



**Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra**

**CICLO DE ESTUDOS CONDUCENTE AO GRAU DE MESTRE
EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA**

**Abordagem pré-hospitalar das pessoas com doença mental
grave em crise**

Andreia Andrade Coelho Nina

Coimbra, *janeiro* 2018



**Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra**

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

**Abordagem pré-hospitalar das pessoas com doença mental
grave em crise**

Andreia Andrade Coelho Nina

Orientadora: Professora Doutora Maria Luísa Brito

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

Coimbra, *janeiro* 2018

“Nada disto seria possível sem ousar, fortalecer e afirmar o que cada um, ao cuidar, pode trazer de insubstituível àqueles cuja vida desperta, cuja vida desabrocha, cuja vida se procura, cuja vida se extingue... exigindo as condições indispensáveis para o realizar.”

Marie-Françoise (In: Cuidar... a primeira arte da Vida)

AGRADECIMENTOS

Ao longo deste trabalho muitas foram as pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para a sua concretização. A todas elas gostaria de expressar a minha profunda gratidão pelo apoio prestado.

À Professora Doutora Maria Luísa Brito, minha Orientadora, pelo profissionalismo, sabedoria, encorajamento, disponibilidade e inestimável apoio, sem a qual não teria conseguido terminar este trabalho.

A todos os profissionais, por se terem disponibilizado a responder às entrevistas, sem os quais este trabalho não teria sido possível;

E por fim, mas não menos importante, uma palavra de agradecimento à minha família, pelo apoio, encorajamento e paciência.

ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPIC – Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise

CID – Classificação Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

DGS – Direcção-Geral de Saúde

DMG – Doença Mental Grave

DSM – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais

E – Entrevistado

Enf. – Enfermeiro

EESM – Enfermeiro Especialista em Saúde Mental

EESMP – Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria

EPH – Emergência Pré-Hospitalar

ERC – Equipa de Resolução de Crise

GNR – Guarda Nacional Republicana

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

MS – Ministério da Saúde

Méd. – Médico

Psic. – Psicóloga

OMS – Organização Mundial da Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

PNSM – Plano Nacional de Saúde Mental

PSP – Polícia de Segurança Pública

TAE – Técnicos de Ambulância de Emergência

UIC – Unidade de Intervenção em Crise

UMIPE – Unidade Móvel de Intervenção Psicológica de Emergência

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Estrutura da entrevista	55
Tabela 2 – Caracterização dos Participantes do estudo	56
Tabela 3 - Atuação perante uma pessoa com doença mental grave em contexto de descompensação.....	60
Tabela 4 – Dificuldades na prestação de cuidados às pessoas com doença mental grave em situações de descompensação	62
Tabela 5 – Conhecimento de algum protocolo de atuação (“guidelines”) na instituição onde exerce funções.....	63
Tabela 6 – Conhecimento da existência de alguma Unidade de Intervenção em Crise em Portugal.....	64
Tabela 7 – Conhecimento da existência e pertinência/implementação de uma Unidade de Intervenção em Crise em Coimbra	65
Tabela 8 – Profissionais que devem fazer parte da Unidade de Intervenção em Crise na Região de Coimbra.....	66
Tabela 9 – Papel do EESMP na Unidade de Intervenção em Crise	67
Tabela 10 – Importância da formação contínua dos profissionais intervenientes	68

RESUMO

A doença mental grave, sendo incapacitante, interfere no domínio do pensar, sentir e do agir, condiciona a vida da pessoa e respetiva família. É necessário encontrar estratégias de intervenção que possibilitem, desde o início, o acompanhamento, apoio e orientação dos doentes e respetivas famílias.

O presente estudo focaliza-se no modo como e por quem é realizada a abordagem Pré-Hospitalar das pessoas com Doença Mental Grave (DMG) descompensadas (crise) na região Centro do País (Distrito de Coimbra), tendo como principais objetivos: conhecer o tipo de intervenção que é realizada ao Doente Mental Grave em situação de descompensação/crise em ambiente pré-hospitalar; identificar os profissionais envolvidos na abordagem em ambiente pré-hospitalar das situações de descompensação; identificar os protocolos de atuação ("*guidelines*") definidos para estas situações, por parte do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM); conhecer a opinião dos intervenientes no processo acerca da pertinência da criação de uma Unidade de Intervenção em Crise.

Tendo-se optado por uma metodologia qualitativa, baseada na análise de conteúdo de entrevistas feitas a pessoas que se considerou conhecerem a problemática em estudo, a amostra ficou constituída por 20 participantes: 2 agentes da Guarda Nacional Republicana (GNR), 1 enfermeiro da Ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV); 7 enfermeiros da Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), 3 médicos da VMER, 1 psicóloga do INEM, 6 Técnicos de Ambulância de Emergência (TAE).

Relativamente aos resultados obtidos no estudo acerca da "**atuação perante uma pessoa com doença mental grave em contexto de descompensação**", os principais destaques vão para a contenção química e física, o envolvimento da família/cuidador principal, a intervenção da GNR, a identificação da situação/meio envolvente/segurança, assegurar a segurança do doente, garantir a segurança da equipa, as orientações do CODU e convencer/interagir com o doente; na segunda categoria "**dificuldades na prestação de cuidados às pessoas com doença mental grave em situações de descompensação**", as subcategorias mais referidas foram a pouca formação na área, a dificuldade em entrar no "mundo" da psiquiatria, a ausência de retaguarda e a não-aceitação do doente; relativamente à terceira categoria

“conhecimento de algum protocolo de atuação (“guidelines”) na instituição onde exerce funções” a que reuniu mais consenso foi a ausência de protocolo (“guidelines”); em relação à quarta categoria **“conhecimento da existência de alguma Unidade de Intervenção em Crise em Portugal”**, a maioria dos entrevistados não tinha conhecimento; o mesmo no que respeita à quinta categoria **“conhecimento da existência e sua pertinência/implementação de uma Unidade de Intervenção em Crise em Coimbra”**, embora considerem relevante a sua implementação; na sexta categoria **“profissionais que devem fazer parte da Unidade de Intervenção em Crise na Região de Coimbra”** os mais referidos são o psicólogo, os médicos (psiquiatras), os enfermeiros do EESM, as autoridades e assistentes sociais; na sétima categoria **“papel do EESM na Unidade de Intervenção em Crise”**, reconheceu-se a sua competência e o seu papel ativo como mais-valias para a Unidade de Intervenção em Crise; por fim, e na oitava categoria, **“a importância da formação contínua dos profissionais intervenientes”** reconheceu-se o défice de formação específica na área, a necessidade de formação contínua e existência de formação estandardizada para todos os profissionais que atuam em situação de descompensação em pessoas com DMG em contexto pré-hospitalar.

Sugere-se assim a criação de uma Unidade de Intervenção em Crise (UIC), que traria benefícios para os utentes e famílias, facilitando uma resposta rápida e especializada na situação de crise, através do envolvimento dos EESM, não só na abordagem inicial, tratamento e encaminhamento do doente em situação em crise, como também no acompanhamento no domicílio durante a fase da crise nos casos que não requerem internamento.

Palavras-chave: Doente mental grave, Crise, Abordagem pré-hospitalar.

ABSTRACT

Severe mental illness, being incapacitating, interferes in the domain of thinking, feeling and acting, conditions the life of the person and his family. It is necessary to find intervention strategies that allow, from the beginning, the follow-up, support and guidance of patients and their families.

The present study focuses on the how and by whom the Prehospital approach of those with Severe Mental Illness (GDM) decompensated (crisis) in the Central Region of the Country Coimbra), with the following main objectives: to know the type of intervention that is performed on Severe Mental Patients in situations of decompensation / crisis in a prehospital environment; to identify the professionals involved in the prehospital approach to situations of decompensation; identify the guidelines defined by INEM for these situations; to know the opinion of the interveners in the process about the appropriateness of the creation of a Crisis Intervention Unit.

Having chosen a qualitative methodology based on content analysis and interviews with people who were considered to be aware of the problem under study, the sample consisted of 20 participants: 2 agents of the National Republican Guard (GNR), 1 Ambulance nurse Immediate Life Support (SIV); 7 nurses from the Medical Emergency and Reanimation Vehicle (VMER), 3 doctors from VMER, 1 psychologist from the National Institute of Medical Emergency (INEM), 6 Emergency Ambulance Technicians (TAE).

Regarding the results obtained in the study about "acting before a person with severe mental illness in the context of decompensation", the main highlights are chemical and physical containment, involvement of the family / primary caregiver, intervention of the GNR, identification of the situation / environment / safety, ensuring patient safety, ensuring team safety, CODU guidelines and convincing / interacting with the patient; in the second category, "difficulties in providing care for people with severe mental illness in situations of decompensation", the most mentioned subcategories were the lack of training in the area, difficulty in entering the "world" of psychiatry, absence of acceptance of the patient; in relation to the third category "knowledge of some protocol of action in the institution where it exercises functions" the one that met with the most consensus was the absence of protocol / guidelines; in relation to the fourth category

"knowledge of the existence of some Crisis Intervention Unit in Portugal", most of the interviewees were not aware; the same as in the fifth category "knowledge of the existence and its relevance / implementation of an Intervention Unit in Crisis in Coimbra" although they consider its implementation relevant; in the sixth category "professionals who should be part of the Crisis Intervention Unit in the Coimbra Region" the most mentioned are the psychologist, physicians (psychiatrists), EMSM nurses, authorities and social workers; in the seventh category "role of the EESM in the Crisis Intervention Unit", its competence and active role were recognized as an added value for the Crisis Intervention Unit; the lack of specific training in the area, the need for continuous training and the existence of standardized training for all professionals who work in situations of decompensation in people with GDM were recognized in the eighth category "the importance of continuous training of the professionals involved" in prehospital context.

It is therefore suggested that a Crisis Intervention Unit (UIC) be created, which would bring benefits to users and families, facilitating a rapid and specialized response to the crisis through the involvement of the EMSA, not only in the initial approach, treatment and referral of the patient in a crisis situation, such as home care during the crisis phase in cases that do not require hospitalization.

Key words: Severe mental illness, Crisis, Prehospital approach

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	17
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	23
1. DOENÇA MENTAL GRAVE.....	25
1.1. QUADROS PSICOPATOLÓGICOS	28
1.2. METODOLOGIAS DE ABORDAGEM NO PRÉ-HOSPITALAR	29
2. INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA.....	39
2.1. INSTRUMENTO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA.....	44
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO	51
1. METODOLOGIA	53
1.1. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	54
1.2. PARTICIPANTES.....	56
1.3. METODOLOGIA DE ANÁLISE.....	57
2. APRESENTAÇÃO DOS DADOS	59
2.1. ATUAÇÃO PERANTE UMA PESSOA COM DOENÇA MENTAL GRAVE EM CONTEXTO DE DESCOMPENSAÇÃO	59
2.2. DIFICULDADES NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS ÀS PESSOAS COM DOENÇA MENTAL GRAVE EM SITUAÇÕES DE DESCOMPENSAÇÃO	61
2.3. CONHECIMENTO DE ALGUM PROTOCOLO DE ATUAÇÃO (“GUIDELINES”) NA INSTITUIÇÃO ONDE EXERCE FUNÇÕES.....	63
2.4. CONHECIMENTO DA EXISTÊNCIA DE ALGUMA UNIDADE DE INTERVENÇÃO EM CRISE EM PORTUGAL	64
2.5. CONHECIMENTO DA EXISTÊNCIA E SUA PERTINÊNCIA/IMPLEMENTAÇÃO DE UMA UNIDADE DE INTERVENÇÃO EM CRISE EM COIMBRA	64
2.6. PROFISSIONAIS QUE DEVEM FAZER PARTE DA UNIDADE DE INTERVENÇÃO EM CRISE NA REGIÃO DE COIMBRA	65
2.7. PAPEL DO EESMP NA UNIDADE DE INTERVENÇÃO EM CRISE.....	67
2.8. IMPORTÂNCIA DA FORMAÇÃO CONTÍNUA DOS PROFISSIONAIS INTERVENIENTES	67
3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	69

CONCLUSÕES89

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS93

APÊNDICES

APÊNDICE I – Guião da Entrevista Semi-estruturada

APÊNDICE II – Consentimento Informado

INTRODUÇÃO

A doença mental grave, nomeadamente a esquizofrenia, atinge cerca de 1% da população portuguesa e surge frequentemente no final da adolescência ou no início da idade adulta. Caracteriza-se, do ponto de vista nosológico, pela presença de três domínios dos sintomas: sintomas positivos, tais como alterações do pensamento e da perceção; sintomas negativos, tais como diminuição da vontade e embotamento afetivo; e ainda um reduzido funcionamento social ao nível dos diferentes domínios da vida (Tolletti, 2011). Alguns movimentos sociais de defesa dos direitos das pessoas com doença mental e os progressos científicos em diferentes áreas estiveram na base da abordagem de saúde mental comunitária que prevê, na grande maioria das situações, a manutenção das pessoas com doença mental grave na sua comunidade residencial, “desde que os serviços assegurem intervenções psicossociais em combinação com o tratamento farmacológico”, favorecendo, deste modo, o processo de reabilitação (DGS, 2007, p.13).

No entanto, nas situações ou fases de descompensação das pessoas com doença mental grave, muitas vezes caracterizadas por comportamentos de agitação e agressividade, as estruturas de cuidado em ambiente pré-hospitalar mostram-se ineficientes e não especificamente preparadas para atender este tipo de doentes. Assim, e dado que as equipas do INEM não têm meios de atuação farmacológica específica para estas situações, torna-se, frequentemente, necessária a intervenção dos agentes da autoridade para a condução dos doentes ao hospital, no meio de todo um aparato policial que apenas agrava as situações de agitação e agressividade dos doentes. Isto também causa, naturalmente, um grande sofrimento à família que, por esse motivo, muitas vezes deixa arrastar as situações de descompensação, adiando os pedidos de ajuda, com conseqüente agravamento dos doentes e trauma emocional às famílias.

Sendo a área do nosso estudo a emergência pré-hospitalar do DMG em crise, importa referir que a Emergência Pré-Hospitalar (EPH) surgiu em Portugal em 1965, com a criação do Número Nacional de Socorro – 115, tendo sido substituído em 1998 pelo Número Europeu de Emergência – 112, em que o objetivo da Emergência Médica era o da prestação de cuidados de assistência às vítimas de doença súbita ou acidentes,

articulando todos os intervenientes, desde o local do incidente até ao hospital (Decreto-lei n.º 124/2011, de 29 de Dezembro). Em caso de emergência, é feita uma chamada para o Número Europeu de Emergência, em que o atendimento é realizado numa central da Polícia de Segurança Pública (PSP) e daí encaminhada para o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) nos casos das emergências médicas.

O CODU faz a triagem das chamadas, a seleção, o acionamento e acompanhamento dos meios envolvidos. Nos casos de emergência psiquiátrica, e sempre que se justifique, o CODU pode ativar o CAPIC (Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise), que surgiu em 2004, atuando nas Delegações Regionais do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM). O CAPIC é constituído por Psicólogos Clínicos com formação específica em intervenção psicológica em crise, emergências psicológicas e intervenção psicossocial em catástrofe e opera através das Unidades Móveis de Intervenção Psicológica de Emergência (UMIPE), (Despacho n.º 10109/2014, de 6 de Agosto).

A doença mental grave é definida como “doença psiquiátrica que, pelas características e evolução do seu quadro clínico, afeta de forma prolongada ou contínua a funcionalidade da pessoa” (Decreto-Lei, n.º 8/2010, de 28 de janeiro, p. 258), o que implica, na intervenção, ter-se em conta a sua incapacidade psicossocial que, de acordo com o mesmo dispositivo legal, se refere a uma “situação objetiva de redução total ou parcial da capacidade da pessoa com doença mental grave para desempenhar as atividades da vida diária, no contexto social, familiar e profissional” (p. 258).

Na perspetiva de Ponce (2006, p. 94), a emergência psiquiátrica implica duas abordagens: “a crise psicótica aguda manifestada por agitação e/ou comportamento violento; o delírio ou estado confusional agudo”. A intervenção em crise, segundo Pimenta e Saraiva (2014), caracteriza-se por duas fases, nomeadamente: a primeira fase acionada imediatamente logo após a ocorrência da crise aguda (ou num período de 48 horas), sendo a intervenção de curta duração, objetivando-se a redução da ativação emocional do doente; a segunda fase pode durar até várias semanas, particularmente em casos de dificuldades graves, mas transitórias, como, por exemplo, comportamentos autolesivos.

Neste âmbito, importa referenciar a Lei de Saúde Mental (Lei nº 36/98, de 24 julho), que no Capítulo I no Artigo 2.º refere que:

“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” (p. 354).

Na mesma sequência de ideias no Artigo 3.º (Princípios Gerais de Política de Saúde Mental), refere que:

“1 – Sem prejuízo do disposto na Lei de Bases da Saúde, devem observar-se os seguintes princípios gerais:

a) A prestação de cuidados de saúde mental é promovida prioritariamente a nível da comunidade, por forma a evitar o afastamento dos doentes do seu meio habitual e a facilitar a sua reabilitação e inserção social;(...)

3 – A prestação de cuidados de saúde mental é assegurada por equipas multidisciplinares habilitadas a responder, de forma coordenada, aos aspetos médicos, psicológicos, sociais, de enfermagem e de reabilitação” (p. 3544).

O Decreto-Lei n.º 35/99, de 5 de fevereiro, refere que a Rede de Serviços Locais de Saúde Mental integra o “atendimento permanente das situações de urgência psiquiátrica, em Serviços de Urgência de Hospitais gerais ou no âmbito de estruturas de intervenção na crise” (MS, 2009, p. 7939), o que reforça a importância da presença de uma Equipa de Intervenção em Crise na Comunidade, para uma avaliação eficiente das situações mais críticas.

O Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM) de 2007-2016 prevê algumas estratégias a adotar a nível da Promoção Saúde Mental e Prevenção das Perturbações Mentais do qual fazem parte o “Programa de prevenção da depressão (...) e do acesso aos Serviços de Emergência Psiquiátrica” (DGS, 2008,p. 29), no qual as Equipas de Intervenção em Crise podiam desempenhar um papel primordial. O mesmo Plano faz referência à importância da formação de Equipas de Saúde Comunitárias na área da Saúde Mental, de forma a atuarem evitando o recurso às Urgências Hospitalares e aos reinternamentos.

Em 2012, posteriormente à extinção da Coordenação para a Saúde Mental e à criação do Programa Nacional de Saúde Mental, integrado na Direção-geral de Saúde (DGS), o Ministério da Saúde determinou uma nova avaliação da implementação do PNSM, que iria conduzir a uma atualização do próprio plano, objetivando o desenvolvimento de novos serviços, a Lei de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental, a formação de profissionais, os programas de promoção e de luta contra o estigma, a implantação de programas para grupos vulneráveis, a monitorização contínua e análise regular de dados, como a “Saúde Mental em Números”, a avaliação por entidades externas, a reorganização dos serviços de urgência, o envolvimento dos

utentes e famílias, o Plano Nacional de Prevenção do Suicídio e a criação de subsídios para o desenvolvimento de unidades de saúde (Xavier, Mateus, Goldschmidt, Pires, Narigão, Carvalho & Leuschner, 2017).

Segundo o plano Global de Saúde Mental 2013-2020 da OMS (DGS, 2013), os problemas de saúde mental são responsáveis pela elevada taxa de incapacidade, para a qual contribuem múltiplos fatores (individuais, sociais, culturais, económicos, políticos e ambientais). Assim sendo, a resposta deve ser multissetorial, estar localizada na comunidade e estimular a participação dos utentes e famílias.

O desenvolvimento de unidades e equipas de reabilitação psicossocial de suporte de longa duração, numa lógica de proximidade, de maior acessibilidade aos serviços de saúde mental, de mobilização dos recursos da comunidade que procurem a adaptação das respostas a problemas específicos da pessoa em causa, estimulando a autonomia e a tomada de decisão no seu processo reabilitativo, é facilitador da sua inclusão e caracteriza a resposta dos cuidados continuados integrados para a saúde mental, cumprindo simultaneamente um dos objetivos do PNSM 2007-2016, bem como o prolongamento do mesmo para 2016-2020.

Decorrente do exposto, formulou-se a seguinte questão de investigação, fio condutor do estudo empírico:

- Como e por quem é realizada a abordagem pré-hospitalar dos Doentes Mentais Graves descompensados (crise) na região Centro do País (Distrito de Coimbra).

Tendo por base esta questão, delineou-se como objetivos:

- Conhecer o tipo de intervenção realizada ao Doente Mental Grave em situação de descompensação “crise” em ambiente pré-hospitalar;
- Identificar os Profissionais envolvidos na abordagem em ambiente pré-hospitalar nas situações de internamento compulsivo;
- Identificar os protocolos de atuação (“*guidelines*”) definidos para estas situações, por parte do INEM;
- Conhecer a opinião dos intervenientes no processo acerca da pertinência da criação de uma Unidade de Intervenção em Crise.

O estudo empírico será limitado à realidade da região de Coimbra, tendo-se optado por uma metodologia qualitativa, baseada na análise de conteúdo de entrevistas semiestruturadas a alguns intervenientes na abordagem do Pré-Hospitalar.

O trabalho inicia-se com um enquadramento teórico, centrado na revisão da literatura acerca de alguns conceitos relacionados com a problemática da Doença Mental Grave (DMG), incluindo a identificação das práticas mais comuns em alguns países. Segue-se a metodologia de trabalho, a apresentação dos dados e discussão dos mesmos e sugestões acerca da implementação de uma Unidade de Intervenção em Crise.

Pretende-se, desta forma, contribuir para uma reflexão e sensibilização dos Profissionais que atuam no Pré-Hospitalar, nomeadamente dos Enfermeiros, procurando, assim, melhorar a qualidade dos cuidados às pessoas com doença mental grave e às suas famílias.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. DOENÇA MENTAL GRAVE

O conceito de DMG tem evoluído ao longo dos tempos, sendo atualmente caracterizada pelos sintomas que apresentam, os delírios (crenças erróneas não fundamentadas em evidências) e as alucinações (percepções não fundamentadas em evidências – acreditar ouvir vozes que controlam). Segundo a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID), publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), na CID-10, são consideradas como DMG as psicoses, a esquizofrenia, o transtorno delirante permanente (paranoia) e os transtornos graves do humor (psicose maníaco-depressiva, atualmente classificada em episódio maníaco, episódio depressivo grave e transtorno bipolar).

A doença mental grave designa toda “a doença psiquiátrica” que, fruto das suas características e evolução clínica, afeta prolongada ou continuamente a funcionalidade de uma pessoa, comprometendo as suas capacidades para realizar tarefas de subsistência, interagir com o meio ambiente e participar na vida social (Decreto-Lei nº 8/2010, de 28 janeiro). Para tal, é importante detetar precocemente a doença e iniciar o tratamento para que a pessoa acometida possa conservar ao máximo a qualidade de vida e a funcionalidade.

Grosso modo, reporta-se a perturbações psicóticas, especialmente a esquizofrenia, que acomete cerca de 1% da população portuguesa e que surge frequentemente no final da adolescência ou no início da idade adulta, caracterizando-se sob o ponto de vista nosológico pela presença de três domínios de sintomas: sintomas positivos, designadamente as alterações do pensamento e da percepção; sintomas negativos, como a diminuição da vontade e embotamento afetivo; e um reduzido funcionamento social ao nível dos diferentes domínios da vida (Tolletti, 2011).

Apesar de se registar uma trajetória variável, as taxas de recuperação na esquizofrenia não ultrapassam os 20%, denotando que a maioria das pessoas com esta patologia experiencia uma evolução crónica ou recorrente, com sintomas residuais e uma recuperação social muito comprometida, o que implica importantes necessidades de cuidados, nomeadamente de cuidados de enfermagem (DGS, 2007; NICE, 2010; OMS, 2002).

A esquizofrenia é, assim, um transtorno psíquico grave, sendo frequente um maior comprometimento mental ao longo da vida, caracterizado por uma fragmentação da estrutura básica dos processos do pensamento e pela dificuldade em distinguir experiências internas e externas, sendo os sintomas mais frequentes as alterações do pensamento, alucinações, delírios e alterações no contacto com a realidade. Estes são diferentes de pessoa para pessoa e o seu aparecimento pode ser insidioso e gradual ou mesmo explosivo e instantâneo (Tolletti, 2011).

Segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5, 2014), a esquizofrenia caracteriza-se pela presença de sintomas positivos, como ideias delirantes, alucinações, discurso desorganizado, comportamento totalmente desorganizado ou catatónico, e por sintomas negativos, designadamente o embotamento afetivo, a alogia, a avolição e o isolamento social.

A esquizofrenia é subtipificada em Tipo Paranoide, se os sintomas mais proeminentes são a preocupação com delírios ou alucinações auditivas; Tipo Desorganizado, se dominam o discurso e comportamento desorganizados, o afeto embotado ou inapropriado; Tipo Catatónico, caracterizado pela imobilidade motora, agitação extrema, negativismo extremo, peculiaridades de movimento, tais como posturas inadequadas e ecolalia ou ecopraxia; Tipo Indiferenciado, quando o quadro não satisfaz os tipos anteriores e, finalmente, Tipo Residual quando há evidências contínuas da perturbação pela presença de sintomas negativos (DSM-5, 2014).

Os períodos de crise são vivenciados geralmente com agitação, angústia, dificuldades de interação social e de desempenho das atividades de vida diária (Kaplan & Sadock, 2007). De acordo com os mesmos autores, é frequente uma denegação face à doença, ou seja, uma ausência de *insight* e incapacidade de reconhecer o carácter bizarro do comportamento que, não raras vezes, se traduz por uma dificuldade na adesão ao tratamento.

São diversos os fatores biopsicossociais relacionados a um melhor prognóstico: idade de início mais tardio; início agudo; boa adaptação pré-mórbida; sexo feminino; ausência de anosognosia; presença de acontecimentos precipitantes; perturbação do humor associado; história familiar de perturbação do humor e ausência de história familiar de esquizofrenia; ausência de alterações estruturais cerebrais; funcionamento neurológico normal; adesão ao tratamento desde o início da doença; duração breve dos sintomas na fase ativa; bom funcionamento entre as crises e sintomas residuais mínimos (DSM-5, 2014).

Do exposto, pode concluir-se que a esquizofrenia é uma doença incapacitante, que leva ao isolamento social, à perda de autonomia nas atividades de vida diária, resulta em dificuldades no desempenho da atividade profissional, rupturas familiares e, numa fase mais avançada da doença, em défices cognitivos, designadamente alterações da memória. Importa referir que não é usual a remissão completa dos sintomas desta doença, sendo frequente que as pessoas com esquizofrenia tenham uma evolução estável, ou inversamente, um agravamento progressivo (Kaplan & Sadock, 2007).

A nível mundial, a doença mental grave sentenciou durante décadas um número significativo de pessoas a extensos períodos de hospitalização e a elevados níveis de incapacidade (Tolletti, 2011). Contudo, de acordo com o mesmo autor, a partir da década de 60 do século XX, os movimentos sociais em prol dos direitos das pessoas com doença mental e os evidentes progressos científicos em diferentes áreas, estiveram na base da abordagem da saúde mental comunitária que prevê, na grande maioria das situações, a manutenção das pessoas com doença mental grave na sua comunidade residencial “desde que os serviços assegurem intervenções psicossociais em combinação com o tratamento farmacológico”, favorecendo o processo de reabilitação desta população (DGS, 2007, p. 13).

Doença mental grave é um conceito que abarca várias perturbações que afetam o funcionamento e o comportamento emocional, social e intelectual. Caracteriza-se por reações emocionais inapropriadas dentro de vários padrões e graus de gravidade, por distorções da compreensão e da comunicação e não por deficiência, bem como por um comportamento social erradamente dirigido e não por incapacidade de adaptação. Os sistemas de classificação formais adotados pelas organizações internacionais fazem normalmente uma distinção entre estados psicóticos (por exemplo, esquizofrenia e doenças maníaco-depressivas), perturbações de origem orgânica (por exemplo as demências e perturbações degenerativas do cérebro), perturbações psiconeuróticas (por exemplo, estados de ansiedade e perturbações obsessivas) e perturbações de comportamento e personalidade (Cobb & Mittler, 2005).

Ainda que se manifeste, com frequência, como uma alteração súbita, aguda e incapacitante do comportamento normal e, ocasionalmente, seja associada a alterações bioquímicas ou abuso de drogas, está muito relacionada com os aspetos significativos do desenvolvimento da personalidade, com experiências de stresse pessoal grave e prolongado ou ainda com conflitos psicológicos. Pode também estar associada a várias condições orgânicas de natureza neurológica, genética ou bioquímica (Cobb & Mittler, 2005).

A doença mental grave, enquanto entidade incapacitante e limitativa na forma como interfere e condiciona o domínio do pensar, do sentir e do agir, assume proporções significativas na trajetória de vida da pessoa e respetiva família (Gomes, 2014).

A vida da pessoa com doença mental grave é de elevado sofrimento, bem como o da família, que altera toda a sua dinâmica. Deste modo, é necessário encontrar estratégias de intervenção que possibilitem, desde o início, o acompanhamento, apoio e orientação dos doentes e respetivas famílias, tendo-se revelado úteis as intervenções psicossociais, nomeadamente através dos grupos de suporte (Gonçalves-Pereira, Xavier, Neves, Barahona-Correa & Fadden, 2006; Palha & Palha, 2016).

1.1. QUADROS PSICOPATOLÓGICOS

Stuart e Laraia (2006) referem que falar em psicose, geralmente, provoca uma sensação de medo, no entanto resumem-na a um estado mental em que a realidade é experienciada de uma forma única (individual) e originalmente diferente de todas as outras pessoas. Como tal, durante os surtos psicóticos, o doente não compreende porque é que os outros não sentem as mesmas coisas estranhas que estão a experimentar e porque é que não reagem de forma parecida à sua (Simões, 2012).

Segundo a DSM IV-TR (2002) apenas se devem clarificar ou diagnosticar perturbações psiquiátricas, se estes distúrbios interferirem significativamente no desempenho da pessoa que se considera adequada às suas tarefas quotidianas. Assim, as perturbações deverão ser diagnosticadas por comparação dos indivíduos ao desenvolvimento médio da maioria da população e tendo em conta as suas características culturais e sociais (Simões, 2012).

O diagnóstico de patologias mentais (doença psicótica) segundo o mesmo autor é um procedimento legal e profissional exclusivamente médico. É considerado como sendo uma das principais perturbações que afeta os doentes mentais graves e que, por esse motivo, recorrem com frequência aos cuidados de enfermagem, nomeadamente aos serviços de internamento.

Segundo Townsend (2011, p. 508) psicose é “uma condição mental grave na qual existe uma desorganização da personalidade, deterioração do funcionamento social e perda de contacto com a realidade, ou distorção da mesma. Podem existir evidências de alucinações e pensamentos delirantes. A psicose pode ocorrer com ou sem presença de limitações orgânicas.”

Para Simões (2012), citando Matos (2003), psicose é uma doença mental que se caracteriza por perda de contacto com a realidade e envolve fenómenos psíquicos que não podem ser compreendidos à luz da experiência humana normal, como por exemplo os delírios e alucinações, para os quais o indivíduo atingido não tem crítica, mantendo uma convicção inabalável na sua autenticidade contra todas as evidências.

Quando se fala em perturbação psicótica, fala-se sobretudo em esquizofrenia, como sendo a principal enfermidade psicótica. Tanto que a DSM IV-TR (2002), no capítulo das perturbações psicóticas, é designada por “Perturbações do Espectro da Esquizofrenia e Outras Perturbações Psicóticas”. O termo psicótico, historicamente, já recebeu diferentes definições, não havendo consenso universal, sendo atualmente tida como uma perturbação, com ocorrência de ideias delirantes ou alucinações dominantes, ocorrendo estas alucinações na ausência de crítica sobre a sua natureza. Num sentido mais amplo, deve incluir sintomas positivos da esquizofrenia, como discurso e comportamento desorganizados ou catatónicos (Simões, 2012).

A psicose segundo a DSM IV-TR é definido como uma perda dos limites do “eu” ou uma marcada incapacidade crítica de avaliação da realidade. As Perturbações do Espectro da Esquizofrenia e Outras Perturbações Psicóticas incluem a esquizofrenia, outras perturbações psicóticas e a perturbação esquizotípica da personalidade, são definidas na DSM-5 como anomalias em um ou mais dos seguintes 5 domínios: delírios, alucinações, pensamento (discurso) desorganizado, comportamento motor anormal ou grosseiramente desorganizado (incluindo catatonia) e sintomas negativos (APA, 2014).

Segundo Simões (2012), citando Matos (2003) e Serra (2007), “é uma doença polimórfica, heterogénea e multifatorial que se inicia habitualmente no fim da adolescência ou início da idade adulta, se manifesta como uma rutura biográfica no desenvolvimento normal do indivíduo atingido, invadindo e desagregando a sua personalidade, e leva à perda de contacto com a realidade e à ausência de juízo crítico” (p. 27).

1.2. METODOLOGIAS DE ABORDAGEM NO PRÉ-HOSPITALAR

Reconhece-se que atualmente existe uma preocupação crescente por parte das entidades governamentais em criar novas respostas em saúde mental. O paradigma da reabilitação psicossocial possibilita assistência e suporte mais integrados e disponibiliza intervenções psicossociais necessárias ao aumento do nível de

autonomia, funcionamento psicossocial e qualidade de vida das pessoas com doença mental grave (Gomes, 2014).

Por outro lado, a perspectiva do Governo português ao estabelecer a saúde mental grave como uma das prioridades sociais, tendo decretado a criação de novas respostas de cuidados continuados integrados de saúde mental com vista à prestação de apoio psicossocial, ao reforço de competências, à reabilitação, recuperação e integração social das pessoas com incapacidade psicossocial, bem como à promoção e reforço das capacidades das famílias que lidam com estas situações, pelo Decreto-Lei nº8/2010, de 28 de janeiro de 2010, vem evidenciar a necessidade de se incidirem esforços na identificação dos focos de atenção, a definição dos diagnósticos de enfermagem e consequentes intervenções autónomas de enfermagem.

Segundo o Simões (2011), citando Mateus (2007), os sistemas ou filosofias dos modelos de emergência pré-hospitalar possuem características distintas em diferentes países do mundo.

Os cenários de Guerra foram sem dúvida o campo experimental no desenvolvimento e aperfeiçoamento das metodologias de intervenção na emergência médica, surgindo duas filosofias divergentes no que se refere ao socorro às vítimas no pré-hospitalar. A filosofia francesa e alemã utilizaram o conceito de Larrey onde, mesmo correndo riscos na frente de batalha, os médicos iam até aos feridos prestar socorro (Stay and Play). Este modelo sofreu reformulações, pois alguns estudos demonstraram que a maioria das vítimas morria durante o transporte. Foram desenvolvidas estratégias que possibilitassem a estabilização do doente antes do transporte, assentes na colaboração entre médicos, enfermeiros e técnicos de emergência médica. Este modelo foi aplicado em França. A principal vantagem deste modelo residia na qualidade da prestação de cuidados à vítima no local de sinistro. As desvantagens prendiam-se com a demora em estabilizar a vítima no local e consequente adiamento da chegada ao hospital, muitas vezes vitais nos cuidados às vítimas (cuidados cirúrgicos, transfusões, entre outros), pois as ambulâncias não possuem este nível avançado de equipamento e tripulação (Simões, 2011, p.26).

A filosofia seguida pelos Estados Unidos da América (EUA) e Inglaterra foi a de Letterman que preconizava o transporte rápido da vítima até ao médico (Scoop and Run).

O socorro de emergência às vítimas nos EUA é realizada por técnicos de emergência e paramédicos que tripulam os meios de socorro com capacidade de realizar suporte básico de vida (SBV), com desfibrilhador automático externo e suporte avançado de

vida. Têm como objetivo principal o transporte da vítima até ao hospital, após uma rápida estabilização no local (10 minutos), para não retardar o início do transporte para o Hospital mais próximo (Simões, 2011, p 26, cit in Mateus, 2007).

Segundo o mesmo autor, alguns países como a Suécia e a Itália optaram por um modelo híbrido chamado de Play and Run, cujo objetivo consiste em respeitar a hora de ouro e reduzir o risco de morte nos casos em que não é possível chegar rapidamente ao hospital.

Portugal optou por este último modelo, ramificando-o em duas vertentes: através do envio de meios sofisticados – Viatura de Emergência Médica e Reanimação (VMER) do INEM com capacidade para efetuar Suporte Avançado de Vida, ou através do envio de ambulâncias com uma resposta não médica (p. 27).

No INEM existem enfermeiros a exercer funções há mais de 20 anos, nomeadamente enquanto tripulantes de ambulância, de transporte de recém-nascidos, de VMER e no Serviço de Helicópteros de Emergência Médica.

A abordagem pré-hospitalar é um atendimento de emergências em ambiente extra-hospitalar, destinado às vítimas de trauma, doenças médicas/cirúrgicas agudizadas, violência urbana e distúrbios psiquiátricos, visando a estabilização clínica e o encaminhamento rápido para as Unidades Hospitalares. As urgências e emergências psiquiátricas podem ser definidas como “qualquer alteração de natureza psiquiátrica em que ocorram alterações do estado mental, as quais resultam em risco atual e significativo de morte ou injúria grave, para o doente ou para terceiros, necessitando de intervenção terapêutica imediata” (Vedama, 2016, p. 2). As definições de emergências psiquiátricas, ainda na perspectiva do mesmo autor, indicam a presença de perturbação urgente e grave de conduta, afeto ou do pensamento, bem como a presença de um enfrentamento mal adaptativo.

A abordagem dos doentes mentais graves em contexto de emergência exige técnicas para estabelecer um rápido “rapport” e obter informações essenciais, que passam por tranquilizar o doente agitado, efetuar uma rápida avaliação do risco de suicídio, investigar doenças somáticas ou a ingestão de substâncias que podem produzir quadros psicóticos e encaminhar para outras Unidades Hospitalares.

O atendimento a situações de urgência e emergência psiquiátricas deve atender aos objetivos que são prioritários (Quevedo, Schmitt & Kapczinski, 2008; Sadock & Sadock, 2007): estabilização do quadro (controlo do sintoma alvo); reconhecimento de patologias e alterações orgânicas (que podem ter provocado as alterações mentais);

estabelecimento de hipóteses diagnósticas; encaminhamento para a continuidade dos cuidados.

As emergências psiquiátricas são momentos críticos marcados pela fragilidade e instabilidade da pessoa doente. Desse modo, é relevante que o profissional de saúde se apresente, esclareça os objetivos do atendimento, transmita confiança, segurança e consistência nas suas ações e não emita julgamentos pessoais (Bulechek & Butcher, 2010; Quevedo et al., 2008). De acordo com os mesmos autores, tem de se investir na prevenção, preparação da equipa e do ambiente, avaliação e intervenção precoce com métodos não coercivos. A corroborar, Marcolan (2013) refere que a observação, avaliação da pessoa e do ambiente, bem como a gestão de riscos são fatores chave para a prevenção do comportamento agressivo.

A equipa deve ter à sua disposição protocolos e rotinas que facilitem uma abordagem coesa e organizada ao doente com doença mental grave. A principal tarefa e o resultado a curto prazo numa emergência comportamental é a intervenção rápida para impedir a progressão da violência, manter o máximo de segurança para a equipa, doente e terceiros, recorrendo a intervenções o menos invasivas e coercivas possíveis (Duxbury & Wright, 2011)

De acordo com a literatura, em alguns países, nomeadamente no Brasil, foi criada uma rede articulada de serviços de saúde mental da qual fazem parte os serviços de emergência psiquiátrica, que assumem um papel relevante na tomada de decisões quanto ao tratamento mais indicado para cada caso, triando novos casos, inserindo-os na rede de atendimento disponível e exercendo a função de retaguarda para os serviços, no caso dos doentes inseridos no sistema.

Almeida, Nascimento, Rodrigues e Schweitzer (2014) realizaram um estudo que teve como objetivo conhecer como os profissionais de saúde em contexto pré-hospitalar brasileiro percebem a sua intervenção em pessoas com doença mental grave em crise. Os resultados do estudo revelam que os participantes relataram falta de preparação para atender a pessoa com doença mental grave em crise. Neste contexto, refere-se que a conceção de atendimento pré-hospitalar se caracteriza por toda e qualquer assistência realizada fora do âmbito hospitalar em situações de urgência e emergência, contendo ou não risco de morte. Esse processo de formulação de serviço baseado na patologia clínica e de ação imediata contrapõe-se a um entendimento de saúde mais vasto, em que o grau de sofrimento é individualizado e, por consequência, requer a necessidade de intervenções complexas e singulares. Almeida et al. (2014) referem que as diretrizes que envolvem a preparação para o

atendimento pré-hospitalar da pessoa com doença mental grave em crise encontram no Brasil, no Serviço de Atenção Móvel de Urgência (SAMU), um dos principais instrumentos para a sua efetivação.

Os mesmos autores verificaram que os profissionais de saúde consideram ser urgente haver consensos na intervenção pré-hospitalar a pessoa com doença mental grave em crise. Contudo, referem que a crise também depende de como o profissional de saúde interpreta o fenómeno e de como constrói as suas conceções e práticas a partir desse entendimento. Os resultados do mesmo estudo revelam que as conceções dos profissionais de saúde estão associadas também à capacitação em serviço e, se existe pouca ou nenhuma capacitação promovida pela instituição para a qualificação dos profissionais ao nível do atendimento à pessoa com doença mental grave em crise, esse atendimento pode processar-se de forma inadequada. Os autores constataram que as dificuldades no atendimento à pessoa com doença mental grave em crise estão relacionadas sobretudo com a falta de conhecimento da equipa de como prestar o atendimento pré-hospitalar, sugerindo, assim, a necessidade de sistematização e de protocolos para o atendimento a estas pessoas.

A existência de redes extra-hospitalares bem organizadas e eficientes, que sejam capazes de absorver rapidamente doentes em quadros agudos, podem reduzir drasticamente o número de ocorrências às urgências e internamentos. A falta de vigilância e o acompanhamento desadequado podem originar situações de emergências psiquiátricas. A continuidade de cuidados é outro problema, sendo o recurso aos serviços de urgência o mais frequente, pois existe grande dificuldade na marcação de consultas atempadamente, assim como a deficiente acessibilidade a cuidados especializados (Polido et al. 2015).

Apesar das orientações da OMS e do Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM) de 2007-2016, em Portugal, pouco ou nada se tem investido nesta área. Segundo Garrido et al. (2011) existem alguns projetos implementados com pouca visibilidade a nível prático, mantendo-se a mesma conduta no encaminhamento e tratamento dos doentes com transtornos psiquiátricos agudizados (surto), para as urgências hospitalares, acompanhados por agentes da autoridade, a maior parte das vezes em contenção física (algemados).

A abordagem pré-hospitalar dos doentes mentais graves em Portugal é uma realidade diferente das demais doenças médico-cirúrgicas, havendo uma nítida discriminação destes doentes, existindo apenas algumas orientações. A maioria dos profissionais que exerce funções nesta área não valoriza estes aspetos por considerar irrelevante a

abordagem destes doentes. Por outro lado, considera que um doente com patologia psiquiátrica não corre perigo de vida quando há uma agudização da doença (Saraiva et al., 2015)

No que respeita à intervenção da equipa da VMER, esta tem como missão a assistência às vítimas de doença súbita e/ou trauma em contexto extra-hospitalar (onde se inclui a assistência ao DMG). A sua intervenção visa garantir à vítima, à sua família e população envolvida, a prestação de cuidados de saúde, assegurando por todos os meios disponíveis a abordagem apropriada, a estabilização no local, o acompanhamento e a vigilância contínua durante o transporte até à entrega e transmissão de informação na unidade de saúde mais próxima, ou com meios para assegurar os cuidados diferenciados que o doente necessita (INEM, 2007).

A inexistência de “*guidelines*” específicas de atuação perante uma pessoa com Doença Mental Grave é um problema com que se debatem os profissionais que integram a equipa da VMER.

No que respeita aos TAE, dentro da abrangência das suas competências, certamente o diálogo (interagir) e o poder de persuasão, com a convívência dos familiares, será a opção mais comum e a que tem melhores resultados.

Ressalvamos ainda que, após uma primeira abordagem assente na comunicação, convencer/interagir com o doente, se não resultar, por norma solicita-se a intervenção da equipa do psicólogo que integra a equipa do CAPIC, via telefone, a qual fornece as orientações adequadas a cada situação. Se estas diligências falharem recorre-se à GNR, ou então à contenção física e química.

No que respeita à GNR, por si só, a sua presença pode desencadear nos doentes o agravamento da sintomatologia, ficando mais agressivos e agitados tendo que recorrer, por vezes, à força para os conter e evitar a escalada da violência.

A atuação em situação de emergência psiquiátrica, os cuidados durante o período de agudização e reagudização, o diagnóstico diferencial e instituição de terapêutica inicial fazem parte de uma abordagem, muitas vezes, em meio pré-hospitalar. Daí a importância em estabelecer critérios de diagnóstico operacionais e instrumentos de avaliação para o estabelecimento de diagnósticos diferenciais em contexto de emergência. Com redução do tempo de internamento, a carência de resposta assistencial e o aumento do número de doentes com transtornos mentais, é importante existir uma rede de apoio, onde poderia ser incluída a abordagem pré-hospitalar (Freitas, 2013).

Em alguns países existem Equipas de Intervenção com programas bem estruturados e com sucesso, como nos Estados Unidos da América (Califórnia), Holanda e Reino Unido.

Na Califórnia, há equipas de Intervenção constituídas por Enfermeiros e Psiquiatras que possuem uma linha telefónica (“Crisis”) que funciona 24 horas por dia, dando resposta às necessidades da pessoa doente em situação de emergência psiquiátrica. Estes elementos da equipa, quando solicitados, avaliam a situação, determinam qual o plano de intervenção mais adequado e o seu encaminhamento para os Centros Comunitários de Saúde Mental ou Hospitais Psiquiátricos definidos como da área de abrangência. Na Holanda, os serviços domiciliários em Saúde Mental têm englobado um Programa designada por “crisis-oriented”, em que o seu plano de intervenção tem uma duração máxima de seis semanas, com visitas regulares (1 a 3 vezes ao dia), tendo como objetivo proporcionar visitas domiciliárias e avaliar se necessitam de internamento Hospitalar. No Reino Unido, à semelhança dos restantes países, existem equipas de Saúde Mental Comunitárias (Enfermeiros, Médicos e Psicólogos) que têm como objetivo atuarem em situação de emergência (crise) (Freitas, 2013).

A realidade em Portugal é bem diferente. Apesar das orientações legisladas, não existe qualquer Equipa de Intervenção em Crise. O INEM possui uma Unidade, designada de CAPIC, que é formado por uma equipa de Psicólogos Clínicos com formação específica nesta área. Este Serviço atua em situações de crises psicológicas, comportamentos suicidas, vítimas de abusos/violência física ou sexual, apoio às vítimas de acidentes de viação e outras, como mortes inesperadas ou traumáticas. São acionadas via telefone, marcando 112 (CODU) e, após avaliarem a situação, é enviada a UMIPE (INEM, 2007). Com base em conversas informais com as equipas de emergência pré-hospitalar, a situação de emergência psiquiátrica não se coloca, é um mundo à parte, apenas quando um doente psiquiátrico for acometido de outra situação clínica é que se enquadra dentro do leque de emergências pré-hospitalares. Por norma, segundo Gagnon (2011) estes doentes apresentam-se voluntariamente nas urgências gerais dos hospitais com esta valência, por agudização do seu quadro (surto) ou trazidos por familiares com falsas argumentações ou então por ordem judicial com propostas de internamentos compulsivos, acompanhados por agentes policiais, algemados em estados de agitação e agressividade, que vão perturbar o normal funcionamento de qualquer urgência (resultante de abordagens incorretas, falta de formação dos intervenientes, entre outros aspetos). São todos estes aspetos que contribuem para a estigmatização da doença, para as condições desumanizantes como são tratados os doentes com transtornos mentais.

