



e s c o l a s u p e r i o r d e  
e n f e r m a g e m  
d e c o i m b r a

---

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM SAÚDE MENTAL E  
PSIQUIATRIA**

Caracterização das pessoas que recorrem à urgência de psiquiatria  
do Serviço de Urgências dos Hospitais da Universidade de Coimbra

Margarida Maria da Costa Coelho Nina

Orientadora: Doutora Maria Luísa da Silva Brito, Professora Coordenadora da Escola  
Superior de Enfermagem de Coimbra

**Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para  
obtenção do grau de Mestre em  
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.**

Coimbra, Maio



## **Pensamento**

*“Todos os dias, quando acordamos, nos deparamos com diferentes desafios e obstáculos no caminho. Mas o mais importante é não perder as esperanças de que tudo um dia será melhorar.”*

Autor Anónimo.



## **Agradecimentos**

Quero expressar o meu agradecimento a todas as pessoas que contribuíram para a concretização deste trabalho.

Quero deixar um agradecimento especial aos meus colegas do Serviço de Urgência dos HUC pelo seu contributo, aos Superiores Hierárquicos responsáveis pelas autorizações e a alguns Psiquiatras pela disponibilidade demonstrada.

Um especial agradecimento à Professora Orientadora Maria Luísa Brito pela disponibilidade, carinho, paciência e colaboração, abdicando da sua vida pessoal para reunir, discutir e ouvir nos momentos mais complicados.

Às pessoas que me são mais próximas, um obrigado por me deixarem concretizar e realizar este projeto pessoal, abdicando do convívio diário.

O meu agradecimento sentido.



## **Lista de Siglas**

**ANA** –American Nurses Association

**APA** – American Psychiatric Association

**CHUC**- Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

**CIPE** – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

**DGS** – Direcção-Geral da Saúde

**DL** – Decreto-lei

**DSM** - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manual de Diagnósticos e Estatísticas das Perturbações Mentais)

**ERS** - Entidade Reguladora da Saúde

**ESEnfC** - Escola Superior de Enfermagem Coimbra

**ESMP** - Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

**HUC** - Hospitais da Universidade de Coimbra

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**OE** – Ordem enfermeiros

**OCDE** – Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Económico

**PNSM** – Programa Nacional para a Saúde Mental

**RNCCI** - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

**REPE** - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

**SNS** – Serviço Nacional de Saúde

**SPESM** - Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental

**UP** – Urgência de Psiquiatria



## RESUMO

Este Trabalho, realizado no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, visou fazer a caracterização das pessoas que acorrem em 2012 à Urgência de Psiquiatria do Serviço de Urgência dos Hospitais da Universidade de Coimbra.

O estigma e o simbolismo social associados à doença mental são fatores que, aliados às falhas do SNS a nível assistencial - dificuldade de marcação de consulta, problemas de acessibilidade aos cuidados saúde especializados, escassez de respostas efetivas às diferentes necessidades de cuidados de saúde das populações, existência de problemas na continuidade de cuidados, tal como previsto no PNSM 2007/2016 - contribuíram para um aumento do número de doentes que acorrem à Urgência de Psiquiatria (UP).

Após uma breve revisão dos principais conceitos relacionados com a problemática da Urgência de Psiquiatria, foi feita uma análise das características dos doentes, tendo por base os registos efetuados pelos enfermeiros sobre os motivos/queixas - Triagem Manchester - que levaram os doentes a recorrer à UP.

Um dos objetivos deste trabalho foi a caracterização e encaminhamento dos doentes que acorreram à urgência de psiquiatria dos CHUC - Pólo HUC no ano de 2012, a nível sociodemográfico, problemas sociais e encaminhamento após observação na UP. Numa segunda etapa foi feita a identificação dos focos de intervenção dos enfermeiros, a partir das queixas/motivos que levaram os doentes a recorrer à UP (baseado na Triagem de Manchester) e nos registos efetuados pelos enfermeiros. Seguida da caracterização da amostra relativamente à distribuição dos focos de intervenção segundo o género, as faixas etárias e o encaminhamento.

A amostra em estudo foi constituída por 1201 doentes que acorreram à UP dos HUC no ano 2012, dos quais 64,20% eram do sexo feminino, com uma predominância na faixa etária dos 30-63 anos (61,4%), tinham problemas sociais (5,83%), a maior parte teve alta para o domicílio 67,53%, ficaram internados nos HUC (10,91%) e no HSC (8,91%).

Relativamente aos focos de intervenção dos enfermeiros, a depressão destaca-se em 25,6 % dos casos, seguida da ansiedade (19,9%), e da tentativa de suicídio (14,4%).

No sexo feminino destaca-se a depressão (30,3%), a ansiedade (23,8%), seguida da tentativa de suicídio (15,7%). No sexo masculino a depressão é a mais prevalente (17,2%), seguida do uso de substâncias (15,9%) e da alucinação (13,1%).

Foi também analisada a distribuição dos focos de intervenção por género, idade e tipo de encaminhamento após a alta.

A prestação de cuidados neste sector pode ser melhorada, com a intervenção dos EESMP que pertencem à equipa de enfermagem, nomeadamente no acolhimento, acompanhamento do doente e família na UP, com uma abordagem centrada na vertente psicossocial e facilitando o acompanhamento/encaminhamento após alta.

**Palavras-chave:** doente mental, urgência psiquiátrica, focos intervenção de enfermagem

## ABSTRACT

This work, carried out within the scope of the Masters in Nursing of Mental Health and Psychiatry, aimed to make the characterization of the persons who in report 2012 to Urgency of Psychiatry of the Urgency Service of the Hospitals of the University of Coimbra.

The stigma and social symbolism associated with mental illness are factors that, together with the failures of the NHS at the care level - difficulty to obtain consultation, problems of accessibility to specialized health care, lack of effective responses to different health care needs of the populations, existence of problems in continuity of care, as foreseen in the PNSM 2007/2016 - contributed to an increase in the number of patients attending the Emergency Psychiatry (UP).

After a brief review of the main concepts related to the problem of Urgency of Psychiatry, an analysis was made of the characteristics of the patients, based on the records made by the nurses about the reasons / complaints that led the patients to use the UP, based on the Screening Of Manchester.

One of the objectives of this study was the characterization and referral of patients who attended to the urgency of psychiatry of CHUC - Polo HUC in 2012, at sociodemographic level, social problems and referral after observation in the UP. In a second stage, the nurses' intervention centers were identified, based on the complaints / motives that led the patients to use the UP (based on the Manchester Triage) and on the records made by the nurses, followed by the characterization of the sample regarding the distribution of intervention centers according to gender, age groups and referral.

The study sample consisted of 1201 patients who attended the UP of the HUC in 2012, of which 64.20% were female, with a predominance in the 30-63 year age group (61.4%), had social problems (5.83%), most of them were discharged to their homes 67.53% were hospitalized in HUC (10.91%) and HSC (8.91%).

With regard to the nurses' intervention, depression stands out in 25.6% of cases, followed by anxiety (19.9%) and suicide attempt (14.4%).

In the female gender, depression (30.3%), anxiety (23.8%), followed by suicide attempt (15.7%). In males, depression is the most prevalent (17.2%), followed by substance use (15.9%) and hallucination (13.1%).

The distribution of intervention outbreaks by gender, age and type of referral after discharge was also analyzed.

The care of this sector can be improved, with the intervention of the SNEPS belonging to the nursing team, namely in the reception, patient and family care in the UP, with a psychosocial approach and facilitating follow-up / referral after discharge.

**Keywords:** mental patient, psychiatric urgency, foci nursing intervention

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela nº 1</b> - Características sociodemográficas dos utentes da amostra.....	65
<b>Tabela nº 2</b> - Caracterização da amostra quanto a existência de problemas sociais.....	65
<b>Tabela nº 3</b> - Distribuição dos utentes da amostra relativamente ao encaminhamento após a observação na UP.....	67
<b>Tabela nº 4</b> - Apresentação dos dados sobre as queixas/motivos de recorrer à UP, com base nos registos efetuados pelos enfermeiros.....	68
<b>Tabela nº 5</b> - Distribuição dos focos atenção de enfermagem (CIPE) em função das queixas/motivos de ida à UP.....	69
<b>Tabela nº 6</b> - Distribuição dos focos de atenção relativamente ao Género.....	71
<b>Tabela nº 7</b> - Distribuição dos focos de atenção por faixas etárias.....	73
<b>Tabela nº 8</b> - Distribuição dos focos atenção relativamente ao encaminhamento após a observação na UP.....	76



## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>17</b>
<b>1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b> .....	<b>20</b>
<b>1.1 - DEFINIÇÕES E CONCEITOS DE DOENÇA MENTAL</b> .....	<b>20</b>
<b>1.2 - O ESTIGMA ASSOCIADO À DOENÇA MENTAL</b> .....	<b>24</b>
<b>1.3 – Urgências Psiquiátricas – Conceitos e características</b> .....	<b>29</b>
<b>1.3.1 – Definições e conceitos</b> .....	<b>29</b>
<b>1.3.2 - Características das pessoas que recorrem à Urgência de Psiquiatria (UP)</b> .....	<b>30</b>
<b>1.3.3 - Principais motivos de ida à UP</b> .....	<b>33</b>
<b>1.4 - INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM Nas UP</b> .....	<b>35</b>
<b>1.4.1 - Focos de atenção nas UP</b> .....	<b>36</b>
<b>1.4.2 - Objeto de trabalho do enfermeiro nas UP</b> .....	<b>39</b>
<b>1.4.3 - Funções do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria (EESMP)</b> .....	<b>41</b>
<b>1.4.4 – Processo de Cuidados de Enfermagem</b> .....	<b>43</b>
<b>OBSERVAÇÃO</b> .....	<b>47</b>
<b>COMUNICAÇÃO</b> .....	<b>47</b>
<b>RELAÇÃO TERAPÊUTICA/AJUDA</b> .....	<b>49</b>
<b>ENTREVISTA PSIQUIÁTRICA DE EMERGÊNCIA</b> .....	<b>51</b>
<b>PLANO INTERVENÇÃO</b> .....	<b>52</b>
<b>EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO</b> .....	<b>54</b>
<b>1.4.5 - Mecanismos de Continuidade de Cuidados</b> .....	<b>55</b>
<b>Mecanismos de articulação/encaminhamento</b> .....	<b>57</b>
<b>Apoio aos familiares</b> .....	<b>59</b>
<b>2 - METODOLOGIA</b> .....	<b>61</b>

<b>2.1 - TIPO DE ESTUDO .....</b>	<b>62</b>
<b>2.2 – PROCEDIMENTO DE RECOLHA E TRATAMENTO DE DADOS.....</b>	<b>62</b>
<b>3 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS .....</b>	<b>64</b>
<b>4 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>77</b>
<b>As características e encaminhamento das pessoas que acorreram às UP .....</b>	<b>79</b>
<b>Os problemas sociais, .....</b>	<b>80</b>
<b>Focos de intervenção dos enfermeiros .....</b>	<b>82</b>
<b>Conclusão .....</b>	<b>104</b>

## **ANEXOS**

**ANEXO I** - Instrumento de colheita de dados

**ANEXO II** - Pedidos de autorização para realização da Investigação

## INTRODUÇÃO

No âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, surge o presente trabalho de investigação com o título de “Caracterização das pessoas que recorrem à urgência de psiquiatria do Serviço de Urgência dos Hospitais da Universidade de Coimbra”.

A prática de cuidados em enfermagem deve ter por base o conhecimento científico, sendo a investigação o pilar para sua sustentação.

Nesta perspetiva, Fortin et al. (2003) referem que:

*“A investigação em ciências da Enfermagem provem da investigação sistemática: esta pode incidir sobre as **clientelas**, quer seja sobre a prática dos cuidados e sobre os seus efeitos junto dos clientes, das suas famílias, da comunidade; quer seja ainda sobre o estudo dos **contextos de cuidados** (...).”*

*“O objeto da investigação diz respeito ao estudo sistemático de fenómenos presentes no domínio dos cuidados de enfermagem, o qual conduz à descoberta e ao desenvolvimento de saberes próprios da disciplina. Este saber organiza-se em torno de **conceitos**, de **modelos** e de **teorias** que estão na base da investigação e da prática (p. 26).*

Existem na nossa sociedade ideias pré concebidas sobre as pessoas com problemas mentais: que “são loucas”, “não funcionam bem”, “é preciso ter cuidado”, “podem ser perigosas”, “imprevisíveis”. São preconceitos estigmatizantes, que se vão repercutir na vida das pessoas e no pedido de ajuda especializado de que necessitam.

É frequente as pessoas com transtornos mentais evitarem consultar um psiquiatra, pelo estigma que isso possa trazer para a sua vida pessoal e profissional; é comum consultarem antes um neurologista, apesar de saberem antecipadamente que o seu problema é do foro psiquiátrico.

Este aspeto tem vindo progressivamente a ser ultrapassado, com uma maior abertura da opinião pública face à doença mental, especialmente devido à elevada prevalência e divulgação do problema da depressão.

Os motivos que levam os utentes a recorrer à UP (Urgência de Psiquiatria) relacionam-se frequentemente com o agravamento da sintomatologia ansiosa e depressiva, ou com intercorrências relacionadas com a patologia de base (como queixas psicossomáticas e intoxicações medicamentosas), para além de problemas associados ao abuso de substâncias ilícitas e alcoolismo.

Muitos destes doentes não cumprem o regime terapêutico, não comparecem às consultas ou então precocemente abandonam-nas, o que faz com que ocorram novas situações de crise, muitas das quais exigem internamentos compulsivos. Além disso, e segundo Kaplan et al. (1995) 5 a 30% das doenças físicas apresentam manifestações psiquiátricas (p.7).

Segundo Kaplan e Sadock (1995) uma emergência psiquiátrica “é qualquer perturbação nos pensamentos, sentimentos ou ações para a qual faz-se necessária uma intervenção imediata” (p.7).

Na psiquiatria de emergência o mais importante é identificar a origem do problema, se é orgânico, funcional ou ambos. Algumas patologias orgânicas (alterações metabólicas, diabetes mellitus, doenças da tiroide, intoxicações agudas, estados de abstinência, SIDA, traumatismos cranianos), por provocarem alterações do estado mental, podem colocar em risco a vida da pessoa, quando não identificadas nem tratadas precocemente.

Segundo Sadock e Sadock (2010) a “ansiedade difere de outras sintomatologias na medida em que pode estar na base de outras patologias que podem ser fatais como o enfarte agudo do miocárdio, embolias pulmonares, arritmias, hemorragias internas” (p.961).

Nem sempre é estabelecido um diagnóstico definitivo, e muitos doentes, após a estabilização, têm alta para o domicílio, medicados e/ou com marcação de consulta.

Assim a UP é o local mais procurado quando existe uma descompensação da doença ou agravamento da sintomatologia.

A doença mental é caracterizada por “respostas mal adaptativas aos agentes stressores de ambientes externos ou internos, evidenciada por pensamentos, sentimentos e comportamento incongruentes com as normas locais e culturais e que interfere com o funcionamento social, ocupacional e/ou físico do indivíduo” (Townsend 2011, p.16).

O mesmo autor cit. in ANA (2003) define enfermagem como “ a proteção, promoção e otimização de saúde e capacidade de prevenção das doenças e lesões, alívio do sofrimento, através do diagnóstico e tratamento da resposta humana, e a advocacia do cuidado do indivíduo, família, comunidade e população” (p.155).

O enfermeiro pode desempenhar um papel crucial na abordagem dos doentes mentais que ocorrem à UP, para isso têm que estar preparados e alertados para problemática que envolvem os doentes com patologia psiquiátrica.

Neste contexto, este estudo pretende reunir e analisar dados que contribuam para um melhor enquadramento da intervenção dos enfermeiros envolvidos neste processo de abordagem, com os seguintes objetivos específicos:

- Identificar as características mais comuns das pessoas com doença mental que acorrem à urgência de psiquiatria;

- Identificar os focos de intervenção dos enfermeiros envolvidos no processo de abordagem a este tipo de utentes/doentes.

Este estudo tem como contexto o serviço de urgência dos CHUC - HUC, num estudo descritivo retrospectivo das pessoas que acorreram ao serviço de urgência com encaminhamento para o sector de psiquiatria (UP), no período compreendido entre Janeiro a Dezembro de 2012.

A recolha dos dados foi feita com base na consulta dos registos efetuados pelos enfermeiros, em suporte de papel (livro de registos) dos doentes que acorreram à urgência psiquiátrica no referido período.

Este trabalho inicia-se com um enquadramento teórico, no qual será feita uma abordagem geral sobre a problemática da pessoa com sintomatologia/ doença mental em contexto de Urgência psiquiátrica, e sua relação com os sistemas e estruturas de continuidade de cuidados e encaminhamento de pessoas em situação crítica. Segue-se a apresentação da metodologia adotada e dos dados obtidos, bem como da discussão dos resultados. Na conclusão serão apresentadas sugestões.

A metodologia integra a questão da investigação, caracterização da amostra, o instrumento utilizado, bem como o procedimento que orientou a investigação e o tratamento estatístico efetuado.

Os últimos capítulos dizem respeito à apresentação, análise e discussão dos resultados.

A finalidade é melhorar a qualidade dos cuidados prestados às pessoas que acorrem à UP.

## **1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

Neste capítulo iremos focar a nossa atenção sobre o que existe em termos de literatura sobre o tema em causa. Aprofundando conhecimentos de forma fundamentada com base científica, através da revisão bibliográfica, expondo alguns conceitos centrais ao fenómeno e focalizados na problemática em estudo.

Numa primeira fase, será realizada uma abordagem da doença mental e suas repercussões na vida das pessoas, foco principal do nosso estudo, referindo também alguns aspetos importantes relacionados com saúde mental.

Posteriormente será efetuada uma revisão bibliográfica sobre toda a problemática que envolve o cuidar em contexto de Urgência Psiquiátrica, não deixando de mencionar alguns aspetos relacionados com os focos de intervenção dos enfermeiros segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

### **1.1 - DEFINIÇÕES E CONCEITOS DE DOENÇA MENTAL**

Para se falar de doença temos que necessariamente falar de saúde mental, pela importância que tem no contexto geral da vida das pessoas.

A saúde mental é um conceito amplo, de uma ou outra forma, diz respeito a todos os elementos de uma sociedade e à própria sociedade em si.

É o termo usado para descrever, um nível de qualidade de vida cognitivo ou emocional ou a ausência de doença mental. Numa perspetiva holística, a saúde mental incluiu a capacidade do individuo para apreciar a vida e procurar um equilíbrio entre as atividades e os esforços para atingir a resiliência psicológica (Gomes, 2010 e Sá, 2010).

A OMS define normalidade como um “estado completo de bem-estar físico, mental e social (...) esta classificação é limitada, pois define a saúde física e mental simplesmente como a ausência de doenças físicas ou mentais” (Sadock e Sadock, 2010, p.30).

Os mesmos autores citando a Mental Health: a reporto of The Surgeon General definem saúde mental como a “ realização bem-sucedida das funções mentais, em termos de

raciocínio, humor e comportamento, que resulta em atividades produtivas, relacionamentos satisfatórios e capacidade de se adaptar a mudanças e enfrentar adversidades”.

Segundo Loureiro (2014), uma pessoa com boa saúde mental sente-se bem consigo própria e na interação que estabelece com os outros, respondendo positivamente aos desafios e exigências da vida quotidiana. O que permite à pessoa desempenhar os seus papéis na sociedade onde está inserido, auto realizando-se a nível pessoal e profissional. Tem controlo nas suas emoções, um bom funcionamento cognitivo e interações sociais saudáveis com as pessoas que o rodeiam.

Neste contexto Amaral (2010) refere que são fatores, considerados como critérios reconhecidos, identificadores e determinantes, da graduação relativa de saúde mental, qualquer que seja a cultura e sociedade, o crescimento, o desenvolvimento e a autorrealização, as atitudes positivas em relação a si próprio e aos outros, a perceção consciente da realidade, a integração e resposta emocional, a autonomia e autodeterminação, o domínio do meio envolvente e competência social.

Existe uma diversidade de definições para um mesmo conceito doença mental, umas mais abonatórias que outras, consoante a evolução na investigação e mentalidades das pessoas ao longo dos tempos relativamente a esta temática.

Segundo Gomes (2010) cit. in (Henriques & Caldas de Almeida,1998) em termos de doença mental a sociedade é dicromática: de um lado o “louco”, do outro lado “ os outros”. A tendência de cada um de nós é o posicionamento do lado dos “outros”, mesmo que um quarto da população portuguesa sofra, em cada ano que passa, de um distúrbio mental e do comportamento.

Existem na literatura diversas terminologias para a doença mental: transtorno mental; perturbação mental, transtorno psiquiátrico, entre outros, mais ou menos estigmatizantes e abonatórias, iremos utilizar algumas dessas definições por uma questão de respeitar a ideia base de cada autor.

O Manual de Diagnostico e Estatística das Perturbações Mentais - 5<sup>TM</sup> (DSM-5<sup>TM</sup>) define a perturbação mental como:“ uma síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativas da cognição, da regulação da emoção, ou do comportamento do sujeito, que reflete uma disfunção dos processos psicológicos, biológicos ou do desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental. As perturbações mentais estão geralmente associadas com mal-estar ou défice social, ocupacional ou outras atividades importantes. Uma resposta expectável ou culturalmente aprovada a um fator de stress

comum ou a uma perda, tal como a morte de um ente querido, não é uma perturbação mental. O comportamento socialmente desviante (por exemplo, político, religioso, ou sexual) e os conflitos que ocorrem primariamente entre o sujeito e a sociedade não são perturbações mentais, a menos que o desvio ou conflito resulte de uma disfunção do sujeito, conforme se descreve acima” (APA 2014, p. 22).

O Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM) veio dar um contributo relevante nos diagnósticos das perturbações mentais, facilitando a investigação empírica. Dispondo atualmente a maioria dos diagnósticos de uma literatura empírica. Veio permitir que os diagnósticos passassem a ser mais objetivos. No entanto importa realçar que as categorias das perturbações mentais não são completamente distintas, com fronteiras absolutas que separam as perturbações mentais ou ausência de perturbação mental.

Perdura o conceito de que a classificação das perturbações mentais classifica as pessoas, mas na realidade o que é classificado são as perturbações que a pessoa possa manifestar. As perturbações mentais são divididas em tipos, baseadas num conjunto de critérios com características definidoras. Não se pressupõe que todas as pessoas com a mesma perturbação mental se assemelhem em todos os aspetos.

A DSM IV- TR reconhece a heterogeneidade de apresentações clínicas, o que inclui um conjunto de critérios politéticos, de acordo com os quais a pessoa apresenta um subconjunto de critérios de uma lista mais longa (APA, 2002).

Concomitantemente apareceram outras classificações de doenças e problemas relacionadas com a doença mental entre as quais a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10).

As doenças mentais podem ser divididas em cinco grandes grupos: distúrbios mentais comuns, como a depressão; distúrbios mentais graves, como a esquizofrenia; distúrbios alimentares, como a anorexia; distúrbios de personalidade e demências, nos quais se inclui o Alzheimer (Petre e NcCulloch, 2013).

Hoje sabe-se que diversos fatores interagem entre si, como personalidade individual, vulnerabilidade, situações de crise, têm influência sobre a saúde mental do indivíduo, mas não está demonstrado até que ponto se forem modificadas as situações, influenciam ou não o aparecimento da doença.

Existem dados, que apontam para uma predisposição genética para o aparecimento de determinadas patologias psiquiátricas, no entanto não existe ainda nada de concreto,

de que a vulnerabilidade seja um dos fatores predominantes para desencadear o seu aparecimento. Alguns diagnósticos têm relação direta com o desenvolvimento e fase da vida.

De facto, as perturbações do neurodesenvolvimento, as perturbações do espectro da esquizofrenia e outras perturbações psicóticas, manifestam-se em fases mais precoces da vida, enquanto as perturbações bipolares, depressivas e da ansiedade, aparecem mais frequentemente na adolescência e início da idade adulta (APA, 2014).

Os problemas de saúde mental propiciam o aparecimento de outras doenças, devido essencialmente à fraca adesão aos tratamentos médicos e barreiras sociais à obtenção de tratamento, e à própria redução do sistema imunitário, levam ao aparecimento de outras doenças como o cancro, as doenças cardiovasculares, a diabetes. Por outro lado pode coexistir causalidade inversa de determinadas patologias que podem despoletar doenças como a depressão, entre outras patologias psiquiátricas (OMS 2013 e 2014).

A doença mental é uma doença difícil de diagnosticar, por que não existem exames complementares que o permitam confirmar.

As hipóteses levantadas para o fator causal da doença mental são inúmeras, muitas delas com base empírica. Segundo Sá (2010), foi a partir da década de quarenta do século XX, em resultado de alguns estudos europeus e americanos, que encontraram uma correlação direta entre relações familiares e surgimento dos transtornos mentais.

A cultura é um outro fator a ter em conta no diagnóstico, a fronteira entre o normal e o patológico varia consoante o contexto social e cultural envolvente.

Na perspetiva de Cordeiro (2014), a vida psicológica das pessoas “é marcada pelas primeiras experiências de vida após o nascimento e até mesmo desde a gravidez. Da forma como decorrem essas primeiras experiências vão, com efeito, depender as condições psicológicas pessoais de fazer face ao stress e às dificuldades do dia-a-dia, durante toda a vida.

Compreender a 1ª infância é a melhor maneira de prevenir os desequilíbrios que podem ocorrer durante toda a trajetória que é o ciclo da vida humana, nomeadamente as chamadas – crises de desenvolvimento – puberdade, gravidez, crise de meia-idade, involução, e as crises acidentais, como uma doença física grave do próprio, a doença ou a morte de um familiar, a instabilidade e ainda insegurança social” (p.38).

Relativamente a este assunto Fonseca (2014) refere que “todo o comportamento humano, na saúde e na doença, assenta essencialmente sobre o conjunto das suas

informações hereditárias e sobre a capacidade de adaptação das mesmas ao longo de toda a evolução do seu ciclo vital” (p.45).

Na opinião do mesmo autor a genética pode dar um contributo para o esclarecimento da etiologia e evolução de muitas doenças psíquicas. A hereditariedade tem sido apontada como uma das etiologias mais importantes em psiquiatria, entre as quais cromossomopatias no caso do mongolismo e de outras trissomias, e a genes mal definidas que pode acontecer no caso da esquizofrenia.

A doença manifesta-se de forma diferente em homens e mulheres. Estas diferenças prendem-se com o sexo biológico, como a autorrepresentação do indivíduo, que incluem as consequências psicológicas, comportamentais e sociais de género percebido (APA, 2014).

A doença mental pelas suas próprias características, e pelo desconhecimento do fator causal para o surgimento da sintomatologia, encontra-se desde tempos remotos envolto num certo misticismo, cujas consequências ainda hoje são visíveis na abordagem dos doentes mentais, na procura de ajuda quando surgem os primeiros sintomas.

## 1.2 - O ESTIGMA ASSOCIADO À DOENÇA MENTAL

Tal como referimos anteriormente existem na sociedade diversos nomenclaturas para se referir às pessoas com problemas de saúde mental, que têm doença mental, transtorno mental, perturbação mental e doença psiquiátrica.

Existem outros termos de conteúdo depreciativo e estigmatizante como é “doido”, “psicótico”, “neurótico”, “louco” e “maluco” (Loureiro, 2014).

Os erros e preconceitos fazem parte do pensar do homem em todas as épocas, não só da psiquiatria mas da Medicina geral e em todos os ramos do saber (Guerra, 2014).

O julgamento de que um dado comportamento é anormal e necessita de atenção clínica, depende das normas culturais que são internalizadas pela pessoa e aplicadas por outros que o rodeiam, incluindo familiares e médicos.

Os significados, hábitos e tradições culturais também podem contribuir para o estigma, e o apoio da resposta social e familiar ao doente mental (APA 2014).

Numa perspetiva histórica da doença mental, podemos referir que houve uma evolução significativa e crescente em termos de conceitos e preconceitos. A crença de que a doença mental tem na sua génese fatores biológicos, existe desde tempos remotos, já

na Grécia antiga, Hipócrates pensava que a doença mental era causada por perturbações químicas no cérebro, a teoria dos quatro humores (sangue, bílis, linfa e fleuma) que determinavam o tipo de personalidade (Santos, 2001 e Cordeiro 2014).

Os “problemas do espírito” foram durante séculos (e ainda são em algumas culturas), considerados sobrenaturais. Supunha-se que esses “problemas” ocorressem em indivíduos possuídos por “maus espíritos”.

Segundo Santos (2001) citando Cordeiro (1987) “ Os Romanos foram os grandes inovadores nas formas de tratamento dos doentes mentais aos quais prescreviam dietas, fisioterapia e ludoterapia e aconselhavam atividades de grupo, (...) dando também um enorme contributo na vertente legal da abordagem do doente mental, incluindo no seu extraordinário direito, as bases da sua atual inimputabilidade” (p.37).

