

Necesidades de cuidados y carga de trabajo de pacientes psiquiátricos institucionalizados¹

Helena Ayako Mukai²

Marli de Carvalho Jericó³

Márcia Galan Perroca³

Objetivos: El propósito de este estudio descriptivo con abordaje cuantitativo fue investigar las necesidades de cuidados de enfermería de pacientes con trastornos mentales, el promedio de horas de asistencia prestadas y la carga de trabajo del equipo de enfermería. **Método:** El estudio fue realizado en 2010 en un hospital neuropsiquiátrico público situado en la región sudeste de Brasil e incluyó 105 pacientes. Un instrumento de clasificación de pacientes fue aplicado para caracterizar el perfil asistencial. El tratamiento estadístico fue realizado mediante Análisis de Componentes Principales y Análisis de Varianza. **Resultados:** Predominaron los pacientes de la categoría discreta de cuidados (73,3%). El promedio de horas de asistencia varió entre 0,57 y 0,88 (enfermeros) y entre 1,97 y 3,16 (auxiliares de enfermería) y la carga de trabajo entre 119,6 y 183 horas. **Conclusiones:** Este estudio muestra que la demanda de cuidados de la mayoría de los pacientes correspondía a un nivel discreto de dependencia y que no necesitarían estar institucionalizados. Igualmente, que las horas de asistencia prestadas por el equipo de enfermería era insuficiente para atender las necesidades de cuidado de los pacientes.

Descriptor: Enfermos Mentales/Clasificación; Enfermería Psiquiátrica; Evaluación en Enfermería.

¹ Artículo parte de la disertación de maestría "Gestão assistencial ao portador de transtorno mental: avaliação de necessidades cuidativas e carga de trabalho" presentada a la Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, SP, Brasil.

² Estudiante de maestría, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, SP, Brasil.

³ PhD, Profesor, Departamento de Enfermagem Especializada, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, SP, Brasil.

Correspondencia:

Márcia Galan Perroca

Av. Brigadeiro Faria Lima, 5416

Vila São Pedro

CEP: 15090-000, São José do Rio Preto, SP, Brasil

E-mail: marcia.perroca@famerp.br

Introducción

En Brasil, cinco millones de personas (3% de la población) sufren trastornos mentales severos y persistentes y veintitrés millones de personas (12% de la población) requieren algún tipo eventual o continuo de atención en salud mental⁽¹⁾. Por ese motivo, mediante el decreto 251/GM 2002⁽²⁾, el Ministerio de Salud de Brasil estableció directivas y normas para la reglamentación de la asistencia hospitalaria en psiquiatría.

Aunque los portadores de trastornos mentales no presentan problemas clínicos que exijan la asistencia continua del personal de enfermería, necesitan observación constante debido a su humor inestable con episodios de auto- y heteroagresividad, intentos de fuga y suicidio⁽³⁾. La identificación de las necesidades de las personas con enfermedades mentales permite a los profesionales de salud establecer planes individualizados de intervención y tratamiento, de modo que el proceso de rehabilitación resulte más eficiente⁽⁴⁾. Por eso, el conocimiento de la demanda de cuidados de enfermería por parte de los pacientes es esencial para la implementación de los cambios necesarios en el proceso de atención y de gestión de la asistencia.

Marco Teórico

La Organización Mundial de la Salud (OMS)⁽⁵⁾ acentúa la necesidad de cuidado planeado y de un modelo de atención capaz de prever las necesidades de los portadores de enfermedades crónicas, incluyendo aquellos con trastornos mentales. El concepto de necesidad ha sido abordado de diversos modos por diferentes autores. Así, se puede definir necesidad como el conjunto de carencias físicas y sociales que deben ser satisfechas para lograr el bienestar del individuo⁽⁶⁾ o también, como estados de tensión consciente o inconsciente resultantes de desequilibrios hemodinámicos de los fenómenos vitales comunes a todos los seres humanos. Lo que varía de persona a persona es la manifestación del concepto de necesidad y el modo de satisfacerla o atenderla. Cuando un individuo no puede satisfacer sus necesidades por sí mismo, es necesario el auxilio de personas calificadas⁽⁷⁾.

Las necesidades de los pacientes con trastornos mentales fueron ignoradas durante mucho tiempo debido a la falta de conocimientos sobre la enfermedad mental y su portador, con predominio del prejuicio a expensas del conocimiento⁽⁸⁾. Sin embargo, cuando esas necesidades no son reconocidas, las intervenciones de rehabilitación no pueden ser realizadas, causando déficits en el funcionamiento psicosocial e institucionalización⁽⁹⁾.

