



Salud Colectiva

ISSN: 1669-2381

ISSN: 1851-8265

Universidad Nacional de Lanús

Thiesen, Joana; Fortes, Sandra; Cavalcanti, Maria Tavares
El impacto del cuidado territorial en el tratamiento de personas diagnosticadas
con esquizofrenia y trastornos delirantes en una comunidad en Río de Janeiro
Salud Colectiva, vol. 17, e3020, 2021
Universidad Nacional de Lanús

DOI: <https://doi.org/10.18294/sc.2021.3020>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73166595020>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

UNEM [redalyc.org](https://www.redalyc.org)

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto



El impacto del cuidado territorial en el tratamiento de personas diagnosticadas con esquizofrenia y trastornos delirantes en una comunidad en Río de Janeiro

The impact of territorial care in the treatment of people diagnosed with schizophrenia and delusional disorders in a Rio de Janeiro community

Joana Thiesen¹, Sandra Fortes², Maria Tavares Cavalcanti³

¹Magíster en Atención Psicosocial. Delegada, Comité Internacional de la Cruz Roja, Baku, República de Azerbaiyán. ✉

²Doctora en Salud Colectiva/epidemiología. Profesora Asociada de Salud Mental y Psicología Médica, Faculdade de Ciências Medicadas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. ✉

³Autora de correspondencia. Doctora en Psiquiatría, Posdoctora en Epidemiología Psiquiátrica. Profesora Titular, Departamento de Psiquiatría, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. ✉

RESUMEN El cuidado de personas diagnosticadas con trastornos esquizofrénicos y delirantes representa un desafío, especialmente, en territorios de gran vulnerabilidad social. En Río de Janeiro, con la promulgación de la Ley Federal 10216 de 2001 sobre la Reforma Psiquiátrica, las últimas dos décadas se han caracterizado por la transición del modelo centrado en el hospital al modelo basado en los servicios comunitarios. Utilizando el caso de una comunidad de Río de Janeiro, se seleccionaron cinco servicios de salud pública y se extrajeron datos de los registros médicos de 94 pacientes con diagnósticos de esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes (codificados en la Clasificación Internacional de Enfermedades 10 edición entre los códigos F20 a F29) y se analizaron indicadores de calidad del tratamiento ofrecido en el período 2003-2016. Como resultado de la transición se observa que los hospitales psiquiátricos quedaron casi vacíos con un bajo número de pacientes actualmente desatendidos. Además, la atención a la crisis y las hospitalizaciones a largo plazo se reemplazaron por la atención territorial y las comorbilidades clínicas se monitorean y se tratan en unidades de salud familiar.

PALABRAS CLAVES Salud Mental; Estrategia de Salud Familiar; Esquizofrenia; Centros de Atención Psicosocial; Brasil.

ABSTRACT Care for people diagnosed with schizophrenia and delusional disorders involves many challenges, especially in territorial contexts of pronounced social vulnerability. In Rio de Janeiro, the two decades after the passing of Federal Law 10,216 on Psychiatric Reform in 2001 have been characterized by the transition from a hospital-centered model to one based on community services. Taking the case of a community in Rio de Janeiro, data was extracted from the medical records of 94 patients diagnosed with schizophrenia, schizotypal disorders, and delusional disorders (ICD-10 codes F20 to F29) in five public health services. Covering the period from 2003 to 2016, indicators of the quality of treatment provided were analyzed. As a result of this transition, psychiatric hospitals have all but emptied and a low number of currently untreated patients can be observed. In addition, crisis care and long-term hospitalizations have been replaced by territorial care, and clinical comorbidities are monitored and treated at Family Health Units.

KEY WORDS Mental Health; Family Health Strategy; Schizophrenia; Mental Health Services; Brazil.

INTRODUCCIÓN

Vivimos tiempos difíciles, en los que las conquistas de generaciones de brasileños y brasileñas están siendo cuestionadas, puestas en riesgo y hasta incluso destruidas. Entre estas conquistas se encuentra la llamada Reforma Psiquiátrica Brasileña, ampliamente aclamada como una experiencia exitosa y un ejemplo para países de dimensiones continentales como Brasil^(1,2). La gran apuesta de la Reforma, inspirada por las transformaciones en la asistencia a los enfermos mentales en el mundo occidental en las décadas posteriores a la Segunda Guerra Mundial, fue que el cuidado territorial y comunitario es superior al cuidado centrado en el hospital psiquiátrico, incluso para pacientes portadores de trastornos mentales graves, o sea, personas con situaciones disruptivas importantes en sus vidas y que fueron diagnosticadas como esquizofrénicas o con trastornos delirantes, según la Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª edición (CIE-10). En ese sentido, la construcción de una red de cuidados comunitarios que sustituya al hospital psiquiátrico es fundamental⁽³⁾. Este fue el camino que siguió Brasil con la implementación de los Centros de Atención Psicosocial (CAPS) articulados a la atención primaria de la salud, a través de sus equipos de Estrategia de Salud Familiar y los núcleos de apoyo a la salud familiar. Sin embargo, es necesario corroborar que esa estrategia funciona.

En este sentido, esta investigación se propone mostrar que la implementación de los equipos de Estrategia de Salud Familiar, con una psiquiatra que realiza apoyo matricial en salud mental desde los núcleos de apoyo de salud familiar y un CAPS III (con camas de acogida nocturna) en el mismo territorio, es suficiente para cuidar a los pacientes con trastorno mental grave y, a su vez, estos pacientes y sus familiares dejan de recurrir a la urgencia psiquiátrica y a las internaciones en el hospital psiquiátrico. Además, esa articulación mejora tanto el cuidado de la salud física de esos pacientes como la adhesión al tratamiento.

En Brasil, la red de atención psicosocial está compuesta por diversos servicios, y la puerta de entrada a esta red se concentra en los servicios de atención primaria, que se estructuran a través de la Estrategia de Salud Familiar, conformada por equipos integrados por un médico de familia, una enfermera, un técnico de enfermería y agentes comunitarios de salud, responsables de las familias que residen en un territorio específico (entre 3.000 a 4.000 personas). Cada nueve equipos de Estrategia de Salud Familiar hay un núcleo de apoyo a la salud familiar, responsable del apoyo matricial de estos equipos. Este núcleo está compuesto por algunos especialistas, entre ellos, un psiquiatra o un profesional de salud mental que realiza consultas conjuntas con los equipos de Estrategia de Salud Familiar, en las situaciones en las que el equipo considere necesarias. Además, los centros de atención psicosocial forman parte de la red de servicios que cuidan personas portadoras de trastornos mentales graves (diagnosticadas como esquizofrénicas, con trastornos delirantes o trastornos afectivos, con cierta imposibilidad de transitar relaciones cotidianas de trabajo, de estudio y de actividades recreativas). Los CAPS ofrecen actividades diarias (talleres, grupos, consultas, etc.) y algunos cuentan con camas para recibir a personas que necesiten de un cuidado integral durante algunos períodos. Es importante señalar que los CAPS también son territorializados, o sea, son responsables del cuidado en salud mental de la población adscrita a su territorio (cerca de 200.000 habitantes) y deben trabajar estrechamente vinculados a los equipos de Estrategia de Salud Familiar de su territorio. Además de los CAPS para trastorno mental grave, están los CAPS para alcohol y otras drogas y los CAPS para niñas, niños y adolescentes^(4,5). Es importante explicitar que antes de que la Estrategia de Salud Familiar se implementara, existían centros municipales de salud que eran servicios ambulatorios sin la lógica de la responsabilidad sobre la salud de un territorio, que atendían algunas especialidades médicas, como clínica general, pediatría, ginecología, obstetricia, etc. Muchos de esos centros se transformaron en unidades

de salud familiar en los que se implementaron equipos de Estrategia de Salud Familiar. Este fue el caso del centro que estudiamos en nuestra investigación: el CMS R (para preservar la identidad de las y los participantes, se omitió el nombre real del centro de salud y se reemplazó por una letra genérica).

