

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA



Faculdade de Ciências Médicas

Perfil de Utilização da Urgência Metropolitana de Psiquiatria do Porto: um contributo para a análise dos cuidados de Saúde Mental na região

Dissertação da Tese de Mestrado Internacional em
Políticas e Serviços de Saúde Mental,
1ª Edição

Apresentada sob orientação do Professor Doutor Miguel Xavier

Ana Alexandra Marinho Alves

2013

AGRADECIMENTOS

Ainda que o tenha desejado algumas vezes, este trabalho não surgiu simplesmente...foi o fruto de uma viagem árdua, por vezes atribulada, e com altos e baixos quanto baste! Assim, não teria sido possível chegar a bom porto sem o apoio de todos aqueles a quem estou profundamente grata.

Ao Professor Miguel Xavier, pela sua orientação e compreensão e pelas preciosas sugestões.

Aos meus colegas de trabalho no Serviço de Urgência, pela colaboração e apoio.

A todos os pacientes que aceitaram responder ao questionário e colaborar no estudo, e sem os quais não teria sido possível apresentar este trabalho.

Ao Dr. Jorge Lopes, pela sua ajuda e orientação, mesmo após o final do internato.

Para a Ana Ribeiro, Mónica Santos, Estefania Gago e Filipa Veríssimo, o meu sincero agradecimento pela paciência na revisão do texto, pelas sugestões e contributos, e acima de tudo pelo ânimo que só os amigos conseguem dar.

Ao Tobias e ao Baltazar pela inspiração e energia que emanam.

Ao Nuno, companheiro nas alegrias e tristezas desta viagem, pela compreensão e alento e por tudo aquilo que não precisa de ser dito.

À minha família e amigos que estão sempre comigo e que dão sentido a tudo o que faça.

RESUMO

Foram identificadas várias situações problemáticas no sistema de Saúde Mental (SM) português, designadamente o recurso preferencial aos Serviços de Urgência (SU), traduzindo dificuldades no acesso aos serviços públicos especializados. O padrão de utilização dos serviços de SM, nomeadamente a urgência psiquiátrica e as características dos seus utentes, podem fornecer indicações importantes sobre a acessibilidade aos cuidados. Este estudo investiga estes aspetos e apresenta uma caracterização sociodemográfica dos utentes da Urgência Metropolitana de Psiquiatria do Porto (UMPP) e o seu padrão de utilização dos serviços de SM, tendo em conta antecedentes psiquiátricos. É também caracterizada a intervenção efetuada no SU.

Foi recolhida informação relativa a variáveis sócio-demográficas, antecedentes psiquiátricos e de utilização do SU, através da aplicação de um questionário aos utentes que recorreram à UMPP no período do estudo. Foram obtidos 213 questionários correspondendo a 210 utentes.

Na amostra estudada, o utente padrão da UMPP correspondeu a uma pessoa do género feminino, com idade média de 45 anos, casada, com baixo nível de instrução, desempregada ou reformada. 48,6% dos utentes eram acompanhados em consulta de psiquiatria. 69% tinham antecedentes de acompanhamento prévio ao nível dos cuidados especializados e destes 51,7% afirmaram ter tido pelo menos 1 episódio prévio de internamento. O motivo mais frequente de referenciação para a UMPP foi a necessidade de avaliação do risco de suicídio (25,7%). 21,4% dos utentes da amostra necessitaram de internamento. De acordo com a impressão subjetiva dos profissionais de saúde que observaram os utentes, 50% dos casos foram considerados pertinentes do ponto de vista psiquiátrico, mas não urgentes.

Este estudo contribui para um conhecimento mais aprofundado do recurso à urgência de psiquiatria e mostra que aquele serviço é preferencialmente utilizado por doentes em acompanhamento psiquiátrico. Contudo, funciona também como “porta de entrada” mais rápida para os cuidados especializados. Metade dos casos observados não foi considerada urgente, constituindo uma utilização pouco adequada daquele serviço e que parece ser decorrente de problemas de acessibilidade e continuidade nos cuidados de SM.

Palavras-chave: Saúde mental; serviço de urgência psiquiátrica; utilização de serviços; acessibilidade aos cuidados de saúde mental

ABSTRACT

Several problematic situations in Portuguese Mental Health (MH) System were identified, namely the preferred use of Emergency Department (ED), reflecting difficulties in access to specialized psychiatric care. The pattern of use of MH Services, including psychiatric ED and the characteristics of their users, can provide important information about the accessibility to care. This study investigates these aspects and presents a sociodemographic characterization of users of the Metropolitan Psychiatric Emergency Department of Oporto (UMPP) and its pattern of MH Services use, taking into account psychiatric history. It also characterized the intervention within the ED.

Information about sociodemographic variables, psychiatric history and previous use of ED, have been collected through the application of a questionnaire to users who presented to UMPP during the study period. 213 questionnaires were obtained corresponding to 210 users.

In this sample, the user's pattern corresponds to a woman, mean age 45 years, married, with low level of education, unemployed or retired. 48.6% of users were having consultation in a psychiatric facility. 69% had a history of prior consultation in specialized care and 51.7% reported having had at least 1 previous episode of hospitalization. The most common reason for referral to the UMPP was the need to assess the suicide risk (25.7%). 21.4% of the sample users required hospitalization. According to the subjective impression of health professionals who observed users, 50% of cases were considered relevant from a psychiatric point of view, though not urgent.

This study contributes to a deeper understanding of users who resort to psychiatric ED and shows that the service is primarily used by patients in psychiatric care. However, it also serves as a "gateway" for specialized care. Half of the cases observed were not considered urgent, reflecting an inadequate use of ED which suggests difficulties in access to regular care in MH services.

Keywords: Mental health; psychiatric emergency services; health care service utilization; access to mental health care

RESUMEN

Se identificaron varias situaciones problemáticas en el Sistema de Salud Mental (SM) portugués, a saber, el recurso preferencial a lo servicio de urgencia (SU), lo que refleja las dificultades en el acceso a los servicios públicos especializados. El patrón de uso de los servicios de SM, incluido las urgencias psiquiátricas y las características de sus usuarios, puede proporcionar información importante acerca de la accesibilidad a los cuidados de SM. Este estudio investiga estos aspectos y presenta las características sociodemográficas de los usuarios de la Urgencia Metropolitana de Psiquiatria do Porto (UMPP) y su patrón de utilización de los servicios de SM, teniendo en cuenta su historial psiquiátrico. Se caracteriza también la intervención realizada en el SU.

Se recogió información sobre variables sociodemográficas, antecedentes psiquiátricos y de utilización del SU, a través de la aplicación de un cuestionario a los usuarios que recurrieron a UMPP durante el período de estudio. Se obtuvieron 213 cuestionarios correspondiendo a 210 usuarios.

En esta muestra, el patrón de usuario de UMPP corresponde a mujer, con edad media de 45 años, casada, con bajo nivel de educación, desempleada o jubilada. 48,6% de los usuarios tenían acompañamiento en consulta de psiquiatria. 69% tenían antecedentes de acompañamiento previo en consulta de psiquiatria y el 51,7% informó haber tenido al menos un episodio previo de hospitalización. La razón más común para la referencia a la UMPP fue la necesidad de evaluar el riesgo de suicidio (25,7%). 21,4% de los usuarios de la muestra fueran hospitalizados. De acuerdo con la impresión subjetiva de los profesionales de salud que han observado los usuarios, el 50% de los casos se consideraron pertinentes al punto de vista psiquiátrico, pero no urgentes.

Este estudio contribuye a una comprensión más profunda de los usuarios que recurren a lo servicio de urgencia psiquiátrica y muestra que el servicio se utiliza principalmente por los pacientes que están recibiendo asistencia psiquiátrica. Sin embargo, también sirve como una "puerta de entrada" para la atención especializada. La mitad de los casos no se consideraran urgentes, lo que refleja un uso inadecuado de este servicio y que sugiere dificultades en el acceso a consulta regular en los servicios de SM.

Palabras clave: Salud mental; emergencia psiquiátrica; utilización de servicios; accesibilidad a los cuidados de salud mental

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	I
RESUMO	III
ABSTRACT	V
RESUMEN	VII
1. INTRODUÇÃO	1
1.1. <i>Saúde Mental: um elemento essencial da Saúde</i>	1
1.2. <i>Dimensão dos Problemas de Saúde Mental em Portugal</i>	2
1.3. <i>Evolução dos Serviços de Saúde Mental em Portugal</i>	3
2. SERVIÇOS DE URGÊNCIA PSIQUIÁTRICA	7
2.1. <i>Acessibilidade e utilização dos Serviços de Saúde</i>	7
2.1.1. <i>Vias de acesso aos cuidados de saúde mental</i>	7
2.1.2. <i>Utilização dos serviços de saúde</i>	8
2.2. <i>Continuidade de Cuidados em Saúde Mental</i>	13
2.3. <i>Conceitos de “Emergência” e “Urgência” Psiquiátrica</i>	14
2.4. <i>Desenvolvimento e Evolução dos Serviços de Urgência Psiquiátrica</i>	15
2.5. <i>Fatores associados a elevada utilização dos Serviços de Saúde Mental</i>	16
2.5.1. <i>Utilizadores de elevada frequência (UEF)</i>	16
2.5.2. <i>Uso inapropriado do SU</i>	19
2.6. <i>Epidemiologia em Serviços de Urgência Psiquiátrica</i>	20
2.6.1. <i>Panorama internacional</i>	20
2.6.2. <i>Panorama nacional</i>	23
3. CONTEXTO LOCAL E ÂMBITO DO ESTUDO	22
3.1. <i>A Região Norte e a Área Metropolitana do Porto</i>	25
3.2. <i>Contexto local: a Urgência Metropolitana de Psiquiatria do Porto (UMPP)</i>	28
3.3. <i>Justificação para a realização do estudo</i>	31
3.4. <i>Objetivos do estudo</i>	32
4. METODOLOGIA	33
4.1. <i>Desenho do estudo</i>	33
4.2. <i>Setting</i>	33
4.3. <i>Amostra</i>	33
4.4. <i>Seleção dos participantes</i>	33
4.5. <i>Instrumento do estudo</i>	34
4.6. <i>Autorização/aspetos éticos</i>	38
4.7. <i>Análise dos dados</i>	38

5. RESULTADOS	39
5.1. <i>Caracterização sociodemográfica</i>	39
5.2. <i>Antecedentes de utilização dos Serviços de SM pelos utentes da UMPP</i>	43
5.2.1. Acompanhamento em consulta de Psiquiatria	43
5.2.2. Antecedentes de internamento em Serviços de Psiquiatria	44
5.3. <i>Vias de acesso/referenciação para os cuidados especializados de psiquiatria</i>	45
5.4. <i>Antecedentes de utilização do SU</i>	48
5.4.1. Antecedentes de recurso à UMPP	48
5.4.2. Utilizadores de elevada frequência (UEF)	49
5.4.3. Antecedentes de recurso ao Serviço de Urgência médica	50
5.5. <i>Caracterização dos episódios de recurso ao SU</i>	50
5.5.1. Horário de recurso	50
5.5.2. Acompanhante	50
5.5.3. Motivo de recurso à UMPP/ queixa inicial na triagem do SU	51
5.5.4. Decisão de recurso ao SU	52
5.5.5. Sintomatologia associada ao recurso ao SU	53
5.5.6. Fatores associados à sintomatologia psiquiátrica	57
5.5.7. Diagnóstico atribuído	58
5.5.8. Intervenção efetuada no SU	60
5.5.9. Orientação dos utentes após a observação no SU	60
5.5.10. Pertinência e urgência do recurso ao SU de psiquiatria	61
6. DISCUSSÃO	63
6.1. <i>Caracterização sociodemográfica</i>	64
6.2. <i>Antecedentes de utilização dos Serviços de SM pelos utentes da UMPP</i>	65
6.3. <i>Vias de acesso/referenciação para os cuidados especializados de psiquiatria</i>	66
6.4. <i>Antecedentes de utilização do SU</i>	69
6.5. <i>Caracterização dos episódios de recurso ao SU</i>	69
6.6. <i>Limitações do estudo</i>	75
7. CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES	77
7.1. <i>Conclusões</i>	77
7.2. <i>Recomendações</i>	79
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	81
9. ANEXO	93

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
ARS	Administração Regional de Saúde
CHEDV	Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga
CHMA	Centro Hospitalar do Médio Ave
CHPVVC	Centro Hospitalar da Póvoa de Varzim-Vila do Conde
CHSJ	Centro Hospitalar São João
CHTS	Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa
CHVNG-E	Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia-Espinho
CNRSSM	Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental
CS	Centro de Saúde
CSP	Cuidados de Saúde Primários
<i>DALY's</i>	<i>Disability Adjusted Life Years</i>
DGS	Direção Geral da Saúde
HDA	Hospital Distrital de Aveiro
HML	Hospital de Magalhães Lemos
INE	Instituto Nacional de Estatística
IDT	Instituto da Droga e da Toxicodependência, IP
MF	Médico de Família
NUT	Nomenclatura de Unidade Territorial
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNSM	Plano Nacional de Saúde Mental
SM	Saúde Mental
SU	Serviço de Urgência
TS	Tentativa de suicídio
UEF	Utilizadores de Elevada Frequência
ULSM	Unidade Local de Saúde de Matosinhos
UMPP	Urgência Metropolitana de Psiquiatria do Porto
VIH/SIDA	Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
<i>YLD'S</i>	<i>Years Lived With Disability</i>

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Modelo comportamental de utilização dos serviços de saúde (adaptado de Andersen)

Figura 2: Medidas de acesso aos serviços de saúde (adaptado de Andersen)

Figura 3: Mapa da área metropolitana do Porto

Figura 4: Pirâmide etária da NUT III – Grande Porto, 2003-2020 (projeção)

Figura 5: Distribuição dos utentes de acordo com o concelho (%)

Figura 6: Antecedentes de acompanhamento em consulta e internamento de psiquiatria

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Aspetos da continuidade de cuidados

Quadro 2: Definições publicadas de UEF em SU

Quadro 3: Estado civil e companhia no domicílio

Quadro 4: Antecedentes de internamento por sexo

Quadro 5: Satisfação com a rapidez de atendimento por local de ajuda

Quadro 6: Antecedentes de recurso ao SU de psiquiatria e médico

Quadro 7: Sintomas associados ao recurso à UMPP

Quadro 8: Problemas associados aos sintomas psiquiátricos

Quadro 9: Urgência *versus* pertinência dos episódios de recurso à UMPP

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribuição por sexo e grupo etário

Gráfico 2: Estado civil

Gráfico 3: Com quem vive no domicílio

Gráfico 4: Distrito de residência

Gráfico 5: Escolaridade

Gráfico 6: Situação laboral

Gráfico 7: Isenção do pagamento de taxa moderadora

Gráfico 8: Duração do acompanhamento atual por psiquiatria

Gráfico 9: Última consulta

Gráfico 10: Internamentos prévios

Gráfico 11: Internamentos nos últimos 12 meses

Gráfico 12: Pedido de ajuda profissional

Gráfico 13: Local de procura de ajuda

Gráfico 14: Tentativa de marcação de consulta de psiquiatria nos 12 M prévios

Gráfico 15: Local da marcação de consulta

Gráfico 16: Dificuldade na marcação de consulta

Gráfico 17: Tempo de espera pela consulta de psiquiatria

Gráfico 18: Tempo de espera pela consulta pós internamento

Gráfico 19: Antecedentes de recurso à UMPP

Gráfico 20: Antecedentes de recurso à UMPP nos 12 M anteriores

Gráfico 21: Episódios de recurso à UMPP nos 12 M anteriores

Gráfico 22: Pedido de ajuda profissional em doentes sem antecedentes de recurso ao SU

Gráfico 23: Pedido de ajuda profissional em doentes com antecedentes de recurso ao SU

Gráfico 24: Episódios de recurso à UMPP nos 12 M anteriores em utentes com antecedentes de recurso prévio

Gráfico 25: Acompanhante

Gráfico 26: Motivo de recurso/triagem (queixa inicial)

Gráfico 27: Cor da Triagem de Manchester

Gráfico 28: Decisão de recurso ao SU

Gráfico 29: Local de recurso prévio à UMPP

Gráfico 30: Sintomas associados ao recurso ao SU

Gráfico 31: Ansiedade e depressão

Gráfico 32: Ideação suicida

Gráfico 33: Tentativa de suicídio

Gráfico 34: Método de TS

Gráfico 35: Alcoolismo

Gráfico 36: Toxicodependência

Gráfico 37: Comorbilidade entre alcoolismo e toxicodependência

Gráfico 38: Antecedentes de consumo de tóxicos (♂)

Gráfico 39: Antecedentes de consumo de tóxicos (♀)

Gráfico 40: Autoagressividade

Gráfico 41: Heteroagressividade

Gráfico 42: Sintomas psicóticos

Gráfico 43: Fatores associados à sintomatologia psiquiátrica

Gráfico 44: Incumprimento terapêutico e agravamento da depressão

Gráfico 45: Recaída psicótica e incumprimento terapêutico

Gráfico 46: Responsável pela prescrição

Gráfico 47: Diagnóstico

Gráfico 48: Distribuição por sexo dos diagnósticos atribuídos no SU

Gráfico 49: Distribuição relativa dos diagnósticos atribuídos no SU

Gráfico 50: Orientação pós alta

Gráfico 51: Diagnóstico de internamento

1. INTRODUÇÃO

1.1. Saúde Mental: um elemento essencial da Saúde

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define “Saúde” como “um estado de completo bem-estar físico, psíquico e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (OMS, 2001). Neste contexto, a Saúde Mental (SM) é mais do que apenas a ausência de perturbação mental, sendo um componente integral e essencial da Saúde. Pela interdependência da SM com o componente físico da Saúde, e pelo modo como determina a capacidade dos indivíduos contribuírem e se integrarem na sua comunidade, é indispensável para uma vida plena e para o desenvolvimento das sociedades (OMS, 2001). Neste sentido, tem sido cada vez mais entendida como o produto de múltiplas e complexas interações, que incluem fatores biológicos, psicológicos e sociais (OMS, 2005).

Estudos epidemiológicos demonstram que as perturbações psiquiátricas e os problemas de SM são frequentes, tendo-se tornado na principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade, nas sociedades atuais. De facto, das 10 principais causas de incapacidade, 5 são perturbações psiquiátricas (OMS, 2001). De acordo com o último relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre a carga global de doença, as perturbações neuropsiquiátricas foram responsáveis por 13.1% de todos os anos de vida saudável perdidos (*Disability Adjusted Life Years - DALY's*). Destas, as que mais contribuíram para os *DALY's* foram as perturbações mentais, especialmente a depressão unipolar, sendo responsável por 4.3% do total dos *DALY's* a nível mundial. 2.1% de todas as mortes estiveram diretamente associadas a doenças neuropsiquiátricas, sendo o suicídio responsável por 1.4% da mortalidade global (OMS, 2004). Ainda de acordo com aquela fonte, na Europa as perturbações neuropsiquiátricas constituem a principal causa de anos vividos com incapacidade (*Years Lived With Disability - YLD's*), contribuindo para 39.7% do total atribuível a todas as causas. A depressão unipolar foi responsável por 13.7% dos *YLD's*, constituindo a principal causa de doença crónica a nível europeu. As taxas de suicídio também são elevadas nesta região, sendo a prevalência média de 15.1 por 100.000 habitantes (OMS, 2004); suicidam-se na União Europeia cerca de 58.000 pessoas por ano, o que ultrapassa o número anual de vítimas mortais de acidentes de viação, homicídio ou VIH/SIDA (Comissão das Comunidades Europeias, 2005).

As perturbações mentais constituem assim o principal problema de Saúde Pública na Europa, e um dos principais em todo o mundo, para todos os grupos etários. Pelo sofrimento e pela deterioração da qualidade de vida que provocam e pelo aumento de mortalidade e morbilidade a que se associam, condicionam uma perda significativa em termos sociais e económicos pelo que se torna fundamental a melhoria da prestação de cuidados de SM de forma a obter ganhos em saúde de forma global (OMS, 2008). Neste contexto, a investigação epidemiológica e de serviços constitui um meio essencial para a melhoria dos cuidados de SM, nomeadamente no âmbito do seu planeamento e avaliação.

1.2. Dimensão dos Problemas de Saúde Mental em Portugal

Em Portugal, ainda não existem dados epidemiológicos que quantifiquem o impacto das perturbações mentais quanto à carga de doença, mas os resultados do Primeiro Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental (Caldas de Almeida, 2010) sugerem que Portugal é o país da Europa com a maior prevalência de perturbações mentais na população adulta. No ano de 2009, um em cada cinco portugueses sofreu de uma perturbação psiquiátrica (23%) e aproximadamente metade (42.7%) já teve uma destas perturbações durante a vida. Estes resultados demonstram uma prevalência de quase 43% de portugueses que sofrem de perturbações mentais ao longo da sua vida. Os dados colocam Portugal com as taxas mais elevadas da Europa (cerca de 23%), com resultados próximos dos Estudos Unidos (26,4%).

As perturbações psiquiátricas mais frequentes na população portuguesa são os quadros de ansiedade (16,5%) e a depressão (7.9%). As variáveis associadas às perturbações mentais são o sexo feminino, o grupo etário entre os 18-24 anos, o estado civil divorciado/viúvo ou separado e o nível baixo/médio de literacia (Caldas de Almeida, 2010), o que está de acordo com estudos internacionais. Dos casos que tiveram acompanhamento médico, 38.9% ocorreram em serviços especializados de SM, enquanto 47.1% foram acompanhadas no âmbito da Medicina Geral e Familiar. De acordo com o responsável pelo estudo, uma parte significativa (33.6%) dos casos de perturbações graves não teve qualquer tratamento, sendo que, provavelmente, estes casos precisariam de cuidados especializados (Caldas de Almeida, 2010). Os dados encontrados poderão ser o reflexo de insuficiências ao nível da prestação de cuidados de SM, apesar das diretrizes governamentais enfatizarem a necessidade de assegurar a toda a população o acesso a serviços habilitados a promover a SM, que prestem cuidados de qualidade e facilitem a recuperação e reintegração das pessoas com perturbações mentais.

1.3. Evolução dos Serviços de Saúde Mental em Portugal

Em Portugal, a SM foi considerada uma das áreas prioritárias de investimento (Portugal, 2004), tendo sido criado um Plano Nacional de SM (PNSM) que visa a reorganização dos serviços e, consequentemente, a melhoria da prestação de cuidados de SM.

Da Conferência Ministerial dos Estados Membros da região europeia da OMS realizada em Helsínquia em 2005, resultou a Declaração Final «Enfrentar os desafios, construir as soluções», subscrita pelo Governo Português. Posteriormente, a Comissão Europeia publicou o Livro Verde «Melhorar a saúde mental da população. Rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia», que enfatiza os problemas de SM e acentua a necessidade de promover alterações substantivas nos modelos de intervenção neste domínio. Neste sentido, em 2006 foi criada a Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de SM, responsável pelo estudo da situação nacional quanto à prestação de cuidados de SM, e pelo desenvolvimento de plano de reestruturação e desenvolvimento dos serviços (Portugal, 2008).

A OMS (OMS, 2003) e outras organizações internacionais preconizam que os serviços de SM devem basear-se na comunidade, de forma a permitir a acessibilidade e equidade dos cuidados, e salientam a articulação fundamental com os cuidados de saúde primários (CSP). Assim, os serviços de SM devem assumir a responsabilidade pela prestação de cuidados num sector geo-demográfico específico, com uma dimensão estimada entre 200,000 e 300,000 habitantes de modo a que seja possível assegurar os cuidados essenciais sem que as pessoas se tenham que afastar significativamente do seu local de residência. Devem integrar um conjunto diversificado de unidades e programas, como o internamento em hospital geral, assegurando uma resposta efetiva às diferentes necessidades das populações. Recomenda-se que incentivem à participação dos utentes e seus familiares e quem funcionem em articulação com as estruturas existentes na comunidade, fundamentais na reabilitação e na prestação de cuidados continuados aos doentes mentais graves. Os serviços devem investir na qualidade e perceber a necessidade de prestarem contas da forma como cumprem os seus objetivos.

Seguindo estas diretrizes, o PNSM 2007-2016 prevê, no que se refere à organização dos serviços de SM, a integração de um conjunto diversificado de unidades e programas, em estreita articulação com os CSP. O PNSM proporciona o enquadramento para a remodelação dos cuidados de SM e estabelece vários objetivos, nomeadamente assegurar o seu acesso equitativo, promover e proteger os direitos das pessoas com problemas de SM, reduzir o impacto das perturbações mentais e contribuir para a promoção da SM na sociedade, descentralizar os

serviços de SM, facilitar a participação de utentes, famílias e comunidade, e promover a integração dos cuidados de SM no sistema geral de saúde, tanto a nível dos CSP como dos hospitais gerais e dos cuidados continuados, diminuindo a institucionalização de doentes com perturbações mentais graves (Portugal, 2008).

Apesar de alguns aspetos positivos na evolução do sistema de SM português, nomeadamente a existência de legislação sobre a SM, a implementação de alguns programas de reabilitação psicossocial e a criação de serviços descentralizados, trata-se ainda de um sistema demasiado centrado nos hospitais psiquiátricos (Mental Health Europe, 2008).

Em Portugal as estruturas de SM mais significativas pertencem ou ao sector público ou ao sector social e convencionado. Do primeiro fazem parte 3 hospitais psiquiátricos, localizados nas 3 principais cidades (Lisboa, Porto e Coimbra), 3 departamentos de psiquiatria e SM da infância e adolescência, sedeados igualmente naquelas 3 cidades, e 30 serviços locais de SM, 4 dos quais sem internamento próprio, integrados em hospitais gerais e disseminados pelo país, nomeadamente nas capitais de distrito. Integram ainda o sector público os serviços de psiquiatria de 5 hospitais militares. De acordo com dados oficiais, o sector público dispõe de 2747 camas, das quais 1364 ocupadas por situações de evolução prolongada; o sector social e convencionado disponibiliza 3320 camas, na quase totalidade com utentes de evolução prolongada (Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental - CNRSSM, 2007). O *ratio* de camas psiquiátricas é de 7.5 por 10.000 habitantes, das quais 1.5/10.000 em hospitais psiquiátricos e 1/10.000 em hospitais gerais. Ao longo dos últimos 15 anos houve um decréscimo de 40% no número de camas alocadas à psiquiatria (OMS, 2001).

De acordo com o Relatório da CNRSSM apresentado em 2007, a análise do sistema de SM identificou fragilidades e insuficiências graves, a nível da acessibilidade aos cuidados especializados, da equidade e da qualidade de cuidados nos serviços de SM. Dos aspetos anteriormente mencionados, **o recurso preferencial aos SU foi identificado como sendo uma das várias situações problemáticas**, sugerindo a existência de problemas na acessibilidade aos cuidados especializados. O número de contactos com os serviços públicos (1,7% da população, em 2005) mostra que apenas uma pequena parte das pessoas com problemas de SM tem acesso aos serviços públicos especializados (tendo em conta a percentagem da população que sofre de uma perturbação psiquiátrica de certa gravidade em cada ano, seria de esperar um valor de pelo menos 5 a 8% da população). Foram também reportadas dificuldades na marcação de consultas.

A necessidade acrescida de recurso ao SU por parte dos utentes foi também mencionada no referido relatório como estando relacionada com situações sugestivas de interrupção na continuidade de cuidados, indiciadas pelo significativo intervalo entre a alta do internamento e a consulta subsequente, bem como a proporção de reinternamentos ocorridos sem qualquer contacto em ambulatório.

A continuidade de cuidados tem sido reconhecida como uma medida fundamental para a avaliação do funcionamento dos serviços de saúde, nomeadamente o desempenho dos serviços de SM (Adair *et al.*, 2005).

Foi ainda identificada uma reduzida implementação de serviços de SM na comunidade que, quando existem, sofrem com a falta de recursos (financeiros e humanos) pelo que a qualidade dos serviços é inferior ao desejável. Verifica-se uma alocação insuficiente de recursos para os serviços de SM, especialmente tendo em conta o impacto das doenças mentais para a carga global de doença. Em Portugal apenas aproximadamente 3% do orçamento para o sector da Saúde é direccionado para a SM (OMS, 2001). Muitos serviços de SM continuam reduzidos ao internamento, consulta externa e, por vezes, hospital de dia; por outro lado, não dispõem de equipas de SM comunitárias com recursos capazes de proporcionar intervenções para a implementação de programas de gestão integrada de casos, trabalho com as famílias, intervenção em crise, pelo que nestas situações a articulação com os serviços se torna difícil, podendo contribuir também para uma maior necessidade de recurso ao SU.

A reorganização dos serviços de psiquiatria e SM de acordo com um paradigma de prestação de cuidados baseada na comunidade tem conduzido a mudanças na prestação dos serviços. Neste contexto, é importante a análise dos fatores determinantes da sua utilização em vários níveis (Carr, 2003).

No que diz respeito à realidade portuguesa, uma vez que o desenvolvimento extra-hospitalar da psiquiatria portuguesa continua a ser escasso, mantendo-se o predomínio dos cuidados centrados no internamento hospitalar, e que a articulação dos CSP se encontra ainda num nível de implementação relativamente incipiente, os SU continuam a ser frequentemente o primeiro local de recurso nos casos de necessidade não programada de cuidados. Deste modo, os SU de psiquiatria constituem uma placa giratória de referência entre a comunidade, os CSP e os serviços especializados. Assim, estudando as vias de acesso aos SU foi possível avaliar indiretamente a acessibilidade aos cuidados especializados (CNRSSM, 2007).

O estudo epidemiológico descritivo transversal sobre as vias de acesso aos SU de Psiquiatria, efetuado no âmbito do plano de trabalho da CNRSSM, revelou que *“as unidades de ambulatório não davam uma resposta adequada às necessidades expressas em mais de 30% dos doentes estudados. Se associarmos a essa dificuldade de acesso aos dispositivos de ambulatório em circunstâncias não programadas (i. é, fora das consultas de rotina) com a rapidez de atendimento reportada no estudo, não é difícil entender o motivo pelo qual em situação de necessidade uma parte significativa da população estudada se dirigiu diretamente e em primeiro lugar a um SU”* (CNRSSM, 2007).

Conclui-se assim que o padrão de utilização do SU pode fornecer indicações relevantes sobre a acessibilidade aos cuidados de Psiquiatria e SM, constituindo um reflexo do funcionamento dos serviços a montante. Por outro lado, a informação sobre as características dos utentes e o padrão de utilização dos serviços psiquiátricos, nomeadamente o SU, é importante para o planeamento dos serviços de SM e para a alocação de recursos (Carr, 2003).

2. SERVIÇOS DE URGÊNCIA PSIQUIÁTRICA

2.1. Acessibilidade e utilização dos Serviços de Saúde

A acessibilidade e utilização dos serviços de saúde são fenómenos complexos e envolvem diversos fatores, designadamente geográficos (proximidade/distância dos serviços, tempo de deslocação ao serviço, redes rodoviárias e transportes existentes), socioeconómicos (rendimento familiar, custos de deslocação, custos de medicamentos), socioculturais (estilos de vida, crenças, valorização da doença), demográficos (idade, sexo, profissão, posição social) e fatores psicológicos (motivação para recorrer aos serviços de saúde) (Pinheiro de Melo, 1999).