La evaluación de necesidades devinoun aspecto rutinario de la práctica clínica en los servicios de salud mental. Un estudio realizado en Noruega comparó la percepción de los pacientes acerca de sus necesidades de cuidados con la correspondiente de los profesionales de salud⁽¹⁰⁾. Estudios realizados en Inglaterra y Polonia con pacientes con diversos trastornos mentales mostraron que las necesidades insatisfechas son las más importantes y que conciernen al área social⁽¹¹⁾. Además, estos estudios revelaron que estas necesidades representan un fuerte indicador de percepción menos favorable de salud y peor calidad de vida. Diferentes medios ecológicos pueden originar diferentes necesidades⁽¹²⁾.

La mayoría de los estudios realizados en Brasil sobre el tema del cuidado de portadores de trastornos mentales tiende a enfocar la atención suministrada en hospitales generales, ambulatorios y Centros de Atención Psicosocial (CAPS) y evidencian la existencia de dificultades en los equipos de enfermería en relación con la percepción de las necesidades y cuidados específicos requeridos por estos pacientes⁽¹³⁾.

El trabajo con personas con sufrimiento mental exige del enfermero un cuidar que respete los principios de ciudadanía y de los derechos humanos, participación en la formulación de planes terapéuticos individuales y énfasis en el sujeto y sus potencialidades en su accionar⁽⁸⁾.

Una de las formas de evaluar las necesidades de cuidados de pacientes incluye el uso de instrumentos de evaluación. El Sistema de Clasificación de Pacientes (SCP) es un método que consiste en identificar los cuidados individualizados requeridos por pacientes y agruparlos en categorías para identificar el perfil asistencial y la carga de trabajo del equipo de enfermería⁽¹⁴⁾. La carga de trabajo puede ser definida como las actividades realizadas por el equipo en un determinado período durante el proceso de cuidar y el tiempo necesario para ejecutarlas⁽¹⁵⁾. La medición de la carga de trabajo permite definir la dotación del personal de enfermería de modo a proveer atención de calidad a las necesidades de cuidado de los pacientes.

La aplicación del SCP ha sido recomendada por la Resolución 293/2004 del Consejo Federal de Enfermería de Brasil (COFEN)⁽¹⁶⁾ como uno de los indicadores para determinar el perfil de los pacientes y definir la dotación del personal de enfermería. Un instrumento de evaluación para ser aplicado en pacientes con trastornos mentales se encuentra disponible en la literatura⁽³⁾. La falta de utilización de un instrumento de clasificación en esta especialidad ya había sido evidenciada⁽¹⁷⁾. Debe destacarse la existencia de un único estudio que aplicó este instrumento de evaluación en la unidad de internación psiquiátrica de un hospital general⁽¹⁸⁾.

Dada la escasez de publicaciones científicas brasileñas que evalúen las necesidades de cuidados de pacientes con trastornos mentales, los objetivos de este estudio fueron: 1. Investigar las necesidades de cuidados de enfermería de pacientes con trastornos mentales; 2. Analizar las áreas de cuidados más determinantes en la clasificación de pacientes según categorías de cuidados; 3. Identificar el promedio de horas de asistencia y medir la carga de trabajo del equipo de enfermería.

Método

Diseño

Se trata de un estudio descriptivo con abordaje cuantitativo. Fue realizado en un hospital neuropsiquiátrico público de 340 camas situado en la región sudeste de Brasil entre agosto y setiembre de 2010. El objeto de la investigación incluyó exclusivamente pacientes con trastornos mentales internados en las Gerencias de Atención Integral de Salud (GAIS IV) y el Núcleo de Residencias Protegidas (Núcleo de Moradias Protegidas - NMP), totalizando 105 pacientes, distribuidos en tres unidades de internación.

La GAIS IV dispone de setenta camas (unidades F1 y F3) destinadas a la asistencia de residentes con trastornos mentales persistentes y severos e historia de varios años de internación. El NMP está compuesto por la unidad C3 (cuarenta camas) y ocho departamentos destinados a pacientes con menor grado de dependencia.

El equipo de enfermería asignado a esas unidades estaba compuesto por: dos enfermeras y veintiocho auxiliares de enfermería (F1), dos enfermeras y veintiún auxiliares de enfermería (F3) y dos enfermeras y veintiséis auxiliares de enfermería (C3). Durante las guardias nocturnas, dos enfermeras eran asignadas a más de una unidad.

Instrumentos

Fue elaborada una ficha de datos sociodemográficos (sexo, edad) y clínicos (tiempo de internación y diagnóstico clínico). Los datos fueron extraídos del sistema de gestión hospitalaria.

