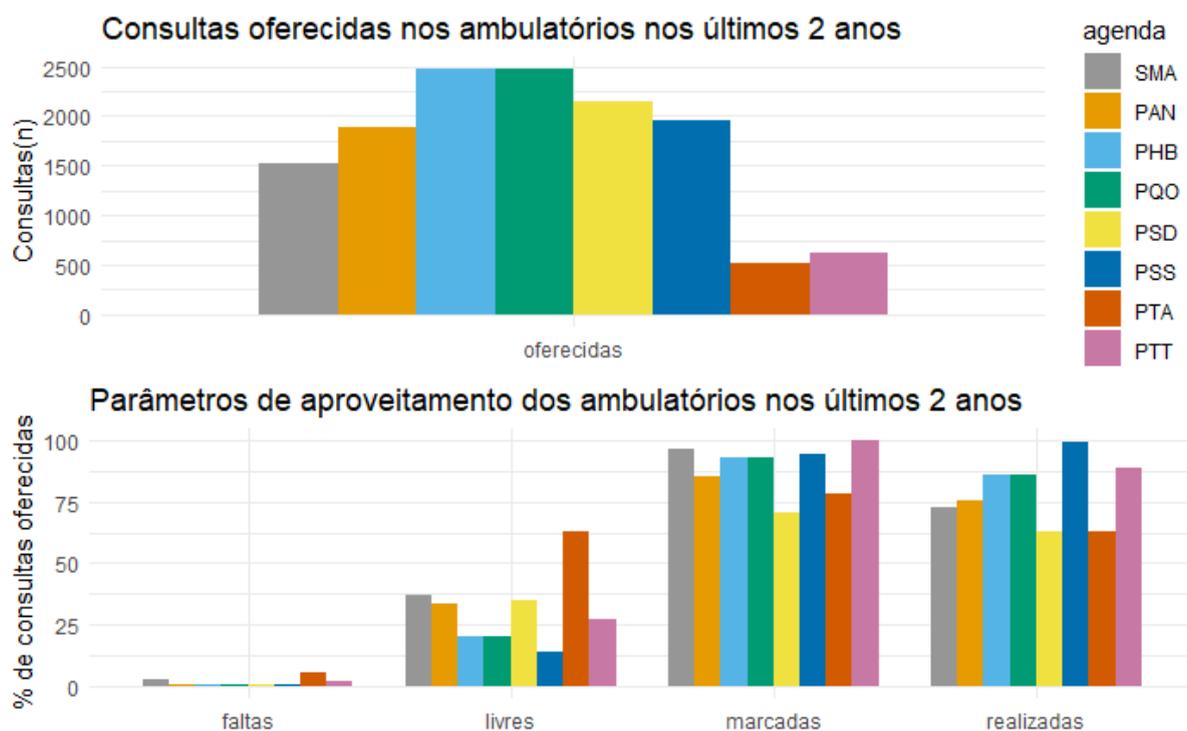
O tempo de acompanhamento dos pacientes até a alta está representado na **figura 3**. Observa-se que, a mediana da maioria das agendas analisadas apresenta uma mediana de seguimento menor do que 3 anos do acolhimento até a alta. Exceção são os ambulatórios PHB e PSS com mediana de acompanhamento de 8 e 7.5, respectivamente. O **quadro 2** apresenta o número total de altas por agenda, e o número de altas registradas em até 3 anos de seguimento (incluindo o percentual que este dado representa do total de altas da série histórica).

O **quadro 2** também apresenta o indicador de altas relativas ao número de abandono para os ambulatórios. O único ambulatório que apresentou indicador acima de 1 foi o PSD (i.e. Psiquiatria Depressão), sendo que o menor dos índices ocorreu nos ambulatórios PQO (i.e. Psiquiatria Pré-Operatória) e PTA (i.e. Psiquiatria Transtornos Alimentares).

