

GARANTIA DE QUALIDADE EM PSIQUIATRIA DE LIGAÇÃO

GRAÇA CARDOSO, TERESA MAIA CORREIA, ALICE LUÍS e o ECLW*
Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca. Amadora/Sintra

RESUMO

Não existem entre nós até hoje experiências de promoção de garantia de qualidade a nível dos cuidados psiquiátricos de que tenhamos conhecimento. O estudo que agora apresentamos vem colmatar esta lacuna na área da Psiquiatria de Ligação (PL). Com efeito, dada a sua multidisciplinaridade e a complexidade de problemas com que se defronta, a PL afigura-se-nos como uma área privilegiada para o desenvolvimento deste tipo de programas. Os autores descrevem os vários passos dados para a implementação do estudo, a sua execução num dos centros portugueses e alguns resultados parcelares que mostram o sucesso obtido.

SUMMARY

QUALITY ASSURANCE IN LIAISON PSYCHIATRY

As far as we know, there is no experience of quality management in mental health care in Portugal. This study fills a gap in the area of Consultation-Liaison Psychiatry. Due to its multidisciplinary and to the complexity of the problems it deals with, Consultation-Liaison Psychiatry seems a privileged field for the development of this kind of programme. The authors describe the different steps necessary for the implementation of a quality management study in one of the national centres and report some preliminary results that show the success it has attained.

INTRODUÇÃO

Podemos partir do princípio que todos os profissionais ou equipas médicas procuram no seu trabalho quotidiano, face aos conhecimentos científicos existentes, promover o melhor nível possível de cuidados aos utentes a seu cargo. Esta é a atitude geralmente partilhada que se caracteriza, no entanto, por ser apriorística, excessivamente optimista e pouco preocupada com uma avaliação científica do processo.

Na realidade, têm surgido a pouco e pouco na área da Medicina programas de avaliação e garantia de qualidade decorrentes da necessidade sentida de melhor quantificar e standardizar técnicas e procedimentos. A era em que nos encontramos, lidando com situações médicas muito críticas e com tecnologias e procedimentos complexos, tornou mandatória em várias especialidades a aplicação de programas de qualidade. Estes inspiraram-se em pro-

gramas anteriormente utilizados na indústria e, mediante algumas adaptações, puderam vir a ser utilizados em imunohemoterapia, cirurgia e controlo das infecções nosocomiais, entre outras especialidades.

Em Psiquiatria, encontramos a nível internacional alguma bibliografia importante neste campo^{1,2,3}. Entre nós existem já trabalhos sobre avaliação de serviços de Psiquiatria⁴, mas as avaliações de serviços psiquiátricos desenvolvidas não têm tido em conta os resultados anteriores para promoverem ciclos de qualidade.

Desconhecemos a existência de outros trabalhos nacionais de garantia de qualidade em Psiquiatria de Ligação (PL), definida como a prestação de cuidados psiquiátricos a doentes internados ou seguidos em consultas médicas e cirúrgicas dos hospitais gerais e a nível dos cuidados de saúde primários. Pensamos portanto tratar-se do primeiro estudo nacional neste campo.

ESTUDO EUROPEU DE GARANTIA DE QUALIDADE EM PSIQUIATRIA DE LIGAÇÃO E PSICOSSOMÁTICA (BIOMED 1)

O Estudo Europeu de Garantia de Qualidade (GQ) em Psiquiatria de Ligação e Psicossomática⁵ teve como base de apoio um estudo anterior^{6,7} em Psiquiatria de Ligação (PL) assim como grande parte do grupo de profissionais que o desenvolvera.

Nesse estudo procedeu-se a uma caracterização do tipo de doentes referenciados a 65 serviços de PL em hospitais gerais, em 11 países europeus, às abordagens terapêuticas dos casos e à articulação com estruturas de cuidados pós-alta. Dele decorreram, entre outras conclusões, a enorme diversidade de serviços e abordagens, apontando para a necessidade de uniformizar e implementar programas de qualidade em PL.

É neste contexto que é aprovado em 1994, pelo Programa de Investigação Europeu BIOMED 1, o estudo actual englobando sete países europeus e cuja duração se previa de três anos.

Os objectivos do Estudo são basicamente dois:

1. Organização e implementação de um sistema de GQ em PL e Psicossomática;
2. Estabelecimento de *standards* locais, nacionais e europeus em PL.

