



Licenciatura em Enfermagem

A experiência de reinternamento psiquiátrico - uma revisão *scoping*

A psychiatric re-hospitalization experience - a *scoping* review

Monografia final de licenciatura

Elaborado por: Raquel Mendonça Mazzeo n° 201793297

Orientadora: Prof. Margarida Alexandra Rodrigues Tomás

Barcarena

Julho/2021

Escola Superior de Saúde Atlântica

Licenciatura em Enfermagem

A experiência de reinternamento psiquiátrico - uma revisão *scoping*

A psychiatric re-hospitalisation experience - a *scoping* review

Monografia final de licenciatura

Elaborado por:

Raquel Mendonça Mazzeo nº 201793297

Orientadora: Prof. Margarida Alexandra Rodrigues Tomás

Barcarena

Julho/2021

A autora é a única responsável pelas ideias expressas neste relatório

Agradecimentos

Um agradecimento especial para a minha professora Margarida Tomás, que pacientemente me acompanhou, orientou e trabalhou ao meu lado, sempre com um sorriso, e com quem tive o prazer de trabalhar e aprender, obrigada professora querida por ainda me fazer gostar mais da psiquiatria.

Um agradecimento especial vai para o meu filho que tem sido um herói ao longo desses quatro anos sem se queixar uma única vez da minha ausência, antes pelo contrário, me dando apoio e reforçando que sou a melhor mãe do mundo porque mesmo não fazendo tudo bem, dou sempre o meu melhor.

Aos meus amigos e família de quem não vou prescindir nunca porque a vida não teria sentido sem eles.

Aos meus professores, que me guiaram ao longo do percurso, apoiando, incentivando, ensinando, me proporcionando espaço para crescer e sempre, sempre me fazendo refletir para encontrar as respostas.

A Deus que ilumina sempre o meu caminho, mesmo quando está tudo escuro e só tenho por guia uma pálida chama.

Aos meus colegas de curso que me ajudaram a chegar aqui, sem eles não teria sido possível, em especial a Patrícia Sousa, Ana Carolina Paiva, Maria Neves, Filipe Silva e Marta Pereira por serem o meu abrigo, a minha força quando a minha faltava e o meu apoio.

Lista de abreviaturas e siglas

ABVD's – Atividades Básicas de Vida Diárias

a.C. – Antes de Cristo

DGS – Direção Geral de Saúde

DRE – Diário da República Eletrónico

ERS – Entidade Reguladora de Saúde

ESSATLA – Escola Superior de Saúde Atlântica

OMS – Organização Mundial de Saúde

Resumo

A experiência de reinternamento psiquiátrico - uma revisão scoping

Contexto: O presente estudo surgiu pelo interesse da investigadora em perceber o que há na literatura acerca dos fatores que desencadeiam o processo de reinternamento psiquiátrico na ótica do doente.

Identificar quais os fatores que levam a um processo de reinternamento em psiquiatria contribui para uma melhor prestação de cuidados por parte do enfermeiro em saúde mental e a cuidados preventivos que sejam capazes de prevenir as recaídas.

Objetivos: Identificar o que há na literatura sobre a experiência do reinternamento psiquiátrico na ótica do doente.

Metodologia: Foi a teoria da Ciência Humana do Cuidar de Jean Watson, a escolha para referência nos cuidados desse trabalho. A metodologia escolhida foi uma *Scoping Review* de acordo com as orientações do Joanna Briggs Institute e foi complementada pelo diagrama PRISMA que facilitou o processo de verificação da estratégia de pesquisa dos artigos incluídos.

A questão de investigação foi: O que há na literatura acerca das vivências da pessoa acerca do reinternamento num serviço de psiquiatria de agudos?

Resultados: Desta pesquisa resultaram um total de 152 artigos decorrentes da pesquisa bibliográfica efetuada nas bases de dados MEDLINE Complete (n=119) e CINAHL Complete (n=33). Após remoção de duplicados (n=16) foram analisados 136 artigos ao nível do título e/ou do resumo. Nesta etapa de seleção consideraram-se como elegíveis para este estudo 38 artigos. Estes foram submetidos a uma leitura integral donde foram excluídas 35 referências por não cumprirem os critérios de inclusão. Os artigos incluídos (n=3) são estudos primários. Além destes, houve uma pesquisa na literatura cinzenta para enriquecer os achados do estudo, ao nível do Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP) e da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Um documento de cada uma destas fontes foi incluído, relativos a uma tese de

mestrado e outro a uma tese de doutoramento. Assim, inclui-se um total de 5 estudos primários cujo conteúdo foi analisado e sintetizado tendo sempre em vista os objetivos traçados para este estudo.

Conclusões: Após este trabalho de extração de resultados foi possível realizar uma análise reflexiva que permitisse sintetizar em quatro temas as experiências subjetivas da pessoa perante o reinternamento num serviço de psiquiatria de agudos. Estes temas são apresentados de modo sucessivo e são compostos por uma descrição narrativa dos resultados que os compõem e permitem aceder as particularidades das experiências dos indivíduos participantes destes estudos. São eles: a rehospitalização como lugar de conforto e segurança; oportunidade de reflexão e reponderação sobre o apoio comunitário encontrado; o efeito potenciador do estigma da vida e lugar com sentido de pertença e companheirismo.

Palavras-chave: Rehospitalisation; Readmission; User perspective; Psychiatric; Mental Health.

Abstract

The psychiatric readmission experience: a scoping review

Background: This present study arose out of the researcher's interest in understanding what is in the literature about the factors that trigger the process of psychiatric readmission from the patient's perspective.

Identifying which factors lead to a rehospitalization process in psychiatry contributes to a better provision of care by nurses in mental health and preventive care capable of preventing relapses.

Aims: Identify what is in the literature about the experience of psychiatric readmission from the patient's perspective.

Methodology: It was Jean Watson's theory of the Human Science of Caring, the choice for reference in the care of this work. The chosen methodology was a Scoping Review in accordance with the guidelines of the Joanna Briggs Institute and was complemented by the PRISMA diagram that facilitated the process of verifying the research strategy of the articles included.

Results: This search resulted in a total of 152 articles resulting from the bibliographic search carried out in the MEDLINE Complete (n=119) and CINAHL Complete (n=33) databases. After removing duplicates (n=16), 136 articles were analyzed at the title and/or abstract level. At this selection stage, 38 articles were considered eligible for this study. These were subjected to a full reading from which 35 references were excluded for not meeting the inclusion criteria. The articles included (n=3) are primary studies. In addition to these, there was a search in gray literature to enrich the findings of the study, at the level of the Scientific Repository of Open Access of Portugal (RCAAP) and the Coordination for the Improvement of Higher Education Personnel (CAPES). A document from each of these sources was included, relating to a master's thesis and another to a doctoral thesis. Thus, a total of 5 primary studies are included, the content of which was analyzed and synthesized, always bearing in mind the objectives outlined for this study.

Conclusions: After this work of extracting the results, it was possible to carry out a reflective analysis that would allow us to synthesize into four themes the person's subjective experiences before readmission to an acute psychiatry service. These themes are presented successively and comprise a narrative description of the results that compose them and allow access to the particularities of the experiences of the individuals participating in these studies. They are: rehospitalization as a place of comfort and safety; opportunity for reflection and rethinking about the community support found; the potentiating effect of the stigma of life and place with a sense of belonging and companionship.

Keywords: Rehospitalisation; Readmission; User perspective; Psychiatric; Mental Health.

Índice

Introdução	1
1. Enquadramento Concetual	4
1.1. A história da loucura e o internamento psiquiátrico: da sua conceção aos dias de hoje.....	3
1.2. A Enfermagem Psiquiátrica.....	12
1.3. O Reinternamento Psiquiátrico.....	15
2. Metodologia	27
2.1. 2.1 Estratégia de Pesquisa	28
3. Resultados	31
3.1. A rehospitalização como lugar de conforto e segurança.....	34
3.2. Oportunidade de reflexão e reponderação sobre o apoio comunitário necessário.....	36
3.3. O efeito potenciador do internamento sobre estigma	37
3.4. Lugar com sentido de pertença e companheirismo.....	39
4. Discussão.....	41
Conclusão	46
Referências	47

Índice de tabelas

Tabela 1 - Extração de resultados.....	31
--	-----------

Índice de quadros

Quadro 1 - Resultados dos termos definidos a partir da primeira etapa de pesquisa.....	28
--	-----------

Índice de figuras

Figura 1 - Diagrama PRISMA.....	30
---------------------------------	-----------

Apêndice 1

Figura 1 - Diagrama PRISMA.....	I
---------------------------------	----------

Introdução

No âmbito da Unidade Curricular de Ciclos Temáticos, inserido no plano de estudos do 2º semestre do 4º ano do 17º Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde Atlântica (ESSATLA), foi-nos proposto a realização de uma monografia, com o objetivo de servir de elemento de avaliação para a Unidade Curricular, assim como contribuir para a obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem.

Assim, a monografia resulta da realização de uma revisão *scoping* que tem como pergunta de partida “*O que há na literatura sobre as vivências da pessoa que é reinternada num serviço de psiquiatria de agudos?*”.

A finalidade subjacente a este trabalho é demonstrar as competências desenvolvidas pelos alunos na realização de trabalhos de investigação de forma fundamentada e estruturada.

Já no que concerne à temática escolhida, começo por revelar que sempre tive um enorme carinho pela psiquiatria e escolhi essa temática porque em qualquer unidade de cuidados em Enfermagem há sempre algum doente com doença mental em maior ou menor grau, e na minha opinião, é uma área que carece de mais investigação e melhoria nos cuidados.

De acordo com o Programa Nacional para Saúde Mental de 2017, Portugal possui uma das mais elevadas prevalências de doenças mentais da Europa. Além disto, grande parte das pessoas com problemas mentais graves não conseguem ter acesso a cuidados de saúde mental e não podem usufruir dos programas de tratamento ou de reabilitação existentes (DGS, 2017). Perante situações de crise ou grande *distress* mental, o internamento emerge ainda como das principais modalidades terapêuticas cuja primeira e mais óbvia repercussão é precisamente a possibilidade do reinternamento (Loch, 2014). Este é dos *outcomes* que os estudos de efetividade de intervenções em saúde mental mais tentam mitigar, ao lado da remissão sintomática.

A questão do reinternamento coloca-nos perante a iminência de constatar que a pessoa após conseguir a sua estabilização mental e ter alta hospitalar, acaba por apresentar nova recaída e confrontar-se com um novo internamento. Este advento implica significados que importa descrever e compreender para que os serviços de saúde possam estabelecer intervenções que assegurem a estabilização clínica e reduzem de modo efetivo o número

de reinternamento e do que se designa muitas vezes como o fenómeno de “porta-giratória” do internamento psiquiátrico.

A Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson, foi a teórica de enfermagem escolhida para pautar esse trabalho, onde consideramos que o indivíduo portador de doença mental precisa de um cuidado mais holístico que respeite o indivíduo como um todo e não apenas como uma parte, que a doença que muitas vezes não é visível aos olhos e dura durante uma vida inteira seja cuidada de forma a proporcionar a essas pessoas uma vida digna com cuidados prestados de acordo com as necessidades de cada um e é nossa responsabilidade enquanto enfermeiros prestar cuidados de excelência e “olhar” para outro com empatia, respeito e responsabilidade.

Este trabalho encontra-se estruturado de acordo com as seguintes etapas:

- Enquadramento Concetual;
- Metodologia;
- Apresentação e discussão dos resultados;
- Conclusão;
- Referências Bibliográficas.

No enquadramento concetual está dividido em 3 subcapítulos, iniciando com a história da loucura e o internamento psiquiátrico, com um breve resumo sobre a história da psiquiatria, a seguir resumo a história da enfermagem psiquiátrica e o enquadramento sobre o reinternamento psiquiátrico.

A seguir segue o capítulo sobre a metodologia que assenta numa revisão de *scoping*, elaborada segundo a proposta do JoannaBriggsInstitute (2015), no que concerne à elaboração de revisões *scoping*, a organização gráfica da estratégia de pesquisa dos artigos assenta no diagrama PRISMA - PreferredReportingItems for SystematicReviews (Moheret al., 2009) de forma a ser mais clara a exposição de resultados.

O terceiro capítulo, apresenta os resultados obtidos após a análise dos artigos que se enquadram nos parâmetros da pesquisa.

O quarto capítulo, apresentamos a discussão dos resultados obtidos na análise do artigos respondendo a nossa questão de partida.

Por último concluímos o trabalho reforçando os principais achados no trabalho, apresentando as dificuldades e quais as estratégias utilizadas para as resolver, referindo também as implicações práticas que podemos utilizar para a melhoria da prática clínica.

O trabalho foi elaborado com a estrutura e formatação de acordo com o guia de elaboração de trabalhos escritos estabelecido pela Escola Superior de Saúde Atlântica, que segue as normas da APA (American Psychological Association). (Arnaut, 2017).

Este estudo encontra-se organizado segundo as orientações facultadas pela Professora Margarida Tomás e de acordo com as normas do repositório científico da ESSATLA.

1. Enquadramento Concetual

O capítulo que agora se inicia, pretende estabelecer os conceitos centrais que sustentam teoricamente este trabalho, estabelecendo os parâmetros que iluminam a conceção do mundo e do ser humano, inerente em toda a escrita aqui presente, bem como realçando as relações que os mesmos vão tecendo em volta da temática aqui focada. Começa-se assim por abordar a história da loucura e o desenvolvimento do internamento psiquiátrico como resposta a pessoas que desse padecimento eram afetadas.

1.1. A história da loucura e o internamento psiquiátrico: da sua conceção aos dias de hoje

A loucura é diagnosticada pelos sãos, que não se submetem a diagnóstico. A demência não impede o exercício de altas funções, mas não é indispensável para exercê-las.

Num mundo em que a loucura se vai tornando compulsória, nem por isto se concedem privilégios aos loucos.

Há um limite em que a razão deixa de ser razão, e a loucura ainda é razoável (Drummond de Andrade, 1990; p. 94).

No ano de 400 a.C., Hipócrates associou a doença mental e a insanidade a um desequilíbrio na interação do que ele designou de 4 líquidos corporais ou humores (sangue, bile negra, bile amarela e fleimão). Ele associava cada um desses “humores” a um temperamento específico e acreditava que o desequilíbrio de um deles era o grande causador da doença mental. Para o seu tratamento dava aos doentes drogas catárticas e induzia a pessoa a vômitos e diarreia na tentativa de curar a doença mental. Foi nesse período que a religião e o sobrenatural adquiriram uma certa distância do conceito de doença mental (Townsend, 2002).