As características da população podem determinar a procura e utilização dos serviços, sendo fundamental neste tipo de análise conhecer a distribuição da população consumidora por idades, sexo, grupo socioeconómico, escolaridade, local de residência, perceção do estado de saúde, gravidade da doença e informação que detêm sobre os serviços de saúde (Santana, 1993).

2.1.1 Vias de acesso aos cuidados de saúde mental

Goldberg e Huxley desenvolveram um modelo para caracterizar a trajetória dos indivíduos com perturbações psicológicas através dos dispositivos em vários níveis do sistema de saúde, identificando ao mesmo tempo os obstáculos (filtros) existentes na transição entre esses níveis (Goldberg e Huxley, 1980). Trata-se de um modelo que pretende clarificar o trajeto entre a comunidade e o internamento em serviços de Psiquiatria, em função da necessidade de cuidados e a consequente utilização dos serviços de saúde.

De acordo com o Modelo de Goldberg-Huxley, o sistema de saúde compreende 5 níveis no acesso aos cuidados psiquiátricos, havendo entre estes 4 filtros.

O nível 1 compreende todos os casos psiquiátricos na comunidade; o nível 2 inclui todos os casos psiquiátricos que consultam os CSP; o nível 3 refere-se aos indivíduos cuja morbilidade psiquiátrica foi detetada ao nível dos CSP; o nível 4 corresponde à morbilidade psiquiátrica total nos serviços psiquiátricos e o nível 5 corresponde aos doentes que são internados em serviços psiquiátricos. Os autores descrevem a via de acesso como um conjunto de decisões.

O filtro 1 corresponde ao comportamento de doença (isto é, à procura de ajuda médica perante determinado conjunto de sintomas); o filtro 2 diz respeito à capacidade de deteção de perturbação psiquiátrica nos CSP; o filtro 3 corresponde à decisão de referenciação dos CSP para os serviços de SM; o filtro 4 corresponde à decisão de internamento psiquiátrico. Estes filtros influenciam, de forma significativa, a prevalência tratada pois apenas uma pequena parcela dos indivíduos com perturbações psicológicas terá possibilidade de ser observada por profissionais de psiquiatria e SM. A maioria dos indivíduos, ou não recorrem a cuidados médicos (filtro 1), ou não são detetadas como “casos” (filtro 2), ou são identificados mas não são referenciados para os cuidados especializados (filtro 3). Este esquema é válido sobretudo para as situações clínicas em que não se verificam perturbações graves do comportamento, uma vez que estas acabam por ser dirigidas imediatamente aos cuidados especializados através das unidades de crise (nos países com mais recursos desenvolvidos na comunidade), quer através do envio aos SU (nos países com poucos recursos na comunidade).

A permeabilidade dos filtros e a prestação de cuidados nos diferentes níveis, bem como a correspondente utilização dos serviços de saúde, está dependente de fatores sociais (crenças e atitudes culturais acerca da saúde e da doença), individuais (características sócio-demográficas, perceção e vivência da doença, “papel de doente”) e estruturais (recursos disponíveis, acessibilidade), aumentando em função da gravidade da situação clínica. Considera-se existir um “*acesso eficaz*” quando há melhoria do estado de saúde com a utilização dos serviços ou quando há satisfação dos utentes com esta. Um “*acesso eficiente*” é demonstrado quando o nível de saúde ou satisfação com os serviços aumenta relativamente à quantidade de serviços de saúde consumidos (Andersen, 1995)

2.1.2. Utilização dos serviços de saúde

De acordo com Sytema (1994), o estudo da utilização dos serviços de SM é relevante para a investigação na área da Psiquiatria Social em 2 domínios principais: a epidemiologia das perturbações mentais e a avaliação dos serviços de SM.

Eaton (1996) defende que as medidas de utilização dos serviços, tais como o volume de cuidados prestados, a taxa de re-internamento e a continuidade de cuidados, bem como a satisfação com os serviços/tratamento são medidas de *outcome* importantes ao nível dos serviços.

A avaliação da eficácia dos serviços/tratamentos relativamente a várias medidas de *outcome* individuais (tais como psicopatologia, funcionamento e qualidade de vida) e a relação entre estas e a utilização dos serviços/custo (custo-benefício), é importante para a avaliação dos serviços, na medida em que o principal objetivo destes é conseguir obter um melhor *outcome* para os pacientes. Este modelo poderia ser designado de “*necessidade-procura-utilização-outcome*” (Boer, Haes, 1997).

Boyer e Lutfey (2010) salientam vários aspetos fundamentais na relação entre o “*papel de doente*”, e o padrão de procura de cuidados médicos, nomeadamente mudanças no “*papel de doente*” e que têm contribuído para alterações na prestação dos cuidados de saúde. Na década de 50, este era conceptualizado como um *satus* temporário assumido em resposta a sintomas agudos; neste contexto, o doente estava dispensado das suas obrigações sociais normativas enquanto recuperava, mas estava também moralmente obrigado a procurar ajuda médica e a seguir as indicações médicas de forma a melhorar. Contudo, este modelo em que os doentes eram consumidores passivos do “*know-how*” médico tornou-se algo obsoleto. Os doentes são atualmente mais ativos na procura de meios de tratamento e têm um acesso mais facilitado ao conhecimento médico, desempenhando um papel cada vez mais relevante na escolha das opções terapêuticas. Por outro lado, nos países ocidentais a prevalência de doenças crónicas tem vindo a aumentar, em detrimento da redução de doenças infecciosas. Neste contexto, o “*papel de doente*” tornou-se mais diversificado, incluindo um variado leque de doentes. Em muitas situações, o tratamento médico já não passa pela cura mas sim pela gestão da doença ou até mesmo pelo controlo dos sintomas. O “*papel de doente*” tornou-se mais frequentemente crónico do que agudo; noutras situações, baseia-se mais no risco de doença do que na enfermidade propriamente dita, sendo necessária uma maior colaboração do doente ao longo do tempo e não tanto a procura de tratamento médico pontual. As relações entre os prestadores de cuidados de saúde e os doentes tornaram-se, assim, multifacetadas, menos paternalistas e mais direcionadas para os resultados da interação entre os utentes e o serviço de saúde.

Os comportamentos de procura de cuidados de saúde, o padrão de utilização dos serviços e a medida em que são supridas as necessidades de cuidados, nomeadamente em SM, têm sido amplamente investigados pela sua relevância na compreensão da utilização dos serviços e no planeamento de políticas de saúde (Gater *et al.*, 1991). A gravidade dos sintomas, o grau de disfunção social que os mesmos condicionam e fatores sociodemográficos como o sexo, idade, nível educacional, estado marital e emprego estão associados e influenciam a procura e a prestação do tratamento (Bebbington *et al.*, 2000).

Tem-se verificado, em muitas situações, uma procura excessiva de cuidados de saúde especializados, que implica uma sobrecarga económica e humana para os serviços de saúde. Contudo, isto nem sempre corresponde a uma melhoria no nível de cuidados prestados, pois associa-se muitas vezes a situações de iatrogenia e medicalização excessiva, com atendimento de numerosos casos cuja gravidade não justificaria o recurso a cuidados diferenciados (Saarento *et al*, 1998; Arfken *et al*, 2004). Ao nível do sistema de saúde, este aumento da procura de cuidados condiciona frequentemente uma alocação inadequada de recursos e um aumento dos custos com a saúde (Arfken *et al*, 2004).

No lado oposto, verifica-se que outros doentes não recebem os cuidados de saúde de que necessitam, sendo cada vez mais evidente a existência de disparidades e inequidade na alocação dos recursos (OMS, 2008). Apesar de estudos epidemiológicos mostrarem que existe uma elevada prevalência de perturbações mentais ao longo da vida, muitas são autolimitadas e de gravidade ligeira. Contudo, entre 1/3 a 2/3 dos casos graves não recebem tratamento (Demyttenaere *et al*, 2004; Kessler *et al.*, 2005, 2003). Na área da SM este é um problema particularmente grave, pois as perturbações mentais não tratadas são uma importante causa de mortalidade precoce e também morbilidade (não só para o indivíduo, como para a sua família e para a comunidade em que se insere). Acresce ainda que, dada a possibilidade de tratamento, esta carga de doença seria evitável; por outro lado, a ausência de tratamento torna mais provável a persistência ou recorrência dos sintomas, ou até mesmo um agravamento dos mesmos, acentuando o impacto das perturbações mentais (OMS, 2008).

Tornou-se assim importante encontrar meios mais adequados e custo-efectivos para a avaliação da necessidade de cuidados de saúde, que facilitem a utilização racional dos serviços (Oiesvold *et al*, 2002; Demyttenaere *et al*, 2004; Bruffaerts *et al*, 2008).

A identificação de características individuais dos doentes e dos próprios serviços de SM associadas a uma elevada utilização é um passo importante no desenvolvimento e planeamento de intervenções custo-efectivas com vista à sua minimização (Lindamer *et al*, 2012).

Andersen e Newman propuseram um *modelo comportamental de utilização dos serviços de saúde*, que foi concebido para explicar o uso dos serviços de saúde pela população geral. Este modelo sugere que o uso dos serviços de saúde pelos indivíduos é uma função da sua predisposição para a utilização dos serviços, bem como dos fatores que facilitam ou impedem o seu uso e ainda a sua necessidade de cuidados (Figura 1). A satisfação dos utentes é também incluída neste modelo como uma medida de *outcome* (Andersen, 1973, 1995).

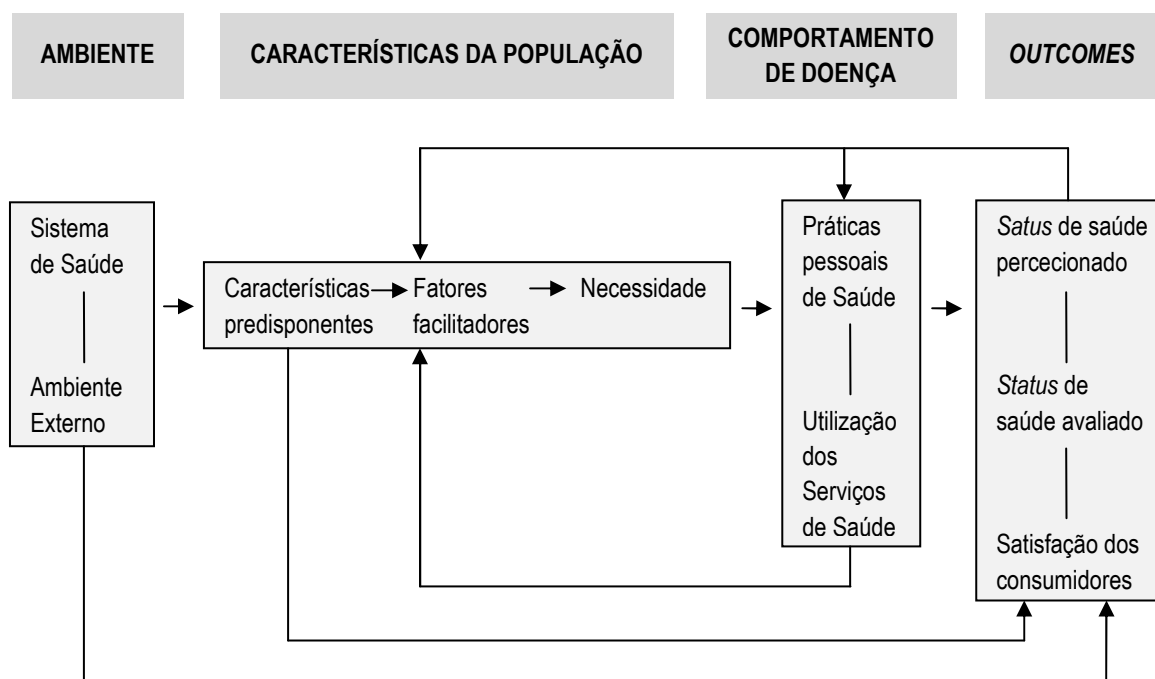


Figura 1: Modelo comportamental de utilização dos serviços de saúde (adaptado de Andersen)

Os *fatores predisponentes* incluem:

- Variáveis demográficas, tais como sexo e idade;
- Determinantes sociais, que incluem elementos como nível de educação, ocupação e etnicidade, e que determinam o *status* social do indivíduo na sua comunidade, bem como a capacidade para lidar com o problema em causa, e ainda os recursos de que dispõe para lidar com a situação no meio onde se encontra;
- Crenças relativas à saúde, nomeadamente atitudes, valores e conhecimentos sobre a saúde e os serviços de saúde, e que podem, subsequentemente, influenciar as suas perceções sobre a necessidade e o uso dos serviços de saúde.

Os *fatores facilitadores* podem ser pessoais (características económicas e psicológicas do indivíduo) ou familiares/relações sociais e ainda da comunidade (existência de serviços de saúde dotados de recursos técnicos e humanos e que sejam acessíveis, sendo a distância e os tempos de espera fatores importantes neste campo). Todos têm de estar presentes para que os serviços possam ser utilizados.

De acordo com Andersen, a utilização dos serviços depende ainda, em grande parte, da *necessidade de cuidados* de saúde sentida pelo indivíduo, bem como da sua perceção acerca do seu estado global de saúde, estado funcional e ainda do modo subjetivo como vivencia os sintomas de doença e a magnitude com quem estes o afetam, de modo a considerar que são suficientemente importantes para procurar ajuda médica.

A perceção de necessidade é considerada, em grande extensão, como sendo um fenómeno social. Contudo, a necessidade de cuidados é também avaliada pelos profissionais de saúde com base no seu juízo clínico, tendo em conta a gravidade e duração da doença e ainda a gravidade dos sintomas. A *necessidade percebida* (pelos doentes) nem sempre coincide com a *necessidade avaliada* (pelos profissionais de saúde). A primeira relaciona-se com a procura de cuidados e com a adesão ao tratamento, enquanto a segunda está mais ligada ao tipo e quantidade de tratamento a ser prestado ao doente que procura ajuda médica.

Andersen distingue ainda a *acessibilidade potencial*, que é definida como “a presença de fatores facilitadores”, da *acessibilidade percebida*, que é a utilização efetiva dos serviços. A *acessibilidade potencial* é influenciada por fatores ambientais externos, nomeadamente fatores sociais, económicos, organizacionais e ainda pelo sistema de cuidados de saúde. A *acessibilidade percebida* pode ser medida em frequência de atendimento ou resultados dos atos médicos (Joseph e Philips, 1984), sendo influenciada por aspetos do sistema de saúde tais como as políticas de saúde, os recursos e a organização dos serviços (Figura 2).



Figura 2: Medidas de acesso aos serviços de saúde (adaptado de Andersen)

Utilizando o enquadramento conceptual do modelo de Andersen, os fatores predisponentes, facilitadores e a perceção de necessidade foram investigados como potenciais fatores preditivos da utilização dos serviços de saúde (Carr, 2003; Lindamer *et al*, 2012). Embora os fatores predisponentes, facilitadores ou impeditivos sejam necessários para determinar se uma pessoa com problemas mentais ou emocionais recebe cuidados de saúde, estes não são suficientes, pois aquela tem de ter a perceção de que tem uma doença antes de receber tratamento. A perceção de gravidade da doença é a causa mais direta e fortemente relacionada com a utilização dos serviços de saúde e parece afetar o tratamento independentemente da necessidade avaliada (Dhingra *et al*, 2010).

A identificação das características individuais dos doentes, e dos próprios serviços de saúde, associadas a uma elevada utilização, permite o planeamento e implementação de estratégias custo-eficazes com vista à sua minimização. Assim, este conhecimento pode ter um impacto positivo na otimização dos cuidados de saúde, reduzindo os custos associados à utilização excessiva e inadequada dos serviços de saúde e beneficiando simultaneamente os próprios doentes (Boer, Haes, 1997; Lindamer *et al*, 2012).

Como o SU psiquiátrico constitui um importante ponto de entrada para quem procura ajuda para problemas mentais, sejam eles de ordem emocional ou psiquiátrica (Bruffaerts *et al*, 2008), a análise do padrão de recurso ao SU psiquiátrico pode proporcionar informação sobre a equidade e o acesso aos cuidados de SM (Claassen *et al*, 2005). Wingerson e colaboradores (2001) consideram que a necessidade de cuidados psiquiátricos no contexto do SU pode servir como uma medida da insuficiência no acesso ao tratamento ambulatorio ou desadequação nos cuidados prestados.

2.2. Continuidade de Cuidados em Saúde Mental

Conceptualmente, a continuidade de cuidados pode definir-se como “um processo envolvendo o movimento ordenado e ininterrupto de doentes entre os diversos elementos do sistema de prestação de cuidados” (Bachrach, 1981).

Existe evidência de que a continuidade de cuidados tem um impacto positivo na saúde das pessoas e das populações e reduz o erro médico (Uijen, *et al.*, 2010); melhora a relação médico-doente, aumenta a adesão ao tratamento e o acompanhamento de *follow-up*, facilita as intervenções psicoeducativas e diminui o recurso inapropriado ao SU, bem como o número de hospitalizações e exames complementares solicitados (Gill *et al*, 2000; Carret *et al*, 2007).

A provisão da continuidade de cuidados é considerada um elemento fundamental para a obtenção de resultados positivos na prestação dos cuidados a doentes com perturbações mentais graves (Johnson *et al.*, 1996; Adair *et al.*, 2005). Assim sendo, é um critério útil para a avaliação do funcionamento dos serviços de SM, na medida em que a disrupção na continuidade de cuidados traduz uma má organização dos serviços de SM na comunidade enquanto, por outro lado, se espera que os serviços de qualidade aumentem essa mesma continuidade (Johnson *et al.*, 1996). A continuidade de cuidados inclui aspetos transversais e longitudinais (Johnson *et al.*, 1996) – Quadro 1.

Quadro 1: Aspetos da continuidade de cuidados

Aspetos transversais	Aspetos longitudinais
Continuidade entre prestadores de serviços	Continuidade de contacto
Adequação das intervenções às necessidades individuais do doente	Continuidade do serviço prestador de cuidados
Acessibilidade	Continuidade nas altas e transferências
	Implementação e concretização do plano de intervenção delineado

Foram identificadas várias dimensões na continuidade de cuidados, que incluem a *continuidade relacional* (desenvolvimento de uma relação terapêutica e envolve o conhecimento do doente como pessoa), a *continuidade de informação* (utilização do conhecimento sobre os antecedentes do doente de forma a que sejam prestados os cuidados mais adequados no momento presente) e a *continuidade na orientação do plano terapêutico* (Uijen *et al.*, 2010).

2.3. Conceitos de “emergência” e “urgência” psiquiátrica

O grupo de trabalho sobre SU Psiquiátrica da Associação Americana de Psiquiatria (APA, 2002) definiu uma “emergência psiquiátrica” como “uma perturbação do pensamento, humor, comportamento ou relacional que requer uma intervenção imediata de acordo com o doente, a família ou a comunidade”.

Uma “emergência psiquiátrica” pode também ser definida como “um conjunto de circunstâncias em que o comportamento ou a situação de um indivíduo é considerada, geralmente por alguém que não o próprio, como tendo um potencial de evoluir rapidamente para um desfecho catastrófico” (Gerson, 1980) e os recursos disponíveis para compreender e lidar com a situação não estão disponíveis no momento e no local da ocorrência (Witkin, 1998). Assim, as emergências psiquiátricas estão frequentemente associadas a um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos do indivíduo em causa e que o serviço tem de compensar.

Um aspeto central no conceito de “emergência” é a sua qualidade subjetiva, a sua natureza imprevista, a ausência de avaliação prévia ou planeamento adequado contribuindo para a incerteza, gravidade, urgência e conflito ou falência dos mecanismos de suporte naturais ou profissionais e que no seu conjunto contribuem para a necessidade imediata de acesso a um nível superior de cuidados (APA, 2002).

Contrariamente às “emergências” psiquiátricas, as situações de “urgência” podem apresentar alguns, ou até mesmo a totalidade, dos elementos presentes numa “emergência” mas trata-se de situações que evoluem de forma mais lenta, nas quais o desfecho negativo que se pretende evitar não está iminente, pelo que a atenção dos serviços de SM pode ser diferida por um curto período de tempo (APA, 2002).

Em Portugal não existem serviços de “emergência psiquiátrica” mas os SU de psiquiatria funcionam para o atendimento de situações que se enquadram nos dois conceitos teóricos mencionados acima.

O principal objetivo do SU psiquiátrica tem sido definido como a rápida referenciação dos doentes, triando aqueles que necessitam de cuidados “emergentes” para a resolução dos seus problemas mentais ou emocionais, e proporcionando-lhes uma orientação apropriada, distinta daqueles que não apresentam tais necessidades (Gerson, 1980; Sullivan *et al*, 1993).

Contudo, mais do que um mero ponto de “triagem” de casos na via de acesso aos cuidados de SM, a urgência proporciona também um reflexo da acessibilidade aos serviços especializados e da eficácia na identificação precoce de novos casos, e ainda da qualidade na continuidade dos cuidados prestados pelos diversos serviços.

2.4. Desenvolvimento e evolução dos Serviços de Urgência Psiquiátrica

O desenvolvimento inicial dos SU psiquiátrica esteve tradicionalmente ligado a alterações fundamentais na provisão dos cuidados de SM ao longo das últimas décadas, nomeadamente o processo de desinstitucionalização dos doentes mentais (Sullivan *et al*, 1993), resultando essencialmente num maior ênfase no tratamento comunitário em detrimento do tratamento em regime de internamento (Bruffaerts *et al*, 2008). De um modo geral, esta tendência resultou numa redução do número de camas psiquiátricas, bem como da duração do tempo de internamento psiquiátrico; por outro lado, teve também como consequência um aumento gradual do número de doentes com perturbações mentais graves que passaram a viver na comunidade e não institucionalizados (Gerson, 1980). Contudo, o processo de transição para a comunidade revelou insuficiências, não só na coordenação com os serviços de ambulatório mas também nas estratégias de tratamento (Bruffaerts *et al*, 2004; Allen, 1999; Sledge *et al*, 1995), pelo que nos primeiros anos após a desinstitucionalização, muitos dos casos que recorriam ao SU psiquiátrica eram doentes que tinham estado previamente institucionalizados.

Bruffaerts *et al.* (2008) salientam 3 aspetos relevantes na mudança do padrão de utilização dos SU psiquiátrica desde o início da década de 90, tanto na Europa como na América:

1) um aumento de 50% na procura de ajuda psiquiátrica entre as décadas de 90 e 2000, apesar da prevalência de perturbações mentais na população ter permanecido idêntica, verificando-se contudo que esta procura foi mais frequente a nível dos CSP (Kessler *et al.*, 2005);

2) um aumento da população observada no SU psiquiátrica (58% num período de 4 anos e 150% num período de 13 anos) (Bruffaerts *et al.*, 2004; Hughes, 1993), tornando-se um *setting* importante para pacientes que anteriormente não procuravam ajuda (Bruffaerts, *et al.*, 2006);

3) o aumento dos doentes observados no SU psiquiátrica deveu-se essencialmente àqueles que apresentavam patologias que anteriormente eram menos frequentes no SU, nomeadamente perturbações do humor e de ansiedade (Larkin *et al.*, 2005).

Estes achados revelam que, o perfil dos utilizadores do SU psiquiátrica tem vindo a mudar progressivamente, e que este tipo de serviço tem vindo a tornar-se um ponto de entrada fulcral para uma variedade de doentes, desde aqueles que têm sintomas reativos a crises vivenciais, até aos que se apresentam com episódios psicóticos agudos (Larkin *et al.*, 2005).

2.5. Fatores associados a elevada utilização dos Serviços de Saúde Mental

2.5.1. Utilizadores de elevada frequência (UEF)

A utilização desproporcionada dos serviços de SM, por alguns doentes, denominados na literatura como UEF, tem sido demonstrada em numerosos estudos conduzidos em SU psiquiátrica (Ellison *et al.*, 1986; Ellison *et al.*, 1989; Sullivan, 1993; Dhossche e Ghani, 1998; Saarento, 1998; Segal *et al.*, 1998; Wingerson *et al.*, 2001; Arfken *et al.*, 2004; Pasic *et al.*, 2005; Claassen *et al.*, 2005; Ledoux e Minner, 2006; Chaput e Lebel, 2007; Silva *et al.* 2009; Lindamer *et al.*, 2012) e também na urgência médica geral (Skinner *et al.*, 2009; Moore *et al.*, 2008; Locker *et al.*, 2007; Williams *et al.*, 2001; Lynch e Greaves, 2000).

Os UEF são utentes com um padrão de recurso recorrente e frequente (não ocasional) ao SU e que poderiam obter uma prestação de cuidados psiquiátricos num *setting* mais apropriado.

Embora as definições de UEF variem de acordo com os estudos (Quadro 2), estima-se que constituam entre 5 e 18% do total de doentes observados no SU de Psiquiatria. Contudo, calcula-se que podem ser responsáveis por até cerca de 1/3 de todas as visitas ao SU (Ellison *et al.*, 1986). Deste modo, apesar de constituírem um pequeno número de doentes, contribuem desproporcionadamente para o volume total de trabalho no SU e para o consumo dos recursos do sistema de saúde disponíveis, nomeadamente os serviços de internamento (Sullivan *et al.*, 1993; Saarento *et al.*, 1998), estando associados a fenómenos de porta giratória (Dhossche e Ghani, 1998). Um UEF pode incorrer numa despesa equivalente à gerada por seis utilizadores não frequentes (Arfken *et al.*, 2004).

Quadro 2: Definições publicadas de UEF em SU

Estudo (ano)	Definição de UEF
Ungerleider (1960)	>1 visita em 6 M
Miller (1968)	>1 visita em 6 M
Bauer, Balter (1971)	>1 visita em 6 M
Schwartz (1972)	>1 visita em 4 M
Slaby, Perry (1980-1981)	>1 visita em 12 M
Bassuk, Gerson (1980)	>1 visita em 12 M
Munves <i>et al.</i> (1983)	>1 visita em 12 M
Ellison <i>et al.</i> (1989)	≥ 6 visitas em 6 M
Sullivan <i>et al.</i> (1993)	1-2 visitas/A em 5 A; ≥ 2 visitas/A em 5 A
Dhossche e Gani (1998)	> 1 visita em 7 M
Saarento <i>et al.</i> (1998)	≥ 3 visitas em 12 M
Lynch e Greaves (2000)	≥ 6 visitas em 6 M
Williams <i>et al.</i> (2001)	≥ 7 visitas em 12 M
Arfken <i>et al.</i> (2004)	≥ 6 visitas em 12 M
Pasic <i>et al.</i> (2005)	≥ 2 DP acima da média; ≥ 6 visitas em 12 M; ≥ 4 visitas em 3 M
Ledoux e Minner (2006)	≥ 4 visitas em 16M
Skinner <i>et al.</i> (2007)	>4 visitas em 12 M
Locker <i>et al.</i> (2007)	>4 visitas em 12 M
Moore <i>et al.</i> (2008)	≥ 4 visitas em 12M
Lindamer <i>et al.</i> (2012)	>3 visitas em 12 M (num ano ou em vários)

A utilização repetida do SU não constitui uma estratégia de tratamento adequada pois, por um lado são consumidos recursos de saúde desproporcionadamente e, por outro, podem não ser atendidas as necessidades destes utentes (Wingerson *et al*, 2004), aumentando a probabilidade de novo episódio de recurso ao SU (Sullivan *et al*, 1993). A avaliação e o tratamento dos UEF caracterizam-se frequentemente por dificuldades diagnósticas, fragmentação de cuidados e por um plano de tratamento inconsistente (Saarento *et al*, 1998).

Os UEF apresentam com maior frequência necessidades psicossociais complexas que requerem não só intervenções médicas, mas também sociais (Ellison *et al*, 1986). Arfken e colaboradores (2002), numa sondagem realizada junto dos profissionais de saúde de um SU psiquiátrica, apuraram que os principais motivos evocados por estes doentes para recorrerem ao SU incluíam dificuldade no acesso a outros serviços, necessidade de alimentação ou abrigo, abuso de substâncias, desejo de internamento e falta de adesão ao tratamento psiquiátrico. Alguns doentes socialmente desfavorecidos parecem utilizar o SU como local primário para obter cuidados de saúde (Dhossche e Ghani, 1998).

Assim, reveste-se de grande importância o estudo das características destes doentes de forma a identificar as que podem ser consideradas fatores de risco para uma utilização frequente do SU e, deste modo, planejar intervenções alternativas destinadas a reduzir a sobre-utilização, melhorando também o tratamento deste tipo de doentes (Sullivan *et al*, 1993; Dhossche e Ghani, 1998). As características deste grupo de doentes, identificadas como distintivas de modo relativamente consensual, incluem: fraco suporte social, antecedentes psiquiátricos prévios (incluindo internamento psiquiátrico), história de tratamento psiquiátrico à data do recurso ao SU, doença mental crónica (de longa duração), diagnóstico de esquizofrenia ou outras psicoses e perturbação da personalidade (Ellison *et al*, 1986; Sullivan *et al*, 1993; Dhossche e Ghani, 1998; Wingerson *et al*, 2001; Arfken *et al*, 2004; Pasic *et al*, 2005). Contudo, alguns estudos (Ellison *et al*, 1989) identificaram nestes doentes um importante componente de queixas de ansiedade, sugerindo que o recurso repetido ao SU pode constituir um modo de lidar com a ansiedade intolerável por parte de um subgrupo de doentes com elevados níveis de impulsividade.

Pasic e colaboradores (2005) identificaram 2 grupos distintos de UEF: um com doentes com patologia mental crónica, mais grave e que geralmente já são acompanhados pelos serviços de SM, e outro correspondendo a utentes com patologia aguda e que têm vários episódios de recurso ao SU relativamente seguidos, no contexto de situações vivenciais adversas (desemprego, perda do alojamento), mas que ainda não têm acompanhamento psiquiátrico.

Estes doentes são ainda caracterizados como manipuladores, rejeitantes em relação à ajuda que lhes é oferecida, hostis, provocadores e ambivalentes relativamente ao tratamento (Raphling, 1970; Miller, 1968), desencadeando por vezes reações negativas por parte dos profissionais de saúde (Bassuk e Gerson, 1980; Dhossche e Ghani, 1998).

A avaliação destes doentes no SU é geralmente mais breve pois já são conhecidos do serviço (Ellison *et al*, 1986). A maior parte destes doentes tem alta do SU com indicação para manter o tratamento ambulatorio prévio (Ellison *et al*, 1989).

