

**Universidade de Évora**

***“Intervenção no Doente com Alteração de Saúde Mental e  
Psiquiátrica no Serviço de Urgência Geral”***

**Joaquim Manuel Castanho Brissos**

**Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria**

**Orientadora**

**Dulce Cabral Magalhães**

**2010**

**Universidade de Évora**

***“Intervenção no Doente com Alteração de Saúde Mental e  
Psiquiátrica no Serviço de Urgência Geral”***

**Joaquim Manuel Castanho Brissos**

**Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria**



184609

**Orientadora**

**Dulce Cabral Magalhães**

ESESJD

2010

# Índice

0	– INTRODUÇÃO .....	13
1	– ANÁLISE DO CONTEXTO.....	18
1.1	– Caracterização do ambiente do campo clínico .....	18
1.2	– Caracterização dos recursos materiais e humanos.....	20
2	– ANÁLISE DA POPULAÇÃO .....	23
2.1	– Caracterização geral da população .....	23
3	– METODOLOGIAS .....	46
3.1	– Recursos materiais, humanos, entidades envolvidas e contactos desenvolvidos .	46
3.2	– Organização interna do projecto.....	49
3.3	– Cronograma desenvolvido.....	52
4	– DADOS OBTIDOS.....	53
4.1	– Análise das intervenções .....	53
5	– ANÁLISE REFLEXIVA DOS DADOS.....	94
5.1	– Dados e ganhos em saúde .....	94
5.2	– Estrutura conceptual dos dados.....	99
6	– REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	102
	Anexo 1 – Projecto inicial .....	105
	Anexo 2 – Guião da entrevista fornecido pelo Departamento de Saúde Mental e Psiquiatria de Beja.....	109
	Anexo 3 – O meu guião da entrevista.....	111
	Anexo 4 – Quadros .....	112

## Índice de gráficos

Nº	Nome	Nº pág.
Gráfico 1	- Total de admissões no Serviço de Urgência.....	23
Gráfico 2	- Grupos admitidos no Serviço de Urgência.....	24
Gráfico 3	- Triage de doentes com alteração de saúde mental .....	24
Gráfico 4	- Total de doentes admitidos com alteração de S.M. e PS. ....	25
Gráfico 5	- Valor percentual dos doentes admitidos por ano .....	25
Gráfico 6	- Valor percentual de cada fluxograma.....	26
Gráfico 7	- Evolução do fluxograma da auto agressão.....	26
Gráfico 8	- Evolução do fluxograma da sobredosagem ou envenenamento...	26
Gráfico 9	- Evolução do fluxograma da doença mental.....	27
Gráfico 10	- Evolução do fluxograma do comportamento estranho.....	27
Gráfico 11	- Distribuição do fluxograma auto agressão por sexo e ano.....	28
Gráfico 12	- Distribuição do Fluxograma auto agressão por ano e grupo etário .....	28
Gráfico 13	- Distribuição do fluxograma auto agressão do total dos 3 anos pelos grupos etários.....	28
Gráfico 14	- Distribuição do doentes admitidos por Auto agressão, por ano e concelho.....	29
Gráfico 15	- Distribuição do total de doentes admitidos por Auto agressão, por concelho .....	29
Gráfico 16	- Distribuição dos doentes admitidos por sobredosagem ou envenenamento por género e ano.....	30
Gráfico 17	- Distribuição percentual dos doentes por Sobredosagem ou envenenamento por género e ano.....	30
Gráfico 18	- Distribuição dos doentes admitidos por Sobredosagem ou envenenamento, por grupo etário e ano.....	31
Gráfico 19	- Distribuição percentual do total de doentes admitidos por Sobredosagem ou envenenamento, por grupo etário.....	31
Gráfico 20	- Distribuição do total de doentes admitidos por Sobredosagem ou envenenamento, por concelho.....	32

Gráfico 21	- Distribuição percentual do total de doentes admitidos por sobredosagem ou envenenamento, por concelho .....	32
Gráfico 22	- Distribuição do total de habitantes por concelho do Distrito de Beja.....	33
Gráfico 23	- Distribuição da incidência das S.E. por concelho.....	33
Gráfico 24	- Distribuição dos doentes admitidos por Doença mental, por género e por ano .....	34
Gráfico 25	- Distribuição percentual dos doentes admitidos por doença mental, por género e por ano.....	35
Gráfico 26	- Distribuição dos doentes admitidos por doença mental, por grupo etário e por ano.....	35
Gráfico 27	- Distribuição percentual do total de doentes admitidos por doença mental, segundo o grupo etário.....	36
Gráfico 28	- Distribuição dos doentes admitidos por doença mental, segundo a proveniência e o ano.....	36
Gráfico 29	- Distribuição percentual dos doentes admitidos por doença mental, segundo a proveniência.....	37
Gráfico 30	- Distribuição percentual dos doentes admitidos por doença mental, segundo o género e o ano.....	37
Gráfico 31	- Distribuição dos doentes admitidos por comportamento estranho, segundo o grupo etário e o ano.....	38
Gráfico 32	- Distribuição percentual do total de doentes admitidos por .comportamento estranho, segundo o grupo etário.....	38
Gráfico 33	- Distribuição dos doentes admitidos por comportamento estranho, segundo o ano e concelho.....	39
Gráfico 34	- Distribuição percentual do total de doentes admitidos por comportamento estranho, segundo o concelho.....	39
Gráfico 35	- Distribuição dos doentes admitidos por auto agressão, após alta.....	40

Gráfico 36	- Distribuição percentual do total de doentes admitidos por auto agressão, segundo encaminhamento pós alta .....	41
Gráfico 37	- Distribuição percentual do total de doentes admitidos por comportamento estranho, segundo encaminhamento pós alta.....	41
Gráfico 38	- Distribuição percentual dos doentes admitidos por comportamento estranho, segundo encaminhamento pós alta e ano.....	42
Gráfico 39	- Distribuição percentual do total de doentes admitidos por doença mental, segundo encaminhamento pós alta .....	42
Gráfico 40	- Distribuição percentual do total de doentes admitidos por doença mental, segundo encaminhamento pós alta e ano .....	43
Gráfico 41	- Distribuição percentual do total de doentes admitidos por sobredosagem ou envenenamento, segundo encaminhamento pós alta.....	43
Gráfico 42	- Distribuição percentual dos doentes admitidos por sobredosagem ou envenenamento, segundo encaminhamento pós alta e ano.....	44
Gráfico 43	- Distribuição dos doentes com intervenção segundo o Género....	53
Gráfico 44	- Distribuição percentual dos doentes com intervenção segundo o Género.....	53
Gráfico 45	- Distribuição dos doentes com intervenções segundo o ano.....	54
Gráfico 46	- Distribuição percentual dos doentes com intervenções segundo o ano.....	55
Gráfico 47	- Distribuição percentual segundo a proveniência dos doentes com intervenções.....	55
Gráfico 48	- Distribuição percentual dos doentes com intervenções segundo os grupos etários .....	56
Gráfico 49	- Distribuição percentual dos doentes com intervenções segundo a causa de admissão .....	57
Gráfico 50	- Distribuição percentual por género, do valor total das tentativas de suicídio.....	57

Gráfico 51	- Distribuição percentual dos doentes com tentativa de suicídio segundo o género e o grupo etário .....	58
Gráfico 52	- Distribuição percentual do total das situações parassuicidas, segundo o género .....	59
Gráfico 53	- Distribuição percentual dos doentes com parassuicidio segundo o género e o grupo etário .....	59
Gráfico 54	- Distribuição percentual do total de episódios depressivos, segundo o género .....	60
Gráfico 55	- Distribuição percentual dos doentes com episódios depressivos segundo o género e o grupo etário .....	60
Gráfico 56	- Distribuição percentual do total de episódios maníacos, segundo o género.....	61
Gráfico 57	- Distribuição percentual dos doentes com episódios maníacos segundo o género e o grupo etário .....	61
Gráfico 58	- Distribuição percentual do total de episódios de ansiedade, segundo o género.....	62
Gráfico 59	- Distribuição percentual dos doentes com episódios de ansiedade, segundo o género e o grupo etário .....	62
Gráfico 60	- Distribuição percentual do total de episódios de adição, segundo o género.....	63
Gráfico 61	- Distribuição percentual dos doentes com episódios de adição segundo o género e o grupo etário .....	63
Gráfico 62	- Distribuição percentual do total de episódios de psiquiatria de ligação, segundo o género .....	64
Gráfico 63	- Distribuição percentual dos doentes com episódios de psiquiatria de ligação, segundo o género e o grupo etário.....	64
Gráfico 64	- Distribuição percentual dos episódios de delirium, segundo o género .....	65
Gráfico 65	- Distribuição percentual dos doentes com episódios de delirium , segundo o género e o grupo etário .....	65

Gráfico 66	- Distribuição percentual dos episódios de violência doméstica, segundo o género .....	66
Gráfico 67	- Distribuição percentual dos doentes com episódios de violência doméstica, segundo o género e o grupo etário .....	66
Gráfico 68	- Distribuição do número de episódios por causa .....	68
Gráfico 69	- Comparação do número de episódios por causa de intervenção...	69
Gráfico 70	- Distribuição perante o estado civil e o comportamento suicidário – Tentativa de suicídio .....	70
Gráfico 71	- Distribuição perante o estado civil e o comportamento suicidário – parassuicídio.....	71
Gráfico 72	- Distribuição perante o estado civil e os episódios depressivos.....	71
Gráfico 73	- Distribuição perante o estado civil e os episódios maníacos.....	72
Gráfico 74	- Distribuição perante o estado civil e os episódios de ansiedade.....	72
Gráfico 75	- Distribuição perante o estado civil e os episódios de adição.....	73
Gráfico 76	- Distribuição perante o estado civil e os episódios de psiquiatria de ligação.....	73
Gráfico 77	- Distribuição perante o estado civil e os episódios de delirium...	74
Gráfico 78	- Distribuição perante o estado civil e os episódios de violência doméstica .....	74
Gráfico 79	- Distribuição percentual do somatório das causas, pelos agregados familiares .....	77
Gráfico 80	- Distribuição percentual do somatório das causas, pelo grupo profissional.....	79
Gráfico 81	- Distribuição percentual do somatório das causas, pelos hábitos...	80
Gráfico 82	- Distribuição percentual do somatório das causas, pelos antecedentes familiares.....	81
Gráfico 83	- Distribuição percentual do somatório das causas, pelos antecedentes pessoais.....	82
Gráfico 84	- Distribuição percentual do somatório das causas, pelo tempo de evolução das queixas .....	83

Gráfico 85	- Distribuição percentual do somatório das causas, pelas causas do episódio.....	84
Gráfico 86	- Distribuição percentual dos sintomas dos doentes com comportamento suicidário – tentativa de suicídio .....	86
Gráfico 87	- Distribuição percentual dos sintomas dos doentes com comportamento suicidário – parassuicídio .....	86
Gráfico 88	- Distribuição percentual dos Sintomas dos doentes com transtorno de humor – episódio depressivo.....	87
Gráfico 89	- Distribuição percentual dos sintomas dos doentes com episódios de ansiedade .....	87
Gráfico 90	- Distribuição percentual dos sintomas dos doentes com transtorno de humor – episódio maníaco .....	88
Gráfico 91	- Distribuição percentual dos sintomas dos doentes com episódios de adição.....	88
Gráfico 92	- Distribuição percentual dos sintomas dos doentes com episódios de psiquiatria de ligação... ..	89
Gráfico 93	- Distribuição percentual dos sintomas dos doentes com episódios de delirium.....	89
Gráfico 94	- Distribuição percentual dos sintomas dos doentes com episódios de violência doméstica .....	90
Gráfico 95	- Distribuição percentual do somatório das causas pelos intervenientes no serviço de urgência .....	91
Gráfico 96	- Distribuição percentual do somatório das causas pelos encaminhamentos.....	92

## Índice de Quadros

Nº	Nome	Nº pág.
Quadro 1	- Tipo de comportamento por género Masculino e grupo etário	113
Quadro 2	- Tipo de comportamento por género Feminino e grupo etário.	114
Quadro 3	- Causas de intervenção por agregado familiar.....	115
Quadro 4	- Causas de intervenção por grupo profissional.....	116
Quadro 5	- Causas de intervenção por hábitos .....	117
Quadro 6	- Causas de intervenção pelos antecedentes familiares.....	118
Quadro 7	- Causas de intervenção pelos antecedentes pessoais .....	119
Quadro 8	- Causas de intervenção pelo tempo de evolução das queixas...	120
Quadro 9	- Causas de intervenção relacionadas com as causas do episódio .....	121
Quadro 10	- Causas de intervenção pelos intervenientes necessários no serviço de urgência .....	122
Quadro 11	- Causas de intervenção pelo encaminhamento de doentes ...	123

## Resumo

O utente com alteração de saúde mental e psiquiátrica surge no serviço de urgência geral como “um entre muitos”. Porém, a especificidade desta área de intervenção e a inexistência de profissionais com conhecimentos específicos que possibilitem uma intervenção cuidada, atempada e eficaz tem influência na qualidade dos cuidados prestados, acrescendo os custos em saúde, pela dificuldade de gestão dos recursos existentes.

Foi com base em toda esta problemática e na ineficácia de intervenção que existia face ao doente com alteração de saúde mental e psiquiátrica no serviço de urgência geral do Hospital José Joaquim Fernandes, que me propus desenvolver nesta área um projecto de intervenção específico e simultaneamente abrangente.

O projecto teve início em Março de 2007 e o presente relatório refere-se ao triénio 2007 a 2009.

O objectivo deste relatório foi descrever o potencial de intervenção existente no serviço de urgência geral, as intervenções efectuadas, os resultados e ganhos atingidos em saúde.

Numa primeira parte foi feita uma análise e caracterização dos doentes admitidos e triados pelos fluxogramas potencialmente detentores de alterações de saúde mental e psiquiátricas; na segunda parte foi feita a caracterização dos utentes com os quais efectuei intervenções e por fim uma análise dos resultados atingidos com essas intervenções.

Os resultados obtidos nestes três anos de desenvolvimento do projecto conseguiram-se ganhos importantes em saúde: a equipa multiprofissional do serviço de urgência mais desperta e motivada para a problemática deste tipo de utentes, uma melhor qualidade dos cuidados prestados, uma utilização e gestão dos recursos existentes nesta área para resolução atempada das problemáticas existentes e uma redução de custos com a deslocação por vezes desnecessária para um hospital central.

## “Intervention with the patient with mental and psychiatric disturbance in the general emergency room”

### Abstract

The patient with mental and psychiatric disturbance appears in the general emergency room as “one among many others”. However, the specificity of this intervention area and the existence of professionals with skills which allow a careful, timely and effective intervention affects the quality of the care provided and increases health costs, due to difficulties in the management of existing resources.

Based on this issue and on the intervention inefficiency that used to prevail towards the patient in Hospital José Joaquim Fernandes, I decided to develop an intervention project, both specific and comprehensive.

The Project began in March, 2007 and the present report refers to the triennium 2007/2009.

The goal of this report is to describe the existing intervention potential in the general emergency room, the interventions carried out, the results and the gains.

Firstly, an analysis and a portrait of potentially mental and psychiatric disturbance holders, allowed and screened by the flowcharts, was carried out. Secondly, a portrait of patients with whom I had interventions was made and, finally, an analysis of results reached by those interventions is presented.

The results obtained in the last three years of project development show important health gains: the emergency room multiprofessional team is more alert and motivated to this type of patients issue; the use and management of existing resources in this area, aiming at a timely resolution of troubles and a reduction of costs (obtained with the unnecessary transfer of patients to a central hospital), is now more effective.

## 0 – INTRODUÇÃO

A Enfermagem surge-nos como uma ciência que tem evoluído ao longo dos anos, assumindo como princípio que para a aquisição e transmissão de conhecimentos, o seu funcionamento tem que assentar numa base científica. Já Florence Nightingale citada por A.Pfetscher (2004) refere-nos que a Enfermagem é ter a responsabilidade pela saúde de alguém. Ao longo dos anos a responsabilização pela saúde, nas suas diversas valências de prevenção e actuação, tem sido uma constante. Porém, a noção de saúde é algo cada vez mais abrangente e com possibilidades de intervenção, possibilitando múltiplas intervenções e uma especialização cada vez maior.

Porém, será que enquanto enfermeiros sabemos a nossa função? E a sociedade? Nem sempre estas questões estão claras, para nós e para os outros. Adam (1983) refere-nos que apesar da antiguidade da enfermagem, a nossa missão social nem sempre é clara. Andamos com a constante dúvida, para a maioria pouco incomodativa, da dependência/independência. Na realidade a maioria dos enfermeiros não sente necessidade em se autodefinir e mantemos uma constante dúvida sobre as nossas funções “delegadas”, “conquistadas” e/ou reconhecidas.

Estas dúvidas, acompanham-nos um pouco por todo o lado e por todas as áreas, sabendo que o reconhecimento de cada um de nós e da nossa profissão depende de nós, enquanto enfermeiros, classe e profissão.

A enfermagem de saúde mental e psiquiátrica surge-nos como uma área específica da enfermagem que se generaliza em muitos casos, mas que se especifica em outras situações. A intervenção de enfermagem no doente e família pressupõe a existência de conhecimentos sobre a enfermagem e a enfermagem psiquiátrica. Tayler (1992, p46) refere *“Os seres humanos são vistos como sistemas complexos de partes inter relacionadas e o seu todo é maior que a soma das suas partes”*. A perspectiva holística da abordagem de enfermagem frisada pela autora, em que, a necessidade de existir uma compreensão sistémica do ser humano e interrelacional, quer com os factores inter, extra ou intra pessoal, possibilita ao enfermeiro de possuir uma visão holística, global e relacional diferente que qualquer outro profissional e acima de tudo compreensível por todos.

Esta característica inerente à enfermagem psiquiátrica não será mais que uma característica inerente ao enfermeiro, independentemente da sua categoria profissional. Porém, verificamos que o especialista nesta área deverá tê-la de uma forma mais interiorizada e utilizá-la com todas as especificidades que lhe são inerentes.

Segundo Taylor (1992), é inerente à prática da enfermagem psiquiátrica a aceitação do paciente como ser humano único e individual e será essa a prática que definirá a especificidade desse profissional na sua actuação.

Aproximamo-nos assim da essência da enfermagem, a relação estabelecida – essa constante determina que por um lado sejamos capazes de “aceitar” o outro identificando as suas características, porém temos previamente de nos conhecer a nós próprios, o nosso “eu”. Lopes (2006) fala-nos do nosso eu como instrumento terapêutico, o que pressupõe que tenhamos um auto conhecimento elevado e possuímos uma integração do “eu”, para que tenhamos uma acção terapêutica eficaz.

Por outro lado é importante que a enfermagem e a relação estabelecida seja uma relação salutar, tal como nos refere Ribeiro (1995), citado por Lopes (1999), “os cuidados de enfermagem devem estar direccionados para que o doente seja considerado pelos enfermeiros como um fim e não com um meio”.

A relação terapêutica estabelecida em enfermagem deverá ter vários pressupostos identificáveis como características ideais para que seja considerada como útil. É preciso que o enfermeiro terapeuta tenha em conta esses conceitos, individuais, do utente e da relação.

O doente mental surge nos hospitais com uma conotação pesada, acarretada ao longo da história, com a chegada a um paradigma emergente na renovação do atendimento do doente mental. Lucchesi e Malik (2009) referem-nos este aspecto, como a grande transformação que surge com e no doente mental. As alterações que são acometidas pela modificação do cuidar deste tipo de doentes, a perspectiva da sociedade perante o doente mental.

Assim, a desinstitucionalização é um dos quadros representativos da mudança de paradigma. É preciso retirar o doente das institucionalizações e cuidar do doente

devolvendo-o à sociedade. Assim a filosofia do cuidar e tratar do doente mental assenta na sua autonomia, liberdade e características individuais.

A viabilidade dos internamentos psiquiátricos nos hospitais gerais é assim a “chegada” do doente psiquiátrico junto de toda a comunidade terapêutica, generalizando a doença como um processo que poderá ter afectação multifacetada, porém, não rotulando o doente em função do seu diagnóstico médico. Todo o processo é influenciado e poder-se-á verificar que a filosofia de tratamento do doente é assim modificada, “trata-se do doente que vai regressar à sociedade o mais rapidamente possível”. Temos aqui outro elemento essencial na abordagem e na integração: a família.

O doente que chega junto da instituição geral hospitalar, apesar de apresentar uma instabilidade mental, deve ter abordagem multiprofissional, além de se verificar que pode estar integrado numa outra patologia dentro de outra especialidade.

Foi no contexto desta problemática que o presente relatório é elaborado e contextualizado no âmbito do Curso de Mestrado de Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus (Universidade de Évora).

O relatório tem por base o projecto que se desenvolve no Serviço de Urgência Geral do Hospital José Joaquim Fernandes da Unidade local de Saúde do Baixo Alentejo, do qual sou o responsável.

Este projecto, que teve o seu início em Março de 2007, foi por mim apresentado à Administração do Hospital, após ter terminado, em Fevereiro de 2007, o Curso de Especialização em Saúde Mental e Psiquiátrica. O projecto continua a decorrer. O seu principal objectivo é a intervenção nos doentes com alterações de saúde mental e psiquiátrica que ocorrem ao serviço de urgência.

Este relatório refere-se ao desenvolvimento do projecto desde o seu início (Março de 2007) até ao final do ano de 2009. Estes três primeiros anos de desenvolvimento do projecto apresentam já um conjunto de dados que permitem fazer uma primeira análise e uma avaliação ao seu desenvolvimento e aos resultados obtidos. É esta primeira análise e avaliação que constam no relatório, ao qual se deu o título: “ *Intervenção no doente com alteração de saúde mental e psiquiátrica no serviço de urgência geral*”.

A estruturação do relatório foi feita de forma a dar-lhe uma lógica e uma sequência. Assim, dividimo-la em 5 fases:

- Na primeira, apresenta-se a génese e as razões que levaram a apresentar e depois executar o projecto (análise do contexto);
- Na segunda, é feita a avaliação da população alvo, ou seja, aquela com a qual iria principalmente trabalhar (análise da população);
- Na terceira, apresenta-se e descreve-se a planificação necessária para executar o projecto (metodologias);
- Na quarta, apresentam-se os resultados obtidos das intervenções efectuadas até ao final de 2009 (dados obtidos);
- Na quinta, é feita a análise dos resultados, referindo os ganhos em saúde alcançados, contextualizados com a estrutura conceptual do relatório e a sua integração como modelo de enfermagem (análise reflexiva dos dados)

Como já foi referido, para além do seu objectivo académico (obtenção de um grau académico), o presente relatório tem como objectivo descrever todo o processo desenvolvido e alcançado com a execução de um projecto de intervenção em saúde mental e psiquiatria num serviço de urgência geral, colocando como áreas fundamentais:

- A importância para a área da saúde
- Os ganhos em saúde
- A contextualização enquanto intervenção que será integrada e explicada à luz de um modelo conceptual de enfermagem

Pretendo, enquanto quadro explicativo e de contexto, mostrar o percurso de intervenção e contextualização, desde o pressuposto inicial (psiquiatria de ligação) até à integração final – integração no modelo teórico de Betty Neuman.

É fundamental a divulgação dos trabalhos que se desenvolvem em enfermagem e valorizar quer perante o nosso grupo profissional quer perante outros grupos profissionais e a comunidade em geral, o que fazemos e os resultados que alcançamos. A aprendizagem em enfermagem é um processo contínuo e quanto mais se “aprender”, também mais a comunidade “aprende” e pode ter melhor qualidade de vida.

Neste relatório os resultados obtidos são fruto de aprendizagem e competências específicas adquiridas na área da saúde mental e psiquiatria, sem as quais não teria sido possível a concepção e a execução do projecto ao qual o relatório se refere.

Por último, pretendemos demonstrar que é possível o desenvolvimento de projectos de enfermagem em contexto hospitalar e que os enfermeiros devem valorizar a aquisição de competências específicas que lhes permitam uma intervenção multiprofissional de forma a colocarem em prática os conhecimentos adquiridos e consistência dos mesmos.

# **1 – ANÁLISE DO CONTEXTO**

## **1.1 – Caracterização do ambiente do campo clínico**

Na Pós-Graduação em Saúde Mental e Psiquiátrica o meu estágio foi efectuado em Psiquiatria de Ligação. Quer a formação teórica, quer a formação prática conseguida em termos de estágio fomentaram o interesse por esta área específica da saúde mental, mais concretamente a Psiquiatria de Ligação. É claro que também fui motivado pelos docentes da especialização, que muito me incentivaram a enveredar por esta área específica.

O estágio desenvolvido no serviço de urgência do Hospital do Espírito Santo – Évora, no serviço de ortopedia do mesmo hospital e em termos comunitários na cidade de Évora, potenciou e possibilitou tomar contacto com a abrangência da psiquiatria de ligação, o potencial de aplicação e os benefícios associados.

Assim, sendo detentor de novos conhecimentos e competências numa área de intervenção não utilizada na minha instituição resolvi apresentar e iniciar a execução de um projecto a desenvolver no serviço de urgência do Hospital José Joaquim Fernandes em Beja.

O objectivo inicial seria a intervenção em termos de psiquiatria de ligação e no doente com alterações de saúde mental e psiquiátricas no serviço de urgência, objectivo este que amadurecendo e alargando horizontes quer na sua fase de planificação inicial, quer na sua concretização, quer actualmente em que constantemente é possível efectuar novos acréscimos.

Até então não existia a abordagem de psiquiatria de ligação neste serviço e o doente psiquiátrico em termos de enfermagem restringia-se à mera descrição e abordagem sucinta da problemática do doente, sem existir uma responsabilização de Enfermagem sobre a avaliação e encaminhamento do doente. Todo processo na sua quase totalidade envolvia apenas o médico, o qual assumia assim a responsabilidade em todas as fases.

Por outro lado o conhecimento específico da área de saúde mental e psiquiátrica ficava muito aquém do desejado em termos multiprofissionais, levando a que se identificasse como uma área mais “temida” e menos valorizada dentro de um serviço de urgência geral.

Em termos de circuito o doente após a sua inscrição e posterior triagem aguardava uma avaliação médica a nível do seu problema base, sendo obviamente intervencionado com os actos de enfermagem necessários e conhecidos consoante a sua necessidade (lavagem gástrica, contenção física, administração de sedativos, etc). Posteriormente o médico efectuava um contacto com o colega do Departamento de Saúde Mental (caso fosse este o local de encaminhamento) com a finalidade de o encaminhar para esta instituição a fim de lhe serem prestados os cuidados necessários.

O doente seria observado pelo médico num dos catres no balcão geral, com defice acentuado de privacidade.

Assim, em termos de enfermagem a abordagem era escassa, muito superficial, sendo negligenciadas muitas potenciais necessidades de intervenção. O doente aguardava o encaminhamento médico. Face às dificuldades de encaminhamento do doente, pois grande parte dos doentes teriam como local de destino o Departamento de Saúde Mental, era necessário o contacto telefónico do médico psiquiatra de urgência. Em muitas das ocasiões o psiquiatra não estava de serviço, assim como não estava disponível para atender o telefone. Nestes casos a intervenção da enfermagem era praticamente nula e muitos doentes eram encaminhados para o médico de família sem avaliação da equipa de psiquiatria, ou então, enviados ao Hospital Curry Cabral para que lhe fosse efectuada uma avaliação psiquiátrica.

Todos estes factores contribuíam para a desmotivação da equipa de enfermagem e muito pouco sensibilizada para a problemática do doente com alteração de saúde mental e psiquiátrica, sendo este doente observado como um elemento estranho ao serviço de urgência geral.

Todos estes factos e todas estas lacunas identificadas, associado aos conhecimentos adquiridos, levaram a que levantasse a necessidade de modificar atitudes e disponibilizar um recurso especializado nesta área, como um meio para alcançar uma melhoria na qualidade dos cuidados prestados e uma mais-valia para a equipa e para os doentes.

## **1.2 – Caracterização dos recursos materiais e humanos**

O serviço de urgência geral encontra-se localizado no Hospital José Joaquim Fernandes, que pertence desde 2007 à Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo EPE. Esta Unidade é constituída por dois hospitais, o Hospital José Joaquim Fernandes em Beja e o Hospital de S. Paulo em Serpa e ainda por todos os Centros de Saúde do Distrito de Beja, excepto o Centro de Saúde de Odemira.

O Hospital José Joaquim Fernandes é constituído por todas as estruturas físicas existentes dentro do seu perímetro e ainda o Departamento de Saúde Mental e Psiquiatria que se localiza fora desta estrutura, mas próximo geograficamente.

Para o Hospital José Joaquim Fernandes são encaminhados todos os doentes do Distrito de Beja (excepto o concelho de Odemira) uma vez que é o único que possui serviço de urgência. O hospital de S. Paulo possui uma unidade de cuidados continuados e um serviço de atendimento permanente.

O serviço de urgência serve de admissão aos três tipos de urgência (adultos, pediátricos e obstétricas e ginecológicas). Porém, após as inscrições e a triagem só se mantém no serviço de urgência geral os adultos ou crianças em situação traumatológica, os restantes são encaminhados para os respectivos serviços (urgência pediátrica e urgência obstétrica/ginecológica), urgências estas que se situam em instalações próprias fora da urgência geral, podendo no entanto existir um encaminhamento e reencaminhamento de doentes entre os três tipos de urgência.

Em termos de estrutura física o serviço dispõe de Balcão geral de admissão, posto de triagem, sala de espera para doentes triados com prioridade amarela e laranja, sala de espera para doentes triados com prioridades azul e verde, 3 WC para doentes e acompanhantes, sala de atendimento da Assistente Social, sala polivalente sendo utilizada no atendimento dos doentes com alteração de saúde mental e psiquiátrica, sala de lazer provida de máquina de café e pequenas refeições, sala de emergência com 2 macas, sala de decisão terapêutica (com lugar para 8 macas), sala de atendimento de ortopedia, sala de gessos, sala de pequena cirurgia, balcão de atendimento (com 4 catres individualizados), sala de inaloterapia (com 8 cadeirões), sala de observações (com 5 camas e lugar para cerca de 10 macas), gabinete da direcção do serviço, gabinete de

enfermagem (sala de descanso), gabinete médico (sala de descanso), copa, 1 sala de observação de oftalmologia, 2 WC de pessoal de serviço, WC de doentes, 1 Armazém geral, 1 Armazém de soros, 1 Armazém de roupa

Em termos de recursos humanos, o serviço de urgência dispõe de:

Enfermagem, este grupo profissional são 34 elementos, sendo nomeadamente; 1 Chefe de serviço / especialista em Enfermagem de reabilitação, 1 Responsável de serviço / especialista em saúde mental e psiquiatria, 1 Especialista em Enfermagem médico-cirúrgica e 31 Enfermeiros generalistas.

Médicos que estão presentes por turnos de 24h, são: 3 Generalistas a efectuar o primeiro atendimento, 2 de Medicina interna, 2 Cirurgiões, 2 Ortopedistas.

Acessíveis ao serviço de urgência encontram-se: 1 O.R.L., 1 Cardiologista, 1 Gastrenterologista, 1 Imunohemoterapia, 1 Radiologista, 2 Anestésista, 2 Pediatras, 1 Neurologista e 1 Urologista.

Relativamente ao grupo de Assistentes Operacionais são 22 Assistentes operacionais masculinos e 9 Assistentes operacionais femininas.

Os Assistentes técnicos são 8 do posto administrativo e 2 Assistentes Técnicas do S.O.

Além destes profissionais existe ainda 3 Assistentes Sociais e 3 Seguranças.

Em termos de Enfermagem e durante cada um dos turnos verifica-se o seguinte número de elementos por sector: Nos turnos da manhã estão presentes: 1 Chefe de serviço (dias úteis), 1 Responsável de serviço/especialista de saúde mental e psiquiatria (dias úteis), 1 Responsável de turno, 1 de Triagem, 1 de Balcão, 1 de Sala de decisão terapêutica, 1 de Sala de emergência, 1 de pequena cirurgia / ortopedia e 1 de Sala de observações.

Nos turnos da tarde estão presentes: 1 Responsável de turno, 1 de Triagem, 1 de Balcão, 1 de Sala de decisão terapêutica, 1 de Sala de emergência, 1 de Pequena cirurgia / ortopedia e 1 de Sala de observações.

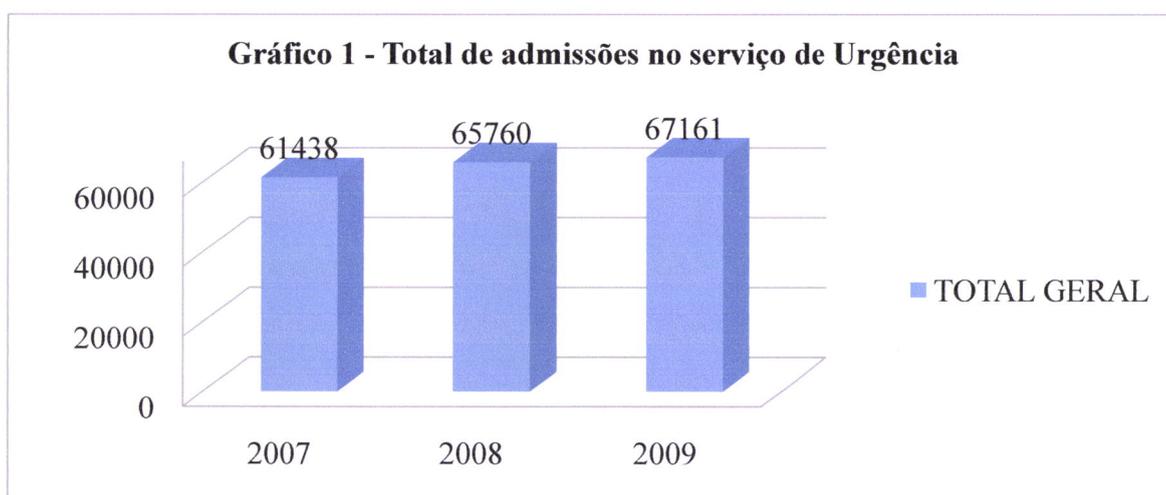
Por fim, nos turnos da noite estão presentes: 1 Responsável de turno, 1 de Triagem, 1 de Balcão /Sala de decisão terapêutica / pequena cirurgia/ortopedia, 1 de Sala de emergência e 1 de Sala de Observações.

## 2 – ANÁLISE DA POPULAÇÃO

### 2.1 – Caracterização geral da população

O serviço de urgência caracteriza-se pela admissão de doentes, oriundos na sua maioria dos 14 concelhos que compõem o distrito de Beja. Desde 2008, os doentes do concelho de Odemira com necessidades de apoio diferenciado são encaminhados para o Hospital do Litoral Alentejano que se situa em Santiago do Cacém.

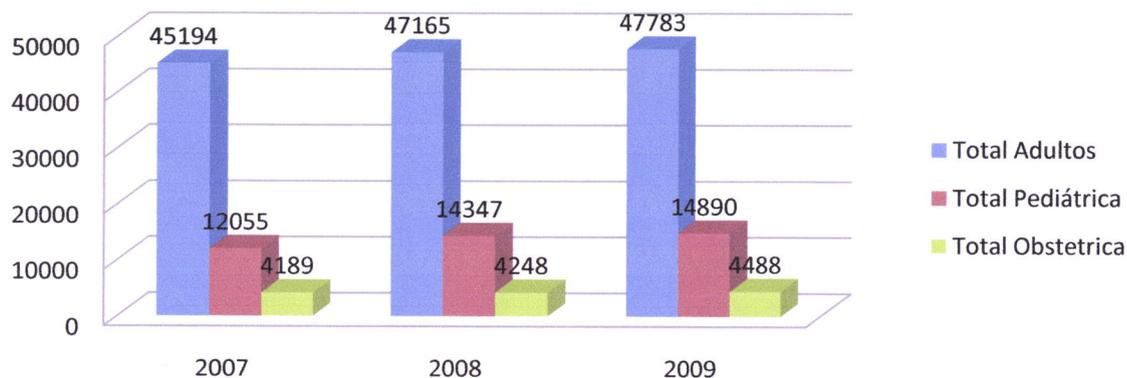
Durante o período (2007-2009) verifica-se que o número de doentes admitidos tem crescido anualmente (gráfico 1).



O total geral a que nos referimos corresponde a admissões com inscrição no posto administrativo da urgência de todos os grupos, quer sejam pediátricos (até aos 14 anos inclusive), obstétricos ou adultos. Verifica-se que o número de doentes também tem crescido anualmente em cada uma das áreas de admissão, tal como podemos verificar no Gráfico 2. Porém cada um dos três grupos tem áreas de atendimento diferenciadas; as urgências obstétricas são encaminhadas para o piso 5 (serviço de obstetrícia) e as urgências pediátricas para a urgência pediátrica que se localiza geograficamente próximo da urgência geral.

É do grupo de adultos admitidos no serviço de urgência que surge a população alvo do projecto, ou seja, a população admitida no serviço de urgência com idades superiores a 15 anos (inclusive), com atendimento exclusivo no serviço de urgência geral.

**Gráfico 2 - Grupos admitidos no serviço de urgência**



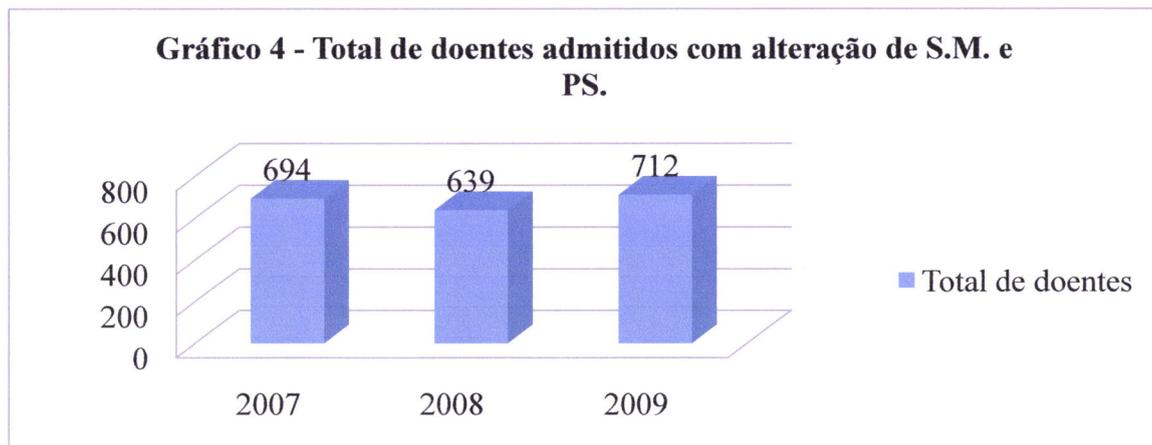
A identificação dos doentes com potencial alteração de saúde mental e psiquiátrica é feita através da triagem de Manchester. Assim, o Enfermeiro que faz a triagem identifica o fluxograma em que cada um dos doentes melhor se integra pelas queixas apresentadas. A triagem de Manchester tem 52 fluxogramas, quatro destes são mais aplicados a doentes com alteração de saúde mental e psiquiátrica (auto-agressão, sobredosagem ou envenenamento, doença mental e comportamento estranho).

O número total de doentes admitidos no serviço de urgência entre 2007 e 2009 com alterações de saúde mental ou psiquiátricas identificadas a quando da triagem figuram no Gráfico 3.

