Mesa do Colégio da
Especialidade de Enfermagem
de Saúde Mental e Psiquiátrica

PARECER N.º 03/ 2018

ASSUNTO: **INTERNAMENTO COMPULSIVO DE FAMILIARES DIRECTOS NO MESMO SERVIÇO**

1. QUESTÃO COLOCADA

"*…A legislação permite o internamento de dois doentes compulsivos, familiares diretos (pai e filho), no mesmo serviço? Falo em internamento em serviço de Psiquiatria e os dois compulsivos, com doença mental grave, atitude desafiadora e querelante entre ambos.*"

2. FUNDAMENTAÇÃO

A Lei n.º 36/98 de 24 de Julho de 1998 (Lei da Saúde Mental), estabelece os princípios gerais da política de Saúde Mental em Portugal e regula o internamento compulsivo dos portadores de patologia psíquica, isto é, no sentido de fornecer uma melhor proteção para o doente psiquiátrico, a lei regula e efetiva as medidas legais ao acesso das pessoas junto dos cuidados de saúde mental, decretando os passos necessários até ao internamento.

O internamento compulsivo (IC) ou involuntário é um termo utilizado para designar um procedimento legal de internamento para portadores de anomalia psíquica grave que causem através da força, situações de perigo para bens jurídicos de relevante valor, próprios ou alheios e que se recusem a tratamento médico ou para indivíduos sem o discernimento necessário para avaliar o sentido e alcance do consentimento quando a ausência de tratamento deteriore de forma acentuada o seu estado (Lei de Saúde Mental, Art. 12º).

A principal preocupação reside na questão de se avaliar se o uso destas medidas e a restrição da liberdade pessoal, que ocorre sempre que um doente é submetido a este tipo de cuidados é ética e clinicamente justificável.

Os aspetos éticos e legais estão relacionados com a liberdade e os direitos humanos fundamentais a que cada vez mais se dá maior importância sendo geralmente contrariadas com o argumento de que o IC pode ter resultados clínicos benéficos para o doente.

Os aspetos médicos do IC implicam critérios que determinam a gravidade da doença psiquiátrica e a avaliação da terapêutica que está a ser prescrita ao doente.

O que se procura com este tipo de internamento é um equilíbrio entre o uso de um tratamento adequado, a garantia da segurança pública e a salvaguarda dos direitos humanos da pessoa visada.

O Enfermeiro a prestar cuidados de saúde mental deve premiar a sua atuação pela excelência do exercício do cuidar, respeitando a dignidade humana e atuando no interesse do utente não diferenciando na prestação de cuidados os doentes admitidos voluntariamente ou compulsivamente, que ficam internados nas mesmas unidades.

Assim, e como também não existe uma instrução na LSM que faça referencia à proibição de dois familiares internados de forma voluntaria ou compulsiva numa mesma unidade de internamento, podemos dizer que não existem respostas no quadro legislativo.

No entanto, existe na perspectiva deste Colégio, dois aspetos que interessa abordar para melhor compreendermos a questão levantada:

Os aspetos éticos e legais estão relacionados com a liberdade e os direitos humanos fundamentais, sendo imperativo respeitá-los na pessoa que se encontra em situação de vulnerabilidade acrescida de modo a proporcionar os cuidados necessários.

A gestão de risco em saúde mental e a qualidade dos cuidados prestados são aspetos a ter em consideração uma vez que estamos perante pessoas em que a doença ou problema de saúde que as afecta é sentido como suficientemente grave numa condição de maior vulnerabilidade e diminuição acentuada do bem-estar, motivado pelas condições e intervenções de saúde, frequentemente geradoras de insegurança e sofrimento. Estes fenómenos potenciados por outros de índole pessoal e conjuntural desencadeiam na pessoa um conjunto de respostas humanas que se manifestam de forma verbal e comportamental, manifestado por palavras e ações revestidas de significados clínicos, que permitem desenvolver juízos profissionais à luz da disciplina que o funda, neste caso, a Enfermagem.

Segundo Mansoa (2010), a segurança e qualidade têm sido reconhecidos como fatores chave na criação de sistemas de saúde acessíveis, efetivos e eficazes. A segurança da pessoa baseia-se na identificação dos riscos, na gestão e prevenção dos incidentes e eventos adversos, admitindo e aceitando que os mesmos podem ocorrer mas também são, na maioria dos casos evitáveis.