Por conseguinte, estes procedimentos vão contra tudo o que foi estabelecido na Lei nº 36/98, de 24 de julho - Lei da Saúde Mental, que previa uma melhoria nos cuidados a estes doentes. No entanto, a falta de infraestruturas de apoio veio agravar ainda mais a sua situação, muitos deles encontram-se abandonados sem apoio e sem uma adequada vigilância de saúde. Foi esta uma das razões porque este tema me solicitou curiosidade e interesse, sabendo antecipadamente que este desafio é caminho difícil de percorrer, pela falta de literatura sobre o assunto e experiência das pessoas envolvidas neste processo.

Para Stuart e Laraia (2006), o objetivo global dos cuidados de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica, aos doente psicóticos, é ajudá-los a reconhecer a psicose e desenvolver estratégias para controlar os sintomas.

Neste contexto, a Ordem Dos Enfermeiros reforça a ideia ao referir que: “Só o enfermeiro pode assegurar os cuidados de enfermagem ao indivíduo, família e comunidade, em situação de acidente e/ou doença súbita, da qual poderá resultar falência de uma ou mais funções vitais, pelo que deve integrar obrigatoriamente a equipa pré-hospitalar” (2007, p.1).

Assim os enfermeiros, dotados do saber técnico/científico e humano que os caracterizam, são certamente o profissional de saúde que incontestavelmente possui o perfil que melhor se adequa para a prestação de cuidados nesse contexto, mesmo em situações de maior complexidade e constrangimento. Pelas competências específicas que possui, permite-lhe integrar qualquer equipa de emergência, quer de forma autónoma, quer de forma interdependente, em articulação com os diversos sistemas de emergência pré-hospitalar, respeitando as normas e protocolos internacionalmente preconizados (Simões, 2011).

O Conselho de Enfermagem (2008) fundamenta o exercício profissional do enfermeiro no pré-hospitalar. De acordo com o Regulamento Profissional do Exercício dos Enfermeiros, as intervenções podem ser autónomas ou interdependentes. No contexto pré-hospitalar, as intervenções interdependentes requerem ações previamente definidas por protocolos de atuação, algoritmos e/ou planos de ação, que permitem ao enfermeiro ajuizar, organizar, executar, supervisionar e avaliar as suas intervenções. Em contexto de emergência, os enfermeiros “procedem à administração de terapêutica prescrita, detetando os seus efeitos e atuando em conformidade, devendo nestas situações agir de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detêm, tendo como finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais” (OE, 2008, p.1-2)

A expressão “Ganhos em Saúde” é internacionalmente aceita e adotada pela OMS, desde a declaração de Alma Ata, que expressa o enunciado de uma meta socialmente abrangente de melhorar o nível de todos os indicadores da saúde e de bem-estar, sobretudo das populações que mais dificuldade têm em acesso a cuidados de saúde (MS, 2002). Este conceito inclui, segundo Simões (2011) cit in MS (1998), quatro dimensões:

“Ganhos em anos de vida que deixam de ser perdidos (acrescentar anos à vida); redução de episódios de doença ou encurtamento da sua duração (acrescentar saúde à vida); diminuição das situações de incapacidade temporária ou permanente devido a doença, traumatismos ou às suas sequelas, e aumento da funcionalidade física e psicossocial (acrescentar vida aos anos); e redução do sofrimento evitável e melhoria da qualidade de vida relacionada ou condicionada pela saúde individual” (p. 31).

Segundo o mesmo autor cit in MS (2002), os ganhos em saúde na rede pré-hospitalar repercutem-se através da rede de referência hospitalar que se destina a estabelecer uma articulação funcional entre hospitais, de modo a garantir a prestação de cuidados adequados às necessidades dos doentes, nas diversas especialidades. Evitam-se atrasos, aproximando os cidadãos dos níveis de cuidados adequados a cada necessidade gerada pela patologia.

2. INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MENTAL E PSQUIATRIA

As intervenções de enfermagem psiquiátrica foram-se adaptando à nova realidade dos tratamentos com base na psicofarmacologia e, a partir dos anos 50 do século passado, houve uma reformulação do papel da enfermagem psiquiátrica, com o desenvolvimento dos grandes hospitais psiquiátricos, fundamentados na evolução farmacológica.

Atualmente, a assistência de enfermagem em saúde mental e psiquiatria, assenta numa perspetiva holística, onde se procura fazer uma integração da esfera biológica, psicológica, espiritual, social e ambiental (Stuart & Laraia, 2006).

Os cuidados ou intervenções de enfermagem não tomam expressão enquanto entidade autónoma, em si mesma, e apenas tomam significado quando incorporados no contexto funcional dos enfermeiros. Na perspetiva de Callista Roy, um dos objetivos da enfermagem é o estudo e a promoção da adaptação das pessoas aos novos contextos de saúde e doença. Cabe aos enfermeiros promover essa adaptação, com o objetivo de melhorar a relação da pessoa com o seu contexto sociocultural, contribuindo assim para a sua saúde (Simões, 2012).

Nos últimos anos tem-se verificado uma mudança, embora lenta, do paradigma da organização e prestação de cuidados no âmbito da saúde mental, que tem como pretensão que os serviços/cuidados a prestar estejam o mais próximos possível das pessoas/famílias (doentes inseridos no contexto residencial) em vez de os manter em contexto de internamento hospitalar (Simões, 2012). Neste contexto da legislação psiquiátrica mais recente, nomeadamente a Lei de Saúde Mental (Lei nº 36/98 e Decreto-Lei nº 304/2009), Plano Nacional de Saúde Mental (2008), encontram-se a decorrer mudanças profundas e transversais nos serviços de prestação de cuidados de saúde mental e psiquiátrica.

A par desta conjuntura legal, em 2011 foi publicado em Diário da República o Regulamento das Competências Específicas em Enfermagem de Saúde Mental (RCEESM), que regulamenta uma série de intervenções psicoterapêuticas, socio-terapêuticas, psicossociais e psico-educacionais, que o enfermeiro especialista pode desenvolver no seu contexto de trabalho (hospitalar e comunitário).

Compete ao Enfermeiro Especialista em Saúde Mental (EESM) promover os processos de ajustamentos saudáveis e também estabelecer um plano de ação para ajudar as pessoas envolvidas nas suas respostas adaptativas às novas realidades (Simões, 2012).

Esta filosofia descentralizadora das leis, para além da promoção dos cuidados de proximidade, fomentou a requalificação dos hospitais psiquiátricos, seguindo as recomendações das várias comissões. Concorreram para esta mudança vários modelos e fatores, nomeadamente: melhor conhecimento das doenças mentais, criação de novos fármacos (mais eficazes e eficientes) e o progresso nas intervenções psicoterapêuticas.

Para Bastos (2005) e Simões (2012), os cuidados de enfermagem são cuidados de saúde, que pressupõem uma complexidade de processos, tendo em conta a individualidade da pessoa e o seu contexto específico, podendo os cuidados serem diagnosticados, planeados e prestados por uma equipa ou individualmente, por um enfermeiro. A conceção dos cuidados deve respeitar tanto o processo de pensamento do enfermeiro como as suas ações no agir com o doente.

O regulamento das competências específicas do EESM, publicado em Diário da Republica, 2ª série – Nº35 de 18 de fevereiro de 2011, veio propor a reorganização das intervenções/cuidados de enfermagem em psiquiatria e saúde mental (Simões 2012) de onde se podem retirar as seguintes ideias:

- “- Os cuidados de enfermagem têm como principal objetivo ajudar a pessoa a manter, melhorar e recuperar a saúde, ajudando-a a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível;
- As pessoas que se encontram a viver processos de sofrimento, alteração ou perturbação mental, têm ganhos em saúde quando cuidados por EESM;
- A enfermagem especializada nesta área foca-se na promoção da saúde mental, na prevenção e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença atual;
- Na sua prática diária, são competências no âmbito psicoterapêutico, que permitem ao enfermeiro especialista desenvolver um juízo singular (que o diferencia de todos os outros) na prevenção da doença mental, no tratamento e na reabilitação psicossocial;
- O enfermeiro desenvolve vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico que lhe permitem, durante a sua prática profissional, mobilizar competências psicoterapêuticas, socio-terapêuticas, psicossociais e psico-educacionais, com base nas relações de confiança e parceria com os utentes, assim como procurar aumentar o insight destes acerca dos problemas e propor novas vias de resolução;

- No tratamento das pessoas com doença mental, as intervenções visam contribuir para a adequação das respostas da pessoa doente e família aos problemas específicos relacionados com a doença mental (adesão terapêutica autocuidado, ocupação útil, stress do prestador de cuidados, etc.), tendo como objetivo evitar o agravamento e a desinserção social da pessoa doente e promover a recuperação e qualidade de vida de toda a família;
- Na sua prática diária, o enfermeiro especialista mobiliza um conjunto de saberes e conhecimentos científicos, técnicos e humanos, que fundamentam o seu julgamento e a sua tomada de decisão, possibilitando também que a pessoa, durante o processo terapêutico, viva experiências terapêuticas gratificantes;
- As intervenções de enfermagem devem ter em consideração que o utente é um ser único e, como tal, com vulnerabilidades próprias que (nesta área específica dos cuidados de enfermagem) podem determinar (em situação limite) ser envolvido nos cuidados involuntariamente, pela aplicação do enquadramento legal específico. Estas particularidades afetam a natureza da relação terapêutica entre o enfermeiro e o utente, podendo colocar dilemas éticos complexos, que necessitam de ser sistematicamente objeto de reflexão;
- O avanço científico do conhecimento requer que o enfermeiro especialista incorpore continuamente novas descobertas da investigação na sua prática, devendo, ele próprio, também participar em projetos de investigação, que visem aumentar conhecimento e desenvolvimento de competências inerentes à sua área de especialização” (pp.21-23).

Dentro deste novo contexto jurídico, os EESMP podem desempenhar um papel relevante nesta área de atuação, liderando e gerindo programas inovadores de intervenção à pessoa, família e comunidade.

Segundo Brito (2006), os enfermeiros de saúde mental e psiquiatria têm desempenhado um papel significativo na melhoria e na continuidade dos cuidados às pessoas com esquizofrenia e às suas famílias, através de intervenções psico-educativas.

A enfermagem, nas últimas décadas, evoluiu em diversos campos e de formas muito diversas, particularmente ao nível da formação e da investigação, procurando este estudo dar um contributo para essa evolução. Com este estudo, para além da aprendizagem de conceitos e noções, procuramos ir ao encontro da realidade concreta das competências de comunicação clínica dos profissionais de enfermagem nos cuidados de saúde, emergindo concomitantemente a necessidade de se mobilizar o saber prático, num paradigma que valorize essas competências.

Em qualquer situação de cuidados de enfermagem, é fundamental que o seu planeamento seja centrado na pessoa (doente). Para tal, os enfermeiros mobilizam

saberes devidamente organizados e sistematizados, bem como técnicas e procedimentos terapêuticos no relacionamento com o utente.

Hesbeen (2002) considera que os saberes mobilizados, no contexto da profissão de enfermagem, são fruto de uma mobilização teórica e prática, de uma multiplicidade de conhecimentos especializados, adquiridos ao longo de toda a formação inicial e, posteriormente, com a experiência profissional. Assim, enuncia os tipos de conteúdos dos saberes úteis aos cuidados de enfermagem:

- *Saber-científico*: resultante de conceitos unidos entre si de acordo com determinadas regras e contextualizado num modelo teórico;
- *Saber-informação*: trata-se de um saber alcançado por meio da observação objetiva do doente/família, onde o saber questionar, analisar e confrontar são conceitos-chave;
- *Saber-ser*: tem a sua génese na natureza e na autenticidade do enfermeiro, que aprende com a prática, estando dependente dos seus valores;
- *Saber-prático*: saber que consubstancia a realização dos atos e enfermagem, onde se enquadra a destreza, a eficácia, a segurança e a capacidade de realizar ações, fatores intrínsecos à relação terapêutica.

Collière (1999) defende que o campo de competência da enfermagem tem como finalidade mobilizar as capacidades da pessoa e dos que a cercam, visando a compensação das limitações causadas pela doença e suplantá-las, caso essas capacidades sejam diminutas.

De acordo com o Regulamento nº 129/2011, os cuidados de enfermagem têm como finalidade ajudar o ser humano a manter, melhorar e recuperar a saúde, ajudando-o a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível (Diário da República, 2010, p. 8669).

De acordo com a mesma fonte, as pessoas que se encontram em sofrimento psíquico, e/ou apresentam alterações ou perturbações mentais beneficiam dos cuidados prestados por EESM.

Os EESM compreendem os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental da pessoa, assim como as implicações para o seu projeto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afetada pelos fatores contextuais.

A enfermagem de saúde mental foca-se na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou

desadaptadas aos processos de transação, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental.

O EESM, na sua prática clínica, tem competências no âmbito psicoterapêutico que lhe permite desenvolver juízo clínico singular.

A especificidade permite desenvolver uma compreensão e intervenção terapêutica eficaz na promoção e proteção da saúde mental, na prevenção da doença mental, no tratamento e na reabilitação psicossocial (Diário da República, 2010, p.8669).

Face a uma orientação para o cuidar mais humanizado, a enfermagem desenvolveu a sua prática através de um modelo mais ajustado ao tipo de cuidados praticados, ou seja, um modelo holístico, orientado para a experiência única de cada pessoa, onde se deseja que o enfermeiro reconheça cada pessoa no seu todo, numa perspetiva de crescimento e de desenvolvimento.

Uma comunicação efetiva entre os profissionais de saúde e o doente é uma das principais funções clínicas e não pode ser delegada. As relações interpessoais neste contexto determinam em grande medida a satisfação do doente, a adesão à terapêutica, os resultados em saúde, bem como a satisfação profissional. Alves (2011) refere que as competências interpessoais habilitam os profissionais de saúde a lidar com diversas situações na relação com os doentes, bem como nas equipas multidisciplinares, aumentando o nível de satisfação e motivação profissional e contribuindo para promover a segurança e a qualidade dos cuidados prestados.

Neste sentido, a prestação de cuidados de enfermagem, no contexto das competências de comunicação clínica, é centrada no doente, numa relação terapêutica de qualidade. Todavia, como defendem Peixoto, Simões, Teles et al. (2012), a relação clínica não se inicia unicamente quando as questões clínicas se colocam perante o doente. Pelo contrário, a relação clínica, em analogia a qualquer outra interação humana, inicia-se no momento do primeiro contacto visual e das primeiras impressões informais. Assim sendo, é importante que os enfermeiros apresentem, desde o início, um comportamento que promova uma relação empática e de confiança com a pessoa com Doença Mental Grave.

Os enfermeiros, no contexto das práticas clínicas, necessitam no seu dia-a-dia de utilizar e desenvolver competências de relacionamento interpessoal e de comunicação no seio da equipa de saúde e, sobretudo, com o doente. O ensino e o treino destas competências de comunicação terapêutica são fundamentais para dar segurança ao doente e promover a qualidade dos cuidados.

A comunicabilidade é importante para que a interação em enfermagem assuma grandes proporções, tendo em conta que os objetivos desta são saber lidar com pessoas e contribuir para a preservação e recuperação da saúde. A enfermagem é um processo terapêutico e interpessoal. Funciona de forma cooperativa com outras pessoas para assim promoverem a saúde dos indivíduos e das comunidades (Bastos, 2002).

Riley (2004) refere que a capacidade de compreender é fundamental no processo de relacionamento interpessoal. Honoré (2004) menciona que a comunicação é um processo que pode permitir ao enfermeiro estabelecer uma relação humana e, por conseguinte, ajudar os doentes e as suas famílias à superação da experiência da doença, bem como do sofrimento e ajudá-los a encontrar o significado da mesma experiência. A mesma autora sugere que a interação é, então, todo o contacto durante o qual se exerce uma influência mútua através da comunicação verbal e não-verbal.

A expressão interação enfermeiro/doente engloba todo o contacto entre um enfermeiro e um doente e caracteriza-se pelo ato de que ambos os indivíduos percebem o seu interlocutor de maneira estereotipada (Melo, 2005). A ajuda evidencia-se pelo calor humano, paciência, gentileza, compaixão, companheirismo e através da habilidade do enfermeiro para construir um relacionamento e constituir um nível de comunicação com o doente e a sua família e um ambiente de intimidade que possibilitem a conservação dos assuntos, por mais sensíveis que sejam.

É ao enfermeiro que cabe a habilidade de “criar” uma atmosfera de “segurança psicológica” e ambiente confortável para assim poder identificar as necessidades particulares de cada doente. Para que exista interação, é necessário e fundamental haver empatia. Esta consiste num processo mediante o qual um indivíduo é capaz de interpretar corretamente o estado psicológico do outro (Riley, 2004).

2.1. INSTRUMENTO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

É função do enfermeiro ESMP tentar satisfazer as necessidades humanas fundamentais do doente, mediante uma boa comunicação/interação com ele. É no decorrer da fase de prestação de cuidados de enfermagem que se verifica que o enfermeiro está colocado numa situação privilegiada, pois está com o doente, toca-o, escuta-o, responde às suas questões compartilhando com ele alguns momentos, devido à doença (Hesbeen, 2005).

A comunicação verbal e não-verbal é um fator essencial no estabelecimento de relações interpessoais e a díade enfermeiro/doente é um tipo de sistema interpessoal (Riley, 2004). Segundo a mesma autora, o enfermeiro deve ter grande conhecimento de si mesmo, ter capacidade de se autoanalisar para poder ser um elemento terapêutico, contribuindo para o desenvolvimento da sua personalidade. Refere ainda que os fatores que norteiam a interação enfermeiro/doente são inúmeros e complexos e não há fórmulas para os enfrentar, dado que cada situação interpessoal é única e nunca se poderá repetir. Daí a necessidade do enfermeiro fazer uso consciente da comunicação em toda a interação com o doente para compreender e identificar as suas necessidades.

Detentora de saber e conhecimento nesta área, Phaneuf (2005) referiu que “a comunicação compreende uma troca verbal informativa, de conteúdo cognitivo, e uma contrapartida afetiva, revelada ou oculta pelo comportamento não-verbal, a maneira de ser da pessoa. Esta última parte da comunicação advém do plano emotivo”. Refere ainda, que “a razão capta as palavras e as emoções evidentes, mas o inconsciente apreende emoções mais furtivas ou veladas” (p. 24).

Tendo em conta estes pressupostos na prática clínica, considera-se que se torna importante que o enfermeiro adquira a noção de que a comunicação se situa em dois planos: o plano cognitivo, em que a abrangência é intelectual e afetiva, relacionando factos e acontecimentos que são transmitidos por palavras; e um plano afetivo, em que há partilha de emoções e sentimentos, traduzindo-se quer na comunicação verbal, quer no comportamento não-verbal, que subentende as palavras (Phaneuf, 2005).

Toda a comunicação em enfermagem deve ser um processo de compreensão recíproca, permitindo uma troca de informações, opiniões e sentimentos num contexto pessoal e de profunda abertura (Peixoto, Simões, Teles et al., 2012). Assim, o enfermeiro exerce influência sobre os doentes de quem cuida, devendo fazê-lo promovendo uma comunicação o mais eficaz possível, numa relação aberta e de lealdade, devendo ter em conta uma conduta. De acordo com Phaneuf (2005), permita:

- “Manter a confiança na pessoa e na sua honestidade, no seu desejo e na sua capacidade de ajudar;
- Manifestar-lhe o seu respeito pelo que ela é, pelos seus recursos e pelo que ela sofre;
- Conservar a confidencialidade;
- Criar com a pessoa cuidada, uma aliança terapêutica onde os objetivos a perseguir são partilhados e testemunham confiança recíproca;

Manter-se aberto a percepções, expectativas, necessidades, reticências e medos da pessoa cuidada;

Honrar compromissos em relação à pessoa cuidada, não lhe falhando quando ela necessita de apoio;

Manter-se realista quanto às suas possibilidades de mudança;

Evitar desapontar por comportamentos de dominação, de neutralidade ou de falta de empenhamento” (p.25).

Na relação que o enfermeiro estabelece com os seus doentes e respetiva família, ainda na esteira da mesma autora, torna-se importante a sua competência técnica aliada a uma atitude de atenção e de respeito. Se tal ocorrer, o doente/família sentir-se-á em segurança, diminuindo a sua ansiedade, estando aberto o caminho para o diálogo e para uma boa relação comunicativa.

A comunicação é determinada pelo contexto em que se inserem e envolvem as relações das pessoas que comunicam. O contexto constitui um espaço simbólico portador de normas, de regras, de modelos e rituais de interação. Neste sentido, a comunicação enfermeiro/doente assume um relevante papel no desenvolvimento da relação de ajuda.

O doente deve ser visto como pessoa num todo, o que pressupõe que este seja respeitado como pessoa e não como corpo que é alvo de intervenções de enfermagem (Riley, 2004).

Por conseguinte, na prática diária, os enfermeiros ESMP, de modo a dar respostas às necessidades dos doentes e respetivas famílias, têm de prestar atenção à comunicação verbal e não-verbal, ou seja, é importante que sejam sensíveis aos vários meios de comunicação e que reconheçam, em primeiro lugar, qual o sentido que a informação tem para o doente (Andrade, 2014).

O ato terapêutico é algo a favor do doente, mas que segundo Peixoto, Simões, Teles et al. (2012) é necessário não esquecer que o doente se trata de uma pessoa que, na medida em que é livre, deve ser ouvida e respeitada na sua vontade lúcida e livremente expressa.

A relação, a pedido do doente, deve desenvolver-se com respeito e com confiança. Na relação que o enfermeiro estabelece com os seus utentes, torna-se importante a sua competência técnica aliada a uma atitude de atenção e de respeito. Se tal ocorrer, o utente sentir-se-á em segurança, diminuindo a sua ansiedade, estando aberto o caminho para o diálogo e para uma boa relação comunicativa (Andrade, 2014).

A comunicação em enfermagem de saúde mental abrange diversas componentes, sendo a expressão verbal a mais utilizada, mas nem sempre a mais eficaz. A comunicação não se refere só às palavras, à sua estrutura de sentido, mas também a toda a vertente não-verbal, a todos os sinais corporais emitidos e ao contexto em que são emitidos.

A comunicação verbal é essencial para a prática de enfermagem, através do uso das palavras para a transmissão de mensagens. Pode ser conseguida também através da escrita, tornando-se eficaz desde que haja compreensão entre emissor e recetor (Phaneuf, 2005). Para a mesma autora, a linguagem torna-se o instrumento essencial da comunicação verbal, que deve ter significados compreensíveis dentro de um mesmo grupo. Entre enfermeiros e doentes uma mesma palavra pode ter diversos significados, de acordo com cada um, o que, por vezes, não garante que esse significado seja interpretado do mesmo modo por todos. Esta situação pode conduzir a falhas que se apresentam como barreiras a uma comunicação eficaz.

Torna-se assim de suma importância, que todo o enfermeiro que exerça a sua atividade profissional em saúde mental deva centrar a sua atenção no comportamento do doente e em toda a vertente de comunicação não-verbal. A expressão facial, a postura, os gestos, o contacto visual, a orientação do corpo do utente e a distância entre ambos, assumem grande relevo na transmissão de mensagens, no diálogo e na constituição de um ambiente de segurança psicológica, propício à divulgação e discussão de problemas (Lang, 2012). De acordo com Phaneuf (2005, p. 69), no domínio da saúde, onde “as interações enfermeiro – pessoa cuidada se fazem frequentemente num clima de tensão, de medo e de sofrimento, o comportamento não-verbal do doente, torna-se um elemento importante da comunicação, elemento que o enfermeiro deve observar”.

É através da linguagem não-verbal que, na maioria das vezes, o doente exprime as suas sensações, as emoções, os sentimentos e que complementa o que verbaliza através das palavras (Potter & Perry, 2006). Deste modo, é fulcral a aquisição de boas habilidades comunicacionais que, de forma muito sucinta, permitirá reduzir o risco de erros profissionais, assegurando melhores resultados clínicos, pois potencia a adesão ao tratamento e, simultaneamente, estimula a satisfação dos doentes (Lang, 2012). A corroborar, McCormack, Treiman, Rupert, Williams-Piehotá, Nadler, Arora, Lawrence e Street (2011) referem que é indispensável que os enfermeiros, na sua prática profissional, adotem uma postura de prestação de cuidados centrados no doente, ou seja, os cuidados que prestam devem ser sensíveis às preferências individuais de

cada doente, às suas necessidades e perspectivas, a fim de assegurar que os valores do doente orientem as decisões clínicas.