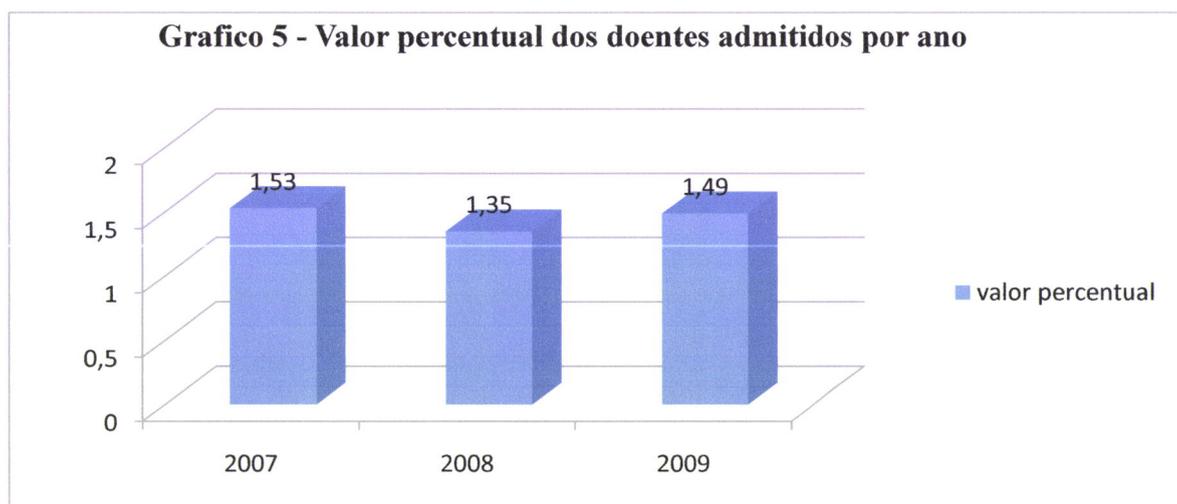
**Gráfico 3 - Triagem de doentes de com alterações de saúde mental**



No gráfico 4 representa-se o número total de doentes admitidos anualmente com alterações de saúde mental e psiquiátrica.



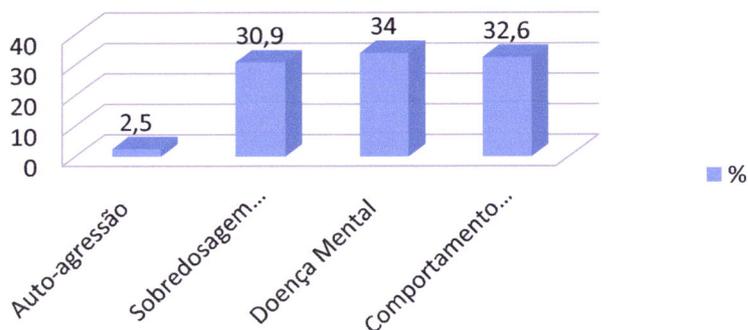
O número anual de doentes (694, em 2007; 639, em 2008; 712 em 2009) com alterações de saúde mental e psiquiátrica corresponde a cerca de 1,5 % (1,53% em 2007; 1,35% em 2008; 1,49 em 2009) do total de doentes que recorre ao serviço de urgência do hospital (Gráfico 5).



O valor percentual tem variação anual pouco significativa. A percentagem mais elevada verificou-se em 2007 e a mais reduzida em 2008. Todavia, é importante referir que entre 2007 e 2008 ocorreu uma redução de 7,9% nos doentes que ocorreram e que, entre 2008 e 2009, registou-se um aumento de 11,4%. Não foi encontrada explicação para estas oscilações.

Todavia, é considerável o número total de doentes admitidos pelos 4 fluxogramas, assim como, aqueles que admitidos por outra causa e que durante a sua permanência no serviço de urgência foi verificado a necessidade de intervir. Este número não é

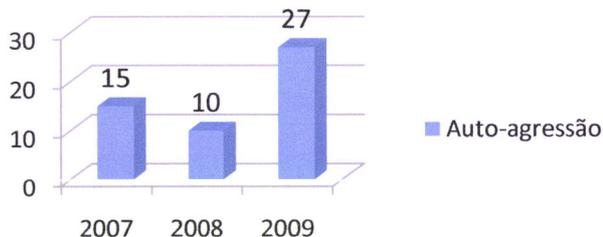
**Gráfico 6 - Valor percentual de cada fluxograma**



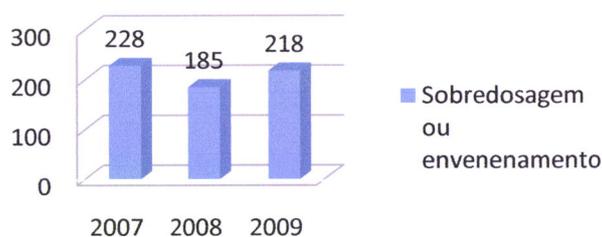
identificável na sua admissão surgindo apenas nas minhas intervenções individuais.

Como pode ser verificado no gráfico 6 do total de doentes admitidos durante os três anos nos quatro fluxogramas verifica-se que o menor número é referente a doentes por auto agressão (2,5%), existindo posteriormente uma diferença pouco significativa nos restantes 3 fluxogramas, sendo o mais evidente a doença mental com 34% dos doentes, seguido do comportamento estranho (32,6%) e por fim a sobredosagem ou

**Gráfico 7 - Evolução do fluxograma da autoagressão**



**Gráfico 8 - Evolução do fluxograma da sobredosagem ou envenenamento**



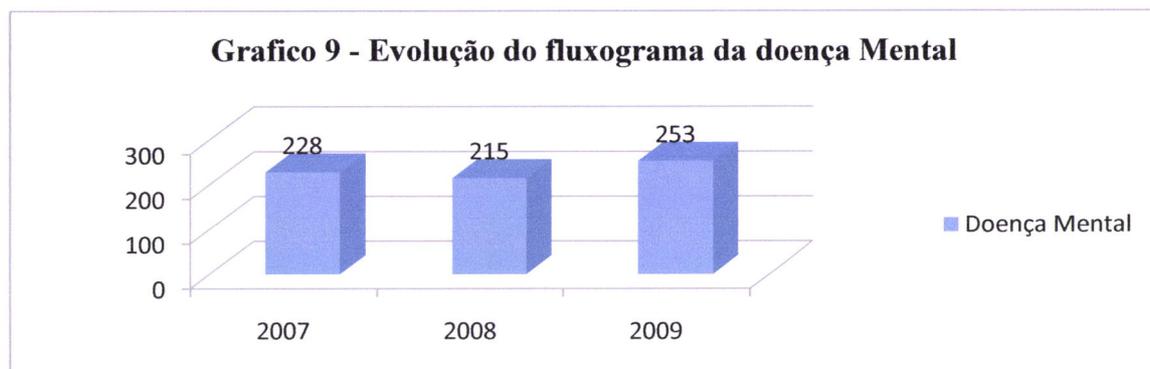
envenenamento (30,9%).

Avaliando individualmente cada um dos fluxogramas, verificamos que relativamente à auto-agressão (gráfico7), de 2007 para 2008 existiu uma redução de 33,3% das admissões por esta causa, porém de 2008 para 2009 existiu um aumento considerável (170%), não sendo conhecido a causa de oscilação destes valores.

A sobredosagem ou envenenamento representa 30,9% do total de doentes admitidos com alteração de saúde mental e psiquiátrica (Gráfico 6). A sua oscilação nos anos em

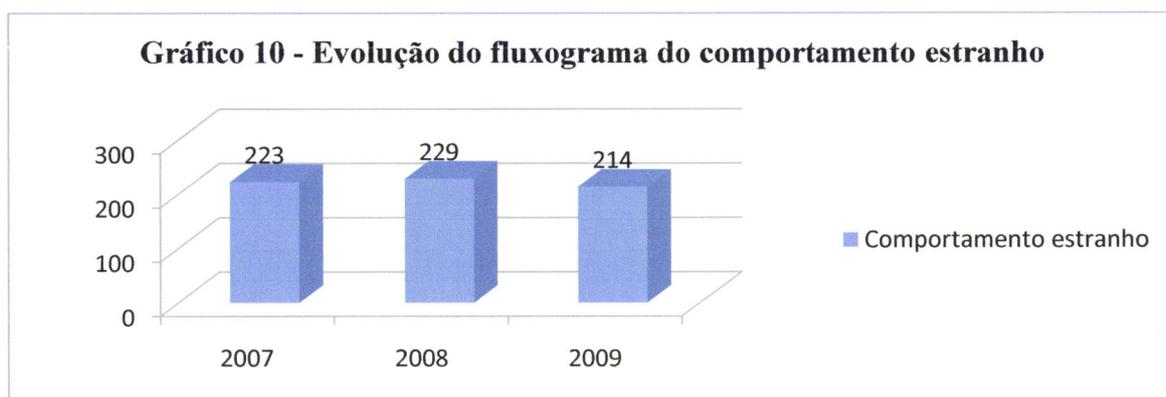
estudo é pouco notória, tendo como valor máximo o ano 2007, com 228 casos admitidos, e o valor mínimo em ano 2008 com 185 casos. Em 2009 o número de caso também não difere muito (218 casos) (Gráfico 8).

Tal como referimos atrás, a doença mental representa 34% das admissões designadas com alterações de saúde mental. Esta é a causa mais frequente dentro dos quatro fluxogramas. Como pode ser visível no gráfico 9, entre 2007 e 2008 há uma redução do



número de casos (13 casos), correspondente a 5,7%; entre 2008 e 2009 há um acréscimo existiu de cerca de 17,7% (mais 38 casos em 2009).

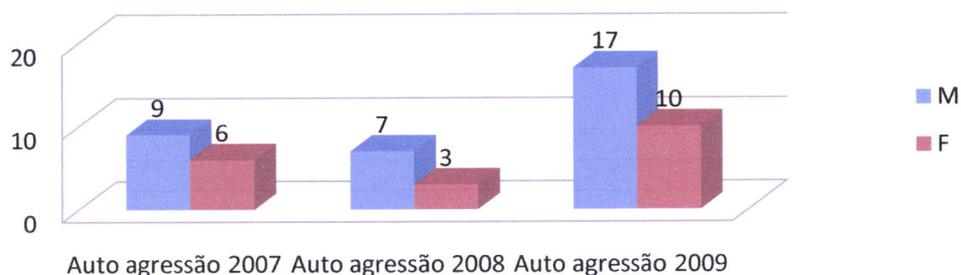
O comportamento estranho é a 2ª maior causa de admissão relativamente a potenciais alterações de saúde mental e psiquiátrica. Também neste tipo de casos, a oscilação ao longo dos três anos não é considerável (Gráfico 10). O valor mais elevado de admissões (229) ocorreu em 2008 e o mais baixo (214) em 2009.



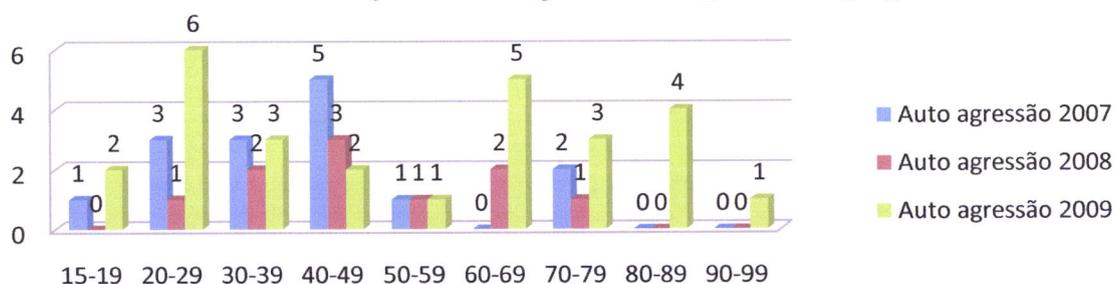
Efectuando uma análise mais pormenorizada dos fluxogramas de admissão podemos caracterizar de forma um pouco mais pormenorizada a população alvo.

Relativamente à auto-agressão esta é mais comum de indivíduos do sexo masculino, tal como é se constata no gráfico 11. Esta tendência manifesta-se claramente em cada um dos três anos analisados.

**Gráfico 11 - Distribuição do fluxograma A.A. por género e ano**

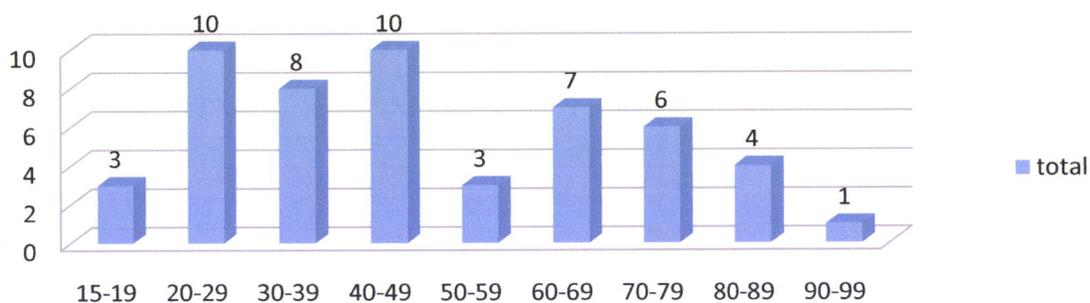


**Gráfico 12 - Distribuição do fluxograma A.A. por ano e grupo etário**



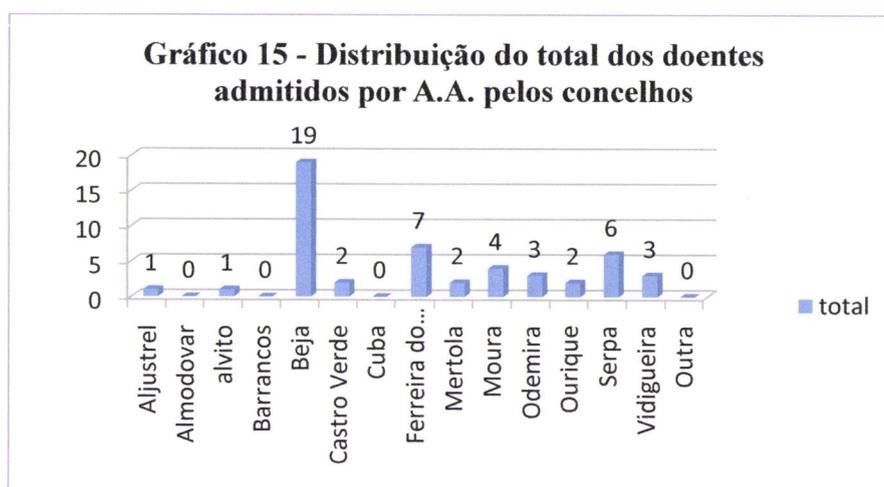
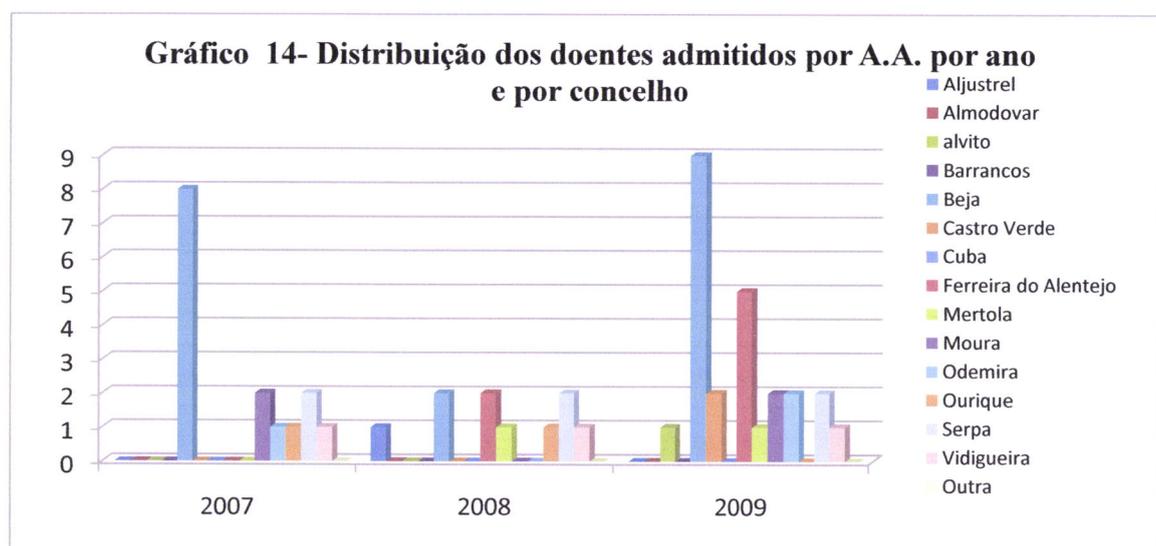
Em termos da distribuição por grupos etários (Gráfico 12), há uma tendência para um predomínio nos grupos etários dos 20, 30 e 40 anos. Facto este que é mais visível no gráfico 13 quando se apresenta o somatório dos três anos.

**Gráfico 13 - Distribuição do fluxograma A.A. do total dos 3 anos pelos grupos etários**

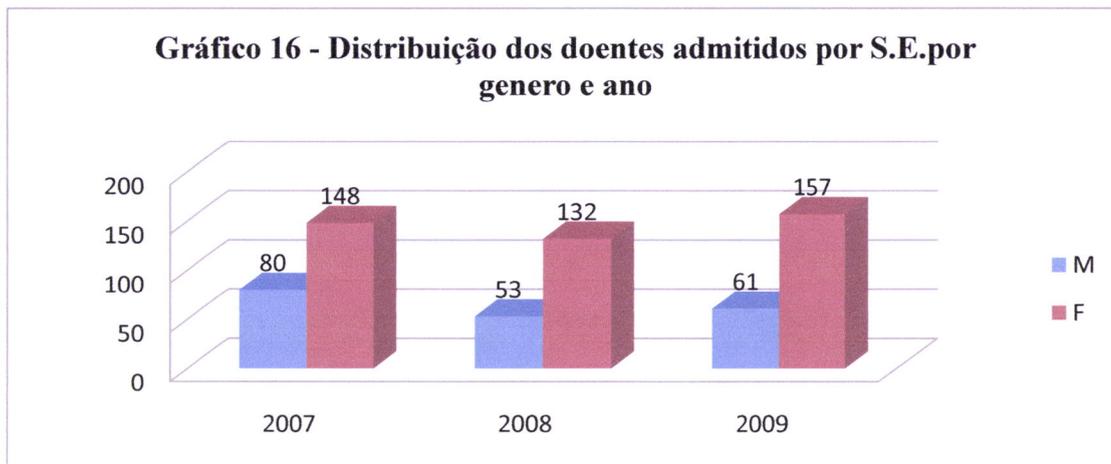


Assim, apesar nos números absolutos serem baixos e a sua distribuição pelos grupos etários não permitir tirar ilações significativas, para além dos grupos etários atrás referidos, podemos assinalar uma tendência de nos grupos etários dos 60 e 70 anos.

Relativamente à proveniência dos doentes objecto de triagem com este fluxograma, verifica-se que (gráfico 14) existe um predomínio de doentes provenientes do concelho de Beja. Este resultado é óbvio pois no concelho de Beja, para além das freguesias rurais, inclui também a cidade de Beja. É de assinalar o aumento de doentes provenientes dos concelhos de Ferreira do Alentejo e Serpa. Este constatação ainda se torna mais evidente no gráfico 15 quando agrupamos os 3 anos.

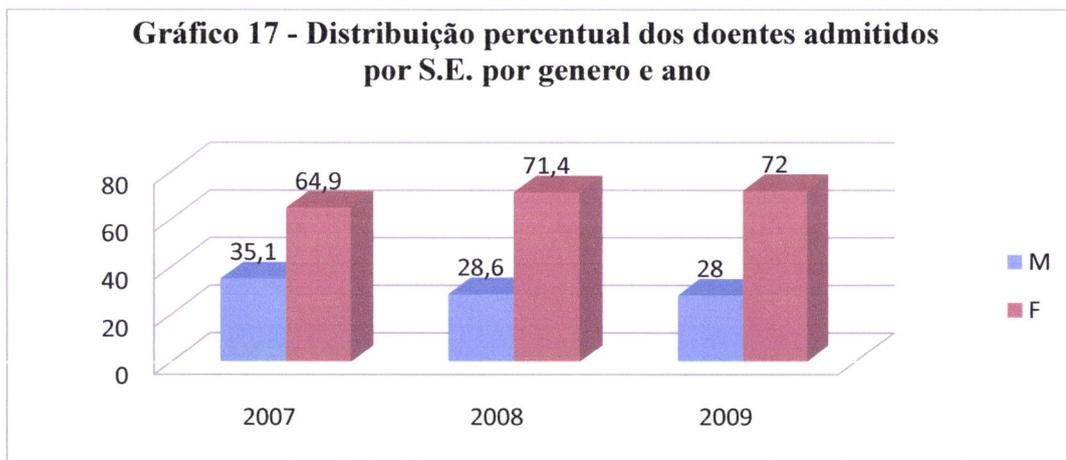


Relativamente às admissões por sobredosagem ou envenenamento, verifica-se uma



predominância do sexo feminino como pode ser verificado no gráfico 16. Esse predomínio do género feminino verifica-se em todos os anos (2007 a 2009) (Gráfico

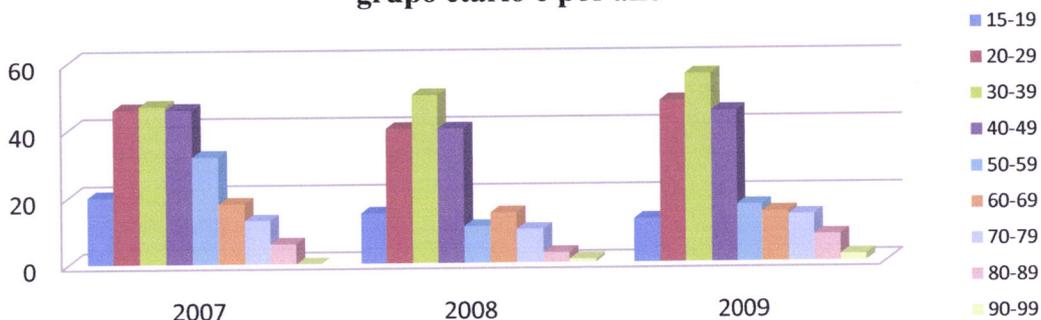
17). Em média, a percentagem de indivíduos do sexo masculino ronda os 30% e os



indivíduos do sexo feminino os 70%.

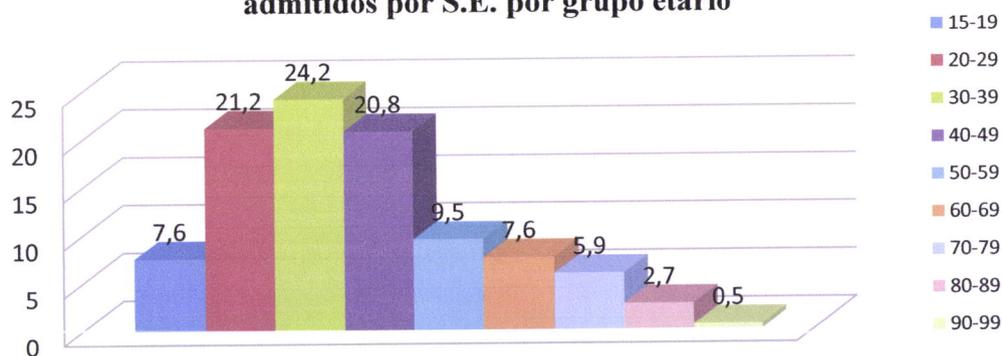
Relativamente à distribuição por grupo etário, verifica-se (gráfico 18) que existe um predomínio em três grupos: os 20, os 30 e os 40 anos, existindo porém um ligeiro predomínio do grupo dos 30 anos. Situação que se repete em cada um dos anos de forma idêntica.

**Gráfico 18 - Distribuição dos doentes admitidos por S.E. por grupo etário e por ano**



Agrupando o conjunto dos três anos (Gráfico 19), ainda é mais notório a relevância dos grupos etários referidos que, no total, corresponde a 60% dos caos, com o grupo etário dos 30 anos a atingir a percentagem mais elevada (24,2%).

**Gráfico 19- Distribuição percentual do valor total dos doentes admitidos por S.E. por grupo etário**

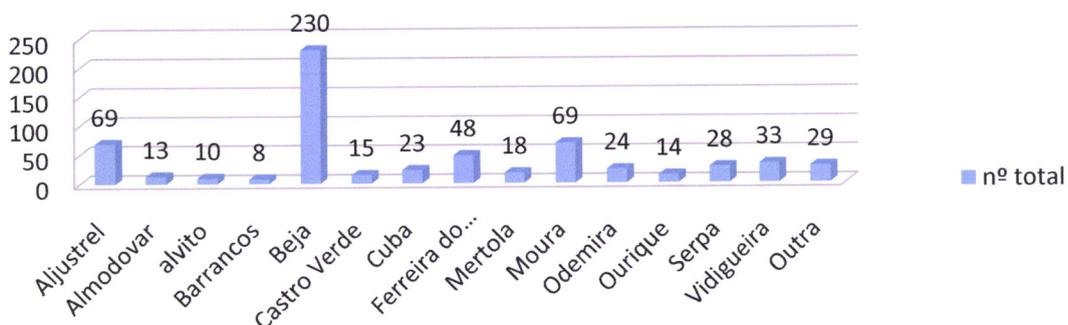


Salientamos ainda a importância que os outros grupos etários apresentam, nomeadamente a percentagem de jovens (7,6%) com menos de 20 anos que é igual à percentagem de indivíduos do grupo etário dos 60 anos.

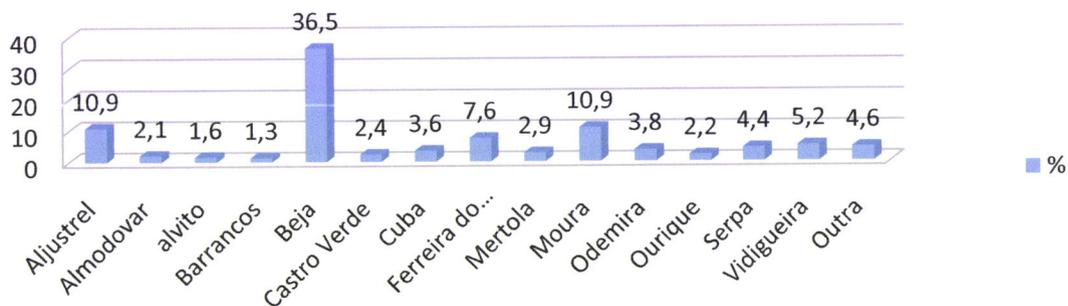
Relativamente à proveniência destes doentes, eles são oriundos essencialmente dos concelhos do Distrito de Beja, como pode ser verificado nos gráficos 20 e 21.

Existe um aumento óbvio do concelho de Beja, uma vez que incluí todo o contingente rural e urbano. Neste caso, a informação encontra-se agregada, não sendo por isso possível desagregar estes dados. Para além do concelho de Beja, os concelhos de Aljustrel, Moura e Ferreira do Alentejo também se diferenciam relativamente aos restantes, pelo número de doentes admitidos por esta causa. Em pólo oposto encontram-se os concelhos de Alvito e Barrancos com um número mais reduzido de doentes.

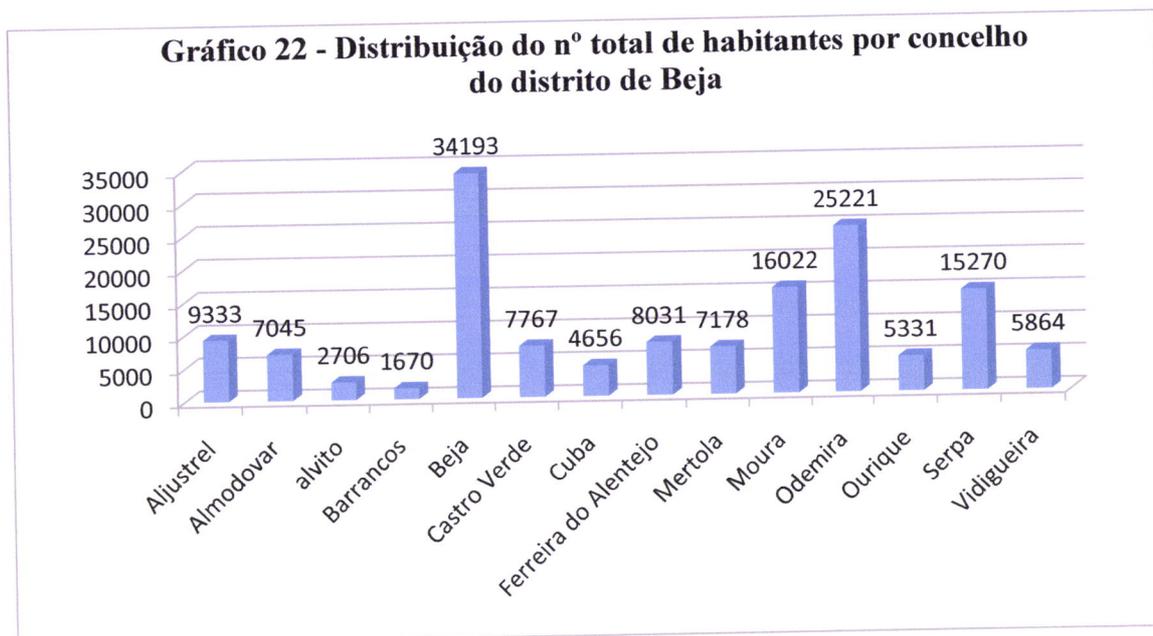
**Gráfico 20- Distribuição por nº total de doentes admitidos por S.E. por concelho**



**Gráfico 21- Distribuição percentual do total doentes admitidos por S.E. por concelho**

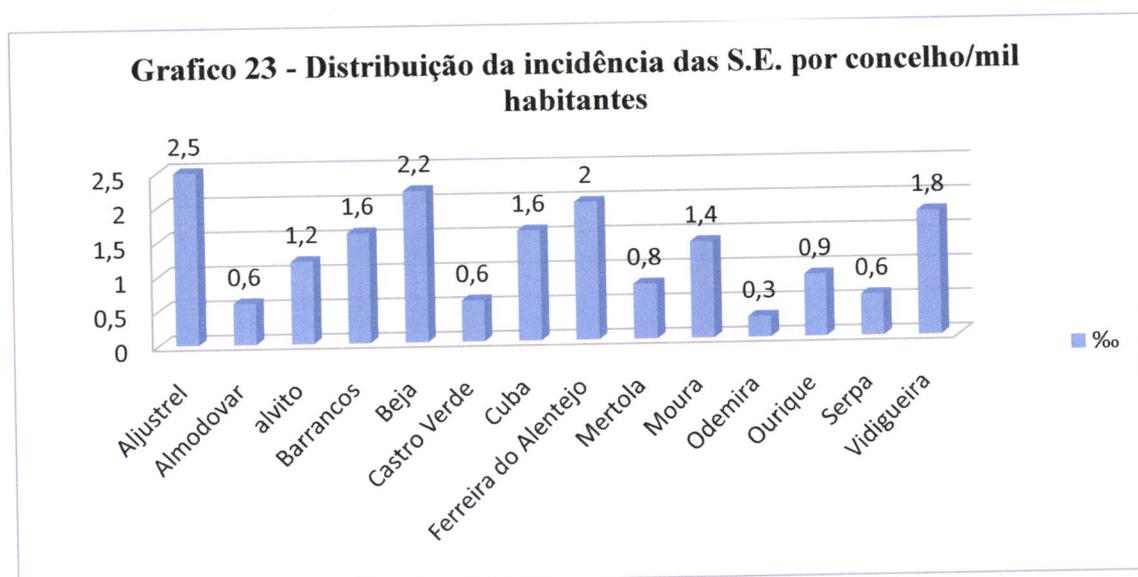


É evidente que estes números são fortemente influenciados pelo número de habitantes de cada concelho (Gráfico 22 – Fonte Instituto Nacional de Estatística).



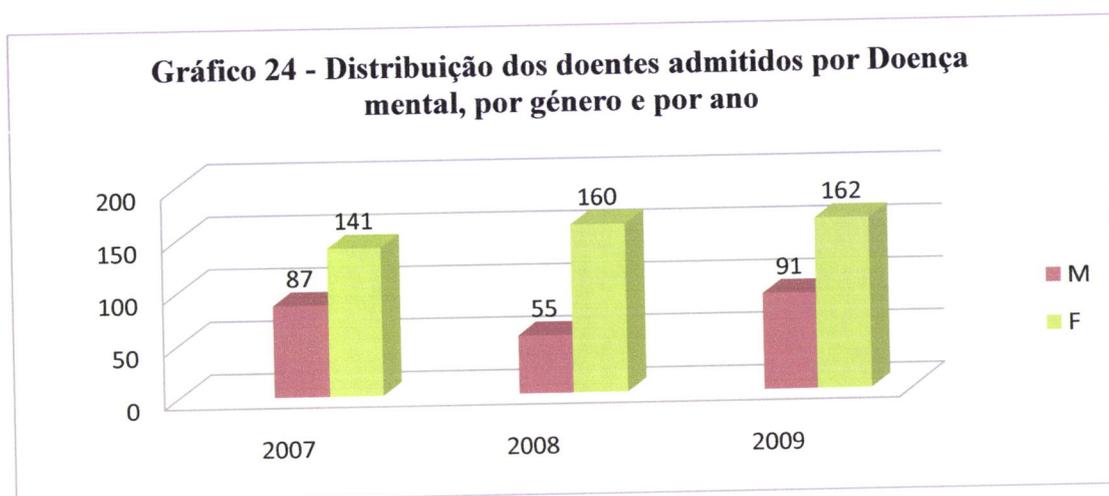
O número de habitantes será o principal factor que explica a distribuição dos doentes. Ou seja, os concelhos com maior número de habitantes devem ser aqueles, em princípio, que apresentam maior número de casos.

Para tentar responder a esta questão passamos a analisar (Gráfico 23) a ocorrência de casos de sobredosagem ou envenenamento por cada mil habitantes.

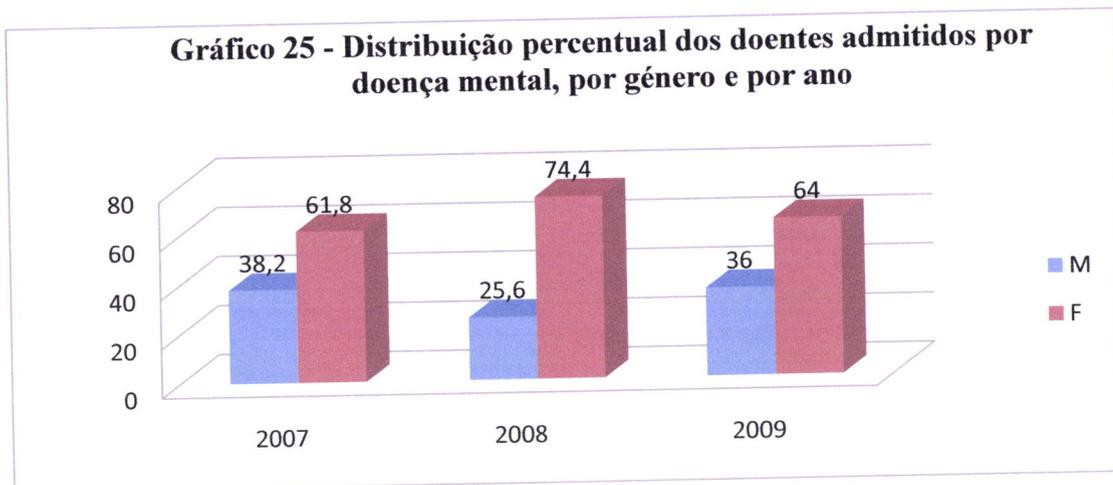


Embora este aspecto não tenha qualquer implicação directa na minha actuação no serviço do urgência, pois eu cuido todos os que sejam admitidos, como é possível verificar (Gráfico 23), a ocorrência deste tipo de casos não é directamente proporcional ao número de habitantes. Porém acho importante a apresentação deste tipo de informação, não só pela sua relevância social, como também por ser uma informação importante para as equipas locais quer de saúde familiar, quer de actuação específica de saúde mental e psiquiátrica. Assim, é possível verificar que no concelho de Aljustrel este tipo de ocorrência é particularmente importante 2,5/1000. Também no concelho da Vidigueira esta incidência atinge valores elevados 2/1000 habitantes. Com uma incidência mais baixa surge Almodôvar, Castro Verde e Serpa, todos eles com 0,6/1000 habitantes. Apenas há a registar que os valores do concelho de Odemira não devem ser valorizados, uma vez que os doentes deste concelho são encaminhados quase na totalidade para o Hospital do Litoral Alentejano. Os encaminhamentos para o Hospital de Beja devem ser encarados como excepcionais.

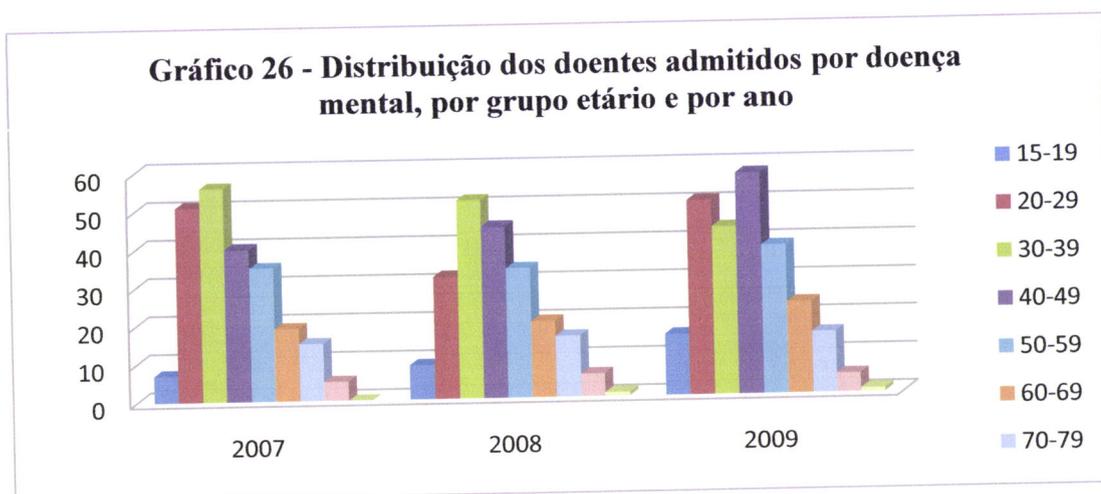
Relativamente às admissões por doença mental, como já atrás referimos, registou-se um aumento significativo de admissões. Uma análise deste tipo de ocorrência permite afirmar que predomina o género feminino em cada um dos três anos (gráfico 24), assim como o seu número aumenta de 2007 a 2009.



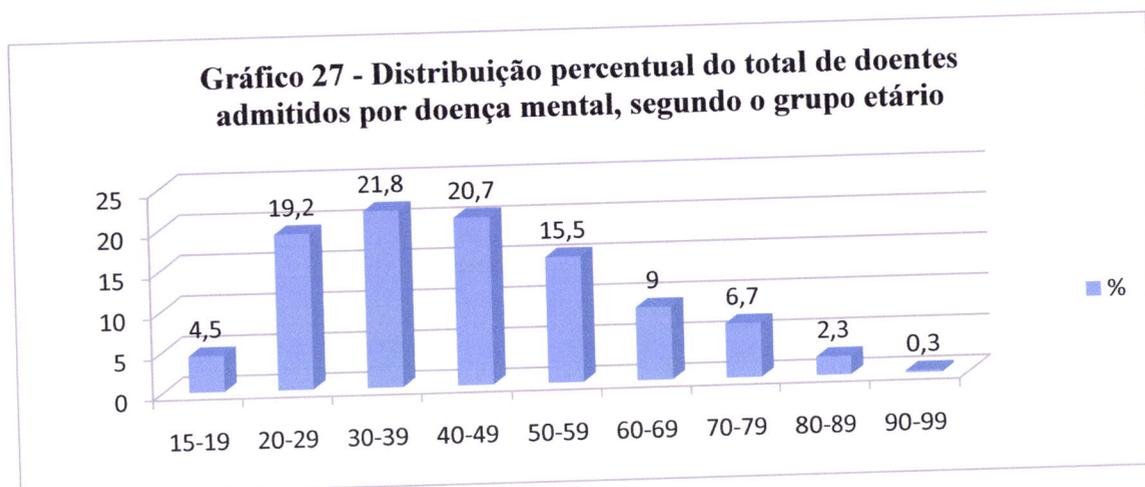
No gráfico 25 expressamos os valores em termos percentuais e é possível verificar que foi em 2008 que se registou a maior diferença entre géneros e que na média dos três anos, o género masculino tem um valor de 33,2% e o género feminino, que se regista em todos eles, com um valor médio de 66,8%.