Porém, com a progressão cronológica do mundo para a idade média acreditava-se que as causas de distúrbios mentais nos indivíduos eram quase sempre atribuídas a forças sobrenaturais. A convicção era de que essas pessoas estavam possuídas por espíritos malignos, que a sua alma tinha sido removida, que eram vítimas de feitiçaria ou que teriam cometido ofensas contra Deus e por isso estavam a ser castigadas. A cura para

esses males nessa época, consistia na sua maioria, em exorcismos, espancamentos, variados meios de tortura ou privação de comida (Townsend, 2002).

Baseados nessas crenças, onde se correlacionava a doença mental com a feitiçaria e a demonologia, muitas pessoas portadoras de doença mental foram torturadas até a morte, condenadas a viver enclausuradas ou no exílio, ou condenadas a morrer queimadas na fogueira (Townsend, 2002).

No final da idade média, começa a desaparecer a pandemia de lepra que assolou a Europa e os leprosários que estavam estimados em cerca de 19.000 passam a ser utilizados para doentes com doenças venéreas que rapidamente se transformam noutra pandemia. Esses doentes passam então a ser internados e excluídos rapidamente nestes locais de segregação social que albergam concomitantemente pessoas portadoras de doenças mentais (Foucault, 1978).

Na primeira metade do século XIV surgem na Alemanha embarcações que ficaram conhecidas como a *Nau dos Loucos*. Essas embarcações, que serviam para manter afastadas das cidades pessoas com problemas mentais, navegavam entre uma cidade e outra onde iam recolhendo pessoas com problemas mentais e que passavam a viver isoladas do resto da população dentro desses navios. Quem não ia para os navios era escorraçado das cidades, ficando a vagar fora dos muros das cidades ou simplesmente enviadas para a prisão sem nenhum tipo de tratamento (Foucault, 1978).

Nessa época os Estados Unidos seguiam os mesmos costumes e tratamentos utilizados na Europa e apenas no médio oriente é que começam novamente a afastar a ideia da doença mental ligada a feitiçaria e criam unidades especiais dentro dos hospitais para cuidar dos doentes mentais assim como instituições próprias para doentes mentais. Essas instituições foram os primeiros asilos destinados ao tratamento de pessoas com doença mental (Townsend, 2002).

Na Europa, em meados do século XVII, foram criados, os primeiros estabelecimentos destinados a receber em regime de internamento todos aqueles que fossem considerados “loucos”. Esses estabelecimentos eram mais prisões do que hospitais e nela eram internados todo o tipo de indivíduos que poderiam ser fonte de desordem e de perturbação da sociedade. Abrigavam não só os portadores de doença mental, mas também os

bandidos, os sem abrigo, portadores de doenças venéreas, presos políticos, *etc.* (Foucault, 1978).

Esses estabelecimentos eram conhecidos como casas de internação e foram criadas com o intuito de manter a ordem na sociedade, encarcerando aqueles que poderiam comprometê-la (Foucault, 1978).

Vi-os nus, cobertos de trapos, tendo apenas um pouco de palha para abrigarem-se da fria umidade do chão sobre o qual se estendiam. Vi-os mal alimentados, sem ar para respirar, sem água para matar a sede e sem as coisas mais necessárias à vida. Vi-os entregues a verdadeiros carcereiros, abandonados a sua brutal vigilância. Vi-os em locais estreitos, sujos, infectos, sem ar, sem luz, fechados em antros onde se hesitaria em fechar os animais ferozes, e que o luxo dos governos mantém com grandes despesas nas capitais (Esquirol, 1838, p. 134 citado por Foucault, 1978, p. 56).

Em 1676, estas instituições foram disseminadas por toda a França, dando origem ao período conhecido como a Grande Internação. Longe de tratar os indivíduos portadores de doença mental, as casas de internação apenas serviam para segregar os doentes mentais e “escondê-los” do olhar da sociedade (Foucault, 1978).

A tarefa de escolher os que seriam internados nesses hospitais cabiam a diretores que eram nomeados para exercer a vida toda. Esses diretores passam a deter imenso poder porque têm jurisdição para atuar não só dentro do hospital, mas também em toda a cidade de Paris. Também cabe a eles a função de juiz, já que são eles que julgam as pessoas, decidem o seu destino e executam a sentença (Foucault, 1978).

Para tanto, os diretores disporão de: postes, golilhas de ferro, prisões e celas no dito Hospital Geral e nos lugares dele dependentes conforme for de seu parecer, sem que se possa apelar das ordens por eles dadas dentro do dito Hospital; e quanto às ordens que interfiram com o exterior, serão executadas em sua forma e disposição não obstante quaisquer oposições ou apelações feitas ou que se possam fazer e sem prejuízo daquelas, e para as quais não obstante não se concederá nenhuma defesa ou exceção (Foucault, 1978, p. 57).

As casas de internação tinham a sua própria dinâmica de funcionamento, não se parecendo nada com um hospital e sem nenhum propósito de tratamento ou de cura. Eram mais lugares onde se podiam despejar os indesejados da sociedade, onde muitas vezes para escapar à pobreza e a fome, as próprias pessoas se internavam de forma voluntária (Foucault, 1978).

A internação é uma criação institucional própria ao século XVII. Ela assumiu, desde o início, uma amplitude que não lhe permite uma comparação com a prisão

tal como esta era praticada na Idade Média. Como medida econômica e precaução social, ela tem valor de invenção. Mas na história do desatino, ela designa um evento decisivo: o momento em que a loucura é percebida no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho, da impossibilidade de integrar-se no grupo; o momento em que começa a inserir-se no texto dos problemas da cidade. As novas significações atribuídas à pobreza, a importância dada à obrigação do trabalho e todos os valores éticos a ele ligados determinam a experiência que se faz da loucura e modificam-lhe o sentido (Foucault, 1978, p. 89).

Durante aproximadamente 150 anos os doentes mentais vão dividir o internamento com os doentes venéreos e os outros “excluídos” da sociedade, recebendo os mesmos castigos e nenhum tratamento (Foucault, 1978).

Foi Phillippe Pinel, psiquiatra francês, em 1793, que define a loucura como doença, criando um modelo de doença mental, catalogando as patologias na nosografia médica, associando dessa forma a doença mental e a medicina (Alves et al., 2009).

Muito embora o trabalho de Pinel abra um campo de possibilidades terapêuticas para esses doentes, por outro lado reforça a segregação e a exclusão social, reforçando o estatuto negativo da loucura (Alves *et al.*, 2009).

Suas intervenções têm como objetivo o tratamento moral, com recurso a reclusão e a disciplina, o que embora possibilite a esses doentes algum tipo de tratamento, retira-lhes o direito ao controlo da sua própria vida, sendo definitivamente excluídos da vida social (Alves *et al.*, 2009).

A lei que na altura foi feita para regulamentar o estatuto dos doentes mentais também é destinada a menores, surdos-mudos e pessoas com problemas mentais, definindo o regime de exclusão, embora esses mecanismos tenham sido criados com o intuito de proteger essas pessoas acabam por os estigmatizar e excluir ainda mais da sociedade (Alves *et al.*, 2009).

Nos Estados Unidos surge no século XVIII a criação do primeiro hospital para doentes mentais, com Benjamim Rush, médico nesse hospital. Os tratamentos desses doentes incluíam exercícios, socialização, mas também métodos mais duros como sangrias, purgativos, contenções físicas e extremos de temperatura (Townsend, 2002).

Foi apenas no século XX que o paradigma da psiquiatria começou a mudar. Após as duas Guerras Mundiais houve uma grande necessidade de reestruturação da sociedade que

estava fragilizada e traumatizada e os veteranos de guerra necessitavam de tratamento e apoio (Alves *et al.*, 2009).

Iniciam-se então movimentos que procuram humanizar os asilos, criticando a atual estrutura asilar e exigindo uma reforma que permitisse reintegrar os doentes mentais na sociedade. Essa reforma pretendia incluir também os que haviam sido feridos e vinham traumatizados pela guerra (Alves *et al.*, 2009).

Surge então nos anos 50, na Inglaterra, um movimento liderado por Maxwell Jones que visava a reintegração dos doentes mentais na sociedade. A sua proposta baseava-se em envolver toda a comunidade no processo terapêutico, tendo como pretensão que dentro de um ambiente terapêutico fossem reproduzidas condições semelhantes a que as pessoas iriam encontrar fora do hospital. Deste modo considerava que se favorecia a reintegração na sociedade, incentivando os doentes a serem produtivos na sociedade em que o internamento não se constituía como o fim, mas como uma das etapas do tratamento dos doentes mentais (Alves *et al.*, 2009).

Na década de 60 surge nos Estados Unidos o conceito e estruturas que vão fundar o que se considera como psiquiatria comunitária que visa promover a saúde mental e prevenir a doença mental (Alves *et al.*, 2009). Num movimento que procurava reformular o conceito de internamento psiquiátrico, iniciava-se em Inglaterra um movimento liderado por Laing e Cooper que questionava a psiquiatria e a doença mental, afirmando que a loucura era provocada por uma vivência social de violência, afirmando que o “louco” não deveria ser tratado. Defendiam que o delírio não deveria ser contido, apenas acompanhado e que a loucura era atribuída a fatores sociais como reação à violência extrema. De acordo com estes autores, a sociedade muito conservadora era responsável por “enlouquecer as pessoas”, e depois para minimizar a sua culpa tentava tratá-las. Esse movimento ficou conhecido como o movimento Antipsiquiatria (Alves *et al.*, 2009).

Também na Itália na década de 60, Franco Basaglia propõe uma nova forma de tratar a doença mental, propondo um “olhar” mais holístico para a pessoa portadora da doença mental, afirmando que a doença mental não deveria ser vista de forma isolada, que o sujeito era um todo e que a única forma de o reintegrar na sociedade era não segregando e isolando, mas através de um trabalho interdisciplinar e psicossocial (Alves *et al.*, 2009).

Foi o trabalho de Basaglia que iniciou o movimento de desinstitucionalização, incorporando no Hospital Psiquiátrico de Gorizia onde foi diretor, o modelo das Comunidades terapêuticas. Basaglia influenciou de forma muito importante muitos países alterando dessa forma o paradigma do internamento psiquiátrico, embora na altura tenha sido rechaçado e duramente criticado (Alves *et al.*, 2009).

Apenas em 1971, quando assume a direção do Hospital Psiquiátrico de San Giovanni, em Trieste, é que consegue iniciar um sólido projeto de desinstitucionalização, através de um trabalho interdisciplinar e psicossocial, onde a doença e o sofrimento vivenciado pelo doente eram tidos em conta, de forma a adequar o processo de recuperação do doente (Alves *et al.*, 2009).

Em Portugal, foi também na década de 60 que se iniciou a reforma psiquiátrica que defendia uma abordagem mais digna, cuidados humanizados e ajustados para a pessoa portadora de doença mental (Amarante, 1995 citado por Filho *et al.*, 2014).

Com a criação da Lei de Saúde Mental n.º 2118, de 1963, foram reformados os serviços psiquiátricos e criados setores de serviços psiquiátricos e centros de saúde mental, cujo objetivo era integrar os utentes com transtornos psiquiátricos na comunidade e retirá-los do hospital (Siqueira Silva, Nunes, & Moraes, 2013 citado por Filho *et al.*, 2014).

Com essa lei, que pretendeu diminuir o isolamento e a segregação do doente mental, reinserindo-o na comunidade, passam a considerar que o convívio social é importante para a recuperação desses doentes e que a responsabilidade do tratamento não pode ser toda atribuída ao hospital (Alves, 2011 citado por Filho *et al.*, 2014).

No entanto essa reforma sofreu um grande retrocesso até o final dos anos 70 durante o período de ditadura militar em Portugal que só volta a ser retomada após o fim da ditadura (Bastos *et al.*, 2014 citado por Barbosa, 2019).

Em 1988 foi criado um programa que instituía uma rede de cuidados psiquiátricos nos hospitais com o objetivo de integrar os doentes na comunidade. Em 1992 os centros de saúde mental passam a estar integrados nos hospitais gerais e pediátricos, surgindo também nessa década a lei de saúde mental 36/98, que define os direitos básicos dos doentes e que regula também o regime de internamento compulsivo (Lei n.º 36/98 de 24 de julho citado por Barbosa, 2019).

Esse modelo de tratamento, com enfoque na reintegração dos doentes na comunidade, defendia que as unidades de tratamento deveriam estar localizadas mais próximas das áreas de residência dos cidadãos e disponibilizarem os mesmos cuidados de prevenção, tratamento ou reabilitação que permitam aos doentes manter uma vida ativa e com menos estigma. Este modelo permite também a redução dos internamentos de longa duração, maior interação entre os profissionais na articulação de cuidados, fomentando a investigação e o desenvolvimento de novos psicofármacos (Thornicroft & Tansella, 2010).

Quanto ao Decreto-Lei n.º 127/92, este estabelece a criação de centros regionais de saúde mental em todos os distritos do continente, com o objetivo de coordenar as atividades dos hospitais psiquiátricos com os centros para prevenção e tratamento da doença mental, articular também os mesmos serviços com os serviços de pedopsiquiatria, dar pareceres aos tribunais em relação aos internamentos compulsivos e inspecionar as condições dos mesmos, promover ações de formação pessoal e investigação em psiquiatria e ainda propor concessão de subsídios para os mesmos (DRE, 1992).

Em 1998, a Lei n.º 36/98, estabelece novos princípios sobre as políticas de saúde mental, criando a proteção da saúde mental que defendia o direito aos portadores de doença mental de serem integrados no meio social que pertencem, defendendo que deveriam ser adaptados ao grau de autonomia dos doentes, com programas de reabilitação, inserção social, apoio residencial e inserção profissional (DRE, 1998).