2.5.2. Uso inapropriado do SU

O uso inapropriado do SU por doentes com queixas não urgentes constitui um problema frequente e generalizado a nível internacional, não sendo específico dos doentes com patologia psiquiátrica. A utilização inapropriada do SU dificulta o acesso de casos urgentes, diminui a rapidez de atendimento do SU, contribuindo para a diminuição da qualidade dos serviços prestados, e acarreta ainda um aumento dos custos com os cuidados de saúde (Carret *et al*, 2007). Contudo, a racionalização da procura de atendimento no SU também depende da utilização apropriada dos serviços noutros níveis de cuidados, nomeadamente através da melhoria do acesso aos CSP, da manutenção de acompanhamento regular e da referência para os cuidados especializados quando necessário (Walls *et al*, 2002; Carret *et al*, 2007). Por outro lado, a educação dos doentes quanto ao tipo de situações que devem motivar o recurso ao SU e os cuidados que lá são prestados, bem como a informação sobre os riscos e desvantagens da utilização do SU é fundamental (Carret *et al*, 2007).

Os doentes que mais frequentemente utilizam o SU de forma inapropriada são principalmente jovens, do sexo feminino, não referenciados para o SU por um profissional de saúde (Bianco *et al*, 2003; Carret *et al*, 2007).

Vários fatores podem levar os doentes a preferir o recurso ao SU em vez dos CSP ou os cuidados especializados, nomeadamente: o desejo de querer receber os cuidados de saúde no próprio dia, a possibilidade de ser atendido num *setting* em que é possível pedir exames complementares de diagnóstico e a crença de que no SU se podem resolver problemas complexos. A urgência reportada pelos próprios doentes é um mau indicador da adequação do recurso ao SU. Neste contexto, os doentes desvalorizam frequentemente a importância da continuidade de cuidados. (Carret *et al*, 2007).

2.6. Epidemiologia em Serviços de Urgência Psiquiátrica

2.6.1. Panorama internacional

A investigação epidemiológica sobre urgências psiquiátricas é relativamente escassa na Europa e nem sempre disponível em inglês (Bruffaerts *et al.*, 2004; Oiesvold *et al.*, 2002). Por outro lado, os estudos existentes debruçam-se em maior número sobre programas terapêuticos de intervenção em crise e não tanto nos aspetos epidemiológicos das urgências de psiquiatria.

Dos estudos existentes, a maioria foca-se nas características dos UEF (Ellison *et al.*, 1986; Ellison *et al.*, 1989; Sullivan *et al.*, 1993; Dhossche *et al.*, 1998; Saarento *et al.*, 1998; Arfken *et al.*, 2004; Pasic *et al.*, 2005; Ledoux e Minner, 2006; Chaput e Lebel, 2007).

Um número mais reduzido de estudos aborda variáveis importantes tais como os antecedentes psiquiátricos e de utilização dos serviços (Spurrell *et al.*, 2003; Bruffaerts *et al.*, 2004; Arfken *et al.*, 2004; Bruffaerts *et al.*, 2006; Wingerson *et al.*, 2001).

Salienta-se, contudo, que alguns estudos, nomeadamente os realizados em países com um sistema de saúde bastante diferente da realidade portuguesa (como por ex. os Estados Unidos) proporcionam uma imagem distinta do utente padrão do SU psiquiátrico, que estará relacionada com essa realidade sociocultural distinta (Arfken *et al.*, 2004; Wingerson *et al.*, 2001).

Spurrell e colaboradores (2003) analisaram as características sócio-demográficas, clínicas e o perfil de utilização dos serviços em utentes encaminhados para a urgência psiquiátrica, provenientes do médico assistente, orientados a partir da equipa de psiquiatria comunitária ou vindos da comunidade em geral por iniciativa própria. Aqueles autores concluíram que os doentes que estavam a ser acompanhados por uma equipa comunitária de SM, e que eram referenciados para o SU, tinham antecedentes de acompanhamento psiquiátrico, apresentavam uma elevada taxa de psicose e tinham recaídas frequentes. Estes doentes tinham assim uma maior probabilidade de serem internados após a avaliação no SU. Os doentes referenciados pelo seu médico de família (MF) tendiam a ter menos indicadores sugestivos de problemas sociais e tinham maior probabilidade de ter um episódio inaugural de patologia psiquiátrica. Por outro lado, este tipo de referência tinha maior probabilidade de ser considerado inadequado pelos profissionais de saúde do SU. Os utentes que recorreram ao SU provenientes diretamente da comunidade eram mais frequentemente do género masculino e apresentavam situações de risco de autoagressividade, problemas relacionados com o abuso de substâncias e de comportamento.

Bruffaerts e colaboradores (2004), num estudo do perfil clínico e epidemiológico envolvendo 1050 doentes que recorreram a um SU de psiquiatria belga, verificaram algumas diferenças relacionadas com o género. Os utentes do género masculino apresentavam níveis mais elevados de hostilidade e heteroagressividade (10%) bem como problemas relacionados com o abuso de substâncias (23%); no género feminino foram mais frequentes quadros de humor depressivo (24%) e suicidalidade (31%). No género masculino foram identificadas mais perturbações relacionadas com o abuso de substâncias (21%) e no género feminino mais perturbações do humor (21%) e de adaptação (19%). Cerca de 50% dos utentes estavam desempregados e tinham procurado ajuda psiquiátrica no passado. Os utentes do género feminino foram mais frequentemente referenciados pelo médico de urgência (35%) e por profissionais de saúde (29%). Os utentes do género masculino recorreram ao SU mais frequentemente por iniciativa própria (23%) ou referenciados pela polícia (9%). Os autores concluíram assim que existem diferenças nas queixas de apresentação no SU de psiquiatria, nos diagnósticos atribuídos e nas vias de acesso aos cuidados, de acordo com o género.

Um estudo prévio (Saarento *et al.*, 2000) tinha também encontrado diferenças no padrão de utilização dos serviços de SM de acordo com o género. Comparativamente com os utentes do género feminino, os do género masculino eram mais jovens, estavam mais frequentemente desempregados, não casados e viviam sozinhos ou com os pais. Os diagnósticos de psicose orgânica, perturbação da personalidade e as dependências predominavam no género masculino, no qual se verificava também maior frequência de antecedentes de internamento psiquiátrico, nomeadamente em regime compulsivo; tinham também maior número de episódios de recurso ao SU. No entanto, não foram identificadas diferenças quanto ao acompanhamento em ambulatório, à duração dos internamentos e ao “consumo” total de cuidados de SM recebidos.

Salienta-se ainda um estudo belga (Bruffaerts *et al.*, 2006), que incluiu 3719 utentes de um SU psiquiátrica num hospital universitário, no qual foram comparadas as características dos utentes que recorriam pela primeira vez àquele serviço (utentes “incidentes”) com as dos que tinham antecedentes de visitas prévias (utentes “recorrentes”). 36% dos utentes do estudo eram “recorrentes” na utilização da urgência psiquiátrica. Apuraram também que o SU de psiquiatria foi o primeiro local de tratamento em 50% dos utentes “incidentes”. Estes últimos tinham também maior probabilidade de ter uma idade superior a 69 anos (OR= 2.84), estar empregados (OR= 2.21) ou terem sido referenciados por um profissional de saúde (OR= 1.72) e tinham menor probabilidade de ter uma perturbação da personalidade (OR= 0.40) ou de terem antecedentes de utilização dos serviços de SM não só em ambulatório (OR= 0.11) como também em regime de

internamento (OR= 0.65); $p < 0.001$. Cerca de 44% dos utentes observados ficaram internados, 38% foram referenciados para tratamento em ambulatório, 9% tiveram orientação para um programa de intervenção em crise em ambulatório e 9% recusaram qualquer tipo de *follow-up*. Este estudo mostrou que existem diferenças entre os utentes “incidentes” e recorrentes” da urgência psiquiátrica quanto às características sociodemográficas, às vias de acesso aos cuidados, ao padrão de utilização dos serviços de SM e quanto à presença de perturbação da personalidade. Contudo não foram encontradas diferenças quanto aos diagnósticos (primários e comorbilidades psiquiátricas) nem quanto ao tratamento recebido após o recurso ao SU.

Entre os estudos publicados em idioma espanhol, salienta-se o trabalho de Díaz e colaboradores (2008), realizado em Espanha. Trata-se de uma análise descritiva da urgência psiquiátrica num hospital geral, compreendendo um período de 6 anos. Os autores verificaram que o principal grupo de doentes observado no SU tinha o diagnóstico de psicose, tendo também apurado um aumento do número de doentes com perturbação da personalidade. O principal motivo de consulta foi a agressividade, predominando nas mulheres comportamentos auto-agressivos e nos homens comportamentos violentos heteroagressivos.

Acero (1993) descreve a análise do recurso ao SU psiquiátrica, num período de 4 anos, num hospital da província do País Basco referindo uma incidência de 6,5 urgências/1.000 habitantes com idade > 14 anos/ano. Verificou-se um predomínio dos utentes entre os 25 e os 44 anos, e acima dos 74 anos, junto das áreas de características socioeconómicas mais desfavorecidas. Aquele autor salienta também o recurso ao SU por decisão do próprio ou por indicação da família e destaca ainda a elevada prevalência de utentes com antecedentes psiquiátricos (58.55%), sendo que destes, 90.1% se encontravam em tratamento à data do recurso ao SU. Os principais motivos de consulta foram sintomas de ansiedade (31%), depressão (24.3%) ou descompensação psicótica (18.6%). Os diagnósticos clínicos mais frequentes foram de psicose esquizofrénica (33.3%) e perturbação afetiva (30.3%).

Outros estudos incluem análises relativas ao movimento anual (Lopez *et al*, 1992, Hernandez *et al*, 1998) no SU psiquiátrica. Hernandez e colaboradores (1998) incluíram 1040 casos, sendo a incidência de 2.85 urgências/dia. 55.4% dos casos eram mulheres sendo a idade média de 42.53 anos. A maioria recorreu por iniciativa da família. 69.8% já se encontravam em tratamento psiquiátrico. As principais causas de recursos são as alterações do comportamento (16%) e os episódios psicóticos (16%) e as tentativas de suicídio (15.2%) As neuroses foram o diagnóstico mais frequente (29.3%), seguido da esquizofrenia (21.5%). 35.8% foram internados.

2.6.2. Panorama nacional

Uma das fontes mais abrangentes sobre prevalência tratada das perturbações mentais em Portugal diz respeito aos dados obtidos a partir do Censo de 2001, realizado pela Direção Geral da Saúde (DGS) a nível dos serviços de Psiquiatria, e que abrangeu 0,2% da população nacional, envolvendo as áreas de ambulatório, internamento e urgência. A amostra relativa ao SU incluiu 1489 utentes que recorreram aos SU no período de 7 dias, a nível do país. Da observação dos resultados do Censo de 2001 destacam-se os seguintes dados:

- Recurso às consultas de psiquiatria em instituições psiquiátricas: 1 a 2% da população.
- Elevado número de urgências psiquiátricas (estimadas em perto de 100.000/ano), salientando-se que as alterações associadas ao consumo de álcool foram o grupo nosológico mais frequente (21%), correspondendo as psicoses esquizofrénicas a apenas 6%.
- Predomínio do sexo feminino (55%), particularmente evidente nas consultas (59%); contudo, no internamento o número de mulheres (49,9%) foi ligeiramente inferior ao dos homens (50,1%).
- No conjunto das consultas, urgências e internamentos, considerando as faixas etárias a partir dos 15 anos de idade, a esquizofrenia foi o diagnóstico mais frequente (entre 20 e 24%).
- Por sector, as situações nosológicas mais frequentes (por ordem decrescente) foram: no ambulatório: perturbações depressivas (21,5%), perturbações neuróticas (12,4%), esquizofrenia (12,4%), reações de ajustamento (10,5%); nas unidades de internamento: esquizofrenia (36,2%), oligofrenia (28,1%), perturbações associadas ao álcool (7,0%), perturbações afetivas sem depressão (5,4%), síndromes demenciais (5,3%) e perturbações depressivas (4,9%); nos SU: perturbações associadas ao álcool (21,3%), perturbações depressivas (20,2%), perturbações neuróticas (12,2%), reações de ajustamento (9,2%).
- No total, as patologias mais frequentes foram: esquizofrenia (21%), perturbações depressivas (15%), oligofrenia (13%), perturbações associadas ao consumo de álcool (9%) e perturbações neuróticas (9%). A esquizofrenia e a oligofrenia corresponderam a cerca de 2/3 dos internamentos. As perturbações depressivas foram o principal diagnóstico nas consultas (22%) e o segundo nas urgências (20%). As perturbações associadas ao álcool foram as mais frequentes no SU (21%).

É de referir também um estudo epidemiológico descritivo transversal do SU de Psiquiatria do Hospital de S. Teotónio - Viseu (Carrilho APP, 2007), baseado na análise de todos os utentes observados naquele SU durante um período de 3 meses, e que incluiu 733 doentes. Neste estudo verificou-se que o sexo feminino era mais utilizador do SU de Psiquiatria (64.3%) e que a maioria dos utentes apresentava idades compreendidas entre os 30 e os 54 anos. Apurou-se

também que a proximidade em relação ao hospital condicionava maior recurso ao SU, sendo o principal motivo de recurso a depressão. Cerca de 75% dos doentes observados tiveram alta; os restantes foram internados, sendo o principal motivo a doença bipolar, seguida da depressão.

Foi ainda realizado um outro estudo no Departamento de Psiquiatria e SM do Hospital Distrital de Aveiro (HDA), em 1996, com o objetivo de indagar a articulação dos CSP e secundários na área da SM no que respeita à urgência psiquiátrica, tendo incluído 23.6% dos utentes que recorreram à área psiquiátrica do SU do HDA no ano de 1996. O estudo concluiu que a urgência psiquiátrica do HDA foi solicitada na maioria das vezes por utentes do sexo feminino (59,4%), da faixa etária dos 20 aos 50 anos (75,9%), casados ou a viver maritalmente (56,6%) e que exerciam um trabalho indiferenciado (32,7%), ou um trabalho doméstico (30,8%). Os doentes recorreram ao SU do HDA: por iniciativa própria ou referenciados pelo Serviço de Atendimento Permanente (60,6%), 'contornando-se' o MF; não receberam medicação no SU (31,9%); tiveram alta para domicílio com ou sem consulta externa de psiquiatria marcada (57,1%); tinham seguimento na consulta externa de psiquiatria do mesmo hospital em 54,4% dos casos. Os quadros sindrómicos predominantes foram quadros psicóticos (19,2%), quadros depressivos (16,9%), toxicodependência (14,8%), quadros ansiosos (13,3%). Em alguns casos os doentes solicitaram o SU por motivo não urgente, tendo os autores do estudo considerado a causa da ida à urgência inapropriada, apesar do doente padecer de patologia do foro psiquiátrico (Oliveira L. *et al*, 2001).

3. CONTEXTO LOCAL E ÂMBITO DO ESTUDO

3.1. A Região Norte e a Área Metropolitana do Porto

Região Norte

A região Norte de Portugal encontra-se, como o nome indica, a norte do país e é limitada em dois quadrantes por Espanha (Norte e Oeste), noutro pelo Oceano Atlântico (Este) e a Sul pela Região Centro de Portugal.

A área territorial ascende a 21.285,9 Km², o que corresponde a cerca de 23,1% da área total do país e a posiciona como a terceira maior região de Portugal (Gonçalves, 2008; Instituto Nacional de Estatística - INE).

A Nomenclatura de Unidade Territorial (NUT) de nível II Norte é a região mais populosa representando 37% da população residente em Portugal Continental e 35,2% da população residente do País. O Grande Porto é a unidade territorial do Norte com mais população (34,3%) (ACSS, Ministério da Saúde, ARS Norte, 2009).

Área Metropolitana do Porto

A área metropolitana do Porto localiza-se na Região Norte e abrange os seguintes concelhos (ACSS, Ministério da Saúde, ARS Norte, 2008):

- A NUT III - Grande Porto que inclui os concelhos de Póvoa de Varzim, Vila do Conde, Maia, Matosinhos, Valongo, Porto, Gondomar, V. Nova de Gaia e Espinho;
- A NUT III - Entre Douro e Vouga que inclui os concelhos de Arouca, Oliveira de Azeméis, Santa Maria da Feira, S. João da Madeira e Vale de Cambra;
- A NUT III – Tâmega que inclui os concelhos de Amarante, Baião, Castelo de Paiva, Celorico de Basto, Cinfães, Felgueiras, Lousada, Marco de Canaveses, Paços de Ferreira, Paredes, Penafiel e Resende;
- Os concelhos de Santo Tirso, Trofa e Vila Nova de Famalicão.



Figura 1-Mapa da Área Metropolitana do Porto

Fonte: Imagens retiradas do sítio da internet www.veraki.pt

A área total destas unidades territoriais é de 4.075 km² (dado do INE – ano de 2006), estimando-se que tenha uma população de 2.334.975 habitantes. Constitui assim uma zona de grande densidade populacional, sendo a média de 573 habitantes por km². Os concelhos com maior densidade populacional são o do Porto (5.517 habitantes por km²) e de S. João da Madeira (2.733 habitantes por km²).

Entre as regiões que compõem a Área Metropolitana do Porto, destaca-se a NUT III - Grande Porto, que apresenta a maior densidade populacional (1.571 habitantes por km²) entre todas as unidades territoriais apresentadas. A NUT III – Grande Porto representava em 2005 cerca de 55% do total da população residente na Área Metropolitana do Porto, seguida da NUT III – Tâmega (com 23%), da NUT III – Entre Douro e Vouga (com 12%), e do conjunto dos concelhos de Santo Tirso, Trofa e Famalicão (com 10%).

Prevê-se que nos 15 anos que medeiam o ano de 2005 e o de 2020, a população residente na Área Metropolitana do Porto aumente de 2.327.842 para 2.387.711, ou seja, cerca de 3%, ainda que não se prevejam grandes oscilações na distribuição por unidade territorial. Salienta-se que as projeções da população são um elemento muito relevante para efeitos de projeção das necessidades de cuidados de saúde da mesma.

É também de destacar o notório envelhecimento da população, com reduções significativas nas classes etárias dos 0 aos 44 anos e aumentos significativos nas classes etárias mais idosas, com particular destaque para a população com idade superior a 74 anos, que apresenta uma maior necessidade de cuidados de saúde. Para além disso, prevê-se um envelhecimento global da população em todas as unidades territoriais da área metropolitana do Porto, em linha com as tendências nacionais. O envelhecimento da população irá ainda implicar uma redução da população ativa, com consequências ao nível da produção e rendimento futuro.

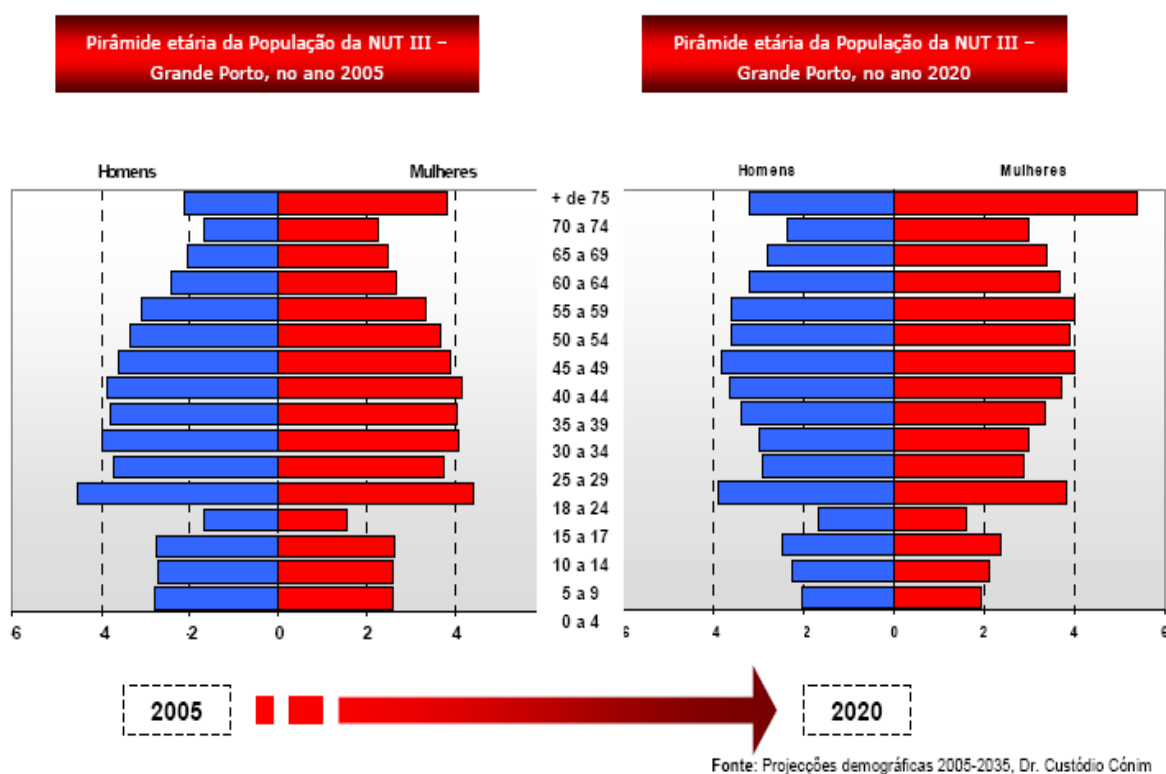


Figura 2: Pirâmide etária da NUT III – Grande Porto, 2003-2020 (projeção)

Salientam-se ainda os seguintes indicadores relativos à população da área metropolitana do Porto (ACSS, Ministério da Saúde, ARS Norte, 2009):

- baixo índice de educação formal;
- elevados níveis de desemprego, comparativamente ao nível nacional;
- baixo rendimento económico mensal.

As previsões apontam para um aumento significativo das perturbações mentais, devido ao envelhecimento da população e ao impacto de problemas sociais como o desemprego, violência, pobreza e desigualdade social (ACSS, Ministério da Saúde, ARS Norte, 2008).

3.2. Contexto local: a Urgência Metropolitana de Psiquiatria do Porto (UMPP)

O Hospital de São João (HSJ) é um hospital central, sendo o maior hospital do Norte e o segundo maior do país. Serve de referência para a maior parte da população residente a Norte do rio Douro, servindo também como centro primário de urgência para uma grande parte da população do Porto e concelhos limítrofes. É ainda um hospital universitário com uma estreita ligação à Faculdade de Medicina do Porto. No SU do HSJ são observados, em média, cerca de 500 doentes por dia (CHSJ, Ministério da Saúde, 2006).

O SU compreende as seguintes áreas funcionais (CHSJ, Ministério da Saúde, 2006):

Área de admissão e receção

É o local onde são realizados os procedimentos administrativos necessários à admissão do doente e outros tais como as altas, os internamentos, etc. Adjacente a esta zona existe uma sala de espera onde o doente aguarda a chamada para o gabinete de triagem.

Área de triagem

Após a admissão, o doente, acompanhado ou não por familiar, de acordo com a sua condição, passará para a Área de Triagem onde é feita uma avaliação inicial por enfermeiro(a). Esta avaliação é baseada num protocolo específico e com base científica (Triagem de Manchester), que permite a classificação da situação clínica do doente em termos de prioridade de atendimento e sempre de acordo com a sua gravidade. O principal objetivo deste protocolo é assegurar, de um modo objetivo, que os doentes mais graves são de imediato identificados à chegada e atendidos num prazo de tempo que não ponha em risco a sua situação clínica.

Os níveis de classificação são os seguintes:

- Cor VERMELHA: doentes emergentes; objetivo de atendimento num período de tempo inferior a 3 minutos;
- Cor LARANJA: doentes muito urgentes; objetivo de atendimento num período de tempo inferior a 20 minutos;
- Cor AMARELA: doentes urgentes; objetivo de atendimento num período de tempo inferior a 90 minutos;
- Cor VERDE: doentes pouco urgentes; tempo para atendimento inferior a 150 minutos;
- Cor AZUL: doentes não urgentes; tempo para atendimento inferior a 360 minutos.

Área de atendimento “Amarela”

Neste espaço são observados os doentes classificados com um nível baixo ou intermédio de prioridade (cor verde, azul e amarela).

Área de atendimento “Laranja” e OBS

Espaço para atendimento dos doentes triados com cor laranja. Serve em simultâneo para a vigilância e/ou tratamento de doentes com situações clínicas nas quais se prevê um período de até 12 horas (excecionalmente 24 horas) para a sua resolução ou decisão quanto a internamento ou alta. A área de OBS pode receber doentes triados com cor laranja bem como doentes inicialmente triados com cor amarela ou observados no sector de Cirurgia e Ortopedia, e que preencham os requisitos acima especificados.

Área de pequena Cirurgia e Ortopedia

Áreas contíguas onde é prestada assistência a doentes vítimas de traumatismo de pouca gravidade ou que necessitem de procedimento cirúrgico de curta duração.

Área de emergência e doente crítico

Constituída pela Sala de Emergência, Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente e Unidade de Cuidados Intermédios de Adultos do SU. Na Sala de Emergência faz-se a receção, avaliação e estabilização inicial de doentes com situações emergentes em que existe geralmente risco de vida ou compromisso de funções vitais a necessitar de tratamento imediato.

Área de atendimento para situações de Urgência do foro Psiquiátrico

Local onde é feito o atendimento urgente e a orientação de todas as situações do foro Psiquiátrico da área metropolitana do Porto: constitui a *Urgência Metropolitana de Psiquiatria do Porto* (UMPP).

A UMPP iniciou o seu funcionamento em 1 de Abril de 2006, sob a coordenação da Administração Regional de Saúde do Norte, IP (ARS Norte). Destina-se ao atendimento das situações psiquiátricas urgentes dos utentes provenientes da área metropolitana do Porto e da região Norte. Abrange uma área assistencial geodemográfica de cerca de 3 milhões de habitantes, incluindo os concelhos de Póvoa de Varzim, Vila do Conde, Maia, Matosinhos, Valongo, Porto, Gondomar, Vila Nova de Gaia e Espinho, Santa Maria da Feira, Penafiel, Santo Tirso, Trofa e Vila Nova de Famalicão. Trata-se de uma urgência psiquiátrica centralizada, tendo um movimento assistencial de aproximadamente 13.000 doentes/ano. (ARS Norte, 2010).

O seu funcionamento contínuo (24 horas por dia, 7 dias por semana) é assegurado, de forma rotativa, por 8 equipas de urgência que incluem psiquiatras e internos de psiquiatria de vários Serviços de Psiquiatria da área metropolitana do Porto, nomeadamente do Centro Hospitalar do Porto (CHP), Hospital de Magalhães Lemos (HML), Centro Hospitalar de São João (HSJ e Hospital de Valongo), Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM), Centro Hospitalar do Médio Ave (CHMA), Centro Hospitalar da Póvoa de Varzim-Vila do Conde (CHPVVC), Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia-Espinho (CHVNG-E), o Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga (CHEDV), Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa (CHTS). As referidas equipas são constituídas por pelo menos 2 médicos (1 especialista de Psiquiatria e um interno de Psiquiatria). Há ainda a colaboração de 1 elemento da equipa de enfermagem (24 horas/dia) e de 1 técnico do Serviço Social (no horário de expediente).

Desde que foi instituído este modelo de funcionamento centralizado, tem-se verificado um movimento assistencial anual de mais de 12.000 utentes, considerando apenas os utentes que são referenciados diretamente à Psiquiatria. Na realidade o número de doentes observados naquela unidade é superior, pois também são referenciados para observação por Psiquiatria utentes provenientes de outras áreas daquele SU, nomeadamente da área médica e cirúrgica. Daqueles, cerca de 25% são posteriormente orientados para o internamento, dos quais perto de 80% são enviados para o Serviço de Intervenção Intensiva (SII) do HML e 10% internados diretamente no Serviço de Psiquiatria do HSJ (ARS Norte, 2010), sendo os restantes internados diretamente nos Serviços de Psiquiatria da respetiva área assistencial.

De acordo com o relatório de avaliação do funcionamento da UMPP relativo ao ano de 2009 (ARS Norte, 2010), apesar do balanço satisfatório no que se refere à resposta dada às situações de urgência psiquiátrica, verificou-se que ***“para além das situações de emergência, outras não são mais do que a procura não programada por dificuldades de marcação de consulta nos serviços da respetiva área assistencial, ou sem indicação para consulta especializada”***. Pode assim argumentar-se que a necessidade de recurso ao SU pode constituir um indicador indireto da qualidade dos serviços, denotando uma falha no sistema de SM, especialmente ambulatório, e traduzindo uma prestação de cuidados de SM insuficiente (por dificuldade no acesso ao tratamento psiquiátrico em ambulatório) ou inadequada (por referenciação desajustada relativamente à situação clínica) (Wingerson *et al*, 2001; Pasic *et al*, 2005).

Para além desta questão, há também utentes que recorrem ao SU de psiquiatria e que poderiam obter uma prestação de cuidados psiquiátricos num *setting* mais apropriado. Alguns destes utentes apresentam necessidades psicossociais complexas que condicionam um padrão de recurso recorrente e frequente (não ocasional) ao serviço de urgência (SU). Estes utentes são geralmente designados na literatura por **“utilizadores de elevada frequência”** (UEF).

Pelo seu padrão de utilização do SU, os UEF condicionam uma sobrecarga no funcionamento daquele serviço, não só pelo desgaste dos recursos humanos, mas também a nível económico, acarretando gastos com a utilização excessiva de recursos de saúde, nomeadamente através de visitas repetidas ao SU e internamentos mais frequentes. Por outro lado, a nível individual, estes doentes apresentam um maior risco de intervenções iatrogénicas em consequência da utilização repetida dos serviços de saúde (Saarento *et al*, 1998; Arfken *et al*, 2004). Trata-se portanto de uma população vulnerável e com necessidades complexas, que requer frequentemente não só intervenções médicas mas também sociais, e que nem sempre são passíveis de gerir no contexto agitado do SU. A falha na identificação das suas necessidades e a ausência de intervenção adequada junto dos UEF pode conduzir a um ciclo vicioso que resulta no recurso repetido ao SU (Skinner *et al*, 2009). Salienta-se, assim, a importância da identificação precoce das necessidades destes utentes, que apesar dos recursos consumidos não parecem ser devidamente supridas (Arfken *et al*, 2004). Esta informação é fundamental para o planeamento de intervenções clínicas específicas adequadas (como por ex. o tratamento assertivo na comunidade), destinadas à prevenção da cronificação de determinados padrões de funcionamento e à promoção da reabilitação.

3.3. Justificação para a realização do estudo

Tendo em conta o exposto, verifica-se que a UMPP, sendo um SU centralizado, reúne características únicas para a avaliação da acessibilidade aos cuidados de SM.

Trata-se de um serviço particularmente sujeito a uma grande pressão quanto ao número diário de doentes observados, com uma média de cerca de 36 doentes por dia (ARS Norte, 2010) e revestido de múltiplas complexidades, decorrentes do seu contexto (área urbana) e dimensão (vasta área de referência, que inclui utentes provenientes de toda a Região Norte de Portugal).

Sabe-se que a utilização dos serviços de SM pode depender de diversas variáveis para além do quadro clínico do doente, nomeadamente as suas características sócio-demográficas e as características intrínsecas dos serviços (Ruggeri e Tansella, 1995). Contudo, tanto quanto foi possível apurar através da pesquisa em diversos motores de busca de publicações médicas nacionais e estrangeiras, não existe nenhum estudo realizado em Portugal que analise as características dos utentes de uma urgência psiquiátrica tendo em consideração fatores sócio-demográficos e as características dos serviços de SM comunitários existentes. O conhecimento destes fatores pode ser útil para otimizar a organização dos serviços de SM, designadamente a articulação com os CSP e as vias de acessibilidade aos cuidados secundários, aspetos que foram considerados “problemáticos” na avaliação efetuada pela CNRSSM em Portugal. Em última análise, esta informação poderá contribuir para melhorar os cuidados de saúde prestados e promover uma utilização mais racional dos recursos disponíveis. Colocam-se assim algumas questões relativas à utilização da UMPP a que o presente estudo pretende responder.