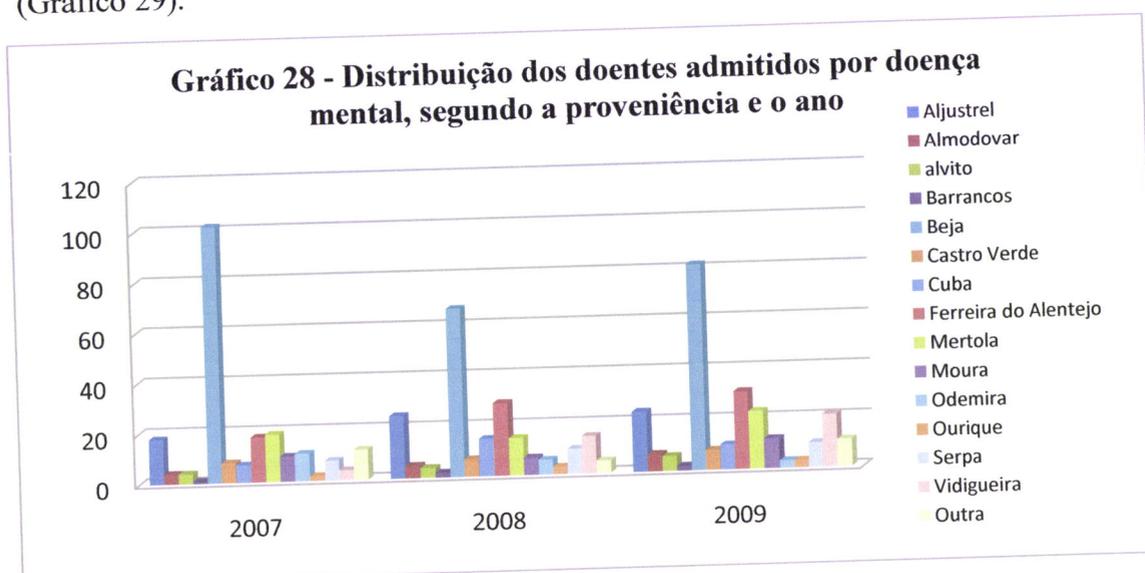
Se verificarmos as admissões por grupo etário no fluxograma da doença mental (gráfico 26) verifica-se que existem três grupos etários mais incidentes. Assim, os grupos etários dos 20, 30 e 40 anos são, em qualquer dos anos, os mais predominantes. Verifica-se que tanto em 2007 como em 2008 existe um aumento do grupo dos 30 anos, porém, em 2009 existe um ligeiro aumento do grupo dos 40 anos.

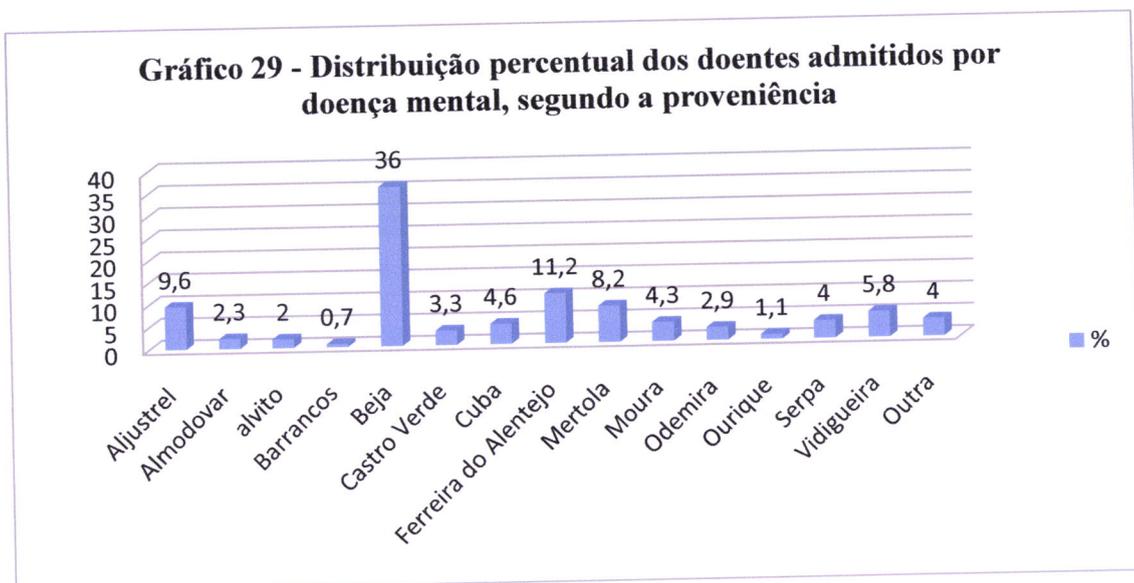


Em termos percentuais e no conjunto dos três anos (Gráfico 27) é reforçado o que atrás se referiu. Persistem os três grupos etários (20, 30 e 40 anos). É o grupo etário dos 30 anos o que apresenta maior valor percentual, seguido pelo grupo dos 40 anos e pelo dos 20 anos. No total, estes três grupos, cerca de 61% dos caos.



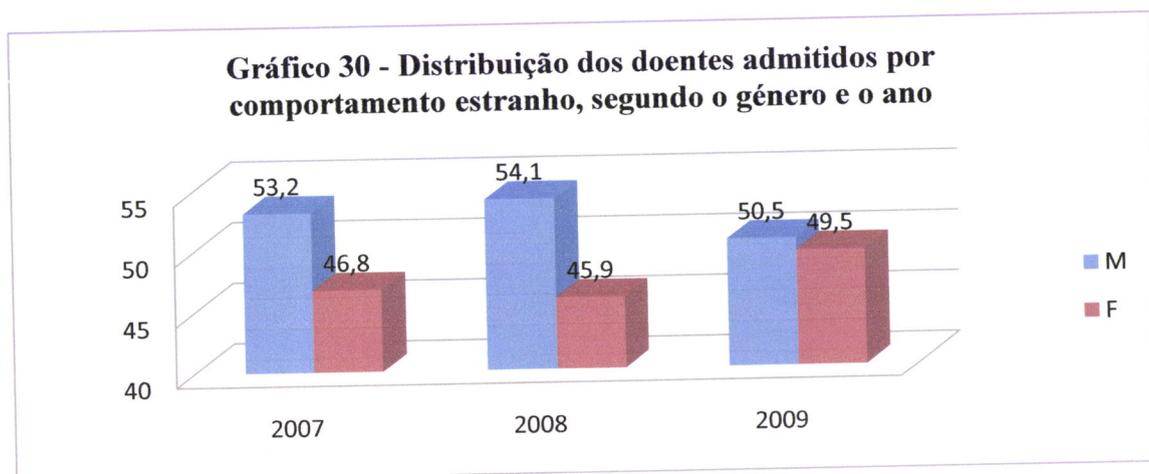
Tal como aconteceu para as outras ocorrências, também no caso da doença mental, os doentes provêm, na sua maioria, do concelho de Beja (Gráfico 28). Porém, há a salientar um aumento importante em outros concelhos, como seja Aljustrel, Ferreira do Alentejo e Mértola. Este facto também se verifica quando se analisa o conjunto dos três anos (Gráfico 29).



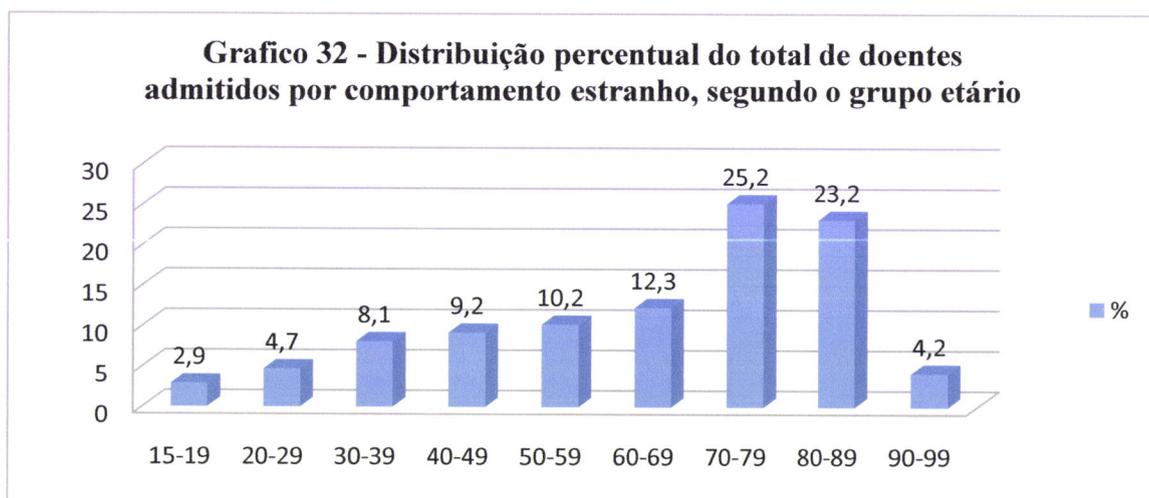
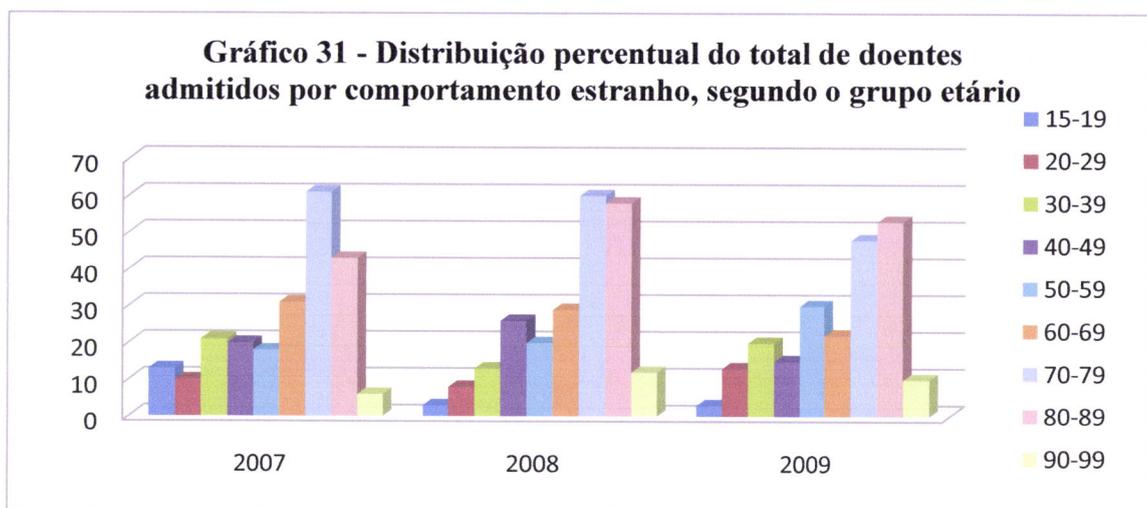


Assim, no conjunto dos três anos, 36% dos doentes pertencem ao concelho de Beja. Porém, os concelhos de Ferreira do Alentejo, de Aljustrel e de Mértola, respectivamente com 11,2%, 9,6% e 8,2% são significativos, se considerarmos a população total destes concelhos, bastante inferior ao concelho de Beja. Estes registos populacionais já tinham sido evidenciados no caso de Beja, Aljustrel e Ferreira do Alentejo, relativamente à admissão por sobredosagem ou envenenamento.

Relativamente aos doentes admitidos por comportamento estranho, verifica-se que existe uma superioridade do sexo masculino em todos os anos, embora essa diferença seja menos evidente no ano 2009 (Gráfico 30).

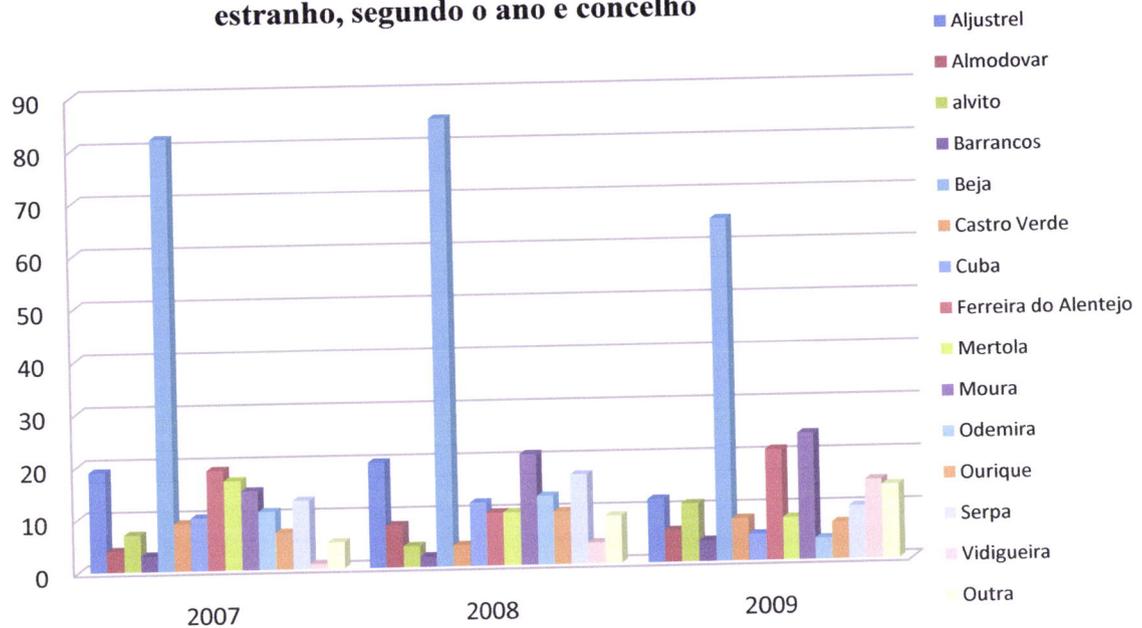


Analisando relativamente ao grupo etário, verifica-se que este tipo de ocorrência predomina nos grupos mais velhos (gráfico 31). Verifica-se um aumento progressivo dos elementos de cada grupo, no entanto um maior acréscimo ocorre a partir do grupo dos 60 anos, existindo uma redução brusca no grupo dos 90 anos. Esta caracterização manifesta-se da mesma forma quando se analisam os três anos em conjunto (Gráfico 32).

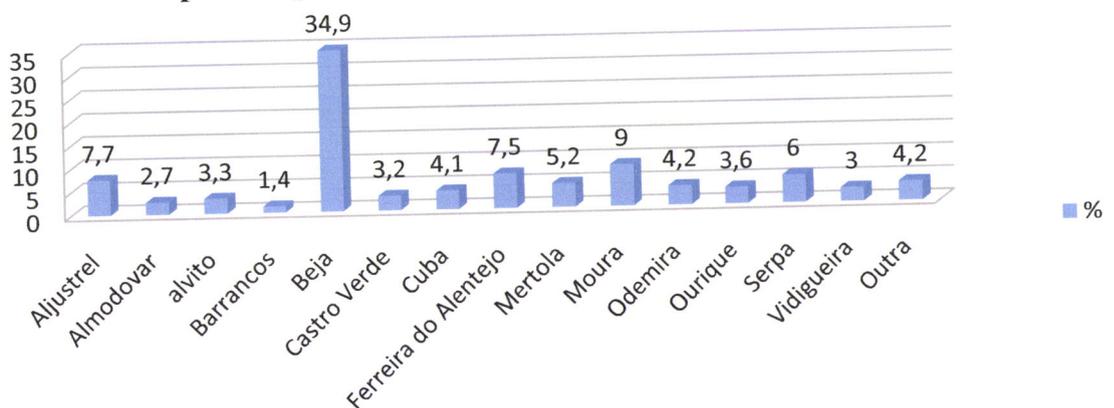


Relativamente à proveniência deste grupo de doentes, verifica-se que em cada um dos anos existe um paralelismo na distribuição geográfica (Gráficos 33 e 34). O maior número de doentes provém do concelho de Beja, seguido dos concelhos de Moura, Aljustrel e Ferreira do Alentejo. Esta sequência também já se verificou na análise da distribuição geográfica de doentes com outros tipos de alterações também englobáveis na saúde mental e psiquiátrica.

**Gráfico 33 - Distribuição dos doentes admitidos por comportamento estranho, segundo o ano e concelho**

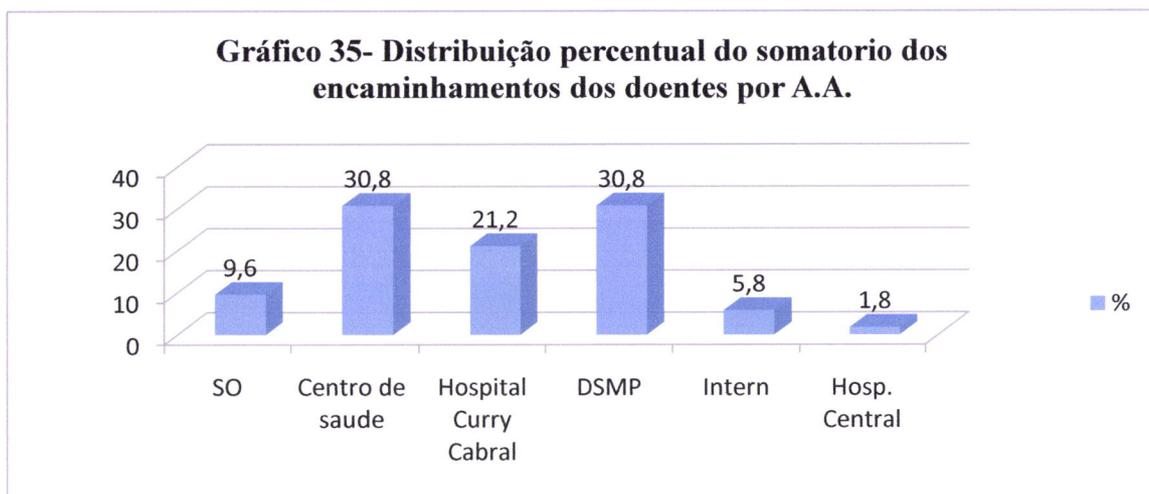


**Gráfico 34 - Distribuição percentual do total de doentes admitidos por comportamento estranho, segundo o concelho**



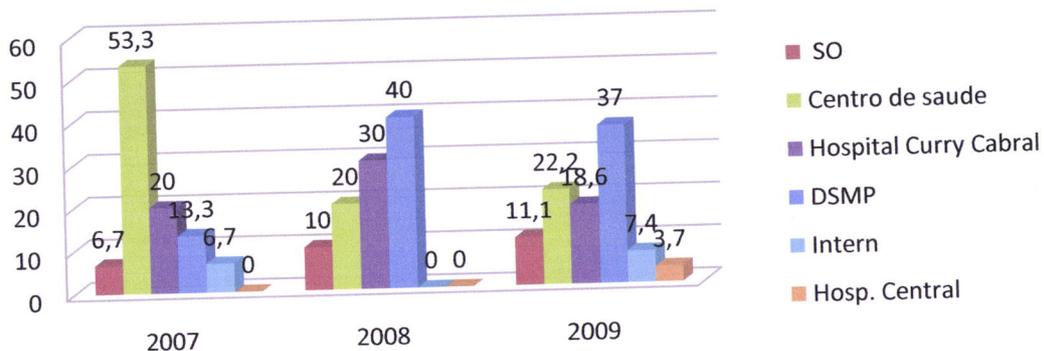
Relativamente ao encaminhamento dos doentes pós saída do serviço de urgência poder-se-á referir o seguinte:

Os doentes admitidos por Auto agressão (A.A.) (Gráfico 35), no conjunto dos três anos (2007, 2008 e 2009) são, na sua maioria, encaminhados para o Centro de saúde (30,8%) e, em igual número, para o Departamento de Saúde Mental e Psiquiatria. Apenas, 21, 2 % dos doentes são encaminhados para o Hospital Curry Cabral.



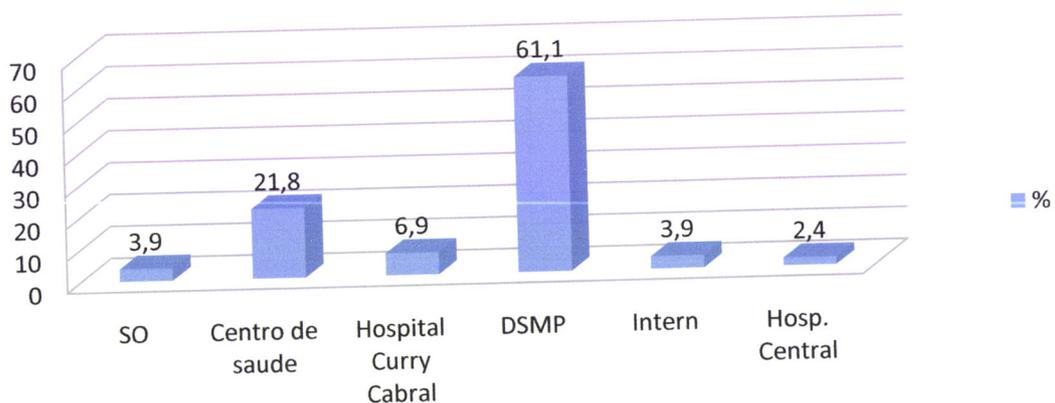
Todavia, se efectuarmos uma avaliação comparativa dos três anos verificamos que o número de doentes com encaminhamento para o Centro de Saúde foi reduzindo ao longo deste período e em contrapartida o número de doentes com encaminhamento para o Departamento de Saúde Mental e Psiquiatria foi aumentando (6,7%, em 2007 e 37%, em 2009) (Gráfico 36). Por outro lado, houve uma redução dos doentes transferidos para o Hospital Curry Cabral: em 2007 foram transferidos 20% dos doentes e em 2009 18,6%.

**Gráfico 36- Distribuição percentual dos doentes admitidos por auto agressão, após alta**

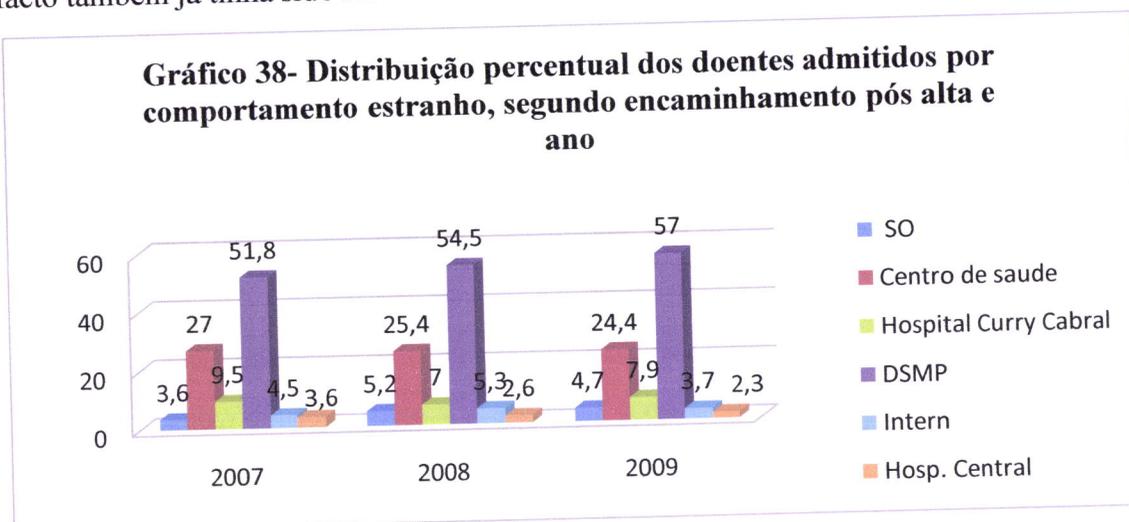


Relativamente aos doentes admitidos por comportamento estranho (C.E.), no conjunto dos três (Gráfico 37), a grande maioria (61,1%) foi transferida com alta com encaminhamento para o D.S.M.P. Comparativamente é mais reduzido o número de doentes com encaminhamento directo para o Centro de Saúde (21,8%). Por outro lado, ainda é mais reduzido o número de doentes encaminhados directamente para o Hospital Curry Cabral (6,9%).

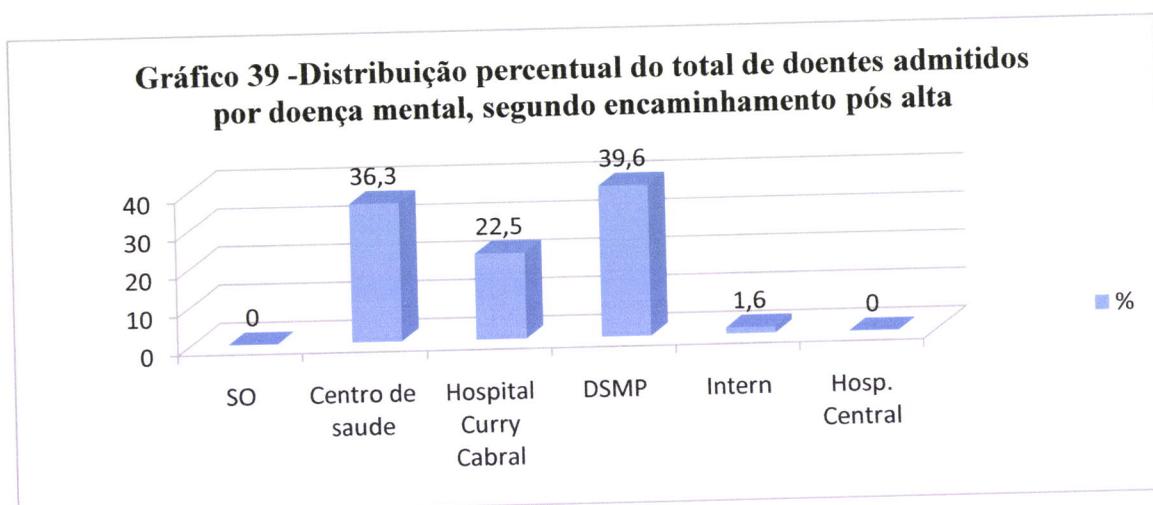
**Gráfico 37 -Distribuição percentual do total de doentes admitidos por comportamento estranho, segundo encaminhamento pós alta**



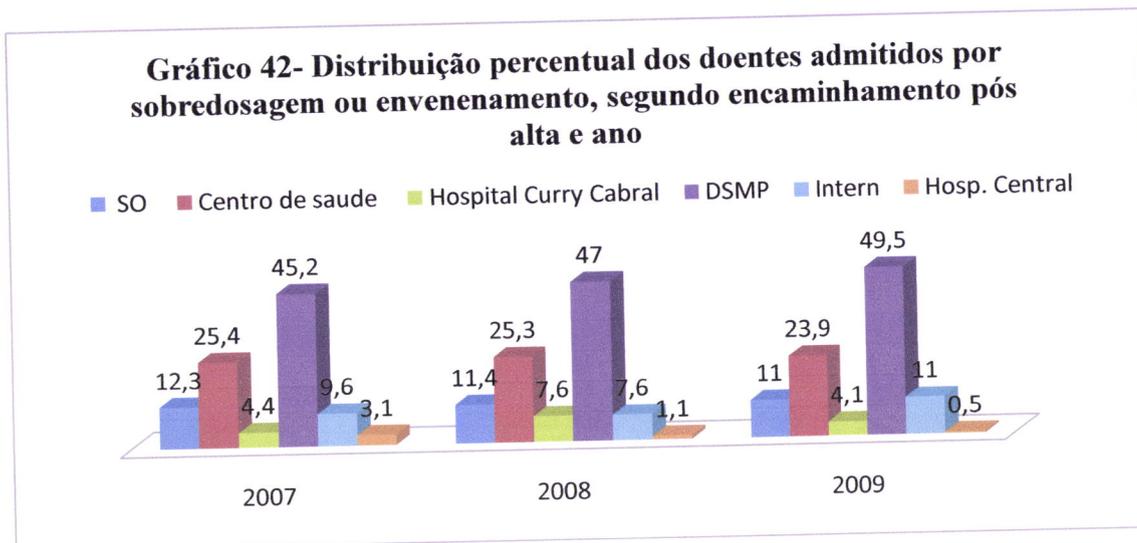
Se analisarmos agora a evolução ao longo dos três anos (Gráfico 38) verificamos que o número de doentes encaminhados para o D.S.M.P. aumentou progressivamente (51,8% em 2007 e 57% em 2009), verificando-se, em simultâneo, uma redução progressiva dos doentes encaminhados directamente para o Centro de Saúde (27% em 2007 e 24,4% em 2009). Também em simultâneo regista-se uma redução do número de doentes encaminhados directamente para o Curry Cabral (9,5% em 2007 e 7,9% em 2009). Este facto também já tinha sido referido no anterior fluxograma.



Relativamente aos doentes admitidos por Doença Mental (D.M.) verifica-se que o encaminhamento pós alta do serviço de urgência é, na sua maioria (36,9%), para o D.S.M.P. (Gráfico 39). Também um número significativo de doentes que vai directamente para o Centro de Saúde (36,3%). Os encaminhamentos directos para o Hospital Curry Cabral representam 22,5% do total de doentes do conjunto dos três anos.



A análise comparativa dos três anos (gráfico 42), mostra, como nas situações anteriores, uma redução progressiva dos encaminhamentos directos para o Centro de Saúde (25,4% em 2007 e 23,9% em 2009), assim como os encaminhamentos directos para o Hospital Curry Cabral (4,4% em 2007 e 4,1% em 2009).



Em suma e relativamente ao encaminhamento pós alta do serviço de urgência, pode-se afirmar, de uma forma geral, que se verifica algum paralelismo nos processos dos doentes admitidos pelos quatro fluxogramas:

- Uma redução progressiva dos doentes com encaminhamento directo para o Centro de Saúde sem prévia avaliação psiquiátrica;
- Uma redução do número de doentes encaminhados directamente para o Hospital Curry Cabral, o que é sinonimo de um encaminhamento local para o D.S.M.P.;
- Um aumento progressivo dos doentes encaminhados para o D.S.M.P., sendo assim utilizado o recurso existente na Unidade Local de Saúde.

Relativamente à caracterização dos quatro grupos de doentes com potenciais alterações de saúde mental e psiquiátrica, designados aquando da admissão pela triagem de Manchester como: auto agressão, sobredosagem ou envenenamento, doença mental e comportamento estranho, apresentam algumas características particulares:

- O fluxograma sobre auto-agressão é entre todos os apresentados aquele que apresenta menor número de admissões; é mais comum no género masculino com

um registo mais acentuado nos grupos dos 20 aos 40 anos, em particular no grupo dos 30 anos; ainda que de forma menos significativa, manifesta-se também no grupo dos 60 anos.

- O comportamento estranho, também é mais característico do género masculino, porém, ao contrário da auto-agressão, é característico dos grupos etários mais avançados; existe um acréscimo proporcional ao avançar da idade, atingindo valores mais elevados nos grupos etários do 60, 70 e 80 anos.
- A sobredosagem ou envenenamento caracteriza-se por se manifestar de forma mais elevada no género feminino, assumindo valores significativos no grupo etário 30 anos; também se manifesta, ainda que de forma menos significativa, nos grupos etários dos 20 e 30 anos.
- A doença mental apresenta um paralelismo à sobredosagem e envenenamento. É predominante no género feminino e no grupo etário dos 30; apresenta também com valores consideráveis nos grupos etários dos 20 e 30 anos.

Relativamente à proveniência dos doentes com alteração mental e psiquiátrica, verifica-se que há diferenças assinaláveis. Estas diferenças resultam em parte das diferenças existentes entre os concelhos relativamente ao número de habitantes. Assim, no concelho de Beja (componente rural e urbana), que reside a grande maioria dos doentes; os concelhos de Ferreira do Alentejo, Aljustrel e Serpa destacam-se dos restantes concelhos, pelo número mais elevado de doentes.

### **3 – METODOLOGIAS**

#### **3.1 – Recursos materiais, humanos, entidades envolvidas e contactos desenvolvidos**

Poder-se-á dizer que existiu uma organização inicial, através da planificação do que se pretendia desenvolver, porém, até hoje, tem sido um projecto inacabado, em constante progressão, essencialmente com a inclusão de novos colaboradores importantes nos recursos a utilizar, para resolução dos problemas dos doentes e famílias.

A estrutura inicial seria desenvolver psiquiatria de ligação no serviço de urgência geral, com inclusão de doentes com alteração de saúde mental e psiquiátrica. Na estruturação do projecto, foi necessário inicialmente debater o projecto com o chefe de serviço, uma vez que, em simultâneo, fui convidado para desempenhar as funções de responsável de serviço e assim trabalhar na gestão do serviço de urgência. Foi necessário determinar o que me propunha efectuar e conjugar com a gestão do serviço. Tive de prever o tempo que pensaria ocupar com o projecto de forma a conjugá-lo com a gestão do serviço.

Depois de “negociar” o projecto com o chefe de serviço e de ser uma incógnita o tempo necessário para a sua execução, o projecto foi aceite e iniciou-se o seu desenvolvimento.

O projecto foi previamente apresentado aos colaboradores internos e externos da instituição. Surge em primeiro lugar o Departamento de Saúde Mental e Psiquiatria, onde reuni com o Enfermeiro chefe para determinar a articulação entre os dois serviços e mais concretamente a forma de podermos referenciar os doentes do serviço de urgência para as várias valências desse departamento. Foram feitos vários acordos de funcionamento e articulação. Estes acordos tem sido reformulados ao longos dos 3 anos, para que ser possível recorrer e referenciar os doentes para a psiquiatria, psicologia, enfermagem psiquiátrica, quer de adultos, quer de crianças e pedopsiquiatria.

Outro dos colaboradores com quem foi feito um acordo de funcionamento e articulação foi o CAT de Beja, de forma a existir uma articulação quer nas situações de utentes já seguidos neste organismo por dependências quer de drogas quer de álcool e que recorram ao serviço de urgência, sendo necessário reencaminhá-los de novo ao CAT, ou solicitar nova área de intervenção aí existente, quer nas novas situações que são identificadas no serviço de urgência e posteriormente encaminhadas para o CAT.

Tal como foi referido no início deste ponto, este projecto além de ter superado as minhas expectativas, está em constante progressão, daí que, será sempre possível e será salutar, que sucedam acordos com novos colaboradores.

Em termos materiais, verificou-se, desde início, a necessidade de uma sala onde pudesse efectuar a entrevista de avaliação diagnóstica. Em 2007 com a implementação do projecto, foi encontrado como local possível uma pequena sala /corredor, localizada entre a sala de decisão terapêutica e o corredor de acesso aos meios complementares de diagnóstico. Esta sala servia de passagem de doentes, mas tinham alternativa quando a sala estava ocupada. A sala dispunha de duas portas localizadas em cada extremo. Foi efectuado um placar de identificação de espaço ocupado para não ser perturbado, sendo assim efectuado o fecho das portas e colocadas as referidas placas identificativas. Para humanizar o espaço foi colocado uma pequena mesa redonda, três cadeiras e uns quadros localizados na sua proximidade.

Verificou-se que durante a sua utilização (até Janeiro de 2010), apesar de não ser o espaço ideal, foi uma conquista para um projecto de enfermagem dentro do serviço de urgência. De maneira geral este espaço foi respeitado por todos os profissionais.

No início de 2010, surge um novo espaço no serviço de urgência, que esteve ocupado como gabinete de atendimento à gripe A. Após solicitação do espaço à direcção do serviço, sendo argumentado como gabinete polivalente para atendimentos dos doentes e acompanhantes do meu projecto e ainda para atendimento de doentes e acompanhantes que necessitassem de um espaço com privacidade. O espaço foi cedido e iniciou-se o atendimento neste novo local. É uma sala com óptimas condições físicas e agradáveis à permanência, com luminosidade, localizada na zona das salas de espera e assim ligeiramente afastada do ruído normal do interior de um serviço de urgência. A sala tem no seu interior uma mesa redonda e varias cadeiras. Tem um bom isolamento de som, não sendo afectada pelo som exterior. A sala encontra-se fechada, porém a chave está acessível ao profissional que justificadamente necessite utilizá-la.

Em termos de recursos humanos, materiais e contactos efectuados, quer individuais, quer institucionais, são os referidos que estão actualmente envolvidos no projecto. Mas trata-se de um projecto aberto a novos colaboradores, para que a intervenção junto do doente e o benefício da intervenção seja cada vez mais uma constante.

Outro dos colaboradores foi o Serviço Social. Efectuei uma apresentação das finalidades e das possibilidades que poderíamos ter em nos articularmos para resolver os problemas relacionados com os vários doentes e familiares. Para além disso, o Serviço Social também devia sinalizar situações que identifique como potenciais situações que careçam de intervenção.

Após estabelecido o “acordo” com estes intervenientes, apresentei o projecto ao Enfermeiro Director (anexo 1), definindo os objectivos e as condições para o desenvolvimento do projecto.

Outro dos colaboradores com o qual foi feita reunião para determinação das formas de colaboração foi a equipa de enfermagem do serviço de urgência. Aproveitando a formação em serviço, foi feita a apresentação do projecto e as formas de colaboração. Para além de deverem referenciar as situações potenciais, foram-lhe apresentadas as directrizes para poderem executar, enquanto enfermeiros generalistas, as intervenções necessárias e da sua competência, quando da minha ausência.

Com o desenvolvimento do projecto e com o progressivo aumento das solicitações de recurso pela óbvia referenciação gradual de doentes, surgiu uma nova área associada a situações de perturbações de saúde mental de doentes e acompanhantes relacionadas com necessidades de internamentos, doentes oncológicos com alterações motivadas por problemas da sua doença base, doentes com VIH com novos diagnósticos ou alterações relacionadas com o seu VIH. Assim, foi necessário estabelecer parcerias de colaboração com a enfermeira do grupo de gestão de altas, com a Enfermeira dos cuidados paliativos, com a Enfermeira do hospital de dia, onde o doente oncológico efectua ou pode efectuar o seu acompanhamento.

Essencialmente, têm sido estes os colaboradores, quer em termos individuais, quer em termos institucionais, com os quais foi estabelecido parcerias, quer em termos individuais, quer em termos de grupo.

Além destes colaboradores existem outros com os quais não foram efectuados acordos prévios, mas que são contactados por mim na tentativa de resolução de situações (centro de alcoologia, centros de saúde do Distrito, etc.).

contexto, sendo utilizado o e-mail ou o fax. O essencial é que a informação seja enviada e previamente exista sempre um contacto telefónico com o profissional, para que o contacto seja o mais pessoal possível.

Os meus registos são sempre efectuados no processo do doente (processo informático utilizando a aplicação ALERT em utilização no serviço desde 2005), utilizando o campo no processo do doente correspondente aos registos de enfermagem e quando o doente tem alta ou é transferido, é efectuado no campo destinado à nota de alta /transferência

Em termos do próprio serviço de urgência foi necessário, formalmente, dar conhecimento do projecto aos colegas: quem referenciar, como referenciar, a quem referenciar. Utilizando a formação em serviço, fiz a apresentação do projecto junto dos colegas, de forma a esclarecer as dúvidas que tinham e que se pudesse por em prática.