A Lei n.º 36/98 também estabelece os direitos e deveres dos doentes, que são eles:

- Ser informado, por forma adequada, dos seus direitos, bem como do plano terapêutico proposto e seus efeitos previsíveis;
- Receber tratamento e proteção, no respeito pela sua individualidade e dignidade;
- Decidir receber ou recusar as intervenções diagnósticas e terapêuticas propostas, salvo quando for caso de internamento compulsivo ou em situações de urgência em que a não intervenção criaria riscos comprovados para o próprio ou para terceiros;
- Não ser submetido a electroconvulsivoterapia sem o seu prévio consentimento escrito;

- Aceitar ou recusar, nos termos da legislação em vigor, a participação em investigações, ensaios clínicos ou atividades de formação;
- Usufruir de condições dignas de habitabilidade, higiene, alimentação, segurança, respeito e privacidade em serviços de internamento e estruturas residenciais;
- Comunicar com o exterior e ser visitado por familiares, amigos e representantes legais, com as limitações decorrentes do funcionamento dos serviços e da natureza da doença;
- Receber justa remuneração pelas atividades e pelos serviços por ele prestados;
- Receber apoio no exercício dos direitos de reclamação e queixa.
- A realização de intervenção psicocirúrgica exige, além do prévio consentimento escrito, o parecer escrito favorável de dois médicos psiquiatras designados pelo Conselho Nacional de Saúde Mental (DRE, 1998).

Em 2007 foi criado o plano nacional de saúde mental, com base nas recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre reformas na saúde mental baseados nos seguintes princípios:

- Garantir o acesso a todas as pessoas portadoras de doença mental ao tratamento;
- Proporcionar cuidados em proximidade de forma que as pessoas não tenham que deslocar para muito longe da sua área de residência;
- Promover a integração de unidades de cuidados e programas que promovam a saúde mental, envolver a família e pessoas significativas nos cuidados aos doentes;
- Garantir uma resposta efetiva aos cuidados de saúde mental;
- Fiscalizar a eficácia das intervenções (Ministério da Saúde, 2007).

Finalmente através do despacho n.º 1225/2018, de 5 de fevereiro, do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, foi criado no âmbito do Plano Nacional de Saúde, doze programas de saúde prioritários, entre eles o Plano Nacional de Saúde Mental, que além dos objetivos já integrados no plano anterior também pretende:

- Monitorizar os indicadores de saúde mental da população portuguesa,
- Garantir acesso equitativo a rede de cuidados,
- Proteger os direitos das pessoas portadoras de doença mental,
- Diminuir a institucionalização e a integração na comunidade dessas pessoas,
- Criar programas de intervenção e prevenção de saúde mental,

- Desenvolver uma Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental,
- Dinamizar a participação dos utentes, família e cuidadores de forma a promover a reabilitação e integração desses utentes (DRE, 2018).

O caminho da saúde mental tem sido um caminho tortuoso ao longo dos anos, mas felizmente estamos a caminhar cada vez mais na direção de promover a melhoria dos cuidados aos doentes portadores de doenças mentais e diminuir o estigma que foi sempre característico do tema ao longo dos anos. A promoção de um cuidar mais holístico e humanizado ao doente mental é imprescindível para o sucesso terapêutico e para evitar os reinternamentos em Psiquiatria, preparar e acompanhar o período pós-alta e bem como facilitar a sua integração na comunidade de forma a contribuir para a redução do estigma em torno da doença mental e o internamento hospitalar psiquiátrico.

É na sucessão deste percurso cronológico com o destaque de alguns marcos sobre a evolução do conceito de loucura e o internamento psiquiátrico que se considera pertinente direcionar o nosso olhar para a enfermagem psiquiátrica e explorar a sua evolução e concetualização.

1.2 A Enfermagem Psiquiátrica

A enfermagem psiquiátrica teve início em 1873 com a enfermeira Linda Richards, ela contribuiu para a fundação de vários hospitais ao longo da sua carreira profissional e fundou a primeira escola de Enfermagem Psiquiátrica nos Estados Unidos, em Massachusetts, no ano de 1882, muito embora ensinasse outras enfermeiras em como prestar cuidados para pessoas com problemas mentais esses conceitos não incluíam tratamento psicológico (Townsend, 2002). Todavia é também dado destaque a Dorothea Dix que, embora não sendo enfermeira, iniciou a luta por cuidados destinados a doentes mentais. Esta fez um trabalho brilhante não só nos Estados Unidos, mas também no Canadá, e foi graças a ela que 32 estados americanos fundaram hospitais psiquiátricos (Neeb, 1997). Entretanto Harriet Bailey escreve o primeiro livro técnico sobre cuidados de Enfermagem Psiquiátrica no ano de 1920 (Neeb, 1997).

A figura seguinte de elevadíssimo destaque é Hildegard Peplau, considerada a Mãe da Enfermagem Psiquiátrica. Em 1952, no seu livro *Interpersonal Relations in Nursing*, relacionou teorias de psiquiatria e enfermagem incorporando-as nos cuidados de Enfermagem. Esta defendia que o enfermeiro deveria ser a pessoa que fornece informações aos doentes, que os ajuda a explorar sentimentos e pensamentos, que ajuda o doente com experiências de traumas no passado e que coordena os diferentes serviços de cuidados (Neeb, 1997).

Na sua teoria Peplau também defendia o estabelecimento de uma relação terapêutica com entre o enfermeiro e o doente, cuja estrutura envolvia 4 estádios, sendo eles: a orientação, a identificação, a exploração e a resolução (Neeb, 1997).

Também foi Peplau que em 1954 desenvolveu o primeiro curso de formação de enfermeiros especialistas em Enfermagem Psiquiátrica (Neeb, 1997).

Foi apenas em 1955 que o panorama da Enfermagem Psiquiátrica mudou, sendo obrigatória a incorporação de cuidados de Enfermagem Psiquiátrica no plano curricular de todas as escolas de Enfermagem nos EUA (Townsend, 2002).

No início da década de 80 Hattie Bessent desenvolveu um programa de educação e investigação em enfermagem de psiquiatria com bolsas de financiamento atribuídas pelo *Nacional Institute of Mental Health* (Neeb, 1997). Este marco introduz a credibilidade e reconhecimento do valor e especificidade que o conhecimento de e da enfermagem, nomeadamente da área de saúde mental, é necessário e representa uma mais-valia para o conhecimento humano.

No que concerne a Portugal, começa-se por destacar que no ano de 1911, com o decreto-lei nº 111, foi criado o curso de Enfermagem, embora só muito mais tarde em 1946 é que foi inaugurada a primeira escola de enfermagem. Esse decreto define as funções dos enfermeiros que não são muito diferentes das funções dos vigilantes nos asilos ingleses (Ferreira *et al.*, 2006).

Foi criado no Hospital Conde Ferreira e no Hospital Miguel Bombarda em 1911 o primeiro curso de enfermagem psiquiátrica destinado a guardas, ajudantes e enfermeiros, cuja duração era de dois trimestres, a carga horária era de duas aulas por semana e conferia

aos alunos aprovados o diploma de enfermeiros de alienado e nevropatas (Ferreira *et al.*, 2006).

Mais tarde, em 1942, com a abertura do Hospital Júlio de Matos, esse curso foi transferido para lá e com a ajuda de enfermeiros vindos da Suíça, foi inaugurado o primeiro centro de formação independente no ensino geral de enfermagem (Ferreira *et al.*, 2006).

Na cidade do Porto e em Coimbra são inaugurados também centros de formação em enfermagem em 1945 (Ferreira *et al.*, 2006).

Nos cursos as disciplinas incluíam psicologia e psicopatologia, psiquiatria e higiene mental, patologia geral, anatomia e fisiologia, moral e religião, ergoterapia, serviço social em assistência psiquiátrica, deontologia, trabalhos manuais, educação física e adaptação profissional. Em 1955 também foram introduzidos estágios (Ferreira *et al.*, 2006).

As Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus em 1962 também criam uma escola de enfermagem que formava enfermeiros e auxiliares de enfermagem psiquiátrica e em 1968 a formação em enfermagem psiquiátrica apenas permitia a esses enfermeiros exercer a sua atividade em hospitais psiquiátricos (Ferreira *et al.*, 2006).

A escola psiquiátrica de Lisboa foi inaugurada em 1968 e a partir de 1974 passa a existir um único curso de enfermagem geral (Ferreira *et al.*, 2006).

Foi em 1992 que o curso de Enfermagem passa a ter equivalência a licenciatura o que passa a dar acesso a mestrados e doutoramentos (Ferreira *et al.*, 2006).

O Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, introduzido pela Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro, passa a identificar os títulos de Enfermeiro especialista de saúde mental e psiquiatria e o regulamento n.º 515/2018, Diário da República n.º 151/2018, Série II de 2018-08-07 define então os critérios de competência dos enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiatria, que são:

Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional;

Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental;

Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto;

Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde (DRE, 2015/2018).

Claramente se reconhece a pertinência do estabelecimento de uma formação específica que garanta que o enfermeiro consiga assegurar o suporte psicoemocional que a pessoa com doença mental, nomeadamente grave, necessita. Reconhece-se, deste modo, a complexidade e nível de perícia requerido para prestar cuidados de saúde mental mediante aqueles que face ao seu padecimento, nalgum momento da sua vida, necessitam de um internamento psiquiátrico para de novo poderem regressar àquilo que se compõe como os espaços quotidianos que todo o ser humano estabelece para alcançar a sua realização enquanto ser-no-mundo.

1.3 O Reinternamento Psiquiátrico

De acordo com Retrato da Saúde de 2018, Portugal é o país com maior prevalência de doenças mentais na população adulta. Cerca de 1 em cada 5 portugueses já sofreu de alguma doença mental ou teve algum tipo de perturbação mental ao longo da vida (Ministério da Saúde, 2018).

Embora não haja uma definição muito clara em relação ao reinternamento psiquiátrico, a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) define o reinternamento como a percentagem de utentes com mais do que um episódio de internamento pela mesma causa, no mesmo ano (ERS, 2015).

Num estudo conduzido por Durbin, Lin e Teed (2007), concluiu-se que o risco de readmissão é maior entre os 30 e 90 dias após a alta e que a estabilidade clínica no momento da alta e a preparação precoce para a alta podem ajudar a prevenir novas readmissões, quebrando o ciclo de readmissões dos doentes, fenómeno que é definido como - porta giratória.

Noutro estudo sobre os fatores que influenciam o tempo de internamento e o risco de readmissão, foi concluído que os fatores que podem desencadear um processo de reinternamento são multifatoriais, muito embora os mais comuns sejam o isolamento quando o doente vive numa área afastada dos serviços de apoio, múltiplos internamentos anteriores, abuso de álcool, a não adesão a terapêutica e falta de acompanhamento (Zhang, Harvey e Andrew, 2011).

Em um estudo de mestrado da Escola Superior de Enfermagem do Porto, os participantes quando questionados sobre sinais e sintomas que identificaram antes de ter uma recaída, referem irritação fácil, sono alterado, agitação, tristeza ou depressão, sensação de incapacidade, desinteresse ou cansaço (Barbosa, 2019).

Barbosa também refere que a recaída foi mais significativa na população masculina, com prevalência nos doentes com esquizofrenia, seguidos por doentes com transtornos de humor e por último com abuso de substâncias (2019).

Também foi demonstrada maior prevalência em doentes com baixo nível de escolaridade, desempregados, sem vínculo conjugal e que coabitavam com algum familiar, o que contribuiu para a decisão de pedir ajuda mais precocemente (Barbosa, 2019).

Da perspetiva da pessoa, o período pós alta de uma hospitalização psiquiátrica é um período de forte adaptação que pode se tornar um desafio mais difícil do que lidar com a doença em si (Tomás e Rebelo, 2019).

Passar de ter cuidados permanentes dentro de um ambiente controlado onde se sente aceite e compreendido para muitas vezes ter que retornar para um ambiente social onde prevalece o estigma da doença, muitas vezes com fraco ou ineficaz suporte familiar, falhas na adesão terapêutica, incapacidade de readaptação, ou *insight* reduzido para a doença pode levar a uma desadaptação do sujeito e insucesso do tratamento (Tomás e Rebelo, 2019).

O período pós-alta, constitui segundo a literatura, um período descrito como tendo uma grande incidência de autoagressão, suicídio, heteroagressão e mortalidade, sendo o suicídio o maior risco associado ao período pós-alta (Loch, 2014 citado por Tomás e Rebelo, 2019).

Para escolher uma teoria que se enquadre no cuidado aos doentes, torna-se importante compreender de que forma os conceitos daquela teoria podem ser aplicados no cuidado e de que forma podemos mobilizar esses conceitos na prática de enfermagem (Urta, Jana e Garcia, 2011).

Jean Watson defende que o cuidado de enfermagem deve-se basear num cuidado humanizado, com uma estreita relação entre o enfermeiro e o doente, que transcenda os aspetos físicos, abrangendo a pessoa de forma a cuidar do corpo, da mente e do espírito, procurando uma harmonia entre a mente, o corpo e a alma, mesmo quando existe doença crónica e sofrimento (Watson, 1999).

Embora nós hoje estejamos a viver em um mundo cada vez mais globalizado, a verdade é que também existe uma enorme necessidade de repensar os conceitos de cuidar em saúde de forma mais humanizada, mais ética, utilizando instrumentos de cuidados que se baseiam na prática com base na evidência científica (Urta, Jana e Garcia, 2011).

Na teoria de Watson, o cuidado transpessoal é centralizado no processo de cuidar e não na cura da doença. Esta preconiza a necessidade de dotar o doente de ferramentas que lhe permitam contribuir no processo de cuidar, tomando decisões relativamente aos cuidados que lhe são prestados, participando ativamente no seu processo de recuperação e exercendo o seu direito a autodeterminação, o que também contribui para um aumento da sua autoestima e diminui a recaída (Watson, 1999).

Watson também considera fundamental que o enfermeiro seja empático, que desenvolva processos de crescimento pessoal baseados em valores humanísticos e altruístas, que desenvolva relações de ajuda baseadas na confiança, que ajude a pessoa a aceitar a sua condição de saúde e expresse os seus sentimentos sobre a mesma, que envolva a família no processo de cuidado e que se certifique que o ambiente é adequado e que a pessoa receba os cuidados necessários ao processo de cuidado (Watson, 1999).