El territorio estudiado

La comunidad en la que desarrollamos nuestro estudio es considerada la mayor favela de la ciudad de Río de Janeiro. Cuenta con una población de 98.319 habitantes, en 34.576 hogares, de acuerdo con los datos del Censo Domiciliario, realizado por el trabajo social del Programa de Aceleração do Crescimento⁽⁶⁾. A pesar de estar ubicado en un área noble de la ciudad, presenta uno de los peores índices de desarrollo social de la ciudad: está en el puesto 151 de los 158 barrios, según una investigación realizada en 2008 por el Instituto Municipal de Urbanismo Pereira Passos, que utilizó datos del censo del año 2000 del Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)⁽⁷⁾. Se revela así el grado de vulnerabilidad social de su población, como también la desigualdad social extrema.

Las mujeres representan el 51,5% de la población, de las cuales el 37,5% son jefas de hogar. Niñas, niños y adolescentes hasta 18 años corresponden al 32% de los habitantes. Las personas con 65 años o más, son solo el 3,5% de la población. La tasa de analfabetismo simple es de 4,4%. El desempleo alcanza al 10,7% de la población y el 57,1% de las personas no tienen ingresos⁽⁶⁾. Muchos trabajan en el área rica de la región, en comercios, bares y restaurantes, en casas de familia y como porteros de edificios. Otros trabajan dentro de la comunidad, en comercios y transportes como vans y mototaxis⁽⁷⁾. No hay estudios epidemiológicos específicos en la comunidad sobre trastornos mentales.

La oportunidad de este estudio surgió por el hecho de que, en esta comunidad, se implementó en 2010, un CAPS III con nueve camas, en 2011, seis equipos de Estrategia de Salud Familiar en un centro municipal de sa-

lud ya existente (17.130 habitantes para seis equipos) y, en 2012, se incorporó una psiquiatra a los núcleos de apoyo para los equipos de Estrategia de Salud Familiar del CMS R. El objetivo fue mapear las trayectorias de las y los pacientes portadores de trastornos mentales graves por los servicios de salud mental antes y después de la implementación de la red de servicios comunitarios, a fin de testear nuestra hipótesis de que los servicios comunitarios son capaces de substituir efectivamente las urgencias y el hospital psiquiátrico.

Contexto

Los trastornos mentales, neurológicos y por uso de alcohol y drogas corresponden al 14% de la carga mundial de enfermedades, y casi tres cuartos se da en países de bajos y medios ingresos. En estos países hay una laguna de tratamiento que llega a más del 75%⁽⁸⁾.

En 2008, la OMS lanzó el *Mental Health Global Action Programme*, un programa mundial de acción para reducir la falta de acceso al tratamiento en salud mental. La meta de este programa es fortalecer la atención primaria a la salud, aumentando su capacidad resolutive en el cuidado a los pacientes con trastornos mentales. Entre los atributos esenciales de la atención primaria se destaca que es el primer contacto del individuo con el sistema de salud, la continuidad, la integridad de la atención y la coordinación de la atención en el sistema. La Estrategia de Salud Familiar ha sido el modelo de atención primaria que más se ha ampliado en Brasil y, en el municipio de Río de Janeiro la cobertura que era del 3,5% en 2008 aumentó al 60% en 2015⁽⁹⁾. Esta expansión fue de importancia fundamental para reestructurar el cuidado en salud mental y que no quede restringido a los servicios especializados. Para alcanzar este objetivo, el Ministerio de Salud creó los núcleos de apoyo a la salud familiar, a través de la Resolución GM No. 154⁽¹⁰⁾, del 24 de enero de 2008, para brindar apoyo al trabajo realizado por la Estrategia de Salud Familiar, ampliando su alcance, resolutive, territorialización y regionalización⁽¹¹⁾.

Los núcleos de apoyo a la salud familiar y los CAPS III han promovido el apoyo matricial en salud mental junto a los equipos que forman parte de la Estrategia de Salud Familiar. El apoyo matricial es el modelo de cuidados colaborativos de Brasil, desarrollado a partir del modelo propuesto por Campos^(12,13) en Campinas. Los cuidados colaborativos son un modelo efectivo para integrar la salud mental a la atención primaria de la salud, con el objetivo de mejorar la cualidad de la salud física y mental de personas con trastornos psiquiátricos, a través de una relación más próxima de trabajo entre profesionales del primer nivel de atención y especialistas en salud mental⁽¹⁴⁾.

El soporte matricial apunta a reducir las dificultades relatadas por los profesionales de Estrategia de Salud Familiar en el acompañamiento de los pacientes de salud mental, que se dan por diversas razones^(15,16), sobre todo aquellos con trastornos mentales graves⁽¹⁷⁾. Aun así, las altas prevalencias de trastornos mentales en la población y la complejidad de los casos continúan perjudicando el acceso y la continuidad del cuidado en salud mental. Con relación a los trastornos mentales comunes, la prevalencia en las poblaciones comunitarias de Brasil llega al 25%, y el 50% de los pacientes atendidos en las unidades de atención primaria presentan estos trastornos⁽¹⁸⁾.

La integración de la salud mental a la atención primaria juega un papel importante en el cambio del modelo de asistencia, que anteriormente se centraba en el hospital psiquiátrico. El modelo hospitalocéntrico pasó a ser cuestionado en diversos países a partir de la segunda mitad del siglo XX y, en Brasil, generó un movimiento conocido como Reforma Psiquiátrica, que se inició en la década de 1970, a la par de la Reforma Sanitaria. Es un movimiento político y social que propone transformaciones en el campo de las prácticas, saberes, valores sociales y culturales, con el propósito de promover la ciudadanía de los pacientes psiquiátricos. Esa reforma redujo 20.000 camas psiquiátricas entre 2001 y 2010⁽¹⁹⁾. Con el compromiso asumido por Brasil a partir de la firma de la Declaración

de Caracas y con la realización de la II Conferencia Nacional de Salud Mental, entraron en vigor en el país las primeras normas federales que reglamentaban la implementación de servicios de atención fundados en las experiencias de los primeros CAPS y hospitales de día, y las primeras normas para fiscalizar y clasificar los hospitales psiquiátricos. En 2001, se sancionó la Ley Federal 10216 que dispone la protección y los derechos de las personas con trastornos mentales⁽²⁰⁾.

Actualmente, dos movimientos simultáneos configuran la Reforma Psiquiátrica Brasileña: la construcción de una red de atención a la salud mental que sustituya al modelo centrado en la internación hospitalaria, y la fiscalización y reducción progresiva y programada de las camas psiquiátricas existentes⁽²¹⁾. Sin embargo, autores como Thornicroft y Tansella^(23,24) han estudiado las evidencias producidas por servicios de salud mental para adultos de base hospitalaria y de base comunitaria, y señalan que un sistema de asistencia debe estar basado en un equilibrio de ambos servicios. Estos dos autores desarrollaron el *Modelo balanceado de cuidado*, en el que los servicios comunitarios y hospitalarios están presentes en cantidades y funciones de acuerdo a los recursos locales. No hay un consenso mundial sobre qué tipo de servicio de salud mental es más apropiado en áreas con muchos o pocos recursos⁽²³⁾. Por lo tanto, el objetivo del presente estudio es analizar los efectos de las implementaciones de la Estrategia de Salud Familiar, de los núcleos de apoyo a la salud familiar y del CAPS III en las trayectorias de tratamiento de los pacientes diagnosticados con trastornos esquizofrénicos y delirantes en un centro municipal de salud de una comunidad de Río de Janeiro.

METODOLOGÍA

Diseño de estudio

Se realizó un estudio de caso descriptivo cuantitativo, en el que se analizaron las trayectorias de tratamiento de los pacientes con

18 años o más, con trastornos esquizofrénicos y delirantes. La lista de pacientes se obtuvo a través de los diagnósticos de esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes clasificados entre los códigos F20 y F29 de la CIE-10, registrados como pacientes activos en las historias clínicas electrónicas VitaCare del CMS R entre 2011 y 2016. Se elaboró un instrumento de colecta de datos para obtener la información relevante relativa al seguimiento clínico y psiquiátrico en el centro municipales de salud R y en los servicios de salud mental de referencia: CAPS III, Instituto Psiquiátrico Municipal, Instituto Psiquiátrico Universitario y centros municipales de salud. La historia clínica electrónica se implementó en el CMS R en mayo de 2011; en el CAPS III y en el CMS G, en 2015, mientras que el Instituto Psiquiátrico Municipal y el Instituto Psiquiátrico Universitario no poseen historias clínicas electrónicas, sino solo físicas. También se consultaron las historias clínicas físicas del CAPS III, con registros anteriores a 2015, aunque no fue posible analizar las del CMS G. En todos los servicios, la recolección de información incluyó el año 2016. A partir de la lista de personas diagnosticadas como esquizofrénicas y con trastornos delirantes realizada con los pacientes atendidos por los equipos de Estrategia de Salud Familiar del CMS R entre 2011 y 2016, se construyó una base de datos y se buscó el registro de estos mismos pacientes, desde 2003, en las instituciones psiquiátricas existentes antes de la implementación de la Estrategia de Salud Familiar y del CAPS III en el territorio estudiado (Instituto Psiquiátrico Municipal, Instituto Psiquiátrico Universitario, y el CMS G).