Junto dos outros elementos da equipa de urgência utilizei o contacto pessoal informando-os do projecto. Os enfermeiros do serviço iam informando os outros profissionais sobre o procedimento do projecto.

Outra forma de verificar com a equipa de enfermagem as possibilidades de referenciação, foi o passar o turno de manhã junto dos colegas para que tivesse uma noção de todos os doentes que se encontravam no serviço e os problemas inerentes a eles e aos familiares, verificando sempre a possibilidade de intervenção. A pouco e pouco começaram a ser os colegas do turno anterior que previamente identificavam os potenciais doentes que careciam da minha intervenção, tal como os outros profissionais (médicos e Assistente Social) que seriam eles a solicitar a minha colaboração na resolução das várias situações.

Assim, sistematizando, o doente quando se dirige ao serviço de urgência, desde o posto administrativo pode ser referenciado informalmente para mim, sempre que o profissional detecte algumas alterações que o levem a suspeitar de algum problema associado (alteração de saúde mental e psiquiátrica ou psiquiatria de ligação), mesmo que este não seja o motivo de vinda ao serviço. Assim o doente ao passar pelos vários locais e pelos vários profissionais: assistente técnico do posto administrativo, enfermeiro do posto de triagem, enfermeiro do respectivo local da urgência, médico que

o observa, a assistente social que contacta com o doente e/ou família, assistente operacional que contacta com o doente ou família, podem comunicar a suspeita de alteração para posterior avaliação.

A avaliação diagnóstica sempre que possível é efectuada na sala para o efeito, verificando-se as necessidades de intervenção.

São solicitados os recursos da instituição que sejam necessários para intervir no doente e família e sempre que a situação carece de uma referenciação fora das instalações do serviço de urgência, é feito o contacto com o colaborador, passada e enviada a informação, sabendo sempre que possível o nome do profissional que estará à espera do doente no outro serviço.

Todas as informações são fornecidas aos colaboradores internos para que se possa processar o encaminhamento do doente e o processamento dos aspectos burocráticos, além de obviamente ser devidamente informado o doente/família.

Foram criadas directrizes para que os enfermeiros generalistas do serviço de urgência possam efectuar algumas intervenções aquando da minha ausência. O projecto sempre que eu estou ausente do serviço fica sob a coordenação do chefe do serviço.

Todas as avaliações diagnósticas efectuadas são devidamente arquivadas em ficheiro próprio, de 2007 a Outubro de 2009 foi efectuado o arquivo em papel, posteriormente tem sido efectuado o arquivo informático, colocando mensalmente numa pasta todas as intervenções efectuadas.

### 3.3 – Cronograma desenvolvido

2006				2007					
Set	Out	Nov	Dez	Janeir	Fever	Març	Abril	Mai	Junh
				2)	2)				
1)	1)	1)	2)	3)	4)	5)			6)

- 1) Estágio de psiquiatria de ligação no serviço de urgência de Évora e serviço de Ortopedia de Évora (Hospital do Espírito Santo)
- 2) Estágio de psiquiatria de ligação a nível comunitário na cidade de Évora
- 3) Início da elaboração do projecto a desenvolver no serviço de urgência

Reunião com o enfermeiro chefe do serviço de urgência para debate do projecto

Reunião com o enfermeiro director para expor as minhas pretensões

- 4) Conclusão da pós licenciatura em Enfermagem Saúde Mental e Psiquiátrica

Reunião com os primeiros colaboradores

- 5) Apresentação do projecto ao chefe do serviço de urgência

Apresentação do projecto ao enfermeiro director

Apresentação do projecto aos enfermeiros do serviço de urgência (formação em serviço)

Informação aos outros profissionais

- 6) Avaliação do projecto e procedimento a alguns ajustes necessários

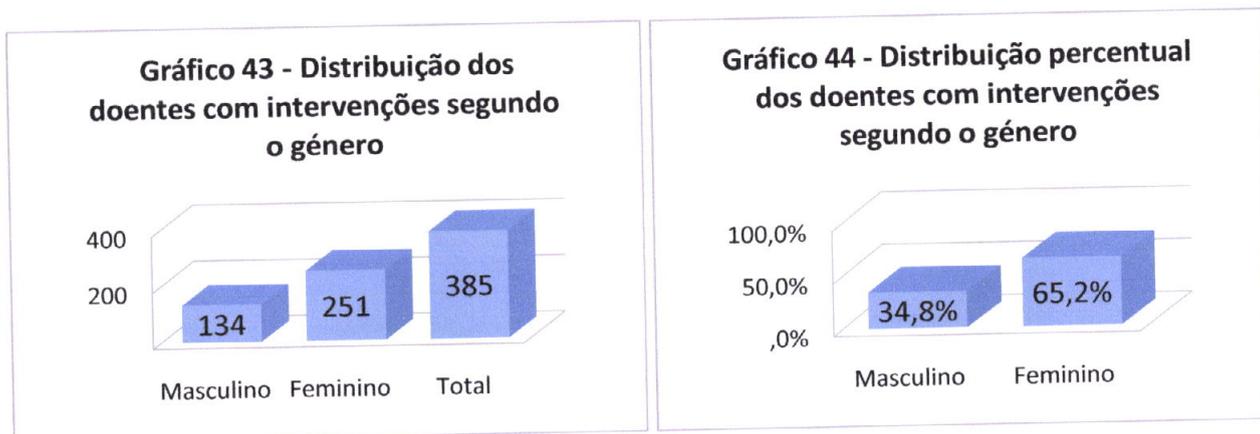
Implementação do projecto

## 4 – DADOS OBTIDOS

### 4.1 – Análise das intervenções

Passamos agora a efectuar uma análise das intervenções efectuadas durante os anos de 2007 a 2009.

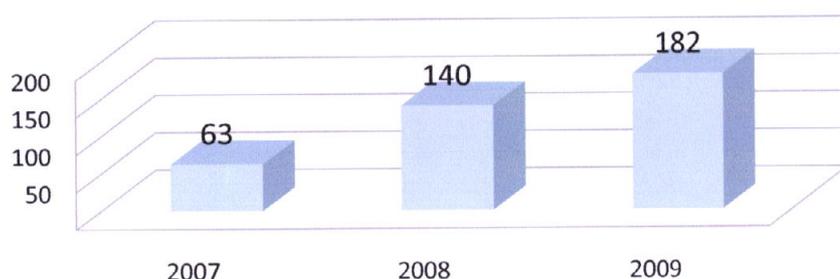
Tal como pode ser visualizado no gráfico 43, durante estes três anos contactei com 385 doentes, dois 134 foram do género masculino e 251 do género feminino. Esta proporção



é semelhante à da população geral com potenciais alterações de saúde mental e psiquiátricas. Apesar de existirem dois fluxogramas em que prevalecia o género masculino e outros dois em que prevalecia o género feminino, verifica-se uma situação idêntica ao encontrado nos doentes por mim intervencionados. Na população geral 39,6% são do género masculino e 60,4% do género feminino, situação esta equiparada à deparada nos intervencionados (gráfico 44), 34,8% do género masculino e 65% do género feminino.

Relativamente ao número de doentes intervencionados durante os anos em estudo poder-se-á verificar no gráfico 45 que foi crescente, existindo um acréscimo de 2007 para 2008 de 122% e de 2008 para 2009 de 30%.

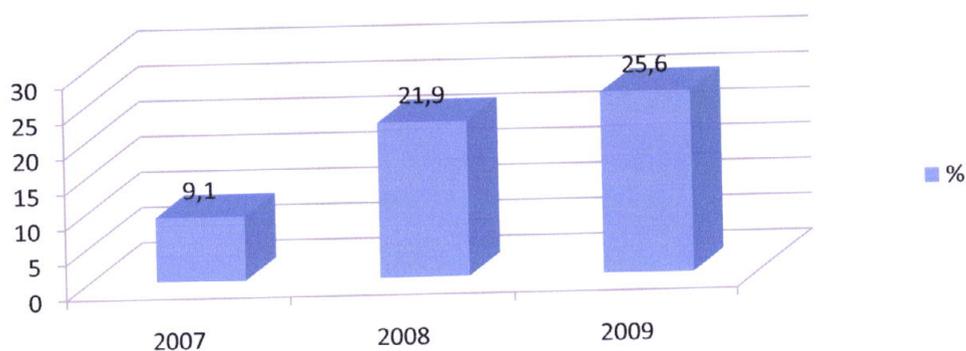
**Gráfico 45 - Distribuição dos doentes com intervenções, segundo o ano.**



Este facto não é devido ao acréscimo de número de doentes, visto que em termos da população geral (gráfico 4) existiu um decréscimo da população de 2007 para 2008 de 7,9% e de 2008 para 2009 um ligeiro aumento de 11,4%. Assim a justificação para o acréscimo significativo de doentes com os quais tive possibilidade de intervir deveu-se, quer à sensibilização da equipa para o recurso existente, quer para à modalidade que os médicos do serviço de urgência começaram a utilizar. A equipa começou a referenciar-me cada vez mais doentes durante o tempo da minha permanência no serviço, por outro lado os médicos do serviço começaram a referenciar os doentes que eram admitidos no serviço na minha ausência, para regressarem ao serviço no período da minha presença. Estas são as justificações para o aumento assinalável dos doentes intervencionados.

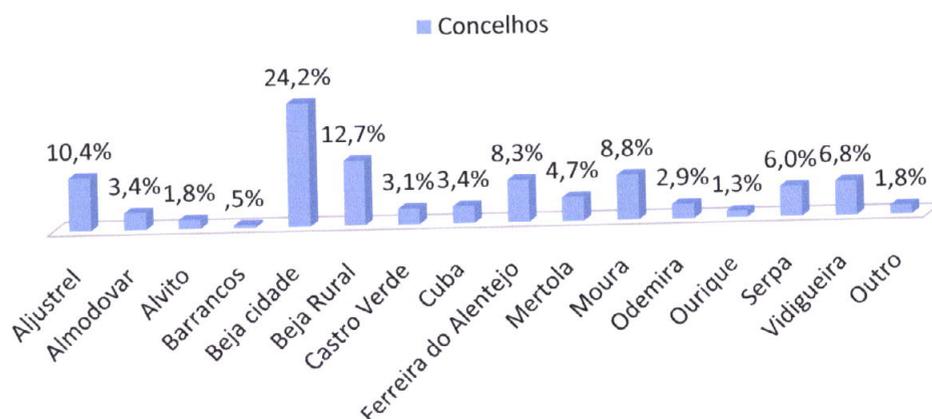
No gráfico 46 apresenta-se o valor percentual dos doentes com os quais tive possibilidade de ter intervenções face ao total da população (gráfico 3). Aqui também se poderá verificar a evolução das intervenções junto dos doentes e a influência que os resultados tiveram junto da equipa para que cada vez mais doentes fossem referenciados.

**Gráfico 46 - Distribuição percentual dos doentes com intervenções segundo o ano**



A proveniência geográfica dos doentes com os quais tive intervenções (Gráfico 47) é

**Gráfico 47 - Distribuição percentual dos doentes com intervenções segundo o concelho de proveniência**

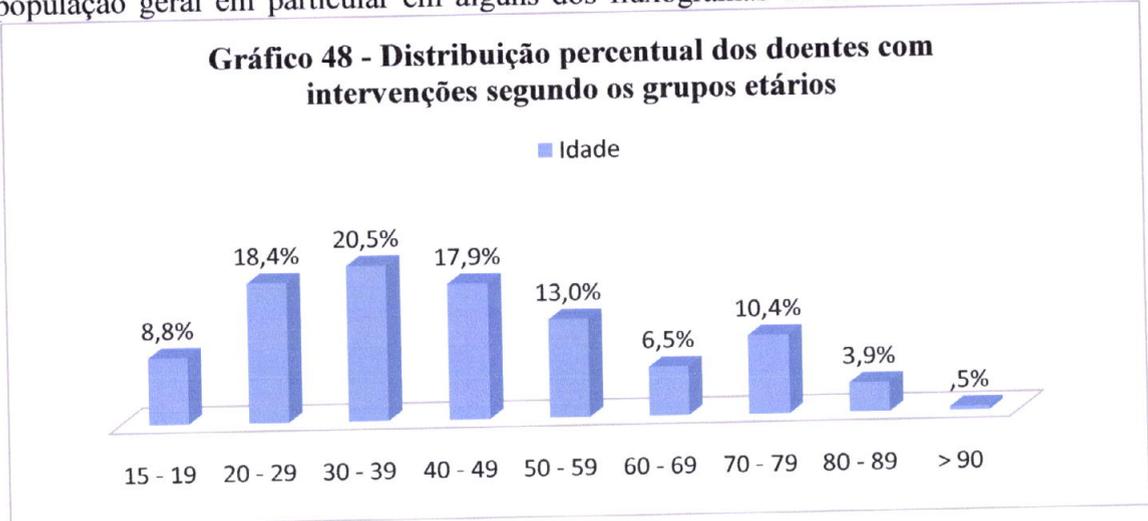


maioritariamente do concelho de Beja, mas com a particularidade de serem doentes residentes na cidade de Beja (24,2%). Logo a seguir são doentes oriundos do restante concelho de Beja ou seja das freguesias rurais que constituem este concelho. Em termos globais, 36,9% dos doentes são do concelho de Beja.

Salientamos também outros concelhos que representam valores percentuais mais significativos: Aljustrel - 10,4%, Moura - 8,8% e Ferreira do Alentejo - 8,3%. Esta situação já tinha sido verificada anteriormente na população geral, onde os concelhos agora focados tinham sido os anteriormente identificados como os possuidores de maior número de doentes admitidos. Esta situação seria bastante proveitosa em termos de intervenção das equipas que têm possibilidade de intervir no próprio concelho, como sejam as equipas locais de saúde e as equipas do Departamento de Saúde Mental e

Psiquiatria da U.L.S.B.A., estes indicadores não terão uma intervenção directa da nossa parte mas poderão ser úteis para outros colaboradores da U.L.S.B.A. EPE.

Relativamente aos grupos etários, verifica-se que mais de metade destes (56,8%) pertencem a três dos grupos etários (gráfico 48), ou seja, o grupo dos 30 anos é o que apresenta maior valor percentual (20,5%), seguido do grupo dos 20 anos (18,4 %) e por fim o grupo dos 40 anos. Esta realidade é similar ao verificado obviamente na população geral em particular em alguns dos fluxogramas de admissão. Não se deve



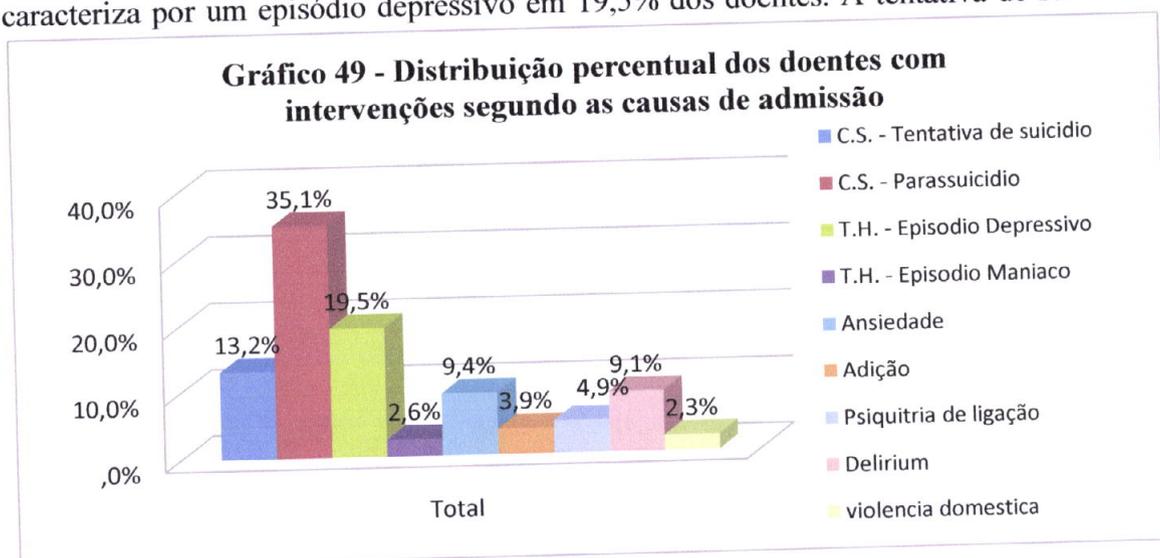
desvalorizar os restantes grupos etários, pois cada um deles apresenta as suas particularidades e necessidades de intervenção. Saliento o grupo dos jovens até aos dezanove anos que representa 8,8% dos admitidos e o grupo dos idosos, em que o somatório dos doentes com mais de sessenta anos representa 21,3%. São valores com óbvia necessidade de reflexão e intervenção.

Poder-se-á colocar a questão, qual a causa que levou à minha intervenção junto do doente. Tal como anteriormente referi, os doentes são referenciados para mim por qualquer um dos elementos da equipa multiprofissional da equipa do serviço de urgência, essencialmente pelos colegas enfermeiros, pelos médicos e pela Assistente Social. Perante a avaliação do doente estabeleci um conjunto de nove critérios causais com base nos critérios de avaliação e alguns deles baseados no DSM.

Assim, tal como pode ser visível no gráfico 49, determinei uma das causas a existência de um comportamento suicidário que poderá ser uma tentativa de suicídio quando o avaliado apresenta uma intenção suicida, ou um comportamento parassuicida, quando aparentemente não existe uma intenção suicida no comportamento. A causa pode ser um

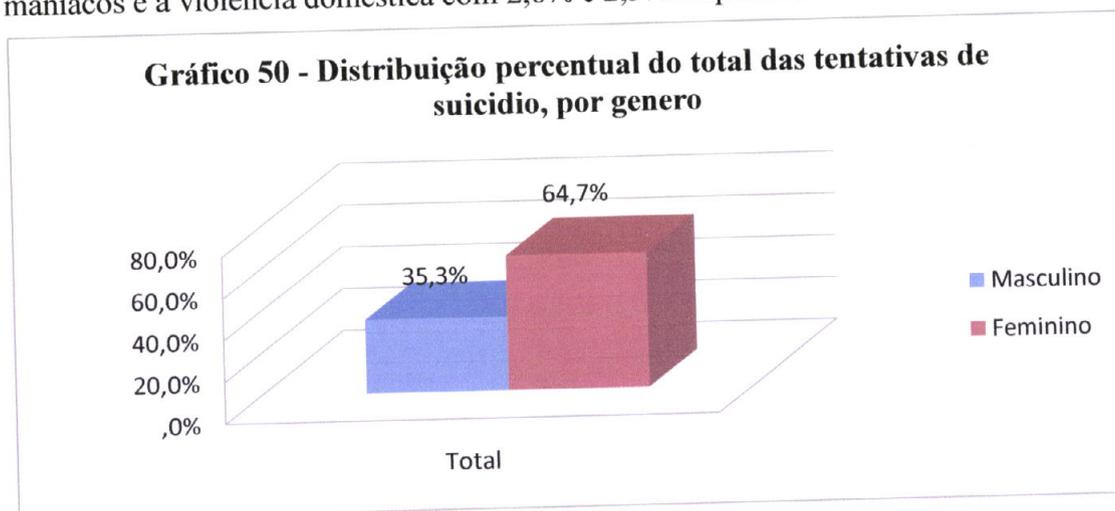
transtorno de humor, que pode estar integrado num episódio depressivo ou episódio maníaco. Pode ser identificado como episódio causal a ansiedade e o delirium independentemente da sua situação causal. A causa pode ser ainda identificada como um problema de adição, essencialmente álcool e drogas, a psiquiatria de ligação e a violência doméstica.

Em termos de caracterização do grupo relativamente à causa de intervenção verifica-se que o maior número foi devido a presença de um comportamento suicidário. Assim, 48,3% apresentaram um comportamento suicidário, sendo o mais comum o parassuicídio em 35,1%, sendo procedido por um transtorno de humor que se caracteriza por um episódio depressivo em 19,5% dos doentes. A tentativa de suicídio



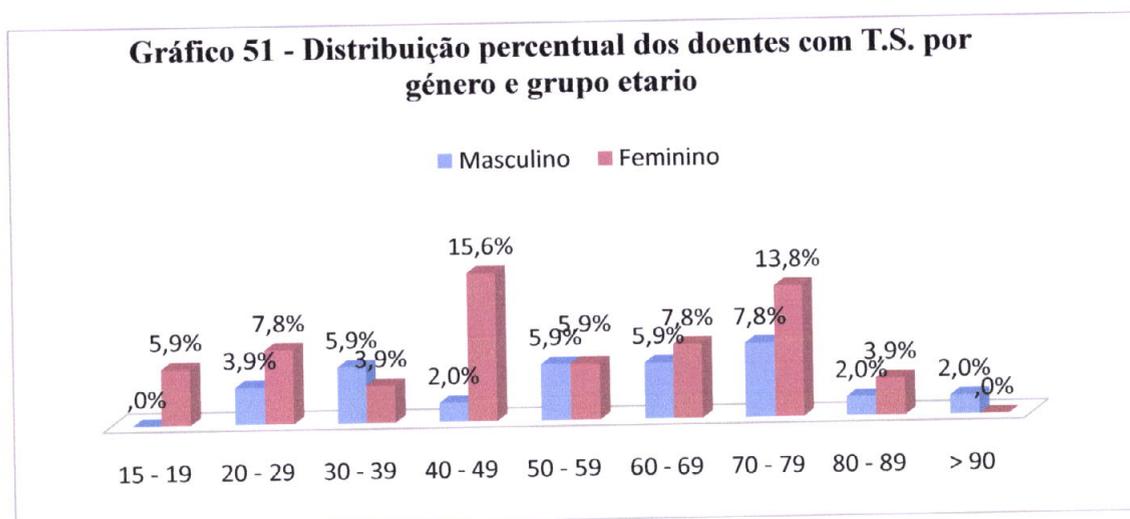
surge em terceiro lugar em 13,2% dos doentes.

Com valores mais reduzidos, mas obviamente não menos importantes, surge a ansiedade e o delirium equiparados com 9,4% e 9,1% respectivamente; posteriormente surge a psiquiatria de ligação com 4,9%, a adição com 3,9% e por fim os episódios maníacos e a violência doméstica com 2,6% e 2,3% respectivamente.



Caracterizando cada uma das causas de intervenção verifica-se o seguinte: a tentativa de suicídio é percentual mais elevada no género feminino, tal como pode ser visualizado no gráfico 50, em que 64,7% são mulheres e 35,3% são homens.

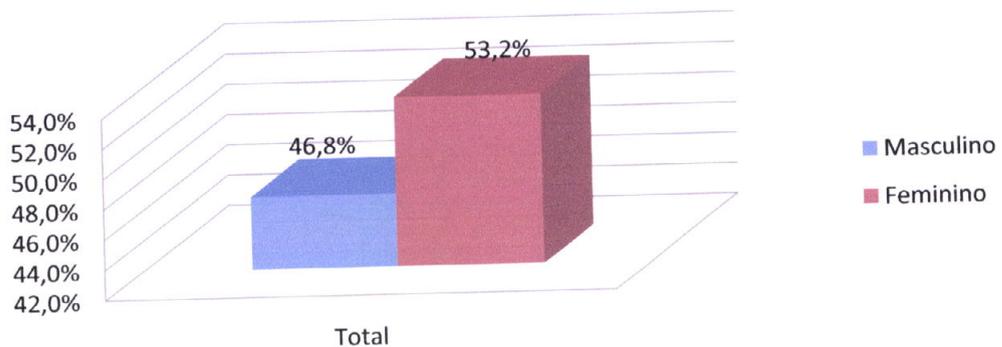
Relativamente à sua dispersão pelos grupos etários e pelo género (gráfico 51) verifica-se que no género feminino surge logo desde os escalões mais jovens (15-19 anos) atingindo uma percentagem considerável (5,9%), mantendo uma supremacia praticamente em todos os escalões, excepto no grupo etário dos 30 e 90 anos.



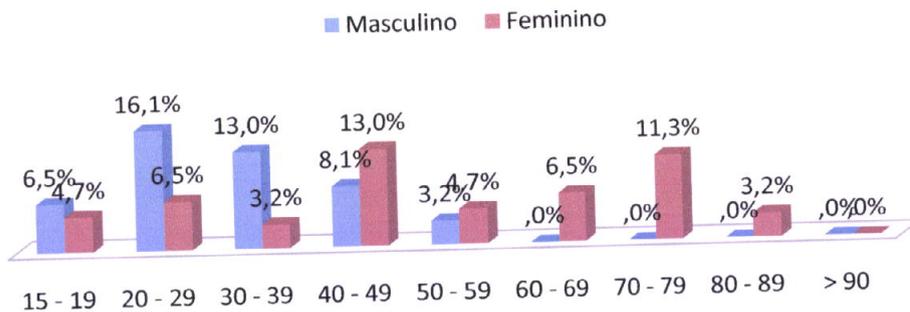
A maior percentagem situa-se no grupo etário dos 70 anos com um total de 21,6%, em que 7,8% são homens e 13,8% são mulheres. O grupo menos populoso é o dos jovens entre os 15 e os 19 anos que apresenta 5,9% de indivíduos, todos do género feminino. Ocorre situação idêntica com o grupo dos 80 anos, que também apresenta um total de 5,9%, em que 2% são homens e 3,9% são mulheres. Este facto vai de encontro a dados anteriormente encontrados em que o idoso apresenta uma intenção suicida mais marcada que o jovem.

Relativamente aos comportamentos suicidários por parassuicídio, verifica-se o seguinte. Tal como pode ser verificado no gráfico 52, foi mais frequente no género feminino (53,2%) e, no caso do grupo etário, os valores mais elevados registaram-se nos grupos de 20 e 40 anos, com um total de 21,6% e 21,1% respectivamente (gráfico 53).

**Gráfico 52 - Distribuição percentual do total das situações parassuicidas segundo o género**

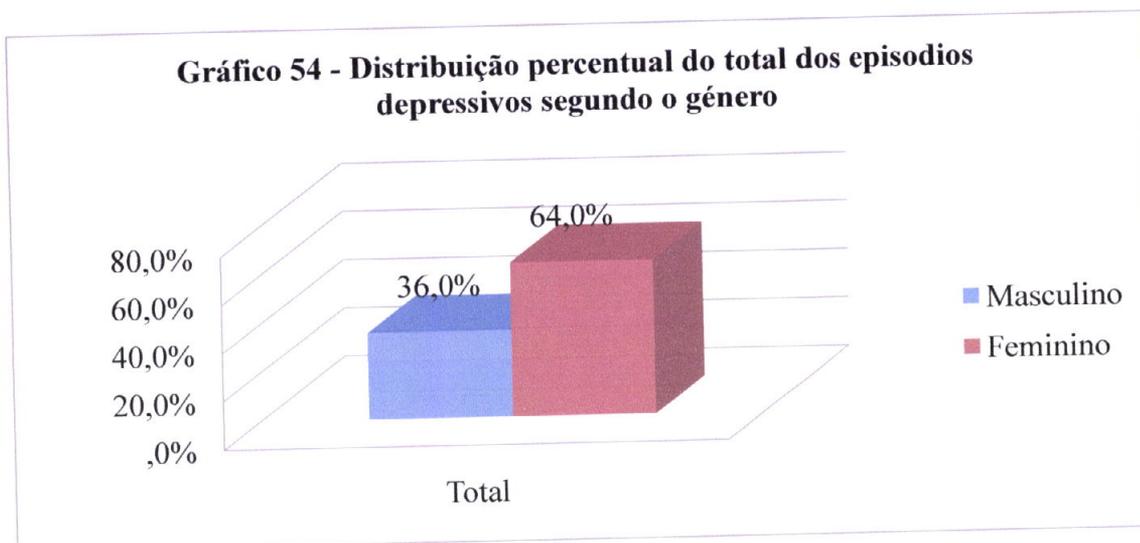


**Gráfico 53 - Distribuição percentual dos doentes com P.S. segundo o género e o grupo etário**

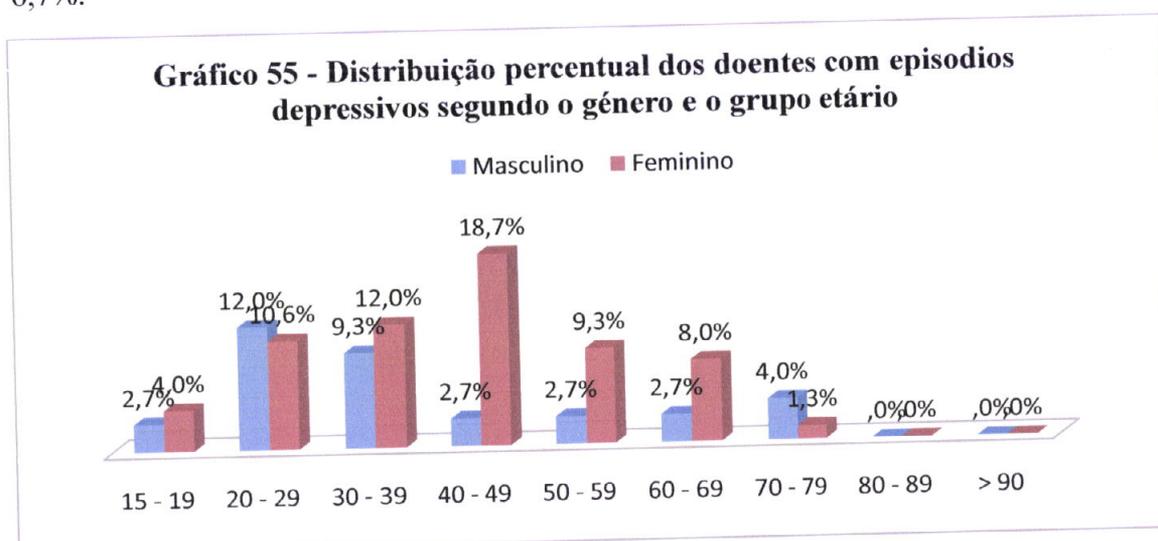


Verifica-se um ligeiro aumento de indivíduos do género masculino nos grupos etários, desde os mais jovens até ao grupo dos 30 anos. Porém, também é possível verificar que o género masculino só apresenta situações parassuicidas até aos 50 anos, não registando situações posteriormente. Nas situações anteriormente citadas (tentativas de suicídio) era nos escalões mais velhos (70 anos) que se registavam mais tentativas de suicídio. Nesta situação sucede mais nos escalões mais jovens, no homem até aos 50 anos e na mulher, mantendo um número residual em todos os grupos etários.

Os episódios depressivos como pode ser verificado no gráfico 54, é muito mais característico do género feminino (64%) do que no masculino (36%).



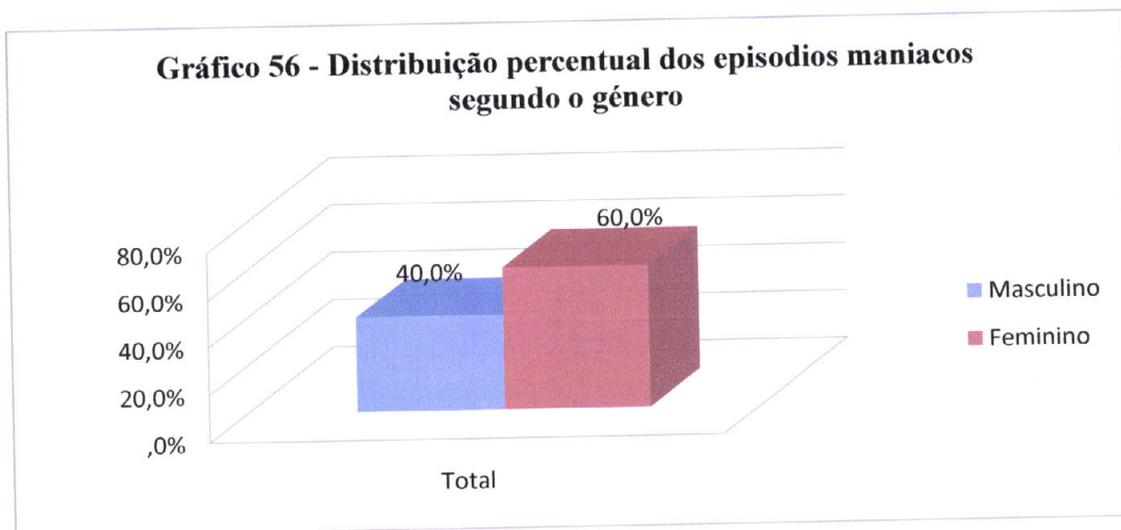
Em termos etários, verifica-se que tem uma maior expressão no grupo dos 20 anos (gráfico 55) com 22,6% dos indivíduos, seguido do grupo dos 40 anos e dos 30 anos, com 21,4% e 21,3% respectivamente. Verifica-se que nos grupos etários seguintes existe um decréscimo progressivo, presenciando-se uma ausência total de indivíduos com mais de 80 anos. O grupo dos jovens apresenta um valor relativo significativo de 6,7%.



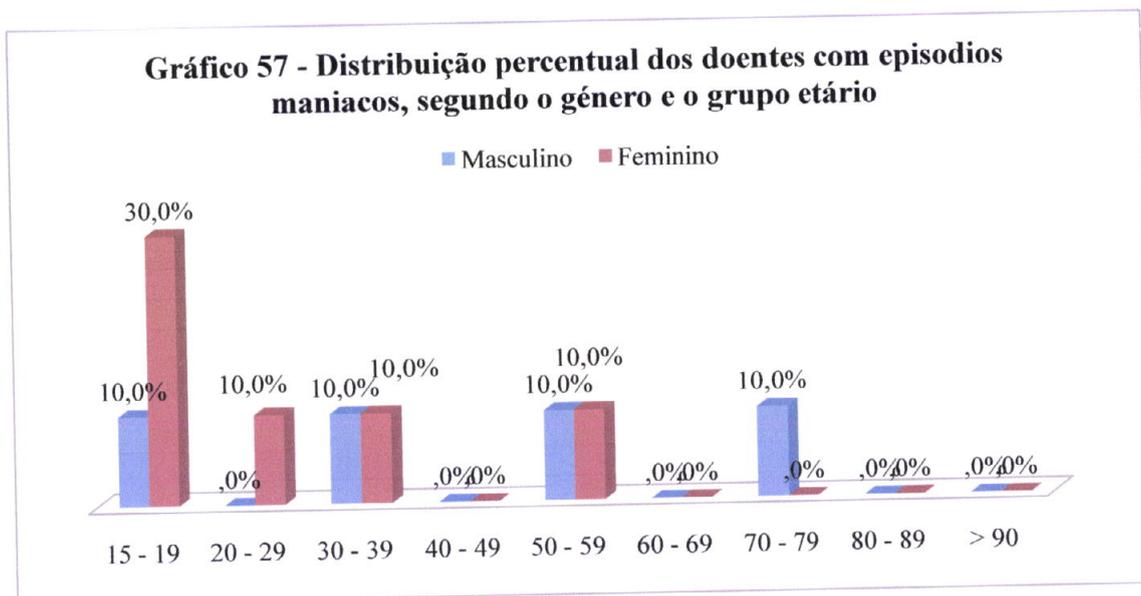
Relativamente ao género, existe um predomínio, em quase todos os escalões etários, do género feminino. Apenas no grupo dos 20 anos e dos 70 anos o valor percentual do

género masculino é ligeiramente superior. É no grupo dos 40 anos que existe uma diferença considerável entre os dois géneros: 18,7% elementos do género feminino e apenas 2,7% do género masculino. Em suma é uma destabilização mais predominante no género feminino e nos grupos etários até 40 anos.

Os episódios maníacos são os menos comuns no serviço de urgência. É mais característico em elementos do género feminino como pode ser visível no gráfico 56, existindo uma representatividade de 60% feminino e 40% masculinos.

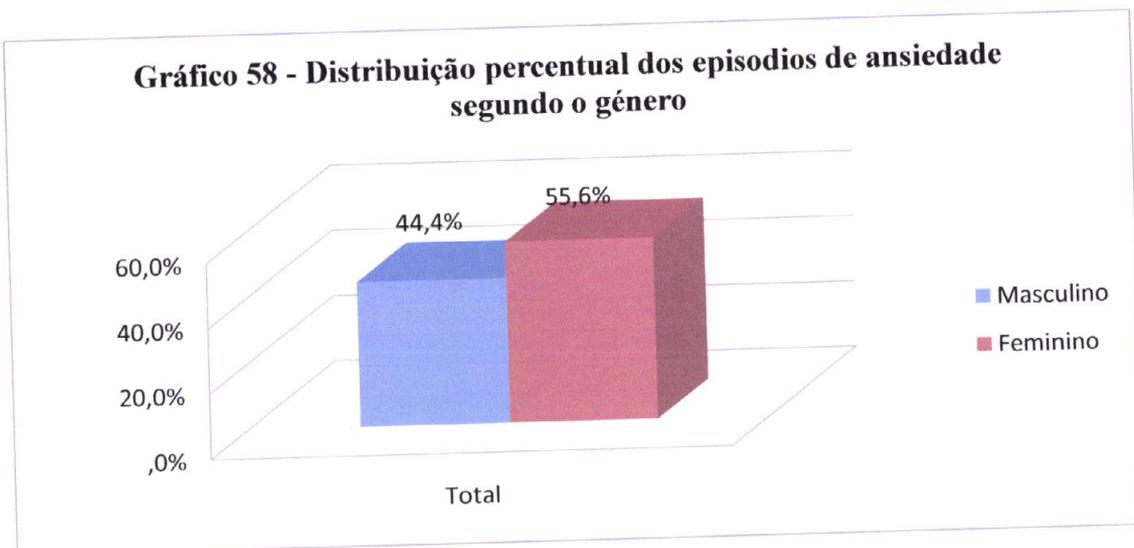


Relativamente à sua dispersão pelos grupos etários, verifica-se que se centraliza no grupo mais jovem (gráfico 57), em indivíduos entre os 15 e os 19 anos, representando

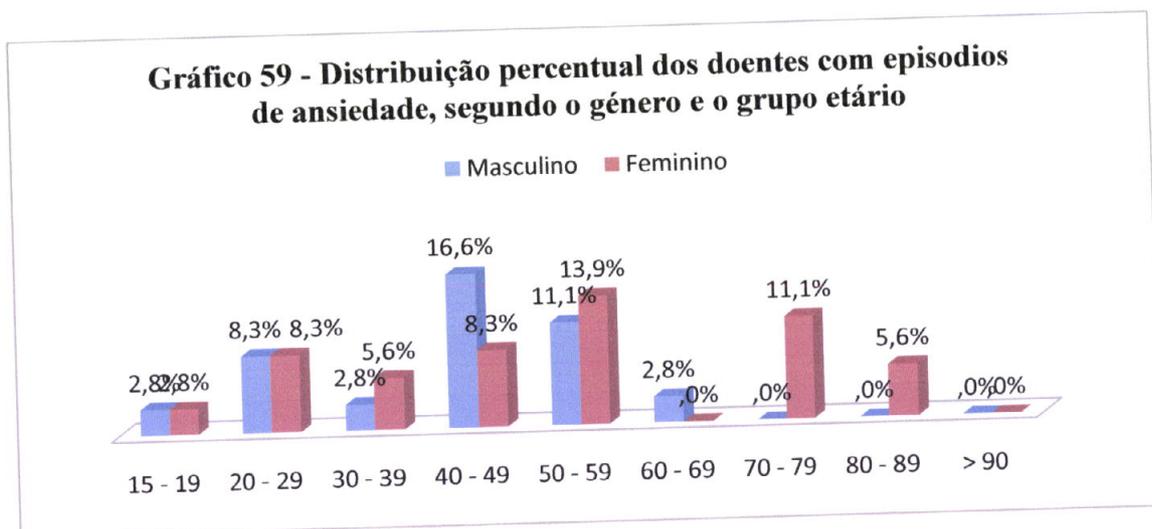


este grupo 40% do total e sendo mais evidente no género feminino com 30% para 10% de masculinos. A restante dispersão é ocasional nos restantes grupos, apresentando um elemento disperso pelos vários grupos etários até ao grupo dos 70 anos.

Relativamente aos doentes admitidos por ansiedade poder-se-á referir as seguintes características. Em termos totais e de género (gráfico 58), verifica-se que existe uma predominância do género feminino, apesar de não ser muito significativa, na ordem dos 11,2%.



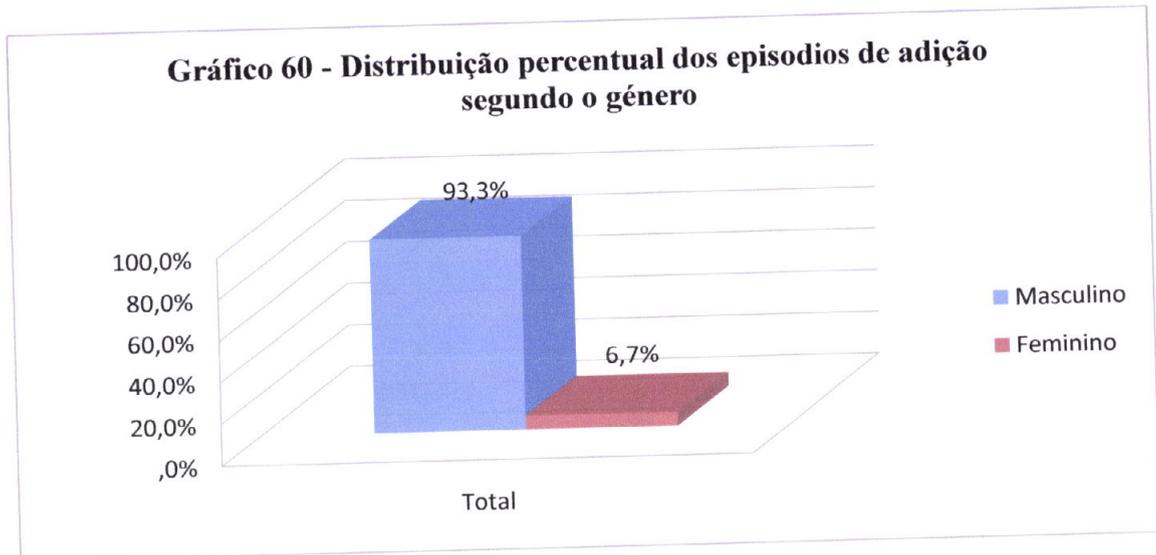
Relativamente à dispersão pelos grupos etários (gráfico 59), verifica-se que 50% dos indivíduos concentram-se nos grupos etários dos 40 anos e dos 50 anos (25% em cada), com a particularidade de que no grupo dos 40 anos existe uma supremacia do género masculino (16,6%) relativamente ao género feminino (8,3%), enquanto no grupo dos 50 anos existe uma supremacia pouco evidente do género feminino 13,9% para 11,1% do



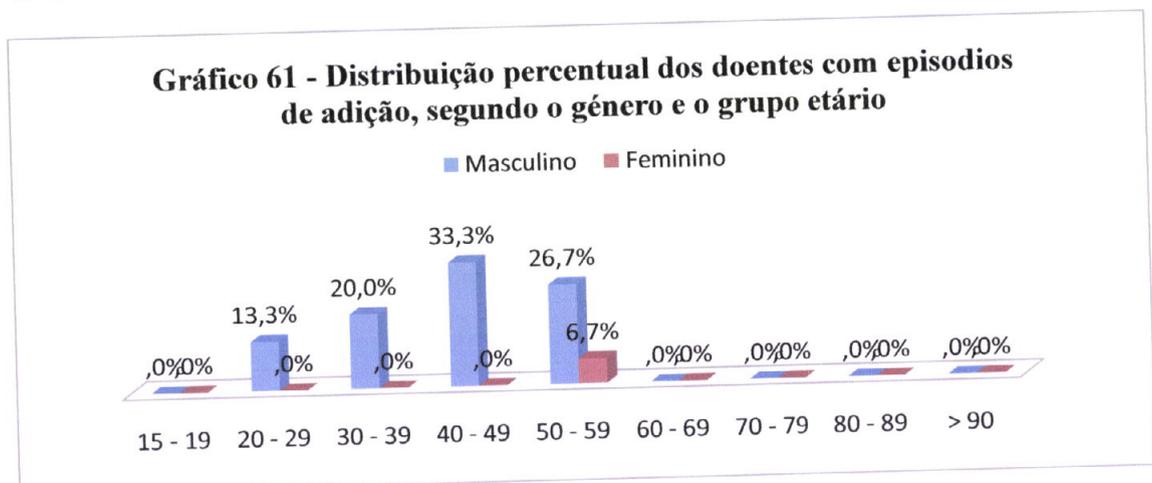
género masculino.

Verifica-se um progressivo acréscimo de admissões até ao valor mais elevado (40 e 50 anos), seguindo-se um decréscimo progressivo nos grupos seguintes.

Relativamente aos doentes admitidos por questões de adição verifica-se o seguinte. O género masculino (gráfico 60), com um valor de 93,3% e apenas 6,7% o género feminino.

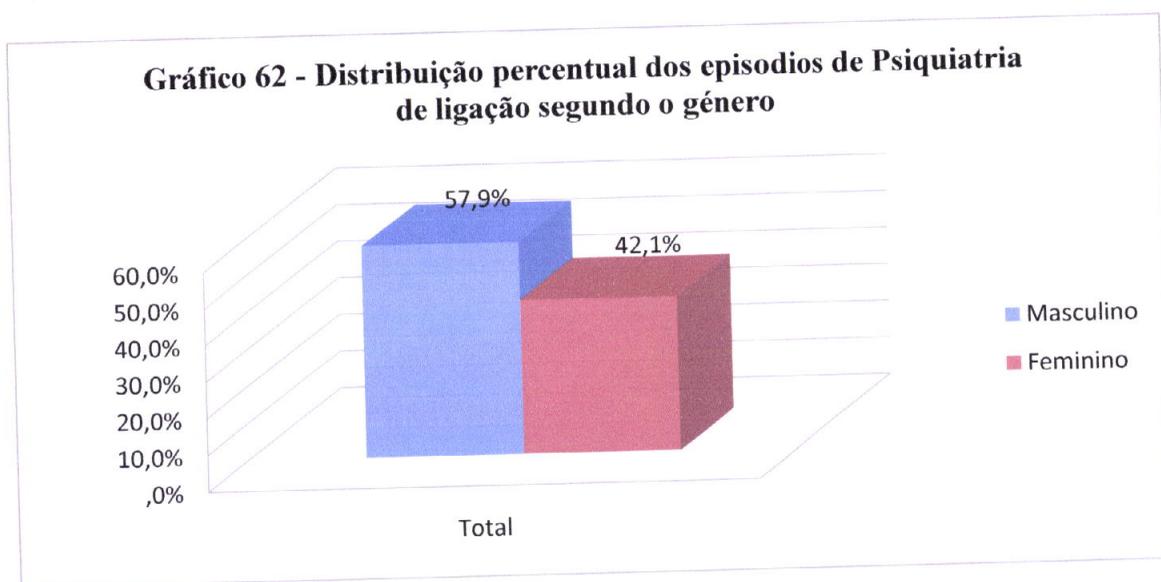


Relativamente à dispersão pelas idades (gráfico 61) verifica-se que existe um acréscimo progressivo com início no grupo etário dos 20 anos, atingindo o máximo nos grupos dos 40 e dos 50 anos, com o valor de 33,3% em cada um destes dois grupos etários. Nos grupos etários seguintes não existe nenhum doente com admissão devida a causa adicta.

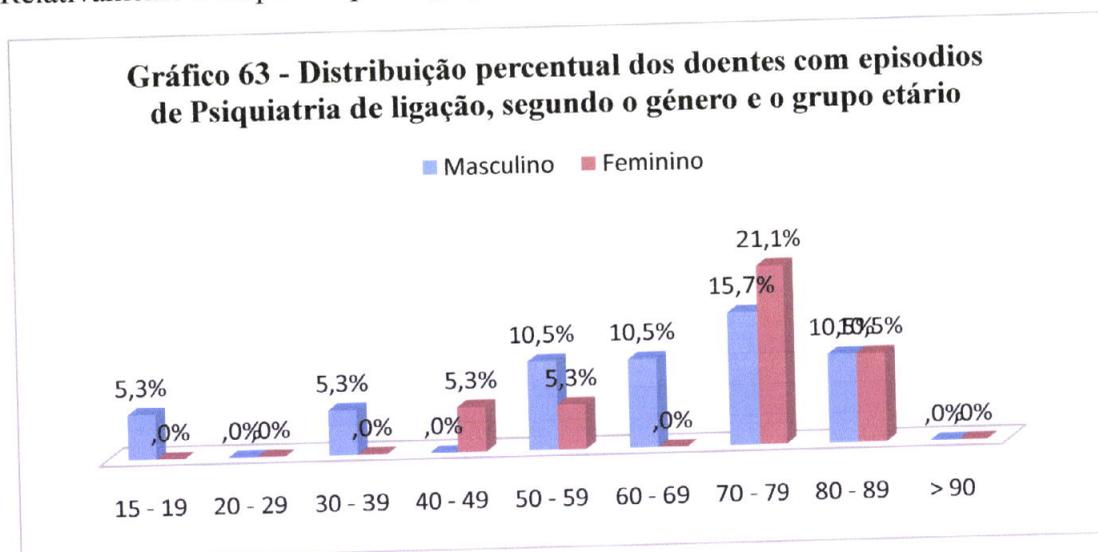


Em termos etários verificam-se a existência de características idênticas ao grupo anterior (ansiedade), porém em termos de género verifica-se que é um grupo quase na sua totalidade masculino e que predomina nos grupos em idade activa.

Relativamente às intervenções de psiquiatria de ligação observa-se que em termos totais e relativamente ao género existe uma superioridade pouco acentuada relativamente ao género masculino, como pode ser visível no gráfico 62: 57,9% do género masculino e 42,1% do género feminino.

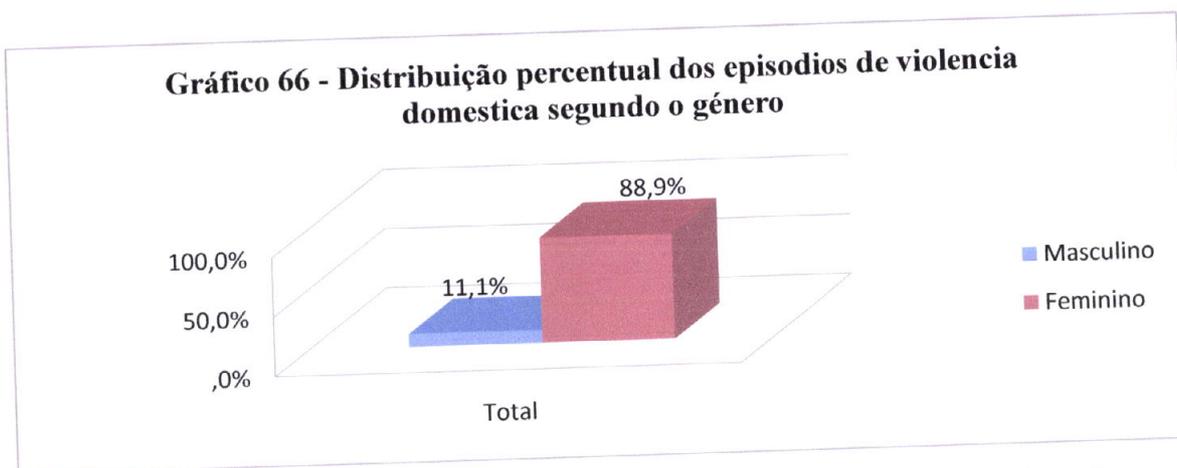


Relativamente à dispersão pelos grupos etários, ela ocorre pelos vários grupos (gráfico



que existe uma dispersão em termos dos vários grupos etários, existindo, todavia, um grupo etário prevalente, que é o grupo etário dos 70 anos, que, na totalidade, integra 31,2% do total dos indivíduos. Verifica-se que neste grupo existe uma supremacia do género feminino com 25,5% comparativamente aos 5,7% do género masculino.

Os restantes grupos etários estão igualmente representados. Estes dados apontam para que as situações de alteração do comportamento por delirium possam surgir em qualquer grupo etário. Todavia, esta situação é mais evidente no grupo mais idoso, correspondente ao grupo etário dos 70 anos, verificando-se uma supremacia do género feminino.



Os doentes com intervenções devido a situações de violência doméstica foram obviamente na sua maioria do género feminino (88,9%), como pode ser visível no

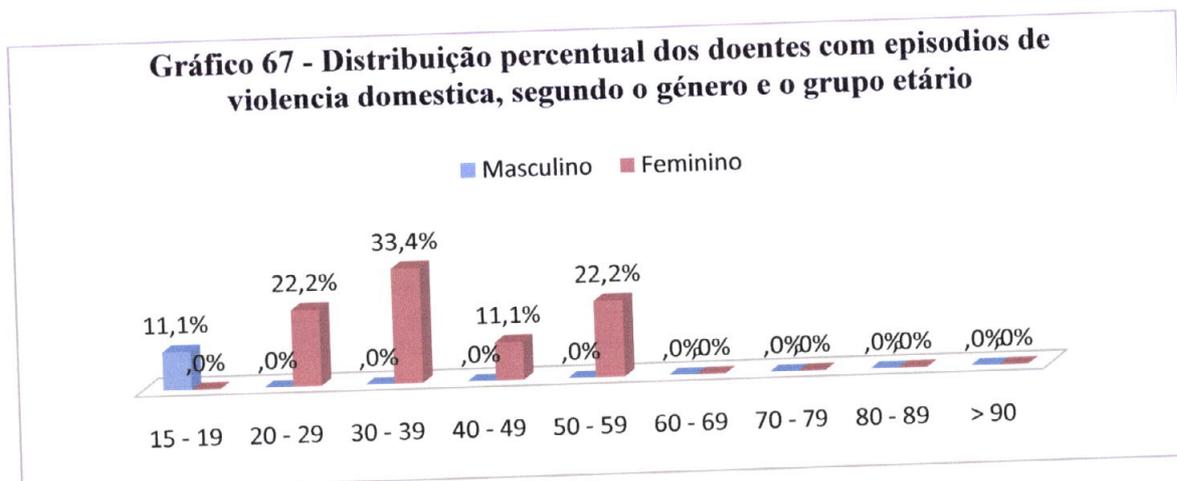


gráfico 66.

Em termos de dispersão pelos grupos etários (gráfico 67) os valores percentuais mais elevados concentram-se essencialmente pelos grupos dos 20 aos 50 anos, sendo o valor

máximo no grupo dos 30 anos (33,4%); nos grupos etários dos 20 anos e 50 anos o valore percentual é o mesmo (22,2%).

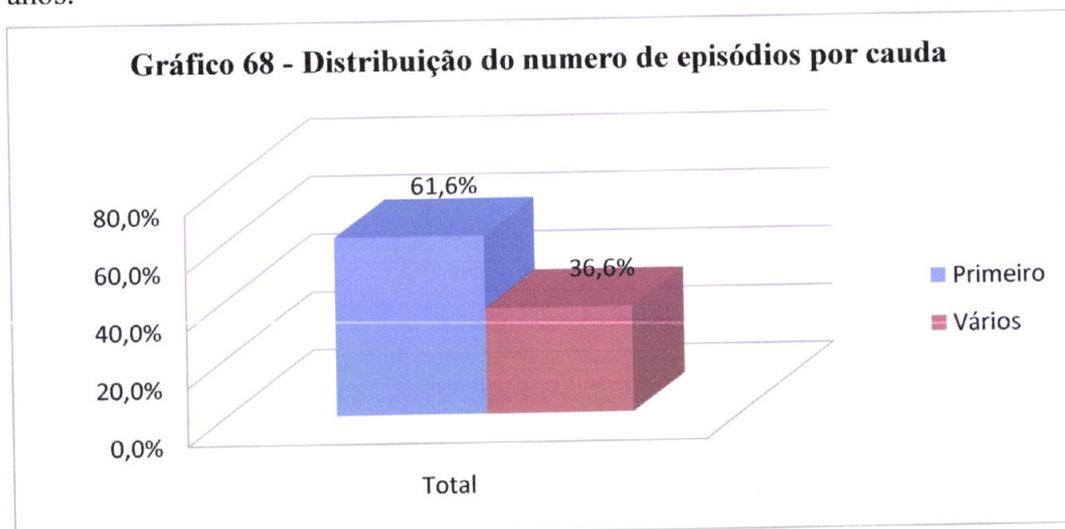
Como se pode constatar, não há registo deste tipo de fenómeno a partir do grupo etário dos 60 anos.

Relativamente ao tipo de comportamento a análise do quadro 1 (anexo 4) revela-nos o seguinte:

- 62,7% dos doentes do género masculino não apresentam um comportamento suicidário, porém este tipo de comportamento está presente em 37,3% dos homens.
- Relativamente ao género feminino verifica-se que 43,4% dos doentes não apresentam comportamento suicidário, enquanto 56,6% apresenta este tipo de comportamento. O comportamento suicidário é mais característico no género feminino.
  - O comportamento suicidário por intoxicação medicamentosa é um comportamento mais característico do género feminino: 45% dos doentes do género feminino apresentam este tipo de comportamento, enquanto no género masculino apenas se manifesta em 22,4% dos homens.
  - Relativamente aos grupos etários a grande maioria das mulheres com este tipo de comportamento (quadro 2) têm idades inferiores a 50 anos (83,2%), facto este ainda mais marcante no género masculino, pois 90% dos homens com este tipo de comportamento têm idades inferiores a 50 anos.
  - Quer no homem quer na mulher o grupo etário preponderante neste tipo de comportamento é o grupo dos 20 e 30 anos, respectivamente 30% e 33,3% no género feminino e 22,1% e 29,2% no género masculino. No grupo etário dos 30 anos, verifica-se que é um tipo de comportamento independente do género.
  - O comportamento suicidário com ingestão de tóxico (quadro 1 e 2) predomina nos indivíduos dos grupos etários entre os 30 aos 70 anos no género masculino e entre os 20 e os 60 anos no género feminino. Foram registados mais casos em mulheres do em homens, respectivamente 72,2% e 27,8%.
  - A auto mutilação manifesta-se de forma mais significativa nas mulheres (77,8%) (quadro 1 e 2) do que nos homens (22,2%). Caracteriza-se por incidir

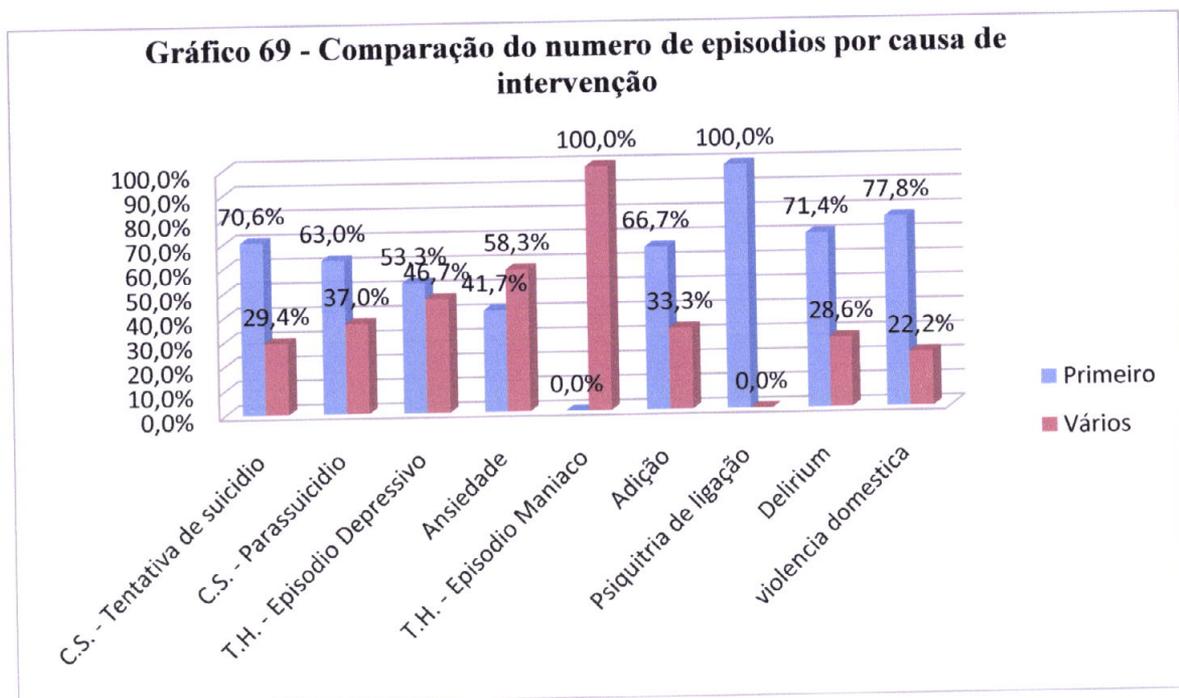
na mulher nos grupos etários desde o grupo inferior a 20 anos até aos 60 anos, porém o valor mais elevado regista-se no grupo etário dos 20 anos (28,6%). No homem é pouco significativo, existindo apenas 2 casos, um no grupo dos 20 anos e outro no grupo com mais de 90 anos. Em suma, a auto mutilação é mais característica na mulher, em grupos etários mais jovens, sendo o grupo dos 20 anos o que apresenta o valor mais elevado.

- Relativamente ao comportamento suicidário por tentativa de enforcamento verifica-se que é mais representativo no homem que na mulher, respectivamente 6% e 2,4%. Para o total dos indivíduos com este tipo de comportamento a distribuição por género é a seguinte: masculino 57,1%; feminino 42,9%. No homem distribui-se pelos grupos etários entre os 20 e os 70 anos; é no grupo etário dos 70 anos que se verifica o maior aumento (37,7%). Na mulher concentra-se nos grupos etários dos 70 e dos 80 anos, sendo mais marcante no grupo dos 70 anos, com 66,7%. Em suma, as tentativas de enforcamento são mais frequentes no homem e nos grupos etários mais elevados, em particular, quer no homem quer na mulher, no grupo etário dos 70 anos.



Relativamente aos episódios em função de cada uma das causas de intervenção (gráfico 68) verifica-se que em termos globais o número de primeiros episódios é superior ou número de casos com episódios anteriores. Em 61,6% dos doentes foi um primeiro episódio e 36,6% apresentavam episódios anteriores pelas mesmas causas

Analisando cada uma das causas de intervenção verificam-se características peculiares em cada um deles (gráfico 69):

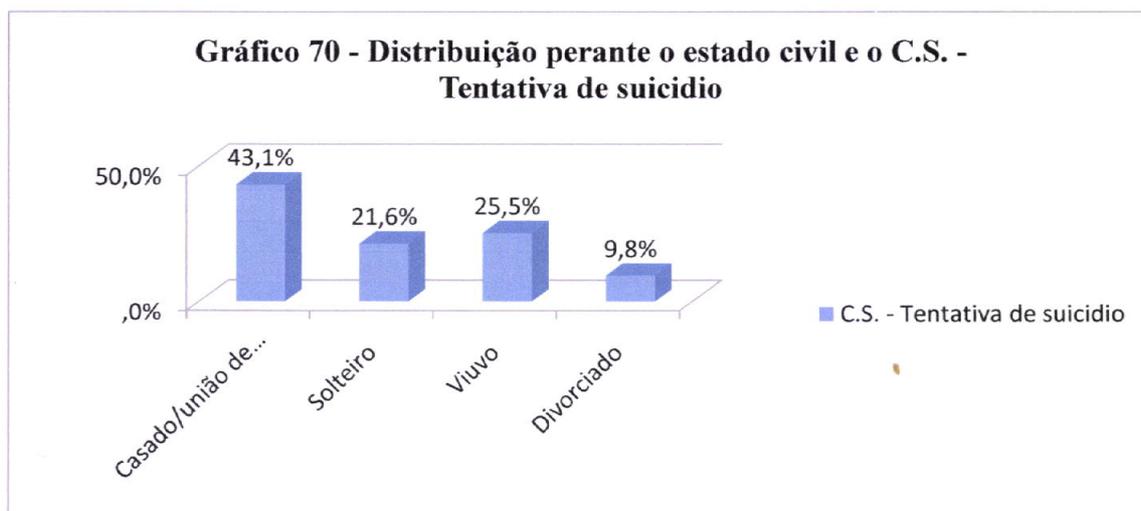


- As tentativas de suicídio apresentam mais primeiros episódios (70,6%) comparativamente com a mesma causa mas com vários episódios anteriores (29,4%).
- Nas situações de episódios de parassuicídio verifica-se que existe uma diferença menor entre as situações dos primeiros episódios e as situações com episódios anteriores, o que se poderá concluir que o número de doentes com vários episódios de parassuicídio é muito maior que com episódios com intenção suicida.
- Os episódios depressivos apresentam quase um número similar de situações de primeiros episódios e com vários episódios anteriores (46,7 e 41,7%, respectivamente).
- Nas situações por ansiedade verifica-se mais admissões com situações anteriores pela mesma causa, do que primeiros episódios.
- Nas admissões por episódios maníacos, todos os doentes apresentavam episódios anteriores pela mesma causa.

- As situações de adição, delirium e violência doméstica, apresentam uma diferença significativa entre as admissões com um primeiro episódio e com episódios anteriores.
- Na psiquiatria de ligação, como é óbvio, todas as situações forma um primeiro episódio.

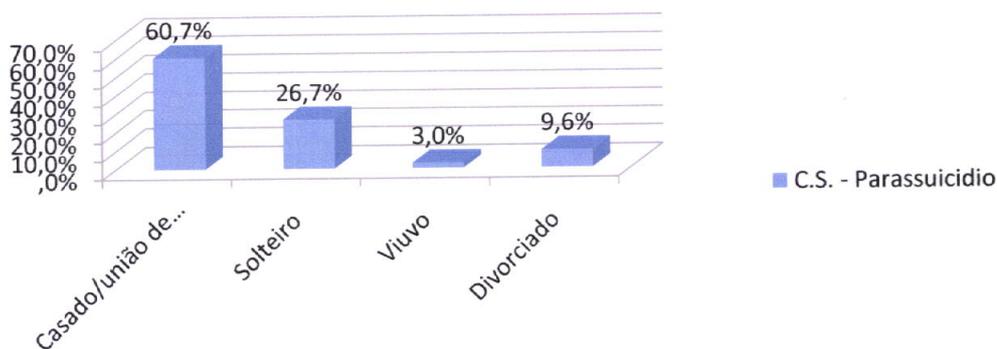
Efectuando uma análise relativamente à causa de intervenção e o seu estado civil, podemos constatar o seguinte:

- Analisando o gráfico 70, constatamos que o estado civil encontra-se relacionado com o comportamento suicidário (tentativa de suicídio). É mais elevado nos indivíduos casados ou em união de factos (43,1%), porém com um peso relativo temos o grupo dos viúvos/as, que representam 25,5% dos indivíduos, surgindo posteriormente os solteiros e por fim os divorciados.



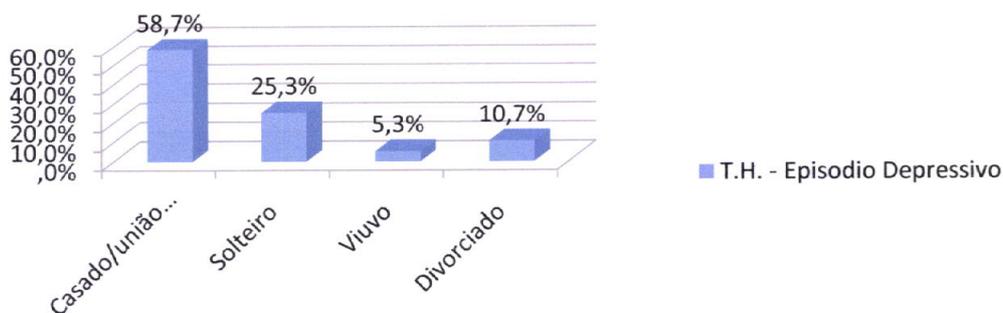
- Relativamente ao parassuicídio (gráfico 71), verifica-se que predominam também os indivíduos casados ou em união de factos, neste caso com valor percentual mais elevado que o anterior (60,7%), seguindo-se os solteiros com 26,7%, também neste caso com valores percentuais superiores ao anterior. Por fim e com valor mais reduzido, encontra-se os viúvos (3%).

**Gráfico 71 - Distribuição perante o estado civil e o C.S. - Parassuicídio**



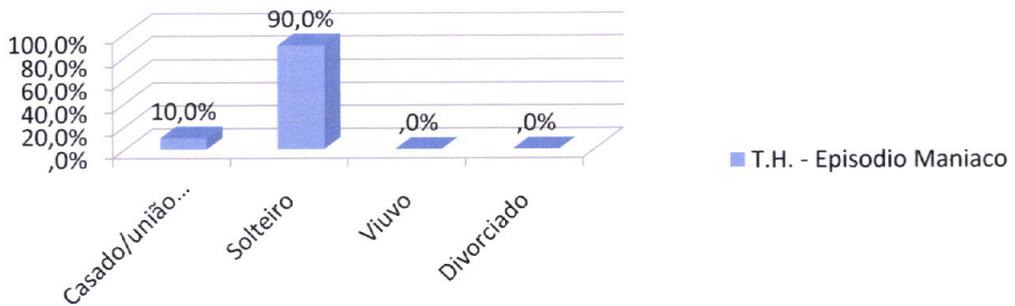
- Os episódios depressivos (gráfico 72) caracteriza-se por conter uma distribuição do estado civil muito idêntica ao do parassuicídio, um predomínio dos grupos dos casados, seguido pelo grupo dos solteiros (25,3%) e por ultimo o grupo dos viúvos, tal como disse é uma distribuição muito semelhante ao grupo anterior.
- Os episódios maníacos (gráfico 73) têm uma distribuição completamente

**Gráfico 72 - Distribuição perante o estado civil e o T.H. - Episódio Depressivo**



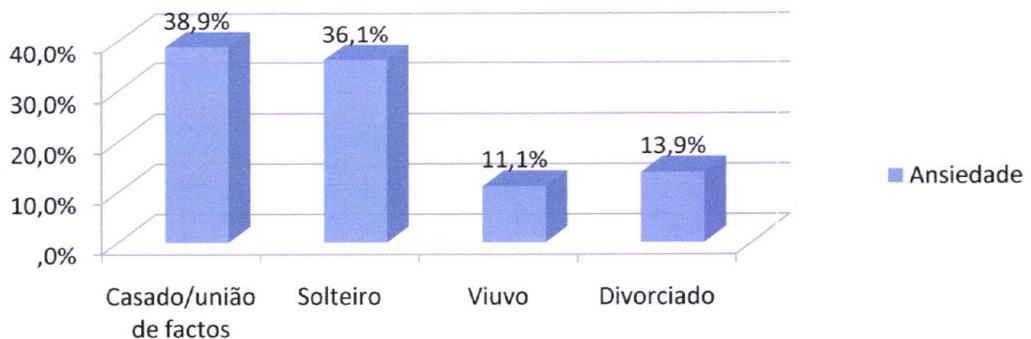
diferente da verificada até agora. Manifesta-se essencialmente em indivíduos solteiros (90%), que, tal como atrás referimos apresenta um predomínio em grupos etários mais jovens. Em casados tem pouco significado e noutros grupos nem registei a sua existência.

**Gráfico 73 - Distribuição perante o estado civil e o T.H. - Episódio Maniaco**



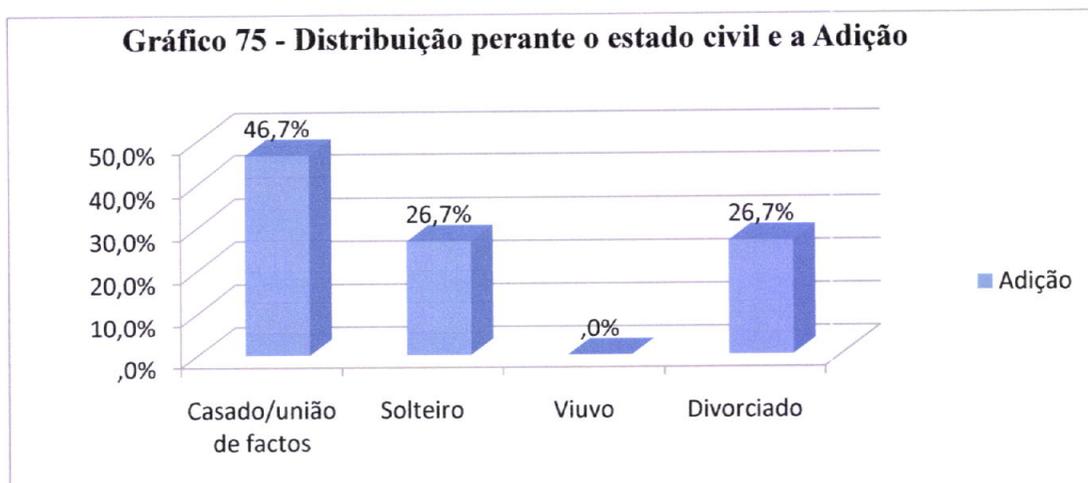
- Relativamente à ansiedade, verifica-se que também esta apresenta uma distribuição diferente do verificado anteriormente (gráfico74). Existe uma distribuição mais equitativa nos vários estados civis, encontrando-se um valor muito semelhante nos casados/união de facto e nos solteiros, 38,9% e 36,1% respectivamente.

**Gráfico 74 - Distribuição perante o estado civil e a Ansiedade**

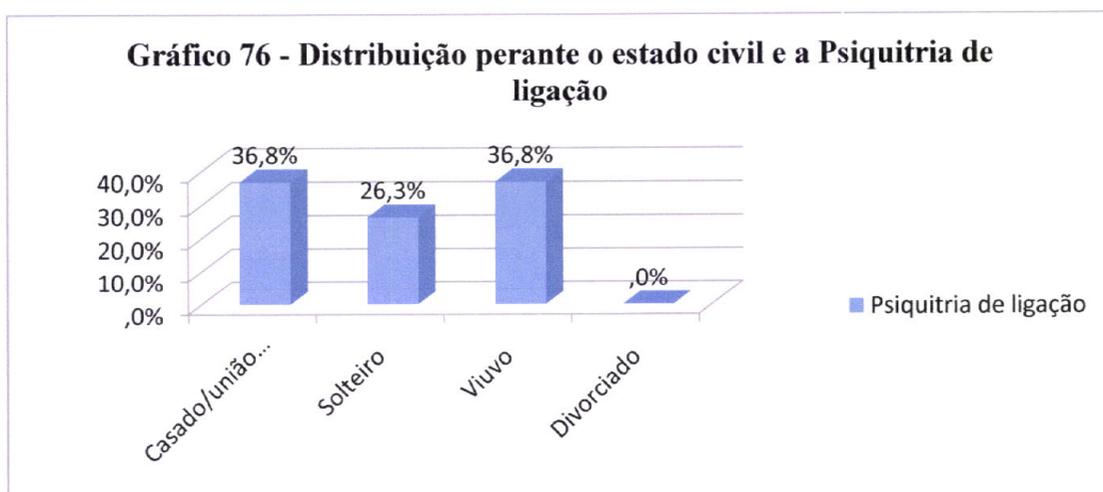


Os divorciados apresentam uma ponderação mais elevada do que nas causas anteriores (13,9%), tal como nos viúvos (11,1%). Verifica-se assim que esta causa é mais abrangente e que o estado civil poderá eventualmente não ter grande significado.

- A adição em uma caracterização também mais equitativa (gráfico75), com um predomínio dos casados (46,7%), uma ausência de viúvos e uma presença assinalável de divorciados (26,7%). Nestes casos os factores em causa são a adição de álcool ou drogas ou uma associação e que caracterizam este grupo.

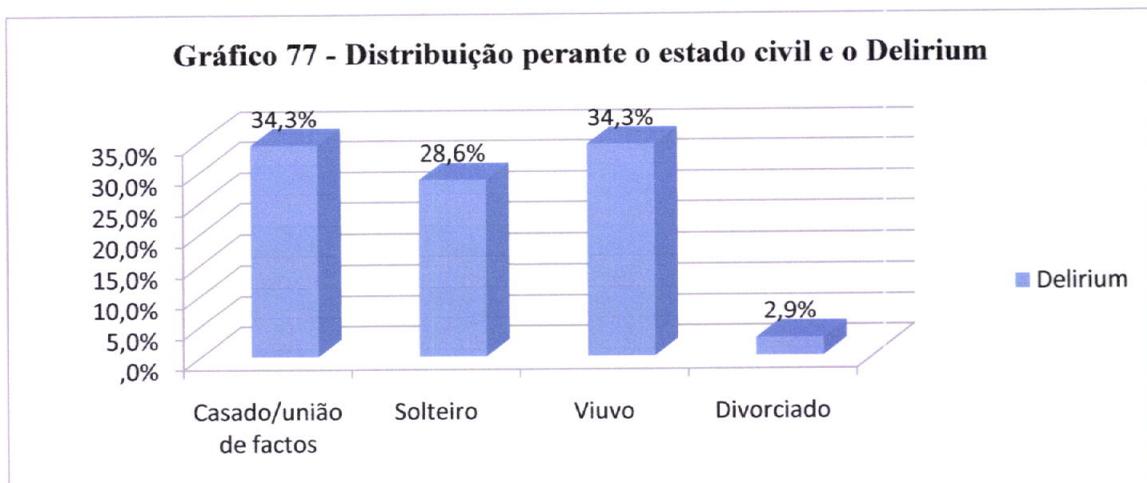


- A psiquiatria de ligação (gráfico 76) surge aqui com uma distribuição diferente das anteriores. Predominante e equitativa entre casados e viúvos (36,8%), seguida pelos solteiros com 26,3%. Como já referimos anteriormente estamos perante um grupo mais idoso e maioritariamente com viuvez.

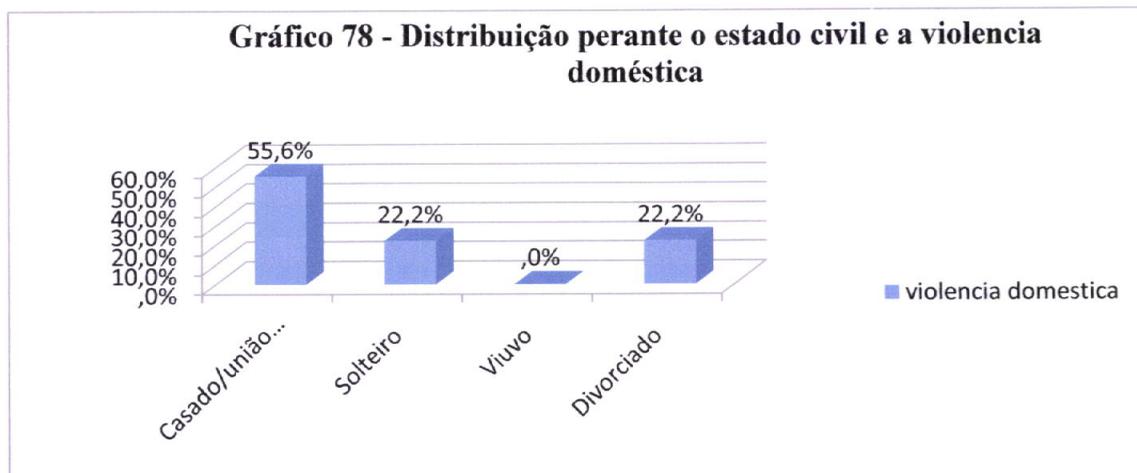


- O delirium como pode ser visível no gráfico 77 apresenta uma dispersão muito parecida com a anterior (psiquiatria de ligação). São grupos com alterações

características de grupos mais idosos, daí que o valor dos casados e dos viúvos seja igual (34,3%) característica de grupos mais idosos.