Os fundamentos gerais do cuidar na teoria de Jean Watson são:

- O cuidado só pode ser demonstrado e efetivamente praticado na relação interpessoal, ou seja, o cuidado é transmitido de acordo com as práticas culturais das diferentes comunidades; e, em particular, na enfermagem de acordo com as necessidades humanas, sociais e institucionais. Os cuidados têm que ser

contextualizados de acordo com a época, o local geográfico, as necessidades da população ou de um indivíduo em particular, e aos recursos disponíveis e para isso é necessário ter o conhecimento do ambiente que rodeia o indivíduo e o conhecimento do indivíduo em si (Urra, Jana e Garcia, 2011);

- O cuidado está condicionado a fatores de cuidar, destinados a satisfazer as necessidades humanas. O cuidado tem um destino, efeitos e objetivos (Urra, Jana e Garcia, 2011);

- O cuidado eficaz promove a saúde e o crescimento pessoal e familiar. O cuidado promove a satisfação das necessidades, pois tende ao relacionamento harmonioso do indivíduo consigo mesmo e com seu meio (Urra, Jana e Garcia, 2011);

- Um ambiente de cuidado é aquele que promove o desenvolvimento de potencialidades que permitem ao indivíduo escolher a melhor opção, para ele, no momento preciso (Urra, Jana e Garcia, 2011);

- A ciência do cuidar é complementar à ciência da cura. Cuidar não é apenas curar ou medicar, é integrar o conhecimento biomédico ou biofísico ao comportamento humano para gerar, promover ou recuperar a saúde (Urra, Jana e Garcia, 2011);

- A prática do cuidar é central na enfermagem. Um indivíduo deve estar acompanhado nas fases de tomada de decisão e não apenas ser um recetáculo de informações. O acompanhamento é necessário para que, aos poucos, o indivíduo descubra como, a partir de uma determinada situação, pode encontrar a melhor solução a partir de sua própria realidade. A enfermagem, então, deve ter como foco um acompanhamento sensível, mas responsável, a partir do conhecimento e da prática de uma atitude terapêutica (Urra, Jana e Garcia, 2011).

Jean Watson também desenvolveu 10 fundamentos do cuidar que denominou de processo *Caritas Care* e que apesar de serem uma extensão dos fundamentos anteriores oferecem uma linguagem mais fluida que facilita a compreensão das dimensões do processo vital a um nível mais profundo da experiência humana (Urra, Jana e Garcia, 2011).

Esses 10 fundamentos são:

1. Formação humanista-altruística em um sistema de valores: utilizar a prática da bondade amorosa e da equanimidade no contexto do cuidado consciente. Watson parte do pressuposto de que o "dia-a-dia" da prática profissional exige que o enfermeiro evolua em seu desenvolvimento moral. Embora a formação de cada um na infância e na primeira juventude seja marcada pelo contexto sociocultural de pertença, isso não significa permanência num sistema estático. Uma reflexão completa sobre o próprio desenvolvimento moral é importante, pois é a única maneira de compreender os sistemas morais dos outros. Parte-se de uma reflexão sobre a própria experiência e desenvolvimento a ser alcançado individualmente. Dessa forma, a introspecção deve fazer parte das nossas práticas diárias, assim como a meditação ou a reflexão são úteis se necessário (Urra, Jana e Garcia, 2011). Esse sistema de valores deve estar aliado ao conhecimento científico que norteia a ação do enfermeiro, mas sem esquecer que o conhecimento científico por si só não ajudará na relação com os outros. Por isso, o paciente não é um personagem sobre o qual se pode escrever na primeira pessoa, é um ser humano livre que deve narrar sua própria biografia (Urra, Jana e Garcia, 2011). Watson atribui grande importância à formação em ciências humanas, aspecto amplamente esquecido na formação profissional, que fornece as ferramentas necessárias para compreender a dinâmica social, cultural e psicológica dos indivíduos. Não é possível optar por cuidar apenas de quem concorda com o nosso sistema de valores, raça, classe social, geração, *etc.* Cuidamos de seres humanos diferentes e únicos. Watson, portanto, integra o cuidado amoroso com equanimidade e isso requer um desenvolvimento moral evolutivo, não apenas um desenvolvimento de conhecimento (Urra, Jana e Garcia, 2011).

2. Incorporação da fé e da esperança que significa estar autenticamente presente e permitir e manter o sistema de crenças profundo e subjetivo do indivíduo, compatível com sua liberdade. Este indivíduo livre, com suas próprias crenças, é um ser de cuidado. Esse fator fala da importância da fé e da esperança para o cuidado e a cura, pois esteve presente ao longo de nossa história e, portanto, também ao longo da narrativa que dá conta da nossa convivência como espécie humana, na qual houve (e há) influências de magia, orações e encantos. Dessa forma, permitir que os indivíduos cultivem seu sistema de crenças e realizem os seus rituais para ajudá-los a manter a fé em si mesmos contribuirá para a cura ou

manutenção da saúde. Isso vem de um costume arcaico, visto que em muitas culturas a fé e a cura provinham da mesma fonte. É o caso, por exemplo, das comunidades indígenas, e é assim que elas tentam hoje incorporar os seus próprios rituais. Particularmente no Chile, na assistência à entrega de membros da comunidade aimará, ou nos Estados Unidos, onde os membros ortodoxos da comunidade judaica têm permissão para comer comida *kosher*. Assim, e de acordo com o antigo aforismo, “nem sempre é possível curar, mas é sempre possível cuidar”. A fé não necessariamente alcançará a cura; mas sempre estará associada ao cuidar (Urra, Jana e Garcia, 2011).

3. O cultivo da sensibilidade para consigo mesmo e para com os outros: o que será descrito mais tarde como "O livre cultivo das próprias práticas espirituais e transpessoais, que vai além do ego e da abertura para os outros com sensibilidade e compaixão" (Urra, Jana e Garcia, 2011). Para Watson, o ser humano é antes de tudo um ser sensível. É comum na prática da saúde que o desenvolvimento profissional seja desvinculado dessa área, fazendo com que as pessoas tendam a ocultar, negar ou omitir os seus sentimentos. Isso levará a não lidar com os próprios sentimentos, a temê-los e a não ser capaz de mudá-los quando não forem positivos. Um indivíduo que se recusa a reconhecer os seus próprios sentimentos dificilmente será capaz de compreender os dos outros. Por outro lado, tende a proteger o paciente de sentimentos negativos, para que ele não chore ou demonstre ansiedade. Esses sentimentos fazem parte da vida e dos processos que vivemos como seres humanos (Urra, Jana e Garcia, 2011). Um exemplo: é sensato evitar que a mãe olhe para o rosto de seu filho natimorto? Essa prática só aumentará a dor e negará a evidência de que iniciará o luto. Essa prática se apropria da dor do outro, impede a sua livre expressão, por mais dolorosa que seja. O luto desta mãe é pessoal, faz parte da sua vida e não cabe ao profissional de saúde evitá-lo. Nessas ocasiões, o silêncio, o respeito e o abraço são mais úteis; e por falar nisso, mais humano. Portanto, a expressão de sentimentos é uma forma de empatia com os outros que transcende o *self* (Urra, Jana e Garcia, 2011). Os comportamentos de evitação também tendem a ser comuns, como medo de enfrentar o paciente que está morrendo, apreensão em responder a perguntas e enfrentar situações de luto e dor. Todas essas situações estão presentes no dia-a-dia de trabalho em enfermagem. É por isso que praticar a sensibilidade consigo mesmo e com os

outros adquire relevância, e Watson enfatiza que essa sensibilidade é reforçada pelo treino e cultivo de valores. Cultivar o desenvolvimento moral evolucionário deve ser tão importante quanto acompanhar as habilidades e conhecimentos, bem como a abertura para o desenvolvimento de sentimentos como fé e esperança. O desenvolvimento da sensibilidade faz parte de um ser autêntico e honesto, que não tem medo de revelar o seu rosto diante da vulnerabilidade e da dor (Urta, Jana e Garcia, 2011).

4. O desenvolvimento de uma relação de ajuda e confiança: Cuidar da relação humana passa a ser o desenvolvimento e manutenção de uma autêntica relação de cuidado, através de uma relação de confiança. Uma relação de ajuda depende dos fatores listados acima. Essa relação de confiança anda de mãos dadas com a promoção e aceitação de sentimentos positivos e negativos. Para isso, é preciso sensibilidade, abertura e altruísmo, mas também congruência, que tem a ver com a honestidade, com a percepção da realidade e com o apego à verdade. Watson traça três diretrizes para evitar a incongruência: primeiro, o enfermeiro não deve desempenhar papéis estereotipados, nem deve emitir discursos programados como "secretárias eletrônicas", pois isso bloqueia a autenticidade e afasta o paciente; em segundo lugar, ser capaz de reconhecer as dificuldades que o relacionamento com os outros acarreta passa pela compreensão de que todo o relacionamento tem, pelo menos, dois transmissores e dois recetores; e finalmente que, embora as experiências que os pacientes proporcionam sejam vitais, o mesmo ocorre com as próprias experiências. Este é um processo de autoaprendizagem, no qual a introspeção é essencial (Urta, Jana e Garcia, 2011). A relação de cuidado fundamenta-se na crença de que o ser para o cuidado é único, é pessoa e é capaz de exercer a sua liberdade e autonomia, em maior ou menor grau. Mais especificamente, os pacientes ou utentes não nos pertencem, nem o seu corpo, nem os seus problemas, nem o seu espírito. A título de exemplo: muitas vezes no cuidado de um paciente gravemente enfermo, que não está consciente e não pode exercer autonomia em relação às suas funções corporais, a certeza de que se trata de um corpo estranho, mas de uma pessoa, ajudará a não o dominar ou reduzir a um conjunto de "carne e ossos" e a respeitá-lo de modo holístico tendo em conta a essência metafísica, a sua história, a sua família e a sua vontade (se for previamente expressa) (Urta, Jana e Garcia, 2011).

5. Aceitação da expressão de sentimentos positivos e negativos: esta é uma parte inerente da formação de um relacionamento de confiança e apoio. Watson mais tarde o enunciou como "estar presente e apoiar a expressão de sentimentos positivos e negativos em conexão com a espiritualidade mais profunda de quem está sendo cuidado" (Urra, Jana e Garcia, 2011). As emoções desempenham um papel preponderante no comportamento humano e, para Watson, são "uma janela pela qual a alma é visualizada" (Urra, Jana e Garcia, 2011). É amplamente aceite que a compreensão intelectual e emocional de uma mesma informação são bastante diferentes, isto é, mais acentuado quando as situações exercem um efeito negativo, por exemplo, situações como ansiedade, stresse e confusão, ou mesmo medo, podem alterar a compreensão e o comportamento. A livre expressão desses sentimentos permite não desenvolver sentimentos defensivos, negação ou aumentar o stresse. O trabalho do profissional de enfermagem é permitir a expressão desses sentimentos, o que é congruente com visualizar o outro como um ser de cuidado (Urra, Jana e Garcia, 2011).

6. O uso sistemático da resolução criativa de problemas no processo de cuidar: o que significa, o uso criativo de si mesmo, como participante da arte de cuidar e de todas as formas de conhecer como parte do processo de cuidar. Watson se refere à excessiva sistematização de regulamentações que impedem o desenvolvimento criativo da profissão. Os enfermeiros que realizam uma multiplicidade de procedimentos e assumem que a correção desses procedimentos é a manifestação do uso de um método científico, por exemplo, o uso do processo de enfermagem, que Watson imagina como um método de resolução de problemas para auxiliar na decisão de todas as situações de enfermagem. Isso é importante, pois a sistematização dos processos não deve ser um impedimento para pesquisar, estudar e desenvolver competências, para enfrentar novas situações. O mau uso dos formatos impossibilita a visualização da profundidade do fundo, quando são feitos mecanicamente. Isso é relevante porque - enfim - é o que distingue um técnico de um profissional. O processo de enfermagem - instrumento ainda utilizado e que se dedica a diagnosticar as necessidades dos pacientes e programar ações para solucioná-las, bem como a avaliação dessas ações - costuma se tornar um processo mecânico, que normalmente não é focado no paciente, mas na patologia. Se for adicionado a isso um deficiente profissionalismo, no sentido de

não ser reconhecido pelo coletivo social como autêntico profissional e com auto percepção de sacrifício e submissão, pode levar a uma postura rígida, autocontrolada e autodestrutiva, o que prejudica profundamente o próprio enfermeiro e atrapalha a relação terapêutica. Deixar de delimitar o campo próprio de atuação da enfermagem e encaminhá-lo para um campo biomédico que não possibilita a autonomia e a criatividade (Urra, Jana e Garcia, 2011). Segundo Watson, para cumprir a missão de prestar um atendimento eficaz é fundamental mudar essa imagem, adquirir autoconfiança e exercer mais autonomia. Para isso, o instrumento privilegiado é a pesquisa, a aprendizagem, a abertura para novas estratégias de cuidado, estabelecendo correções às teorias existentes e elaborando novas. Em resumo, é vital desenvolver uma estrutura de conhecimento sobre o cuidado (Urra, Jana e Garcia, 2011).

7. A promoção do ensino-aprendizagem interpessoal: significa participar de um verdadeiro ensino-aprendizagem que atenda à unidade do ser e ao seu sentido e que procure compreender o referencial do outro. Esse fator de cuidado é o que mais auxilia o utente a ser um participante ativo do estado de sua saúde e a tomar decisões para mantê-la, recuperá-la, melhorá-la ou, em outros casos, se preparar para determinados eventos. A enfermagem como profissão tem estado intimamente ligada à educação em saúde. No entanto, Watson acredita que a educação fornecida é, antes de mais nada, informação específica de uma lista de ações a serem tomadas ou a evitar. Essas informações não se enquadram num modelo pré-formatado, como por exemplo por meio dos média, onde também ocorre periodicamente a educação em saúde. A educação em saúde, realizada por profissionais de saúde, requer o estabelecimento de uma relação intersubjetiva para uma educação personalizada e direcionada. A educação em saúde busca uma mudança positiva e pró-ativa para os utentes, mudança que, segundo Watson, é difícil de ser alcançada, se novos paradigmas não forem incorporados. A informação é um componente da educação, mas não o todo. Embora passos importantes tenham sido dados nesta área, não é menos verdade que devido à falta de tempo ou motivação, os pacientes muitas vezes são mantidos informados, sem educá-los (Urra, Jana e Garcia, 2011). O cuidado envolve fornecimento de informações, mas com base nas necessidades sentidas dos utentes/pacientes/clientes. Uma atitude de cuidado eficaz, portanto, pressupõe um

conhecimento do que os indivíduos precisam. Cuidado personalizado é, na boa conta, manter uma atitude de respeito pelas particularidades de um indivíduo, comunidade ou população. A generalização tende a neutralizar os sujeitos, a superlotá-los e, ainda, a não obter bons resultados (Urta, Jana e Garcia, 2011).