É que, segundo Hesbeen (2002), o cuidar é uma atenção particular que se dispensa à pessoa em situação de desequilíbrio, tendo em vista ajudá-la a contribuir para o seu bem-estar e promover a sua saúde. O mesmo autor designa o cuidar como uma arte, “arte do terapeuta, aquele que consegue combinar elementos de conhecimento, de destreza, de saber ser, de intuição, que lhe vão permitir ajudar alguém na sua situação singular” (p.37). Neste contexto, a arte pode ser considerada um meio para o contacto de humano-para-humano, em que são transmitidos sentimentos. Logo, o cuidar pode ser encarado como uma forma de expressão artística, na medida em que, através desta prática, o ser humano tem a capacidade de expressar claramente sentimentos pessoais vividos que, por sua vez, são também experimentados pelo recetor da interação do cuidar. “A arte de cuidar surge, então, como forma de comunicação e expressão de sentimentos humanos” (Watson, 2002, p. 60).

Assim, o cuidar encontra o seu verdadeiro significado pela encruzilhada da interação enfermeiro/doente, num processo de constante desenvolvimento e mudança, o que exige um conhecimento científico que deve aplicar-se segundo um modelo em que se considera o homem inteiro e a sua natureza humana (Riley, 2004).

Estas habilidades comunicacionais devem estar em sintonia com as necessidades dos doentes, que procuram cada vez mais cuidados de saúde personalizados, o que exige que os enfermeiros possuam as competências/habilidades para serem sensíveis às preferências e perspectivas dos seus doentes, envolvendo-os nos processos de tomada de decisão (Butalid, Verhaak, Boeije & Bensing, 2012). Assim sendo, é necessário que o enfermeiro e os doentes construam uma relação que possibilite a abertura para o aconselhamento, alicerçada em boas habilidades comunicacionais (Bechtel & Ness, 2010; McCormack, et al., 2011).

Partindo-se do preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (2010, preâmbulo), que refere que os “cuidados de enfermagem têm como finalidade ajudar o ser humano a manter, melhorar e recuperar a saúde, ajudando-o a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível”, as pessoas a vivenciar “processos de sofrimento, alteração ou perturbação mental” passam a ter ganhos em saúde quando cuidados por EESMP, reduzindo expressivamente o grau de incapacidade que as perturbações originam.

Neste sentido, o EESMP é um profissional capacitado para compreender os processos de sofrimento, as alterações e perturbação mental da pessoa, bem como as

implicações da doença mental para o seu projeto de vida, o seu potencial de recuperação e de que modo a saúde mental é afetada pelos fatores contextuais (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Assim, a enfermagem de saúde mental foca-se na promoção da 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. É importante que o EESMP veja a pessoa como um ser único, com as suas vulnerabilidades, fatores que, nesta área dos cuidados de enfermagem, assumem grande importância, sobretudo em situações limite.

É importante que se adote uma visão holística da pessoa, perspetivando-a como um todo que está em permanente interação com o ambiente que a rodeia, sendo sobretudo suscetível a fatores de stress que podem gerar o seu desequilíbrio. Neste contexto, o EESMP assume um “entendimento profundo sobre as respostas humanas da pessoa aos processos de vida e problemas de saúde, e uma resposta de elevado grau de adequação às necessidades do cliente [...] os Cuidados de Enfermagem tomam por foco de atenção a promoção de projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue” (Ordem dos Enfermeiros, 2009, pp.7-8).

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

1. METODOLOGIA

A investigação consiste numa tentativa sistemática de atribuição de respostas a questões. As respostas podem adquirir um carácter quer abstrato e geral, quer concreto e específico. Neste sentido, o investigador realiza as suas descobertas acerca dos factos, através da interpretação dos dados que, no processo de investigação, vai recolhendo e tratando (Fortin, 2009).

O desenho de investigação é, assim, um conjunto de diretrizes relacionadas com o tipo de estudo escolhido, que entre outras, descreve a forma da colheita e análise de dados, de forma a assegurar um controlo sobre as variáveis em estudo. Surge na fase metodológica como o plano que visa organizar um conjunto de atividades. Estas permitem ao investigador a realização do seu projeto de modo a responder à problemática da investigação (Fortin, 2009).

Pais-Ribeiro (2008) considera-o como uma das partes mais distintas de qualquer estudo. Além de permitir responder à questão de investigação inicialmente colocada, possibilita recolher a informação necessária, de um modo apropriado, identificando e enaltecendo os aspetos mais importantes da investigação.

Considerando o tema proposto, as questões e os objetivos apresentados, o estudo insere-se no paradigma qualitativo, cuja expressão:

“(…) abarca um conjunto de abordagens as quais, consoante os investigadores, tomam diferentes denominações. Assim, por exemplo, Frederick Erickson engloba na expressão investigação interpretativa, procedimentos metodológicos diversos, designadamente: observação participante e não participante, etnografia, estudo de caso, interacionismo simbólico, fenomenologia ou, muito simplesmente, abordagem qualitativa” (Freixo, 2011, p. 145).

Esta primeira abordagem da investigação qualitativa remete para uma sinalização das suas principais características. Neste sentido, Bogdan e Biklen (1994), referenciados por Freixo (2011, p. 146), enumeram-nas da seguinte forma:

1) A situação natural constitui a fonte de dados, sendo o investigador o instrumento-chave da recolha de dados;

2) A sua primeira preocupação é descrever e só secundariamente analisar os dados;

3) A questão fundamental é todo o processo, ou seja, o que aconteceu, bem como o produto e resultado final;

4) Os dados são analisados indubitavelmente, como se reunissem, em conjunto, todas as partes de um puzzle;

5) Diz respeito essencialmente ao significado das coisas, ou seja, ao «porquê» e ao «o quê».

Assim, atendendo à natureza da questão de investigação e dos objetivos delineados, entendeu-se adotar uma metodologia qualitativa, baseada em entrevistas a pessoas selecionadas, com análise de conteúdo.

1.1. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

A escolha do método de colheita dos dados depende do nível de investigação, do tipo do fenómeno ou de variável e dos instrumentos disponíveis. Deve existir uma reflexão se o instrumento de recolha de informação na população é o mais conveniente, permitindo responder às questões de investigação (Fortin, 2009).

O instrumento de recolha de dados selecionado para este estudo foi a entrevista semiestruturada, cujo guião se apresenta no Apêndice 1.

A entrevista, de acordo com Cunha (2009, p. 128), “é um instrumento primordial para a abordagem em profundidade do ser humano, quer pela compreensão rica que propicia, quer por ser um processo comum, tanto na observação direta intensiva, como na base da observação direta extensiva”. A mesma autora acrescenta que este é um instrumento de recolha de dados típico da metodologia qualitativa, que serve para se obter a informação verbal de um ou vários participantes. Resume-se a “uma conversação, uma relação verbal, entre dois indivíduos, o investigador e a pessoa a interrogar e abrange tanto interações verbais, como não-verbais” (pp. 128-129). A entrevista é um modo particular de comunicação verbal, que se estabelece entre o investigador e os informantes, com o objetivo de recolher dados relativos às questões de investigação.

Cunha (2009, p. 133) refere que a entrevista semiestruturada é um “modelo que não é inteiramente livre, nem orientado por um leque de perguntas estabelecidas *a priori*.” É, no geral, constituída por “uma série de perguntas abertas, colocadas verbalmente e seguindo uma ordem prevista, podendo o entrevistador acrescentar outras perguntas

que julgue necessárias, com finalidades de esclarecimento” (Cunha, 2009, p. 133). O entrevistador possui, conforme esclarece a autora, um guia referencial de perguntas abertas, que apresenta à medida que a entrevista vai decorrendo, a fim de que o discurso do entrevistado possa fluir livremente, permitindo-lhe que se exprima com abertura.

A elaboração da entrevista teve por referência os critérios propostos por Quivy e Campenhoudt (2008), ou seja, formularam-se de forma clara e unívoca as perguntas, tentando garantir a correspondência entre o universo de referência das perguntas e o dos entrevistados, atendendo ainda aos objetivos definidos neste estudo, conforme a tabela 1. O guião resultante foi gerido com alguma flexibilidade no momento da sua utilização.

Tabela 1 – Estrutura da entrevista

Objetivos	Questões
- Identificar a atuação perante uma pessoa com doença mental grave em contexto de descompensação.	Na sua prática diária e perante uma pessoa com doença mental grave em situação de descompensação em contexto pré-hospitalar, qual o seu plano de atuação/como atua?
- Compreender as dificuldades na prestação de cuidados às pessoas com doença mental grave em situações de descompensação	Que tipo de dificuldades sente na prestação de cuidados às pessoas com doença mental grave em situações de descompensação?
- Averiguar o conhecimento sobre a existência de algum protocolo de atuação (“ <i>guidelines</i> ”) na instituição	Tem conhecimento de algum protocolo de atuação (“ <i>guidelines</i> ”) perante situações de descompensação/crise de pessoas com doença mental grave, na instituição onde exerce funções?
- Percecionar o conhecimento da existência e sua pertinência/implementação de uma unidade de intervenção em crise em Coimbra	Na sua opinião, acha pertinente a criação/implementação de uma Unidade de Intervenção em Crise na Região de Coimbra?
- Verificar quais os profissionais que devem fazer parte da unidade de intervenção em crise na região de Coimbra	Quais os profissionais que devem fazer parte desta Unidade?
- Identificar o papel atribuído ao Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica na Unidade de Intervenção em Crise	Que papel atribui ao Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica na Unidade de Intervenção em Crise?
Identificar a importância da formação contínua dos profissionais intervenientes	Considera importante a formação contínua dos profissionais intervenientes nestas situações?
Verificar quais os profissionais mais habilitados para dar formação nesta área.	Na sua opinião, quais os profissionais mais habilitados para dar formação nesta área?

1.2. PARTICIPANTES

Os participantes deste estudo, provenientes da colheita de dados, foram selecionados com recurso a uma amostragem não probabilística por conveniência, tendo em vista selecionar todas as categorias profissionais dos grupos em estudo, até à saturação dos dados, depois do parecer positivo dos pedidos de autorização às Instituições envolvidas neste estudo: Comando Nacional da Guarda Nacional Republicana (GNR) e INEM.

As entrevistas foram realizadas entre janeiro a agosto de 2013, de acordo com as disponibilidades dos intervenientes. Iniciou-se o contacto com uma reunião explicativa, com a finalidade de expor e contextualizar o estudo, sendo solicitado o Consentimento Informado, para gravar em áudio a entrevista.

Após estas formalidades, cumprindo as recomendações éticas, princípios regulamentares e normativos exigidos para este tipo de trabalho, as entrevistas realizadas foram gravadas em áudio, num gravador de dimensões diminutas e colocado em posição discreta, de modo a não interferir ou perturbar o menos possível o entrevistado.

Conforme se observa na tabela 2, a amostra ficou constituída por 20 entrevistados de diversos grupos profissionais, embora predominando os Enfermeiros (8 elementos) e os TAE's do INEM.

Tabela 2 – Caracterização dos Participantes do estudo

Instituição	Categoria Profissional	Número de participantes
GNR	Agentes	2
INEM	Enfermeiro da SIV	1
	Enfermeiro da VMER	7
	Médico da VMER	3
	Psicóloga	1
	TAE	6
Total		20

1.3. METODOLOGIA DE ANÁLISE

Realizada a transcrição das entrevistas, que se encontravam em suporte áudio, recorreu-se, de seguida, à técnica de análise de conteúdo, seguindo-se os critérios propostos por Bardin (2015).

Segundo esta autora, o termo “análise de conteúdo” designa

“um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens” (Bardin, 2015, p. 47).

Neste tipo de análise, o investigador procura compreender as características, estruturas ou modelos que estão por trás dos fragmentos de mensagens tomados em consideração. Bardin (2015) indica que a utilização da análise de conteúdo prevê três fases fundamentais: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados - a inferência e a interpretação, sendo estes os passos a seguir no presente trabalho.

A análise de conteúdo pode ser de dois tipos: análise dos “significados” (análise temática) e análise dos “significantes” (análise dos procedimentos). No que diz respeito a esta pesquisa, a técnica de análise eleita foi a análise categorial temática. Esta técnica permitiu-nos condensar os dados, categorizando e uniformizando-os de forma a tornar mais acessível a análise das respostas e suas interpretações.

Bardin (2015) refere que a análise de conteúdo funciona por operações de desmembramento do texto em unidades, em categorias segundo reagrupamentos analógicos. Refere ainda que é rápida e eficaz na condição de se aplicar a discursos diretos (significações manifestas) e simples. A maioria dos procedimentos de análise organiza-se à volta de um processo de categorização (Bardin, 2015).

A categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o género (analogia, com os critérios previamente definidos). As mensagens provenientes das entrevistas podem ser agrupadas tendo em conta diferentes categorias. Assim, em análise de conteúdo, a mensagem pode ser submetida a uma ou várias dimensões de análise (Bardin, 2015). A categorização é um processo de tipo estruturalista e comporta duas etapas: o inventário (isolar os membros) e a classificação (repartir os elementos e organizar as mensagens). No momento em que estamos a efetuar uma análise de conteúdo e decidimos codificar as respostas, devemos elaborar um sistema

de categorias. Esta pode ser realizada de duas formas: segundo um sistema de categorias existente ou segundo um sistema de categorias que emerge “da classificação analógica e progressiva dos elementos” (Bardin, 2015, p. 119), ou seja, a definição das categorias pode ser feita *a priori* ou *a posteriori*. Neste estudo, delineou-se uma abordagem exploratória, com uma categorização *a posteriori*, conforme se apresenta no capítulo seguinte – apresentação de dados.

2. APRESENTAÇÃO DOS DADOS

Neste capítulo, procede-se à apresentação dos resultados obtidos através da análise de conteúdo das entrevistas realizadas.

Foi construída uma categorização a partir das entrevistas realizadas, após a sua leitura e análise exaustiva, que permitiu uma melhor compreensão do tema em estudo, bem como dos objetivos desta investigação. Foram inicialmente nomeadas categorias, que, posteriormente, foram repartidas em subcategorias e com base nas ideias que emergiram das respostas, foram atribuídas unidades de significado, seguindo-se o preconizado por Bardin (2015). Para cada uma delas, apresentamos exemplos de unidades de significado de acordo com a categoria profissional dos entrevistados.

2.1. ATUAÇÃO PERANTE UMA PESSOA COM DOENÇA MENTAL GRAVE EM CONTEXTO DE DESCOMPENSAÇÃO

Em relação a esta categoria, solicitou-se aos participantes que, tendo em consideração a sua prática diária e perante uma pessoa com doença mental grave em situação de descompensação, referissem qual o seu plano de atuação, ou seja, como atuariam. Do conjunto de respostas (cf. tabela 3) sobre as formas de atuação dos profissionais perante uma pessoa com DMG emergiram 19 subcategorias: contenção química e física, envolvimento da família/cuidador principal, identificação da situação/meio envolvente/segurança, contactar com o psicólogo, intervenção da GNR, avaliação inicial, explicar a situação ao doente, garantir a segurança da equipa, manter a calma, assegurar a segurança do doente, recorrer ao internamento compulsivo, colaboração do CAPIC, orientações do CODU, convencer/interagir com o doente, compreender a situação, seguir o planeamento de intervenção, acompanhamento do doente ao centro psiquiátrico/hospital, levar o doente ao posto da GNR e retirar o doente com ajuda dos bombeiros.

Salienta-se o destaque para o envolvimento da família/cuidador principal, a contenção química e física, intervenção da GNR, identificação da situação/meio envolvente/segurança, assegurar a segurança do doente, garantir a segurança da equipa, orientações do CODU e convencer/interagir com o doente.

Tabela 3 – Atuação perante uma pessoa com doença mental grave em contexto de descompensação

Formas de atuação	Categorias	Subcategorias	Unidades de registo	N
		Contenção química e física	<p>(...) administramos terapêutica" Enf.SIV_{E3}</p> <p>(...) administração de terapêutica" Méd.E5</p> <p>(...)Normalmente recorremo-nos de fármacos quando o doente está agressivo" Enf.VMER_{E9}</p> <p>«Os familiares por vezes tentam-se livrar dos doentes mentais, como o delegado de saúde não atua, os doentes tornam-se agressivos e temos mesmo que os medicar no local" Enf.VMER_{E10}</p> <p>(...) contenção física (...)”Méd.E5</p> <p>(...)mas veem a polícia como inimigos, por vezes temos mesmo que os algemar, pois é um mal menor. Por vezes temos que recorrer a alguma violência, não é fácil” GNR_{E20}</p> <p>(...)Alguns recusam, tentamos evitar utilizar a força física, por vezes temos que a utilizar” GNR_{E21}</p>	7
		Avaliação inicial	<p>(...) verificamos se é um doente que já está medicado (...)”Enf.VMER_{E8}</p>	1
		Envolvimento da família/cuidador principal	<p>(...) nossa intervenção, em primeiro lugar, é com a família (...)”Enf.SIV_{E3}</p> <p>“Se a família for colaborante pode intervir” Méd.E5.</p> <p>(...) A família deve ser envolvida (...)” Enf.VMER_{E7}.</p> <p>(...) a família por norma funcionam melhor na sua presença” Enf.VMER_{E12}</p> <p>(...) tentamos saber mais junto da família, que relatam a situação, tentamos ajudar na gestão da situação no caso de recusa” Psic.INEM_{E14}</p> <p>“Tentamos que a vítima interaja (...) através dos familiares” TAE_{E15}</p> <p>(...)Muitas das vezes é com ajuda da família que os convencemos, tentamos sossegá-lo(...)”GNR_{E20}</p>	7
		Identificação da situação/meio envolvente/segurança	<p>“Identificar a situação e meio envolvente (...)” Enf.SIV_{E3}</p> <p>“Primeiro avaliamos o meio envolvente, pessoas de referência do doente (...)”Enf.VMER_{E11}</p> <p>(...) avalio as condições de segurança (...)” TAE_{E16}</p> <p>“A segurança é primordial” TAE_{E18}</p>	4
		Intervenção da GNR	<p>(...) No caso em que está só o TAE, foi chamada a GNR, quem transporta são eles (...)” Enf.SIV_{E3}.</p> <p>(...) se existe risco contactamos a GNR (...)”Méd.E5</p> <p>(...) tenta-se a via judicial através da GNR” Enf.VMER_{E6}.</p> <p>“Nos casos de agressividade, tenta-se compreender a situação, quando estão muito exaltados, tem que se chamar as autoridades” Enf.VMER_{E7}</p> <p>“Inicialmente através da comunicação, sem o historial e o doente recusa ser transportado, chamamos a GNR (...)”Enf.VMER_{E12}</p>	5
		Explicar a situação ao doente	<p>“Tentamos falar com a pessoa, perceber o que se passa, explicar que estamos ali para o ajudar, se toma medicação” TAE_{E18}</p>	1
		Garantir a segurança da equipa	<p>(...)Primeiro garantir a segurança da equipa (...)”Méd.E5</p> <p>(...) avaliar sempre as condições de segurança para a equipa (...)”Enf.VMER_{E7}</p> <p>“Inicialmente vemos a questão da segurança para a equipa (...)”Enf.VMER_{E9}</p> <p>“Ver o espaço, se perigo, armas” TAE_{E18}</p>	4
		Manter a calma	<p>“A abordagem depende das situações, existem alguns casos mais específicos, agressividade, auto agressividade ou para com terceiros, tem que se manter a calma até a chegada da GNR (...)” Enf.VMER_{E6}.</p> <p>“(...) passa por falar com calma (...)” Enf.VMER_{E7}</p>	2
		Assegurar a segurança do doente	<p>(...) avaliar sempre as condições de segurança para o doente (...)” Enf.VMER_{E7}</p> <p>“Inicialmente vemos a questão da segurança para o doente (...)”Enf.VMER_{E9}</p> <p>“A intervenção passa em primeiro por avaliar as condições de segurança, do doente” Enf.VMER_{E12}</p> <p>(...) avaliamos as questões de segurança (nos casos da esquizofrenia e bipolar) (...)”Psic.INEM_{E14}</p> <p>(...) avaliamos sempre as questões de segurança do doente, se o doente está agitado, avaliamos a vítima” TAE_{E15}</p>	5
Recorrer ao	<p>(...) recorre-se ao internamento compulsivo” Enf.VMER_{E7}</p>	1		

internamento compulsivo		
Colaboração do CAPIC	"(...) pedimos a colaboração do CAPIC" Enf.VMER_{E11} "A nossa atuação depende do que vamos encontrar. Conforme a situação contactamos o CAPIC" TAE_{E19}	2
Orientações do CODU	"Pedimos sempre orientações ao CODU, nem sempre temos presente a orientação" Psic.INEM_{E13} "Primeiro contactamos o CODU para perceber como está a pessoa (...)" Psic.INEM_{E14} "Se não conseguimos contactamos o CODU (...)" TAE_{E16} "Primeiro saber que doença tem, via CODU, se é uma tentativa de suicídio, homicídio" TAE_{E18}	4
Convencer/interagir com o doente	"Depois conseguimos convencer o doente" Psic.INEM_{E14} "Tentamos que a vítima interaja connosco" TAE_{E15} "(...) tento falar com a pessoa de diversas formas, e com as orientações da psicóloga via telefone lá tentamos convencer o doente" TAE_{E16} "Tentamos ganhar confiança e empatia do doente" TAE_{E19}	4
Contactar com o psicólogo	"Em situações mais complicadas contactamos os psicólogos" TAE_{E15} "(...) Pedir ajuda ao psicólogo do CODU" TAE_{E17} "(...) pedir ajuda psicológica, em contacto com o psicólogo via telefone (...)" Enf.SIV_{E3}	3
Compreender a situação	"Compreender a situação (...)" TAE_{E17}	1
Seguir o planeamento de intervenção	"Planeamento da intervenção, se não for conhecido, e está em perigo ou coloca em perigo os outros, ou não se quer tratar" GNR_{E20}	1
Acompanhamento do doente ao Centro Psiquiátrico/hospital	"Acompanhamos a pessoa ao Centro Psiquiátrico(...)" GNR_{E20} "(...) o trabalho consiste em deslocarmo-nos ao local e conduzir o doente até ao Hospital, ao abrigo da Saúde Mental, se está em causa a recusa em receber tratamento ou recusa em ser visto" GNR_{E21}	2
Levar o doente ao posto da GNR	"(...) primeiro trazemo-lo para o posto da GNR, temos que comunicar a quem de direito (...)" GNR_{E20}	1
Retirar o doente com ajuda dos bombeiros	"(...) retiramo-lo do local por vezes com ajuda dos bombeiros" GNR_{E20}	1

2.2. DIFICULDADES NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS ÀS PESSOAS COM DOENÇA MENTAL GRAVE EM SITUAÇÕES DE DESCOMPENSAÇÃO

Esta categoria permitiu saber quais as dificuldades que os profissionais sentem na prestação de cuidados às pessoas com doença mental grave, em situações de descompensação, da qual emergiram 17 subcategorias: entrar no "mundo" da psiquiatria, atitudes/postura perante o doente, acalmar o doente, ausência de retaguarda, pouca formação na área, inexistência de protocolos de atuação, lidar com o meio envolvente, lidar com a família, dificuldade em planear a intervenção em situação de agitação motora, não-aceitação do doente, inexistência de "guidelines", avaliar/negociar a situação com o doente, compreender a situação, pouca informação, hostilidade do doente/família, comunicação com o doente e dificuldade na avaliação. Destas subcategorias as mais evidentes são: pouca formação na área, entrar no "mundo" da psiquiatria, ausência de retaguarda e a não-aceitação do doente (cf. Tabela 4).