Com a queda das civilizações romana e grega verificou-se um declínio no desenvolvimento científico e cultural. Nos séculos seguintes as causas das doenças passaram a ser explicadas por causas variadas baseadas nas crenças religiosas, místicas e supersticiosas.

Em 1537 o benemérito João Cidade, funda em Granada um hospital onde os doentes mentais são alimentados, lavados, cuidados e tratados com humanidade e afetividade, expandindo-se, dando origem à atual Ordem de S. João de Deus, que ainda hoje se dedica a cuidar este tipo de doentes (Santos, 2001).

Segundo Santos (2001) “Terá sido nos finais do Século XVIII, que a Psiquiatria se desenvolveu como ramo diferenciado da Medicina. (...) várias personalidades, nomeadamente médicos, defenderam convictamente que a doença mental era um problema médico e que os indivíduos que dela padeciam mereciam e deviam ser tratados de forma humana” (p.43).

Na opinião de Cordeiro (2014) existiram três grandes revoluções que marcaram a evolução da história da psiquiatria:

- Finais do século XVIII, Pinel em França, separa o doente mental dos presos de delito comum, dando ao doente mental novos direitos, tratado em vez de ser punido;
- A introdução dos psicofármacos em 1950;
- Em 1960 a passagem da psiquiatria tradicional curativa à psiquiatria preventiva, centrada na preocupação com a saúde, tal como é definida pela OMS, considerada pelo autor como a 3ª grande revolução na história da psiquiatria (p. 37).

Somente há cerca de duzentos anos a Psiquiatria foi incorporada no campo da Medicina, tendo o conhecimento psiquiátrico, atingido uma fase de consolidação importante.

A partir do início do século XX surgiram novos dados sobre as alterações biológicas que ocorrem nas doenças mentais, que deram um contributo importante para conhecimento do dinamismo psíquico.

A OMS (2001) num relatório dedicado à Saúde Mental – Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança – destaca o sofrimento, o estigma, a vergonha e a exclusão a que os doentes e família estão sujeitos. Destacando as barreiras a que estão sujeitos os doentes mentais e as dificuldades de integração na sociedade, e as atitudes e representações relativamente às doenças mentais e psiquiátricas (Loureiro, 2008).

Em Portugal, a psiquiatria e os doentes com patologia psiquiátrica desde sempre foram vistos como “parente pobre” pelas diversas políticas de saúde vigentes, não usufruindo das mesmas condições em questões de recursos, tendo como referências outras patologias médicas e cirúrgicas em contexto de urgência.

No que concerne a este assunto Guerra (2014) refere que, “a civilização moderna, mantém os mesmos preconceitos e os mesmos erros dos homens da Idade Clássica, da Idade Média ou do Século das Luzes. Temos as mesmas atitudes fundamentais para com certas verdades estabelecidas pela ciência” (p.139).

O conhecimento científico das doenças mentais é muito recente, há relativamente poucos anos a psiquiatria se colocou em situação de igualdade com as outras disciplinas médicas. As crenças religiosas, as ideias filosófico-metafísicas, a estrutura social, política e económica, são fatores que ao longo da história contribuíram para formar o conceito de doença mental (Guerra, 2014).

Segundo o mesmo autor, a atitude da sociedade perante os doentes mentais é um triste capítulo na história da civilização, “chamando-lhes alienados, separados e isolados da comunidade, pessoas que perderam direitos porque a doença lhes consumiu o espírito, atributo essencial do homem. Um doente com uma fratura, uma infeção (...) perda temporária ou definitivamente da saúde do corpo, o médico cuida de o tratar; a sociedade não o exclui do seu seio; pelo contrário, dispensa-lhe uma atenção que não dispensa aos sãos. A doença cria-lhe novos direitos, não os priva dos que possui.

O “louco”, o indivíduo que perdeu a razão, foi durante milénios olhado de uma maneira totalmente diferente. (...) não tinha o sentimento da própria moléstia, não pedia auxílio de ninguém, proclamava até que não estava doente, os outros é que estavam ( p. 14).

Só mais recentemente na última década, se começou a dar mais atenção aos problemas da saúde mental, essencialmente a partir da Conferência Ministerial dos Estados Membros da região europeia da OMS em 2005 em Helsínquia, de que resultou a Declaração Final «Enfrentar os desafios, construir soluções», à qual o Governo Português aderiu.

A partir daí verifica-se algum investimento na saúde mental, para tal a Comissão Europeia elaborou o Livro Verde «Melhorar a saúde mental da população. Rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia», onde constam orientações específicas em matéria de saúde mental, acentuando a necessidade de promover alterações substanciais nos modelos de intervenção neste domínio, aos Estados Membros. Baseado nestas orientações o governo português emite o despacho nº 11 411/2006, de 26 de Abril, publicado no Diário da Republica, 2ª série, nº 101, de 25 de Maio de 2006, após o que é constituída a Comissão Nacional para a reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, a qual em 2008 publica o Plano Nacional de Saúde Mental (2007- 2016).

Pode ser considerada um marco fundamental na história da psiquiatria da última década, pela importância das orientações que constam desse documento, em matéria de promoção da qualidade dos cuidados saúde mental e sua organização, promovendo a descentralização e equidade dos cuidados de saúde mental, a proteção dos doentes com patologia psiquiátrica entre outros aspetos que importa realçar *“Promover a integração dos cuidados de saúde mental no sistema geral de saúde, tanto a nível dos cuidados primários, como gerais e dos cuidados continuados, de modo a facilitar o acesso e a diminuir a institucionalização”* (DGS 2008, p.5).

A evolução das ideias ocorre, passando a focalizar-se na saúde mental das pessoas em vez da doença, canalizando todo o interesse na prevenção.

Apesar dos avanços que se têm verificado neste âmbito, nomeadamente a nível do conhecimento destas patologias, das terapêuticas disponíveis, das técnicas de reabilitação psicossocial, da adoção de novas políticas de saúde mental, as doenças mentais continuam a ser tratadas de modo diferente das demais doenças medicas (Guerra, 2014).

As taxas de mortalidade por idade e sexo nas pessoas com distúrbios mentais, é maior que na população em geral. As pessoas com depressão e esquizofrenia têm entre 40% a 60% mais probabilidade de morrer prematuramente, devido a problemas de saúde não vigiados (como cancro, doenças cardiovasculares, diabetes e SIDA) e maior probabilidade de cometerem suicídio.

Segundo a OCDE (2013) o suicídio é a causa mais comum de mortalidade entre os jovens dos 15 a 29 anos em todo o mundo. Em Portugal no ano 2014, o Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses registou 1.074 casos de suicídio, o que representa o dobro das mortes do que em acidentes rodoviários.

O plano de Ação da Saúde Mental 2013/2020 da OMS reconhece o papel essencial da saúde mental na saúde de toda a população, cujo objetivo é atingir equidade através da cobertura universal reiterando importância da prevenção (OMS, 2013.)

A adoção de estratégias de prevenção adicional em áreas específicas, como exemplo o consumo de substâncias ou a tentativa de suicídio.

Em 2014 a OMS desenvolveu um relatório no sentido tornar a prevenção do suicídio um imperativo das políticas a implementar.

A OCDE em 2014 publicou um relatório em que analisava as consequências dos problemas de saúde mental ao nível do trabalho e da produtividade.

Em 2012, Portugal apresentava a mais alta taxa de prevalência de doenças mentais na Europa, com uma prevalência anual de 22.9%, apenas ultrapassada pela Irlanda do Norte com 23.1% e pelos EUA com 26,4% (DGS,2014).

Em Portugal a saúde mental encontra-se associada a diversas problemáticas nomeadamente elevada prevalência, dificuldades de acesso a cuidados de saúde mental e impossibilidade dos utentes beneficiarem dos modelos de internamento assentes em programas de tratamento e reabilitação psicossocial (DGS, 2012).

Embora se incentive os tratamentos das doenças mentais na comunidade, o internamento consome 83% dos recursos segundo (PNSM 2007/2016).

O PNSM (2007/20016) conjuntamente com outras organizações internacionais e OMS definia no essencial a indivisibilidade da saúde mental face à saúde em geral, com preferência pelos cuidados na comunidade, os cuidados devem ser prestados em meio menos restrito possível; a proteção dos direitos humanos das pessoas com perturbações mentais, incluindo o direito aos cuidados adequados, residência e

emprego, bem como a proteção contra a discriminação; e a coordenação e integração de cuidados, de modo a facilitar a sua continuidade.

### 1.3 – URGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS – CONCEITOS E CARACTERÍSTICAS

A urgência de psiquiatria “*é a porta de entrada para o sistema de saúde mental, sujeita à pressão permanente de avaliar uma população heterogênea de doentes em crise e tomar decisões num contexto complexo caracterizado pela limitação de informação, tempo e recurso*” (Garrido, et al. 2011, p.145).

Neste contexto, importa clarificar as várias definições e conceitos, bem como as características dos utentes que recorrem às UP.

#### 1.3.1 – Definições e conceitos

As doenças mentais que necessitam de referenciação hospitalar com a Especialidade de Psiquiatria, são na sua maioria doenças mentais graves, como a esquizofrenia e outras como a tentativa de suicídio, que necessitam uma diferenciação no atendimento sob o ponto de vista técnico e científico.

Podem ser situações que pelo grau de gravidade podem ser urgentes ou emergentes.

- **Urgências** são todas as situações clínicas de instalação súbita, desde as não graves até às graves, com risco de estabelecimento de falência de funções vitais.
- **Emergências** são todas as situações clínicas de estabelecimento súbito, em que existe, estabelecido ou eminente, o compromisso de uma ou mais funções vitais. (DRS, 2001).

A psiquiatria de emergência “*vai para além da psiquiatria geral para incluir problemas especializados como o abuso de substâncias, crianças e cônjuges, a violência do suicídio, do homicídio e do estupro e problemas sociais como a falta de moradia, envelhecimento, competências e síndrome de imunodeficiência adquirida (AIDS). Os psiquiatras de emergência deve estar atualizados sobre problemas médico-legais e tratamento gerenciado (Plano de Saúde)*” (Sadock e Sadock, 2010,p. 960)

Uma emergência psiquiátrica é qualquer perturbação nos pensamentos, sentimentos ou ações, para a qual é necessária uma intervenção terapêutica imediata, pois a agitação

e agressividade faz parte do cotidiano das UP, por descompensação dos doentes (Kaplan e Sadock et al, 1993).

A UP nos CHUC, dadas as constantes reformulações a nível físico, não conseguiu até ao momento definir um espaço adequado às urgências psiquiátricas. Os doentes são observados por vezes em ambientes desadequados, na sala de espera ou corredores com a permanência de outros doentes e familiares que podem pôr em causa a abordagem terapêutica (Garrido et al. 2011).

Segundo os mesmos autores a Urgência Psiquiátrica (UP) tem como principal objetivo estabilizar e orientar os doentes em crise, colmatando as falhas existentes a nível dos sistemas locais de ambulatório, nomeadamente a nível da consulta externa e dos serviços comunitários.

Relativamente a este assunto, Gagnon (2011) refere que *“as urgências psiquiátricas estão a surgir a um ritmo alarmante (...) assumindo várias formas na Urgência. Estes doentes podem chegar com grave disfunção de comportamento, humor, pensamento ou percepção, que representa um risco significativo na vida diária ou para a integridade psicológica da pessoa”* (p.734).

Na abordagem do doente psiquiátrico nas UP, para além de assegurar os cuidados imediatos, é essencial e fundamental garantir as condições de segurança dos profissionais de saúde e do próprio doente e de terceiros.

Os problemas de saúde mental constituem atualmente a principal causa de incapacidade e uma das mais importantes causas de morbilidade nas nossas sociedades (Sá, 2010).

### **1.3.2 - Características das pessoas que recorrem à Urgência de Psiquiatria (UP)**

Segundo (Gagnon, 2011), *“as situações que são observadas com mais frequência no serviço de urgência são, as crises de ansiedade, perturbações de pânico, depressão, ideação suicida, esquizofrenia, e consumo de substâncias com doença concomitante”* (p.734).

No que concerne ao doente típico do serviço de urgência psiquiátrica dos CHUC por sexo, *na opinião de Bastos et al., (2011)*

*“é do sexo feminino tem entre 50 a 69 anos, é casada, doméstica ou trabalhadora dos serviços, recorre ao serviço de urgência por queixas físicas (cefaleias, palpitações, mal*

*estar geral, falta de força), embora também relate espontaneamente sintomatologia depressiva e ansiosa, é referenciada á psiquiatria após observação por outra especialidade (habitualmente medicina interna), acabando por receber o diagnóstico de estado de ansiedade, transtornos depressivos, depressão neurótica ou reação de ajustamento, tendo alta para o domicílio ou num menor número de vezes, para uma consulta do seu médico de família”.*

No que se refere ao sexo masculino, a faixa etária reduz drasticamente localizando-se *“entre os 30 e 45 anos, solteiro, operário, trabalhador agrícola ou desempregado, ocorre à urgência após episódio de alteração do comportamento e agressividade e/ou no contexto de consumo/dependência de drogas, por vezes com mandato de condução ao abrigo da Lei de Saúde Mental. É triado diretamente para o sector psiquiátrico, acabando por receber o diagnóstico de psicose ou síndrome de dependência de drogas, motivo pelo qual é internado compulsivamente ou após negociação voluntaria”* (p.186).

Para Garrido et al (2011), a agitação psicomotora é um problema com que se debatem os profissionais de saúde na abordagem inicial dos doentes que ocorrem ao serviço de Urgência. Apesar dos avanços em termos terapêuticos, com a entrada no mercado de novos antipsicóticos de segunda geração, para o tratamento de agitação aguda, poucos ou nenhuns clínicos gerais fazem uso desses fármacos, sem um diagnóstico diferencial, a contenção física é uma das técnicas mais utilizada, para conter o doente.

A agitação é sem dúvida um problema que afeta grande parte dos doentes encaminhados para o sector da psiquiatria da urgência.

É definida por Garrido et. al. (2011) como sendo um *“síndrome transnosológico complexo e dinâmico que impõe um sentido de urgência, limitação temporal para a tomada de decisão e necessidade de intervenção imediata, (...) é um estado de inquietação motora, acompanhada de tensão mental, (...) um estado de atividade psicomotora pouco organizada ou sem propósito, decorrente de mal-estar físico ou psíquico”*( p.170).

É frequentes nos doentes agitados, a hiperatividade motora, irritabilidade, ansiedade, combatividade, ausência de crítica e comportamentos violentos.

Na agitação moderada o doente normalmente mostra-se inquieto, não consegue permanecer sentado, desloca-se de um lado para o outro, com movimentos repetitivos das mãos e braços. Nos casos de agitação severa o doente apresenta-se excitado movendo-se de um lado para o outro, fala alto ou grita, por vezes agressivo.

As causas podem ser múltiplas, segundo Garrido et. al. (2011), vão desde

*“as condições médicas que causam disfunção cerebral: Toxicidade medicamentosa, endócrinas, infecções e febre no idoso, afeções gerais e metabólicas e do sistema nervoso central. Estados de intoxicação: drogas ou álcool, a privação também pode desencadear estes quadros. Condições psiquiátricas: psicoses (psicose esquizofrênica, perturbação delirante, perturbação esquizoaffectiva, crise maníaca), depressão agitada, crise ansiedade, distúrbio de personalidade (borderline, antissocial e paranoide), reação de aguda ao stress e perturbação de stress pós-traumático, oligofrenias, autismo e transtorno de deficit de atenção com hiperatividade” (p.170).*

O tratamento sintomático tem ser bem ponderado, primeiro tem que haver um diagnóstico provisório, dado que a agitação só por si não faz um diagnóstico, é apenas um sintoma, sendo a causa por vezes desconhecida.

Em determinadas as situação clínica devido ao estado do doente, a maior parte das vezes tem que proceder à contenção física e/ou farmacológica, de modo a proteger o doente e o meio envolvente, incluindo os profissionais.

Segundo os mesmos autores, citando a Associação Americana para a Psiquiatria de Emergência referenciou uma média anual de 8 agressões a profissionais saúde por doentes agitados em contexto de urgência.

O tratamento farmacológico tem como objetivo, controle rápido e eficaz da agitação, com o mínimo de efeitos secundários, melhorar a capacidade do doente para colaborar na avaliação, de modo a permitir estabelecer posteriormente uma relação positiva com doente.

Os fármacos a utilizar devem ser os que têm maior adesão por parte do doente, que o acalmem sem causar sedação, de modo a poder participar no processo de tratamento e fornecer a história clínica, possibilitando a identificação da etiologia da agitação e o início do tratamento dirigido à patologia que lhe está subjacente.

Segundo Garrido et al. (2011) há determinados fatores que têm que ser bem ponderados na escolha do fármaco perante um doente agitado, nomeadamente *“o local de tratamento; facilidade de administração (por via intramuscular ou oral, soluções orais ou orodispersíveis) e de ação rápida; aceitação do doente (a maior parte tem preferência pela via oral em detrimento da via injetável); disponibilidade de alternativas para dar continuidade ao tratamento” (p. 172).*

### 1.3.3 - Principais motivos de ida à UP

Existem ideias preconcebidas de que os doentes que ocorrem às Urgências psiquiátricas são violentos e perigosos, o problema da violência só se coloca quando o doente está agitado e descompensado. São consideradas verdadeiras urgências psiquiátricas as ideações suicidas, tentativas de suicídio, quando se coloca a prevenção do suicídio. A maioria dos doentes psiquiátricos apresenta-se voluntariamente a pedir auxílio em momento de crise, ao contrário do que se pensa.

A acessibilidade à ajuda profissional nem sempre é fácil, recorrendo por vezes às pessoas mais próximas (Sousa, 2015).

Na perspetiva de Prates e Igue, (2010), os doentes que acorrem às UP *“devido ao acumular de situações de vida, problemas sociais, envolvendo relações interpessoais complicadas, doenças físicas associadas a esses problemas e situações físicas que são influenciadas por fatores psicossociais, pelo menos 33% dos diagnósticos são de natureza psicossocial”* (p. 410).

Ignoradas pela pessoa ou familiares que conduz a situações mais graves, como as tentativas de suicídio, doenças psicossomáticas, que têm por base quadros arrastados de depressão. Sendo os comportamentos para-suicidários um problema grave de saúde pública (Werland, 2005).

A maioria da população reside em regiões com difícil acesso aos cuidados de saúde primários ou encontra-se a mais de 40 minutos de cuidados públicos de psiquiatria e apenas 1,5% da população beneficia de um nível de acesso considerado satisfatório. (ERS,2013).

Uma grande percentagem de doentes que são encaminhados para as UP, pela inexistência de especialidade na área de residência, na sua maioria são doentes seguidos em consultas externas e que por agravamento da sintomatologia procuram o serviço; encaminhados pelo médico de família para avaliação psiquiátrica; dos consultórios particulares; ou encaminhados de outras Instituições Hospitalares para avaliação por um psiquiatra por alteração do comportamento não atribuído a alterações orgânicas; por intoxicações medicamentosas ou outro tipo de auto agressão (tentativas de suicídio); doentes em “crise” encaminhados para internamento compulsivo, normalmente com um mandado de condução judicial (doentes esquizofrénicos descompensados e outros) e os ditos “usuários” do serviço urgência que diariamente

ocorrem ao serviço para se alimentar e pernoitar, fruto de problemas sociais graves, relacionadas com doença mental e abuso de substâncias, renitentes a ser ajudados, pois têm dificuldade em cumprir regras e cedo abandonam as Instituições de acolhimento e voltam a recorrer à urgência.

Segundo Bastos et. al. (2011)

*“os dados epidemiológicos referentes aos doentes observados em contexto de urgência psiquiátrica em outras regiões ou países, existem algumas diferenças nomeadamente na Austrália e Espanha em que os doentes psiquiátricos atingem uma percentagem mais reduzida, não ultrapassando os 5,3% comparativamente com os nossos 6,6%. Podendo ser explicável pela dificuldade de acesso a estes serviços mais diferenciados, por outro lado podem existir fatores socioculturais que possam influenciar a adesão terapêutica e o seguimento em consultas da especialidade que levam a estes resultados” (p.186)*

Segundo os mesmos autores, no que diz respeito à proporção de homens/mulheres num estudo australiano era 1:1 e de 2:1 num estudo brasileiro, o estudo efetuado pelos autores a proporção é de 2:1, semelhante ao encontrado num estudo idêntico em 2006 no Hospital de Viseu. Relativamente aos internamentos verificou um maior número de homens internados, podendo estar relacionado com a gravidade da doença, embora não seja a única razão plausível.

Partindo do 3º Censo Psiquiátrico realizado em 2001, que apontava para 100 mil urgências psiquiátricas em Portugal, Bastos et al (2011) pressupõe que 10% se tenham verificado nos HUC.

Segundo o mesmo Censo, “os grupos nosológicos mais frequentes eram 21,3% atribuídos ao álcool, seguido das depressões com 20,2%, as perturbações neuróticas com 12,2%, as reações de ajustamento com 9,2%, e as esquizofrenias com 6%, no estudo efetuado pelos autores os transtornos depressivos e ansiosos assumem maior percentagem com 50%, no qual se enquadram estados de ansiedade, reações de ajustamento, transtornos depressivos e depressões neuróticas. Os diagnósticos relacionados com consumo/dependência de álcool e drogas apenas uma percentagem de 11,3%, as psicoses aparecem em menor número com 6% do total” (Bastos et. al., 2011, p.186)

No que concerne a este assunto, os mesmos autores cit in DGS (2007) referem que no ano de 2005 no distrito de Coimbra, houve apenas 3768 episódios de urgência psiquiátrica, que fica muito aquém dos dados recolhidos pelos autores 4537 nos primeiros 6 meses de 2010, o que leva a uma reflexão sobre estes dados e a justificação para os mesmos.

As urgências psiquiátricas estão a aumentar nos serviços de urgência a um ritmo alarmante. Segundo os dados do Centro para Prevenção e Controlo da Doença, indicam que 30% do total de casos tratados nas urgências são de natureza psiquiátrica. Podem apresentar diversificadas sintomatologia/patologia, como graves disfunção do comportamento, humor, pensamento ou perceção, que representa um risco significativo para a própria vida, para a vida diária ou para integridade psicológica (Gagnon, 2011).

#### 1.4 - INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NAS UP

Segundo Carvalho (2010) um dos desafios que se coloca à Enfermagem do séc. XXI, *“é que consiga trazer uma mais-valia, uma maior qualidade à prestação dos cuidados de Saúde. A qualidade só se consegue com trabalho e rigor. Este trabalho e rigor passa por uma atividade diagnostica profunda, pela utilização adequada de instrumentos de avaliação, que estão ao alcance e que podem e devem ser utilizados no trabalho diário”* (p. 65).

As teorias de enfermagem tiveram origem no modelo biomédico, sendo o enfoque principal deste modelo a doença e a busca da sua etiologia a nível externo.

Segundo Maria et al. (2003) *“a enfermagem embora influenciada pelo enfoque da doença e do tecnicismo, busca através dos seus modelos teóricos, uma aproximação com a visão do ser humano integral, com a visão de que o equilíbrio natural do ser humano é resultante da integração do corpo, mente, espírito e ambiente, considerando que vários tipos de influência afetam o foco em estudo no paciente/cliente e que eles resultam de uma interação complexa e multifatorial”* (p. 25).

Segundo as mesmas autoras, as teorias de enfermagem deram origem aos **focos de atenção de enfermagem** descritos pelo Conselho Internacional de Enfermagem (CIE) como, *“a área de atenção descrita por um comando social e profissional e uma estrutura conceitual da prática profissional de enfermagem”* (p.26).

A Classificação internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) considera os seguintes focos para a prática de enfermagem: o ser humano e o ambiente. O Ser humano visto como individuo (função e pessoa) e como grupo (família e comunidade).

Segundo Conselho Internacional de Enfermeiras (2002), a CIPE é uma classificação de fenómenos de enfermagem, ações de enfermagem e resultados de enfermagem, que descreve a prática de enfermagem.

### 1.4.1 - Focos de atenção nas UP

Segundo Maria et al. (2003), as teorias de enfermagem deram origem aos **focos de atenção de enfermagem** descritos pelo Conselho Internacional de Enfermagem (CIE) como, “a área de atenção descrita por um comando social e profissional e uma estrutura conceitual da prática profissional de enfermagem” (p.26).

A Classificação internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) considera os seguintes focos: o ser humano e o ambiente; o ser humano visto como indivíduo (função e pessoa) e como grupo (família e comunidade).

Segundo Conselho Internacional de Enfermeiras (2002), a CIPE é uma classificação de fenómenos de enfermagem, ações de enfermagem e resultados de enfermagem, que descreve a prática de enfermagem.

Segundo as mesmas autoras, a enfermagem faz parte integrante do sistema de cuidados de saúde, engloba a promoção da saúde, a prevenção da doença e os cuidados a pessoas de todas as idades com doença física, doença mental ou deficiência, em resposta aos problemas de saúde reais ou potenciais.

Faz sentido dotarmos os enfermeiros de competências no domínio do saber (conhecimento) ao nível das metodologias de intervenções psicoterapêuticas (relação de ajuda, reestruturação cognitiva, estimulação cognitiva, técnicas de modificação de comportamento).

Segundo Amaral (2010) a promoção da saúde mental “deve ser uma prioridade de qualquer sistema, porque constitui o pilar determinante para o equilíbrio social e pode ser implementado em diversos contextos, com ênfase para a comunidade.

A compreensão psíquica implica por parte do enfermeiro em saúde mental, uma atitude de predisposição, atenção e discernimento para com os aspetos e componentes psicológicos que existem, tanto na personalidade, como na sociedade. O alvo das suas atenções é a pessoa doente. O enfermeiro em vez de identificar aquilo que o indivíduo necessita, trabalha-o a nível do consciente, realçando o poder de observação das reações do indivíduo, tal como por ele são vividas, para dar resposta e poder restabelecer o nível de harmonia, antes existente.

A intervenção do enfermeiro é baseada na prescrição de intervenções de enfermagem que envolvem as relações interpessoais com os doentes e familiares e restantes elementos da equipa e sociedade, através de várias interações e transações diárias” (pp.1 - 2).

O plano de intervenção para cada diagnóstico, inclui as intervenções correspondentes ao domínio do nível fisiológico básico, nível fisiológico complexo e do nível comportamental.

Neste contexto, APE (2002) define diagnóstico de enfermagem como a designação atribuída pelo enfermeiro à decisão sobre um fenómeno que representa o foco das intervenções de enfermagem.

Segundo os mesmos autores, um diagnóstico de enfermagem é uma designação atribuída por um enfermeiro à decisão sobre um fenómeno que representa o foco das intervenções de enfermagem. O diagnóstico deve incluir um termo do eixo do foco da prática de enfermagem e um termo do eixo do juízo ou da probabilidade, sendo opcional o recurso a termos provenientes de outro eixo para reforçar o diagnóstico.

Os focos de atenção são definidos de acordo com a sintomatologia/queixa que o doente apresenta, em saúde mental existe uma diversidade significativa de terminologia CIPE, enquadrados no contexto do Trabalho.

Neste contexto, Maria et. al. (2003) citando a CIPE Beta 2 (2002) define:

Foco atenção **Agitação** como um tipo de hiperatividade com características específicas; excitação motora sem objetivo, atividade incessante, andar sem parar, descarga de tensão nervosa associada com ansiedade, medo ou stress mental. (CIPE Versão Beta 2, p.38)

Foco atenção **Agressividade** é um tipo de autocontrolo com características específicas; disposições tomadas para dominar em si próprios comportamentos de ataque, combativos e destrutivos frente a outros (CIPE Versão Beta 2, p.52)

Foco atenção **Alucinação** é um tipo de percepção com características específicas; aparente registo de estímulos sensoriais que realmente não estão presentes; classificam-se, de acordo com os sentidos, em alucinações auditivas, visuais e olfativas, gustativas ou tácteis (CIPE Versão Beta 2, p.45)

Foco atenção **Ansiedade** é um tipo de emoção com características específicas; sentimentos de ameaça, perigo ou infelicidade sem causa conhecida, acompanhados de pânico, diminuição da autosegurança, aumento da tensão muscular e do pulso, pele pálida, aumento da transpiração, suor na palma das mãos, pupilas dilatadas e voz tremula. (CIPE Versão Beta 2, p.47)

Foco atenção **Confusão** é um tipo de memória com características específicas; compromisso da memória, com desorientação em relação ao tempo, local ou pessoa,

desorientação, discurso incoerente, agitação, ausência de sentido de direção (CIPE Versão Beta 2, p.46).

Foco atenção **Delírio** é um processo de pensamento distorcido, com discurso: saltitante; ecolalia; afasia; palilalia; logoclonia; afonia; pedoláli; estereotipia; perseverante; neologismos; verbigerante. Com bloqueio do pensamento bloqueio; incoerente; sobreinclusivo; fuga de ideias; inibido; tangencial; alienado; descarrilamento; circunstancial; vago; perseverante (CIPE Versão Beta 2, p.84).