3.4. Objetivos do estudo

Os objetivos deste estudo são caracterizar:

- 1- Os utentes que utilizam a UMPP, tendo em conta fatores sociodemográficos;
- 2- O padrão de utilização dos serviços de SM pelos utentes da UMPP;
- 3- As vias de acesso/referenciação para os cuidados especializados;
- 4- O recurso/ padrão de utilização da UMPP tendo em conta os antecedentes psiquiátricos dos utentes e a intervenção efetuada no SU.

De forma a atingir estes objetivos, pretende-se responder às seguintes questões:

- 1- Quais as características sociodemográficas dos utentes da UMPP?
- 2- Quais os antecedentes de utilização dos serviços psiquiátricos dos utentes da UMPP?
- 3- Qual o padrão de utilização da UMPP?
- 4- Qual a intervenção efetuada na UMPP?

4. METODOLOGIA

4.1. Desenho do estudo

Trata-se de um estudo **observacional descritivo** (com caracterização detalhada através da observação direta e sistemática) e **transversal**.

4.2. Setting

O estudo decorreu na UMPP, no Hospital de São João, no Porto.

4.3. Amostra

Correspondendo a população alvo a todos os utentes que recorreram à UMPP no período do estudo, foi recrutada uma amostra de conveniência, sem aleatorização com 210 utentes.

4.4. Seleção dos participantes

CrITÉRIOS de elegibilidade

- Utesntes com idade igual ou superior a 18 anos, que recorreram à UMPP no período do estudo, observados por Psiquiatria após triagem direta, ou após referenciação por outras especialidades médicas (sendo psiquiatria a especialidade responsável pela alta), e que aceitaram responder ao questionário de recolha dos dados.

CrITÉRIOS de exclusão

- Utesntes com idade inferior a 18 anos;
- Utesntes que recusaram participar no estudo;
- Utesntes observados na UMPP cuja observação por Psiquiatria tenha constituído apenas um “pedido de parecer”, não sendo a Psiquiatria a especialidade responsável pela alta.

4.5. Instrumento do estudo

O estudo foi realizado através da aplicação de um questionário aos utentes que recorreram à UMPP no período do estudo. O questionário aplicado foi elaborado especificamente para o efeito a partir da adaptação do questionário elaborado pela CNRSSM em 2007 e aplicado no Estudo das Vias de Acesso aos Serviços de Urgência de Psiquiatria.

O questionário (Anexo) inclui informação geral relativa a variáveis sócio-demográficas, antecedentes psiquiátricos, antecedentes de utilização do SU de psiquiatria e do SU geral (obtidos a partir do sistema informático Alert®), e ainda informação relativa ao episódio atual de recurso à urgência de psiquiatria. É composto por 44 itens, incluindo questões com variáveis categóricas e questões cotadas segundo uma escala tipo Likert, ordinal, com 3 a 5 opções possíveis. Os itens 1 a 33 incluem informação fornecida pelos utentes; os itens 34 a 40 foram preenchidos pelo médico que observou o utente no SU de psiquiatria, os itens 41 a 43 contemplam informação obtida através da consulta de eventuais episódios prévios de recurso ao SU no sistema informático Alert®.

Foram incluídas questões sobre as seguintes variáveis:

Variáveis sócio-demográficas

1 – Sexo.

2 – Idade.

3 - Estado civil: solteiro, casado/união de facto, viúvo.

4 - Com quem vive: sozinho; com família; institucionalizado; outra situação.

5 - Local de residência (concelho).

6 - Centro de Saúde (CS) em que está inscrito (concelho).

7 - Escolaridade: sem escolaridade, 1-4 anos de escolaridade (ensino primário), 5-9 anos de escolaridade (ensino obrigatório), 10-12 anos de escolaridade (ensino secundário), mais de 12 anos de escolaridade (ensino superior).

8 - Situação laboral: empregado, desempregado à procura de emprego, reformado, com incapacidade temporária para o trabalho, trabalho doméstico, estudante (a tempo inteiro), outra.

9 – Em caso de incapacidade temporária para o trabalho, foi solicitada especificação da causa, nomeadamente se era por motivo psiquiátrico.

10 - Atribuição de Rendimento Social de Inserção.

11 - Isenção do pagamento de taxa moderadora.

Antecedentes de utilização dos Serviços de SM

1 - Antecedentes de acompanhamento prévio em consulta de psiquiatria.

2 - Antecedentes de acompanhamento atual em consulta de psiquiatria.

3 - Antecedentes de internamento em serviços de Psiquiatria.

4 - Antecedentes de internamento em serviços de Psiquiatria nos 12 meses prévios.

Vias de acesso /referenciação para os cuidados especializados de Psiquiatria

1 - Acesso a consultas com o MF.

2 - Procura de ajuda profissional em situações de necessidade de ajuda imediata para problemas psicológicos (quantificação da procura; local de recurso primário; rapidez do atendimento face às expectativas).

3 - Tentativa de marcação de consulta de psiquiatria nos 12 meses prévios (local e dificuldade na marcação de consulta).

4 - Referenciação para consulta de psiquiatria nos 12 meses prévios (local e tempo de espera pela consulta).

5 - Referenciação para consulta de psiquiatria a partir do SU (local e tempo de espera pela consulta).

6 - Orientação para consulta de psiquiatria após a alta de internamento/ motivo para a eventual falha da consulta.

Antecedentes de utilização do SU de Psiquiatria

- 1 - Antecedentes de recurso prévio ao SU de Psiquiatria.
- 2 - Número de episódios de recurso ao SU de Psiquiatria nos 12 meses prévios.
- 3 - Número de episódios de recurso ao SU geral nos 12 meses prévios.

Episódio atual de recurso ao SU

- 1 - Data e dia da semana.
- 2 - Equipa do SU.
- 3 - Hora da triagem.
- 4 - Tempo médio entre a 1ª observação médica e a por Psiquiatria.
- 5 - Decisão de recurso ao SU de Psiquiatria (do próprio, indicação de familiar/amigo/colega, indicação do MF, indicação do psiquiatra assistente, indicação de profissional privado, indicação das Autoridades).
- 6 - Local de recurso prévio à ida ao SU de Psiquiatria (recurso direto ao SU, CS, outro Hospital, Serviço de Psiquiatria).
- 7 - Motivo de referenciação para o SU de psiquiatria em caso de recurso prévio a outro local (falta de atendimento, inexistência de psiquiatra, tempo de espera excessivo, referenciação apesar de observação).
- 8 - Observação noutra área do SU (triagem direta para a Psiquiatria, área amarela, área laranja, outra).
- 9 - Acompanhante (sozinho(a), paramédicos, familiar/amigo/colega, polícia).
- 10 - Motivo de vinda (queixa inicial).
- 11 - Cor atribuída de acordo com a Triagem de Manchester (verde, amarelo, laranja, outra).
- 12 - Fatores associados ao recurso ao SU de Psiquiatria: novo episódio de doença psicótica, recaída de doença psicótica prévia, agravamento de sintomatologia depressiva, tentativa de suicídio e método, sintomatologia ansiosa/mal-estar somático, problemas relacionais (familiares,

conjugais), problemas sociais crónicos (fraco suporte social), problemas relacionados com o acesso aos serviços de Saúde, abuso de substâncias (álcool e/ou drogas), incumprimento da medicação, acontecimento de vida *major*, comportamento auto ou heteroagressivo, problemas económicos, problemas laborais, problemas escolares/académicos, outros.

13 - Intervenção efetuada no SU de Psiquiatria (nenhuma, prescrição/ajuste terapêutico, orientação para o MF (com ou sem indicação de referenciação para consulta de Psiquiatria), orientação para psiquiatra assistente, orientação para Unidade de Alcoologia/CAT, parecer (orientação para outra área médica do SU), estudo analítico, estudo imagiológico, intervenção do Serviço Social, internamento em Serviço de Psiquiatria (compulsivo ou voluntário; local), outra intervenção).

14 - Diagnóstico atribuído: esquizofrenia, perturbação bipolar, outra psicose, perturbação decorrente do abuso de substâncias, demência, *delirium*, perturbação da personalidade, depressão, perturbação de adaptação, perturbação de ansiedade, debilidade intelectual, perturbação do comportamento alimentar, outro diagnóstico).

15 - Medicação psiquiátrica em curso (qual, há quanto tempo, prescriptor responsável).

16 - Comorbilidade com abuso de substâncias (álcool e/ou drogas).

17 - Classificação da pertinência do recurso ao SU de Psiquiatria (existência ou não de problema psiquiátrico).

18 - Classificação da urgência do recurso ao SU de Psiquiatria (quadro clínico requerendo atenção imediata/observação em 24 h ou situação psiquiátrica que poderia ter aguardado mais de 1 semana por uma consulta de psiquiatria).

19 - Orientação do doente após a alta do SU de Psiquiatria: domicílio (orientação para MF ou consulta de psiquiatria, alta contra parecer médico), internamento, outra.

De forma a possibilitar a exclusão de casos com visitas repetidas no período do estudo, foram também recolhidas as iniciais do nome dos utentes e a sua data de nascimento. Os utentes com visitas repetidas foram identificados através do cruzamento daqueles dados. Apenas foram incluídos na análise os dados relativos à primeira visita.

4.6. Autorização/aspectos éticos

Foi solicitada autorização ao Conselho de Administração do CHSJ e à ARS Norte para a obtenção e utilização dos dados, tendo em vista a sua análise e divulgação/publicação dos resultados. Foi também solicitada apreciação pela Comissão de Ética para a Saúde do HSJ.

Os dados recolhidos são anónimos, não permitindo a identificação pessoal dos doentes, de forma a assegurar a confidencialidade relativa aos dados obtidos através dos registos clínicos.

A resposta ao questionário foi voluntária, tendo sido pedido aos utentes e/ou ao seu representante legal (por ex. em doentes demenciados) o consentimento informado, após explicação sobre o propósito do mesmo e sendo assegurada a confidencialidade dos dados fornecidos. Antes de solicitada a colaboração na resposta ao questionário, foi confirmada a ausência de qualquer contraindicação ou inconveniente para o doente do ponto de vista clínico, nomeadamente em doentes psicóticos com sintomatologia paranóide, doentes com franca agitação psicomotora, etc.

4.7. Análise dos dados

Os dados recolhidos foram introduzidos numa base de dados, sendo utilizado para a análise estatística dos mesmos, o programa informático SPSS (versão 16). O nível de significância estatística foi fixado para $p < 0,01$.

Foi efetuada uma análise exploratória dos dados e utilizados métodos estatísticos não paramétricos para testar a significância de diferenças entre subpopulações representadas por variáveis categóricas e/ou ordinais. Foi ainda usado um método paramétrico (ANOVA) na exploração de uma variável contínua (idade).

Para analisar as diferenças entre os grupos foram efetuados os seguintes testes: Qui-quadrado com correção para a continuidade na análise de variáveis categóricas; análise da variância quando foram analisadas variáveis contínuas.

Para análise do efeito de grupo foram efetuados testes *post-hoc*, usando a correção de Bonferroni para o nível de alfa ($p < 0,01$), de forma a determinar quais as características de cada grupo que são responsáveis pelas diferenças observadas com significância estatística.

5. RESULTADOS

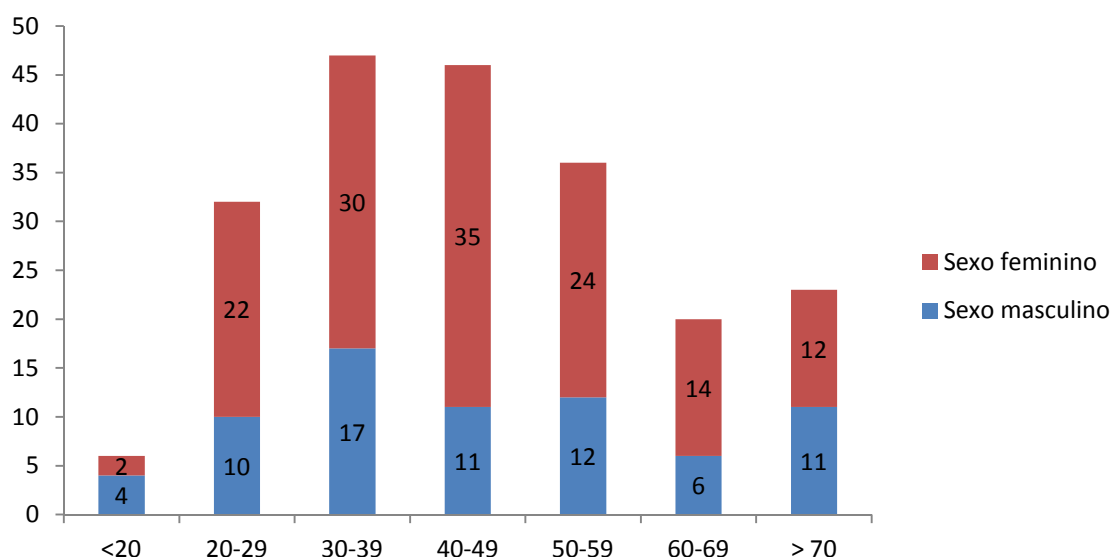
Foram obtidos 213 questionários correspondendo a 213 episódios de recurso ao SU e 210 utentes. 3 utentes responderam ao questionário do estudo 2 vezes, em episódios de recurso ao SU distintos, tendo sido excluído o 2º questionário preenchido. Assim, a análise dos dados diz respeito a 210 utentes.

5.1. Caracterização sociodemográfica

Dos 210 utentes da amostra, 139 (66.2%) eram do sexo feminino e 71 (33.8%) do sexo masculino, sendo a relação entre os sexos de 2♀:1♂.

Os utentes entrevistados apresentaram uma idade média de 45 anos, sendo a idade mínima de 18 e a máxima de 87 anos. O gráfico seguinte apresenta a distribuição por sexo e grupo etário. A maior parte dos utentes enquadrava-se nos grupos etários compreendidos entre os 30 e os 50 anos.

Gráfico 1: Distribuição por sexo e grupo etário (n=210)



Cerca de metade dos utentes era casada (47,1%) e a maioria vivia com a família (82,4%).

Gráfico 2: Estado civil (n=210)

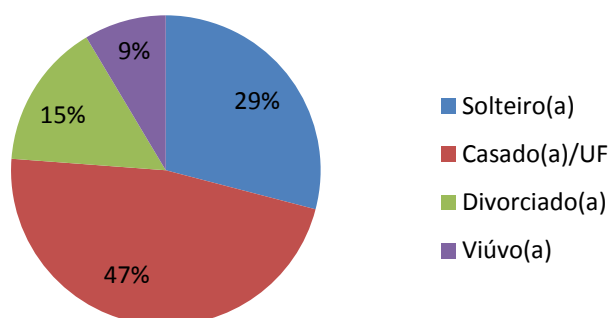
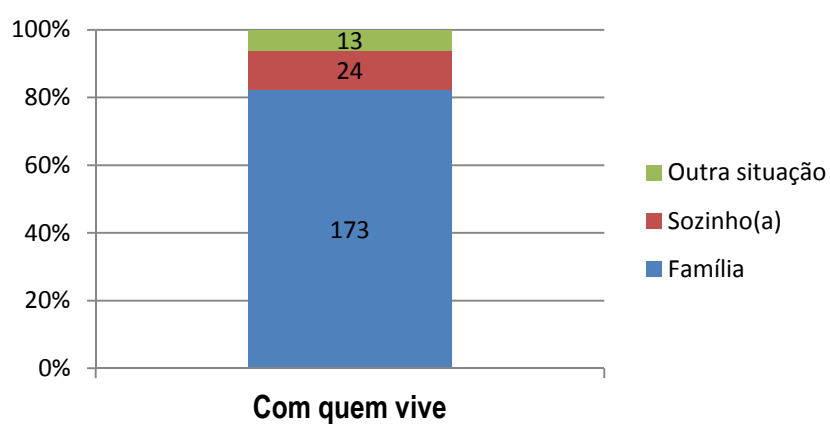


Gráfico 3: Com quem vive no domicílio

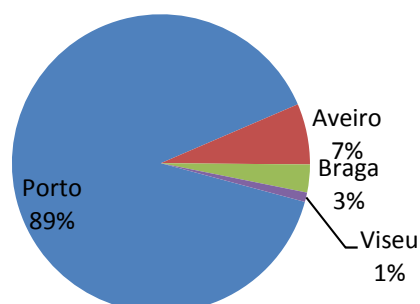


Quadro 3: Estado civil e companhia no domicílio.

	Amostra total		Sexo feminino		Sexo masculino	
	N	%	N	%	N	%
Estado civil						
<i>Solteiro(a)</i>	61	29.0	31	22.3	30	42.3
<i>Casado(a)/U. facto</i>	99	47.1	70	50.4	29	40.8
<i>Divorciado(a)</i>	32	15.2	24	17.3	8	11.3
<i>Viúvo(a)</i>	18	8.6	14	10.0	4	5.6
Com quem vive						
<i>Sozinho(a)</i>	24	11.4	16	11.5	8	11.3
<i>Família</i>	173	82.4	114	82.0	59	83.1
<i>Instituição</i>	3	1.4	2	1.4	1	1.4
<i>Outra situação</i>	10	4.8	7	5.0	3	4.2
	210		139		71	

75,2% dos doentes (n=158) residiam na região do Grande Porto.

Gráfico 4: Distrito de residência (n=210)



A figura seguinte indica a distribuição por concelho de residência.

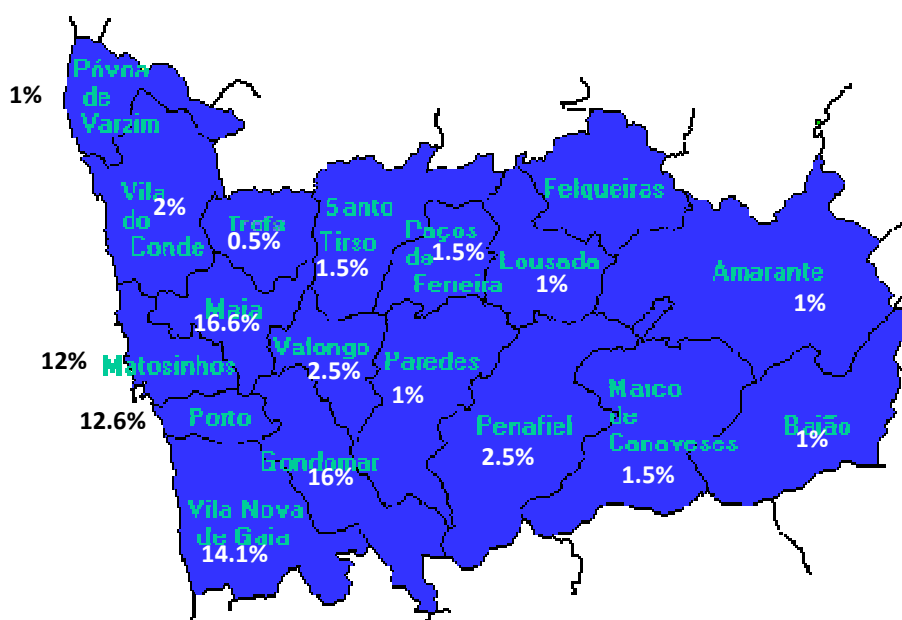
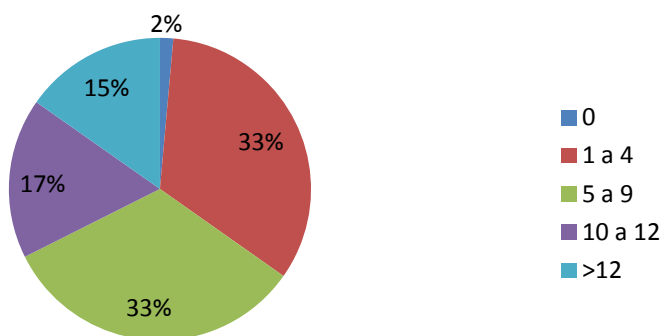


Figura 5: Distribuição dos utentes de acordo com o concelho (%)

A distribuição dos utentes de acordo com o concelho em que se localizava o seu CS foi sobreponível ao concelho de residência.

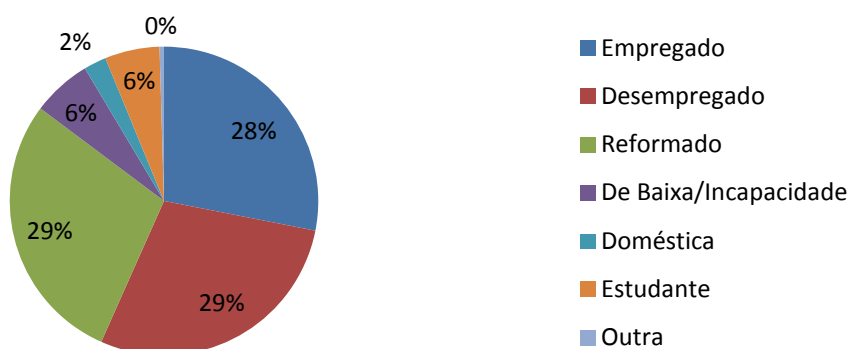
A maior parte dos utentes apresentava um baixo nível de instrução: 67,6% (n=142) tinham um nível de escolaridade igual ou inferior ao mínimo obrigatório e apenas 15,2% (n=32) tinham frequência universitária. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas na distribuição da escolaridade por sexo.

Gráfico 5: Escolaridade (anos)



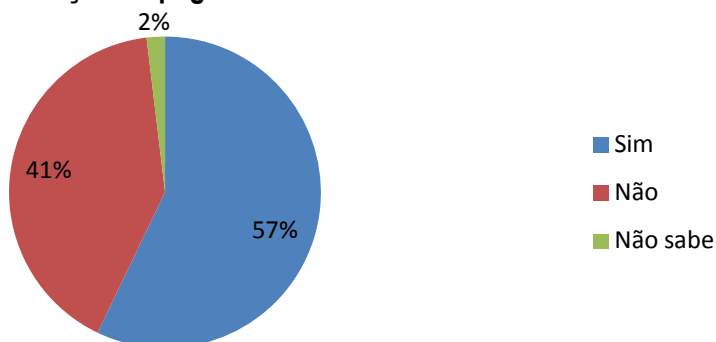
No que respeita à situação profissional dos utentes do SU, a maioria encontrava-se desempregada (28,6%; n=60) ou reformada (28,6%; n=60) e apenas 28.1% (n=59) estavam empregados e efetivamente a trabalhar. 13 utentes (6%) apresentavam-se com incapacidade temporária para o trabalho e, em 11 destes casos, o motivo era de foro psiquiátrico. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas na distribuição da situação laboral por sexo.

Gráfico 6: Situação laboral



8.1% (n=17) dos utentes declararam receber o Rendimento Social de Inserção e 57.1% (n=120) referiram estar isentos do pagamento de taxa moderadora.

Gráfico 7: Isenção do pagamento de Taxa Moderadora



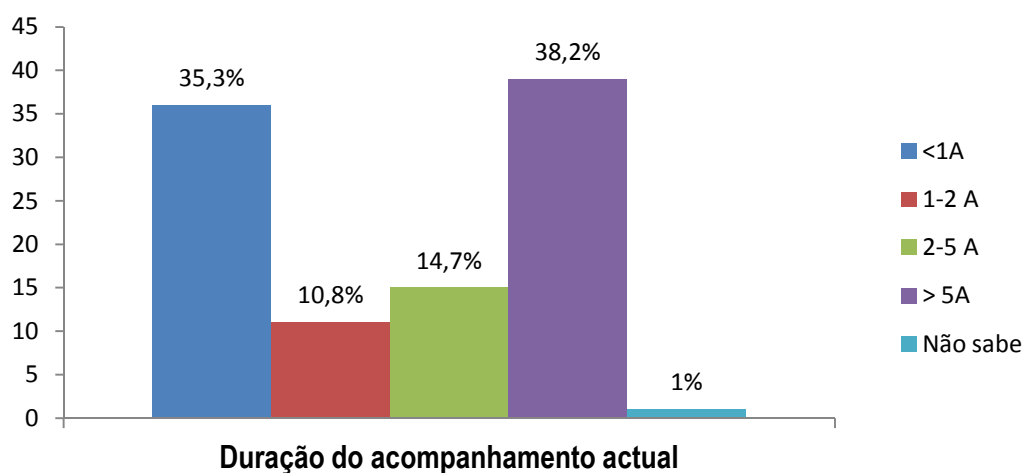
5.2. Antecedentes de utilização dos Serviços de SM pelos utentes da UMPP

5.2.1. Acompanhamento em consulta de Psiquiatria

145 doentes (69%) afirmaram ter tido, em algum período, acompanhamento prévio por Psiquiatria. Destes, 70.3% (n=102) ainda mantinham esse acompanhamento, pelo que cerca de metade dos episódios de recurso ao SU (48,6%) corresponderam a utentes em acompanhamento pela especialidade de Psiquiatria. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os sexos relativamente aos antecedentes de acompanhamento psiquiátrico.

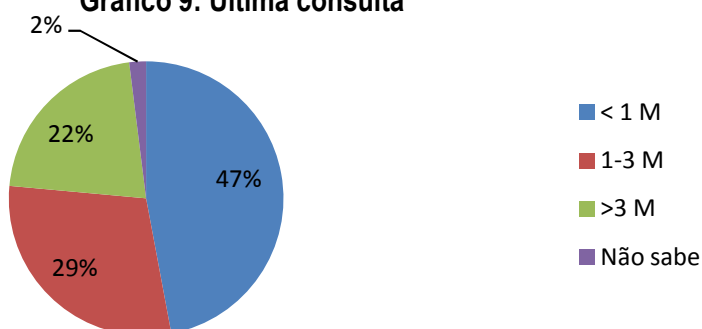
Dos 102 utentes em seguimento por Psiquiatria, 38.2% (n= 39) referiram estar em acompanhamento há mais de 5 anos e 35.3% (n= 36) há menos de 1 ano.

Gráfico 8: Duração do acompanhamento atual por Psiquiatria



47,1% dos utentes (n=48) referiram ter tido consulta há menos de 1 mês.

Gráfico 9: Última consulta



5.2.2 Antecedentes de internamento em Serviços de Psiquiatria

75 doentes (35.7%) referiram ter antecedentes de internamento em serviços de Psiquiatria e destes, 41 (54.7%) afirmaram ter tido episódios de internamento nos últimos 12 meses.

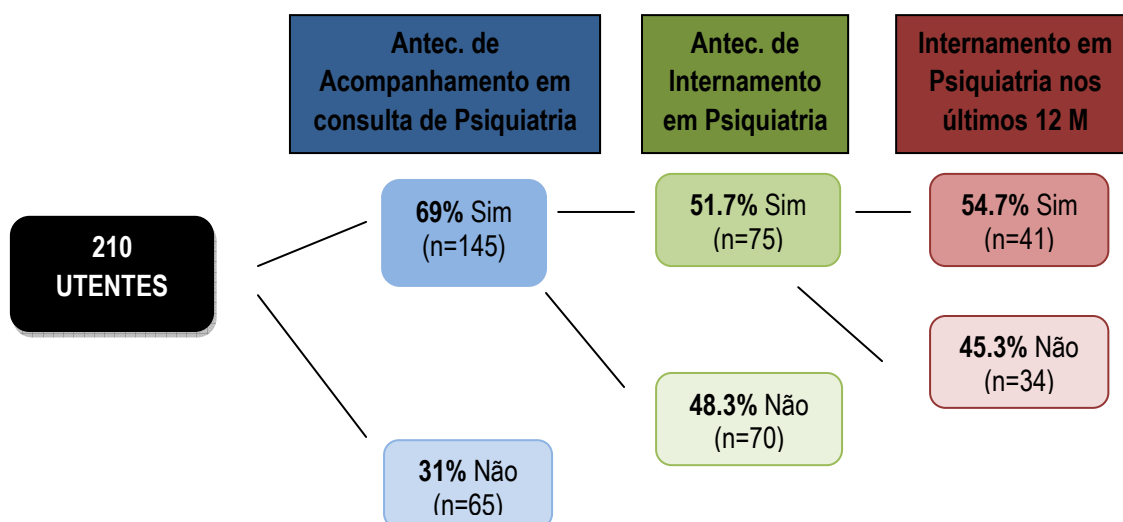


Figura 6: Antecedentes de acompanhamento em consulta e internamento de Psiquiatria

Quadro 4: Antecedentes de internamento por sexo

	Amostra total		Sexo feminino		Sexo masculino	
	N	%	N	%	N	%
Antecedentes de internamento	75	35.7	54	38.8	21	29.6
Antecedentes de internamento nos últimos 12 M	41	19.5	29	20.9	12	16.9
	210		139		71	

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nos antecedentes de internamento entre os sexos. Os gráficos seguintes apresentam a distribuição da frequência de internamentos por sexo.