8. A criação de um ambiente protetor e ou corretivo para o ambiente físico, mental, espiritual e sociocultural: é o processo de criação de um ambiente de cuidado a todos os níveis (físico, não físico, ambiental de energia e consciência), ou seja, o todo enquanto bem, beleza, conforto, dignidade e paz. Watson divide esse ambiente em externo e interno, que são interdependentes. Ambos contêm variáveis. Por exemplo, do ambiente externo, como segurança, conforto, abrigo e do ambiente interno como a autorrealização, comunicação, *etc.* Destas variáveis surgem as necessidades, que Watson define como a exigência de uma pessoa, que se satisfeita, alivia ou diminui a sua angústia ou dor, ou melhora o seu senso de adequação e bem-estar. A satisfação dessas necessidades está intimamente relacionada à saúde do indivíduo (Urta, Jana e Garcia, 2011).

9. Assistência na satisfação das necessidades humanas: o que ela chama mais tarde de assistência nas necessidades básicas, com um cuidado consciente e intencional que toca e envolve o espírito das pessoas, honrando a unidade do Ser e permitindo que a espiritualidade surja. As necessidades humanas são estratificadas. Segundo Watson, o primeiro nível é representado pelas necessidades de sobrevivência ou necessidades biofísicas, por exemplo: nutrição, eliminação e ventilação. No segundo nível, as necessidades funcionais ou psicofísicas, como a atividade de repouso e as necessidades sexuais. Num terceiro nível, as necessidades integrativas ou psicossociais, pertencimento e realizações. As necessidades intra/interpessoais estão localizadas no nível mais alto focando-se a necessidade de autorrealização, tendendo à busca do crescimento pessoal (Urta, Jana e Garcia, 2011). Watson observa que os fatores socioculturais afetam todas as necessidades em todos os níveis. Cuidar é, portanto, um trabalho profissional voltado para a satisfação das necessidades humanas no campo da saúde de um indivíduo, comunidade ou população, com um ênfase integrativo e holístico, pois engloba os diferentes estratos de necessidades (Urta, Jana e Garcia, 2011).

10. O reconhecimento das forças existenciais e fenomenológicas: este último fator do cuidar é o método para conseguir trabalhar a sua satisfação. A fenomenologia, conceito que Watson define como a ênfase na compreensão das pessoas a partir do modo subjetivo como estas concebem-se a si e ao mundo. A fenomenologia é descritiva realçando a experiência vivida como a essência reveladora da concepção que cada um faz de uma determinada situação e auxilia na compreensão do fenómeno em questão. Esta orientação é útil para o enfermeiro, pois ajuda a conciliar ou mediar a incongruência dos diferentes pontos de vista da pessoa de forma holística e, ao mesmo tempo, atender à ordem hierárquica de suas necessidades (Urta, Jana e Garcia, 2011).

Os dez fatores expostos por Watson ajudam a definir o que é o cuidado profissional, pois embora um enfermeiro possa ajudar o outro a resolver problemas e promover a restauração de sua saúde, ele não pode criá-los ou restaurá-los. O enfermeiro, então, é o responsável por oferecer condições para que o paciente/utente resolva as suas próprias dificuldades. Cada pessoa desenvolve a sua forma de encontrar sentido para a vida, e isso vale para cada enfermeiro, uma vez que confronta o seu jeito de ser no mundo diante de um acontecimento que é a doença, mas este é um processo individual, em toda a sua profundidade (Urta, Jana e Garcia, 2011).

A teoria de Jean Watson enquadra, desta maneira, o cuidar requerido para a pessoa com doença mental, porque ao contrário de muitas outras patologias, não é mensurável ou muitas vezes visível a outras pessoas, mas é profundamente sentida por aqueles que a possuem. A doença mental afeta o indivíduo no cerne da harmonização das três esferas do ser – corpo, mente, espírito - derrubando a conciliação que este vivencia enquanto ser-no-mundo. A pessoa é um ser que está sempre lançado e interligado a um mundo que conjuga toda uma miríade de subjetividades que requerem uma habilidade de pôr em comum as necessidades e respostas que cada uma destas individualidades apela ao seu meio envolvente, isto é, a outras subjetividades. As pessoas com doença mental, nomeadamente as que são afetadas de modo crónico, precisam de ser dotadas de ferramentas que as auxiliem no seu processo de manutenção do equilíbrio pessoal de forma a serem capazes de viver uma vida plena, com um sentido definido por si mesmas e a concretização de uma vida boa, com e para com os outros, em instituições justas (Ricoeur, 1991).

Cada vez mais cabe aos enfermeiros um importante papel durante esse processo de transição internamento-comunidade de forma a garantir a continuidade nos cuidados de saúde, desempenhando um papel de mediador entre o utente, a família, a comunidade e os cuidados de saúde (Tomás e Rebelo, 2019).

2. Metodologia

O método escolhido para o alcance dos objetivos propostos para esta investigação corresponde ao preconizado pelo Instituto Joanna Briggs (2015) no que concerne à efetivação de uma revisão *scoping*. Já para a organização e apresentação da informação, no que concerne à estratégia de pesquisa adotada, foi seguido o diagrama PRISMA – Preferred Reporting Items for Systematic Reviews (Moher *et al.*, 2009).

Deste modo, importa começar por esclarecer que a pesquisa dos artigos se efetuou em duas fases. Tendo por orientação a questão de investigação inicial definida:

O que há na literatura acerca das vivências da pessoa acerca do reinternamento num serviço de psiquiatria de agudos?

Tornou-se essencial estabelecer os critérios de inclusão que definem os parâmetros que permitem a concretização de uma pesquisa abrangente, mas simultaneamente específica. Com base no acrónimo PCC - População, Conceito, Contexto – definiu-se os seguintes critérios de inclusão:

- População: estudos que incluam adultos, dos 18-65 anos de idade, com qualquer tipo de doença mental (exceto perturbações do neurodesenvolvimento e perturbações neurocognitivas), género e cultura, que tenham sido reinternados numa unidade de internamento hospitalar de psiquiatria. Estudos com grupos etários diversos (*e.g.* idosos) serão excluídos de modo a evitar heterogeneidade adicional que decorre de circunstâncias que são particulares a determinados grupos etários (*e.g.* maior comorbilidade).
- Conceito: estudos que investiguem as experiências, as perceções, as vivências, ou qualquer outro tipo de relato subjetivo constituído a partir daquilo que é a experiência vivida da pessoa quanto ao seu reinternamento num serviço de psiquiatria.
- Contexto: estudos que se foquem sobre o reinternamento hospitalar num serviço de psiquiatria.
- Tipos de estudos: serão considerados todos os estudos qualitativos, quantitativos, e mistos, bem como revisões da literatura. Na ausência ou escassez de estudos de investigação, serão incluídos artigos de opinião, conferências e relatórios.

- Língua: estudos publicados em língua portuguesa ou inglesa.
- Data de publicação: estudos publicados entre 1 de Janeiro de 2010 e 1 Julho de 2021

Após a determinação destes critérios foi possível avançar para a pesquisa dos artigos pertinentes a este estudo com base na estratégia de pesquisa seguidamente apresentada.

2.1 Estratégia de pesquisa

Sabendo desde já que esta estratégia é composta por duas fases, começa-se por descrever a primeira. Esta correspondeu a uma pesquisa inicial na CINAHL no dia 3 de Julho de 2021 com as palavras-chave decorrentes dos critérios de inclusão relativos ao PCC: Adult* AND Experienc* AND Readmission AND Psychiatric. Desta busca obteve-se 52 documentos que foram analisados ao nível do título, resumo, palavras-chave e termos indexados. Daqui conseguiram-se obter mais termos que possibilitaram identificar um maior número de estudos relevantes (*vide* quadro 1).

População	Conceito	Contexto	Contexto
adult*	experience*	“psychiatric hospital*”	readmission*
"service user*"	perception*	“mental health inpatient unit*”	rehospitalisation*
patient*	reaction*	“mental health service*”	“treatment failure”
individual*	perspective*	“mental disorder*”	
participant*		“psychiatric unit*”	
person*		“mental health care”	

Quadro 1 - Resultados dos termos definidos a partir da primeira etapa de pesquisa

A segunda etapa foi efetuada a 3 de Julho de 2021 na base de dados da CINAHL Complete e MEDLINE Complete compreendendo os termos escolhidos a partir da primeira etapa da pesquisa. Há que realçar que não foram incluídos todos os termos porque optou-se por utilizar em termos compostos por duas ou mais palavras, uma nomenclatura simplificada que privilegiava apenas uma das palavras ou a utilização de truncaturas ou *wildcards*. Os

termos na vertical foram pesquisados individualmente e depois conjuntamente recorrendo ao operador booleano “OR”. Seguidamente a pesquisa decorreu na horizontal, com os resultados obtidos verticalmente, recorrendo ao operador booleano “AND”. Foram tidas em consideração as especificidades das bases de dados consultadas. Os resultados de pesquisa estão discriminados no apêndice 1.

Desta pesquisa resultaram um total de 152 artigos decorrentes da pesquisa bibliográfica efetuada nas bases de dados MEDLINE Complete (n=119) e CINAHL Complete (n=33). Após remoção de duplicados (n=16) foram analisados 136 artigos ao nível do título e/ou do resumo. Nesta etapa de seleção consideraram-se como elegíveis para este estudo 38 artigos. Estes foram submetidos a uma leitura integral donde foram excluídas 35 referências por não cumprirem os critérios de inclusão. Os artigos incluídos (n=3) são estudos primários. Além destes, houve uma pesquisa na literatura cinzenta para enriquecer os achados do estudo, ao nível do Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP) e da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Um documento de cada uma destas fontes foi incluído, relativos a uma tese de mestrado e outro a uma tese de doutoramento. Assim, inclui-se um total de 5 estudos primários cujo conteúdo foi analisado e sintetizado tendo sempre em vista os objetivos traçados para este estudo. Este processo de pesquisa encontra-se detalhado no diagrama exposto na Figura 1.

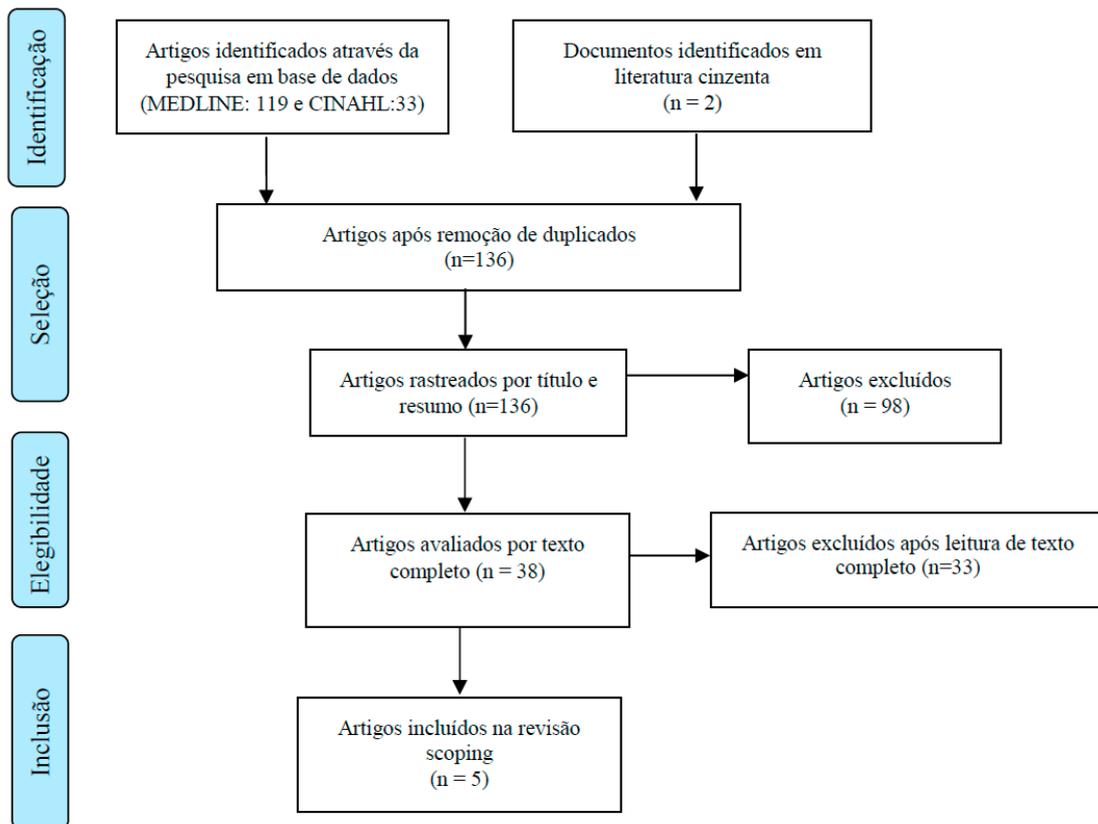


Figura 1 - Diagrama PRISMA de segunda etapa de pesquisa

Após a concretização desta fase torna-se premente avançar para a apresentação de resultados que congrega a tabela de extração de resultados, que é complementada por uma descrição temática do que se constitui como as vivências expressas pela pessoa acerca do reinternamento num serviço de psiquiatria de agudos.

3. Resultados

No que concerne à extração de resultados, os artigos foram cuidadosamente selecionados e lidos na íntegra de forma a salientar as informações mais relevantes para estruturar os resultados do presente projeto. Abaixo coloca-se a tabela de extração de resultados de forma a sintetizar os resultados mais relevantes sobre cada artigo selecionado.

Autor/ Ano/ País	Objetivos	População	Metodologia/ Métodos	Principais resultados
Âdnanes <i>et al.</i> , 2019. Noruega, Finlândia, Eslovénia, Bucareste, Áustria e Itália.	Explorar a perspectiva do doente sobre como evitar o reinternamento Compreender a perspectiva do utente sobre o reinternamento	55 doentes de seis países europeus com mais do que um episódio de reinternamento Idades entre os 26 e 65 anos 60% do sexo feminino e 40% do sexo masculino 41,8% transtorno psicótico, 21,8 transtorno depressivo, 12,7 transtorno de ansiedade	Questionário com entrevista semiestruturada	Os participantes expressam a rehospitalização como: onde existe acompanhamento pelos profissionais de saúde; melhor contato social em relação a estar em casa; aumento do estigma em relação à doença.
Barbosa, A. 2019. Portugal	Identificar sinais/sintomas associados à recaída em psiquiatria sob a ótica do doente; • Analisar as fragilidades associadas à recaída; • Descrever o nível de associação entre os fatores associados à recaída e as	30 doentes com recaída em psiquiatria Idade igual ou superior a 18 anos 16 doentes do sexo masculino e 14 do sexo feminino	Estudo quantitativo com 28 perguntas	Os participantes expressam a rehospitalização como: um lugar onde encontram maior estabilidade e apoio; aumento do estigma em relação a pessoa por parte da comunidade; onde encontram maior apoio socioeconómico.

		variáveis sociodemográficas; Identificar se o processo de recaída tem correlação com o diagnóstico clínico do doente.			
Birken & Harper/ UK/ 2017	Explorar as experiências da pessoa com perturbação da personalidade ou do humor quanto à concretização das atividades quotidianas após alta de um hospital	12 participantes com 2 ou mais internamentos prévios	Estudo qualitativo, de análise teórica temática (Braun & Clarke, 2006). Realizadas entrevistas em dois bairros de South West London. Gravadas em áudio e transcritas em <i>verbatim</i> .	Os participantes expressam a rehospitalização como: uma consequência do efeito cumulativo de múltiplos internamentos nas atividades quotidianas cujo impacto negativo se traduz na deterioração do seu ambiente domiciliário, rotina diária, e manutenção de amizades. Acrescenta que as hospitalizações longas acarretam um sentido de facilidade e conforto para os utentes que regressam a casa sem suporte familiar e vivem sozinhos. Na enfermaria as ABVD's são asseguradas (como a higiene, alimentação, roupa), algo que não encontram quando regressam a casa em que se sentem sozinhos.	

<p>Machado, V. 2012. São Paulo</p>	<p>Analisar o fenómeno da reinternação psiquiátrica no contexto da atenção psicossocial a partir da visão dos doentes internados e explorar com eles como seria possível evitar esses reinternamentos</p>	<p>22 doentes, 10 do sexo feminino e 12 do sexo masculino com idades entre os 17 e os 58 anos</p>	<p>Entrevista semiestruturada com Análise de conteúdo segundo Minayo (2008)</p>	<p>Os participantes expressam a rehospitalização como: ter no hospital condições melhores de abrigo, alimentação, higiene, medicação, melhor apoio, convivência social. Ter no hospital um local seguro, onde se sentem apoiados, onde encontram pessoas com os mesmos problemas. Também referem que o reinternamento potencia o aumento do estigma por parte da comunidade em relação a eles.</p>
<p>Nolan, Bradley & Brimblecombe/ UK/ 2011</p>	<p>Descrever como os indivíduos experienciam a alta de um serviço hospitalar de psiquiatria, focando determinar que componentes poderiam ser melhoradas para aumentar a efetividade da prestação de cuidados dos serviços de internamento psiquiátrico</p>	<p>26 participantes com um ou mais internamentos, com idades compreendidas entre os 18 e 71 anos.</p>	<p>Estudo qualitativo, de cariz Estudo exploratório-descritivo. Efetuadas entrevistas semiestruturadas com menos de 30 minutos foram realizadas por telefone e gravadas. Os dados foram transcritos em <i>verbatim</i>. As entrevistas ocorreram entre</p>	<p>Os participantes expressam a rehospitalização como: a oportunidade de readquirir uma vivência de companheirismo e pertença com os outros utentes, sentindo que não estão isolados, sem contato social, nomeadamente quando vivem sozinhos; um lugar seguro e confortável, já</p>

			2 e 4 semanas após a alta.	que receiam a ida para casa por reencontrarem os mesmos problemas e dificuldades, com uma perspetiva pessimista em relação ao futuro; a possibilidade de se resguardar do estigma e discriminação que encontram por parte de vizinhos ou outras pessoas do seu espaço quotidiano.
--	--	--	----------------------------	---

Tabela 1 – Extração de Resultados

Após este trabalho de extração de resultados foi possível realizar uma análise reflexiva que permitisse sintetizar em quatro temas as experiências subjetivas da pessoa perante o reinternamento num serviço de psiquiatria de agudos. Estes temas são apresentados de modo sucessivo e são compostos por uma descrição narrativa dos resultados que os compõem e permitem aceder às particularidades das experiências dos indivíduos participantes destes estudos.

3.1 A rehospitalização como lugar de conforto e segurança

A investigação realizada por Âdnanes *et al.*, reforça o facto de que o hospital não deixa de ser para o doente um lugar de conforto e segurança. Estes descrevem a rehospitalização frequente como um fenómeno intitulado de “porta giratória”, ou seja, quando os indivíduos são “descarregados” para a comunidade sem uma rede de suporte eficaz, acabam retornando ao hospital por razões semelhantes (Âdnanes *et al.*, 2019).

Barbosa (2019) refere que, no seu estudo, 40% dos participantes refere ter tido uma recaída por não ter apoio familiar, 12% considera o hospital como “um refúgio onde posso

voltar sempre”, garantindo aos doentes alojamento, sono regulado e medicação administrada corretamente, assim como acesso fácil aos profissionais de saúde.

Birken & Harper concluem que é muito difícil para os doentes estabelecerem rotinas em casa e serem independentes. Cuidar de si próprios é um grande desafio. Um dos participantes diz que:

É tão fácil na enfermaria, em termos de todas essas refeições sendo fornecidas por tanto tempo, mas simplesmente não aparece para mim a motivação para cozinhar sozinho depois de tanto tempo (Jim) (p.5).

Na investigação sobre o reinternamento psiquiátrico no campo da Atenção psicossocial, Machado conclui que muitos dos participantes encontram no hospital um lugar de conforto e segurança, muitas vezes cumprindo o papel de “Albergue” e também pela facilidade de acesso aos tratamentos. Alguns participantes referem que:

aqui no hospital eu como... bebo e durmo. (E13)

aqui eu tenho roupa... comida... o banho... tudo é na hora certa... lá fora eu fico suja... eu num tomo... eu vivo assim... mulambenta mesmo. (E16)

pra mim foi bom... pra mim foi maravilhoso... né? porque aqui eu tomei os remédio... me alimentei bem... repousei... tive uma noite de sono tranquila... e:: em casa eu num tenho alimentação... eu prefiro ficá aqui do que ficá em casa... aqui eu me sinto bem melhor... né... tem os horário aí... pra fumá... pra banho a gente toma a hora que qué... só mesmo o horário pra fumá... refeição... café... o resto normal. (E15)

sabe por que eu vim pra cá pro hospital?... por causa da refeição... por causa disso...por que falaram que aqui a comida era boa... e me colocaram pra cá. (E4)

eu preciso sê internado... preciso porque... me foge totalmente o controle... no caso... chegando aqui... sô imediatamente socorrido... os funcionário já sabem o quê que tem que fazê... é... nenhum outro lugar eu achei isso... o pessoal sabe exatamente o que fazê... tá constantemente com a gente... é preciso sim vir pra cá... pelo menos no meu caso. (E2)

também... aqui o tratamento que é excelente... os médico são excelente... as funcionária são excelentes... toda a equipe são todos pessoas especiais... pessoas que eu gosto muito...entendeu? todas pessoas que cuidam da gente com maior carinho. (E14)

a minha satisfação foi que os enfermeiro... os psicólogo foram umas pessoa bastante coerente... eles foram muito... não só profissional... eles foram muito humano... me trataram assim... minha recuperação foi em quinze dias. (E6)

aqui eu tenho psicóloga individual... tenho terapia ocupacional... tem grupo pra você desabafá o que você sente... lá fora eu num tenho... é um jeito de num ficá sozinha... aqui no hospital eu me sinto... sinto mais protegida... mais segura... porque tenho a atenção dos funcionários... compreensão. (E9)

eu penso que essas internação é a única solução da minha vida... pra tê mais conselho... pra eu pedi mais ajuda... os médico aqui ajuda reorganizá a minha vida...quem sabe mudá

o jeito que eu posso pensá... essas internações ajudam... aqui os funcionários me dão conselho... me dão Tudo... isso faz bem pra mim... ou um conselho religioso. Um ponto positivo é que aqui eles pode te ajudá... te tratá... pode fazê... tudo... tudo que o tratamento precisa pra você saí lá fora... pelo menos com juízo na cabeça... eu num sei... é que lá fora num tem mais ninguém... ninguém faz isso lá fora... ninguém me ajuda... num tenho ninguém. (E12) (Machado, 2012, p.126).

Nolan, Bradley & Brimblecombe (2011), na sua investigação, chegaram à conclusão que o processo de alta causa preocupação e stresse para alguns dos participantes num momento muito difícil das suas vidas e que os reinternamentos frequentes e/ou longos contribuem para uma dependência cada vez maior do internamento hospitalar.

3.2 Oportunidade de reflexão e reponderação sobre o apoio comunitário necessário

No estudo de Âdnanes *et al.* (2019) os participantes foram unânimes em afirmar a necessidade de um acompanhamento eficiente após a alta hospitalar, serem informados sobre grupos de apoio ou centros de dia que pudessem frequentar de forma a ter um acompanhamento mais efetivo, poderem participar de algum tipo de programa de reinserção profissional que lhes permitisse ter uma participação mais ativa na comunidade e recuperar alguma autonomia e independência. Alguns participantes referem que:

Eu acho que faria sentido, se a gente já pensasse nisso durante o internamento... Quais são as opções, por exemplo, na comunidade local? Quais são as opções de terapia ou opções recreativas?

O que também senti após o internamento é que o tratamento de acompanhamento não está a ser cuidado o suficiente; nem mesmo é discutido. Como vai ser o tratamento subsequente? O que está planeado? (p.3).

Barbosa (2019) na sua investigação afirma que a condição socioeconómica é potenciadora de reinternamentos frequentes e a privação social e o desemprego contribuem para a recaída. Quase todos os participantes foram unânimes em afirmar que que gostariam de receber apoio económico na alimentação, nos cuidados de higiene e apoio emocional após a alta.

No estudo de Birken & Harper (2017) os participantes dividiram em 3 subtemas quais seriam os seus objetivos de planeamento pós-alta descrevendo em cada um deles o que consideram mais importante: o autocuidado, o desenvolvimento de rotinas e objetivos a longo prazo. Vejamos o que referem acerca disto:

Em relação à manutenção do regime terapêutico fora do hospital, uma das participantes descreve: Tudo é feito para você quando você está no hospital. Em casa temos que lembrar de fazer nós mesmos de forma regular e é muito importante fazer a medicação (Laura) (p.5);

Em relação ao desenvolvimento de rotinas vários participantes referiram que gostariam de ajuda no planejamento de confecção de refeições de forma regular: Cheguei ao Sainsbury's. Eu não tenho uma lista de compras, então eu acho – vou pegar algumas batatas fritas e mergulhar... então precisei de ajuda para fazer o planejamento das refeições semanais (Liz) (p.5);

Em relação aos objetivos a longo prazo, vários participantes demonstraram ter objetivos de vida independente a longo prazo para o futuro, uma das participantes refere que: Ainda não estou pronta para morar no meu próprio apartamento, nem de longe, na verdade, é nisso que estamos trabalhando para alcançar (Clare) (p.5).

No estudo feito por Machado (2012), os participantes muitas vezes se referem ao hospital como um local de reflexão e afastamento em relação aos problemas da vida. A realidade brasileira, que difere bastante em relação a americana ou a europeia, pouco oferece a nível de cuidados extrahospitalares, criando ainda mais o sentimento de reflexividade do internamento. Alguns participantes referem que:

aqui eu fico em silêncio... eu gosto do silêncio... pra pensá em paz... ninguém fica falando na minha orelha... apesar dos gritos que tem nesse lugar aí... mas eu penso nas burrice... aqui eu fico pensando nas burrice que eu fiz na vida. (E11)

vim aqui é bom assim... pra você pará um pouco assim e refleti um pouquinho... mais ainda num deu tempo pra isso... pra refleti... tá cedo ainda pra eu í embora... num deu ainda não... precisaria de mais tempo aqui. (E17) (p.130).

Já Nolan, Bradley & Brimblecombe (2011) referem que os seus participantes acham a transição do hospital para a comunidade muito difícil. Catorze deles achavam que na comunidade não conseguiam encontrar o mesmo nível de apoio que teriam no hospital, quinze referem que parte do processo de alta deve ser a oportunidade de fazer um balanço antes da saída e de discutir o que aprenderam.

3.3 O efeito potenciador do internamento sobre estigma

Todos os estudos foram unânimes em afirmar que repetidos internamentos têm um efeito potenciador do estigma em torno dos doentes, os doentes frequentemente reinternados

são vistos como “malucos” o que dificulta o regresso à comunidade, muitas vezes impedidos de ter uma vida ativa e minimamente independente.

Âdnanes *et al.* (2019) referem que nas famílias com relações desadaptadas onde impera o estigma em relação aos doentes, a taxa de reinternamentos é maior.

Também Barbosa (2019) conclui que os reinternamentos frequentes contribuem para um aumento do estigma em torno da doença, perdas de relações familiares e de afeto, pode levar também a que o doente tenha limitações aos seus direitos como cidadão, ser alvo de preconceitos na sua comunidade, se isole ou abandone o regime de terapêutica.

Alguns dos participantes deste estudo, quando questionados sobre o abandono da terapêutica referem que:

... tomo um comprimido lembro-me que sou maluco(a); ...queria seguir a minha vida sem ter que tomar medicação (p.97 e 118).

Birken & Harper (2017) referem no seu estudo que as pessoas com problemas psiquiátricos apresentam frequentemente uma baixa autoestima, evitam o contacto social e atividades em grupo, sentem que perdem os amigos após terem alta do hospital e sofrem muitas vezes preconceitos relacionados ao estigma em torno da doença (Birken & Harper, 2017).

Machado (2012) também segue a mesma linha de pensamento dos anteriores e afirma que os participantes nas entrevistas relatam sentimentos de desamparo, menos valia e impotência, que o internamento os faz sentir como se de repente passassem a ocupar o lugar reservado aos “loucos”, essa sombra do estigma social que acompanha a doença mental desde o início dos tempos é também sentida pelos próprios doentes. Alguns afirmam que:

ah, eu acho ruim... eu fiquei nervosa quando eu soube que vinha pra cá... vim chorando... porque eu não queria sê internada... que tem muita gente falando que é lugar de louco... fiquei mais aborrecida ainda... fico com isso na cabeça... tô no lugar de louco (E1).

é horrível... é horrível... é uma sensação... é uma impotência TÃO grande... é a gente sabe que é necessário... mas é uma coisa que parece que deprimi a pessoa... ‘meu Deus... eu tava tão bem’ e de repente você vai pro sanatório... pronto.... vô ficá com isso pra sempre na minha vida (E6) (p. ?).

Nolan, Bradley & Brimblecombe (2011) também falam do estigma como um fator de isolamento social, desemprego e sentimento de abandono por parte dos doentes. O

estigma também é responsável por dificultar a transição do internamento para a comunidade.

3.4 Lugar com sentido de pertença e companheirismo

Embora na sua generalidade os indivíduos com doença mental refiram preferir viver uma vida fora do hospital, é muitas vezes no internamento que encontram pessoas semelhantes no processo de doença, pessoas com as mesmas limitações e sentimentos onde podem espelhar aquilo que sentem e vêm no outro.

Esse sentimento é experimentado por quase todos os participantes dos estudos anteriores. A sensação de não se sentir tão julgado dentro do ambiente de cuidados hospitalares, de ser parte de um grupo e não estar sozinho nas suas angústias.

Âdnanes *et al.*, (2019) reforça que nos participantes que tiveram o chamado “apoio de pares”, eles sentiram-se mais confiantes do que apenas com apoio profissional. Eles referem que poder contar com pessoas na mesma situação ajuda a evitar o reinternamento. Também referem que os indivíduos que contavam com um bom apoio familiar tinham menos recaídas do que os que tinham uma família disfuncional (Âdnanes *et al.*, 2019).

Barbosa (2019) refere que na sua amostra 12% referiu que o reinternamento era necessário para ter apoio especializado para recuperar.

Machado (2012) conclui no seu estudo que os ciclos de internamento dos doentes contribuem para reforçar o convívio social dentro das instituições, criando laços entre os doentes que muitas vezes fora do hospital não têm convívio social. Alguns participantes referem que:

no meu caso foi tanta internação que eu acabei fazendo muita amizade aqui dentro...

eu deixo aqui muitos amigos... funcionário... paciente... eu gosto muito do pessoal... as vez sinto falta deles... (E2)

o aspecto positivo da internação é que eu tenho o convívio... eu tenho pessoas pra tá conversando... eu tenho pessoas pra tá trocando ideia... pessoas que têm o mesmo problema que eu... de álcool... fico rodeado de pessoas porque a solidão é muito triste... né? (E14)

aqui no hospital eu gosto das pessoa... da amizade das pessoa... dos paciente... dos funcionário... é bom ficá aqui por causa disso... as tia conversa com a gente. (E 21)

amigo aqui eu tenho bastante... os próprio paciente... né... lá fora num tenho ninguém (E16)

aqui tem colegas para você dasabafá... falá dos seus sentimentos... (E9) (p.127).

Machado (2012) também refere que essas relações de amizade estabelecidas com outros doentes, funcionários e equipas de cuidados muitas vezes são as únicas referências seguras que os participantes têm, reforçando o sentimento de pertença a um grupo que partilha de problemas semelhantes.

Na investigação de Nolan, Bradley & Brimblecombe (2011) mais da metade dos entrevistados refere que a ajuda prestada por outros doentes, seja com amizade ou incentivo, foi útil e fez com que se sentissem mais tranquilos. 62% dos inquiridos afirmou que o que sentiria mais falta na alta seria o companheirismo dos outros doentes com quem podiam falar abertamente sobre os seus sentimentos sem se sentirem julgados. Alguns inclusive referiam ter vontade de manter as amizades fora do hospital. Dois participantes referiram que:

Fiz alguns grandes amigos durante minha estadia aqui e espero que as pessoas mantenham contato comigo após a alta. Após altas anteriores, o meu maior arrependimento não era apenas o isolamento, mas o fato de não ter com quem conversar sobre a minha permanência no hospital. (masculino, 34 anos, com três internamentos anteriores)

Eles não têm ideia de como é minha situação em casa, o tédio sem fim, a falta de contato social, às vezes é insuportável. Disseram-me que deveria estar enfrentando, mas a realidade é que preciso de mais ajuda para mudar minha vida do que a que está disponível aqui. Não vejo como quebrar esse padrão. (feminino, 38 anos, com dois internamentos anteriores) (p.5).

Apesar dos estudos terem sido realizados em diversos países, em relação aos reinternamentos é curioso constatar que a opinião dos doentes é transversal e independente da cultura e do país de origem. Deste modo, os quatro temas interpretados a partir dos 5 documentos incluídos nesta revisão dão pista muito importantes para o planeamento dos cuidados de saúde que são precisos acautelar e providenciar a estes indivíduos de modo a facilitar ao indivíduo a “aquisição de maior conhecimento próprio, auto-controle e preparação para o auto-cuidado, independentemente da condição externa de saúde” (Watson, 2002, p. 66).

4. Discussão

De acordo com a revisão da literatura sobre o reinternamento psiquiátrico e de acordo com a análise dos estudos escolhida para fundamentar este trabalho é possível concluir que os indivíduos portadores de doença mental, convergem nas percepções sobre o reinternamento psiquiátrico.

Embora no início quase todos eles encarem o internamento como uma privação de liberdade, como um afastamento forçado da sua rotina, família e vida comunitária, a realidade é que com o passar do tempo esse internamento assume-se como um refúgio, onde eles não têm a necessidade de se preocupar com os aspetos mais básicos da vida quotidiana.

Mesmo em relação ao isolamento social, acabam por encontrar nos companheiros de internamento um espelho onde se vêm refletidos e de alguma forma encontram outra pessoa, que não só valida os seus sentimentos, mas com quem pode falar sem se sentir estigmatizado visto que estão na mesma situação.

O estigma da doença mental é uma das causas de maior sofrimento nos doentes, todos em maior ou menor grau sofrem com ele, sentem-se marginalizados, privados da sua liberdade, do seu direito a autodeterminação e excluídos por causa do estigma, o que reforça muitas vezes a vontade de voltar ao internamento, onde acabam por se sentir parte integrante do grupo. Redding, Maguire, Jonhson e Maguire (2017) realçam igualmente este aspeto de que os pacientes sentem que a doença mental não pode ser plenamente apreciada se não for analisada por alguém com uma experiência semelhante. O confronto com a incompreensão lança-os para uma percepção de rejeição que os debilita na sua possibilidade de se mostrarem de modo mais pleno perante o outro (Redding, et al., 2017; Keogh, Callaghan e Higgins, 2015). De facto, há um gradiente de revelação daquilo que é a vivência psiquiátrica descrito por Keogh *et al.* (2015) como “managing preconceived expectations” (p. 715). Isto significa que as pessoas assumem a revelação do seu *status* de doença mental que pode ir desde a absorção das expectativas pré-concebidas até ao desafio das expectativas pré-concebidas em que assumem em pleno a sua identidade, independente das consequências (Keogh *et al.*, 2015). É neste espectro que encontramos os pacientes a gerirem o nível de difusão que fazem de si próprios, sendo que uns escondem, outros modificam de modo a ser mais aceitável, dizendo por exemplo que

tiveram um esgotamento ou depressão, outros consideram que a sua integração e ação no mundo exige a sua plena revelação ao outro, desafiando as expectativas pré-concebidas de duas formas: tornando-se um sucesso, no sentido que conseguiram atingir uma vida satisfatória e de realização pessoal, terminando os seus estudos ou arranando um emprego, por exemplo; ou mantendo a sua saúde mental desafiando a expectativa de que a sua doença seria uma condição para o resto da vida que impor-lhe-ia sempre sintomas psiquiátricos (Redding, *et al.*, 2017; Keogh, Callaghan e Higgins, 2015).

Também vimos que, muitas vezes, em casa a pessoa não tem um ambiente apropriado, acaba por ter fraca adesão à terapêutica pelo facto de achar que não consegue ter uma vida normal com ela, ou vive situações de conflito com a família que não a considera capaz de cuidar de si própria, nem de levar uma vida “normal”.

Muitas das pessoas com repetidos reinternamentos também possuem uma situação económica precária, baixo nível de escolaridade ou mesmo fraca condição de habitação. Muitas delas chegam mesmo a viver na rua e para quem o hospital acaba por servir de “albergue”, onde podem ter as suas necessidades básicas de vida diária satisfeitas e onde encontram um apoio constante dos profissionais de saúde.

Assim, é possível compreender que a permanência de stressores que colocam em risco o equilíbrio da pessoa enquanto – corpo, mente, espírito - conduzem à sua destabilização psiquiátrica e claro ao reinternamento. Emerge o apelo por uma postura pró-ativa dos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros que estão 24 horas por dia com estas pessoas no internamento e não podem ficar alheios às influências contextuais que prejudicam a recuperação da pessoa com doença mental. Numa revisão da literatura acerca das barreiras à integração comunitária verifica-se um desencontro entre as perceções dos pacientes e as dos profissionais (Lemaire e Mallik, 2005).

Essas perceções são significativamente diferentes. A única coisa em que convergem são na opinião de que o acesso a recursos de emprego são uma barreira para a integração. Em comparação com os profissionais de saúde, os pacientes referem que esses recursos são uma grande barreira para a partir das suas próprias habilidades conseguirem ter uma vida independente. Os enfermeiros e outros profissionais de saúde são da opinião de que os fatores de financiamento sociais têm impacto na vida diária dos indivíduos que vivem na comunidade (George, 2000 citado por Lemaire e Mallik, 2005).

As diferentes perspetivas de barreiras para a integração dos pacientes na comunidade dos pacientes e dos enfermeiros, suporta a ideia de que é importante envolver os pacientes no cuidado, identificando as suas barreiras de forma individual e colaborar com eles na identificação dos objetivos apropriados, intervenções e resultados válidos (Lemaire e Mallik, 2005).

Como a maior parte dos indivíduos com doença mental são pessoas que passam por períodos intermitentes de agudização da doença, e que, mesmo com medicação, terapia ou internamentos dificilmente alcançam a cura, podemos olhar para esses indivíduos utilizando a teoria do cuidado transpessoal de Jean Watson, que preconiza que o cuidado deve ser centralizado no processo de cuidar e não na cura da doença.

Ela também defende que quanto mais envolvido um indivíduo estiver no seu processo de cuidado, mais fácil se torna cuidar desse indivíduo, e que quando os doentes exercem o seu direito a autodeterminação e se sentem ouvidos, participando nas decisões relativas ao cuidado da sua patologia, mais difícil se torna a recaída (Watson, 1999).

Uma das grandes queixas dos indivíduos portadores de doença mental é o facto de serem considerados “incapazes”. É uma realidade que dependendo da patologia, a sua capacidade *insight* e o seu juízo crítico implica uma redução da sua capacidade para o autocuidado e autocontrolo. Mas isso não significa que o enfermeiro e a equipa multidisciplinar que acompanham esses doentes não possam trabalhar em conjunto para encontrar alternativas de tratamento junto com os doentes de forma a aumentar a sua adesão ao tratamento e melhorar a sua qualidade aquando do regresso à comunidade.

Prestar cuidados de forma holística aos indivíduos, respeitando-os enquanto pessoas, levando em consideração os seus sentimentos, crenças e valores, ajuda a contruir uma relação de ajuda eficaz em que o doente contribui efetivamente para o seu processo de tratamento. Envolver a família nesse processo e servir de elo de ligação entre todos os atores envolvidos nesse cuidado também é, segundo Watson, uma tarefa importante a ser desempenhada pelos enfermeiros (1999).

Também é importante que estejamos atentos para os reinternamentos frequentes. Procurar entender quais os motivos que levaram a pessoa de volta ao internamento é uma parte importante da prevenção de reinternamentos futuros que influencia o modo de coordenar o processo de alta com o doente, preparando o doente para a realidade do que vai

enfrentar, e o modo de coordenar os cuidados pós alta com a equipa multidisciplinar de forma a atender as necessidades dos doentes.

Nos meus ensinamentos clínicos ao longo do curso pude constatar que mesmo os profissionais de saúde estão pouco despertados para os cuidados à pessoa com doença mental, desvalorizando os sentimentos das pessoas em relação ao tratamento, ou mantendo uma atitude pouco empática, o que certamente não contribui em nada para a recuperação da pessoa.

Em relação à oferta de cuidados pós alta, Tomás e Rebelo (2019) no seu estudo sobre as políticas e cuidados de saúde mental pós-alta da hospitalização psiquiátrica referem que o modelo atual de cuidados ainda está muito centrado nos cuidados médicos, com foco no internamento hospitalar. Embora haja uma oferta de cuidados que contempla a psicoterapia individual e familiar, de grupo, psicodrama, electroconvulsivoterapia, intervenção neuropsicológica, terapia ocupacional e de mediação corporal, apoio ao emprego, programas de reabilitação, entre outros a base do financiamento disponibilizado ainda está muito orientada para o internamento e que ainda há muito o que fazer para assegurar os cuidados pós-alta.

Em março de 2021 durante uma entrevista ao jornal Público, o diretor do Programa Nacional de Saúde Mental da Direção-Geral da Saúde, Miguel Xavier, referiu que o governo tem um projeto de desinstitucionalização previsto para estar concluído até 2026, onde pretende criar 40 equipas comunitárias de saúde mental, 20 para adultos e 20 para crianças, que possam se deslocar a casa das pessoas e que funcionem em articulação com a rede de cuidados de saúde primários (DN, 2021).

Ele também refere que há muito ainda para fazer até que sejam implementados os projetos e que com eles se consiga garantir um impacto positivo na vida dos portadores de doença mental (DN, 2021).

Conclusão

Com a realização do presente estudo pretendia-se averiguar quais as vivências da pessoa acerca do reinternamento num serviço de psiquiatria de agudos.

Após a leitura e interpretação dos cinco artigos selecionados para a realização do presente projeto, foi possível sintetizar os resultados em quatro temáticas que incluem: A rehospitalização como lugar de conforto e segurança; Oportunidade de reflexão e reponderação sobre o apoio comunitário necessário; O efeito potenciador do internamento sobre estigma; Lugar com sentido de pertença e companheirismo. Estes temas possibilitam confirmar que é preciso um planeamento cuidadoso da alta do internamento hospitalar de forma a evitar recaídas e que o enfermeiro tem que estar atento para os motivos que levaram a pessoa ao reinternamento.

As principais conclusões dos artigos encontradas destinam-se a contribuir para uma melhoria na prática de cuidados de enfermagem aos doentes não só durante o internamento, mas também no período pós-alta.