Foco atenção **Insônia** é um tipo de sono com características específicas; incapacidade crônica de dormir ou de se manter a dormir a noite toda ou durante os períodos de sono planejado, apesar do posicionamento confortável num ambiente agradável; espertina. Falta de sono; frequentemente associado a fatores psicológicos ou físicos como stress emocional, ansiedade, dor, desconforto, tensão, perturbação da função cerebral e abuso de drogas (CIPE Versão Beta 2, p.31).

Foco atenção **Interação social** é um tipo de ação Interdependente com características específicas; ações de intercâmbio social mutuo, participação mútua, participação e trocas sociais entre indivíduos e grupos (CIPE Versão Beta 2, p.60).

Foco atenção **Tentativa de Suicídio** é um tipo de autoagressão com características específicas; desempenho de atividades Auto iniciadas que levam à destruição, como objetivo de se matar ou ameaçar fazê-lo (CIPE Versão Beta 2, p.58).

Foco atenção **Uso de Substancias** é um tipo de ação realizada pelo próprio com características específicas: uso regular, para efeitos não terapêuticos, de substâncias que podem ser prejudiciais à saúde e causar adição. Desempenho de atividades Auto iniciadas que levam à destruição, como objetivo de se matar ou ameaçar fazê-lo (CIPE versão Beta 2, p.60).

Foco atenção **Depressão** é um tipo de emoção negativa com características específicas; sentimentos de tristeza a melancolia, com diminuição da concentração, perda de apetite e insônia (CIPE Versão 2, p.48).

Foco atenção **Tristeza** é um tipo de emoção com características específicas; sentimentos de desalento e de melancolia associados com falta de energia (CIPE versão Beta 2, p.48).

### 1.4.2 - Objeto de trabalho do enfermeiro nas UP

Os enfermeiros como membros ativos e participativos da equipa de saúde da UP, são certamente os elementos que mais tempo e contacto direto têm com o doente e família.

São eles que estão sempre presentes nas UP, por isso têm que estar treinados, despertos e com formação, que lhes permita resolver as situações emergentes e urgentes que vão surgindo, por vezes em contextos adversos de maior conflito, agitação e agressividade por parte do doente e família.

A profissão de enfermagem evoluiu ao longo dos tempos, tal como a abordagem das doenças, nomeadamente da doença mental.

Durante séculos os enfermeiros têm-se ocupado de cuidar de pessoas, desde Florence Nightingale, considerada a fundadora da enfermagem, outros nomes contribuíram para o que é hoje a profissão de enfermagem. Entre muitas outras, a Dr.<sup>a</sup> Hildegard Peplau considerada por muitos uma enfermeira de vanguarda no seu tempo, ela defendia que a enfermagem é multifacetada e que o enfermeiro deve prestar cuidados aos doentes, contribuir para a educação e a promoção da saúde, utilizar todas as oportunidades para educar o público e adotar modelos de desempenho de saúde física e mental (Neeb, 2000).

Devido às múltiplas mudanças nas atitudes e abordagens relacionadas com a saúde e a doença mental, a disciplina de Enfermagem de Saúde Mental atravessa um período de transição. Não é hoje aceitável um modelo de assistência de carácter maioritariamente custódial. Espera-se que seja um modelo terapêutico, personalizado, preventivo e reabilitador, o que requer, por parte dos enfermeiros, maior conhecimento e compreensão do comportamento humano para além de maiores capacidades e habilidades em relações humanas (Sá, 2010).

O objetivo da enfermagem psiquiátrica é *“prevenir as doenças mentais e reabilitar indivíduos acometidos por distúrbios psiquiátricos. Atualmente, esses transtornos são encarados, no mundo todo, como multicausais, pois envolvem fatores biológicos, psicológicos e sociais”* (Prates e Igue 2010, p.394).

Segundo Cordeiro (2014), na saúde como na doença, a pessoa é um ser uno. Não é possível compreender o funcionamento normal, nem os desvios patológicos em qualquer das esferas – biológica, psicológica ou social – sem ter em linha de conta a sua interação permanente.

Ultrapassada que foi a fase do dualismo entre o corpo e o espírito, a medicina entrou na era psicossomática e ecológica, caracterizada por uma nova atitude, que aborda e trata, em cada momento e quaisquer que sejam os sintomas e a doença, o homem como um todo integrado nos seus eco sistemas, particularmente a família e o meio sociocultural.

Segundo o mesmo autor, a saúde mental assenta em duas vertentes, biomédica e a vertente psicossocial.

A compreensão dos fenómenos psicológicos, como a dos fenómenos psicopatológicos exige profundo conhecimento de diversas matérias complementares, que vão desde a biologia molecular e celular, até à pessoa como um todo somatopsíquico na sua relação com o mundo, passando por níveis de integração sucessivamente mais complexos e diferenciados.

A capacidade em manter a harmonia a estes níveis e entre eles, do equilíbrio homeostático, do equilíbrio ecológico no mundo em que o homem vive, resultará ou não a saúde.

De acordo com a Lei de Saúde Mental (lei nº 36/98, de 24 Julho), no Capítulo I no Artigo 2.º refere que:

*1 – “A proteção da saúde mental efetiva-se através de medidas que contribuam para assegurar ou restabelecer o equilíbrio psíquico dos indivíduos, para favorecer o desenvolvimento das capacidades envolvidas na construção da personalidade e para promover a sua integração crítica no meio social em que vive”.*

Os enfermeiros têm um papel crucial em toda a dinâmica do cuidar.

Na perspetiva de Bastos (2005), cuidar em enfermagem refere-se à intervenção profissional dos enfermeiros junto dos doentes, pressupõem uma complexidade de processos, tendo em consideração a individualidade da pessoa e o seu contexto específico, podendo os cuidados serem diagnosticados, planeados e prestados por uma equipa ou por um enfermeiro de referência, faz parte de um processo de decisão, que tem como finalidade contribuir para o bem-estar do doente.

Segundo Townsend, (2011) a enfermagem é *“uma relação humana entre o indivíduo que está doente, ou que necessita de serviços de saúde e um enfermeiro especialmente Educado para recolher e responder a necessidade de ajuda”* (p.44).

### **1.4.3 - Funções do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria (EESMP)**

As competências dos enfermeiros podem dividir-se em competências cognitivas, competências técnicas e competências comunicacionais. Dentro de cada tipo podem ser organizadas em várias micro-competências. Tendo por base determinadas características: capacidade de analisar os fenómenos e acontecimentos criticamente; tomar decisões; de agir perante o inesperado e de trabalhar em equipas multidisciplinares (Alarcão e Ruas 2005).

O ato de cuidar é uma atividade complexa, que se identifica, da mesma forma, com nossa natureza complexa, está inerente ao exercício profissional de enfermagem, independente da área de prestação, é um processo que compreende uma série de conceitos, práticas e visões de mundo em que estão envolvidas as nossas atitudes, o modo como olhamos e tratamos alguém, a nossa disposição pessoal para interagir com o outro, o respeito para com ele (Arruda, 2003, as cited Kantorski et al. 2006).

A Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP) centra-se “nas respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou perturbação mental. Baseando-se a sua especificidade, na prestação de cuidados ao cliente com problemas de saúde mental, reais ou potenciais e consiste na incorporação de intervenções psicoterapêuticas durante o processo de cuidar da pessoa, da família, do grupo e da comunidade, ao longo do ciclo vital, visando a promoção e proteção da saúde mental, a prevenção da perturbação mental e o tratamento, a reabilitação psicossocial e a reinserção social da pessoa” (OE, 2010 e Sá, 2010, p.18).

Os enfermeiros de SMP, têm formação que lhe permite utilizar o desenvolvimento das relações interpessoais, como intervenção primária com os clientes em vários ambientes de saúde mental/psiquiátrica, podem desempenhar um papel crucial na abordagem dos doentes mentais que ocorrem à UP, para isso têm que estar preparados e alertados para a problemática que envolvem os doentes com patologia psiquiátrica (Townsend, 2011).

Nas emergências psiquiátricas a pessoa apresenta-se alterada, comportamentalmente, com alteração no curso do pensamento (delírio) ou alterações em outras partes do psiquismo. Requer um atendimento rápido, pois tanto a pessoa como terceiros correm graves riscos de acidentes, ou até mesmo risco de morte. Suicídio ou ações violentas, contra si ou contra outras pessoas, podem ser iminentes (Prates e Igue, 2010).

Hoje é possível proporcionar ao doente mental uma qualidade de vida e perspectivas de funcionamento psicossocial “desinstitucionalizado”. O conhecimento mais aprofundado das doenças mentais, criação de novos fármacos (mais eficazes e eficientes) e o progresso das intervenções terapêuticas e psicossociais, permite aos doentes viver em ambientes comunitários com supervisão dos seus regimes medicamentosos.

De acordo com o estabelecido pela Ordem dos Enfermeiros, o título de Enfermeiro Especialista confere competências científicas, técnicas, humanas e culturais, para prestar cuidados especializados nas diferentes áreas de atuação.

O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros REPE (1996) no artigo 4º, refere que:

«Enfermeiro especialista é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem (...) a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade.»

O regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro no artigo 3.º acrescenta que as competências comuns do enfermeiro especialista são “as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria”.

Compete ao Enfermeiro Especialista em SMP:

*“Conceber, planificar e desenvolver projetos para o estabelecimento de ambientes promotores de saúde mental.*

*Conceber, coordenar e implementar, projetos de promoção da saúde mental, através de programas de promoção de aptidões parentais, aconselhamento pré-natal, estratégias de intervenção precoce e através do sistema educativo e aconselhamento a pais, crianças e jovens.*

*Planear e desenvolver programas de treino de aptidões sociais e de desenvolvimento sócio emocional, direcionadas para áreas específicas que evitem a exposição e exclusão social, nomeadamente em situações de comportamentos aditivos, violência doméstica, negligência e mau trato a crianças, jovens, idosos, sem abrigo e outras*

*“pessoas que vivam em situação desfavorecida, independentemente do contexto”* (OE, 2009, p.26).

A especialidade de Saúde Mental difere das restantes pelo facto de se focalizar na promoção de saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental (OE, 2010).

O Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP) tem competências para executar intervenções de enfermagem ao doente – indivíduo, família, grupo - com doença mental, tendo por objetivo essencialmente, evitar o agravamento da situação e a desinserção social da pessoa doente, e promover a recuperação e qualidade de vida de toda a família (OE, 2010).

#### **1.4.4 – Processo de Cuidados de Enfermagem**

A investigação em Enfermagem constitui “um meio poderoso para responder a questões sobre as intervenções dos cuidados de saúde e de encontrar melhores formas de promover a saúde, prevenir a doença e prestar cuidados e serviços de reabilitação à pessoa e família ao longo do ciclo vital e em diferentes contextos” (Sampaio e Sequeira (2014, p. 71).

Nos últimos anos surgiram novas formas e filosofias de abordagem da prática clínica da Enfermagem. As intervenções de enfermagem, devem ser iniciadas logo que o doente é admitido num serviço, terão de constituir desde logo um momento específico para a determinação dos respetivos diagnósticos, ponto fulcral para, invés de identificar necessidades do utente em termos de cuidados de saúde, determinar o plano terapêutico, mediante o qual os enfermeiros irão atuar para o alcance das metas definidas (Amaral 2010).

Segundo Gagnon (2010) a avaliação inicial de todas as perturbações psiquiátricas deve incluir sinais vitais, anamnese, e exames para despistar possíveis comorbilidades associadas.

Esta é primordial, deve-se focalizar sobre diversos aspetos nomeadamente: **física** (cognição, memória ou perceção comprometida, dor e défice sensorial), **mental e comportamental** (abuso de álcool, drogas ou tabaco, ansiedade, negação, fadiga, medo, tratamento complexo, crenças de saúde, conflito, falta de esperança, défice de conhecimentos, autoimagem e autoestima baixa, ideação suicida, suspeita, exaustão

do tratamento); **sociocultural e ambiental** (adequação, crime, crenças culturais, atitude da família em conflito, rendimento inadequado, ausência de apoio social, estigma, baixa ou ausência de confiança no profissional de saúde); **espiritual** (conflito por crenças religiosas, espirituais ou angústia espiritual) (OE,2009).

De acordo com a *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), diagnóstico de enfermagem é um " julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade aos problemas de saúde reais ou potenciais ou processos vitais. Estes proporcionam a base para seleção das prescrições de enfermagem que levam ao alcance dos resultados pelos quais a enfermeira é responsável" (Sparks e Taylor, 2007, p.7).

Neste contexto, Maria et. al. (2003) define diagnóstico de enfermagem como "o julgamento clínico da enfermeira sobre um conjunto de reações ou respostas bio-psico-socio-espirituais do indivíduo, família ou comunidade, a uma situação de desvio da linha de saúde (doença) ou estágio de desenvolvimento (ciclo vital) que é expresso como uma condição atual (real), de risco ou de bem-estar, que gera intervenções de enfermagem" (p.28).

A identificação dessa prática aumenta a responsabilidade dos enfermeiros ao avaliar os pacientes, determinar os diagnósticos e proporcionar as intervenções adequadas.

Neste contexto Phaneuf (2001), considera a Necessidade Humana Fundamental como sendo uma necessidade vital, que a pessoa deve satisfazer a fim de conservar o seu equilíbrio físico, psicológico, social ou espiritual e de assegurar o seu desenvolvimento.

De acordo com a mesma autora, a avaliação inicial é um processo organizado e sistemático de busca e recolha de informação feita a partir de diversas fontes a fim de descobrir as alterações na satisfação das diferentes necessidades da pessoa, de identificar assim os seus problemas, de conhecer os seus recursos pessoais e de planificar intervenções de enfermagem suscetíveis de a ajudar.

Tendo como objetivos a identificação de expectativas e necessidades mais imediatas da pessoa, identificação das suas reações face ao seu problema de saúde, identificação de modificações do estado de saúde da pessoa, determinação de fatores de risco que podem constituir uma ameaça, conhecimento de hábitos de vida e recolha de informação que permita elaborar diagnósticos de enfermagem.

A prescrição de enfermagem é definida como qualquer intervenção e/ou cuidado direto a ser realizado em benefício do paciente e, quanto mais informações forem obtidas sobre o indivíduo, melhor será a qualidade do cuidado desenvolvido. Os diagnósticos e as intervenções serão melhor elaborados e mais adequados aos dados coletados, e a avaliação das respostas do paciente à terapêutica implementada será muito mais segura e confiável (Phaneuf, 2001).

Os cuidados prestados por enfermeiros devem basear-se em evidências científicas. Assenta essencialmente num processo interpessoal, no qual o enfermeiro assiste a pessoa/família doente com o objetivo de promover a sua saúde mental ou contribuindo para o seu processo de tratamento e reabilitação (Sequeira, 2006).

### **INSTRUMENTOS DE TRABALHO DO ENFERMEIRO**

Os enfermeiros conseguem prever o comportamento agressivo dos utentes, fundamentalmente a partir de expressões não-verbais, avaliar e detetar situações de emergência psiquiátrica, e o seu nível de risco com vista à intervenção de emergência (Prates e Igue, 2010).

Segundo os mesmos autores as estratégias comunicacionais verbais e não-verbais, seguido dos vários métodos de contenção, são os procedimentos mais utilizados pelos enfermeiros para lidar com o comportamento agressivo do utente em contexto de urgência.

O enfermeiro deve ver o doente como um todo multidimensional, que está em constante interação com o ambiente que o rodeia, saber como respeitar as suas decisões enquanto pessoa autónoma e ser biopsicossocial, cultural e espiritual, saber adequar os cuidados às necessidades expressadas.

É importante que o enfermeiro tenha conhecimentos de saúde mental, psiquiatria, farmacologia e principalmente técnicas de comunicação terapêutica e técnica de contenção mecânica, para lidar com situações de emergência psiquiátrica.

A abordagem à pessoa com doença mental em situação de urgência é importante que seja realizada com segurança (a prevenção das complicações e identificação dos quadros agudos que apresentem risco de vida), prontidão e qualidade. Características que podem ser determinantes na aceitação e a adesão terapêutica do doente ao tratamento instituído.

Segundo Marques e Mendes (2003) a qualidade da primeira abordagem pode ser determinante na relação que se vai estabelecer posteriormente, a primeira impressão,

o modo como a pessoa é recebida, a atenção que o profissional dispensa e a demonstração de preocupação com o paciente quando ele chega ao serviço é um dos fatores primordiais para se estabelecer a relação terapêutica.

Segundo os mesmos autores, existem diversas estratégias para lidar com o doente em situações de agressividade/violência nomeadamente, as centradas nos comportamentos: imobilização física, administração de fármacos, confronto físico, isolamento; as centradas nas cognições: utilizando a persuasão; as centradas nas emoções: incluem o alheamento e controlo emocional e as centradas no suporte social: estas incluem o pedido de colaboração por parte do utente e comunidade.

De acordo com o REPE e considerando os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, bem como as tomadas de posição da OE, os enfermeiros têm um papel crucial na identificação de situações de risco, bem como na análise proposta e aplicação de soluções para os problemas encontrados. Sendo a contenção física, como exposto na circular normativa e neste parecer, “uma situação de urgência, os enfermeiros atuam com base na boa prática da profissão e dos seus instrumentos reguladores, desenvolvendo uma intervenção em equipa multidisciplinar, pois é este o contexto em que o cliente mais ganho tem em saúde, ao receber cuidados prestados por profissionais com competências distinta”. (Parecer n.º 226 / 2009 – 6 CE)

O aparecimento de novos tratamentos psicofarmacológicos e psicoterapêuticos demonstraram amplamente a sua efetividade no tratamento das perturbações ansiosas e depressivas. As perturbações psicóticas, que no passado condenavam muitos doentes a longos períodos no hospital e a altos níveis de incapacidade, passaram, na maioria dos casos a poder ser tratados na comunidade, desde que os serviços assegurem intervenções psicossociais em combinação com o tratamento farmacológico (Sá, 2010).

O enfermeiro tem ao seu dispor diversas técnicas, que pode fazer uso consoante a abordagem e o contexto, a observação, a comunicação e a relação de ajuda, representam esta uma mais-valia quando se fala em doente mental.

Os objetivos da relação de ajuda é ultrapassar uma provação; resolver uma situação atual ou potencialmente problemática; encontrar um funcionamento pessoal mais satisfatório e detetar o sentido da existência. É a relação pela qual a pessoa que ajuda, proporciona ao doente certas condições de que ele necessita para satisfazer as suas necessidades (Sampaio e Sequeira 2016).

## **OBSERVAÇÃO**

A primeira intervenção em situação de urgência psiquiátrica é uma estratégia de tratamento breve e focalizado com o objetivo de impedir a progressão e situações de dano para o paciente e demais pessoas envolvidas e não tendo como propósito o de fazer terapia em profundidade.

Segundo Phaneuf (2005) *"É preciso também que à partida a enfermeira considere o doente como uma pessoa de corpo inteiro e não como um ser inferiorizado pela perda de poder que traz a doença. Quando se trata de contato com a pessoa, as manifestações de aceitação e de respeito da enfermeira são a chave de abertura para uma relação significativa e calorosa, numa conveniência terapêutica essencial a um trabalho profissional"* (p. 322).

Assim, abordagem terapêutica deve ser estruturada a partir de uma avaliação humanizada e singular, o que requer dos profissionais habilidade e rapidez para tomadas de decisões, avaliação da situação, bem como apoiar o paciente, ouvir reflexivamente, verbalizar interesse, fazer perguntas, colocar as situações em sequência lógica, se aproximar do paciente calmamente, informar e transmitir o desejo de ajudá-lo, se necessário pedir ajuda a outros profissionais (Sampaio e Sequeira 2014).

## **COMUNICAÇÃO**

A comunicação é importante em qualquer contexto de saúde, no entanto, em saúde mental, assume uma importância acrescida pela natureza dos problemas e pelo potencial de impacto que possa ter.

No campo da comunicação proliferam vários léxicos, por vezes, com semânticas similares. Por isso, encontramos termos como: comunicação, comunicação interpessoal, relacionamento interpessoal, comunicação em saúde, relacionamento terapêutico, comunicação clínica, comunicação terapêutica (Sequeira, 2014).

Segundo o mesmo autor, a comunicação assume um papel fundamental na relação entre profissional e uma pessoa, grupo, família ou comunidade, (vulnerável pela situação de saúde/doença) alvo de atenção e de cuidados, a comunicação é o contexto em que se desenvolvem as relações. É através da comunicação que o profissional de saúde tem acesso ao outro, à sua história, ao seu contexto e às suas necessidades.

A comunicação é toda a interação que ocorre num determinado contexto, quer seja, interpessoal, intergrupar e/ou comunicação pública. Esta interação rege-se por regras

sociais e está dependente essencialmente do tipo de relação existente, do “status” social e das necessidades dos intervenientes.

É através dela que o profissional de saúde fornece orientações que possibilitem à pessoa, família ou comunidade, uma melhor gestão da sua situação de saúde/doença. Tomando consciência do seu estado de saúde, processa a informação fornecida, para a tomada de decisão e promove a gestão adequada de um determinado regime terapêutico.

É importante que os profissionais de saúde sejam detentores de conhecimentos, habilidades e recursos que lhes permitam utilizar a comunicação como estratégia de ajuda ao outro, de forma a maximizar os ganhos em saúde.

Segundo Sequeira (2014) “existe uma discrepância grande entre **o que eu quero dizer; o que eu digo; o que o outro quer ouvir; o que o outro compreende**. Dai a importância da escolha das palavras, do significado, do contexto, dos fatores promotores da eficiência da comunicação e dos ruídos/barreiras da comunicação” (p.6).

A comunicação em saúde diz respeito à comunicação que ocorre em contexto de prestação de cuidados, rege-se por regras próprias, em função dos profissionais em interação e do tipo de intervenção. Os profissionais têm obrigação de conhecer diferentes modalidades de comunicação, têm códigos de ética e deontológicos, como o sigilo profissional, a confidencialidade da informação, a necessidade de privacidade, entre outros. Os doentes e os profissionais de saúde têm um conjunto de direitos e deveres que também se aplicam à comunicação (Sequeira, 2016).

A comunicação clínica refere-se à comunicação contida no ato clínico, ou seja a comunicação que os profissionais utilizam para avaliarem uma situação, para efetuarem uma intervenção, para documentarem os cuidados prestados, para planearem os próximos contatos e para partilharem experiências clínicas entre os elementos da equipa de saúde.

Utilizam uma linguagem própria que facilita a comunicação entre os diferentes profissionais. Recorre-se a taxonomias para a uniformização dos léxicos e conceitos.

A comunicação clínica remete-nos para a utilização de estratégias de comunicação, que nos permite avaliar as necessidades das pessoas, facilitando a transmissão de informação sobre o estado de saúde das pessoas, de modo a promoverem a sua saúde, orientadas para uma estratégia de intervenção que resolva ou minimize o seu problema (Sequeira, 2014)

De acordo com o mesmo autor, uma comunicação eficiente entre profissional e o doente pode trazer benefícios que se traduzem numa melhoria do estado geral de saúde do doente, numa melhor capacidade de adaptação aos tratamentos e sua recuperação.

**A comunicação terapêutica** é um tipo específico de comunicação inserida na comunicação clínica e de saúde, utilizada pelos profissionais de saúde para apoiar, informar, educar e capacitar as pessoas no processo de transição de saúde/doença ou na adaptação a dificuldades. Refere-se ao conjunto de interações realizadas pelos profissionais de saúde de forma autônoma ou complementar, podendo ter um potencial terapêutico no processo de recuperação das pessoas.

Na comunicação terapêutica são utilizadas um conjunto de técnicas/habilidades para ajudar as pessoas a resolverem os seus problemas, a relacionarem-se melhor consigo e com os outros, a adaptarem-se à sua condição de saúde e contexto de vida.

Esta é orientada para um objetivo, tem uma intencionalidade dirigida para a situação da pessoa, requer determinadas competências do profissional, como a capacidade de escuta, disponibilidade e aceitação.

Tem determinadas características para a sua operacionalização e pressupõe a utilização de um conjunto de técnicas/habilidades de comunicação verbal e não-verbal, nas quais a empatia e a assertividade desempenham um papel central (Sequeira, 2014)

A comunicação terapêutica é uma ferramenta que os enfermeiros têm para interagir com o doente em sofrimento psíquico.

Existem algumas técnicas para estimular o paciente a falar, como permanecer em silêncio, pois é importante não interromper quando o paciente está a falar para não atrapalhar a sua sequência de ideias. Verbalizar a aceitação significa dizer-lhe que estamos interessados no que ele tem para dizer. Também utilizar frases incompletas pode ajudar o doente mental a adequar-se a um discurso lógico, às vezes o paciente pode ter a impressão de que as ideias sumiram da sua cabeça (Prates e Igue, 2010).

## **RELAÇÃO TERAPÊUTICA/AJUDA**

O relacionamento terapêutico pode ser estabelecido com o uso de técnicas de comunicação terapêutica, como ouvir reflexivamente, a observação atenta e interpretação das mensagens verbal e não-verbal, entre outras.

Para que uma comunicação terapêutica ocorra, o profissional deve ser direto, honesto, calmo, não-ameaçador e transmitir aos pacientes a ideia de que está no controle da situação, agir de forma decisiva para protegê-lo de dano a si mesmo ou a terceiros,

utilizando-se da empatia para o planejamento e avaliação das intervenções (Sampaio e Sequeira, 2016)

Ao entrevistar o doente, a intervenção pode passar por uma primeira abordagem psicoterapêutica, farmacoterapia ou um plano de ação para a equipa de urgência. De todas estas ações, a intervenção psicoterapêutica é a mais indicada, pois seja qual for o comportamento da equipa para com o doente, tem uma ação psicoterapêutica para o bem ou para o mal e não é possível não estabelecer relação interpessoal.

A relação interpessoal entende-se como conjunto de métodos que facilitando a comunicação e as linguagens, estabelece laços sólidos nas relações humanas. Ao obter uma relação interpessoal com o doente, o enfermeiro irá conversar com ele e através deste diálogo, procura compreender suas necessidades. Esse procedimento pode ajudar o doente a enfrentar a situação da doença (Sequeira,2016).

Na perspetiva do mesmo autor, para oferecer uma assistência de qualidade, o enfermeiro deve ajudar o paciente a promover e a desenvolver a sua autonomia, a sua liberdade, a sua autoestima, necessitando de ajuda para essa transformação, para que consiga sentir-se útil e capaz, participar do seu processo de vida e tratamento sendo um agente ativo nesse processo. Só assim a relação enfermeiro-doente será efetiva, quando se estabelecer uma relação longe da submissão e passividade, numa interação de respeito, diálogo, com segurança e responsabilidade.

Nesta sequência de ideias, já Peplau (1990), afirmava que a relação enfermeiro-cliente é a base sobre a qual se estabelece a assistência que promove a aprendizagem tanto do profissional quanto do paciente, criando a “A Teoria das Relações Interpessoais”.

A Teoria das Relações Interpessoais de Peplau, tem por base o relacionamento interpessoal, afirmando o quanto é importante o reconhecimento e a compreensão do que pode acontecer quando o enfermeiro estabelece relações interpessoais. Nela, a autora considera a enfermagem como um processo interpessoal significativo que funciona em cooperação com outros processos humanos a fim de tornar a saúde acessível aos indivíduos e à sociedade. A assistência de enfermagem não está voltada somente para a recuperação do doente mental, mas, especialmente, pela conquista da sua independência e reinserção na sociedade. Essa assistência engloba rotinas hospitalares, incluindo alimentação, banho, medicação entre outros. Não obstante a sua recuperação ultrapassa a assistência relacionada com a alimentação e medicação, pois independente da doença, o doente mental é um ser que necessita de ajuda multiprofissional para a sua reabilitação psicossocial (Sequeira, 2014).

Propondo assim, um modelo de enfermagem psicodinâmica capaz de compreender o comportamento de uns para ajudar outros, a identificar as dificuldades sentidas.

O Enfermeiro que cuida de doentes do foro psiquiátrico, para desenvolver o seu trabalho com eficiência, deverá ter um perfil com determinadas características: paciência, honestidade, confiança, humanidade.

A relação de cuidar é antes de tudo, uma relação interpessoal que se estabelece entre o agente cuidador e a pessoa cuidada (relação de ajuda), não há como negar que o profissional imprima a sua marca pessoal nesta relação. Devemos considerar que esta possibilidade de expressão pessoal na relação de cuidar é uma manifestação de autonomia profissional (Sequeira, 2014).

*A relação de ajuda para Phaneuf (2005), “trata-se de uma troca tanto verbal como não-verbal que ultrapassa a superficialidade e que favorece a criação do clima de compreensão e o fornecimento do apoio de que a pessoa tem necessidade no decurso de uma prova. Esta relação permite à pessoa compreender melhor a sua situação, aceitá-la melhor e, conforme o caso, abrir-se à mudança e à evolução pessoal, e tomar-se a cargo para se tornar mais autónoma” (p. 324)*

## **ENTREVISTA PSIQUIÁTRICA DE EMERGÊNCIA**

A entrevista é um instrumento insubstituível no domínio das ciências sociais humanas, permite conhecer melhor o doente, uma vez que só ele é capaz de comunicar o que está sentindo, constituindo um instrumento de trabalho onde tudo passa pela palavra (Phaneuf, 2005).