A partir de las prevalencias de los trastornos esquizofrénicos en la población general, se verificó cuál era la proporción de casos con seguimiento en las unidades de salud y, por lo tanto, cuántos probablemente aún estaban sin tratamiento de salud mental.

Para analizar el seguimiento de los pacientes en los servicios de salud, se partió de las 94 historias clínicas de pacientes con trastorno mental del CMS R y se buscó en el resto de los servicios salud mental estudiados si estos 94 pacientes ya contaban con

históricas clínicas y cuándo habían realizado la consulta, con el objetivo de verificar si al asistir al CMS R, dejaron de buscar hospitales y servicios especializados. A partir del rastreo de los 94 pacientes atendidos en el CMS R, se recuperaron 219 historias clínicas. Además, se verificó en qué servicios realizaron el seguimiento ambulatorio los 94 pacientes del CMS R y su respectiva distribución.

Por otro lado, se recolectaron datos referentes al diagnóstico y tratamiento de comorbilidades clínicas de los pacientes con el objetivo de analizar el cuidado clínico realizado en el CMS R respecto de los pacientes analizados. También se registraron los períodos de abandono del tratamiento en cada servicio y se compararon las tasas de abandono. Para analizar los datos de internaciones, se registraron las fechas en que los pacientes recurrieron al Instituto Psiquiátrico Municipal y los períodos de su internación en esa institución y en el Instituto Psiquiátrico Universitario, como también de las asistencias nocturnas en el CAPS III, y se analizó su evolución en el tiempo y la demanda de servicios de urgencia.

Presentación del CMS R

Este centro municipal está ubicado en el alto de una gran comunidad en la zona sur de Río de Janeiro y es responsable de una población de 17.130 personas. Se inauguró en 1982 y la implementación de los seis equipos de Estrategia de Salud Familiar se realizó en enero de 2011. Estos equipos y los núcleos de apoyo a la salud familiar hacen consultas individuales y conjuntas, visitas domiciliarias, talleres y consultas grupales, acciones de promoción a la salud, reuniones semanales tanto del equipo como generales con toda la unidad. Los núcleos de apoyo a la salud familiar están conformados por psiquiatría, psicología, pediatría con especialización en neurodesarrollo, nutrición, educación física, asistencia social y fisioterapia. La psiquiatra trabaja en la unidad desde enero de 2012, mientras las y los demás profesionales de los núcleos de apoyo iniciaron su trabajo a partir de 2015.

La psiquiatra del núcleo de apoyo atiende en forma conjunta con el médico del equipo, un día por mes por equipo, y ese día pueden ser agendados hasta ocho pacientes. Una vez a la semana realiza visitas domiciliarias junto al agente comunitario o, eventualmente, con el médico o el enfermero del equipo. Los casos más urgentes los atiende, a veces, la psiquiatra en forma individual, y posteriormente derivados a interconsulta. Sin embargo, no es posible atender en forma individual regularmente en esta unidad debido a la insuficiente cantidad de consultorios. El seguimiento de los casos leves a moderados está a cargo de la Estrategia de Salud Familiar con el apoyo de núcleos de apoyo a la salud familiar. Los pacientes moderados a graves que necesitan de seguimiento psiquiátrico ambulatorio se los deriva al servicio ambulatorio de psiquiatría del CMS G, y quienes necesitan un seguimiento intensivo son derivados al CAPS III. Pero cuando los pacientes, por diversas razones, no van a estos servicios, el seguimiento psiquiátrico muchas veces se realiza en la unidad de salud de familiar. Es importante destacar que incluso cuando se deriva a los pacientes, la coordinación del cuidado y la atención de las comorbilidades clínicas son responsabilidad de la Estrategia de Salud Familiar.

La identificación de los casos de salud mental la realiza alguno de los profesionales de los equipos, desde el agente comunitario de salud al médico, y son los profesionales de Estrategia de Salud Familiar quienes deciden, qué pacientes necesitan de apoyo matricial.

Presentación de los demás servicios analizados y de la red local de salud

La población de la comunidad dispone del 100% de cobertura a través de la Estrategia de Salud Familiar, con 25 equipos ubicados en tres unidades distintas, una de las cuales es el CMS R analizado.

Los servicios de salud mental del Sistema Único de Salud (SUS), de referencia para la población de la comunidad son: CAPS III (con camas de recepción nocturna), servicio

ambulatorio de psiquiatría y psicología del CMS G, Instituto Psiquiátrico Municipal, CAPS para alcohol y otras drogas y CAPS para niñas, niños y adolescentes. El Instituto Psiquiátrico Universitario ofrece internación y seguimiento ambulatorio a esta población. De todos estos servicios, solo el CAPS III está ubicado dentro de la comunidad.

El CAPS III se inauguró en marzo de 2010 y recibió muchos pacientes al inicio de su funcionamiento, sobre todo oriundos del Instituto Psiquiátrico Municipal. Funciona las 24 horas del día y actualmente cuenta con nueve camas de recepción nocturna. Se realiza atención individual y grupal, abordaje familiar, talleres, acciones en el territorio, visitas domiciliarias, participaciones en eventos culturales y políticos. El equipo de profesionales se divide en subequipos de acuerdo con los territorios de referencia en los que residen los pacientes, lo que facilita la comunicación con la familia. Según datos de la Secretaría Municipal de Salud de Río de Janeiro, hasta el 31 de diciembre de 2016, había 852 pacientes registrados y 483 en seguimiento en el CAPS III.

El CMS G es el servicio ambulatorio de psiquiatría y de psicología de referencia de la comunidad estudiada. Sin embargo, la presencia de psiquiatría en la atención ambulatoria es reciente y hubo períodos en los que la unidad no contó con esta especialidad. El Instituto Psiquiátrico Municipal tiene sus orígenes en la creación del primer asilo de América Latina para portadores de trastornos mentales en 1852: el Hospicio Pedro II. En 2000, dejó de ser unidad federal y pasó a ser unidad de la Secretaría Municipal de Salud⁽²⁴⁾. En los últimos años, se realizaron muchos cambios en dirección a la materialización de la Reforma Psiquiátrica Brasileña. El servicio ambulatorio de psiquiatría comenzó a derivar a sus pacientes hacia la red substitutiva de servicios en 2011 y fue oficialmente cerrado en noviembre de 2014. El núcleo infanto-juvenil del Instituto se transformó en un CAPS para niñas, niños y adolescentes y, en 2016, parte de la estructura del hospital fue cedida para ser convertida en un CAPS III. A inicios de 2018, el servicio ambulatorio y las salas

de internación de la unidad de tratamiento de alcohólicos también fueron cerradas. El número de camas de las salas de internación se ha ido reduciendo a lo largo de los últimos años. Hasta el momento, la urgencia psiquiátrica permanece en el Instituto Psiquiátrico Municipal, aunque desde hace algunos años hay planes para que sea transferida a un hospital general.

El Instituto Psiquiátrico Universitario se creó en 1938 con la finalidad de desarrollar actividades de enseñanza, investigación, extensión y asistencia en el campo de la psiquiatría y la salud mental. En sus instalaciones cuenta actualmente con dos salas de internación, ambulatorios infanto-juvenil, para adultos y ancianos, hospital de día para adultos con trastorno mental grave y para pacientes con demencia, y un CAPS para niñas, niños y adolescentes. En 2006, se inauguró la unidad de atención para usuarios de alcohol y otras drogas. Algunos servicios ambulatorios están orientados a la investigación, además de la asistencia⁽²⁵⁾.

Aspectos éticos

El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética del Instituto de Psiquiatría de la Universidade Federal do Rio de Janeiro y por el Comité de Ética en Investigación de la Secretaría Municipal de Salud de Río de Janeiro (CAAE 59773416.3.3001.5279).

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Además de presentar datos referentes a la adhesión y al tratamiento de comorbilidades clínicas de los pacientes, presentamos los resultados y la discusión a partir de las dos preguntas principales que la investigación buscó responder, relacionadas con el acceso y los cambios en el modelo de atención: 1) ¿el CMS R está atendiendo a las personas diagnosticadas con esquizofrenia y trastornos delirantes de su territorio?, y 2) ¿con la implementación en el territorio de la Estrategia

de Salud Familiar, los núcleos de apoyo a la salud familiar y los CAPS III se produjo un desplazamiento del modelo hospitalocéntrico hacia el modelo basado en servicios comunitarios?

Características generales de los pacientes

Los 94 pacientes estudiados del CMS R presentan una distribución igual entre sexos, que concuerda con relevamientos epidemiológicos analizados por Mari y Leitão⁽²⁶⁾, que no mostraron diferencias consistentes en la prevalencia de la esquizofrenia entre sexos. Con relación a la edad, la gran mayoría de los hombres tenía entre 20 y 69 años (99%) y entre las mujeres también hubo una concentración mayor en la franja entre 20 y 69 años, siendo que un 5% de las mujeres tenía más de 69 años. Con el fin de verificar si el número de pacientes con trastorno mental grave con más de 60 años era inferior a lo esperado, y teniendo en cuenta el número de pacientes generales atendidos en el CMS R con más de 60 años, se comparó el porcentaje de pacientes con más de 60 años con trastorno mental grave con el porcentaje de pacientes con más de 60 años de todo el centro municipal de salud. Se encontró un 19% de pacientes con trastorno mental grave con más de 60 años en comparación con el 43,4% de los pacientes con más de 60 años en general. Se verificó, por lo tanto, que hay menos pacientes con trastorno mental grave con más de 60 años que lo esperado, demostrando una vez más la mortalidad precoz de los pacientes con trastorno mental grave^(27,28).

Acceso

Se seleccionaron los pacientes con trastornos esquizofrénicos y delirantes a partir de los registros en la historia clínica electrónica del CMS R y se encontraron 94 personas con 18 años o más, diagnosticadas con esquizofrenia o trastornos delirantes, clasificados según la CIE-10 bajo los códigos F20 a F29, lo

que representa una porcentaje del 0,82% de la población adulta adscrita al CMS R, valor muy cercano al 1% descrito como prevalencia poblacional esperada en la bibliografía para esquizofrenia⁽²⁶⁾. Este número fue superior al encontrado por Hetlevik *et al.*⁽²⁷⁾, en un estudio realizado en Noruega, en el que el 0,4% de los pacientes de un grupo de personas de 25 a 60 años fue diagnosticado con esquizofrenia por médicos generalistas.

Con relación al tiempo entre el inicio de los síntomas y el inicio del tratamiento de los 52 pacientes de los que fue posible obtener estos datos en las historias clínicas consultadas de los cinco servicios de la red de salud mental, se observó que, en promedio, este tiempo fue de 1,94 años, con un mínimo de 0, es decir, que el tratamiento se inició el mismo año en que comenzaron los síntomas, y un máximo de 18 años. La mediana fue de 0 año, con el 57,7% de los pacientes tratados en el mismo año en el que surgieron los síntomas. Tales resultados son similares a los encontrados por Naqvi *et al.*⁽²⁹⁾ en Paquistán: 14,8 meses de duración para psicosis no tratadas.

Al analizar el año de entrada en el CMS R y el registro del diagnóstico psiquiátrico de las 94 personas que forman parte del estudio, se pudo ver que el tiempo medio entre estos dos eventos fue de 1,12 años, con un mínimo de 0 año y un máximo de 5 años, con una mediana de 1 año. Del total, el 45,7% de los pacientes el diagnóstico psiquiátrico se registró en el mismo año.

Seguimiento de los pacientes en los servicios de salud

De los 94 pacientes con trastornos esquizofrénicos o delirantes estudiados, todos tenían historia clínica en el centro municipales de salud R, dado que la selección inicial se realizó en este servicio. Al rastrear en el resto de servicios estudiados si estos 94 pacientes ya contaban con historias clínicas y cuándo habían realizado consultas, se reunió un total de 219 historias clínicas de estos 94 pacientes distribuidas en los distintos servicios

Tabla 1. Número y proporción de historias clínicas de los pacientes del CMS R (n=94), en los restantes servicios de salud utilizados. Rio de Janeiro, Brasil, 2003-2016.

Servicio de salud	Número de historias clínicas (n)	Proporción de pacientes con historias clínicas (%)
Instituto Psiquiátrico Municipal	66	70,2
CAPS III	45	47,8
Instituto Psiquiátrico Universitario	12	12,7
CMS G	2	2,1

Fuente: Elaboración propia.

CMS= Centro Municipal de Salud; CAPS= Centros de Atención Psicosocial.

Nota: Algunos pacientes cuentan con historias clínicas en más de un servicio de salud.

estudiados, de los cuales 66 ya habían sido atendidos en el Instituto Psiquiátrico Municipal, 45 en el CAPS III, 12 en el Instituto Psiquiátrico Universitario y 2 en el CMS G. La distribución de las historias clínicas de los 94 pacientes del CMS R en los demás servicios puede verse en la Tabla 1.

Los datos revelan la importancia histórica del Instituto Psiquiátrico Municipal en el cuidado de las personas diagnosticadas con esquizofrenia o trastornos delirantes: el 70,2% de los 94 pacientes estudiados cuenta con historia clínica en esa institución. Cabe resaltar que, hasta el momento de este estudio, el Instituto Psiquiátrico Municipal continúa siendo la gran urgencia psiquiátrica del área programática, mientras que el 12,7% de los pacientes analizados ha realizado algún tipo de tratamiento en el Instituto Psiquiátrico Universitario, sea internación o seguimiento ambulatorio, lo que refuerza el papel asistencial de los hospitales psiquiátricos de referencia en el territorio estudiado.

Sin embargo, para una mejor comprensión del cuidado en salud mental a los pacientes de este estudio, es necesario verificar en qué servicios se realizó el seguimiento ambulatorio (Tabla 2).

Los servicios comunitarios ya aparecen con una relevancia significativa en la asistencia psiquiátrica, liderados por la Estrategia de Salud Familiar en el CMS R, con el

Tabla 2. Número y proporción de pacientes con seguimiento ambulatorio en los servicios estudiados. Río de Janeiro, Brasil, 2003-2016. (n=94).

Servicio de salud	Número de pacientes con seguimiento ambulatorio (n)	Proporción de pacientes con seguimiento ambulatorio (%)
CMS R	58	61,7
Instituto Psiquiátrico Municipal	46	49,0
CAPS III	45	47,8
Instituto Psiquiátrico Universitario	8	8,5
CMS G	2	2,1

Fuente: Elaboración propia.

CMS= Centro Municipal de Salud; CAPS= Centros de Atención Psicosocial.

Nota: Algunos pacientes realizaron el seguimiento ambulatorio en más de un servicio de salud.

seguimiento del 61,7% de los pacientes. El CAPS III realiza el seguimiento del 47,8%, número muy cercano al 49,0% del Instituto Psiquiátrico Municipal. El ambulatorio de psiquiatría del CMS G aparece como el servicio menos utilizado, con solo el 2,1% de los casos, lo que sugiere que este tipo de servicio no tenga un papel tan relevante en el cuidado de pacientes con trastorno mental grave. Sin embargo, solo es posible verificar si los servicios hospitalarios están de hecho siendo sustituidos por los servicios comunitarios cambiando el patrón de utilización de esos servicios, si se observa la evolución de este seguimiento a lo largo de los años, lo que será realizado más adelante en este estudio. De todos modos, ya es posible afirmar que el servicio que realizó el seguimiento psiquiátrico de la mayoría de

los pacientes del estudio fue el CMS R, con el 61,7% de los casos.

Comorbilidades clínicas

A pesar de saber que la expectativa de vida de las personas con trastorno mental grave es más de 20 años menor que la de la población general, hasta el presente no hay datos claros de que haya un mejor pronóstico de salud física para estos pacientes en los servicios de base comunitaria, o que esa disparidad de la mortalidad haya descendido⁽²³⁾. Para analizar el cuidado clínico que se ha realizado en el centro municipales de salud R en relación con los pacientes de la investigación, se eligieron algunas comorbilidades clínicas y se verificó si se trataban en 2016. La Tabla 3 muestra que la mayoría de los 72 pacientes del CMS R a lo largo de 2016, que tenían comorbilidades clínicas diagnosticadas recibieron tratamiento.

De acuerdo con Schmidt *et al.*⁽³⁰⁾, la población general brasileña presenta prevalencias del 21,6% de hipertensión arterial y 5,3% de diabetes mientras que, en Río de Janeiro, esas prevalencias son del 24,8% y el 5,9%, respectivamente. La proporción de pacientes hipertensos del estudio fue del 28,9%, un poco superior a la prevalencia de la población general. La proporción de los pacientes diagnosticados con diabetes fue del 11,1% –casi el doble de la prevalencia en la población general– de los cuales el 100% estaba en tratamiento en 2016, y casi todas

Tabla 3. Porcentaje de pacientes diagnosticados y tratados en el CMS R (n=94) según comorbilidad clínica. Río de Janeiro, Brasil, 2016.

Pacientes del CMS R	Hipertensión (%)	Diabetes (%)	Dislipidemia (%)	Obesidad (%)	Otras comorbilidades (%)
Sin diagnóstico	70,9	88,8	91,7	94,4	44,4
Diagnosticado y no tratado	2,7	-	1,4	1,4	-
Diagnosticado y tratado	26,4	11,2	6,9	4,2	55,6

Fuente: Elaboración propia.

CMS= Centro Municipal de Salud.

las personas diagnosticadas con hipertensión estaban en tratamiento. Pelletier *et al.*⁽³¹⁾, atribuyen a los pacientes diagnosticados con esquizofrenia un mayor riesgo de desarrollar ciertas comorbilidades clínicas, y lo relacionan con el estilo de vida (falta de actividad física, uso de alcohol o tabaco), la demora en procurar atención médica, el acceso limitado a la atención primaria (en parte, por falta de una búsqueda completa y por habilidades de comunicación limitadas). Algunos autores destacan que el uso de antipsicóticos de segunda generación puede causar o exacerbar varios trastornos metabólicos^(27,32,33,34). En el estudio de Hetlevik *et al.*⁽²⁷⁾, y el 2,0% de los pacientes diagnosticados con esquizofrenia habían sido diagnosticados con hipertensión, y el 8,5% con diabetes, lo que en aquel momento significaba 3,5 veces más que la población general de Noruega. Mai *et al.*⁽³⁵⁾ encontraron una prevalencia de 9,3% para diabetes y Folsom *et al.*⁽³⁶⁾, números más cercanos a los de esta investigación: 31% para hipertensión y 14% para diabetes. En el caso del artículo de Hetlevik *et al.*⁽²⁷⁾, se destaca que las prevalencias de ambas enfermedades en la población general son muy inferiores a las encontradas en Brasil. En una revisión bibliográfica realizada por Mogadouro *et al.*⁽³⁷⁾ de artículos sobre mortalidad y esquizofrenia desde 1997 a 2007, no se encontraron datos sobre hipertensión arterial en personas diagnosticadas con esquizofrenia en Brasil.

Los resultados para obesidad y dislipidemias fueron distintos: en 27 ciudades brasileñas investigadas, la frecuencia de adultos obesos fue del 17,5%⁽³⁸⁾, mientras que la prevalencia de cualquier tipo de dislipidemia en el estudio de Garcez *et al.*⁽³⁹⁾ en la población total paulistana fue del 59,74%. Estos números son mucho mayores que el 5,4% y el 8,2% encontrados en esta investigación para obesidad y dislipidemias, respectivamente. Esto probablemente se deba a un menor cuidado en el registro de estos diagnósticos, lo que no significa necesariamente que no se estén haciendo o no se estén monitoreando y tratando las comorbilidades. Por lo tanto, se indagó si los pacientes se evaluaron o no a través de exámenes físicos y de laboratorio de acuerdo

con sus comorbilidades, si a los pacientes con o sin diagnóstico de hipertensión arterial se les midió la presión arterial en 2016, si a los pacientes diagnosticados con diabetes se les hizo las glucemias solicitadas, si se solicitaron lipidogramas a los que tenían dislipidemia y si se registró el peso de los que recibieron diagnóstico de obesidad y los que no.

Encontramos que, de los pacientes diagnosticados con alguna morbilidad clínica, el 90,4% tenían mediciones de presión arterial, el 87,5% tenía examen de glicemia, el 83,3% tenía lipidograma realizados y el 100% tenía medición del peso. Entre los pacientes sin morbilidad clínica diagnosticada, el 31,3% tenían medición de la presión arterial, el 34,3% medición de glucemia, el 33,3% lipidograma, y el 50% habían sido pesados.

Por lo tanto, se verificó que, en su mayoría, los pacientes estaban siendo evaluados y tratados por estas comorbilidades clínicas.

La Reforma Psiquiátrica en acción en la comunidad estudiada

Ya analizamos algunas características del seguimiento de los pacientes en cada servicio de salud mental del territorio, por lo que evaluaremos la transición del modelo hospitalocéntrico al modelo basado en servicios comunitarios propuesta por la Reforma Psiquiátrica. Al analizar la evolución del seguimiento en salud mental, a partir del número de pacientes con seguimiento según servicio a lo largo del período 2003-2016, se observa un número creciente de pacientes con seguimiento psiquiátrico a partir de 2003, tanto en el Instituto Psiquiátrico Municipal, como en el Instituto Psiquiátrico Universitario. Este número comienza a decrecer, a mediados de 2008 hasta 2016, cuando el número de pacientes con seguimiento en los hospitales psiquiátricos es cercano a cero. La implementación del CAPS III en 2010 y de los equipos de Estrategia de Salud Familiar en el CMS R, en 2011, se traduce en un número ascendente de seguimiento de casos por estos servicios que, ya a mediados de 2012, logran superar el número de pacientes

con seguimiento ambulatorio del Instituto Psiquiátrico Municipal. Estos resultados corroboran el cambio de la política pública de salud mental de Brasil, que pasa a invertir más en servicios comunitarios, superando los gastos hospitalarios a partir de 2005⁽⁴⁰⁾. Cabe observar que el CMS G, tuvo una baja participación en la atención de los pacientes estudiados.

Otro dato relevante de este análisis es el hecho de que, desde 2013 en adelante, el número de pacientes cuyo seguimiento estaba a cargo del CMS R supera al número de pacientes del CAPS III. Ambos servicios mantienen una relación muy estrecha, los casos se comparten en reuniones presenciales mensuales, discusión de casos por celular y en grupos de whatsapp, visitas domiciliarias conjuntas y atención conjunta. Los números reflejan esa colaboración en el cuidado: de los 49.145 días de seguimiento de los pacientes del centro municipales de salud R, solo 7.176 días, o el 14,6% del tiempo, se realizó exclusivamente en el servicio.

Evaluación del cambio de modelo a partir de tres indicadores: abandono del tratamiento, internación y emergencia

Abandono del tratamiento

El abandono del tratamiento es un indicador importante para evaluar la calidad de los servicios. Entender los motivos que dificultan o facilitan la adhesión al tratamiento posibilita que las estrategias sean elaboradas para enfrentar de modo más eficaz el problema del abandono del tratamiento, que es definido aquí como un período, superior a seis meses, en el que el paciente no tuvo contacto con el servicio, sea porque no asistió a las consultas, o por la ausencia de visitas domiciliarias.

Las tasas de abandono por servicio (media del período de análisis) con un intervalo de confianza del 99% fueron las siguientes: CMS R 10,8%, CAPS III 14,1% e Instituto Psiquiátrico Municipal 14,0%. Por lo tanto, la tasa de abandono del CAPS III y del Instituto

Psiquiátrico Municipal es 1,4 mayor que la del centro municipales de salud R.

Si se toma la totalidad del período de observación (CMS R 46 meses, CAPS III 69 meses, Instituto Psiquiátrico Municipal 110 meses), la tasa de abandono en el CMS R es significativamente inferior a las tasas del CAPS III ($p < 0,000$) y del Instituto Psiquiátrico Municipal ($p < 0,000$). Por otro lado, la diferencia entre las tasas de abandono del CAPS III y del Instituto Psiquiátrico Municipal no aparecen como estadísticamente significativa ($p = 0,4974$).

Así, las características que parecen ser diferenciales del CMS R en el seguimiento de las personas diagnosticadas con trastornos esquizofrénicos y delirantes, que hacen que sus tasas de abandono sean inferiores a las de los demás servicios, es la búsqueda activa a través de las visitas domiciliarias realizadas por la Estrategia de Salud Familiar, una relación más cercana con la comunidad y el papel de las y los agentes comunitarios de salud en el cuidado⁽¹⁸⁾. El CAPS III debe realizar las visitas, sin embargo, sus atribuciones en lo concerniente a la intervención en el momento de crisis, entre otras, frecuentemente perjudican que lo hagan en la medida de lo necesario. Es importante resaltar, como afirman Patel *et al.*⁽⁴¹⁾, que las tasas de abandono del tratamiento por portadores de trastornos esquizofrénicos son elevadas y la adhesión al seguimiento en los servicios de salud son inadecuados en todos los países, más allá del nivel de desarrollo. Reneses *et al.*⁽⁴²⁾ afirman en su artículo que las tasas de abandono de servicios psiquiátricos por pacientes ambulatorios varían del 20% al 60%. Esa amplia variación puede ser atribuida a discrepancias en las definiciones de abandono, a diferencias en la composición de la muestra, a los lugares en los que el fenómeno es analizado y a los diseños de los estudios. En su trabajo, la definición de abandono se basó en la ausencia de contacto con el servicio de salud mental por más de seis meses. Las tasas encontradas variaron del 28,9% al 51,4% entre los cuatro servicios estudiados⁽⁴²⁾. Otros artículos encontraron tasas de abandono dentro de la variación sugerida por Reneses *et al.*⁽⁴²⁾.

Tabla 4. Número total de internaciones, duración media y duración máxima según servicio. Río de Janeiro, Brasil, 2003-2016.

Servicios de salud	Internaciones	
	Número total	Duración media (días)
CAPS III	95	5,8
Instituto Psiquiátrico Municipal	115	27,1
Instituto Psiquiátrico Universitario	28	36,7

Fuente: Elaboración propia.
CAPS= Centros de Atención Psicosocial.

39,2%⁽⁴³⁾, 25,6%⁽⁴⁴⁾, 37,6%⁽⁴⁵⁾. La excepción fue Villeneuve et al.⁽⁴⁶⁾, que en su metaanálisis con 74 estudios, obtuvieron una tasa de abandono del tratamiento psicosocial entre pacientes diagnosticados con esquizofrenia del 13%. Afirman, además, que la tasa encontrada es muy inferior a las tasas de abandono del tratamiento farmacológico entre esos pacientes, que en algunos estudios señalan una media del 42%. A pesar de las diferencias de criterios en los estudios para definir el abandono del tratamiento, se observa que las tasas encontradas en esta investigación son inferiores a las mostradas en la bibliografía.

Internaciones

Se recolectaron los datos de las internaciones en el Instituto Psiquiátrico Municipal y en el Instituto Psiquiátrico Universitario, como también las fechas en que se utilizó el servicio de acogida nocturna en el CAPS III, entre 2003 y 2016, obteniendo los resultados que se muestran en la Tabla 4.

El CAPS III presenta períodos más cortos en su servicio de acogida nocturna, mientras que el Instituto Psiquiátrico Universitario realiza internaciones más prolongadas. Respecto del número de internaciones, si bien el CAPS III posee un número menor de pacientes con seguimiento en relación con el Instituto Psiquiátrico Municipal y superior al Instituto Psiquiátrico Universitario, se trata del servicio más recientemente implementado, con una participación menor en el período analizado, por lo que es necesario verificar el número de internaciones a lo largo del tiempo.

La Figura 1 muestra la existencia de tres patrones distintos en el tiempo del número de camas ocupadas: de 2003 a 2006; de 2007 a 2012 y de 2013 a 2016. El primer y el tercer período no presentan diferencias estadísticamente significativas, o sea, no hubo una reducción de las internaciones luego de la

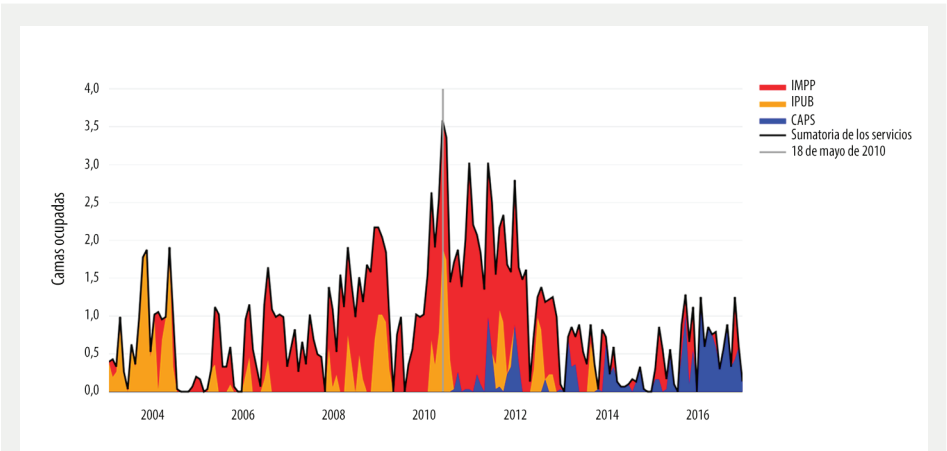


Figura 1. Número de camas ocupadas por día (media mensual) según servicio (áreas apiladas). Río de Janeiro, Brasil, 2003-2016.

Fuente: Elaboración propia.
IPM= Instituto Psiquiátrico Municipal; IPU= Instituto Psiquiátrico Universitario; CAPS= Centro de Atención Psicosocial.
Nota: El contorno negro representa la sumatoria de camas ocupadas en los tres servicios. La línea vertical gris señala el día 18 de mayo de 2010, fecha en la que se inauguró CAPS que coincide con el día de la lucha contra el asilo psiquiátrico (lucha antomaniomial) en Brasil. La figura muestra cómo tras la entrada del CAPS se produce una disminución progresiva de los ingresos al hospital psiquiátrico municipal.



Figura 2. Número de urgencias atendidas por año en el Instituto Psiquiátrico Municipal. Río de Janeiro, Brasil, 2003-2016.

Fuente: Elaboración propia.

Nota: Las líneas punteadas corresponden a los años. La línea con trazos corresponde al 18 de mayo de 2010.

implementación de los servicios comunitarios, si se contabiliza el servicio de acogida nocturna del CAPS III entre las internaciones. Sin embargo, es importante enfatizar las diferencias entre la internación y el servicio de acogida nocturna.

Experiencias ya consolidadas indican que el CAPS III, que funciona las 24 horas del día y dispone de camas de acogida nocturna, es capaz de proveer un cuidado que permite prescindir, en la mayoría de los casos, de la internación⁽⁴⁷⁾, lo que también fue constatado en esta investigación. Las ventajas del servicio de acogida nocturna en relación con las internaciones en el hospital psiquiátrico son muchas: la continuidad del cuidado por parte del equipo de referencia; intervenciones más focalizadas en la integralidad del sujeto; períodos más breves de separación de la vida en comunidad, estimulando el fortalecimiento de los vínculos comunitarios e interpersonales, con énfasis en los recursos personales; y una mayor cercanía con el territorio, lo que facilita las visitas de familiares y otros profesionales ligados al cuidado. En el trabajo de Ruud et al.⁽⁴⁸⁾ se muestra, además, que los pacientes estaban más satisfechos con los servicios ambulatorios y de internación local, que con la internación hospitalaria. Las internaciones locales en servicios comunitarios

probablemente sean similares a los servicios de acogida nocturna de los CAPS III.

Urgencias

La demanda del servicio de urgencia de los hospitales psiquiátricos es un indicador importante para evaluar si los servicios comunitarios están logrando acompañar a sus pacientes, evitando las crisis o acompañándolas en el territorio. Se analizó la atención de los pacientes en la urgencia psiquiátrica del Instituto Psiquiátrico Municipal a lo largo del período 2003-2016 y se verificó que, entre 2003 y 2009, la media de demanda de la urgencia del Instituto Psiquiátrico Municipal fue de 47,0 y entre 2010 y 2016 de 27,8, por lo tanto, hubo una gran caída en cuanto al número de urgencias atendidas en el Instituto Psiquiátrico Municipal a partir de 2010. La Figura 2 muestra esa reducción a lo largo de los años analizados.

Es importante recordar que, tal como fue mencionado, es difícil pensar que los pacientes de la comunidad no se dirijan más a la urgencia del Instituto Psiquiátrico Municipal, dado que al solicitar la ambulancia del Servicio de Atención Móvil de Urgencia (SAMU), el paciente debe ser trasladado a este instituto. Durante largos períodos, el seguimiento

de los pacientes se hizo “ambulatoriamente” en la urgencia del Instituto Psiquiátrico Municipal hasta que se definiera a cuál servicio sería derivado, como fue posible constatar a través del estudio de las historias clínicas. Aun así, a partir de los datos expuestos fue posible verificar que hubo una drástica reducción de las urgencias atendidas, sobre todo en 2016 (Figura 2).

Se constató, por lo tanto, que el cambio hacia el modelo centrado en los servicios comunitarios redujo consistentemente la frecuencia las urgencias atendidas en el Instituto Psiquiátrico Municipal, lo que puede indicar que la red territorial de salud ha conseguido acoger las crisis en su medio.

CONCLUSIÓN

A partir del análisis de las trayectorias del tratamiento de 94 pacientes con trastornos esquizofrénicos y delirantes a lo largo de 14 años, a través de los datos obtenidos en sus historias clínicas en cinco servicios distintos, fue posible mostrar que efectivamente se produjo el cambio de un modelo centrado en los hospitales psiquiátricos hacia un modelo basado en los servicios comunitarios. La transición de modelos puede haber generado un período de relativa inestabilidad en el seguimiento de los pacientes, provocando el aumento de internaciones, lo que debe servir de alerta para la elaboración de estrategias específicas para la implementación de este proceso. A pesar de eso, se evidenció que la red de salud local construida en la comunidad ha promovido la asistencia clínica y psiquiátrica de esos pacientes. En 2016, solo un número muy reducido de pacientes no tenía seguimiento en ninguno de los servicios del estudio y, en los últimos años, la mayoría contaba con seguimiento en el CMS R y en el CAPS III. Se destacó sobre todo la relevancia del centro municipales de salud R en ese cuidado, sea en colaboración con el CAPS III o en el seguimiento exclusivo de los pacientes, que fue superior al seguimiento exclusivo de los servicios de atención primaria encontrado

en la bibliografía. El apoyo matricial en psiquiatría tiene capacitado los equipos de la Estrategia de Salud Familiar para la detección y tratamiento de los pacientes con esquizofrenia. Las menores tasas de abandono del tratamiento se dieron en el CMS R, que presenta características importantes para una mayor adhesión, como una mayor cercanía a las personas y recursos de la comunidad, una mayor frecuencia de búsqueda activa a través de visitas domiciliarias y el vínculo de los agentes comunitarios de salud con los pacientes. Se constató además que las largas internaciones en hospitales psiquiátricos fueron efectivamente sustituidas por el servicio de acogida nocturna del CAPS III y los pacientes y sus familias prácticamente no recurren más a la urgencia psiquiátrica del Instituto Psiquiátrico Municipal.

Se trata de una investigación realizada en un territorio muy particular, de gran vulnerabilidad social y foco de intensa violencia urbana y, al mismo tiempo, presenta una red de salud robusta, con 100% de cobertura por parte de la Estrategia de Salud Familiar y el CAPS III localizado en la comunidad, lo que facilita el acceso. Por lo tanto, resulta necesario realizar otros estudios en contextos con características diferentes.

Los resultados obtenidos en este estudio reafirman la importancia de realizar análisis cuantitativos en salud mental, que suelen ser escasos en la bibliografía nacional. La Reforma Psiquiátrica ha avanzado en los últimos años tanto en Río de Janeiro como en todo Brasil, y aún contamos con pocas evidencias de su impacto en la atención a los pacientes con trastorno mental grave. Por lo tanto, se necesitan más investigaciones y, para eso, también es fundamental que la calidad de los registros de los servicios sea mejorada, para que la información relevante sea obtenida con mayor facilidad y evaluadas de forma más sistemática. Esto mejoraría la calidad del seguimiento realizado por los profesionales y proporcionaría más elementos para la elaboración de políticas públicas más efectivas y adecuadas a las distintas realidades del país. Una participación más activa de las universidades en investigaciones cuantitativas de

evaluación de los servicios y las políticas públicas podría contribuir al campo.

El desarrollo de la red de atención psicosocial en la comunidad estudiada hizo que se pueda prescindir de los hospitales psiquiátricos y que las crisis sean acogidas en el territorio. El vaciamiento del Instituto Psiquiátrico Municipal y del Instituto Psiquiátrico Universitario no generó falta de atención. Más importante que cerrar hospitales psiquiátricos es ofrecer una red de servicios en el territorio que promueva el cuidado y la salud mental. El presente estudio revela además el papel fundamental de la Estrategia de Salud Familiar en el seguimiento de los pacientes con trastornos esquizofrénicos. Para ampliar la Reforma Psiquiátrica, invertir en las unidades de Salud Familiar debe ser uno de los puntos centrales.

Limitaciones del estudio

La principal limitación de este estudio es el hecho de haber sido hecho en un territorio muy particular y específico, en un momento privilegiado de implementación de la Estrategia de Salud Familiar, de un centro de atención psicosocial tipo III (con camas de acogida nocturna) y de un núcleo de apoyo a la Estrategia de Salud Familiar del cual formaba parte una psiquiatra muy comprometida con el proceso de apoyo matricial (consultas conjuntas de la psiquiatra especialista con el equipo de Estrategia de Salud Familiar). Siendo así, no necesariamente estos resultados pueden ser replicados o generalizados a otros territorios.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a Eduardo Marinho Filho (in memoriam) por la colaboración fundamental en la organización y análisis de los datos y la elaboración de las tablas y gráficos. Agradecemos a todo el cuerpo docente y discente de la Maestría Profesional en Atención Psicosocial del IPUB, del cual es fruto la investigación que resultó en este artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Delgado PG. Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. Trabalho, Educação e Saúde. 2019;17(2):e0021241. doi: 10.1590/1981-7746-sol00212.
2. Cavalcanti MT. Perspectivas para a política de saúde mental no Brasil. Cadernos de Saúde Pública. 2019;35(11):e00184619. doi: 10.1590/0102-311x00184619.
3. Caldas Alemida JM, Horvitz-Lennon M. Mental health care reforms in Latin America: an overview of mental health care reforms in Latin America and the Caribbean. Psychiatric Services. 2010;61(3):218-221. doi: 10.1176/ps.2010.61.3.218.
4. Mateus MD, Mari JJ, Delgado PG, Almeida Filho NA, Barret T, Gerolin J, et al. The mental health system in Brazil: Policies and future challenges. International Journal of Mental Health Systems. 2008;2:12. doi: 10.1186/1752-4458-2-12.
5. Trapé TL, Campos RO. Modelo de atenção à saúde mental do Brasil: análise do financiamento, governança e mecanismos de avaliação. Revista de Saúde Pública. 2017;51:19. doi: 10.1590/s1518-8787.2017051006059.
6. Centro Internacional de Estudos e Pesquisas sobre a Infância. Censo domiciliar, Complexo da Rocinha, Rio de Janeiro, Relatório Final [Internet]. 2010 [citado 10 mar 2020]. Disponible en: <https://tinyurl.com/3yknprzy>
7. Streit MB. Atenção primária em saúde e mobilidade populacional na favela da Rocinha, Rio de Janeiro. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014.
8. Organização Mundial de Saúde. MI-GAP Manual de intervenções para transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas na rede de atenção básica. Genebra: OMS; 2010.
9. Giovanella L, Pinto LF. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSA). Ciência & Saúde Coletiva. 2018;23(6):1903-1914. doi: 10.1590/1413-81232018236.05592018.
10. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria GM Nº 154 [Internet]. 24 jan 2008 [citado 10 may 2020]. Disponible en: <https://tinyurl.com/yxr3nyey>.
11. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Caderno da Atenção Básica 27, Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
12. Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 1999;4(2):393-403. doi: 10.1590/S1413-81231999000200013.
13. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cadernos de Saúde Pública. 2007;23(2):399-407.

14. Ivbijaro GO, Enum Y, Khan AA, Lam SSK, Gabzdyl A. Collaborative care: models for treatment of patients with complex medical-psychiatric conditions. *Current Psychiatry Reports*. 2014;16(11):506. doi: 10.1007/s11920-014-0506-4.
15. Onocko Campos R, Gama CA, Ferrer AL, Santos DVD, Stefanello S, Trapé TL, Porto K. Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16(12):4643-4652. doi: 10.1590/S1413-81232011001300013.
16. Bonfim IG, Bastos ENE, Góis CWL, Tófoli LF. Apoio matricial em saúde mental na atenção primária à saúde: uma análise da produção científica e documental. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2013;17(45):287-300. doi: 10.1590/S1414-32832013005000012.
17. Almeida GH. Acolhimento e tratamento de portadores de esquizofrenia na Atenção Básica: a visão dos gestores, terapeutas, familiares e pacientes. 2010. [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2010.
18. Fortes S, Menezes A, Athié K, Chazan LF, Rocha H, Thiesen J, Ragoni C, Pithon T, Machado A. Psiquiatria no século XXI: transformações a partir da integração com a Atenção Primária pelo matriciamento. *Physis, Revista de Saúde Coletiva*. 2014;24(4):1079-1102.
19. Santos EG, Siqueira MM. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2010;59(3):238-246. doi: 10.1590/S0047-20852010000300011.
20. Assis JT, Barreiros CA, Jacinto ABM, Kinoshita RT, Macdowell PL, Mota TD, et al. Política de Saúde Mental no novo contexto do Sistema Único de Saúde: regiões e redes. *Divulgação em Saúde para Debate*. 2014;52:88-113.
21. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, DAPE, Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil: Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: OPAS; 2005.
22. Thornicroft G, Tansella M. Components of a modern mental health service: A pragmatic balance of community and hospital care: Overview of systematic evidence. *British Journal of Psychiatry*. 2004;185:283-290. doi: 10.1192/bjp.185.4.283.
23. Thornicroft G, Tansella M. The balanced care model for global mental health. *Psychological Medicine*. 2013;43:849-863. doi: 10.1017/S0033291712001420.
24. Ramos FAC, Geremias L. Instituto Philippe Pinel: origens históricas [Internet]. 2018 [citado 10 mar 2020]. Disponível em: <https://tinyurl.com/y3oeuvff>.
25. Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro. História [Internet]. 2018 [citado 10 mar 2020]. Disponível em: <https://tinyurl.com/yuebhyuq>.
26. Mari JJ, Leitão RJ. A epidemiologia da esquizofrenia. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2000;22(Supl. 1):S5-S17. doi: 10.1590/S1516-44462000000500006.
27. Hetlevik Ø, Solheim M, Gjesdal S. Use of GP services by patients with schizophrenia: A national cross-sectional register-based study. *BMC Health Services Research*. 2015;15:66. doi: 10.1186/s12913-015-0719-1.
28. Trachtenberg FL, Pober DM, Welch LC, McKinlay JB. Physician styles of decision-making for a complex condition: Type 2 diabetes with co-morbid mental illness. *European Journal for Person Centered Healthcare*. 2014;2(4):465-476.
29. Naqvi HA, Hussain S, Zaman M, Islam M. Pathways to care: duration of untreated psychosis from Karachi, Pakistan. *PLoS One*. 2009;4(10):e7409. doi: 10.1371/journal.pone.0007409.
30. Schmidt MI, Duncan BB, Hoffmann JF, Moura L, Malta DC, Carvalho RMSV, et al. Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade auto-referida, Brasil, 2006. *Revista de Saúde Pública*. 2009;43(Supl 2):S74-S82.
31. Pelletier JF, Lesage A, Boisvert C, Denis F, Bonin JP, Kiseley S. Feasibility and acceptability of patient partnership to improve access to primary care for the physical health of patients with severe mental illnesses: an interactive guide. *International Journal for Equity in Health*. 2015;14:78. doi: 10.1186/s12939-015-0200-0.
32. Sernyak MJ. Implementation of monitoring and management guidelines for second-generation antipsychotics. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2007;68(Suppl 4):S14-S18.
33. Goff DC. Integrating general health care in private community psychiatry practice. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2007;68(Suppl 4):S49-S54.
34. Meyer JM. Strategies for the long-term treatment of schizophrenia: real-world lessons from the CATIE trial. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2007;68(Suppl 1):S28-S33.
35. Mai Q, Holman CDAJ, Sanfilippo FM, Emery JD, Preen DB. Mental illness related disparities in diabetes prevalence, quality of care and outcomes: A population-based longitudinal study. *BMC Medicine*. 2011;9:118. doi: 10.1186/1741-7015-9-118.
36. Folsom DP, Mckibbin C, Jeste DV, Patterson T. Use of primary care and by middle aged and older persons with schizophrenia. *Primary Care & Community Psychiatry*. 2006;11:101-106. doi: 10.1185/135525706X121174.
37. Mogadouro MA, Cordeiro Q, Zung S, Vallada H. Mortalidade e esquizofrenia. *Arquivos Médicos*. 2009;54(3):119-126.
38. Ministério da Saúde. VIGITEL Brasil 2013: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico [Internet]. 2014 [citado 10 mar 2020]. Disponível em: <https://tinyurl.com/4wux9yp>.

39. Garcez MR, Pereira JL, Fontanelli MM, Marchioni DML, Fisberg RM. Prevalence of dyslipidemia according to the nutritional status in a representative sample of São Paulo. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. 2014;103(6):476-484. doi: 10.5935/abc.20140156.
40. Brasil, Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados 12 [Internet]. 2015;10(12) [citado 10 mar 2020]. Disponible en: <https://tinyurl.com/y5zapog2>.
41. Patel V, Araya R, Chatterjee S, Chisholm D, Cohen A, De Silva M, et al. Treatment and prevention of mental disorders in low-income and middle-income countries. *The Lancet*. 2007;370(9591):991-1005. doi: 10.1016/S0140-6736(07)61240-9.
42. Reneses B, Muñoz E, López-Ibor JJ. Factors predicting drop-out in community mental health centres. *World Psychiatry*. 2009;8:173-177.
43. Melo APS, Guimarães MDC. Fatores associados ao abandono do tratamento psiquiátrico em um centro de referência em saúde mental em Belo Horizonte. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2005;27(2):113-118.
44. Ribeiro MS, Xavier Júnior JCC, Mascarenhas TR, Silva PM, Vieira EMM, Ribeiro LC. Abandono de tratamento em serviço secundário de saúde mental. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*. 2012;34(4):207-214. doi: 10.1590/S2237-60892012000400006.
45. Sagayadevan V, Subramaniam M, Abidin E, Vaingankar JA, Chong SA. Patterns and predictors of dropout from mental health treatment in an Asian population. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*. 2015;44(7):257-265.
46. Villeneuve K, Potvin S, Lesage A, Nicole L. Meta-analysis of rates of drop-out from psychosocial treatment among persons with schizophrenia spectrum disorder. *Schizophrenia Research*. 2010;121(1-3):266-270. doi: 10.1016/j.schres.2010.04.003.
47. Vainer AA. Demanda e utilização do acolhimento noturno em Centro de Atenção Psicossocial III na Cidade do Rio de Janeiro. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2016.
48. Ruud T, Aarre TF, Boeskov B, Husevåg PS, Klepp R, Alet Kristiansen S, Sandvik J. Satisfaction with primary care and mental health care among individuals with severe mental illness in a Rural Area: A seven-year follow-up study of a clinical cohort. *International Journal of Mental Health Systems*. 2016;10:33. doi: 10.1186/s13033-016-0064-8.

FORMA DE CITAR

Thiesen J, Fortes S, Cavalcanti MT. El impacto del cuidado territorial en el tratamiento de personas diagnosticadas con esquizofrenia y trastornos delirantes en una comunidad en Río de Janeiro. *Salud Colectiva*. 2021;17:e3020. doi: 10.18294/sc.2021.3020.

Recibido: 23 jul 2020 | Versión final: 1 dic 2020 | Aprobado: 26 ene 2021 | Publicado en línea: 17 mar 2021



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional. Reconocimiento — Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio, se debe reconocer y citar al autor original. No Comercial — Esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso.

<https://doi.org/10.18294/sc.2021.3020>