



ARTIGO ANÁLISE REFLEXIVA

POLÍTICAS E CUIDADOS DE SAÚDE MENTAL PÓS-ALTA DA HOSPITALIZAÇÃO PSIQUIÁTRICA POST-DISCHARGE MENTAL HEALTH POLICIES AND CARE IN PSYCHIATRIC HOSPITALIZATION POLÍTICAS DE SALUD MENTAL POST-ALTA DE LA HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA

Margarida Alexandra Rodrigues Tomás¹, Maria Teresa dos Santos Rebelo²

RESUMO

Objetivo: analisar as políticas de Saúde Mental atuais, discriminando os cuidados de saúde definidos para o período pós-alta da hospitalização psiquiátrica, com um enfoque sobre os cuidados de Enfermagem. **Método:** trata-se de um estudo quantitativo, tipo reflexivo, a partir da pesquisa em 27 documentos de caráter institucional, legislativo ou oficialmente reconhecidos que regulam a área de Saúde Mental no que concerne ao regresso da pessoa à casa pós-alta hospitalar psiquiátrica. **Resultados:** identificaram-se 15 documentos que revelam cuidados de Saúde Mental centrados ainda na produtividade hospitalar, com dificuldade em estabelecer estruturas e intervenções comunitárias. Verificam-se uma insuficiência e a variabilidade na distribuição de recursos humanos e de intervenções, com falta de uniformidade entre os diversos prestadores de cuidados. Constitui-se, em uma lógica multidisciplinar, a intervenção de Enfermagem como essencial para assegurar a continuidade de cuidados. Verifica-se, porém, que a intervenção do enfermeiro especialista está insuficientemente integrada nas políticas de Saúde Mental. **Conclusão:** mantêm-se as políticas de Saúde Mental portuguesas aquém na definição e prestação de cuidados de saúde transitórios específicos ao pós-alta hospitalar psiquiátrico para a casa. **Descritores:** Alta do Paciente; Unidade Hospitalar de Psiquiatria; Política de Saúde; Enfermagem Psiquiátrica; Continuidade da Assistência ao Paciente, Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to analyze current Mental Health policies, discriminating health care defined for the post-discharge period of psychiatric hospitalization, with a focus on Nursing care. **Method:** this is a quantitative, reflective study, based on research in 27 institutional, legislative or officially recognized documents that regulate the area of Mental Health regarding the return of the person to the home after psychiatric discharge. **Results:** 15 documents were identified that reveal Mental Health care focused on hospital productivity, with difficulty in establishing community structures and interventions. There is a insufficiency and variability in the distribution of human resources and interventions, with lack of uniformity among the various caregivers. In a multidisciplinary logic, nursing intervention is essential to ensure continuity of care. However, it is verified that the intervention of the specialist nurse is insufficiently integrated in the Mental Health policies. **Conclusion:** Portuguese Mental Health policies are still falling short in the definition and provision of transitional health care specific to the psychiatric post-discharge home. **Descriptors:** Patient Discharge; Psychiatric Department, Hospital; Health Policy; Psychiatric Nursing; Continuity of Patient Care; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: analizar las políticas actuales de Salud Mental, discriminando la atención de salud definida para el período posterior al alta de hospitalización psiquiátrica, con un enfoque en la atención de Enfermería. **Método:** este es un estudio cuantitativo, reflexivo, basado en la investigación en 27 documentos institucionales, legislativos u oficialmente reconocidos que regulan el área de Salud Mental con respecto al regreso de la persona al hogar después del alta psiquiátrica. **Resultados:** se identificaron 15 documentos que revelan la atención de Salud Mental centrada en la productividad hospitalaria, con dificultad para establecer estructuras e intervenciones comunitarias. Existe una insuficiencia y variabilidad en la distribución de recursos humanos e intervenciones, con falta de uniformidad entre los distintos cuidadores. En una lógica multidisciplinaria, la intervención de Enfermería es esencial para garantizar la continuidad de la atención. Sin embargo, se verifica que la intervención del enfermero especializado está insuficientemente integrada en las políticas de Salud Mental. **Conclusión:** las políticas portuguesas de Salud Mental siguen sin cumplir con la definición y la provisión de atención de salud de transición específica para el hogar psiquiátrico posterior al alta. **Descriptor:** Alta del Paciente; Servicio de Psiquiatria en Hospital; Política de Salud; Enfermería Psiquiátrica; Continuidad de la Atención al Paciente; Enfermería.

¹Unidade de Investigação & Desenvolvimento em Enfermagem/UI&DE. Lisboa (LX), Portugal.  <https://orcid.org/0000-0001-8047-3489> ²Unidade de Investigação & Desenvolvimento em Enfermagem/UI&DE. Lisboa (LX), Portugal.  <https://orcid.org/0000-0003-2909-834X>

Como citar este artigo

Tomás MAR, Rebelo MTS. Políticas e cuidados de saúde mental pós-alta da hospitalização psiquiátrica. Rev enferm UFPE on line. 2019;13:e243037 DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.243037>

INTRODUÇÃO

Constitui-se o período pós-alta de uma hospitalização psiquiátrica claramente como um processo de transição complexo e desafiante para a pessoa. Tem-se esta que lidar com a transição de um contexto de cuidados de saúde profissionais permanentes e globais - o hospital - para um contexto de cuidados não profissionais de menores recursos - o domicílio - cujas inúmeras contingências, como o reduzido *insight* para a doença, fraca adesão terapêutica, iatrogenia medicamentosa deletéria para a funcionalidade e percepção de bem-estar, suporte familiar ou social ineficaz, fracos recursos financeiros, fracos recursos cognitivos ou emocionais, entre outros, colocam em causa a sua adaptação, evolução e concretização enquanto ser humano íntegro, integrado e prolífico da sociedade em que está inserido.