A entrevista de emergência é em tudo semelhante a uma entrevista psiquiátrica tradicional, exceto na limitação de tempo imposta por outros pacientes que aguardam para serem atendidos e pela possível sensação de urgência em avaliar o risco para o paciente e para terceiros (Sadock e Sadock, 2007).

Esta deve ser mais frontal e provocativa, pois estando no serviço de urgência pode-se fazer face a qualquer reação inesperada por parte do doente. Deve-se questionar sempre sobre tratamento atual ou uso de drogas, pois muitas das urgências são devidas a complicações de tratamentos farmacológicos e abuso de substâncias ilícitas, como drogas e álcool. (Sadock e Sadock, 2010)

As maiores dificuldades passam pelo facto do doente não querer revelar de imediato qual é o seu problema, ou então quadros aparentes de situações somáticas, ocultarem situações psiquiátricas que necessitam de tratamento urgente. Por vezes o doente tem

dificuldade em revelar o que se passa com ele, devido a barreiras culturais ou a vícios do próprio sistema de saúde, por não se sentir à vontade, sentir vergonha de pensar que certos aspetos da sua vida não interessa referenciar, ou ele próprio não se aperceber do que se passa consigo próprio. A ocultação mais ou menos intencional dos factos ocorre essencialmente em áreas sociais ou culturais sensíveis como a homossexualidade e o uso ilícito de drogas (Sadock e Sadock, 2010).

O profissional deve ser direto, honesto, calmo e não ameaçador e transmitir ao doente a ideia de que está controlando a situação e agir de forma decisiva para protegê-lo de danos a si mesmo ou a terceiros.

O impacto do primeiro contacto é extremamente importante, mas nem sempre acontece nas condições ideais, estando muitas vezes o doente ainda renitente, sonolento ou a receber cuidados o que dificulta a intervenção.

A informação dos acompanhantes nem sempre é relevante, principalmente quando querem fornecer informação adicional sem que o doente se aperceba, é importante ouvir estas pessoas na presença do doente. Nos casos em que os acompanhantes insistam em falar a sós, deve-se ficar de sobreaviso pode ser uma tentativa de manipulação.

A avaliação inicial serve assim para documentar a planificação dos cuidados, enriquecendo, fundamentando, justificando e sustentando as intervenções de enfermagem e o estabelecimento de prioridades, sendo que, o enfermeiro terá que realizar uma avaliação da pessoa e de todos os recursos ao seu dispor incluindo a família (Rodrigues, 1998).

Nesta perspetiva Sequeira (2006) refere que um diagnóstico de Enfermagem resulta da avaliação efetuada pelo enfermeiro, sobre o estado de um foco de atenção (área de atenção conceptual de Enfermagem), proporcionando a base que permite selecionar as intervenções de enfermagem com vista à obtenção dos resultados pelos quais o enfermeiro é responsável.

## **PLANO INTERVENÇÃO**

De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem (REPE - Decreto-lei nº 161/96, de 4 de Setembro), “os enfermeiros prestam cuidados de Enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível (artigo 4º, nº1).

Atendendo aos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, os enunciados descritivos reportam que: “Quando não se consegue que o paciente diminua suas manifestações comportamentais exacerbadas e apresenta riscos para si ou para terceiros é necessário o uso de contenção física”.

A técnica deve ser usada perante uma real necessidade e com uma prescrição médica ou Enfermeiro responsável do serviço.

Quando um doente está em crise de agitação psicomotora/agressividade, deve-se restringir o espaço físico, o que permite intervenções técnicas específicas, como medicá-lo e realizar abordagem respeitando a privacidade. Deve ser mantido sob vigilância, realizando anotações da evolução do seu estado clínico.

Assim que o doente estabilizar deve ser desmobilizado. Teoricamente não deve estar mais de duas horas sob contenção física” (Prates e Igue, 2010, p.412)

Segundo Amaral (2010) e Neeb (2000) o enfermeiro ao determinar um diagnóstico, baseado em parâmetros específicos, está a definir, ao mesmo tempo, as intervenções que, de acordo com a situação do indivíduo e com as suas próprias necessidades, irão dar resposta à incapacidade com que se depara, estabelecendo objetivos de curto e longo prazo, perspectivados em função do indivíduo e não do enfermeiro.

Segundo Amaral (2010), as prescrições de enfermagem são “as intervenções que o enfermeiro utiliza, autonomamente, para auxiliar o indivíduo doente, isto é, todo o indivíduo que está desequilibrado com o meio ambiente em que vive. Estão dispostas, quer num procedimento ou protocolo, quer num plano prescritivo para cada diagnóstico, segundo o qual serão executadas por toda a equipa de enfermagem, segundo o mesmo princípio de hierarquia de importância, não só para o profissional, mas também para o doente” (p.14)

No planeamento de cuidados, o enfermeiro deve integrar-se nas equipas multiprofissionais, como membro ativo, respeitando as áreas de intervenção autónomas e interdependentes em enfermagem, conforme enquadramento legal (OE, 2009).

Trabalhar com este tipo de doentes exige paciência, compreensão e flexibilidade.

De acordo com Lopes (2016) referindo-se ao Plano Global da Saúde Mental 2013-2020 da OMS (World Health Organization, 2013), os problemas de saúde mental são responsáveis por uma alta taxa de incapacidade, para a qual contribuem múltiplos fatores individuais, sociais, culturais, económicos, políticos e ambientais. Deste modo a

resposta deve ser multissetorial estar localizada na comunidade e estimular a participação dos doentes e seus familiares.

## **EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO**

Na implementação do plano de cuidados, o enfermeiro utiliza intervenções que visam prevenir a doença física e mental, promover, manter e restaurar a saúde.

De acordo com a OE (2009), o Enfermeiro Especialista em SMP realiza e implementa um plano de cuidados individualizado com base nos diagnósticos de Enfermagem e resultados esperados.

Concebe estratégias que permitam ao cliente desenvolver conhecimentos, capacidades e fatores de proteção, de forma a eliminar ou reduzir o risco de perturbação mental.

Monitoriza a segurança do cliente e faz avaliação contínua para detetar precocemente mudanças no estado de saúde mental, intervindo em situações de urgência psiquiátrica.

Gere as emergências psiquiátricas determinando o nível de risco, inicia e coordena cuidados de emergência efetivos.

Gere o regime medicamentoso baseado em indicadores clínicos para colmatar sintomas das doenças psiquiátricas e melhorar a funcionalidade.

Elabora e implementa o plano de cuidados a desenvolver com o cliente de forma a aumentar e manter as suas competências e capacidades, diminuindo o risco de incapacidade; manter e promover a integração familiar, social e profissional das pessoas com perturbação mental diminuindo a exclusão social; promover e reforçar as capacidades das famílias.

Segundo Carvalho (2010) a prática de cuidados passa pela sua conceção e pela sua aplicabilidade. Os registos de enfermagem são vitais, pois o que não fica registado significa que não foi realizado, podendo ter repercussões a nível institucional, para o enfermeiro e doente.

O cuidar em enfermagem é um processo dinâmico que envolve a modificação do estado de saúde do utente ao longo do tratamento, criando a necessidade de novos dados, diferentes diagnósticos e modificações no plano de cuidados. Assim, a avaliação é um processo contínuo de determinação do efeito das intervenções de enfermagem e do regime de tratamento sobre o estado de saúde da pessoa e os resultados esperados. Esta avaliação acontece sempre que há contacto com a pessoa cuidada (OE, 2009).

#### **1.4.5 - Mecanismos de Continuidade de Cuidados**

Os avanços no desenvolvimento de intervenções para a prevenção das doenças mentais e a promoção da saúde mental têm ocorrido com mais lentidão do que estava planeado no PNSM 2007/2016 (2008).

Recentemente surgiu a Lei nº 19/10, de 28 de Janeiro, que prevê a criação de diferentes respostas de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental e que estejam de acordo com os diferentes níveis de autonomia dos indivíduos com doença mental.

Desta forma, e em consonância como definido pelo Plano Nacional de Saúde Mental 2007/2016, (2008) *“são agora concretizadas medidas para a organização e coordenação de unidades e equipas multidisciplinares com vista à prestação de apoio psicossocial e de cuidados médicos, ao reforço das competências, à reabilitação, à recuperação e integração social das pessoas com incapacidade psicossocial, bem como à promoção e reforço das capacidades das famílias que lidam com estas situações.”*

Todas as alterações que ocorreram nos últimos tempos vieram confirmar a importância da promoção da saúde mental e reabilitação dos doentes mentais. A modificação jurídica demonstra que o percurso a percorrer não passa certamente pela discriminação nem pelo internamento.

#### **Mecanismos de articulação com os cuidados de saúde primários e recursos da comunidade e família**

O cuidado biopsicossocial em saúde mental engloba diversos conhecimentos e tem como objetivo intervir nos três eixos da reabilitação psicossocial: habitar/morar, trabalho e rede social.

Nesta perspetiva, é importante perceber toda a dinâmica familiar e social envolvente, incluindo todo o historial em termos de morbilidade do doente e família. É frequente a ocorrência de outro tipo de patologias nos doentes mentais (é a ocorrência simultânea de dois ou mais transtornos mentais na mesma pessoa, ou quando há coexistência de patologias físicas e mentais em simultâneo) (Sordi et al 2005).

#### **Preparação da alta e para os cuidados de saúde no domicílio**

Antes de terem alta de uma Instituição de saúde, os doentes devem ter conhecimentos, capacidades e recursos para responder às necessidades de autocuidado em casa.

Por isso a orientação e o planeamento da alta são da máxima importância em saúde mental.

Segundo Macheca et al. (2005), o planeamento da alta é um processo organizado, coordenado, interdisciplinar, que assegura um plano de cuidados ao cliente que tem alta de uma Instituição de saúde.

Sendo um dos objetivos do plano de alta, promover a continuidade dos cuidados, assegurando uma transição sem complicações imediatas da Instituição de saúde para o contexto domiciliário.

Na perspetiva dos mesmos autores, o enfermeiro deve avaliar as necessidades biofísicas, psicossociais, educacionais, ambientais, de autocuidado do doente antes de ter alta.

Na fase de planeamento o enfermeiro, o doente e família identificam os objetivos e os resultados esperados. A consecução destes objetivos baseia-se na seleção de cuidados adequados e nos recursos disponíveis.

Referem ainda que, o enfermeiro deverá saber quais os recursos da família e da comunidade, o processo de encaminhamento e o suporte financeiro da mesma.

Salientando que, as estratégias de ensino baseiam-se na avaliação da disponibilidade física e emocional do doente para aprender, no nível educacional e as necessidades de aprendizagem.

A orientação para a alta deve refletir as ações de enfermagem de ensino, aconselhamento e encaminhamento adequado.

É relativamente recente na história da assistência em saúde mental, o papel reservado à família enquanto agente terapêutico.

Segundo Gomes, (2010), a família e os amigos são sistemas de apoio natural para maioria das pessoas. No entanto, nem todas as pessoas na comunidade estão em posição para fazer uso desses mesmos sistemas de apoio naturais (idosos isolados, famílias monoparentais, imigrantes e pessoas com distúrbios mentais e de comportamento).

Uma comunidade saudável, juntamente com as organizações (voluntárias e/ou religiosas), providencia os meios e sistemas de apoio necessários, através de diferentes tipos de programas de apoio social, de trabalho comunitário e na facilidade de acesso aos diferentes serviços comunitários.

De acordo com o mesmo autor, os familiares de pessoas com diagnóstico de doença mental podem também estar doentes: atrás do “doente”, outros na mesma família,

necessitam frequentemente de “ajuda para ajudar” e possivelmente de cuidados formais.

A criação de serviços descentralizados foi uma mais-valia, com um impacto muito positivo para a melhoria da acessibilidade, equidade e qualidade dos cuidados, permitindo respostas mais próximas das populações e uma articulação maior com centros de saúde e agências da comunidade (PNSM, 2008)

Um outro aspeto positivo foi o desenvolvimento de programas e estruturas de reabilitação psicossocial, criados a partir do final dos anos 90, ao abrigo do Programa Horizon da CE, do Despacho 407/98 e da legislação de apoio ao emprego. (PNSM, 2008)

### **Mecanismos de articulação/encaminhamento**

Com base na reformulação legal e no Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 (2008), a saúde mental promove-se, através do atendimento do doente num ambiente o menos restritivo possível, preferencialmente inserido na comunidade.

Segundo Teixeira e Cabral, (2008) cit in OMS (2001) referem que o essencial para a melhoria dos Serviços de Psiquiatria e da Saúde Mental é um modelo de articulação e integração funcional de Cuidados Primários e Psiquiátricos, não perdendo a psiquiatria o seu local próprio de atuação, como abordagem diferenciada e especializada.

É consensual a alta prevalência de patologia psiquiátrica a nível dos Cuidados de Saúde Primários, e o papel fulcral que estes Cuidados desempenham na abordagem dos problemas psiquiátricos, sendo o Clínico geral o agente mais bem posicionado para um correta abordagem diagnóstica e terapêutica deste tipo de problemas. Compete ao Clínico geral referência criteriosa duma minoria verdadeiramente necessitada de cuidados especializados de psiquiatria, normalmente os mais graves, cerca de 5% são assistidos nas UP.

Segundo Sá (2010) surgiram novos modelos de serviços de saúde mental, desenhados para assegurar cuidados integrados na comunidade, foram desenvolvidos e amplamente avaliados em alguns países, em Portugal surgiram recentemente algumas Unidades de apoio ao doente mental em contexto comunitário.

Segundo o Sá, (2010) e o Ministério da Saúde (2007) os serviços comunitários são os mais efetivos e são largamente preferidos pelos pacientes e suas famílias.

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) foi criada através do Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho (Assembleia da República, 2006) tendo como

ambição “a instauração de políticas de saúde, integradas no Plano Nacional de Saúde, e de políticas de segurança social que permitam: desenvolver ações mais próximas das pessoas em situação de dependência; investir no desenvolvimento de cuidados de longa duração, promovendo a distribuição equitativa das respostas a nível territorial; qualificar e humanizar a prestação de cuidados; potenciar os recursos locais, criando serviços comunitários de proximidade, e ajustar ou criar respostas adequadas à diversidade que caracteriza o envelhecimento individual e as alterações de funcionalidade”.

O objetivo geral definido para esta Rede foi “a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência” (art.º 4º, nº1). Para esse objetivo contribuem “a reabilitação, a readaptação e a reintegração social” e “a provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida, mesmo em situações irrecuperáveis” [(art.º 5º, nº 1, a) e b)] a expansão da capacidade de resposta da RNCCI, privilegiando a domiciliação e as respostas comunitárias e dando prioridade às regiões e às respostas mais carenciadas. As razões para o incremento da domiciliação têm, em primeira análise, a ver com a comodidade e bem-estar do doente. Mas têm também a ver com o facto de a evidência empírica demonstrar que os cuidados prestados no domicílio conseguem melhores resultados em saúde e são consideravelmente mais económicos (Lopes, M. 2016, p.5).

Os Cuidados Continuados em Saúde Mental em relação à pessoa com doença mental grave, existe desde 2010 uma orientação específica, expressada no Decreto-Lei nº 8/2010 de 28 de janeiro (Ministério da Saúde, 2010), republicado pelo Decreto-Lei nº 22/2011 de 10 de fevereiro (Ministério da Saúde, 2011), para o desenvolvimento de respostas reabilitativas que atendam a situações de dependência e incapacidade psicossocial provocadas por essas situações clínicas.

Apesar disso ainda não foram encontradas respostas satisfatórias para esta problemática. Todavia, a prevalência anual das perturbações mentais mais comuns em Portugal é muito elevada (22,9%), perspetivando-se que a dimensão das perturbações mais graves ronde os 4% (Direção Geral da Saúde, 2014), situações de que resultam a maior parte das condições de incapacidade psicossocial moderada e grave. O peso da incapacidade medido em DALY’s (anos de vida ajustados à incapacidade) e em YLD’s (anos vividos com incapacidade), de acordo com as estimativas para 2010 (sem grande variação nas estimativas para 2013) do Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME, 2016), foram respetivamente de 11,75%, o segundo maior valor entre os 9 Programas Nacionais de Saúde Prioritários, e de 20,55%, um valor muito superior ao de

qualquer outro dos Programas Prioritários. Acresce a estes dados o elevado número de pessoas com internamento superior a 365 dias (cerca de 3500 no setor social). É pois este o panorama que impõe o desenvolvimento dos Cuidados Continuados Integrados para a Saúde Mental (Lopes, M. 2016, p.6).

### **Apoio aos familiares**

A aceitação e a compreensão da doença mental por parte da família, torna-se um elemento de extrema importância na reabilitação do indivíduo com doença mental.

Para Phaneuf (2005) é fundamental o papel da família e a sua participação nos cuidados e na recuperação da saúde dos doentes.

Segundo Almeida (2008), “a família é reconhecida como a instituição que auxilia a vivência do indivíduo em sociedade, pois nela se formarão as novas gerações de cidadãos e se darão as primeiras experiências de relacionamentos. Diante disso é preciso estimular uma vivência saudável entre pais e filhos mediante o diálogo, a troca de experiência, de afeto, e a convivência entre seus membros” (p.27).

Muitas das famílias não se sentem preparadas para cuidar de seus familiares, portadores de doença mental, sentindo-se angustiados, necessitando de auxílio para desempenhar o seu papel de cuidador.

De acordo com a legislação o DL nº 281/2003, de 8 de Novembro, indigita para a evolução do SNS no sentido de criar um ...” modelo justo e solidário, designado por rede de prestação de cuidados de saúde” e que tem como objetivo fundamental (...) a preocupação em dar às pessoas e aos doentes mais e melhores cuidados de saúde em tempo útil, com eficácia e com humanidade”, em suma qualidade de vida, conforto e bem-estar aos cidadãos.

Quando falamos de família estamos a destacar recursos afetivos, quando falamos da comunidade social, estamos a preconizar a responsabilidade de todos.

É preciso encontrar um ponto de equilíbrio entre o que se pode exigir à família e o que ela pode dar. O apoio técnico a disponibilizar deveria ser proporcional ao empenhamento das famílias não apenas às necessidades dos doentes.

O objetivo das Unidade de Cuidados Continuados (UCC) em saúde é de acordo com a legislação, a prestação de cuidados técnica e humanamente adequados, a pessoas que necessitam por perda de funcionalidade e consequentemente de perda autonomia.

Não deveria ser a família a ajudar as entidades prestadoras de cuidados, mas estas a colaborar com as famílias no projeto assistencial das pessoas que deles necessitam (Abreu e Santos, 2008).

## 2 - METODOLOGIA

Este capítulo pretende dar a conhecer todo o processo de organização que orientou este trabalho de investigação, de modo a dar resposta aos objetivos previamente delineados. Este processo é fundamental em qualquer investigação, uma vez que é através dele que se definem as etapas seguintes.

*A investigação científica é um processo que permite resolver problemas ligados ao conhecimento dos fenómenos mundo real no qual nós vivemos. (...) Permite descrever, explicar e prever factos, acontecimentos ou fenómenos. É processo sistemático e rigoroso que leva a aquisição de novos conhecimentos, baseado no rigor e sistematização (Fortin et al. 2003, p: 15).*

Na ciência nada acontece por si só, se não existir quem interroge sobre factos, acontecimentos ou características dos contextos reais. Para que este percurso se processe de modo satisfatório e credível na procura de respostas, que consolidem e ampliem os conhecimentos, é necessário um conjunto de etapas perfeitamente definidas, o qual se designa por metodologia. Esta será organizada em consonância com organização crítica das atividades de uma investigação que decorre desde a formulação das questões preambulares até chegar considerações finais consoante os propósitos iniciais.

A metodologia reporta-se à descrição e análise dos procedimentos e técnicas específicas para a recolha e análise dos dados, às suas potencialidades e limites.

Com a realização deste estudo temos como objetivo caracterizar as pessoas que acorreram à UP no ano em que decorreu o estudo, relativamente ao género, idade, motivo/queixa /diagnósticos, problemas sociais e encaminhamento após observação na UP.

Numa segunda fase pretendemos identificar os focos de intervenção dos enfermeiros e sua relação com a idade, sexo e encaminhamento.

## 2.1 - TIPO DE ESTUDO

A linha metodológica adotada para a consecução deste estudo, de acordo com os objetivos, foi a metodologia descritiva quantitativa, com a determinação das frequências absolutas e relativas das diversas variáveis.

Segundo Fortin (1999) com os estudos descritivo pretende-se descrever fenómenos, fornecendo informação sobre as características de pessoas, de situações, de grupo ou de acontecimentos e encontrando relação entre as variáveis. Através da metodologia quantitativa todo o processo de colheita e análise de dados é quantificável.

## 2.2 – PROCEDIMENTO DE RECOLHA E TRATAMENTO DE DADOS

Este estudo teve como contexto o Serviço de Urgência do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), polo dos Hospitais da Universidade de Coimbra, num estudo retrospectivo, descritivo relativo ao ano de 2012.

A população alvo do estudo são as pessoas que acorreram ao Serviço de Urgência com encaminhamento para o sector de Psiquiatria, tendo sido constituída uma amostra de conveniência dentre os utentes das UP durante o ano de 2012.

Para a recolha dos dados, foram utilizados os registos efetuados pelos Enfermeiros, em livro próprio do arquivo do Serviço de Urgência, cuja grelha de recolha de informação, baseada na Triagem Manchester, inclui as variáveis seguintes: data de admissão, sexo, idade, diagnóstico clínico/queixas/motivos, problemas sociais e encaminhamento após observação no setor de psiquiatria (Anexo1).

No decorrer deste estudo foram respeitados os princípios éticos inerentes à investigação com Seres Humanos (Declaração de Helsínquia), sendo garantida a confidencialidade e anonimato dos dados.

Foram formulados os pedidos escritos formais de autorização para realização da investigação científica às seguintes Instituições (Anexo 2):

- Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, pedido a realizado à Presidente da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra na pessoa da Sr.<sup>a</sup> Presidente Maria da Conceição Bento;

- Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, pedido realizado ao Presidente do Conselho de Administração do CHUC na pessoa do Dr. José Martins Nunes; ao Enfermeiro Diretor do CHUC na pessoa do Enf.<sup>o</sup> António Manuel Marques; ao Diretor

da Unidade de Gestão Integrada (UGI) da Urgência e Medicina Intensiva na pessoa do Dr. João Paulo Almeida e Sousa; à Diretora do Serviço de Urgência na pessoa da Dr.<sup>a</sup> Isabel Fonseca; ao Enfermeiro Chefe do Serviço de Urgência do CHUC do polo dos Hospitais da Universidade de Coimbra na pessoa do Enf.<sup>o</sup> Jorge Leitão;

- Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem da ESEnfC.

### **3 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS**

Neste capítulo são apresentados e analisados os dados obtidos, começando pela análise descritiva das características da amostra.

Segue-se a apresentação e análise da informação sobre as queixas/motivos da ida dos doentes à UP, tendo em vista a identificação dos focos de intervenção dos enfermeiros, evidenciando a sua relação com as características da amostra e o encaminhamento dos doentes.

Os dados serão apresentados em tabelas de forma a organizar e sistematizar melhor a informação.

#### **3.1 - CARACTERÍSTICAS E ENCAMINHAMENTO DAS PESSOAS QUE RECORREM ÀS UP**

A amostra em estudo é constituída por 1201 doentes que acorreram à UP dos HUC de Janeiro a Dezembro de 2012.

No Tabela nº 1 são apresentados as características sociodemográficas da amostra do estudo. Verifica-se uma predominância do sexo feminino, com uma percentagem de 64,20 % em relação ao sexo masculino.

No que respeita à distribuição por idades, verifica -se a predominância dos utentes nos grupos etários entre os 30 e os 63 anos com uma percentagem de 61,4%, constatando-se ainda que 23,2% da amostra é constituída por utentes com mais de 63 anos.

**Tabela nº 1** - Características sociodemográficas dos utentes da amostra (N=1201)

Características		N	%
<b>Sexo</b>	Masculino	430	35.80
	Feminino	771	64.20
<b>Idade</b>	<19 Anos	23	1.9
	[19 - 30[Anos	161	13.5
	[30 - 41[Anos	256	21.4
	[41 - 52[Anos	253	21.2
	[52 - 63[Anos	224	18.8
	[63 - 74[Anos	146	12.2
	≥74 Anos	131	11.0
	Sem registo	4	0.33

Na Tabela 2 é apresentada a distribuição dos utentes cujas queixas foram registadas como estando relacionadas com problemas sociais. Constata-se que tal ocorreu em 5,83% dos casos.

**Tabela nº 2** - Caracterização da amostra quanto à existência de problemas sociais (N=1201)

		N	%
<b>Problemas sociais</b>	<b>Sim</b>	70	5.83
	<b>Não</b>	1128	93.92
	<b>Sem registo</b>	3	0.25

Na Tabela 3 é apresentada a distribuição dos utentes segundo o seu encaminhamento após a observação na UP.

Após a observação na UP os doentes depois da estabilização clínica são orientados/encaminhados, com alta para o domicílio ou outras Instituições na comunidade, ou transferidos para outras Unidades Hospitalares (Hospitais da área de residência)

Relativamente aos internamentos no CHUC existem dois polos: os Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC) e Hospital Sobral Cid.

Nos HUC existem duas Unidades de Internamento, uma no Bloco Central exclusivamente masculino (Psiquiatria Homens) e outra no Bloco Celas exclusivamente feminino, denominado Psiquiatria mulheres.

No Hospital Sobral Cid existem 3 Pavilhões, reestruturados recentemente Pavilhão 1 de subagudos, Pavilhão 3 Patologia Dual e Pavilhão 16 Forense.

Para além disso existe a possibilidade de Internamento na Unidade Internamento de Curta Duração (UICD), onde dispõem de apenas uma vaga. Os doentes podem permanecer internados até 24 horas, para estabilização do quadro clínico, aguardar vaga numa Unidade de Internamento, ou para posterior Transferência para o Hospital da área de residência.

A UP é dotada de uma Sala de Observações com duas camas, onde os utentes podem permanecer em regime de seminternamento, por períodos nunca superiores a 24h, para estabilização do quadro clínico, aguardar vaga nas Unidades de internamento.

Todavia existem os casos sociais com problemas socioeconómicos graves, associados a maioria das vezes ao consumo de drogas e álcool, denominados casos sociais, denominados “usuários” do serviço de urgência, que permanecem na UP por períodos que variam entre as 24 a 72 horas em macas no corredor do Serviço de Urgência.

Quando referimos altas para outras Instituições na comunidade, são as Unidades Cuidados Continuados (UCC), Lares, Famílias de Acolhimento.

Verifica-se que a maior parte dos doentes após observação médica (67,53%) tiveram alta para o domicílio.

Relativamente aos internamentos a maior percentagem (10.91%) foi internado nos HUC, seguido dos internamentos no Hospital Sobral Cid (8.91%).

É de referir que alguns doentes foram encaminhados para outras áreas/sectores do Serviço de Urgência (8,41%), por outras patologias associadas, alterações analíticas ou esclarecimento de diagnóstico.

**Tabela nº 3** - Distribuição dos utentes da amostra relativamente ao encaminhamento após a observação na UP

<b>Encaminhamento/Alta</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Domicilio	811	67.53
Internamento Hospital Sobral Cid	107	8.91
Internamento psiquiatria HUC	124	10.91
Outras instituições na comunidade	14	1.17
Outras áreas/Setores do serviço de urgência	101	8.41
Outros hospitais	44	3.66

### 3.2 - FOCOS DE INTERVENÇÃO DOS ENFERMEIROS

Na Tabela nº 4 são apresentadas as queixas/motivos que foram registados pelos enfermeiros em linguagem natural e baseada na Triagem de Manchester.

A Depressão destaca-se em 25,73% dos utentes, seguido da ansiedade 15,99%, intoxicações medicamentosas, tentativas de suicídio e ideação suicida com 14,3%, e alteração do comportamento com 8,5%.

Relativamente aos comportamentos aditivos verifica-se uma correlação direta com o alcoolismo e a toxicoddependência associada a doenças infecto contagiosas com 8,0%.

No que concerne às patologias psiquiátricas mais graves, como a esquizofrenia, doença bipolar, surtos psicóticos, psicoses surgem com 9.0%.

**Tabela nº 4** - Apresentação dos dados sobre as queixas/motivos de recorrer à UP, com base nos registos efetuados pelos enfermeiros

<b>Queixa/motivo</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Agitação	23	1,9
Agressão	2	0,2
Agressividade	21	1,7
Alcoolismo + TX	1	0,1
Alcoolismo	57	4,8
Alteração comportamento	102	8,5
Alucinação	12	1,0
Alzheimer	1	0,1
Angustia	4	0,3
Anorexia	2	0,2
Ansiedade	179	15,8
Apatia	1	0,1
Auto agressão	2	0,2
Bipolar	47	3,9
Caso social	2	0,2
Cefaleia	2	0,2
Doença psicossomática	47	3,9
Delirante	1	0,1
Delírio	3	0,3
Demência	36	3,0
Depressão	308	25,6
Desintoxicação	1	0,1
Desorientação	12	1,0
Distúrbio personalidade	1	0,1
Esquizofrenia	58	4,9
Etilismo	2	0,2
HIV+ Toxicodependente	1	0,1
HIV+ alcoolismo	1	0,1
Ideação suicida	14	1,3
Intox. Medicamentosa	141	12,5
IM+ alcoolismo	1	0,1
Insônia	34	2,8
Mutismo	1	0,1
Oligofrenia	7	0,6
Pânico	8	0,7
Problemas familiares	3	0,3
Psicose	11	0,9

S. klinef	1	0,1
Stress	1	0,1
Suicídio	5	0,4
Surto psicótico	2	0,2
Tentativa suicídio	1	0,1
Toxicodependente (TX)	17	1,4
TX+ Epilepsia	1	0,1
TX +alcooolismo	1	0,1
TX + psicose	1	0,1
Violência domestica	4	0,3
<b>Total</b>	<b>1201</b>	<b>100,0</b>

Na Tabela 5 são apresentados os resultados do trabalho de conversão das queixas/motivos de ida à UP, a Triagem de Manchester para focos de atenção segundo a CIPE.

Este processo baseou-se no confronto entre os conceitos psicopatológicos subjacentes à terminologia utilizada nos registos dos enfermeiros e as possivelmente equivalentes definições da CIPE Versão Beta 2 e Versão 2. Foram assim seleccionados 12 focos de atenção: agitação, agressividade, alucinação, uso de substâncias, confusão, ansiedade, delírio, tristeza, depressão, insónia, interação social comprometida, tentativa de suicídio.

Verifica-se que no total da representatividade dos focos de atenção a depressão destaca-se com 25,6% do total, seguida da ansiedade com (19,9%), e a tentativa de suicídio (14,4%).

É de destacar por fim que 6,9% dos utentes apresentavam queixas relacionadas com alucinações de carácter psicótico.

**Tabela nº5** - Distribuição dos focos de atenção de enfermagem (CIPE) em função das queixas/motivos de ida à UP

Focos de atenção (CIPE)	Queixa/motivo	Nº	Frequência	%
<b>Agitação</b>	Agitação	23	115	9.6
	Alzheimer	1		
	Bipolar	47		
	S. klinef	1		
	Oligofrenia	7		

	Demência	36		
<b>Agressividade</b>	Agressão	2	23	1.9
	Agressividade	21		
<b>Alucinação</b>	Distúrbio personalidade	1	83	6.9
	Esquizofrenia.	14		
	Esquizofrenia	44		
	S. Psicótico	1		
	Psicose	11		
	Surto psicótico	1		
<b>Uso substâncias</b>	Alcoolismo + TX	1	92	7.7
	Alcoolismo	1		
	Alcoolismo	55		
	Etilismo	2		
	Etilismo	9		
	HIV+TX	1		
	HIV+ alcoolismo	1		
	TX	17		
	TX +epilepsia	1		
	TX+ alcoolismo	1		
	TX+ psicótico	1		
	<b>Confusão</b>	Alt. Comportamento		
Alt. Comportamento		83		
Desorientação		12		
<b>Ansiedade</b>	Anorexia	2	239	19.9
	Ansiedade	1		
	Ansiedade	178		
	Cefaleias	2		
	Doença psicossomática	47		
	Pânico	8		
	Stress	1		
<b>Delírio</b>	Delirante	1	4	0.3
	Delírio	2		
	Delírios	1		
<b>Tristeza</b>	Angústia	4	5	0.5
	Apatia	1		

<b>Depressão</b>	Depressão	307	307	25.6
<b>Insónia</b>	Insónia	33	33	2.7
<b>Interação social comprometida</b>	Caso social	2	8	0.7
	Problemas Familiares	3		
	Violência domestica	3		
	Violência domestica	1		
<b>Tentativa suicídio</b>	Auto agressão	2	173	14.4
	Ideação Suicida	13		
	Intox. Medicamentosa	150		
	Tentativa suicídio	5		
	Tentativa suicídio	1		

Segue-se a Tabela nº 6 onde constam os dados referentes à distribuição dos focos de atenção por género.

Destaca-se que no sexo feminino a maior percentagem enquadra-se na depressão (30,3%), seguida da ansiedade (23,8%), e da tentativa de suicídio (15,7%).

No sexo masculino a depressão é tal como no sexo feminino a mais prevalente, ocorrendo em (17,2%) dos casos, seguida do uso de substâncias (15,9%), da alucinação (14%), e da ansiedade (13,1%).

A tentativa de suicídio aparece com uma percentagem bastante relevante de 12,1%, mas inferior ao sexo feminino.

**Tabela nº6** - Distribuição dos focos de atenção relativamente ao Género

Focos de Atenção	Género Masculino		Género Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Agitação	38	8.84	77	10.0	115	9.6
Agressividade	15	3.5	8	1.0	23	1.9
Alucinação	60	14.0	23	3.0	83	6.9
Uso de Substâncias	68	15.9	24	3.1	92	7.7
Confusão	50	11.7	65	8.5	115	9.6
Ansiedade	56	13.1	183	23.8	239	19.9
Delírio	1	0.2	3	0.4	4	0.3

Tristeza	2	0.5	4	0.5	6	0.5
Depressão	74	17.2	233	30.3	307	25.6
Insónia	13	3.0	20	2.6	33	2.8
Interação Social Comprometida	0	0.0	8	1.0	8	1.0
Tentativa de suicídio	52	12.1	121	15.7	173	14.4
<b>Total</b>	429	100	769	100	1201	100

Na tabela 7 são apresentados os dados referentes à distribuição dos focos de atenção por faixa etária.

No que se refere à agitação a maior percentagem de ocorrências verificou-se nos doentes com idade superior a 74 anos (32.2%), seguida da faixa etária 41-52 anos (18.3%).

Todavia no que respeita à agressividade é na faixa etária mais jovem 19 - 30 anos que se verifica uma maior frequência (30,4%), seguida da faixa etária superior a 74 anos com uma percentagem bastante significativa de 17,4%.

Em relação ao foco alucinação, verificamos uma predominância no adulto jovem dos 19-41 anos com uma percentagem de 51,8%. Nas restantes faixas etárias há a destacar os doentes com idade entre os 41 e os 52 anos com uma percentagem de 14,5%.

O uso de substâncias foi outro dos focos visado, verificando-se que maior percentagem se localiza na faixa etária entre 41 -52 anos 36.3%, seguida 30 -41 anos com 27.5%.

O foco confusão, a maior percentagem verifica-se nos doentes com mais de 74 anos (27.8%), seguida da faixa etária dos 63 aos 74 anos (21.7%), decrescendo com a idade.

Relativamente à ansiedade a predominância verifica-se na faixa etária dos 30 – 41 anos com 25.1%, seguida 41- 52 anos com 21.3%, e da 52 – 63 anos com 18.4%.

No que concerne ao delírio podemos verificar que a ocorrência (25%) é igual nas faixas etárias dos 30-41 anos, dos 41-52 anos e dos 63-74 anos.

No que respeita à tristeza é mais frequente nos utentes com idades entre 52 – 63 anos com 33.3%. Nas restantes faixas etárias é similar.

A depressão é mais predominante na faixa etária dos 30 – 41 anos com 24.6%, seguida da faixa etária dos 52-63 com 23.9% e dos 41-52 anos com 22.6%.

Quanto à insónia tem uma maior percentagem na faixa etária 52 – 63 anos com 30.3%, seguida da faixa etária dos 63-74 com 24.2%, depois com igual percentagem de 15.2% na faixa etária 19 – 41 anos e nos doentes com mais de 74 anos.

Relativamente à interação social comprometida verifica-se uma maior percentagem nos doentes com idade superior a 63 anos (50%). Igual percentagem 12.5% nas restantes faixas etárias padronizadas, exceto nas camadas mais jovens 19 - 41 anos não se verificou nenhum caso.

Em relação ao foco tentativa de suicídio a maior percentagem 26.7% verificou-se na faixa etária dos 30-41 anos, de seguida na faixa etária dos 41 - 52 anos e dos 52- 63 anos com 22,7% e 20.9% respetivamente.

**Tabela nº 7 - Distribuição focos de atenção por faixas etárias**

Foco Atenção	<19	%	[19 -30[	%	[30-41[	%	[41-52[	%	[52-63[	%	[63- 74[	%	≥ 74	%
<b>Agitação</b>	2	1.7	13	11.3	9	7.8	21	18.3	15	13.0	18	15.7	37	32.2
<b>Agressividade</b>	1	4.3	7	30.4	3	13.0	2	8.7	3	13.0	3	13.0	4	17.4
<b>Alucinação</b>	3	3.6	21	25.3	22	26.5	12	14.5	10	12.0	7	8.4	8	9.6
<b>Uso Substancias</b>	1	1.1	13	14.3	25	27.5	33	36.3	13	14.3	5	5.5	1	1.1
<b>Confusão</b>	1	0.9	9	7.8	13	11.3	19	16.5	16	13.9	25	21.7	32	27.8
<b>Ansiedade</b>	4	1.7	35	14.6	60	25.1	51	21.3	44	18.4	26	10.9	19	7.9
<b>Delírio</b>	0	0.0	0	0.0	1	25.0	1	25.0	1		1	25.0	0	0.0
<b>Tristeza</b>	0	0.0	0	0.0	1	16.7	1	16.7	2	33.3	1	16.7	1	16.7

<b>Depressão</b>	4	1.3	32	10.5	75	24.6	69	22.6	73	23.9	35	11.5	17	5.6
<b>Insónia</b>	0	0.0	5	15.2	1	3.0	4	12.1	10	30.3	8	24.2	5	15.2
<b>Interação social comprometida</b>	1	12.5	1	12.5	0	0.0	1	12.5	1	12.5	2	25.0	2	25.0
<b>Tentativa suicídio</b>	6	1.9	25	13.5	46	26.7	39	22.7	36	20.9	15	8.7	5	2.9
<b>Total</b>	23	100	161	100	256	100	253	100	224	100	146	100	131	100

Na Tabela 8 são apresentados os dados referentes à distribuição dos focos de atenção dos enfermeiros relativamente ao encaminhamento dos utentes após a observação na UP.

A partir dos dados obtidos podemos referir que cerca de 55.7% dos doentes agitados tiveram alta para o domicílio, 27,8 % ficaram internados nos HUC, 7.8% ficaram internados no Hospital Sobral Cid, e tiveram alta para outras Instituições na comunidade 8.7%.

Relativamente ao foco atenção agressividade, 65.2% dos doentes observados na UP, tiveram alta para o domicílio, 13.0% ficaram internados no Hospital Sobral Cid, 8,7% ficaram internados nos HUC e foram transferidos para outros Hospitais ou encaminhados para outras Instituições na Comunidade 13.0%.

No que respeita ao foco atenção Alucinação, dos doentes observados na UP, 31.3% tiveram alta para o domicílio, 37.3% ficaram internados nos HUC e 27.7% ficaram internados no Hospital Sobral Cid. Foram encaminhados para outras Instituições na Comunidade 3.6%.

No que se refere ao foco atenção uso de substâncias, dos doentes observados na UP, 58.7% tiveram alta para o domicílio, 18.5% ficaram internados no Hospital Sobral Cid, 16.3% ficaram internados nos HUC, foram transferidos para outros Hospitais ou encaminhados para outras Instituições na Comunidade 6.5%.

Relativamente ao foco atenção confusão, 54.8% dos doentes observados na UP, tiveram alta para o domicílio, 31.3% ficaram internados nos HUC e 7.0% ficaram internados no Hospital Sobral Cid, em igual percentagem foram transferidos para outros Hospitais ou encaminhados para outras Instituições na Comunidade.

No que concerne ao foco atenção ansiedade, a maior percentagem dos doentes que ocorreram à UP (85.4%), tiveram alta para o domicílio, 12.8% ficaram internados nos

HUC, uma pequena percentagem 0.4% ficaram internados no Hospital Sobral Cid e 1.7% foram transferidos para outros Hospitais ou encaminhados para outras Instituições na Comunidade.

Relativamente ao foco atenção delírio, metade dos doentes que ocorreram à UP, 50.0% tiveram alta para o domicílio, 25% ficaram internados no Hospital Sobral Cid, e em igual percentagem foram transferidos para outros Hospitais ou encaminhados para outras Instituições na Comunidade.

Relativamente ao foco atenção Tristeza, mais de metade dos doentes que ocorreram à UP, 66.7% tiveram alta para o domicílio, 16.7% ficaram internados no Hospital Sobral Cid e em igual percentagem ficaram internados nos HUC.

No que concerne ao foco atenção Depressão, uma grande percentagem 76.9% dos doentes que ocorreram à UP tiveram alta Hospitalar para o domicílio, 13.7% ficaram internados nos HUC, cerca de 6.5% ficaram internados no Hospital Sobral Cid e 2.9% foram transferidos para outros Hospitais ou encaminhados para outras Instituições na Comunidade.

No que refere ao foco atenção insónia, a maior parte dos doentes que ocorreram à UP, 97% tiveram alta Hospitalar para o domicílio, apenas uma pequena percentagem 3% ficou internado no Hospital Sobral Cid.

No que concerne ao foco atenção interação social comprometida, 50% dos doentes que ocorreram à UP tiveram alta Hospitalar para o domicílio, cerca de 12.5% ficaram internados no Hospital Sobral Cid, em igual percentagem ficaram internados nos HUC e 25% foram transferidos para outros Hospitais ou encaminhados para outras Instituições na Comunidade.

Relativamente ao foco atenção tentativa de suicídio, uma grande percentagem 61.3% dos doentes que ocorreram à UP tiveram alta Hospitalar para o domicílio, 19.7% ficaram internados nos HUC, cerca de 12.1% ficaram internados no Hospital Sobral Cid e 6.9% foram transferidos para outros Hospitais ou encaminhados para outras Instituições na Comunidade.

Do total dos focos de atenção definido, 67.8% dos doentes observados na UP, tiveram alta Hospitalar para o domicílio, 18.7% ficaram internados nos HUC, cerca de 8.8% ficaram internados no Hospital Sobral Cid e foram transferidos para outros Hospitais ou encaminhados para outras Instituições na Comunidade 4.8%.

**Tabela nº 8** - Distribuição dos focos de atenção relativamente ao encaminhamento após observação na UP

Focos de Atenção	Encaminhamento/Alta							
	Domicílio	%	Hospital Sobral Cid	%	HUC	%	Outras Instituições na Comunidade	%
Agitação	64	55.7	9	7.8	32	27.8	10	8.7
Agressividade	15	65.2	3	13.0	2	8.7	3	13.0
Alucinação	26	31.3	23	27.7	31	37.3	3	3.6
Uso de Substâncias	54	58.7	17	18.5	15	16.3	6	6.5
Confusão	63	54.8	8	7.0	36	31.3	8	7.0
Ansiedade	204	85.4	1	0.4	30	12.6	4	1.7
Delírio	2	50.0	1	25.0	0	0.0	1	25.0
Tristeza	4	66.7	1	16.7	1	16.7	0	0.0
Depressão	236	76.9	20	6.5	42	13.7	9	2.9
Insónia	32	97.0	1	3.0	0	0.0	0	0.0
Interação Social Comprometida	4	50.0	1	12.5	1	12.5	2	25.0
Tentativa de suicídio	106	61.3	21	12.1	34	19.7	12	6.9
<b>Total</b>	<b>810</b>	<b>67.6</b>	<b>106</b>	<b>8.8</b>	<b>224</b>	<b>18.7</b>	<b>58</b>	<b>4.8</b>

#### **4 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Apresentada que foi a metodologia e os resultados obtidos, este capítulo centra-se na discussão dos resultados, com base na teoria, na investigação e com informação do investigador.

O objetivo primeiro deste trabalho é caracterizar as pessoas/ doentes que acorreram às Urgências de Psiquiatria no período em que decorreu o estudo.

A Urgência em Portugal é talvez o acesso mais fácil aos cuidados de saúde especializados, daí que a procura tenha vindo a aumentar nos últimos anos. No que se refere às Urgências de Psiquiatria, nomeadamente aos HUC, segundo Bastos et al. (2011) nos primeiros 6 meses de 2010, no universo de 152.718 episódios de urgência geral, 6,6% episódios foram observados no sector da psiquiatria, o que equivale a 26 doentes por dia, sem contar com os doentes que permanecem mais de 24 horas nesse sector.

Garrido et al. (2011) vem reforçar esta ideia ao referir que a Saúde Mental ao abrigo das novas políticas economicistas, procurou desinstitucionalizar os doentes crónicos,

colocando-os no seu meio familiar e social. Apesar da tentativa de criar infraestruturas de apoio na retaguarda, pouco ou nada se fez, e os doentes e suas famílias foram votadas ao abandono, cuja consequência, mais visível foi procura dos serviços de urgência por doentes descompensados e por outros os ditos “usuários”, pelo atendimento e tratamento mais rápido.

Houve diversos fatores que contribuíram para o aumento do número de doentes com sintomatologia ou patologia psiquiátrica, como a crise que se tem vivenciado nos últimos anos, segundo dados da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico OCDE (2014) uma em cada duas pessoas terá uma doença mental na vida, com consequências negativas a nível de emprego, produtividade e salários.

Cerca de 5% da população ativa tem um problema de saúde mental grave, e mais de 15% é afetada por uma perturbação mental comum. Os distúrbios neuropsiquiátricos correspondem à segunda causa de perda de qualidade de vida (19%) na Europa. (OCDE, 2014 e Petrea e McCulloch, 2013)

Os dados epidemiológicos são alarmantes pois, segundo Petrea e McCulloch (2013) na União Europeia (UE), estima-se que pelo menos 165 milhões de pessoas (38% da população) tenham problemas de saúde mental, a qualquer momento.

No 1º Relatório de Estudos Epidemiológico Nacional de Saúde Mental (EENSM, 2002), consta que a prevalência das doenças mentais tem vindo a aumentar, associadas a níveis de incapacidade mais elevados do que a maioria das doenças crónicas.

Os dados de 2012 do EENSM (2013) sobre a população portuguesa, partilhados por Caldas de Almeida e Xavier (2013), revelaram que 22,9% tinham uma perturbação psiquiátrica, sendo Portugal um dos países com maior prevalência de perturbações psiquiátricas na Europa.

A amostra do presente estudo ficou constituída por 1201 dos doentes que acorreram à UP no ano de 2012, cujos dados foram registados pelos enfermeiros no livro de registos. Torna-se importante clarificar que nem todos os doentes que foram encaminhados para a UP, foram triados diretamente para esse sector do serviço de urgência, alguns deles foram reencaminhados após observação noutros sectores como medicina interna ou cirurgia, para serem observados pela psiquiatria.

## **As características e encaminhamento das pessoas que acorreram às UP**

No que se refere ao **género** verificamos que a maioria dos doentes da amostra eram do sexo feminino (64,2%), o que corresponde ao referido por Bastos et al. (2011), segundo os quais o doente mais frequente da urgência psiquiátrica do HUC é do sexo feminino.

Estas diferenças de género podem estar relacionada com a aceitação dos sintomas, correspondendo a que “as mulheres podem ter maior probabilidade de reconhecer uma perturbação depressiva, bipolar ou da ansiedade e aceitam uma lista mais completa de sintomas do que os homens” (APA, 2014 p. 18).

As variações dos níveis de estrogénio ao longo do ciclo vida reprodutivo da mulher, também podem contribuir para as diferenças de género, no risco e expressão da doença. Por exemplo a mania ou episódios depressivos major são frequentes nos pós parto (APA, 2014).

Relativamente à proporção de homens/mulheres existem alguns estudos em que a proporção é de 2:1, no estudo efetuado pelos autores na UP dos CHUC a proporção é igualmente de 2:1, assim como, num estudo idêntico realizado no Hospital de Viseu em 2006, num outro estudo similar a percentagem de homens e mulheres era igual de 1:1 (Bastos et al.,2011).

Relativamente à caracterização da amostra em estudo quanto à **idade** é muito heterogénea, sendo constituída por doentes com idades que variam entre os 19 anos até mais de 74 anos.

Em relação à distribuição por idades verifica - se uma predominância dos utentes na faixa etários entre os 30 e 63 anos com uma percentagem de 61,4%. Segundo estimativas do Conselho Europeu do Cérebro, indicam que 27,6% da população da EU entre os 18 e 65 anos sofre em cada ano de um qualquer tipo de problema de saúde mental, número que foi atualizados recentemente para 38,2%.

Muitas pessoas têm um distúrbio diagnosticável, outras porem têm problemas de saúde mental “subliminares”, o que significa que não cumprem os critérios de diagnóstico de distúrbios mentais mas também estão em sofrimento e, portanto, devem beneficiar de uma intervenção precoce (Carvalho et al, 2013, p. 5)

Grande parte doenças mentais estão geralmente estão associadas défice social, ocupacional e desemprego, resultantes do não cumprimento dos planos terapêuticos estabelecidos, por incapacidades dos próprios doentes em organizarem-se, por desleixo

das próprias famílias, essencialmente pela falta de rede de apoio domiciliário das equipas de Saúde Mental.

Ideia partilhada por Prates e Igue, (2010) referindo que pelo menos 33% dos diagnósticos são de natureza psicossocial.

A idade, o género e vários fatores sociais podem influenciar a incidência das perturbações mentais. Segundo APA (2013) nenhum grupo está imune. Afetando a vida das pessoas em qualquer idade, causando enorme sofrimento e invalidez e são responsáveis por custos elevados para os indivíduos, as famílias e as sociedades.

Os problemas psicossociais entre a população Portuguesa atinge atualmente uma percentagem cada vez mais elevada a cada dia que passa.

Com as novas políticas de Saúde Mental incrementadas ao abrigo do PNSM 2007/2016, a desinstitucionalização do doente mental. As conseqüentes mais visíveis foi o colocar o doente no seio familiar sem apoios na retaguarda. Estas as famílias que já estavam atravessar um período de instabilidade psicossocial e económica, devido à crise Mundial que se tem vivenciado nos últimos anos, foram confrontados com mais um problema, receber no seu seio mais um elemento, com uma agravante doente e não produtivo. Os resultados foram quase imediatos, muitos desses doentes cedo abandonaram as famílias e passaram a viver na rua, sem comida nem medicação, o que veio a agravar ainda mais sua saúde física e mental.

As conseqüências foram notórias a nível das UP, pois diariamente somos confrontados com doentes descompensados, trazidos para internamentos compulsivos, por quadros de agressividade e agitação. Por outro lado temos os “usuários” do SU, que quase diariamente são admitidos, com encaminhamento para a UP, por falta de medicação, comida e para pernoitar (Garrido et al.; Bastos et al. 2011).

Os **problemas sociais**, foi um dos dados recolhidos, mas que não foi muito valorizado pelos enfermeiros, no universo de 1201 doentes apenas 5.83% dos casos foram registados como tendo problemas sociais.

Esta questão pode ser abordada sob várias perspetivas, sendo uma delas, a maior parte dos doentes cedo abandonam o serviço de urgência, quando se coloca a hipótese de irem para uma Instituição Social. Por outro lado os internamentos compulsivos absorvem grande parte dos doentes com problemas psicossociais graves.

Os 5.83% corresponde na nossa perspetiva, certamente aqueles a quem foi pedido transporte para o domicílio por insuficiência económica (prática comum no SU, em

seguimento das orientações da DGS), têm direito a transporte para o domicílio todos os doentes com insuficiência económica associado a uma diversificada lista de doenças entre as quais patologia psiquiátrica.

No que respeita ao **encaminhamento** os doentes após a observação, estabilização clínica na UP, são orientados/encaminhados, com alta para o domicílio ou outras Instituições na comunidade, ou transferidos para outras Unidades Hospitalares (Hospitais da área de residência).

Ao referimos altas para outras Instituições na comunidade, são as Unidades Cuidados Continuados (UCC), lares e famílias de Acolhimento.

No estudo realizado constatamos que a maior parte dos doentes após observação médica (67,53%) tiveram alta para o domicílio. Ideia partilhada por Garrido et al. (2011) referindo que devido a política economicista do SNS, foram encerrados diversos Hospitais e sectores psiquiátricos, debatendo-se atualmente com a falta de vagas par internamento.

Outros devido à gravidade do quadro psiquiátrico ficaram internados nos CHUC (19.82%).

Num estudo realizado por Bastos et al (2011) na urgência de psiquiatria dos HUC verificou igualmente que 72,5%, a maior parte dos doentes tiveram alta para o domicílio, os restantes foram encaminhados para outros destinos.

Relativamente aos internamentos nos CHUC, no mesmo estudo verificou que 14,4% dos doentes ficaram internados nos vários departamentos porque é composta atualmente a psiquiatria, 8% nos HUC, 13,9% no HSC.

Os resultados obtidos foram similares no que respeita ao número de doentes internados, relativamente às Unidade de Internamento diferem, tendo em linha de conta a recente reestruturação do HSC.

Relativamente aos internamentos a maior percentagem verifica nos HUC (10.91%), seguido dos internamentos no Hospital Sobral Cid (8.91%).

Muitos dos surtos psicóticos, quadros demenciais principalmente nos idosos estão relacionados com alterações analíticas, ou doenças degenerativas, razão pela qual são encaminhados para a medicina interna para uma avaliação secundária do estado clínico do doente.

É de referir que alguns doentes foram encaminhados para outras áreas/sectores do Serviço de Urgência (8,41%), por outras patologias associadas, alterações analíticas e/ou esclarecimento de diagnóstico.

Foram transferidos para outras Unidades Hospitalares 3,66%, muitas das vezes por falta de vagas nos internamentos de psiquiatria, ou cuja situação clínica não justificava o internamento em Unidades da Especialidade.

### **Focos de intervenção dos enfermeiros**

Após a identificação e caracterização das pessoas que ocorreram à UP, passamos à discussão dos resultados sobre os focos de intervenção dos enfermeiros segundo a CIPE, identificados com base nos registos dos enfermeiros.

Segundo Sheehy et al. (2011), os Serviços de Urgência (SU) prestam cuidados de saúde a milhares de pessoas por ano, entre cuidados emergente e urgentes, surgem também os outros que ocorrem ao SU porque não dispõem de outros recursos para observação médica e ainda os que não têm abrigo recorrendo frequentemente a estes serviços para obter algum conforto físico.

O SU é uma das principais portas de acesso aos cuidados de saúde das Instituições de Saúde, em que o primeiro contacto com o profissional de saúde é o enfermeiro que realiza a triagem. Ao falarmos de admissão no SU, existem determinados procedimentos a nível burocrático que convém referir. Após a inscrição a nível administrativo, os doentes têm que ser triados para observação médica, para realização de exames complementares de diagnóstico, ou ainda alguns procedimentos médicos mais específicos.

Faz sentido que nos debrucemos sobre o Sistema de Triagem Manchester, que é uma poderosa ferramenta de gestão, que ajuda na hierarquização do atendimento, de acordo com a gravidade do estado clínico dos doentes, deixando de ser atendidos por ordem de chegada e passam a ser usados critérios científicos rigorosos na priorização do seu atendimento.

Teve o seu incremento em 2005 pelo Ministério da Saúde (MS), o que tornou obrigatória a existência nos serviços de urgência de um sistema de triagem de prioridades.

A necessidade do estabelecimento desta ordem de prioridade explica-se pelo facto de muitos doentes acorrerem aos SU, recorrentemente com as mesmas queixas sem em primeira instância recorrer ao médico de família.

O Sistema de Triagem nos SU veio colmatar as dificuldades que existiam quando a procura da assistência médica ultrapassa de forma significativa a oferta e os recursos disponíveis, visando estabelecer igualdade de acesso a todos os doentes.

O aumento do número de doentes que acorrem ao SU levou à adoção de instrumentos que facilitassem o acesso em termos de equidade aos serviços de saúde. O objetivo foi responder às exigências e necessidades dos doentes, baseada em critérios científicos de gravidade clínica, tem como princípio o atendimento prioritariamente a quem se apresenta numa situação mais grave, sem diminuir a qualidade dos cuidados prestados.

O SU tem o intuito de garantir que os doentes recebam o tratamento adequado, no menor espaço de tempo possível, evitando ou minimizando sequelas e outros danos à saúde (MS, 2006, Diogo, 2007).

“Em Portugal, a proteção da saúde é um bem garantido constitucionalmente a todos os cidadãos, através do Sistema Nacional de Saúde, tal como está descrito no artigo 64, nº1 e 2 da Constituição da República Portuguesa” (Neves, 2010, p. 263)

Aos SU ocorrem os mais variados casos, desde aqueles que verdadeiramente necessitam de cuidados de saúde urgentes/emergentes, aos denominados “usuários” do SU que recorrem diariamente ao serviço com as mais diversificadas queixas físicas, em muitos dos casos, são doentes do foro psiquiátrico, descompensados, e necessitam de ajuda social.