- A violência doméstica (gráfico 78) apresenta umas características diferentes da anterior. É um grupo que apresenta um maior número de casados/união de facto (55,6%) e com alguns casos de solteiros e divorciados (22,2%) e, como vimos anteriormente, prevalece grupos etários mais jovens.



Efectuando uma análise do agregado familiar e da causa de intervenção (quadro 3, em anexo) podemos fazer as seguintes considerações:

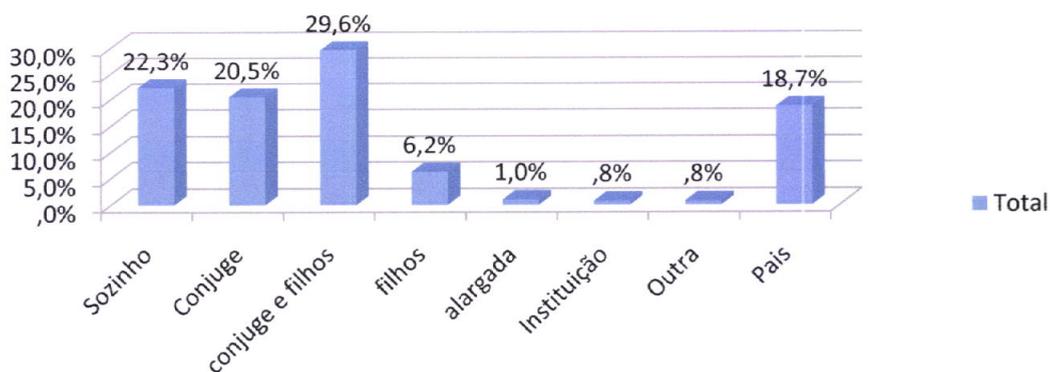
- O doente com comportamento suicida, que efectua uma tentativa de suicídio, é normalmente um indivíduo que vive só (41,2% vivem só). Cerca de 25,5% vive com o cônjuge e filhos e 17,6% vive com apenas o cônjuge. Parece existir mais predisposição para este comportamento nos indivíduos que vivem sozinhos.
- Contrariamente ao comportamento anterior temos o parassuicídio. Manifesta-se essencialmente em quem vive com os filhos e o cônjuge (36,3%), seguindo-se os que vivem só com o cônjuge (22,2%), com os pais (20,7%) e só, por fim, os que vivem só (8,1%). Aparentemente verifica-se uma componente relacional diferente da anterior, este pela presença, enquanto a anterior pela ausência.
- Os episódios depressivos apresentam uma característica mais semelhante com o parassuicídio. Ocorrem principalmente em indivíduos que vivem com o cônjuge e com os filhos (38,7%), segue-se os que vivem com o cônjuge (22,7%), porém os que vivem só, que apresentam um valor percentual de 17,3%. Os que vivem com os pais apresentam, neste caso, uma percentagem mais baixa (12%). Verifica-se assim que também é uma causa relacional, pela presença, porém, a ausência também tem uma ponderação importante.
- Os episódios maníacos caracterizam-se por serem apresentados por indivíduos que essencialmente vivem com os pais (60%), apenas 20% vivem sozinhos e apenas 20% têm família constituída. Pela caracterização anterior é possível referir que é característica de um grupo jovem, ainda dependente dos pais ou com características que sejam mais propícias à sua permanência até mais tarde sobre a protecção dos pais.
- A ansiedade apresenta uma característica particular. Existe uma dispersão por características que aparentemente são contraditórias. Surge em indivíduos que vivem sozinhos (27,8%), em indivíduos que vivem com os pais (25%), seguida dos que têm cônjuge e filhos (22%). Verifica-se assim, que em termos relacionais, a ausência é característica, porém a presença também é característica desta situação.
- A adição, tendo em conta que estão presentes os adictos do álcool e drogas, apresenta uma característica que poderia ser diferente caso fosse efectuada uma abordagem em separado. Verifica-se que a maioria vive sozinha (46,7%), porém

um número considerável tem família, 26,7% reside com o cônjuge e com os filhos e 20% com o cônjuge. Apenas 6,7% de indivíduos residem com os pais. A interpretação poderá ser variada, a adição como consequência de, ou como causadora. Assim, o viver principalmente sozinho, poderá ter uma dupla interpretação.

- A psiquiatria de ligação surge aqui com o dado que complementa os dados anteriormente referidos; é característica de indivíduos que vivem sozinhos (47,4%) e 36,8% têm família (com o cônjuge e filhos) ou só com o cônjuge. Verifica-se assim que poderá estar presente a solidão do idoso, pois, tínhamos verificado que na sua maioria eram idosos e que agora residem sozinhos.
- O delirium como tinha sido verificado nos grupos etários surge aqui com dois pólos diferentes; principalmente em indivíduos que vivem sozinhos (37,1%), mas também em indivíduos que residem com os pais (22,9%), um número considerável como cônjuge (17,1%) e ainda 5,7% de quem está em instituições. O valor de quem reside com o cônjuge e com os filhos é mais reduzido (11,4%). Verifica-se assim que é uma característica de alguns idosos, como já tínhamos verificado em termos etários, que vivem sozinhos, ou em instituições, ou ainda de um grupo mais jovem que ainda reside com os pais. O número de indivíduos que tem uma família ainda com filhos é bastante mais reduzido.

Em termos globais podemos verificar que em termos de agregado familiar (gráfico 79) a maioria apresenta uma família 68,8%, principalmente com o cônjuge e com os filhos (29,6%), com o cônjuge (20,5%) ou com os pais (18,7%). Porém existe um número considerável de indivíduos que vivem sozinhos (22,3%). A institucionalização surge aqui com uma ponderação pouco evidente (0,8%).

**Gráfico 79 - Distribuição percentual do somatório das causas, pelos agregados familiares**



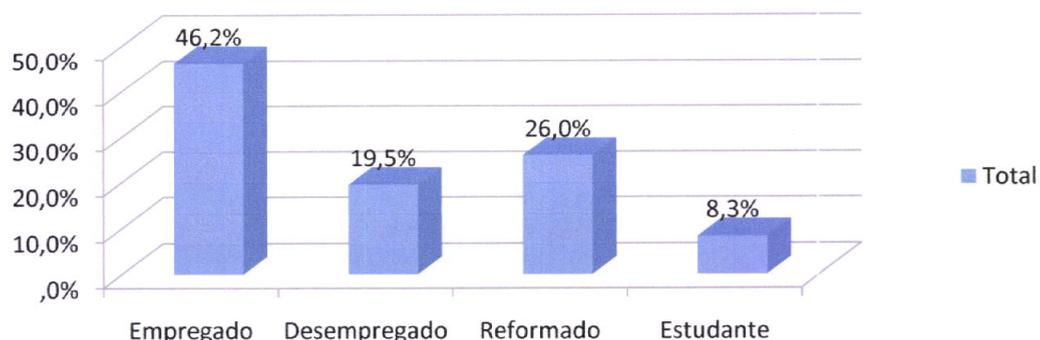
Efectuando uma análise das causas de intervenção conjuntamente com o estado profissional dos doentes verifica-se o seguinte (quadro 4):

- A tentativa de suicídio é característica de indivíduos reformados: 41,2% estão reformados, 35,3% e 17,6% são desempregados. Tal como tínhamos verificado anteriormente, a tentativa de suicídio era executada principalmente por indivíduos de idades mais avançadas, facto que se verifica com o predomínio dos reformados, assim como desempregados.
- As situações parassuicidas apresentam uma característica diferente da anterior. A grande maioria são indivíduos empregados (60%), existindo um grupo mais reduzido de desempregados (21,5%), alguns estudantes (11,1%) e poucos reformados, contrariamente ao grupo anterior (7,4%). Verifica-se que ausência de ocupação não é um factor preponderante. São os factores relacionais que mais influenciam.
- Os episódios depressivos têm uma distribuição semelhante aos parassuicidas. Predominam os empregados (53,3%), mantendo um valor razoável de desempregados (24%). Existe neste caso um grupo de reformados (17,3%) e por fim os estudantes com o valor percentual de 5,3%.
- Os episódios maníacos relativamente à caracterização profissional registam uma dispersão essencialmente por dois grupos, 40% de reformados e 30% de estudantes.

- Relativamente à ansiedade 52,8% dos que apresentam este facto estão empregados, 33,3% são reformados e em menor número os estudantes e desempregados com 8,3% e 5,6%, respectivamente. Aparentemente poderá existir uma causa relacional e por outro lado uma carência, sendo estes os 2 itens com maior número.
- A adição predomina em indivíduos desempregados (66,7%), comparativamente com os empregados (26,7%). Poder-se-á interpretar que o desemprego poderá ser uma consequência da adição ou a adição uma causa do desemprego.
- A psiquiatria de ligação, sendo uma intervenção que se caracteriza, neste caso e em função do que foi já observado, por actuar em grupos mais idosos. É perfeitamente consonante com a existência de um número considerável de reformados (84,2%) e os problemas do doente e da família inerentes a este tipo de situação.
- O delirium, tal como a psiquiatria de ligação, apresentam a particularidade de intervir com um grupo de doentes mais idosos. Neste caso verifica-se que a maioria é reformada (62,9%), existindo um número bastante mais reduzido de empregados (20%). Verifica-se assim que será um problema mais característico do idoso.
- No caso da violência doméstica, verifica-se que a maioria dos doentes são empregados (66,7%) e apenas 22,2% estão desempregados. Este facto seria um importante dado na intervenção junto da mulher, possibilitando a sua independência.

Em termos gerais e verificando o somatório pelos vários grupos profissionais (gráfico 80), verifica-se que a maioria são empregados (46,2%), existindo um número considerável de reformados (26%) e desempregados (19,5%), sendo o valor dos estudantes (8,3%) o menos considerável dentro do somatório total. Porém, como verificámos, os grupos profissionais vai caracterizar cada tipo de doente.

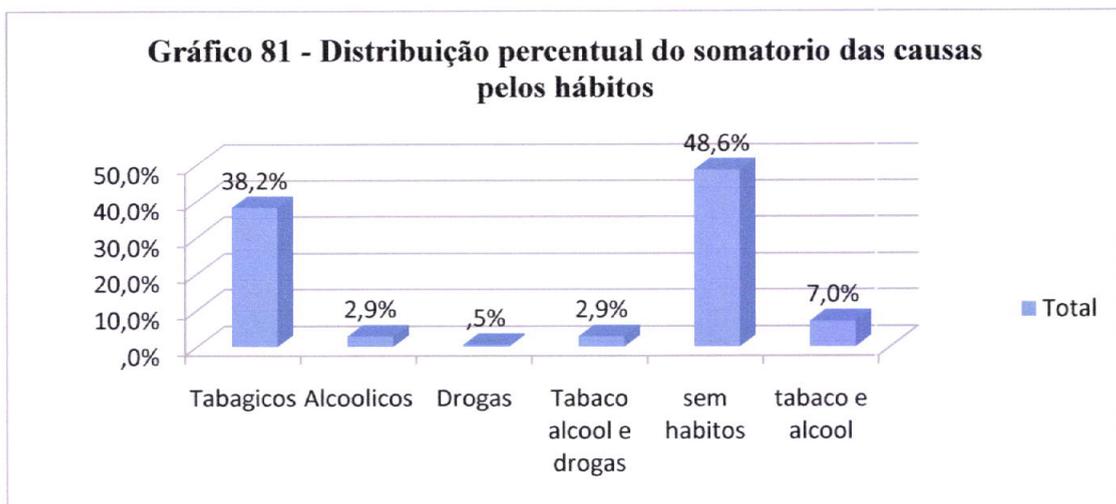
**Gráfico 80 - Distribuição percentual do somatório das causas, pelo grupo profissional**



Relativamente aos hábitos, que poderão ser interpretados como uma dependência, uma consequência da destabilização ou ainda de um elemento de “escape” para o problema em causa, podemos verificar o seguinte:

- Relativamente ao somatório de todos os indivíduos e a sua distribuição pelos hábitos (gráfico 81) verifica-se que o maior número não apresenta hábitos (48,6%), porém, quando existem, são essencialmente tabágicos (38,2%), existindo apenas uma margem de 10% para os que não apresentam hábitos. O álcool surge em segundo lugar nos hábitos com uma grande diferença (7%), somente 2% referem o consumo de álcool. O consumo de drogas surge apenas com 0,5%, sendo interessante verificar que existem mais indivíduos que referem o consumo associado de drogas, álcool e drogas (2,9%), do que unicamente a droga. Por um lado, penso que a droga deverá quase sempre associada a outro tipo de consumo, além de que, não sendo avaliado a existência de uma dependência associada ao hábito. Socialmente será mais adaptável referir a droga “dissolvida” com outros hábitos.

**Gráfico 81 - Distribuição percentual do somatório das causas pelos hábitos**



Efectuando uma análise mais pormenorizada dos hábitos associado com as causas de intervenção (quadro 5, em anexo), verifica-se que a ausência de hábitos surge em maior número nas situações da psiquiatria de ligação. Estamos perante um grupo essencialmente de idosos e dependentes nas suas actividades de vida, surge em segundo lugar as situações de violência doméstica (66,7%). Temos aqui um grupo essencialmente de mulheres que na realidade poderia não influenciar directamente a ausência de hábitos. Seguem-se as tentativas de suicídio (56,9%), verificando-se que os hábitos não estão muito associados a este tipo de doentes. Com valores mais reduzidos temos obviamente os adictos pois estará associado uma dependência. Apenas com 20% encontram-se os maníacos. Esta situação poderá entre outras causas associado ao grupo (um grupo mais jovem) e com alterações já anteriores, sendo interessante verificar os hábitos no doente mental se existiria alguma associação.

Relativamente à existência de hábitos, como se verificou no gráfico 79, é o tabaco que predomina e este é o que é mais se evidencia nos doentes por causa maníaca (70%), seguindo-se as situações de parassuicídio, que apresentam 48,1%, os depressivos com 41,3% e as ansiedades com 36,1%. Verifica-se que o hábito tabágico está mais associado a este tipo de situações em que a sua justificação poderá ser variada e múltipla.

O álcool está associado aos adictos, 40% destes apresentam adição ao álcool e esta representa 54,5% de todos os doentes. A sua presença em outras causas é pouco

significativa, apenas no delirium existe 18,2% relativamente ao total de hábitos que apresentam também consumos de álcool.

A associação de tabaco e álcool surge dissipada pela totalidade de doentes apenas ressaltando nos doentes com situação parassuicida um valor de 25,9% relativamente ao total de todos os hábitos.

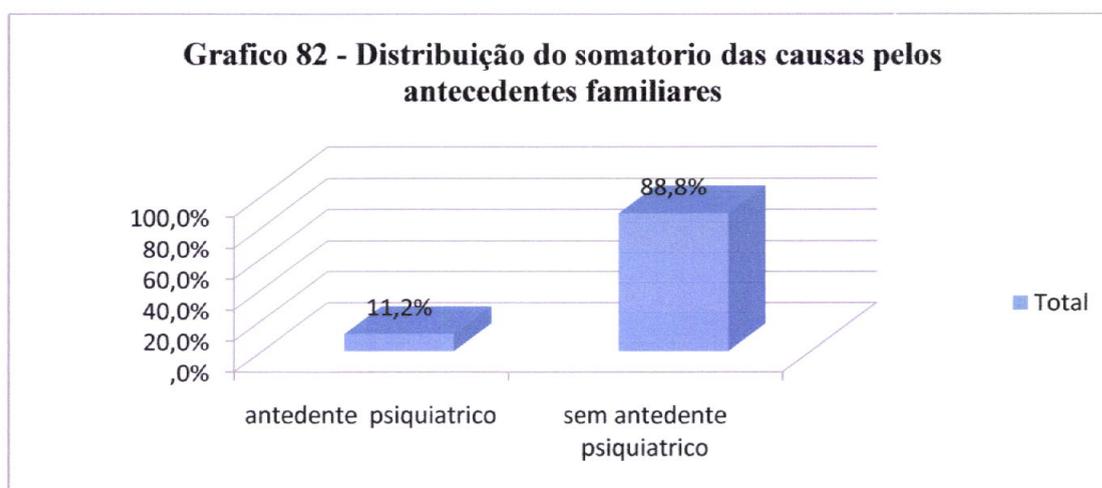
A associação de tabaco, álcool e droga surge com um consumo mais elevado nos doentes que vêm por episódio depressivo, verificando-se em 36,4% relativamente ao total de hábitos, seguido pelas situações parassuicidas e adictos, ambos com 27,3% do total de hábitos.

O consumo de drogas isoladamente apenas surge nas situações de adição.

O álcool associado com o tabaco surge em maior número nas situações de parassuicídio, aparecendo em 25,9% do total dos hábitos.

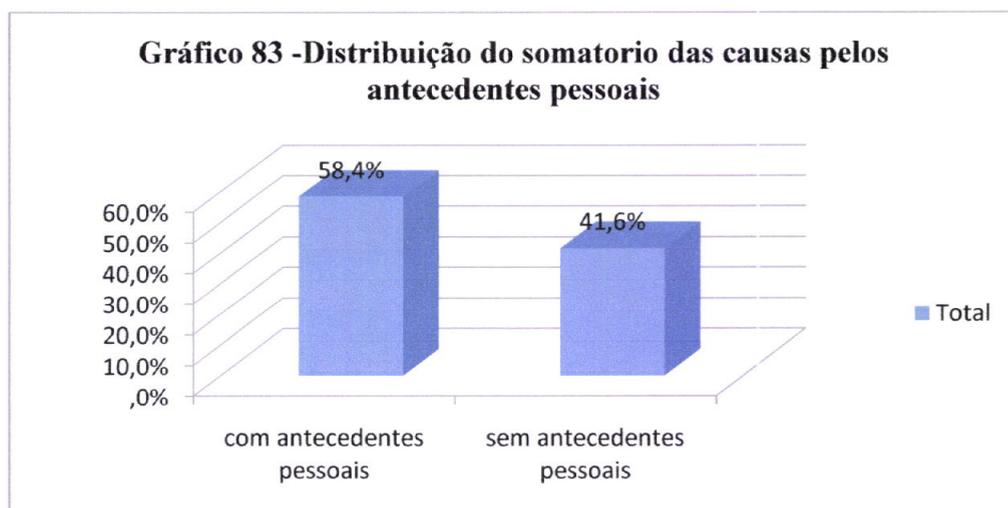
Verifica-se que das causas de admissão, além da óbvia situação dos adictos e da presença de hábitos e dependência nestes casos, surge um grupo com grande intensidade de hábitos, que são os admitidos por causas maníacas, seguidos das situações de parassuicídio, sendo este o grupo que mais engloba toda a variedade de hábitos e associações.

Relativamente aos antecedentes familiares, verifica-se que a grande maioria não apresenta antecedentes familiares psiquiátricos como podemos verificar no gráfico 82, no somatório, onde se verifica que 88,8% não refere a presença de antecedentes.



Ao analisarmos o quadro 6, constatamos que a referência a antecedentes familiares nas várias causas de admissão é muito diminuta. O parassuicídio é a causa que mais refere este facto. Assim, 17% dos parassuicidas referem-na e este valor tem uma representatividade de 53,5% relativamente a todos que referem a presença de antecedentes familiares. As outras causas que referem a sua presença é a tentativa de suicídio (11,8%), os episódios depressivos (12%) e a ansiedade em 13%, todas as outras causas de intervenção referem a ausência de antecedentes familiares psiquiátricos.

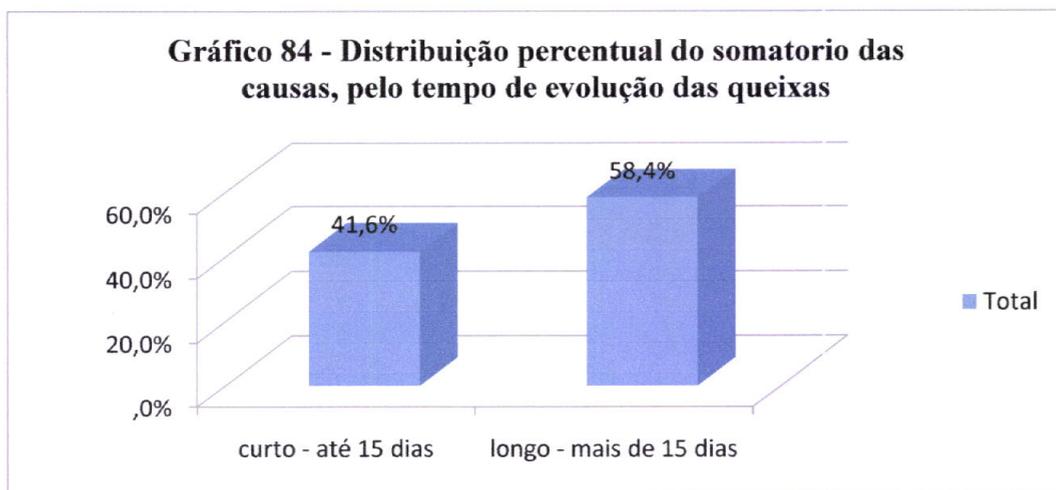
No entanto, se verificarmos a presença ou ausência de antecedentes pessoais, verifica-se que um número significativo de indivíduos (58,4%) referem a sua presença (gráfico 83) de antecedentes pessoais e 41,6% refere a sua ausência.



Se verificarmos agora de forma mais pormenorizada a cada uma das causas de intervenção podemos verificar o seguinte (quadro 7, em anexo):

- Somente três das causas referem maioritariamente a ausência antecedentes pessoais psiquiátricos: a psiquiatria de ligação (94,7%), as situações de violência doméstica (77,8%) e as tentativas de suicídio (56,9%). Todas as outras situações referem maioritariamente a presença de antecedentes psiquiátricos. Neste grupo temos os por episódio de adição com 93,3%, por episódio maníaco com 80%, por ansiedade com 69%, por episódio depressivo com 68%, com episódio parassuicida com 61,5% e por fim os por episódio de delirium com 54,3%. Verifica-se que os indivíduos por episódio de parassuicídio representam 36,9% do total dos que referem antecedentes pessoais.

- Ao contrário dos antecedentes familiares, os antecedentes pessoais estão muito mais presentes e são marcantes em cada uma das causas de intervenção, tal como pode ser verificado quer no gráfico 81 e no quadro 7.
- Relativamente ao tempo de evolução das queixas responsáveis pela deslocação do doente ao serviço de urgência, como podemos constatar no gráfico 84, a maioria dos doentes (58,4%) apresentava queixas há um tempo mais longo (superior a 15 dias); 41,6 % dos doentes apresentavam queixas há menos de 15



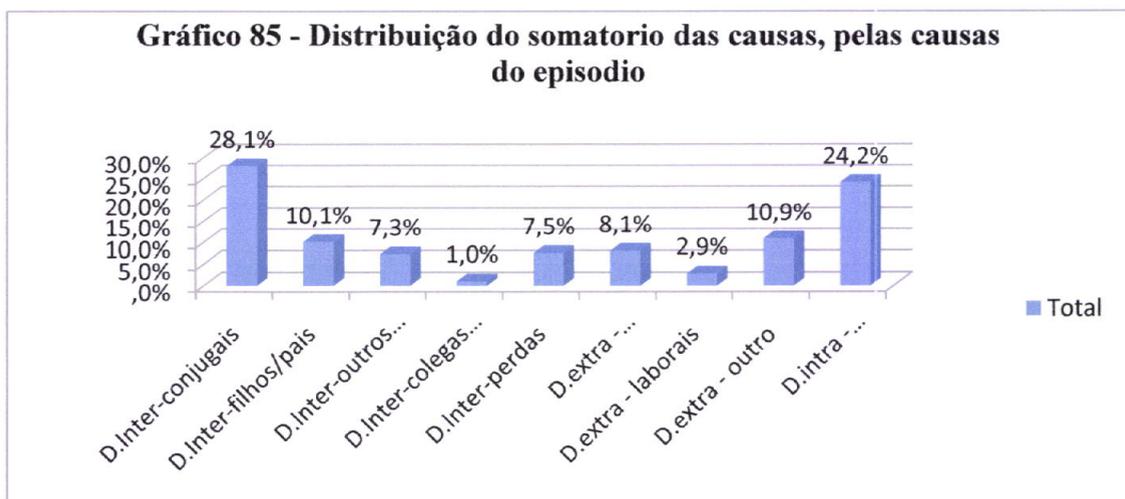
dias. Assim poder-se-á dizer que em função de cada causa, o doente pode recorrer a ajuda com uma evolução curta ou mais longa, assim a sua capacidade de gerir o conflito com a causa.

Analisando individualmente cada uma das causas (quadro 8) verificamos que na sua maioria, as causas de admissão apresentam um tempo de evolução longo, superior a 15 dias. Aparentemente são situações em que cada um dos indivíduos tenta gerir as suas capacidades de enfrentar a crise, só recorrendo a ajuda quando chega a um limite ou quando comete algum acto que o leve ao serviço de urgência. Em outras situações a causa é mais impulsiva, menos reflectida, leva com que o tempo de evolução seja curto, ou a evolução da causa leva a que por alguma razão recorra mais rapidamente à ajuda. Este facto é pessoal, porém verifica-se que existe alguma repetição dos factos em cada uma das causas de admissão. Poder-se-á referir que existem três tipos de evolução perante as causas; com as queixas mais longas, com queixas mais curtas e situações intermédias. Desta forma podemos verificar em cada um dos grupos as seguintes causas de admissão:

- Com tempo de evolução mais longo, verifica-se os episódios de adição em que 100% referem um tempo mais longo; os episódios maníacos referidos por 90%; as tentativas de suicídio referido por 84,3%; os episódios depressivos referidos por 78,7%, o delirium referido por 74,3% e por fim as situações que carecem de psiquiatria de ligação.
- Com tempo de evolução curta, temos os episódios de parassuicídio, referido por 70,4%.
- Com valores não muito definidos relativamente ao tempo de evolução temos os episódios de violência doméstica: 55,6% referem a evolução das queixas com menos de 15 dias e 44,4% com mais de 15 dias; a ansiedade: 52,8% como de curta evolução e 47,2% como longa. Nestes casos, as características pessoais e o tipo de causa torna mais subjectiva a solicitação de ajuda.

Relativamente às causas do episódio (Gráfico 85), ou as causas referidas pelo doente como causadoras da alteração, foi feita uma avaliação tendo em conta os vários tipos de destabilização, que poderá ser inter-pessoal apresentando as valências conjugais, pais/filhos, colegas, perdas. Poderá ser classificado em destabilização extra pessoal com as valências económicas, laborais ou outros e ainda intra-pessoais sendo neste caso de natureza endógena.

Assim em termos de resultados globais (gráfico 85), constatamos que existe uma dispersão entre as várias causas. Salientamos como mais significativas as destabilizações interpessoais por destabilizações conjugais (28,1%) e as causas endógenas (24,2%). Todas as outras causas apresenta valores percentuais idênticos,



sendo as menos significativas as interpessoais por destabilizações com colegas laborais (1%) e as extra pessoais por causas laborais (2,9%).

Analisando cada uma das causas de intervenção (quadro 9), realçamos os seguintes aspectos:

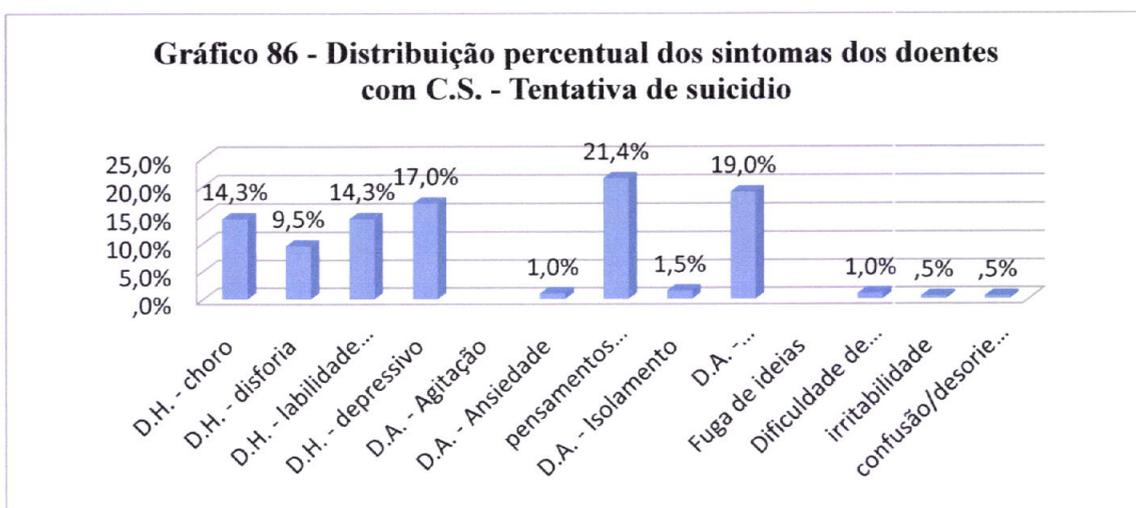
- Os doentes com tentativas de suicídio avaliam o seu acto essencialmente devido a uma causa interpessoal, referindo como principais as destabilizações conjugais (23,5%), as perdas (23,5%) e os problemas com outros familiares (13,7%).
- Os doentes com causas parassuicidas referem como justificação também uma causa interpessoal, porém, manifestam com uma forte intensidade (47,4%) nas destabilizações conjugais/namorados e só depois, com 14,1%, surgem as destabilizações entre filhos/pais.
- As causas relativas aos episódios depressivos centralizam-se em dois pontos aparentemente diferentes; as causas interpessoais, mais especificamente as destabilizações conjugais (24%) e as causas intra-pessoais também em igual valor (24%).
- Os episódios maníacos centralizaram-se unanimemente em causas endógenas (80%).
- Os episódios de ansiedade centralizaram-se na sua maioria em causas intra pessoais – endógenas (55,6%); 13,9% manifestaram uma causa interpessoal – destabilização conjugal.
- Os episódios de adição também apresentam uma causa óbvia e unânime, uma justificação extra pessoal (86,7%).
- A psiquiatria de ligação também apresenta como causa das suas destabilizações as causas extra pessoais referida (63,2%).
- O delirium apresenta-se como uma causa sem justificação exterior, sendo assim referido por 71,4% como uma causa intra-pessoal.
- Por fim, os episódios de violência doméstica são referidos por 77,8% como uma causa relacional interpessoal, mais concretamente as destabilizações conjugais.

É possível verificar que as causas de intervenção têm uma situação causal que fomenta a alteração. De uma maneira geral cada uma das causas têm um processo causal que neste

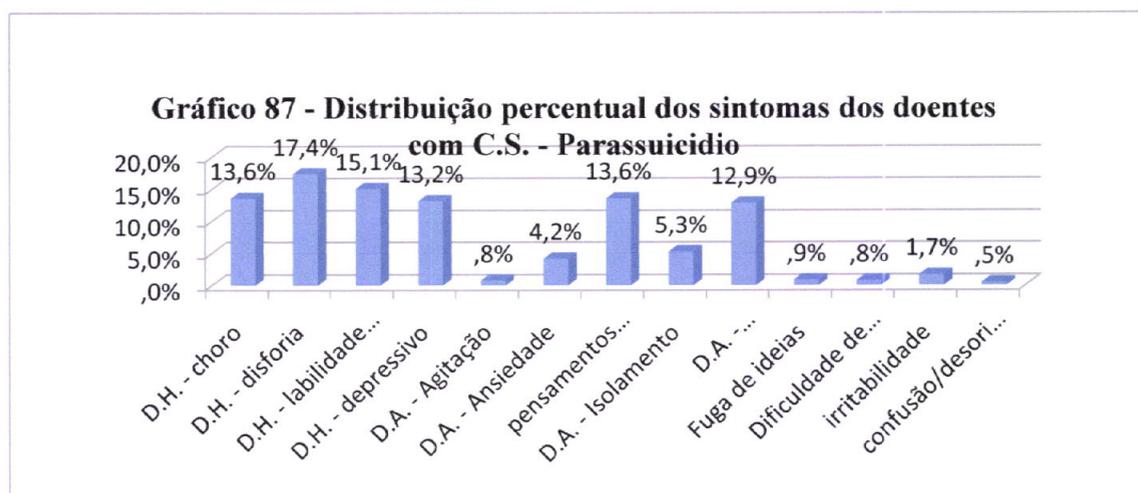
caso foi possível generalizar e determinar quase como factores predisponentes à alteração.

Relativamente à sintomatologia que os doentes manifestaram ou os seus acompanhantes verbalizaram (quando os próprios não se encontravam com as condições mentais que o possibilitasse) ou ainda verificados por mim, foi possível efectuar as seguintes análises:

Relativamente aos doentes com episódios de comportamentos suicidários por tentativa de suicídio (gráfico 86) verifica-se que predominam os pensamentos suicidas (21,4%), as perturbações do sono (19%), as perturbações de humor – depressivo em 17% e ainda

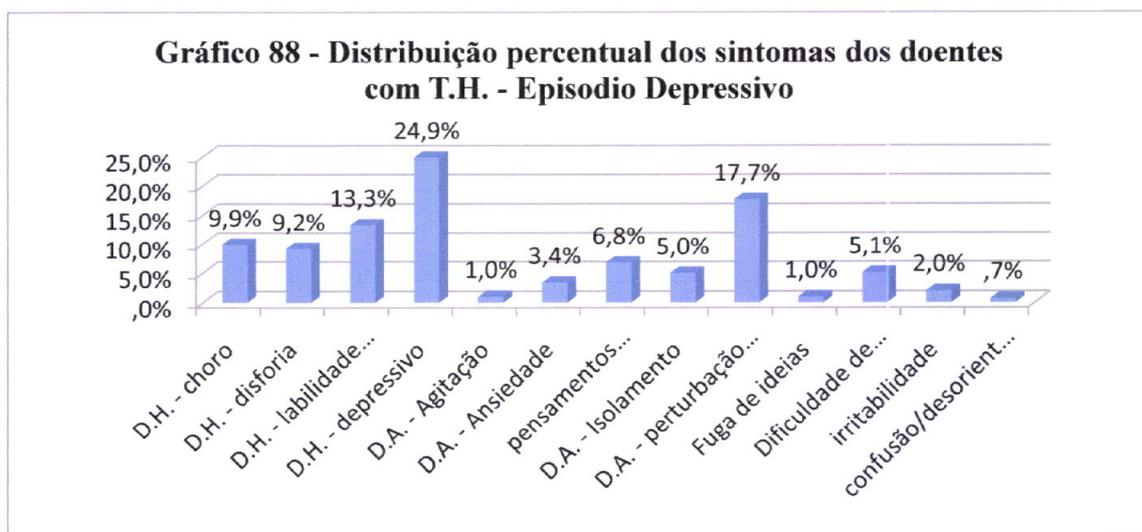


a labilidade emocional e o choro frequente com 14,3%; a disforia só tem uma representação de 9,5% e outras perturbações e sintomas com valores mais reduzidos. Salienta-se que nestes doentes o tipo de pensamentos mantém-se, como já verificamos anteriormente, por um tempo mais longo e as perturbações do sono, manifestando uma insónia arrastada.

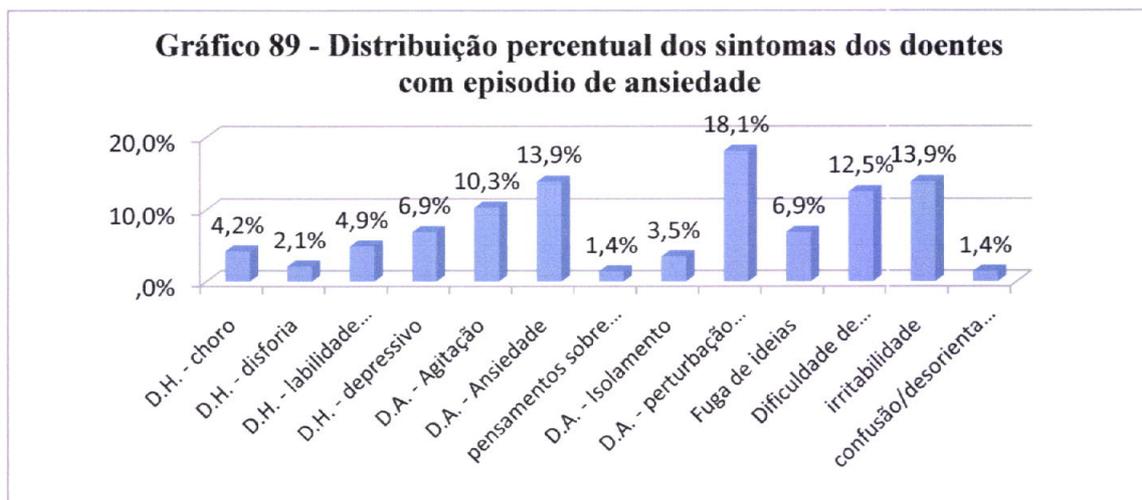


O doente com comportamento suicidário por parassuicídio (gráfico 87) difere do anterior. Apresenta um predomínio de uma perturbação de humor manifestada por disforia (17,4%), uma labilidade emocional (15,1%), pensamentos sobre a morte (13,6%) não sendo tão intenso como no tipo de doente anterior. A perturbação do sono é verificado em 12,9% situação esta que também não se verifica tão intensamente como na anterior e o choro surge em 13,6% os casos. Verificam-se assim um conjunto de sintomas aparentemente mais intempestivos com menor tempo de duração, relativamente ao apresentado anteriormente. Porém tem associado uma perturbação depressiva do humor, verificado nos sintomas presentes.

Os doentes com causa depressiva (gráfico 88) apresentam principalmente dois sintomas:



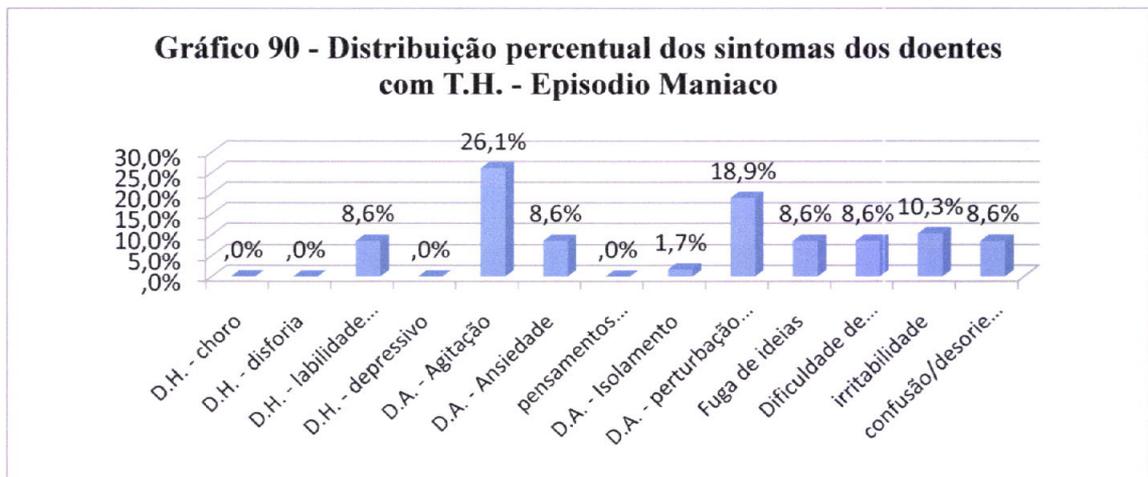
o humor depressivo (24,9%) e a perturbação do sono (17,7%). Como podemos verificar é um sintoma que apresenta aqui um valor mais elevado que no parassuicídio. A



labilidade emocional surge em 13,3%. Apresenta uma consistência mais profunda e um tempo de evolução mais longo que o anterior.