Para caracterizar el perfil asistencial de los pacientes fue aplicado un instrumento de clasificación validado para la especialidad psiquiátrica⁽³⁾ compuesto de once áreas de cuidados: 1- cuidados con la apariencia e higiene; 2 - expresión del pensamiento; 3- humor y afectividad; 4- actividades; 5- interacción social; 6- alimentación e hidratación; 7- sueño; 8- medicación; 9- eliminaciones; 10- signos vitales y otros controles; 11- problemas y síntomas somáticos. Cada área está graduada en una

escala de uno a tres, indicando intensidad creciente de complejidad del cuidado. El puntaje mínimo es once y el máximo treinta y tres. La puntuación total permite clasificar los pacientes en una de tres categorías de cuidados: Discreta (once a dieciocho puntos), Intermedia (diecinueve a veintiséis puntos) y Plena (veintisiete a treinta y tres puntos).

Procedimiento para recolección de datos

Los pacientes internados en las unidades investigadas fueron clasificados diariamente por los enfermeros asignados a las unidades (seis en total) de lunes a viernes a lo largo de seis semanas consecutivas hasta completar treinta días. Los enfermeros recibieron orientaciones sobre el instrumento y su uso.

Los datos fueron recolectados del Núcleo de Personal (registro de ausencias imprevistas) y las planillas de turnos del personal puestas a disposición por la dirección de enfermería (ausencias previstas).

En los cálculos fueron descontadas las horas no trabajadas por vacaciones, descanso semanal remunerado, desempeño en otra unidad, horas descontadas, licencia médica, suspensiones, faltas y otros motivos. Las siguientes ecuaciones fueron consideradas⁽¹⁹⁾:

- 1 - Horas de Enfermero = número de horas prestadas por enfermero/ número de pacientes-día durante el período;
- 2 - Horas de Técnico-Auxiliar = número de horas prestadas por Técnico-Auxiliar / número de pacientes-día durante el período;
- 3 - Relación enfermería/cama - número de profesionales de enfermería/promedio de pacientes-día;
- 4 - Relación enfermero/cama - número de enfermeros/promedio de pacientes-día y;
- 5 - Relación auxiliar de enfermería/cama- número de auxiliares de enfermería/promedio de pacientes-día.
- 6 - Carga de trabajo = producto de la cantidad diaria promedio de pacientes asistidos según su grado de dependencia del equipo de enfermería x promedio del tiempo de asistencia⁽²⁰⁾. Como recomendado por la Resolución 293/2004 de COFEN⁽¹⁶⁾, se utilizó el promedio de horas de asistencia por categoría de cuidado. Luego, se consideró 3,8 horas para la categoría asistencia discreta, 5,6 horas para la intermedia y 9,4 horas para la plena. Estos valores fueron escogidos porque no se dispone en Brasil de promedios de horas de asistencia de enfermería específicamente asignadas a pacientes con trastornos mentales.

Los datos fueron recolectados sólo después de la autorización formal del hospital, consentimiento libre e informado de los enfermeros y dictamen favorable del Comité de Ética en Investigación (Dictamen nº 319/2010).

Presentación y tratamiento de los datos

El análisis estadístico incluyó el Análisis de Componentes Principales (ACP) mediante matriz de covarianza y el Análisis de Varianza (ANOVA) para comparar las medias de datos con distribución normal. En el caso de datos sin distribución normal, fue utilizado el test de *Kruskal-Wallis* con comparación pareada de medianas y ajuste de Bonferroni. Los datos descriptivos están presentados en porcentajes, medias, desvío estándar y variación. El análisis estadístico fue realizado

por el programa R.2.11.1, *Copyright The R Foundation for Statistical Computing*.

Resultados

En el grupo de pacientes en estudio predominó el sexo masculino (60; 57,1%), edad entre 41 y 60 años (61; 58,1%), tiempo de internación entre 6 y 15 años (59; 56,2%). El tiempo promedio de internación fue 10,9(DE=7,3) años, con variación entre uno y veintinueve años (Tabla 1).

Tabla 1 - Datos demográficos y tiempo de internación de los pacientes por unidad de internación (N=105). Lins, SP, Brasil, 2010