Na opinião de Silva (2009) o SU é utilizado como consulta externa, hospital de dia, logística para atos não programados sem critérios clinicamente urgentes.

Justificando-se assim a triagem com procedimentos uniformes e que priorize os doentes mais graves.

Os doentes que ocorrem ao Serviço de Urgência (SU) dos HUC após inscrição são triados (Triagem de Manchester) que infere o encaminhamento, o que obedece a normas internas do serviço.

A triagem dos doentes no Serviço de Urgência dos HUC, é realizada por enfermeiros, habilitados com o curso de Triagem de Manchester. A Triagem de Manchester é composta por fluxogramas e discriminadores, baseada nas queixas/motivo de vinda do doente ao SU.

O enfermeiro seleciona o fluxograma (doença mental ou outro), e o discriminador adequado à queixa/motivo de vinda do doente ao SU, após o que atribuiu uma prioridade consoante a gravidade da situação (pulseira: vermelha, laranja, amarela, verde ou azul)

e encaminha o doente para a UP ou o sector correspondente. Podendo também ser retriado por outra especialidade para a UP, para reavaliação psiquiátrica. Daí a diversidade de nomenclaturas para uma mesma queixa ou diagnóstico.

Assim no que concerne as **queixas/motivos - Triagem de Manchester-** que levaram os doentes a recorrer ao serviço de urgências são muito diversificadas, desde a depressão que ocupa um lugar de destaque pelos números apresentados, 308 doentes (25,73%), seguido da ansiedade (15,99%), depois as intoxicações medicamentosas, tentativas de suicídio e ideação suicida (14,3%), a alteração do comportamento (8,5%).

Relativamente aos comportamentos aditivos verificamos que o alcoolismo e a toxicoddependência associada a doenças infectocontagiosas (8.0%)

No que concerne às patologias psiquiátricas mais graves, como a esquizofrenia, doença bipolar, surto psicótico, psicoses (9.0%)

Segundo Sadock e Sadock (2010) cerca de 20% dos doentes que ocorrem à urgência psiquiatria são suicidas e 10% violentos.

Os diagnósticos mais comuns são transtornos do humor (incluindo transtornos depressivos e episódios maníacos), esquizofrenia e dependência de álcool. Cerca de 40% requerem hospitalização.

A maioria das queixas/motivos que levam os doentes à UP tem por base uma patologia psiquiátrica diagnosticada ou com sintomatologia que infere a remanescência de doença mental.

Relativamente a isso temos em menor percentagem todas as outros motivos/queixas, que são significativas se as correlacionarmos com a doença mental que se encontra na base da queixa.

Nesta perspetiva, temos os quadros de agitação (1,9%) associadas às demências, alzheimer, distúrbios da personalidade.

A agressividade encontra-se associado ao consumo de álcool e toxicoddependência, e a patologias psiquiátricas, nomeadamente a esquizofrenia e surtos psicóticos.

As alterações do comportamento, angústia, anorexia, apatia associada a quadro de depressão ou a outros quadros psiquiátricos como as demências, oligofrenia, distúrbios da personalidade.

As crises de ansiedade e pânico de etiologia diversificada, tendo por base quadros depressivos.

As tentativas de suicídio, ou ideação suicida, sendo as mais frequentes as intoxicações voluntárias com fármacos ou produtos tóxicos, os pesticidas (organofosforados) e Herbicidas como o paraquat altamente letal. Temos as autoagressões como automutilações sendo as mais frequentes os cortes nos braços e pernas.

Quando se refere suicídio existe uma pequena percentagem, que é admitido no SU por enforcamento, ou com arma branca ou de fogo, dos quais não resultou a morte imediata devido aos meios de socorro imediato de que dispomos atualmente, coexistindo mesmo assim uma alta taxa de mortalidade.

No entanto existe uma pequena percentagem que sobrevive e necessita de um acompanhamento psiquiátrico emergente.

Perturbações psicossomáticas e perturbações relacionadas. As cefaleias, dores no peito, dores abdominais, dificuldades respiratórias são as queixas mais frequentes das doenças psicossomáticas, correlacionados com quadros depressivos arrastados.

Os indivíduos com perturbações psicossomáticas, têm sintomas somáticos múltiplos que são geradores de stress, que têm repercussões na vida quotidiana da pessoa. Pelos níveis elevados de preocupação com as doenças, avaliando os sintomas corporais de forma ameaçadora, prejudicial, perturbadora, pensando sempre no pior relativamente à saúde. Têm medo da gravidade dos sintomas, mesmo existindo provas em contrário. As doenças e a sintomatologia passa a desempenhar o papel central na vida do indivíduo, assumindo como característica pessoal da sua identidade e dominando as relações interpessoais.

Os indivíduos experienciam mal-estar permanente, focando-se nos sintomas somáticos e no seu significado.

A qualidade de vida física e mental vai-se agravando, pode levar a uma incapacidade funcional do indivíduo. (APA, 2013)

As perturbações psicossomáticas na população em geral ronda os 5 a 7% da população em geral, sendo a percentagem maior no sexo feminino e mais idosos. Os resultados obtidos são significativos com 3,9%.

Os sintomas somáticos persistentes estão associados a características demográficas, sexo feminino, idade avançada, menos instrução, baixo estatuto socioeconómico e desemprego, doença medica cronica ou doença psíquica concomitante (depressão,

ansiedade, perturbação depressiva persistente, distímia e pânico, stress social e fatores sociais que os reforçam como ganhos secundários à doença).

Os fatores cognitivos que afetam o curso clínico, incluem a sensibilização à dor, atenção aumentada para as sensações corporais e a atribuição de sintomas corporais a possíveis doenças médicas, em vez de as reconhecer como fenómenos normais ao stress psicológico. As consequências mais comuns são deterioração da saúde. (APA, 2013)

Os Delírios, as alucinações (1,4%) associados a diversas patologias, como distúrbio bipolar, esquizofrenia, toxicodependência, alcoolismo, demências entre outras.

A desorientação (1.0%) é outros dos sintomas/queixa referenciados que se encontra associado a outras patologias psiquiátricas de base como a demência

Surtos psicóticos de diversas etiologias, desde doentes com esquizofrenia descompensados, toxicodependentes, alcoolismo, doentes sem qualquer história e que desenvolvem um surto psicótico no decorrer de situações de stress extremo.

A violência doméstica e problemas familiares graves resultantes de famílias disfuncionais a maior parte das vezes um dos membros sofre de patologia psiquiátrica.

Os denominados casos sociais intimamente relacionados com a doença mental e o estigma a ela associado, que acaba por colocar as pessoas na rua sem-abrigo, que acabam por recorrer à UP, para dormir e se alimentar.

Todas as outras queixas/motivos de vinda à UP são representativas e importantes se consideramos por exemplo a violência doméstica com 0.3%, que muitas vezes se encontra camuflada sobre forma de outras queixas (quadros arrastados de depressão é mais comum).

É um do flagelo das sociedades atuais, independentemente dos estratos sociais, sendo extremamente importante a sua sinalização, acompanhamento e encaminhamento. Evitando-se assim um elevado número de mortes de mulheres que tem ocorrido nos últimos anos em virtude da violência doméstica.

Estes dados levam-nos a refletir sobre verdadeira dimensão do que é a doença mental sua repercussão na vida do indivíduo, família e sociedade em geral.

Segundo um estudo epidemiológico efetuado em 2012 a nível nacional, em cada 100 portugueses 22,9% tinham uma perturbação psiquiátrica, sendo Portugal um dos países

com maior prevalência de perturbações psiquiátricas a nível Europeu (Caldas de Almeida e Xavier, 2013)

Estima-se que exista uma prevalência de cerca de 10% de doenças neuropsiquiátricas nos adultos, 450 milhões de pessoas, como as perturbações depressivas unipolares, as perturbações afetivas bipolares, a esquizofrenia, a epilepsia, problemas relacionados como abuso de álcool e drogas, a doença de Alzheimer e outras demências, stress pós traumático, as perturbações obsessivas e compulsivas, o pânico e a insónia. (DGS, 2012, p. 55)

Segundo a mesma fonte mais de 25% das pessoas apresentam uma ou mais perturbações mentais e comportamentais durante toda a sua vida.

Atendo ao quadro conceptual que rege o exercício profissional de enfermagem, temos que forçosamente de falar sobre as intervenções de enfermagem, segundo Amaral (2010), “devem ser iniciadas logo que o doente é admitido num serviço, terão de constituir desde logo um momento especificamente propositado para a determinação dos respetivos diagnósticos, ponto fulcral para, invés de identificar necessidades do utente em termos de cuidados de saúde, determinar o plano terapêutico, mediante o qual os enfermeiros irão atuar para o alcance das metas, supostamente delineadas com o utente” (p.67).

Nesta perspetiva, optamos por converter os conceitos psicopatológicos subjacentes à terminologia utilizada nos registos dos enfermeiros, em possíveis focos de atenção CIPE.

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) Beta 2, para que o conhecimento seja reconhecido como ciência, e a ciência seja reconhecida no seio da comunidade científica, tem como condição essencial uma linguagem comum numa área do conhecimento. Assim, a utilização de uma linguagem comum a todos os intervenientes no processo de cuidar, permite descrever a prática de enfermagem, melhorar a comunicação entre os enfermeiros no exercício das suas funções. (Conselho Internacional de Enfermeiras, 2002).

Baseados na CIPE Beta 2 agrupamos as queixas/motivos de ida à UP (Triagem de Manchester) em 12 focos atenção (área de atenção relevante para a enfermagem): agitação, agressividade, alucinação, uso de substâncias, confusão, ansiedade, delírio, tristeza, depressão, insónia, interação social comprometida, tentativa de suicídio.

O agrupamento não foi realizado de forma aleatória mas tendo como princípio, alguns dados subjacentes a cada foco de atenção, citando como exemplo alucinação que tem subjacente patologias como a esquizofrenia, surto psicótico, distúrbio da personalidade, psicoses resultantes de outras condições nosológicas, como situações de stress extrema, consumo de drogas entre outras.

Os dados obtidos não são de modo algum absolutos, mas relativos, desse modo podemos inferir que em certa medida convergem com a literatura consultada.

Na perspetiva de Gagnon (2011) as situações mais frequentes no serviço de urgência são, ansiedade, perturbações de pânico, depressão, ideação suicida, esquizofrenia e consumo de substâncias com doença mental concomitante.

Verificamos que no total da representatividade dos focos de atenção a depressão destaca-se (25,6%) do total, seguida da ansiedade (19,9%) e a tentativa de suicídio (14,4%).

Segundo Teixeira e Cabral (2008) existem dados que apontam para que 85% dos doentes com depressão experimentem sintomas significativos de ansiedade e que a comorbidade de sintomas ou perturbações depressivas ocorram em mais de 90% dos doentes com perturbações de ansiedade.

A ansiedade nem sempre é patológica, todos nos já vivenciámos situações de maior ou menor níveis de ansiedade e stress, e conseguimos lidar com a situação sem entrar em depressão.

A ansiedade patológica em doentes deprimidos representa um risco maior da gravidade da sintomatologia, maior comorbidade a nível médico e físico e com pior prognóstico (Teixeira e Cabral, 2008).

Segundo os mesmos autores, dentro dos problemas mentais mais frequentes nos Cuidados de Saúde Primários, as perturbações ansiosas/depressivas serão os diagnósticos mais frequentes. Dai o número de doentes que ocorre à UP encaminhados pelo médico de família com sintomatologia depressiva.

Os sintomas somáticos são a expressão mais comum de apresentação de toda a comorbidade psiquiátrica nomeadamente a depressão.

Muitos dos problemas psicológicos/emocionais/sociais denominados psicossociais são mais frequentes que os diagnósticos psiquiátricos “clássico” (Teixeira e Cabral, 2008).

Existem diferenças significativas relativamente a idade e ao género, relacionadas com as causas e manifestações clínicas da doença mental. A nível epidemiológico, a urgência de psiquiatria são usados de igualmente por homens e mulheres, mais por solteiros do que por casados.

Cerca de 20% destes pacientes são suicidas e 10% violentos.

Os diagnósticos mais comuns são transtornos do humor (incluindo transtornos depressivos e episódios maníacos), esquizofrenia e dependência de álcool. Cerca de 40% requerem hospitalização (Sadock e Sadock, 2010).

Os resultados obtidos no estudo efetuado relativamente à **distribuição dos focos de atenção dos Enfermeiros e o género**, destaca-se que no sexo feminino a maior percentagem enquadra-se na depressão (30,3%), seguida da ansiedade (23,8%), e a tentativa de suicídio (15,7%).

No sexo masculino a depressão é tal como no sexo feminino a mais prevalente, ocorrendo em (17,2%) dos casos, seguida do uso de substâncias (15,9%), da alucinação (14%), a ansiedade (13,1%). A tentativa de suicídio aparece com uma percentagem bastante relevante (12.1%).

Estas percentagens podem ser ainda maiores se correlacionarmos os resultados obtidos, pois coexiste uma estreita correlação e interligação entre os diversos focos de atenção. Ideia reforçada por Petrea e McCulloch, (2013) referindo que a ansiedade patológica tem uma corelação direta com a depressão, atinge cerca de 14% da população em geral.

A depressão é uma condição médica comum, crónica e recorrente, que engloba uma variedade de distúrbios psicopatológicos que diferem consideravelmente quanto à sintomatologia, gravidade, curso e prognóstico, estando frequentemente associada a uma profunda impotência funcional e comprometimento da saúde física, sendo uma doença incapacitante e grave (APA, 2006).

A doença mental manifesta-se de forma diferente em homens e mulheres. Existem diferenças potenciais entre homens e mulheres, no que toca à expressão da doença mental. (...) as diferenças de sexo são variáveis atribuíveis aos órgãos reprodutivos do indivíduo e ao complemento cromossómico XX e XY. Estas diferenças prendem-se com o sexo biológico, como a autorrepresentação do indivíduo, que incluem as consequências psicológicas, comportamentais e sociais de género percebido.

No que concerne ao género e doença mental os dados que existem revelam que não existem grandes diferenças. O género pode influenciar a doença de diferentes formas. Pode determinar o risco de ter uma perturbação mental, no entanto persiste sempre o risco global. (APA, 2014:18)

Segundo a OMS (2001) as perturbações mentais não são exclusivas deste ou daquele grupo em especial, são universais e transversais a pessoas de todas as regiões, países e de todas as sociedades. Estando presentes em mulheres e homens em todas as fases da vida. Não havendo diferenças entre ricos e pobres, entre os que vivem nos meios urbanos e rurais (DGS, 2012).

A DGS (2012) salienta que as perturbações mentais graves também são comuns a ambos os sexos com exceção da depressão, mais frequente no sexo feminino e as perturbações causadas pelo abuso de substâncias é mais frequente no sexo masculino. As diferenças de género podem estar relacionadas com o assumir das perturbações, as mulheres mais facilmente assumem um conjunto de sintomas do que os homens, como é o caso das perturbações depressivas, bipolar e ansiedade. (APA, 2014:18)

Segundo Bastos et al. (2011) o doente típico das UP por sexo

*“é do sexo feminino tem entre 50 a 69 anos, é casada, doméstica ou trabalhadora dos serviços, recorre ao serviço de urgência por queixas físicas (cefaleias, palpitações, mal estar geral, falta de força), embora também relate espontaneamente sintomatologia depressiva e ansiosa, é referenciada á psiquiatria após observação por outra especialidade (habitualmente medicina interna), acabando por receber o diagnostico de estado de ansiedade, transtornos depressivos NCOP, depressão neurótica ou reação de ajustamento, tendo alta para o domicílio ou num menor número de vezes, para ao consulta do seu médico de família”(p:186).*

Segundo o Caldas de Almeida e Xavier (2013), em Portugal a ansiedade é perturbação que apresenta a prevalência mais elevada (16.5%), relativamente a outros países da Europa.

“As perturbações de ansiedade incluem características como o medo, ansiedade excessiva e alterações do comportamento. O medo é a resposta emocional a uma ameaça iminente e real ou sentida como tal. A ansiedade é antecipação de uma ameaça futura”. (APA, 2013, p. 223)

As perturbações da ansiedade ocorrem com maior frequência no sexo feminino sendo a proporção de 2:1.

As taxas de prevalência diminuem com a idade, sendo o risco maior no sexo feminino do que na população em geral. Existindo uma maior procura de ajuda por parte do sexo masculino.

A perturbação ansiedade social está associada ao abandono escolar, diminuição do bem-estar, emprego, diminuição na produtividade no local de trabalho, estatuto socioeconómico e qualidade de vida.

Esta perturbação também está associada a ser solteiro, divorciado e a não ter filhos, essencialmente nos homens.

Nos mais idosos pode haver défices nos deveres de cuidados e atividades voluntárias, podendo ter repercussões nas atividades de lazer.

Apenas metade dos indivíduos pedem ajuda ao fim de 15 a 20 anos de persistência dos sintomas.

O facto de estarem desempregados pode fazer com que haja uma persistência dos sintomas (APA 2013, p. 224).

A ansiedade generalizada é mais frequente no sexo feminino, cerca de 55 a 60 % desta percentagem dois terços são mulheres.

Segundo a mesma fonte existem estatísticas epidemiológicas referindo que as perturbações da ansiedade sejam as mais comuns de todas as doenças psiquiátricas, e originam incapacidade funcional e sofrimento. Sendo mais comum nas mulheres e de predisposição familiar.

Perturbações depressivas incluem as perturbações de desregulação do humor disruptivas, perturbação depressiva major, perturbação depressiva persistente (distímia), perturbação disfórica pré menstrual, perturbação depressiva induzida por substâncias/medicamentos, perturbações depressivas devidas a outras condições médicas, perturbações depressivas com outra especificação, perturbações depressivas não específicas.

Características comuns a todas as perturbações depressivas, é a tristeza, vazio ou humor irritável, alterações somáticas e cognitivas associadas, que afetam a capacidade de funcionamento da pessoa (APA, 2013, p.183)

Relativamente ao género segundo alguns estudos existe maior suscetibilidade na mulher para desenvolver depressão.

Segundo Apóstolo (2007) existe um maior risco das mulheres ao longo da vida para desenvolver perturbações depressivas entre 10 a 12% e bastante superior à dos homens 5 a 12%. A prevalência pontual tem variado entre 5 a 9% nas mulheres e entre 2 a 3% nos homens (APA, 2002). Num outro estudo da CNRSSM (2007) apontam para dados mais relevantes em questões de prevalência da depressão de 18% no sexo feminino e 7% no sexo masculino. Com uma prevalência superior entre os 18 e 29 anos do que em idades superiores aos 60 anos, com uma taxa de mortalidade muito elevada por suicídio.

Segundo o 1º relatório EENSM as mulheres, os grupos mais jovens, pessoas separadas e viúvas apresentam uma maior frequência de perturbações psiquiátricas.

As mulheres beneficiam mais de cuidados de saúde mental. O mesmo acontece com as pessoas separadas e viúvas, que apresentam uma associação mais frequente com perturbações de maior gravidade.

No estudo realizado verificamos que os valores da agitação nas mulheres é de 10.0% ligeiramente superior aos dos homens 8,84%. Relativamente a estes resultados o que certamente seria expectável é que a agitação fosse mais elevada nos homens, pois segundo diversos estudos o comportamento violento está quase sempre ligado ao sexo masculino. Segundo Caldas de Almeida e Xavier (2015), as mulheres apresentam mais perturbações depressivas e perturbações de ansiedade, os homens apresentam mais perturbações de controlo de impulsos e perturbações do abuso de substâncias.

Os valores encontrados correlacionam-se com as demências, oligofrenia e Alzheimer, que foram agrupadas no foco de atenção agitação.

Segundo a OMS (2012) e a OCDE (2015) dentro das doenças mentais, considerando a crescente tendência de envelhecimento da população, as demências assumem particular relevo, por ser considerada um dos fatores causais de incapacidade em pessoas de idade superior a 70 anos, associado a deterioração a nível físico, estima-se que a prevalência desta doença tende a acompanhar a evolução da estrutura etária da população.

A deteção de perturbação social nos adultos mais velhos pode ser traduzida através de sintomas somáticos, doenças médicas e mórbidas, mudanças ambientais e papéis sociais, que podem mascarar os défices funcionamento social, pela dificuldade em exprimir o mal-estar psicológico.

Segundo o mesmo organismo os problemas de saúde mental acarretam custos que podem exceder 4% do PIB nos países da OCDE, custos diretos entenda-se os relacionados com despesas médicas e os custos sociais com cuidados continuados de longo termo, indiretos (ou de produtividade), referem-se à produção perdida devido à doença e à morte prematura e ao tempo de lazer de que abdicam familiares e amigos para acompanhamento do doente (Barros, 2009).

No estudo realizado a tentativa de suicídio nos homens aparece com uma percentagem bastante relevante de 12,1%, mas inferior ao do sexo feminino (15.7%). Este é um dado importante a analisar, pois segundo dados estatísticos o suicídio ocorre mais frequentemente no sexo masculino sob a forma consumada. Segundo a OMS (2002) a taxa de suicídio é quase universal mais elevada em homens, em comparação com as mulheres, por coeficiente agregado de 3,5:1.

Em estudos realizados nos EUA o sexo masculino tem taxas entre 1,5 a 3 vezes superior ao sexo feminino. Ideia partilhada por Werlang & Botega, (2004) salientando que os homens suicidam-se três vezes mais que as mulheres, e as mulheres são três a quatro vezes mais propensas a efetuar para- suicídio.

Podem ter início na adolescência mas há uma maior incidência na terceira década de vida. (APA, 2013)

Na base da elevada taxa de suicídio entre os homens deve-se essencialmente à presença comportamentos mais violentos, distúrbios que envolvem agressividade, violentos e competitivos, impulsividade, são mais sensíveis à instabilidade económica e ao desemprego, ao empobrecimento, ao consumo de álcool, e a acesso mais fácil a instrumentos letais. (Meneghel, Victoria, Faria, Carvalho & Falk, 2004)

As mulheres são mais vulneráveis aos problemas afetivos, com particular relevância para ruturas afetivas, humilhação, culpa ou vergonha. São também sensíveis à difamação, injúrias, relações extraconjugais, abortos (Tavares, Viñas, Craveiro, Santos, Veiga & Saraiva, 1998), agressões verbais, físicas e sexuais, a maior parte das vezes realizadas pelo próprio companheiro. No entanto são mais propensas a comunicar os seus sentimentos, utilizando comportamentos para suicidários como forma de expressar a sua tristeza e como pedido de ajuda, de forma impulsiva, num ato apelativo.

Nos homens fatores como a desvalorização profissional, perda de hierarquia ou status social são também indicadas por Tavares et al. (1998), como fatores causais.

O risco de suicídio nos jovens do sexo masculino segundo Hawton (1998) relaciona-se com a instabilidade laboral como fator causal

Os homens ao suicidarem-se optam normalmente por métodos mais violentos, evidenciando a sua masculinidade, com armas de fogo, armas brancas, ou por estrangulamento, sendo normalmente um ato ponderado e delineado ao pormenor para não falharem.

Os homens optam menos pelo para-suicídio, quando executam apresentam planos prévios, utilizando métodos mais violentos (Tavares, et al. 1998).

Nos últimos 25 anos tem-se assistido a um aumento generalizado do para-suicídio no sexo masculino, em Coimbra na faixa etária dos 30-35anos anos, optando por intoxicação com fármacos e menos com produtos tóxicos mais letais, havendo convergência de estilos entre homens e mulheres (Saraiva et al. (1996) & Tavares et al. (1998)

Segundo a OMS (2000) e a WHO (2002) os jovens dos 15 – 34 anos e os idosos acima dos 65 anos constituem os grupos etários em situação de maior risco de suicídio.

Segundo Townsend (2011) o nível de incidência na adolescência aumentou nos últimos anos, continuando a crescer até aos vinte anos de idade, alcançando depois o nível, aumentando novamente na última década de vida, essencialmente entre os homens.

Segundo a APA (2003), OMS (2002), Wang (2005), Sadock e Sadock (2010) a morte por suicídio passou a ocupar a 3ª posição entre as causas de morte mais frequentes na população dos 15-44 anos.

A depressão e o suicídio estão cada vez mais presente na nossa sociedade, afetando indivíduos, independentemente do sexo e faixa etária, raça, classe social ou cultura, constituindo um fator de risco para os comportamentos suicidários (Vieira, Saraiva & Coutinho, 2010). Dos doentes gravemente deprimidos 15 a 20% põem termo à vida através do suicídio

Sadock e Sadock (2010) referem que 95% das pessoas com comportamentos suicidários e se suicidam têm doença mental diagnosticada, em 80% dos quais quadros depressivos.

Segundo Fonseca (2011) o risco hereditário das neuroses e das psicopatias para os familiares diretos, não ultrapassa de muito longe a da população geral, o qual oscila entre 10% e os 20%, sendo embora bastante mais elevado para as psicopatias do que para as neuroses.

As perturbações mentais, tal como anteriormente referimos não escolhe idades, a vulnerabilidade aumenta significativamente com a idade.

Os resultados obtidos no estudo relativamente à distribuição dos **focos de atenção dos enfermeiros por faixa etária**. A distribuição é muito heterogénea e díspar. Verificando-se de uma maneira geral uma maior percentagem no adulto jovem e meia-idade na globalidade dos focos. Segundo o EENSM (2002) em Portugal as estimativas de prevalência de vida apresentam diferenças significativas de acordo com a idade, sendo mais expressiva na faixa etária dos 18 – 34 anos, com prevalência de pelo menos uma perturbação psiquiátrica 50.1% dos casos.

Com base nos resultados obtidos, podemos inferir que o grupo dos 30 aos 63 anos é o mais vulnerável em termos de sintomatologia psiquiátrica, no que respeita ao uso de substâncias com 78,3%, a alucinações com 53%, o delírio com 50%, a ansiedade 64,8%, a tristeza aparece com uma representatividade de 33,3% na faixa etária dos 52-63 anos.

A depressão atinge valores que só por si são assustadores 71,1% entre os 30 e os 63 anos, com maior incidência na faixa etária dos 30- 41 anos com 24,6%, sendo quase igual faixa etária dos 52-63 anos com 23.9%.

A insónia tem uma prevalência em determinadas faixas etárias, que distanciam um pouco do senso comum a maior percentagem verifica-se na faixa etária dos 52 aos 63 anos (30,3%) seguida da faixa etária 63 aos 74 anos (24.2%), com igual percentagem na faixa etária com mais de 74 anos e na faixa etária dos 19-30 anos 15.2%. Diversas razões podem ser apontadas para esta última percentagem, provavelmente encontra-se relacionada com a sintomatologia depressiva, as preocupações da vida associadas à procura de emprego.

A agressividade tem o seu pico na faixa etária dos 19 aos 30 anos (30.4%), seguida da faixa etária com mais de 74 anos com 17.4%, correlacionados com o aparecimento quadros demenciais e alteração do comportamento.

Segundo a DGS (2012) a prevalência de certas perturbações tende a crescer com a idade, nomeadamente a depressão.

Segundo a mesma fonte diversos estudos apontam para diferenças na prevalência, causalidade e evolução das perturbações mentais e comportamentais entre os sexos e idade. Verificando-se uma elevada prevalência de perturbações na velhice, para além

das demências e doença de Alzheimer, alterações do comportamento, desorientação, agitação, agressividade, alucinações, delírios comumente relacionadas com demência, sofrendo também de outras patologias psiquiátricas.

A depressão é comum nos idosos, estudos demonstraram que 11,2% das pessoas com mais de 65 anos têm depressão. Sendo nas mulheres a prevalência de cerca 20,4% e nos homens de 9.6% durante toda a vida.

No estudo efetuado verifica-se uma percentagem ainda maior, 41,4% sem distinção de género.

Segundo Apóstolo (2007) citando a OMS (2001) a depressão grave é referida como a principal causa de incapacidade situando-se em quarto lugar entre as dez principais causas da carga patológica mundial podendo tornar-se até 2020, na principal causa de morbilidade nos países desenvolvidos. Mas a preocupação parece ser maior quando falamos em países pobres pelo facto de disporem menos recursos para investir em saúde mental. Sendo o stress, a ansiedade, a depressão, a falta de auto estima e o suicídio estão entre os efeitos da pobreza e da saúde debilitada.

Considerando apenas a incapacidade resultante da doença mental, as estimativas demonstram que as doenças mentais e neurológicas correspondem a 30,8% de anos vividos com incapacidade. (Apóstolo,2007)

A depressão atinge a maior proporção com quase 12% do total da incapacidade.

Embora não existam estudos sistematizados relativamente ao perfil da população relativamente à depressão, os dados apontam para que o início é cada vez mais precoce. E que as taxas de recorrência e de prevalência são cada vez mais elevadas (Apóstolo, 2007).

Segundo o mesmo autor citando a APA (2002) refere que as perturbações depressivas major podem ocorrer em qualquer idade, situando-se a media cerca dos 20 anos, estando a faixa etária de início a diminuir para os que nasceram mais recentemente.