Realça-se, na literatura científica, o período pós-alta imediato como particularmente árduo, com evidência de maior incidência de mortalidade, autoagressão, suicídio, criminalidade violenta, ou hospitalização por violência interpessoal nesta fase.¹⁻³

Revela-se que o risco de suicídio pós-alta psiquiátrica é aproximadamente cem vezes maior durante os primeiros três meses, sendo que, em vários anos após a alta, este risco se mantém elevado em cerca de 30 vezes.⁴

Realça-se, em uma revisão *scoping*, acerca das experiências dos pacientes adultos no regresso à casa após a hospitalização psiquiátrica, como o processo de alta é peculiar a cada um e influencia o processo de transição como mais ou menos saudável.⁵ Detalha-se que, muitas vezes, é na convergência de um cenário de contingências difíceis que se verifica a necessidade de o paciente reajustar-se ao dia a dia, retomar as responsabilidades e atividades domésticas e laborais, aderir e gerir os medicamentos e sua iatrogenia, gerir o evento hospitalização psiquiátrica sobre a identidade e adaptar-se ao estigma e discriminação ainda percebidos.⁵ Depara-se este, além do mais, com os mesmos estressores cotidianos previamente presentes à hospitalização¹ e com as conseqüências inerentes a uma crise de doença mental que obrigou a um internamento - ou seja, a uma interrupção da vida cotidiana - e cujas manifestações podem acarretar danos pessoais, relacionais, financeiros, etc.

Sabe-se que a Enfermagem de Saúde Mental, como área do conhecimento e do cuidar, tem um papel preponderante no compromisso com a compreensão e resposta às necessidades, dificuldades e expectativas dos pacientes e suas famílias. Reforça-se este desiderato pela transição do hospital para a comunidade, uma etapa

claramente reconhecida como frágil no que concerne à garantia de continuidade de cuidados de saúde.⁶ Assinala-se que não deixa de ser curioso que, na hospitalização psiquiátrica, a pessoa tem cuidados de Enfermagem 24 horas por dia e, na sua transição para casa, estes podem ser totalmente remitidos.

Tem-se, adicionalmente, esta transição específica do pós-alta psiquiátrico-comunidade sido já objeto de estudo divulgado em diversos artigos científicos, de diversas áreas da saúde.⁷⁻¹¹ Estabeleceu-se a evidência da necessidade de cuidados específicos para este contexto transicional, sendo que há aqui uma dupla confluência no que concerne ao termo transição.

Pode-se estabelecer, neste movimento de alta do hospital para a casa, uma transição relativa à continuidade de cuidados de saúde dos pacientes que são transferidos entre diferentes locais ou níveis de prestação de cuidados; e pode-se identificar, como foco de cuidados de Enfermagem, a transição vivenciada pelo paciente, que se pode estabelecer como transição situacional (que envolve a soma ou subtração da pessoa quanto ao desempenho de papéis pré-existentes) e transição saúde-doença (que resulta da passagem da pessoa de uma situação de saúde-doença ou vice-versa).^{12,13}

Percebe-se, por isso, que este foco transicional é, desde há muito, alvo de atenção por parte dos enfermeiros. Assente-se, na teoria de Meleis, que esta transição saúde/doença é marcada pela dúvida identitária e de desempenho de papel¹¹ que, de modo mais ou menos consciente ou insidioso, vai minando a habilidade da pessoa em concretizar esta transição com mestria e reintegridade identitária face às mudanças implícitas.¹²

Confia-se que cabe aos enfermeiros, particularmente os especialistas em Saúde Mental, estabelecerem intervenções que permitam acautelar estes eventos críticos e agilizar a reintegridade identitária e a suplementação de papéis dos pacientes para que se concretize a transição da hospitalização psiquiátrica - casa do modo mais pleno e saudável possível.

Determina-se altamente o horizonte de ação em Enfermagem pelas políticas de saúde que estipulam o quê, o como, o quando, o quanto, o onde irão ser investidos os cuidados de saúde de uma população. Realça-se que a saúde é um bem de particular relevância que se deve instituir enquanto um direito fundamental de todo o ser humano.¹⁴ Torna-se, para isso, fundamental compreender a dimensão política e o real impacto que esta tem sobre os cuidados de saúde.¹⁴

Crê-se que importa, então, estabelecer muito bem sobre o que se fala quando se fala sobre políticas de saúde mental. Definem-se estas como

as decisões, estratégias, planos e ações que cada país estabelece para alcançar os objetivos de saúde dos seus constituintes,¹⁵ formando a *planta* do futuro ao projetar em curto-médio-longo prazo as metas a atingir, estabelecendo as prioridades de investimento e ação que moldam e informam os papéis esperados dos diferentes intervenientes que, neste caso, incluem indubitavelmente os profissionais de saúde.¹⁵

Emerge-se, assim, este trabalho das questões: “Que cuidados de saúde estão definidos e operacionalizados para o período pós-alta de uma hospitalização psiquiátrica?”; “Que papéis, que intervenções, que implicações têm para a Enfermagem as políticas de saúde atuais no que concerne ao contexto de cuidados pós-alta hospitalização psiquiátrica em Portugal?”.

Considera-se, por isso, estarem reunidas diversas razões que tornam muito pertinente a realização desta análise reflexiva das políticas de saúde nacionais, visto que:

(1) está em curso uma mudança paradigmática no que concerne aos cuidados de saúde mental, que se pretendem eminentemente comunitários em vez de hospitalocêntricos;

(2) há uma necessidade de cuidados de saúde específicos para a transição aqui em foco;

(3) a literatura, de modo contundente, destaca esta necessidade, mas também responsabilidade, de os profissionais de saúde estabelecerem respostas específicas para esta transição;^{1,7,11}

(4) a Enfermagem enquanto disciplina e profissão possui o saber, mas também o posicionamento nos cuidados de saúde, para poder responder a esta demanda e, finalmente,

(5) realça-se que o Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM) foi alvo de extensão até 2020, sendo que está em um limiar próximo à sua reavaliação e reformulação no que concerne às políticas de saúde mental. Trata-se de um marco do qual a Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria não pode ficar alheia.

OBJETIVO

- Analisar as políticas de Saúde Mental atuais, discriminando os cuidados de saúde definidos para o período pós-alta da hospitalização psiquiátrica, com um enfoque sobre os cuidados de Enfermagem.

MÉTODO

Trata-se de um artigo de análise reflexiva elaborado a partir de uma pesquisa bibliográfica que se centra em documentos que focam a população adulta dos 18-65 anos e abordam os cuidados de saúde do setor público no pós-alta hospitalar dos serviços de Psiquiatria de agudos no que concerne ao regresso do paciente à casa.