Também deixa claro que é extremamente importante ouvir as perceções dos pacientes, identificando as necessidades individuais de cada um de forma a encontrar estratégias que possam evitar os repetidos internamentos.

Na teoria de cuidado proposta por Jean Watson encontramos o sentido da palavra cuidar como um método para conseguir trabalhar a satisfação do utente, procurar compreender as pessoas não pelo nosso prisma mas sim pela forma como elas experienciam o seu próprio mundo, a maneira como o outro se reconhece e identifica o que lhe faz falta para viver uma vida plena é o melhor tratamento que um enfermeiro pode proporcionar a alguém.

Os princípios de cuidados propostos por ela ajuda que o enfermeiro possa empoderar o outro com as ferramentas para auxiliar o processo de *coping* do outro, restaurar a autoconfiança e envolver o paciente no seu processo de cuidados é dotá-lo de ferramentas que lhe servirão de auxílio no enfrentamento da doença evitando assim reinternamentos repetidos.

Auxiliar o paciente na reintegração social, promover uma vida ativa, ser o elo de ligação entre os diversos profissionais envolvidos no cuidado ao paciente e principalmente auxiliar no ajuste terapêutico do paciente, permitindo que ele se sinta bem mesmo fazendo a medicação é importante para evitar o abandono terapêutico e prevenir recaídas.

O presente projeto teve como principais dificuldades o fator tempo, tendo em conta que este trabalho requer bastante dedicação. Outras dificuldades sentidas foram o facto de nos encontrarmos numa situação pandémica, pouca experiência na área de investigação e a escassez de artigos relacionados com a presente temática.

Os agentes facilitadores aquando da realização deste projeto foram sem dúvida as orientações facultadas pela professora Margarida Tomás e os conhecimentos adquiridos ao longo destes 4 anos do Curso da Licenciatura em Enfermagem, principalmente em Ensinos Clínicos.

Para além de ter sido extremamente satisfatório fazer esse trabalho que contribuiu imenso para a minha perceção ao doente com patologia psiquiátrica, considero também, ter atingido todos os objetivos a que me propus, bem como ter adquirido competências essenciais para a prática de Enfermagem.

Desta forma adquiri ganhos para melhorar a qualidade de vida dos utentes e sem dúvida alguma no desenvolvimento na adequação das intervenções de Enfermagem.

Em jeito de conclusão, a divulgação deste trabalho permite a futuros leitores e investigadores interessados nesta temática, visualizar facilmente a informação adquirida e justificada, contribuindo para uma tomada de decisão eficaz.

Referências

1. Adnanes, M., *et al.*, Strategies to avoid psychiatric rehospitalisation from a service user perspective. *Patient Educ Couns.* 2020 May;103(5):1033-1040. doi: 10.1016/j.pec.2019.12.002. Epub 2019 Dec 5. PMID: 31836249. Acedido em 10.07.2021. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399119305452?via%3Dihub>
2. Alves, *et al.* (2009). Uma breve história da reforma psiquiátrica A brief history of the psychiatric reform. *Neurobiologia*, 1(January), 72. Acedido em 25.06.2021. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/341446537_Uma_breve_historia_da_reforma_psiquiatica
3. Barbosa, A., Fatores associados à recaída no contexto de psiquiatria: ótica do doente. (2019). Escola Superior de Enfermagem do Porto. Acedido em 25.06.2021. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/31242>
4. Bastos, H., Polido, F., Et Saraiva, C. (2014). *História da psiquiatria*. In C. Saraiva, Et J. Cerejeira, *Psiquiatria Fundamental*. Lisboa: Lidel.
5. Birken, M., Harper, S. (2019). Experiences of people with a personality disorder or mood disorder regarding carrying out daily activities following discharge from hospital. Acedido em 10.07.2021. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0308022617697995>
6. Coordenação Nacional para a Saúde Mental. Plano nacional de saúde mental 2007-2016. Acedido em 26.06.2021. Disponível em: <https://www.adeb.pt/files/upload/paginas/Plano%20Nacional%20de%20Saude%20Mental.pdf>

7. Decreto- Lei nº 127/92. Diário da República n.º 151/1992, Série I-A de 1992-07-03. Acedido em 24.06.2021. Disponível em <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/127/1992/07/03/p/dre/pt/html>
8. DN/Lusa.2021. Saúde Mental. Governo vai criar 40 equipas comunitárias e unidades para doentes agudos nos hospitais. Acedido em 16.07.2021. Disponível em: <https://www.dn.pt/sociedade/saude-mental-governo-vai-criar-40-equipas-comunitarias-e-unidades-para-doentes-agudos-nos-hospitais-13448872.html>
9. DRE. Regulamento nº 515/2018. Diário da República n.º 151/2018, Série II de 2018-08-07. Acedido em 07.07.2021. Disponível em: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/115932570/details/normal?l=1>
10. DRE. Lei n.º 156/2015. Diário da República n.º 181/2015, Série I de 2015-09-16. Acedido em 07.07.2021. Disponível em: https://dre.pt/home/-/dre/70309896/details/maximized?p_auth=eVIwl6Va
11. Despacho n.º 1225/2018. Diário da República n.º 25/2018, Série II de 2018-02-05. Acedido em 25.06.2021. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/114627297>
12. Durbin J, Lin E, Layne C, Teed M. Is readmission a valid indicator of the quality of inpatient psychiatric care? J Behav Health Serv Res. 2007 Apr;34(2):137-50. doi: 10.1007/s11414-007-9055-5. Epub 2007 Apr 17. PMID: 17437186. Acedido em 07.06.2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17437186/>
13. Drummond de Andrade, C. (1990) – *O avesso das coisas*. 2ª edição. Rio de Janeiro: Editora Record.
14. Entidade Reguladora da Saúde. (2015). Acesso e qualidade nos cuidados de saúde mental. Porto: ERS.
15. Ferreira, L. *et al.* 2006. Perspectiva histórica dos cuidados de enfermagem ao doente mental. Revista PsiLogos, revista do serviço de psiquiatria do Hospital Fernando da Fonseca, nº 3 págs. 61-70. Acedido em 01.07.2021. Disponível em:

<https://repositorio.hff.min-saude.pt/bitstream/10400.10/536/1/ferreira%2c%2061-70.pdf>

16. Filho *et al.* Trajetória histórica da reforma psiquiátrica em Portugal e no Brasil. Referência - Revista de Enfermagem, vol. IV, núm. 4, enero-febrero, 2015, pp. 117-125. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Acedido em 15.06.2021. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3882/388239974013.pdf>
17. Foucault, M. (1978) – *História da loucura na idade Clássica*. São Paulo: Editora Perspectiva.
18. Lei n.º 36/98. Diário da República n.º 169/1998, Série I-A de 1998-07-24. Acedido em 26.06.2021. disponível em <https://data.dre.pt/eli/lei/36/1998/07/24/p/dre/pt/html>
19. Machado, V. C. (2012). Reinternação psiquiátrica no campo da atenção psicossocial: a perspectiva dos pacientes reinternantes. Tese de Doutorado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. doi:10.11606/T.59.2012.tde-14012013-154856 Acedido em 10.07.2021. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59137/tde-14012013-154856/pt-br.php>
20. Ministério da Saúde. Retrato da Saúde 2018. Acedido em 15.06.2021. Disponível em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf
21. Moher, D.; Liberati, A.; Tetzlaff, J.; Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097
22. Neeb, K. (1997). *Fundamentos de Enfermagem de Saúde Mental*, 1ª edição. Lusociência Edições Técnicas e Científicas Lda.

23. Nolan, P., Bradley, E., Brimblecombe, N. (2011). Disengaging from acute inpatient psychiatric care: a description of service users' experiences and views. Acedido em 10.07.2021. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2850.2010.01675.x>
24. Portaria n.º 149/2011. Diário da República n.º 70/2011, Série I de 2011-04-08. Acedido em 10.07.2021. Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/276830/details/maximized>
25. Ricoeur, P. (1991). *O si-mesmo como um outro*. São Paulo: Papyrus.
26. The Joanna Briggs Institute(2015). The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015: Methodology for JBI Scoping Reviews. South Australia: The Joanna Briggs Institute.
27. Tomás, M., Rebelo, M. Políticas e cuidados de saúde mental pós-alta da hospitalização psiquiátrica. Rev enferm UFPE online. 2019;13: e243037 DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.243037>
28. Thornicroft, G., Et Tansella, M. (2010). *Boas práticas em saúde mental comunitária*. Barueri: Manole.
29. Townsend. M. (2002) – *Enfermagem psiquiátrica, conceitos de cuidados*. 3ª edição. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A.
30. Urra M, Eugenia, Jana A, Alejandra, & García V, Marcela. (2011). Algunos aspectos esenciales del pensamiento de jean watson y su teoría de cuidados transpersonales. Ciencia y enfermería, 17(3), 11-22. Acedido em 06.06.2021. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532011000300002>
31. Watson, J. (1999). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar Uma Teoria de Enfermagem*. 1ª edição. SIG – Sociedade Industrial Gráfica Lda.
32. Zhang J, Harvey C, Andrew C. Factors associated with length of stay and the risk of readmission in an acute psychiatric inpatient facility: a retrospective study. Aust N Z J Psychiatry. 2011 Jul;45(7):578-85. doi: 10.3109/00048674.2011.585452. PMID: 21718126; PMCID: PMC3190839.

Acedido em 06.07.2021. Disponível em:
<https://journals.sagepub.com/doi/10.3109/00048674.2011.585452>

APÊNDICES

Apêndice 1 - Estratégia de pesquisa efetuada na fase 2 do estudo

MEDLINE Complete – pesquisa efetuada a 7 de Julho de 2021

N.º de Identificação de Pesquisa	Termos de Pesquisa	Opções de pesquisa	Ações
S27	((MM "Mental Disorders+")) AND (S23 AND S24)	Limitadores - Data de Publicação: 20100101-20211231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Restringir por Language: - portuguese Restringir por Language: - english Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (119) Ver Detalhes Editar
S26	((MM "Mental Disorders+")) AND (S23 AND S24)	Limitadores - Data de Publicação: 20100101-20211231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (120) Ver Detalhes Editar
S25	((MM "Mental Disorders+")) AND (S23 AND S24)	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (199) Ver Detalhes Editar
S24	(MM "Mental Disorders+")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (1,087,185) Ver Detalhes Editar
S23	S20 AND S21 AND S22	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (3,954) Ver Detalhes Editar
S22	S17 OR S18 OR S19	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (30,319) Ver Detalhes Editar
S21	S7 OR S8 OR S9 OR S10	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (2,474,765) Ver Detalhes Editar
S20	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (8,894,454) Ver Detalhes Editar
S19	"treatment failure"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes	Ver Resultados (0) Ver Detalhes

		Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Editar
S18	AB rehospitallisation*	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (549) Ver Detalhes Editar
S17	AB readmission*	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (29,854) Ver Detalhes Editar
S16	AB “mental health care”	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (10,230) Ver Detalhes Editar
S15	AB “psychiatric unit*”	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (2,256) Ver Detalhes Editar
S14	“mental disorder*”	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (210,662) Ver Detalhes Editar
S13	AB “mental health service*”	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (18,326) Ver Detalhes Editar
S12	AB “mental health inpatient unit*”	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (79) Ver Detalhes Editar
S11	AB “psychiatric hospital*”	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (9,306) Ver Detalhes Editar
S10	AB perspective*	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (239,034) Ver Detalhes Editar
S9	AB reaction*	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (1,152,461) Ver Detalhes Editar
S8	AB perception*	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (240,924) Ver Detalhes Editar
S7	AB experience*	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (972,355) Ver Detalhes Editar
S6	AB person*	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (647,315) Ver Detalhes Editar
S5	AB participant*	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (773,784) Ver Detalhes Editar
S4	AB individual*	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes	Ver Resultados (1,627,236) Ver Detalhes

		Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Editar
S3	AB patient*	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (6,520,199) Ver Detalhes Editar
S2	AB "service user**"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (5,423) Ver Detalhes Editar
S1	AB adult*	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (1,203,142) Ver Detalhes Editar

CINAHL Complete – pesquisa efetuada a 7 de Julho de 2021

N.º de Identificação de Pesquisa	Termos de Pesquisa	Opções de pesquisa	Ações
S27	S23 AND S24	Limitadores - Data de Publicação: 20100101-20211231; Excluir Registos MEDLINE Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Restringir por Language: - english Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (33) Ver Detalhes Editar
S26	S23 AND S24	Limitadores - Data de Publicação: 20100101-20211231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (77) Ver Detalhes Editar
S25	S23 AND S24	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (102) Ver Detalhes Editar
S24	(MM "Mental Disorders+")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (446,903) Ver Detalhes Editar
S23	S20 AND S21 AND S22	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (1,899) Ver Detalhes Editar
S22	S17 OR S18 OR S19	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (13,862) Ver Detalhes Editar
S21	S7 OR S8 OR S9 OR S10	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes	Ver Resultados (602,440) Ver Detalhes Editar

		Modos de pesquisa - Booleana/Frase	
S20	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (2,247,304) Ver Detalhes Editar
S19	“treatment failure”	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (0) Ver Detalhes Editar
S18	AB rehospitalisation*	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (190) Ver Detalhes Editar
S17	AB readmission*	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (13,714) Ver Detalhes Editar
S16	AB “mental health care”	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (6,759) Ver Detalhes Editar
S15	AB “psychiatric unit*”	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (1,082) Ver Detalhes Editar
S14	“mental disorder*”	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (75,655) Ver Detalhes Editar
S13	AB “mental health service*”	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (13,655) Ver Detalhes Editar
S12	AB “mental health inpatient unit*”	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (79) Ver Detalhes Editar
S11	AB “psychiatric hospital*”	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (3,535) Ver Detalhes Editar
S10	AB perspective*	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (91,961) Ver Detalhes Editar
S9	AB reaction*	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (79,910) Ver Detalhes Editar
S8	AB perception*	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (110,978) Ver Detalhes Editar
S7	AB experience*	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (390,565) Ver Detalhes Editar
S6	AB person*	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes	Ver Resultados (275,884) Ver Detalhes

		Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Editar
S5	AB participant*	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (414,568) Ver Detalhes Editar
S4	AB individual*	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (410,672) Ver Detalhes Editar
S3	AB patient*	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (1,541,122) Ver Detalhes Editar
S2	AB "service user*"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (6,689) Ver Detalhes Editar
S1	AB adult*	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ver Resultados (321,601) Ver Detalhes Editar