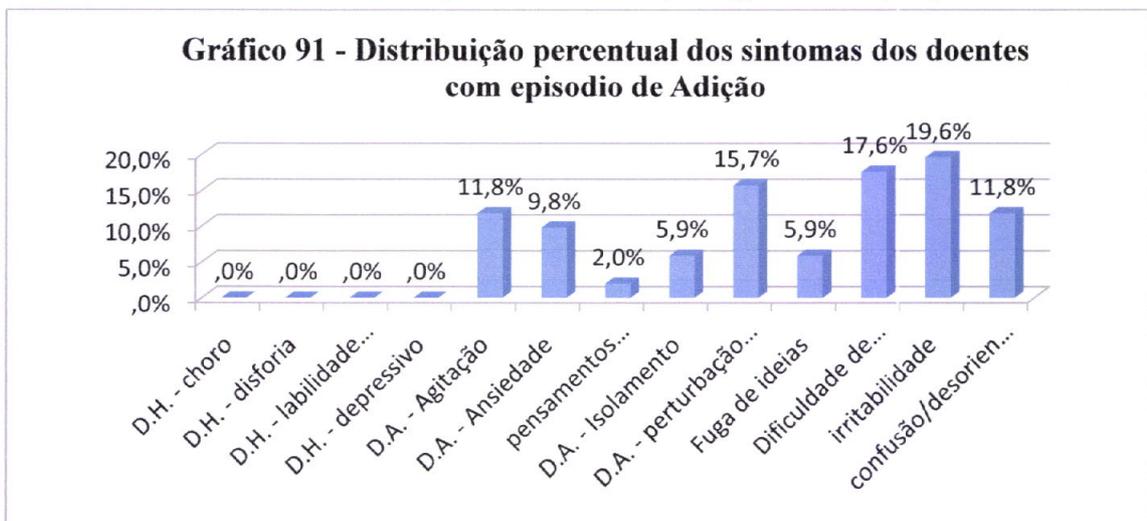
Os episódios de ansiedade (gráfico 89) apresentam como sintomas principais a perturbação do sono (18,1%) e ainda a perturbação de ansiedade e irritabilidade (13,9%). Salientamos ainda com 12,5% a dificuldade de concentração e por vezes a agitação em 10,3%. É assim uma causa com um conjunto de sintomas característicos, mas diferente das anteriores, existindo apenas algum paralelismo relativamente à alteração do sono.

O transtorno de humor com episódio maníaco (gráfico 90), caracteriza-se essencialmente por sintomas relacionados com as perturbações de ansiedade, a agitação, referida por 26,1%, seguida por perturbações do sono em 18,9%. Todos os outros



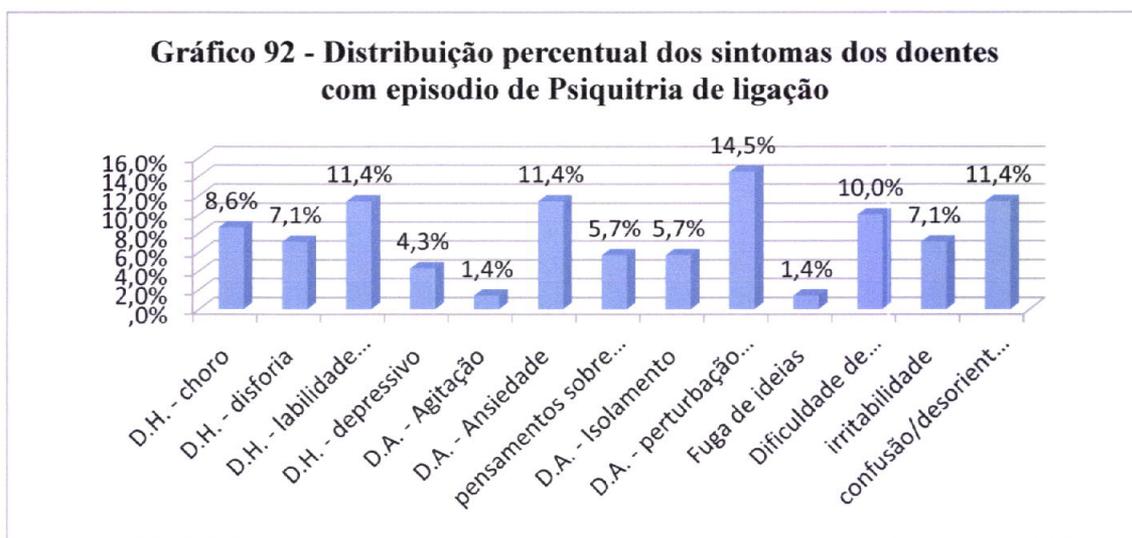
sintomas apresentam valores percentuais mais reduzidos.

Os casos relacionados com episódios de adição (gráfico 91) apresentam como



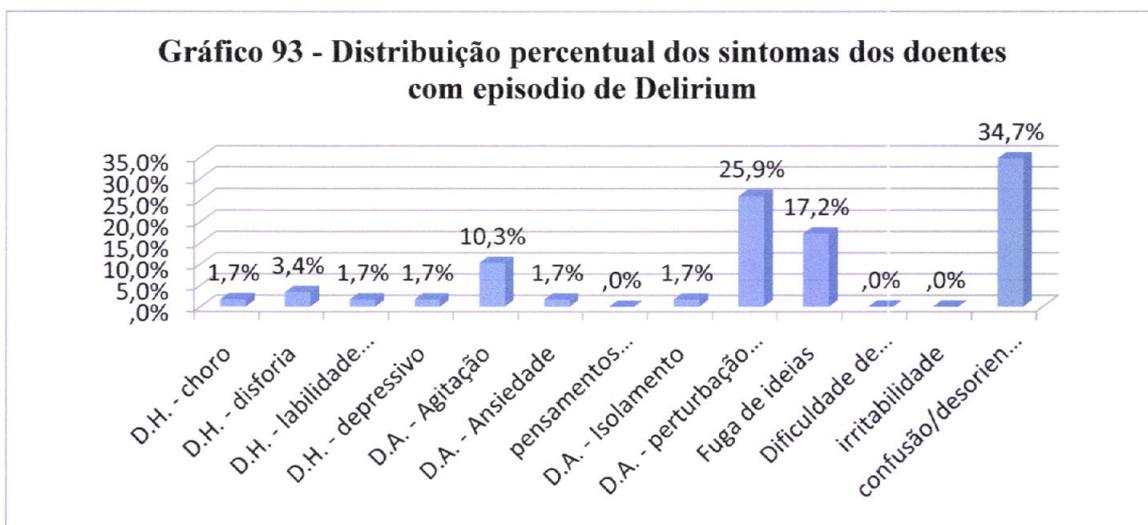
sintomatologia em primeiro lugar a irritabilidade (19,6%), seguido da dificuldade de concentração 17,9% e posteriormente as perturbações do sono (15,7%). Quer a agitação, quer a confusão/desorientação são referidos por 11,8%. Os restantes sintomas apresentam valores mais reduzidos.

Os episódios com intervenção em psiquiatria de ligação (gráfico 92) apresentam um conjunto de sintomas mais diversificados, sendo uma das suas justificações a diversidade de situações que podem ocorrer a carecer desse tipo de intervenção. Os sintomas mais referidos são as perturbações do sono (14,5%), a labilidade emocional, a ansiedade e a confusão/desorientação, todos eles referidos por 11,4% dos casos. A dificuldade de concentração é referida por 10% dos doentes. Todos os outros sintomas



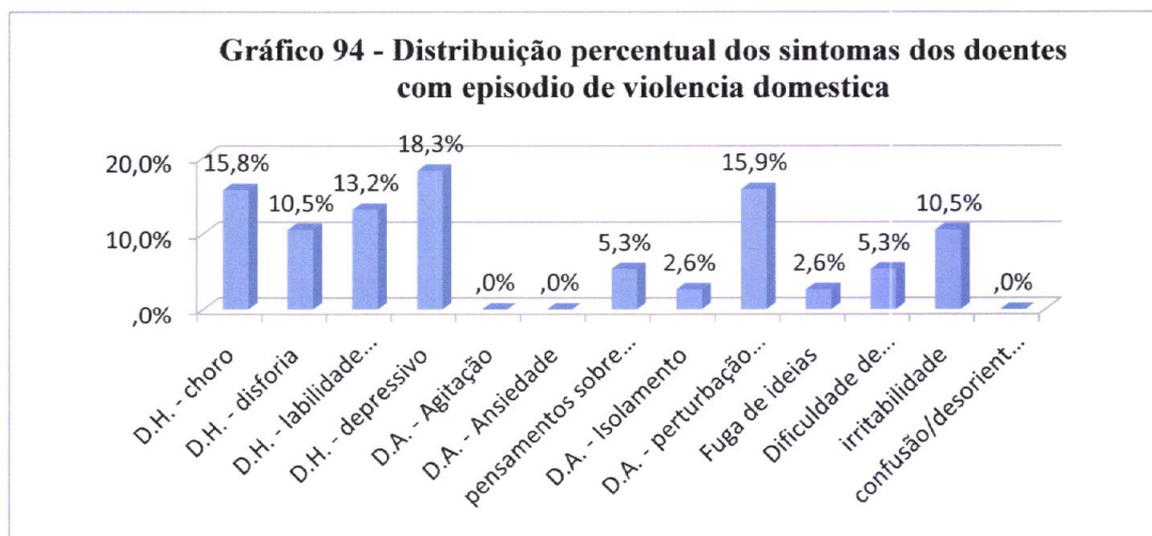
são referidos, porém com valores percentuais mais reduzidos.

Os episódios de delirium (gráfico 93) apresentam um conjunto de sintomas mais característicos. O mais referido foi a confusão/desorientação em 34,7%, seguido da



perturbação do sono em 25,9% e a fuga de ideias em 17,2%. Verifica-se que são um conjunto bastante característico, em que o grupo de doentes o refere com maior unanimidade.

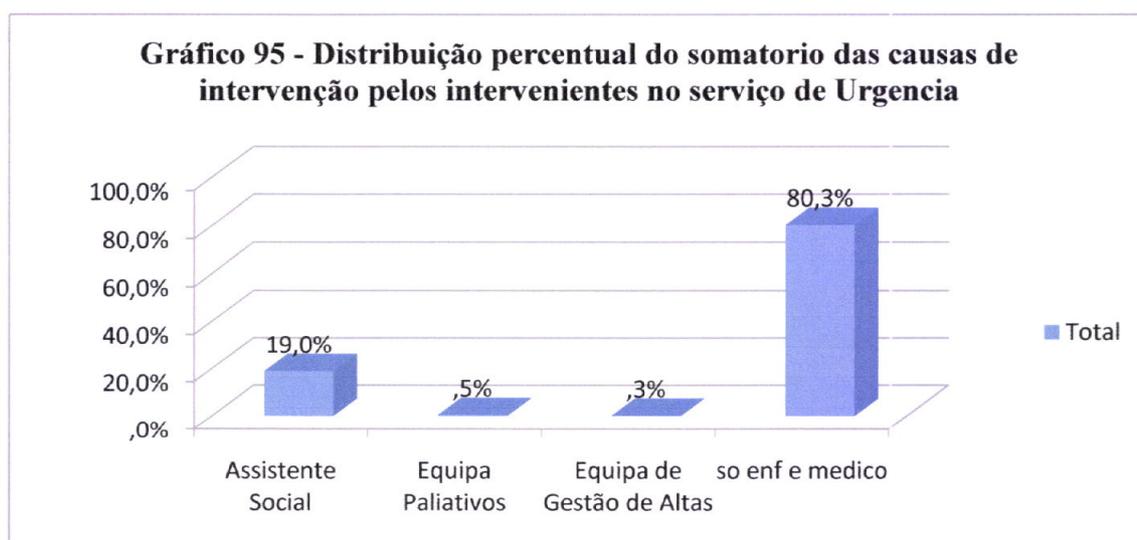
Por fim temos os casos de violência doméstica (gráfico 94). Existe uma referência para um conjunto de sintomas característicos deste tipo de situação. Assim o sintoma mais referido foi a perturbação de humor – depressivo referido por 18,3%, seguido do choro e da perturbação do sono ambos com 15,9%, segue-se a labilidade emocional referido por 13,2% e a disforia e irritabilidade com 10,5%.



De uma forma geral, cada uma das causas de intervenção apresenta um conjunto de sintomas mais ou menos característico dessa perturbação, podendo de certa forma definir que alguns deles são característicos de alterações com maior tempo de evolução como por exemplo a perturbação do sono e o humor depressivo; outros mais característicos de situações de evolução mais curta como por exemplo a disforia. Poder-se-ia efectuar várias análises relativamente aos sintomas das causas de intervenção, porém em virtude das limitações impostas quer pelo tempo quer de explanação não o permitem, sendo assim efectuada uma análise mais sucinta.

Relativamente aos intervenientes necessários em cada um dos doentes com necessidades de intervenção dentro do serviço de urgência (gráfico 95), tendo em conta que um dos objectivos é tentar dar resolução aos problemas levantadas para que os vários intervenientes os possam tentar resolver, quer dentro do serviço de urgência, quer à posterior com as várias referências.

Assim, tendo em conta dois pressupostos: a) de que todos os doentes que tiveram necessidades de intervenção, tiveram uma intervenção e a enfermagem foi efectuada por mim; b) que também tiveram contacto com o médico, uma vez que a vinda ao serviço de urgência é devida (nestes casos) a uma necessidade de “consulta” médica, mesmo que o seja apenas teoricamente.



Em termos totais podemos verificar que 100% (Gráfico 95) dos doentes tiveram intervenção de enfermagem e médica dentro do serviço de urgência; porém 80,3% tiveram exclusivamente intervenção do enfermeiro e do médico; 19% careceram de uma colaboração do serviço social; 0,5% tiveram colaboração da equipa dos cuidados paliativos e 0,3% da equipa de gestão de altas.

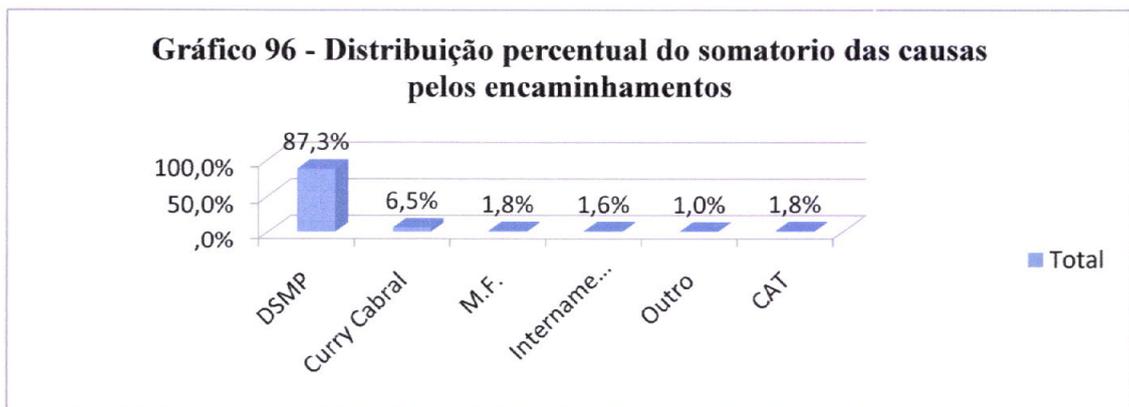
Se analisarmos o quadro 10 (em anexo) podemos observar cada uma das necessidades de intervenção e ainda os intervenientes necessários. Assim:

- Verifica-se que o colaborador mais solicitado é o serviço social, sendo solicitado em maior número nas situações de violência doméstica e de psiquiatria de ligação, respectivamente em 88,9% e 73,7% dos casos.

- A equipa de gestão de altas e a equipa de cuidados paliativos foi solicitada em menor número e exclusivamente nas situações de psiquiatria de ligação, respectivamente em 10,5% e 5,3%. Porém devo salientar que no ano em curso as solicitações destes dois grupos tem sido mais frequente.

Em relação ao encaminhamento de doentes após saída do serviço de urgência e relativamente ao grupo de doentes com intervenção em função da causa que o trouxe ao serviço poder-se-á dizer o seguinte:

- Em termos totais a grande maioria de doentes (gráfico 96 e quadro 11) foram encaminhados para o DSMP, apenas 6,5% dos doentes tiveram necessidade de encaminhamento para o Hospital Curry Cabral.
- Uma pequena percentagem (1,8%) foi encaminhada directamente para o médico de família, além de que uma pequena percentagem careceu de internamento hospitalar (1,6%)



Analisando os resultados o quadro 11 podemos observar de forma mais pormenorizadamente cada uma das causas de admissão e o seu encaminhamento.

As situações por tentativa de suicídio têm um maior número de referências para o Hospital Curry Cabral pela aparente gravidade da situação (13,7%), além de que careceram mais internamento (3,9%). Comparativamente às situações de parassuicídio foram encaminhadas em maior número para o DSMP (96,3%) e apenas 3,5 % para o Curry Cabral.

Verifica-se que a maioria dos doentes teve encaminhamento directo para o DSMP; depressão 93,3%, ansiedade 97,2%, delirium 82,9%. A situação clínica que mais conduz doentes para o hospital Curry Cabral é o episódio maníaco pois são encaminhados 40% dos casos.

As situações de adição como é óbvio são as que carecem de maior encaminhamento para o CAT, situação que ocorreu em 33,3% dos casos e as situações com intervenção da psiquiatria de ligação foram maioritariamente encaminhadas directamente para o médico de família (36,8%).

Como se pode verificar houve ganhos em saúde, quer em termos da qualidade dos cuidados prestados, quer em termos dos ganhos económicos na utilização assertiva dos recursos existentes, tendo em conta o benefício do doente. Existiu uma gestão mais local dos recursos, aumentando a qualidade e reduzindo custos, sendo utilizado a referenciação para hospital central das situações que não se poderia gerir dentro dos recursos locais. Esta gestão carece de uma interligação dos recursos e dos elementos que neles funcionam, quer dentro do serviço de urgência ou da instituição, quer dos colaboradores dos serviços dentro da região, sendo obviamente a equipa do DSMP o maior colaborador e que essencialmente através dos colegas foi possível gerir o encaminhamento assertivo dos doentes.

## **5 – ANÁLISE REFLEXIVA DOS DADOS**

### **5.1 – Dados e ganhos em saúde**

O objectivo da implementação do projecto foi desde o seu início melhorar a qualidade dos cuidados prestados a este tipo de utentes. Porém, posso afirmar, que nestes primeiros três anos a melhoria verificada superou todas as minhas expectativas.

Por um lado, neste momento, temos uma intervenção sistematizada num grupo de doentes que promove vários ganhos, quer a nível do doente e família, uma atenção personalizada, uma centralização nos problemas e na sua resolução. Por outro lado temos uma personalização, quer em termos da intervenção quer em termos do seu encaminhamento. O doente sente que é dele que estão a cuidar, ou seja, aprecia a individualização do seu problema.

Noutra vertente temos a motivação da equipa. A equipa multidisciplinar do serviço de urgência apresenta maior motivação e sensibilizada para este tipo de problemática. Estão mais despertos para a pesquisa de alterações, pois existe um recurso no serviço que poderá encontrar uma resolução.

É evidente que existe agora uma clara satisfação dos profissionais, traduzida aumento do número de referências que são efectuados pelos profissionais e essencialmente pelos médicos, que começaram a não se restringir unicamente aos doentes que se dirigem ao serviço no período da minha permanência. Começaram a referenciar os doentes que ocorrem ao serviço durante a minha ausência, para regressarem quando eu estou de serviço.

Por outro lado temos os colaboradores que manifestam a sua satisfação na possibilidade de nos articularmos de uma forma sistemática e podermos assim utilizar os vários recursos que ambas as instituições possuem e assim ser mais fácil resolver as situações com que nos deparamos.

Em suma, traduz-se numa maior eficácia, com vantagens quantitativas e qualitativas bastante superiores. São manifestos os sinais de qualidade dos cuidados agora prestados, avaliados de uma forma quantitativa com repercussão qualitativa.

É visível nos gráficos 33, 36, 38 e 40 que o número de doentes dos vários fluxogramas referenciados para o Hospital Central Curry Cabral têm registado uma redução significativa de 2007 para 2009, que obviamente se traduz numa redução dos custos associados às transferências, para além de associarmos a satisfação do doente em não ter de efectuar uma viagem para Lisboa, tendo assim uma resolução local.

Por outro lado verifica-se que o número de doentes com alta directamente para o Centro de Saúde, sem passar pelo Departamento de Saúde Mental diminui de 2007 a 2009. Além de se verificar um aumento progressivo nos quatro fluxogramas de doentes referenciados para o Departamento de Saúde Mental, o que significa uma melhoria na intervenção junto dos doentes, estes, são em maior número logo direccionados para que o seu problema seja resolvido precocemente, sem aguardar um contacto e uma intervenção à posterior sem data definida.

Podemos verificar no quadro 11 (em anexo), que nos doentes em que tive possibilidade de intervir, apenas em 6,5% dos casos foram encaminhados para o Hospital Curry Cabral. A grande maioria (87,3%) foi encaminhada para o DSMP e 1,8% para o médico de família. Estes dados traduzem, por um lado que existiu uma avaliação cuidada na referenciação dos doentes para o Hospital Curry Cabral - só deverão ir aqueles em que é impossível intervir por falta de recursos -, por outro lado verifica-se que o recurso mais acessível foi utilizado em grande número (87,3%), reduzindo custos e aumentando a satisfação dos utentes. Por fim, os doentes referenciados directamente para o médico de família foram aqueles em que este seria o local ideal para a resolução da sua situação. No quadro 11 pode ser visível que os doentes referenciados para o médico de família pertencem ao grupo de intervenção em psiquiatria de ligação, como tal, seria esse o melhor ponto de referenciação que na sua maioria carece de uma intervenção e continuidade em termos comunitário.

Analisando resultados verificados em estudos similares ao projecto desenvolvido, constatamos que num estudo efectuado por Ficher e Vansan (2008), em jovens adolescentes admitidos na urgência psiquiátrica de um hospital geral e analisando as tentativas de suicídio e as alterações associadas, verifica-se a existência resultados similares aos obtidos por mim nas admissões no serviço de urgência geral. Os resultados de Ficher e Vansan (2008) apontam para um predomínio de jovens nos grupos etários dos 15 aos 19 anos e dos 20 aos 24 anos. Verificaram um predomínio do género

feminino dos transtornos neuróticos, das tentativas de suicídio e das auto-mutilações e do género masculino nas alterações relacionadas com o consumo de drogas e álcool, além dos distúrbios neuróticos.

Apesar de estarmos perante grupos talvez socialmente diferente, não disponhamos de dados que permitam comparar os adolescentes de Ribeirão Preto e de Beja, os resultados são muito similares, nomeadamente a nível das alterações relacionadas com o álcool e drogas serem mais evidentes no sexo masculino. Os nossos resultados apontam também para o domínio do género masculino, apesar de não ser um grupo etário característico. Os nossos resultados revelam que o grupo etário dos 40 anos é o mais vulnerável, apesar de existir uma tendência crescente desde o grupo etário dos 20 anos.

Por outro lado, neste estudo o género feminino assume particular importância nas tentativas de suicídio. Resultado idêntico foi por mim obtido, apesar de eu identificar dois tipos de situação que o estudo do Ribeirão Preto não diferencia: a existência de parassuicídio ou de uma tentativa de suicídio. Esta diferenciação é essencial e definirá os vários grupos. Tendo em conta várias definições existentes, referimo-nos à de Durkheim (2001) que nos dá uma definição em que aborda o suicídio como um acto que provocou a morte e que é mediato ou imediato resultante de um acto positivo ou negativo desenvolvido pela própria vítima. Assim, temos aqui definida a intenção com que foi feito o acto; a intenção de provocar a sua própria morte. Santos (2006), refere-nos a diferenciação existente entre o suicídio e o parassuicídio. Este autor refere que a tentativa de suicídio é o acto provocado pelo próprio com a intenção de provocar a morte, porém, existe uma interrupção na concretização deste acto. O parassuicídio é um acto provocado pelo próprio utilizando um agente agressor, mas que não tem uma intenção de provocar a morte, mas sim uma alteração circunstancial.

Esta diferenciação não é abordada pelo autor do estudo do Ribeirão Preto, porém, quanto a mim, está sub entendido na abordagem que é efectuada do adolescente, na sua constante transformação, na sua impulsividade, daí os actos pouco reflectidos característicos do meu estudo das situações parassuicidas. Assim, o adolescente que manifesta a sua rebeldia, própria da sua fase etária, tem as suas dificuldades em enfrentar os problemas, manifestando-o com as alterações comportamentais tal como Ficher e Vansan (2008) nos descrevem em todo o seu estudo.

Outro estudo apresentado no mesmo âmbito, mas agora em Portugal, é referido por Cardoso (SD) do serviço de psiquiatria de ligação do Hospital Fernando da Fonseca. Também existe grande concordância entre os resultados encontrados neste estudo e os meus resultados. Relata-nos que a maior intervenção é em situações de internamentos na medicina e consequência de intoxicações por tóxicos em indivíduos com idades superior aos 60 anos. Foi também neste grupo que detectei as intenções suicidas mais acentuadas, classificando-as mesmo em tentativas de suicídio.

As outras situações mais comuns foram as perturbações emocionais, classificadas em ansiosas e depressivas, sendo as depressivas menos comuns. Este facto está perfeitamente identificado nos resultados do meu projecto. É na população mais idosa que se verificam estes tipos de perturbações. A autora do artigo refere ainda que as perturbações emocionais, em particular as depressivas, estão muito presentes nos serviços de oncologia, obviamente associadas ao problema base. Nos serviços de cirurgia será a dor prolongada que está associada a quadros depressivos. Por outro lado, na cardiologia o processo depressivo está associado aos doentes com internamento por enfarte agudo do miocárdio associado às expectativas futuras do doente.

As perturbações cognitivas estão associadas aos idosos nos serviços de medicina e com alguns quadros demenciais associados.

A dependência de álcool surge também nos serviços de medicina, sendo esta a causa de internamento ou uma consequência do consumo. A dependência de substâncias e a sua consequência é verificada em doentes do sexo masculino e essencialmente no serviço de urgência.

Foi possível verificar a grande concordância de resultados encontrados neste estudo de Cardoso (s.d.) e no meu. Os resultados são similares, concordantes e complementam-se.

A psiquiatria de ligação surge aqui como um facto essencial na complementaridade do tratamento do doente, a existência de uma equipa que se direcciona numa destabilização associada ao problema orgânico. Kaplan e Sadock (1986) definem a psiquiatria de consultoria e ligação como uma área da psiquiátrica que inclui todas as intervenções psiquiátricas, mas com intervenção em áreas não psiquiátricas. A psiquiatria de ligação é referida pelos autores como uma área que carece de uma avaliação das características

próprias da personalidade do doente e determinação das estratégias de defesa. Será assim uma avaliação holística do doente e das alterações verificadas e que careçam de intervenção, tendo em conta as características próprias desse doente e família.

Porém esta área é pouco conhecida e aplicada como já tivemos oportunidade de assinalar, sendo ainda mais desconhecida no caso concreto de enfermagem de psiquiatria de ligação. Scherer, Scherer e Lobate (2002) efectuaram um estudo no Brasil sobre a enfermagem de psiquiatria de ligação em que pretendiam saber qual a perspectiva que os enfermeiros tinham desta área de intervenção. Foram identificados três itens.

- Os Enfermeiros de serviços não psiquiátricos têm dificuldade na abordagem do doente com alterações de saúde mental e psiquiátrica.
- Os Enfermeiros acham que seria benéfico a intervenção de um colega com especialização nesta área, identificando as várias formas que poderiam ser ajudas importantes.
- Os Enfermeiros desconhecem a existência de um colega que tenha intervenção nesta área e qual o seu papel.

Muito provavelmente um estudo realizado nos hospitais portugueses chegaria às mesmas conclusões. Porém, a responsabilidade não deverá ser atribuída unicamente das instituições; é de todos nós. Será necessário que mostremos a capacidade de intervenção, os ganhos em saúde que podemos atingir com o nosso desempenho e a qualidade dos cuidados prestados. Assim, podemos contribuir para o reconhecimento da nossa área, do nosso desempenho e dos nossos resultados.

Por fim temos a satisfação pessoal como coordenador do projecto, verificando que existe um reconhecimento do benefício da sua implementação por todos os profissionais, demonstrado pelo aumento dos doentes referenciados e da atribuição da responsabilidade de decisão das várias situações. Encontro-me bastante motivado em continuar e melhorar constantemente, mantendo como objectivo, a promoção de ganhos em saúde, quer em termos quantitativos quer em termos qualitativos.

## 5.2 – Estrutura conceptual dos dados

O projecto surgiu inicialmente com base na psiquiatria de ligação. Foi com base nesta área que desenvolvi o meu estágio da pós licenciatura e foi com base nas competências adquiridas e em todo esse desempenho e intervenções que decidi desenvolver este projecto.

Assim surgiu uma área de intervenção num serviço de urgência geral que não era conhecida pelos profissionais que desempenham funções neste local: Psiquiatria num serviço de urgência geral? Psiquiatria de ligação? Foram estas são as questões colocadas inicialmente por todos e por quem tem a capacidade de gestão do serviço. Não é de estranhar as questões levantadas pelos profissionais, pois, todo este processo decorreu da mesma forma aquando do estágio no serviço de urgência, no serviço de ortopedia do Hospital do Espírito Santo e em termos comunitários. Foi preciso demonstrar o que era a psiquiatria de ligação e demonstrar aos profissionais que existia benefício na sua execução e aplicação.

Segundo Mota (2000), a psiquiatria de ligação é um ramo da psiquiatria realizada por peritos na área, direccionado para serviços não psiquiátricos, que inclui todas as intervenções diagnósticas, de ensino, investigação e terapêutica, tendo como base o interface dos factores psicológicos, biológicos e sociológicos do adoecer.

Verifica-se que esta área não está amplamente divulgada nem implementada, porém está a funcionar em serviços perfeitamente estruturados com intervenção hospitalar em serviços próprios. Oliveira, Pires, & Santos, (s.d.) descrevem-nos a experiência da equipa de psiquiatria de ligação durante um ano relativamente às suas intervenções num hospital geral .

Verifica-se que esta é uma realidade comum ao panorama português, onde a organização estrutural da psiquiatria de ligação vai surgindo aos poucos, centralizando-se nos grandes centros de Porto, Coimbra e Lisboa. Cardoso( 2006), refere que foi nos anos 60 e 70 que se iniciaram os primeiros “focos isolados” nos grandes centros, porém com pouca evidência; foi apenas nos anos 80 que surgiu com uma maior dinâmica. Todavia, mesmo actualmente, a psiquiatria de ligação apresenta ainda uma dimensão reduzida, comparativamente com a dinâmica psiquiátrica dita tradicional.

O projecto desenvolvido assenta nos pressupostos definidos para a psiquiatria de ligação e assenta nas intervenções no serviço de urgência geral, direccionado para as situações que ocorrem no seu interior e que lhe é determinado alterações de saúde mental e psiquiátrica. Foi direccionado, tal como Mota (2000) refere, nas intervenções diagnósticas, de ensino, investigação e terapêutica, referenciando as necessidades não respondidas para os locais e com os profissionais que as possam resolver.

Os resultados obtidos apresentam paralelismo com os obtidos por Oliveira, Pires, & Santos, (s.d.). Existe um predominância do género feminino, o grupo etário dominante é o dos 56-66 anos e as solicitações são preferencialmente as tentativas de suicidio e as sintomatologias depressivas. Conclusões similares podem ser retiradas da execução destes primeiros três do projecto.

Apesar de todo o projecto não ter sido concebido com base num modelo teórico de enfermagem, verifica-se que após a concepção, execução e avaliação das intervenções, é possível explicar este projecto à luz da teoria geral dos sistemas de Betty Neuman citada por Freese (2004). Este modelo teórico é baseado nos organismos vivos enquanto sistemas abertos. Existe uma adaptação para satisfação das necessidades humanas, daí que a vida é caracterizada por um constante equilíbrio e desequilíbrio. A reacção a esta modificação constante gera as situações de doença, no caso de permanecer demasiado tempo em desequilíbrio, ou então a morte, no caso de a doença enquanto processo compensatório falhar.

Esta autora refere a existência de duas linhas protectoras: a linha de defesa normal, que se caracteriza pelos conceitos mais profundos do indivíduo - esta linha será a linha protectora de uma suposta zona nuclear de cada pessoa. Mais exterior existe uma linha de defesa flexível que, tal como o nome indica, será mais flexível, protege dos agressores, de um primeiro impacto e pode resolver sem que o agente agressor penetre na linha de defesa normal.

Os agentes agressores – stressores, são identificados como positivos e negativos e podem ser classificados em intrapessoais, interpessoais e extrapessoais. Ao agentes stressores vão agredir a linha de defesa flexível em primeiro lugar e provocam o tal desequilíbrio constante.

As intervenções podem ser de prevenção e neste caso uma prevenção primária quando se suspeita ou identifica um stressor que fortalece a linha flexível. Pode ser secundária quando existe uma agressão e há sintomas, ou pode ser terciária centrada no reajustamento com vista à estabilidade.

As intervenções, segundo a autora, podem depender de vários factores: podem ocorrer antes ou depois das linhas defensivas terem sido lesadas e ainda na fase de reacção apresentada, dos recursos, dos objectivos e dos resultados previstos.

Efectuando uma análise do modelo apresentado, da descrição do meu projecto e ainda da caracterização das intervenções efectuadas é possível conceber o paralelismo existente, a teoria explica a abordagem efectuada e a problemática existente.

Os doentes apresentam um conjunto de características resultantes da sua reacção aos agentes stressores e depende das características individuais. Foi possível verificar que as causas de admissão eram caracterizáveis pela sua capacidade de reacção, pelo tempo em perdurar o agente agressor e pelas linhas defensivas que o stressor mutilava. Assim, a gravidade da situação estava condicionada com todos estes factores.

A intervenção dependia da avaliação diagnóstica, dos recursos e dos objectivos, tal como os pressupostos definidos por Betty Neuman.

Assim, apesar do projecto inicial não ter sido definido com base num modelo teórico, mas sim com base na psiquiatria de ligação, foi possível contextualizar posteriormente, fazer uma introspecção no projecto e integrá-lo no modelo teórico. Tendo a mais valia de o poder definir agora e justificar com os resultados alcançados, uma maior fundamentação de todos os elementos do modelo.



## 6 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- A.Pfetscher, Susan - *Teóricas de Enfermagem e sua obra*. Loures: 5ª edição Lusociência, 2004.
- Adam, Evelyn - *Ser enfermeira*. Instituto Piaget, 1983.
- Cardoso, G. (Set/Out de 2006)- Psiquiatria de ligação: desenvolvimento internacional. *Acta Médica Portuguesa* , pp. 405-412.(consultada a 28/08/2010) disponível em <http://repositorio.hff.min-saude.pt/bitstream/10400.10/21/1/Acta%20Med%20Port.%202006%20Sep-Oct%2019%285%29%20405-12.pdf>
- Cardoso, Graça. “Perturbações Psiquiátricas no Hospital Geral.” *Revista do serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando da Fonseca*, SD: 48-56.(consult. a 4/09/2010) disponível em <http://www.psilogos.com/Revista/Vol1N2/Cardoso.pdf>
- Durkheim, Émile. *O suicídio estudo sociológico*. 7ª edição: Editorial Presença, 2001.
- Ficher, Ana Maria Fortaleza Teixeira ; Vansan, Gerson Antonio - Tentativas de suicídio em jovens: aspectos epidemiológicos dos casos atendidos no sector de urgências psiquiátricas de um hospital geral universitário entre 1988 e 2004, *Cad. Saúde Pública* [online]. 1997, vol.13, n.3, pp. 517-525. (consult. 27/08/2010), disponível em [http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0102-311X1997000300027&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0102-311X1997000300027&script=sci_arttext&tlng=es), ISSN 0102-311X.
- Freese, B. T. (2004) - *Teóricas de Enfermagem e sua Obra*. 5ª edição Lusociência.
- Kaplan, Harold I. ; Sadock, Benjamin J. *Compêndio de Psiquiatria Dinâmica*. Porto Alegre: Editora Artes Medicas, 1986.

- Lopes, Manuel José - *A relação Enfermeiro Doente* . Coimbra: Formasau, 2006.
- Lopes, Manuel José - *Concepções de Enfermagem e o desenvolvimento sócio-moral*. Gráfica 2000, 1999.
- Lucchesi, Maurício; Malik, Ana Maria - Viabilidade de unidades psiquiátricas em hospitais gerais no Brazil, *Rev. Saúde Publica (online)*, 2009, (consult a 28/08/2010), disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692003000500016&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000500016&lng=en&nrm=iso&tlng=pt), ISSN 0034-8910
- Mota, A. (4 de 5 de 2000). Psiquiatria de Ligação. *Medicina Interna* , p. 7.(consult. a 28/08/2010), disponível em [http://www.spmi.pt/revista/vol07/ch7\\_v7n4a2000.pdf](http://www.spmi.pt/revista/vol07/ch7_v7n4a2000.pdf)
- Oliveira, S., Pires, Z., & Santos, N. (s.d.). - Um ano de Psiquiatria de Ligação num Hospital Geral. *Revista do serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca - Vol5, nº 1* , pp. 15-29. (consult. a 27/08/2010), disponível em <http://www.psilogos.com/Revista/Vol5N1/Oliveira.pdf>
- Taylor, Cecelia Monat - *Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica* . 13ª edição - Artes Médicas, 1992.
- Santos, José Henrique. *A morte Anunciada*. Lisboa : Trilhos, 2006.
- Scherer, Zeyne Alves Pires ; Scherer, Edson Artur; Lobate, Renata Curi- Interconsulta em Enfermagem Psiquiátrica: qual a compreensão do Enfermeiro sobre esta actividade. *Rev. Latino AM Enfermagem*, Janeiro-Fevereiro de 2002: 7-14.(consult. a 29/08/2010), disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692002000100002&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692002000100002&script=sci_abstract&tlng=pt)

- ANEXOS

## **Anexo 1 – Projecto inicial**

### **Projecto de Enfermagem Psiquiátrica e Enfermagem de Psiquiatria de Ligação no Serviço de Urgência do C.H.B.A**

#### **Relatório**

##### **1- Data de início do projecto: Março de 2007**

##### **2- Esquematização do projecto em curso:**

###### **2.1. Objectivos Gerais**

Melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos utentes e familiares com alterações psiquiátricas e de saúde mental, que recorrem ao serviço de urgência.

###### **2.2. Recursos humanos envolvidos:**

- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica – Serviço de Urgência;
- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica – Serviço de Urgência – internamento;
- Enfermeiros generalistas do serviço de urgência;
- Serviço Social do serviço de urgência;
- Profissionais do Departamento de Saúde Mental e Psiquiatria;
- Profissionais do C.A.T.:

###### **2.3. Pressupostos:**

- Conhecimento e autorização do Enfermeiro Chefe de Serviço e Enfermeiro Director;
- Todos os Enfermeiros do serviço de urgência tiveram conhecimento formal do projecto a desenvolver, do funcionamento e do papel de cada um para concretização plena do projecto;
- Acordo prévio com os vários departamentos intervenientes no processo;

#### 2.4. Características dos utentes a intervir:

- Doentes com perturbações psiquiátricas, sendo esta a causa da vinda ao serviço de urgência;
- Doentes com tentativas de suicídio ou para suicidas ou ainda ideação suicida;
- Doente com abuso e abstinência de substância, sendo a causa da vinda ao serviço de urgência resultante desta dependência;
- Doentes e/ou familiares (sem antecedentes psiquiátricos) com destabilizações de saúde mental, desencadeadas pela sua situação de doença física (psiquiatria de ligação);
- Doentes com 6 ou mais admissões no serviço de urgência nos últimos 30 dias;

#### 2.5. Funcionamento do projecto:

- Os Enfermeiros dos vários sectores quando se deparam com utentes que apresentam critérios de sinalização efectuem a referenciação ao Enfermeiro especialista do serviço de urgência;
- O Enfermeiro especialista começa por recolher os dados na posse dos vários profissionais já intervenientes;
- Efectua depois uma entrevista individual de avaliação de diagnóstico com o utente e/ou familiar;
- Estabelece com o utente/acompanhante/médico do S.U., a melhor forma de resolução da situação;
- Contacta os recursos necessários para resolução da situação (Serviço Social, Departamento de Saúde Mental, C.A.T. Enfermeira Especialista do internamento);
- Procede ao envio da História clínica de Enfermagem (fax ou mail);
- Procede ao encaminhamento do utente e/acompanhante para a o local de referenciação;

### **3- Quadro Conceptual**

**Enfermagem Psiquiátrica** – Prestação de cuidados de Enfermagem a doentes e/familiares com doença do foro psiquiátrico diagnosticado ou em diagnóstico.