Com base no 3.º Censo Psiquiátrico realizado em Portugal (2001), relativamente às consultas externas e aos serviços de urgência, a procura de cuidados de saúde por pessoas com perturbações depressivas foi de 1905, 21.5% as consultas externas e 20% as urgências.

Os dados apresentados podem não corresponder à realidade pois existem muitas outras perturbações que estão subjacentes a quadros depressivos como o abuso de álcool de

outras substâncias, a ansiedade, a insónia, a tristeza, tentativa de suicídio, que não foram contabilizados nos estudos.

A evolução e a cronicidade desta patologia pode ser variável, podendo ser espaçado por longos períodos ou tornar-se crónica. A cronicidade tende a ocorrer em 20% dos casos, quando não tratados adequadamente.

A taxa de recorrência é mais alta nas pessoas com idade superior a 45 anos. (Apóstolo, 2007 citando OMS, 2001).

As perturbações depressivas e o suicídio, para suicídio, auto agressões estão intimamente relacionadas com falha de pensamento positivo em relação ao futuro e com a desesperança.

Segundo um relatório da OMS (2001) o suicídio é descrito como uma das principais causas de morte entre os 15 e os 34 anos. No estudo realizado a tentativa de suicídio atinge percentagens mais elevadas entre os 41 anos e os 63 anos independentemente do género com 70,5% [30-41 anos (26.7%); 41-52 anos, (22,7%); 52-63 anos (20.9%)], nas camadas mais jovens entre os 19 e 30 anos 13.5% o que vai de encontro aos dados epidemiológicos de APA, (2002)

Segundo OMS, (2004) a taxa de suicídios em pessoas com depressão major pode ir até 15%, sendo substancialmente mais elevadas nos homens do que nas mulheres. Segundo a faixa etária a percentagem é de (15- 19 anos) 2.3%, (20-24 anos) de 4.4%, (25-44 anos) de 6.8%, (45-64 anos) de 8%, com mais de 65 anos é de 17%.

Os estudos epidemiológicos mais recentes demonstram que as perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental se tornaram a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade, nas sociedades atuais. A carga de perturbações mentais tais como a depressão, dependência do álcool e esquizofrenia foi seriamente subestimada no passado, devido ao facto de as abordagens tradicionais apenas considerarem os índices de mortalidade, ignorando o número de anos vividos com incapacidade provocada pela doença. Das 10 principais causas de incapacidade, 5 são perturbações mentais PNSM (2008:5)

No que se refere à agitação a maior percentagem de ocorrências verificou-se nos doentes com idade superior a 74 anos (32.2%), seguida da faixa etária 41-52 anos (18.3%),e dos 52 aos 63 anos (18%)

Estes resultados estão em consonância com o que anteriormente referimos, a agitação não é um diagnóstico, mas sintoma intimamente correlacionado a quadros demenciais

e alteração do comportamento, pelas percentagens obtidas certamente que nos leva a deduzir que a demência será certamente a patologia subjacente.

Os cientistas estimam que a nível mundial 4,5 milhões de pessoas têm doença de Alzheimer, sendo a forma mais comum de demência, a prevalência duplica a cada 5 anos para o grupo etário além dos 65 anos de idade.

A doença afeta um em cada dez pessoas com 65 anos ou mais e uma em cada 5 pessoas entre os 75 e 85 anos ou mais.

Diversos estudos epidemiológicos demonstraram que a prevalência da demência do tipo Alzheimer aumenta com a idade. Os valores variam entre 1,4% e 1,6% para os indivíduos com idade compreendida entre os 65 e os 69 anos, aumenta para 16% a 25% para os que têm mais de 85 anos (APA 2013, p. 152)

No estudo efetuado a agressividade pelo contrário verifica-se com mais frequência nas faixas etárias mais jovens 19 -30 anos com uma percentagem (30,4%), normalmente encontra-se associado ao consumo de álcool e drogas e a doenças mentais graves como a esquizofrenia.

Em relação ao foco alucinação, verificamos uma predominância no adulto jovem dos 19-41 anos com uma percentagem de 51,8%. Nas restantes faixas etárias há a destacar os utentes com idade entre os 41 e os 52 anos com uma percentagem de 14,5%.

A alucinação faz parte da sintomatologia das doenças mentais graves como a esquizofrenia, os surtos psicóticos, distúrbios da personalidade e outras patologias psiquiátricas. As características psicóticas da esquizofrenia aparecem no final da adolescência e no início da quarta década de vida.

As taxas de incidência de esquizofrenia com pior prognóstico (síndromes negativos e duração maior das perturbações) é maior no sexo masculino (APA, 2013:120).

O pico etário para o início do primeiro episódio psicótico no sexo masculino é entre o início e o meio da quarta década de vida. No sexo feminino é no final da terceira década de vida. (APA, 2013:120)

O início antes da adolescência é raro. Existem muitos outros fatores que contribuem para o aparecimento destes quadros psiquiátricos, causas de natureza multifatorial, física e psicogénica.

As anomalias e descompensações da personalidade parecem resultar de fatores patogénicos existentes na sua própria estrutura, ao mesmo tempo que os desvios vão

surgindo ao longo do processo de socialização que é próprio e característico do ser humano (Fonseca, 2014: 48)

Segundo o mesmo autor a taxa de incidência da esquizofrenia se situa aproximadamente na ordem de 1% na população média de ambos os sexos, existe em todas as raças e civilizações, seja qual for o seu grau de desenvolvimento social, económico ou cultural (2014: 48/49).

A incidência geral da esquizofrenia tende a ser maior no sexo masculino, no sexo feminino é mais tardio, podendo ocorrer na meia-idade.

No sexo feminino os sintomas estão relacionados com afetos e mais sintomas psicóticos, com agravamento mais tarde na velhice.

No sexo masculino há um predomínio de sintomas negativos e desorganização.

Entre 5 a 6 % morrem por suicídio, cerca de 20% tentam o suicídio em alguma ocasião, grande parte têm ideiação suicida. Estes comportamentos atribuem-se às alucinações de comando que ordenam autoagressões.

O risco de suicídio mantém-se elevado nos dois sexos, sendo maior nos mais jovens associado ao uso de substâncias ilícitas.

Existem outros fatores associados como a sintomatologia depressiva ou de desesperança, o desemprego, sendo o maior risco após um episódio psicótico, ou alta hospitalar. (APA, 2014,122)

A esquizofrenia está associada a disfunções sociais e ocupacionais. A progressão educativa fica comprometida, a manutenção de emprego é difícil pelas perturbações, mesmo mantendo as capacidades cognitivas.

Os homens a maioria são solteiros, solitários, com poucos contactos sociais e empregos precários (APA, 2013:123)

Existem diversas comorbidades associadas à esquizofrenia, como a dependência de substâncias ilícitas, perturbações relacionadas com o uso do tabaco, perturbações de ansiedade, perturbações obsessivo/ compulsiva e perturbações de pânico.

A esperança de vida dos indivíduos com esquizofrenia é baixa pelas condições médicas associadas, como a obesidade, diabetes, síndrome metabólico, doenças cardiovasculares e pulmonares.

A manutenção de padrões de saúde é pouco ou inexistente, não existe vigilância por falta de adesão a cuidados médicos. (APA, 2013:124)

O uso de substâncias foi outro dos focos visado no estudo realizado, sobre o qual há a referir que a maior percentagem se verifica na faixa etária entre 30 – 52 anos com uma percentagem de 63.8%.

Perturbação do uso de álcool ocorrem no final da quarta década de vida, tem um curso variável por períodos de remissão e recidivas. Nos jovens esta perturbação é concomitante com perturbação do comportamento e o comportamento antissocial.

Existe maior vulnerabilidade na esquizofrenia ou perturbação bipolar, perturbação antissocial preexistente e a impulsividade.

Estima-se que 3,6% da população mundial entre os 15 e 64 anos têm uma perturbação do uso de álcool. (APA, 2013: 592)

Intoxicação pelo álcool tem como características principais, a alteração do comportamento ou psicológicas, comportamento agressivo ou sexualmente inapropriado, labilidade do humor, discernimento comprometido, défices do funcionamento social ou ocupacional, que se desenvolvem após um período de tempo de consumo de álcool.

Têm impacto na funcionalidade do individuo, progressiva detioração do juízo critico e desempenho das atividades habituais (APA, 2013:597).

No estudo realizado a ansiedade verificamos uma predominância na faixa etária dos 30 – 63 anos (64,8%), tal como foi referido anteriormente a ansiedade pode ser uma das manifestações mais comuns de quadros depressivos. Os transtornos ansiosos e fóbicos, segundo a OMS (2001), constituem as doenças psiquiátricas mais prevalentes nos serviços de atenção primária, acometendo até 25% da população geral em algum momento de suas vidas.

Esses transtornos foram diagnosticados em 1% da população, com predomínio no sexo feminino. Os transtornos ansiosos estiveram entre os transtornos mais prevalentes na comunidade, com prevalências ao longo da vida de 12,5%, sendo 8,2% dos homens e 15,6% das mulheres.

Normalmente têm início precoce e frequentemente associados a co morbidade a outros transtornos, como a depressão e transtornos relacionados com o uso de substâncias, (Silveira et al, 2008).

O delírio foi outro dos focos intervenção abordado no estudo realizado, verificamos que a maior percentagem se concentra na faixa etária entre 30 – 52 anos (50%), seguida da

63-74 anos (25%). O delírio encontra-se associado a quadros demenciais e outras patologias psiquiátricas graves como a esquizofrenia e ao consumo de drogas.

Outro dos focos que fazem parte do estudo é a tristeza, é mais frequente nos utentes com idades entre 52 – 63 anos (33.3%). Nas restantes faixas etárias é similar. A tristeza é um dos sintomas mais frequentes dos quadros depressivos, sendo por vezes o predomínio do início de um quadro depressivo.

Segundo Teixeira e Cabral (2008) cerca de 65% dos doentes deprimidos queixam-se de sintomas físicos com predomínio de queixas algicas. Em que 66% dos doentes não são diagnosticados como sofrendo de perturbações depressivas/ansiosas apesar de mais de 6 visitas por ano ao clínico geral por queixas somáticas.

Sabe-se que 1/7 da população sofre sintomas ansiosos e de depressão.

O foco interação social comprometido foi outro dos focos abordado no estudo, verifica-se uma maior percentagem nas pessoas com idade superior a 63 anos (50%).

Igual percentagem 12,3% nas restantes faixas etárias padronizadas, exceto nas camadas mais jovens 19 - 41 anos não se verificou nenhum caso.

No foco interação social comprometida, englobamos a violência doméstica, caso social e problemas familiares, que na maioria das vezes tem por base quadros arrastados de depressão, abuso de álcool e drogas e outras patologias psiquiátricas em pelo menos um dos elementos do agregado familiar.

Os dados existentes sugerem que a prevalência dos problemas sociais não se afastará muito da encontrada em países europeus com características semelhantes, ainda que os grupos mais vulneráveis (mulheres, pobres, idosos) pareçam apresentar um risco mais elevado do que no resto da Europa. (PNSM, 2008)

De seguida abordaremos os **focos de atenção dos enfermeiros, relativamente ao encaminhamento/alta dos doentes após a observação na UP.**

Considerando o encaminhamento/alta, como a orientação dada aos doentes após a observação e estabilização clínica dos doentes na Urgência de psiquiatria.

Os resultados obtidos apontam para que maior percentagem dos doentes independentemente dos focos de atenção tiveram alta para o domicílio (67.8%), cerca de 18.7% ficaram internados nos HUC, 8.8% ficaram internados no Hospital Sobral Cid,

(8.8%) e cerca de 4.8% foram transferidos para outros Hospitais ou encaminhados para outras Instituições na Comunidade.

Tendo como pressuposto que todos os focos intervenção têm por base uma queixa/motivo, sintomatologia ou diagnóstico relacionado com doença mental, podemos inferir que cerca de 35,6% dos doentes com agitação ficaram internados para estabilização do quadro clínico (os doentes com demência, Alzheimer, oligofrenia, bipolar).

Dos doentes agressivos cerca de 21,7% ficaram internados, dados que nos levam a inferir que muitas das patologias associadas à agressividade como abuso de substâncias, esquizofrenia, alterações do comportamento, foram internados, para estabilização dos quadros clínicos.

Nos doentes cujo foco de atenção era alucinação, cerca de 65% dos doentes ficaram internados para estabilização do quadro clínico. Neste grupo englobam-se os distúrbios de personalidade, os surtos psicóticos, esquizofrenia, a maioria dos casos são conduzidos a UP para internamento compulsivo, descompensação do quadro clínico provocando distúrbios no seio familiar. Segundo Gagnon, (2011) as pessoas com esquizofrenia ocupam até 25% do total de camas hospitalares de psiquiatria.

O uso de substâncias, entre as quais o alcoolismo, a toxicod dependência associadas a doenças mentais como a esquizofrenia e doenças infectocontagiosas e epilepsia, cerca de 34,8% ficaram internados para estabilização dos quadros clínicos.

A confusão foi outro dos focos considerado como foco de intervenção dos enfermeiros da UP, encontra-se associada a alterações do comportamento e desorientação, cerca de 38.3% ficaram internados, Estes quadros encontram-se associados a quadros de demência e outros menos graves, mas cuja situação justifica o internamento

A ansiedade correlacionada com quadros depressivos, ou a outras situações nosológicas, apenas 13% ficaram internados.

O delírio, a tristeza pelo número reduzido de doentes, consideramos pouco representativa, no entanto cerca de metade dos doentes ficaram internados.

A depressão representa a grande percentagem em termos de focos de intervenção, no entanto o número de internamentos foi menor relativamente a outros focos, apenas 20.2% dos doentes ficaram internados.

A insónia foi um dos focos intervenção visado, na sua maioria tiveram alta (97%).

A tentativa de suicídio foi um dos focos de intervenção visado, entre os quais 31.8% ficaram internados, mesmo assim 61,3% tiveram alta para o domicílio por não serem consideradas situações de risco de suicídio.

A maior parte das doenças mentais sem um diagnóstico confirmado, exigem um acompanhamento rigoroso com internamento, para uma vigilância mais “apertada” da sintomatologia, exames complementares de diagnóstico, possibilitando um maior investimento em termo de esclarecimento do diagnóstico definitivo e tratamento. O que por vezes se torna difícil pela inexistência de vagas nas Unidades de Internamento.

Por outro lado existem diversos fatores que interferem na aceitação do internamento no serviço psiquiatria, como o preconceito por parte do doente/família, face ao estigma a ele associado, os compromissos profissionais dos doentes, que nem sempre permitem o internamento voluntário.

A falta de planeamento e de apoio consistente à melhoria dos serviços de saúde mental levaram a que Portugal se tenha atrasado significativamente neste campo em relação a outros países europeus. Os dados existentes e a análise dos resultados dos estudos efetuados indiciam que os serviços de saúde mental sofrem de insuficiências graves, a nível da acessibilidade, da equidade e da qualidade de cuidados. (PNSM, 2008)

O número de pessoas que tem contacto com os serviços públicos, apenas uma pequena percentagem das pessoas com doenças mentais de alguma gravidade procuram os serviços de saúde mental, a que corresponde 1,7% da população, sendo extremamente baixo para as reais necessidades da população. Segundo PNSM (2008) pelo menos 5 a 8% da população sofre de uma perturbação psiquiátrica de certa gravidade em cada ano que passa.

O internamento continua a consumir a maioria dos recursos (83%), quando toda a evidência científica mostra que as intervenções na comunidade, mais próximas das pessoas, são as mais efetivas e as que colhem a preferência dos utentes e das famílias (PNSM, 2008).

## **CONCLUSÃO**

Este trabalho de investigação na área das Urgências Psiquiátricas possibilitou a reflexão sobre o papel dos enfermeiros de ESMP face ao doente que ocorre à Urgência Psiquiátrica.

A Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica é uma área complexa, que exige do enfermeiro grande capacidade relacional, baseada em sólidos conhecimentos sobre as patologias envolvidas e as suas repercussões na pessoa doente e família.

O enfermeiro deve estar atento às atitudes, expressão de emoções e receios dos doentes, valendo-se de estratégias que possibilitem uma resolução conjunta dos

problemas identificados. Tudo isto permite prestar cuidados de enfermagem a um nível de excelência.

Como sabemos, não obstante a Enfermagem ser considerada, hoje em dia, uma profissão e disciplina científica, a consolidação e a manutenção da mesma, requer uma permanente atualização daquilo que se passa na realidade clínica quotidiana, se mantenha útil à sociedade, cujas necessidades estão em permanente transformação.

Um dos desafios deste trabalho foi a caracterização dos doentes que acorreram à urgência de psiquiatria dos CHUC - Polo HUC no ano de 2012, no que respeita a variáveis sociodemográfico, problemas sociais e encaminhamento após observação na UP. Numa segunda etapa foi feita a identificação dos focos de intervenção dos enfermeiros, a partir das queixas/motivos que levaram os doentes a recorrer à UP, com base na Triagem de Manchester e no preenchimento, feito pelos enfermeiros, da grelha de recolha de informação. Seguiu-se a análise da distribuição dos focos de intervenção segundo o género, as faixas etárias e o encaminhamento.

A amostra em estudo foi constituída por 1201 doentes que acorreram à UP dos HUC no ano 2012, dos quais 64,20% eram do sexo feminino, com uma predominância na faixa etária dos 30-63 anos (61,4%).

Apenas 5.83% dos utentes foram identificados como tendo problemas sociais, o que corresponderá apenas aos utentes a quem foi pedido transporte para o domicílio por insuficiência económica.

A maior parte dos utentes (67. 53%) teve alta para o domicílio, enquanto 19,82% ficaram internados em serviços de psiquiatria dos CHUC.

Relativamente aos focos de intervenção dos enfermeiros, a depressão destaca-se com 25, 6 % dos casos, seguida da ansiedade (19.9%) e da tentativa de suicídio (14,4%).

Em relação à distribuição dos focos de intervenção por género, nas mulheres destaca-se a depressão (30.3%), a ansiedade (23.8%) e a tentativa de suicídio (15.7%). Também nos homens a depressão foi o foco intervenção mais frequente (17,2%), seguido do uso de substâncias (15,9%) e da alucinação (13,1%).

No que concerne à distribuição dos focos de intervenção por faixas etárias, constatamos que a agitação e a confusão foram predominantes nas idades superiores a 74 anos (30,4% e 27.8%, respetivamente); a agressividade predominou nas faixas etárias dos jovens dos 19-30 anos (30.4%); a alucinação encontrou -se mais na faixa etária dos 19 aos 41 anos (51.8%); o uso de substâncias verificou-se em maior percentagem (36.3%)

na faixa etária 41-52 anos; a tristeza foi um dos outros focos de intervenção com maior número de casos na faixa etária dos 52-63 anos (33.3%); a depressão foi mais predominante na faixa etária dos 30 aos 41 anos (30.3%); relativamente à insónia, a maior percentagem verificou-se na faixa etária 52-65 anos (30.3%); quanto à interação comprometida, verificou-se principalmente nas pessoas com mais 63 anos (50%); a tentativa de suicídio destaca-se com maior percentagem na faixa etária dos 30-41 (26,7%).

Relativamente à distribuição dos focos de intervenção em função do tipo de encaminhamento, é de destacar que a grande maioria dos utentes com ansiedade, depressão e tentativa de suicídio tiveram alta para o domicílio (85.4%, 76.9% e 61.3%, respetivamente). Também a maioria os utentes nos quais foram identificados os focos agressividade, uso de substâncias, agitação e confusão tiveram alta para o domicílio (entre 54.8% e 65.2%). Apenas nos casos cujo foco foi a alucinação se verificou que a maioria dos utentes (65%) ficaram internados.

A possibilidade de abandono da UP sem qualquer intervenção de âmbito psicossocial, é uma realidade por demais evidente todos os dias, pela procura recorrente dos doentes sempre com as mesmas queixas, e solicitando logo à chegada algo para comer

Muitos dos doentes que acorrem à urgência de psiquiatria não são alvo de qualquer intervenção específica por parte da equipa de enfermagem da UP, sendo que após a observação médica muitos deles abandonam o serviço, sem que o enfermeiro tenha conhecimento, só se apercebendo mais tarde, pela falta de articulação entre a equipa multidisciplinar.

A Gestão do ambiente físico e emocional, é uma prioridade nas UP. O espaço físico adstrito ao sector da psiquiatria, foi sofrendo reformulações ao longo dos tempos, desde a centralização das urgências psiquiátricas nos HUC.

Aos longos tempos foi sofrendo remodelações, iniciando-se em sectores comuns a outras especialidades, fonte de conflito e desordem no SU, devido à própria patologia dos doentes, eram fonte de espetáculo para os outros doentes do SU.

Posteriormente foi criado um espaço físico adequado às características dos doentes, com condições minimamente aceitáveis, respeitando a privacidade dos doentes, a abordagem terapêutica adequada, e ainda a permanência dos doentes em regime de semi – internamento [Sala de Observações, (SO)] mas cedo, foram colocados num outro

sector, aquando da fusão de algumas especialidades nomeadamente a urologia, que ficou com o espaço inicialmente previsto para a psiquiatria.

A psiquiatria passa assim para outro sector, dispondo de dois gabinetes médicos, afastados entre si, mas com condições no que respeita à segurança dos médicos (possuem um porta e entra e outra de saída (fuga).

Um corredor interior sem luz natural, foi convertido em sala de espera, onde os doentes e familiares se amontoam, entre os doentes autónomos e totalmente dependentes, com patologias psiquiátricas diversificadas, alguns desorientados outros delirantes, outros em macas, alguns provenientes doutros sectores para orientação pela psiquiatria, muitos deles sem acompanhamento de familiares.

O enfermeiro responsável por esse sector, apenas tem uma secretaria num espaço comum ao SO, não dispondo de um espaço reservado para o acolhimento e abordagem inicial segura do doente e família, o que vai condicionar muito as intervenções preconizadas.

Propõe-se assim uma reformulação do espaço físico, nomeadamente no concerne à privacidade do utente e família para uma primeira abordagem terapêutica no âmbito da enfermagem saúde mental e psiquiátrica.

Por outro lado, o atendimento do doente na UP é frequentemente realizado por enfermeiros que exercem funções no SU e são escalados para o sector da psiquiatria, mas cuja formação nada têm a ver com esta área de especialização. Além disso, considera-se frequentemente que é um sector 'leve', em que pouco se faz em termos de execução de procedimentos, ideia que apesar de errada ainda se mantém. Na prática diária, a prioridade é sempre dada aos doentes que apresentam "mazelas" físicas, desvalorizando-se os problemas relacionados com a doença mental, exceto se doente se encontra agitado, agressivo, ou em coma por *overdose*. Nestes casos, após a estabilização os utentes, são rapidamente enviados à UP.

Propõem-se assim um modelo de organização do pessoal que permita a prestação de cuidados por enfermeiros com formação na área de SMP e competências no atendimento no serviço de Urgências.

Com efeito, a atuação do enfermeiro na UP, passa numa primeira fase pela identificação dos principais problemas do doente e familiares, e dos dados mais relevantes relacionadas com o processo de doença, tendo em vista a identificação das necessidades de acompanhamento e prioridades de intervenção.

Com efeito, o enfermeiro só poderá ter uma atuação fundamentada cientificamente e não rotineira se tiver por base dados exatos, concretos, organizados e registados.

Alguns enfermeiros demonstram ser competentes na avaliação, acompanhamento e intervenção junto dos doentes e familiares, manifestando capacidade para o desenvolvimento duma relação de compreensão das problemáticas em causa. Ainda assim, há necessidade de mais formação e treino para lidar com determinadas situações em que o doente está mais vulnerável (ansiedade, depressão, para suicídio, stress pós traumático).

O estabelecimento de uma relação empática, o desenvolvimento da ação terapêutica, sem juízos de valor, ou críticas não apropriadas, são primordiais para a adesão terapêutica do doente. Uma intervenção precoce, logo que o doente é admitido na UP, aumentará a sua eficácia.

Por outro lado, existem as questões ligadas à família, cuja estrutura familiar já se encontra fragilizada, com dificuldades em aceitar e cuidar do familiar com problemas de saúde mental, existem os outros que não têm família ou existem relações conflituosas entre eles. Assim, também a intervenção junto da família é imprescindível, através do estabelecimento de uma relação empática, proporcionando-lhe as informações necessária, apoiando-a na situação de crise, e orientando a sua atenção para as dificuldades atuais e a resolução dos problemas.

Além disso, muitas vezes não existe qualquer apoio familiar ou comunitário, nomeadamente nos doentes esquizofrénicos, bipolares, demenciados, com ideação suicida entre outros, que não tem recursos nem acompanhamento após a alta hospitalar. Nestes casos, é importante uma correta avaliação das situações, e a articulação com as estruturas comunitárias e a rede de Cuidados Continuados Integrados no apoio para os cuidados extra-hospitalares (após a alta hospitalar), para apoio psicossocial e familiar e implementação do plano terapêutico estabelecido. Neste sentido será também útil a criação de meios de articulação entre a UP e o Serviço Domiciliário, através da implementação do projeto proposto já há alguns anos, mas que ficou estagnado por falta consenso das entidades envolvidas.

Por tudo isto, os enfermeiros podem desempenhar um papel muito mais relevante e de qualidade neste sector da Urgência, se para isso forem criadas condições necessárias, incluindo ações de formação específicas para esta área de atuação.

Este trabalho de investigação permitiu alargar, aprofundar e rever conhecimento, bem como reunir e analisar dados que consideramos interessantes sobre as características das pessoas que ocorrem às UP. A reflexão sobre os resultados obtidos permitirá, delinear propostas concretas com o objetivo de melhorar a prestação de cuidados neste sector, através da intervenção dos EESM, no acolhimento, acompanhamento e encaminhamento do doente e família na UP, através de uma abordagem individualizada e incluindo a vertente psicossocial da problemática das pessoas após alta da UP.

Esta temática relevou-se interessante, até por ser pouco estudada e divulgada em Portugal, e concretamente na área da enfermagem, pelo que merece ter continuidade através de outros estudos e/ou investigações que complementem ou sejam motor impulsionador de melhoria da qualidade dos cuidados de que os doentes com patologia psiquiátrica precisam, nomeadamente no encaminhamento e apoio psicossocial. Com efeito, esta é reconhecida como uma grande lacuna a nível assistencial por parte do SNS (2017), ultrapassado que foi o PNSMP 2007- 2016, que previa a implementação de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental, e das disposições previstas no mesmo plano e sua monitorização.

## **BIBLIOGRAFIA**

- Abreu, M., Santos, R. (2007). *Atas do primeiro congresso de reabilitação inclusão na saúde mental - o papel das famílias e das redes de apoio social. Congresso de reabilitação e inclusão social. Coimbra, Portuga: Almedina.*

- *Administração Central do Sistema de Saúde IP (2015). Relatório Grupo de Trabalho para Avaliação da Situação da Prestação de Cuidados de Saúde Mental e das Necessidades na Área de Saúde Mental. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde.*
- *Alarcão, I. (2001). Formação reflexiva. Referência, 6, 53-53.*
- *Alarcão, I. & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. Texto e Contexto Enfermagem 14 (3), 373 – 382. doi: 10.1590/S0104-07072005000300008.*
- *Amaral, A. C. (2010). PESM- Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental, mediante a CIPE. Loures, Portugal: Lusociência.*
- *Amaral, A. C. (2010). Diagnóstico de Enfermagem: Prevalência no Internamento de Psiquiatria. In Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (Ed.) Do diagnóstico à intervenção em Saúde Mental: II Congresso Internacional da SPESM. (pp 68-75). Lisboa, Portugal: Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental.*
- *American Psychiatric Association (APA) (2014). Manual de Diagnósticos e Estatística das Perturbações Mentais - DSM – 5™. (5ª ed.). Lisboa, Portugal: Climepsi Editores.*
- *American Psychiatric Association (APA) (2014). Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais - DSM-IV-TR. (4ª ed.) Lisboa, Portugal: Climepsi Editores.*
- *Apostolo, J I. Alves. (2007). O Imaginário conduzido no confronto de doentes em contexto psiquiátrico. (Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem). Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Portugal.*
- *Arends, I. et al. (2014). Mental Health and Work: Achieving Well-integrated Policies and Service Delivery. Paris, França: OECD Social, Employment and Migration Working Papers, n.º 161.*
- *Barros, P.P. (2009). Economia da Saúde: Conceitos e Comportamentos. Coimbra, Portugal: Almedina.*
- *Bastos, Hugo et al. (2011). Urgências Psiquiátricas em Coimbra: Conclusões e Realidade Atual. Psiquiatria Clínica, 32(3), 185- 188.*
- *BRITO, M. L. (2006). Intervenções Psicoeducativas para Famílias de Pessoas com Esquizofrenia. Revista Portuguesa de Enfermagem, 5.*
- *Caldas de Almeida, J.M., Xavier, M., (coord) (2013). Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental. Lisboa, Portugal: Faculdade de Ciências Médicas.*

- Carvalho, J. C. (2010). *Da Avaliação ao Diagnóstico*. In *Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (Ed) Do diagnóstico à intervenção em Saúde Mental: II Congresso Internacional da SPESM.*, (pp 65 – 67). Lisboa, Portugal: Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental.
- Chalifour, J. (2009). *A Intervenção Terapêutica. Volume 2: Estratégias de Intervenção*. Loures, Portugal: Lusodidacta.
- Código Deontológico do Enfermeiro, aprovado pelo Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril.
- Comissão Europeia (2005). *Green Paper: Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union*. Bruxelas, Bélgica: Comissão Europeia.
- Conferência (2008). “*EU High-level Conference: Together for mental health and wellbeing*”. Bruxelas, Belgica: Comissão Europeia.
- Conselho Internacional de Enfermeiras (2005). *Classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE/ICNP): versão β2. (3ª ed.)* Lisboa, Portugal: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- De Sordí, L., Bigatto, K.; Santos, S., Machado, A. (2015). *Comorbidades em usuários de um serviço de saúde mental*. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (Fev. 2015).
- Decreto-Lei 259/2003, Série I-A de 2003-11-08.
- Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto.
- Direção Geral de Saúde (2001). *Rede de referenciação de Psiquiatria e Saúde Mental*. Lisboa, Portugal: DGS.
- Direcção-Geral de Saúde (2001). *Rede hospitalar de urgência/emergência*. Lisboa, Portugal: Direcção-Geral da Saúde.
- Direcção-Geral da Saúde (DGS) (2007). *Medidas preventivas de comportamentos agressivos/violentos de doentes - Contenção física*. Circular normativa Nº08/DSPSM/DSPCS de 25/05/07. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde.
- Direcção-Geral da Saúde (DGS) (2011). *Prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente*. Circular normativa Nº021/2011. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde.