Tabela 4 – Dificuldades na prestação de cuidados às pessoas com doença mental grave em situações de descompensação

Categorias	Subcategorias	Unidades de registo	N
	Entrar no “mundo” da psiquiatria	“Conseguir chegar até a um doente de psiquiatria, entrar no mundo da psiquiatria é muito difícil, é como que “pisar ovos”, um mundo difícil (...)” Enf.SIV _{E3} . “(…) conversar com o doente, tentamos saber qual é o problema (...)” Enf.VMER _{E10} “É difícil chegar até eles” TAE _{E15}	3
	Atitudes/postura perante o doente	“(…) As atitudes, postura perante a vítima tem que ser bem ponderada. Não é fácil, não há a solução ideal para todas as situações de igual forma.” Enf.SIV _{E3}	1
	Acalmar o doente	“A maior dificuldade é fazer a avaliação correta da situação, muitas vezes passa por o acalmar” Méd. _{E5}	1
	Ausência de retaguarda	“Dificuldades existem porque não existe nada na retaguarda, atuamos de acordo com o protocolo geral e orientamo-nos de acordo com a norma de atuação” Enf.INEM _{E6} „Por vezes, não há ninguém para nos ajudar nem a psicóloga” TAE _{E16} .	2
	Pouca formação na área	“A formação nesta área é pouca no extra-hospitalar, a abordagem pré-hospitalar está muito virada para a emergência médica (...)” Enf.VMER _{E6} “Nos doentes psicóticos, a formação que temos é muito deficitária. Na intervenção em crise, a formação é pouca, apenas a que temos de básica (...)” Enf.VMER _{E8} “Lacuna de formação pessoalmente, é difícil no pré-hospitalar, temos um doente com uma esquizofrenia, desconhecemos o tipo, temos dificuldades porque desconhecemos a história e os antecedentes” Enf.VMER _{E12} “Devíamos estar melhor preparados para atuar nestas situações, falta de bases” TAE _{E16} .	4
	Inexistência de protocolos de atuação	“(…) a inexistência de protocolos de atuação (...)” Enf.VMER _{E7}	1
	Lidar com o meio envolvente	“(…) lidar com o meio envolvente (...)” Enf.VMER _{E7}	1
	Lidar com a família	“(…) lidar com a família” Enf.VMER _{E7}	1
	Dificuldade em planear a intervenção em situação de agitação motora	“(…) nos casos de agitação psicomotora é difícil planear a intervenção” Enf.VMER _{E8}	1
	Não-aceitação do doente	“As maiores dificuldades relacionam-se como facto de muitos doentes recusarem ser tratados, sendo necessário a intervenção das autoridades e delegado de saúde” Enf.VMER _{E9} “(…) a dificuldade é convencê-lo a ser observado por um médico e levá-lo para o Hospital onde tenham psiquiatria, pois nem todos os hospitais têm. A pessoa descompensada coloca em perigo valores patrimoniais, em risco a própria vida e a de terceiros” GNR _{E21}	2
	Inexistência de “guidelines”	“As dificuldades advêm do facto de não existirem <i>guidelines</i> , vai depender da experiência de cada um. Daí advêm as dificuldades” Enf.VMER _{E11}	1
	Avaliar/negociar a situação com o doente	“A principal dificuldade é avaliar a situação e negociar, em situações agudas nem sempre é possível” Psic.INEM _{E14}	1
	Compreender situação	“Compreender as situações, são vidas complicadas, tentar ajudar e levá-las” TAE _{E17}	1
	Pouca informação	“A recolha de informação por vezes não é suficiente. Não sabemos como o doente vai reagir, nas tentativas de suicídio não sabemos o que vai acontecer” TAE _{E18}	1
	Hostilidade do doente/família	“Por vezes os doentes são desagradáveis, assim como a família, maltratando-nos” TAE _{E19}	1
	Comunicação com o doente	“Relativamente à comunicação, tentamos fazê-los ver que estamos lá para o ajudar, a família, por vezes, é o elo de ligação. Pois não veem o agente como amigo” GNR _{E20}	1
	Dificuldade de avaliação	“Dificuldades, a avaliação é difícil, faz-se uma avaliação sumária, verificamos se enquadra na Saúde Mental (...)” GNR _{E21}	1

2.3. CONHECIMENTO DE ALGUM PROTOCOLO DE ATUAÇÃO (“GUIDELINES”) NA INSTITUIÇÃO ONDE EXERCE FUNÇÕES

Com esta categoria procurou-se indagar se os participantes têm conhecimento de algum protocolo de atuação (“*guidelines*”) perante situações de descompensação/crise de pessoas com doença mental grave, na instituição onde exercem funções. Após a análise das unidades de registo, verifica-se que emergiram 3 subcategorias, nomeadamente: ausência de protocolo/ “*guidelines*”, estabilização/interligação com o internamento na fase aguda e posterior encaminhamento para as estruturas da comunidade, protocolo de Psiquiatria e psicóloga 24h por dia via telefone. Destas subcategorias a que reuniu mais consenso foi a ausência de protocolo/ “*guidelines*” (cf. Tabela 5).

Tabela 5 – Conhecimento de algum protocolo de atuação (“*guidelines*”) na instituição onde exerce funções

Categories	Subcategorias	Unidades de registo	N
Protocolos de atuação	Ausência de protocolo/ <i>guidelines</i>	<p>“Não tenho conhecimento”. Enf.SIV_{E3} “Não existem <i>guedlines</i> (...)” Enf.VMER_{E6}. “Desconheço” Enf.VMER_{E7} Não existem <i>guedlines</i> de atuação para estes doentes, nem para as tentativas de suicídio, tentou-se melhorar em questões de abordagem exemplo nas intoxicações havia frases como vais levar com a sonda mais grossa” Enf.VMER_{E8}. “Desconheço” Enf.VMER_{E9} “Desconheço” Enf.VMER_{E10} “Sei que existe um capítulo no livro da formação, onde existem algumas linhas básicas de orientação. <i>guidelines</i>, não” Enf.VMER_{E11} “Não temos nenhum protocolo específico, valemo-nos da comunicação” Enf.VMER_{E12} “Desconheço a existência deste tipo de Unidades, temos o CAPIC” Psic.INEM_{E13}. “Durante o curso abordmos esta temática. Devíamos ter mais conhecimentos. Não há” TAE_{E15} “A única hipótese é falar com o CODU e pedir ajuda da psicóloga” TAE_{E16} “Não existem protocolos, apenas o psicólogo através do CODU” TAE_{E17} “Não existem protocolos. Ao abrigo da Lei de Saúde Mental 36/98 e do regulamento 13/2012 é muito vago para os internamentos compulsivos, relativamente aos procedimentos não existe nada” GNR_{E20} “Protocolo de atuação não existe, existe uma circular interna” GNR_{E21}</p>	14
	Estabilização/interligação com o internamento na fase aguda e posterior encaminhamento para as estruturas da comunidade	<p>“A estabilização, a interligação com o internamento na fase aguda e depois o encaminhamento comunitário ou com outras estruturas na comunidade” Enf.VMER_{E6}</p>	1
	Protocolo de Psiquiatria	<p>“Nós temos os protocolos da psiquiatria nos casos de suicídio, risco iminente, tentativa de suicídio ou choque emocional” Psic.INEM_{E14}.</p>	1
	Psicóloga 24h por dia via telefone	<p>“Existe psicóloga 24h por dia, mas é via telefone” TAE_{E19}</p>	1

2.4. CONHECIMENTO DA EXISTÊNCIA DE ALGUMA UNIDADE DE INTERVENÇÃO EM CRISE EM PORTUGAL

Procurou-se saber se os participantes têm conhecimento da existência de alguma Unidade de Intervenção em Crise em Portugal, o que se constituiu como categoria, da qual emergiram 3 subcategorias, sendo o desconhecimento a mais evidente, seguindo-se a existência do CAPIC e, por fim, como refere o **TAE_{E16}** o que existe é fraco/insuficiente, como refere a tabela 6.

Tabela 6 – Conhecimento da existência de alguma Unidade de Intervenção em Crise em Portugal

Categorias	Subcategorias	Unidades de registo	N
Conhecimento da existência de alguma Unidade de Intervenção em Crise em Portugal	Desconhecimento	«Não tenho conhecimento». Enf.SIV_{E3} «Não como tal, no INEM temos os psicólogos, atualmente não está a funcionar a 100%» Méd._{E5} «Desconheço» Enf.VMER_{E8} «Não tenho conhecimento» Enf.VMER_{E9} «Não» Enf.VMER_{E10} «Não conheço» Enf.VMER_{E12} «Não conheço. Devia haver alguém para acompanhar a família, não existem instituições que possam prestar apoio» Psic.INEM_{E13} . «Não conheço. No estrangeiro existe, mas não é no pré-hospitalar, apenas nas Instituições» Psic.INEM_{E14} . «Desconheço» TAE_{E15} «Desconheço» TAE_{E16} «Desconheço a existência de equipas de intervenção em crise» GNR_{E20}	11
	CAPIC	«Existe o CAPIC, que intervém no caso das tentativas de suicídio, nas crises agudas de descompensação psiquiátrica, e junto das famílias dos doentes. O CAPIC é composto por psicólogos que trabalham para o INEM» Enf.VMER_{E11} «Só tenho conhecimento do CAPIC» TAE_{E18} «Sim o CAPIC» TAE_{E19}	3
	O que existe é fraco/insuficiente	«O que temos é muito fraco, não é suficiente» TAE_{E16}	1

2.5. CONHECIMENTO DA EXISTÊNCIA E SUA PERTINÊNCIA/IMPLEMENTAÇÃO DE UMA UNIDADE DE INTERVENÇÃO EM CRISE EM COIMBRA

Com esta categoria pretendeu-se saber se os participantes têm conhecimento da existência de uma Unidade de Intervenção em Crise na Região de Coimbra e se a sua implementação é pertinente. Após a análise das unidades de registo, emergiram 2 subcategorias: o desconhecimento da existência de uma Unidade de Intervenção em Crise na Região de Coimbra e a importância atribuída à referida Unidade, verificando-se que a maioria dos participantes considera pertinente a sua implementação (cf. Tabela 7).

Tabela 7 – Conhecimento da existência e sua pertinência/implementação de uma Unidade de Intervenção em Crise em Coimbra

Categories	Subcategories	Unidades de registo	
Unidade de Intervenção em Crise	Desconhecimento	<p>„Não tenho conhecimento”. Enf.SIV_{E3}</p> <p>“Não como tal, no INEM temos os psicólogos, atualmente não está a funcionar a 100%” Méd._{E5}</p> <p>“Não tenho conhecimento que exista nenhuma UIC” Enf.VMER_{E6}.</p> <p>“UIC, desconheço a sua existência (...)” Enf.VMER_{E7}</p> <p>“UIC, desconheço a existência de qualquer unidade” Enf.VMER_{E8}</p> <p>“UIC, desconheço a sua existência (...)” Enf.VMER_{E9}</p> <p>“Temos apenas a equipa dos psicólogos do INEM, que só funciona durante a semana e não no período noturno” Enf.VMER_{E10}</p> <p>“Desconheço” Enf.VMER_{E11}</p> <p>“Desconheço” Enf.VMER_{E11}</p> <p>“Desconheço a realidade lá fora” Psic.INEM_{E13}.</p> <p>“Não existem para estas situações” Psic.INEM_{E14}.</p> <p>“Desconheço” TAE_{E15}</p> <p>“Desconheço” TAE_{E16}</p> <p>“Desconheço” GNR_{E21}</p>	14
	Importância atribuída	<p>“Importante”. Enf.SIV_{E3}</p> <p>“Acho pertinente”. Méd._{E5}</p> <p>“Acho pertinente a criação de uma Unidade, seria fundamental para estabilizar os doentes e evitar que entrem na porta giratória, num ciclo vicioso” Enf.VMER_{E6}.</p> <p>“(…) acho pertinente a sua criação, o objetivo seria ir ao encontro dos problemas dos doentes” Enf.VMER_{E7}</p> <p>“A importância da criação da UIC, era importante pois não deixava o doente sem rede nestes casos, do ponto de vista da saúde mental, o ter alta para casa sem rede, mesmo do hospital central fica sem rede. Com a existência dessa unidade podia-os acompanhar na comunidade, sendo uma coisa mais formal” Enf.VMER_{E8}</p> <p>“Sim” Enf.VMER_{E10}</p> <p>“Sim” Enf.VMER_{E11}</p> <p>“À semelhança do Centro antivenenos, podia haver uma Unidade para onde se pudesse ligar para saber se o doente já estava referenciado, para segurança do doente” Enf.VMER_{E12}</p> <p>“Acho pertinente” TAE_{E16}</p> <p>“Seria sempre uma mais-valia” TAE_{E17}</p> <p>“Acho que se justifica. Nos cuidados imediatos só funciona em determinadas horas e por telefone. Devia existir disponibilidade 24 horas por dia. Reforçar as equipas e as linhas de apoio” TAE_{E18}</p> <p>“Acho importante porque nós temos poucos conhecimentos, não sabemos como atuar” TAE_{E19}</p> <p>“A criação de UIC faz todo o sentido” GNR_{E21}</p>	13

2.6. PROFISSIONAIS QUE DEVEM FAZER PARTE DA UNIDADE DE INTERVENÇÃO EM CRISE NA REGIÃO DE COIMBRA

Procurou-se saber que profissionais devem fazer parte da Unidade de Intervenção em Crise na região de Coimbra, tendo este objetivo constituído uma categoria, cuja análise das unidades de significado deu origem a 13 subcategorias: médicos, enfermeiros, psicólogo, assistentes sociais, EESM, autoridades, psiquiatras, sacerdote, GNR, outros elementos com formação, equipa multidisciplinar, delegado de saúde e procurador. Verifica-se que de entre as referidas subcategorias, as que mais se destacam são a presença de um psicólogo, de médicos, enfermeiros do ESMP, as autoridades, assistentes sociais e psiquiatras (cf. Tabela 8).

Tabela 8 – Profissionais que devem fazer parte da Unidade de Intervenção em Crise na Região de Coimbra

Categories	Subcategorias	Unidades de registo	N
Profissionais que devem fazer parte da Unidade de Intervenção em Crise na Região de Coimbra	Médicos	Médico (...)” Enf.INEM _{E6} . Médico (...)” Enf.INEM _{E9} Médicos (...)” Enf.INEM _{E912} Médicos (...)” TAE _{E16} Médicos (...)” TAE _{E17}	5
	Enfermeiros	“(…) enfermeiro (...)” Enf.INEM _{E6} . “(…) enfermeiro (...)” Enf.INEM _{E7} . “(…) enfermeiro (...)” Enf.INEM _{E9} “(…) enfermeiro (...)” TAE _{E16} “(…) enfermeiro (...)” TAE _{E17}	5
	Psicólogo	“(…)o ideal seria pelo menos 3 psicólogos (...)” Enf.SIV _{E3} “(…) psicólogo (...)” Méd. _{E5} “(…) psicólogo (...)” Enf.INEM _{E6} . “(…) psicólogo (...)” Enf.INEM _{E7} . “(…) psicólogo (...)” Enf.INEM _{E9} . “(…) psicólogo (...)” Enf.INEM _{E10} . “(…) psicólogo (...)” Enf.INEM _{E12} “(…) psicólogos (...)” TAE _{E16} “(…) psicólogos (...)” TAE _{E17}	9
	Assistentes sociais	“(…) serviço social” Méd. _{E5}	1
	EESM	“(…) EESM, pela maior capacidade para ver mais além da patologia (...)”. Enf.SIV _{E3} “O EESM tem mais abrangência e olho clínico para as situações (...) têm sensibilidade, capacidade de perceção para ver mais do que outro enfermeiro (...) papel ativo na intervenção e abordagem deste tipo de doentes”. Enf.SIV _{E3} “O enfermeiro de EESM era importante, teria melhor resposta que o enfermeiro da VMER” Méd. _{E5} “(…) EESM (...)” Enf.INEM _{E9} “(…) EESM, podia ser uma mais-valia” Enf.INEM _{E10}	5
	Autoridades	“(…) autoridades” Méd. _{E5} “(…) autoridades” TAE _{E16} “(…) autoridades” TAE _{E17}	3
	Psiquiatras	“(…) psiquiatras (...)” Enf.SIV _{E3} “(…) psiquiatras (...)” Méd. _{E5} “(…) psiquiatras (...)” Enf.INEM _{E7} “(…) psiquiatras (...)” Enf.INEM _{E10}	4
	Sacerdote	“(…) padre (...)” Enf.INEM _{E6} .	1
	GNR	“(…) GNR (...)” Enf.INEM _{E10} “(…) GNR nos casos em que o doente está agressivo” Enf.INEM _{E12}	2
	Outros elementos com formação	“(…) outros elementos com formação” Enf.INEM _{E10}	1
	Equipa multidisciplinar	“(…) equipa multidisciplinar” Enf.INEM _{E10} “(…) equipa multidisciplinar” Psic.INEM _{E14} . “(…) equipa multidisciplinar” TAE _{E19}	3
	Delegado de Saúde	“O Delegado de Saúde, peça fundamental para saber do doente, o médico de família não está presente não tem autoridade para o internamento.” GNR _{E20}	1
	Procurador	“O Procurador é peça fundamental, INEM, psicólogos, psiquiatras, seria importante para estar alerta. O doente mental é uma bomba relógio, fica um bocado esquecido” GNR _{E20}	1

2.7. PAPEL DO EESMP NA UNIDADE DE INTERVENÇÃO EM CRISE

Com esta categoria procurou-se saber qual a opinião dos participantes acerca do papel do EESMP na Unidade de Intervenção em Crise, tendo emergido 2 subcategorias, destacando-se a que refere que o EESM tem maior competência, papel ativo e que seria uma mais-valia para a Unidade de Intervenção em Crise. Importa referir que um dos entrevistados referiu que o EESM deveria intervir no CAPIC **Psic.INEM_{E13}**) (cf. Tabela 9).

Tabela 9 – Papel do EESM na Unidade de Intervenção em Crise

Categorias	Subcategorias	Unidades de registo	N
Papel do EESMP na Unidade de Intervenção em Crise	Maior competência/papel ativo/mais-valia	<p>“O EESM tem mais abrangência e olho clínico para as situações (...) têm sensibilidade, capacidade de perceção para ver mais do que outro enfermeiro (...) papel ativo na intervenção e abordagem deste tipo de doentes” Enf.SIV_{E3}</p> <p>“O enfermeiro de EESM, era importante, teria melhor resposta que o enfermeiro da VMER” Méd._{E5}</p> <p>“O papel do EESM era importante na VMER, assim como em todo o Hospital, a intervenção é uma lacuna” Enf.INEM_{E7}</p> <p>“O EESM devia fazer parte dessa unidade, seria muito bom conjuntamente com o psicólogo e psiquiatra” Enf.INEM_{E8}</p> <p>“O EESM devia fazer parte dessa unidade, tem mais competência” Enf.INEM_{E10}</p> <p>“O EESM, desconheço a área de abrangência, mas podia ser importante a sua intervenção” Enf.INEM_{E11}</p> <p>“Acho que devia ser o EESM a fazer a abordagem” Enf.INEM_{E12}”</p> <p>“Acho importante a participação do EESMP” TAE_{E15}</p> <p>“Acho que sim” TAE_{E16}</p> <p>“Sim seria sempre uma mais-valia” TAE_{E17}</p> <p>“É fundamental, tem imensas vantagens” TAE_{E19}</p> <p>“O EESM podia ser um trunfo, saberia quais os problemas dos doentes, dar mais, poderia ajudá-lo na sua vida ativa a sentir-se em casa” GNR_{E20}</p> <p>“O papel do EESMP é muito importante pode dar apoio, tem uma sensibilidade acrescida, para dar resposta adequada, nesta área é importante podia ser uma mais-valia” GNR_{E21}</p>	13
	Intervir no CAPIC	“(…) talvez a sua intervenção no CAPIC” Psic.INEM_{E13} .	1

2.8. IMPORTÂNCIA DA FORMAÇÃO CONTÍNUA DOS PROFISSIONAIS INTERVENIENTES

Esta categoria visa saber se os participantes consideram importante a formação contínua dos profissionais intervenientes nestas situações, cujas unidades de registo deram origem a 8 subcategorias: défice de formação específica, formação estandardizada para todos os profissionais, formação com base em atualizações, formação de base, formação contínua, formação na área da comunicação, saber como interagir com as pessoas e reciclagem no Comando. Destas subcategorias, as que mais se evidenciam são o défice de formação específica na área, necessidade de formação contínua e existência de formação estandardizada para todos os

profissionais que atuam nos casos de pessoas com doença mental grave em situação de descompensação em contexto pré-hospitalar (cf. Tabela 10).

Tabela 10 – Importância da formação contínua dos profissionais intervenientes

Categories	Subcategories	Unidades de registo	N
Importância da formação contínua dos profissionais intervenientes	Défi ce de formação específica	<p>“A formação específica é importante (...) saber identificar os sinais”, fazer formação em todas as áreas é bom e com regularidade”. Enf.SIV_{E3}</p> <p>“Devíamos ter formação específica, a nível social os casos deviam estar sinalizados” Méd.VMER_{E5}</p> <p>“Formação específica não existe, não sabemos como lidar, acabamos optar pelo bom senso” Enf.INEM_{E7}</p> <p>“Os TAE podem induzir comportamentos ainda mais agressivos nos doentes por falta de formação específica. Acho importante ter formação nesta área, porque todos nós somos leigos um pouco nesta área” Enf.INEM_{E8}</p> <p>“A formação específica é muito importante nesta área de atuação” Enf.INEM_{E10}</p> <p>“Não temos formação nesta área” TAE_{E18}</p> <p>“A formação é sempre a mesma, não temos grande formação nesta área, devíamos ter formação mais específica sobre a depressão, risco de suicido e doente mental” TAE_{E19}</p> <p>“Não temos formação na área é apenas o bom senso para atuar na área (...)” GNR_{E20}.</p>	8
	Formação estandardizada para todos os profissionais	<p>“Devia haver um modelo de formação que passasse alguma experiência nesta área. Não sei se interpreto como uma emergência, não sei se não é uma área dos bombeiros e da SIV” Psic.INEM_{E13}</p>	1
	Formação com base em atualizações	<p>“A formação devia ser de base com atualizações pertinentes e esclarecedoras” Méd._{E5}</p>	1
	Formação de base	<p>“Formação de base era importante, e formação específica, tentativas de suicídio, situações de violência domestica, surtos psicóticos, violações, não aprofundamos muito os sinais de alerta e sintomas, no contexto geral nem a postura que devemos adotar. No pré-hospitalar, é feito por TAE e SIV, médico enfermeiro na parte da pediatria” Psic.INEM_{E14}</p>	1
	Formação contínua	<p>“A formação devia ser contínua, tal como existe na formação médica, não existe no que se relaciona com a psiquiatria. Cerca de 25% dos casos são psiquiátricos, é uma percentagem muito elevada, devia-se apostar nesta área. Os enfermeiros do pré-hospitalar deviam ter mais formação nesta área, pois têm que lidar com estas situações” Enf.INEM_{E6}.</p> <p>“Devia fazer parte da formação, esta devia ser contínua, muitas vezes perdemos a noção como se aplica na prática” Enf.INEM_{E11}</p> <p>“A formação é muito importante, para além da base devia ser contínua” Enf.INEM_{E12}</p> <p>“Formação contínua, seria uma mais-valia neste contexto” GNR_{E21}</p>	4
	Formação na área da comunicação	<p>“Acho importante ter formação na área essencialmente de comunicação. Não tenho conhecimentos na área que me permitam abordagem destes doentes” TAE_{E16}</p>	1
	Saber como interagir com as pessoas	<p>“Sim, saber como lidar com estas pessoas” TAE_{E17}</p>	1
	Reciclagem no Comando	<p>“(…) Devíamos ter reciclagem nesta área, cursos no Comando. Ajudaria estando expostos ao público” GNR_{E20}.</p>	1

3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo centra-se na discussão dos resultados, comparando-os com outros resultados de investigação, tendo por base a reflexão sobre os objetivos definidos.

Com este trabalho pretende-se conhecer o tipo de intervenção que é realizada ao Doente Mental Grave em situação de descompensação/“crise” em ambiente pré-hospitalar; identificar os profissionais envolvidos na abordagem em ambiente pré-hospitalar nas situações de internamento compulsivo; identificar os protocolos de atuação (“*guidelines*”) definidos para estas situações, por parte do INEM; conhecer a opinião dos intervenientes no processo acerca da pertinência da criação de unidade de intervenção em crise.

A abordagem pré-hospitalar de Doente Mental Grave em fase de descompensação é uma área considerada muito específica e peculiar, dado que, em Portugal, esta abordagem é realizada num contexto adverso, nem sempre efetuada por equipas que integram enfermeiros. Em conformidade com a Ordem dos Enfermeiros (2007, p. 1), “só o enfermeiro pode assegurar os cuidados de enfermagem ao indivíduo, família e comunidade, em situação de acidente e/ou doença súbita, (...) integrar obrigatoriamente a equipa pré-hospitalar”.

Foi com base nestes pressupostos que se realizou o presente estudo qualitativo, que contou com uma amostra constituída por 20 participantes: 2 agentes da GNR, 1 enfermeiro da Ambulância de SIV; 7 enfermeiros da VMER, 3 médicos da VMER, 1 psicóloga do INEM e 6 TAE.

Tal como se referiu anteriormente na metodologia, o guião da entrevista teve, como objetivo, orientar a entrevista e estimular o pensamento livre dos participantes. Segue-se a síntese das respostas obtidas em relação a cada uma das questões formuladas.

Foi construída uma categorização a partir das entrevistas realizadas, após a sua leitura e análise exaustiva, que permitiu uma melhor compreensão do tema em estudo, bem como dos objetivos desta investigação. Foram inicialmente nomeadas categorias, que, posteriormente, foram repartidas em subcategorias e com base nas ideias que emergiram das respostas, foram atribuídas unidades de significado. Para cada uma

delas, apresentamos exemplos de unidades de significado de acordo com a categoria profissional dos entrevistados.

A partir da primeira questão “Na sua prática diária e perante uma pessoa com doença mental grave em situação de descompensação em contexto pré-hospitalar, qual o seu plano de atuação/como atua?” foi definida a primeira categoria “**Atuação perante uma pessoa com doença mental grave em contexto de descompensação**”. Desta categoria emergiram 19 subcategorias: contenção química e física, envolvimento da família/cuidador principal, identificação da situação/meio envolvente/segurança, contactar com o psicólogo, intervenção da GNR, avaliação inicial, explicar a situação ao doente, garantir a segurança da equipa, manter a calma, assegurar a segurança do doente, recorrer ao internamento compulsivo, colaboração do CAPIC, orientações do CODU, convencer/interagir com o doente, compreender a situação, seguir o planeamento de intervenção, acompanhamento do doente ao centro psiquiátrico/hospital, levar o doente ao posto da GNR e retirar o doente com ajuda dos bombeiros.

Relativamente à **contenção química**, verifica-se que, dos entrevistados, um enfermeiro da SIV, um Médico e dois Enfermeiros da VMER responderam que a maioria das vezes optavam pela contenção química “ *administração de terapêutica*”, “*normalmente recorremos a fármacos quando o doente está agressivo*”, e esta outra que consideramos relevante pelo seu conteúdo mais elaborado, indo ao encontro da Lei da Saúde Mental, “*os familiares por vezes tentam livrar-se dos doentes mentais, como o delegado de saúde não atua, os doentes tornam-se agressivos e temos mesmo que os medicar no local*” (Enf.VMER_{E10}).

No que concerne à **contenção física**, apurámos que é pouco frequente a sua utilização pelos entrevistados. Apenas um elemento, um médico da VMER, referiu que faz uso desta técnica para abordar o Doença Mental Grave em momento de descompensação. Segue a afirmação proferida, “(...) contenção física (...)” (Méd.E5).

A contenção terapêutica é apresentada pela Direção Geral da Saúde como:

“medida utilizada para controlar a atividade física ou comportamental de uma pessoa ou parte do seu corpo durante a prestação de cuidados de saúde, visando melhorar a condição de saúde e a prevenção de complicações. O objetivo da contenção terapêutica é otimizar a segurança do doente e de quem o rodeia, mantendo simultaneamente e dentro do possível, o seu conforto e dignidade” (DGS, 2011, p.3).

Existem diferentes formas de a contenção terapêutica ser concretizada de modo a irem ao encontro das necessidades identificadas no doente e à exigência da situação.

Deste modo, a DGS considera como medidas de contenção:

“Contenção ambiental: recurso a alterações que controlam a mobilidade do doente. Pode ser uma sala de confinamento, um espaço fechado ou limitado onde o doente pode deambular em segurança, com supervisão clínica.

Contenção física: situação em que uma ou mais pessoas da equipa terapêutica seguram um doente, deslocam ou bloqueiam o seu movimento para impedir a exposição a uma situação de risco.

Contenção mecânica: utilização de instrumentos ou equipamentos que restringem os movimentos do doente.

Contenção química ou farmacológica: medicação psicoativa que visa inibir um movimento ou comportamento em especial” (DGS, 2011, p.3).

Os recursos às medidas de contenção devem ser bem ponderados e vistos como uma situação transitória, quando se esgotam as medidas preventivas e se torna inevitável o seu uso. Deve-se ponderar os riscos (físicos, psicológicos, éticos e legais) do tipo de contenção escolhida e optar sempre pela menos restritiva. Segundo a Direção-Geral da Saúde, na aplicação de medidas de contenção deve-se:

- “Esgotar as medidas preventivas;
- Obter, sempre que possível, o consentimento do doente;
- Obter, sempre que possível, o consentimento da família ou pessoa significativa do doente;
- Esclarecer o doente do que vai ser feito e porquê;
- Ajustar a medida de contenção à situação do doente;
- Cumprir as instruções do fabricante na aplicação do mecanismo de contenção;
- Vigiar o doente sujeito a medidas de contenção com a frequência que o seu estado ditar;
- Reavaliar a necessidade da medida de contenção e a possibilidade de a substituir por uma medida menos limitativa;
- Retirar a medida de contenção assim que possível;
- Registrar os procedimentos no processo clínico” (2011, p.2).

A contenção de doentes quando mal executada e indevidamente mantida provoca-lhe vários danos, agravando o seu estado de saúde, provocando desconforto físico e psicológico. Deste modo, a Direção-Geral da Saúde apresenta algumas das medidas alternativas à contenção de doentes:

- “Presença e acompanhamento individual por profissionais de saúde que proporcionem ao doente a libertação de tensões e hostilidade, recorrendo à palavra ou outras formas de expressão, consoante o contexto;
- Contenção verbal, com sinceridade, calma e firmeza;
- Modificar o contexto, procurando oferecer ao doente um ambiente calmo e seguro;
- Recorrer à inclusão ou exclusão de alguma pessoa significativa para o doente;
- Convidar e organizar atividades e tarefas minimamente compatíveis com a condição do doente;
- Tratamento farmacológico” (2011, pp. 2-3).

Esta intervenção pode ter um duplo efeito, ou seja, prevenir a ocorrência de danos e, simultaneamente, pode causar eventos adversos. O *College of Nurses of Ontario* (CNO, 2012) refere que os profissionais de saúde devem avaliar, no primeiro contacto com o doente, a presença de fatores predisponentes e precipitantes, que colocam o doente em risco de ser submetido a medidas de contenção. Podem existir fatores predisponentes e precipitantes que contribuem para a decisão de se utilizarem medidas de contenção física, que podem ser influenciados, no caso concreto e de acordo com um entrevistado (médico da VMER), com a descompensação do doente. Por outro lado, há também, por vezes, fatores situacionais que, individualmente ou em combinação, resultam em comportamentos que podem influenciar a decisão da contenção física.

Importa referir que Silva, Silva, Azevedo, Rocha *et al.* (2012), no seu estudo, verificaram que, na atuação perante uma pessoa com DMG em contexto de descompensação, as estratégias referidas foram a escuta/conversa, uso de psicofármacos e contenção química e física.

O **envolvimento da família/cuidador principal** foi, das questões formuladas, a que teve mais respostas positivas por parte dos entrevistados. Na realidade, a primeira abordagem no pré-hospitalar ao doente com Doença Mental Grave em fase de descompensação (crise) (se considerarmos o evento como ocorrido no seu meio residencial, na comunidade) é realizada por familiares, amigos, pessoas que lhes são mais próximas, que não estão preparadas, ou seja, na sua maioria desconhecem o que é a Doença Mental Grave.

Os resultados obtidos levam a supor que os familiares são certamente os aliados principais neste tipo de abordagem, como o demonstram algumas das unidades de registo dos participantes, que consideramos mais relevantes e esclarecedoras,

relativamente ao seu posicionamento em relação ao apoio/colaboração da família/cuidador informal: "(...) a nossa intervenção, em primeiro lugar, é com a família (...)" **Enf.SIV**_{E3}; "Se a família for colaborante pode intervir" **Méd.**_{E5}. "(...) A família deve ser envolvida (...)" **Enf.VMER**_{E7}; "(...) a família por norma funcionam melhor na sua presença" **Enf.VMER**_{E12}; "(...) tentamos saber mais junto da família, que relatam a situação, tentamos ajudar na gestão da situação no caso de recusa" **Psic.INEM**_{E14}; "Tentamos que a vítima interaja (...) através dos familiares" **TAE**_{E15}. Estes resultados corroboram a importância de se ter a família como parceira nos cuidados prestados à pessoa com Doença Mental Grave. Como referem Bessa e Waidman (2013), a família tem sido vista como uma aliada no processo de cuidado à pessoa com DMG. Porém, de acordo com os mesmos autores, em determinadas situações, os profissionais necessitam de lhe proporcionar condições para que se possa manter o núcleo familiar saudável, cuidando da pessoa sem que haja uma agudização da saúde do doente e da família, como um todo.

A **identificação da situação/meio envolvente** foi outro dos itens abordados, cujas respostas vão ao encontro da formação base dos intervenientes: "Identificar a situação, e meio envolvente (...)" **Enf.SIV**_{E3}; "Primeiro avaliamos o meio envolvente, pessoas de referência do doente (...)" **Enf.VMER**_{E11}.

Uma outra subcategoria consiste em **contactar com o psicólogo** ("Em situações mais complicadas contactamos os psicólogos" **TAE**_{E15}), que não está credenciado com formação para realizar este tipo de abordagem. Mas tivemos a resposta positiva por parte de um elemento da SIV, o que se compreende, tendo em conta que a atuação dos enfermeiros da SIV passa, em primeira instância, pelo contacto com o CODU, para receberem as orientações protocoladas para atuarem: "(...) pedir ajuda psicológica, em contacto com o psicólogo via telefone (...)" **Enf.SIV**_{E3}. Tal como referimos anteriormente, o psicólogo encontra-se na base do CODU e é partir daí, com a informação que lhe é transmitida, que imite o seu parecer, o que é muito limitativo, uma vez que o psicólogo não consegue observar as expressões do doente e a sua postura, aspeto a ter sempre em conta na abordagem da pessoa com Doença Mental Grave.

À questão da **Intervenção da GNR** não é de estranhar o tipo de respostas obtidas, tendo por base os pressupostos da Lei nº 36/98, de 24 de julho - Lei da Saúde Mental, fica claro que o internamento compulsivo tem que passar forçosamente por um mandado judicial, e ninguém melhor que a GNR para cumprir essas formalidades, como realçam alguns dos participantes: "(...) No caso em que está só o TAE, foi chamada a GNR, quem transporta são eles (...)". **Enf.SIV**_{E3}; "(...) se existe risco

contactamos a GNR (...); **Méd.E5**; “(...) tenta-se a via judicial através da GNR” **Enf.VMER_{E6}**; “Nos casos de agressividade, tenta-se compreender a situação, quando estão muito exaltados, tem que se chamar as autoridades” **Enf.VMER_{E7}** e “Inicialmente através da comunicação, sem o historial e o doente recusa ser transportado, chamamos a GNR (...)” **Enf.VMER_{E1}**

Relativamente à **avaliação inicial**, só alguns elementos envolvidos neste processo de abordagem têm esta preocupação, designadamente os que exercem funções na VMER “(...) *verificamos se é um doente que já está medicado (...)*” **Enf.VMER_{E8}**.

Quanto a explicar a situação ao doente, esta é uma tarefa muito difícil, bem como fazê-lo compreender que o que se está a fazer é para o seu bem, sobretudo quando se trata de Doença Mental Grave em fase de descompensação (surto psicótico). Nestes casos, a maior parte das vezes, a pessoa encontra-se agressiva e agitada e todo o cuidado é pouco para não ocorrerem danos para o próprio e para terceiros. Neste âmbito, passamos a transcrever a resposta que consideramos mais relevante, decorrente de um participante a exercer num meio controlado (hospitalar), “(...) *explicar ao doente que é uma situação temporária (...)*” **TAE_{E18}**.

Garantir a segurança da equipa faz parte da formação base de todos os elementos que compõem as equipas do pré-hospitalar, é obrigatório e bastante frisado durante a formação do INEM o respeito por esta orientação. Daí o tipo de afirmações proferidas pelos diversos elementos que compõem as equipas do pré-hospitalar: “(...) *Primeiro garantir a segurança da equipa (...)*” **Méd.E5**; “(...) *avaliar sempre as condições de segurança para a equipa (...)*” **Enf.VMER_{E7}**; “*Inicialmente vemos a questão da segurança para a equipa (...)*” **Enf.VMER_{E9}**.

Manter a calma, quando se fala em abordagem pré-hospitalar da pessoa com DMG em fase de descompensação (crise), é fundamental transmitir segurança nas nossas atitudes, rigidez na postura, falar com calma, evitando ao máximo estimular o doente, pois este pode, de um momento para o outro, tornar-se agressivo e violento. Deve-se estar sempre alerta e manter uma margem de segurança que permita a fuga em casos extremos. Assim, o tipo de respostas enquadra-se nessa perspetiva: “*A abordagem depende das situações, existem alguns casos mais específicos, agressividade, auto agressividade ou para com terceiros, tem que se manter a calma até à chegada da GNR (...)*” **Enf.VMER_{E6}**; “(...) *passa por falar com calma (...)*” **Enf.VMER_{E7}**.

Assegurar a segurança do doente, relativamente a esta questão, uma grande parte dos participantes considera que a mesma deve ser sempre avaliada: “(...) *avaliar sempre as condições de segurança para o doente (...)*” **Enf.VMER_{E7}**; “*Inicialmente*

vemos a questão da segurança para o doente (...)” **Enf.VMER_{E9}**; *“A intervenção passa em primeiro por avaliar as condições de segurança, do doente”* **Enf.VMER_{E12}**; *“(...) avaliamos as questões de segurança (nos casos da esquizofrenia e bipolar) (...)*” **Psic.INEM_{E14}**; *“(...) avaliamos sempre as questões de segurança do doente, se o doente está agitado, avaliamos a vítima”* **TAE_{E15}**.

Verificámos que apenas um entrevistado referiu **recorrer ao internamento compulsivo**, como o demonstra a sua unidade de registo: *“(...) recorre-se ao internamento compulsivo”* **Enf.VMER_{E7}**. Perante este tipo de resposta, supõe-se que este participante terá alguma formação na área da Saúde Mental. A referência ao internamento compulsivo sugere um conhecimento da Lei nº 36/98, de 24 de julho - Lei da Saúde Mental, o qual só pode ser deliberado pelo Ministério Público.

Verificámos que dois entrevistados referiram a **colaboração do CAPIC**, na atuação perante uma pessoa com Doença Mental Grave em contexto de descompensação *“(...) pedimos a colaboração do CAPIC”* **Enf.VMER_{E11}**). Mas não podemos deixar de frisar que esta colaboração é via CODU, por telefone, e não sendo presencial existe sempre o problema do enviesamento.

Constatámos ainda que quatro participantes referiram as **orientações do CODU**. O acesso aos meios de socorro pré-hospitalar é, tal como referimos anteriormente, via CODU, são eles que dão a informação relativamente ao estado da vítima, local e restantes orientações, o que corrobora as respostas obtidas: *“Pedimos sempre orientações ao CODU, nem sempre temos presente a orientação”* **Psic.INEM_{E13}**; *“Primeiro contactamos o CODU para perceber como está a pessoa (...)*” **Psic.INEM_{E14}**.

De igual modo, constatámos que quatro participantes referiam **o convencer/interagir com o doente**, aquando da atuação perante uma pessoa com Doença Mental Grave em contexto de descompensação. Certo é que nem sempre é fácil interagir com as pessoas em fase de descompensação e muito menos se ela se encontra agressiva, agitada, qualquer que seja a atitude do técnico, pode desencadear um ataque de “fúria”, agravando ainda mais a situação, pois o estado de alucinação não a deixa ver a realidade, manifestando um misto de alucinação com o mundo que a rodeia. Mesmo perante esta situação, os quatro entrevistados procuram, sempre que possível, convencer/interagir com o doente, como se ilustra com algumas unidades de registo: *“Depois conseguirmos convencer o doente”* **Psic.INEM_{E14}**; *“Tentamos que a vítima interaja connosco”* **TAE_{E15}**, o que se torna difícil se o doente realmente estiver na fase de descompensação (surto psicótico).

Relativamente à segunda questão “Que tipo de dificuldades sente na prestação de cuidados às pessoas com doença mental grave em situações de descompensação?”, o que concerne à categoria das **dificuldades na prestação de cuidados às pessoas com doença mental grave em situações de descompensação**, esta permitiu saber quais as principais dificuldades sentidas pelos profissionais, de onde emergiram as seguintes subcategorias: entrar no “mundo” da psiquiatria, atitudes/postura perante o doente, acalmar o doente, ausência de retaguarda, pouca formação na área, inexistência de protocolos de atuação, lidar com o meio envolvente, lidar com a família, dificuldade em planear a intervenção em situação de agitação motora, não-aceitação do doente, inexistência de “*guidelines*”.

No que concerne à dificuldade entrar no “**mundo**” da psiquiatria, as respostas foram: “Conseguir chegar até a um doente de psiquiatria. Entrar no mundo da psiquiatria é muito difícil, é como que “pisar ovos”, um mundo difícil (...)”. **Enf.SIV_{E3}**; “(...) *Conversar com o doente, tentamos saber qual é o problema (...)*” **Enf.VMER_{E10}**; “*É difícil chegar até eles*” **TAE_{E15}**. Estas unidades de registo demonstram, na sua essência, que realmente é necessário repensar a abordagem pré-hospitalar dos doentes mentais graves. A maioria das vezes, esta abordagem é realizada por profissionais sem qualquer formação na área, podendo acarretar consequências graves para a saúde mental da pessoa e para terceiros, quando não realizada de acordo com o preconizado.

Relativamente às **atitudes/postura perante o doente**, esta dificuldade é manifestada pelo **Enf.SIV_{E3}**, o qual refere que “(...) *As atitudes, postura perante a vítima tem que ser bem ponderada. Não é fácil, não há a solução ideal para todas as situações de igual forma*”.

No que concerne “**Acalmar o doente**”, a maior dificuldade foi manifestada por **Méd._{E5}** referindo que “*A maior dificuldade é fazer a avaliação correta da situação, muitas vezes passa por o acalmar*”. Quando a pessoa com DMG apresenta uma crise, o seu funcionamento geral é lesado, ocorre um período de desequilíbrio psíquico, encontrando-se desprovida de competências, comprometendo seriamente o assumir das responsabilidades pessoais. Nesse contexto, a intervenção dos técnicos, em contexto pré-hospitalar, torna-se ainda mais essencial para a mobilização de recursos necessários na resolução da crise. Estes devem possuir controlo emocional e habilidades técnicas para identificar quais foram os fatores desencadeadores da crise. No entanto, muitas vezes a equipa de intervenção não se encontra familiarizada com alguns aspetos que envolvem a intervenção em situação de crise na Doença Mental Grave (Silva et al., 2012).

Relativamente às dificuldades **ausência de retaguarda, pouca formação na área, lidar com o meio envolvente, lidar com a família, dificuldade em planear a intervenção em situação de agitação motora, não-aceitação do doente e inexistência de “guidelines”**, foram os enfermeiros da VMER que mais as expressaram, referindo que: *“Dificuldades existem porque não existe nada na retaguarda, atuamos de acordo com o protocolo geral e orientamo-nos de acordo com a norma de atuação”* **Enf.INEM_{E6}**; *“A formação nesta área é pouca, no extra-hospitalar, a abordagem pré-hospitalar está muito virada para a emergência médica (...)”* **Enf.VMER_{E6}**; *“Nos doentes psicóticos, a formação que temos é muito deficitária. Na intervenção em crise, a formação é pouca apenas a que temos de básica (...)”* **Enf.VMER_{E8}**; *“Lacuna de formação pessoalmente, é difícil no pré-hospitalar, temos um doente com uma esquizofrenia, desconhecemos o tipo, temos dificuldades porque desconhecemos a história e os antecedentes”* **Enf.VMER_{E12}**; *“(...) a inexistência de protocolos de atuação (...)”* **Enf.VMER_{E7}**; *“(...) lidar com o meio envolvente (...)”* **Enf.VMER_{E7}**; *“(...) lidar com a família”* **Enf.VMER_{E7}**; *“(...) nos casos de agitação psicomotora é difícil planear a intervenção”* **Enf.VMER_{E8}**; *“As maiores dificuldades relacionam-se como facto de muitos doentes recusarem ser tratados, sendo necessário a intervenção das autoridades e delegado de saúde”* **Enf.VMER_{E9}**; *“As dificuldades advêm do facto de não existirem guidelines, vai depender da experiência de cada um. Daí advêm as dificuldades”* **Enf.VMER_{E11}**

Relativamente ainda às dificuldade **ausência de retaguarda, pouca formação na área, pouca informação, compreender a situação e hostilidade do doente/família**, os TAE_s referem que: *“Por vezes, não há ninguém para nos ajudar, nem a psicóloga”*; *“Devíamos estar melhor preparados para atuar nestas situações, falta de bases”*; *“A recolha de informação por vezes não é suficiente. Não sabemos como o doente vai reagir, nas tentativas de suicídio não sabemos o que vai acontecer”*; *“Por vezes os doentes são desagradáveis, assim como a família, maltratando-nos”*; *“Compreender as situações, são vidas complicadas, tentar ajudar e levá-las”*.

Constatámos também que os elementos da GNR referiram, como dificuldades sentidas na prestação de cuidados às pessoas com doença mental grave, em situações de descompensação, a **não-aceitação do doente, comunicação com o doente e dificuldade na avaliação** *“(...) a dificuldade é convencê-lo a ser observado por um médico e levá-lo para o Hospital onde tenham psiquiatria, pois nem todos os hospitais têm. A pessoa descompensada, coloca em perigo valores patrimoniais, em risco a própria vida e a de terceiros”*; *“Relativamente à comunicação, tentamos fazê-los ver que estamos lá para o ajudar, a família, por vezes, é o elo de ligação. Pois não*

veem o agente como amigo” **GNR_{E20}**; “Dificuldades, a avaliação é difícil, faz-se uma avaliação sumária, verificamos se se enquadra na Saúde Mental (...)” **GNR_{E21}**).

No que se refere à dificuldade **avaliar/negociar a situação com o doente**, esta foi mais manifestada pela **Psic.INEM_{E14}**, tendo referido que “A principal dificuldade é avaliar a situação e negociar, em situações agudas nem sempre é possível”.

No que concerne à categoria “**Conhecimento de algum protocolo de atuação (“guidelines”) na instituição onde exerce funções**”, procurou-se indagar se os participantes têm conhecimento de algum protocolo de atuação (“guidelines”) perante situações de descompensação/ crise de pessoas com doença mental grave, na instituição onde exercem funções. Após a análise das unidades de registo, verifica-se que emergiram 3 subcategorias, nomeadamente: ausência de protocolo/ “guidelines”, estabilização/interligação com o internamento na fase aguda e posterior encaminhamento para as estruturas da comunidade, protocolo de Psiquiatria e psicóloga 24 h por dia via telefone. Destas subcategorias a que reuniu mais consenso foi a ausência de protocolo/ “guidelines”.

Relativamente à **ausência de protocolo/ “guidelines”**, os enfermeiros da SIV e da VMER, na sua maioria, responderam que desconhecem ou não existem “guidelines”, nem protocolos de atuação, acrescentando “Não existem guidelines de atuação para estes doentes, nem para as tentativas de suicídio, tentou-se melhorar em questões de abordagem, exemplo nas intoxicações, havia frases como vais levar com a sonda mais grossa” **Enf.VMER_{E8}**; “Sei que existe um capítulo no livro da formação, onde existem algumas linhas básicas de orientação. Guidelines, não” **Enf.VMER_{E11}**; “Não temos nenhum protocolo específico, valemo-nos da comunicação” **Enf.VMER_{E12}**. O **Psic.INEM_{E13}**, refere “Desconheço a existência deste tipo de Unidades, temos o CAPIC”. Os TAE entrevistados responderam, relativamente a este item, “Durante o curso abordámos esta temática. Devíamos ter mais conhecimentos. Não há” **TAE_{E15}**; “A única hipótese é falar com o CODU e pedir ajuda do psicólogo” **TAE_{E16}**; “Não existem protocolos, apenas o psicólogo através do CODU” **TAE_{E17}**. Relativamente a este assunto, os agentes da GNR são unânimes ao referir-se à Lei da Saúde Mental, afirmando: “Não existem protocolos. Ao abrigo da Lei de Saúde Mental 36/98 e do regulamento 13/2012 é muito vago para os internamentos compulsivos, relativamente aos procedimentos não existe nada” **GNR_{E20}**; “Protocolo de atuação não existe, existe uma circular interna” **GNR_{E21}**.

No que concerne à **estabilização/interligação com internamento na fase aguda e posterior encaminhamento para as estruturas da comunidade**, os enfermeiros da VMER referem que *“A estabilização, a interligação com o internamento na fase aguda e depois o encaminhamento comunitário ou com outras estruturas na comunidade”*

Enf.VMER_{E6}

Relativamente aos **Protocolo de Psiquiatria**, os psicólogos do INEM relatam que têm protocolos mas mais direcionados para o suicídio, referindo: *“Nós temos os protocolos da psiquiatria nos casos de suicídio, risco iminente, tentativa de suicídio ou choque emocional”* **Psic.INEM_{E14}**.

Quanto à disponibilidade do **Psicólogo 24h por dia via telefone**, os TAE responderam que *“Existe psicóloga 24h por dia, mas é via telefone”* **TAE_{E19}**.

Noutra categoria, procurou-se indagar se os participantes têm **conhecimento da existência de alguma Unidade de Intervenção em Crise em Portugal**, da qual emergiram 3 subcategorias, sendo o **desconhecimento** o mais evidente, seguindo-se a existência do CAPIC e, por fim, como refere o **TAE_{E16}**, *“o que existe é fraco/insuficiente”*.

Verificámos que a maioria dos entrevistados entre os enfermeiros da SIV, da VMER e a GNR desconhecem a existência de alguma UIC em Portugal. Há a salientar o referido pelos Psicólogos do INEM: *“No estrangeiro existe mas não é no pré-hospitalar, apenas nas Instituições”* **Psic.INEM_{E14}**; *“Devia haver alguém para acompanhar a família, não existem instituições que possam prestar apoio”* **Psic.INEM_{E13}**.

Quando foi abordada a questão do CAPIC, como UIC, dois entrevistados relataram que *“Existe o CAPIC, que intervém no caso das tentativas de suicídio, nas crises agudas de descompensação psiquiátrica, e junto das famílias dos doentes”*; *“O CAPIC é composto por psicólogos que trabalham para o INEM”* **Enf.VMER_{E11}**; *“Só tenho conhecimento do CAPIC”* **TAE_{E18} e TAE_{E19}**.

Pela interpretação das respostas, podemos depreender que, realmente, os intervenientes no pré-hospitalar esperam muito mais de uma equipa com estas características, que possa atuar no terreno sempre que solicitado, o que se traduz nesta afirmação *“O que temos é muito fraco, não é suficiente”* **TAE_{E16}**.

Procurámos também saber se os participantes têm **conhecimento da existência e sua pertinência/implementação de uma Unidade de Intervenção em Crise em Coimbra**. Após a análise das unidades de registo, emergiram 2 subcategorias: o **desconhecimento da existência de uma Unidade de Intervenção em Crise na Região de Coimbra e a importância atribuída à referida Unidade**, verificando-se que a maioria dos participantes considera pertinente a sua implementação.

Da leitura e interpretação dos resultados, emerge a convicção de que a maioria dos participantes desconhece a existência de alguma UIC com as características definidas. Relativamente à pertinência da sua implementação, os participantes foram unânimes ao afirmar a pertinência da sua criação e implementação, como o demonstram as seguintes unidades de registo: *”Acho pertinente a criação de uma Unidade, seria fundamental para estabilizar os doentes e evitar que entrem na porta giratória, num ciclo vicioso” Enf.VMER_{E6}*; *“(…) acho pertinente a sua criação, o objetivo seria ir ao encontro dos problemas dos doentes” Enf.VMER_{E7}*; *”A importância da criação da UIC era importante pois não deixava o doente sem rede nestes casos, do ponto de vista da saúde mental, o ter alta para casa sem rede, mesmo do hospital central, fica sem rede. Com a existência dessa unidade podia-os acompanhar na comunidade, sendo uma coisa mais formal” Enf.VMER_{E8}*; *”À semelhança do Centro antivenenos, podia haver uma Unidade para onde se pudesse ligar para saber se o doente já estava referenciado, para segurança do doente” Enf.VMER_{E12}*; *”Acho que se justifica. Nos cuidados imediatos só funciona em determinadas horas e por telefone. Devia existir disponibilidade 24 horas por dia. Reforçar as equipas e as linhas de apoio” TAE_{E18}*; *”Acho importante porque nós temos poucos conhecimentos, não sabemos como atuar” TAE_{E19}*; *”A criação de UIC faz todo o sentido” GNR_{E21}*.

De acordo com Freitas (2013), cit in Johnson (2005), a taxa de internamentos compulsivos reduziu significativamente após o aparecimento das ERC, assim como aumentou o grau de satisfação face a este tipo de modelo de cuidados, em Inglaterra.

Do estudo realizado por Freitas (2013, p.45), acerca da criação e implementação de EIC em Coimbra, realçam-se as seguintes vantagens: redução dos internamentos, redução de custos dos serviços, alívio dos serviços de urgência, resposta rápida e eficaz, reduz o estigma e facilita o acesso de cuidados à pessoa e família.

Procurou-se saber quais os **profissionais que devem fazer parte da Unidade de Intervenção em Crise na Região de Coimbra**, tendo este objetivo constituído uma categoria, cuja análise das unidades de significado deu origem a 15 subcategorias:

médicos, enfermeiros, psicólogo, assistentes sociais, EESM, autoridades, psiquiatras, sacerdote, GNR, outros elementos com formação, equipa multidisciplinar, delegado de saúde e procurador. Verifica-se que de entre as referidas subcategorias, as que mais se destacam são a presença de um psicólogo, de médicos, enfermeiros de ESMP, as autoridades, assistentes sociais e psiquiatras.

Pela interpretação e análise das unidades de registo dos participantes, concluímos que, na perspetiva da maioria, devia ser uma equipa multidisciplinar, constituída por médicos (psiquiatras), enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, EESM, autoridades, enfermeiro especialista em saúde comunitária e assistentes operacionais, delegado de saúde. As respostas mais relevantes foram as que apontam para a importância do papel do EESM como parte integrante da equipa multidisciplinar: “(...) *EESM, pela maior capacidade para ver mais além da patologia (...)*. **Enf.SIV_{E3}**; “*O EESM tem mais abrangência e olho clínico para as situações (...) têm sensibilidade, capacidade de perceção para ver mais do que outro enfermeiro (...) papel ativo na intervenção e abordagem deste tipo de doentes*” **Enf.SIV_{E3}**; “*O enfermeiro de EESM, era importante teria melhor resposta que o enfermeiro da VMER*” **Méd.E₅**; “(...) *EESM (...)*” **Enf.INEM_{E9}**; “(...) *EESM, podia ser uma mais-valia*” **Enf.INEM_{E10}**. Importa também referirmos que apenas um entrevistado fez referência à presença das autoridades “(...) *GNR nos casos em que o doente está agressivo*” **Enf.INEM_{E12}**). Segundo a opinião de um dos GNR, “*O Delegado de Saúde, peça fundamental para saber do doente, o médico de família não está presente não tem autoridade para o internamento. O Procurador é peça fundamental, INEM, psicólogos, psiquiatras, seria importante para estar alerta. O doente mental é uma bomba relógio, fica um bocado esquecido*” **GNR_{E20}**.

De acordo com Freitas (2013), cit in Johnson et al (2005), as equipas de intervenção em crise devem ser multidisciplinares: enfermeiros, assistentes sociais, médico psiquiatra e assistentes operacionais, com disponibilidade de 24 horas por dia.

Os EESM, como membros ativos e participativos nas UIC, seriam uma mais-valia não só pela abordagem inicial, tratamento, encaminhamento do doente em situação em crise (competências do EESM), como para melhorar o acompanhamento dos doentes no domicílio e, por conseguinte, a melhoria da saúde mental da população.

Procurou-se ainda saber qual a opinião dos participantes acerca do **papel do EESM na Unidade de Intervenção em Crise**, o que se constituiu como categoria, da qual

emergiram 2 subcategorias, destacando-se a que refere que o EESM tem maior competência, papel ativo e que seria uma mais-valia para a UIC.

Relativamente à questão **maior competência/papel ativo/mais-valia**, as respostas dos entrevistados foram positivas, considerando uma mais-valia a sua intervenção na abordagem à pessoa com DMG no pré-hospitalar, pelos conhecimentos e competências que lhe são inerentes, dando-se como exemplo algumas unidades de registo: “O EESM tem mais abrangência e olho clínico para as situações (...) têm sensibilidade, capacidade de perceção para ver mais do que outro enfermeiro (...) papel ativo na intervenção e abordagem deste tipo de doentes”. **Enf.SIV_{E3}**; “O enfermeiro de EESM, era importante teria melhor resposta que o enfermeiro da VMER” **Méd._{E5}**; “O papel do EESM era importante na VMER, assim como em todo o Hospital, a intervenção é uma lacuna” **Enf.INEM_{E7}**; “O EESM devia fazer parte dessa unidade, seria muito bom conjuntamente com o psicólogo e psiquiatra” **Enf.INEM_{E8}**; “Acho que devia ser o EESM a fazer a abordagem” **Enf.INEM_{E12}**; “Acho importante a participação do EESMP” **TAE_{E15}** e **TAE_{E16}**; “Sim seria sempre uma mais-valia” **TAE_{E17}**; “É fundamental, tem imensas vantagens” **TAE_{E19}**; “O EESM podia ser um trunfo, saberia quais os problemas dos doentes, dar mais, poderia ajudá-lo na sua vida ativa a sentir-se em casa” **GNR_{E20}**; “O papel do EESM é muito importante, pode dar apoio, tem uma sensibilidade acrescida para dar resposta adequada, nesta área é importante, podia ser uma mais-valia” **GNR_{E21}**.

Townsend (2011) refere que as principais expectativas das pessoas, em relação às práticas de enfermagem são a educação ou ensinamentos ao cliente acerca da sua saúde, orientação ou aconselhamento. Os processos (psico)educacionais aos doentes, têm como finalidade produzir alterações no seu conhecimento acerca da doença (dimensão cognitiva) e influenciar os seus comportamentos (dimensão comportamental).

As intervenções dirigidas à pessoa com DMG devem ser efetuadas de forma planeada, executadas e avaliadas, mediante uma estruturação programática previamente definida, para se obter o melhor benefício destas intervenções. Stuart e Laraia (2006) referem que são três as funções básicas do enfermeiro nas suas abordagens terapêuticas: realizar assistência direta ao paciente, planificar e desenvolver os programas de tratamento e incrementar programas de educação ou ensino aos utentes. Na perspetiva da psicoeducação, merece destaque as expectativas de intervenção educativas de enfermagem no âmbito do ensino e reforço de adesão terapêutica. O não cumprimento da terapêutica prescrita é certamente um dos principais problemas das pessoas com doença psicótica crónica. Neste contexto

Stuart e Laraia (2006) referem que cabe aos enfermeiros de SMP o papel de prestar ensinamentos ao doente e família sobre toda a medicação que é prescrita, para que estes a entendam, a discutam e a aceitem.

Segundo os mesmos autores, o incumprimento terapêutico, por abandono, é comum entre os doentes psicóticos crónicos, sendo uma das principais causas de descompensação e reinternamentos. A maioria dos doentes tem dificuldade em reconhecer, aceitar e lidar com a sua patologia. O não reconhecimento de que está doente tem como primeira implicação o não aceitar ser tratado como tal, a sua perceção de necessidade de tomar fármacos. Os doentes que não são adequadamente e sistematicamente acompanhados por profissionais fora dos internamentos, em meio comunitário, têm “tendência a piorar e entrar num ciclo vicioso: deixar de tomar a medicação, piorar o seu estado de saúde *insight*, que por sua vez conduz a uma maior rejeição da terapêutica prescrita” (Simões, 2012, 99).

Relativamente à questão **da importância da formação contínua dos profissionais intervenientes**, a mesma constituiu uma categoria, cujas unidades de registo deram origem a 8 subcategorias: défice de formação específica, formação estandardizada para todos os profissionais, formação com base em atualizações, formação de base, formação contínua, formação na área da comunicação, saber como interagir com as pessoas e reciclagem no Comando. Destas subcategorias, as que mais se evidenciam são o défice de formação específica na área, necessidade de formação contínua e existência de formação estandardizada para todos os profissionais que atuam nos casos de pessoas com doença mental grave em situação de descompensação em contexto pré-hospitalar.

No que concerne **ao défice de formação específica**, os entrevistados foram unânimes em considerar que existem muitas lacunas de formação na área de Saúde Mental e Psiquiátrica, essencialmente relacionadas com o DMG., referindo ainda que é uma área pouco valorizada, alguns deles não tendo qualquer formação, como o demonstram algumas unidades de registo que passamos a transcrever: “*A formação específica é importante (...) saber identificar os sinais*”, “*fazer formação em todas as áreas é bom e com regularidade*” **Enf.SIV**_{E3}; “*Devíamos ter formação específica, a nível social os casos deviam estar sinalizados*” **Méd.**_{E5}; “*Não temos formação nesta área*” **TAE**_{E18}; “*A formação é sempre a mesma, não temos grande formação nesta área, devíamos ter formação mais específica sobre a depressão, risco de suicídio e*

doente mental” TAE_{E19}; “Não temos formação na área é apenas o bom senso para atuar na área (...)” GNR_{E20}.

Constatámos que apenas um entrevistado referiu a necessidade de haver **formação estandardizada para todos os profissionais**: “Devia haver um modelo de formação que passasse alguma experiência nesta área. Não sei se interpreto como uma emergência, não sei se não é uma área dos bombeiros e da SIV” Psic.INEM_{E13}.

Um dos entrevistados é de opinião que a formação deveria ter **base em atualizações**: “A formação devia ser de base com atualizações pertinentes e esclarecedoras” Méd._{E5}. Um dos psicólogos entrevistados considera que deveria haver **formação de base**, o que seria uma mais-valia para os profissionais: “Formação de base era importante, e formação específica, tentativas de suicídio, situações de violência doméstica, surtos psicóticos, violações, não aprofundamos muito os sinais de alerta e sintomas, no contexto geral, nem a postura que devemos adotar. No pré-hospitalar, é feito por TAE e SIV, médico enfermeiro na parte da pediatria” Psic.INEM_{E14}.

Na opinião de três entrevistados da equipa da VMER e de um dos GNR’s, há a necessidade de **formação contínua**, devendo a mesma ser direcionada para a área da saúde mental relacionada com este contexto: “Formação contínua, seria uma mais-valia neste contexto” GNR_{E21}.

Quanto à imprescindibilidade de **formação na área da comunicação**, esta é a base de qualquer interação entre os seres humanos, revestindo-se na área da Saúde Mental como a pedra basilar em qualquer intervenção. Todavia, a mesma não foi muito valorizada pelos intervenientes, apenas um TAE a referiu (“Acho importante ter formação na área, essencialmente de comunicação. Não tenho conhecimentos na área que me permitam a abordagem destes doentes” TAE_{E16}).

O **Saber como interagir com as pessoas**, foi outro dos itens abordados ao nível da formação, tendo apenas um TAE manifestado dificuldades nesta área (“Sim, saber como lidar com estas pessoas” TAE_{E17}), havendo um enviesamento, tendo em linha de conta as questões levantadas anteriormente, e as dificuldades manifestadas pelos entrevistados.

Por fim, verificámos que um dos GNR’s aludiu à necessidade de **reciclagem no Comando** (“(...) Devíamos ter reciclagem nesta área, cursos no Comando. Ajudaria estando expostos ao público” GNR_{E20}).

Estas opiniões revelam que existem algumas lacunas na formação nesta área da saúde Mental quer a nível teórico, quer prático. Como tal, deveria haver um maior

investimento por parte das entidades superiores, com vista a melhorar a abordagem das pessoas com Doença Mental Grave em contexto pré-hospitalar.

Tendo-se em consideração os resultados apurados, importa referir que a equipa de intervenção pré-hospitalar pode sentir-se insegura na intervenção com a pessoa com Doença Mental Grave em crise de descompensação, o que poderá justificar-se com o facto de nem todos os técnicos estarem capacitados para lidar com esse tipo de situação. Porém, para que a abordagem ao doente em crise seja realizada de maneira eficaz, como referem Silva *et al.* (2012), é necessário que a equipa de intervenção esteja capacitada para ficar exposta a todas as situações que possam ocorrer, nesse momento. Isso porque, cada doente reage de maneira diferente, embora os sinais e sintomas possam ser peculiares. Desse modo, é preciso que a equipa tenha conhecimento e um pensamento reflexivo para manter o equilíbrio psicológico e restabelecer o doente para um quadro estável. Mediante um quadro de descompensação, foram mencionadas várias dificuldades, como referimos anteriormente. Assim, é fundamental que os profissionais envolvidos saibam controlar as suas próprias emoções, para que estas não interfiram na intervenção prestada à pessoa com Doença Mental grave em situação de descompensação. Nesse sentido, para que a equipa de intervenção pré-hospitalar tenha um bom desempenho, é imprescindível que reflitam e compreendam a sua forma de atuação, para poderem direccionar a sua atenção para a situação e não perder o foco (Stuart & Laraia, 2006). Assim, partimos do pressuposto que o profissional capacitado possui mais habilidades e conhecimentos para lidar com a pessoa com Doença Mental Grave em situações de descompensação, do que aqueles que não receberam formação específica para tal. Os profissionais treinados possuem técnicas e habilidades para cuidarem desses doentes com segurança.

Importa ressaltar que, segundo o Regulamento nº 129/2011, DR, II Série 35 (p.8671), o EESM compromete-se com o trabalho desenvolvido nas equipas multiprofissionais que integra ou com quem estabelece parceria nos diferentes contextos de prática, responsabilizando-se nelas pelos cuidados em saúde mental e psiquiatria, respeitando as áreas de intervenção autónomas e interdependentes em enfermagem, conforme enquadramento legal. Este profissional “executa uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pelo cliente”. Avalia também, “as repercussões para a saúde mental da interface entre o indivíduo, família, grupos, comunidade e os sistemas sociais, de saúde, escolares, profissionais,

culturais, desportivos, recreativos, espirituais e políticos”. Também ajuda a pessoa ao longo do ciclo vital, integrado na família, grupo e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias do contexto”.

Ao enfermeiro especialista compete: identificar os problemas e as necessidades específicos da pessoa, família, cuidador, grupo e comunidade, no âmbito da saúde mental; avaliar o impacto na saúde mental de múltiplos fatores de stress e crises situacionais ou de desenvolvimento dentro do contexto familiar; identificar apresentações típicas e atípicas de perturbações mentais e problemas de saúde relacionados; diferenciar os estados fisiológicos, as perturbações orgânicas ou restantes problemas do cliente, das alterações específicas associadas a problemas de saúde mental, doenças psiquiátricas ou alterações relacionadas com os tratamentos; diferenciar a exacerbação e recorrência de uma perturbação psiquiátrica, de sinais e sintomas de um novo problema de saúde ou nova doença; identificar complicações que frequentemente decorrem dos problemas de saúde mental e doenças psiquiátricas, incluindo problemas de saúde física (Regulamento nº 129/2011, pp. 8669-8673). O EESM tem competência para avaliar o “potencial de abuso, negligência e risco para o próprio e os outros, nomeadamente relativo ao suicídio, homicídio, e outros comportamentos auto destrutivos, de forma a ajudar os clientes e famílias a assegurar um ambiente o menos restritivo possível, que garanta segurança para o cliente e terceiros. Gere as emergências psiquiátricas determinando o nível de risco, inicia e coordena cuidados de emergência efetivos”.

Segundo Freitas (2013), embora as competências do EESM se encontrem bem definidas, a realidade em Portugal é bem diferente, não têm sido aproveitadas de forma a contribuírem para uma efetiva melhoria na prestação de cuidados de saúde mental na comunidade, não tendo grande visibilidade e importância no contexto atual, ao contrário do que se verifica na Inglaterra, na Noruega e em outros países mais desenvolvidos. O acompanhamento na comunidade reduz o estigma associado ao internamento em psiquiátrica, está consignado na Lei da República. Apesar disso, não há um reconhecimento desses benefícios, existem dificuldades na implementação de uma estrutura de acompanhamento e tratamento na comunidade a nível da tutela e das próprias Instituições, “uma vez que não existe uma cultura de trabalho na comunidade” (Freitas, 2013, p. 54). Ressalvar que o tratamento do doente mental em contexto comunitário e a redução dos internamentos hospitalares já está previsto desde 1998, com a Lei da Saúde Mental.

Segundo Stuart e Laraia (2006), devem promover-se alianças terapêuticas e procurar que os utentes mantenham um acompanhamento próximo e regular com os

profissionais da área de psiquiatria, nomeadamente com programas de intervenção de enfermagem promotoras de *insight* para a necessidade do cumprimento da medicação prescrita (apoio psicoeducativo).

As restrições ou limitações têm que ser adequadas ao fim a que se destinam, deve ser ponderado o custo da limitação em função do benefício alcançado para os direitos dos outros ou para os valores comunitários envolvidos (Almeida, 2011, p. 28). Dependendo do contexto onde ocorre o evento, em casa ou na rua, envolvendo familiares ou vizinhos, e a fase de descompensação (quadros de agressividade e agitação em doente psicótico), assim são acionadas/requisitados os meios de socorro. A comunidade (vizinhos é a mais frequente) normalmente contacta a GNR, com o objetivo de se proteger de danos maiores e por considerar a pessoa como perigosa e não como pessoa doente que precisa de ajuda especializada.

Importa referir que, segundo Garrido et al. (2011), a Saúde Mental, ao abrigo das novas políticas economicistas, procurou desinstitucionalizar as pessoas com Doença Mental Grave, colocando-as 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 as suas famílias foram votadas ao abandono, cuja consequência mais visível foi a de doentes descompensados por não adesão terapêutica, por recusa dos próprios ou por desleixo da família.

Tendo em conta a Lei nº 36/98, de 24 de julho - Lei da Saúde Mental, a proteção da Saúde Mental efetiva-se através de medidas que contribuem para assegurar ou restabelecer o equilíbrio psíquico da pessoa e, assim, favorecer o desenvolvimento das capacidades envolvidas na construção da personalidade, a sua integração crítica no meio social onde vive (artigo 2º).

Sugere-se, assim, a criação de uma UIC, o que traria benefícios para os utentes, facilitando uma rápida resposta na situação de crise. Contudo, no contexto atual implicaria uma alteração nas linhas orientadoras das políticas de saúde vigentes, passando por decisões das entidades que formam a tutela do Ministério Público, nomeadamente da Autoridade Reguladora da Saúde do Centro (ARSC). Tal reestruturação passaria pela criação de incentivos, tal como já é recomendado pela OMS sobre a Reatualização do PNSM (2012), que aconselha a criação de incentivos para que os profissionais de saúde possam intervir na comunidade, e para modificação das culturas enraizadas de institucionalização hospitalar (Freitas, 2013, p.54).

Os EESM, como membros ativos e participativos nas UIC, seriam uma mais-valia, não só pela abordagem inicial, tratamento, encaminhamento do doente em situação de crise (competências do EESM), como para melhorar o acompanhamento dos doentes no domicílio e por conseguinte a melhoria da saúde mental da população.

Atualmente existem poucas alternativas ao internamento em situações de descompensação (fase aguda) da doença psiquiátrica. Face às experiências de outros países, com a implementação das equipas de intervenção em crise e as equipas de resolução de crise (ERC), poderia ser uma opção válida, tendo em vista a redução das ocorrências ao Serviço de Urgência, internamentos compulsivos e redução dos internamentos de pessoas com doença mental grave. Estas equipas, cuja característica principal seria o acompanhamento e tratamento intensivo no domicílio, podia ser uma opção de resolução do problema.

As equipas de intervenção em crise e ERS segundo Freitas (2013) são compostas por equipas multidisciplinares, enfermeiros, assistentes sociais, psiquiatras, psicólogos e pessoal de apoio. A atuação destas equipas, segundo o mesmo autor, “mostraram claras evidências de serem uma mais-valia na melhoria dos cuidados de saúde mental, evitando a desinserção social dos utentes, para que sejam tratados e acompanhados no seu ambiente familiar. Por outro lado, facilitam a recuperação das pessoas com doença psiquiátrica, com uma maior satisfação por parte das pessoas com este tipo de intervenção, garantindo disponibilidade permanente” (pp. 55 -56).

De facto, a DMG afeta não só a pessoa em causa, mas toda a sua envolvente, ganhando uma dimensão complexa e multifatorial que exige respostas múltiplas e integradas, equacionadas a partir das necessidades e contexto dos utentes/famílias e unificadas num projeto terapêutico individualizado e negociado. É ao nível do projeto terapêutico, do qual faz parte integrante a intervenção dos técnicos, que se configura a importância da análise da rede de suporte, esta é um elemento que reflete e é refletido numa sequência causa-efeito, nas situações de vulnerabilidade (física, emocional e social) associadas à DMG.

CONCLUSÕES

A problemática da pessoa com DMG em situação de descompensação/crise no pré-hospitalar (comunidade) é uma matéria complexa, incómoda e, por vezes, mal entendida, que dá lugar a comportamentos estigmatizantes.

Cada situação *per si* deve ser, desde o início, devidamente enquadrada em termos legais. A Lei da Saúde Mental, (Lei n.º 36/98, de 24 de julho), no artigo nº 1, 2 e 8 estabelece os princípios gerais de política de saúde mental e regula o internamento compulsivo dos portadores de anomalias psíquicas, nomeadamente as pessoas com doença mental grave e, ainda, assegura o respeito pelos direitos, liberdades e garantias das pessoas portadoras de anomalias psíquicas, reconhecendo algumas limitações especiais e impondo algumas restrições. Após apreciação destes pressupostos deve ser ponderada e encaminhada rapidamente para as Unidades Hospitalares com urgência de psiquiatria.

Pelo grau de exigência e eficiência técnica para com o doente em estado crítico (crise), por vezes é descuidada a comunicação, o contacto e o acompanhamento da família, também ela muitas das vezes descompensada e fragilizada emocionalmente e psicologicamente.

A maioria destes doentes é admitida no serviço de urgência, neste caso do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, em situação de contenção física (algemados), que poderia, e deveria, ser evitada se existisse uma equipa de intervenção em crise (EIC) ou equipa de resolução de crise (ERC) no pré-hospitalar, à semelhança de outros países, nomeadamente na Noruega e na Inglaterra.

Esta problemática foi o ponto de partida que serviu de base a este trabalho de investigação. Procurou-se investigar junto dos participantes (entrevistados) neste estudo, como e por quem é efetuada a abordagem Pré-Hospitalar das pessoas com Doença Mental Grave (DMG) descompensadas/crise na região Centro do País (Distrito de Coimbra), tendo como principais objetivos: conhecer o tipo de intervenção que é realizada ao Doente Mental Grave em situação de descompensação/crise em ambiente pré-hospitalar; identificar os profissionais envolvidos na abordagem em ambiente pré-hospitalar das situações de descompensação; identificar os protocolos

de atuação (“guidelines”) definidos para estas situações por parte do INEM; conhecer a opinião dos intervenientes no processo acerca da pertinência da criação de uma Unidade de Intervenção em Crise.

Optou-se por uma metodologia qualitativa baseada na análise de conteúdo das entrevistas realizadas às pessoas que se considerou conhecerem a problemática em estudo, por estar relacionada com a sua atividade profissional. A amostra ficou assim constituída por 20 participantes: 2 agentes da Guarda Nacional Republicana (GNR), 1 enfermeiro da Ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV); 7 enfermeiros da Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), 3 médicos da VMER, 1 psicóloga do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), 6 Técnicos de Ambulância de Emergência (TAE).

Com base nos resultados obtidos, podemos concluir que na região de Coimbra relativamente à **“atuação perante uma pessoa com doença mental grave em contexto de descompensação”** em ambiente pré-hospitalar, os procedimentos mais utilizados são: contenção química e física, o envolvimento da família/cuidador, a intervenção da GNR; no que concerne às **“dificuldades na prestação de cuidados”**, a maior dificuldade advém da falta de formação na área da saúde mental (em entrar no “mundo” da psiquiatria), à ausência de retaguarda e à não-aceitação do doente; relativamente ao **“conhecimento de algum protocolo de atuação (“guidelines”) na instituição onde exerce funções”** constatou-se a ausência de protocolo/“guidelines”; no que concerne ao **“conhecimento da existência de alguma Unidade de Intervenção em Crise em Portugal”**, a maioria dos entrevistados não tem conhecimento; no que se refere à **“pertinência/implementação de uma Unidade de Intervenção em Crise em Coimbra”** consideram relevante a sua implementação; quanto aos **“profissionais que devem fazer parte da Unidade de Intervenção em Crise na Região de Coimbra”**, referiram que deveria ser uma equipa multidisciplinar à semelhança de outros países, com psicólogo, médicos (psiquiatras), EESM, as autoridades e assistentes sociais; no que respeita ao **“papel do EESM na Unidade de Intervenção em Crise”**, foi reconhecida a sua importância, pela competência técnico/científica e pelo papel ativo que poderia desempenhar numa Unidade de Intervenção em Crise.

Em Portugal, estão ainda por aplicar, em grande medida, as orientações expressas na reatualização do PNSM 2007-2016, aproveitando as competências dos enfermeiros com formação nesta área na criação, organização e implementação de equipas de intervenção em crise, à semelhança do que se passa nos outros países europeus e com as outras especialidades médicas e cirúrgicas.

Por fim no que concerne “**a importância da formação contínua dos profissionais intervenientes**”, foi reconhecido o défice de formação específica na área SMP, a necessidade de formação contínua e existência de formação estandardizada para todos os profissionais que atuam em contexto pré-hospitalar.

Assim, conclui-se que a intervenção face a pessoas com DMG na comunidade deve reforçar laços de interdependência (reforço dos vínculos relacionais) das redes primárias e numa dimensão de trabalho em rede, abrangendo as redes secundárias (estruturas comunitárias) na criação de parcerias, que se assumem como um processo de envolvimento dos diferentes agentes locais, levando a uma ação concertada, promotora de respostas eficazes e mais ajustadas. A dimensão da rede associa-se ao paradigma da parceria enquanto campo de atuação dos enfermeiros que trabalham na área da saúde mental, assumindo o papel de gestor de caso ou Terapeuta de Referência, pressupondo uma partilha de saberes e de responsabilidades no projeto terapêutico e considerando a pessoa com DMG e a sua família como um parceiro ativo.

A intervenção psicossocial, neste contexto específico e integrada numa abordagem multidisciplinar, assume um papel decisivo. Acreditamos na pessoa como um ser holístico, único, em interação com os seus múltiplos sistemas, onde cada área da sua vida se influencia mutuamente, resultando em necessidades complexas e interdependentes, que requerem intervenções também elas complexas, interdependentes e concertadas, sobretudo quando se trata de uma pessoa com Doença Mental Grave em situação de descompensação. A criação de uma rede de suporte, baseada no trabalho em rede e parceria, que envolva o doente/família/estruturas comunitárias, pode constituir-se como instrumento fundamental na intervenção da pessoa com Doença Mental Grave.

Por tudo isto, torna-se necessária uma equipa diferenciada - equipa de intervenção em crise (EIC) - dotada de recursos humanos, técnicos, científicos e acrescida de experiência e formação específica (saúde mental).

Baseados nos dados obtidos, acreditamos que seriam grandes os benefícios da implementação de uma Unidade de Intervenção em Crise (UIC) na região de Coimbra, para a melhoria dos cuidados de SMP dos doentes e das suas famílias em ambiente pré-hospitalar, facilitando uma resposta rápida e especializada na situação de descompensação, através do envolvimento dos EESM. Estes encontram-se habilitados a fornecer uma resposta especializada, não só na abordagem inicial, tratamento e encaminhamento, como no acompanhamento no domicílio durante a fase

aguda nos casos que não requerem internamento hospitalar, e ainda na redução do número de ocorrências no serviço de urgências hospitalar e consequentes reinternamentos.

Este trabalho revelou-se interessante e enriquecedor, pelos conhecimentos aprofundados e adquiridos, permitindo conhecer a opinião dos entrevistados acerca dos cuidados prestados às pessoas com DMG em fase descompensação em ambiente pré-hospitalar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, C. P. (2005). Lei de saúde mental e as garantias dos direitos dos cidadãos. *Direito e Justiça*, Lisboa. V. 19, 129-132.
- Albergaria, P. (2003). Lei de Saúde Mental: lei nº 36/98, de 24 de julho anotado. Coimbra, Portugal: ALMEDINA.
- Almeida, F. et. al. (2008). Internamento compulsivo no Hospital Magalhães Lemos”, em *Psiquiatria e Justiça*. Sociedade Portuguesa e Psicologia da Justiça. Santo Tirso, 2, 87-102. Recuperado em: http://www.sppj.com/uploads/n_2pdf.
- Almeida, A.; Nascimento, E.; Rodrigues, J.; Zeferino, M. et al (2014). Atendimento móvel de urgência na crise psíquica e o paradigma psicossocial. *Texto Contexto Enferm.* 24(4). 1035-1043.
- Almeida, M. (2011). Centro de estudos judiciais (internamento compulsivo de doentes portadores de anomalias psíquica grave: dificuldades e constrangimentos do tribunal. *Revista do Ministério Público*. 32 (127). 101-117.
- Alves, C. (2011). Atitudes dos Enfermeiros face à família: stress e gestão do conflito (Tese de Mestrado). Universidade do Porto. Portugal.
- American Psychiatric Association (APA) (2014). *Manual de Diagnósticos e Estatística das Perturbações Mentais - DSM – 5TM*. (5^a ed.). Lisboa, Portugal: Climepsi Editores.
- American Psychiatric Association (APA) (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais - DSM-IV-TR*. (4^a ed.) Lisboa, Portugal: Climepsi Editores.
- Bardin, L. (2015). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bastos, M. I. (2005). Da (in) visibilidade do trabalho das enfermeiras à produção de saberes em enfermagem: cuidados prestados num centro de saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Lisboa., vol.23, 1,25-41.
- Bastos, Hugo et al. (2011). *Urgências Psiquiátricas em Coimbra: Conclusões e Realidade Atual*. *Psiquiatria Clínica*, 32 (3), 185- 188.

- Bechtel, C., & Ness, D. (2010). If you build it, will they come? Designing truly patientcentered health care. *Health Affairs*, 29: 914-920. Recuperado de: <http://content.healthaffairs.org/content/29/5/914.abstract>
- Bell, J. (2004). *Como realizar um projecto de investigação*. Lisboa: Gradiva.
- Bento, F. (1999). *Interdições, inabilitações, internamentos compulsivos*. Lisboa: Centro de Estudos Judiciários.
- Bessa, J.; Waidman, M. (2013). Família da pessoa com transtorno mental e suas necessidades na assistência psiquiátrica. *Texto Contexto Enferm*. 22(1). 61-70.
- Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação – uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Bulechek, G.; Butcher, h. (2010). *NIC – Classificação das Intervenções de Enfermagem*. Brasil: Elsevier Editora.
- Butalid, L., Verhaak, P., Boeije, H., & Bensing, J. (2012). *BioMed Central Family Practice*, 13: 1-12. doi: 10.1186/1471-2296-12-80.
- Brito, M. L. (2006). *Intervenções Psicoeducativas para Famílias de Pessoas com Esquizofrenia*. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 5.
- CNO (2012). *Requisite Skills and Abilities for nursing practice in Ontario*. Recuperado de <http://www.cno.org/globalassets/docs/reg/41078-skillabilities-4pager-final.pdf>.
- Cobb, h.; Mittler, P. (2005). *Diferenças significativas entre deficiência e doença mental*. Secretariado Nacional para a reabilitação e integração das pessoas com deficiência. Lisboa, Portugal: Ministério do Trabalho e Solidariedade Social.
- Código Deontológico do Enfermeiro, aprovado pelo Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril*.
- Coutinho, C. P. (2011). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: Teoria e prática*. Coimbra: Almedina.
- Colliére, M. (1999). *Promover a vida*. Coimbra, Portugal: Lidel.
- Cunha, M. J. S. (2009). *Investigação científica. Os passos da pesquisa científica no âmbito das ciências sociais e humanas*. Chaves: Ousadias.
- Decreto-Lei 259/2003, Série I-A de 2003-11-08*.

Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto.

Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de Janeiro

Decreto-Lei n.º 36/98, de 24 de Julho

Decreto-Lei n.º 35/99, de 5 de Fevereiro

Decreto-Lei n.º 304/2009, de 22 de Outubro

Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de Dezembro

Despacho n.º 1490/2017, de 14 de Fevereiro

Despacho n.º 10109/2014, de 6 de Agosto

Direção Geral de Saúde (2001). Rede de referência 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.

Duxbury, J.; Wright, K. (2011). Should nurses restrain violent and aggressive patients? *Nursing Times*. 107(9). 22-25.

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.

Fortin, M. F. (1999). O processo de investigação - Da conceção à realização. Loures, Portugal: Lusociência.

Fortin, M. F. (2003). O processo da investigação: da concepção à realização (3ª ed.). Loures, Portugal: Lusociências.

Fortin, M. F. (2009). O processo da investigação: da concepção à realização. Loures, Portugal: Lusociências.

Freixo, M.J.V. (2011). Metodologia Científica – Fundamentos Métodos e Técnicas. 3ª Edição. Lisboa: Instituto Piaget.

Freitas, N. (2013). Equipas de intervenção em crise (EIC) na redução dos internamentos em psiquiatria. Dissertação de mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

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.

Gonçalves-Pereira, M., Xavier, M., Neves, A., Barahona-Correa, B., e Fadden, G. (2006). Intervenções familiares na esquizofrenia: dos aspectos teóricos a situação em Lisboa, Portugal: Acta Médica Portuguesa, 19(1), 1-8.

Gomes, R. (2014). Psicoeducação unifamiliar em famílias de pessoas com doença mental grave. (Dissertação em Mestrado). Setúbal, Portugal: Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

- Hesbeen, W. (2002). *Qualidade em enfermagem. Pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hesbeen, W. (2005). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.
- Honoré, B. (2004). *Cuidar: persistir em conjunto na existência*. Loures: Lusociência.
- INEM (2007). Manual Ambulâncias SIV. Lisboa: Departamento de Emergência Médica.
- INEM (2007). Manual do Módulo de Suporte Imediato de Vida. Lisboa: Departamento de Emergência Médica.
- INEM (2012). *Emergência Médica*. Versão 1.2.
- Kaplan, H.; Sadock, B. & Colaboradores (1993). *Medicina Psiquiátrica de Emergência*. Porto Alegre, Brasil: Artes médicas.
- Lang, E. (2012). A better patient experience through better communication. *Journal of Radiology Nursing*, 31: 114-119. Recuperado de: [http://www.radiologynursing.org/article/S1546-0843\(12\)00142-3/pdf](http://www.radiologynursing.org/article/S1546-0843(12)00142-3/pdf).
- Latas, A. J., 6 Vieira, F. (2004). Notas e comentários à lei de saúde mental: lei nº 36/98, de 24 de julho. Coimbra, Editora.
- LEI DE SAÚDE MENTAL. Lei nº 36/98 de 24 de Julho.*
- Lei n.º 36/98, de 24 de julho, alterada pela Lei n.º 101/99, de 26 de julho (Lei de saúde Mental)
- Lei n.º 48/90 de 24 de agosto, alterada pela Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro (Lei de Bases da Saúde)
- Lei n.º 81/2013, de 21 de agosto (Sistema de Vigilância em Saúde Pública)
- 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.
- Mateus, Barbara (2007). *Emergência Médica Pré-Hospitalar: Que realidade?*. Loures, Portugal: Lusociência.
- Marcolan, J. (2013). Técnica terapêutica da contenção física. Lisboa, Portugal: Roca.

- Mateus, B. (2007). *Emergência Médica Pré-Hospitalar: Que realidade?* Loures: Lusociência. ISBN 978-972-8930-33-2
- McCormack, L., Treiman, K., Rupert, D., Williams-Piehot, P., Nadler, E., Arora, N., Lawrence, W., & Street, R. (2011). Measuring patient-centered communication in cancer care: A literature review and the development of a systematic approach. *Social Science & Medicine*, 72: 1085-1095. Recuperado de: <https://rti.pure.elsevier.com/en/persons/pamela-a-williams/publications/>
- Melo, M. (2005). *Comunicação com o doente. Certezas e incógnitas*. Loures, Portugal: Lusociência.
- 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.
- Ministério da Saúde (2009). *Proposta de Rede de Referência Hospitalar de Psiquiatria e Saúde Mental*. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde (2007). *Proposta de Rede de Urgência: Relatório final*. Lisboa: Comissão Técnica de Apoio e Requalificação das Urgências.
- Neeb, K. (2000). *Fundamentos de Enfermagem de Saúde Mental*. Loures, Portugal: Lusociência.
- Nogueira, V.; Cerejeira, J.. *Avaliação do doente em psiquiatria*. In Saraiva, C.; Cerejeira, J. (2015) *Psiquiatria fundamental, de acordo com a DSM 5*. Lisboa: Editora Lidel.
- 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.
- 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.*
- Ordem dos Enfermeiros (OE) (2007). Enunciado de Posição: Orientações relativas às atribuições do Enfermeiro no Pré-hospitalar. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Organização Mundial da Saúde. (2013). Mental Health Action Plan, 2013/2020. 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.*
- Pais-Ribeiro, J.L. (2008). *Metodologia de Investigação em Psicologia*. 2ª ed. Porto: Legis Editora/Livpsic.
- Peixoto, A., Simões, A., Teles et al. (Coord. Cardoso, R.M.) (2012). *Competências clínicas de comunicação*. Coordenação. Porto: Artes Gráficas, Lda.
- 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.*
- Pimenta, S.; Saraiva, C. (2015). Fundamentos de psicoterapia. In Saraiva, C.; Cerejeira, J. (2015) *Psiquiatria fundamental, de acordo com a DSM 5*. Lisboa: Editora Lidel.
- Ponce, P.; Teixeira, J. (2006). *Manual de Urgências e Emergências*. Lisboa: Lidel Edições Técnicas, Lda.
- Potter, P.; Perry, A. (2006). Fundamentos de enfermagem. Brasil: Elsevier.
- Quevedo, J.; Schmitt, R; Kapczinski, F. (2008). *Emergências Psiquiátricas*. Brasil: Artmed Editora.

- Quivy, R.; Campenhoudt, L. V. (2008) *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Regulamento n.º 129/2011 IN Diário da República, 2ª Serie – N.º 35-18 de Fevereiro de 2011, p.8669*
- República Portuguesa: Saúde (2017). *Relatório de Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 e propostas prioritárias para a extensão a 2020*. Lisboa, Portugal: Comissão Técnica de Acompanhamento da Reforma da Saúde Mental.
- Riley, J.B. (2004). *Comunicação em Enfermagem*. 4ª Edição. Loures: Lusociência.
- 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*.
- Sadock, BJ; Sadock, AS. Kaplan & Sadock (2007). *Compêndio de Psiquiatria*. 9 ed. Porto Alegre: Artmed.
- Sáez, G.J. (1994). *Salud mental y Justicia: problemática civil y penal: internamento en derecho civil y penal: peligrosidad*. Madrid: Consejo General del Poder Judicial.
- Saraiva, C.; Cerejeira, J. (2015) *Psiquiatria fundamental, de acordo com a DSM 5*. Lisboa: Editora Lidel
- 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.
- Sequeira, C. (2006). *Introdução à Prática Clínica: Do Diagnóstico à Intervenção em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria*. Coimbra, Portugal: Quarteto.
- Simões, A. (2012). *Cuidados de enfermagem em saúde mental – Perceção dos Cuidadores Informais de Pessoas com Perturbação Psicótica Crónica*. Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, novembro, Coimbra.
- Simões, F., (2011). *Ganhos em saúde com a implementação das ambulâncias SIV no socorro pré-hospitalar*. Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

- Silva, H.; Silva, P.; Azevedo, E.; Rocha, D et al (2012). *Intervenção de Enfermagem ao paciente em crise psiquiátrica nos centros de atenção psicossocial*. Brasil: Cogitare Enfermagem. 17(3).
- Stuart, G., Laraia, M. (2001). *Enfermagem Psiquiátrica: Princípios e Prática*. (6ª Ed.). Porto Alegre, Brasil: Artmed Editora.
- Tolletti, G.(2011). *Contributo dos Enfermeiros na implementação de intervenções psicossociais (IPS) dirigidas a pessoas com doença mental grave*. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 5 (Jun) 7-15
- 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.
- Vedana, K. (2016). *Urgências e Emergências Psiquiátricas*. Ribeirão Preto, Brasil: Escola Superior de Ribeirão Preto.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar, uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Yin, R. K. (2005). *Introducing the world education. A case study reader*. Thousand Oaks: Sage Publications.

APÊNDICES

APÊNDICE I – Guião da Entrevista Semi-estruturada

Guião de Entrevista Semi-Estruturada

- Na sua prática diária e perante uma pessoa com doença mental grave em situação de descompensação, qual o seu plano de atuação / como atua?
- Que tipo de dificuldades sente na prestação de cuidados às pessoas com doença mental grave em situações de descompensação?
- Tem conhecimento de algum protocolo de atuação (“guidelines”) perante situações de descompensação/crise de pessoas com doença mental grave, na instituição onde exerce funções?
- Tem conhecimento da existência de alguma Unidade de Intervenção em Crise em Portugal?
- Sabe quais os profissionais que fazem parte dessa Unidade?
- Na sua opinião, acha pertinente a criação/implementação de uma Unidade de Intervenção em Crise na Região de Coimbra?
- Quais os profissionais que devem fazer parte desta Unidade?
- Que papel atribui ao Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica na Unidade de Intervenção em Crise?
- Considera importante a formação contínua dos profissionais intervenientes nestas situações?
- Na sua opinião, quais os profissionais mais habilitados para dar formação nesta área?

APÊNDICE II – Consentimento Informado

Termo de Consentimento Informado

Autora do estudo: Enfermeira Andreia Andrade Coelho Nina, estudante do Curso de Pós-Licenciatura e Especialização e Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, no âmbito da dissertação para obtenção do grau de Mestre.

Este documento visa solicitar a sua participação na fase de colheita de dados da dissertação: “Abordagem Pré-Hospitalar do doente mental grave”, que tem como objetivo geral:

- “Conhecer a realidade atual na abordagem pré-hospitalar dos Doentes Mentais Graves descompensados (crise) na região Centro do País (Distrito de Coimbra)”.

É-lhe ainda solicitada a autorização para que o conteúdo da entrevista seja gravada em formato áudio para posterior análise e tratamento de dados.

“Eu, _____ declaro estar ciente que serei resguardado pelo sigilo absoluto dos meus dados pessoais e da minha participação no estudo e que poderei, em qualquer momento, recusar em continuar no estudo sem qualquer prejuízo para a minha pessoa. Tenho conhecimento que poderei pedir, a qualquer momento, esclarecimentos acerca deste estudo e que os dados recolhidos da entrevista serão usados apenas para fins científicos e aquando do tratamento dos mesmos serão codificados, mantendo assim o anonimato.

Depois do anteriormente referido, concordo voluntariamente em participar no referido estudo.”

Coimbra; ___ de _____ de 2013

Participante: _____

Autora do estudo: _____