Explica-se que não se incluíram as respostas especializadas dirigidas às áreas dos comportamentos aditivos e das dependências, dos transtornos do neurodesenvolvimento ou das demências.

Detalha-se que, apesar de pertencerem inequivocamente à área da Saúde Mental, compreendem um acompanhamento e organização de serviços específicos que merecem uma atenção particular e que complexificaria o alcance dos objetivos aqui propostos.

Consideraram-se todos os documentos de caráter institucional, legislativo ou oficialmente reconhecidos que regulam a área de Saúde Mental, sendo que, para isso, foram consultados os seguintes sites: Direção-Geral da Saúde; Ordem dos Enfermeiros; Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental; Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental; Sociedade Portuguesa para o Estudo da Saúde Mental. Considerou-se previamente pertinente realizar uma pesquisa preliminar de modo a determinar se algum artigo de análise ou reflexão tinha sido realizado neste âmbito na CINHALL Complete e na MEDLINE Complete, que se revelaram sem resultados.

Assente-se na fórmula de pesquisa: (saúde *or health*) AND *politic** AND *mental* AND Portugal, obtendo-se um total de 27 artigos. Descreve-se que, após a leitura do título e sumário, apenas dois artigos foram considerados pertinentes para a leitura integral e apenas um²⁷ foi integrado como documento de interesse para consubstanciar os resultados. Assentou-se todo este processo de pesquisa em uma lógica iterativa, tendo sido consultadas as referências presentes nos documentos identificados como pertinentes para consolidar os resultados obtidos. Efetuou-se esta pesquisa de 27 de agosto de 2019 a 15 de setembro de 2019.

RESULTADOS

Identificaram-se 15 documentos¹⁶⁻³⁰ que permitem definir os cuidados de saúde no pós-alta da hospitalização psiquiátrica relativamente ao que está previsto nos documentos oficiais, mas também evidenciado na prática.

Apontaram-se claramente, de um modo geral, pelos diversos documentos e referências, as atividades assistenciais passíveis de assegurar e intervir na continuidade de cuidados no pós-alta de um serviço de psiquiatria hospitalar, incluindo: consulta externa - Psiquiatria; consulta externa - Psicologia; consulta/atendimento complementar de Enfermagem; consulta/atendimento complementar de Serviço Social; hospital de dia ou área de dia; visita domiciliária; Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental (CCISM) -

equipes de apoio domiciliário e unidades sócio-ocupacionais.

Incluem-se, no que concerne à oferta de cuidados, os seguintes procedimentos disponibilizados pelos serviços de Saúde Mental: psicoterapia individual; psicoterapia familiar; sessões de grupos multifamiliares; psicoterapia de grupo; psicodrama; eletroconvulsivoterapia; intervenção neuropsicológica; terapia de mediação corporal e terapia ocupacional.¹⁶ Acrescentam-se relativamente aos principais programas terapêuticos disponíveis: ligação aos cuidados de saúde primários efetuada nos centros de saúde; apoio domiciliário; tratamento assertivo na comunidade; gestão de cuidados (*case management*); apoio ao emprego; apoio residencial; programas psicoeducacionais; programas para indivíduos com primeiro episódio psicótico; programas de reabilitação e programas intersectoriais (ex: escolas, Justiça).¹⁶

Dinamizam-se estes tipos de atividades assistenciais, procedimentos e programas pelos Serviços Locais de Saúde Mental (SLSM), que definem a matriz que melhor dá resposta às necessidades da população.¹⁷ Responsabilizam-se estes pelo provisionamento de cuidados globais de Saúde Mental a uma área geodemográfica, habitualmente constituídos por serviços/departamentos de Psiquiatria em hospitais gerais que coordenam os cuidados quer em nível ambulatório, quer de internamento.¹⁷ Verifica-se que nem todos os SLSM asseguram as atividades supracitadas, constatando-se uma aplicação díspar que carece de uniformização e se traduz em uma variabilidade interinstitucional.¹⁶

Explica-se que o contexto da sua concretização pode ser em nível hospitalar como no âmbito de Equipes ou Unidades de Saúde Mental Comunitária (E/USMC). Emergiram-se as últimas do PNSM 2007-2016 no sentido de difundir a descentralização dos serviços de Saúde Mental, estabelecer cuidados de proximidade e com maior envolvimento e participação de pessoas com doença mental, familiares e comunidades, promovendo a reabilitação e a integração das pessoas na comunidade, assentadas no conceito de *recovery* em Saúde Mental.^{18,19} Consideram-nas, aliás, como o núcleo dos cuidados de saúde mental e como essenciais para a garantia da continuidade destes cuidados para a pessoa que teve alta do internamento e passa a receber cuidados em ambulatório e de reabilitação.^{16,20} Incluem-se nos programas de prestação de cuidados que mereceram relevo por parte destas E/USMC: Programa Integrado para Doentes Mentais Graves, com gestão de casos por terapeutas de referência; Programa de ligação com a Saúde Familiar e apoio a perturbações mentais comuns; Programa de apoio a doentes idosos; Programa de prevenção nas áreas da depressão e suicídio.^{18:20}

Asseguram-se, assim, os cuidados de saúde mental à pessoa com doença mental grave, partilhando, com outras instituições, os cuidados relativos à pessoa com doença mental comum.¹⁹ Alerta-se, no último relatório de avaliação do PNSM, para o seu desenvolvimento insuficiente em muitos dos SLSM, para a preocupante diminuição dos enfermeiros e assistentes sociais e para o aumento da atividade de consulta externa (acompanhada por um aumento do número de psiquiatras e psicólogos).¹⁶ Percepcionam-se, daqui, as limitações que o modelo de contratualização hospitalar impõe, afetando pejorativamente o trabalho em equipe multidisciplinar e a criação de respostas na comunidade.¹⁶

Evidencia-se, além disto, um modelo de cuidados ainda centrado nos cuidados médicos, de foco hospitalocêntrico, cujas linhas de produtividade e financiamento hospitalar estão primordialmente orientadas para o internamento, consultas médicas, sessões de hospital/área de dia e urgências.^{16,18,20-22} Repara-se que a produtividade dos departamentos/serviços de saúde mental explana exclusivamente o número de internamentos, consultas de Psiquiatria, sessões de hospital/área de dia e de visitas domiciliárias.¹⁶ Aponta-se que consultas concretizadas por outros profissionais de saúde não estão discriminadas, nem estão discriminadas as intervenções ou procedimentos concretizados pelos profissionais de saúde.