**Quadro 2.** Altas por agenda e indicador de altas por abandonos.

Agenda	Altas (total)	Altas com menos de 3 anos de seguimento	Indicador altas por abandonos
SMA	2258	1314 (58%)	0.80
PAN	480	248 (51%)	0.95
PHB	211	55 (26%)	0.72
PQO	393	248 (63%)	0.39
PSD	595	239 (40%)	1.07
PSS	212	60 (28%)	0.69
PTA	44	22 (50%)	0.45
PTT	217	142 (65%)	0.54

A **figura 4** apresenta o número de consultas oferecidas nas e alguns parâmetros de aproveitamento das agendas. Nos últimos 2 anos, 74% das consultas oferecidas foram realizadas. Os ambulatórios PSD e PTA foram os que apresentaram menor taxa de consultas realizadas, com taxas de consultas livres de mais de 25% (sendo que mais de 60% das consultas oferecidas na agenda PTA foram consultas livres neste período). Também apresentaram estes índices de consultas livres as agendas SMA e PAN.



**Figura 4.** Consultas oferecidas e parâmetros de aproveitamento dos ambulatórios (em percentual de consultas oferecidas) nos últimos 2 anos.

## 6. DISCUSSÃO

Os resultados apresentados neste trabalho proporcionam uma visão abrangente do cenário de atendimentos psiquiátricos no Hospital de Clínicas de Porto Alegre nos últimos 10 anos. Ao considerar os 143.620 atendimentos agendados e os 7.984 prontuários distintos, é evidente a relevância do estudo para compreender a dinâmica e os desafios associados ao acompanhamento psiquiátrico a longo prazo. Grande parte dos dados apresentados são relacionados aos prontuários ainda ativos, ou seja, aqueles que estiveram presentes em alguma das agendas estudadas nos últimos 2 anos. Estes correspondem a 1.513 prontuários distintos.

Observaram-se fatores sociodemográficos e relacionados à duração e frequência de consultas que são significativamente associados a desfechos de acompanhamento. O predomínio de mulheres, especialmente no ambulatório de transtornos alimentares, sinalizando a tendência já conhecida na distribuição de

gênero nos diferentes contextos psiquiátricos. A idade média de 42 anos no momento do ingresso revela que o acompanhamento psiquiátrico não é restrito a faixas etárias específicas, abrangendo uma gama variada de idades. O fato de uma parcela significativa dos pacientes viajar mais de 120 km para consultas destaca a necessidade de acessibilidade geográfica e a possível escassez de recursos locais em saúde mental. No entanto, é relevante salientar que os tamanhos de efeitos das associações são pequenos. Acredita-se que os desfechos estudados sejam influenciados por particularidades da organização dos ambulatórios e não do perfil de pacientes.

É importante salientar que 27% dos prontuários ativos seguem em acompanhamento há mais de 10 anos em alguma agenda (41% acima de 5 anos). Assim, evidencia-se que, a despeito do ingresso de novos pacientes nas agendas, as altas ou abandonos mais frequentemente ocorreram em pacientes acolhidos há menos de 5 anos. Este dado é corroborado pelos dados atuais que mostram medianas abaixo de 5 anos de acompanhamento até a alta.

O tempo médio de acompanhamento de aproximadamente 6 anos é notável. Isso pode ser reflexo da cronicidade e da persistência dos transtornos mentais tratados nos ambulatórios, mas também pode indicar uma má gestão dos casos vinculados. Esta última hipótese se fortalece na medida em que se observam um número de abandonos de tratamento significativo em todas as agendas estudadas e um indicador desfavorável de número de altas pelo número de abandonos em grande parte deles. Somado a isso, retoma-se a discussão de que a maioria das altas acontecem em pacientes com menos de 5 anos de acompanhamento. Ou seja, a rotatividade dos ambulatórios parece se dar às custas dos pacientes novos que ingressam, enquanto uma parcela significativa de pacientes ocupa as agendas por tempo prolongado. Estes dados evidenciam a má articulação do serviço terciário prestado com a rede de saúde dos usuários.

As variações nos intervalos entre as três últimas consultas podem sugerir diferentes necessidades de acompanhamento em diversos contextos psiquiátricos. Elas também evidenciam a flexibilidade das agendas para acolhimento de pacientes e acompanhamento próximo dos planos terapêuticos. Ainda assim, observa-se um alto número de consultas livres em algumas agendas. A garantia de adequada

gestão dos casos e de estabelecimento de planos terapêuticos envolvendo médicos residentes e preceptores pode garantir o melhor aproveitamento das agendas. A análise desses dados pode subsidiar melhorias na alocação de recursos e na gestão do tempo, visando otimizar o aproveitamento das consultas oferecidas.

Alguns fatores limitam a interpretação dos resultados. Foram avaliados prontuários atendidos anonimamente, sem avaliação dos casos em questão. Sendo assim, faltam detalhes sobre as características clínicas dos pacientes e também não é possível inferir sobre a qualidade do atendimento pela equipe assistente. Além disso, os dados de abandono de tratamento podem estar superestimados, pois o registro de alta depende da escrita de uma nota de alta pelo médico assistente. Também não é possível compreender a natureza destes abandonos (por exemplo, se paciente mudou-se de cidade, faleceu, ou desistiu do tratamento). As perspectivas de seguimento deste estudo envolvem a integração de métricas qualitativas para uma avaliação mais abrangente.

## 7. PROPOSTA DE MATRIZ DE COORDENAÇÃO DE CUIDADO

A boa gestão de casos, com o estabelecimento de planos terapêuticos individuais, se relaciona com melhores desfechos por mitigar as chances de abandono de tratamento, possibilitar melhor adesão às terapias propostas e favorecer altas qualificadas para rede (Adair et al., 2005). É notório, contudo, que existe uma discrepância importante entre a aceitação de que a garantia de uma boa continuidade do cuidado é importante e sua implementação nos serviços de saúde mental (Rose, 2001; Sweeney et al., 2016).

Para tal fim, a literatura destaca algumas premissas básicas: a consistência do cuidado ao paciente (quer dizer, uma gestão continuada de casos) e a adequada transmissão de informações entre os encontros com os profissionais de saúde (Hoertel et al., 2014). A partir dessas premissas, uma série de tipos de continuidade do cuidado podem ser descritos (Guthrie et al., 2008; Haggerty et al., 2003). São exemplos:

- A. **Continuidade de informação:** informações registradas formalmente complementadas pelo conhecimento implícito das preferências, valores e contexto dos pacientes; apanhado de conhecimento sobre a história de vida e trajetória nos serviços de saúde dos pacientes que não é facilmente acessível em registros formais;
- B. **Continuidade na gestão:** planos terapêuticos e protocolos assistenciais compartilhados e responsabilidades explícitas pelo seguimento e pela coordenação do caso, proporcionando previsibilidade e segurança (para pacientes e profissionais) no cuidado;
- C. **Continuidade de relacionamento:** existência de um profissional de referência para construção de confiança interpessoal e garantia do vínculo dos usuários ao serviço.

**Quadro 3.** Matriz de coordenação de cuidado para serviços de saúde mental em hospitais-escola

ELEMENTO	DEFINIÇÃO	OBJETIVO
<b>Plano terapêutico</b>	Garantia de que cada usuário terá um plano terapêutico baseado em evidências, mas flexível e individualizado ao longo de seu acompanhamento no serviço	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Otimizar manejo clínico com base em protocolos assistenciais;</li> <li>- Homogeneizar a assistência prestada entre pelos profissionais de saúde;</li> <li>- Garantir alta qualificada para a rede.</li> </ul>
<b>Gestão de casos</b>	Definição de preceptor de referência do caso e conhecimento antecipado dos casos por parte dos residentes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mitigar as consultas baseadas em “queixa-conduta”;</li> <li>- Possibilitar o direcionamento do plano terapêutico de forma eficaz;</li> <li>- Reduzir o número de abandonos de tratamento.</li> </ul>
<b>Gestão de agendas</b>	Atribuição a um membro da equipe a responsabilidade de gestão da ocupação das agendas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melhorar taxas de aproveitamento das agendas;</li> <li>- Possibilitar busca ativa de pacientes faltantes ou em risco de abandono.</li> </ul>
<b>Articulação com a rede</b>	Coordenação eficaz dos serviços especializados com a rede de saúde e outros elementos pertinentes da rede de saúde dos usuários	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Homogeneizar a assistência prestada entre pelos profissionais de saúde;</li> <li>- Garantir alta qualificada para a rede;</li> <li>- Reduzir o número de abandonos de tratamento.</li> </ul>
<b>Critérios de permanência e de alta</b>	Estabelecer critérios claros de permanência e de alta do serviço terciário prestado	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melhorar taxas de aproveitamento das agendas;</li> <li>- Possibilitar o direcionamento do plano terapêutico de forma eficaz;</li> <li>- Garantir alta qualificada para a rede;</li> </ul>
<b>Instrumento de gestão</b>	Padronizar e atualizar um instrumento de gestão, incluindo, por exemplo, o tempo desde a última discussão do plano terapêutico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Facilitar acesso a informações relacionadas à coordenação do cuidado.</li> </ul>

Baseado na literatura atual e na experiência do *National Health System* britânico no estudo ECHO (*Experiences of Continuity of Care and Health and Social Outcomes*), este estudo propõe uma matriz de coordenação de cuidado com o potencial de ser aplicada em diversos cenários de atendimento em saúde mental, independentemente do perfil clínico dos pacientes atendidos.

O **quadro 3** descreve os elementos propostos para essa matriz de coordenação de cuidado para serviços de saúde mental no contexto das atividades assistenciais de um hospital-escola.

## 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em conclusão, os resultados deste estudo fornecem uma base para reflexão e implementação de estratégias de melhoria nos ambulatórios de saúde mental na atenção terciária. O entendimento dos padrões de permanência, alta e abandono, aliado aos indicadores de eficiência operacional, é essencial para promover uma assistência mais efetiva e centrada no paciente.

A eficaz gestão de casos na saúde mental, através da implementação de planos terapêuticos individualizados, está associada a melhores resultados, como a redução do abandono de tratamento e uma maior adesão às terapias propostas, resultando em altas qualificadas para a rede de saúde. No entanto, há uma disparidade entre o reconhecimento da importância da continuidade do cuidado e sua implementação nos serviços de saúde mental. A literatura destaca a consistência no cuidado, a transmissão adequada de informações e diferentes tipos de continuidade, como informacional, de gestão e de relacionamento. Este estudo propõe uma matriz de coordenação de cuidado para serviços de saúde mental, baseada na experiência do *National Health System* britânico. Descrevem-se elementos como plano terapêutico, gestão de casos, gestão de agendas, articulação com a rede e critérios de permanência e alta, com o objetivo de otimizar a assistência, reduzir abandonos de tratamento e garantir uma alta qualificada para a rede. O uso de um instrumento padronizado de gestão também é proposto para facilitar a coordenação do cuidado.

## 9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adair, C. E., McDougall, G. M., Mitton, C. R., Joyce, A. S., Cameron Wild, T., Gordon, A., Costigan, N., Kowalsky, L., Pasmeny, G., & Beckie, A. (2005). Continuity of Care and Health Outcomes Among Persons With Severe Mental Illness. *Psychiatric Services* . <https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.9.1061>
- Freeman, M. (2022). The World Mental Health Report: transforming mental health for all. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association* , 21(3), 391–392.
- Guthrie, B., Saultz, J. W., Freeman, G. K., & Haggerty, J. L. (2008). Continuity of care matters. *BMJ* , 337. <https://doi.org/10.1136/bmj.a867>
- Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E., & McKendry, R. (2003). Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ* , 327(7425), 1219–1221.
- Hoertel, N., Limosin, F., & Leleu, H. (2014). Poor longitudinal continuity of care is associated with an increased mortality rate among patients with mental disorders: Results from the French National Health Insurance Reimbursement Database. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 29(6), 358–364.
- Morrall, P. (2023). *Social Crisis and Mental Health: Signs of Sanity*. Taylor & Francis.
- Rose, D. (2001). *Users' Voices: The Perspectives of Mental Health Service Users on Community and Hospital Care*.
- Schultz, E. M., Pineda, N., Lonhart, J., Davies, S. M., & McDonald, K. M. (2013). A systematic review of the care coordination measurement landscape. *BMC Health Services Research*, 13(1), 1–12.
- Sweeney, A., Davies, J., McLaren, S., Whittock, M., Lemma, F., Belling, R., Clement,

S., Burns, T., Catty, J., Jones, I. R., Rose, D., & Wykes, T. (2016). Defining continuity of care from the perspectives of mental health service users and professionals: an exploratory, comparative study. *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, 19(4), 973–987.

Vigo, D., Thornicroft, G., & Atun, R. (2016). Estimating the true global burden of mental illness. *The Lancet. Psychiatry*, 3(2).

[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00505-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00505-2)

*World Economic Forum - Home*. (n.d.). Retrieved November 29, 2023, from [http://www3.weforum.org/docs/WEF\\_Harvard\\_HE\\_GlobalEconomicBurdenNonCommunicableDiseases\\_2011](http://www3.weforum.org/docs/WEF_Harvard_HE_GlobalEconomicBurdenNonCommunicableDiseases_2011)