**Enfermagem de Psiquiatria de ligação** – Prestação de cuidados de Enfermagem a doentes e/ou familiares sem antecedentes pessoais psiquiátricos, com destabilização de saúde mental em consequência da situação de doença física do próprio ou de terceiros.

### **4- Resultados e Desenvolvimento do Projecto**

#### **4.1. Resultados**

Este projecto teve início em Março de 2007 e foi de encontro a uma lacuna existente no serviço, ou seja, com a sua implementação pretendeu-se melhorar a prestação de cuidados aos utentes com alterações de saúde mental e psiquiátricas.

O número de doentes com potenciais destabilizações de saúde mental e psiquiátrica que afluíram ao serviço de urgência foi significativo. Durante o ano 2007 e tendo como base o sistema de triagem, 2,77% dos utentes apresentavam sintomas de potenciais destabilizações de saúde mental e psiquiátrica. Em termos absolutos, esta percentagem corresponde a 976 doentes, repartidos por situações de auto agressão (13), doença mental (174), sobredosagem ou envenenamento (176) e comportamento estranho (613).

Como se pode constatar o número de admissões é considerável, mais que justificativo para a necessidade de existir um plano de intervenção nesta área.

Apesar dos recursos especializados nesta área e neste Centro Hospitalar serem escassos, verificou-se que seria possível uma melhor articulação, rentabilização, melhor prestação de cuidados e melhor satisfação dos utentes se o sistema estivesse mais coordenado e com uma rede de comunicação mais eficaz.

A criação de uma rede de referência interna no serviço de urgência possibilita e existência de uma uniformização de procedimentos, além de uma maior sensibilidade em todos os profissionais na detecção de situações potenciais que carecem de referência e intervenção

#### **4.3. Dificuldades encontradas**

Estou perfeitamente consciente que mesmo existindo uma melhoria nesta área, persistem algumas dificuldades e possibilidades de melhoria significativa.

A localização do departamento de saúde mental (fora das instalações do Hospital) dificulta por vezes a deslocação dos doentes, pretendendo-se uniformizar este tipo de deslocação.

A escassez de profissionais, em especial de médicos, na área da psiquiatria, limita a resolução local de um número considerável de situações sendo necessário proceder à transferência para hospital central.

Escassez de Enfermeiros especializados na área para uma adequada intervenção e encaminhamento

Dificuldade de aceitação do doente a nível local, levando a uma exaustiva tentativa de referenciar o doente para o recurso que possa dar a continuidade e acompanhamento necessário.

#### 4.2. Desenvolvimento

Pretende-se que este projecto continue a ser desenvolvido visando a continuação da introdução de um conjunto de alterações ao sistema, através de uma monitorização adequada e alcançar as seguintes melhorias:

- Melhoria na qualidade dos cuidados prestados;
- Melhoria na satisfação dos doentes/familiares/profissionais na resolução das situações;
- Melhorias na eficácia e eficiência da resolução das situações;

Para isso, deverá proceder-se à centralização e comunicação de todos os potenciais intervenientes na resolução das situações. Estamos convictos que haverá uma redução das readmissões ao serviço de urgência

**Anexo 2 – Guião da entrevista fornecido pelo Departamento de Saúde Mental e Psiquiatria de Beja**

**Comportamentos suicidários**

• **Factores circunstanciais**

Problemas afectivos (sentimentais, familiares, conjugais) Sim  Não

Observações \_\_\_\_\_

Problemas financeiros Sim  Não

Luto Sim  Não

Comportamento Suicidário na família (especificar) Sim  Não

Comportamento Suicidário de amigo (especificar) Sim  Não

Comportamento Suicidário na comunidade (media) Sim  Não

• **Comportamento suicidário**

Data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ dia da semana \_\_\_\_\_ Hora do comportamento \_\_\_\_\_

Motivo: (interpessoal, intrapessoal, extrapessoal )

Discussão (48h antes com pessoa chave ) com: pai, mãe, filho/a, irnã/a, namorado/a, cónjuge, amigo, outro \_\_\_\_\_

Método utilizado : \_\_\_\_\_

Álcool associado no comportamento: Sim \_\_\_ Não \_\_\_

Sob efeito de álcool: Sim \_\_\_ Não \_\_\_

Local : Casa \_\_\_ Trabalho \_\_\_ Outro \_\_\_\_\_

Alguém presente : Sim \_\_\_ Não \_\_\_

Acto impulsivo: Sim \_\_\_ Não \_\_\_

Auto agressão:            Sim \_\_\_ Não \_\_\_

Pensamento durante o comportamento  
suicidário: \_\_\_\_\_

Ritual:    Sim \_\_\_ Não \_\_\_

Carta (nota bilhete) :    Sim \_\_\_ Não \_\_\_

Plano :    Sim \_\_\_ Não \_\_\_

Procura ajuda (antes e após o comportamento  
suicidário) \_\_\_\_\_

Consulta médico de família /  
psiquiatra: \_\_\_\_\_

Tipo de psicofármacos (a tomar  
efectivamente) \_\_\_\_\_

## **Anexo 3 – O meu guião da entrevista**

### **Guião de avaliação diagnóstico**

- Causa de vinda ao serviço
- Tratamentos efectuados
- Estado de consciência
- Caracterização familiar (casado, solteiros, filhos, agregado familiar...)
- Profissão
- Hábitos (tabaco, álcool , drogas)
- Antecedentes pessoais
- Antecedentes familiares
- Observação das características do doente (postura, discurso, estado emocional...)
- Presença/ ausência de ideação suicida
- Se tentativa de suicídio
  - Onde foi efectuada
  - Quem se encontrava no local
  - O que pretendia , estado emocional no momento
  - O que fez após a tentativa
  - Estado emocional agora (arrependimento, crítica, mantém ideação ....)
- Acções desenvolvidas com o doente/família
- Encaminhamento efectuado

## **Anexo 4 – Quadros**

**Quadro 1 – Tipo de comportamento por género Masculino e grupo etário**

Genero Masculino			Idade								Total	
			15 - 19	20 - 29	30 - 39	40 - 49	50 - 59	60 - 69	70 - 79	80 - 89		< 90
comportamento episódico	SCS	Count	7	13	14	16	15	5	8	6		84
		% within comportamento episódico	8,3%	15,5%	16,7%	19,0%	17,9%	6,0%	9,5%	7,1%	,0%	100,0%
		% within Idade	63,6%	50,0%	51,9%	72,7%	75,0%	62,5%	61,5%	100,0%	,0%	62,7%
		% of Total	5,2%	9,7%	10,4%	11,9%	11,2%	3,7%	6,0%	4,5%	,0%	62,7%
	CS-intx medicamentos	Count	4	9	10	4	2		1			30
		% within comportamento episódico	13,3%	30,0%	33,3%	13,3%	6,7%	,0%	3,3%	,0%	,0%	100,0%
		% within Idade	36,4%	34,6%	37,0%	18,2%	10,0%	,0%	7,7%	,0%	,0%	22,4%
		% of Total	3,0%	6,7%	7,5%	3,0%	1,5%	,0%	,7%	,0%	,0%	22,4%
	CS-Toxico	Count			1	1	1	1	1			5
		% within comportamento episódico	,0%	,0%	20,0%	20,0%	20,0%	20,0%	20,0%	,0%	,0%	100,0%
		% within Idade	,0%	,0%	3,7%	4,5%	5,0%	12,5%	7,7%	,0%	,0%	3,7%
		% of Total	,0%	,0%	,7%	,7%	,7%	,7%	,7%	,0%	,0%	3,7%
CS-automutilação	Count		1								1	2
	% within comportamento episódico	,0%	50,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	50,0%	100,0%	
	% within Idade	,0%	3,8%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%	1,5%	
	% of Total	,0%	,7%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,7%	1,5%	
CS-enforcamento	Count		2	1		1	1	3			8	
	% within comportamento episódico	,0%	25,0%	12,5%	,0%	12,5%	12,5%	37,5%	,0%	,0%	100,0%	
	% within Idade	,0%	7,7%	3,7%	,0%	5,0%	12,5%	23,1%	,0%	,0%	6,0%	
	% of Total	,0%	1,5%	,7%	,0%	,7%	,7%	2,2%	,0%	,0%	6,0%	
CS-outro	Count		1	1	1	1	1				5	
	% within comportamento episódico	,0%	20,0%	20,0%	20,0%	20,0%	20,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%	
	% within Idade	,0%	3,8%	3,7%	4,5%	5,0%	12,5%	,0%	,0%	,0%	3,7%	
	% of Total	,0%	,7%	,7%	,7%	,7%	,7%	,0%	,0%	,0%	3,7%	
Total	Count	11	26	27	22	20	8	13	6	1	134	
	% within comportamento episódico	8,2%	19,4%	20,1%	16,4%	14,9%	6,0%	9,7%	4,5%	,7%	100,0%	
	% within Idade	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	8,2%	19,4%	20,1%	16,4%	14,9%	6,0%	9,7%	4,5%	,7%	100,0%	

**Quadro 2 – Tipo de comportamento por género Feminino e grupo etário**

Genero Feminino			Idade									
			15 - 19	20 - 29	30 - 39	40 - 49	50 - 59	60 - 69	70 - 79	80 - 89	< 90	Total
T I P O  D E  C O M P O R T A M E N T O	SCS	Count	8	16	15	19	18	8	18	6	1	109
		% within comport_e pisodi	7,3%	14,7%	13,8%	17,4%	16,5%	7,3%	16,5%	5,5%	,9%	100,0%
		% within Idade	34,8%	35,6%	28,8%	40,4%	60,0%	47,1%	66,7%	66,7%	100,0%	43,4%
		% of Total	3,2%	6,4%	6,0%	7,6%	7,2%	3,2%	7,2%	2,4%	,4%	43,4%
	CS-inx medicamen tos	Count	14	25	33	22	9	5	4	1		113
		% within comport_e pisodi	12,4%	22,1%	29,2%	19,5%	8,0%	4,4%	3,5%	,9%	,0%	100,0%
		% within Idade	60,9%	55,6%	63,5%	46,8%	30,0%	29,4%	14,8%	11,1%	,0%	45,0%
		% of Total	5,6%	10,0%	13,1%	8,8%	3,6%	2,0%	1,6%	,4%	,0%	45,0%
	CS-Toxico	Count		1	3	4	2	3				13
		% within comport_e pisodi	,0%	7,7%	23,1%	30,8%	15,4%	23,1%	,0%	,0%	,0%	100,0%
		% within Idade	,0%	2,2%	5,8%	8,5%	6,7%	17,6%	,0%	,0%	,0%	5,2%
		% of Total	,0%	,4%	1,2%	1,6%	,8%	1,2%	,0%	,0%	,0%	5,2%
	CS- automutilaç ão	Count	1	2	1	1	1	1				7
		% within comport_e pisodi	14,3%	28,6%	14,3%	14,3%	14,3%	14,3%	,0%	,0%	,0%	100,0%
		% within Idade	4,3%	4,4%	1,9%	2,1%	3,3%	5,9%	,0%	,0%	,0%	2,8%
		% of Total	,4%	,8%	,4%	,4%	,4%	,4%	,0%	,0%	,0%	2,8%
	CS- enforcame nto	Count							4	2		6
		% within comport_e pisodi	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	66,7%	33,3%	,0%	100,0%
		% within Idade	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	14,8%	22,2%	,0%	2,4%
		% of Total	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	1,6%	,8%	,0%	2,4%
	CS-outro	Count		1		1			1			3
		% within comport_e pisodi	,0%	33,3%	,0%	33,3%	,0%	,0%	33,3%	,0%	,0%	100,0%
		% within Idade	,0%	2,2%	,0%	2,1%	,0%	,0%	3,7%	,0%	,0%	1,2%
		% of Total	,0%	,4%	,0%	,4%	,0%	,0%	,4%	,0%	,0%	1,2%
Total	Count	23	45	52	47	30	17	27	9	1	251	
	% within comport_e pisodi	9,2%	17,9%	20,7%	18,7%	12,0%	6,8%	10,8%	3,6%	,4%	100,0%	
	% within Idade	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	9,2%	17,9%	20,7%	18,7%	12,0%	6,8%	10,8%	3,6%	,4%	100,0%	

**Quadro 3 – Causa de intervenção por agregado familiar**

			Agregado familiar								
			Sozinho	Conjuge	conjuge e filhos	filhos	alargada	Instituição	Outra	Pais	Total
Causa	C.S. - Tentativa de suicídio	Count	21	9	13	1			1	6	51
		% within Causa	41,2%	17,6%	25,5%	2,0%	,0%	,0%	2,0%	11,8%	100,0%
		% within Agregad_fa % of Total	24,4%	11,4%	11,4%	4,2%	,0%	,0%	33,3%	8,3%	13,2%
			5,5%	2,3%	3,4%	,3%	,0%	,0%	,3%	1,6%	13,2%
	C.S. - Parassuicídio	Count	11	30	49	14	1	1	1	28	135
		% within Causa	8,1%	22,2%	36,3%	10,4%	,7%	,7%	,7%	20,7%	100,0%
		% within Agregad_fa % of Total	12,8%	38,0%	43,0%	58,3%	25,0%	33,3%	33,3%	38,9%	35,1%
			2,9%	7,8%	12,7%	3,6%	,3%	,3%	,3%	7,3%	35,1%
	T.H. - Episódio Depressivo	Count	13	17	29	4	2		1	9	75
		% within Causa	17,3%	22,7%	38,7%	5,3%	2,7%	,0%	1,3%	12,0%	100,0%
		% within Agregad_fa % of Total	15,1%	21,5%	25,4%	16,7%	50,0%	,0%	33,3%	12,5%	19,5%
			3,4%	4,4%	7,5%	1,0%	,5%	,0%	,3%	2,3%	19,5%
	T.H. - Episódio Maníaco	Count	2	1	1					6	10
		% within Causa	20,0%	10,0%	10,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	60,0%	100,0%
		% within Agregad_fa % of Total	2,3%	1,3%	,9%	,0%	,0%	,0%	,0%	8,3%	2,6%
			,5%	,3%	,3%	,0%	,0%	,0%	,0%	1,6%	2,6%
	Ansiedade	Count	10	7	8	2				9	36
		% within Causa	27,8%	19,4%	22,2%	5,6%	,0%	,0%	,0%	25,0%	100,0%
		% within Agregad_fa % of Total	11,6%	8,9%	7,0%	8,3%	,0%	,0%	,0%	12,5%	9,4%
			2,6%	1,8%	2,1%	,5%	,0%	,0%	,0%	2,3%	9,4%
Adição	Count	7	3	4					1	15	
	% within Causa	46,7%	20,0%	26,7%	,0%	,0%	,0%	,0%	6,7%	100,0%	
	% within Agregad_fa % of Total	8,1%	3,8%	3,5%	,0%	,0%	,0%	,0%	1,4%	3,9%	
		1,8%	,8%	1,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,3%	3,9%	
Psiquiatria de ligação	Count	9	5	2					3	19	
	% within Causa	47,4%	26,3%	10,5%	,0%	,0%	,0%	,0%	15,8%	100,0%	
	% within Agregad_fa % of Total	10,5%	6,3%	1,8%	,0%	,0%	,0%	,0%	4,2%	4,9%	
		2,3%	1,3%	,5%	,0%	,0%	,0%	,0%	,8%	4,9%	
Delirium	Count	13	6	4	1	1	2		8	35	
	% within Causa	37,1%	17,1%	11,4%	2,9%	2,9%	5,7%	,0%	22,9%	100,0%	
	% within Agregad_fa % of Total	15,1%	7,6%	3,5%	4,2%	25,0%	66,7%	,0%	11,1%	9,1%	
		3,4%	1,6%	1,0%	,3%	,3%	,5%	,0%	2,1%	9,1%	
violencia domestica	Count		1	4	2				2	9	
	% within Causa	,0%	11,1%	44,4%	22,2%	,0%	,0%	,0%	22,2%	100,0%	
	% within Agregad_fa % of Total	,0%	1,3%	3,5%	8,3%	,0%	,0%	,0%	2,8%	2,3%	
		,0%	,3%	1,0%	,5%	,0%	,0%	,0%	,5%	2,3%	
Total	Count	86	79	114	24	4	3	3	72	385	
	% within Causa	22,3%	20,5%	29,6%	6,2%	1,0%	,8%	,8%	18,7%	100,0%	
	% within Agregad_fa % of Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
		22,3%	20,5%	29,6%	6,2%	1,0%	,8%	,8%	18,7%	100,0%	

**Quadro 4 - Causa de intervenção por grupo profissional**

			Profissional				Total
			Empregado	Desempregado	Reformado	Estudante	
Causa	C.S. - Tentativa de suicidio	Count	18	9	21	3	51
		% within Causa	35,3%	17,6%	41,2%	5,9%	100,0%
		% within Profissional	10,1%	12,0%	21,0%	9,4%	13,2%
		% of Total	4,7%	2,3%	5,5%	,8%	13,2%
	C.S. - Parassuicídio	Count	81	29	10	15	135
		% within Causa	60,0%	21,5%	7,4%	11,1%	100,0%
		% within Profissional	45,5%	38,7%	10,0%	46,9%	35,1%
		% of Total	21,0%	7,5%	2,6%	3,9%	35,1%
	T.H. - Episodio Depressivo	Count	40	18	13	4	75
		% within Causa	53,3%	24,0%	17,3%	5,3%	100,0%
		% within Profissional	22,5%	24,0%	13,0%	12,5%	19,5%
		% of Total	10,4%	4,7%	3,4%	1,0%	19,5%
	T.H. - Episodio Maniaco	Count	1	2	4	3	10
% within Causa		10,0%	20,0%	40,0%	30,0%	100,0%	
% within Profissional		,6%	2,7%	4,0%	9,4%	2,6%	
% of Total		,3%	,5%	1,0%	,8%	2,6%	
Ansiedade	Count	19	2	12	3	36	
	% within Causa	52,8%	5,6%	33,3%	8,3%	100,0%	
	% within Profissional	10,7%	2,7%	12,0%	9,4%	9,4%	
	% of Total	4,9%	,5%	3,1%	,8%	9,4%	
Adição	Count	4	10	1		15	
	% within Causa	26,7%	66,7%	6,7%	,0%	100,0%	
	% within Profissional	2,2%	13,3%	1,0%	,0%	3,9%	
	% of Total	1,0%	2,6%	,3%	,0%	3,9%	
Psiquiatria de ligação	Count	2		16	1	19	
	% within Causa	10,5%	,0%	84,2%	5,3%	100,0%	
	% within Profissional	1,1%	,0%	16,0%	3,1%	4,9%	
	% of Total	,5%	,0%	4,2%	,3%	4,9%	
Delirium	Count	7	3	22	3	35	
	% within Causa	20,0%	8,6%	62,9%	8,6%	100,0%	
	% within Profissional	3,9%	4,0%	22,0%	9,4%	9,1%	
	% of Total	1,8%	,8%	5,7%	,8%	9,1%	
violencia domestica	Count	6	2	1		9	
	% within Causa	66,7%	22,2%	11,1%	,0%	100,0%	
	% within Profissional	3,4%	2,7%	1,0%	,0%	2,3%	
	% of Total	1,6%	,5%	,3%	,0%	2,3%	
Total	Count	178	75	100	32	385	
	% within Causa	46,2%	19,5%	26,0%	8,3%	100,0%	
	% within Profissional	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	46,2%	19,5%	26,0%	8,3%	100,0%	

**Quadro 5 – Causas de intervenção por hábitos**

			Hábitos						Total
			Tabagicos	Alcoolicos	Drogas	alcool e drogas	sem habitos	tabaco e alcool	
C a u s a	C.S. - Tentativa de suicidio	Count	15	1		1	29	5	51
		% within Causa	29,4%	2,0%	,0%	2,0%	56,9%	9,8%	100,0%
		% within Habitos % of Total	10,2%	9,1%	,0%	9,1%	15,5%	18,5%	13,2%
	C.S. - Parassuicid io	Count	65	1		3	59	7	135
		% within Causa	48,1%	,7%	,0%	2,2%	43,7%	5,2%	100,0%
		% within Habitos % of Total	44,2%	9,1%	,0%	27,3%	31,6%	25,9%	35,1%
	T.H. - Episodio Depressivo	Count	31			4	37	3	75
		% within Causa	41,3%	,0%	,0%	5,3%	49,3%	4,0%	100,0%
		% within Habitos % of Total	21,1%	,0%	,0%	36,4%	19,8%	11,1%	19,5%
	T.H. - Episodio Maniaco	Count	7				2	1	10
		% within Causa	70,0%	,0%	,0%	,0%	20,0%	10,0%	100,0%
		% within Habitos % of Total	4,8%	,0%	,0%	,0%	1,1%	3,7%	2,6%
Ansiedade	Count	13	1			20	2	36	
	% within Causa	36,1%	2,8%	,0%	,0%	55,6%	5,6%	100,0%	
	% within Habitos % of Total	8,8%	9,1%	,0%	,0%	10,7%	7,4%	9,4%	
Adição	Count		6	2	3		4	15	
	% within Causa	,0%	40,0%	13,3%	20,0%	,0%	26,7%	100,0%	
	% within Habitos % of Total	,0%	54,5%	100,0%	27,3%	,0%	14,8%	3,9%	
Psiquitria de ligação	Count	5				14		19	
	% within Causa	26,3%	,0%	,0%	,0%	73,7%	,0%	100,0%	
	% within Habitos % of Total	3,4%	,0%	,0%	,0%	7,5%	,0%	4,9%	
Delirium	Count	8	2			20	5	35	
	% within Causa	22,9%	5,7%	,0%	,0%	57,1%	14,3%	100,0%	
	% within Habitos % of Total	5,4%	18,2%	,0%	,0%	10,7%	18,5%	9,1%	
violencia domestica	Count	3				6		9	
	% within Causa	33,3%	,0%	,0%	,0%	66,7%	,0%	100,0%	
	% within Habitos % of Total	2,0%	,0%	,0%	,0%	3,2%	,0%	2,3%	
Total	Count	147	11	2	11	187	27	385	
	% within Causa	38,2%	2,9%	,5%	2,9%	48,6%	7,0%	100,0%	
	% within Habitos % of Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

**Quadro 6 – Causas de Intervenção pelos antecedentes familiares**

			Antecedentes Familiares		
			antecedente psiquiatrico	sem antecedente psiquiatrico	Total
C a u s a	C.S. - Tentativa de suicidio	Count	6	45	51
		% within Causa	11,8%	88,2%	100,0%
		% within Anteced_famili	14,0%	13,2%	13,2%
		% of Total	1,6%	11,7%	13,2%
	C.S. - Parassuicid io	Count	23	112	135
		% within Causa	17,0%	83,0%	100,0%
		% within Anteced_famili	53,5%	32,7%	35,1%
		% of Total	6,0%	29,1%	35,1%
	T.H. - Episodio Depressivo	Count	9	66	75
		% within Causa	12,0%	88,0%	100,0%
		% within Anteced_famili	20,9%	19,3%	19,5%
		% of Total	2,3%	17,1%	19,5%
	T.H. - Episodio Maniaco	Count		10	10
		% within Causa	,0%	100,0%	100,0%
		% within Anteced_famili	,0%	2,9%	2,6%
		% of Total	,0%	2,6%	2,6%
	Ansiedade	Count	5	31	36
		% within Causa	13,9%	86,1%	100,0%
		% within Anteced_famili	11,6%	9,1%	9,4%
% of Total		1,3%	8,1%	9,4%	
Adição	Count		15	15	
	% within Causa	,0%	100,0%	100,0%	
	% within Anteced_famili	,0%	4,4%	3,9%	
	% of Total	,0%	3,9%	3,9%	
Psiquitria de ligação	Count		19	19	
	% within Causa	,0%	100,0%	100,0%	
	% within Anteced_famili	,0%	5,6%	4,9%	
	% of Total	,0%	4,9%	4,9%	
Delirium	Count		35	35	
	% within Causa	,0%	100,0%	100,0%	
	% within Anteced_famili	,0%	10,2%	9,1%	
	% of Total	,0%	9,1%	9,1%	
violencia domestica	Count		9	9	
	% within Causa	,0%	100,0%	100,0%	
	% within Anteced_famili	,0%	2,6%	2,3%	
	% of Total	,0%	2,3%	2,3%	
Total	Count	43	342	385	
	% within Causa	11,2%	88,8%	100,0%	
	% within Anteced_famili	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	11,2%	88,8%	100,0%	

**Quadro 7 – Causas de intervenção pelos antecedentes pessoais**

		Antecedentes pessoais		
		com antecedentes pessoais	sem antecedentes pessoais	Total
C a u s a	C.S. - Tentativa de suicídio	Count % within Causa % within Anteced_pesso % of Total	22 43,1% 9,8% 5,7%	29 56,9% 18,1% 7,5% 51 100,0% 13,2% 13,2%
	C.S. - Parassuicídio	Count % within Causa % within Anteced_pesso % of Total	83 61,5% 36,9% 21,6%	52 38,5% 32,5% 13,5% 135 100,0% 35,1% 35,1%
	T.H. - Episódio Depressivo	Count % within Causa % within Anteced_pesso % of Total	51 68,0% 22,7% 13,2%	24 32,0% 15,0% 6,2% 75 100,0% 19,5% 19,5%
	T.H. - Episódio Maníaco	Count % within Causa % within Anteced_pesso % of Total	8 80,0% 3,6% 2,1%	2 20,0% 1,3% ,5% 10 100,0% 2,6% 2,6%
	Ansiedade	Count % within Causa % within Anteced_pesso % of Total	25 69,4% 11,1% 6,5%	11 30,6% 6,9% 2,9% 36 100,0% 9,4% 9,4%
	Adição	Count % within Causa % within Anteced_pesso % of Total	14 93,3% 6,2% 3,6%	1 6,7% ,6% ,3% 15 100,0% 3,9% 3,9%
	Psiquiatria de ligação	Count % within Causa % within Anteced_pesso % of Total	1 5,3% ,4% ,3%	18 94,7% 11,3% 4,7% 19 100,0% 4,9% 4,9%
	Delirium	Count % within Causa % within Anteced_pesso % of Total	19 54,3% 8,4% 4,9%	16 45,7% 10,0% 4,2% 35 100,0% 9,1% 9,1%
	violencia domestica	Count % within Causa % within Anteced_pesso % of Total	2 22,2% ,9% ,5%	7 77,8% 4,4% 1,8% 9 100,0% 2,3% 2,3%
	Total	Count % within Causa % within Anteced_pesso % of Total	225 58,4% 100,0% 58,4%	160 41,6% 100,0% 41,6% 385 100,0% 100,0% 100,0%

**Quadro 8 – Causas de intervenção pelo tempo de evolução das queixas**

			Tempo de Evolução		
			curto - até 15 dias	longo - mais de 15 dias	Total
C a u s a	C.S. - Tentativa de suicidio	Count % within Causa % within Tempo_evoluç % of Total	8 15,7% 5,0% 2,1%	43 84,3% 19,1% 11,2%	51 100,0% 13,2% 13,2%
	C.S. - Parassuicid io	Count % within Causa % within Tempo_evoluç % of Total	95 70,4% 59,4% 24,7%	40 29,6% 17,8% 10,4%	135 100,0% 35,1% 35,1%
	T.H. - Episodio Depressivo	Count % within Causa % within Tempo_evoluç % of Total	16 21,3% 10,0% 4,2%	59 78,7% 26,2% 15,3%	75 100,0% 19,5% 19,5%
	T.H. - Episodio Maniaco	Count % within Causa % within Tempo_evoluç % of Total	1 10,0% ,6% ,3%	9 90,0% 4,0% 2,3%	10 100,0% 2,6% 2,6%
	Ansiedade	Count % within Causa % within Tempo_evoluç % of Total	19 52,8% 11,9% 4,9%	17 47,2% 7,6% 4,4%	36 100,0% 9,4% 9,4%
	Adição	Count % within Causa % within Tempo_evoluç % of Total	,0% ,0% ,0%	15 100,0% 6,7% 3,9%	15 100,0% 3,9% 3,9%
	Psiquitria de ligação	Count % within Causa % within Tempo_evoluç % of Total	7 36,8% 4,4% 1,8%	12 63,2% 5,3% 3,1%	19 100,0% 4,9% 4,9%
	Delirium	Count % within Causa % within Tempo_evoluç % of Total	9 25,7% 5,6% 2,3%	26 74,3% 11,6% 6,8%	35 100,0% 9,1% 9,1%
	violencia domestica	Count % within Causa % within Tempo_evoluç % of Total	5 55,6% 3,1% 1,3%	4 44,4% 1,8% 1,0%	9 100,0% 2,3% 2,3%
	Total	Count % within Causa % within Tempo_evoluç % of Total	160 41,6% 100,0% 41,6%	225 58,4% 100,0% 58,4%	385 100,0% 100,0% 100,0%

**Quadro 9 – Causas de intervenção relacionadas com as causas dos episódios**

			causa do episódio									Total
			D.Inter-conjugais	D.Inter-filhos/pais	D.Inter-outros familiares	D.Inter-colegas laborais	D.Inter-perdas	D.extra-económicos	D.extra-laborais	D.extra-outro	D.intra-endogenos	
C a u s a	C.S. - Tentativa de suicídio	Count	12	5	7	1	12	5	2	2	5	51
		% within Causa	23,5%	9,8%	13,7%	2,0%	23,5%	9,8%	3,9%	3,9%	9,8%	100,0%
		% within causa_episo	11,1%	12,8%	25,0%	25,0%	41,4%	16,1%	18,2%	4,8%	5,4%	13,2%
		% of Total	3,1%	1,3%	1,8%	,3%	3,1%	1,3%	,5%	,5%	1,3%	13,2%
	C.S. - Parassui- cídio	Count	64	19	11	2	6	17	2		14	135
		% within Causa	47,4%	14,1%	8,1%	1,5%	4,4%	12,6%	1,5%	,0%	10,4%	100,0%
		% within causa_episo	59,3%	48,7%	39,3%	50,0%	20,7%	54,8%	18,2%	,0%	15,1%	35,1%
		% of Total	16,6%	4,9%	2,9%	,5%	1,6%	4,4%	,5%	,0%	3,6%	35,1%
	T.H. - Episódio Depressi- vo	Count	18	8	3	1	9	9	5	4	18	75
		% within Causa	24,0%	10,7%	4,0%	1,3%	12,0%	12,0%	6,7%	5,3%	24,0%	100,0%
		% within causa_episo	16,7%	20,5%	10,7%	25,0%	31,0%	29,0%	45,5%	9,5%	19,4%	19,5%
		% of Total	4,7%	2,1%	,8%	,3%	2,3%	2,3%	1,3%	1,0%	4,7%	19,5%
	T.H. - Episódio Maniaco	Count		1						1	8	10
		% within Causa	,0%	10,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	10,0%	80,0%	100,0%
% within causa_episo		,0%	2,6%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	2,4%	8,6%	2,6%	
% of Total		,0%	,3%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,3%	2,1%	2,6%	
Ansiedad e	Count	5	4	2				2	3	20	36	
	% within Causa	13,9%	11,1%	5,6%	,0%	,0%	,0%	5,6%	8,3%	55,6%	100,0%	
	% within causa_episo	4,6%	10,3%	7,1%	,0%	,0%	,0%	18,2%	7,1%	21,5%	9,4%	
	% of Total	1,3%	1,0%	,5%	,0%	,0%	,0%	,5%	,8%	5,2%	9,4%	
Adição	Count								13	2	15	
	% within Causa	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	86,7%	13,3%	100,0%	
	% within causa_episo	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	31,0%	2,2%	3,9%	
	% of Total	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	3,4%	,5%	3,9%	
Psiquitria de ligação	Count	1		4		1			12	1	19	
	% within Causa	5,3%	,0%	21,1%	,0%	5,3%	,0%	,0%	63,2%	5,3%	100,0%	
	% within causa_episo	,9%	,0%	14,3%	,0%	3,4%	,0%	,0%	28,6%	1,1%	4,9%	
	% of Total	,3%	,0%	1,0%	,0%	,3%	,0%	,0%	3,1%	,3%	4,9%	
Delirium	Count	1		1		1			7	25	35	
	% within Causa	2,9%	,0%	2,9%	,0%	2,9%	,0%	,0%	20,0%	71,4%	100,0%	
	% within causa_episo	,9%	,0%	3,6%	,0%	3,4%	,0%	,0%	16,7%	26,9%	9,1%	
	% of Total	,3%	,0%	,3%	,0%	,3%	,0%	,0%	1,8%	6,5%	9,1%	
violencia domestic a	Count	7	2								9	
	% within Causa	77,8%	22,2%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%	
	% within causa_episo	6,5%	5,1%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	2,3%	
	% of Total	1,8%	,5%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	2,3%	
Total	Count	108	39	28	4	29	31	11	42	93	385	
	% within Causa	28,1%	10,1%	7,3%	1,0%	7,5%	8,1%	2,9%	10,9%	24,2%	100,0%	
	% within causa_episo	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	28,1%	10,1%	7,3%	1,0%	7,5%	8,1%	2,9%	10,9%	24,2%	100,0%	

**Quadro 10 – Causas de intervenção pelos intervenientes necessários no serviço de urgência**

		Intervenientes					Total
		Assistente Social	Equipa Paliativos	Equipa de Gestão de Altas	so enf e medico		
C a u s a	C.S. - Tentativa de suicidio	Count	12			39	51
	% within	23,5%	,0%	,0%	76,5%	100,0%	
	% within	16,4%	,0%	,0%	12,6%	13,2%	
	% of Total	3,1%	,0%	,0%	10,1%	13,2%	
	C.S. - Parassuicidio	Count	13			122	135
	% within	9,6%	,0%	,0%	90,4%	100,0%	
	% within	17,8%	,0%	,0%	39,5%	35,1%	
	% of Total	3,4%	,0%	,0%	31,7%	35,1%	
	T.H. - Episodio Depressivo	Count	9			66	75
	% within	12,0%	,0%	,0%	88,0%	100,0%	
	% within	12,3%	,0%	,0%	21,4%	19,5%	
	% of Total	2,3%	,0%	,0%	17,1%	19,5%	
	T.H. - Episodio Maniaco	Count	4			6	10
	% within	40,0%	,0%	,0%	60,0%	100,0%	
	% within	5,5%	,0%	,0%	1,9%	2,6%	
	% of Total	1,0%	,0%	,0%	1,6%	2,6%	
	Ansiedade	Count	3			33	36
	% within	8,3%	,0%	,0%	91,7%	100,0%	
	% within	4,1%	,0%	,0%	10,7%	9,4%	
	% of Total	,8%	,0%	,0%	8,6%	9,4%	
Adição	Count	2			13	15	
% within	13,3%	,0%	,0%	86,7%	100,0%		
% within	2,7%	,0%	,0%	4,2%	3,9%		
% of Total	,5%	,0%	,0%	3,4%	3,9%		
Psiquitria de ligação	Count	14	2	1	2	19	
% within	73,7%	10,5%	5,3%	10,5%	100,0%		
% within	19,2%	100,0%	100,0%	,6%	4,9%		
% of Total	3,6%	,5%	,3%	,5%	4,9%		
Delirium	Count	8			27	35	
% within	22,9%	,0%	,0%	77,1%	100,0%		
% within	11,0%	,0%	,0%	8,7%	9,1%		
% of Total	2,1%	,0%	,0%	7,0%	9,1%		
violencia domestica	Count	8			1	9	
% within	88,9%	,0%	,0%	11,1%	100,0%		
% within	11,0%	,0%	,0%	,3%	2,3%		
% of Total	2,1%	,0%	,0%	,3%	2,3%		
Total	Count	73	2	1	309	385	
% within	19,0%	,5%	,3%	80,3%	100,0%		
% within	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		
% of Total	19,0%	,5%	,3%	80,3%	100,0%		

Quadro 11 – Causas de intervenção pelo encaminhamento de doentes

			Encaminhamento						Total
			DSMP	Curry Cabral	M.F.	Internamento	Outro	CAT	
C a u s a	C.S. - Tentativa de suicidio	Count	41	7		2	1		51
		% within Causa	80,4%	13,7%	,0%	3,9%	2,0%	,0%	100,0%
		% within Encaminham	12,2%	28,0%	,0%	33,3%	25,0%	,0%	13,2%
		% of Total	10,6%	1,8%	,0%	,5%	,3%	,0%	13,2%
	C.S. - Parassuicid io	Count	130	3		1		1	135
		% within Causa	96,3%	2,2%	,0%	,7%	,0%	,7%	100,0%
		% within Encaminham	38,7%	12,0%	,0%	16,7%	,0%	14,3%	35,1%
		% of Total	33,8%	,8%	,0%	,3%	,0%	,3%	35,1%
	T.H. - Episodio Depressivo	Count	70	4				1	75
		% within Causa	93,3%	5,3%	,0%	,0%	,0%	1,3%	100,0%
		% within Encaminham	20,8%	16,0%	,0%	,0%	,0%	14,3%	19,5%
		% of Total	18,2%	1,0%	,0%	,0%	,0%	,3%	19,5%
	T.H. - Episodio Maniaco	Count	5	4			1		10
		% within Causa	50,0%	40,0%	,0%	,0%	10,0%	,0%	100,0%
		% within Encaminham	1,5%	16,0%	,0%	,0%	25,0%	,0%	2,6%
		% of Total	1,3%	1,0%	,0%	,0%	,3%	,0%	2,6%
	Ansiedade	Count	35	1					36
% within Causa		97,2%	2,8%	,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%	
% within Encaminham		10,4%	4,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	9,4%	
% of Total		9,1%	,3%	,0%	,0%	,0%	,0%	9,4%	
Adição	Count	8	1		1		5	15	
	% within Causa	53,3%	6,7%	,0%	6,7%	,0%	33,3%	100,0%	
	% within Encaminham	2,4%	4,0%	,0%	16,7%	,0%	71,4%	3,9%	
	% of Total	2,1%	,3%	,0%	,3%	,0%	1,3%	3,9%	
Psiquitria de ligação	Count	10		7	2			19	
	% within Causa	52,6%	,0%	36,8%	10,5%	,0%	,0%	100,0%	
	% within Encaminham	3,0%	,0%	100,0%	33,3%	,0%	,0%	4,9%	
	% of Total	2,6%	,0%	1,8%	,5%	,0%	,0%	4,9%	
Delirium	Count	29	5			1		35	
	% within Causa	82,9%	14,3%	,0%	,0%	2,9%	,0%	100,0%	
	% within Encaminham	8,6%	20,0%	,0%	,0%	25,0%	,0%	9,1%	
	% of Total	7,5%	1,3%	,0%	,0%	,3%	,0%	9,1%	
violencia domestica	Count	8				1		9	
	% within Causa	88,9%	,0%	,0%	,0%	11,1%	,0%	100,0%	
	% within Encaminham	2,4%	,0%	,0%	,0%	25,0%	,0%	2,3%	
	% of Total	2,1%	,0%	,0%	,0%	,3%	,0%	2,3%	
Total	Count	336	25	7	6	4	7	385	
	% within Causa	87,3%	6,5%	1,8%	1,6%	1,0%	1,8%	100,0%	
	% within Encaminham	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	87,3%	6,5%	1,8%	1,6%	1,0%	1,8%	100,0%	