Observa-se que, em 2012, uma das alterações propostas para o modelo de gestão dos serviços de saúde mental eram precisamente a instituição e a quantificação de programas de intervenção domiciliária que garantam uma resposta adequada às diferentes necessidades de cuidados das populações essencial ao acompanhamento dos pacientes e à prevenção de recaídas e consequentes reinternamentos.^{21:8}

Questiona-se: ora, se é assumido que as E/USMC são fundamentais para assegurar a continuidade de cuidados no pós-alta, não seria pertinente incluir, nas mesmas, um programa dedicado precisamente a esta transição?

Salienta-se, em todos os documentos do PNSM e na legislação atual de Saúde Mental, que os cuidados de saúde mental deverão ser assegurados por equipes multiprofissionais.^{16-18,23,24} Definem-se, aliás, as E/USMC como “equipes multidisciplinares, com forte participação de enfermeiros e outros técnicos não médicos”.^{18:20}

Demonstra-se que esta ênfase na participação da Enfermagem não se detém aqui e é posteriormente reiterada por outro relatório que indica precisamente o mesmo,²⁰ porém, não se trata apenas da escassez de recursos humanos, nomeadamente de técnicos não médicos, e de

intervenções de base comunitária, mas de uma insidiosa e perene assimetria que abrange diferentes níveis da prestação de cuidados de saúde mental como no que diz respeito: (1) aos recursos humanos, que estão concentrados nos hospitais centrais, principalmente em Lisboa, Porto e Coimbra, e têm número e qualificação díspares entre regiões e instituições; (2) ao desenvolvimento e realização de respostas ambulatoriais (centradas em consultas ou sessões de hospital/área de dia) decorrentes do déficit de alocação de recursos humanos e resistência à implementação do PNSM e (3) ao tipo de oferta e prática clínica das várias respostas instituídas, verificando-se uma variabilidade cujo racional não é claro.^{16,25}

Propõe-se, daí, no prolongamento do PNSM até 2020, a criação de uma carteira de serviços mínimos dos SLSM que permitam assegurar intervenções, programas, atividades devidamente credíveis e assentes na evidência científica e boas práticas de modo a assegurar a democratização e equidade no acesso aos cuidados de saúde mental.^{16,22}

Tem-se, no que concerne à rede de CCISM, um sistema claramente vocacionado para a pessoa com doença mental grave da qual resulta incapacidade psicossocial que confere um grau de dependência.²⁴ Acredita-se que o acionar destes mecanismos é efetivado pelos SLSM ou por instituições psiquiátricas do setor social²⁴ cuja avaliação assenta em um instrumento único de avaliação multidisciplinar do grau de incapacidade psicossocial e de dependência.²⁶ Expõe-se, no caso que aqui se foca, o da pessoa que regressa à casa após a alta, que existem duas estruturas que podem ser acionadas caso estejam preenchidos todos os critérios de admissão e haja disponibilidade de vaga - equipes de apoio domiciliário e unidades sócio-ocupacionais.

Esclarece-se que a primeira não depende do grau de incapacidade psicossocial atribuído e foca-se na reabilitação das competências relacionais, de organização pessoal e doméstica e de acesso aos recursos comunitários no domicílio da pessoa.²⁶ Pontua-se que a equipe de prestação de cuidados tem de incluir: enfermeiro, preferencialmente com especialidade em Saúde Mental e Psiquiatria; psicólogo; assistente social; técnico da área de reabilitação psicossocial e ajudante de ação direta. Visa-se a segunda a pessoas com grau reduzido ou moderado de incapacidade psicossocial e centra-se em programas de reabilitação de carácter relacional, ocupacional e de integração social, sendo os profissionais que asseguram este tipo de cuidados: psicólogo; assistente social; técnico da área de reabilitação psicossocial; monitor; administrativo e trabalhador auxiliar dos serviços.²⁶

Assina-se, precisamente, nesta vertente de cuidados, a perspectiva de processo de transição no que concerne ao pós-alta hospitalar, que se considera como “uma fase imprescindível que exige intervenções e programas específicos, aplicados por profissionais altamente qualificados e facilitadoras da passagem de um meio protegido para a comunidade”.^{16:48} Coloca-se a questão: “Será que a transição hospital-casa, mesmo sem critérios para os CCISM, não merecerá a mesma especificidade de intervenções e programas que deverão igualmente estar assinalados no PNSM?”.

Verifica-se, também, a implementação da Rede de CCISM débil pela heterogeneidade no acesso e na prestação de cuidados de reabilitação psicossocial.^{16,27} Mantém-se esta rede ainda em uma fase de projeto-piloto, não estando, por isso, disponível para todos os pacientes mentais graves, com incapacidade psicossocial. Fica-se a continuidade de cuidados, assim, em risco face à ausência de rede de cuidados continuados que deem respostas às necessidades dos SLMS.¹⁶ Elucida-se, daí, que uma das metas para 2020 é precisamente a criação de 1500 lugares para adulto em CCISM que visa à melhoria da qualidade da continuidade de cuidados da pessoa com doença mental, principalmente às que se constituem como graves e incapacitantes.²²

Estipulou-se, no que concerne ao Plano Nacional de Prevenção do Suicídio, como um dos objetivos para a sua primeira fase (de 2013 a 2014), precisamente “Melhorar o acompanhamento após alta de internamento hospitalar”^{28:20}, já que se estabelece como período de maior risco suicidário exatamente o durante ou o após a internação psiquiátrica. Averiguou-se, todavia, que este reconhece que a subnotificação dos suicídios não traduz a realidade deste fenómeno que apela a uma maior atenção por parte dos decisores políticos no que concerne ao planeamento dos serviços de saúde mental.²⁹