Para além destes aspetos e à luz dos actuais conhecimentos científicos e das boas práticas o ambiente terapêutico é um dos elementos primordiais no cuidado especializado a estes doentes. Tendo em conta o modelo de vulnerabilidade-stresse-habilidades de enfrentamento, o stresse sócio-ambiental produz um impacto na vulnerabilidade biológica. Desta forma, ainda que o stresse afecte as pessoas de diferentes modos, dependendo da sua vulnerabilidade biológica e adquirida e da sua capacidade para lhe fazer frente, quanto maior for o stresse a que o individuo é exposto mais vulnerável este será a recaídas (Mueser, 2003).

Proporcionar um ambiente terapêutico tranquilo e seguro, onde o individuo se sinta validado e protegido é condição crucial para que este desenvolva a confiança no terapeuta e deste modo se consigam mudanças no quadro clínico (Bowlby, 1989).

Em doentes graves, como aqueles que sofrem de delírios e alucinações, as intervenções terapêuticas devem visar, entre outras, a redução e autocontrolo das preocupações e sintomas que interferem com a vida diária dos indivíduos (Fowler et al., 1995). De entre os tipos de estratégias de autocontrolo – cognitivas; comportamentais; modificação do input sensorial e fisiológicas (Tarrier, 1992), destacamos aqui, na dimensão comportamental, a redução da atividade social estressante como uma intervenção terapêutica, que face ao cenário colocado pela colega, pode ter sido posta em causa. Nos casos em que a sintomatologia produtiva está presente, os procedimentos que visam reduzir a ansiedade podem contribuir para a redução da probabilidade do desenvolvimento das alucinações, dado que estas aumentam em frequência quando existe um incremento da activação emocional ou fisiológica (Valiente Ots, 2002), nomeadamente durante os períodos de grande ansiedade ou stresse (Cooklin, Sturgeon & Leff, 1983).

3. CONCLUSÃO

Tendo em conta a patologia mental grave e o comportamento desafiador e querelante entre os dois familiares internados compulsivamente no mesmo serviço, conforme a questão inicialmente colocada e

ainda o que atrás foi articulado sobre vulnerabilidade, stresse, capacidade de enfrentamento, estratégias de autocontrolo e funcionamento de estruturas cerebrais relacionadas com funcionamento executivo e emoções, é expectável que do ponto de vista terapêutico o internamento de ambos no mesmo serviço não prefigure a melhor das decisões.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Decreto-Lei 35/1999 de 5 de fevereiro. Diário da República nº 30/1999 - I Série. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal

Lei n.º 36/98, de 24 de Julho. Diário da República nº 169/1998 - I Série. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.

Bowlby, J. (1989). Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoria del apego. Barcelona: Editorial Paidós.

Cooklin, R, Sturgeon, D. & Leff, J. (1983). The relationship between auditory hallucinations and spontaneous fluctuations of skin conductance in schizophrenia. British Journal of Psychiatry, 142, 47-52.

Fowler, D., Garaty, P., & Kupier, E. (1995). Cognitive behavior therapy for people with psychosis. Chichester, West Sussex: John Wiley & Sons.

Mansoa, A. (2010). O erro nos cuidados de enfermagem a indivíduos internados numa unidade de cuidados intensivos: estudo sobre as representações dos atores de uma unidade pós cirúrgica de um hospital português (Tese de Mestrado).Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Medicina, Portugal.

Mueser, K.T. (2003). Tratamento cognitivo-comportamental da esquizofrenia. In Vicente E. Caballo (Ed.) Manual para o tratamento cognitivo-comportamental dos transtornos psicológicos (pp. 591-613). São Paulo, Brasil: Editora Santos.

Tarrier, N., Yusopoff, L., Kinney, C., McKarthy, E., Gledhill, A., Haddock, H. & Morris, J. (1998). Randomised controlled trial of intensive cognitive behavior therapy for chronic schizophrenia. British Medical Journal, 317, 303-307.

Valiente Ots, C. (2002). Alucinaciones y delirios. Madrid, Espanha: Editorial Sintesis.

Nos termos do n.º 5 do Artigo 42º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros publicado no Decreto-Lei nº 156/2015, de 16 de Setembro, este parecer é vinculativo.

Relatores(as)	**ENFERMEIRO BRUNO HENRIQUES – SECRETÁRIO DA MCEESMP E OS PERITOS MCEESMP – ENFERMEIRO CARLOS CALDEIRA, ENFERMEIRA MARIA DO ROSÁRIO MARTINS E ENFERMEIRA ISABEL FRAGOEIRO**
Aprovado na reunião ordinária do dia 22.02.2017	

A Presidente da MCEE de Saúde Mental e Psiquiátrica

Enfª. Helena Quaresma