Gráfico 10: Internamentos prévios (n=75)

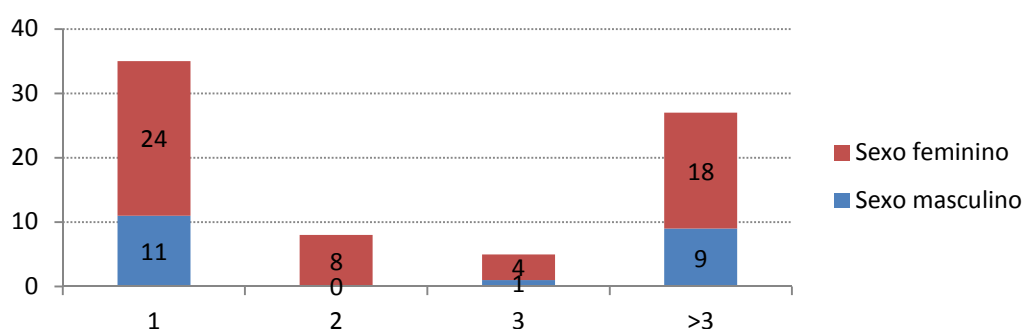
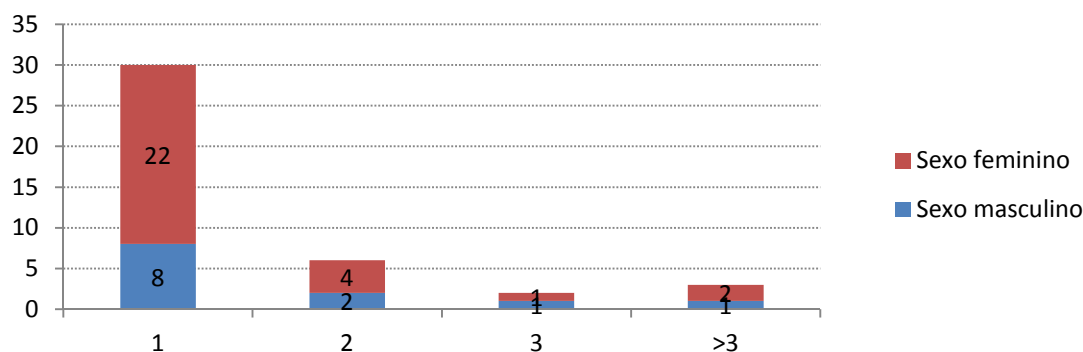


Gráfico 11: Internamentos nos últimos 12 meses (n=41)



5.3. Vias de acesso /referenciação para os cuidados especializados de Psiquiatria

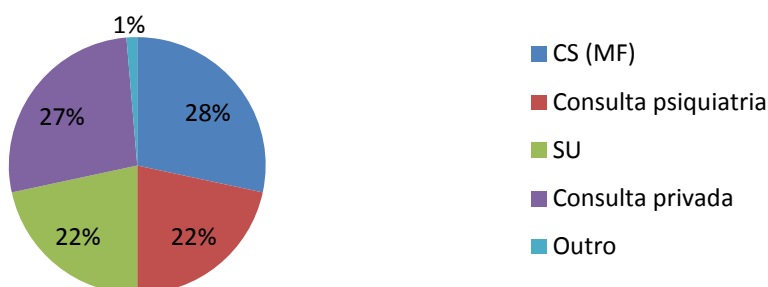
93.3% (n= 196) dos utentes que recorreram ao SU de psiquiatria referiram ter acesso a consultas com o seu MF. Contudo, 64.8% (n=136) referiram nunca ter procurado qualquer tipo de ajuda profissional (por ex. de algum médico ou psicólogo) em situações em que tivessem sentido necessidade de ajuda imediata para os seus problemas psicológicos, e apenas 9.5% (n=20) referiram ter procurado ajuda profissional “muitas vezes” naquelas circunstâncias.

Gráfico 12: Pedido de ajuda profissional (n=210)



Nos casos em que foi pedida ajuda (n=74), 28 % dos utentes (n=21) dirigiram-se em primeiro lugar ao CS, recorrendo de modo quase idêntico (27%) a consulta privada naquelas circunstâncias (n=20).

Gráfico 13: Local de procura de ajuda (n=74)



Na maior parte dos casos (64,9%; n=48), os utentes referiram ter sido atendidos com a rapidez desejada “muitas vezes”.

Quadro 5: Satisfação com a rapidez de atendimento por local de ajuda

Local de ajuda	Rapidez de atendimento satisfatória			
	Nunca	Raramente	Por vezes	Muitas vezes
CS (n=21)	9.5%	4.8%	33.3%	52.4%
Consulta Psiquiatria (n=16)	0%	0%	37.5%	62.5%
SU (n=16)	6.2%	12.5%	31.3%	50%
Consulta privada (n=20)	0%	0%	5%	95%
Outro (n=1)	0%	0%	100%	0%

Apesar do recurso à urgência de psiquiatria, apenas 18.6% dos utentes (n=39) referiu ter tentado marcar consulta de psiquiatria nos 12 meses prévios; em 53.8% destes casos (n=21) foi tentada marcação de consulta de psiquiatria em serviços privados.

Gráfico 14: Tentativa de marcação de consulta de psiquiatria nos 12 M prévios

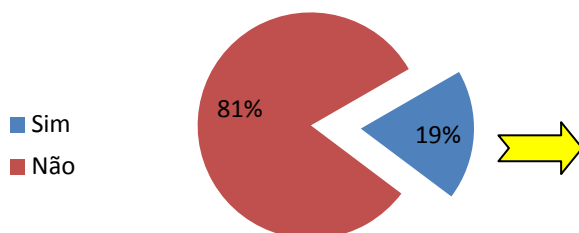
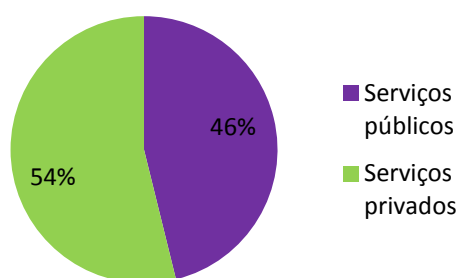
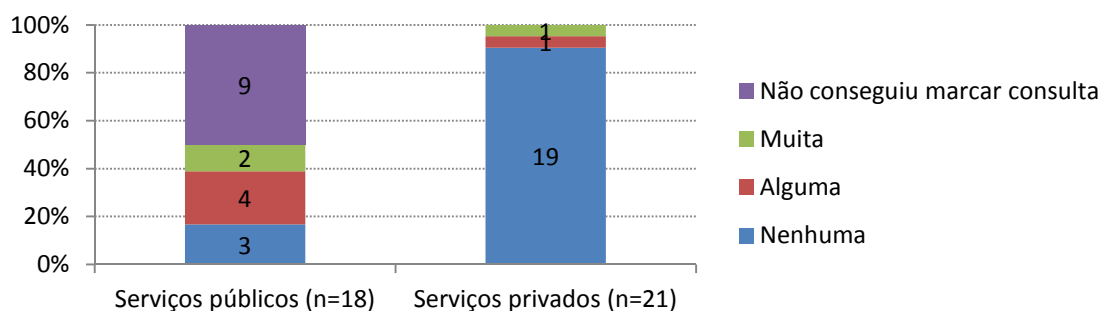


Gráfico 15: Local da marcação



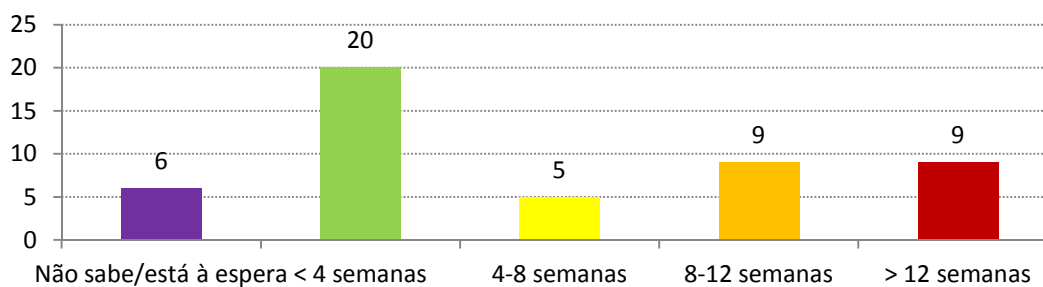
56.4% dos utentes que tentaram marcar consulta de psiquiatria nos últimos 12 meses (n=22) referiu não ter tido dificuldade na marcação da consulta; 86.4% destas situações (n=19) corresponderam a marcações de consulta em serviços privados. 23% dos utentes (n=9) não conseguiram marcar consulta apesar de tentarem e 7.7% (n=3) tiveram muita dificuldade na marcação.

Gráfico 16: Dificuldade na marcação de consulta



23.3% dos utentes que recorreram ao SU (n=49) referiram ter sido referenciados para consulta de psiquiatria nos últimos 12 meses. O gráfico seguinte apresenta o tempo médio de espera pela consulta de psiquiatria.

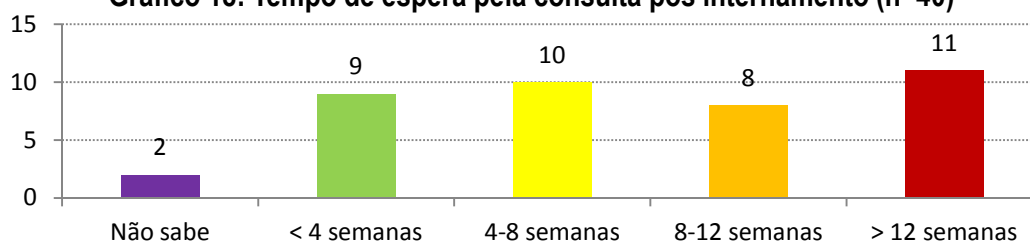
Gráfico 17: Tempo de espera pela consulta de Psiquiatria (n=49)



Entre os utentes com antecedentes de recurso ao SU nos últimos 12 meses (n=75), 66.7% (n= 50) referiram ter sido orientados para consulta de psiquiatria no contexto da observação efetuada no SU.

Dos doentes com antecedentes de internamento nos 12 meses anteriores (n=41), apenas 1 referiu não ter sido orientado para consulta de psiquiatria após a alta, não tendo recebido marcação de consulta. Os restantes (n=40) foram referenciados para consulta após a alta mas 10% destes (n=4) acabaram por não ser observados: 3 porque tiveram uma marcação demasiado tardia, tendo sido re-internados entretanto e 1 porque não recebeu a marcação. O gráfico seguinte apresenta o tempo de espera pela consulta de psiquiatria pós internamento.

Gráfico 18: Tempo de espera pela consulta pós internamento (n=40)



5.4. Antecedentes de utilização do SU

5.4.1. Antecedentes de recurso à UMPP

50.5% dos entrevistados (n=106) eram utentes que recorreram pela 1ª vez à UMPP. Os restantes 49.5% (n=104) tinham antecedentes de recurso àquele serviço e destes, 72.1% (n=75) tinham episódios de urgência psiquiátrica nos 12 meses anteriores.

Gráfico 19: Antecedentes de recurso à UMPP (n=210)

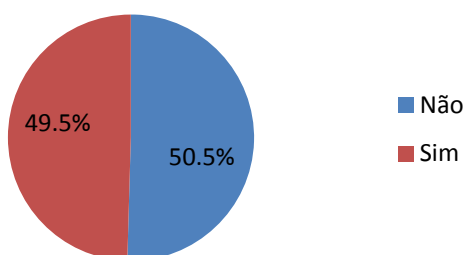
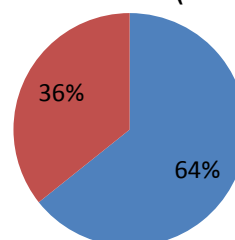
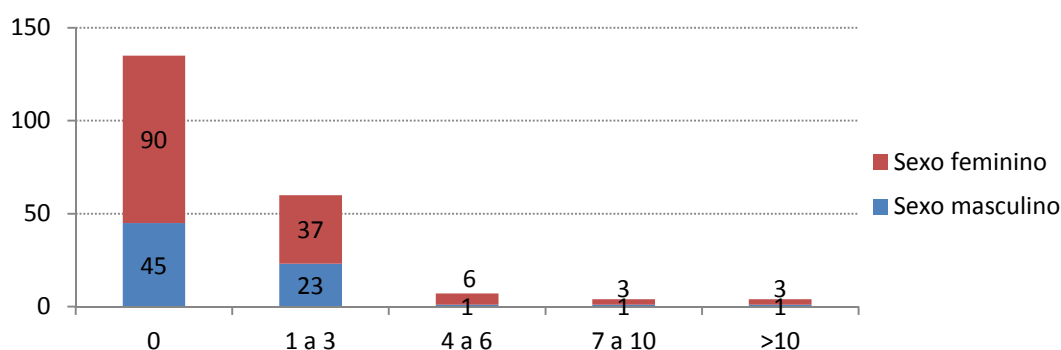


Gráfico 20: Antecedentes de recurso à UMPP nos últimos 12 M (n=210)



O gráfico seguinte apresenta a distribuição por sexo do número de episódios de recurso à UMPP nos 12 meses anteriores.

Gráfico 21: Episódios de recurso à UMPP nos 12 M anteriores (n=210)



Entre os utentes sem antecedentes de recurso prévio ao SU de psiquiatria (n=106), 78.3% (n= 83) referiram nunca ter procurado qualquer tipo de ajuda profissional em situações em que sentissem necessidade de ajuda imediata para problemas psicológicos, enquanto nos doentes com antecedentes de recurso à UMPP aquela percentagem foi de 51% (n=53).

Gráfico 22: Pedido de ajuda profissional em doentes sem antecedentes de recurso ao SU (n=106)

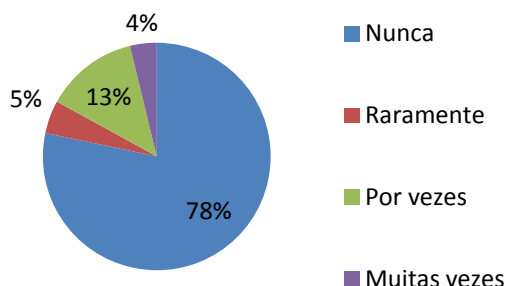
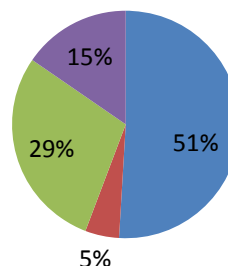


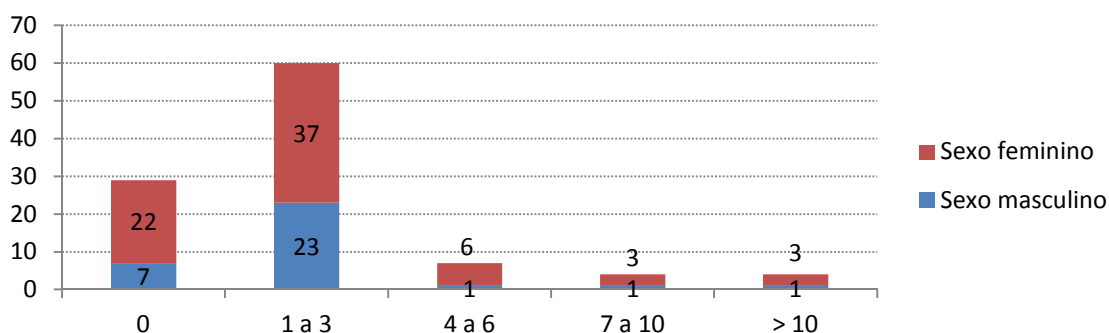
Gráfico 23: Pedido de ajuda profissional em doentes com antecedentes de recurso ao SU (n=104)



Entre os utentes com antecedentes de recurso prévio ao SU de psiquiatria (n=104), 57.7% (n=60) tinham entre 1 a 3 episódios de ida à urgência nos 12 meses prévios e 14.4% (n=15) tinham 4 ou mais episódios de recurso ao SU de psiquiatria naquele período, sendo considerados UEF.

O gráfico seguinte apresenta a distribuição por sexo da frequência dos episódios de recurso à UMPP nos 12 M anteriores nos utentes com antecedentes de recurso prévio ao SU de psiquiatria.

Gráfico 24: Episódios de recurso à UMPP nos 12 M anteriores em utentes com antecedentes de recurso prévio



5.4.2. Utilizadores de elevada frequência (UEF)

75 utentes (35.7%) tinham episódios anteriores de recurso ao SU nos 12 meses prévios à aplicação do questionário do estudo, tendo efetuado um total de 216 visitas ao SU de psiquiatria. Destes, 15 utentes (7.1%) podem ser considerados utilizadores de elevada frequência (UEF), tendo recorrido pelo menos 4 vezes ao SU nos últimos 12 meses; estes doentes foram responsáveis por 125 episódios de recurso ao SU.

5.4.3. Antecedentes de recurso ao Serviço de Urgência médica

A maioria dos utentes da amostra (84.8%; n=178) não tinha antecedentes de recurso à urgência médica nos 12 meses anteriores. Dos 32 doentes observados na urgência médica naquele período, 65.6% recorreram apenas 1 ou 2 vezes.

O quadro seguinte apresenta os antecedentes de recurso aos SU.

Quadro 6: Antecedentes de recurso ao SU de psiquiatria e médico

	Amostra total		Sexo feminino		Sexo masculino	
	N	%	N	%	N	%
Antecedentes de recurso à UMPP	104	49.5	71	51.1	33	46.5
Antecedentes de recurso à UMPP nos últimos 12 M	75	35.7	49	35.3	26	36.6
Antec. de recurso à urgência médica do HSJ nos últimos 12 M	32	15.2	20	14.4	12	16.9
	210		139		71	

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os sexos relativamente aos antecedentes de recurso ao SU.

5.5. **Caracterização dos episódios de recurso ao SU**

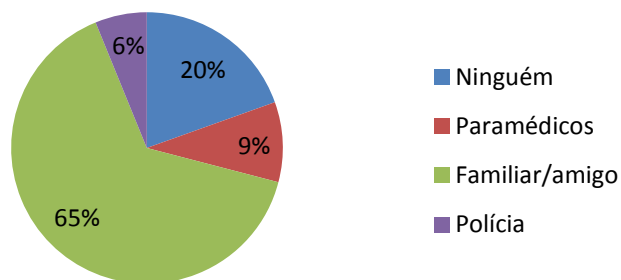
5.5.1. Horário de recurso

48.1% dos utentes da amostra recorreram ao SU no período diurno compreendido entre as 16:00 e as 00:00h (n=101); 43,8% (n=92) recorreram entre as 08:00 e as 16:00h e 8.1% (n=17) dos casos foram triados no período noturno compreendido entre as 00:00 e as 08:00h.

5.5.2. Acompanhante

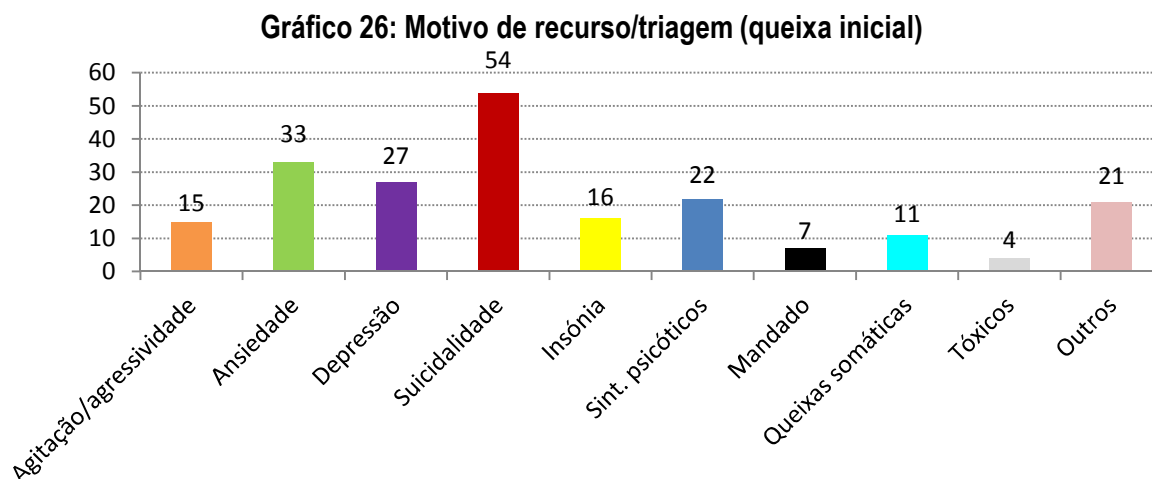
64.8% (n=136) dos utentes da amostra recorreram à UMPP acompanhados por algum familiar ou amigo. O gráfico seguinte detalha o acompanhante aquando o recurso ao SU.

Gráfico 25: Acompanhante (n=210)



5.5.3. Motivo de recurso à UMPP/ queixa inicial na triagem do SU

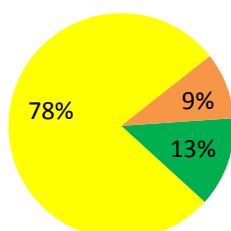
As queixas referidas pelos utentes aquando a admissão na triagem (motivo de recurso) são apresentadas no gráfico seguinte:



O motivo mais frequente para observação na UMPP foi a suicidalidade (25,7%; n=54), nomeadamente a avaliação de doentes com ideação suicida ou que fizeram tentativas de suicídio. No seu conjunto, as queixas relacionadas com depressão e ansiedade contribuíram para 54.3% (n=114) dos episódios triados para o SU de psiquiatria.

77.6% dos casos (n=163) foram triados com a cor amarela, de acordo com o Sistema de Triagem de Manchester.

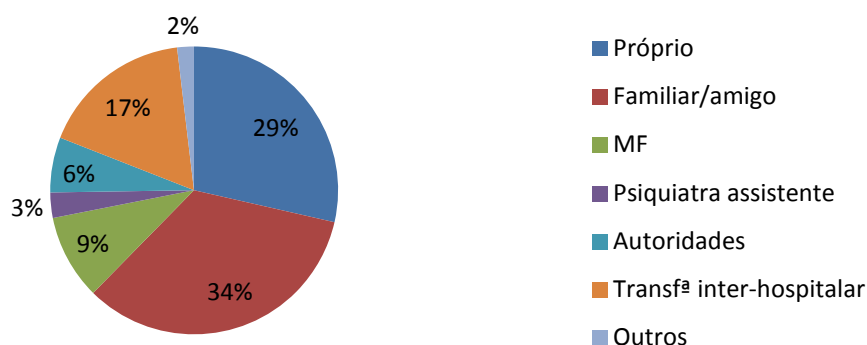
Gráfico 27: Cor da Triagem de Manchester



5.5.4. Decisão de recurso ao SU

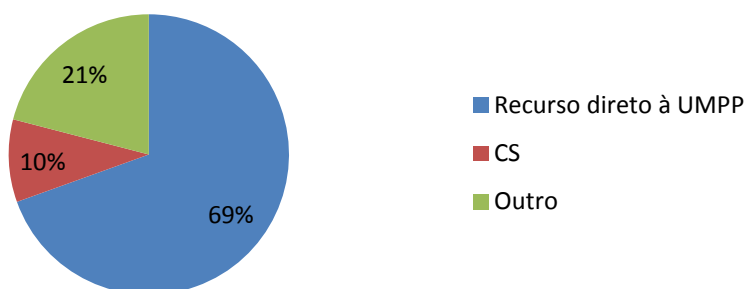
Em 33.8% dos casos (n=71), a decisão de recurso ao SU de psiquiatria foi tomada por sugestão de um familiar ou amigo; 28.6% recorreram por moto próprio (n=60). De salientar que 6.2% (n=13) foram trazidos pela Polícia ou por indicação das Autoridades.

Gráfico 28: Decisão de recurso ao SU



69.5% dos utentes (n= 146) recorreram diretamente à UMPP. Dos 64 utentes que se dirigiram a outros locais previamente, 65.6% (n=42) foram transferidos de outra instituição hospitalar e apenas 31.3% (n=20) recorreram em primeiro lugar a um CS antes de se dirigirem ao SU de psiquiatria.

Gráfico 29: Local de recurso prévio à UMPP



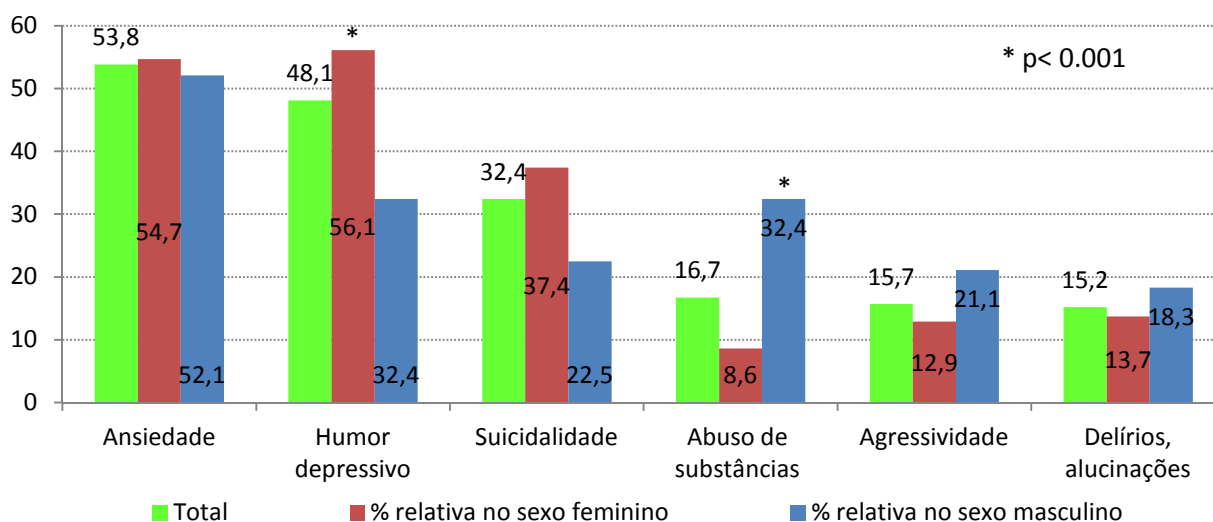
Em 96.9% dos casos (n= 62), os doentes foram enviados à UMPP por não estar disponível a avaliação pela especialidade de Psiquiatria nos serviços onde se dirigiram primeiramente, e ter sido considerada necessária avaliação especializada. Esta situação está relacionada com fatores organizacionais e prende-se com o facto de o SU de psiquiatria se encontrar centralizado na UMPP.

11.9% dos utentes da UMPP (n= 25) tinham sido previamente observados noutras áreas do SU, dos quais 48% foram enviados da área amarela (n=12) e 32% da área laranja (n=8).

5.5.5. Sintomatologia associada ao recurso ao SU

O gráfico seguinte apresenta a sintomatologia associada ao recurso ao SU, identificada pelo psiquiatra aquando a observação do utente.

Gráfico 30: Sintomas associados ao recurso ao SU (%)



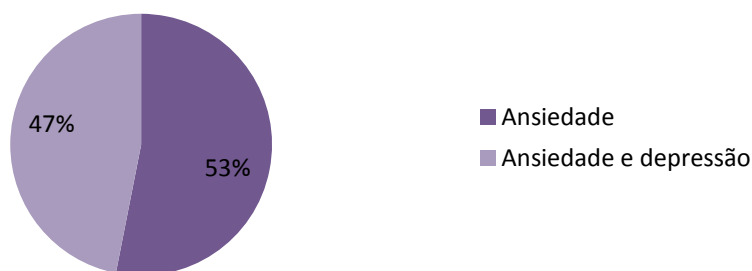
Quadro 7: Sintomas associados ao recurso à UMPP

	Amostra total		Sexo feminino		Sexo masculino	
	N	%	N	%	N	%
Queixas associadas ao recurso ao SU						
<i>Ansiedade</i>	113	53.8	76	54.7	37	52.1
<i>Humor depressivo</i>	101	48.1	78	56.1	23	32.4
<i>Suicidalidade</i>	68	32.4	52	37.4	16	22.5
<i>Abuso de substâncias</i>	35	16.7	12	8.6	23	32.4
<i>Agressividade</i>	33	15.7	18	12.9	15	21.1
<i>Delírios, alucinações</i>	32	15.2	19	13.7	13	18.3

Ansiedade (n=113)

A queixa de ansiedade foi apresentada por 53.8% (n=113) dos doentes que recorreram ao SU. Sendo comum a vários quadros psicopatológicos, verificou-se que esta queixa esteve frequentemente associada a outros fatores implicados no recurso ao SU, nomeadamente o agravamento de sintomatologia depressiva, presente em 46.9% dos casos (n=53).

Gráfico 31: Ansiedade e depressão (n=113)



Humor depressivo (n=101)

O agravamento de sintomatologia depressiva esteve implicado no recurso ao SU em 48.1% dos casos, sendo mais frequente no sexo feminino (56.1%; n=78). Esta diferença foi estatisticamente significativa ($p < 0.001$).

Entre os doentes que apresentavam queixas de agravamento da sintomatologia depressiva (n=101), 38.6% (n=39) apresentavam também ideação suicida e 25.7% (n=26) tinham feito uma tentativa de suicídio.

Suicidalidade (n=68)

32.4% (n= 68) dos episódios de recurso ao SU estiveram relacionados com suicidalidade (ideação suicida e/ou tentativa de suicídio), sendo mais frequente no sexo feminino, embora a diferença encontrada não tenha sido estatisticamente significativa. Foi apurada a presença de ideação suicida em 20.5% (n=43) dos casos. 15.7% (n=33) dos episódios de recurso ao SU corresponderam a doentes que fizeram tentativas de suicídio; destes últimos 24.2 % (n=8) mantinham ainda ideação suicida estruturada aquando a avaliação efetuada na UMPP.

Gráfico 32: Ideação suicida (n=43)

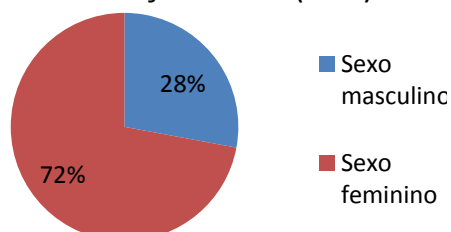
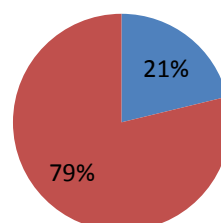
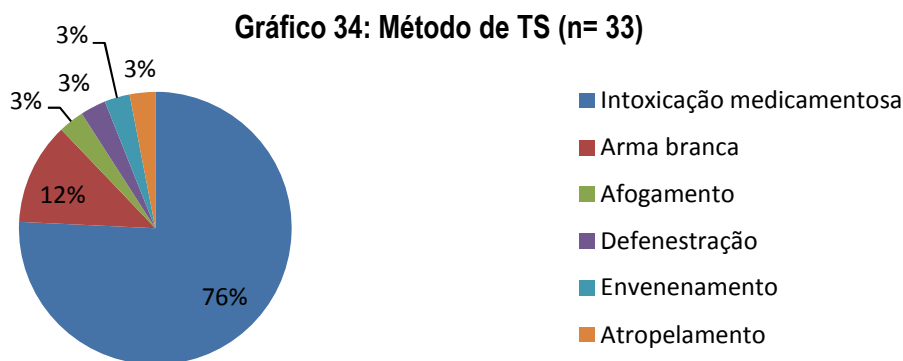


Gráfico 33: Tentativa de suicídio (n=33)



O meio mais frequentemente utilizado para a TS foi a intoxicação medicamentosa (75.8%; n=25). O gráfico seguinte apresenta os métodos utilizados.



Abuso de substâncias (n=35)

O abuso de substâncias esteve associado ao recurso ao SU em 16.7% dos casos (n=35), sendo mais frequente em utentes do sexo masculino (32.4%; n=23); esta diferença foi estatisticamente significativa ($p<0.001$). As situações de alcoolismo foram mais frequentes do que as relacionadas com o consumo de tóxicos.

Gráfico 35: Alcoolismo (n=27)

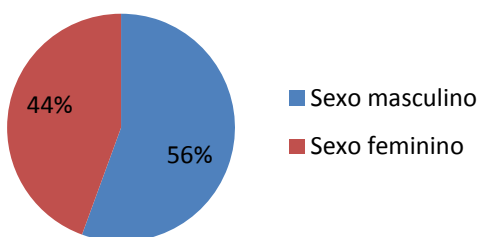


Gráfico 36: Toxicodependência (n=13)

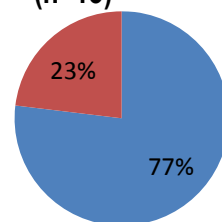
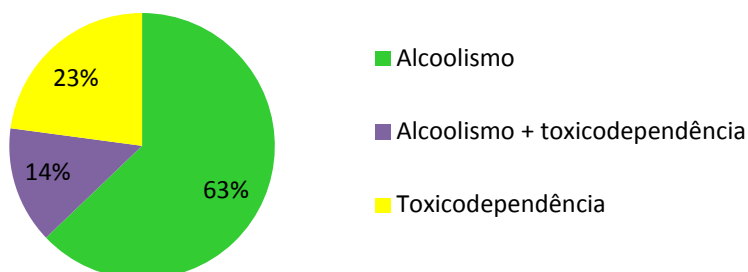


Gráfico 37: Comorbilidade entre alcoolismo e toxicodependência (n=35)



Através da consulta de registos prévios de recurso à UMPP verificou-se que 17.1% (n=36) dos utentes tinham antecedentes de consumo abusivo de álcool e 9.5% (n=20) tinham antecedentes de consumos de drogas.