Destaca-se, no âmbito de descrever os procedimentos efetivamente implementados, um estudo efetuado em nove estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde mental que incluiu hospitais psiquiátricos, serviços de Psiquiatria integrados em hospitais gerais, um hospital em regime de parceria público-privada e prestadores de natureza social e privada.²⁰ Encontra-se na avaliação relativa ao seguimento dos pacientes pós-alta: quanto ao seguimento pós-alta, designadamente por meio de marcação de consulta subsequente e a prescrição dos fármacos necessários até essa data, os prestadores públicos referem que ou o utente é notificado da data da consulta subsequente no dia da alta, ou é contactado para o efeito posteriormente, sendo-lhe prescrita medicação até à data aproximada da consulta; por outro lado, no caso de ser realizado o internamento a utentes referenciados por outros

hospitais [...], o utente volta ao hospital de origem e a garantia, ou não, do seguimento é da responsabilidade deste hospital.^{20:99}

Constataram-se, desse modo constataram-se dificuldades no seguimento de pacientes pós-alta quando os cuidados hospitalares são prestados por uma instituição diferente da que presta os cuidados em ambulatório. Nos casos onde esta transição interinstitucional não acontece realça-se a garantia de marcação de consulta médica de psiquiatria subsequente e o provisionamento de receitas medicamentosas.²⁰ Contudo sublinha-se que “a taxa de reinternamento aumentou ligeiramente entre 2012 e 2013, bem como a taxa de segundos episódios pela mesma causa”.^{20:109}

Numa análise da continuação de cuidados em Portugal fez-se uma comparação entre os anos de 1998 e 2012 e destacou-se que a consulta externa de médico psiquiatra passou a ser maioritariamente assegurada pelos hospitais gerais, em vez dos hospitais psiquiátricos, que o tratamento domiciliário manteve o mesmo nível, e quanto ao tratamento assertivo ou outras intervenções psicossociais não foi possível obterem-se dados concretos, sendo que o seguimento pós-alta é o mesmo - o da consulta externa que é efetuada por psiquiatra.²⁵ Num documento mais recente aponta-se claramente esta tendência de reduzido investimento nas equipas multidisciplinares, com financiamento centrado no ato médico, revelando-se que em 2016 foram efetuadas 726 680 consultas médicas de psiquiatria no serviço público de Portugal Continental, versus a realização de 251 799 sessões de hospital/área de dia e a realização de 23 904 visitas domiciliárias.¹⁶

Elegeram-se, para ilustrar melhor o relatado, alguns bons exemplos de prática clínica, sendo um deles o da Unidade de Saúde Mental de Vila Nova de Famalicão onde se implementou, como medida para melhorar a adesão à terapêutica da pessoa com alta do serviço de internamento, uma primeira consulta externa de Psiquiatria em, no máximo, 15 dias.³⁰ Adiciona-se outro exemplo, que é o do Departamento de Psiquiatria do Hospital Fernando da Fonseca, que integra quatro unidades comunitárias de Saúde Mental e do qual se destaca, em 2011, a realização de 14.756 consultas de Psiquiatria nas unidades comunitárias, face à realização de 980 visitas domiciliárias naquele ano.³⁰

Descreve-se, no entanto, que se implementaram medidas como o programa de *follow-up* assertivo para pessoa com primeiro surto psicótico, consultas e avaliações psicológicas, psicoterapia, avaliações e intervenções sociais, mas dos quais não se tem a possibilidade de perceber em que medida são aplicados.³⁰ Decidiu-se estabelecer aqui, também,

um prazo de quinze dias para a marcação de consulta médica de Psiquiatria após a alta do serviço hospitalar de Psiquiatria.³⁰

Torna-se claro, no âmbito da Enfermagem, que o papel do enfermeiro é avaliado como de grande relevância, sendo considerado “o recurso humano que deve ser disponibilizado em maior número à população com problemas de saúde mental”.^{20:42}

Percebe-se, todavia, para além da redução do seu número, que o reconhecimento do enfermeiro especialista fica bastante aquém e não vai além da mera distinção numérica relativamente ao enfermeiro de cuidados gerais.¹⁶ Acresce-se ainda que os papéis aos quais está vinculado são relativos ao enfermeiro de cuidados gerais, não indicando outras possíveis intervenções que estariam ao alcance do enfermeiro especialista concretizar. Verificam-se, como exemplo, as equipas de apoio domiciliário para adultos (dos CCISM) cujos serviços estipulados são em nível da promoção da autonomia das atividades de vida básicas e instrumentais, do acesso a atividades ocupacionais ou recreativas, da sensibilização e envolvimento dos cuidadores informais e da supervisão e gestão de medicamentos.²⁶ Sucede-se o mesmo com as competências descritas para os enfermeiros que integram as E/USMC, os únicos a terem, nas designadas *competências próprias*, um rol de ações que refletem apenas as competências dos enfermeiros de cuidados gerais.

Salienta-se que são igualmente os únicos a terem mencionado, nas suas competências, “Supervisionar e gerir a medicação”,^{19:9} colocando-os claramente em linha com o modelo biomédico que, além disso, enfatiza a intervenção interdependente e não autônoma naquilo que está designado como *competências próprias*. Avalia-se, além do mais, que não se reconhecem as suas competências na investigação científica, particularmente quando se fala de enfermeiros especialistas, sendo que estes, muitas vezes, concluíram o mestrado na mesma área e desenvolveram competências na área da investigação com vistas ao desenvolvimento da disciplina e profissão de Enfermagem e inerentemente dos cuidados de saúde.

DISCUSSÃO

Argumenta-se que, apesar de se descreverem as várias possibilidades de assegurar a continuidade de cuidados na transição da pessoa da hospitalização psiquiátrica à casa, as que emergem dos documentos consultados são centradas na consulta de seguimento por psiquiatra e não evidenciam outras atividades ou procedimentos deste acompanhamento pós-alta.

Realça-se, desde logo, no PNSM, que “o intervalo entre a alta e a consulta subsequente, associada à proporção de reinternamentos

ocorridos sem qualquer contacto em ambulatório [...] sugere a existência de problemas de continuidade de cuidados”.^{18:8} Reforça-se, realmente, este cenário quando se aponta o hiato entre a alta hospitalar e a consulta de Psiquiatria pós-alta como facilitador dos reinternamentos, o que claramente transparece a ineficiência do sistema de saúde enquanto responsável pela manutenção da saúde dos cidadãos.³¹ Veem-se outros pontos válidos de contato do paciente com o sistema de saúde que pudessem garantir o seu seguimento, como, por exemplo, o médico de família ou a consulta de Enfermagem, ou ainda a visita domiciliária, etc., omissos nos relatórios, o que limita a evolução e estruturação dos cuidados de saúde para além do modelo biomédico e hospitalocêntrico.