- *Direcção-Geral da Saúde (DGS) (2012). Reactualização do Plano Nacional de Saúde Mental. Lisboa, Portugal; Direcção-Geral da Saúde.*
- *Direcção-Geral de Saúde (2012). Programa Nacional para a Saúde Mental: Orientações Programáticas. Lisboa, Portugal: DGS.*
- *Direcção-Geral da Saúde (DGS) (2014). Portugal: Saúde Mental em números – 2014. Lisboa, Portugal: Direcção-Geral da Saúde.*
- *Diogo, C. S. (2007). Impacto da relação Cidadão - Sistema de Triagem de Manchester na requalificação das urgências do SNS. Lisboa, Portugal: Instituto Superior das Ciências do Trabalho e das Empresas.*
- *Entidade Reguladora de Saúde. N.º 2 do artigo 5.º dos Estatutos da Entidade Reguladora da Saúde (ERS, 2015), aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto.*
- *Entidade Reguladora da Saúde (2015). Acesso e Qualidade nos Cuidados de Saúde Mental. Porto, Portugal: ERS.*
- *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (2016). Guia de elaboração de trabalhos escritos. Coimbra, Portugal: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.*
- *Fonseca, A.S., et al (2011). Enfermagem em Emergência. São Paulo, Brasil: Elsevier.*
- *Fortin, M. F. (1999). O processo de investigação - Da concepção à realização. Loures, Portugal: Lusociência.*
- *Fortin, M. F. (2003). O processo da investigação: da concepção à realização (3ª ed.). Loures, Portugal: Lusociências.*
- *Gagnon, Lynne (2011). Urgências de saúde mental. In Sheehy, S. (Ed.) Enfermagem de Urgência - da teoria à prática. (6ª ed.) (pp 734- 746). Loures, Portugal: Lusociência.*
- *Garrido, Paula et al (2011). Critérios para lidar na Urgência. Psiquiatria clínica, 32 (3).*
- *Garrido, P., Pereira, S., Polido, F., Bastos, H. & Craveiro, A. (2011). Abordagem do doente agitado no Serviço de Urgência. Psiquiatria Clínica, 32 (3), 169- 183.*
- *Grupo Português de Triagem (2010). Triagem no serviço de urgência: Manual do Formando 2002. (2ª Ed.). Amadora, Portugal: GPT.*
- *Gomes, J.C. Rodrigues (2010). Saúde mental no Ciclo Vital In Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (Ed.) Do diagnóstico à intervenção em Saúde Mental:*

*II Congresso Internacional da SPESM (pp. 19-35). Lisboa, Portugal: Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental.*

- *Hawton, K. (1998). Why Has a Suicide Increased in Young Males? Crisis. The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention.*

- *Howard, P. K., Steinmann, R. A., Sheehy, S. (2011). Enfermagem de Urgência da Teoria à Prática. (6ª Ed.). Loures, Portugal: Lusociência.*

- *Kaplan, H.; Sadock, B. & Colaboradores (1993). Medicina Psiquiátrica de Emergência. Porto Alegre, Brasil: Artes médicas.*

- *LEI DE SAÚDE MENTAL. Lei nº 36/98 de 24 de Julho.*

- *Loureiro, L. M. (2014). Primeira Ajuda em Saúde Mental (PASM). Coimbra, Portugal: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.*

- *Lopes, M. (2016). A reforma do Serviço Nacional de Saúde e o Cuidados Continuados Integrados em Saúde Mental. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, 15 (Jun.,2016), 5 - 8.*

- *Machadeiro, J. C. (2014). Stress e saúde em enfermeiros a trabalhar em serviços de saúde mental e psiquiatria (Dissertação de mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal.*

- *Macheca, M. et al (2005). Preparação para a Alta e para os Cuidados de Saúde no Domicílio. In Elkin, M., Perry, A. (Eds), Intervenções de Enfermagem e Procedimentos Clínicos. (2ª ed.) (pp 945 – 947). Loures, Portugal: Lusociência.*

- *Maria, V.; Martins, I.; Peixoto, S. (2003). Exame clínico de enfermagem do adulto - Focos de atenção subsídio para diagnósticos de enfermagem. São Paulo, Brasil: Iátria.*

- *Marques, M.; Mendes, A. (2003). A perceção da violência em Psiquiatria: perspetiva dos enfermeiros. Referência. 10, 1.*

- *Matos, M., Bragança, M., Sousa, R. (2003). Esquizofrenia de A a Z. Lisboa, Portugal: Clipsepsi Editores.*

- *Meneghel, S., Victória, C., Faria, N., Carvalho, L & Falk, J. (2004). Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. Revista de Saúde Pública.*

- *Ministério da Saúde (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental nº 129/2011 – Diário da República 2ª Serie, nº 35 (18 Fevereiro de 2011). Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde.*
- *Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde, Coordenação Nacional para a Saúde Mental. (2008). Plano Nacional Saúde Mental 2007- 2016 – Resumo Executivo. Lisboa, Portugal: Comissão Nacional para a Saúde Mental.*
- *Neeb, K. (2000). Fundamentos de Enfermagem de Saúde Mental. Loures, Portugal: Lusociência.*
- *Neves, L. M. (2010). Triagem de Manchester -Enquadramento conceptual. In Rego, G., Nunes, R. (Eds) Gestão da Saúde. Lisboa, Portugal: Prata e Rodrigues Publicações.*
- *Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2015). Acesso aos cuidados de saúde. Um direito em risco? Relatório de Primavera. Lisboa, Portugal: OPSS.*
- *Ordem dos Enfermeiros (1998). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. (Decreto Lei n.º 104/98, de 21 de Abril). Recuperado em: [www.ordemenfermeiros.pt](http://www.ordemenfermeiros.pt).*
- *Ordem dos Enfermeiros. (2009). Practice (ICNP®) Catalogue, Edição Portuguesa. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros. Recuperado em: <http://www.inr.pt/bibliopac/diplomas/rcm-0049-2008.htm> 6-2-2012*
- *Ordem dos Enfermeiros (2009). Sistema de Individualização das Especialidades em Enfermagem (SIECE) - Individualização e Reconhecimento de Especialidades Clínicas em Enfermagem - Perfil de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista. Lisboa, Portugal: Caderno temático, OE.*
- *Ordem dos Enfermeiros (OE) (2010). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental. Recuperado de: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMental\\_aprovadoAG20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMental_aprovadoAG20Nov2010.pdf).*
- *Organização Mundial da Saúde. (1993). Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Porto Alegre, Brasil: Artes Médicas.*
- *Organização Mundial da Saúde. (2012). Dementia: a public health priority. Genebra, Suíça: OMS.*
- *Organização Mundial da Saúde. (2009). Improving health systems and services for mental health. Genebra, Suíça: OMS.*

- Organização Mundial da Saúde. (2013). *Mental Health Action Plan, 2013/2020*. Genebra, Suíça: OMS.
- Organização Mundial de Saúde (2014). *Preventing Suicide: A global imperative*. Genebra, Suíça: OMS.
- Organização Mundial da Saúde (2002). *Relatório Mundial da Saúde 2001 - Saúde Mental: Nova Conceção, nova esperança*. Lisboa, Portugal: Direcção Geral da Saúde.
- Organização Mundial de Saúde. (2001). *Strengthening mental health promotion*. Genebra, Suíça: OMS.
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (2015). *Addressing Dementia: The OECD Response*. Paris, França: OECD Health Policy Studies, OECD Publishing.
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (2014). *Making Mental Health Count: The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care*. Paris, França: OECD Health Policy Studies, OECD Publishing.
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (2014). *Relatórios Económicos da OCDE Portugal*. Lisboa, Portugal: OCDE.
- Ornelas, J. et al (2005). *Participação e Empowerment das Pessoas com Doença Mental e seus Familiares*. Lisboa, Portugal: Climepsi.
- Peplau H E. (1990). *Relaciones interpersonales en enfermería: um marco de referência conceptual para la Enfermería Psicodinámica*. Barcelona, Espanha: Masson- Salvat.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures, Portugal: Lusociência.
- Phaneuf, M. (2001). *Planificação de cuidados: um sistema integrado e personalizado*. Coimbra, Portugal: Quarteto Editora.
- Prates, J., Igue, C. (2010). *Assistência de Enfermagem Psiquiátrica*. In Figueiredo, N., Viana, D., Machado, W., Cesar A. (Eds) *Tratado Prático de Enfermagem - com diagnósticos de enfermagem de acordo com NANDA e NIC*. (3ª ed.). (pp 393- 416). Brasil: Editora Yendis.
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008, de 6 de março.
- Rodrigues, M. A. (1998). *Das fontes de informação ao discurso científico. Referência*, 0, 41-48.

- Sá, L. O. (2010). *Saúde mental versus doença mental. In Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (Ed.) Do diagnóstico à intervenção em Saúde Mental: II Congresso Internacional da SPESM (pp 15-18). Lisboa, Portugal: Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental.*
- Sadock, B. & Sadock, V. (2010). *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica (9ª ed.) (Claudia Dornelles et al, Trad.) Porto Alegre, Brasil: Artmed.*
- Sampaio, F., Sequeira, C. (2016). *Relação de ajuda - quadro conceptual in Comunicação clínica e relação de ajuda. Lisboa, Portugal: Lidel.*
- Santos, A. C. (2001). *Ideologias, Modelos e Práticas Institucionais em Saúde Mental e Psiquiatria - A satisfação dos Técnicos de saúde mental e psiquiatria em função dos modelos institucionais. Coimbra, Portugal: Quarteto.*
- Sequeira, C. (2014). *Comunicação em saúde mental. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. 12 (Dez) (pp 6 - 8). Recuperado em: [www.scielo.mec.pt/scielo.php?scrip=arttext&pid=S1647-21602014000300001](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?scrip=arttext&pid=S1647-21602014000300001).*
- Sequeira, C. (2006). *Introdução à Prática Clínica: Do Diagnóstico à Intervenção em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Coimbra, Portugal: Quarteto.*
- Silva, A.M. (2009). *Triagem de Prioridades - Triagem Manchester (Tese de Mestrado). Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Portugal.*
- Silveira, C. M. et al (2008). *Transtornos de Ansiedade. In Emergências psiquiátricas e intoxicações exógenas agudas in Pronto-Socorro – Diagnostico e tratamento em Emergências. (2ª ed.).Brasil: Editora Manole Ltda.*
- Sparks, S., RN, DNSc, FAAN, Taylor, & Cynthia, M.... (2007). *Manual de Diagnóstico de Enfermagem. (6ªed.) Rio de Janeiro, Brasil: Guanabara Koogan.*
- Stuart, G., Laraia, M. (2001). *Enfermagem Psiquiátrica: Princípios e Prática. (6ª Ed.). Porto Alegre, Brasil: Artmed Editora.*
- Tavares, A., Viñas, C, Craveiro, A., Santos, Z., Veiga, F. & Saraiva, C. (1998). *O homem e a mulher para-suicidas: controvérsia de perfis. Psiquiatria Clínica.(Outubro/Novembro).*
- Teixeira, J. A. & Cabral, A. S. (2008). *Patologia psiquiátrica nos Cuidados Primários de Saúde. Revista Portuguesa Clínica Geral, 24(5), 67- 74.*

- Townsend, C. M. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica - conceitos de cuidados na Prática Baseada na Evidência (6ª ed.)*. (Sílvia Costa Rodrigues, Trad.) Loures, Portugal: Lusociência.
- Werlang, B. G. & Botega, N. J. (2004). *Comportamento suicida*. Porto Alegre, Brasil: Artmed.



# **ANEXOS**



# **ANEXO I**

Instrumento de colheita de dados

## **Senhores Enfermeiros do Serviço de Urgência**

Solicita-se a vossa colaboração no sentido de registar neste livro todos os doentes do foro psiquiátrico que são admitidos no sector de Psiquiatria.

Neste devem constar os seguintes elementos:

- Identificação do utente;
- Morada;
- Diagnóstico;
- Outro tipo de informação que considerem pertinentes (situação sócio-económica).

Estes dados têm como objectivo dar continuidade a um projecto que se encontra a decorrer nos serviços de Urgência, Psiquiatria Homens, Psiquiatria Mulheres e Serviço Domiciliário, o qual se intitula “Apoio domiciliário aos doentes com doença mental grave”.

Gratos pela colaboração





## **ANEXO II**

Pedidos de autorização para realização da  
Investigação



A interessada deverá imputar o respectivo processo na Unidade de Inovação e Desenvolvimento do CHUC, para obter o seu ceder autêntico. Da parte de UGI não há nada a opor.

Ex.mo Sr.º Director do UGI Serviço de Urgência e Medicina

Intensiva do Pólo dos Hospitais da Universidade de Coimbra

Dr. João Paulo Almeida e Sousa



**Assunto:** Pedido de autorização para a realização de consulta do registo de doentes que ocorreu no ano de 2012 na urgência de psiquiatria do Serviço de Urgência do Pólo dos Hospitais da Universidade de Coimbra, no âmbito da Dissertação da natureza aplicada.

Eu, Margarida Maria da Costa Coelho Nina, Enfermeira no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (Serviço de Urgência do Pólo dos Hospitais da Universidade de Coimbra), com número mecanográfico n.º 2493, e estudante do IV Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, venho por este meio solicitar a V. Excelência autorização para a realização de consulta do registo de doentes que ocorreram no ano de 2012 à urgência de psiquiatria do Serviço de Urgência do Pólo dos Hospitais da Universidade de Coimbra.

Esta consulta são parte integrante da Dissertação de natureza aplicada da Unidade Curricular de Investigação em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria que pretendo desenvolver sob a orientação da Senhora Professora Doutora Maria Luísa Brito. Este trabalho tem como objetivo caracterizar os doentes que ocorreram à urgência de psiquiatria do Serviço de Urgência do Pólo dos Hospitais da Universidade de Coimbra no período compreendido entre Janeiro a Dezembro de 2012 (registo efectuado pelos enfermeiros neste período, em suporte de papel "livros" que constam no arquivo do Serviço de Urgência, integrado num projecto pretendido levado a cabo pelo Dr. Paulo Abrantes, Psiquiatra da Instituição).

É de salientar que na consulta dos dados será garantida a confidencialidade e o sigilo dos dados recolhidos.

Antecipadamente, grata pela sua colaboração e disponibilidade.

Pede deferimento

Coimbra, de Janeiro de 2014

Margarida Maria da Costa Coelho Nina

Margarida Maria da Costa Coelho Nina; [m.nina@sapo.pt](mailto:m.nina@sapo.pt); 964714062/239440004

Jádo a  
opor a realty  
a Isabelles  
euf de urgencia  
30.1.2014  
Ministério da Saúde  
HUC - CHUC  
Directora do Serviço de Urgência  
Dr.ª Isabel Fonseca

Ex.ma Sr.ª Directora do Serviço de Urgência  
do Pólo dos Hospitais da Universidade de Coimbra  
Dr.ª Isabel Fonseca

**Assunto:** Pedido de autorização para a realização de consulta do registo de doentes que ocorreram no ano de 2012 à urgência de psiquiatria do Serviço de Urgência do Pólo dos Hospitais da Universidade de Coimbra, no âmbito da Dissertação da natureza aplicada.

Eu, Margarida Maria da Costa Coelho Nina, Enfermeira no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (Serviço de Urgência do Pólo dos Hospitais da Universidade de Coimbra), com número mecanográfico n.º 2493, e estudante do IV Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, venho por este meio solicitar a V. Excelência autorização para a realização de consulta do registo de doentes que ocorreram no ano de 2012 à urgência de psiquiatria do Serviço de Urgência do Pólo dos Hospitais da Universidade de Coimbra.

Esta consulta são parte integrante da Dissertação de natureza aplicada da Unidade Curricular de Investigação em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria que pretendo desenvolver sob a orientação da Senhora Professora Doutora Maria Luísa Brito. Este trabalho tem como objetivo caracterizar os doentes que ocorreram à urgência de psiquiatria do Serviço de Urgência do Pólo dos Hospitais da Universidade de Coimbra no período compreendido entre Janeiro a Dezembro de 2012 (registo efectuado pelos enfermeiros neste período, em suporte de papel "livros" que constam no arquivo do Serviço de Urgência, integrado num projecto pretendido levado a cabo pelo Dr. Paulo Abrantes, Psiquiatra da Instituição).

É de salientar que na consulta dos dados será garantida a confidencialidade e o sigilo dos dados recolhidos.

Antecipadamente, grata pela sua colaboração e disponibilidade.

Pede deferimento  
Coimbra, de Janeiro de 2014

*Margarida Maria da Costa Coelho Nina*  
Margarida Maria da Costa Coelho Nina; [m.nina@sapo.pt](mailto:m.nina@sapo.pt); 964714062/239440004

**COMISSÃO DE ÉTICA**  
**da Unidade Investigação em Ciências da Saúde - Enfermagem (UICISA-E)**  
**da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnC)**

**Parecer Nº P197-01/2014**

**Título do Projecto:** Caraterização das pessoas que recorrem à urgência psiquiátrica do serviço de urgência dos Hospitais da Universidade de Coimbra

**Identificação do(s) Proponente(s)**

**Nome(s):** Margarida da Costa Coelho Nina

**Filiação Institucional:** CHUC-HUC

**Investigador Responsável:** Prof<sup>a</sup> Doutora Maria Luísa Brito

**Relator(es):** José Carlos Martins

**Parecer**

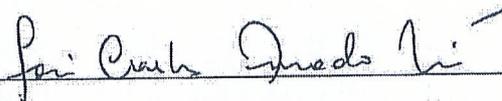
Trata-se de estudo retrospectivo, descritivo, correlacional, tendo como objectivos: "conhecer a realidade no que diz respeito ao atendimento de urgência psiquiátrica de um hospital central; identificar as características mais comuns das pessoas com doença mental que ocorram à urgência de psiquiatria no ano 2012 nos HUC; verificar a existência de relações entre as características sociodemográficas e as patologias identificadas; identificar os factores que possam ser focos de intervenção pelos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros envolvidos neste processo de abordagem; analisar e reflectir sobre os dados obtidos, com vista à sensibilização dos responsáveis, no sentido de uma reorganização dos cuidados de saúde nesta área".

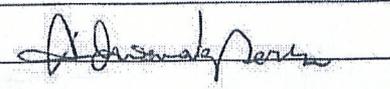
Propõe a recolha de dados entre fevereiro e julho de 2014 por consulta nos registos de enfermagem, utilizando amostragem aleatória simples. Apresenta a grelha para extracção dos dados.

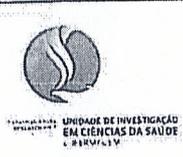
Os dados serão colhidos de forma anonimizada. Há garantia de confidencialidade. Não serão recolhidos dados sensíveis ou susceptíveis de conduzir à identificação dos doentes.

Apresenta parecer favorável da directora do serviço de urgência e do director do UGI de urgência e medicina intensiva.

Tendo em consideração o apresentado, é parecer desta Comissão que, em termos éticos, nada há a opor à realização do estudo.

O relator: 

Data: 19/02/2014 O Presidente da Comissão de Ética: 



# PARECER CIENTIFICO

**Projecto Investigação:** Caracterização das pessoas que recorrem à urgência psiquiátrica do Serviço de Urgência dos Hospitais da Universidade de Coimbra.

**Promotor:** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

**Investigador:** Margarida Maria da Costa Coelho Nina

**Serviço:** Serviço de Urgência

## Parecer Científico

Objectivos. Metodologia. Resultados esperados.  
Outros Centros ou Serviços envolvidos.

Os objetivos deste estudo são: conhecer a realidade no que diz respeito ao atendimento de urgência psiquiátrica de um hospital central; identificar as características mais comuns das pessoas com doença mental que ocorram à urgência de psiquiatria no ano 2012, nos Hospitais da Universidade de Coimbra; verificar a existência de relações entre as características sociodemográficas e as patologias identificadas; identificar os fatores que possam ser focos de intervenção pelos Profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros envolvidos neste processo de abordagem; analisar e refletir sobre os dados obtidos, com vista à sensibilização dos responsáveis, no sentido de uma reorganização dos cuidados de saúde nesta área.

Este estudo tem como contexto o Serviço de Urgência do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, polo dos Hospitais da Universidade de Coimbra, num estudo retrospectivo, descritivo e correlacional, no ano de 2012. As pessoas envolvidas neste estudo são aquelas que recorreram ao Serviço de Urgência com encaminhamento para o sector de Psiquiatria em que serão respeitados os princípios éticos inerentes à investigação com Seres Humanos (Declaração de Helsínquia), sendo garantida a confidencialidade e anonimato dos dados. A amostra será selecionada através de um processo de amostragem aleatória simples. Como critérios de inclusão consideramos as pessoas que ocorreram ao Serviço de Urgência do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, polo dos Hospitais da Universidade de Coimbra, sector de psiquiatria. Para a recolha dos dados, serão consultados os registos efetuados pelos Enfermeiros, em livro próprio do arquivo do Serviço de Urgência, de todos os doentes que recorreram à urgência psiquiátrica no período em que decorre o estudo. Será utilizado um formulário de recolha de informação das seguintes variáveis: data de admissão, sexo, idade, diagnóstico clínico, problemas sociais e encaminhamento após observação no setor de psiquiatria. Após a análise dos dados, tentaremos tirar as elações dos resultados obtidos de forma objectiva e contextualizada, para podermos intervir e/ou sensibilizar os responsáveis por esta área, pois esta temática tem vindo a assumir proporções cada vez maiores, dado ao elevado número de doentes que recorrem ao Serviço em situações de descompensações/crise.

O Director do Serviço

Ministério da Saúde  
HUC - CHUC

Directora do Serviço de Urgência  
D.<sup>a</sup> Isabel Fonseca



Exm.º Senhor

Dr. José Martins Nunes

Presidente do Conselho de Administração  
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra,  
EPE

107/14

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

Dr. José Martins Nunes  
Presidente do Conselho de Administração  
C.H.U.C. - EPE

Ref.º: CHUC-030-14

30/06/2014

A pedido de *Enf.ª Margarida Maria da Costa Coelho Nina*, recebeu esta Unidade um pedido de autorização de um Projecto de Investigação sobre **"CARACTERIZAÇÃO DAS PESSOAS QUE RECORREM À URGÊNCIA PSIQUIÁTRICA DO SERVIÇO DE URGÊNCIA DOS HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA"** ao qual não se aplicam as normas previstas na Lei n.º 46/2004 de 19 de Agosto e colheu parecer favorável da Comissão de Ética deste Hospital.

Informa-se V. Ex.ª que este projecto não acarreta qualquer encargo financeiro adicional para o CHUC.

Solicita-se assim a autorização do Conselho de Administração para este Projecto.

Com os mais respeitosos cumprimentos,

Pl' O Director da Unidade de Inovação e Desenvolvimento

CHUC - EPE
CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
Reg. n.º 5381 P/A
Local
Data 27/7/2014

*[Handwritten signature]*  
(Prof. Doutor José Saraiva da Cunha)

## Comissão de Ética para a Saúde



Visto / À U.I.D.  
para difusão

*M. Figueiredo*

Exmo. Senhor Prof. Doutor José Pedro Figueiredo  
Prof. Doutor José Pedro Figueiredo  
Digmº Director Clínico do C.H.U.C. - EPE  
CHUC, EPE

S/Refª

S/Comunicação

N/Ref. - Ofício n.º  
CES/095

Data  
17.06.2014

**Assunto:** [CHUC-030-14] - *Estudo Observacional "Caracterização das pessoas que recorrem à urgência psiquiátrica do Serviço de urgência dos Hospitais da Universidade de Coimbra."* - Margarida Maria da Costa Coelho Nina - Enfermeira do Serviço de Urgência do Pólo HUC-CHUC e aluna do IV Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da escola Superior de Enfermagem de Coimbra (estudo a ser realizado no Serviço de Urgência A do CHUC).

Cumpre-me informar Vossa Ex.ª de que a Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, reunida em 13 de Junho de 2014, com a presença da maioria dos seus membros, após análise do projecto mencionado em epígrafe e ouvido o relator, emitiu parecer favorável à sua realização. Deliberação aprovada por unanimidade.

### Fundamentação:

O estudo tem como objectivos: - Conhecer a realidade no que diz respeito ao atendimento de urgências Psiquiátricas de um hospital central; - Identificar as características mais comuns das pessoas com doença mental que ocorreram à urgência de psiquiatria no ano de 2012, nos hospitais da Universidade de Coimbra; - Verificar a existência de relações entre as características sociodemográficas e as patologias identificadas; - Verificar os factores que possam ser focos de intervenção pelos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros envolvidos neste processo de abordagem; - Analisar e reflectir sobre os dados obtidos, com vista à sensibilização dos responsáveis, no sentido de uma reorganização dos cuidados de saúde nesta área.

Contacto:

## Comissão de Ética para a Saúde

Trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo e correlacional, a realizar no Serviço de Urgência dos HUC. A população será constituída por todos os doentes que recorreram ao S.U. com encaminhamento para o sector de Psiquiatria. A amostra resultará de um processo de amostragem aleatória simples. A recolha de dados tem por base a consulta de registos efectuados pelos enfermeiros em livro próprio, que fica arquivado no S.U.

A investigadora pretende realizar a sua tese de dissertação de Mestrado, com base na recolha de dados registados pelos enfermeiros, em livro próprio utilizado para o efeito no S.U dos HUC, no sector da Psiquiatria. Os dados serão recolhidos de forma anónima e é garantida a confidencialidade dos mesmos, sendo que a investigadora exerce funções no serviço onde os dados vão ser colhidos.

Mais se informa que a CES do CHUC deve ser semestralmente actualizada em relação ao desenvolvimento dos estudos favoravelmente analisados e informada da data da conclusão dos mesmos, que deverá ser acompanhada de relatório final.

Com os melhores cumprimentos.

P' A COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

C.H. DO CHUC, E.P.E.  
Comissão de Ética para a Saúde  
Prof. Doutor José Joaquim Sousa Barros  
Presidente da CES do CHUC

A CES do CHUC: Prof. Doutor José Joaquim Sousa Barros; Prof.ª Doutora Maria Fátima Pinto Saraiva Martins; Dr. Mário Rui Almeida Branco; Enf.º Adélio Tinoco Mendes; Prof. Doutor Carlos Alberto Fontes Ribeiro; Padre José António Afonso Pais; Dr. José António Feio; Dr. José Alves Grilo Gonçalves; Enf.º Fernando Mateus; Dr. José António Pinheiro; Dra. Cláudia Santos; Dr. Paulo Figueiredo.

Contacto:

Exm.<sup>a</sup> Senhora

Enf.<sup>a</sup> Margarida Maria da Costa Coelho Nina

Urgência

18/07/2014

Junto envio a V. Ex.<sup>a</sup>, a autorização da Comissão de Ética e do Conselho de Administração do CHUC, em relação aos Projectos de Investigação:

**CHUC-030-14 – CARACTERIZAÇÃO DAS PESSOAS QUE RECORREM À  
URGÊNCIA PSIQUIÁTRICA DO SERVIÇO DE URGÊNCIA DOS HOSPITAIS DA  
UNIVERSIDADE DE COIMBRA**

Com os melhores cumprimentos,

PI' Unidade de Inovação e Desenvolvimento



(M.<sup>a</sup> do Rosário Conceição)

Assistente Técnico