Gráfico 38: Antecedentes de consumo de tóxicos (♂) (n=71)

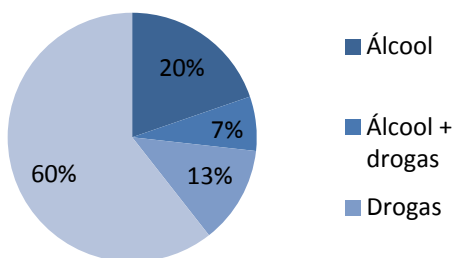
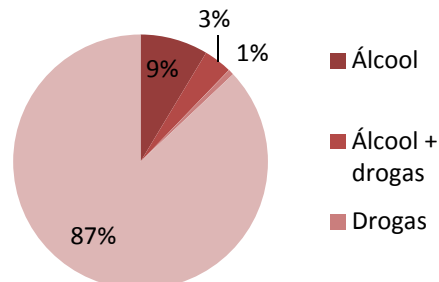


Gráfico 39: Antecedentes de consumo de tóxicos (♀) (n=139)



Comportamento agressivo (n=33)

O comportamento agressivo esteve associado ao recurso ao SU em 15.7% dos casos (n=33). A autoagressividade foi mais frequente no sexo feminino (7.2%; n=10); proporcionalmente, as alterações do comportamento com heteroagressividade verificaram-se com maior frequência em utentes do sexo masculino (13.9%; n=11).

Gráfico 40: Autoagressividade (n=14)

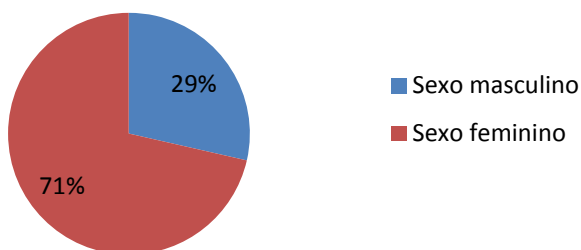
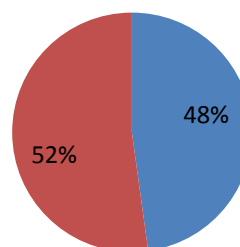


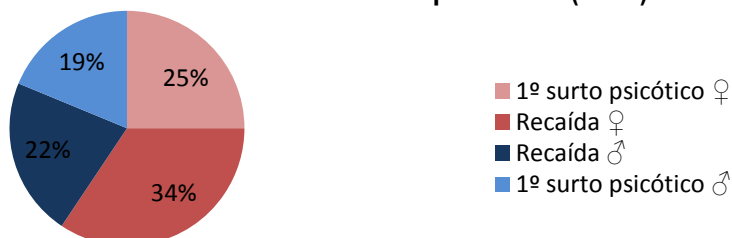
Gráfico 41: Heteroagressividade (n=23)



Delírios e alucinações (n=32)

As queixas relacionadas com sintomatologia psicótica, nomeadamente delírios e alucinações, corresponderam a 15.2% (n=32) dos episódios de recurso ao SU. Os episódios de 1º surto psicótico corresponderam a 43.4% (n=14) de todos os quadros psicóticos.

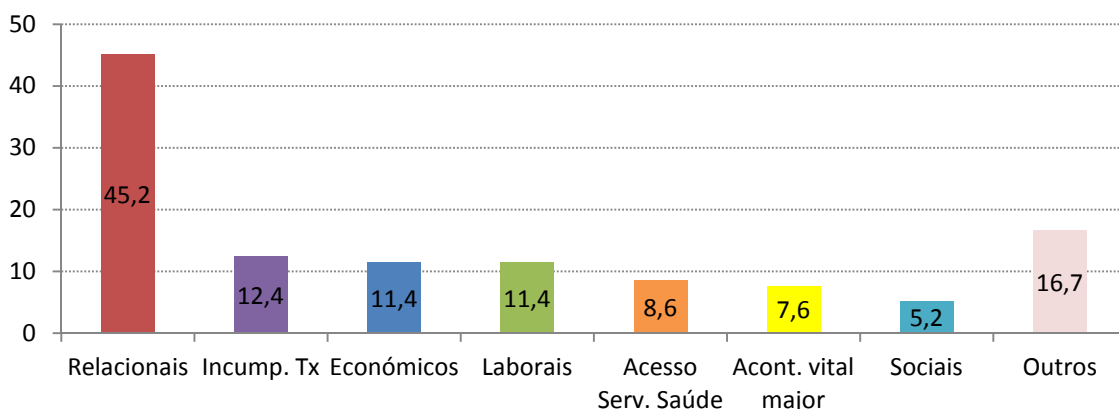
Gráfico 42: Sintomas psicóticos (n=32)



5.5.6. Fatores associados à sintomatologia psiquiátrica

O gráfico seguinte apresenta os principais fatores referidos pelos doentes como estando associados à sintomatologia psiquiátrica que motivou a necessidade de recurso ao SU. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os sexos.

Gráfico 43: Factores associados à sintomatologia psiquiátrica (%)



Quadro 8: Problemas associados aos sintomas psiquiátricos

	Amostra total		Sexo feminino		Sexo masculino	
	N	%	N	%	N	%
Problemas assoc. aos sint. psiquiátricos						
<i>Relacionais</i>	95	45.2	70	50.4	25	35.2
<i>Incumprimento tx</i>	26	12.4	16	11.5	10	14.1
<i>Económicos</i>	24	11.4	18	13.0	6	8.5
<i>Laborais</i>	24	11.4	18	13.0	6	8.5
<i>Acesso aos Serv. Saúde</i>	18	8.6	11	7.9	7	9.9
<i>Acont. Vital major</i>	16	7.6	14	10.1	2	2.8
<i>Sociais</i>	11	5.2	7	5.0	4	5.6

Incumprimento da medicação

Gráfico 44: Incumprimento tx e agravamento da depressão

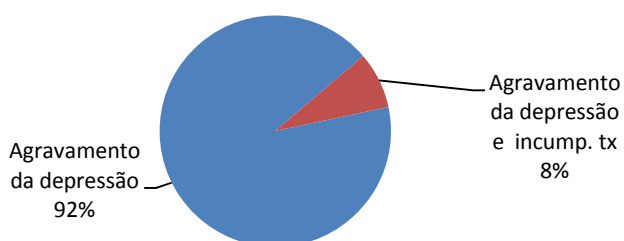
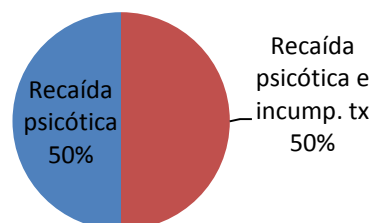


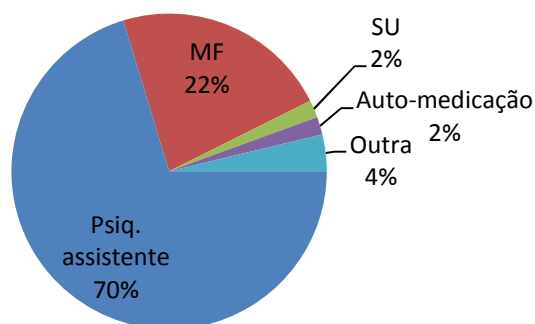
Gráfico 45: Recaída psicótica e incumprimento tx



- 48.6% (n=102) encontravam-se medicados com antidepressivo; destes, 87.3% (n=89) encontravam-se medicados com o antidepressivo há mais de um mês;
- 30% (n=63) tomavam antipsicóticos; destes, 92.1% (n=58) encontravam-se medicados com o antipsicótico há mais de um mês;
- 66.7% (n=140) estavam medicados com pelo menos uma benzodiazepina; destes, 91.4% (n=128) tomavam a benzodiazepina há mais de um mês;
- 16.7% (n=35) estavam medicados com um estabilizador do humor e 97.1% (n=34) tomavam-no há mais de um mês;
- 10.5% (n=22) estavam medicados com outros psicofármacos.

Dos 163 utentes que referiram tomar algum psicofármaco, 69.3% (n= 113) faziam-no por prescrição do seu psiquiatra assistente. Em 22% (n= 36) dos casos o responsável pela prescrição foi o MF. O gráfico seguinte ilustra os responsáveis pela prescrição.

Gráfico 46: Responsável pela prescrição (n=163)



5.5.7. Diagnóstico atribuído

O gráfico seguinte apresenta o diagnóstico atribuído aos doentes da amostra. Em 1.4% dos casos (n=3) não foi identificada psicopatologia que justificasse um diagnóstico psiquiátrico.

Apurou-se comorbilidade com perturbação decorrente do consumo de substâncias em 9 casos.

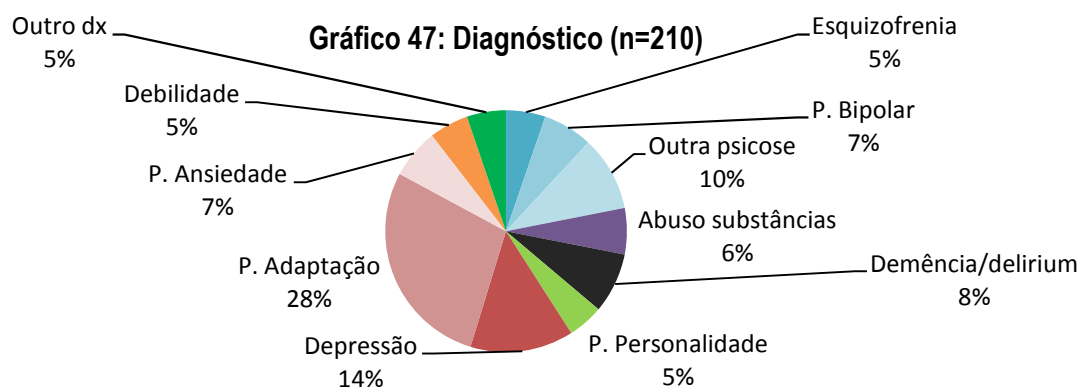


Gráfico 48: Distribuição por sexo dos diagnósticos atribuídos no SU

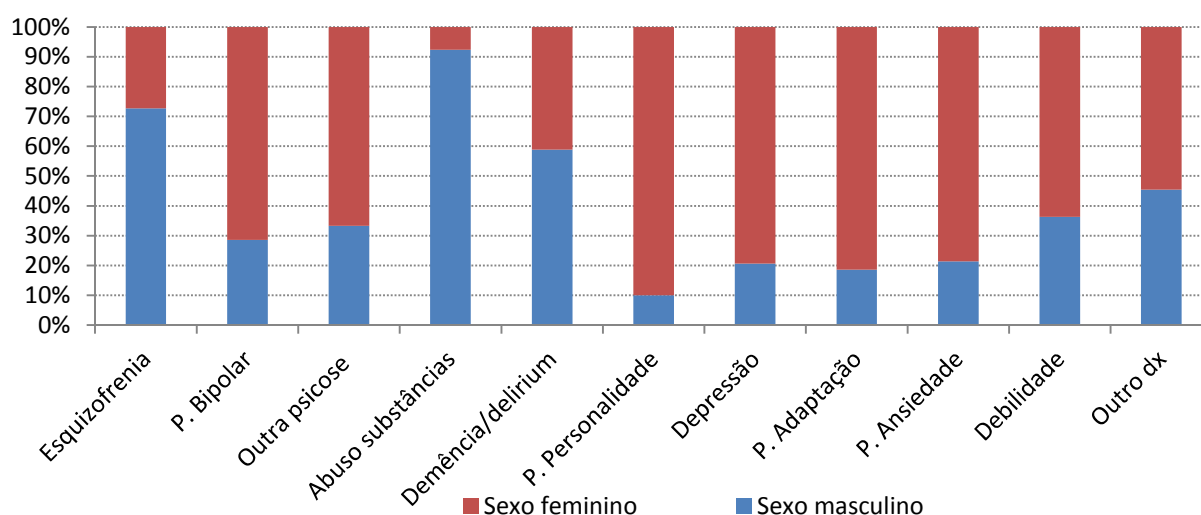
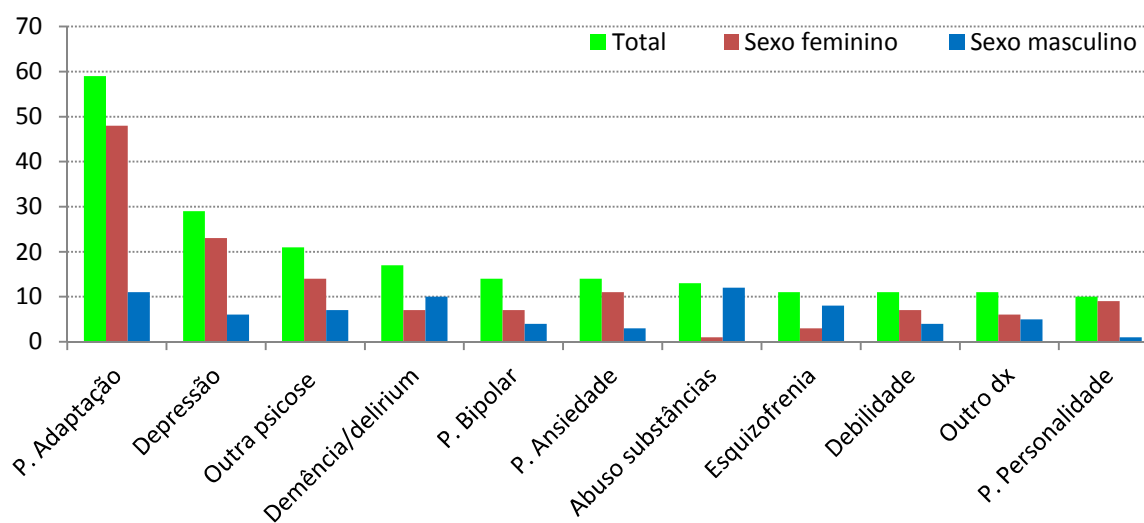


Gráfico 49: Distribuição relativa dos diagnósticos atribuídos no SU



5.5.8. Intervenção efetuada no SU

Em 56.7% dos casos (n=119) foram feitos ajustes na terapêutica. Foi pedido estudo analítico em 23.3% dos casos (n=49) e exames complementares de diagnóstico imagiológicos em 8.6% dos casos (n=18). A intervenção do Serviço Social foi solicitada em 1,9% dos casos (n= 4).

5,2% dos casos (n=11) corresponderam a situações em que foi pedido parecer à Psiquiatria, não sendo esta a especialidade primariamente responsável pela orientação do doente. Foi ainda efetuado um pedido de observação por outras especialidades médicas em 3 casos.

5.5.9. Orientação dos utentes após a observação no SU

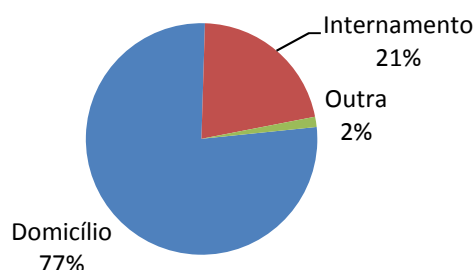
21.4% dos utentes da amostra (n=45) foram internados em serviços de psiquiatria, 82.2% (n=37) dos quais em regime voluntário e 17.8% (n=8) compulsivamente, ao abrigo da Lei de Saúde Mental. Em 88.9% dos casos (n=40), os doentes foram internados no HML, havendo 3 casos de internamento no HSJ e 2 noutras instituições hospitalares.

34.8% dos utentes (n=73) foram referenciados para o seu MF; em 46.6% destes (n=34) foi sugerida orientação posterior para consulta de Psiquiatria. Em 2 casos foi sugerida a referenciação posterior para consulta de Psicologia e noutros 2 foi sugerido ao médico assistente a orientação para consulta no âmbito de Psiquiatria de Ligação.

31.4% dos utentes (n=66) foram referenciados para o seu psiquiatra assistente. 11.4% dos casos (n= 24) foram orientados para consultas de crise. 4.8% dos doentes (n=10) foram referenciados para unidades do IDT. 2 doentes foram avaliados na UMPP e posteriormente devolvidos ao hospital de origem que tinha solicitado a avaliação psiquiátrica urgente. 1 dos casos teve alta contra parecer médico.

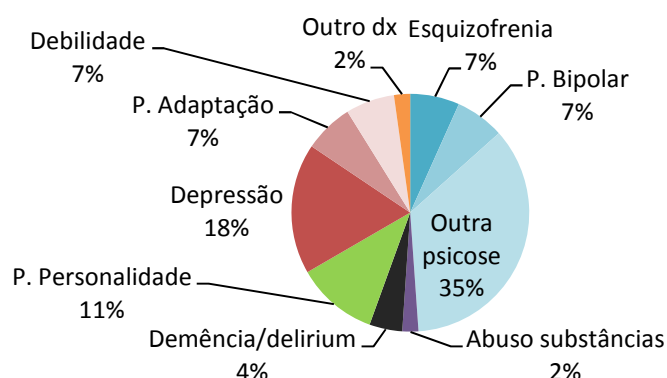
O gráfico seguinte apresenta a orientação pós alta dos doentes observados na UMPP.

Gráfico 50: Orientação pós alta (n=210)



O gráfico seguinte apresenta o diagnóstico atribuído aos casos internados.

Gráfico 51: Diagnóstico de internamento (n=45)



40% (n=18) dos casos internados apresentavam ideação suicida.

5.5.10. Pertinência e urgência do recurso ao SU de psiquiatria

Quanto à pertinência do recurso ao SU de psiquiatria, sendo esta considerada como a “*existência de qualquer problema psiquiátrico*”, 93.8% dos casos (n=197) foram considerados situações pertinentes, de acordo com a apreciação subjetiva efetuada pelos psiquiatras que observaram os doentes.

Relativamente à urgência do recurso à UMPP, 54.3% dos episódios foram considerados como “não urgentes” (n=114) ou seja, no entender do psiquiatra que observou o doente no SU, o quadro clínico que motivou o recurso ao SU poderia ter aguardado pelo menos uma semana por uma consulta de psiquiatria. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os sexos quanto a esta apreciação.

Quadro 9: Urgência versus pertinência dos episódios de recurso à UMPP

Urgência do recurso ao SU				
Pertinência do recurso ao SU		Não urgente	Urgente	Total
	Não pertinente	4.3 (n=9)	1.9 (n=4)	6.2 (n=13)
	Pertinente	50.0 (n=105)	43.8 (n=92)	93.8 (n=197)
	Total	54.3 (n=114)	45.7 (n=96)	100 (n=210)

6. DISCUSSÃO

O padrão de utilização dos serviços de SM, nomeadamente a urgência psiquiátrica e as características dos seus utentes, podem fornecer indicações importantes sobre a acessibilidade aos cuidados. O conhecimento destes fatores é útil para otimizar a organização dos serviços de SM, designadamente a articulação com os CSP e as vias de acessibilidade aos cuidados secundários (Vaughan *et al.*, 2003), aspetos que foram considerados “problemáticos” na avaliação efetuada pela Comissão Nacional para a Reestruturação dos serviços de SM em Portugal.

Este estudo investiga estes aspetos e apresenta uma caracterização sociodemográfica dos utentes da UMPP e o seu padrão de utilização dos serviços de SM, tendo em conta antecedentes psiquiátricos. É também caracterizada a intervenção efetuada no SU.

À data da realização do estudo, a UMPP era o único SU psiquiátrico com dimensão metropolitana. Tratando-se de um SU centralizado, reúne características únicas para a avaliação da acessibilidade aos cuidados de SM. Entre aquelas particularidades, salientam-se:

- Contexto sociodemográfico (área urbana densamente povoada);
- Grande pressão quanto ao número diário de doentes observados (média de cerca de 36 doentes por dia);
- Funcionamento permanente com a presença física dos psiquiatras durante as 24 horas, assegurado por uma rotação de equipas com elementos provenientes de diversos serviços de psiquiatria da área metropolitana do Porto;
- Vasta área geográfica de referenciação, e que abrange uma área que, em determinados horários, inclui utentes provenientes de toda a Região Norte de Portugal.

Contudo, estas particularidades fazem com que este seja um serviço distinto de outros, nomeadamente aqueles cujo funcionamento é assegurado por elementos de um determinado serviço de Psiquiatria, havendo coincidência com a área de referenciação desse mesmo serviço.

Assim, este estudo traduz a realidade de um SU de psiquiatria específico, que não é representativo do que se passará a nível nacional, pelo que os resultados encontrados poderão não ser generalizáveis ao contexto nacional. Por outro lado, a seleção dos elementos que compõem a amostra não foi aleatória, tendo sido obtida uma amostra de conveniência, impedindo a sua representatividade em termos populacionais.

6.1. Caracterização sociodemográfica

Na amostra estudada, o “retrato padrão” dos utilizadores da UMPP corresponde a uma mulher, com idade média de 45 anos, casada, com baixo nível de instrução, desempregada ou reformada e residente com a família na região do Grande Porto.

Em vários estudos sobre a utilização de SU psiquiátrica (Arfken *et al*, 2004; Pasic *et al*, 2005; Chaput e Lebel, 2007), o género não foi associado a diferenças na utilização dos serviços, mas este achado não é consensual. Tanto o género masculino (Sullivan *et al*, 1993; Saarento, 1998), como o género feminino (Schwartz, 1972; Lindamer *et al*, 2012) foram associados a maior utilização dos serviços de SM em estudos distintos, o que poderá traduzir diferenças no padrão de procura de tratamento de acordo com o género e o meio. Neste estudo, o padrão encontrado é sobreponível ao do estudo sobre as Vias de Acesso aos Serviços de Urgência de Psiquiatria efetuado no 1º trimestre de 2007 no âmbito do plano de trabalho da CNRSSM. O significado da preponderância do género feminino poderá estar relacionado quer com uma maior prevalência de perturbações mentais naquele género, quer com um comportamento de doença caracterizado por uma maior tendência em procurar ajuda (Kessler *et al*, 2005; Bland *et al*, 1997), ou ainda com um efeito cumulativo destes dois fatores.

O baixo nível de escolaridade é também notório: apenas 15.2% dos utentes tinham ensino superior, embora estes valores correspondam à média para a região: a proporção da população com ensino superior na região Norte é de 13% (Censos 2011, INE). Salienta-se ainda que, dos utentes da amostra, apenas 28.1% se encontravam empregados e efetivamente a trabalhar, o que corrobora a existência de uma elevada prevalência de perturbações psiquiátricas entre a população desempregada, sendo também sugestivo de um forte impacto negativo das perturbações mentais na capacidade laboral (compare-se com os dados do Censos de 2011, em que a taxa de desemprego na região Norte é de 14.5%; INE, 2011). Por outro lado, 8.1% declararam receber o Rendimento Social de Inserção. Estes achados estão de acordo com as

evidências que indicam o nível educacional e socioeconómico como determinantes da SM (Saraceno. e Barbui, 1997; Araya *et al*, 2003; WHO, 2003; Alves e Rodrigues, 2010). Por outro lado, vários estudos sobre a utilização dos serviços de SM têm identificado que condições de desfavorecimento social tais como desemprego (Sullivan *et al*, 1993; Dhossche e Ghani, 1998; Saarento *et al*, 1998), estar sem abrigo (Dhossche e Ghani, 1998; Pasic *et al*, 2005; Arfken *et al*, 2004; Lindamer *et al*, 2012) ou socialmente desfavorecido (Spooren *et al.*, 1996; Ledoux e Minner, 2006) se associam a uma elevada utilização dos SU psiquiátrica.

A maioria dos utentes (82,4%) vivia com a família e 64.8% estavam acompanhados por algum familiar ou amigo quando se dirigiram à UMPP; por outro lado, 47% eram casados (ser casado é frequentemente considerado um importante fator de suporte social), percentagem idêntica à média na região norte – 49% (Censos 2011, INE). Estes fatores indiciam um razoável suporte sociofamiliar dos doentes com perturbações mentais que recorreram ao SU, o que parece ser também corroborado pelo facto de a decisão de recurso ao SU ser na maior parte das vezes (33.8%) tomada por alguém próximo do utente (familiar ou amigo).

6.2. Antecedentes de utilização dos Serviços de SM pelos utentes da UMPP

A maior parte dos utentes da UMPP (69%) tinha antecedentes de acompanhamento prévio por Psiquiatria, apurando-se que destes, 70.3% ainda mantinham esse acompanhamento, pelo que cerca de metade de todos os episódios de recurso ao SU (48,6%) corresponderam a utentes em acompanhamento ao nível dos cuidados especializados. Salienta-se assim que os utilizadores da UMPP são preponderantemente doentes com contacto prévio com os serviços de SM. Estes dados aproximam-se dos de alguns estudos (Saarento *et al.*, 2000; Bruffaerts *et al.*, 2004; Bruffaerts *et al.*, 2006), embora a percentagem de doentes em acompanhamento psiquiátrico seja mais expressiva no presente estudo.

Dos utentes em seguimento por Psiquiatria, 38.2% referiram estar em acompanhamento há mais de 5 anos e 35.3% há menos de um ano. Este padrão poderá corresponder, do ponto de vista clínico, não só a doentes com patologia crónica agudizada como também a doentes com patologia aguda e que estão a iniciar acompanhamento psiquiátrico, o que parece ser corroborado pela distribuição da frequência de internamentos prévios.

Dos doentes com antecedentes de acompanhamento por psiquiatria, 69% referiram ter tido pelo menos um episódio de internamento psiquiátrico, que em mais de metade dos casos (54.7%) tinha ocorrido nos 12 meses prévios. Verifica-se assim que, na amostra em estudo, os utentes com antecedentes psiquiátricos que recorrem à UMPP têm um historial significativo quanto ao nível de cuidados que recebem, não obstante a necessidade de ainda assim recorrerem ao SU.

Este padrão de utilização sugere que o SU não corresponde a um local de atendimento de patologia *minor* nem constitui uma alternativa de cuidados “*low-cost*” pois os utentes com episódios prévios de recurso ao SU têm na sua maior parte antecedentes de acompanhamento psiquiátrico noutros *settings*.

Colocam-se assim algumas questões: serão utentes com patologia psiquiátrica grave e instável? Será a necessidade de recurso ao SU decorrente de uma insuficiência na continuidade de cuidados? Será o recurso ao SU desadequado por parte destes utentes (47,1% dos utentes referiram ter tido consulta há menos de um mês) e /ou inerente aos problemas mentais que apresentam? Estas questões foram também colocadas noutros estudos (Bruffaerts *et al.*, 2006). Estudos realizados anteriormente mostram que os utentes que recebem cuidados após o recurso ao SU permanecem mais tempo integrados na sociedade, comparativamente com os que não têm essa continuidade de cuidados (Bruffaerts *et al.*, 2005; Alonso Suarez *et al.*, 2011).

A literatura mostra ainda que o diagnóstico de esquizofrenia ou outra doença psicótica (Sullivan *et al.*, 1993; Dhosche e Ghani, 1998; Segal *et al.*, 1998; Saarento, *et al.*, 1998; Chaput e Lebel, 2007; Silva *et al.*, 2009; Lindamer *et al.*, 2012) e a existência de comorbidade psiquiátrica (Chaput e Lebel, 2007) têm sido recorrentemente associados a aumento da utilização da urgência psiquiátrica.

6.3. Vias de acesso /referenciação para os cuidados especializados de Psiquiatria

Quase todos os utentes da amostra (93.3%) afirmaram ter acesso a consultas com o seu MF; contudo, mais de metade (64.8%) referiu nunca ter procurado qualquer tipo de ajuda profissional em situações de necessidade de ajuda imediata para problemas psicológicos. Estes dados traduzem em primeiro lugar um “comportamento de doença” pouco exigente. Por outro lado, sugerem a existência de casos que não encontram resposta para as suas necessidades quer ao nível da deteção, quer ao nível do encaminhamento.

Nos casos em que foi pedida ajuda, apenas 28% se dirigiram em primeiro lugar ao CS, havendo uma procura semelhante de consulta privada (27%). A dimensão da procura de consulta privada parece estar relacionada com a satisfação na rapidez de atendimento (95% dos utentes referiram ter sido observados com a rapidez desejada “muitas vezes”). Ainda entre os casos que pediram ajuda para problemas psicológicos, constatou-se que o recurso ao SU foi idêntico ao recurso à consulta de psiquiatria nos serviços públicos de SM (22%). Esta percentagem significativa de recurso ao SU (22%) parece estar relacionada com uma insuficiência na resposta aos utentes em acompanhamento especializado. Neste contexto não é surpreendente que mais de 2/3 (69.5%) dos utentes da amostra tenham recorrido diretamente à UMPP sem passarem pelos CSP, sendo o MF responsável pela referência para o SU em apenas 9,5% dos casos. Esta constatação sugere, tal como referido anteriormente, a existência de dificuldades ao nível da articulação dos CSP com os serviços de psiquiatria e SM da região, traduzindo uma dificuldade em ultrapassar os 2º e 3º filtros de Goldberg. A constatação deste cenário é idêntica aos resultados encontrados previamente em estudos nacionais (CNRSSM, 2007; Sarmiento, 1997).

Adicionalmente, e mais uma vez em linha com os resultados encontrados nos estudos realizados em Portugal mencionados previamente, os fatores pessoais foram determinantes no recurso ao SU, apurando-se que 28.6% dos utentes recorreram por iniciativa própria e que em 33.8% dos casos, a decisão de recurso ao SU de psiquiatria foi tomada por sugestão de um familiar ou amigo. Por outro lado sugere que, apesar das dificuldades, quer os doentes com patologia psiquiátrica quer os seus familiares, têm algum conhecimento sobre o modo de acesso a profissionais de SM, ainda que a via utilizada possa não ser a mais adequada, tendo em conta a urgência da situação clínica.

Por outro lado, apesar de 69% dos utentes da amostra terem antecedentes de seguimento psiquiátrico, apenas 7.6% referiu ter recorrido à consulta de psiquiatria em caso de necessidade de ajuda imediata para problemas psicológicos. A consulta parece fornecer assim um apoio pouco consistente, o que é corroborado pela dilatação do tempo entre marcações, e que foi apurada numa percentagem considerável de utentes (22% afirmaram ter tido a última consulta há mais de 3 meses). Assim, verificou-se que apesar de 48,6% dos utentes da amostra se encontrarem em acompanhamento na consulta de psiquiatria, apenas 3% recorreram ao SU por indicação do seu psiquiatra, o que sugere dificuldades no acesso à consulta de psiquiatria pelos doentes em acompanhamento fora das datas de marcação de consulta, e que é corroborado pela dificuldade reportada na marcação de consulta ao nível dos serviços públicos.