Considera-se, longe de contestar a intervenção da consulta de seguimento por psiquiatra, que esta espelha uma realidade que providencia uma resposta insuficiente e possivelmente omissa quanto ao impacto que a hospitalização em Psiquiatria pode propiciar à pessoa, nomeadamente se se tratar de um primeiro episódio ou até de um internamento compulsivo.^{5,8} Relata-se, desde há muito, e de modo reiterado, como o internamento afeta o indivíduo que questiona o seu autoconceito e sentido de identidade, já que percepciona dificuldades no ajuste às alterações vivenciadas em si, no seu cotidiano e no desempenho de papéis esperado no pós-internamento. Complica-se este ainda mais quando há a presença reduzida ou a ausência de conscientização relativa às implicações que a vivência de uma crise de doença mental, de um internamento psiquiátrico e de um tratamento psiquiátrico no regresso à casa têm para a sua existência e sentido de Si.^{1,7,8,11}

Tem-se advogado, cada vez mais, no que concerne aos enfermeiros especialistas em Saúde Mental e Psiquiatria, por uma presença maioritária nos diversos contextos de prestação de cuidados de saúde mental (como nas E/USMC ou nas unidades e equipas de CCISM) em detrimento da presença de enfermeiros de cuidados gerais.^{32,33} Decorre-se esta posição da especificidade e evolução próprias da história e representações da saúde/doença mental igualmente associadas a uma necessidade de respostas diferenciadas que confirmem credibilidade e segurança no âmbito global da prestação de cuidados nesta área.^{32,34}

Impõe-se a relação terapêutica como basilar neste contexto de cuidados e, por isso, um imperativo a incluir nas competências de qualquer profissional que nela intervenha.³² Colocam-se os enfermeiros especialistas em Saúde Mental e Psiquiatria na vanguarda do provisionamento de cuidados de Enfermagem nesta área, já que aprimoraram as suas competências no estabelecimento de relações terapêuticas,

podendo, para isso, mobilizar intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas.^{32,35} Constitui-se tudo isto como potencializadores no estabelecimento da relação terapêutica, que adquire uma maior consolidação e amplitude de expressão. Tem-se, além do mais, no regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados, o reconhecimento de agir perante respostas humanas desajustadas aos processos de transição igualmente perspectivados enquanto vivência: “a promoção do potencial de saúde mental do cliente através da otimização das respostas humanas aos processos de transição: desenvolvimentais, situacionais, fortuitas”^{36:7}, mas também enquanto passagem: “a coordenação da transição de doentes e famílias entre cenários de cuidados especializados em saúde mental”.^{36:10}

Considera-se que, apesar de haver inúmeros trabalhos, principalmente académicos, que vão elaborando as diversas potencialidades inerentes ao desempenho do enfermeiro especialista em Saúde Mental e Psiquiatria, que as mais-valias inerentes ainda não estão claramente evidenciadas para os decisores políticos e outros intervenientes na constituição das políticas públicas de saúde, justificando a sua reduzida visibilidade nos diversos documentos consultados. Julga-se, uma vez que são descritas as funções a cumprir pelo enfermeiro de cuidados gerais nesta área, que seria igualmente importante dar ênfase a algumas competências do enfermeiro especialista a desempenhar no âmbito destas equipas multidisciplinares.

Pondera-se, finalmente, que, apesar de este estudo não contar com uma revisão de referências sistemáticas no que concerne aos documentos definidores das políticas de saúde mental portuguesas, o seu processo de pesquisa encontra-se bastante especificado, o que permite conferir e assegurar a credibilidade da informação aqui analisada.

CONCLUSÃO

Acredita-se que esta análise e reflexão sobre o *status quo* das políticas de saúde mental e suas repercussões permitiu um reolhar e repensar sobre os caminhos que se têm construído nos cuidados de saúde mental.

Pontua-se que nas políticas de saúde mental portuguesas ainda não se evidencia claramente o pós-alta de uma hospitalização psiquiátrica como um desafio humano transicional que necessita incluir o provisionamento de cuidados transicionais específicos. Carecem-se estes de uma devida demarcação e intervenção, privilegiando a continuidade de cuidados de saúde que, para além de traçar o habitual projeto terapêutico do indivíduo, pode incidir sobre o impacto que a hospitalização teve para a pessoa, facilitar a

compreensão das suas vivências e seus possíveis constrangimentos após a alta e promover a conquista de um sentido para uma experiência claramente marcante como a de uma hospitalização psiquiátrica.

Acrescenta-se que outro aspecto que se realça concerne à assimetria presente nos cuidados de saúde estabelecidos, na forma como são implementados e no número de recursos humanos disponíveis que prejudicam a equidade e acesso aos cuidados de saúde. Reconhece-se a insuficiência de recursos humanos e estruturas comunitárias, em um modelo de financiamento centrado no ato médico e constrangedor das intervenções comunitárias. Alerta-se que, em tom de procrastinação, se mantém na prestação dos cuidados de saúde uma hegemonia da atitude hospitalocêntrica, centrada no modelo biomédico, já há muito refutada pela literatura científica. Configura-se, por conseguinte, apesar de as políticas de saúde estarem em linha com o que a investigação científica tem evidenciado, um alcance pragmático das políticas de saúde mental aquém do necessário e estabelecido, o que motivou para já o prolongamento do PNSM até 2020.

Sublinha-se a participação dos enfermeiros como essencial nas políticas de saúde mental com especial relevo nas equipas multidisciplinares. Considera-se, contudo, que não há um reconhecimento claro da contribuição particular que o enfermeiro especialista em Saúde Mental e Psiquiatria pode trazer relativamente ao enfermeiro de cuidados gerais.

Possibilita-se, por esta análise reflexiva, a consciencialização do alcance que as políticas de saúde poderão ter sobre a prática clínica do enfermeiro de cuidados de Saúde Mental e Psiquiatria, que não vê as suas competências específicas devidamente assumidas pelos planeadores das políticas de saúde. Poder-se-á isto ter repercussões sobre o progresso da disciplina e profissão da Enfermagem, nesta área particular, já que, enquanto área de um saber de finalidade prática, irá ficar depauperada do desenvolvimento que é inerente à prática clínica. Detalha-se, por outras palavras, que, sem se investir na prática clínica de cuidados de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, mais difícil será a sua evolução no sentido de cada vez mais potencializar a sua capacidade de resposta às necessidades das pessoas com doença mental. Considera-se que cabe aos enfermeiros especialistas assumirem a responsabilidade de produzir as evidências necessárias para tecer os argumentos que sustentem a sua presença imprescindível nas equipas multidisciplinares de cuidados de saúde mental, clarificando os enfermeiros especialistas e enfermeiros de

cuidados gerais na composição destes serviços de saúde.

Conclui-se, em suma, que o estabelecimento das políticas de saúde mental, principalmente face ao término do PNSM em vigor, deverá contar com a inclusão ativa dos enfermeiros que, por meio dos seus mecanismos próprios - como a Ordem dos Enfermeiros, as Escolas de Enfermagem, mas também os próprios profissionais de Enfermagem -, não se imiscuem de sensibilizar e expressar, junto dos decisores políticos, a necessidade de cuidados de saúde mental específicos e especializados para a pessoa com doença mental, particularmente aquela que regressa à casa após a hospitalização psiquiátrica.

REFERÊNCIAS

- Owen-Smith A, Bennewith O, Donovan J, Evans J, Hawton K, Kapur N, et al. "When you're in the hospital, you're in a sort of bubble." Understanding the high risk of self-harm and suicide following psychiatric discharge: a qualitative study. *Crisis*. 2014 Jan 1;35:154-60. DOI: [10.1027/0227-5910/a000246](https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000246)
- Walter F, Carr MJ, Mok PLH, Antonsen S, Pedersen CB, Shaw J, et al. Suicide methods and specific types of accidental death and fatal poisoning among discharged psychiatric patients: a national cohort study. *J Clin Psychiatry*. 2018 Oct 2; 79(6):01-17. DOI: [10.4088/JCP.17m11809](https://doi.org/10.4088/JCP.17m11809)
- Haglund A, Lysell H, Larsson H, Lichtenstein P, Runeson B. Suicide immediately after discharge from psychiatric inpatient care: a cohort study of nearly 2.9 million discharges. *J Clin Psychiatry*. 2019 Feb; 80(2). DOI: [10.4088/JCP.18m12172](https://doi.org/10.4088/JCP.18m12172)
- Chung DT, Ryan CJ, Hadzi-Pavlovic D, Singh SP, Stanton C, Large MM. Suicide rates after discharge from psychiatric facilities: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2017 July;74(7):694-702. DOI: [10.1001/jamapsychiatry.2017.1044](https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.1044)
- Tomás M, Rebelo T, Martins M, Soares M. O regresso a casa após alta de um serviço de psiquiatria: uma revisão scoping. *Rev Port Enferm Saúde Mental*. June 2020 (no prelo).
- Mendes FRP, Gemito MLGP, Caldeira EC, Serra IC, Casas-Novas MV. Continuity of care from the perspective of users. *Ciêns Saúde Colet*. 2017 Mar;22(3):841-53. DOI: [10.1590/1413-81232017223.26292015](https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.26292015)
- Birken M, Harper S. Experiences of people with a personality disorder or mood disorder regarding carrying out daily activities following discharge from hospital. *Br J Occup Ther*. 2017 Apr;80(7):409-16. DOI: [10.1177/0308022617697995](https://doi.org/10.1177/0308022617697995)
- Niimura J, Tanoue M, Nakanishi M. Challenges following discharge from acute psychiatric inpatient care in Japan: patients' perspectives. *J*

Psychiatr Ment Health Nurs. 2016 Nov;23(9-10):576-84. DOI: [10.1111/jpm.12341](https://doi.org/10.1111/jpm.12341)

9. Keogh B, Callaghan P, Higgins A. Managing preconceived expectations: mental health service users experiences of going home from hospital: a grounded theory study. J Psychiatr Ment Health Nurs [Internet]. 2015 Aug; 22(9):715-23. DOI: [10.1111/jpm.12265](https://doi.org/10.1111/jpm.12265)

10. Desplenter FA, Laekeman GJ, Simoens SR. Following up patients with depression after hospital discharge: a mixed methods approach. Int J Ment Health Syst. 2011 Nov;5(1):28. DOI: [10.1186/1752-4458-5-28](https://doi.org/10.1186/1752-4458-5-28)

11. Redding A, Maguire N, Johnson G, Maguire T. What is the lived experience of being discharged from a psychiatric inpatient stay? Community Ment Health J. 2017 July;53(5):568-77. DOI: [10.1007/s10597-017-0092-0](https://doi.org/10.1007/s10597-017-0092-0)

12. Meleis AI, editor. Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice. New York: Springer; 2010.

13. Antonio S dos P, Bernardino E, Tominaga LBL, Silva OBM da, Borges F, Torres DG. Transition of patients from intensive care units. J Nurs UFPE on line. 2018 Dec; 12(12):3320-6. DOI: [10.5205/1981-8963-v12i12a237705p3320-3326-2018](https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i12a237705p3320-3326-2018).