Desde o início houve a exigência de recrutamento de pelo menos dois centros em cada país, de modo a recolher experiências diferentes. Entre 1994 e 1996 realizaram-se várias reuniões europeias em que o protocolo foi discutido em mais detalhe.

Partindo do protocolo do anterior ECLW Collaborative Study em Psiquiatria de Ligação⁸, houve necessidade de introduzir modificações no instrumento de colheita sistemática de dados do doente – Patient Registration Form (PRF) – que permitissem a sua simplificação e adaptação à presente investigação.

Em reuniões europeias bi-anuais realizadas em Freiburg, foi possível, através da discussão, consensualizar uma PRF de fácil aplicação clínica, desdobrada numa primeira parte relativa à primeira consulta, e numa segunda parte englobando as consultas de seguimento (*follow-up*).

Uma vez que o processo de implementação de GQ (Fig. 1) assenta em grande parte na discussão e estabelecimento de consensos, surgiu igualmente a necessidade de criar instrumentos que permitissem avaliar o trabalho dos grupos locais, nacionais e europeus.

Com essa finalidade foram criados dois instrumentos de fácil aplicação: um para o coordenador do grupo, outro para os participantes. Procedeu-se posteriormente à tradução dos vários instrumentos referidos nas línguas dos países participantes, de modo a facilitar a sua compreensão e aplicabilidade.

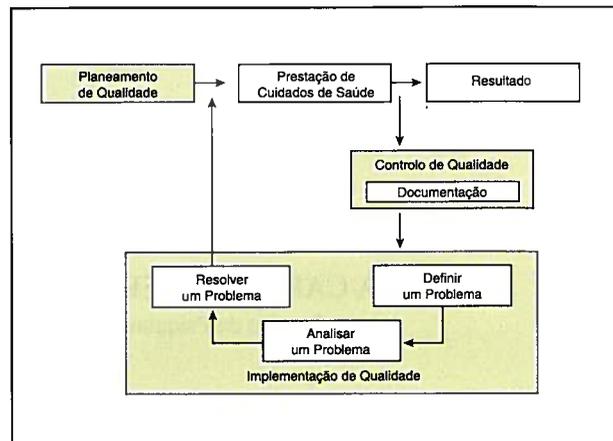


Fig. 1 – Modelo de garantia de qualidade.

FORMAÇÃO EM GARANTIA DE QUALIDADE

Em simultâneo com as actividades já descritas, promoveram-se reuniões europeias de formação em GQ. Esta formação permitiu um acesso a conceitos básicos de qualidade e incluiu também a abordagem de metodologia de investigação em programas de qualidade⁹, nos seus diversos passos (Fig. 2):

1. Definição de visões;
2. Definição de objectivos a curto, médio e longo prazo;
3. Definição de áreas problema;
4. Teorias causais;
5. Prioritização e selecção de áreas problema;
6. Escolha de soluções;
7. Escolha dos indicadores.

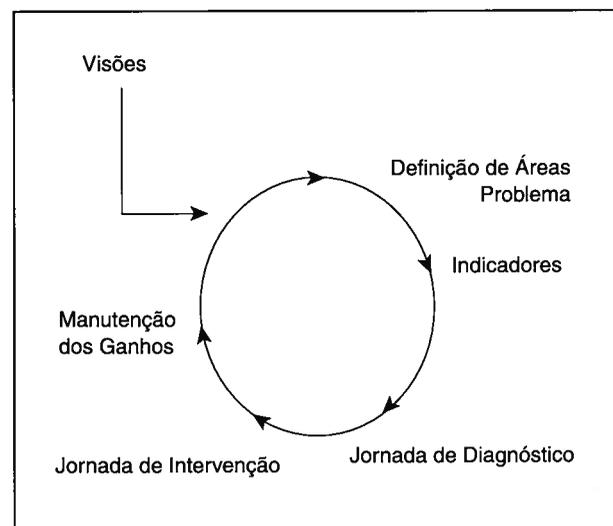


Fig. 2 – Etapas do processo de garantia de qualidade.

Além dos aspectos teóricos abordados, todos os passos metodológicos foram exemplificados em trabalho de grupo com uma verdadeira aplicação prática dos conhecimentos adquiridos. Deste modo os coordenadores nacionais puderam posteriormente desenvolver, a âmbito nacional, programas de formação idênticos em Garantia de Qualidade.

ACTIVIDADES A NÍVEL NACIONAL

Após várias reuniões em que estiveram presentes alguns centros portugueses e em que foi apresentado o estudo e a sua metodologia, surgiram como candidatos à sua execução três centros: Hospital Fernando Fonseca (Amadora/Sintra), Hospital São Francisco Xavier (Lisboa) e Hospital de São João (Porto).

Clarificado este aspecto, procedeu-se à tradução das formas anteriormente referidas com a colaboração e sugestões de todos os participantes. Foram discutidas as fases de implementação do Estudo de GQ e estabelecidas as datas de início e de término (Maio de 1996 a Maio de 1997).

Procedeu-se no decurso de 1996, ao longo de várias reuniões nacionais, à formação dos intervenientes, que foi conduzida pela coordenadora nacional. Cada centro deveria escolher uma área problema prioritária para desenvolver o seu programa. No entanto, tornou-se evidente nas reuniões consensuais nacionais que todos os centros estariam interessados em desenvolver qualidade na área da comunicação, embora em aspectos distintos em cada centro.

Deste modo, a partir de Setembro de 1996, cada centro reuniu localmente os seus membros e procedeu à definição e selecção das áreas problema, dos indicadores necessários para a sua monitorização e das modificações a introduzir. Os indicadores foram escolhidos entre as diferentes variáveis da PRF.

O trabalho de campo teve início em Maio de 1996 com a colheita de dados de todos os episódios atendidos em cada centro em PL, constituindo esta fase, que terminou em 30 de Setembro de 1996, o *base-line*.

Em 1 de Outubro de 1996 foram implementadas as soluções já decididas, dando-se início ao ciclo de GQ. Desde então continuam a ser preenchidas as PRF de todos os doentes atendidos em PL em cada centro, que são enviadas para o centro coordenador em Freiburg, permitindo um *feed-back* dos indicadores que possibilita a avaliação regular dos resultados do programa de qualidade.

A colheita de dados dos episódios atendidos em PL terminou em fins de Maio de 97. Em Janeiro de 98 ocorrerá a reunião de encerramento do Estudo, com a apresentação dos relatórios elaborados entretanto por cada centro e sua discussão. Posteriormente serão apresentados o relatório final e as conclusões.

EXPERIÊNCIA DA EQUIPA DE PSIQUIATRIA DE LIGAÇÃO DO HOSPITAL FERNANDO FONSECA

A equipa entrou em funcionamento em Maio de 96, altura em que a primeira psiquiatra iniciou o seu trabalho no Hospital Fernando Fonseca (HFF). A PL, que se foi estruturando ao longo dos meses seguintes, tornou-se portanto a primeira actividade psiquiátrica no hospital geral.

O HFF possui neste momento 600 camas repartidas por várias especialidades médicas e cirúrgicas, consultas externas de especialidade e urgência geral, pediátrica e obstétrica.

A partir de Setembro de 96 a equipa de PL passou a ser constituída por uma coordenadora e duas psiquiatras, estas últimas em horário completo, atendendo todos os pedidos provenientes dos serviços de internamento não psiquiátrico do hospital geral. Os três membros da equipa realizam ainda uma consulta externa tri-semanal de PL.

No entanto foi decidido que apenas se incluiriam no estudo de GQ os doentes internados referenciados à PL. As reuniões locais permitiram a análise das áreas problema mais pertinentes a partir dos dados colhidos no *base-line* e da nossa experiência clínica. Deste nível de análise derivaram as teorias causais com elas relacionadas e as soluções mais adequadas para a sua modificação.

Em 1 de Outubro iniciou-se o ciclo de qualidade, sendo introduzidas de imediato as modificações que consensualmente foram decididas e que estavam mais ao nosso alcance.

As áreas problema e as soluções seleccionadas foram respectivamente as seguintes:

- Vias de comunicação, pedido escrito *versus* verbal
- definição de regras;
- Urgência do pedido – definição de regras;
- Informação do doente sobre o pedido de consulta em PL – aumento da percentagem de doentes informados com excepção dos que estão confusos;
- Privacidade durante a entrevista – aumento da percentagem exceptuando doentes intransportáveis;
- Informação fornecida ao psiquiatra de ligação – aumento dos casos em que a informação é considerada suficiente;
- Comunicação com os médicos e as enfermeiras – directa sempre que possível;
- Plano terapêutico pós-alta – a estabelecer sempre que indicado;
- Comunicação com estruturas pós-alta – a promover activamente sempre que necessário.

Entre Outubro de 96 e Maio de 97 realizaram-se regularmente reuniões locais que possibilitaram o acompanhamento do programa implementado de forma a garantir que as modificações introduzidas se mantinham activas através da monitorização dos indicadores escolhidos.

Entre Fevereiro e Maio de 97 teve lugar uma acção de formação com o título de «Psiquiatria de Ligação no Hospital Geral» que beneficiou de apoio do Fundo Social Europeu e esteve inserida no programa de GQ. Com efeito, durante os primeiros meses da nossa intervenção fora sentida a necessidade de informar os médicos, enfermeiras e assistentes sociais do hospital sobre as regras do funcionamento da PL, situações mais frequentes e formas de abordagem. A acção de formação consistiu numa sessão geral, repetida quatro vezes de modo que todos os serviços do hospital pudessem participar e em seis sessões especiais, dirigidas às seguintes áreas: Cuidados Intensivos, SIDA, Oncologia, Cardiologia, Ginecologia / Obstetrícia, Cirurgia / Ortopedia.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A área que escolhemos trabalhar neste estudo foi a da comunicação. Como já foi referido, a actividade da PL iniciou-se em Maio de 96, tendo em Outubro ocorrido a abertura do Serviço de Psiquiatria, assim como a do Serviço de Urgência de Psiquiatria. Assim, se por um lado nos pareceu essencial na implementação das nossas actividades num novo hospital a melhoria dos canais de comunicação, por outro lado a abertura do serviço implicou a mudança das vias habituais de comunicação. A abertura do serviço pareceu-nos poder ser um momento de eleição para a reformulação de regras de uma forma já mais adequada e justificada pela experiência de alguns meses de trabalho.

Como foi descrito anteriormente, começámos por definir regras de funcionamento de qualidade a que fizemos corresponder indicadores com valores para os quais deveríamos tender, que tentámos implementar e manter.

1. Frequência dos episódios de psiquiatria de ligação

Iremos referir-nos à distribuição dos novos casos atendidos ao longo dos meses compreendidos entre Maio de 1996 e Fevereiro de 1997 (apenas parte deste mês).

Como se pode constatar a partir da Fig. 3 há um aumento gradual dos pedidos, que se torna mais marcado nos meses que se seguem à abertura do Serviço em Outubro e a que se segue uma quebra no mês de Dezembro. Este aumento deve-se sobretudo ao aumento de pedidos provenientes dos serviços de Medicina.

A taxa de referenciação à PL no nosso hospital é de 2,25 %, sendo a média descrita habitualmente de 1 a 3 %¹⁰.

2. Comunicação entre PL e serviços que referenciam doentes

Tempo que medeia entre o internamento e o pedido (Lagtime 1)

Podemos verificar (*Quadro 1*) que este tempo foi encurtado de 10,28 para 6,68 dias em média, o que relacionamos com um aumento da capacidade de detecção mais precoce dos casos por parte dos outros profissionais.

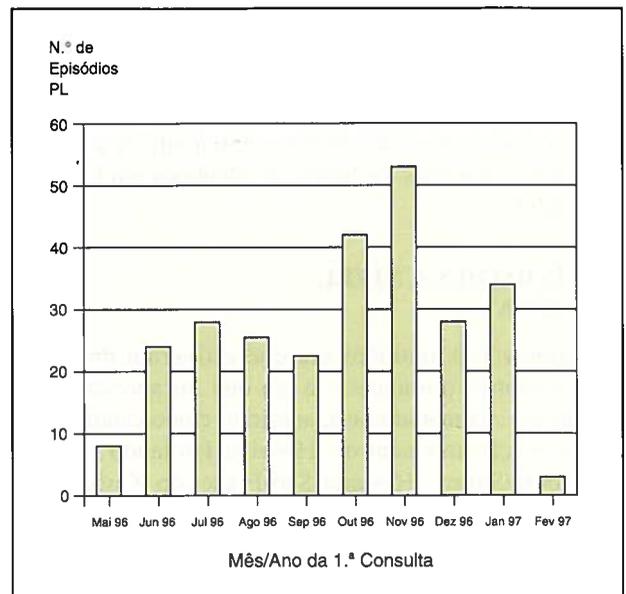


Fig. 3 – Frequência do n.º de episódios em PL por mês. Amadora 5/96 - 2/97 (n = 270 episódios PL).

A comorbilidade psiquiátrica em doentes internados num hospital geral aumenta significativamente o tempo de internamento¹¹ e a complexidade de cuidados. A intervenção em PL, abordando a comorbilidade psiquiátrica, é tanto mais eficaz na redução deste tempo de internamento quanto mais precoce no decurso do internamento¹².

Deste modo a antecipação do momento de referenciação do doente traduz-se num factor de qualidade de grande impacto e que poderemos no final do estudo verificar se tem significado estatístico.

Vias de comunicação, pedido oral versus escrito

Antes da abertura do serviço os psiquiatras de ligação dispunham de um bip que permitia uma rápida acessibilidade a quem fazia o pedido de intervenção, impedindo que na maioria dos casos o pedido fosse escrito. Após a abertura do serviço o bip passou a estar apenas na posse do psiquiatra de urgência o que tornou necessário criar outro canal de comunicação. Fomos de opinião que, mesmo quando o contacto era feito verbalmente, seria importante a introdução de um pedido escrito. Tal facto implicaria que o profissional que o fizesse tivesse que reflectir sobre o motivo do pedido, tipo de intervenção desejada e urgência, e em que seria mesmo confrontado com alguns aspectos da comunicação com o próprio doente, como por exemplo o facto de o ter ou não informado sobre o pedido de consulta de PL.

Assim definimos como critério de qualidade que a partir de 1-10-97 deveríamos inverter os nossos resultados e passar a ter uma maioria de pedidos escritos ou escritos e verbais (idealmente 90 %) e uma minoria de pedidos só verbais.

Os resultados apresentados mostram uma subida significativa dos pedidos escritos e escritos e verbais (40,9 e 42,6 % respectivamente, total 83,5 %) em detrimento dos apenas verbais.

Quadro I – Evolução dos indicadores do Programa de Garantia de Qualidade em Psiquiatria de Ligação do Hospital Fernando Fonseca. Período de Maio de 96 a Fevereiro de 97 – Fase *baseline*: 74 doentes; Fase de GQ: 115 doentes

Área problema onde ocorreu intervenção	Indicador/variável	Valor de p (significativo para p=.003)	Valores antes e depois programa de qualidade
Comunicação entre PL e serviço que referencia	Lagtime 1	.4	Tempo médio (dias) 10,28 - 6,68
	Urgência do pedido	.009	Rotina: 59,5 % - 77,2 % Urgente: 40,5 % - 22,8 %
	Forma do pedido	.00000*	Escrito: 1,4 % - 40,9 % Verbal: 74,3 % - 16,5 % Ambos: 24,3 % - 42,6 %
	Lagtime 2 Rotina Urgente	.256 .327	Tempo médio (dias) 1,13 - 1,39 0,0 - 0,07
	Suficiente informação	.00000*	Sim: 24,7 % - 82,5 %
Comunicação com médico e enfermeira	Comunicação com médico	.15	Sim: 79,7 % - 70,4 %
	Tempo a comunicar com médico	.14	Tempo médio (minutos) 6,8 - 7,99
	Comunicação com enfermeira	.49	Sim: 59,5 % - 64,3 %
	Tempo a comunicar com enfermeira	.40	Tempo médio (minutos) 6,32 - 7,12
Comunicação entre equipa e doente	Doente informado sobre consulta PL	.15	Sim: 56,8 % - 67 %
Comunicação com prestador de cuidados pós-alta	Médicos	.16	Sim: 31,4 % - 41,7 %
	Psiquiátricos	.04	Sim: 22,9 % - 37 %
	Cuidados pós-alta recomendados	.10	Nenhuns: 5,4 % - 6,1 % Sim: 60,8 % - 73,9 % Deferidos: 33,8 % - 20 %
	Plano psiquiátrico pós-alta activamente iniciado	.39	Sim: 55,7 % - 49,1 %

Urgência do pedido

A partir do momento em que passou a existir um psiquiatra de urgência, tornou-se necessário clarificar quais as respectivas funções e horários. Ficou definido que os psiquiatras de ligação tentariam responder aos pedidos urgentes até às 13 horas e que fora deste horário seria o psiquiatra de urgência a dar resposta a essas situações.

Foi também definido que em Psiquiatria de Ligação seriam consideradas urgentes: 1. as situações em que existisse risco de vida para o próprio ou para outros (situações de auto ou heteroagressividade) ou 2. em que se impunham diagnósticos diferenciais dos quais decorressem intervenções urgentes (quadros confusionais, por exemplo).

Assim definimos como critério de qualidade que as situações de urgência dentro do horário da PL fossem observadas no próprio dia em 75 % dos casos, e que os pedidos de rotina fossem observados nas 24 horas úteis posteriores à chegada do pedido ao Serviço de Psiquiatria (até às 10.30 h.). Pretendemos também diminuir os pedidos urgentes à medida que se clarificavam quais as situações que necessitavam deste tipo de intervenção e se aumentava a confiança dos colegas em que as nossas

observações de rotina ocorriam nas 24 horas úteis seguintes.

No *Quadro I* verificamos que a percentagem de pedidos de rotina aumentou de 59,5 para 77,2 %.

O tempo que decorre entre a chegada do pedido ao nosso serviço e a observação do psiquiatra (Lagtime 2) situa-se entre 1,13 e 1,39 para os pedidos de rotina e menos de 1 para os pedidos urgentes o que corresponde aos padrões de qualidade anteriormente estabelecidos.

Informação fornecida ao psiquiatra sobre o doente

Pensamos ser de extrema importância que, previamente à observação do doente, o psiquiatra tenha conhecimento de elementos que lhe permitam ter informação à cerca do motivo do pedido e da intervenção desejada, assim como de outros elementos clínicos que sejam relevantes para a compreensão da situação.

Assim definimos como critério de qualidade que em cerca de 90 % dos casos exista informação suficiente acerca da situação que vamos observar. Consideramos contudo informação suficiente não apenas a que acompanha o pedido escrito mas também a obtida activamente

por nós junto dos médicos e enfermeiros antes de iniciar a observação dos doentes.

Vemos que neste aspecto os resultados mostram uma evolução altamente significativa dos sim de 24,7 para 82,5 %; $p=0,00000$.

3. Comunicação com médico/enfermeira

A comunicação com o médico situou-se sempre acima dos 70 %, valor já bastante alto e dificilmente modificável. O ligeiro decréscimo verificado (79,7 para 70,4 %) é consequência do facto de termos privilegiado no nosso programa de GQ os pedidos escritos. O tempo dispendido com o médico aumentou (6,8 para 7,99 minutos em média).

A comunicação com o enfermeiro foi inferior em frequência (59,5 para 64,3 %) mas teve aumento do tempo médio dispendido (6,32 para 7,12 minutos).

4. Comunicação entre equipa e doente

Em nossa opinião é essencial para uma boa relação médico-doente que este seja informado dos vários procedimentos ao longo do seu internamento, nomeadamente o pedido de avaliação ou intervenção por outra especialidade como a PL. Parece-nos também que só assim é possível, desde logo motivá-lo para este tipo de intervenção aumentando a sua adesão à nossa abordagem. Desta forma e desde que o doente esteja consciente, definimos como critério de qualidade que em cerca de 60 a 70 % dos casos o doente tenha sido informado do pedido de consulta de PL.

Vemos que mantivemos uma percentagem sempre próxima dos valores estabelecidos e que aumentou embora sem mudança estatisticamente significativa (56,8 para 67 %).

5. Privacidade na entrevista

Para que seja possível que a entrevista com o doente permita o estabelecimento de uma relação empática e de confiança, em que a intimidade e o segredo profissional sejam mantidos, é essencial que (exceptuando as situações em que o doente está incapacitado de se mobilizar), seja possível dispor de uma sala privada para o entrevistar.

Definimos como critério de qualidade que em cerca de 75 % dos casos fosse possível entrevistar o doente com privacidade, desde que não houvesse limitações da mobilidade.

Da análise da *Fig. 4* torna-se possível observar que na maior parte dos meses as percentagens de doentes imóveis ou com diminuição da mobilidade é superior à percentagem de doentes entrevistados sem privacidade, o que nos leva a concluir que em vários casos mesmo assim foi possível criar situações de privacidade.

6. Comunicação com as estruturas pós-alta

Definimos também como critério de qualidade, que na maioria dos doentes observados se estabeleça um

plano terapêutico pós-alta, seja no decurso da 1.ª consulta ou do seu seguimento.

O plano terapêutico envolve, em nosso entender, não apenas uma decisão acerca da necessidade de cuidados continuados do foro psicológico/psiquiátrico mas também de qual o prestador de cuidados que vai tomar a cargo o doente (médico de família, médico psiquiatra, outro especialista). Esse plano deve ser activado sempre que possível.

Podemos verificar (*Quadro 1*) que a partir do mês de Outubro, ocasião em que foram reformuladas as regras do nosso funcionamento, o número de doentes em que foi efectuado um plano terapêutico pós-alta aumentou (60,8 para 73,9 %), reduzindo-se consequentemente o número de doentes em que este plano foi deferido, embora os resultados não sejam significativos. Houve também um aumento relativo da comunicação com os prestadores de cuidados médicos e psiquiátricos.

Nos doentes observados pela PL e dado que nestes há obviamente concomitância de patologia somática e psiquiátrica é importante (quando se pretende implementar qualidade) não apenas a comunicação com as estruturas prestadoras de cuidados psiquiátricos pós-alta, mas também a comunicação com os prestadores de cuidados médicos.

As percentagens de comunicação com estruturas pós-alta médicas e psiquiátricas aumentaram a partir do início do programa GQ, passando respectivamente de 31,4 para 41,7% e de 22,9 para 37%.

CONCLUSÕES

Face aos resultados agora apresentados podemos concluir que o programa de Garantia de Qualidade em Psiquiatria de Ligação desenvolvido no Hospital Fernando Fonseca se traduziu na melhoria dos cuidados prestados.

Do ponto de vista estatístico foram significativos os resultados relativos à forma do pedido e à informação colhida pelo psiquiatra de Ligação. Outros aspectos

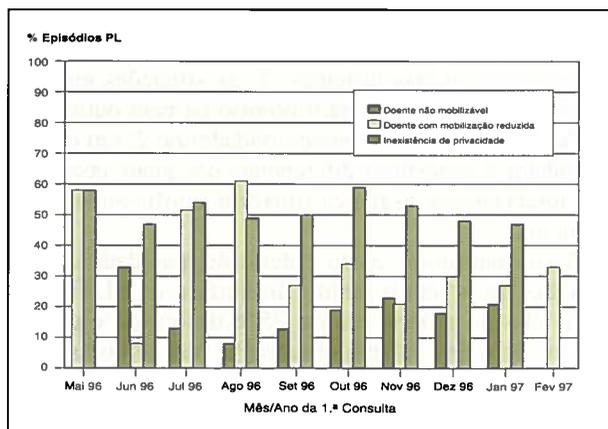


Fig. 4 – Doente não mobilizável / inexistência de privacidade na entrevista – Amadora 5/96 - 2/97 (N = 270)

como: a diminuição do tempo que medeia entre o internamento e o pedido e da percentagem de pedidos urgentes; o aumento do tempo dispendido com o médico e o enfermeiro e da taxa de doentes informados sobre a consulta de PL; o aumento da percentagem de doentes em que houve comunicação com os prestadores de cuidados médicos e psiquiátricos pós-alta, mostram igualmente o efeito positivo do programa de GQ.

Se pode haver dúvidas quanto à aplicabilidade de programas deste tipo, a nossa experiência tem mostrado que depois de um maior investimento inicial a sua aplicação no dia a dia se torna bastante simples. A análise da evolução dos indicadores revelou-se fundamental para podermos acompanhar o impacto do programa e manter os ganhos alcançados.

Esperamos que no futuro outros serviços possam pôr em prática programas de Garantia de Qualidade a vários níveis.

BIBLIOGRAFIA

1. APARÍCIO V: Evaluación de los Servicios de Salud Mental, ed. Asociacion Española de Neuropsiquiatria, Madrid 1993.
2. FAUMAN M: Quality Assurance Monitoring in Psychiatry. *Am J Psych*, 1989;146:1121-30.

3. ZUSMAN J, ROSS E: Evaluation of the Quality of Mental Health Services. *Arch Gen Psych* 1969;20:352-7.
4. CALDAS DE ALMEIDA JM, XAVIER M: Avaliação e Garantia de Qualidade dos Serviços de Saúde Mental. *Acta Méd Port* 1995;8:119-31.
5. HERZOG T, HUYSE FJ, MALT UF, CARDOSO G, CREED F, et al: Quality Assurance (QA) in Consultation-Liaison Psychiatry and Psychosomatics. Development and Implementation of an European QA System. In: Baert AE (ed.) European Union Biomedical and Health Research. The BIOMED 1 Program, IOS Press, Amsterdam 1995;525-6.
6. HUYSE FJ and members of the ECLW: European Consultation-Liaison Workgroup (ECLW) for General Hospital Psychiatry and Psychosomatics. *General Hospital Psychiatry* 1991;13:383-8.
7. HUYSE FJ, HERZOG T, MALT UF, LOBO A, and the ECLW: The European Consultation-Liaison Workgroup (ECLW) Collaborative Study. I. General Outline. *General Hospital Psychiatry* 1996;18:44-55.
8. LOBO A, HUYSE FJ, MALT UF, OPMEER B and the ECLW: The ECLW Collaborative Study. II. Patient Registration Form (PRF): Instrument, Training and Reliability. *J Psychosom Res* 1996;40:143-56.
9. STEIN B & HERZOG T: Quality Management in the General Hospital: A Manual for CL Teams 1995.
10. MAYOU R, HAWTON K: Psychiatric Disorders in the General Hospital. *Br J Psychiatry* 1986;149:172-90.
11. FULOP G, STRAIN JJ, HAMMER JS, LYONS J: DRGs, Psychiatric Comorbidity and Prolonged Length of Stay. *Hospital and Community Psychiatry* 1989;40:80-2.
12. LYONS JS, HAMMER JS, STRAIN JJ, FULOP G: The Timing of Psychiatric Consultation in the General Hospital Stay. *General Hospital Psychiatry* 1986;8:159-62.

NOTA: * Este trabalho integra-se no Estudo Europeu de Garantia de Qualidade em Psiquiatria de Ligação e Psicossomática desenvolvido por Thomas Herzog, Frits Huyse, Barbara Stein, Ulrik Malt e pelos seguintes membros do European Consultation-Liaison Workgroup (ECLW) como coordenadores nacionais: Graça Cardoso, Francis Creed, António Lobo e Marco Rigatelli. O estudo recebeu o apoio do programa Biomed 1 da União Europeia (N.º de processo: PL 931706) sob o título de «Quality Assurance (QA) in Consultation-Liaison Psychiatry and Psychosomatics. Development and Implementation of an European QA System» e da Fundação Robert Bosch (N.º de projecto: 11.5.1090.0036.0) sob o título de: «Gestão de qualidade na área dos cuidados psicossociais num hospital geral: desenvolvimento, 11.5.1090.0036.0) sob o título de: «Gestão de qualidade na área dos cuidados psicossociais num hospital geral: desenvolvimento, experimentação e validação de um programa de gestão de qualidade». Participaram também no desenvolvimento do presente estudo os seguintes membros do ECLW: Wolfgang Sollner, Angelika Riessland, Patrice Guex, Fritz Stiefel, Barbara Garofoli, Rob Strack van Schjindel, Antonio Bulbena, Ricardo Campos, Allan House, Henrich Bille, Volker Arolt, Kurt Fritzsche, Hermann Federsmidt. A preparação de documentos e resultados foi assegurada por Barbara Stein, Michael Moser, Armin Hartmann e Christian Roesler. Tiveram um papel de consultores Jeffrey Hammer, John Lyons, Rudiger Klar, Helmut Wollschlager, Sabine Rohde e Klaus Piwernets. A nível nacional têm tido um papel activo no estudo, além das autoras, os seguintes profissionais: José Machado Nunes, Filomena Nabais e Luís Sardinha (Departamento de Psiquiatria do Hospital São Francisco Xavier); Isabel Brandão, Alzira Silva, Paula Ferreira, Rui Sousa, Rosa Granjeia e Celeste Brito (Serviço de Psiquiatria do Hospital de São João); António Gouveia (Departamento de Bioestatística da Faculdade de Medicina de Lisboa).