Outro aspeto a salientar é que, apesar de recorrerem ao SU, apenas 18.6% dos utentes da amostra referiram ter tentado marcar consulta de psiquiatria nos 12 meses prévios, e em mais de metade destes casos (53.8%) a mesma ocorreu em serviços privados. Estes dados parecem ser explicados pela dificuldade na marcação de consulta. Enquanto nos serviços privados, 90% dos utentes não sentiram nenhuma dificuldade no agendamento, nos serviços públicos 50% não conseguiram a marcação apesar de terem tentado. Entre os doentes da amostra orientados para consulta especializada nos últimos 12 meses, 36.7% referiram ter esperado mais de 2 meses pela mesma. A dificuldade na marcação de consulta e os tempos de espera sugerem assim problemas na acessibilidade aos cuidados especializados.

Perante estas barreiras, o recurso ao SU parece ser assim uma “porta de entrada” mais rápida para os serviços de SM, o que é corroborado pelo facto de que entre os utentes com antecedentes de recurso ao SU nos últimos 12 meses, cerca de 2/3 (66.7%) referiram ter sido orientados para a consulta no contexto da observação efetuada no SU. Esta “porta de entrada” funciona não só para utentes em acompanhamento psiquiátrico mas também para aqueles que nunca tinham procurado ajuda especializada previamente. Isto pode implicar que uma das funções do SU no contexto da prestação de cuidados de SM seja facilitar o contacto terapêutico inicial às pessoas com perturbações mentais. Estes aspetos foram também constatados noutros estudos (Brufaerts *et al.*, 2004; Brufaerts *et al.*, 2006).

Os resultados obtidos sugerem também problemas ao nível da continuidade de cuidados tendo sido identificadas dificuldades na articulação entre o internamento e o ambulatório. 47.5% dos doentes com antecedentes de internamento nos 12 meses anteriores referiram ter esperado mais de 2 meses pela consulta pós alta e 12.1% afirmaram que não chegaram a ser reavaliados. Esta situação torna-se particularmente preocupante atendendo ao facto de que, sendo doentes que necessitaram de cuidados em regime de internamento, serão também, em princípio, aqueles que requerem um maior nível de cuidados. A falta de tratamento em ambulatório após a alta do internamento tem sido identificada como um fator preditivo de re-internamento (Klinkenberg *et al.*, 1999). Os resultados encontrados vão de encontro à situação previamente identificada no estudo sobre as vias de acesso aos SU de Psiquiatria (CNRSSM, 2007), no qual se apurou uma grande duração do intervalo entre a data da alta do internamento e a consulta imediatamente a seguir, sendo no entanto mais positivos. Salienta-se assim a importância de melhorar a continuidade de cuidados, na medida em que tem surgido evidência de uma relação positiva entre esta continuidade e os *outcomes* de saúde em doentes com perturbações mentais graves (Adair *et al.*, 2005).

6.4. Antecedentes de utilização do SU

Os resultados do estudo mostram que a UMPP é frequentemente utilizada por utentes que são reincidentes na utilização do SU: cerca de metade (49.5%) dos utentes da amostra tinham antecedentes de recurso prévio à UMPP e destes, 72.1% tinham sido anteriormente observados naquele SU nos 12 meses prévios. 14.4% dos utentes tinham 4 ou mais episódios de recurso ao SU de psiquiatria naquele período, sendo considerados UEF. Estes doentes foram responsáveis por 125 episódios de recurso ao SU nos 12 meses anteriores, constituindo assim uma importante fonte de desgaste a nível da equipa do SU. Estes resultados estão de acordo com os dados de vários estudos (Ellison *et al.*, 1989; Pasic *et al.*, 2005) em que verificaram que doentes crónicos (com patologia de longa duração e antecedentes de tratamento psiquiátrico) têm mais tendência para a utilização dos serviços, comparativamente com os doentes que têm um primeiro contacto com os serviços de SM.

Salienta-se também que, entre os utentes sem antecedentes de recurso prévio ao SU de psiquiatria, a esmagadora maioria (78.3%) referiu nunca ter procurado qualquer tipo de ajuda profissional para problemas psicológicos, o que, tal como referido anteriormente, reforça a noção de que o SU constitui uma “porta de entrada” rápida para os cuidados de SM, e que permite fazer um “shunt” aos 2º e 3º filtros de Goldberg.

A maioria dos utentes da amostra (84.8%; n=178) não tinha antecedentes de recurso à urgência médica nos 12 meses anteriores. Os resultados obtidos contrastam com os dados da literatura que apontam para uma elevada utilização da urgência médica por parte dos doentes com patologia psiquiátrica (Williams *et al.*, 2001; Locker *et al.*, 2007; Lynch *et al.*, 2000; Madsen *et al.*, 2009), sendo de esperar que tivessem mais episódios de recurso à urgência médica. Esta situação poderá estar relacionada com o facto de haver possibilidade de triagem direta para a psiquiatria, pelo que os doentes são referenciados para a área médica apenas se considerado necessário pela equipa psiquiátrica.

6.5. Caracterização dos episódios de recurso ao SU

A maior parte (91.9%) dos episódios de recurso ocorreu no horário entre as 08:00 e as 00:00h, o que provavelmente se relaciona com a maior facilidade de deslocação naquele período. Apurou-se que o recurso no período noturno das 00:00 às 08:00 h foi residual. Este padrão de recurso também foi encontrado noutros estudos nacionais (Carrilho, 2007) e

estrangeiros (Brufsaerts *et al.*, 2004; Santos *et al.*, 2000; Spurrell *et al.*, 2003). Este achado levanta questões quanto à adequação na alocação de recursos, pelo que se questiona a necessidade de uma equipa presencial naquele horário.

O motivo mais frequente para observação na UMPP (queixa inicial na triagem do SU) foi a suicidalidade (25,7%), nomeadamente a avaliação de doentes com ideação suicida ou que fizeram tentativas de suicídio. Estes resultados vão de encontro aos encontrados noutros estudos (Bruffaerts *et al.*, 2004; Spurrell *et al.*, 2003), especialmente tendo em conta que 2/3 dos utentes da amostra eram do género feminino. A possibilidade de avaliação rápida da ideação suicida no contexto do SU parece ser importante para a redução do risco de novas tentativas de suicídio (Crawford *et al.*, 1998; Pompili *et al.*, 2011).

A queixa mais frequentemente referida pelos utentes aquando a sua avaliação, e que motivou o recurso ao SU, foi a ansiedade (53.8%), o que se explica pela elevada prevalência desta sintomatologia, podendo estar presente numa variedade de patologias psiquiátricas. De acordo com os dados sobre o Primeiro Estudo Epidemiológico da SM em Portugal, as perturbações psiquiátricas mais frequentes na população portuguesa são a ansiedade (16,5%) e a depressão (7,9%). No seu conjunto, as queixas relacionadas com depressão e ansiedade contribuíram para 54.3% dos episódios triados para o SU de psiquiatria, o que ilustra bem o peso da morbilidade associada a esta sintomatologia.

Entre os fatores associados à sintomatologia psiquiátrica, os problemas relacionais foram os mais frequentemente reportados como desencadeantes e/ou precipitantes da sintomatologia que motivou o recurso ao SU, tendo sido referidos em quase metade dos casos (45.2%). Os problemas laborais e económicos foram mencionados em 11.4% dos casos; esta situação era já expectável, tendo em conta os dados da caracterização socioeconómica que demonstraram um baixo nível socioeconómico entre os utentes da UMPP. Salienta-se que uma percentagem não desprezível de utentes (8.6%) referiu explicitamente a existência de problemas no acesso aos serviços de Saúde como determinante do recurso ao SU, o que corrobora a existência de problemas ao nível da acessibilidade aos serviços de SM. Por outro lado, se considerarmos os utentes que recorreram à UMPP devido a um acontecimento de vida *major* e os que mencionaram problemas relacionais, verificamos que uma percentagem elevada (52.8%) de utentes recorre ao SU em situação de crise pessoal, o que nem sempre corresponderá a patologia psiquiátrica *major*. Neste contexto, não é surpreendente que o diagnóstico mais frequentemente atribuído tenha sido o de perturbação de adaptação, predominantemente com

humor depressivo (28%). Esta percentagem é superior à encontrada noutros estudos (Bruffaerts *et al.*, 2004; Bruffaerts *et al.*, 2006; Saarento *et al.*, 2000; Spoooren *et al.*, 1996). Esta situação poderá estar relacionada com uma maior dificuldade no acesso aos serviços de SM, e que favorece o recurso ao SU para este tipo de casos, que provavelmente poderia ser avaliado em consulta de Psiquiatria, caso a acessibilidade à mesma estivesse mais facilitado.

21% dos casos corresponderam a uma perturbação do humor (depressão unipolar, distímia, perturbação bipolar). Estes dados são sobreponíveis aos encontrados em vários estudos (Bruffaerts *et al.*, 2004; Spoooren *et al.*, 1996), ainda que noutros essa percentagem fosse ligeiramente mais baixa (Bruffaerts *et al.*, 2006; Saarento *et al.*, 2000). Estas diferenças poderão estar relacionadas com a dificuldade na atribuição de diagnósticos fiáveis no SU. Neste contexto, apenas se apresentam fiáveis categorias diagnósticas mais amplas como por exemplo psicose, depressão e alcoolismo (Lieberman e Baker, 1985; Way *et al.*, 1988). Por outro lado, os doentes que recorrem ao SU estão em crise; neste contexto é particularmente importante ser cauteloso na avaliação e na atribuição dos diagnósticos, distinguindo a sintomatologia com que o doente se apresenta naquele momento, da sintomatologia previamente existente e que pode corresponder a um síndrome psiquiátrico. Isto é particularmente importante no que concerne às perturbações da personalidade (Bruffaerts *et al.*, 2006).

O humor depressivo foi mais frequentemente encontrado entre utentes do sexo feminino, o que provavelmente é explicado pela prevalência de depressão ser mais elevada no sexo feminino (Gusmão *et al.*, 2005). Dos utentes referenciados para a UMPP que tinham feito TS, a maioria eram mulheres, sendo o *ratio* ♀:♂ de 3,7:1. O meio mais frequentemente utilizado para a TS foi a intoxicação medicamentosa (75.8%); estes resultados vão de encontro aos dados reportados na literatura (Varnik *et al.*, 2008; Varnik *et al.*, 2009).

Os quadros psicóticos (esquizofrenia e outras psicoses) corresponderam a 15% dos diagnósticos atribuídos. Estes valores são superiores aos encontrados em alguns estudos (Bruffaerts *et al.*, 2004; *et al.*, Bruffaerts *et al.*, 2006), nomeadamente nacionais, em que surgem valores entre 6% (Censo de 2001 - DGS) e 9.14% (Carrilho, 2007) mas sobreponíveis a outros (Santos *et al.*, 2000; Spurrell *et al.*, 2003). Estes valores poderão traduzir uma necessidade de observação em contexto urgente de doentes com patologia psicótica grave, sendo o SU um contexto adequado para tal, na ausência de equipas de tratamento assertivo na comunidade, à semelhança do que existe de modo mais generalizado nos países com maiores recursos económicos. Assim, e tal como seria de esperar, entre os episódios de recurso ao SU por

sintomatologia psicótica, 50% estavam associados à descontinuação da medicação antipsicótica. Estes dados estão de acordo com as evidências da literatura (Gittlin *et al.*, 2001).

Os episódios de 1º surto psicótico corresponderam a 43.4% de todos os quadros psicóticos. Esta percentagem poderá traduzir dificuldades na deteção e encaminhamento dos doentes com patologia psiquiátrica ao nível dos CSP, pelo que o SU constitui uma “porta de entrada” mais rápida para os serviços de SM.

6% dos diagnósticos atribuídos corresponderam a casos de alcoolismo e toxicodependência; esta prevalência é sobreponível à encontrada no estudo da urgência psiquiátrica de Viseu (Carrilho, 2007). A prevalência relativamente baixa deste tipo de patologia entre os utentes da UMPP, comparativamente com os dados de estudos estrangeiros (Santos *et al.*, 2000; Bruffaerts *et al.*, 2004; *et al.*; Bruffaerts *et al.*, 2006; Lejoyeux *et al.*, 2000), poderá relacionar-se com a existência de serviços especializados para o tratamento de patologia aditiva. Comparativamente com os dados do Censo de 2001 efetuado pela DGS, no qual se apurou que as perturbações associadas ao álcool corresponderam a 21,3% dos casos observados no SU, verifica-se uma diminuição significativa do número de casos que recorrem ao SU por patologia aditiva, o que poderá traduzir um impacto positivo do funcionamento das estruturas do IDT na orientação e tratamento destas patologias. De salientar, contudo, que os problemas relacionados com o consumo de substâncias estiveram relacionados com o recurso ao SU em 16.7% dos casos, dos quais 63% corresponderam a situações de alcoolismo, havendo comorbilidade com o consumo de drogas em 14% dos casos. Através da consulta de registos prévios de recurso à UMPP verificou-se também que 17.1% dos utentes tinham antecedentes de consumo abusivo de álcool e 9.5% tinham antecedentes de consumos de drogas. A maior prevalência de alcoolismo parece enquadrar-se no contexto cultural português: em Portugal durante décadas, o consumo tradicional do álcool foi quotidiano, praticamente exclusivo dos homens, com uma enorme componente social. (Balsa *et al.*, 2011). O abuso de substâncias foi mais frequentemente encontrado no sexo masculino. Estes resultados são também sobreponíveis aos encontrados na literatura (Saarento *et al.*, 2000; Bruffaerts *et al.*, 2004; Santos *et al.*, 2000).

De salientar que 8% dos diagnósticos estiveram associados a casos de demência/*delirium*, o que poderá estar relacionado com o crescente número de casos de demência que se associa ao envelhecimento da população portuguesa (de acordo com os dados do Censos de 2011, na Região Norte a percentagem de idosos aumentou de 14% em 2001 para 17,1% em 2011). Por outro lado, verificam-se também dificuldades na gestão destes casos pela urgência médica por

questões de diversa ordem: dúvidas diagnósticas, dificuldade em lidar com os familiares e /ou cuidadores (frequentemente em situação de desgaste, nomeadamente pela falta de estruturas que possibilitem cuidados continuados), e que motivam referência para psiquiatria.

Em mais de metade dos casos (56.7%), a intervenção efetuada no SU passou por um ajuste da terapêutica. De facto, uma elevada percentagem dos utentes da UMPP (77.6%) estava já medicada com algum tipo de psicofármaco (antidepressivo, antipsicótico, benzodiazepina, estabilizador do humor ou outro), sendo que destes, a maioria 69.3% faziam-no por prescrição do seu psiquiatra assistente. Assim, do total da amostra, quase metade (48.6%) estava medicada com antidepressivo e mais de 2/3 (66.7%) tomava pelo menos uma benzodiazepina, sendo que destes, 91.4% já a faziam há mais de um mês. Sendo o uso prolongado de benzodiazepinas desaconselhado devido ao risco de conduzir a habituação, tolerância e dependência, estes dados merecem uma reflexão. Portugal apresenta dos maiores níveis de utilização de benzodiazepinas ao nível europeu. Este facto veio realçado no relatório do *International Narcotics Control Board*, que aconselha Portugal a analisar a prática atual no que concerne à prescrição e utilização de benzodiazepinas (Furtado *et al.*, 2006).

Por outro lado, tem surgido evidência de que os psiquiatras no SU prescrevem antidepressivo e outros psicofármacos a cerca de 1/3 dos doentes orientados para o ambulatório, havendo pouca evidência de que iniciar essas medicações naquele contexto seja mais vantajoso, nomeadamente para a continuidade do tratamento no ambulatório (Ernst *et al.*, 2006). Neste contexto poderia ser útil uma revisão mais atenta dos hábitos de prescrição no contexto do SU.

Quanto à orientação dos utentes observados, 77.1% dos casos tiveram alta para o domicílio e 21.4% foram internados, 17.8% dos quais em regime compulsivo. A percentagem de internamentos foi mais elevada do que a verificada no estudo da urgência psiquiátrica de Viseu, em que apenas 10% dos doentes foram internados (Carrilho, 2007). Uma possível explicação para esta diferença poderá ser o maior número de doentes com psicose observados, sendo patologias que frequentemente requerem compensação em regime de internamento). Comparativamente com estudos estrangeiros, a percentagem de internamentos é sobreponível (Spurrell *et al.*, 2003; Santos *et al.*, 2000). Os casos que mais frequentemente foram internados tinham um diagnóstico de psicose (42%) ou perturbação do humor (25%). 40% dos casos internados apresentavam ideação suicida. Estes dados estão de acordo com a literatura (Rabinowitz *et al.*, 1995). Tal como seria de esperar, e de acordo com o previsto na Lei de SM, todos os casos internados compulsivamente apresentavam sintomatologia psicótica.

A maioria (88.9%) dos casos que necessitou de internamento foi para o HML uma vez que este é o hospital que recebe os doentes internados quando não há vagas para internamento no serviço de psiquiatria da área assistencial à qual pertencem ou fora do horário disponível para receber os doentes.

De acordo com o Sistema de Triagem de Manchester, mais de $\frac{3}{4}$ dos doentes (77.6%) seriam urgentes (cor amarela); devendo ser idealmente atendidos num período de tempo inferior a 90 minutos. Verificou-se bastante disparidade quanto à determinação do grau de urgência dos casos admitidos na urgência psiquiátrica, comparativamente com a sua avaliação clínica. Coloca-se a questão da adequação do Sistema de Triagem de Manchester para as situações psiquiátricas.

De acordo com a apreciação subjetiva efetuada pelos psiquiatras que observaram os doentes, 93.8% dos casos foram considerados “pertinentes”, tendo sido apurada a “*existência de qualquer problema psiquiátrico*”. Contudo, mais de metade (54.3%) dos episódios de recurso à UMPP foi considerada “não urgente”, pelo que no entender do psiquiatra que observou o doente, o quadro clínico que motivou o recurso ao SU poderia ter aguardado pelo menos uma semana por uma consulta de psiquiatria. Assim, apenas 43.8% da totalidade dos casos foram considerados efetivamente pertinentes e urgentes, enquanto 50%, apesar de pertinentes, não foram considerados urgentes. Esta situação aparenta traduzir um serviço muito específico quanto ao atendimento de patologia psiquiátrica, mas pouco sensível quanto à triagem dos casos realmente urgentes. Compare-se com um estudo qualitativo (Chaput *et al.*, 2008) realizado em Montreal no Canadá em que foi encontrada uma percentagem de 57% de casos considerados pertinentes e urgentes e 30% pertinentes mas não urgentes. Contudo, acresce ainda à análise o facto de que ao terem sido excluídos da amostra os casos em que foi pedido parecer de psiquiatria, não sendo esta a responsável pela alta, e aqueles que apesar de triados diretamente foram encaminhados para outras áreas do SU por não serem considerados casos psiquiátricos, a especificidade do SU dilui-se. Esta situação espelha assim uma utilização pouco racional dos recursos, sugerindo que poderá ser melhorada a acuidade quanto à triagem dos casos efetivamente urgentes.

6.6. Limitações do estudo

As principais limitações deste estudo são:

- Período de recolha dos dados relativamente curto, comparativamente aos estudos que incluem informação recolhida ao longo de vários anos, sendo a informação limitada a um SU (ainda que de dimensão considerável, abarcando toda a Área Metropolitana do Porto);
- Uso de informação proveniente de registos clínicos, com a possibilidade associada de erro e omissão de dados relevantes, nomeadamente quanto aos antecedentes de consumo de substâncias;
- Obtenção de alguns dados dependente da capacidade mnésica dos utentes, com risco inerente de viés de memória;
- Equipa de investigação reduzida;
- Contexto do SU pouco favorável à aplicação de questionários e intervenções que não as estritamente clínicas;
- Seleção da amostra por conveniência e eventual viés de seleção por exclusão dos doentes mais instáveis (por ex. agitados, não colaboradores, agressivos) e com incapacidade ou contraindicação clínica para colaborar na recolha de informação;
- A fiabilidade dos diagnósticos clínicos utilizados no estudo é questionável, sendo limitada por fatores administrativos e clínicos, ainda que um método semelhante tenha sido utilizado em estudos realizados em contexto idêntico (Lieberman *et al.*, 1985; Warner *et al.*, 1995). Por outro lado, a utilização de entrevistas diagnósticas estruturadas consome bastante tempo e não garante um aumento da fiabilidade diagnóstica (Fennig *et al.*, 1994).

7. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

7.1. Conclusões

Tendo em conta a presente dissertação e o trabalho de investigação em que se baseou, pode concluir-se que, na amostra de utentes da UMPP estudada:

- O utente padrão corresponde a mulher, com idade média de 45 anos, casada, com baixo nível de instrução, desempregada ou reformada;
- A maioria (69%) tinha antecedentes de contacto prévio com os serviços de SM, verificando-se que cerca de metade (48,6%) mantinha acompanhamento em consulta. Trata-se portanto de uma percentagem significativa de doentes “psiquiatrizados” e que requerem um elevado nível de cuidados por parte dos serviços, o que é corroborado pelo número expressivo de doentes com antecedentes de internamento;
- A análise da referenciação efetuada pelos MF denota dificuldades na deteção e encaminhamento dos utentes com problemas de SM (apenas 9.5% dos casos foram referenciados pelo MF), e reforça a necessidade de estreitar a ligação entre os CSP e os serviços especializados de Psiquiatria e SM;
- A dificuldade na marcação de consulta nos serviços públicos e os tempos de espera sugerem problemas de acessibilidade aos cuidados especializados;
- O acompanhamento proporcionado pelos serviços de SM em ambulatório parece pouco consistente, o que é corroborado pela dilatação do tempo entre marcações e pelo recurso preferencial ao SU em caso de necessidade por parte dos utentes em acompanhamento. Estas dificuldades indiciam problemas ao nível da qualidade e continuidade dos cuidados;
- Os tempos de espera por uma consulta subsequente após a alta traduzem igualmente dificuldades na articulação entre o internamento e o ambulatório, que sugerem problemas na continuidade de cuidados também a este nível;
- Perante estas barreiras, o recurso ao SU parece ser uma “porta de entrada” mais rápida para os serviços de SM:

- Contrariamente à urgência médica, há uma elevada reincidência na utilização da UMPP: cerca de metade (49.5%) dos utentes tinha antecedentes de recurso ao SU de psiquiatria e 14.4% eram UEF;
- O motivo de referenciação mais frequente (25,7%) foi a necessidade de avaliação do risco de suicídio. O método mais frequentemente utilizado para TS foi a intoxicação medicamentosa (75.8%);
- As queixas relacionadas com depressão e ansiedade foram determinantes no recurso ao SU em mais de metade dos casos (54.3%); sendo a ansiedade a mais frequente (53.8%);
- Entre os fatores associados à sintomatologia psiquiátrica que motivaram o recurso ao SU, os problemas relacionais foram os desencadeantes e/ou precipitantes da sintomatologia mais frequentes, tendo sido referidos em quase metade dos casos (45.2%), o que configura o SU como um *setting* de intervenção em crise;
- Uma elevada percentagem dos utentes (77.6%) já se encontrava medicada com algum tipo de psicofármaco;
- Em mais de metade dos casos (56.7%) a intervenção efetuada no SU passou por um ajuste da terapêutica. 77.1% dos casos tiveram alta para o domicílio e 21.4% necessitaram de internamento;
- Mais de metade dos casos observados (54.3%) não foi considerada urgente; estes dados traduzem uma utilização pouco adequada do SU que parece ser decorrente de problemas ao nível do funcionamento nos serviços a montante, correspondendo a situações de procura não programada por dificuldades de marcação de consulta nos serviços de SM da área assistencial, ou sem indicação para consulta especializada.

Resumo

Este estudo contribui para um conhecimento mais aprofundado do recurso à urgência de psiquiatria e mostra que aquele serviço é preferencialmente utilizado por doentes com contacto prévio com os serviços de SM e em acompanhamento psiquiátrico, havendo uma percentagem significativa com historial relevante quanto ao nível de cuidados que recebe, nomeadamente internamento psiquiátrico.

Contudo, funciona também como “porta de entrada” mais rápida para os cuidados especializados. Metade dos casos observados não foi considerada urgente, constituindo uma utilização pouco adequada daquele serviço e que parece ser decorrente de problemas de acessibilidade e continuidade nos cuidados de SM.

Esta informação é útil para a avaliação da utilização da UMPP e poderá contribuir para a melhoria da organização dos serviços que drenam para aquela urgência e, em última análise, para a otimização dos cuidados de SM prestados na área metropolitana do Porto. Uma vez que se trata de uma área metropolitana que inclui várias instituições de saúde, espera-se que a generalização dos achados possa ter uma maior validade.

Assim, são necessários estudos adicionais que permitam clarificar da epidemiologia das perturbações mentais que motivam o recurso frequente ao SU de Psiquiatria e compreender de modo mais aprofundado as complexas necessidades destes utentes e o modo como os serviços de SM correspondem a estas.

7.2. Recomendações

Em face dos resultados encontrados sugere-se:

- A otimização dos recursos ao nível dos serviços de SM na comunidade, nomeadamente através do aumento dos meios humanos e técnicos, de modo a permitir uma melhoria da acessibilidade e continuidade de cuidados de SM, nomeadamente através da implementação de uma rede mais ampla de cuidados continuados em Psiquiatria e de estruturas de reabilitação, maior disponibilidade de acesso aos serviços de SM através de *consulta de crise* nos próprios serviços, equipas de tratamento domiciliário e intervenção em crise para doentes com patologia psicótica, etc.). Estas intervenções poderiam favorecer uma; diminuição da necessidade de recurso ao SU;
- A realização de estudos epidemiológicos que contribuam para a identificação de fatores preditivos da utilização dos serviços de SM, nomeadamente o SU, e desta forma permitam implementar intervenções mais específicas e direcionadas à população alvo a que se destinam, contribuindo assim para a melhoria da organização e planeamento dos serviços de SM;

- A criação de bases de dados que incluam sistematicamente elementos dos registos clínicos para que sejam facilmente disponíveis para utilização na investigação e avaliação dos serviços, e que se pode traduzir numa melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos doentes e numa utilização mais racional dos recursos.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ACERO JAP, La urgencia psiquiátrica en un área de salud mental: Análisis y evolución de las demandas urgentes (1988-1991). *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, vol XIII (46): 182-186, 1993.
2. ADAIR CE, MCDOUGALL GM, MITTON CR, *et al.* Continuity of care and health outcomes among persons with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 56:1061–1069, 2005.
3. ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DOS SERVIÇOS DE SAÚDE, MINISTÉRIO DA SAÚDE, ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO NORTE. Reordenamento hospitalar da metropolitana do Porto - relatório final. Estudo 1 – Necessidades Atuais e Futuras de Cuidados Hospitalares, 2008.
4. ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO NORTE. Perfil de Saúde da Região Norte 2009.
5. ALLEN MH. Level 1 psychiatric emergency services. *Psychiatr Clin N Am*, 22:713–714, 1999.
6. ALONSO-SUÁREZ M, BRAVO-ORTIZ MF, FERNÁNDEZ-LIRIA A, GONZÁLEZ-JUÁREZ A. Effectiveness of continuity-of-care programs to reduce time in hospital in persons with schizophrenia. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 20: 65–72, 2011.
7. ALVES A, RODRIGUES N. Determinantes sociais e económicos da Saúde Mental. *Rev Port Saúde Pública*, 18(2):127-131, 2010.
8. ANDERSEN RM, NEWMAN JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 51: 95-124, 1973.
9. ANDERSEN RM: Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36:1–10, 1995.
10. APA TASK FORCE ON PSYCHIATRIC EMERGENCY SERVICES. Report and Recommendations Regarding Psychiatric Emergency and Crisis Services: A Review and Model Program Descriptions. 2002. Acedido online em <http://www.emergencypsychiatry.org/data/tfr200201.pdf>

11. ARAYA R, LEWIS G, ROJAS G, FRITSCH R. Education and income: which is more important for mental health? *J Epidemiol Community Health*, 57:501-5, 2003.
12. ARFKEN CL *et al.* Case-Control Study of Frequent Visitors to an Urban Psychiatric Emergency Service. *Psychiatric Services*, 55 (3): 295-301, 2004.
13. ARFKEN, CL; ZEMAN, LL; YEAGER, L; MISCHER, E; AMIRSADRI, A. Frequent visitors to psychiatric emergency services: staff attitudes and temporal patterns. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 29 (4), 490-496, 2002.
14. ARS NORTE. Informação oficial divulgada através do Ofício nº 2540 de 18/01/2010.
15. ARS NORTE. Relatório de avaliação do funcionamento da Urgência Metropolitana de Psiquiatria do Porto em 2009.
16. BACHRACH LL. Continuity of care for chronic mental patients: a conceptual analysis. *Am J Psychiatry*.138(11):1449-56, 1981.
17. Balsa C, Vital C, PASCUEIRO L. O consumo de bebidas alcoólicas em Portugal: prevalências e padrões de consumo 2001-2007. Instituto da Droga e da Toxicodependência, IP. Lisboa, 2011.
18. BASSUK E, GERSON S. CHRONIC CRISIS PATIENTS: A Discrete Clinical Group. *Am J Psychiatry*. 137: 1513-7, 1980.
19. BEBBINGTON P, MELTZER H, BRUGHA T, *et al*: Unequal access and unmet need: neurotic disorders and the use of primary care services. *Psychological Medicine* 30:1359–1367, 2000.
20. BIANCO A, PILEGGI C, ANGELILLO IF: Non-urgent visits to a hospital emergency department in Italy. *Public Health*, 117(4):250-255, 2003.
21. BLAND RC, NEWMAN SC, ORN H: Help-seeking for psychiatric disorders. *Can J Psychiatry*, 42: 935-942, 1997.
22. BOER AGEM, WIJCKER W, HAES HCJM: Predictors of health care utilization in the chronically ill: a review of the literature. *Health Policy*, 42:101–115, 1997.
23. BOYER CA, LUTFEY KE. Examining critical health policy issues within and beyond the clinical encounter: patient-provider relationships and help seeking behaviors. *Journal of Health and Social Behavior*, 51 (S): S80-S93, 2010.