14. Castillo CHM, Garrafa V, Cunha T, Hellmann F. Access to health care as a human right in international policy: critical reflections and contemporary challenges. Ciên Saúde Colet. 2017 July; 22(7):2151-60. DOI: [10.1590/1413-81232017227.04472017](https://doi.org/10.1590/1413-81232017227.04472017)

15. World Health Organization. Health policy [Internet]. Geneva: WHO; 2019 [cited 2019 Sept 30]. Available from: https://www.who.int/topics/health_policy/en/

16. Xavier M, Paixão I, Mateus P, Goldschmidt T, Pires P, Narigão M, et al. Relatório da Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 e propostas prioritárias para a extensão a 2020 [Internet]. República Portuguesa: Lisboa; 2017 [cited 2019 Sept 10]. Available from: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RelAvPNSM2017.pdf>

17. Ministério da Saúde (PT). Decreto-Lei n.º 304/2009, de 22 de outubro. Segunda alteração ao Decreto-Lei n.º 35/99, de 5 de fevereiro, que estabelece os princípios orientadores da organização, gestão e avaliação dos serviços de saúde mental [Internet]. Lisboa: Ministério da Saúde; 2009 [cited 2018 Aug 10]. Available from: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/483170/details/maximized>

18. 18.Ministério da Saúde (PT), Alto Comissariado da Saúde Mental. Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 [Internet]. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental; 2008 [cited 2019 Sept 01]. Available from:

<https://www.adeb.pt/files/upload/paginas/Plano Nacional de Saude Mental.pdf>

19. Coordenação Nacional para a Saúde Mental. Documento de consenso para a Estrutura e Funções das Equipas de Saúde Mental Comunitária (ESMC) [Internet]. Alto Comissariado da Saúde: Lisboa; 2009 [cited 2019 Set 10]. Available from: <http://www.app.com.pt/wp-content/uploads/2009/01/consenso-equipas-saude-mental.pdf>

20. Entidade Reguladora da Saúde. Acesso e qualidade nos cuidados de saúde mental [Internet]. Porto: Entidade Reguladora da Saúde; 2015 [cited 2019 Sept 01]. Available from: https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1500/Estudo Saude Mental versao publicar_v.2.pdf

21. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional para a Saúde Mental: orientações programáticas [Internet]. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2012 [cited 2019 Set 01]. Available from: <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-3/programas-nacionais-prioritarios-saude-mental-pdf.aspx>

22. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional para a Saúde Mental 2017 [Internet]. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2017 [cited 2019 Set 01]. Available from: <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-885309-pdf.aspx?v=11736b14-73e6-4b34-a8e8-d22502108547>

23. Lei n.º 36/98 (PT). Lei de Saúde Mental. Diário da República [Internet]. 1998 July 04 [cited 2019 Aug 15]. Available from: https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/75115272/view?p_p_state=maximized

24. Ministério da Saúde (PT). Decreto-Lei n.º 8/2010. Cria um conjunto de unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental, destinado às pessoas com doença mental grave de que resulte incapacidade psicossocial e que se encontrem em situação de dependência [Internet]. Lisboa: Ministério da Saúde; 2010 [cited 2018 Sept 10] Available from: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/616776/details/maximized>

25. Almeida JMC, Mateus P, Xavier M, Tomé G, editores. Joint Action on Mental Health and Well-being: análise da situação em Portugal [Internet]. Bruxelas: European Union; 2015 [cited 2019 Set 1]. Available from: http://spgg.com.pt/UserFiles/file/23_09_15report_JA_em_PORTUGUES.pdf

26. Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde (PT). Portaria n.º 149/2011. Estabelece a coordenação nacional, regional e local das unidades e equipas prestadoras de

cuidados continuados integrados de saúde mental [Internet]. Lisboa: Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde; 2011 [cited 2018 Aug 10]. Available from: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/276830/details/maximized>

27. Szabzon F, Perelman J, Dias S. Challenges for psychosocial rehabilitation services in the Lisbon Metropolitan Area: A qualitative approach. Health Soc Care Community. 2019 Mar; 27(4): e428-e37. DOI: [10.1111/hsc.12743](https://doi.org/10.1111/hsc.12743)

28. Direção-Geral da Saúde. Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013/2017 [Internet]. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2013 [cited 2019 Set 01]. Available from: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-de-prevencao-do-suicidio-20132017-pdf.aspx>

29. Antão C, Teixeira C, Sousa F, Branco MAV, Anes EM. Evolução temporal do suicídio na Península Ibérica: 1971-2013. Portuguese J Mental Health Nurs. 2018 Nov;93(Spe): DOI: [10.19131/rpesm.0219](https://doi.org/10.19131/rpesm.0219)

30. Almeida JMC, Mateus P, Tomé G. Joint Action on Mental Health and Well-being: towards community-based and socially inclusive mental health care: situation analysis and recommendations for action [Internet]. Bruxelas: União Europeia; 2017 [cited 2019 Sept 26]. Available from: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/2017_towardsmhcare_en.pdf

31. Ministério da Saúde (PT). Relatório: Grupo de trabalho para a avaliação da situação da prestação de cuidados de saúde mental e das necessidades na área da saúde mental [Internet]. Lisboa: Ministério da Saúde; 2015 [cited 2019 Sept 01]. Available from: <https://docplayer.com.br/18414384-Relatorio-grupo-de-trabalho-para-a-avaliacao-da-situacao-da-prestacao-de-cuidados-de-saude-mental-e-das-necessidades-na-area-da-saude-mental.html>

32. Ordem dos enfermeiros. Projecto de Decreto-Lei que cria no âmbito da RNCCI as unidades e Equipas de Cuidados Continuados Integrados da Saúde Mental [Internet]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2008 [cited 2019 Sept 10]. Available from: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_CD-23Out-2008.pdf

33. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Existência de enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica nas equipas comunitárias de saúde mental [Internet]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2013 [cited 2019 Sept 10]. Available from: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEESMP_Parecer_5_2013_Pe

[didoDeEsclarecimentoSobreExistenciaEnfEspecialistasEmESMPnasEquipasComunitariasSaudeMenta.pdf](https://doi.org/10.1111/hsc.12743)

34. Quartilho MJ. Cadernos de Psiquiatria Social e Cultural [Internet]. Coimbra: Universidade de Coimbra; 2015 [cited 2019 Sept 26]. Available from:

<https://books.google.pt/books?id=qaiECwAAQBAJ>

35. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento n.º 515/2018. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica [Internet]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2018 [cited 2018 Aug 10]. Available from: <https://dre.pt/home/-/dre/115932570/details/maximized>

36. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde mental [Internet]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2011 [cited 2019 July 15]. Available from: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEESaudeMental.pdf>

Correspondência

Margarida Alexandra Rodrigues Tomás
E-mail: m.alextoomas@gmail.com

Submissão: 21/10/2019

Aceito: 16/11/2019

Copyright© 2019 Revista de Enfermagem UFPE on line/REUOL.

 Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob a Atribuição CC BY 4.0 [Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), a qual permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.