Variables	F1 (n= 40)	F3 (n= 26)	C3 (n= 39)	Total (N=105)
	n (%)	n (%)	n (%)	N (%)
Sexo				
Femenino	11(27,5)	18 (69,0)	16 (41,0)	45 (42,9)
Masculino	29(72,5)	8 (31,0)	23 (59,0)	60 (57,1)
Edad (años)				
≤20	-	1 (3,9)	-	1 (0,9)
21-40	3(7,5)	9 (34,6)	3 (7,7)	15 (14,3)
41-60	27(67,5)	13 (50,0)	21 (53,8)	61 (58,1)
61-80	10(25,0)	3 (11,5)	15 (38,5)	28 (26,7)
M (DE)	53,8 (10,3)	44,2 (13,1)	56,7 (10,7)	52,5 (11,4)
Variación	31-78	18-64	25-80	18-80
Tiempo de Internación (años)				
≤ 5	7 (17,5)	9 (34,6)	9(23,0)	25 (23,8)
6 - 10	16 (40,0)	6 (23,0)	10(25,6)	32 (30,5)
11- 15	10 (25,0)	7 (27,0)	10(25,6)	27 (25,7)
16 - 20	3 (7,5)	2 (7,7)	4(10,2)	9 (8,6)
21 - 25	3 (7,5)	-	1(2,6)	4 (3,8)
26 - 29	1 (2,5)	2 (7,7)	5(13,0)	8 (7,6)
M (DE)	10,7 (6,2)	9,8 (6,0)	12(8,2)	10,9(7,3)
Variación	ene/27	ene/29	ene/28	ene/29

Entre los diagnósticos predominaron esquizofrenia (n=50; 47,7%) y retardo mental (n=41; 39%). El diagnóstico de esquizofrenia fue más frecuente en las unidades F1 (n=20; 50%) y C3 (n=21; 53,8%) y el de retardo mental en la unidad F1 (n=15; 37,5%). Con

respecto al nivel de dependencia, la mayoría de los pacientes fue clasificada en la categoría de dependencia discreta (n=77; 73,3%), con mayor concentración en la unidad C3-(n=35; 89,7%). El nivel de dependencia plena sólo fue identificado en la unidad F1 (n=2; 5%) (Tabla 2).

Tabla 2 - Caracterización de los diagnósticos clínico-asistenciales y clasificación del nivel de dependencia por unidad investigada. Lins, SP, Brasil, 2010

Variables	F1 (n=40)	F3 (n=26)	C3 (n=39)	T (N=105)
	n (%)	n (%)	n (%)	N (%)
Esquizofrenia	20 (50,0)	9 (34,6)	21 (53,8)	50 (47,7)
Retardo mental	15 (37,5)	13 (50,0)	13 (33,3)	41 (39,0)
Epilepsia	3 (7,5)	2 (7,7)	3 (7,7)	8 (7,6)
Trast. mental	2 (5,0)	2 (7,7)	2 (5,2)	6 (5,7)
Niveles de dependencia				
Discreta	27 (67,5)	15 (57,7)	35 (89,7)	77 (73,3)
Intermedia	11 (27,5)	11 (42,3)	4 (10,3)	26 (24,8)
Plena	2 (5,0)	-	-	2 (1,9)

La Tabla 3 muestra la distribución de los pacientes con esquizofrenia y retardo mental según las variables demográficas (sexo y edad) y el tiempo de internación debido al gran número de estos diagnósticos en la población estudiada. El sexo masculino presentó leve predominio tanto entre los pacientes con esquizofrenia (n=27; 54%) como entre los portadores de retardo mental

(n=22; 53,7%). La edad promedio de los pacientes con esquizofrenia fue de 57,9(10,9) años y 52,8(13,7) años en aquellos con retardo mental. El tiempo promedio de internación de los pacientes con esquizofrenia fue de 10,3(6,0) años y 11,9(7,9) años en los pacientes con retardo mental, sin diferencia significativa en función del sexo.

Tabla 3 - Distribución de los pacientes con Esquizofrenia y Retardo Mental según las variables edad y tiempo de internación. Lins, SP, Brasil, 2010

Variables	Esquizofrenia (N=50)			Retardo Mental (N=41)		
	M n(%)	F n (%)	T N (%)	M n(%)	F n (%)	T N (%)
	27(54)	23(46)	50 (100)	22(53,6)	19(46,3)	41(100)
Edad (años)						
21 – 40	1(3,7)	1(4,3)	2(4,0)	4(9,7)	3(15,8)	7(17,1)
41 – 60	17(63,0)	14(60,9)	31(62,0)	14(34,1)	7(36,8)	21(51,2)
61 – 80	9(33,3)	8(34,8)	17(34,0)	4(9,7)	9(47,4)	13(31,7)
M (DE)	56,4(10,6)	59,7(11,4)	57,9(10,9)	50,5(12,1)	56,8(14,6)	52,8(13,7)
Variación	36-72	36-72	25-74	28-67	34-78	28-78
Tiempo de Internación (años)						
≤ 5	7(25,9)	6(26,1)	13(26,0)	4(17,3)	5(27,8)	9(21,9)
6 – 10	8(29,7)	5(21,7)	13(26,0)	10(43,7)	3(16,7)	13(31,8)
11 – 15	8(29,6)	8(34,9)	16(32,0)	4(17,3)	5(27,8)	9(21,9)
16 – 20	3(11,1)	2(8,7)	5(10,0)	2(8,7)	1(5,5)	3(7,3)
21 – 25	1(3,7)	1(4,3)	2(4,0)	-	2(11,1)	2(4,9)
26 – 29	-	1(4,3)	1(2,0)	3(13,0)	2(11,1)	5(12,2)
M (DE)	9,9(5,5)	10,8(6,6)	10,3(6,0)	11,5(7,6)	12,4(8,3)	11,9(7,9)
Variación	1-22	1-27	1-27	5-28	1-29	1-29

La Tabla 4 describe el análisis de componentes principales de los factores 1 y 2 y muestra cuánto explica cada factor y la proporción en que cada variable entra en la composición factorial según los pesos. El análisis de los once indicadores muestra que los dos primeros factores representan (60,3%) de la variación total de los datos. El primer factor, que explica por sí mismo la intensidad de los cuidados, representa (46,3%) de la variabilidad total y, así, es considerado como el más importante, o sea, el factor con mayor poder de discriminación.

El análisis de los pesos factoriales permite indicar que las áreas de cuidados más significativas del factor 1 son: Interacción social (0,51), Expresión del pensamiento (0,42), Actividades (0,38), Cuidados referidos a la apariencia e higiene (0,37), Eliminaciones (0,35) y Humor y afectividad (0,34). El mayor peso factorial fue presentado por los indicadores críticos interacción social (51%) y expresión del pensamiento (42%), mientras que el menor por el indicador signos vitales y otros controles (0,01).

El factor 2 explica la contraposición entre la necesidad de cuidados en las áreas biológicas y sociales y representa (14%) de la variabilidad total. Este factor

combina las siguientes áreas de cuidados: Alimentación/hidratación (0,57), Eliminaciones (0,53), Cuidados referidos a la apariencia e higiene (0,29) y Signos vitales y otros controles (0,25), que así son contrapuestas a las áreas Expresión del pensamiento (-0,28), Actividades (-0,28), Interacción social (-0,22) y Humor y afectividad (-0,20). Las áreas de cuidados Alimentación/hidratación (0,57), Eliminaciones (0,53), Expresión del pensamiento y Actividades (-0,28 cada una) fueron las que más contribuyeron para la percepción de esa contraposición interna dentro de los grupos.

Tabla 4 – Análisis de Componentes Principales de los factores 1 y 2. Lins, SP, Brasil, 2010

Matriz de Covarianza		
Autovalor	1,136	0,344
Proporción	0,463	0,14
Acumulada	0,463	0,603
Variable	Factor 1	Factor 2
AC1	0,37	0,29
AC2	0,42	-0,28
AC3	0,34	-0,2

(continúa...)

Tabla 4 - *continuación*

Variable	Factor 1	Factor 2
AC4	0,38	-0,28
AC5	0,51	-0,22
AC6	0,2	0,57
AC7	0,07	0,03
AC8	0,03	0,04
AC9	0,35	0,53
AC10	-0,01	0,25
AC11	0,01	0,03

AC1 = Cuidados referidos a la apariencia e higiene; AC2 = Expresión del pensamiento; AC3 = Humor y afectividad;
 AC4 = Actividades; AC5 = Interacción social; AC6 = Alimentación e hidratación; AC7 = Sueño; AC8 = Medicación; AC9 = Eliminaciones; AC10 = Signos vitales y otros controles; AC11 = Síntomas y problemas somáticos.

La carga promedio de trabajo en las tres unidades investigadas varió entre 119,6(DE=6,0) y 183(DE=8,5) horas y el promedio de horas dedicadas a la asistencia de pacientes entre 0,57 y 0,88 (enfermeros) y 1,97 y 3,16 (auxiliares de enfermería). El número de profesionales/cama en las unidades investigadas presentó variación entre 0,27 y 0,42, la relación enfermeros/cama entre 0,07 y 0,11, y la de auxiliares de enfermería/cama entre 0,20 y 0,31 (Tabla 5).

Tabla 5 – Carga de trabajo del equipo de enfermería, relación enfermero/cama y auxiliar de enfermería/cama por unidad de internación. Lins, SP, Brasil, 2010

Variables	F1(n=40)	F3(n=26)	C3(n=39)
Carga trabajo (horas)			
M(DE)	183(8,5)	119,6(6,0)	157,5(2,6)
Por paciente	4,57	4,60	4,00
Variación	170-208	107-127	150-160
Enfermeros			
Carga horaria total	690	690	690
Nº pacientes-día	1.200	780	1.170
Horas enfermero	0,57	0,88	0,59
Aux. Enfermería			
Carga horaria total	2.620	2.471	2.313
Nº pacientes-día	1.200	780	1.170
Horas Aux. Enf.	2,18	3,16	1,97
Relación			
Enfermería/cama	0,27	0,42	0,28
Enfermero/cama	0,07	0,11	0,08
Aux. Enf./cama	0,20	0,31	0,20

Discusión

El diagnóstico más predominante fue esquizofrenia (n=50; 47,7%), corroborando así resultados de estudios anteriores (43,3%)⁽²¹⁾, seguido por retardo mental (n=41; 39%). El largo período de internación identificado (10,9 años) puede estar relacionado con

factores dependientes del perfil sociodemográfico de la población institucionalizada (objeto de otro estudio) que demuestran un número significativo de pacientes añosos (n=28; 26,7%), analfabetos (n=60; 57,1%), solteros (n=94; 89,5%) y sin fuente de ingresos económicos (n=71; 67,7%), así como con dificultades de integración social debidas a la enfermedad, discriminación y exclusión social. La existencia de instituciones de larga estancia es contraria a la propuesta de desinstitucionalización propugnada por la Reforma Psiquiátrica junto a la creación de diversos dispositivos como ambulatorios, CAPS, Residencias Terapéuticas y unidades de internación en hospitales generales.

Con respecto a las necesidades de cuidados, la mayoría de los pacientes fue clasificada como correspondiendo al nivel de dependencia discreta - (73,3%). Otros estudios que aplicaron este mismo instrumento observaron que 58% de la población de una institución psiquiátrica⁽³⁾ y 62% de la población de una unidad de internación psiquiátrica de un hospital general⁽¹⁸⁾ correspondían a aquella categoría.

Interacción social (0,51) y Expresión del pensamiento (0,42) representaron los mayores pesos factoriales, o sea, las áreas de cuidados más importantes para identificar cambios en las categorías de cuidados. La calidad de la interacción social es uno de los factores más importantes en la recuperación y prevención de problemas de salud mental⁽²²⁾. En el instrumento de clasificación utilizado, esa área abarca la conducta de los pacientes en sus relaciones sociales e interpersonales y evalúa su colaboración e interés en ocuparse, así como posible hostilidad, tolerancia y negligencia en relación a sus responsabilidades⁽³⁾. Un estudio realizado en Escocia⁽²³⁾ con pacientes añosos portadores de trastornos mentales constató que las necesidades sociales eran las más frecuentes.

Este estudio buscó dirimir si las necesidades de cuidados de enfermería diferían entre los pacientes esquizofrénicos y aquellos con retardo mental, pero no fueron identificadas diferencias significativas ($p < 0,18$). Los pacientes estudiados estaban distribuidos en tres unidades diferentes (F1, F3 y C3) según el diagnóstico médico y juicio clínico de los enfermeros.

La evaluación de la carga de trabajo y adecuación de los recursos humanos de enfermería permiten que la asistencia sea segura y de buena calidad. Diversos indicadores han sido utilizados para medir y evaluar los efectos de la asistencia prestada. Entre ellos, el indicador de gestión de personas, referenciado por el Compromiso con la Calidad Hospitalaria (Compromisso com a Qualidade Hospitalar - CQH) que permite evaluar las horas de asistencia de enfermería por categoría profesional y de cuidado⁽²⁴⁾.

La composición del equipo de enfermería asignado a las unidades de internación incluyó 9,6% enfermeros y 90,4% auxiliares de enfermería. La carga promedio de trabajo varió entre 119,6 y 183 horas. Sin embargo, la inexistencia de estudios brasileños sobre este tema inviabiliza la realización de comparaciones. El análisis de las horas de asistencia por categoría profesional mostró variación entre 0,57 y 0,88 horas en el caso de los enfermeros y entre 1,97 y 3,16 horas en el de los auxiliares de enfermería, totalizando de 2,56 a 4,04 horas de cuidados por paciente en 24 horas.

Con relación a las unidades de internación, se identificó variación entre 0,27 y 0,42 profesionales/cama. El número de pacientes que puede ser terapéuticamente asistido por el equipo de enfermería aun no está bien determinado en la literatura⁽³⁾. Datos presentados en 2009 por el CQH referentes a cuatro hospitales psiquiátricos revelaron una mediana de 0,12 enfermeros/cama (variación entre 0,08 y 0,37)⁽²⁴⁾. La Resolución 864/2002 de la Secretaría Municipal de Salud (SMS) de Rio de Janeiro instituyó un valor de 5,5 horas de atención por paciente/día en clínica psiquiátrica como parámetro para calcular los recursos humanos de enfermería⁽²⁵⁾.

Los pacientes con mayores necesidades de asistencia clínica estaban alojados en la unidad F1, siendo enfatizada la rehabilitación psiquiátrica con foco en la rehabilitación psicosocial y mejoría de la calidad de vida. Después de realizada la clasificación, se constató que ésta fue la única unidad que hospedaba pacientes con dependencia plena (5%). Esta unidad presentó menor proporción de profesionales de enfermería/cama (0,27), enfermero/cama (0,07) y menor número de horas prestadas por enfermero (0,57) en relación a la asistencia de enfermería. La carga de trabajo por paciente según el perfil asistencial fue de 4,57 horas, que comparada a la carga efectivamente realizada de 2,74 horas evidencia un desfase de 1,82 horas. Siendo que ésta fue la única unidad que incluía pacientes en la categoría de cuidados plenos (5%), las horas efectivamente dedicadas a asistencia de enfermería son menores que las preconizadas por la Resolución COFEN/2004⁽¹⁶⁾ (9,4 horas de enfermería por paciente en asistencia plena) y la Resolución SMS/2002⁽²⁵⁾ (5,5 horas de atención por paciente/día).

Los pacientes de la unidad F3 necesitan cuidados psiquiátricos más intensivos debido a sus frecuentes brotes psicóticos. En esta unidad, 42,3% de los pacientes fueron clasificados en la categoría de dependencia intermedia, con una proporción de 0,11 enfermero/cama y, por lo tanto, próxima a la mediana del CQH (0,12). La carga de trabajo según el perfil asistencial fue de 4,6 horas/paciente y aunque próxima a la efectivamente realizada

(4,04 horas), no alcanzó los valores preconizados por COFEN (5,6 horas) y la Resolución SMS (5,5 horas).

En la unidad C3 fueron encontrados pacientes con menor grado de dependencia de enfermería – dependencia discreta (90%). El autocuidado es enfatizado en estos casos en función de las características de este tipo de pacientes. El tiempo promedio de asistencia por enfermeros fue de 0,59 horas y el de auxiliares de enfermería 1,97 horas, totalizando 2,56 horas de asistencia por el equipo de enfermería. Los valores de la relación enfermería/cama (0,28) fueron próximos a los identificados en la unidad F1.

Los resultados de la relación personal de enfermería/cama denotan diferentes realidades en diferentes servicios. Relaciones inadecuadas pueden comprometer la calidad de la asistencia de enfermería prestada y el trabajo del enfermero. Un estudio realizado en un hospital psiquiátrico constató que los profesionales basados en la vivencia diaria adoptaban de modo rudimentario la severidad del paciente como criterio para calcular la dotación del personal⁽¹⁷⁾. Y así, como los pacientes no eran clasificados antes del cálculo de la dotación del personal, no conseguían fundamentar sus pedidos de ampliación de la dotación de personal.

Limitaciones del Estudio

Los resultados representan la realidad en una institución de larga estancia y pueden diferir de los resultados en otros hospitales que atienden pacientes con trastornos mentales. Como no existen referencias para las horas de asistencia de enfermería a pacientes psiquiátricos, en la medición de la carga de trabajo fueron utilizados los valores recomendados por COFEN. Por consiguiente, si bien el valor identificado puede no reflejar exactamente la carga de trabajo en esta especialidad, constituye una referencia.

Implicaciones para la Práctica de Enfermería

La identificación del perfil asistencial mediante el uso de instrumentos válidos y confiables permite planear la asistencia con base en las necesidades reales de cuidado de los pacientes y en la medida de la carga de trabajo necesaria y efectivamente realizada del equipo de enfermería. La información así generada auxilia a los gestores en la toma de decisiones y en la implementación de acciones relacionadas con la coordinación del proceso de cuidar y el ajuste cuantitativo y cualitativo del personal.

Conclusión

Este estudio identificó que la demanda de cuidados de la mayoría de los pacientes correspondía al nivel de dependencia discreta. Según la Reforma Psiquiátrica,

estos pacientes no necesitan institucionalización, sino que pueden ser atendidos de modo ambulatorio. Igualmente, el estudio mostró que las horas de asistencia prestadas por el equipo de enfermería eran insuficientes para cubrir las necesidades de cuidados de los pacientes.

Se espera que este estudio contribuya a la búsqueda de soluciones para mejorar la asistencia de enfermería a los portadores de trastornos psiquiátricos y que sirva para fundamentar el cálculo de la dotación del personal en esta especialidad. Nuevos estudios son necesarios para que los resultados del presente puedan ser objeto de comparación.

Referencias

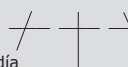
1. Ministério da Saúde (BR). Informativo Eletrônico da SE/CNS para conselheiros nacionais [Internet] V.6, Brasília: Ministério da Saúde. [acesso 5 fev 2012]. Disponível em http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/periodicos/carta_eletronica_29092010.pdf
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria da Atenção à Saúde/ DAPE. Coordenação Geral de Saúde. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório da gestão 2003-2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. 85 p.
3. Martins PASF, Arantes EC, Forcella HT. Sistema de Classificação de Pacientes na especialidade enfermagem psiquiátrica: validação clínica. Rev Esc Enferm USP. 2008;42(2):233-41.
4. Ekdawi MY, Conning AM. Psychiatric rehabilitation: a practical guide. London: Chapman & Hall; 1994.
5. Organização Mundial da Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Relatório mundial. Brasília (DF): OMS; 2003.
6. Steverink N, Lindenberg S. Which social needs are important for subjective well-being? What happens to them with aging? Psychol Aging. 2006;21(2):281-90.
7. Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU; 1979.
8. Souza MGG, Cruz EMTN, Stefanelli MC. Educação continuada e enfermeiros de um hospital psiquiátrico. Rev Enferm UERJ. 2007;15(2):190-6.
9. Bartels SJ, Mueser KT. Psychosocial rehabilitation for older adults with serious mental illness: Introduction to special series. Am J Psychiatr Rehabil. 2008;11:1-6.
10. Hansen T, Hatling T, Lidal E, Ruud T. Discrepancies between patients and professionals in the assessment of patient needs: a quantitative study of Norwegian mental health care. J Adv Nurs. 2002;39(6):554-62.
11. Dobrz'nska E, Rymaszewska J, Kiejna A. Needs of persons with mental disorders: definitions and literature review. Psychiatr Pol. 2008;42(4):515-24.
12. Ribeiro SMA. Necessidades e saúde mental: comparação das necessidades de idosas que vivem numa instituição de saúde mental, num lar de terceira idade e na comunidade [tese]. Lisboa (PT): Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa; 2010.
13. Paes MR, Maftum MA, Mantovani MF. Cuidado de enfermagem ao paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica em um pronto atendimento hospitalar. Rev Gaúcha Enferm. 2010;31(2):277-84.
14. Perroca MG. Desenvolvimento e validação de conteúdo da nova versão de um instrumento para classificação de pacientes. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2011;19(1):58-66.
15. O'Brien-Pallas L; Irvine D; Peereboom E; Murray M. Measuring nursing workload: Understanding the variability. Nurs Econ. 1997;15(4):171-82.
16. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução n.293/2004. Fixa e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de Enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhadas. [legislação na internet]. São Paulo: COREN-SP; 2004. [acesso 18 dez 2011] Disponível em: <http://www.corensp.org.br/resolucoes/resolucao293.htm>.
17. Carvalho MB, Felli VEA. O trabalho de enfermagem psiquiátrica e os problemas de saúde dos trabalhadores. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2005;14(1):61-9.
18. Oliveira RP, Laus AM. Caracterização de pacientes de unidade de internação psiquiátrica, segundo grau de dependência do cuidado de enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 2011;45(5):1164-70.
19. Associação Paulista de Medicina (BR). Manual de indicadores de enfermagem NAGEH. Programa de Qualidade Hospitalar - CQH (Compromisso com a Qualidade Hospitalar). São Paulo: APM/CREMESP; 2006.
20. Gaidzinski RR, Fugulin FMT, Castilho V. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições de saúde. In: Kurcgant P. Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.
21. Barros NHS. Características biossociodemográficas e diagnósticos de pacientes internados em hospital psiquiátrico de Campo Grande-MS [dissertação]. Campo Grande (MS). Curso de Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco; 2007.
22. Carmona CGH, Melo NA. Comunicacion interpersonal: programa de entrenamiento em habilidades sociales. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile; 2000.
23. McNulty SV, Duncan L, Semple M, Jackson GA, Pelosi AJ. Care needs of elderly people with schizophrenia: assessment of an epidemiologically defined cohort in Scotland. Br J Psychiatry. 2003;182:241-2.

24. Programa de Qualidade Hospitalar (CQH). Compromisso com a qualidade hospitalar. Indicadores 2009 4º trimestre. Hospitais Psiquiátricos [texto na Internet]. [acesso 3 fev 2012]. Disponível em: <http://www.cqh.org.br/?q=node/322>.

25. Secretaria Municipal da Saúde (RJ-BR). Resolução de SMS n.864 de 12 de abril de 2002. Considerações acerca do perfil da unidade e do modelo assistencial/parâmetro de dimensionamento de recursos humanos no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde. Diário oficial do município do Rio de Janeiro, 2002 abr 15. p. 23.

Recibido: 5.3.2012
Aceptado: 6.12.2012

Como citar este artículo:

Mukai HA, Jericó MC, Perroca MG. Necesidades de cuidados y carga de trabajo de pacientes psiquiátricos institucionalizados. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. ene.-feb. 2013 [acceso: ];21(1):[09 pantallas]. Disponible en: _____

URL