24. BRUFFAERTS R, DEMYTTENAERE K, CLAES S.J.: Emergency psychiatry in Belgium; a challenge for the mental health services. *tijdschrift voor psychiatrie 50 jubileumnummer 1959-2008*, 35-39, 2008.
25. BRUFFAERTS R, SABBE M, DEMYTTENAERE K. Attenders of a University Hospital Psychiatric Emergency Service in Belgium: general characteristics and gender differences. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 39:146–154, 2004.
26. BRUFFAERTS R, SABBE M, DEMYTTENAERE K. Emergency psychiatry in the 21th century: critical issues for the future. *European Journal of Emergency Medicine*, 15: 276-278, 2008.
27. BRUFFAERTS R, SABBE M, DEMYTTENAERE K. Predicting community tenure in patients with recurrent utilization of a psychiatric emergency service. *Gen Hosp Psychiatry*, 27: 269-274, 2005.
28. BRUFFAERTS R, SABBE M, DEMYTTENAERE K. Who visits the psychiatric emergency room for the first time? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 41:580–586, 2006.
29. CALDAS DE ALMEIDA JM. *The World Mental Health Survey Initiative. NMHS (Portugal National Mental Health Survey)*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, 2010.
30. CARR VJ, JOHNSTON PJ, LEWIN TJ *et al*: Patterns of service use among persons with schizophrenia and other psychotic disorders. *Psychiatric Services*, 54 (2): 226-235, 2003.
31. CARRET MLV, FASSA, AG; KAWACHI, I. Demand for emergency health service: factors associated with inappropriate use. *BMC Health Services Research*, 7:131, 2007.
32. CARRILHO APP. Epidemiologia do Serviço de Urgência Psiquiátrica. *Saúde Mental*, vol. IX (5): 10-16, 2007.
33. CENTRO HOSPITALAR SÃO JOÃO; Ministério da Saúde, 2006. Informação institucional acedida online em http://www.chsj.pt/PageGen.aspx?WMCM_Paginald=28168
34. CHAPUT Y, PARADIS M, BEAULIEU L, LABONTÉ E. A qualitative study of a psychiatric emergency. *International Journal of Mental Health Systems*, 2:9, 2008.
35. CHAPUT, YJ, & LEBEL, MJ. Demographic and clinical profiles of patients who make multiple visits to psychiatric emergency services. *Psychiatric Services*, 58, 335–341, 2007.

36. CHAPUT, YJ, & LEBEL, MJ. An examination of the temporal and geographical patterns of psychiatric emergency service use by multiple visit patients as a means for their early detection BMC Psychiatry, 7: 60, 2007.
37. CLAASSEN CA *et al.* Psychiatric Emergency Service Use after implementation of managed care in a public mental health system. Psychiatric Services, 56 (6): 691-698, 2005.
38. COMISSÃO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS. Livro Verde. Melhorar a saúde mental da população: Rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia. Bruxelas: Comissão das Comunidades Europeias, 2005; citando Deaths caused by traffic accidents: 50700, homicide: 5350, HIV/AIDS: 5000, WHO figures for 2002. Own calculations based on Eurostat statistics and WHO Health For All Mortality Database.
39. COMISSÃO NACIONAL PARA A REESTRUTURAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL. Relatório: Proposta de Plano de Ação para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal 2007-2016, 2007.
40. CRAWFORD M, WESSELY S. Does initial management affect the rate of repetition of deliberate self harm? Cohort study. BMJ, 317: 985, 1998.
41. DADOS SOBRE O 1º ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DA SAÚDE MENTAL EM PORTUGAL. Acedido *online* em: <http://www.setubalnarede.pt/content/index.php?action=articlesDetailFo&rec=12123>
42. DADOS SOBRE O 1º ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DA SAÚDE MENTAL EM PORTUGAL. Acedido *online* em: http://www.dn.pt/inicio/portugal/interior.aspx?content_id=1526369
43. DEMYTENAERE K, BRUFFAERTS R, POSADA-VILLA J, *et al*: Prevalence, Severity, and Unmet Need for Treatment of Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. JAMA, 291: 2581-2590, 2004.
44. DHINGRA, S. S., ZACK, M., STRINE, T., PEARSON, W. S., & BALLUZ, L. Determining prevalence and correlates of psychiatric treatment with Andersen's behavioral model of health services use. Psychiatric Service, 61, 524–528, 2010.
45. DHOSSCHE DM, GHANI SO. A study on recidivism in the psychiatric emergency room. Annals of Clinical Psychiatry, 10, 59–67, 1998.

46. DÍAZ MC, ORTEGA CE, JIMÉNEZ LR, *et al*: La urgencia psiquiátrica en un hospital general. La patología de la agresividad principal motivo de consulta. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, vol. XXIX, (104): 303-317, 2009.
47. DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE, Censo Psiquiátrico de 2001, 2001.
48. EATON W. Strategies of measurement and analyses. In *Mental health service evaluation*. Knudsen HC, Thornicroft G (Eds). Cambridge University Press. Cambridge, England, 1996.
49. ELLISON JM, BLUM N, BARSKY AJ. Repeat Visitors in the Psychiatric Emergency Service: A Critical Review of the Data. *Hospital and Community Psychiatry*, 37 (1): 37-41, 1986.
50. ELLISON JM, BLUM N, BARSKY AJ: Frequent repeaters in a psychiatric emergency service. *Hospital and Community Psychiatry* 40: 958–960, 1989.
51. ERNST CL, BIRD SA, GOLDBERG JF, GHAEMI SN. The prescription of psychotropic medications for patients discharged from a psychiatric emergency service. *J Clin Psychiatry*, 67(5):720-6, 2006.
52. FENNIG S, CRAIG TJ, TANENBERG-KARANT M, BROMET EJ: Comparison of facility and research diagnoses in first-admission psychotic patients. *Am J Psychiatry*, 151:1423-1429, 1994.
53. FURTADO C, TEIXEIRA I. Utilização de benzodiazepinas em Portugal Continental (1999-2003). *Acta Med Port*, 19: 239-246, 2006.
54. GATER R, DE ALMEIDA E SOUZA B, BARRIENTOS G *et al*: The pathways to psychiatric care: a cross-cultural study. *Psychological Medicine*, 21, 761-764, 1991.
55. GERSON S, BASSUK E: Psychiatric Emergencies: An Overview. *American Journal of Psychiatry*, 137(1):1-11, 1980.
56. GILL JM, MAINOUS AG 3RD, NSEREKO M: The effect of continuity of care on emergency department use. *Arch Fam Med*, 9 (4): 333-338, 2000.
57. GITLIN M, NUECHTERLEIN K, SUBOTNIK K, VENTURA J *et al*. Clinical Outcome Following Neuroleptic Discontinuation in Patients With Remitted Recent-Onset Schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 158:1835–1842, 2001.

58. GOLDBERG D, HUXLEY P. Mental illness in the community: the pathway to psychiatric care. London. Ed. Tavistock, UK, 1980.
59. GONÇALVES, CM (org.), *A Região Norte de Portugal: Mudanças e Continuidades na Contemporaneidade*, 2008. Acedido on-line em <http://observatorio-das-desigualdades.cies.iscte.pt/index.jsp?page=publications&id=57>
60. GUSMÃO R, XAVIER M, HEITOR MJ, BENTO A, CALDAS DE ALMEIDA JM. O peso das perturbações depressivas: aspectos epidemiológicos globais e necessidades de informação em Portugal. *Acta Méd Port*, 18: 129-146, 2005.
61. HERNÁNDEZ JL, SANTAMARINA S, DOMPER J. Urgencias Psiquiátricas en un Hospital General. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, vol XVIII (67): 435-456, 1998.
62. HUGHES DH. Trends and treatment models in emergency psychiatry. *Hosp Community Psychiatry*, 44:927-928, 1993.
63. INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, I. P.: Censos 2011 Resultados Definitivos - Região Norte, Lisboa Portugal, 2012. Acedido on-line em http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_publicacao_det&contexto=pu&PUBLICACOESpub_boui=156638623&PUBLICACOESmodo=2&selTab=tab1&pcensos=61969554
64. JOHNSON S, PROSSER D, BINDMAN J, SZMUKLER G. Continuity of care for the severely mentally ill: concepts and measures. *Soc Psychiatr Epidemiol*, 32: 137-142, 1997.
65. JOSEPH AE, PHILIPS DR. Accessibility & Utilization. Geographical perspectives on health care delivery. Nova Iorque, Harper & Row, 1984.
66. KESSLER RC, DEMLER O, FRANK R, OLFSON M, PINCUS HA, WALTERS EE, *et al.* Prevalence and treatment of mental disorders. *New Engl J Med*, 352:2515-2523, 2005.
67. KESSLER RC, MERIKANGAS KR, BERGLUND P, EATON WW, KORETZ D, WALTERS EE, *et al.* Mild disorders should not be eliminated from the DSM-V. *Arch Gen Psychiatry*, 60:1117-1122, 2003.
68. KLINKENBERG WD, CALSYN RJ. Predictors of receiving aftercare 1, 3, and 18 months after a psychiatric emergency room visit. *Psychiatric Quarterly*, 70(1): 39-51, 1999.

69. LARKIN GL, CLAASSEN CA, EMOND JA, PELLETIER AJ, CAMARGO CA. Trends in U.S. emergency department visits for mental health conditions, 1992 to 2001. *Psychiatr Serv*, 56:671–677 2005.
70. LEDOUX, Y; MINNER, P. Occasional and frequent repeaters in a psychiatric emergency room. *Soc Psychiatr Epidemiol*, 41: 115-121, 2006.
71. LEJOYEUX M, BOULENGUIEZ S, FICHELE A *et al.* Alcohol Dependence Among Patients Admitted to Psychiatric Emergency Services. *General Hospital Psychiatry* 22, 206–212, 2000.
72. LIEBERMAN PB, BAKER FM: The reliability of psychiatric diagnosis in the emergency room. *Hosp Commun Psychiatry*, 36:291-293, 1985.
73. LINDAMER, L *et al.* Predisposing, enabling, and need factors associated with high service use in a Public Mental Health System. *Adm Policy Ment Health*, 39: 200-2009, 2012.
74. LOCKER TE, BASTON S, MASON SM, NICHOLL J. Defining Frequent Use of an Urban Emergency Department. *Emerg Med J*, 24: 398-401, 2007.
75. LOPEZ LF, MORERA A, CUESTA J, *et al.* Urgencias psiquiátricas en el Hospital General: análisis de un año. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, vol XII (43): 270-274, 1992.
76. LYNCH MR, GREAVES I. Regular Attenders to the Accident and Emergency Department. *J Accid Emerg Med*, 17: 351-354, 2000.
77. MADSEN, TE, BENNETT A, GROKE S, *et al.* Emergency department patients with psychiatric complaints return at higher rates than controls. *Western Journal of Emergency Medicine*, 10 (4): 268-272, 2009.
78. MENTAL HEALTH EUROPE. From Exclusion to Inclusion – The Way Forward to Promoting Social Inclusion of People with Mental Health Problems in Europe: An analysis based on national reports from MHE members in 27 EU Member States, 2008.
79. MILLER WB: A psychiatric emergency service and some treatment concepts. *American Journal of Psychiatry* 124:84-93, 1968.

80. MOORE L, DEEHAN A, SEED P, JONES R. Characteristics of frequent attenders in an emergency department: analysis of 1-year attendance data. *Emerg Med J*, 26: 263-267, 2009.
81. OIESVOLD, T; NIVISON, M; SORGAARD, K. Psychiatric health services research: from process to outcome – a presentation of two planned projects in northern Norway. *Norsk Epidemiologi*, 12 (3): 327-332, 2002.
82. OLIVEIRA L, LOBO A, LIMA MR. Caracterização da Urgência Psiquiátrica do Hospital Distrital de Aveiro em 1996. *Hygeia*, 1 (1): 11-25, 2001.
83. PASIC J, RUSSO J, ROY-BYRNE P. High Utilizers of Psychiatric Emergency Services. *Psychiatric Services*, 56 (6): 678-684, 2005.
84. PINHEIRO DE MELO AMO. Acessibilidade/Utilização do Serviço de Urgência do Hospital Pediátrico de Coimbra. *Referência*, 3: 59-62, 1999.
85. POMPILI M, INNAMORATI M, SERAFINI G, FORTE A. Suicide Attempters in the Emergency Department Before Hospitalization in a Psychiatric Ward. *Perspectives in Psychiatric Care*, 47: 23–34, 2011.
86. PORTUGAL, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde Português 2004-2010: mais saúde para todos; Volume II: Orientações Estratégicas. Saúde mental e doenças psiquiátricas, págs. 82-90. Lisboa, 2004. Acedido online em: http://www.cmcascais.pt/sites/default/files/anexos/gerais/planonacionaldesade_orientaesestrategicas.pdf
87. PORTUGAL, Ministério da Saúde. Plano de Acção para a Saúde 2004. Áreas prioritárias. Lisboa, 2004. Acedido online em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006224.pdf>
88. PORTUGAL, Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde Mental Português 2007-2016. Disponível no Diário da República, 1.^a série — N.º 47 — 6 de Março de 2008.
89. RABINOWITZ J, MASSED A, FENNING S. Factors influencing decisions for patients seen in a psychiatric emergency service. *Psychiatric Services*, 46 (7): 712-8, 1995.
90. RAPHLING DL, LION J: Patients with repeated admissions to a psychiatric emergency service. *Community Mental Health Journal* 6:313-318, 1970.

91. RUGGERI M, TANSELLA M. Evaluating Outcome in Mental Health Care. *Curr Opin Psychiatry*, 8 (2): 116-121, 1995.
92. SAARENTO O, KASTRUP M, HANSSON L. The Nordic comparative study on sectorized psychiatry: characteristics of repeat users of emergency outpatient services in two Nordic psychiatric services. A 1-year follow-up study. *Eur Psychiatry*, 13: 35-40, 1998.
93. SAARENTO O, RASANEN S, NIEMINEN P, HAKKO H, ISOHANNI M. Sex differences in the contact rates and utilization of psychiatric services. A three-year follow-up study in northern Finland. *Eur Psychiatry* 15: 205-12, 2000.
94. SANTANA P. Acessibilidade e utilização dos serviços de saúde. Ensaio metodológico em geografia da saúde. Coimbra: Comissão de Coordenação da Região Centro. 1993.
95. SANTOS ME, AMOR JÁ, DEL.BEN CM, ZUARDI AW. Serviço de emergências psiquiátricas em hospital geral universitário: estudo prospectivo. *Rev. Saúde Pública*, 34(5): 468-74, 2000.
96. SARACENO B, BARBUI C. Poverty and mental illness. *Can J Psychiatry*. 42:285-90, 1997.
97. SARMENTO C. Referenciar um doente: quem, como, quando e porquê? Psiquiatria de Ligação com os cuidados de saúde primários. *Acta Med Port*. 10(5): 339-44, 1997.
98. SCHWARTZ DA, WEISS AT, MINER JM: Community psychiatry and emergency service. *American Journal of Psychiatry* 129:710-715, 1972.
99. SEGAL SP, AKUTSU PD, WATSON MA. Factors associated with involuntary return to a psychiatric emergency service within 12 months. *Psychiatric Services* 49: 1212-1217, 1998.
100. SILVA, NC; BASSANI, DG, PALAZZO, LS. A case control study of factors associated with multiple psychiatric readmissions. *Psychiatr Serv*, 60: 786-791, 2009.
101. SKINNER J, CARTER L, HAXTON C. Case Management of patients who frequently present to a Scottish Emergency Department. *Emerg Med J*, 26: 103-105, 2009.
102. SLEDGE WH, ASTRACHAN B, THOMPSON K, RAKFELDT J, LEAF P. Case management in psychiatry. *Am J Psychiatry*, 152:1259–1265, 1995.
103. SPOOREN DJ, JANNES C, HENDERICK H, VAN HEERINGEN K: Epidemiology of psychiatric emergency referrals in four regions of Belgium. *Crisis*, 17:15-21, 1996.

104. SPURRELL M, HATFIELD B, PERRY A: Characteristics of patients presenting for emergency psychiatric assessment at an English hospital. *Psychiatric Services* 54: 240-245, 2003.
105. SULLIVAN P, BULIK C, FORMAN S *et al.* Characteristics of Repeat Users of a Psychiatric Emergency Service. *Hospital and Community Psychiatry*, 44 (4): 376-380, 1993.
106. SYTEMA S. Patterns of mental health care, methods and international comparative research. Thesis. Rijkuniversiteit Groningen. Groningen, 1994.
107. UIJEN AA, SCHERS HJ, VAN WEEL CHRIS. Continuity of care preferably measured from the patients' perspective. *Journal of Clinical Epidemiology* 63: 998-999, 2010.
108. VÄRNIK A, KÖLVES K, ALLIK J, ARENSMAN E *et al.* Gender issues in suicide rates, trends and methods among youths aged 15–24 in 15 European countries. *Journal of Affective Disorders* 113, 216–226, 2009.
109. VÄRNIK A, KÖLVES K, VAN DER FELTZ-CORNELIS C M, MARUSIC A, *et al.* Suicide methods in Europe: a gender-specific analysis of countries participating in the "European Alliance Against Depression". *J. Epidemiol. Community Health*;62;545-551, 2008.
110. VAUGHAN JC, JOHNSTON PJ, LEWIS TJ *et al.* Patterns of service use among persons with schizophrenia and other psychotic disorders. *Psychiatric Services*. 54 (2): 226-235, 2003.
111. VON ELM E, ALTMAN DG, EGGER M *et al.* Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) Statement: guidelines for reporting observational studies. *BMJ*, 335: 806-808, 2007.
112. WALLS CA, RHODES KV, KENNEDY JJ: The emergency department as usual source of medical care: estimates from the 1998 National Health Interview Survey. *Acad Emerg Med*, 9 (11): 1140-1145, 2002.
113. WARNER MD, PEABODY CA. Reliability of diagnoses made by psychiatric residents in a general emergency department. *Psychiatric Serv*, 46: 1284–6, 1995.
114. WAY BB, ALLEN MH, MUMPOWER JL, STEWART TR, BANKS SM. Interrater agreement among psychiatrists in psychiatric emergency assessments. *Am J Psychiatry* 155: 1423-1428, 1988.

115. WILLIAMS ER, GUTHRIE E, MACKWAY-JONES K *et al.* Psychiatric status, somatization and health care utilization of frequent attenders at the emergency department: a comparison of routine attenders. *Journal of Psychosomatic Research*, 50: 161-167, 2001.
116. WINGERSON D, RUSSO J, RIES R, *et al.* Use of psychiatric emergency services and enrollment status in a public managed mental health care plan. *Psychiatric Services*, 52 (11): 1494–1501, 2001.
117. WITKIN MJ, ATAY JE, MANDERSHEID RW, DELOZIER J, MALE A, GILLESPE R: Highlights of Organized Mental Health Services in 1994 and Major National and State Trends, in Center for Mental Health Services. Mental Health, United States, 1998. Edited by Nandersheid RW, Henderson MJ. Washington, DC, US Government Printing Office, 1998.
118. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Basic documents, 43rd ed. Geneva: World Health Organization, 2001.
119. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Mental health atlas 2005*. Geneva, World Health Organization, 2005.
120. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Mental Health Gap Action Programme - Scaling up care for mental, neurological, and substance use disorders. Geneva: World Health Organization, 2008.
121. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Organization of services for mental health (Mental Health Policy and Service Guidance Package). Geneva, World Health Organization, 2003.
122. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Promoting Mental Health: concepts, emerging evidence, practice. Geneva: World Health Organization, 2005.
123. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Social determinants of health: the solid facts. 2nd edition / edited by Richard Wilkinson and Michael Marmot. Copenhagen: World Health Organization, 2003.
124. WORLD HEALTH ORGANIZATION. The global burden of disease: 2004 update. Geneva: World Health Organization, 2008.
125. WORLD HEALTH ORGANIZATION. World Health Report 2001. Mental health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization, 2001.

9. ANEXO

Questionário aplicado aos utentes que recorreram à UMPP

Nº série:	Data: __/__/__
Nome (iniciais)	Hora da triagem: _____
	Hora da observação por Psiquiatria: _____

QUESTIONÁRIO

I- INFORMAÇÃO GERAL

- 1- Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino
- 2- Idade: _____ anos Data de nascimento: __/__/__
- 3- Estado civil: *(assinale apenas uma opção)*
☐ Solteiro(a) ☐ Casado(a)/em união de facto ☐ Divorciado(a)/separado(a) ☐ Viúvo(a)
- 4- Com quem vive? *(assinale apenas uma opção)*
☐ Sozinho(a) ☐ Com família ☐ Instituição ☐ Outra situação → Especifique: _____
- 5- Em que freguesia reside actualmente? _____
- 6- Qual a sua escolaridade? *(assinale apenas uma opção)*
☐ Sem escolaridade
☐ 1 a 4 anos (ensino primário) ☐ 10 a 12 anos (ensino secundário)
☐ 5 a 9 anos (ensino obrigatório) ☐ Mais de 12 anos (ensino superior)
- 7- Qual a sua situação laboral actual? *(assinale apenas uma opção)*
☐ Empregado ☐ Trabalho doméstico
☐ Desempregado, à procura de emprego ☐ Estudante (a tempo inteiro)
☐ Reformado ☐ Outra situação → Especifique: _____
☐ Incapacitado de trabalhar por doença (de baixa) → Por motivo psiquiátrico? ☐ Não ☐ Sim
- 8- Actualmente recebe alguma pensão social (ex. RSI)? ☐ Não ☐ Sim → Qual: _____
- 9- Em que Centro de Saúde está inscrito? _____
- 10- Tem acesso a consultas com um Médico de Família, num Centro de Saúde? ☐ Não ☐ Sim

II- ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS

- 11- Alguma vez teve acompanhamento por Psiquiatria? ☐ Não  **Passe à questão nº 17**
☐ Sim → Onde? _____
 Há quanto tempo: _____

- 12- Actualmente está a ser acompanhado(a) por Psiquiatria?
☐ Não ☐ Sim → Especifique: Onde: _____
 Desde há quanto tempo: _____
 Quando teve a última consulta: ☐ Há menos de 1 mês
☐ Entre 1 a 3 meses
☐ Há mais de 3 meses

- 13- Quantas vezes foi internado(a) em Serviços de Psiquiatria?
☐ Nenhuma  **Passe à questão nº 17**
☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ Mais de 3  Onde? _____

- 14- Quantas vezes foi internado(a) em Serviços de Psiquiatria nos últimos 12 meses?
☐ Nenhuma  **Passe à questão nº 17**
☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ Mais de 3  Onde? _____

- 15- Após a alta do internamento, foi orientado(a) para consulta de Psiquiatria?
(Caso tenha tido vários episódios de internamento, refira-se na sua resposta ao último internamento)
☐ Não
☐ Sim → Onde? _____
 Quanto tempo esperou pela consulta de Psiquiatria?
☐ Menos de 2 semanas ☐ 2 a 4 semanas ☐ 4 a 6 semanas ☐ Mais de 6 semanas

- 16- Nos últimos 12 meses, aconteceu ter sido novamente internado(a) num Serviço de Psiquiatria sem ter tido nenhuma consulta no intervalo entre os dois internamentos?
☐ Não
☐ Sim → Qual o motivo para não ter tido consulta? ☐ Não lhe foi dada/não recebeu marcação
☐ Faltou à consulta marcada
☐ Não conseguiu marcar consulta
☐ Compareceu mas não houve consulta
☐ A marcação foi demasiado tardia

17- Nas situações em que sentiu necessidade de ajuda imedlata para os seus problemas psicológicos, procurou ajuda profissional (ex. médico, psicólogo)?

- ☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Por vezes ☐ Muitas vezes

→ **Passe à questão nº 20**

18- Onde se dirigiu em primeiro lugar?

- ☐ Centro de saúde (Médico de Família) ☐ Serviço de Urgência
☐ Consulta de Psiquiatria ☐ Profissional privado

19- Foi atendido com a rapidez que desejava?

- ☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Por vezes ☐ Muitas vezes

20- Nos últimos 12 meses, tentou marcar alguma consulta de psiquiatria?

- ☐ Não ☐ Sim → Onde: _____

- Que dificuldade teve para conseguir essa consulta:
- ☐ Nenhuma
☐ Alguma
☐ Muita
☐ Não conseguiu marcar consulta

21- Nos últimos 12 meses, foi referenciado(a) para consulta de psiquiatria?

- ☐ Não ☐ Sim → Onde: _____

- Quanto tempo esperou pela consulta?
- ☐ Menos de 4 semanas
☐ 4 a 8 semanas
☐ 8 a 12 semanas
☐ Mais de 12 semanas

III- ANTECEDENTES DE UTILIZAÇÃO DO SU

22- É a primeira vez que vem ao Serviço de Urgência de Psiquiatria?

- ☐ Não
☐ Sim

→ **Passe à questão nº 25**

23- Nos últimos 12 meses, quantas vezes veio ao Serviço de Urgência de Psiquiatria?

- ☐ Nenhuma ☐ 1-3 ☐ 4-6 ☐ 7-10 ☐ Mais de 10

→ **Passe à questão nº 25**

24- Após a vinda ao SU de Psiquiatria, foi em qualquer episódio referenciado(a) para consulta de Psiquiatria?

- ☐ Não ☐ Sim → Onde: _____

Há quanto tempo está à espera pela consulta?

- ☐ Menos de 4 semanas ☐ 4-8 semanas ☐ 8-12 semanas ☐ Mais de 12 semanas

IV- EPISÓDIO ACTUAL DE RECURSO AO SU

25- Com quem veio acompanhado(a) ao Serviço de Urgência de Psiquiatria?

- ☐ Ninguém (veio sozinho/a) ☐ Familiar/amigo/colega
☐ Paramédicos/veio sozinho(a) de ambulância ☐ Polícia

26- Qual o motivo de vinda ao SU (queixa inicial)? _____

27- Qual a cor que lhe foi atribuída na triagem?

- ☐ Verde ☐ Amarela ☐ Laranja ☐ Outra → Especifique: _____

28- Como tomou a decisão de vir ao Serviço de Urgência de Psiquiatria?

- ☐ Por si próprio(a) ☐ Por indicação do psiquiatra assistente
☐ Por indicação de familiar/amigo/colega ☐ Por indicação de profissional privado (médico, psicólogo)
☐ Por indicação do médico de família ☐ Por indicação das Autoridades (Polícia, Tribunal, etc)
☐ Por indicação de outro médico → ☐ transferência inter-hospitalar/ ☐ transferência intra-hospitalar

29- Antes de vir ao Serviço de Urgência, dirigiu-se primeiro:

- ☐ A nenhum local (veio directamente)  Passe à questão nº 31
☐ A um Centro de Saúde
☐ A outro Hospital → Qual? _____
☐ A um Serviço de Psiquiatria → Qual? _____

30- Caso tenha ido primeiro a outro local, por que razão acabou por ter de vir a este Serviço de Urgência?

- ☐ Não foi atendido(a) ☐ Teve de esperar demasiado tempo
☐ Não havia psiquiatria ☐ Foi atendido(a) mas mesmo assim enviaram-no(a) a este SU

31- Hoje foi observado(a) noutra área do Serviço de Urgência antes de ser encaminhado para Psiquiatria?

- ☐ Não ☐ Sim → Especifique: ☐ Área amarela ☐ Área laranja ☐ Outra

32- Faz algum tipo de medicação psiquiátrica?

- ☐ Não
☐ Sim → Qual? _____
 Há quanto tempo: _____
 Quem lhe prescreveu a medicação? _____

33- É isento(a) do pagamento de taxa moderadora?

- ☐ Não
☐ Sim

V- EPISÓDIO ACTUAL DE RECURSO AO SU (a preencher pelo médico que observou o doente)

34- Quais os factores associados ao recurso ao SU de Psiquiatria? (assinale todos os aplicáveis)

- | | |
|--|--|
| ☐ Novo episódio de doença psiquiátrica | ☐ Abuso de substâncias: ☐ álcool ☐ drogas |
| ☐ Recaída de doença psiquiátrica prévia | ☐ Incumprimento da medicação |
| ☐ Agravamento de sintomatologia depressiva | ☐ Acontecimento da vida maior |
| ☐ Ideação suicida | ☐ Comp. ^{ta} agressiva: ☐ para próprio/ ☐ para 3 ^{os} |
| ☐ Tentativa de suicídio → Método: _____ | ☐ Problemas económicos |
| ☐ Sintomatologia ansiosa/mal-estar somático | ☐ Problemas laborais |
| ☐ Problemas relacionais (familiares, conjugais, etc.) | ☐ Problemas escolares/académicos |
| ☐ Problemas sociais crónicos (fraco suporte social) | ☐ Outros factores: _____ |
| ☐ Problemas relacionados com o acesso aos Serviços de Saúde | |

35- Qual a intervenção no SU? (assinale todos os aplicáveis)

- | | |
|---|--|
| ☐ Nenhuma | ☐ Estudo analítico |
| ☐ Prescrição/ajuste terapêutico | ☐ Estudo imagiológico |
| ☐ Orientação para Médico de Família → indicação de referênciação p/ consulta de Psiquiatria: ☐ não ☐ sim | |
| ☐ Orientação para Psiquiatra Assistente | ☐ Intervenção do Serviço Social |
| ☐ Orientação para Unidade de Alcoolologia/ CAT | ☐ Internamento em Psiquiatria: |
| ☐ Parecer (orientação para outra área médica do SU) | ☐ ☐ Compulsivo ☐ voluntário |
| ☐ Outros → Especifique: _____ | ☐ HMI ☐ HSJ ☐ Outra instituição |

36- Qual o diagnóstico atribuído?

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Esquizofrenia | ☐ Demência | ☐ Depressão (depressão unipolar; distimia) |
| ☐ Pert. Bipolar | ☐ Delírium | ☐ Perturbação de Adaptação |
| ☐ Outra Psicose | ☐ Pert. Personalidade | ☐ Perturbação de Ansiedade |
| ☐ Pert. decorrente do abuso de substâncias | ☐ Outro diagnóstico → Especifique: _____ | |

37- Relativamente à pertinência do recurso ao SU de Psiquiatria, como classificaria este episódio?

- ☐ Pertinente (existe um problema psiquiátrico)
- ☐ Não pertinente (não existe nenhum problema psiquiátrico)

38- Relativamente à urgência de recurso ao SU de Psiquiatria, como classificaria este episódio?

- ☐ Urgente (o quadro clínico requer atenção imediata/observação em 24 h)
- ☐ Não urgente (a situação psiquiátrica poderia ter aguardado 2-1 semana por uma consulta de Psiquiatria)

		<1 M	>1 M
39- Medicação psiquiátrica habitual do doente:	☐ AD _____	☐	☐
	☐ AP _____	☐	☐
	☐ BZD _____	☐	☐
	☐ EH _____	☐	☐
	☐ Outra _____	☐	☐

Desde há quanto tempo: _____

Prescrita por: ☐ MF
☐ Psiquiatra assistente
☐ SU
☐ Auto-medicação
☐ Outra situação: _____

40- Destino do doente:

☐ Alta para o domicílio	☐ Abandono
☐ Consulta Externa	☐ Saída contra parecer médico
☐ Hospital de Dia	☐ Internamento no HGI
☐ Médico de Família	☐ Outro
☐ Outra instituição: _____	

VI- ANTECEDENTES DE UTILIZAÇÃO DO SU → a confirmar no sistema Alert

41- Nº de episódios de vinda ao SU de Psiquiatria nos últimos 12 meses (excluindo o actual): _____

☐ 0 ☐ 1-3 ☐ 4-6 ☐ 7-10 ☐ > 10

42- Nº de episódios de vinda ao SU (por motivo não psiquiátrico) nos últimos 12 meses (excluindo o actual): _____

☐ 0 ☐ 1-3 ☐ 4-6 ☐ 7-10 ☐ > 10

43- Comorbilidade com abuso de substâncias?

☐ Não
☐ Sim → ☐ Álcool ☐ Outras drogas

NOTAS:

