



Ana
Barbosa

FATORES ASSOCIADOS À RECAÍDA NO CONTEXTO DA PSIQUIATRIA: ÓTICA DO DOENTE



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

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

**Fatores associados à recaída no contexto da
psiquiatria: ótica do doente**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Ana Martins Barbosa

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

**FATORES ASSOCIADOS À RECAÍDA NO CONTEXTO DA PSIQUIATRIA: ÓTICA DO
DOENTE**

FACTORS ASSOCIATED WITH RELAPSE IN THE CONTEXT OF PSYCHIATRY: PATIENT OPTICS

Dissertação orientada pela Professora Doutora Júlia Martinho e coorientada pelo
Professor Doutor José Carlos Carvalho

Ana Martins Barbosa

Porto, 2019

"Aprender é a única coisa de que a mente nunca se cansa, nunca tem medo e nunca se arrepende"

Leonardo da Vinci

DEDICATÓRIA

Aos meus Pais...

... o maior obrigado pelo seu amor e apoio incondicional. Por nunca desistirem de nada por mais obstáculos que apareçam, pelo incentivo constante, por serem um modelo a seguir, por contribuírem para o meu crescimento até agora e para sempre. Obrigada pelo vosso amor sem o qual, este percurso seria impossível de ser concretizado.

À minha doce irmã...

... por ter estado sempre do meu lado, por ter sido presença e apoio constante. Por existir e me fazer compreender e viver a DIFERENÇA.

A ti Pedro...

... meu companheiro, meu amigo, por acreditar sempre em mim. Pelo teu amor e dedicação, pela compreensão, pela partilha dos momentos de alegria, angústia, desânimo e sucesso. Este trabalho também é teu, pela presença, apoio constante e por nunca me deixares desistir, por toda a sua dedicação, companheirismo e por estar sempre ao meu lado nas longas horas junto ao computador.

AGRADECIMENTOS

Aos doentes pela partilha diária, em particular aos que aceitaram participar neste trabalho, para que continuem a ultrapassar o medo e o estigma da doença mental.

Agradeço à Professora Doutora Júlia Martinho, pelo encorajamento constante e motivação, pela competência científica e orientação pedagógica sempre aliada a uma grande disponibilidade e paciência.

Ao Conselho de Administração do Hospital de Magalhães Lemos E.P.E.

A toda a equipa de Enfermagem do serviço do Hospital de Magalhães Lemos E.P.E., onde ocorreu a recolha de dados, pelo empenho, disponibilidade, encorajamento e participação ativa na investigação.

Às minha amigas - *vocês sabem quem são*, pelo carinho, amizade e apoio incondicional. Obrigada pelas provas de presença e de encorajamento.

A todos aqueles que, mesmo não tendo sido mencionados me acompanharam neste percurso. Muito Obrigado!

RESUMO

Em Portugal as principais problemáticas na área da saúde mental assentam na sua prevalência elevada, nos obstáculos de acesso a cuidados de saúde mental por parte de pessoas com doenças mentais graves, e na dificuldade de os doentes beneficiarem dos modelos de intervenção, estabelecidos em programas de tratamento e reabilitação psicossocial. Assim sendo, embora exista uma aprimorada legislação em saúde mental, a rede de serviços depara-se com a dificuldade de atingir um alcance mais efetivo, amplo e duradouro das suas intervenções. Diante de tal situação, a recaída em psiquiatria surge como uma nova modalidade de institucionalização, que não corresponde às propostas da atual política de saúde mental. Como tal, este estudo tem como objetivos identificar sinais/sintomas associados à recaída a partir da ótica dos doentes readmitidos num hospital psiquiátrico; analisar as fragilidades associadas à recaída; descrever o nível de associação entre os fatores associados à recaída e as variáveis sociodemográficas e investigar se o processo de recaída tem correlação com o diagnóstico clínico do doente. Para a colheita dos dados, foi aplicado um questionário elaborado especificamente para o efeito, no âmbito do projeto "REFAMIS - Representações, Famílias e Modelos de Intervenção em Saúde", com objetivo de recolher informação geral relativa a variáveis sociodemográficas, antecedentes psiquiátricos, hospitalizações anteriores e a história relativa ao episódio de recaída atual. Os dados foram recolhidos num hospital psiquiátrico do Norte de Portugal. A amostra não probabilística por conveniência, constituiu-se por 30 doentes que reuniam os critérios para a investigação no período do estudo. Na amostra estudada, a recaída em psiquiatria correspondeu na sua maioria, a homens com uma idade média de 43 anos, solteiros, com baixo nível de instrução, desempregados ou reformados. No que concerne à taxa de recaída, verificaram-se nos 30 dias após a data da alta uma taxa de reinternamento de 6,7% e num ano após a mesma verificou-se uma taxa de readmissão de 60%. A partir da análise dos dados, nota-se uma combinação de motivos que estão na base para a recaída em saúde mental: ausência de apoio familiar desejável, inexistência de trabalho, falta de redes de apoio ou de laços sociais, insuficiência dos serviços extra-hospitalares e a ineficiência da assistência que resultam na não adesão ao tratamento, incluindo o medicamentoso. Esse cenário favorece o isolamento social e contribui para que, em alguns casos, o hospital seja o recurso mais utilizado pelo doente. Assim sendo, a recaída psiquiátrica reflete a influência conjunta de fatores clínicos e fatores contextuais pelo que é difícil avaliar todos os possíveis elementos de risco ou proteção. Algumas variáveis podem não demonstrar significância estatística devido ao baixo número de doentes admitidos no estudo, no entanto, os resultados sugerem que empoderar os doentes a reconhecer os primeiros sintomas de um episódio de um problema de saúde recorrente, para que possam procurar tratamento precoce e limitar os danos, é uma estratégia de prevenção secundária bem estabelecida para distúrbios no âmbito da saúde mental.

Palavras-chave: saúde mental; recaída em psiquiatria; avaliação em saúde; enfermagem.

ABSTRACT

In Portugal the main problems in the mental health area are its high prevalence, difficulty in access to mental health care by people with severe mental illness and the preclusion of the unhealthy to benefit the intervention programs that are settled in treatment and psychosocial rehabilitation. Therefore, although there is intricate mental health legislation, the service network faces difficulty to achieve a more effective, wider and durable reach of its interventions. Facing that situation, the relapse in psychiatry comes as a new way of institutionalization that does not match any of the mental health laws. Therefore, this study aims to identify signs/symptoms associated with relapse from the perspective of readmitted patients in a psychiatric hospital; analyze the weaknesses associated with relapse; describe the level of association between factors associated with relapse and sociodemographic variables in order to understand the psychiatric relapse process to which patients are subjected and investigate whether the relapse process correlates with the patient's clinical diagnosis. To collect the data, a questionnaire designed specifically for this purpose was applied, within the scope of the project "REFAMIS - Representations, Families and Models of Health Intervention", aiming to collect general information related to sociodemographic variables, psychiatric history, previous hospitalizations and the story regarding the current relapse episode. Data was obtained in a psychiatric hospital in the North of Portugal. The non-probabilistic convenience sample consisted of 30 patients who met the criteria for investigation during the study period.

In the studied sample, most relapses in psychiatry were men with an average age of 43 years, single, poorly educated, unemployed or retired. With regard to the relapse rate, there was a readmission rate of 6.7% in the 30 days after the date of discharge and a readmission rate of 60% in one year after the date of discharge. From the data analysis, a combination of reasons for relapse in mental health can be noted: lack of desirable family support, lack of work, lack of support networks or social ties, insufficient extra-hospital services and insufficient assistance that result in non-adherence to treatment, including medication. This scenario favors social isolation and contributes to the fact that, in some cases, the hospital is the most used resource by the patient. Thus, psychiatric relapse reflects the combined influence of clinical and contextual factors, so it is difficult to assess all possible risk or protective elements.

Some variables may not demonstrate statistical significance due to the low number of patients admitted to the study, however, the results suggest that empowering patients to recognize the first symptoms of an episode of a recurrent health problem so they can seek early treatment and limit damage, is a well-established secondary prevention strategy for mental health disorders. Thus, this study allows a better understanding of the characteristics of the population of patients with relapse in mental health and identifies easily detectable risk factors during hospitalization, allowing their approach and the adoption of preventive measures in cases of higher risk of readmission.

Keywords: mental health; relapse in psychiatry; needs assessment; relapse factors.

ABREVIATURAS

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

CID - Classificação Internacional de Doenças

CNRSSM - Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DALY's - *Disability Adjusted Life Years*

DGS - Direção Geral da Saúde

ERS - Entidade Reguladora da Saúde

EU - União Europeia

HML - Hospital de Magalhães Lemos

HRRP - *Hospital Readmissions Reduction Program*

IDT - Instituto da Droga e da Toxicodependência, IP

INE - Instituto Nacional de Estatística

LAI - Antipsicóticos de Longa Duração

OCDE- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNSM - Plano Nacional de Saúde Mental

PIB - Produto interno bruto

SM - Saúde Mental

SNS - Sistema Nacional de saúde

SPSS - *Statistical Package for Social Scienses*

SU - Serviço de Urgência

TDC - Tomada de Decisão Compartilhada

REFAMIS - Representações, Famílias e Modelos de Intervenção em Saúde

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	23
I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	27
1. ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA	29
1.1. EVOLUÇÃO DA SAÚDE MENTAL A PARTIR DO SÉCULO XIX EM PORTUGAL	29
1.2. ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL EM PORTUGAL	31
1.3. PORTUGAL: SAÚDE MENTAL EM NÚMEROS	33
1.4. O PAPEL DO ENFERMEIRO EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA	35
2. RECAÍDA	41
2.1. RECAÍDA EM SAÚDE MENTAL	41
2.2. IMPACTO DA ADESÃO AO REGIME MEDICAMENTOSO NA RECAÍDA	47
2.2.1. <i>Implicações clínicas e benefícios dos antipsicóticos de ação prolongada</i>	52
2.3. O CUSTO DA RECAÍDA	55
2.4. PREVENÇÃO DA RECAÍDA	60
II - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	65
1. METODOLOGIA DO ESTUDO.....	67
1.1. PROBLEMÁTICA DO ESTUDO	67
1.2. OBJETIVOS E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO	69
1.3. DESENHO DO ESTUDO	69
1.4. PARTICIPANTES DO ESTUDO	70
1.5. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	71
1.6. PROCEDIMENTO DE COLHEITA DE DADOS.....	72
1.7. TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	72
1.8. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	73
III - ESTUDO EMPÍRICO.....	75
1. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	77
1.1. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS PARTICIPANTES	77
1.2. PERCEÇÃO DO APOIO SOCIAL NA ÓTICA DO DOENTE.....	83
1.2.1. <i>Tipo de apoio social</i>	83
1.2.2. <i>Participação em atividades sociais</i>	89
1.2.3. <i>Perceção do apoio recebido por parte dos profissionais de saúde</i>	90
1.2.4. <i>Perceção do apoio recebido por parte da rede social</i>	92
1.3. A MEDICAÇÃO E OS SEUS OBSTÁCULOS.....	92
1.3.1. <i>Perceção do estado de saúde</i>	93

1.3.2.	<i>Tipologia do regime medicamentoso</i>	93
1.3.3.	<i>Motivos para incumprimento do regime medicamentoso</i>	95
1.4.	COMPREENDER OS SINAIS E SINTOMAS DA RECAÍDA NA ÓTICA DO DOENTE	98
1.4.1.	<i>Vias de acesso para os cuidados especializados de psiquiatria</i>	107
1.4.2.	<i>Internamento em psiquiatria</i>	107
1.4.3.	<i>Motivos da recaída na ótica do doente</i>	112
2.	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	115
2.1.	AMOSTRA DO ESTUDO	115
2.2.	AValiação DAS NECESSIDADES DOS DOENTES	116
2.3.	ADESÃO AO TRATAMENTO E CARACTERÍSTICAS ASSOCIADAS	117
2.4.	CARACTERIZAÇÃO DA RECAÍDA EM PSIQUIATRIA.....	118
3.	LIMITAÇÕES DO ESTUDO	125
	CONCLUSÃO	127
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	131
	ANEXOS	137
	ANEXO 1: INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	139
	ANEXO 2: CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO	147
	ANEXO 3: CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR NO ESTUDO	151
	ANEXO 4: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO DIRETOR DO DEPARTAMENTO DE INTERNAMENTO	155
	ANEXO 5: AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO PROJETO DE INVESTIGAÇÃO.....	159

LISTA FIGURAS

FIGURA 1: Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde. Traduzido de <i>Health Promotion in Nursing Practice</i>	38
FIGURA 2 : Processo de Recaída adaptado de Patterson et al., 2015.	46
FIGURA 3: Modelo para tomada de decisão compartilhada de Morant, Kaminskiy Et Ramon, 2015.	49
FIGURA 4: Estimativa dos custos diretos e indiretos na saúde mental como % do PIB em 2015 (OCDE/EU, 2018).....	56
FIGURA 5 : Combinação das necessidades e custos em saúde mental (Palha Et Palha, 2016).	59

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Custos anuais totais da esquizofrenia em Portugal Continental em 2015 (Gouveia et al., 2017)	57
TABELA 2: Medidas de dispersão e de tendência central para idade do doente.....	77
TABELA 3: Distribuição dos doentes de acordo com o sexo e diagnóstico clínico	78
TABELA 4: Distribuição dos doentes de acordo o diagnóstico clínico	78
TABELA 5: Distribuição dos doentes de acordo com alfabetismo	79
TABELA 6: Distribuição dos doentes de acordo com a escolaridade e diagnóstico clínico ..	79
TABELA 7: Distribuição dos doentes de acordo com estado civil e diagnóstico clínico	80
TABELA 8: Distribuição dos doentes de acordo com a profissão	81
TABELA 9: Distribuição dos doentes de acordo com coabitação com familiares	81
TABELA 10: Distribuição dos doentes de acordo com a coabitação e diagnóstico clínico ...	82
TABELA 11: Distribuição de doentes de acordo com a situação profissional e diagnóstico clínico	83
TABELA 12: Distribuição dos doentes de acordo com a obtenção de apoio social e diagnóstico clínico	84
TABELA 13: Distribuição dos doentes de acordo com a fonte de apoio social e diagnóstico clínico	85
TABELA 14: Distribuição dos doentes de acordo com o tipo de apoio social e diagnóstico clínico	86
TABELA 15: Necessidades dos doentes com diagnóstico clínico abuso de álcool	87
TABELA 16: Necessidades dos doentes com diagnóstico clínico depressão	87
TABELA 17: Necessidades dos doentes com diagnóstico clínico esquizofrenia.....	88
TABELA 18: Necessidades dos doentes com diagnóstico clínico perturbação bipolar	89
TABELA 19: Distribuição de doentes por diagnóstico clínico de acordo com a participação em atividades sociais	89
TABELA 20: Distribuição de doentes por diagnóstico clínico de acordo com o tipo de atividades sociais em que participam	90
TABELA 21: Perceção do apoio recebido pelos enfermeiros de acordo com o diagnóstico clínico	90
TABELA 22: Oportunidades para esclarecer dúvidas, falar sobre os seus medos e preocupações de acordo com o diagnóstico clínico.....	91
TABELA 23: Profissional de saúde de referência	91
TABELA 24: Perceção do apoio recebido por parte da rede social de acordo com o diagnóstico clínico	92
TABELA 25: Perceção do estado de saúde dos doentes de acordo com o diagnóstico clínico	93
TABELA 26: Participantes com terapêutica prescrita de acordo com o diagnóstico clínico.	93

TABELA 27: Medicação prescrita para os doentes com diagnóstico clínico abuso de álcool	94
TABELA 28: Medicação prescrita para os doentes com diagnóstico clínico depressão	94
TABELA 29: Medicação prescrita para os doentes com diagnóstico clínico esquizofrenia	95
TABELA 30: Medicação prescrita para os doentes com diagnóstico clínico perturbação bipolar	95
TABELA 31: Cumprimento do regime medicamentoso de acordo com o diagnóstico clínico	96
TABELA 32: Motivos para o incumprimento do regime medicamentoso nos doentes com abuso de álcool	96
TABELA 33: Motivos para o incumprimento do regime medicamentoso nos doentes com depressão	97
TABELA 34: Motivos para o incumprimento do regime medicamentoso nos doentes com esquizofrenia	97
TABELA 35: Motivos para o incumprimento do regime medicamentoso nos doentes com perturbação bipolar	98
TABELA 36: Sinais e sintomas de recaída na perspetiva dos doentes com abuso de álcool	99
TABELA 37: Correlação de sintomatologia de recaída para o diagnóstico de abuso de álcool	99
TABELA 38: Sinais e sintomas de recaída na perspetiva dos doentes com depressão	100
TABELA 39: Correlação de sintomatologia de recaída para o diagnóstico de depressão	101
TABELA 40: Sinais e sintomas de recaída na perspetiva dos doentes com esquizofrenia	101
TABELA 41: Correlação de sintomatologia de recaída para o diagnóstico de esquizofrenia	102
TABELA 42: Sinais e sintomas de recaída na perspetiva dos doentes com perturbação bipolar	103
TABELA 43: Correlação de sintomatologia de recaída para o diagnóstico de perturbação bipolar	103
TABELA 44: Medidas de tendência central - tempo, desde a sintomatologia e recaída até procurar ajuda	104
TABELA 45: Tempo em dias, desde a sintomatologia de recaída até procurar ajudar	104
TABELA 46: Sinais de alerta de recaída em saúde mental identificados pelos participantes	105
TABELA 47: Medidas de tendência central - tempo, desde o sinal de alerta até procurar ajuda	106
TABELA 48: Tempo em dias desde o sinal de alerta até ao pedido de ajuda	106
TABELA 49: Solicitação de apoio em necessidade de ajuda imediata	107
TABELA 50: Perceção acerca da necessidade do internamento em psiquiatria	107
TABELA 51: Motivos para os doentes considerarem necessário o seu internamento	108
TABELA 52: Motivos para a recusa do internamento em psiquiatria	109
TABELA 53: Medidas de tendência central - tempo do último internamento em psiquiatria	110

TABELA 54: Tempo em meses do último internamento em psiquiatria	110
TABELA 55: Medidas de tendência central - tempo do aparecimento da sintomatologia da recaída	111
TABELA 56: Tempo do último internamento até sentir os sintomas que motivaram o internamento atual.....	112
TABELA 57: Motivos da recaída na ótica do doente.....	113
TABELA 58: Outros motivos na ótica dos doentes para a recaída de acordo com o diagnóstico clínico	114

INTRODUÇÃO

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 de os 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).

A transferência dos cuidados psiquiátricos de nível hospitalar para serviços baseados na comunidade iniciou-se a partir dos anos 50, em vários países, com o movimento de desinstitucionalização e a integração da saúde mental no sistema geral de saúde. Nos últimos 40 anos, o paradigma dominante para o entendimento dos transtornos mentais graves tem evoluído do modelo biopsicossocial para o atual modelo psicossocial, que enfatiza a interação entre fatores biológicos e psicossociais. O foco do tratamento, que antes residia apenas no controlo dos sintomas, contempla agora a independência, a capacidade de autogestão e a qualidade de vida do doente. Para garantir uma reinserção bem-sucedida, é imprescindível a existência de vários serviços na comunidade, com diversos níveis de atenção e complexidade, e profissionais qualificados para atender estes doentes. No entanto, o internamento continua a consumir a maioria dos recursos (83%) em Portugal, o que confirma o crescimento na procura dos serviços de saúde mental e psiquiatria e o maior número de reinternamentos nestes (Portugal, 2008). A falta de acompanhamento intensivo e sistemático dos indivíduos, os recursos insuficientes, a carência de serviços, a falta de integração entre os serviços, a interrupção da medicação, o défice de habilidades sociais e quotidianas, a falta de centros ocupacionais adequados e a ausência de equipas capacitadas para intervenção em crise são fatores que podem prejudicar o processo de reinserção dos doentes e favorecer as recaídas psiquiátricas. Este último aspeto é também conhecido como *revolving door*, que se caracteriza por repetidas readmissões hospitalares. Assim, a recaída deve ser contextualizada como um processo que envolve a família, os serviços de saúde, a comunidade e o doente. Pelo sofrimento e pela deterioração da qualidade de vida que provocam e pelo aumento da 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 saúde mental 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, nomeadamente no âmbito do seu planeamento e avaliação.

Assim sendo, a investigação que realizamos - *Fatores associados à recaída no contexto da psiquiatria: ótica do doente* - foi inspirada na necessidade de que fossem investigados os casos de recaída num serviço de psiquiatria. Trata-se de uma questão amplamente debatida e problematizada por se tratar de uma dificuldade que limita o alcance das intervenções e, conseqüentemente, o efetivo desenvolvimento do processo de desinstitucionalização. Como tal, o presente estudo justifica-se na medida em que se percebe que, embora exista uma aprimorada legislação em saúde mental, a rede de serviços depara-se com a dificuldade de atingir um alcance mais efetivo, amplo e duradouro das suas intervenções. Diante de tal situação, a recaída em psiquiatria surge como uma nova modalidade de institucionalização, que não corresponde às propostas da atual política de saúde mental.

Com a sua realização pretendemos concretizar os seguintes objetivos:

- Identificar sinais/sintomas associados à recaída em psiquiatria sob a ótica do doente;
- Analisar as fragilidades associadas à recaída;
- Descrever o nível de associação entre os fatores associados à recaída e as variáveis sociodemográficas;
- Identificar se o processo de recaída tem correlação com o diagnóstico clínico do doente.

A implementação da investigação foi num hospital psiquiátrico de referência da região norte do país, mais concretamente nos serviços de internamento. Esta escolha foi unânime não apenas por ser uma instituição especializada na área da saúde mental e psiquiatria, mas também por ser o local onde exercemos as nossas funções enquanto enfermeiros e pela possibilidade de assegurar o acesso à população alvo do estudo de uma forma facilitada e em tempo útil. A realização deste estudo tem como finalidade contribuir para melhorar a prestação dos cuidados de enfermagem no momento da alta do internamento em psiquiatria.

De acordo com o delineado, desenvolvemos um estudo exploratório-descritivo, de natureza quantitativa, que integrou 30 doentes com antecedentes de recaída em psiquiatria. Os dados foram colhidos num serviço de internamento de um hospital psiquiátrico do Norte do país. Todos os pressupostos da Declaração de Helsínquia foram respeitados, designadamente o consentimento informado.

Organizamos este documento em quatro partes. Na primeira parte, apresentamos uma revisão teórica sobre a evolução da saúde mental em Portugal e a forma como a assistência em saúde mental está organizada, refletimos sobre os dados epidemiológicos recolhidos nos últimos anos, evidentes da problemática das perturbações psiquiátricas. Ainda, analisamos fatores que contribuem para o processo de recaída, as suas conseqüências e estratégias de prevenção. Na segunda parte, relativa à investigação empírica desenvolvida, fazemos

referência às questões de investigação e objetivos, nomeadamente, tipo de estudo, participantes, material, procedimento, tratamento de dados e considerações éticas. Na terceira parte, descrevemos os resultados obtidos após aplicação dos questionários. Na quarta parte, efetuamos a discussão dos resultados. Por último, apresentamos as limitações do estudo, considerações finais, sugestões e bibliografia.

Cientes que nos iremos deparar com algumas dificuldades e, independentemente dos resultados, consideramos que o enriquecimento pessoal e profissional serão o pilar motivador na elaboração deste trabalho, esperando contribuir para o desenvolvimento da enfermagem em saúde mental e psiquiatria.

I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

No presente capítulo descrevemos os resultados da revisão bibliográfica sobre a evolução da saúde mental em Portugal e a forma como a assistência em saúde mental está organizada, refletimos sobre os dados epidemiológicos recolhidos nos últimos anos, evidentes da problemática das perturbações psiquiátricas e de modo mais específico analisamos o papel do enfermeiro no âmbito da saúde mental.

1.1. Evolução da saúde mental a partir do século XIX em Portugal

A doença mental começou a ganhar destaque e a ser considerada como objeto de estudo a partir do final do século XIX, quando surgiram as primeiras instituições psiquiátricas, cujo objetivo era cuidar e/ou isolar a pessoa com algum tipo de transtorno mental. Houve uma proliferação destas instituições em diferentes continentes, nomeadamente a Europa, onde prevalecia o discurso da necessidade do afastamento social destas pessoas para a realização de um tratamento adequado e para a proteção da população de alguma peculiaridade intrínseca que lhes era atribuída. Os hospitais psiquiátricos eram vistos como uma solução para a loucura, embora este modelo de tratamento fosse desde cedo objeto de críticas (Filho et al., 2014).

Em Portugal, no início da década de 1960, iniciaram-se as críticas ao modelo de tratamento existente e às suas formas de proceder com a pessoa com doença mental, caracterizando um enfoque político-revolucionário (Filho et al., 2014). Os hospitais psiquiátricos, até então centralizadores, começaram a ser questionados e influenciados pelos pensamentos de Goffman e de Foucault, entre outros, que defendiam a liberdade, os direitos e melhores tratamentos. Para Goffman, desde a admissão, os rituais institucionais visavam a degradação, humilhação e profanação do *self* e todas as relações sociais eram marcadas pelo poder assimétrico entre profissionais e doentes, pelo que o tempo passado na instituição era roubado, um exílio do mundo dos vivos e, portanto, nenhuma doença mental justificava a institucionalização (Bastos, Polido Et Saraiva, 2014). Assim sendo, através das suas ideias, estes pensadores propunham alterações nos cuidados psiquiátricos defendendo uma abordagem à pessoa com doença mental mais digna e com cuidados terapêuticos mais ajustados. Este movimento, designado de reforma psiquiátrica, entendida “como um conjunto de iniciativas políticas, sociais, culturais, administrativas e jurídicas, que tem como finalidade transformar a relação da sociedade com o doente mental” (Amarante, 1995 citado por Filho et al., 2014, p.118) foi o precursor da desinstitucionalização.

Em termos formais, Portugal esteve entre os pioneiros, uma vez que a lei de bases da saúde mental 2118, de 1963, perspetivou princípios similares aos do modelo de organização comunitário, ao considerar os centros de saúde mental, a criar em pelo menos cada sede de distrito, como a estrutura básica de intervenção, com a responsabilidade de prestação da globalidade dos cuidados assistenciais à população abrangida (lei nº 2118 de 3 de Abril, 1963).

Contudo, Portugal não viveu o período pós-segunda guerra mundial em democracia, o que significou, também, um atraso na criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS), como ocorreu noutros países europeus. Assim, poucos anos depois do período de entusiasmo e evolução, deu-se um novo retrocesso, que durou até ao 25 de abril, durante o qual houve um desinvestimento e uma degradação na qualidade dos cuidados que levaram, inclusivamente, a que alguns pavilhões do Hospital Júlio de Matos retrocedessem ao nível asilar (Bastos et al., 2014). A partir da década de 70, é definida por diversas ocasiões, em várias leis, a organização dos serviços de saúde mental, orientada para a integração dos cuidados de saúde mental na rede de cuidados continuados de saúde primários. Por outro lado, surge desde esta altura um conjunto de organizações profissionais, sociedades científicas e organizações de doentes e cidadãos no âmbito da psiquiatria e saúde mental (Bastos et al., 2014).

Em 1988 foi aprovado um programa que procurava criar uma rede de cuidados alternativos aos hospitais psiquiátricos, com inserção comunitária e, em 1992, os centros de saúde mental (de adultos e infantis) são integrados nos hospitais gerais e pediátricos. Nesta década surge ainda a lei de saúde mental 36/98, que define os direitos básicos dos doentes e regula o internamento compulsivo (Lei n.º 36/98 de 24 de julho).

O modelo comunitário, inspirador do atual sistema, caracteriza-se pelo facto de as estruturas de intervenção estarem localizadas mais perto da residência dos cidadãos; serem parte do sistema de saúde geral, o que contribui para diminuir o estigma frequentemente associado às instituições psiquiátricas; disponibilizarem a globalidade de cuidados (preventivos, terapêuticos e reabilitativos), de modo abrangente, com garantia da sua continuidade pela mesma equipa profissional e com estreita articulação entre os diversos prestadores. Na prática, este modelo formaliza o que internacionalmente tem vindo a ser proposto e desenvolvido na assistência em saúde mental, verificando-se a redução do número de leitos para longa permanência; um aumento de equipas e centros de saúde mental comunitários; a proliferação de serviços residenciais não hospitalares; o desenvolvimento de novos psicofármacos; uma maior integração do tratamento psicossocial e o crescimento da investigação nesta área (Thornicroft et Tansella, 2010).

Como tal, estas mudanças ganham cada vez mais visibilidade teórica e política. Exemplo disso, a Organização Mundial de Saúde introduziu dois novos sistemas, designados de *Mental Health Atlas* (ATLAS) e *Assessment Instrument for Mental Health Systems* (AIMS),

que monitorizam os serviços de saúde mental em todo o mundo (World Health Organization [WHO], 2015; WHO, 2005). Outros documentos, como a declaração de saúde mental e o plano de ação para a saúde mental da Europa, foram desenvolvidos durante um encontro em janeiro de 2005, em Helsínquia, que contou com a presença de 52 representantes de estados, além de representantes não-governamentais e profissionais de saúde, que discutiram o assunto e planearam a readequação dos modelos assistenciais existentes. Os documentos produzidos traçaram diretrizes de ação e firmaram-se em cinco pontos principais: manter a preocupação com o bem-estar mental; trabalhar para combater o estigma; implementar os serviços de saúde mental comunitários; promover uma competente força de trabalho e reconhecer a experiência e importância dos profissionais nos serviços que se estão a desenvolver (WHO, 2005).

Deste modo, em linha com os objetivos do plano nacional de saúde mental (PNSM) 2007-2016, agora com extensão do PNSM a 2020, iniciou-se um processo de encerramento de hospitais psiquiátricos e de transferência dos doentes para outro tipo de estruturas na comunidade. Como decorre do PNSM, o sucesso de tal processo de desinstitucionalização depende da saída dos doentes se desenvolver de acordo com o ritmo de criação de estruturas de cuidados continuados. Não obstante à constatação de terem sido encontradas alternativas residenciais para os doentes que estavam internados nos hospitais psiquiátricos encerrados, este encerramento não foi acompanhado da criação de novas estruturas, tanto mais que as metas relativas a cuidados continuados no PNSM 2007-2016 apresentam desfasamentos temporais na concretização, e a rede de cuidados continuados integrados de saúde mental, prevista no decreto-lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro, carece de implementação (Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS], 2015).

Assim, face à falta de investimento e à necessidade de reorganização de serviços, tem vindo a observar-se uma progressiva orientação para a comunidade com o gradual encerramento de hospitais psiquiátricos e a redução do número de camas nos serviços de “agudos”. Se, por um lado, a integração dos cuidados psiquiátricos na comunidade é um contributo importante para a “desestigmatização” dos doentes, por outro lado, considerando a existência de entidades nosológicas específicas, por vezes de gravidade considerável, e a escassez de recursos sociais para apoiar os doentes e famílias, a necessidade de camas de internamento manter-se-ia (Bastos et al., 2014).

1.2. Organização da assistência em saúde mental em Portugal

A organização dos serviços de saúde mental em Portugal encontra-se descrita na lei n.º 36/98, de 24 de julho, e o diploma que a regulamenta (decreto-lei n.º 35/99, de 5 de fevereiro) definem, sucintamente, os serviços de saúde mental do seguinte modo: o modelo de referência é o comunitário; “[o]s serviços locais são a base do sistema nacional de saúde

mental, devendo funcionar de forma integrada e em estreita articulação com os cuidados de saúde primários e demais serviços e estabelecimentos de saúde, para garantia da unidade e continuidade da prestação de cuidados e da promoção da saúde mental” (cfr. n.º 2 do artigo 6.º do mencionado decreto-lei com as alterações do decreto-lei 304/2009, de 22 de outubro), e “[o]s serviços prestadores de cuidados especializados de saúde mental organizam-se a nível regional, de acordo com a divisão dos Países em regiões de saúde [...]” (cfr. n.º 1 do mesmo artigo 6.º).

Efetivamente, os problemas de saúde mental surgem entre o segundo e quarto motivos de procura dos cuidados de saúde primários (Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental [CNRSSM], 2007). Como tal, reconhecendo-se o papel fundamental dos cuidados de saúde primários enquanto primeiro agente de identificação e encaminhamento dos doentes com distúrbios mentais, é importante o reforço da atuação e sensibilização de enfermeiros de família e outros técnicos para a área da saúde mental nos centros de saúde. Assim sendo, os serviços locais assumem a competência de “[...] assegurar a prestação de cuidados globais essenciais de saúde mental, quer a nível ambulatório quer de internamento, à população de uma área geográfica determinada, através de uma rede de programas e serviços que assegurem a continuidade de cuidados” (cfr. n.º 1 do artigo 10.º do decreto-lei n.º 35/99, de 5 de fevereiro).

O internamento de doentes agudos e as respostas em situações urgentes decorrem tendencialmente em hospitais gerais, os cuidados na área da infância e da adolescência são prestados através de serviços especializados, formados por equipas multidisciplinares, em articulação com os serviços locais de saúde mental e os cuidados de saúde primários; a comparticipação governamental na reabilitação psicossocial, nas vertentes ocupacional, residencial e de formação e exercício profissional, tem sido assumida através da articulação das estruturas oficiais da saúde, da segurança social e do emprego.

Por sua vez, aos hospitais psiquiátricos incumbe assegurar

[...]os cuidados de nível local nas áreas geodemográficas pelas quais sejam responsáveis [...] enquanto nestas áreas não forem criados serviços locais [...], disponibilizar respostas de âmbito regional em valências que exijam intervenções predominantemente institucionais [...], e assegurar os cuidados exigidos pelos doentes de evolução prolongada que neles se encontram institucionalizados e promover a humanização e melhoria das condições de vida, desenvolvendo programas de reabilitação adaptados às suas necessidades específicas e apoiando a sua reinserção na comunidade (cfr. n.º 1 do artigo 16.º do decreto-lei de 1999).

Ainda, os serviços regionais devem prestar apoio e funcionar de forma complementar aos serviços locais de saúde mental das regiões de saúde (cfr. n.º 2 do artigo 7.º do decreto-lei), sendo que em cada região de saúde existe um conselho regional de saúde mental (cfr. n.º 1 do artigo 8.º).

Acresce que esta área não pode ser desagregada das variáveis sociais e ambientais, quer na vertente do acompanhamento da pessoa com problemas de saúde mental, quer na sua (re)integração na sociedade. Para tal, encontram-se previstas no quadro legal as seguintes tipologias de resposta no âmbito do apoio social, dirigidas a pessoas com doença mental: unidade de vida apoiada; unidade de vida protegida; unidade de vida autónoma; fórum socio-ocupacional (cfr. n.º 3.1.2. do despacho conjunto n.º 407/98, de 18 de junho, dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade).

Em suma, em Portugal Continental, os cuidados de saúde mental que são prestados por prestadores hospitalares do setor público e social com acordo com o Sistema Nacional de Saúde (SNS) dividem-se em internamento, ambulatório e reabilitação psicossocial (ACSS, 2015). Ainda, são referidas unidades que prestam apoio social às pessoas com doença do foro mental, no âmbito dos “cuidados de saúde continuados dirigidos às pessoas em situação de dependência” previstos no despacho conjunto supramencionado, em funcionamento até à implementação da rede de cuidados continuados integrados de saúde mental. Também, importa considerar o papel das entidades privadas na prestação de cuidados de psiquiatria e de saúde mental, em particular da relevante intervenção dos Institutos dos Irmãos de São João de Deus e das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus.

1.3. Portugal: saúde mental em números

A doença mental inclui problemas de saúde mental e de tensão, comportamento prejudicado por situações de ansiedade, sintomas e diagnóstico de distúrbios mentais que sejam enquadráveis na 10.^a revisão do *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (ICD-10) (WHO, 2013). Assim, a doença mental pode ser dividida em cinco grandes grupos: distúrbios mentais comuns, de que é exemplo a depressão; distúrbios mentais graves, como a esquizofrenia; distúrbios alimentares, como a anorexia nervosa; distúrbios de personalidade e demências, nos quais se inclui o Alzheimer (Petrea Et McCulloch, 2013).

De acordo com a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), saúde mental é um estado de bem-estar em que o indivíduo consegue identificar as suas competências, pode lidar com os eventos de tensão da sua vida, trabalha com produtividade, atinge resultados e é capaz de contribuir para a sua sociedade (WHO, 2001). Assim sendo, prevenção da doença mental e a promoção da saúde mental são essenciais ao indivíduo.

Ao nível da prevalência, nos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), cerca de 5% da população ativa tem um problema de saúde mental grave e mais de 15% é afetada por uma perturbação mental comum. A informação disponível na OCDE sugere que uma em duas pessoas terá uma doença mental

na vida, com consequências negativas nas perspetivas de emprego, produtividade e salários (OCDE, 2014 citado por Entidade Reguladora da Saúde [ERS], 2015). Na União Europeia (UE), estima-se que pelo menos 165 milhões de pessoas (38% da população) tenham problemas de saúde mental, a qualquer momento, sendo o mais comum a ansiedade, que atinge 14% da população (Petrea Et McCulloch, 2013).

De acordo com o indicador que mede a carga da doença expressa em número de anos perdidos devido a problemas de saúde, incapacidade ou morte prematura (DALY), os distúrbios neuropsiquiátricos correspondem à segunda maior causa de perda de DALY na Europa, correspondendo a 19% do total de perda (Petrea Et McCulloch, 2013).

Em Portugal, os dados do estudo epidemiológico nacional de saúde mental, publicado em 2013, revelam que, em 2012, em cada 100 portugueses 22 tinham uma perturbação psiquiátrica, sendo dos países com maior prevalência de perturbações psiquiátricas na Europa, apenas ultrapassado pela Irlanda do Norte (se apenas considerados os países europeus estudados), em que a prevalência foi de 23,1%, e pelos Estados Unidos da América (EUA), com uma percentagem de 26,4%, segundo informação da Direção-Geral da Saúde (DGS) (Caldas de Almeida Et Xavier, 2013).

Assim, em Portugal as principais problemáticas na área da saúde mental assentam na sua prevalência elevada, nas dificuldades de acesso a cuidados de saúde mental por parte de pessoas com doenças mentais graves e na impossibilidade de os doentes beneficiarem dos modelos de intervenção, assentes em programas de tratamento e reabilitação psicossocial (Direção Geral da Saúde [DGS], 2012). Tal é visível no facto de se observar, que cerca de 65% dos doentes com diagnóstico de uma perturbação psiquiátrica moderada não utilizou cuidados de saúde mental, nos 12 meses anteriores à entrevista realizada no âmbito da *World Mental Health Survey Initiative* (Caldas de Almeida Et Xavier, 2013). Ainda assim, o *treatment gap* (diferença entre o número de pessoas que necessitam de tratamento e as que realmente a ele têm acesso) em Portugal era inferior ao de países como a Alemanha, a França ou a Itália (Wang et al., 2011 citado por ERS, 2015).

Não obstante, Portugal tem reforçado algumas das orientações da OMS, conforme se constata no PNSM (2007-2016), a exemplo disto, o registo de doentes com perturbações mentais nos cuidados de saúde primários tem vindo a aumentar desde 2011, no que diz respeito às perturbações de ansiedade, às perturbações depressivas e às demências, havendo uma maior inscrição de doentes com perturbações de ansiedade e de demência nas regiões do Centro e do Alentejo (ERS, 2015). Se por um lado estes resultados podem significar um aumento de acessibilidade aos cuidados de saúde primários, por outro lado podem significar que estes profissionais estão mais sensibilizados para o seu diagnóstico.

Ainda, a análise da prevalência tratada a nível hospitalar revela, para todos os grupos nosológicos, uma ligeira redução do número de internamentos. Esta redução pode dever-se a uma diminuição da acessibilidade aos serviços especializados, não se podendo, no entanto,

excluir as dimensões relacionadas com o trabalho comunitário desenvolvidos pelos serviços locais.

Contudo, os reconhecidos custos diretos e indiretos da elevada prevalência e a elevada contribuição das doenças mentais para a carga global das doenças, os recursos financeiros disponíveis em Portugal, para intervenção nesta área, aquando da elaboração do PNSM 2007-2016, eram reduzidos face às necessidades, e encontravam-se distribuídos assimetricamente pelas regiões. Por outro lado, embora se incentive o tratamento das doenças mentais na comunidade, o internamento consumia, em 2007, 83% dos recursos (Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde Et Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008).

No que se refere à integração na sociedade das pessoas com um problema de saúde mental, a *Economist Intelligence Unit* (EIU), desenvolveu o “índice de integração da saúde mental”, que mede o grau de apoio e grau de compromisso dos governos europeus para integração de pessoas com doença mental na sociedade. Da análise do resultado global deste índice resulta que em Portugal o papel do governo na integração pode ser reforçado, visto que ocupa o 27.º lugar em 30 países europeus (ERS, 2015).

No que concerne à mortalidade em saúde mental, esta é baixa e está relacionada quase exclusivamente com o suicídio, que correspondia a 3,1% em 2015. O suicídio, por sua vez, verifica-se sobretudo em pessoas com doenças mentais graves, na sua maioria tratáveis (depressão *major* e perturbação bipolar) e integra o grupo das mortes potencialmente evitáveis, desde que o diagnóstico da patologia de base seja realizado em tempo útil e a abordagem terapêutica eficaz (DGS, 2014).

Em suma, com base nos dados epidemiológicos recolhidos na última década, é hoje evidente que as perturbações psiquiátricas e os problemas relacionados com a saúde mental se tornaram a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade e morte prematura, principalmente nos países ocidentais industrializados. Como tal, a relevância das medidas de prevenção e promoção da saúde mental está bem patente nestas estimativas. Quando alguém adoece da sua saúde mental há que ter em conta que isso tem repercussões que estão muito para além do sofrimento emocional da pessoa, ou seja, envolve família, o trabalho, os amigos, a sociedade, e em última análise, a macroeconomia de um país. É também comum a instalação de um estigma e outros comportamentos de discriminação familiar ou social, que podem gerar um sofrimento suplementar, frequentemente prolongado no tempo (Saraiva, 2014).

1.4. O papel do enfermeiro em saúde mental e psiquiatria

Desde Florence Nightingale, a enfermagem é descrita como a arte de cuidar. O enfermeiro é tido como profissional capaz de perceber o ser humano, de uma forma global,

ajustada, solidária, sensível, harmoniosa e criadora (Ribeiro, 2012). Atualmente, o papel do enfermeiro nos serviços de saúde mental é o de agente terapêutico, cujo objetivo fundamental é auxiliar o paciente a aceitar-se a si próprio e a melhorar as suas relações pessoais (Oliveira, 2002).

Segundo a Associação Americana de Enfermagem, a saúde mental e psiquiatria é uma área especializada da enfermagem que utiliza como método científico as teorias de conduta humana com a finalidade máxima de promover o bem-estar do indivíduo. Portanto, a enfermagem psiquiátrica tornou-se um processo interpessoal, capaz de promover e manter um comportamento no indivíduo, família, grupo, organização ou numa comunidade, contribuindo para uma assistência holística e biopsicossocial (Stuart, 2001).

Comparavelmente, a Ordem dos Enfermeiros (OE), estabeleceu no âmbito das suas competências legais no Diário da República, os regulamentos de competências comuns e específicas dos enfermeiros especialistas, definindo o enfermeiro com esta competência como alguém com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção (Diário da República, regulamento nº122/2011; p.8649).

Assim, no âmbito da saúde mental e psiquiatria, o enfermeiro especialista atua na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental (Diário da República, regulamento nº129/2011, p.8669). Especificamente, as intervenções de enfermagem visam contribuir para adequação das respostas da pessoa doente e família face aos problemas específicos relacionados com a doença mental, tendo como finalidade evitar o agravamento da situação e a exclusão social da pessoa doente, promovendo a recuperação e qualidade de vida de toda a família.

Neste sentido, a enfermagem toma por foco de atenção as respostas humanas às transições, decorrentes de eventos relacionados com processos de saúde-doença e/ou com processos de vida (Chick, Norma Et Meleis, 1986 citados por Brito, 2012). Assim sendo, os enfermeiros de saúde mental e psiquiatria, ajudam a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias da cada contexto, bem como, prestam cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde (Diário da República, regulamento nº129/2011).

Deste modo, na experiência da transição podemos observar que são muitos os fatores que interferem nos comportamentos de saúde, pelo que é preciso estabelecer estratégias

de intervenção dirigidas não só para o indivíduo, mas também para todo o ambiente e pessoas envolventes, para direcionar a pessoa no sentido do comportamento desejado. Tendo em consideração esta premissa, o Modelo de Promoção da Saúde (HPM), introduzido por Pender (figura 1), foi desenvolvido como uma estrutura para integrar as perspetivas da enfermagem e da ciência comportamental em fatores que influenciam os comportamentos de saúde (McEwen Et Wills, 2007, p. 247), uma vez que, este reconhece o papel dos fatores interpessoais e ambientais na procura de comportamentos de promoção saúde (Pender, 2011).

Assim sendo, de acordo com este modelo destacam-se os seguintes princípios:

- Comportamento relacionado anterior e fatores pessoais: refere-se à frequência de um comportamento de saúde semelhante no passado e a um conjunto características gerais do indivíduo que influenciam o seu comportamento de saúde, como idade, estrutura de personalidade, etnia e status socioeconómico.

- Cognições e efeitos específicos do comportamento: diz respeito aos benefícios percebidos da ação (perceções das consequências positivas ou reforçadoras de um comportamento de saúde), às barreiras percebidas para a ação (perceções dos bloqueios, obstáculos e custos pessoais da realização de um comportamento de saúde); bem como à autoeficácia percebida (julgamento da capacidade pessoal de organizar e executar um determinado comportamento de saúde; autoconfiança na realização do comportamento com sucesso). Ainda está relacionado com o afeto pela atividade, isto é, estados subjetivos de sentimentos ou emoções que ocorrem antes, durante e após um comportamento de saúde específico e, também, com as influências interpessoais (família, pares, provedores) normas, apoio social, modelos de referência, ou seja, perceções sobre os comportamentos, crenças ou atitudes de outras pessoas relevantes em relação a um comportamento específico de saúde. Igualmente, são relevantes as influências situacionais, isto é, as perceções da compatibilidade do contexto de vida ou do ambiente com o envolvimento de um comportamento de saúde específico.

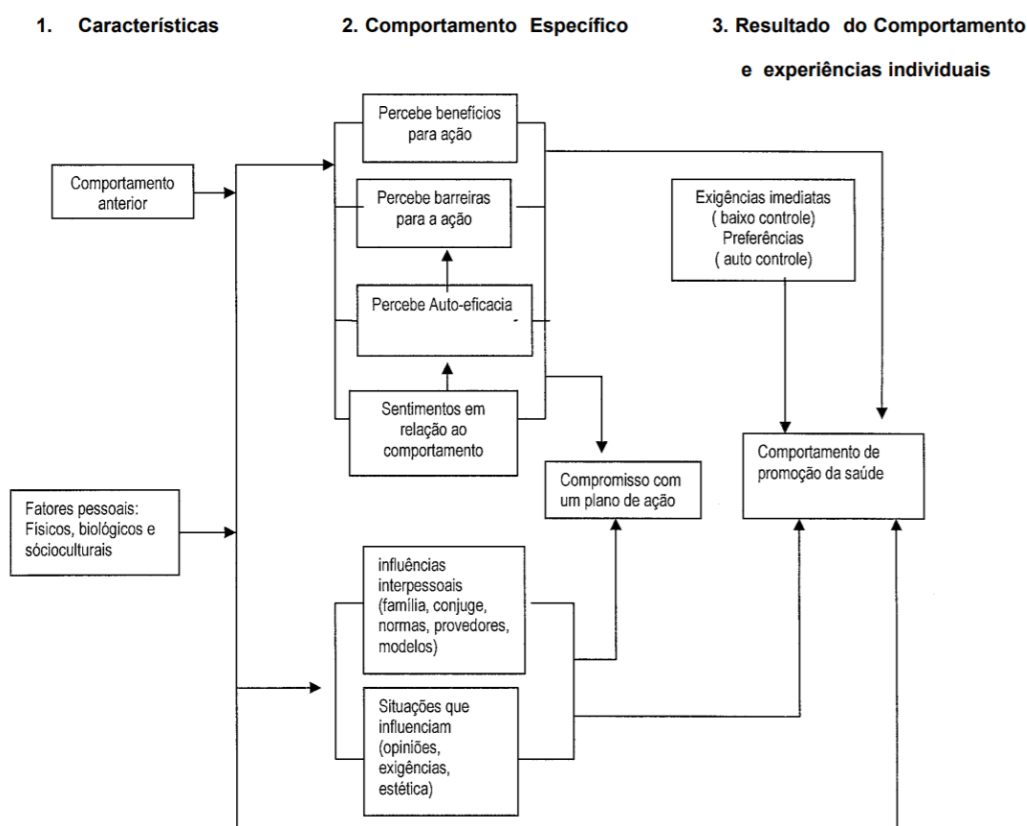
- Compromisso com um plano de ação: intenção de realizar um determinado comportamento de saúde, incluindo a identificação de estratégias específicas para fazê-lo com sucesso.

- Exigências e preferências competitivas imediatas: comportamentos alternativos que se intrometem na consciência como possíveis cursos de ação imediatamente antes da ocorrência planeada de um comportamento de saúde.

- Comportamento de resultados: comportamento de promoção da saúde.

- Comportamento promotor de saúde: o ponto final comportamental desejado ou o resultado da tomada de decisão em saúde e a preparação para a ação.

FIGURA 1: Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde. Traduzido de *Health Promotion in Nursing Practice*



Estas variáveis são significativas para o sucesso dos doentes na realização das suas metas de saúde. Envolver-se em comportamentos de promoção da saúde para mitigar o risco de co-morbilidades será influenciado pelo nível de autoeficácia e motivação dos indivíduos para acompanhar esses comportamentos. Desta forma, será importante que o enfermeiro desenvolva estratégias para aumentar os benefícios, minimizar as barreiras e aumentar os níveis de autoeficácia, conhecimento e habilidade com os doentes para promover a realização bem-sucedida do seu plano de ação e uma adaptação sustentável ao seu novo estilo de vida, possibilitando que cada pessoa incorpore novos conhecimentos, que altere comportamentos, que redefina os significados associados aos eventos e que, conseqüentemente, altere a definição de si mesmo no contexto social.

Assim sendo, a recaída pode estar relacionada com as circunstâncias ambientais e sociais (ou a adequação de uma pessoa a essas circunstâncias), destacando a necessidade de uma resposta social abrangente. Localizar o "problema da recaída" dentro de um indivíduo, promover o autocontrole, automotivação e a autorregulação ou procurar identificar falhas de serviços ou setores específicos, provavelmente ajudará a reduzir as taxas de recaída para serviços de internamento psiquiátrico. No entanto, só isto não é suficiente sendo necessário, também, que os serviços de saúde melhorem o seu planeamento

da alta e o acompanhamento na comunidade, bem como, é crucial que o ambiente seja propício a uma vida significativa (que é a recuperação), senão o “problema” não desaparece (Patterson, Duhig Et Gunasekara, 2015).

Deste modo e de acordo com o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, podemos comprovar que são muitos os fatores que interferem nos comportamentos de saúde, pelo que os enfermeiros de saúde mental e psiquiatria desempenham um papel fundamental na promoção e proteção da saúde mental e na prevenção da doença mental, intervindo em diversos contextos, formais e informais, mobilizando as suas competências e habilidades para a obtenção de ganhos em saúde para os cidadãos (sejam estes doentes ou familiares), nomeadamente a diminuição do sofrimento e da incapacidade associados às perturbações mentais. Assim, à luz deste modelo teórico, o processo de recaída trata-se de um fenómeno de natureza multidimensional e que, portanto, não pode ser interpretado a partir de uma única chave explicativa.

Neste seguimento, o hospital não deve ser apenas um local onde se trata da remissão dos sintomas, devendo haver uma preocupação em disponibilizar conhecimento e aptidões aos doentes e aos seus familiares de forma a promover melhoras clínicas significativas, aumentando a sua autoconfiança e disponibilizando-lhes as ferramentas necessárias à construção de uma vida o mais próxima possível do “normal”, dentro das suas limitações (Andreasen, 2005).

2. RECAÍDA

De acordo com a pesquisa bibliográfica efetuada apresentamos neste capítulo uma abordagem à recaída, analisamos os fatores que contribuem para este processo, consequências, estratégias de prevenção e o papel da recaída na economia do país. Ainda, refletimos sobre o papel do regime medicamentoso no processo de recaída do doente mental.

2.1. Recaída em saúde mental

O internamento no serviço de psiquiatria geralmente é indicado quando o doente apresenta um distúrbio de pensamento, emoções ou comportamento, no qual a assistência por parte de uma equipa multidisciplinar é necessária, imediatamente, objetivando a minimização dos prejuízos à saúde mental, física e social do indivíduo ou eliminar possíveis riscos à sua saúde ou à de outros. A sua indicação pode ocorrer em pessoas com transtorno psiquiátrico crónico, em fase de reagudização da doença ou em indivíduos sem antecedentes psiquiátricos que apresentam uma crise aguda (Duncan, Short, Lews Et Barrett, 2002). Ainda, o internamento é um recurso utilizado e, inclusive, previsto por lei, para os casos em que a terapêutica extra-hospitalar se mostra insuficiente. Contudo, adverte-se que ela dure o menor tempo possível e logo que o quadro se tenha estabilizado, recomenda-se que este receba alta hospitalar e dê continuidade ao seu tratamento num serviço na comunidade, no qual possa recuperar efetivamente.

Ao considerar as mudanças na abordagem da saúde mental, que se passou a caracterizar por um modelo de atenção comunitária em oposição ao modelo hospitalocêntrico, o tempo de permanência hospitalar tem-se tornado um dos mais importantes indicadores de qualidade. Como tal, entende-se que o internamento não é determinado exclusivamente por uma alteração psicopatológica, mas também pelo funcionamento do sistema de saúde e da rede extra-hospitalar da comunidade onde o indivíduo está inserido (Mattioni et al., 1999).

A readmissão, o reinternamento ou a recaída são apenas alguns dos termos usados como sinónimos na literatura para descrever episódios repetidos de internamento hospitalar. Olivares e colaboradores (2013) divulgam um estudo que reflete sobre a definição de recaída, uma vez que as diretivas internacionais identificam a prevenção de recaídas como um objetivo terapêutico fundamental. No entanto, atualmente não há critérios estabelecidos para definir a mesma. Assim sendo, neste estudo foi realizada uma revisão sistemática da literatura para investigar a definição, os fatores que podem ser preditivos e

os fatores associados ao aumento ou diminuição do risco de recaída em psiquiatria. Assim, dos 87 artigos selecionados, nenhuma das diretrizes definiu, efetivamente, o termo. O conceito “hospitalização” apareceu em 54% das publicações que definiram recaída, sendo o termo usado como um sinónimo direto para a recaída ou como um componente da definição do mesmo. Ainda, 16% das publicações definiram a recaída como uma mudança nos padrões de comportamento, com a exacerbação ou reemergência levando à readmissão do indivíduo.

Face ao exposto, na literatura não há consenso quanto à definição operacional exata do que se considera “recaída”, isto é, a partir de quantos internamentos e qual o período de tempo necessário para que se caracterize tal fenómeno. Há estudos que definem recaída como a readmissão nos 28 dias após a alta, enquanto outras pesquisas definem o termo como o reinternamento do doente 90 dias após ter tido alta clínica. A Entidade Reguladora da Saúde (ERS) define o reinternamento como *a percentagem de utentes com mais do que um episódio de internamento pela mesma causa, no mesmo ano* (ERS, 2015, p. 89). Sendo assim, nas diversas pesquisas, o fenómeno é padronizado de forma variável.

A taxa de recaída é uma medida de monitorização de desempenho, comumente utilizada como indicador de qualidade do cuidado do doente internado e para controlo de custos (Durbin, Lin, Layne, Et Teed, 2007; Fischer, Anema Et Klazinga, 2012). A validade de tal procedimento como medida de qualidade do cuidado hospitalar é, muitas vezes, questionada, principalmente porque foi um indicador desenvolvido nos Estados Unidos, e nem sempre um modelo adequado para um tipo de sistema de saúde pode servir para outro que possui um funcionamento distinto (Fischer et al., 2012). Mas o facto é que na literatura muitos estudos procuram associações entre este indicador e a qualidade do cuidado aos doentes internados. Nos Estados Unidos, por exemplo, quase 20% dos utentes das diversas especialidades vinculadas ao *Medicare* são readmitidos no período de um mês após a alta, o que gera um custo anual estimado em 17 mil milhões de dólares (Jencks, Williams, Et Coleman, 2009). Acredita-se que, como as taxas são extremamente variáveis entre serviços, regiões e países, estas podem ser controladas e até mesmo evitadas (Van Walraven, Bennett, Jennings, Austin Et Forster, 2011). Alguns países já tomaram medidas em relação às políticas públicas para controlar os reinternamentos. Em 2010, os Estados Unidos desenvolveram um programa de redução de readmissões hospitalares de várias especialidades (*Hospital Readmissions Reduction Program - HRRP*) para controlo de custos, e por meio dele multavam hospitais com altas taxas de readmissão (Desai Et Stevenson, 2012). Em Inglaterra, as taxas de readmissão de várias patologias passaram a ser publicadas pelo Centro Nacional de Desenvolvimento de Resultados em Saúde (*National Centre for Health Outcomes Development*) com o intuito de melhorar a qualidade assistencial. Observou-se que as readmissões em emergências médicas gerais aumentaram de 8% em 1998 para 10% em 2006, e em resposta a esse aumento o Serviço Nacional de Saúde reformulou as regras para pagamento de reembolsos como, por exemplo, deixou de pagar reembolso para readmissões com menos de 30 dias seguidas de um procedimento eletivo (*Department of Health, 2008*).

Numa revisão sistemática de literatura com 102 artigos incluídos, os autores concluíram que, desde que utilizado com cuidados metodológicos, como desacreditar reinternamentos planeados, ou incluir na discussão que a readmissão também é influenciada pelo funcionamento do serviço extra-hospitalar, a taxa de reinternamento realmente é um bom indicador de qualidade do cuidado prestado (Durbin et al., 2007 e Fischer et al., 2014).

Assim, o uso da taxa de readmissão como indicador de qualidade também é utilizado na área de saúde mental. Durbin e colaboradores (2007) realizaram uma revisão sobre pesquisas realizadas na última década com preditores de recaídas hospitalares precoces (no período de trinta a noventa dias após a alta), para verificar a associação entre esse indicador e a qualidade de cuidado ao doente internado. Encontraram os seguintes resultados: o risco de recaída é maior nos primeiros trinta dias que sucedem à alta, e a história de readmissões hospitalares anteriores aumenta o risco de nova recaída, sugerindo que esforços devem ser direcionados para se interromper o fenómeno da “porta giratória”. Os autores concluíram que existe a necessidade de maior padronização das condições da alta, bem como avaliação dos efeitos dos cuidados comunitários nos casos de readmissão precoce. Identicamente, um estudo de Teixeira et al. (2012), aponta para o facto de 19,1% dos doentes faltar a consultas de psiquiatria, o que comparando com outras especialidades médicas, corresponde ao dobro, sendo que a interrupção inapropriada do tratamento em consulta *follow-up* no ambulatório varia entre 26% a 40%, num período de um ano, significando elevadas taxas de recaída.

Como tal, as recaídas em saúde mental ocorrem como resultado da interação de fatores intrínsecos à doença, como a gravidade do diagnóstico e o curso da doença em cada indivíduo, e de fatores extrínsecos a ela, como adesão ao tratamento, suporte social e familiar, suporte da rede de assistência extra-hospitalar e características de internamentos anteriores (Hodgson, Lewis Et Boardman, 2001; Silva, Bassani Et Palazzo, 2009).

Estudos que avaliam fatores associados a recaídas psiquiátricas têm metodologias diversas, e por isso os seus resultados são complementares. Dos múltiplos fatores que contribuem para as taxas de readmissão de internamento em hospital psiquiátrico, os resultados encontrados nos estudos revistos verificaram uma associação entre as características sociodemográficas e clínicas e as taxas de readmissão psiquiátrica, como a faixa etária jovem, estatuto socioeconómico mais baixo, reduzida adesão à terapêutica e problemas de transporte e distância ao local de tratamento (Machado, Leonidas, Santos Et Souza, 2012; Teixeira et al., 2012).

O estudo desenvolvido por Lay, Lauber e Rässler (2006) constatou que idade mais jovem e uma melhoria dos sintomas durante a primeira hospitalização estão relacionadas com um maior número de posteriores readmissões, tal revela a importância de evitar o internamento, sugerindo que a primeira hospitalização deve receber atenção diferenciada pela equipa multidisciplinar.

Ainda, a condição de morar sozinho está associada a taxas de recaída no estudo de Machado e colaboradores (2012), sugerindo a importância do apoio material e emocional recebido de pessoas envolvidas na coabitação. Também, estudos indicam que os doentes com múltiplos internamentos hospitalares tendem a ser, predominantemente, aqueles que são privados de direitos de cidadania, sendo que a privação destes pode ser traduzida em défices cognitivos e sociais decorrentes da evolução do transtorno mental crónico intercalado com períodos de intensificação dos sintomas, a partir dos efeitos colaterais causados pelo uso de medicação, e mesmo dos períodos de ausência devido às crises e (re)internamentos (Machado et al., 2012).

O diagnóstico também foi uma característica que apresentou uma associação significativa com a taxa de readmissão, sobretudo o diagnóstico de esquizofrenia, o diagnóstico de transtorno de personalidade e de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas (Sfetc et al., 2017; Patterson et al., 2015; Machado et al., 2012; Teixeira et al., 2012). Os prejuízos cognitivos e funcionais dos transtornos mentais graves contribuem para a pior adaptação social, originando maiores taxas de recaídas (Zhang, Harvey Et Andrew, 2011).

Igualmente, o padrão de hospitalizações anteriores apresentou associação com o número de readmissões em psiquiatria, doentes que têm alta clínica de um hospital prematuramente, têm maior probabilidade de recair e, conseqüentemente, um novo internamento hospitalar num curto espaço de tempo (Machado et al., 2012). Por outro lado, o tratamento ambulatorial também foi explorado por alguns dos artigos, sendo que as investigações concluíram que não ter feito uma consulta nos dois meses anteriores ao internamento e ter feito visitas frequentes nos últimos dias foram variáveis associadas a maior taxa de readmissão, sugerindo que a falta de consultas leva a um agravamento da condição. Quando os sintomas pioram, resulta em repetidas consultas, que logo são seguidas de recaída (Machado et al., 2012).

Ainda, um estudo de Patterson, Duhig e Gunasekara (2015) explorou a perspectiva do doente sobre os motivos de readmissão psiquiátrica, concluindo que a readmissão é um processo, fundamentalmente relacionado com a falta de fatores internos, interpessoais e/ou ambientais, bem como a ausência de recursos para se manter inserido na comunidade. Esta investigação concluiu que a readmissão hospitalar representa um mecanismo de *coping* primário (caminho direto) ou o culminar de tentativas malsucedidas de gerir o stresse (caminho indireto), contra um passado de vulnerabilidade emocional, psicológica e de sofrimento mental do doente. Os relatos permitiram inferir que as recaídas recorrentes marcam o destino do indivíduo, uma vez que o histórico de hospitalizações contribui para reforçar a indicação de um novo internamento, o que permite concluir que a readmissão hospitalar é um processo que tende “autoperpetuar-se”. Nesse sentido, a investigação aponta para o facto de as hospitalizações produzirem marcas e estigma e, em consequência, resultarem em perdas nas relações afetivas, familiares e de trabalho (figura 2). Tal

corroborar o estudo qualitativo de Machado (2012), que identificou um conjunto de carências que estão na base da recaída do doente, especificamente, a ausência de apoio familiar desejável, inexistência de trabalho ou de uma ocupação agradável; dificuldade na apropriação de um espaço para morar, falta de redes de apoio ou de laços sociais, insuficiência dos serviços extra-hospitalares e a ineficiência da assistência que resultam na não adesão ao tratamento, incluindo medicamentoso. Este cenário favorece o isolamento social e contribuiu para que nos momentos de crise, o hospital seja o recurso mais utilizado pelo doente. Nesta investigação, foi possível compreender que mediante provisão e garantia de condições físicas de sobrevivência, o hospital responde a problemas de origem socioeconômica. Frente ao isolamento e à precariedade de relações e trocas sociais junto à família e comunidade, a hospitalização oferece uma equipa permanente, que tanto assegura cuidados profissionais imediatos, como representa possibilidade de criação de vínculos; uma vez que, a permanência na instituição implica o convívio com os demais doentes, o que acaba por configurar uma rede de relações, na tentativa de suprimir a pobreza das relações sociais externas.

Por outro lado, o mesmo estudo demonstra que os serviços de saúde mental nos quais os participantes fazem seguimento extra-hospitalar, não oferecem intervenções que propiciem possibilidades de construção de saídas do isolamento social no qual se encontram. No discurso dos intervenientes, não foi possível identificar envolvimento com outros setores de assistência e com outros recursos socioculturais ou laborais, bem como ações que envolvessem a família como foco sensível do processo terapêutico do doente. Pelo contrário, as intervenções terapêuticas centravam-se em rotinas do tipo consulta, caracterizadas por longa distância temporal, brevidade dos atendimentos, predomínio ou exclusividade da terapêutica medicamentosa, centrada na remissão sintomática, alcançada por meio do uso de psicofármacos e na ausência de cuidados individualizados (Machado, 2012).

Igualmente, estudos demonstram que a recaída também se associa positivamente com características de internamentos anteriores, como o tempo de internamento, o número de reinternamentos (Zhang et al., 2011), tipo de alta, internamento involuntário e falta de acompanhamento após a alta hospitalar (Santos, 2015).

Do mesmo modo, diversas investigações sugeriram que processos organizacionais inadequados contribuem para as readmissões hospitalares. Estes estudos identificaram processos precários na adesão terapêutica, nas intervenções psicoterapêuticas que potenciem as capacidades do doente e no acompanhamento após a alta como fortes preditores de reinternamentos psiquiátricos (Patterson et al., 2015; Molfenter, Connor, Ford, Hyatt Et Zimmerman, 2016; Teixeira et al., 2012; Santos, 2015). Assim, a probabilidade de recaída dependerá das características individuais do doente, mas também de fatores ambientais, da maneira como os serviços são prestados e da organização, governo e financiamento da assistência à saúde (Kalseth, Lassemo, Wahlbeck, Haaramo Et Magnussen, 2016).

Na assistência à saúde mental, identificar preditores de recaída pode facilitar a intervenção assertiva, e isto é particularmente importante no momento histórico em que a psiquiatria se encontra. Com a redução do número de leitos, desde 1970, os remanescentes chegam a ter ocupação de 100%, e podem ocorrer pressões pela alta precoce, que por sua vez pode aumentar as taxas de recaídas e prejudicar a qualidade da assistência oferecida (DGS, 2004).

Portanto, a taxa de recaída tem sido utilizada como um indicador de qualidade do serviço hospitalar, contudo, esta revela também o funcionamento dos serviços de ambulatório nos quais os doentes dão continuidade ao seu tratamento. Por outro lado, o indicador “recaída” não se refere simplesmente à gravidade clínica do transtorno mental, não correspondendo, assim, ao conceito de reincidência, uma vez que nem toda reincidência leva à hospitalização e, em contrapartida, nem todos os reinternamentos se devem unicamente a motivos clínicos. Logo, o uso deste indicador reflete, além das condições do doente, fatores sociais, familiares e da organização da rede de serviços de saúde mental que devem, assim, ser analisados em conjunto (Parente et al., 2007 citado por Machado, 2012).

FIGURA 2 : Processo de Recaída adaptado de Patterson et al., 2015.



2.2. Impacto da adesão ao regime medicamentoso na recaída

O conceito de adesão é um conceito próximo da gestão, cuja definição é por vezes pouco clara, se as pretendermos diferenciar. Para a OMS, adesão depende da adoção e manutenção de um comportamento terapêutico, que pode incluir autogestão de fatores biológicos, comportamentais e sociais, que influenciam a saúde e doença, devendo envolver todos os profissionais de saúde (Bastos, 2012).

Assim sendo, em enfermagem o conceito de adesão está centrado na volição e cujas características definidoras se centram em ações auto-iniciadas com o objetivo de empreender comportamentos concordantes com o regime terapêutico ou recomendações de promoção da saúde, prescritas por um enfermeiro.

Sendo a volição uma escolha consciente que tem por objetivo o bem-estar do próprio, a atitude de alguém quando considerada como de “não adesão”, significa não querer, não desejar ou não ter intenção, de forma consciente, para: iniciar ou manter ações para promoção do bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhado num conjunto de ações ou comportamentos; cumprir o regime de tratamento, tomar os medicamentos como prescrito, mudar o comportamento para melhor, sinais de cura, procurar os medicamentos na data indicada, interiorizar o valor de um comportamento de saúde e obedecer às instruções relativas ao tratamento (Bastos, 2012, p. 322).

Tendo em conta esta premissa, a não-adesão ao regime medicamentoso nas doenças crónicas constitui um grave problema de saúde pública e, provavelmente, uma das mais importantes causas de insucesso dos programas terapêuticos, representando um problema comum partilhado por quase todas as doenças de evolução crónica, incluindo as perturbações psiquiátricas. Este é um problema mundial de magnitude impressionante, com uma taxa média estimada de não-adesão de cerca de 50%, que conseqüentemente incluem resultados clínicos negativos, maior risco de recaída, stresse físico e emocional devido a sucessivos internamentos, e aumento dos custos diretos e indiretos de saúde (Cardoso, Bryne Et Xavier, 2016).

Neste sentido, a adesão ao tratamento, medicamentoso ou não, é fundamental para o sucesso do plano de recuperação instituído pelo enfermeiro e equipa de saúde mental. A OMS reconhece obstáculos ligados aos profissionais de saúde mental, tais como lacunas na comunicação e relação terapêutica, crenças negativas em relação ao tratamento, falta de ferramentas clínicas e comportamentais e, ainda, falta de conhecimento sobre estratégias de adesão como fatores relacionados com insucesso do tratamento nas perturbações psiquiátricas (WHO, 2003).

No seguimento destas constatações, as questões relacionadas com o regime medicamentoso dizem respeito aos benefícios percebidos da medicação, dúvidas sobre a necessidade da mesma, falta de informações adequadas sobre esta, preocupações com efeitos colaterais negativos e futuros efeitos adversos (Bowskill, Clatworthy, Parham, Rank

Et Horne, 2007; Jónsdóttir et al., 2009). É sabido que a psicofarmacologia continua a ser a componente chave para o tratamento de problemas de saúde mental, particularmente em situações de transtornos psicóticos e crises agudas. No entanto, há uma separação entre os ideais políticos e grande parte da prática clínica padrão. Enquanto o valor da escolha do doente e o envolvimento ativo nas decisões de medicação são enfatizadas nas *guidelines*, os doentes dos serviços de saúde mental geralmente relatam não se envolverem nas decisões sobre a medicação e muitas vezes sentem falta de poder de escolha (Morant, Kaminskiy Et Ramon, 2015; Cardoso et al., 2016).

Em contrapartida, a evidência demonstra que embora muitos doentes relatem benefícios com a medicação psiquiátrica, as preocupações sobre o impacto de efeitos adversos na qualidade de vida, bem-estar e funcionamento social são comuns. A literatura indica que entre um terço e metade das pessoas, não tomam nenhuma da medicação psiquiátrica prescrita, tomam menos do que lhes foi prescrito ou interrompem o uso desta abruptamente. Estas práticas, especialmente a interrupção abrupta da medicação, pode estar associada à deterioração da saúde mental e ao aumento da probabilidade de recaída (Inder, Lacey Et Crowe, 2019). Ressalta-se, contudo, que a “não adesão propositada” é uma estratégia comum para minimizar a ingestão medicamentosa, sendo raramente revelada pelos doentes. A medicação psiquiátrica carrega significados complexos e ambivalentes ligados à identidade e consciência de si mesmo. Não tomar medicação pode ser uma tentativa de recuperar o controlo de resposta a experiências negativas ou coercivas de atenção à saúde mental: pode ser a sua única e última fonte de resistência num contexto de impotência e falta de escolha (Morant et al., 2015).

Neste sentido, uma das barreiras significativas à efetividade do regime medicamentoso está relacionada com o papel passivo do doente na abordagem e compreensão do seu processo terapêutico. Partindo deste facto, internacionalmente, a Tomada de Decisão Compartilhada (TDC) sobre as opções de tratamento é um aspeto amplamente reconhecido do cuidado centrado no doente. Como tal, a tomada de decisão exige que o profissional e o doente discutam as opções de tratamento numa troca bidirecional de informação e conhecimento, e que juntos decidam sobre um curso de ação. Assim, o processo terapêutico é baseado no respeito mútuo, na comunicação aberta e na consideração das preferências e valores individuais (Morant et al., 2015).

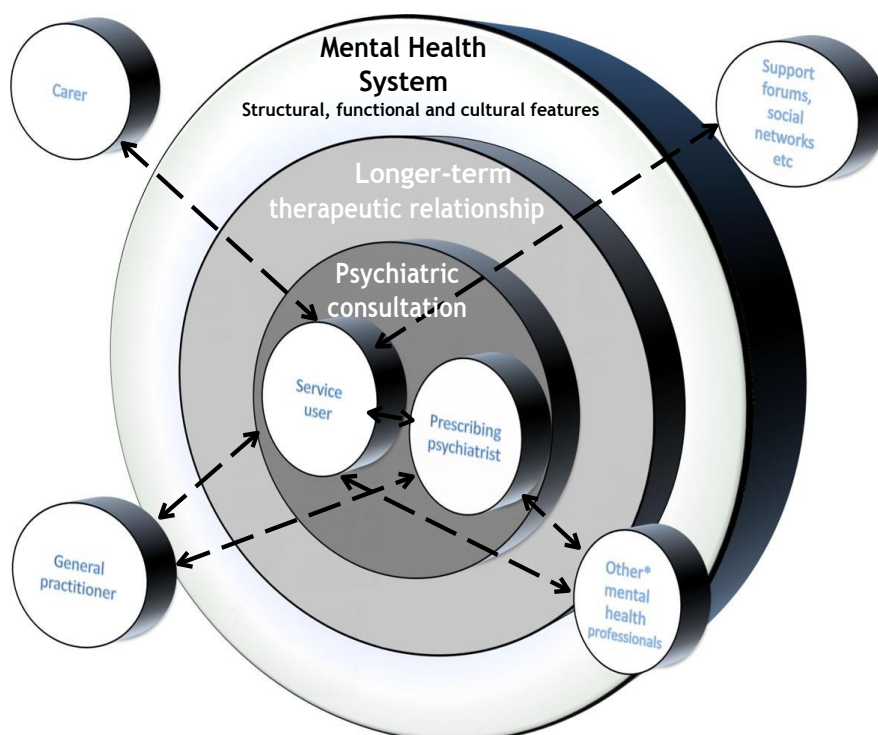
Não obstante, uma revisão sistemática das intervenções da TDC na saúde mental registou apenas dois estudos elegíveis e concluiu que, maioritariamente, os doentes com perturbação mental permanecem sem poder, sentem que têm pouca voz nas decisões de tratamento, ou que estes não são realizados de acordo com os seus interesses, experimentando o estigma. Este último, associado a estas perturbações pode fazer com que o doente tenha limitações nos seus direitos de cidadania, seja alvo de preconceitos, se isole,

esteja relutante em procurar ajuda e, conseqüentemente, possa não aderir ao regime medicamentoso (Morant et al., 2015; Inder et al., 2019).

Em vários domínios, incluindo medicação, os profissionais raramente usam ferramentas de comunicação que estimulem a TDC e frequentemente usam estratégias para resistir ao envolvimento com as preocupações e perguntas dos doentes. Assim, o “conjunto de opções” (as escolhas a partir das quais decidir) é repetidamente definida de maneira unilateral (Morant et al., 2015; Cardoso et al., 2016).

A pensar neste facto, os investigadores Morant, Kaminskiy e Ramon (2015) propõe um modelo conceitual de tomada de decisão para medicação psiquiátrica, providenciando um esquema que evidencia como diferentes sistemas microsociais interagem e moldam o modo como a medicação psiquiátrica é prescrita, administrada e utilizada. Este modelo, não é um processo de “tamanho único”, devendo ser adaptado às preferências, necessidades e estadios da doença dos indivíduos, sendo útil do ponto de vista conceitual e prático para desenvolver e implementar a TDC nos cuidados de saúde mental (figura 3).

FIGURA 3: Modelo para tomada de decisão compartilhada de Morant, Kaminskiy Et Ramon, 2015.



Especificamente, este modelo evidencia que os processos microsociais de uma consulta psiquiátrica estão inseridos dentro de um relacionamento terapêutico de longo prazo, num contexto de serviço que inclui outros atores-chave (profissionais e não profissionais) e características funcionais e culturais próprias do sistema de saúde mental, sendo que estes componentes estão em constante interação.

Assim sendo, relativamente à componente consulta psiquiátrica os investigadores referem que o estado de saúde e o valor do conhecimento empírico dos doentes com perturbação mental são ambivalentes. Por um lado, estes são cada vez mais reconhecidos como "especialistas pela experiência" dentro da prática orientada para a recuperação e os seus relatos de experiências subjetivas são reconhecidos como essenciais para avaliar o impacto da medicação. Por outro lado, se for reconhecido falta de capacidade ou discernimento, a validade dos seus pontos de vista e experiências subjetivas pode ser questionada ou desvalorizada. Isto pode levar a que as preferências de tratamento sejam desvalorizadas, superestimadas ou, no extremo, que a escolha seja suprimida (Morant et al., 2015).

A tentativa de manter parcerias apesar de haver discordâncias e incentivar discussões abertas pode permitir que estas situações mais desafiadoras se adaptem aos processos de TDC que podem gerar benefícios, mesmo que uma decisão compartilhada não seja possível, como aquando do internamento compulsivo.

As fortes relações terapêuticas entre doentes e profissionais são centrais para as experiências destes e para os resultados do tratamento. Da mesma forma, os processos TDC necessitam de boas relações terapêuticas entre esta díade, permitindo debates que vão desde simples discussões "técnicas" de prós e contras, à tentativa de compreensão do uso de medicação em relação às circunstâncias e objetivos de vida da pessoa. Embora a consulta psiquiátrica possa ser o lugar onde as decisões finais sobre medicamentos são tomadas, muito do trabalho emocional, informativo e avaliativo por trás das preferências de tratamento ocorre fora desse contexto e é tipicamente "distribuído" nas redes sociais. Os membros da família podem colaborar positivamente nestes processos, sendo fontes de apoio emocional, ganho de conhecimento e construção de confiança. Por sua vez, os enfermeiros de saúde mental podem oferecer oportunidades para discutir medicação, incluindo a exploração de preocupações, preferências, benefícios percebidos e problemas com a mesma e fornecer apoio para procurar ou entender informações sobre medicamentos (Morant et al., 2015; Cardoso et al., 2016).

No que concerne à relação terapêutica, a função dos enfermeiros de saúde mental na promoção da adesão é vista como sendo influente, dada a relação intrínseca que partilham com os doentes. À medida que a compreensão das pessoas sobre sua doença mental e a sua gestão se desenvolvem, estes podem tornar-se cada vez mais capacitados a participar como parceiros iguais em discussões sobre o regime medicamentoso. Assim, a TDC tem o potencial de não ser apenas um meio de decidir sobre o tratamento, mas uma parte importante do tratamento em si, promovendo a ação e autogestão, e potencialmente contribuindo para aumentar a confiança e melhorar as relações terapêuticas (Morant et al., 2015). O desenvolvimento progressivo da TDC em relacionamentos terapêuticos positivos pode proteger contra experiências de situações de vulnerabilidade, em situações de crise, ou quando a capacidade de uma pessoa de participar nas decisões está comprometida.

Numa revisão (meta-análise) de 79 estudos, Martin, Williams, Haskard e DiMatteo (2005) constataram que a associação da relação terapêutica com a adesão ao tratamento era consistente, independentemente de outras variáveis que possam ter influenciado essa relação. Lecomte et al. (2008) evidenciaram que as dificuldades na construção de uma relação terapêutica se associaram significativamente a problemas de adesão à medicação e de envolvimento com os serviços. Ainda no que concerne às perturbações psiquiátricas, um trabalho recente levado a cabo por Kvrjic e colaboradores (2013) analisou diversas variáveis relacionadas com a qualidade da relação terapêutica de doentes em ambulatório (o estudo incluiu 156 doentes com diagnóstico de esquizofrenia e perturbação esquizoafetiva em fase de estabilização da doença). Constatou-se que o estigma, o número de recaídas e a falta de *insight* representavam fatores preditores que deterioravam a relação entre enfermeiro-doente.

Como tal, de acordo com os dados da literatura, parece ser crucial que a relação terapêutica estabelecida com estes doentes permita:

- (1) desmistificar as crenças relacionadas com a doença e tratamento;
- (2) identificar os fatores relacionados com um *insight* reduzido;
- (3) esclarecer os benefícios da adesão ao tratamento;
- (4) ajudar o doente a lidar com os possíveis efeitos secundários dos medicamentos;
- e (5) esclarecer dúvidas relacionadas com a doença e tratamento (Cardoso et al., 2016, p. 213).

Também, deve ser salientado que certas atitudes do enfermeiro, como o tipo de linguagem, o tempo dispensado na consulta, o acolhimento, o respeito pelas crenças e perguntas dos doentes, e a motivação do próprio profissional, são também fatores amplamente citados na literatura como elementos preponderantes na adesão ao regime medicamentoso (Cardoso et al., 2016).

Similarmente, Deane e Byrne (2006), bem como, Cardoso, Miasso, Galera, Maia e Esteves (2011), realçam a extrema importância do relacionamento que se estabelece entre o doente e os enfermeiros de saúde mental, especialmente no que diz respeito à transmissão de informações relativas ao tratamento, para que este possa ser seguido corretamente e sem interrupções. Os enfermeiros e os doentes estabelecem, assim, uma relação na qual coexistem dois níveis de saber: crenças profissionais e crenças leigas, interagindo numa “díade” em que a comunicação influencia a adesão, expectativas e decisões do doente. Assim quando há um défice na comunicação entre a díade, tal dificulta a exposição das opiniões relativamente ao tratamento por parte do doente, mantendo-se assim as falsas crenças que este tem em relação à medicação, o que pode comprometer a relação terapêutica.

Relativamente ao sistema de saúde mental, os processos e possibilidades da TDC especificamente para medicação psiquiátrica podem ser moldados por outros fatores sistémicos, incluindo: uma cultura de serviço a curto prazo e de aversão ao risco que prioriza a prevenção de recaída sobre o dano potencial do uso de medicação a longo prazo; dependência de modelos biomédicos que priorizem a medicação e conhecimento médico

sobre outras estratégias de tratamento; predomínio de um modelo de medicação psiquiátrica dirigido à doença que pode obscurecer outras estratégias de tratamento psicossocial, bem como, o pessimismo profissional sobre o prognóstico a longo prazo (Morant et al., 2015).

Deste modo, estas iniciativas exigem um esforço grande por parte das equipas multidisciplinares, no entanto os resultados da aplicabilidade deste modelo são favoráveis. Por exemplo, este foi implementado em 12 clínicas de tratamento ambulatorio nos Estados Unidos da América, em 85% dos doentes com perturbação mental, e foi associado a melhorias no estado de saúde, na perceção da utilidade da medicação psiquiátrica e na redução nos sintomas e preocupações com os efeitos negativos da mesma. Tal sugere um papel valioso na melhoria da adaptação da medicação às necessidades dos indivíduos.

Ainda, um estudo qualitativo que explorara o uso de medicamentos a partir das experiências subjetivas dos indivíduos, conclui que viver bem com a perturbação mental vai além da recuperação clínica, onde há redução de sintomas e recaídas, implicando uma recuperação funcional e pessoal (Inder et al., 2019). A recuperação funcional constitui uma melhor regulação emocional, uma melhoria da autoestima e melhoria das relações sociais e ocupacionais (Samalin et al. 2014), e a recuperação pessoal reflete a adaptação psicológica de um indivíduo ao transtorno (Tse et al. 2014). Assim, uma recuperação estruturada enfatiza a importância de os indivíduos assumirem a responsabilidade pelo seu bem-estar e reconhecerem que podem viver plenamente, apesar dos sintomas (Inder et al., 2019).

Em suma, abordar a adesão à medicação permite que os indivíduos com perturbação mental encontrem sentido a partir das suas experiências no contexto de um conhecimento sólido da doença e dos tratamentos, tendo algum controlo sobre a vida através da escolha, a capacidade de assumir responsabilidade pessoal através da autogestão e envolvimento nos processos de tomada de decisão em todos os aspetos do cuidado, incluindo estabelecimento de metas e estratégias para o uso de medicamentos.

2.2.1. Implicações clínicas e benefícios dos antipsicóticos de ação prolongada

Estima-se que um quarto a um terço dos doentes esteja com antipsicóticos sob a forma injetável *depôt* (Barnes, 2009). Estas formulações assumem particular importância em doentes com esquizofrenia com baixa adesão à terapêutica, assegurando assim a administração da medicação. Diversas são as consequências inerentes à não-adesão ao tratamento, pois além de um pior prognóstico clínico, com frequentes recaídas e internamentos mais prolongados, associam-se a um maior risco de suicídio e aumento dos custos diretos e indiretos relacionados com a saúde (Renca Et Cerejeira, 2014). Como tal, as perturbações mentais são uma problemática debilitante que requerem cuidados e supervisão vitalícios. Mesmo com o tratamento, a maioria dos doentes recai dentro de cinco

anos, sendo a baixa adesão aos antipsicóticos orais a causa mais comum de recaída (Brissos, Veguilla, Taylor Et Martinez, 2014). Evidências sugerem que, a cada recaída, o tempo necessário para atingir a remissão é alargado. Apesar da disponibilidade de antipsicóticos típicos e atípicos eficazes para o tratamento agudo e crónico desta perturbação, a taxa de recaída no primeiro episódio de esquizofrenia é de 16% durante o primeiro ano de doença, mas aumenta para mais de 50% em dois anos e para mais de 70% em cinco anos. A baixa adesão foi relatada em 59% dos doentes no ano após o primeiro episódio de psicose. Ainda, até dois terços dos doentes são pelo menos parcialmente não aderentes à medicação oral para a perturbação de esquizofrenia. Estes números estão validados em grandes estudos, como numa análise retrospectiva com mais de 46.000 doentes com perturbação psicótica, que encontrou uma alta taxa de descontinuação do tratamento medicamentoso. Aqueles que interromperam a medicação e depois reiniciaram a terapia tinham maior probabilidade de interromper novamente. Além disso, uma investigação efetuada a partir de uma base populacional de 6.662 doentes descobriu que um terço havia interrompido a terapia antipsicótica após um ano, mas mesmo entre os dois terços que permaneceram em terapia, 20% eram não-aderentes. Tendo em consideração estas estimativas, intervenções intensivas são essenciais para aumentar a adesão, prevenir a recaída e restaurar o funcionamento social para melhorar o prognóstico a longo prazo. Para tal, os antipsicóticos de longa duração injetáveis (LAI) têm sido universalmente propostos como uma ferramenta eficaz para melhorar a adesão (Kaplan, Casoy Et Zummo, 2013). Estes são administrados uma vez a cada duas ou quatro semanas (dependendo do medicamento específico), em vez de diariamente, sendo uma opção para ajudar a combater a não-adesão.

Contudo, diretrizes clínicas sobre o uso da formulação *depôt* foram publicadas, recomendando que estas não sejam usadas apenas para tratar a não-adesão, mas devendo também ser prescritas se os doentes tiverem uma preferência pela mesma. No entanto, continuam a ser subutilizadas e muitas vezes são reservadas apenas para os doentes mais gravemente afetados ou aquando do incumprimento do regime terapêutico. Razões para a subutilização podem incluir atitudes negativas, perceções e crenças quer dos doentes quer dos profissionais de saúde. No entanto, revisões da literatura mostram melhorias significativas na adesão aos LAI em comparação com os antipsicóticos orais.

Os investigadores Kaplan, Casoy e Zummo (2013), avaliaram a adesão ao tratamento da esquizofrenia através do registo eletrónico (e-STAR), este é um registo internacional, prospetivo e observacional para avaliar o uso de LAI em doentes com esquizofrenia ou transtorno esquizoafetivo num ambiente de prática clínica. Um total de 1.659 doentes completaram o estudo, sendo visível que ao fim de 12 meses após a mudança dos antipsicóticos orais para a formulação *depôt*, a percentagem de doentes que não necessitaram de hospitalização (89,1% vs 67,0%) e não tiveram recaída (85,4% vs 47,8%) foi maior com os LAI do que com antipsicóticos orais. Aos 24 meses, apenas 15% dos pacientes haviam interrompido os LAI por resposta insuficiente (28,5%), escolha do doente ou da sua

família (26,1%), efeitos adversos (9,6%) e tolerabilidade inaceitável (6,0%). Ainda, aos 24 meses, os scores da escala de Avaliação de Funcionamento Global melhoraram significativamente ($p < 0,001$) para os doentes com formulação *depôt*. Em comparação com a medicação oral, houve uma maior redução nas hospitalizações (66,2% vs 29,2%) e no número de internamentos observados para aqueles que completaram a terapia comparativamente com aqueles que descontinuaram os LAI (80,0% vs 14,3%) (Kaplan et al., 2013).

Apesar disto, os doentes com perturbação mental muitas vezes não são totalmente informados sobre a medicação em formulação *depôt* (Patel et al. 2010; Potkin, Bera, Zubek Et Lau, 2013), e as decisões de tratamento geralmente são feitas sem a opinião do doente ou do seu cuidador, não sendo esta possibilidade de terapêutica discutida em cerca de 50% dos doentes com prescrição de antipsicóticos orais (Potkin et al. 2013). Uma investigação de Potkin e colaboradores (2013) demonstra as reações dos doentes à possibilidade de tratamento antipsicótico injetável de longa duração, sendo que 47% dos doentes expressam respostas neutras ou favoráveis (16%), ao invés de desfavoráveis (37%). Ainda, os doentes que já utilizaram antipsicóticos em formulação *depôt* preferem este tratamento à medicação oral (Patel Et David, 2005; Patel, De Zoysa, Bernadt Et David, 2009; François et al., 2011; Potkin et al., 2013), referindo que "se sentem melhor", têm uma vida mais "normal" e referem que as injeções "são mais fáceis de lembrar" (François et al. 2011; Machado, 2012; Potkin et al., 2013). O mesmo estudo demonstra que doentes com medicação LAI identificam como benefícios a melhoria dos sintomas, uma melhor concentração e atenção, bem como uma perspetiva mais positiva da sua saúde, funcionalidade e qualidade de vida.

Identicamente, Walburn, Gray, Gournay, Quraishi e David (2001) numa revisão sistemática efetuada, identificaram que os doentes na sua maioria, indicavam a aceitação e preferência pela medicação em formulação *depôt* em relação à oral. Neste contexto, os doentes verbalizavam frases como "a cada dia em que pego no comprimido e o levo à boca, lembro que sou um psicótico! Prefiro a injeção a cada 15 a 30 dias. Diminui minha sensação de ser doente". Outros trabalhos de investigação corroboram esta ideia demonstrando que as LAI oferecem uma série de vantagens em comparação com medicação oral, reduzindo o esquecimento de tomar a medicação, reduzindo o risco de sobredosagem não intencional ou deliberada e transparência na adesão ao tratamento (Bechelli, 2003; Patel Et David, 2005). Mais, quando os doentes não cumprem os antipsicóticos em formulação *depôt*, os níveis plasmáticos diminuem mais lentamente do que com formulações orais, dando tempo para os profissionais de saúde intervirem num estadio inicial, diminuindo a probabilidade de uma recaída ocorrer rapidamente (Bechelli, 2003; Patel Et David, 2005).

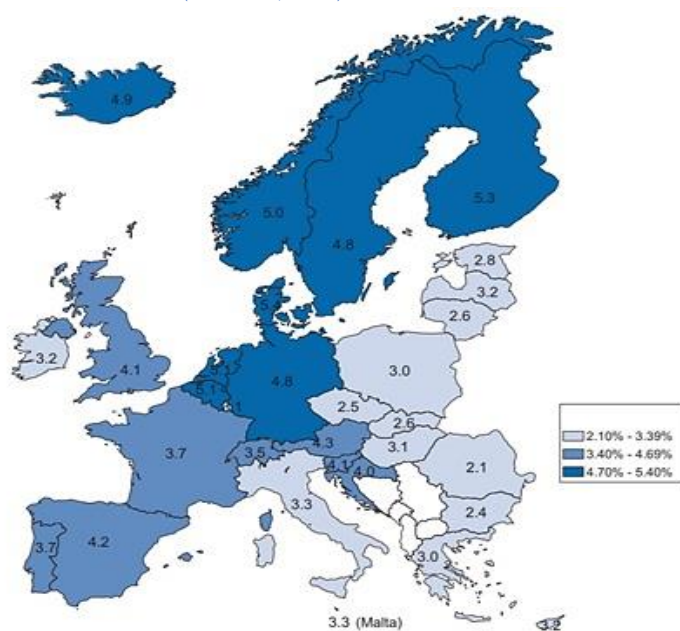
Finalmente, para os casos de adesão ao regime terapêutico, em que existe colaboração adequada da família e do doente para a administração no domicílio, a ação prolongada do antipsicótico permite que as consultas possam ser espaçadas para um período de até quatro

meses, resultando nos seguintes benefícios: redução de despesas com consulta e transportes para os que residem noutras cidades, vizinhas ou distantes; melhor gestão do tempo, para os que se reintegraram no trabalho ou para os seus acompanhantes, reduzindo-se a necessidade de justificar ausências laborais, bem como a diminuição da opressão ou estigma de ser doente mental. Ainda, do ponto de vista de saúde pública há vantagem considerável em poder contar com medicamento que é administrado num intervalo de 15 a 30 dias: simplifica-se a administração terapêutica e aumenta-se a garantia da regularidade do tratamento, tornando mais económica a vigilância destes doentes, com a redução das recaídas e consequentes internamentos hospitalares, sem prejuízo dos benefícios ao doente, à família e à comunidade (Potkin et al., 2013; Kaplan et al, 2013).

2.3. O custo da recaída

O espectro das perturbações mentais é imenso, abrangendo centenas de desordens enunciadas nos sistemas internacionais de classificação de doenças. O peso dos problemas de saúde mental na Europa é muito elevado, tanto em termos de morbilidade como de mortalidade. Dezenas de milhões de pessoas em toda a UE experimentam pelo menos um problema de saúde mental a qualquer momento, e dezenas de milhares morrem a cada ano diretamente de distúrbios de saúde mental ou de suicídio. O fator económico também é significativo, estimando-se os custos totais relacionados com problemas de saúde mental em mais de 4% do produto interno bruto (PIB), ou mais de 600 mil milhões de euros, nos 28 países da UE em 2015 (figura 4). Destes valores, 190 mil milhões de euros (ou 1,3% do PIB) são despesas diretas com cuidados de saúde, outros 170 mil milhões de euros (1,2% do PIB) são gastos em programas de segurança social, enquanto outros 240 mil milhões de euros (1,6% do PIB) são causados por despesas indiretas, isto é custos no mercado de trabalho, impulsionados por menores taxas e produtividade reduzida devido a doença mental (OECD/EU, 2018).

FIGURA 4: Estimativa dos custos diretos e indiretos na saúde mental como % do PIB em 2015 (OCDE/EU, 2018).



Estas estimativas dos custos diretos em saúde baseiam-se num estudo anterior sobre o custo dos distúrbios cerebrais na Europa (Gustavsson et al., 2011). Tais valores foram extrapolados para 2015 usando dados recentes de gastos com saúde e dados macroeconómicos atualizados. As estimativas globais também foram corroboradas com os gastos de saúde específicos de cada país por estudos de doenças, como o estudo *Eurostat* sobre gastos em saúde por doenças e condições em 2016, partindo do pressuposto que a parcela dos gastos com saúde mental permaneceu constante entre 2010 e 2015 (OECD/EU, 2018). Salienta-se que face à escassez de avaliações e análises de custo-efetividade, as principais fontes de dados para as estimativas dos custos em saúde mental são a base de dados do *Eurostat*, o inquérito europeu sobre as condições de trabalho e as fontes nacionais de dados. No entanto, para preencher as lacunas de dados sobre a parcela dos gastos relacionados a problemas de saúde mental em países como Portugal, que não tem os dados necessários prontamente disponíveis, estes foram obtidos a partir da avaliação económica de outros países:

- 1) 20% dos benefícios pagos por licença por doença estão relacionados com problemas de saúde mental, com base na evidência disponível da Suécia (OCDE, 2012 citado por OECD/EU, 2018);
- 2) 37% dos benefícios por incapacidade estão relacionados com problemas de saúde mental, com base nas evidências disponíveis de seis países (Áustria, Bélgica, Dinamarca, Holanda, Suécia, Reino Unido) (OECD, 2015 citado por OECD/EU, 2018);
- 3) 15% dos benefícios do subsídio de desemprego estão relacionados a problemas de saúde mental, com base nas evidências do mesmo grupo de seis países

e ainda 30% das pessoas que recebem benefícios do subsídio de desemprego também relatam alguns problemas de saúde mental (OECD/EU, 2018).

Identicamente, o impacto dos problemas de saúde mental no mercado de trabalho também se baseia na base de dados *Eurostat* e no inquérito europeu sobre as condições de trabalho. A abordagem utilizada para medir o impacto negativo dos problemas de saúde mental na taxa de emprego, é supor que as pessoas com problemas de saúde mental teriam tido a mesma taxa de emprego que o resto da população e ganhavam o mesmo salário. O efeito de produtividade é medido observando tanto o absentismo quanto o “presenteísmo”. Este último baseia-se num estudo que descobriu que os trabalhadores que sofrem de problemas mentais são menos 6% produtivos do que aqueles que não apresentam tal perturbação (Hilton et al., 2008 citado por OECD/EU, 2018).

Especificamente, no que concerne a Portugal, uma investigação de Gouveia et al. (2017) procurou estimar os custos e a carga da esquizofrenia, com o objetivo de conseguir medir e avaliar o impacto de uma doença ao nível dos recursos económicos que lhe são afetos, bem como o impacto na atividade económica gerado pela incapacidade associada. Relativamente aos custos da doença, no que concerne a preços de 2015, o total estimado de custos diretos associados à esquizofrenia foi de 96,1 milhões de euros. Aos custos diretos os autores adicionaram os custos indiretos gerados pelos doentes (absenteísmo, não participação no mercado de trabalho, produtividade reduzida), e pelos cuidadores, respetivamente, €331,0 milhões e €9,3 milhões. Ressalta-se que os resultados são muito diferentes do que é habitualmente estimado para outras doenças, já que os custos indiretos representam nas perturbações mentais 78% dos custos totais. Isto equivale a 0,24% do PIB ou a cerca de 436 milhões de euros de despesas diretas com cuidados de saúde para esta condição mental (tabela 1).

TABELA 1: Custos anuais totais da esquizofrenia em Portugal Continental em 2015 (Gouveia et al., 2017)

Rubrica	Unidades	Custo por doente por ano ^f	Custo Anual Total ^g
Custos diretos			96.075.590 €
Episódios de internamento doentes agudos (Base de Dados dos GDH)	3.124	3.723 €	11.629.215 €
Internamento doentes crónicos	495.210 ^a	43 €	21.468.365 €
Hospital de Dia	43.832 ^b	50 €	2.197.099 €
Estruturas reabilitativas (Psiquiatria)	ND	ND	556.910 €
Visitas domiciliárias (Psiquiatria)	ND	ND	234.262 €
Episódios de Urgência sem internamento	9.567	85 €	812.076 €
Consultas Externas de Psiquiatria	122.742	65 €	8.038.010 €
Consultas de Saúde Mental na Comunidade	10.801	85 €	917.214 €
Consultas de Medicina Geral e Familiar	18.868	31 €	584.914 €
Terapêutica antipsicótica	36.032 ^c	1.204 € ^d	43.376.304 €
Outra terapêutica	40.914	127 €	5.206.917 €
Deslocações não urgentes	152.411	4 € ^e	624.362 €
Deslocações urgentes	9.567	45 € ^e	429.941 €
Custos indiretos			340.273.639 €
Absenteísmo dos doentes	6.137	163 €	1.002.716 €
Não participação no mercado de trabalho dos doentes	15.926	20.239 €	322.317.422 €
Produtividade reduzida dos doentes	1.903	4.048 €	7.700.876 €
Custos indiretos dos cuidadores	6.089	1.519 €	9.252.625 €
Custos totais			436.349.229 €

ND – Não Disponível (apenas valor total, nos contratos programa não são discriminadas as quantidades).

^aEm dias; ^bNº de sessões; ^cNº de doentes em seguimento e com terapêutica antipsicótica; ^dCada doente pode estar a fazer mais que uma medicação antipsicótica ao mesmo tempo; ^eIda e volta; ^fValores arredondados à unidade.

Isto abrange os gastos com serviços e bens de saúde relacionados à prevenção, diagnóstico e tratamento deste transtorno mental (incluindo consultas médicas, hospitalizações e produtos farmacêuticos).

Estima-se ainda que os problemas de saúde mental representaram 112 mil milhões de euros em benefícios por incapacidade em toda a UE em 2015 (ou 0,76% do PIB). Os subsídios pagos relacionados com problemas de saúde mental foram responsáveis por mais 28 mil milhões de euros (ou 0,19% do PIB) em 2015, ao passo que os benefícios do subsídio de desemprego foram estimados em 29 mil milhões de euros (ou 0,20% do PIB).

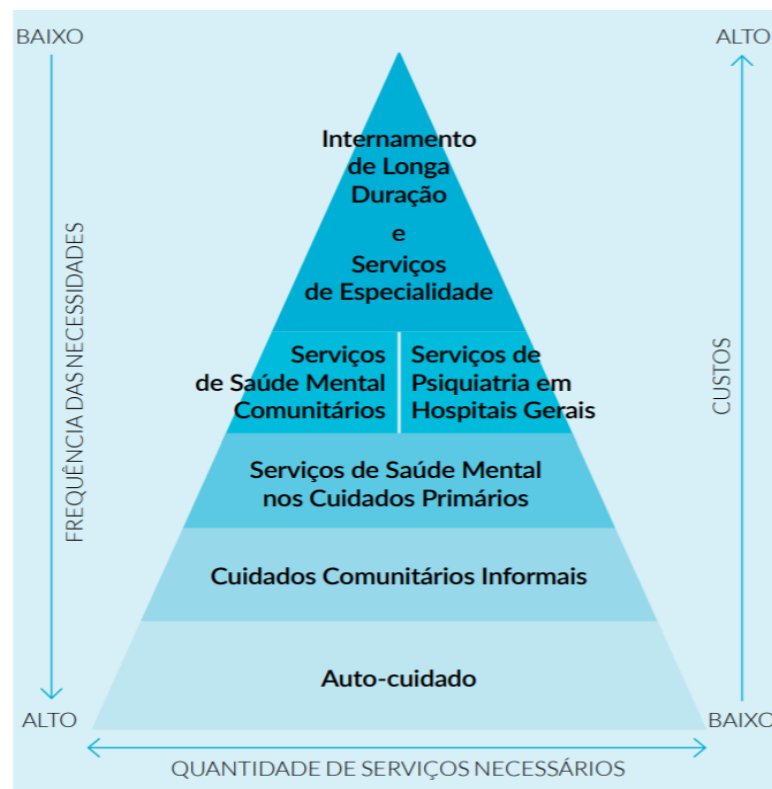
Além disto, a falta de saúde mental também contribui para a redução da participação no mercado de trabalho e da produtividade. Estes custos indiretos incluem não apenas menores taxas de emprego para pessoas com problemas de saúde mental, mas também a redução da produtividade devido ao maior absentismo e menor produtividade no trabalho (muitas vezes referida como “presenteísmo”). Estes custos totalizam mais de 240 mil milhões de euros ou 1,6% do PIB em todos os países da UE em 2015. Também, o rendimento perdido e o emprego devido à mortalidade por problemas de saúde mental e suicídio são estimados em 22 mil milhões de euros por ano nos países da UE. Assumindo que todas as pessoas que morreram prematuramente teriam exercido até aos 65 anos de idade, a perda potencial associada para a economia é estimada em cerca de 640 300 anos de potencial trabalho. Partindo do pressuposto que estas pessoas teriam ganho o rendimento mediano em cada país, isto equivale a 22 mil milhões de euros em potenciais perdas de rendimento a cada ano, ou seja, 0,15% do PIB em toda a UE (OECD/EU, 2018).

Em suma, estes dados evidenciam a emergente necessidade de identificar preditores de recaída e implementar processos organizacionais adequados que contribuam para a diminuição destes números. Muitos países europeus estão a implementar medidas para prevenir doenças mentais e promover o bem-estar mental. Além disso, com a melhoria da consciencialização ao nível da população e da compreensão da saúde mental, o estigma em torno de procurar cuidados de saúde mental e falar sobre doenças mentais diminui. A superação do estigma e a melhoria das taxas de diagnóstico podem, por sua vez, contribuir para dados mais robustos sobre a verdadeira prevalência de doenças mentais (OECD/EU, 2018).

Como mostram os diversos estudos, a doença mental não está distribuída uniformemente por toda a população, e há diferenças importantes de idade, género e fatores socioeconómicos na carga da doença. Assim sendo, apoiar grupos vulneráveis, como idosos ou desempregados, é importante para construir sociedades mais inclusivas e ativas, mas atualmente menos políticas atingem esses grupos. A relação dialética entre distância das estruturas sociais e o bem-estar mental deteriorado também não deve ser subestimado. Assim como a falta de saúde mental reduz a probabilidade de estar no emprego, o desemprego aumenta o risco de ter saúde mental precária. A comparação dos custos do

tratamento da doença mental no internamento com o regime ambulatorial mostra a necessidade de implementar programas que promovam a boa saúde mental - reduzindo a solidão, incentivando a participação social, construindo estruturas de apoio, e intervenções que possam identificar e responder a sinais de sofrimento mental (figura 5). Os custos da doença mental são extremamente altos, os ganhos potenciais do fortalecimento do bem-estar mental são significativos e as oportunidades de promoção e prevenção estão longe de esgotadas (OECD/EU, 2018).

FIGURA 5 : Combinação das necessidades e custos em saúde mental (Palha Et Palha, 2016).



Tendo em conta as estimativas supramencionadas, o PNSM 2007-2016, recomenda a descentralização dos serviços de saúde mental, de modo a permitir a prestação de cuidados mais próximos das pessoas e a facilitar uma maior participação global das comunidades, dos doentes e famílias. Embora exemplos de iniciativas em grande escala para melhorar esta situação tenham começado a emergir, ainda há um longo caminho a percorrer. A sociedade, os políticos e as partes interessadas devem ser consistentes e persistentemente informados sobre a verdadeira sobrecarga dos transtornos mentais, incluindo a carga individual e toda a variedade de custos económicos potenciais, mas também sobre a eficácia, a viabilidade e a acessibilidade das medidas para reduzir a mesma. Neste sentido, é necessário que haja um envolvimento pleno por parte do governo e equipas clínicas, e sejam desenvolvidos

esforços e aperfeiçoadas competências que possibilitem um tratamento sustentável e mais eficaz das perturbações mentais.

2.4. Prevenção da recaída

Recuperar de um problema de saúde mental pode variar entre a recuperação clínica associada à eliminação de sintomas e à noção de “cura” e/ou como um processo através do qual se vive com uma doença crónica. Neste último caso, recuperação não significa, necessariamente, a ausência de sintomatologia, devendo ser vista como um processo profundamente pessoal e único, de mudança de atitudes, valores, sentimentos, objetivos, competências e funções. Pressupõe uma forma de viver satisfatória, esperançosa e participativa, mesmo com as limitações da doença, deixando esta de ser o foco principal da vida da pessoa. É pois, da integração das diferentes opções de intervenção existentes, as quais envolvem não só múltiplos *settings*, diferentes técnicos de saúde, múltiplos tipos de tratamento, como os múltiplos níveis de apoio disponíveis (individual, familiares, sociais e comunitários), que vão surgir as alternativas de tratamento acessíveis aos doentes nos diferentes contextos em que vivem e nos diferentes momentos da sua doença, que permitem responder às suas necessidades (Palha, J. Et Palha, F., 2016).

Especificamente, a prevenção da recaída é definida como:

um componente específico do processo de recuperação. Implica maximizar o bem-estar para pessoas com doença mental, reduzindo a probabilidade e o impacto da recaída. Envolve capacitar pessoas com doença mental para reconhecer sinais de recaída e desenvolver planos de resposta apropriados. Requer a identificação de fatores de risco e proteção para a saúde mental e a implementação de intervenções que melhorem os fatores de proteção e eliminem ou reduzam o impacto dos fatores de risco. A prevenção de recaídas baseia-se na comunicação e compreensão entre a pessoa que sofre de doença mental, sua família e cuidadores, atenção primária à saúde, sistema de saúde mental especializado e serviços de apoio à comunidade sobre acesso a apoio ou tratamento se houver sinais precoces de recaída. A prevenção de recaída é um componente essencial, mas não suficiente, do processo de recuperação para pessoas com doença mental (Rickwood, 2005, p.4).

Atualmente, não existe um quadro abrangente acordado para a prevenção de recaída no contexto da doença mental. A revisão das literaturas nacionais e internacionais mostra que a maioria das iniciativas de prevenção de recaídas são respostas baseadas em questões médicas que priorizam o uso da medicação e reconhecimento de sinais de alerta precoces. É possível, no entanto, identificar os principais componentes da prevenção de recaída para doenças mentais e mostrar como estes contribuem para fornecer assistência continuada e eficaz dentro de uma orientação de recuperação. Assim sendo, fundamentalmente, a prevenção de recaída requer consciencialização, planeamento e fornecimento de respostas de intervenção oportunas e apropriadas. Para implementar tal abordagem, devem ser implementadas ações que envolvam as pessoas que vivenciam a perturbação mental, as suas

famílias e cuidadores, prestadores de serviços clínicos, provedores de serviços não clínicos e a comunidade (Rickwood, 2005, p.4).

Detalhadamente, de acordo com Rickwood (2005), a prevenção da recaída engloba:

- **Conscientização:** é o primeiro componente da prevenção efetiva de recaída e envolve a aceitação e reconhecimento. Aceitação significa reconhecer e chegar a um acordo com uma condição de saúde mental em curso. Atitudes positivas em relação às pessoas com doença mental em todos os setores da comunidade facilitam o processo de autoaceitação. O reconhecimento de sinais de alerta precoces de doença e consciência do risco pessoal e fatores de proteção são componentes centrais da prevenção de recaída.

- **Antecipação e planejamento:** antecipação de potenciais episódios futuros de doença e planejamento adequado é fundamental para a prevenção de recaída. Planejar é o que dá o poder às pessoas com doença mental de cumprirem as decisões que escolhem em vez de terem essas decisões feitas por outros. O planejamento é baseado no desenvolvimento de relações de confiança e boa comunicação, e coloca o doente no centro do seu cuidado contínuo. Os planos de prevenção contra recaídas precisam de ser revistos periodicamente e adaptados às necessidades específicas de cada pessoa, levando em consideração a sua idade, circunstâncias pessoais, histórico cultural e a experiência da doença mental.

- **Alternativas e oportunidades:** serviços de saúde mental precisam estar disponíveis para eliminar as fontes ambientais, físicas, sociais e emocionais de stresse que contribuem para a recaída e fortalecer os fatores protetores para a saúde mental. A provisão de todas essas alternativas de serviços precisa ser integrada, através de parcerias e estratégias de comunicação eficazes, para fornecer uma abordagem abrangente à prevenção de recaída no atendimento contínuo.

- **Acesso e intervenção precoce:** a prevenção eficaz de recaída requer intervenção precoce através do acesso a apoios e serviços adequados. Isto significa, em primeiro lugar, o desenvolvimento de habilidades eficazes de autogestão em resposta a sinais de alerta antecipados. Em segundo lugar, requer um sistema de serviços que responda aos sinais de alerta precoces, e não apenas às crises agudas. São necessárias instalações para acelerar e reduzir as necessidades de saúde mental, reconhecidas pelos doentes, famílias e cuidadores.

Como tal, uma questão fundamental é o grau de continuidade do cuidado com os serviços prestados por outras entidades de saúde mental. Em particular, isto pode refletir a capacidade dos sistemas de saúde mental de fornecer cuidados e apoio coordenados à medida que os doentes transitam do hospital para serviços de atendimento ambulatorial. Contudo, as evidências demonstram que intervenções destinadas a otimizar essa transição são limitadas. Uma revisão sistemática, com objetivo de avaliar o papel das intervenções no momento pré-alta na redução da readmissão psiquiátrica identificou apenas quatro estudos, apontando para a restrição das intervenções dirigidas para a otimização deste processo (Vigod et. al, 2013).

Nas recentes investigações não foi possível identificar um modelo único e abrangente de cuidados transicionais especificamente aplicado à saúde mental, particularmente na

transição de doentes internados para seguimento ambulatorial. Tendo em conta esta premissa, Vigod e os colaboradores (2013) no seu estudo efetuaram uma revisão sistemática da literatura no sentido de identificarem intervenções específicas, cujo objetivo era permitir uma transição saudável dos doentes em unidades psiquiátricas para os cuidados na comunidade. Assim sendo, dos 15 estudos analisados, os autores identificaram um impacto estatisticamente significativo na diminuição da recaída, em sete destes. Como componentes eficazes reconheceram as intervenções de psicoeducação visando a autogestão da doença e o desenvolvimento de habilidades, a necessidade de serem executadas avaliações estruturadas sobre as necessidades dos doentes aquando da alta, o acompanhamento telefónico após a mesma, a realização de esforços para assegurar brevidade nas consultas de acompanhamento, a realização de visitas domiciliárias, o envolvimento e o suporte dos pares como intervenientes no processo terapêutico do doente, bem como, antes da alta, preparar a equipa comunitária para dar continuidade à prestação de cuidados.

Também, a investigação de Molfenter et al. (2016) estudou a aplicação de um modelo padronizado de mudança organizacional, a 23 dos 72 condados de Wisconsin, com objetivo de reduzir as taxas de readmissão de 30 dias. O modelo era constituído por quatro fases de tratamento: (1) durante o internamento, os profissionais deveriam aplicar práticas baseadas em evidências para aumentar as capacidades do doente (por exemplo, entrevista motivacional, relação de ajuda), desenvolver um plano de crise, reunir com uma equipa multidisciplinar para rever casos agudos e determinar as necessidades e objetivos para o pós-alta; (2) processo de alta, o doente encontra-se com o assistente social e o enfermeiro para rever consultas, plano de crise, recursos da comunidade e gestão medicamentosa; (3) pós- alta, o enfermeiro gestor de caso encontra-se com o doente 24 horas após a alta ou efetua o acompanhamento por telefone dentro de 48 horas após a mesma; (4) pré-readmissão (para doentes que procuram atendimento) implica a observação e avaliação do doente, deve ser implementada uma linha de crise, onde os doentes que se apresentam ao departamento de emergência com problemas de saúde mental devem ficar para observação e avaliação e, podem ser vistos pelos profissionais de saúde mental.

Após a implementação do modelo supramencionado, verificou-se que a utilização do sistema telefónico da linha de crise resultou numa redução de 36% nas admissões psiquiátricas (de 50 para 32 por mês), bem como, a equipa de mudança do condado de Milwaukee reduziu as readmissões de 20% para 11% com o *follow-up* dentro de 24 horas após a alta. Face ao exposto, com a aplicação deste modelo organizacional, entre 2009 e 2013 os resultados apontam para o declínio nas taxas de readmissão de 30 dias para os municípios que participaram no projeto de 4,3% (decrecendo de 12,4% para 8,1%), enquanto para os municípios que não participaram no mesmo, o declínio percentual foi de 0,53% (queda de 7,53% para 7,0%) (Molfenter et al., 2016).

Em suma, as reduções das taxas de recaída têm sido difíceis de documentar. Estas investigações traduzem descobertas que destacam elementos essenciais de melhoria da

qualidade e as intervenções a serem consideradas na redução de reinternamentos no âmbito da saúde mental, bem como denotam a necessidade de mais pesquisas sobre esta questão. É visível que a recaída é compreendida, não como evento, mas como um processo complexo, podendo ser entendida como a "ponta do iceberg", com grande parte do problema ainda obscura. Deste modo, compreender os fatores que estão na base desta problemática é uma oportunidade de efetuar as melhorias necessárias nos serviços e na prestação dos cuidados permitindo ao doente uma "recuperação orientada".

II - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

1. METODOLOGIA DO ESTUDO

A enfermagem é recente enquanto profissão, mas como forma de estar e de atuar, existe desde que há um ser humano que sofre e perante ele, um outro que pretende ajudar. Apesar da origem modesta, a enfermagem percorreu um longo percurso até adquirir a notabilidade e a importância de que desfruta atualmente, sendo que para tal, terá contribuído não só a formação, mas também o investimento na investigação. A investigação científica é essencial para o desenvolvimento contínuo da profissão e a tomada de decisões adequadas para prestar os melhores cuidados aos doentes, para a alicerçar e consolidar ao nível do saber e da ciência e ainda para demonstrar aos outros os fundamentos sobre os quais se estabelece a sua prática, dando um forte contributo para a sua visibilidade social (Martins, 2008).

Assim, procura-se com a investigação fomentar uma atitude de carácter reflexivo e capacidade de análise crítica como a melhor forma de a enfermagem se desenvolver, equacionando aquilo que faz, refletindo e questionando os modelos de trabalho e as práticas profissionais. A investigação científica de uma forma geral consiste num processo racional, sistemático, rigoroso e crítico, de aquisição de conhecimentos, que permitem descrever, explicar, prever ou controlar fenómenos, factos ou acontecimentos, com vista a obter respostas a questões determinadas que se deseja aprofundar. Na fase metodológica o investigador determina os “métodos que utilizará para obter as respostas às questões de investigação colocadas (...) define população e escolhe os instrumentos mais apropriados para efetuar a colheita de dados” (Fortin, 2009, p.211). Esta fase do trabalho corresponde à operacionalização do estudo de modo atingir os objetivos propostos, de forma fiável. Procedemos à descrição do desenho de investigação, respetivos objetivos e participantes, descrição dos instrumentos de recolha de dados, tratamento e análise de dados e por fim as considerações éticas do estudo.

1.1. Problemática do estudo

A maioria das perturbações mentais tem uma evolução crónica, marcada por várias recaídas, pelo que alguns reinternamentos psiquiátricos são inevitáveis. Para as pessoas que sofreram um primeiro episódio de doença mental, o risco de futuros episódios é aumentado, e os esforços para prevenir episódios recorrentes são essenciais para reduzir o impacto da doença mental no indivíduo, na sua famílias e/ou cuidador, bem como na comunidade. Na literatura são apontados vários fatores de risco para reinternamento psiquiátrico em adultos, com resultados controversos, tais como: diagnóstico de perturbação psicótica ou perturbação da personalidade, baixa adesão ao tratamento, abuso de drogas,

ausência de ocupação, pouco apoio familiar e antecedentes familiares de doença psiquiátrica.

Em Portugal, segundo o estudo epidemiológico, com dados recolhidos entre outubro de 2008 e novembro de 2009, as perturbações psiquiátricas afetam mais de um quinto da população, já que 22,9% da amostra apresentou uma perturbação psiquiátrica nos 12 meses anteriores ao estudo (Caldas de Almeida Et Xavier, 2013). Esta situação agravou-se uma vez que, no documento Saúde Mental em Números - 2013, a saúde mental apresenta cinco entidades nosológicas responsáveis pela maior incapacidade para a atividade produtiva e psicossocial: a depressão *major*, os problemas ligados ao álcool, a esquizofrenia, as doenças bipolares e as demências (Palha, J. Et Palha, F., 2016). Apesar destes dados serem suficientes para constatar a dimensão do problema, é necessário considerar o impacto a outros níveis, começando por salientar que as perturbações mentais influenciam a saúde e doenças físicas de várias maneiras. É consensual que os pensamentos, sentimentos e comportamentos têm um grande impacto no estado de saúde física e mental. Ainda, sabe-se hoje que os custos diretos e indiretos associados às doenças mentais, resultam “não só das despesas assistenciais, mas também da diminuição da produtividade (desemprego, absentismo, baixas por doença, apoio a familiar doente), tendo um enorme impacto económico nos orçamentos públicos, e podendo atingir cerca de 20% de todos os custos da saúde” (Palha, J. Et Palha, F., 2016, p.9).

Ainda, no momento em que a crise económica se instalou condicionando o investimento na saúde e a concretização dos desígnios do PNSM, teria sido necessário repensar o papel das respostas existentes e potenciar o contributo dos vários intervenientes, dos cuidados de saúde primários às instituições prestadoras de cuidados continuados integrados. Em Portugal, mantemos as intervenções fundamentalmente centradas nos hospitais, na psiquiatria e na medicação.

Tendo em conta estas evidências, o presente estudo justifica-se na medida em que se percebe que, embora exista uma sofisticada legislação em saúde mental, a rede de serviços depara-se com a dificuldade de atingir um alcance mais efetivo, amplo e duradouro das suas intervenções. Diante de tal situação, a recaída em psiquiatria surge como uma nova modalidade de institucionalização, que não corresponde às propostas da atual política de saúde mental. Portanto, a conceção do presente estudo, foi inspirada na necessidade de que fossem investigados os casos de recaída. Trata-se de uma questão amplamente debatida e problematizada junto dos profissionais por se tratar de uma dificuldade que limita o alcance das intervenções e, conseqüentemente, o efetivo desenvolvimento do processo de desinstitucionalização. Espera-se que os resultados tragam informações que possam ser utilizadas pelos enfermeiros de saúde mental, permitindo-lhes prever e intervir precocemente nos doentes com maiores hipóteses de recaída, bem como, contribuir para

melhorar a prestação dos cuidados de enfermagem no momento da alta do internamento em psiquiatria.

1.2. Objetivos e questões de investigação

O objetivo e as questões de investigação decorrem do problema de investigação, do seu quadro teórico ou concetual e determinam as outras etapas do processo de investigação. Estas duas entidades veiculam a mesma ideia, a de orientar a investigação para um método apropriado a fim de obter a informação desejada. Assim sendo, fazem a ponte entre a fase concetual de que esta etapa é a finalização e a fase metodológica, que comporta a implementação de estratégias de verificação empírica (Fortin, 2009).

Tendo em consideração as interrogações que foram surgindo, ao longo do decorrer do estudo e da fundamentação teórica, foram definidas as seguintes questões de investigação:

- Que sinais e sintomas associa o doente à sua recaída?
- Será que os motivos de recaída dos doentes diferem de acordo com os fatores sociodemográficos?
- Será que os motivos de recaída diferem mediante o diagnóstico do doente?
- Quais são os fatores causais que os doentes associam à sua recaída?

De acordo com as questões de investigação identificadas, são objetivos deste estudo:

- Identificar sinais/sintomas associados à recaída em psiquiatria sob a ótica do doente;
- Analisar as fragilidades associadas à recaída;
- Descrever o nível de associação entre os fatores associados à recaída e as variáveis sociodemográficas;
- Identificar se o processo de recaída tem correlação com o diagnóstico clínico do doente.

1.3. Desenho do estudo

Os problemas de investigação revestem diversas formas, correspondendo a diferentes níveis de investigação e requerem diferentes métodos. Assim, o desenho de investigação tem por objetivo fornecer uma estrutura operacional que permita obter respostas às questões de investigação que foram previamente formuladas. A questão de investigação,

que tem em conta o estado dos conhecimentos sobre o tema do estudo, determina o método a seguir no estudo do fenómeno (Fortin, 2009).

Assim sendo, o presente estudo está inserido no paradigma de investigação quantitativa. Segundo Fortin (2009), a metodologia quantitativa trata-se de um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis, baseado na observação de factos objetivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador. Fortin (2009), indica que o método de investigação quantitativa tem como objetivo, contribuir para o desenvolvimento e validação de conhecimentos, possibilitando a generalização dos resultados e de controlar os acontecimentos. Este estudo tem um carácter exploratório-descritivo e transversal. Segundo a mesma autora, neste tipo de estudo o investigador procura explorar e determinar a existência de relações entre variáveis, com o intuito de descrever essas relações. É transversal por observar os fenómenos ou características de uma população uma única vez (Fortin, 2009).

1.4. Participantes do estudo

Fortin define população como “uma coleção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios” (Fortin, 2009, p.310). A seleção dos elementos que constituem os participantes do estudo, assume um papel importante no trabalho de investigação científica, uma vez que, deles depende, em grande parte, a consecução dos objetivos propostos inicialmente. Segundo Fortin (2009), a escolha dos participantes deve ser realizada por meio de critérios de seleção que asseguram uma relação íntima dos participantes com a experiência que se quer descrever e analisar. A inclusão de um grupo de sujeitos enquanto amostra de um estudo de investigação deriva da sua condição de ligação ao fenómeno em estudo. A população alvo é “uma população particular que é submetida a um estudo, (...) constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de seleção definidos antecipadamente” (Fortin, 2009, p.311).

A mesma autora define o conceito de amostra como um “subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população” (Fortin, 2009, p. 312). De acordo com estas definições, neste estudo, a população alvo corresponde a todos os utentes internados no serviço D3 do hospital Magalhães Lemos no período do estudo.

Ainda, tendo em conta que as dimensões da população alvo, que raramente é acessível na sua totalidade ao investigador, este estudo não será na sua totalidade sobre a população alvo, mas sim na população acessível que é “constituída pela porção da população alvo que é acessível ao investigador” (Fortin, 2009, p.312). Assim sendo, será recrutada uma amostra não probabilística por conveniência, uma vez que é em concordância com a conveniência e interesse deste estudo, sem aleatorização, “formada por sujeitos que são facilmente

acessíveis e estão presentes num determinado local, num momento preciso” (Fortin, 2009, p.321).

Os critérios de seleção para o estudo são definidos pelo investigador, como tal são critérios de elegibilidade: doentes com idade igual ou superior a 18 anos, que estão internados num serviço de internamento psiquiátrico, com mais do que um internamento hospitalar, que no quinto dia de internamento no momento de reavaliação estão capazes e aceitam responder ao questionário de recolha de dados, expressando a sua aceitação através do consentimento informado.

Como critérios de exclusão, foram definidos para o estudo doentes que recusam participar no estudo e doentes que não sejam capazes de comunicar.

1.5. Instrumento de recolha de dados

O estudo foi realizado através da aplicação de um questionário de leitura ótica aos doentes que estão no internamento, no período do estudo. O questionário é um instrumento de colheita de dados que exige dos participantes respostas escritas a um conjunto de questões. Este instrumento tem como “objetivo recolher informação factual sobre acontecimentos ou situações conhecidas, sobre atitudes, crenças, conhecimentos, sentimentos e opiniões. Apresenta uma grande flexibilidade no que respeita à estrutura, à forma e aos meios de recolher informação” (Norwood, 2000 citado por Fortin, 2009, p. 380).

Ainda, para recolher os dados, o investigador pode utilizar um questionário já existente ou criar o seu próprio questionário, com vista a responder às suas necessidades particulares. Assim sendo, este instrumento de recolha de dados foi elaborado especificamente para o efeito, no âmbito do projeto "REFAMIS - Representações, Famílias e Modelos de Intervenção em Saúde". Este instrumento, na forma de questionário enquanto método, que necessita de repostas escritas pelos sujeitos é preenchido pelo próprio sem a participação do investigador (Fortin, 2009) e torna possível objetivar as variáveis de investigação. Ainda, e de acordo com objetivos do estudo, o questionário foi aplicado apenas a doentes reinternantes, isto é, doentes que ao longo de sua vida, apresentaram mais de um internamento no hospital psiquiátrico no qual se desenvolveu a investigação.

Especificamente, este questionário inclui informação geral relativa a variáveis sociodemográficas, antecedentes psiquiátricos, hospitalizações anteriores e informação relativa ao episódio de recaída atual, nomeadamente, avalia as redes de apoio e laços sociais, os serviços extra-hospitalares e os motivos sob a ótica do doente que estão na base da readmissão, incluindo adesão ao regime medicamentoso. É composto por 28 itens, incluindo questões com variáveis categóricas e questões cotadas segundo uma escala tipo Likert, ordinal, com quatro opções possíveis (anexo 1).

1.6. Procedimento de colheita de dados

A aplicação do questionário decorreu no quinto dia de internamento, durante a entrevista de enfermagem efetuada para a sua reavaliação, sendo a mesma agendada previamente com o doente. Procurou-se que o momento da aplicação do instrumento decorresse num ambiente calmo e privado, num gabinete do serviço e sempre ao encontro das preocupações e dúvidas dos doentes. No início foi explicado o tipo de estudo, esclarecida qualquer dúvida, informados que este trabalho era académico, e que não iria interferir nos cuidados de enfermagem prestados e que em qualquer momento era passível de desistência se assim o entendessem. Ainda, foi garantido o anonimato dos participantes, sendo cada questionário identificado por um código numérico que corresponde à ordem da realização dos mesmos. Após o esclarecimento de todas as dúvidas, e antes de se iniciar a aplicação do questionário, a autorização expressa dos participantes foi formalizada, com a assinatura do “consentimento livre e esclarecido” em vigor na instituição, Mod.87-C-HML (anexo 2).

1.7. Tratamento e análise dos dados

O questionário deste estudo tem um cariz quantitativo, pelo que se optou pela análise descritiva dos dados após a sua informatização. Na análise quantitativa o tratamento dos dados foi efetuado com apoio informático, através do *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) - Versão 25.0 para *windows* e estatística não paramétrica, uma vez que esta representa um conjunto de ferramentas de uso mais apropriado para estudos onde não se conhece bem o comportamento da população e os seus parâmetros (Pestana Et Gageiro, 2014). Ainda, os testes não paramétricos requerem menos pressupostos para as distribuições, baseando-se em dados ordinais e nominais e sendo muito úteis para a análise de testes de hipóteses.

Recorremos à estatística descritiva (“os procedimentos estatísticos possibilitam uma organização e sentido dos dados obtidos, assim como as técnicas reduzem os dados a proporções controláveis resumindo-os e também descrevem várias características dos mesmos”) (Wood Et Haber, 2001, p. 201) e inferencial (“a estatística combina os processos matemáticos e a lógica que permite aos pesquisadores testar hipóteses sobre uma população que usa dados obtidos de amostras de probabilidades”) (p. 212). Utilizamos na análise descritiva univariada as frequências absolutas e relativas.

Também, aplicamos o teste da binomial (teste não paramétrico para amostras independentes) que nos permitiu verificar se uma determinada proporção de sucessos observada na amostra se adequa ao universo de Bernoulli, isto é, sucessões de experiências aleatórias independentes, em cada uma das quais se observa a realização ou não realização

de um determinado acontecimento (Pestana Et Gageiro, 2014).

Para medirmos a intensidade e orientação da relação entre variáveis qualitativas utilizamos o teste de independência do Qui-Quadrado (Pestana Et Gageiro, 2014). Este teste exige dois pressupostos: que no máximo 20% das células tenham frequências esperadas inferiores a cinco e que sejam raras as frequências esperadas iguais a um.

Ainda, para medirmos a intensidade e orientação da relação entre variáveis ordinais utilizamos o coeficiente de correlação de Spearman. Este, enquanto uma medida de associação linear entre variáveis, varia entre -1 e 1 (Pestana Et Gageiro, 2014). A força de associação entre as variáveis significa que a intensidade de um fenómeno é acompanhada tendencialmente pela intensidade de outro, seja no mesmo sentido ou em sentido contrário. Seguimos Pestana e Gageiro (2014) na interpretação dos resultados do coeficiente de Spearman (r_s), assim $r_s < 0,2$ indica associação muito baixa, r_s entre 0,20 e 0,39 associação baixa, r_s entre 0,40 e 0,69 associação moderada, r_s entre 0,70 e 0,89 associação alta e r_s entre 0,90 e 1 associação muito alta. Relativamente ao nível de significância, na análise estatística, utilizaremos como referência o valor de 5%, ou seja, há a probabilidade de 95% dos resultados não se deverem ao acaso ($p < 0,05$).

1.8. Considerações éticas

A ética pode ser definida como um conjunto de valores morais e princípios que norteiam a conduta humana na sociedade (Gomes, 2014, p.2) ou então, conforme outra definição, uma parte da filosofia que lida com a compreensão das noções e dos princípios que sustentam as bases da moralidade social e da vida individual. Em outras palavras, trata-se de uma reflexão sobre o valor das ações sociais consideradas tanto no âmbito coletivo como no âmbito individual (Chauí, 2004, citado por Gomes, 2014, p.2).

De acordo com o contexto, o termo ético assume diferentes significados. Em termos profissionais, a ética (neste sentido, deontologia) regula a relação de um profissional com aqueles a quem presta serviço, tendo em conta a dignidade humana, os direitos dos doentes, o respeito devido e a oferta de competências para o exercício do serviço que presta, atentando ao bem-estar das pessoas e do coletivo (Nunes, 2014, p.13). No âmbito da investigação em Enfermagem, que tem crescido exponencialmente, os documentos e códigos de ética que a abrangem não podem ser ignorados aquando da realização de um estudo de investigação. No artigo 85º, alínea d), do código deontológico dos enfermeiros, vem referenciada a importância de manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino e/ou investigação, como é o caso neste estudo.

Sendo a instituição onde se realizou o estudo, um hospital acreditado pelo *HQS-The Health Quality Service*, a realização de projetos de investigação/ensaio clínicos é orientada

pelo Mod.127 HML. Assim, a realização do projeto de investigação foi formalizada do seguinte modo: foi elaborado, por escrito, um pedido de autorização para a realização do projeto, dirigido ao presidente do conselho de administração da instituição (anexo 4); foi anexo a esse pedido o formulário de proposta de projeto de investigação (que incluía o *curriculum vitae* e o protocolo do projeto que contemplava o questionário); por último, foi solicitada a autorização do diretor do departamento de internamento da instituição (anexo 5).

Como a implementação do projeto de investigação envolveu diretamente os doentes, foi obtido junto de cada participante o seu consentimento livre e informado e a sua disposição em colaborar. Assim sendo, o direito à privacidade foi garantido através da confidencialidade dos dados obtidos; considerando o tipo de estudo a realizar torna-se impossível que o investigador desconheça a proveniência dos dados, assim como, no interesse da continuidade, no seguimento do caso o investigador necessita ter presente esses mesmos dados. Para assegurar o anonimato dos dados foi criado um sistema de codificação dos participantes, em que apenas o investigador principal conhece a relação dados/caso.

O princípio da autonomia foi assegurado após ter sido explicado o teor do estudo a cada um dos possíveis participantes, pelo respeito da decisão de participação, sem que dali decorresse qualquer prejuízo ou sanção para a pessoa. Todos os participantes assinaram um termo de aceitação (anexo 3).

III - ESTUDO EMPÍRICO

1. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Na etapa da análise dos resultados, como o próprio nome indica, trata-se e prepara-se a informação obtida através da observação, de forma a responder à pergunta de partida. Contudo, durante a observação outros factos emergem, sendo pertinente interpretá-los e rever alterações no modelo de análise, assim como refletir sobre as possíveis conclusões do estudo. A concordância na escolha dos métodos de análise dos dados foi obtida tendo em conta a natureza do estudo, sem descurar o objetivo principal do mesmo. Os resultados serão apresentados essencialmente sob a forma de tabelas e quadros, no sentido de facilitar a visualização dos dados e permitir a sua interpretação. Para a presente análise recorreu-se à estatística não paramétrica, uma vez que, após a aplicação do teste de *Kolmogorov-Smirnov* com correção de *Lilliefors*, para análise da normalidade da distribuição e o teste de Levene, para a homogeneidade da variância os dados não seguiram os pressupostos da normalidade, tendo-se verificado que todos os índices não seguem uma distribuição normal ($p=0,000<0,005$) (Pestana Et Gageiro, 2014).

1.1. Caracterização sociodemográfica dos participantes

Como referido anteriormente, a amostra é constituída por 30 doentes que estavam internados no serviço D3 do Hospital Magalhães Lemos no período do estudo. Os inquiridos apresentam idades compreendidas entre os 19 e os 69 anos, sendo que em média a amostra apresenta aproximadamente 44 anos de idade ($\bar{x}=34,8$; $dp=12,6$). A mediana indica que pelo menos 50% dos doentes apresenta idade igual ou inferior a 46 anos e, a idade mais frequentemente encontrada é de 53 anos (tabela 2).

TABELA 2: Medidas de dispersão e de tendência central para idade do doente

Idade dos Inquiridos (N=30)	
Média	43,83
Mediana	46,00
Moda	53
Desvio Padrão	12,66
Mínimo	19
Máximo	69

Relativamente ao sexo dos doentes, a distribuição é quase linear, sendo que 53,3% (n=16) são do sexo masculino e 46,7% (n=14) são elementos do sexo feminino. No entanto, quando analisados os diagnósticos de admissão por sexo, encontram-se diferenças (tabela 3). Assim sendo, em relação ao diagnóstico abuso de álcool todos os participantes são do sexo masculino (n=4), o equivalente a 13,3% da amostra. Apenas participantes do sexo feminino (n=5) apresentam o diagnóstico de perturbação bipolar. A maioria dos participantes com diagnóstico de admissão depressão são do sexo feminino (21,4%), enquanto que a maioria dos doentes com esquizofrenia é do sexo masculino (62,5%).

TABELA 3: Distribuição dos doentes de acordo com o sexo e diagnóstico clínico

			Diagnóstico clínico				Total
			Abuso de álcool	Depressão	Esquizofrenia	Perturbação bipolar	
Sexo	Masculino	Contagem	4	2	10	0	16
		% Sexo	25,0%	12,5%	62,5%	0,0%	100,0%
		% do total	13,3%	6,7%	33,3%	0,0%	53,3%
	Feminino	Contagem	0	3	6	5	14
		% Sexo	0,0%	21,4%	42,9%	35,7%	100,0%
		% do total	0,0%	10,0%	20,0%	16,7%	46,7%
Total		Contagem	4	5	16	5	30
		% do total	13,3%	16,7%	53,3%	16,7%	100,0%

Os diagnósticos de admissão dos doentes encontram-se discriminados na Tabela 4, e estão denominados de acordo com o CID-9, que é a classificação em vigor na instituição onde foi implementado o estudo. Relativamente aos grupos psicopatológicos definidos, verificamos que a esquizofrenia representa 53,3% (n=16) da amostra, seguidos dos quadros depressivos e da perturbação bipolar (n=5) com 16,7%. O abuso de álcool é o menos significativo, representando 13,3% (n=4).

TABELA 4: Distribuição dos doentes de acordo o diagnóstico clínico

Variáveis (N=30)		N	%
Diagnóstico Clínico	Abuso de Álcool	4	13,3
	Depressão	5	16,7
	Esquizofrenia	16	53,3
	Perturbação Bipolar	5	16,7

No que concerne à variável alfabetismo, toda a amostra (n=30) sabe ler e escrever (tabela 5).

TABELA 5: Distribuição dos doentes de acordo com alfabetismo

Variáveis (N=30)		N	%
Alfabetismo	Saber ler	30	100,0
	Saber escrever	30	100,0

O equivalente a 40,0% (n=12) dos participantes apresentam o ensino básico - 3º ciclo (9º ano antigo) como o grau académico mais elevado. O valor de 16,7% (n=5) possui o ensino básico - 1º ciclo (4º ano antigo), e a mesma percentagem assinala o ensino secundário - 12º ano (7º ano do liceu/ propedêutico) e a licenciatura. Ainda, 10,0% (n=3) detém o ensino básico - 2º ciclo (6º ano antigo). Especificamente, de acordo com a Tabela 6 a maioria dos doentes com esquizofrenia apresentam o ensino básico, isto é o terceiro ciclo de estudos (n=9; 75,0%). Enquanto, os participantes do estudo com diagnóstico de perturbação bipolar na generalidade são licenciados (n=4; 80,0%).

TABELA 6: Distribuição dos doentes de acordo com a escolaridade e diagnóstico clínico

			Diagnóstico clínico				Total
			Abuso de álcool	Depressão	Esquizofrenia	Perturbação bipolar	
Escolaridade	Ensino básico - 1º ciclo (4º ano antigo)	Contagem	2	1	2	0	5
		% escolaridade	40,0%	20,0%	40,0%	0,0%	100,0%
		% do total	6,7%	3,3%	6,7%	0,0%	16,7%
	Ensino básico - 2º ciclo (6º ano antigo)	Contagem	0	1	2	0	3
		% escolaridade	0,0%	33,3%	66,7%	0,0%	100,0%
		% do total	0,0%	3,3%	6,7%	0,0%	10,0%
	Ensino básico - 3º ciclo (9º ano antigo)	Contagem	1	1	9	1	12
		% escolaridade	8,3%	8,3%	75,0%	8,3%	100,0%
		% do total	3,3%	3,3%	30,0%	3,3%	40,0%
	Ensino secundário - 12º ano (7º ano do liceu/ propedêutico)	Contagem	1	2	2	0	5
		% escolaridade	20,0%	40,0%	40,0%	0,0%	100,0%
		% do total	3,3%	6,7%	6,7%	0,0%	16,7%
	Licenciatura	Contagem	0	0	1	4	5
		% escolaridade	0,0%	0,0%	20,0%	80,0%	100,0%
		% do total	0,0%	0,0%	3,3%	13,3%	16,7%
Total		Contagem	4	5	16	5	30
		% do total	13,3%	16,7%	53,3%	16,7%	100,0%

Em relação ao estado civil, a amostra é composta maioritariamente por elementos solteiros (50,0%; n=15), seguidos dos divorciados (40,0%; n=12). Apenas uma minoria da amostra (n=3) é casado ou vive em união de facto (10,0%). Nenhum participante com o diagnóstico de esquizofrenia é casado (a)/união de facto, a maioria destes participantes é solteiro (n=10; 66,7%). O mesmo se sucede em relação ao diagnóstico de depressão, uma vez que nenhum participante é casado, sendo a maioria destes divorciados (n=3; 25,0%) (tabela 7).

TABELA 7 : Distribuição dos doentes de acordo com estado civil e diagnóstico clínico

			Diagnóstico clínico				Total
			Abuso de álcool	Depressão	Esquizofrenia	Perturbação bipolar	
Estado civil	Solteiro(a)	Contagem	2	2	10	1	15
		% estado civil	13,3%	13,3%	66,7%	6,7%	100,0%
		% do Total	6,7%	6,7%	33,3%	3,3%	50,0%
	Casado(a) / União de facto	Contagem	1	0	0	2	3
		% estado civil	33,3%	0,0%	0,0%	66,7%	100,0%
		% do Total	3,3%	0,0%	0,0%	6,7%	10,0%
	Divorciado(a)	Contagem	1	3	6	2	12
		% estado civil	8,3%	25,0%	50,0%	16,7%	100,0%
		% do Total	3,3%	10,0%	20,0%	6,7%	40,0%
Total		Contagem	4	5	16	5	30
		% do Total	13,3%	16,7%	53,3%	16,7%	100,0%

Relativamente à profissão, a percentagem mais expressiva dos participantes exerce profissões não qualificadas (ou seja, 33,3%; n=10), seguidos daqueles que são operários de instalações de máquinas e trabalhadores de montagem (especificamente 20,0%; n=6). O equivalente a 13,3% (n=4) exerce funções administrativas ou similares. A mesma percentagem também assinalou que exerce funções intelectuais e científicas. Apenas três inquiridos (10%) são operários, artífices e trabalhadores similares. Somente dois participantes (6,7%) exercem funções como pessoal dos serviços e vendedores. Um participante do estudo (3,3%) exerce funções em quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresas (tabela 8).

TABELA 8: Distribuição dos doentes de acordo com a profissão

Variáveis (N=30)		N	%
Profissão	Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresas	1	3,3
	Profissões intelectuais e científicas	4	13,3
	Pessoal administrativo e similares	4	13,3
	Pessoal dos serviços e vendedores	2	6,7
	Operários, artífices e trabalhadores similares	3	10,0
	Operários de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem	6	20,0
	Profissões não qualificadas	10	33,3

Os dados apresentados, na tabela abaixo, mostram que somente 19 inquiridos (63,3%) residem com um familiar.

TABELA 9: Distribuição dos doentes de acordo com coabitação com familiares

Variáveis (N=30)		N	%
Coabita com algum familiar	Sim	19	63,3
	Não	11	36,7

Ainda, o equivalente a 10 doentes (33,3%) reside sozinho, seguidos de sete inquiridos que vivem com os filhos (as) (23,3%). Apenas cinco doentes residem com os pais (16,7%), seguidos de três pacientes que habitam com cônjuge ou companheiro (a) e filhos (as) (10,0%). Os dados retratam que um participante reside com a sua avó e com uma tia (3,3%) e que a mesma percentagem vive numa pensão. Por fim, três indivíduos habitam com o seu irmão (a) (10,0%).

A maioria dos participantes do estudo que habitam sozinhos têm como diagnóstico clínico esquizofrenia (n=6; 60,0%). Mais, a maioria dos doentes que vive com os filhos tem perturbação bipolar e esquizofrenia (n=3; 42,9%). A viver com os pais encontram-se sobretudo os doentes com esquizofrenia (n=4; 80,0%). O mesmo se sucede com os participantes do estudo que vivem com o irmão(a) (n=2; 66,7%). Apenas um participante do estudo com esquizofrenia coabita com os avós e tios. A mesma percentagem apresenta o diagnóstico de abuso de álcool e habita numa pensão com dez pessoas (tabela 10).

TABELA 10: Distribuição dos doentes de acordo com a coabitação e diagnóstico clínico

			Diagnóstico clínico				Total
			Abuso de álcool	Depressão	Esquizofrenia	Perturbação bipolar	
Coabitação	Sozinho(a)	Contagem	1	2	6	1	10
		% coabitação	10,0%	20,0%	60,0%	10,0%	100,0%
		% do total	3,3%	6,7%	20,0%	3,3%	33,3%
	Com cônjuge ou companheiro (a) e filhos(as)	Contagem	1	1	0	1	3
		% coabitação	33,3%	33,3%	0,0%	33,3%	100,0%
		% do total	3,3%	3,3%	0,0%	3,3%	10,0%
	Com filhos(as)	Contagem	1	0	3	3	7
		% coabitação	14,3%	0,0%	42,9%	42,9%	100,0%
		% do total	3,3%	0,0%	10,0%	10,0%	23,3%
	Com os pais	Contagem	0	1	4	0	5
		% coabitação	0,0%	20,0%	80,0%	0,0%	100,0%
		% do total	0,0%	3,3%	13,3%	0,0%	16,7%
	Irmão (a)	Contagem	0	1	2	0	3
		% coabitação	0,0%	33,3%	66,7%	0,0%	100,0%
		% do total	0,0%	3,3%	6,7%	0,0%	10,0%
	Avós e tios	Contagem	0	0	1	0	1
		% coabitação	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
		% do total	0,0%	0,0%	3,3%	0,0%	3,3%
	Numa pensão com 10 pessoas	Contagem	1	0	0	0	1
		% coabitação	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
% do total		3,3%	0,0%	0,0%	0,0%	3,3%	
Total		Contagem	4	5	16	5	30
		% do total	13,3%	16,7%	53,3%	16,7%	100,0%

Nos dados relativos à situação profissional dos doentes, 73,3% (n=22) encontram-se na situação de desemprego, na reforma por invalidez estão 13,3% (n=4), no ativo apenas 13,3% (n=4). Especificamente, todos os participantes do estudo com o diagnóstico de abuso de álcool estão desempregados (n=4; 18,2%). Relativamente ao diagnóstico de depressão, a maioria dos doentes está desempregado (n=4; 18,2%) e apenas um participante está reformado por invalidez (n=1; 25,0%). Maioritariamente, os participantes com esquizofrenia estão desempregados (n=11; 50,0%), seguidos de três doentes que estão reformados por invalidez (75,0%) e apenas dois com esta perturbação estão empregados (50,0%). No que concerne à perturbação bipolar a maioria (n=3; 13,6%) com este diagnóstico encontra-se desempregada (tabela 11).

TABELA 11: Distribuição de doentes de acordo com a situação profissional e diagnóstico clínico

			Diagnóstico clínico				Total
			Abuso de álcool	Depressão	Esquizofrenia	Perturbação bipolar	
Situação profissional	Empregado(a)	Contagem	0	0	2	2	4
		% situação profissional	0,0%	0,0%	50,0%	50,0%	100,0%
		% do total	0,0%	0,0%	6,7%	6,7%	13,3%
	Desempregado (a)	Contagem	4	4	11	3	22
		% situação profissional	18,2%	18,2%	50,0%	13,6%	100,0%
		% do total	13,3%	13,3%	36,7%	10,0%	73,3%
	Reformado (a) por invalidez	Contagem	0	1	3	0	4
		% situação profissional	0,0%	25,0%	75,0%	0,0%	100,0%
		% do total	0,0%	3,3%	10,0%	0,0%	13,3%
	Total		Contagem	4	5	16	5
		% do total	13,3%	16,7%	53,3%	16,7%	100,0%

1.2. Perceção do apoio social na ótica do doente

O campo da saúde mental amplia-se e estende-se às inúmeras possibilidades de inserção social, enquanto fator reabilitador e de potencialização da contratualidade. Neste sentido, por meio do questionário, exploramos a dimensão social das vidas dos participantes e, em especial, a rede social, que é um dos eixos da reabilitação psicossocial.

1.2.1. Tipo de apoio social

Procuramos saber se os participantes do estudo receberiam algum tipo de apoio social, verificando-se pelo teste de qui-quadrado que esse apoio não ocorre com probabilidades iguais, sendo os resultados estatisticamente significativos ($p=0,000$). Assim sendo, de acordo com a Tabela 12, verificamos que 17 doentes recebem apoio social (56,7%), detalhadamente, todos os indivíduos com o diagnóstico de abuso de álcool recebem apoio social ($n=4$; 23,5%), maioritariamente os doentes com depressão e esquizofrenia recebem apoio social ($n=3$; 17,6%; $n=10$; 58,8%), respetivamente. De salientar que nenhum participante do estudo com perturbação bipolar recebe qualquer tipo de apoio ($n=5$; 38,5%).

TABELA 12: Distribuição dos doentes de acordo com a obtenção de apoio social e diagnóstico clínico

			Diagnóstico clínico				Total
			Abuso de álcool	Depressão	Esquizofrenia	Perturbação bipolar	
Recebe algum tipo de apoio social	Sim	Contagem	4	3	10	0	17
		% Recebe algum tipo de apoio social:	23,5%	17,6%	58,8%	0,0%	100,0%
		% do Total	13,3%	10,0%	33,3%	0,0%	56,7%
	Não	Contagem	0	2	6	5	13
		% Recebe algum tipo de apoio social:	0,0%	15,4%	46,2%	38,5%	100,0%
		% do Total	0,0%	6,7%	20,0%	16,7%	43,3%
Total		Contagem	4	5	16	5	30
		% do Total	13,3%	16,7%	53,3%	16,7%	100,0%

No seguimento da questão procuramos determinar a fonte do apoio social que os doentes recebiam. Em relação às necessidades observadas neste estudo, a maioria da amostra recebe apoio proveniente principalmente de uma instituição social. Quando analisada a informação, compreende-se que a maioria dos doentes com diagnóstico de abuso de álcool recebem apenas apoio de uma instituição social (n=3; 23,1%). Também, a mesma percentagem de doentes com depressão assinalou a opção apoio proveniente de uma instituição social. O mesmo se sucede com o diagnóstico de esquizofrenia, uma vez que a maioria dos doentes, recebe apenas apoio de uma instituição social (n=7; 53,8%).

Ainda, de acordo com os dados, apenas um doente com diagnóstico de esquizofrenia recebe apoio de uma instituição social e de um lar de acolhimento. A mesma percentagem com o mesmo diagnóstico recebe apoio de uma instituição social e de uma paróquia. Por último, os dados demonstram que apenas um doente com esquizofrenia vê o seu apoio ser fornecido exclusivamente por uma paróquia, bem como, um doente com perturbação de abuso de álcool recebe apoio proveniente de uma instituição social e do hospital (tabela 13).

TABELA 13: Distribuição dos doentes de acordo com a fonte de apoio social e diagnóstico clínico

			Diagnóstico clínico				Total
			Abuso de álcool	Depressão	Esquizofrenia	Perturbação bipolar	
Fonte do apoio social	Instituição Social	Contagem	3	3	7	0	13
		% fonte de apoio social	23,1%	23,1%	53,8%	0,0%	100,0%
		% do total	10,0%	10,0%	23,3%	0,0%	43,3%
	Instituição Social e Lar de Acolhimento	Contagem	0	0	1	0	1
		% fonte de apoio social	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
		% do total	0,0%	0,0%	3,3%	0,0%	3,3%
	Instituição Social e Paróquia	Contagem	0	0	1	0	1
		% fonte de apoio social	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
		% do total	0,0%	0,0%	3,3%	0,0%	3,3%
	Instituição Social e Hospital	Contagem	1	0	0	0	1
		% fonte de apoio social	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		% do total	3,3%	0,0%	0,0%	0,0%	3,3%
	Paróquia	Contagem	0	0	1	0	1
		% fonte de apoio social	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
		% do total	0,0%	0,0%	3,3%	0,0%	3,3%
Total	Contagem	4	5	16	5	30	
	% do total	13,3%	16,7%	53,3%	16,7%	100,0%	

De seguida, averiguamos qual o tipo de apoio que os participantes do estudo recebiam. De acordo com a tabela a maioria dos doentes recebe apenas apoio económico (n=7; 23,3%). Seguidos dos doentes que recebem apoio económico, na alimentação e nos cuidados de higiene (n= 4; 13,3%).

Detalhadamente, na perturbação de esquizofrenia os dados mostram:

- a maioria dos doentes com esquizofrenia recebe ajuda económica, exclusivamente (n=4; 57,1%), três doentes obtêm apoio económico e na alimentação (100%).
- um doente recebe simultaneamente apoio económico e nos cuidados de higiene.
- um doente recebe apenas apoio na alimentação.
- um doente obtém como ajuda apoio emocional, na alimentação e nos cuidados de higiene.

Prosseguindo, na depressão a maioria dos doentes recebe apoio económico, na alimentação e nos cuidados de higiene (n=2; 50%). Também, dois participantes do estudo com diagnóstico de abuso de álcool assinalam que obtêm o mesmo tipo de ajudas. O mesmo número de doentes com esta perturbação (n=2) refere que recebe apenas apoio económico. Por fim, apenas um doente com depressão menciona que recebe exclusivamente apoio económico (tabela 14).

TABELA 14: Distribuição dos doentes de acordo com o tipo de apoio social e diagnóstico clínico

			Diagnóstico clínico				Total
			Abuso de álcool	Depressão	Esquizofrenia	Perturbação bipolar	
Tipo de apoio social	Apoio económico	Contagem	2	1	4	0	7
		% tipo de apoio social	28,6%	14,3%	57,1%	0,0%	100,0%
		% do total	6,7%	3,3%	13,3%	0,0%	23,3%
	Apoio económico; Apoio na alimentação	Contagem	0	0	3	0	3
		% tipo de apoio social	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
		% do total	0,0%	0,0%	10,0%	0,0%	10,0%
	Apoio económico; Apoio nos cuidados de higiene	Contagem	0	0	1	0	1
		% tipo de apoio social	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
		% do total	0,0%	0,0%	3,3%	0,0%	3,3%
	Apoio económico; Apoio na alimentação; Apoio nos cuidados de higiene	Contagem	2	2	0	0	4
		% tipo de apoio social	50,0%	50,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		% do total	6,7%	6,7%	0,0%	0,0%	13,3%
	Apoio emocional; Apoio na alimentação; Apoio nos cuidados de higiene	Contagem	0	0	1	0	1
		% tipo de apoio social	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
		% do total	0,0%	0,0%	3,3%	0,0%	3,3%
	Apoio na alimentação	Contagem	0	0	1	0	1
		% tipo de apoio social	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
		% do total	0,0%	0,0%	3,3%	0,0%	3,3%
Total	Contagem	4	5	16	5	30	
	% do total	13,3%	16,7%	53,3%	16,7%	100,0%	

Um elemento-chave dos cuidados de saúde mental é a avaliação de necessidades, uma vez que pessoas com doença mental grave geralmente têm uma combinação multifacetada de necessidades clínicas e sociais. Assim sendo, questionamos os participantes do estudo sobre o tipo de apoio que gostariam de receber. De modo a facilitar a leitura dos dados, estes encontram-se divididos por diagnóstico clínico.

Assim sendo, todos os doentes com diagnóstico clínico abuso de álcool referem que necessitam que lhes sejam explicados “como fazer certos cuidados” (n=4; 100%). De seguida este grupo menciona que gostaria de receber apoio emocional (n=3; 75%). Ainda, validação acerca dos cuidados efetuados, informação sobre o tempo que necessitarão de cuidados, informação sobre a sua situação clínica e explicação sobre a gestão da doença, são as necessidades também selecionadas por estes doentes, assim como, auxílio nas tarefas de casa, com as compras e com a alimentação, e necessidade de ter alguém que cuide dos participantes (n=2; 50%). De salientar que dois doentes (50%) com o diagnóstico abuso de

álcool, solicitam especificamente ajuda no sentido de desenvolverem estratégias para deixar esta adição (tabela 15).

TABELA 15: Necessidades dos doentes com diagnóstico clínico abuso de álcool

	Abuso de álcool (N= 4)	% de casos
Apoio emocional (que me ouvissem)	3	75,0
Validação de que estou a fazer bem os cuidados que me ensinaram	2	50,0
Auxílio nas minhas tarefas em casa	2	50,0
Auxílio com as compras	2	50,0
Que alguém ficasse em casa por algum tempo, para cuidar de mim	2	50,0
Que me ajudassem a gerir os conflitos em casa	2	50,0
Que me explicassem como fazer certos cuidados	4	100,0
Que me explicassem quanto tempo mais vou continuar a precisar de cuidados	2	50,0
Que me explicassem o que tenho	2	50,0
Que me explicassem como gerir a minha doença (sintomas, o que fazer quando tenho uma crise)	2	50,0
Outro: Ensinassem estratégia para deixar de beber	2	50,0

Prosseguindo, todos os doentes com diagnóstico clínico depressão referem que necessitam de apoio emocional (n=5; 100%). De seguida, a maioria menciona que gostaria de saber informações acerca da sua doença e gestão da mesma (n=4; 80%). Ainda, dois participantes com este diagnóstico clínico apontam para a necessidade de que lhes sejam validados os cuidados que lhes foram ensinados (40%). Outros aspetos não tão pontuados, mas relevantes, são a necessidade de auxílio com as compras, que alguém fique em casa a cuidar do doente, ajuda na gestão de conflitos e explicação sobre a durabilidade da necessidade de cuidados (n=1; 20%). De realçar que com a mesma percentagem, um participante refere que precisa de apoio na procura de habitação (tabela 16).

TABELA 16: Necessidades dos doentes com diagnóstico clínico depressão

	Depressão (N= 5)	% de casos
Apoio emocional (que me ouvissem)	5	100,0
Validação de que estou a fazer bem os cuidados que me ensinaram	2	40,0
Auxílio com as compras	1	20,0
Que alguém ficasse em casa por algum tempo, para cuidar de mim	1	20,0
Que me ajudassem a gerir os conflitos em casa	1	20,0
Que me explicassem como fazer certos cuidados	1	20,0
Que me explicassem quanto tempo mais vou continuar a precisar de cuidados	1	20,0
Que me explicassem o que tenho	4	80,0
Que me explicassem como gerir a minha doença (sintomas, o que fazer quando tenho uma crise)	4	80,0
Outro: Encontrar um lugar para morar	1	20,0

Identicamente, a generalidade dos doentes com diagnóstico clínico esquizofrenia indica que necessita de apoio emocional e de apoio no sentido da autogestão da doença (n=15; 93,8%). Ainda, um número expressivo de doentes refere que gostaria de saber informações acerca da sua doença e durabilidade da necessidade de cuidados (n=12; 75%). Também, nove participantes (56,3%) com este diagnóstico clínico apontam para a necessidade de validação de que estão a fazer bem os cuidados que lhes foram ensinados. De salientar que 43,8% (n=7) refere que precisa de informação sobre como realizar determinados cuidados. Outros itens não tão pontuados, são a necessidade de auxílio nas tarefas de casa (n=4; 25%), que alguém fique em casa a cuidar do doente (n=2; 12,5%) e ajuda na gestão de conflitos (n=1; 6,3%). De realçar que um participante indica que precisa de apoio na procura de habitação e dois doentes expressam a necessidade de ajuda com a alimentação (tabela 17).

TABELA 17: Necessidades dos doentes com diagnóstico clínico esquizofrenia

	Esquizofrenia (N= 16)	% de casos
Apoio emocional (que me ouvissem)	15	93,8
Validação de que estou a fazer bem os cuidados que me ensinaram	9	56,3
Auxílio nas minhas tarefas em casa	4	25,0
Que alguém ficasse em casa por algum tempo, para cuidar de mim	2	12,5
Que me ajudassem a gerir os conflitos em casa	1	6,3
Que me explicassem como fazer certos cuidados	7	43,8
Que me explicassem quanto tempo mais vou continuar a precisar de cuidados	12	75,0
Que me explicassem o que tenho	12	75,0
Que me explicassem como gerir a minha doença (sintomas, o que fazer quando tenho uma crise)	15	93,8
Outro:		
• Apoio na alimentação	2	12,5
• Encontrar um lugar para morar	1	6,3

Por fim, a maioria dos doentes com diagnóstico clínico perturbação bipolar refere que necessita de apoio emocional e de apoio no sentido da autogestão da doença (n=4; 80%). Ainda, 40% dos doentes deste grupo psicopatológico (n=2) aponta para a necessidade de ter acesso a informação sobre como realizar determinados cuidados, saber a durabilidade da necessidade destes e de validação de que estão a fazer bem os cuidados que lhes foram ensinados. Outros itens não tão expressivos, são a necessidade de que alguém fique em casa a cuidar do doente e de aceder a informação acerca da doença (n=1; 20%) (tabela 18).

TABELA 18: Necessidades dos doentes com diagnóstico clínico perturbação bipolar

	Perturbação bipolar (N= 5)	% de casos
Apoio emocional (que me ouvissem)	4	80,0
Validação de que estou a fazer bem os cuidados que me ensinaram	2	40,0
Que alguém ficasse em casa por algum tempo, para cuidar de mim	1	20,0
Que me explicassem como fazer certos cuidados	2	40,0
Que me explicassem quanto tempo mais vou continuar a precisar de cuidados	2	40,0
Que me explicassem o que tenho	1	20,0
Que me explicassem como gerir a minha doença (sintomas, o que fazer quando tenho uma crise)	4	80,0

1.2.2. Participação em atividades sociais

Através do teste binomial verificamos que existem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,018$) na participação em atividades sociais por parte dos doentes do estudo. Apenas uma minoria da amostra ($n=8$; 26,7%) participa em atividades sociais. De destacar que ninguém com o diagnóstico de abuso de álcool participa em atividades. Contrariamente, a maioria dos doentes com perturbação bipolar ($n=4$; 13,3%) participa nas mesmas (tabela 19).

TABELA 19: Distribuição de doentes por diagnóstico clínico de acordo com a participação em atividades sociais

			Diagnóstico clínico				Total
			Abuso de álcool	Depressão	Esquizofrenia	Perturbação bipolar	
Participação em atividades sociais	Sim	Contagem	0	1	3	4	8
		% do total	0,0%	3,3%	10,0%	13,3%	26,7%
	Não	Contagem	4	4	13	1	22
		% do total	13,3%	13,3%	43,3%	3,3%	73,3%
Total		Contagem	4	5	16	5	30
		% do total	13,3%	16,7%	53,3%	16,7%	100,0%

Dos doentes que participam em atividades sociais (tabela 20):

- um doente com o diagnóstico de depressão (3,3%) participa em atividades numa associação de doentes.
- um doente com esquizofrenia (3,3%) participa nas atividades da associação de doentes que frequenta. A mesma percentagem exerce atividade numa associação recreativa e num centro de dia, respetivamente.
- uma doente com perturbação bipolar (3,3%) exerce atividades simultaneamente numa associação de doentes e num grupo de voluntariado. A mesma percentagem participa num grupo religioso. Apenas 3,3% ($n=1$) exerce atividades no local de trabalho, o mesmo se sucede com uma doente que participa em atividades de voluntariado num museu.

TABELA 20: Distribuição de doentes por diagnóstico clínico de acordo com o tipo de atividades sociais em que participam

			Diagnóstico clínico				Total
			Abuso de álcool	Depressão	Esquizofrenia	Perturbação bipolar	
Tipo de atividades sociais	Associação de doentes	Contagem	0	1	1	0	2
		% do total	0,0%	3,3%	3,3%	0,0%	6,7%
	Associação de doentes e grupo de voluntariado	Contagem	0	0	0	1	1
		% do total	0,0%	0,0%	0,0%	3,3%	3,3%
	Associação recreativa	Contagem	0	0	1	0	1
		% do total	0,0%	0,0%	3,3%	0,0%	3,3%
	Centro de dia	Contagem	0	0	1	0	1
		% do total	0,0%	0,0%	3,3%	0,0%	3,3%
	Grupo religioso	Contagem	0	0	0	1	1
		% do total	0,0%	0,0%	0,0%	3,3%	3,3%
	No local de trabalho	Contagem	0	0	0	1	1
		% do total	0,0%	0,0%	0,0%	3,3%	3,3%
	Voluntariado num museu	Contagem	0	0	0	1	1
		% do total	0,0%	0,0%	0,0%	3,3%	3,3%
	Total	Contagem	4	5	16	5	30
		% do total	13,3%	16,7%	53,3%	16,7%	100,0%

1.2.3. Perceção do apoio recebido por parte dos profissionais de saúde

Relativamente à variável “apoio dos enfermeiros em relação à doença”, a maioria da amostra 53,3% (n=16) considera que recebe apoio adequado. No entanto, a maioria dos participantes do estudo com diagnóstico de depressão e perturbação bipolar consideram que não recebem apoio por parte dos enfermeiros em relação à sua condição clínica (tabela 21).

TABELA 21: Perceção do apoio recebido pelos enfermeiros de acordo com o diagnóstico clínico

			Diagnóstico clínico				Total
			Abuso de álcool	Depressão	Esquizofrenia	Perturbação bipolar	
Apoio por parte dos enfermeiros	Sim	Contagem	3	2	9	2	16
		% apoio por parte dos enfermeiros	18,8%	12,5%	56,3%	12,5%	100,0%
		% do total	10,0%	6,7%	30,0%	6,7%	53,3%
	Não	Contagem	1	3	7	3	14
		% apoio por parte dos enfermeiros	7,1%	21,4%	50,0%	21,4%	100,0%
		% do total	3,3%	10,0%	23,3%	10,0%	46,7%
Total	Contagem	4	5	16	5	30	
	% do total	13,3%	16,7%	53,3%	16,7%	100,0%	

Quando questionados sobre se tinham oportunidades para esclarecer dúvidas, falar sobre os seus medos e preocupações com os enfermeiros ou outros técnicos, a maioria da amostra (n=18, 60,0%) considera ver esta necessidade suprimida, no entanto, 40% (n=12) carece de tais momentos. De salientar que, os dados apontam para o facto de a globalidade

dos doentes com diagnóstico de abuso de álcool não verem esta necessidade satisfeita (tabela 22).

TABELA 22: Oportunidades para esclarecer dúvidas, falar sobre os seus medos e preocupações de acordo com o diagnóstico clínico

			Diagnóstico clínico				Total
			Abuso de álcool	Depressão	Esquizofrenia	Perturbação bipolar	
Oportunidades para esclarecer dúvidas, falar sobre medos e preocupações	Sim	Contagem	1	3	11	3	18
		% oportunidades para esclarecer dúvidas, falar sobre os seus medos e preocupações	5,6%	16,7%	61,1%	16,7%	100,0%
		% do total	3,3%	10,0%	36,7%	10,0%	60,0%
	Não	Contagem	3	2	5	2	12
		% oportunidades para esclarecer dúvidas, falar sobre os seus medos e preocupações	25,0%	16,7%	41,7%	16,7%	100,0%
		% do total	10,0%	6,7%	16,7%	6,7%	40,0%
Total		Contagem	4	5	16	5	30
		% do total	13,3%	16,7%	53,3%	16,7%	100,0%

Relativamente ao profissional de saúde de referência, os resultados do estudo mostram através do teste do qui quadrado diferenças estatisticamente significativas ($p=0,000$), sendo que 26,7% ($n= 8$) dos doentes assinalam o médico de família como profissional de saúde de referência. Contudo, 63,3% ($n=19$) referem ter procurado ajuda profissional, em situações em que tivessem sentido necessidade de ajuda imediata, junto do médico psiquiátrico. Apenas 6,7% ($n=2$) recorre em primeiro lugar ao médico privado e, apenas 3,3% ($n=1$) menciona ter procurado ajuda profissional nestas circunstâncias junto do enfermeiro do hospital psiquiátrico (tabela 23).

TABELA 23: Profissional de saúde de referência

	N	%
Médico de família	8	26,7
Médico privado	2	6,7
Medico psiquiátrico	19	63,3
Enfermeiro do hospital psiquiátrico	1	3,3
Total	30	100,0

1.2.4. Percepção do apoio recebido por parte da rede social

As investigações mostram que há relação direta entre suporte familiar ou relações familiares harmoniosas, estabilidade do quadro e menor número de recaídas. Deste modo, procuramos saber se os doentes creem que têm contacto suficiente com os seus filhos(as), familiares, amigos(as), vizinhos(as). Através do teste binomial verificamos diferenças estatisticamente significativas ($p=0,018$). De acordo com a Tabela 24, embora todos os participantes tenham família (pais, irmãos, tios) e a maioria resida com seus familiares, a globalidade da amostra relata um contacto insuficiente com os mesmos ($n=22$; 73,3%). Particularmente, todos os indivíduos com o diagnóstico de esquizofrenia ($n=16$; 53,3%) considera que não tem contacto suficiente com a sua rede social. O mesmo se sucede com a maioria dos participantes da investigação com diagnóstico de depressão ($n=3$; 10,0%). Contrariamente, a generalidade dos doentes com perturbação bipolar considera ter contacto suficiente com a sua rede de social ($n=4$; 13,3%).

TABELA 24: Percepção do apoio recebido por parte da rede social de acordo com o diagnóstico clínico

			Diagnóstico clínico				Total
			Abuso de álcool	Depressão	Esquizofrenia	Perturbação bipolar	
Contacto com a rede social	Sim	Contagem	2	2	0	4	8
		% contacto com a rede social	25,0%	25,0%	0,0%	50,0%	100,0%
		% do total	6,7%	6,7%	0,0%	13,3%	26,7%
	Não	Contagem	2	3	16	1	22
		% contacto com a rede social	9,1%	13,6%	72,7%	4,5%	100,0%
		% do total	6,7%	10,0%	53,3%	3,3%	73,3%
Total	Contagem	4	5	16	5	30	
	% do total	13,3%	16,7%	53,3%	16,7%	100,0%	

1.3. A medicação e os seus obstáculos

O abandono da medicação, reconhecido pelo profissional de saúde como não adesão ao regime medicamentoso, foi descrito pelos participantes como um dos aspetos associados às repetidas recaídas, o que aponta para a relevância desta questão. Contudo, apesar dos avanços psicofarmacológicos e da melhoria da qualidade de vida que o uso regular do medicamento tem proporcionado ao longo das últimas décadas, a partir dos dados obtidos com o preenchimento do questionário, pode-se identificar a suspensão intencional do uso da medicação, justificada tanto pelos efeitos colaterais que provocam como pelo facto de o doente não admitir o seu sofrimento mental.

1.3.1. Percepção do estado de saúde

Através do teste qui quadrado verificamos diferenças estatisticamente significativas ($p=0,001$). A maioria da amostra (63,3%; $n=19$), considera o seu estado de saúde “mau”, sendo que três doentes avaliam a sua saúde como “muito mau” (10,0%). Em oposição, 26,7% da amostra ($n=8$) considera o seu estado de saúde “bom”. São os participantes com o diagnóstico de esquizofrenia que têm uma visão mais pessimista do seu estado de saúde considerando-o como “mau” (36,7%) e “muito mau” (6,7%) (tabela 25).

TABELA 25: Percepção do estado de saúde dos doentes de acordo com o diagnóstico clínico

			Diagnóstico clínico				Total
			Abuso de álcool	Depressão	Esquizofrenia	Perturbação bipolar	
Percepção do estado de saúde	Bom	Contagem	2	1	3	2	8
		% do total	6,7%	3,3%	10,0%	6,7%	26,7%
	Mau	Contagem	2	3	11	3	19
		% do total	6,7%	10,0%	36,7%	10,0%	63,3%
	Muito mau	Contagem	0	1	2	0	3
		% do total	0,0%	3,3%	6,7%	0,0%	10,0%
Total		Contagem	4	5	16	5	30
		% do total	13,3%	16,7%	53,3%	16,7%	100,0%

1.3.2. Tipologia do regime medicamentoso

De acordo com a Tabela 26, todos os participantes do estudo ($n=30$; 100%) têm terapêutica prescrita.

TABELA 26: Participantes com terapêutica prescrita de acordo com o diagnóstico clínico

			Diagnóstico clínico				Total
			Abuso de álcool	Depressão	Esquizofrenia	Perturbação bipolar	
Faz medicação?	Sim	Contagem	4	5	16	5	30
		% do total	13,3%	16,7%	53,3%	16,7%	100,0%

De seguida os participantes do estudo foram questionados sobre o tipo de medicação que cumpriam, sendo que podiam assinalar mais do que uma opção de resposta num total de seis hipóteses. De modo a facilitar a leitura dos dados, estes são apresentados em tabela de acordo com o diagnóstico clínico do doente.

Assim sendo, em consonância com a Tabela 27, todos os participantes do estudo com diagnóstico clínico de abuso de álcool (n=4) têm prescrito medicação para dormir e medicação para a perturbação que lhes foi diagnosticada. Apenas um doente (25%) cumpre medicação para a ansiedade.

TABELA 27: Medicação prescrita para os doentes com diagnóstico clínico abuso de álcool

	Abuso de álcool (N= 4)	% de casos
Medicação para dormir	4	100,0
Medicação para a ansiedade	1	25,0
Medicação para a perturbação que me foi diagnosticada	4	100,0

Proseguindo, todos os participantes do estudo com diagnóstico clínico de depressão (n=5) têm prescrito medicação para dormir. Ainda, 60% dos doentes deste grupo psicopatológico (n=3) cumprem medicação para a depressão e para a ansiedade. Apenas dois doentes respondem que têm prescrito medicação para a perturbação que lhes foi diagnosticada (40%). De salientar que 20% dos doentes com depressão afirma cumprir medicação para a esquizofrenia e para a perturbação bipolar (tabela 28).

TABELA 28: Medicação prescrita para os doentes com diagnóstico clínico depressão

	Depressão (N= 5)	% de casos
Medicação para dormir	5	100,0
Medicação para a depressão	3	60,0
Medicação para a esquizofrenia	1	20,0
Medicação para a doença bipolar	1	20,0
Medicação para a ansiedade	3	60,0
Medicação para a perturbação que me foi diagnosticada	2	40,0

Similarmente, a generalidade dos participantes do estudo com diagnóstico clínico de esquizofrenia tem prescrito medicação para dormir (n=15; 93,8%). Ainda, 81,3% dos doentes deste grupo psicopatológico (n=13) cumprem medicação para a esquizofrenia. Apenas cinco doentes responderam que têm prescrito medicação para a perturbação que lhes foi diagnosticada (31,3%). De salientar que 12,5% dos doentes afirma cumprir medicação para a ansiedade e para a depressão (tabela 29).

TABELA 29: Medicação prescrita para os doentes com diagnóstico clínico esquizofrenia

	Esquizofrenia (N= 16)	% de casos
Medicação para dormir	15	93,8
Medicação para a depressão	2	12,5
Medicação para a esquizofrenia	13	81,3
Medicação para a ansiedade	2	12,5
Medicação para a perturbação que me foi diagnosticada	5	31,3

No que concerne aos participantes do estudo com diagnóstico clínico de perturbação bipolar, a maioria refere que tem prescrito medicação para dormir e para a doença bipolar (n=4; 80%). Ainda, 20% dos doentes deste grupo psicopatológico cumprem medicação para a perturbação que lhes foi diagnosticada, para a ansiedade e para a depressão (tabela 30).

TABELA 30: Medicação prescrita para os doentes com diagnóstico clínico perturbação bipolar

	Perturbação Bipolar (N= 5)	% de casos
Medicação para dormir	4	80,0
Medicação para a depressão	1	20,0
Medicação para a doença bipolar	4	80,0
Medicação para a ansiedade	1	20,0
Medicação para a perturbação que me foi diagnosticada	1	20,0

Em relação à medicação injetável *depôt*, esta apenas está prescrita a três indivíduos que compõe a amostra e que têm como diagnóstico clínico esquizofrenia, sendo que 6,7% (n=2) tem prescrito haldol decanoato e 3,3% (n=1) xeplion.

1.3.3. Motivos para incumprimento do regime medicamentoso

Quanto ao cumprimento do regime medicamentoso, através do teste binomial verificaram-se diferenças estatisticamente significativas ($p=0,000$). De acordo com a Tabela 31, o abandono da medicação, reconhecido como não adesão à terapêutica medicamentosa, foi evidente, com 83,3% da amostra (n=25) a referir que não cumprem a medicação, o que aponta para a relevância desta questão.

TABELA 31: Cumprimento do regime medicamentoso de acordo com o diagnóstico clínico

			Diagnóstico clínico				Total
			Abuso de álcool	Depressão	Esquizofrenia	Perturbação bipolar	
Cumprimento da medicação	Sim	Contagem	1	1	2	1	5
		% cumpre a medicação	20,0%	20,0%	40,0%	20,0%	100,0%
		% do total	3,3%	3,3%	6,7%	3,3%	16,7%
	Não	Contagem	3	4	14	4	25
		% cumpre a medicação	12,0%	16,0%	56,0%	16,0%	100,0%
		% do total	10,0%	13,3%	46,7%	13,3%	83,3%
Total		Contagem	4	5	16	5	30
		% do total	13,3%	16,7%	53,3%	16,7%	100,0%

Em relação aos motivos para a falta de adesão ao regime medicamentoso, entre estes estão os efeitos colaterais desagradáveis da medicação (17,8%) e consequente perceção de que o uso da mesma causa mais limitações do que alívio do sofrimento na vida quotidiana (28,9%) e a suspensão da medicação uma vez que o doente tem uma perspetiva positiva da sua saúde (35,6%). Ainda, nos casos em que o doente aceita ser medicado, há uma tendência ao esquecimento de alguns dos horários prescritos (6,7%). Outros aspetos como a falta de recursos económicos para aceder à medicação (4,4%), são apontados como responsável pela baixa adesão medicamentosa.

Para compreender detalhadamente os motivos para o incumprimento do regime medicamentoso, estes são apresentados em tabela de acordo com o diagnóstico clínico do doente, sendo que os doentes podiam assinalar mais do que uma opção de resposta num total de cinco hipóteses. Segundo a Tabela 32, 66,7% dos participantes do estudo com diagnóstico clínico abuso de álcool (n=2) assumem não ter dinheiro para os medicamentos como fator para o incumprimento da medicação. Apenas um doente (33,3%) revela que não cumpre o regime medicamentoso pelo facto de este alterar a sua vida quotidiana.

TABELA 32: Motivos para o incumprimento do regime medicamentoso nos doentes com abuso de álcool

	Abuso de álcool (N= 3)	%
Não ter dinheiro para os medicamentos	2	66,7
A medicação alterava a minha vida do dia a dia (não conseguia fazer as minhas atividades)	1	33,3

Identicamente, 50% dos participantes do estudo com diagnóstico clínico de depressão (n=2) indicam como fator para o incumprimento da medicação, o facto de este alterar a sua vida quotidiana, bem como, a suspensão da medicação uma vez que têm uma perspetiva

positiva da sua saúde. Com a mesma percentagem, 25% dos doentes deste grupo psicopatológico (n=1) identificam como motivos para a não adesão à terapêutica o esquecimento da mesma, os efeitos colaterais e o estigma associado à necessidade de medicação, visível na afirmação “queria conseguir seguir com a minha vida sem medicação” (tabela 33).

TABELA 33: Motivos para o incumprimento do regime medicamentoso nos doentes com depressão

	Depressão (N= 4)	%
Sentia-me bem e achava que já não precisava da medicação	2	50,0
A medicação alterava a minha vida do dia a dia (não conseguia fazer as minhas atividades)	2	50,0
Tinha muitos efeitos secundários	1	25,0
Outro, qual?		
• Esquecimento	1	25,0
• Queria conseguir seguir com a minha vida sem medicação	1	25,0

Igualmente e em consonância com a Tabela 34, a maioria dos participantes do estudo com diagnóstico clínico de esquizofrenia (n=10; 71,4%) indicam como fator para o incumprimento da medicação, a perceção positiva da sua saúde. Ainda, 64,3% destes doentes, revela que a medicação os impede de executar as suas atividades diárias, daí a suspensão da toma da mesma. Também, uma percentagem significativa (50%) dos doentes deste grupo psicopatológico aponta como motivo para a não adesão ao regime medicamentoso os efeitos secundários da terapêutica. Com menor percentagem, 14,3% dos doentes deste grupo (n=2) identificam como motivos para a não adesão o estigma associado à necessidade de medicação, visível na afirmação “sempre que tomo um comprimido lembro-me que sou maluco (a)” e, o esquecimento da medicação (n=1; 7,1%).

TABELA 34: Motivos para o incumprimento do regime medicamentoso nos doentes com esquizofrenia

	Esquizofrenia (N= 14)	%
Sentia-me bem e achava que já não precisava da medicação	10	71,4
A medicação alterava a minha vida do dia a dia (não conseguia fazer as minhas atividades)	9	64,3
Tinha muitos efeitos secundários	7	50,0
Outro, qual?		
• Esquecimento	1	7,1
• Sempre que tomo um comprimido lembro-me que sou maluco (a)	2	14,3

Em relação aos participantes do estudo com diagnóstico clínico de perturbação bipolar, todos (n=4; 100,0%) indicam como fator para o incumprimento da medicação, a perceção positiva da sua saúde. Com menor percentagem, 25% dos doentes deste grupo (n=1) identificam como motivos para a não adesão, o esquecimento dos horários da terapêutica e o facto de a medicação os impedir de executar as suas atividades diárias (tabela 35).

TABELA 35: Motivos para o incumprimento do regime medicamentoso nos doentes com perturbação bipolar

	Perturbação bipolar (N= 4)	%
Sentia-me bem e achava que já não precisava da medicação	4	100,0
A medicação alterava a minha vida do dia a dia (não conseguia fazer as minhas atividades)	1	25,0
Outro, qual? <ul style="list-style-type: none"> • Esquecimento 	1	25,0

1.4. Compreender os sinais e sintomas da recaída na ótica do doente

Os participantes conseguiram descrever um conjunto de alterações que identificam como sinais e sintomas de uma recaída. De um total de 35 opções, sendo que os inquiridos podiam selecionar mais do que uma resposta, todos os doentes com diagnóstico de abuso de álcool (n=4; 100%) referenciaram “irritação fácil” e “perder a paciência facilmente”. Com uma percentagem significativa (75%), os doentes deste grupo psicopatológico apontam como sintomatologia de recaída o “sono alterado”; “agitação”; “sensação de tensão crescente”; “ansiedade” e “não se preocupar com a aparência ou a higiene”. De salientar que 50% (n=2) descreve como sintomas de recaída em saúde mental o “desinteresse em todas as coisas”; “inquietação”; “perder a paciência facilmente”; “sentir-se triste ou deprimido”; “sentir-se esquecido ou muito longe”; “sentir-se incapaz”; “sentir-se tenso, com medo ou ansioso” e “sensação de cansaço ou falta de energia” (tabela 36).

TABELA 36: Sinais e sintomas de recaída na perspectiva dos doentes com abuso de álcool

	Abuso de álcool (N= 4)	% de casos
Desinteresse em todas as coisas	2	50,0
Sono alterado	3	75,0
Inquietação	2	50,0
Irritação Fácil	4	100,0
Agitação	3	75,0
Sensação de tensão crescente	3	75,0
Ansiedade	3	75,0
Não se preocupar com aparência ou higiene	3	75,0
Sentir-se triste ou deprimido	2	50,0
Sentir-se esquecido ou “muito longe”	2	50,0
Sentir-se incapaz	2	50,0
Sentir-se tenso, com medo ou ansioso	2	50,0
Perder a paciência facilmente	4	100,0
Sensação de cansaço ou falta de energia	2	50,0

A partir dos dados da Tabela 37 constatamos a existência de alguns resultados estatisticamente significativos para o diagnóstico abuso de álcool. Há uma correlação positiva bastante significativa entre alguns itens dos sinais e sintomas de recaída (considerada uma correlação perfeita, $r_s=1$); com todas as avaliações a apresentarem valores inferiores a 0,01 ($p<0,01$). Assim sendo, de acordo com a tabela abaixo, em média, quando um doente com abuso de álcool apresenta como sintomatologia “isolamento” será provável que manifeste também dificuldade de concentração, descuido com a sua aparência, se sinta triste e deprimido, bem como, sensação de impotência ou inutilidade.

TABELA 37: Correlação de sintomatologia de recaída para o diagnóstico de abuso de álcool

Sinais e sintomas de recaída	S7	S10	S11	S12	S13	S16	S20	S21	S23
S1	1**		1**					1**	
S2		1**	1**	1**	1**	1**	1**		1**
S4		1**		1**	1**	1**	1**		
S7			1**					1**	
S8	1**		1**					1**	
S13		1**		1**		1**	1**		1**
S16		1**		1**	1**		1**		1**
S20		1**		1**	1**	1**			1**
S21	1**		1**						
S23		1**		1**	1**	1**	1**		
S31		1**		1**					

Nota: **correlação significativa para um nível de significância de $p < 0,01$ (bilateral)

Legenda: S1- desinteresse em todas as coisas; S2- isolamento; S4- inquietação; S7 - sensação de tensão crescente; S8 - ansiedade; S10- dificuldade de concentração; S11 - não se preocupar com aparência ou a higiene; S12- perder a paciência facilmente; S13 - sentir-se triste e deprimido; S16- sentir-se inútil ou impotente; S20 - sentir-se esquecido ou “muito longe”; S21 - sentir-se incapaz; S23- sentir-se tenso, com medo ou ansioso; S31 - sensação de cansaço ou falta de energia.

Prosseguindo, conforme a Tabela 38, todos os doentes com diagnóstico de depressão (n=5; 100%) referenciam como sintomatologia de recaída o “sono alterado” e “sentir-se inútil ou impotente”. Ainda, 80% (n=4) seleciona os itens “isolamento”; “preocupação excessiva com as coisas”; “dificuldade de concentração”; “sentir-se triste e deprimido”; “sentir-se incapaz” e “sensação de cansaço ou falta de energia” como sintomatologia de recaída em psiquiatria. Também “desinteresse em todas as coisas”; “inquietação”; “não se preocupar com aparência ou higiene”; “sentir-se vigiado”; “sentir-se confuso ou perplexo” e “sentir-se tenso, com medo ou ansioso” são itens pontuados por este grupo psicopatológico como sinais e sintomas de recaída em saúde mental (n=3; 60%).

TABELA 38: Sinais e sintomas de recaída na perspectiva dos doentes com depressão

	Depressão (N=5)	% de casos
Desinteresse em todas as coisas	3	60,0
Isolamento	4	80,0
Sono alterado	5	100,0
Inquietação	3	60,0
Preocupação excessiva com as coisas	4	80,0
Dificuldade de concentração	4	80,0
Não se preocupar com aparência ou higiene	3	60,0
Sentir-se triste ou deprimido	4	80,0
Sentir-se vigiado	3	60,0
Sentir-se inútil ou impotente	5	100,0
Sentir-se confuso ou perplexo	3	60,0
Sentir-se incapaz	4	80,0
Sentir-se tenso, com medo ou ansioso	3	60,0
Sensação de cansaço ou falta de energia	4	80,0

Após análise dos dados da Tabela 39 constatamos a existência de alguns resultados estatisticamente significativos. Existe uma associação muito significativa entre alguns itens dos sinais e sintomas de recaída no grupo de doentes com depressão (considerada uma correlação perfeita, $r_s=1$); com todas as associações a apresentarem valores inferiores a 0,01 ($p<0,01$). A título de exemplo, o sintoma de recaída “agitação” apresenta uma correlação positiva perfeita com os sintomas “irritação fácil”; “ansiedade”; “dificuldade de concentração”; “sentir-se teimoso, recusando a realização de pedidos simples” e “perder a paciência facilmente”.

TABELA 39: Correlação de sintomatologia de recaída para o diagnóstico de depressão

Sinais e sintomas de recaída	S2	S4	S6	S7	S8	S10	S11
S1						1**	1**
S5			1**		1**		
S8			1**				
S10	1**		1**	1**			
S14				1**			
S17		1**					
S18			1**		1**		
S21	1**					1**	
S30			1**		1**		

Nota: **correlação significativa para um nível de significância de $p < 0,01$ (bilateral)

Legenda: S1- desinteresse em todas as coisas; S2- isolamento; S4- inquietação; S5- irritação fácil; S6- agitação; S7- sensação de tensão crescente; S8 - ansiedade; S10- dificuldade de concentração; S11 - não se preocupar com a aparência ou a higiene; S14 - sentir como se os pensamentos não fossem “meus”; S17 - sentir-se confuso ou perplexo; S18 - sentir-se teimoso, recusando realização de pedidos simples; S21 - sentir-se incapaz; S30 - perder a paciência facilmente.

Igualmente, todos os doentes com diagnóstico de esquizofrenia (n=16; 100%) referem como sintoma de recaída o item “sentir-se vigiado”. Identicamente, 87,5% deste grupo de doentes (n=14) menciona os itens “sentir como se os pensamentos não fossem ‘meus’” e “sentir-se como se o pensamento fosse controlado” como sintoma de recaída. Ainda, 13 doentes (81,3%) identificam como sintomatologia de recaída em saúde mental o “sono alterado” e “comportar-se estranhamente sem motivo”. De salientar também como respostas representativas o “isolamento” e “sentir-se confuso ou perplexo” (n=12; 75,0%). Ainda, outros itens significativos são a “preocupação excessiva com as coisas” (n=11; 68,8%) e com percentagem de 56,3% as respostas “sentir-se tenso, com medo ou ansioso” e “ter discurso confuso e cheio de palavras estranhas”. O equivalente a 50% (n=8) aponta a “ansiedade” como sinal e sintoma de recaída em saúde mental (tabela 40).

TABELA 40: Sinais e sintomas de recaída na perspectiva dos doentes com esquizofrenia

	Esquizofrenia (N=16)	% de casos
Isolamento	12	75,0
Sono alterado	13	81,3
Ansiedade	8	50,0
Preocupação excessiva com as coisas	11	68,8
Sentir como se os pensamentos não fossem “meus”	14	87,5
Sentir-se vigiado	16	100,0
Sentir-se confuso ou perplexo	12	75,0
Sentir-se como se o pensamento fosse controlado	14	87,5
Sentir-se tenso, com medo ou ansioso	9	56,3
Ter discurso confuso e cheio de palavras estranhas	9	56,3
Comportar-se estranhamente sem motivo	13	81,3

A Tabela 41 permite analisar a correlação entre os sinais e sintomas de recaída selecionados pelos participantes do grupo psicopatológico esquizofrenia. Existem correlações moderadas, positivas e negativas, entre alguns dos sintomas identificados pelos doentes com esta perturbação. Por exemplo, de acordo com a tabela abaixo, a sintomatologia “sono alterado” apresenta uma correlação negativa moderada com “sentir-se muito falante ou de saída” ($r_s = -0,535$) e com “ter novas ideias constantemente a entrar na mente” ($r_s = -0,583$). Ainda o item “sono alterado” apresenta uma associação alta com o sintoma “sentir-se muito animado” ($r_s = -0,784$).

TABELA 41: Correlação de sintomatologia de recaída para o diagnóstico de esquizofrenia

Sinais e sintomas de recaída	S2	S3	S5	S8	S10	S12
S5						,707**
S19		-,784**				
S22	,650**		-,555*			
S25		-,535*				
S29				-,535*		
S31					,535*	
S34	-,829**	-,583*				

Nota: **correlação significativa para um nível de significância de $p < 0,01$ (bilateral)

* correlação é significativa no nível $p < 0,05$ (bilateral).

Legenda: S2- isolamento; S3- sono alterado; S5- irritação fácil; S8 - ansiedade; S10- dificuldade de concentração; S12 - perder a paciência facilmente; S19- sentir-se muito animado; S22- sentir-se como se o pensamento fosse controlado; S25- sentir-se muito falante ou de saída; S29- comportar-se estranhamente sem motivo; S31 - sensação de cansaço ou falta de energia; S34- ter novas ideias constantemente a entrar na mente.

Por fim, segundo a Tabela 42, a generalidade dos participantes com perturbação bipolar ($n=4$; 80,0%) referem os itens “inquietação”; “agitação” e “sentir-se muito enérgica ou que necessitem de pouco sono” como principais sinais e sintomas da recaída. Ainda, são assinaladas como respostas representativas de sintomatologia da recaída (60,0%) “sono alterado”; “ansiedade”; “sentir-se muito confiante ou extremamente feliz”; “comportar-se estranhamente sem motivo” e “ter novas ideias constantemente a entrar na mente”. Outros sinais e sintomas da recaída identificados por este grupo psicopatológico ($n=2$; 40,0%) são “preocupação excessiva com as coisas”; “dificuldade de concentração”; “sentir-se triste ou deprimido”; “sentir-se tenso, com medo ou ansioso” e “sentir-se muito falante ou de saída”.

TABELA 42: Sinais e sintomas de recaída na perspectiva dos doentes com perturbação bipolar

	Perturbação Bipolar (N=5)	% de casos
Sono alterado	3	60,0
Inquietação	4	80,0
Agitação	4	80,0
Ansiedade	3	60,0
Preocupação excessiva com as coisas	2	40,0
Dificuldade de concentração	2	40,0
Sentir-se triste ou deprimido	2	40,0
Sentir-se tenso, com medo ou ansioso	2	40,0
Sentir-se muito energética ou que necessitem de pouco sono	4	80,0
Sentir-se muito falante ou de saída	2	40,0
Sentir-se muito confiante ou extremamente feliz	3	60,0
Comportar-se estranhamente sem motivo	3	60,0
Ter novas ideias constantemente a entrar na mente	3	60,0

A Tabela 43 permite verificar a correlação entre os sinais e sintomas da recaída selecionados pelos participantes do grupo com perturbação bipolar. Existem correlações perfeitas, positivas e negativas, entre alguns dos sintomas identificados pelos doentes com esta perturbação. Por exemplo, de acordo com a tabela abaixo, o sintoma de recaída “dificuldade de concentração” apresenta uma correlação positiva muito alta com “desinteresse em todas as coisas” ($r_s=1$) e com “sentir-se triste e deprimido” ($r_s=1$). Por outro lado, o item “inquietação” apresenta uma associação negativa bastante elevada com o sintoma “sentir-se muito animado” ($r_s=-1$).

TABELA 43: Correlação de sintomatologia de recaída para o diagnóstico de perturbação bipolar

Sinais e sintomas de recaída	S1	S4	S5	S6	S8	S9	S10
S1							1**
S7					-1**		
S8				-1**			
S13	1**						1**
S19		-1**					
S23						1**	
S29					1**		
S30			1**				
S31			1**				

Nota: **correlação significativa para um nível de significância de $p < 0,01$ (bilateral)

Legenda: S1 - desinteresse em todas as coisas; S4- inquietação; S5- irritação fácil; S6 - agitação; S7- sensação de tensão crescente; S8 - ansiedade; S9 - preocupação excessiva com as coisas; S10- dificuldade de concentração; S13- sentir-se triste e deprimido; S19- sentir-se muito animado; S23 - sentir-se tenso com medo ou ansioso; S29- comportar-se estranhamente sem motivo; S30- perder a paciência facilmente; S31 - sensação de cansaço ou falta de energia.

De seguida consideramos pertinente procurar saber quanto tempo os participantes do estudo demoraram desde que sentiram os sinais e sintomas da recaída até procurarem ajuda. Através do teste de qui quadrado verificamos existir diferenças estatisticamente significativas ($p=0,000$). O intervalo de tempo de procura de ajuda está compreendido entre os três e os 545 dias, sendo que em média a amostra demora aproximadamente 96 dias a

pedir apoio. A mediana indica que pelo menos 50% dos doentes demora igual ou menos de 60 dias a procurar ajuda (tabela 44).

TABELA 44: Medidas de tendência central - tempo, desde a sintomatologia e recaída até procurar ajuda

Dias desde a sintomatologia de recaída até procurar ajuda (N=30)	
Média	96,10
Mediana	60,00
Mínimo	3
Máximo	545

Particularmente, a maioria dos doentes com abuso de álcool (n=3) demoram mais de 90 dias a procurar a ajuda. Todos os doentes com diagnóstico de depressão (n=5) prolongam a procura de apoio até 60 dias. Contrariamente, todos os participantes do estudo com perturbação bipolar (n=5) solicitam ajuda em menos de 45 dias após a sintomatologia. Por fim, a maioria dos doentes com esquizofrenia (n=12) demoram mais de 60 dias a pedir ajuda após identificar sinais e sintomas de que estão a ter uma recaída (tabela 45).

TABELA 45: Tempo em dias, desde a sintomatologia de recaída até procurar ajudar

			Diagnóstico clínico				Total
			Abuso de álcool	Depressão	Esquizofrenia	Perturbação bipolar	
Tempo em dias, desde a sintomatologia de recaída até procurar ajudar	3	Contagem	0	0	0	1	1
		% do total	0,0%	0,0%	0,0%	3,3%	3,3%
	10	Contagem	0	0	1	0	1
		% do total	0,0%	0,0%	3,3%	0,0%	3,3%
	15	Contagem	1	0	0	3	4
		% do total	3,3%	0,0%	0,0%	10,0%	13,3%
	30	Contagem	0	0	3	0	3
		% do total	0,0%	0,0%	10,0%	0,0%	10,0%
	45	Contagem	0	0	0	1	1
		% do total	0,0%	0,0%	0,0%	3,3%	3,3%
	60	Contagem	0	1	5	0	6
		% do total	0,0%	3,3%	16,7%	0,0%	20,0%
	90	Contagem	1	2	2	0	5
		% do total	3,3%	6,7%	6,7%	0,0%	16,7%
	120	Contagem	1	0	1	0	2
		% do total	3,3%	0,0%	3,3%	0,0%	6,7%
	180	Contagem	1	2	3	0	6
		% do total	3,3%	6,7%	10,0%	0,0%	20,0%
	545	Contagem	0	0	1	0	1
		% do total	0,0%	0,0%	3,3%	0,0%	3,3%
Total		Contagem	4	5	16	5	30
		% do total	13,3%	16,7%	53,3%	16,7%	100,0%

No seguimento da questão, os participantes do estudo foram questionados se conseguiam identificar um sinal de alerta de que estavam a ter uma recaída. Esta questão de resposta aberta, foi respondida por todos os doentes, as respostas foram expressas por palavras/unidades de registo, sendo as mais significativas: “alteração de comportamento” (23,3%), “confusão” (13,3%), “apatia” (10%), “despir-se na rua” (10%) e “vontade de morrer” (10%). Para o diagnóstico de abuso de álcool os sinais de alerta identificados foram “alteração de comportamento”; “alteração na aparência e higiene”; “consumo excessivo de álcool” e “vontade de morrer”. A maioria dos participantes com depressão (n=3) descreveram a “apatia” como sinal de alerta e dois doentes mencionaram a “vontade de morrer” como sintoma chave. No caso dos participantes com esquizofrenia os sinais de alerta descritos foram “alteração de comportamento” (n=6); “confusão” (n=4); “alucinações” e “despir-me na rua” (n=2); “alteração do pensamento” e “inquietação” (n=1). Para a perturbação bipolar os sinais de alerta abrangeram a “ansiedade”; “despir-me na rua”; “estadio depressivo”; “irritação fácil” e “sentir muita energia” (tabela 46).

TABELA 46: Sinais de alerta de recaída em saúde mental identificados pelos participantes

			Diagnóstico clínico				Total
			Abuso de álcool	Depressão	Esquizofrenia	Perturbação bipolar	
Sinal de alerta de recaída em saúde mental	Alteração do comportamento	Contagem	1	0	6	0	7
		% do total	3,3%	0,0%	20,0%	0,0%	23,3%
	Alteração do pensamento	Contagem	0	0	1	0	1
		% do total	0,0%	0,0%	3,3%	0,0%	3,3%
	Alteração na aparência e higiene	Contagem	1	0	0	0	1
		% do total	3,3%	0,0%	0,0%	0,0%	3,3%
	Alucinações	Contagem	0	0	2	0	2
		% do total	0,0%	0,0%	6,7%	0,0%	6,7%
	Ansiedade	Contagem	0	0	0	1	1
		% do total	0,0%	0,0%	0,0%	3,3%	3,3%
	Apatia	Contagem	0	3	0	0	3
		% do total	0,0%	10,0%	0,0%	0,0%	10,0%
	Confusão	Contagem	0	0	4	0	4
		% do total	0,0%	0,0%	13,3%	0,0%	13,3%
	Consumo excessivo de álcool	Contagem	1	0	0	0	1
		% do total	3,3%	0,0%	0,0%	0,0%	3,3%
	Despir-me na rua	Contagem	0	0	2	1	3
		% do total	0,0%	0,0%	6,7%	3,3%	10,0%
	Estadio Depressivo	Contagem	0	0	0	1	1
		% do total	0,0%	0,0%	0,0%	3,3%	3,3%
Inquietação	Contagem	0	0	1	0	1	
	% do total	0,0%	0,0%	3,3%	0,0%	3,3%	
Irritação Fácil	Contagem	0	0	0	1	1	
	% do total	0,0%	0,0%	0,0%	3,3%	3,3%	
Sentir muita energia	Contagem	0	0	0	1	1	
	% do total	0,0%	0,0%	0,0%	3,3%	3,3%	
Vontade de morrer	Contagem	1	2	0	0	3	
	% do total	3,3%	6,7%	0,0%	0,0%	10,0%	
Total		Contagem	4	5	16	5	30
		% do total	13,3%	16,7%	53,3%	16,7%	100,0%

Prosseguindo, procuramos verificar quanto tempo demoraram os doentes a procurar ajuda, desde o sinal que identificaram como sendo de alerta de que estavam a ter uma recaída psiquiátrica. O teste qui quadrado revelou diferenças estatisticamente significativas ($p=0,004$). O intervalo de tempo de procura de ajuda está compreendido entre os dois e os 545 dias, sendo que em média a amostra demora aproximadamente 43 dias a solicitar ajuda. A mediana indica que pelo menos 50% dos doentes demora igual ou menos de 15 dias a procurar apoio (tabela 47).

TABELA 47: Medidas de tendência central - tempo, desde o sinal de alerta até procurar ajuda

Tempo em dias desde o sinal de alerta até procurar ajuda (N=30)	
Média	43,10
Mediana	15,00
Mínimo	2
Máximo	545

Assim sendo, de acordo com a Tabela 48, a maioria dos doentes com abuso de álcool ($n=3$) demora até 17 dias a procurar a ajuda. O mesmo se sucede com os participantes do estudo com diagnóstico de depressão, cuja maioria ($n=3$) leva menos de 15 dias desde o sinal de alerta a procurar ajuda. Também, grande parte dos doentes com esquizofrenia ($n=10$) demora menos de 30 dias até solicitar ajuda após identificar sinais de alerta. No caso da perturbação bipolar, todos os doentes ($n=5$) demoram até 30 dias a procurar ajuda.

TABELA 48: Tempo em dias desde o sinal de alerta até ao pedido de ajuda

			Diagnóstico clínico				Total
			Abuso de álcool	Depressão	Esquizofrenia	Perturbação bipolar	
Tempo em dias desde o sinal de alerta até pedir ajuda	2	Contagem	0	0	1	1	2
		% do total	0,0%	0,0%	3,3%	3,3%	6,7%
	3	Contagem	0	0	1	2	3
		% do total	0,0%	0,0%	3,3%	6,7%	10,0%
	4	Contagem	0	1	0	0	1
		% do total	0,0%	3,3%	0,0%	0,0%	3,3%
	7	Contagem	1	0	2	0	3
		% do total	3,3%	0,0%	6,7%	0,0%	10,0%
	8	Contagem	0	1	0	0	1
		% do total	0,0%	3,3%	0,0%	0,0%	3,3%
	10	Contagem	0	0	1	0	1
		% do total	0,0%	0,0%	3,3%	0,0%	3,3%
	15	Contagem	1	1	3	1	6
		% do total	3,3%	3,3%	10,0%	3,3%	20,0%
	17	Contagem	1	0	0	0	1
		% do total	3,3%	0,0%	0,0%	0,0%	3,3%
	30	Contagem	0	0	2	1	3
		% do total	0,0%	0,0%	6,7%	3,3%	10,0%
	45	Contagem	1	0	0	0	1
		% do total	3,3%	0,0%	0,0%	0,0%	3,3%
60	Contagem	0	2	4	0	6	
	% do total	0,0%	6,7%	13,3%	0,0%	20,0%	
90	Contagem	0	0	1	0	1	
	% do total	0,0%	0,0%	3,3%	0,0%	3,3%	
545	Contagem	0	0	1	0	1	
	% do total	0,0%	0,0%	3,3%	0,0%	3,3%	
Total	Contagem	4	5	16	5	30	
	% do total	13,3%	16,7%	53,3%	16,7%	100,0%	

1.4.1. Vias de acesso para os cuidados especializados de psiquiatria

Através do teste qui quadrado verificamos existir diferenças estatisticamente significativas ($p= 0,000$). A maioria da amostra ($n= 13$; 43,3%) recorre à família para pedir ajuda após identificar o seu processo de recaída psiquiátrica. Ainda, 16,7% ($n=5$) refere ter procurado ajuda dirigindo-se ao serviço de urgência (SU). Também 10% ($n=3$) descreve que solicitou ajuda junto da polícia. Apenas 6,7% ($n=2$) afirma ter procurado ajuda profissional junto do técnico profissional de saúde do hospital psiquiátrico: médico. A mesma percentagem assinala que solicitou apoio junto do grupo de amigos. Ainda, em situações em que tenham sentido necessidade de ajuda imediata para os seus problemas, apenas 3,3% ($n=1$) refere ter procurado ajuda profissional no centro de saúde, com o técnico profissional de saúde do hospital psiquiátrico: enfermeiro, com o psicólogo, numa associação de doentes, com os vizinhos e com uma senhora com quem partilha a habitação, respetivamente (tabela 49).

TABELA 49: Solicitação de apoio em necessidade de ajuda imediata

	N	%
Família	13	43,3
Amigos	2	6,7
SU	5	16,7
Centro saúde	1	3,3
Técnico profissional de saúde do hospital psiquiátrico: enfermeiro	1	3,3
Técnico profissional de saúde do hospital psiquiátrico: médico	2	6,7
A senhora com quem habito	1	3,3
Associação do doente	1	3,3
Polícia	3	10,0
Psicóloga	1	3,3
Vizinhos	1	3,3
Total	30	100,0

1.4.2. Internamento em psiquiatria

A partir da questão “quando pediu ajuda, percebeu que ia ficar internado? porquê?”, pretendia-se apenas avaliar a opinião dos participantes relativamente à sua condição de saúde no momento do reinternamento. Dos 30 doentes que constituem a amostra do estudo apenas 56,7% ($n=17$) quando pediu ajuda percebeu que iria ficar internado no serviço de psiquiatria (tabela 50).

TABELA 50: Perceção acerca da necessidade do internamento em psiquiatria

		N	%
Quando pediu ajuda percebeu que ia ficar internado?	Sim	17	56,7
	Não	13	43,3
	Total	30	100,0

Prosseguindo e de acordo com a Tabela 51, a maioria da amostra (56,7%) considera necessário o seu internamento. Como motivos para tal:

- 23,3% (n=7) referem que “não se sentiam bem”.
- 6,7% (n=2), referem-se ao hospital como “um refúgio, onde posso voltar sempre”.
- 3,3% (n=1) considera necessária a sua institucionalização uma vez que “necessitava de apoio especializado para recuperar” e “cuidados especializados”. A mesma percentagem refere que se sentia “psicologicamente afetada”, considerando assim o internamento a melhor opção para recuperar.
- 6,7% (n=2) justifica o seu internamento devido “ao estado clínico”.
- 3,3% (n=1) justifica o internamento como a melhor opção a partir do “discurso da família”. A mesma percentagem considera que se não fosse internada “ia morrer” e explica que o internamento é um fator de aprendizagem de “estratégias para deixar de beber”.

TABELA 51: Motivos para os doentes considerarem necessário o seu internamento

			Diagnóstico clínico				Total
			Abuso de álcool	Depressão	Esquizofrenia	Perturbação bipolar	
Motivos para os doentes considerarem necessário o seu internamento	Este lugar é o meu refúgio, onde posso recuperar	Contagem	0	0	2	0	2
		% do total	0,0%	0,0%	6,7%	0,0%	6,7%
	Necessitava de apoio especializado para recuperar	Contagem	0	0	0	1	1
		% do total	0,0%	0,0%	0,0%	3,3%	3,3%
	Pelo discurso da família	Contagem	1	0	0	0	1
		% do total	3,3%	0,0%	0,0%	0,0%	3,3%
	Por causa do meu estado clínico	Contagem	0	0	2	0	2
		% do total	0,0%	0,0%	6,7%	0,0%	6,7%
	Porque não me sentia bem	Contagem	2	2	2	1	7
		% do total	6,7%	6,7%	6,7%	3,3%	23,3%
	Precisava de cuidados especializados	Contagem	0	0	1	0	1
		% do total	0,0%	0,0%	3,3%	0,0%	3,3%
	Preciso de aprender estratégias para deixar de beber	Contagem	1	0	0	0	1
		% do total	3,3%	0,0%	0,0%	0,0%	3,3%
Se não fosse internado, ia morrer	Contagem	0	1	0	0	1	
	% do total	0,0%	3,3%	0,0%	0,0%	3,3%	
Sentia-me psicologicamente afetado	Contagem	0	0	1	0	1	
	% do total	0,0%	0,0%	3,3%	0,0%	3,3%	
Total		Contagem	4	3	8	2	17
		% do total	13,3%	17,6%	26,7%	6,7%	56,7%

Contrariamente, 43,3% da amostra (n=13) considera desnecessário o seu internamento (tabela 52). Quando questionados dos motivos:

- 30,0% (n=9), considera que se tivesse uma orientação conseguiria recuperar no domicílio e ainda 3,3% (n=1) afirma que “não precisava [do internamento] conseguiria recuperar em casa”.
- 3,3% (n=1) refere que “achava que haveria outras formas de tratamento para recuperar”.
- 3,3% (n=1) afirma “fui internado compulsivamente, acho que não precisava” e a mesma percentagem declara “pensei que estava bem de saúde”.

TABELA 52: Motivos para a recusa do internamento em psiquiatria

			Diagnóstico clínico				Total
			Abuso de álcool	Depressão	Esquizofrenia	Perturbação bipolar	
Motivos para recusa do internamento em psiquiatria	Achei que haveria outras formas de tratamento para recuperar	Contagem	0	0	1	0	1
		% do total	0,0%	0,0%	3,3%	0,0%	3,3%
	Acho que não precisava, conseguiria recuperar em casa	Contagem	0	0	1	0	1
		% do total	0,0%	0,0%	3,3%	0,0%	3,3%
	Fui internado compulsivamente, acho que não precisava	Contagem	0	0	0	1	1
		% do total	0,0%	0,0%	0,0%	3,3%	3,3%
	Pensei que estava bem de saúde	Contagem	0	0	1	0	1
		% do total	0,0%	0,0%	3,3%	0,0%	3,3%
	Pensei que orientado por alguém conseguiria recuperar em casa	Contagem	0	2	5	2	9
		% do total	0,0%	6,7%	16,7%	6,7%	30,0%
	Total	Contagem	0	2	8	3	13
		% do total	0,0%	6,7%	26,7%	10,0%	43,3%

Proseguindo, procuramos saber a data do último internamento em psiquiatria. O intervalo de tempo de procura de ajuda está compreendido entre um e 60 meses, sendo que em média o último internamento da amostra ocorreu há 19 meses. A mediana indica que pelo menos 50% dos doentes esteve internado em tempo inferior ou igual a 12 meses (tabela 53).

TABELA 53: Medidas de tendência central - tempo do último internamento em psiquiatria

Tempo em meses do último internamento em psiquiatria (N=30)	
Média	19,37
Mediana	12,00
Moda	12
Mínimo	1
Máximo	60

Foram admitidos 30 doentes no período do estudo. Verificam-se apenas duas readmissões hospitalares nos 30 dias após a data da alta, correspondendo a uma taxa de reinternamento de 6,7%. No período de um ano após a alta hospitalar foram readmitidos 18 doentes, pelo que se verifica uma taxa de reinternamento a um ano de 60%. Os dois reinternamentos nos 30 dias pós-alta correspondem aos seguintes diagnósticos: esquizofrenia (um caso) e perturbação bipolar (um caso). Apenas três reinternamentos ocorreram nos primeiros três meses após a alta, isto é, apenas 10% são reinternamentos precoces (normalmente definidos como < 90 dias após a alta). É de realçar que os diagnósticos que motivaram o internamento podem corresponder a descompensações face a stressores externos de doentes com outra patologia de base, potencialmente até de maior cronicidade e gravidade, nesse momento compensada. Por se encontrar fora do âmbito deste trabalho não se investigou se o diagnóstico no reinternamento correspondia ao mesmo diagnóstico principal ou a outro quadro clínico (tabela 54).

TABELA 54: Tempo em meses do último internamento em psiquiatria

			Diagnóstico clínico				Total
			Abuso de álcool	Depressão	Esquizofrenia	Perturbação bipolar	
Tempo em meses do último internamento em psiquiatria	1	Contagem	0	0	1	1	2
		% do total	0,0%	0,0%	3,3%	3,3%	6,7%
	3	Contagem	0	0	1	0	1
		% do total	0,0%	0,0%	3,3%	0,0%	3,3%
	4	Contagem	0	1	0	0	1
		% do total	0,0%	3,3%	0,0%	0,0%	3,3%
	6	Contagem	2	1	1	0	4
		% do total	6,7%	3,3%	3,3%	0,0%	13,3%
	8	Contagem	0	0	1	0	1
		% do total	0,0%	0,0%	3,3%	0,0%	3,3%
	12	Contagem	1	1	7	0	9
		% do total	3,3%	3,3%	23,3%	0,0%	30,0%
	24	Contagem	1	1	2	1	5
		% do total	3,3%	3,3%	6,7%	3,3%	16,7%
	36	Contagem	0	0	1	2	3
		% do total	0,0%	0,0%	3,3%	6,7%	10,0%
	48	Contagem	0	1	1	1	3
		% do total	0,0%	3,3%	3,3%	3,3%	10,0%
60	Contagem	0	0	1	0	1	
	% do total	0,0%	0,0%	3,3%	0,0%	3,3%	
Total	Contagem	4	5	16	5	30	
	% do total	13,3%	16,7%	53,3%	16,7%	100,0%	

Identicamente, procuramos saber quanto tempo em dias, depois do último internamento os doentes que participaram no estudo começaram a sentir os sintomas que estiveram na origem deste atual internamento psiquiátrico. Assim sendo, a sintomatologia começou a surgir num intervalo de tempo compreendido entre os 15 e os 545 dias, sendo que em média os sintomas que estão na origem desta recaída surgiram ao fim de 149 dias após o último internamento. A mediana indica que pelo menos 50% dos doentes apresenta sintomas que motivaram a readmissão em tempo inferior ou igual a 90 dias após o último internamento (tabela 55).

TABELA 55: Medidas de tendência central - tempo do aparecimento da sintomatologia da recaída

Tempo (em dias) do último internamento até sentir os sintomas que motivaram o internamento atual (N=30)	
Média	149,87
Mediana	90,00
Moda	180
Mínimo	15
Máximo	540

Verifica-se que três pessoas começaram a apresentar sintomatologia de recaída ao fim de 15 dias após o seu último internamento (10%). Nos 30 dias após a alta hospitalar, o equivalente a 16,7% (n=5) já apresentava sinais e sintomas que motivaram a readmissão no serviço de psiquiatria. No período de 90 dias após a alta, 53,3% da amostra (n=16) já manifestava sintomatologia responsável pela recaída em psiquiatria. Ao fim de seis meses após o último internamento, isto é, 180 dias, 83,3% da amostra (n=25) manifestava sintomatologia responsável pelo internamento atual. É de realçar que num espaço de quase um ano (360 dias) após a alta hospitalar, todos os doentes do estudo com diagnóstico de abuso de álcool e perturbação bipolar apresentavam sintomatologia. O mesmo se sucedeu com 80% dos doentes com depressão e com 93,7% dos doentes com esquizofrenia (tabela 56).

De salientar que os três doentes que compõem a amostra, com o diagnóstico de esquizofrenia, que cumprem medicação injetável *depôt* (n=3; 9,9%), apresentam tempos de recaída mais longos quando comparados com os doentes com o mesmo diagnóstico que cumprem apenas terapêutica oral. Especificamente, dos doentes com terapêutica “haldol decanoato” (n=2) recaíram ao fim de 180 e 540 dias, respetivamente. O participante do estudo com medicação “xeplion” (n=1), recaiu ao fim de 360 dias.

TABELA 56: Tempo do último internamento até sentir os sintomas que motivaram o internamento atual

		Diagnóstico clínico				Total	
		Abuso de álcool	Depressão	Esquizofrenia	Perturbação bipolar		
Tempo (em dias) do último internamento até sentir os sintomas que motivaram o internamento atual	15	Contagem	1	0	2	0	3
		% do total	3,3%	0,0%	6,7%	0,0%	10,0%
	21	Contagem	0	0	0	1	1
		% do total	0,0%	0,0%	0,0%	3,3%	3,3%
	30	Contagem	0	0	0	1	1
		% do total	0,0%	0,0%	0,0%	3,3%	3,3%
	60	Contagem	0	1	4	0	5
		% do total	0,0%	3,3%	13,3%	0,0%	16,7%
	90	Contagem	1	1	4	0	6
		% do total	3,3%	3,3%	13,3%	0,0%	20,0%
	120	Contagem	0	0	0	1	1
		% do total	0,0%	0,0%	0,0%	3,3%	3,3%
	180	Contagem	1	2	4	1	8
		% do total	3,3%	6,7%	13,3%	3,3%	26,7%
	360	Contagem	1	0	1	1	3
		% do total	3,3%	0,0%	3,3%	3,3%	10,0%
	380	Contagem	0	1	0	0	1
		% do total	0,0%	3,3%	0,0%	0,0%	3,3%
	540	Contagem	0	0	1	0	1
		% do total	0,0%	0,0%	3,3%	0,0%	3,3%
Total	Contagem	4	5	16	5	30	
	% do total	13,3%	16,7%	53,3%	16,7%	100,0%	

1.4.3. Motivos da recaída na ótica do doente

Tentamos compreender quais foram os motivos na ótica do doente, responsáveis pela recaída psiquiátrica e consequentemente causadores da readmissão hospitalar. Esta questão apresentava setes hipóteses de resposta, sendo que cada doente podia assinalar mais de que uma opção. Assim sendo, em relação aos motivos que contribuíram para o reinternamento, entre estes está “parar a medicação” (25,6%); “não dormir a horas certas” (12,8%); o “stresse” (16,7%); as “discussões frequentes em casa” (9,0%); a alteração da “dosagem da medicação” (3,8%) e “não ter regras em casa” (2,6%) (tabela 57).

Ainda, uma percentagem expressiva de doentes (n=22; 73,1%) respondeu ao item “outros motivos”, especificando no seu entender o que provocou o aparecimento dos sintomas responsáveis pela recaída e internamento psiquiátrico. As respostas foram expressas por palavras/unidades de registo.

De acordo com a Tabela 58, um doente com o diagnóstico abuso de álcool afirmou que o consumo de substâncias foi responsável pela sua recaída. Com a mesma percentagem (3,3%) outro participante apontou o facto de estar desempregado e o pedido de divórcio como motivo do aparecimento da sintomatologia e conseqüente reinternamento. Ainda, dois dos doentes com abuso de álcool responderam que “ver o álcool como alívio de sofrimento e solução de problemas” foi o fator chave para a recaída em psiquiatria.

No que concerne ao diagnóstico de depressão apenas um participante do estudo assinalou a opção “outros”, justificando que a “morte do filho e o pedido de divórcio” foram os fatores *major* motivadores da sintomatologia que provocou a readmissão hospitalar.

Identicamente, para o diagnóstico de esquizofrenia, 12 doentes afirmaram que terá sido a “falta de apoio da família e a incompreensão da doença” um dos motivos catalisadores do surgimento de sintomatologia responsável pela recaída psiquiátrica. Ainda, uma doente refere que a “falta de apoio e verem-me como maluca e inválida” terá contribuído para a sua recaída. Apenas um doente com esquizofrenia salienta o “desemprego” como fator causal para aparecimento da sintomatologia.

Igualmente, para o diagnóstico de perturbação bipolar um doente refere que “uma discussão no local de trabalho” desencadeou no seu entender o surgimento de sintomatologia motivadora da sua readmissão. A mesma percentagem apontou a “síndrome do ninho vazio” como fator chave. Também, um participante com esta perturbação afirmou que terá sido a “violência doméstica” um fator causal para o despoletar de sintomas responsáveis pela sua recaída.

TABELA 57: Motivos da recaída na ótica do doente

Motivo da recaída na ótica do doente	N	% de casos
Discussões frequentes em casa	7	9,0
Parar a medicação	20	25,6
Stresse	13	16,7
Alterar a dosagem da medicação	3	3,8
Não dormir a horas certas	10	12,8
Não ter regras em casa	2	2,6
Outros motivos	22	73,1

TABELA 58: Outros motivos na ótica dos doentes para a recaída de acordo com o diagnóstico clínico

		Diagnóstico clínico				Total
		Abuso de álcool	Depressão	Esquizofrenia	Perturbação bipolar	
Consumo de substâncias	Contagem	1	0	0	0	1
	% do total	3,3%	0,0%	0,0%	0,0%	3,3%
Desemprego	Contagem	0	0	1	0	1
	% do total	0,0%	0,0%	3,3%	0,0%	3,3%
Desemprego e pedido de divórcio	Contagem	1	0	0	0	1
	% do total	3,3%	0,0%	0,0%	0,0%	3,3%
Discussão no local de trabalho	Contagem	0	0	0	1	1
	% do total	0,0%	0,0%	0,0%	3,3%	3,3%
Falta de apoio da família e incompreensão da doença	Contagem	0	0	12	0	12
	% do total	0,0%	0,0%	40,0%	0,0%	40,0%
Falta de apoio da família e verem-me como maluca e inválida	Contagem	0	0	1	0	1
	% do total	0,0%	0,0%	3,3%	0,0%	3,3%
Morte do filho e o pedido de divórcio	Contagem	0	1	0	0	1
	% do total	0,0%	3,3%	0,0%	0,0%	3,3%
Síndrome do ninho vazio	Contagem	0	0	0	1	1
	% do total	0,0%	0,0%	0,0%	3,3%	3,3%
Ver o álcool como alívio de sofrimento e solução de problemas	Contagem	2	0	0	0	2
	% do total	6,7%	0,0%	0,0%	0,0%	6,7%
Violência doméstica	Contagem	0	0	0	1	1
	% do total	0,0%	0,0%	0,0%	3,3%	3,3%
Total	Contagem	4	5	16	5	30
	% do total	13,3%	16,7%	53,3%	16,7%	100,0%

2. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

2.1. Amostra do estudo

Os doentes que tiveram uma recaída psiquiátrica foram, na sua maioria, homens (53,3%), adultos (idade média de 43,3 anos), apresentando como grupos psicopatológicos definidos a esquizofrenia (50%), seguidos dos transtornos de humor (33,3%) e menos significativos os transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas (16,7%), o que é semelhante às características encontradas em estudos epidemiológicos com esta população (Dalgalarondo, Botega & Banzato, 2003; Barros, 2012).

O baixo nível de escolaridade é também notório, apenas 16,7% dos doentes 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% (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2012). Salienta-se ainda, que apenas 13,3% da amostra, se encontrava empregada 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, 2012). A preponderância da situação ocupacional desempregado(a) (22%) pode estar associada às condições desfavoráveis do indivíduo com transtorno mental, que implicam dificuldades de inserção e permanência no mercado de trabalho. A privação social, principalmente o desemprego, foi apontada em várias investigações como preditor de recaída psiquiátrica. A literatura mostra que pacientes com vínculos empregatícios estão menos propensos ao adoecimento psiquiátrico, enquanto que a desestruturação familiar decorrente do desemprego contribui para a recaída de doentes com perturbação mental (Santos, 2015).

Por outro lado, 56,7% declararam receber apoio social, particularmente apoio económico (23,3%). Estes achados estão de acordo com as evidências que indicam o nível educacional e socioeconómico como determinantes da recaída (Alves & Rodrigues, 2010; Alves, 2013).

Prosseguindo, a maior proporção de doentes internados sem vínculo conjugal encontrada (90%) também está de acordo com a literatura (Dalgalarondo et al., 2003; Barros, 2012; Machado, 2012; Santos, 2015). Apesar de tal ter sido avaliado apenas no momento da aplicação do questionário, esta falta de vínculo pode ocorrer devido à dificuldade de adaptação secundária ao adoecimento mental e, ao mesmo tempo, a inexistência do cônjuge potencia a falta de apoio ao tratamento por parte do parceiro (Santos, 2015; Patterson et al., 2015).

A maioria dos utentes (63,3%) coabita com algum familiar, no entanto apenas 10% habitam com cônjuge ou companheiro (a) e filhos (as). Estes dados parecem indicar um razoável suporte sociofamiliar dos doentes com perturbações mentais que estavam internados no período do estudo, o que parece ser também corroborado pelo facto da decisão de pedir ajuda ser na maior parte das vezes (43,3%) tomada por alguém próximo do doente (familiar).

2.2. Avaliação das necessidades dos doentes

As necessidades em saúde mental incluem vários domínios da saúde e do funcionamento social, necessários para o bem-estar em comunidade. Um consenso que está a surgir na Europa e noutros países desenvolvidos, como a Austrália, é que a assistência à saúde mental deveria ser oferecida baseada nas necessidades de cada doente, como a meta para melhorar a sua qualidade de vida subjetiva (Ernest, Nagarajan & Jacob, 2013). Muitos estudos demonstram associações entre qualidade de vida e as necessidades, e a melhoria das condições do doente e a redução de necessidades alcançadas predizem o aumento na qualidade de vida subjetiva em estudos transversais e longitudinais, em doentes com vários tipos de transtornos mentais, independente da gravidade da doença (Lambri, Chakraborty, Leavey & King, 2012). Em relação às necessidades observadas neste estudo, apoio económico, apoio na alimentação, apoio nos cuidados de higiene e apoio emocional, foram as necessidades alcançadas mais citadas, e isto poderá significar que os doentes estão a receber a assistência adequada.

Ainda, em relação ao tipo de apoio que os participantes do estudo gostariam de receber, apoio emocional, validação acerca dos cuidados efetuados, explicação sobre como efetuar certos cuidados, informação sobre o tempo que o doente necessitará de cuidados, informação sobre a sua situação clínica e explicação sobre a gestão da doença, foram as necessidades mais selecionadas pelos inquiridos. Atividades diárias, como auxílio nas tarefas de casa, com as compras e com a alimentação e, necessidade de ter alguém que cuidasse do inquirido foram os outros itens não tão pontuados. Como noutros estudos, os serviços podem fazer um bom trabalho alcançando necessidades de assistência práticas, mas necessidades sociais e psicológicas são mais difíceis de alcançar, já que se tratam de doentes com transtornos mentais graves, que trazem estas dificuldades, muitas vezes, por motivos intrínsecos aos seus diagnósticos (Machado, 2012; Santos, 2015).

Relativamente ao apoio dos enfermeiros em relação à doença, 53,3% considera que recebe apoio adequado. Tal pode evidenciar o papel influente dos enfermeiros na promoção da saúde mental, nomeadamente, nas oportunidades para discutir medicação, incluindo a exploração de preocupações, preferências, benefícios percebidos e problemas com a mesma e fornecer apoio para procurar ou entender informações sobre medicamentos. Em oposição,

uma percentagem significativa (46,7%) considera que não recebe apoio por parte dos enfermeiros, tais resultados devem promover a reflexão sobre certas atitudes do enfermeiro, como o tipo de linguagem, o tempo dispensado na consulta, o acolhimento e o respeito pelas crenças e perguntas dos doentes.

No que concerne às “oportunidades para esclarecer dúvidas, falar sobre os medos e preocupações com os enfermeiros ou outros técnicos” 60% dos inquiridos vê esta necessidade satisfeita, no entanto, 40% carece de tais momentos. Estes dados corroboram o estudo de Machado (2012) que identificou que há doentes que acreditam que nem os profissionais, nem os serviços podem atender completamente nas suas dúvidas, medos e preocupações. Muitas vezes, o modelo de atuação leva o serviço a “desistir” ou desobrigar-se do doente “difícil” ou supostamente “não responsivo”, a partir da conclusão de que a instituição pouco pode fazer frente ao não “enquadramento” do doente face ao modelo de intervenção oferecido (Machado, 2012). Nas palavras de Yasui (2006), cuidar em saúde significa:

pensar em uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento com o outro. Para olhar e ouvir é preciso reconhecê-lo [...] como um sujeito, não como uma entidade, um objeto, uma doença [...] Significa romper com a racionalidade médica que instrumentaliza saberes e práticas centradas na doença, de caráter hospitalocêntrico, excessivamente farmacológico e de orientação biologizante. [...]. As estratégias de intervenção daí decorrentes ampliam-se para a construção de projetos marcados pela diversidade. Cuidar é montar, tecer projetos de vida (p.108).

2.3. Adesão ao tratamento e características associadas

A maioria da amostra (63%) considera o seu estado de saúde “mau”, no entanto, 27% da avalia-o como “bom”. Este resultado corrobora as investigações consultadas no quadro teórico, ao identificar que, entre os fatores que contribuem para a recaída, a falta de discernimento ou a negação da doença correspondem a 62,2% (Machado, 2012; Santos, 2015).

Quanto ao cumprimento do regime medicamentoso, o abandono da medicação, reconhecido como não adesão à terapêutica medicamentosa, foi evidente, com 90% da amostra a referir que não cumprem a mesma, o que aponta para a relevância desta questão. Este dado comprova outros estudos que apontam a baixa adesão medicamentosa como um fator responsável pelo processo de recaída em psiquiatria (Cardoso et al., 2011; Bowskill et al., 2007; Inder et al., 2009; Cardoso et al., 2016).

Nos casos dos transtornos mentais graves e persistentes, a adesão ao tratamento, incluindo o medicamentoso, traduz-se primordialmente na diminuição dos riscos de crises e no melhor prognóstico (Santos, 2015). Contudo, apesar dos avanços psicofarmacológicos e da melhoria da qualidade de vida que o uso regular do medicamento tem proporcionado ao longo das últimas décadas, a partir da análise dos dados, pode-se identificar a suspensão

intencional do uso da medicação, justificada tanto pelos efeitos colaterais que provocam como em decorrência do doente não admitir o seu sofrimento mental. Os motivos de interrupção identificados pelos inquiridos confirmam o que a literatura tem apontado. Entre eles, estão os efeitos colaterais desagradáveis da medicação (17,8%) e consequente percepção de que o uso da mesma causa mais limitações do que alívio do sofrimento na vida quotidiana (28,9%), a suspensão da medicação uma vez que o doente tem uma perspetiva positiva da sua saúde (35,6%). Ainda, nos casos em que o doente aceita ser medicado, há uma tendência ao esquecimento em alguns dos horários prescritos (6,7%) ou a falta de recursos económicos para aceder à medicação (4,4%).

Outro aspeto relevante é a opressão ou estigma de ser doente mental, indicado como responsável pela baixa adesão medicamentosa, sendo que 4,4% da amostra descreve o momento da administração da medicação como lembrete de que são “malucos”. Para alguns doentes, o uso prolongado da medicação equivale a reafirmar, diariamente, o carácter persistente do seu transtorno mental. Ainda, 2,2% dos doentes referem que pretendiam “seguir com (...) vida sem medicação”, manifestando a partir desta afirmação o sofrimento diante da necessidade de fazer uso da medicação, o que lhes impossibilita ser uma pessoa “normal”.

O sentir-se bem, como efeito decorrente do conjunto de terapêutica que inclui a medicamentosa, e o objetivo de viver saudável sem a necessidade do uso contínuo da medicação também são aspetos que conduzem à interrupção do uso, o que demonstra a ambiguidade entre aquilo que é necessário e aquilo que confirma o transtorno mental (Machado, 2012).

2.4. Caracterização da recaída em psiquiatria

Ensinar os doentes a reconhecer os primeiros sintomas de um episódio de um problema de saúde recorrente, para que possam procurar tratamento precoce e limitar os danos, é uma estratégia de prevenção secundária bem estabelecida para distúrbios no âmbito da saúde mental. Como tal procuramos com este estudo identificar segundo a ótica do doente, um conjunto de sinais e sintomas preditores da recaída em psiquiatria. Por exemplo, a *Manic Depression Fellowship* defende abordagens de autogestão baseadas no reconhecimento dos primeiros sintomas da perturbação bipolar. Um ensaio clínico que envolveu 69 doentes com perturbação bipolar, demonstrou que o tempo para o próximo episódio maníaco aumentou quatro vezes no grupo de intervenção, com redução de 30% no número de recaídas maníacas em 18 meses. Ainda, seis ensaios clínicos randomizados envolvendo 468 indivíduos, realizados por quatro equipas de pesquisa independentes em três países, mostram a eficácia de intervenções que envolvem a identificação e a gestão de sintomas de recaída (Morriss, 2004).

Assim sendo, a queixa mais frequentemente referida pelos doentes que motivou a recaída, foi a alteração no padrão de sono (80%). É sabido que as alterações do sono são notáveis na maioria dos transtornos psiquiátricos. Num estudo realizado em diversas cidades americanas, 40% dos entrevistados relataram insónia e 46,5% destes preenchiam os critérios para doença mental segundo o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais III (DSMIII) (Talhada, 2012). Também, uma das queixas mais frequentemente referidas pelos doentes aquando a sua avaliação, e que motivou a recaída, foi a ansiedade (53,3%), 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 saúde mental em Portugal, as perturbações psiquiátricas mais frequentes na população portuguesa são a ansiedade (16,5%) e a depressão (7,9%) (ERS, 2015).

Segundo Morriss (2004) os sintomas de alerta precoce para o diagnóstico de perturbação bipolar são muito inespecíficos para serem utilizados sozinhos, então o doente é ensinado a reconhecer uma série de sintomas de alerta que ocorrem em conjunto. Esta "assinatura de recaída" é idiossincrática para cada doente e para cada polo de recaída (mania ou depressão). Os participantes com perturbação bipolar (16,7%) referenciaram de forma significativa a "inquietação"; "agitação" e "sentir-se muito enérgica ou que necessitem de pouco sono". Ainda, foram assinaladas como respostas representativas de sintomatologia de recaída, "sono alterado"; "ansiedade"; "sentir-se muito confiante ou extremamente feliz"; "comportar-se estranhamente sem motivo" e "ter novas ideias constantemente a entrar na mente", o que corrobora os sintomas de alerta precoces mais comuns para esta perturbação, de acordo com os quadros teóricos.

Identicamente, a recaída na esquizofrenia permanece comum, sendo a sua prevenção crucial, pois cada recaída pode resultar no crescimento de sintomas residuais acelerando a incapacidade social (Renca Et Cerejeira, 2014). Estudos prospetivos mostraram que a recaída psicótica pode ser prevista com uma sensibilidade de 50% a 79% e uma especificidade de 75% a 81%. Um estudo descobriu que 63% dos pacientes mantiveram *insight* do seu estado mental de deterioração até o dia da sua recaída (Birchwood, Spencer Et McGovern, 2001). Ainda, investigações têm consistentemente determinado sintomatologia que permite identificar mudanças preditores de recaída. Os sintomas mais comumente relatados são alterações de pensamento e perceção, alterações emocionais (sensação de isolamento, cansaço ou falta de energia, confusão, distanciamento, sensação de estar noutra mundo, entre outros) e alterações comportamentais (não comer, não sair de casa, recusar solicitações simples, agressividade, movimentos lentos, não dormir) (Birchwood et al., 2001). As queixas mais significativas referidas pelos doentes com esquizofrenia (53,3%) que motivou a recaída foram "sentir-se vigiado"; "sentir como se os pensamentos não fossem 'meus'" e "sentir-se como se o pensamento fosse controlado". Ainda, foram identificados com uma percentagem significativa a seguinte sintomatologia de recaída em saúde mental: "sono alterado"; "comportar-se estranhamente sem motivo"; "isolamento"; "sentir-se confuso ou perplexo";

“preocupação excessiva com as coisas”; “sentir-se tenso, com medo ou ansioso”; “ter discurso confuso e cheio de palavras estranhas” e a “ansiedade”, sendo que estes dados estão de acordo com as evidências da literatura.

No que concerne ao diagnóstico de depressão, os principais sintomas de recaída identificados na literatura consultada são humor deprimido; perda de interesse ou prazer em atividades antes apreciadas, alterações no apetite, alterações no padrão de sono; perda de energia ou aumento da fadiga; autodepreciação e sentimentos de culpa, dificuldades de concentração e alteração do pensamento, o que vai ao encontro das opções assinaladas pelos participantes do estudo (Pereira Et Saraiva, 2014). Este grupo de doentes (16,7%) identificou principalmente como sintomatologia de recaída o “sono alterado”; “sentir-se inútil ou impotente”, bem como os itens “isolamento”; “preocupação excessiva com as coisas”; “dificuldade de concentração”; “sentir-se triste e deprimido”; “sentir-se incapaz” e “sensação de cansaço ou falta de energia”. Também “desinteresse em todas as coisas”; “inquietação”; “não se preocupar com aparência ou higiene”; “sentir-se vigiado”; “sentir-se confuso ou perplexo” e “sentir-se tenso, com medo ou ansioso” foram itens pontuados de maneira expressiva.

Por fim, 13,3% dos diagnósticos corresponderam a casos de alcoolismo. 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, Vital Et Pascueiro, 2011). De um total de 35 opções, os doentes com diagnóstico de abuso de álcool referenciaram sobretudo “irritação fácil” e “perder a paciência facilmente”; “sono alterado”; “agitação”; “sensação de tensão crescente”; “ansiedade” e “não se preocupar com a aparência ou a higiene”. O abuso de substâncias foi apenas encontrado no sexo masculino. Estes resultados são também sobreponíveis aos encontrados na literatura (Machado, 2012; Alves; 2013; Santos, 2015).

Prosseguindo, nos casos em que foi pedida ajuda, apenas 3,3% se dirigiram em primeiro lugar ao centro de saúde, havendo uma procura semelhante pelo técnico profissional de saúde do hospital psiquiátrico: enfermeiro (3,3%). Ainda entre os casos que pediram ajuda para problemas psicológicos, constatou-se que o recurso ao serviço de urgência foi de 16,7%. Esta percentagem significativa de recurso ao SU pode estar relacionada com uma insuficiência na resposta aos doentes em acompanhamento especializado. Esta constatação sugere, tal como referido anteriormente, a existência de dificuldades ao nível da articulação dos CSP com os serviços de psiquiatria e saúde mental da região. A constatação deste cenário é idêntica aos resultados encontrados previamente em estudos nacionais (CNRSSM, 2007). Adicionalmente, e mais uma vez em linha com os resultados encontrados nos estudos realizados em Portugal mencionados previamente, apurou-se que 43,3% dos utentes procuraram ajuda psiquiátrica por sugestão de um familiar ou amigo (6,7%).

Após o pedido de ajuda, 46,7% da amostra julgou como não necessário o seu internamento, destes o equivalente a 7%, refere que “achava que haveria outras formas de

tratamento em casa” e que o estado de saúde não justificava o internamento. Ainda, o equivalente a 77%, considerava que se tivesse uma orientação conseguiria recuperar no domicílio. Estas afirmações, permitem refletir sobre a complexidade envolvida no sofrimento mental, podendo-se concluir a necessidade do emprego de estratégias e ações diversificadas, através de um trabalho em equipa integrada a outros segmentos sociais e institucionais (Machado, 2012). Conforme aponta Leão (2010), por exemplo a visita domiciliária é uma estratégia territorial que fortalece o vínculo entre profissionais de saúde e doente e viabiliza o acesso ao contexto das pessoas, o que permite a obtenção de informações sobre a dinâmica familiar, o quotidiano, os laços de amizade e vínculos emocionais, as condições sociais e as necessidades.

Contudo, a maioria da amostra (53%) considerou necessário o seu internamento uma vez que “não se sentiam bem” (41%), podendo indicar *insight* em relação à gravidade do transtorno mental. Ainda, o equivalente a 12%, referiu-se ao hospital como “um refúgio, onde posso voltar sempre”. Assim sendo, podemos hipotetizar que hospital apareceu como provedor de condições físicas que sustentam a sobrevivência, assegurando-lhes a provisão do mínimo necessário para manter a dignidade: alimentação, abrigo, cuidados de higiene, entre outros. A importância destes “serviços”, que por tanto tempo foram outorgados aos hospitais psiquiátricos, evidencia os resquícios de uma função social compatível com a expectativa de que o hospital continue a cumprir o papel de alojamento (Machado, 2012). A garantia de alimentação, sono regulado e medicação administrada corretamente, assim como o acesso facilitado aos profissionais, são fatores apontados nas investigações como uma alternativa que responde às dificuldades encontradas na constituição da vida comunitária (Patterson et al., 2015).

Do mesmo modo, a mesma percentagem (12%) considerou necessária a sua institucionalização uma vez que “necessitava de apoio especializado para recuperar” e devido “ao estado clínico”. Nesse sentido, a relação entre os atores envolvidos (profissional e doente) adquire grande importância, já que o sucesso da intervenção depende da forma como esse encontro se dará, isto é, da participação e colaboração das partes.

Ainda, afirmações como “se não fosse internado ia morrer”, bem como, necessitava “de aprender estratégias para deixar de beber”, sugerem que a tomada de decisão no sentido do internamento, apareceu como medida preventiva em relação aos possíveis atos autodestrutivos de uma pessoa em situação de vulnerabilidade e em sofrimento.

No que concerne à taxa de recaída, verificaram-se apenas duas readmissões hospitalares nos 30 dias após a data da alta, correspondendo a uma taxa de reinternamento de 6,7%. No período de um ano após a alta hospitalar foram readmitidos 18 doentes, pelo que se verificou uma taxa de reinternamento a um ano de 60%. Como possíveis explicações para estes resultados, pode estar o demorado suporte clínico e sociofamiliar após a alta hospitalar, e poucos esforços para reavaliações frequentes e o para o trabalho de

coordenação com instituições e serviços da comunidade, promovendo a inserção social e o apoio às famílias e permitindo a manutenção dos cuidados em ambulatório, prevenindo assim reinternamentos frequentes.

Contudo, os resultados divergem da literatura que aponta que o risco de reinternamento é mais provável no primeiro trimestre após a alta. No entanto, verificamos que nos 30 dias após a alta, 13,3% da amostra já manifestava sinais e sintomas que contribuíram para a readmissão hospitalar de forma expressiva, no fim do primeiro trimestre, após a alta clínica, 50% da amostra reconhecia sintomatologia de recaída. No intervalo de um ano após o internamento no serviço de saúde mental, 100% manifestava sintomas e sinais responsáveis pelo episódio de recaída atual. Tal evidência bem reforçar a necessidade de desenvolver habilidades de autogestão, de modo a que os doentes possam procurar tratamento precoce e limitar as consequências negativas dos fenómenos de “portagiratória”. Ainda, é necessário que haja uma boa articulação entre a unidade de atendimento urgente que é responsável pela maioria das admissões hospitalares e a equipa responsável pelo acompanhamento dos doentes, antecipação de consulta ou agendamento de consulta de crise num curto período de tempo pode também prevenir algumas readmissões hospitalares. Para além dos fatores já apontados, é nossa convicção que certos fatores inerentes à equipa terapêutica e à abordagem de certas patologias podem contribuir para as baixas taxas de reinternamento, nomeadamente, o estabelecimento de critérios de internamento apurados e eficazes, a agilização do tratamento e da resposta após a alta.

Como motivos para aparecimento dos sintomas de recaída, o abandono da medicação, reconhecido como não adesão à terapêutica medicamentosa, foi relatado pelos participantes como um dos aspetos associados às repetidas recaídas, 66,7% afirmaram “parar a medicação”, o que aponta para a relevância desta questão. No grupo dos estudos que objetivaram encontrar estratégias para lidar com a má adesão ao tratamento, os resultados demonstraram que algumas medidas são eficazes, mas que o mais importante é, sem dúvida, identificar os fatores que contribuíram para os problemas de adesão dos doentes (Machado, 2012).

Ainda, 17% identificou o “stress” como motivo de recaída. O stress desencadeia no ser humano, uma série de alterações em todo o organismo. Este induz a alterações no domínio das emoções, do comportamento observável e interfere com mecanismos biológicos e cognitivos. Estas mudanças são mais acentuadas na presença de uma exposição mais intensa e prolongada ao stress. Como tal, este deve ser considerado um processo dinâmico e não estático, uma vez que as respostas induzidas por este no organismo são concomitantes e influenciam-se mutuamente. Assim sendo, os resultados permitem refletir sobre a saúde da pessoa que está submetida a experiências de stress suficientemente intensas e duradouras, sem poder enfrentá-las de forma adequada, originando uma recaída.

Prosseguindo, 13% considerou que “não dormir a horas certas” é um fator responsável pela recaída. Associada às consequências da presença de perturbações do sono, encontra-se a elevada prevalência para as perturbações mentais, como as perturbações depressivas e ansiógenas (Talhada, 2012). Tendo em consideração as funções do sono, bem como as consequências da privação e das perturbações do sono, estas acarretam alterações aos níveis do funcionamento físico, mental, ocupacional, cognitivo, social, bem como alterações na qualidade de vida. Desta forma, considerando os efeitos negativos da alteração do sono nos sujeitos, especialmente nos níveis de bem-estar e saúde mental, deve ser dada relevância a estes aspetos na prática clínica. Assim sendo, o sono deve ser parte integrante da avaliação clínica, que tem como principal objetivo a análise da qualidade do sono, bem como das repercussões na vida diária dos indivíduos. Este registo tem como principais parâmetros o tempo que o doente demora a adormecer, as atividades que realiza antes de se deitar, o número e duração de despertares noturnos, entre outros aspetos (Talhada, 2012).

Identicamente, um dos fatores amplamente citados pelos participantes como motivo de recaída está relacionado com “discussões frequentes em casa” (9,0%), “falta de apoio da família e incompreensão da doença” (40%). Segundo Machado (2012), o núcleo familiar é a primeira rede social disponível ao sujeito, estendendo-se progressivamente e, assim, tornando difícil delimitar a fronteira entre a rede social ampliada e a familiar, uma vez que uma influi na outra. A família, ao partilhar espaços e valores, pode propiciar uma ampliação da rede de sociabilidade e suporte afetivo para o indivíduo, oferecendo um meio fundamental de inserção social (Santos, 2015). Nesta vertente, pesquisas mostram que há relação direta entre suporte familiar ou relações familiares harmoniosas, estabilidade do quadro e menor número de recaídas (Patterson et al., 2015; Teixeira et al., 2012; Machado, 2012; Santos, 2015). Deste modo, na medida em que se reconhece o papel fundamental do núcleo familiar na reabilitação psicossocial do doente, depreende-se a necessidade de que o apoio à família constitua umas das diretrizes das intervenções de enfermagem de saúde mental.

Como se pode depreender, em alguns casos, a ausência de compreensão a respeito do transtorno mental por parte da família faz com que as manifestações do sofrimento mental sejam tomadas com descrédito, tal como denota a seguinte afirmação “verem-me como maluca e inválida”. A impossibilidade de objetivar o transtorno mental, que não pode ser constatado ou evidenciado por exames físicos, contribui para que os familiares não compreendam os sintomas subjetivos e comportamentais, o que alimenta perceções infundadas sobre a condição dos doentes. Sendo assim, a inclusão da família nas ações reabilitadoras tem dupla função. Ao acolher o sofrimento do familiar e compartilhar responsabilidades, produz efeitos diretos sobre os membros da família e, ao orientar os mesmos no cuidado ao doente e ampliar a rede social de apoio, beneficia indiretamente o próprio indivíduo. Nesta vertente, a família pode ser considerada um recurso humano imprescindível (Machado, 2012).

Embora todos os participantes tenham família (pais, irmãos, tios) e a maioria resida com seus familiares, a globalidade da amostra relata um contacto insuficiente com os mesmos (n=22; 73,3%). Particularmente, todos os indivíduos com o diagnóstico de esquizofrenia (n=16; 53,3%) considera que não tem contacto suficiente com a sua rede social. Segundo a literatura, em muitos casos percebe-se que, mesmo quando preservados os vínculos e laços afetivos, os familiares sentem-se pouco seguros, orientados e apoiados no desempenho das funções do cuidado (Machado, 2012). Tal aponta para a importância de os familiares serem incluídos no tratamento e inseridos em espaços de acolhimento, orientação e elaboração das questões que dizem respeito à complexidade inerente à função de cuidador.

Ainda, a violência doméstica e problemas familiares graves resultantes de famílias disfuncionais, na maior parte das vezes ocorrem quando um dos membros sofre de patologia psiquiátrica. A violência doméstica com 3,3%, que muitas vezes se encontra camuflada sobre forma de outras queixas (quadros arrastados de depressão é mais comum), é um dos flagelos das sociedades atuais, independentemente dos estratos sociais, sendo extremamente importante a sua sinalização, acompanhamento e encaminhamento (Santos, 2015).

Entre os fatores associados à sintomatologia psiquiátrica, os problemas relacionais como “o pedido de divórcio” e a “síndrome do ninho vazio” também foram reportados como desencadeantes e/ou precipitantes da sintomatologia que motivou a recaída, por 6,6%. Os problemas laborais e económicos foram mencionados em 9,9% dos casos. Esta situação era já expectável, tendo em conta os dados da caracterização socioeconómica que demonstraram um baixo nível socioeconómico entre os participantes do estudo. Assim sendo, verificamos que há doentes que têm uma recaída devido a uma situação de crise pessoal, o que nem sempre corresponderá a patologia psiquiátrica *major*.

3. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

As principais limitações deste estudo são um período de recolha dos dados relativamente curto, comparativamente aos estudos que incluem informação recolhida ao longo de vários anos, sendo a informação limitada a apenas um serviço num hospital psiquiátrico de referência da região norte do país.

No que concerne à amostra, a seleção desta por conveniência e eventual viés de seleção por exclusão dos doentes mais instáveis (por ex. agitados, não colaborantes, agressivos) e com incapacidade ou contra-indicação clínica para colaborar na recolha de informação. Apesar de o número de admissões na instituição onde foi realizado o estudo ser cada vez maior, a amostra não foi mais significativa porque o número de doentes com história de recaída em saúde mental e com critérios para participar no estudo não ultrapassou os 32 doentes no espaço de tempo em que ocorreu a recolha de dados.

Em relação ao método utilizado no estudo, acreditamos que o ideal teria sido um método misto. Tanto o método qualitativo como o método quantitativo oferecem diferentes perspetivas que se complementam, enriquecendo o estudo e aumentando a fiabilidade dos resultados. Assim, pensamos que uma breve abordagem qualitativa relativamente às questões relacionadas com os motivos de recaída, a necessidade ou recusa do reinternamento, motivos para o incumprimento da medicação, teriam sido importantes para compreender mais profundamente as respostas dadas pelos doentes, uma vez que este método permite-nos “estudar as pessoas nos seus contextos naturais, recolhendo dados que emergem naturalmente, sem constrangimentos de uma investigação mais organizada, mais estruturada” (Pais Ribeiro, 2007, p.65).

Por último, este estudo tem como limitações o facto de excluir a avaliação acerca do número de internamentos psiquiátricos anteriores. No futuro, seria ainda de grande interesse a obtenção de dados relativos à natureza dos reinternamentos e a sua comparação com os internamentos prévios, bem como seria vantajoso, comparar um grupo de doentes com recaída em saúde mental com um grupo de não readmitidos.

CONCLUSÃO

Partindo do pressuposto de que o fenómeno da recaída psiquiátrica envolve uma multiplicidade e complexidade de variáveis, a abordagem da problemática com os participantes contou com aplicação de um questionário que explorou variáveis sociodemográficas, antecedentes psiquiátricos, hospitalizações anteriores, informação relativa ao episódio de readmissão atual e envolvimento sociofamiliar.

Reconhecendo que os resultados do estudo são limitados, não gostaríamos que isso fosse um entrave ao contributo deste para a formação dos enfermeiros e para a uma enfermagem que baseia a sua prática em evidências. Com base nos dados mais relevantes, sintetizaremos algumas conclusões.

Relativamente à caracterização dos doentes, concluímos a partir da análise dos questionários, que a recaída psiquiátrica está associada na sua maioria, a homens, adultos, apresentando como grupos psicopatológicos definidos a esquizofrenia, transtornos de humor e os transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas. Ainda, a baixa escolaridade e estatuto socioeconómico mais baixo são também sugestivos de um forte impacto negativo na recaída psiquiátrica. Prosseguindo, a condição de morar sozinho está associada a taxas de readmissão, sugerindo a importância do apoio material e emocional recebido de pessoas envolvidas na coabitação. Como tal, a inclusão da família nas ações reabilitadoras deve ser estimulada e considerada um recurso humano imprescindível e, os profissionais de saúde devem legitimar os seus esforços e fortalecer o seu poder de ação. Contudo, a partir da análise dos dados não se verificaram associações entre os fatores sociodemográficos e os fatores de recaída.

No sentido de responder aos objetivos traçados inicialmente, foi possível conhecer os sinais e sintomas que o doente associa à sua recaída, assim como analisar os mesmos. Conseguimos identificar uma associação de sintomas de recaída, com significância estatística, de acordo com o diagnóstico clínico que permite aos enfermeiros de saúde mental estarem mais atentos e empoderarem os doentes a reconhecer os primeiros sintomas de um episódio de um problema de saúde recorrente, para que possam procurar tratamento precoce e limitar os danos. Trata-se de uma população especialmente propensa aos fenómenos “porta giratória” (doentes ciclicamente readmitidos) dada a ocorrência de crises recorrentes e o internamento pode, paradoxalmente, reforçar mecanismos de resolução de problemas mal-adaptivos (evitamento, reforço do estatuto de doente). Daí ser fundamental o desenvolvimento e implementação de intervenções em ambulatório para estes doentes, começando por identificar sinais de recaída, uma vez que a identificação da recaída constitui um meio ideal para estabelecer um terreno comum com o doente e reconhecer o seu ponto de vista. Tal visa a compreensão da atitude do indivíduo em relação à sua doença,

especialmente a sua percepção do risco e controlabilidade da recaída. As crenças que podem exacerbar o processo de recaída, por exemplo, um controlo mal percebido sobre a doença, fazendo com que o indivíduo entre em pânico ou não atue sobre a ocorrência de sinais precoces. Sugere-se que o evitamento da recaída ocorra através do treino de habilidades, identificando com o doente um conjunto de sintomas gerais e idiossincráticos, que servem como sinais de alerta de recessão iminente, isto é, encorajar os doentes a reverem, sozinhos ou com o apoio dos familiares, quaisquer mudanças perceptíveis que levem ao seu mais recente episódio de doença, bem como quaisquer eventos que considerem que possam ter desencadeado estes.

No que concerne aos motivos de recaída, verificamos que não há diferenças significativas entre estes e o diagnóstico do doente. Assim sendo, em relação aos fatores causais que contribuíram para o reinternamento, está de forma evidente o facto de “parar a medicação”. Como motivos para a interrupção foram identificados os efeitos colaterais desagradáveis da medicação e conseqüente percepção de que o uso da mesma causa mais limitações do que alívio do sofrimento na vida quotidiana, a suspensão da medicação face a uma perspectiva positiva da saúde, ainda, nos casos em que o doente aceita ser medicado, há uma tendência ao esquecimento em alguns dos horários prescritos ou a falta de recursos económicos para aceder à medicação. Ainda, “não dormir a horas certas”; o “stresse”; as “discussões frequentes em casa”; a alteração da “dosagem da medicação” e “não ter regras em casa” foram outros fatores causais mencionados como responsáveis pela recaída em saúde mental. Não obstante, salientamos, que apenas os doentes com diagnóstico de esquizofrenia (40% da amostra) descrevem “falta de apoio da família e a incompreensão da doença” como um dos motivos catalisadores do surgimento de sintomatologia responsável pela recaída psiquiátrica. Neste sentido, deve ser cada vez mais valorizado a necessidade de a família ser incluída em intervenções de promoção da saúde desenvolvidas de forma permanente nos serviços. Por outro lado, a família deve ser reconhecida como recurso que compõe o conjunto de intervenções terapêuticas junto das equipas de enfermagem.

No que concerne à taxa de recaída, verificaram-se apenas duas readmissões hospitalares nos 30 dias após a data da alta, correspondendo a uma taxa de reinternamento de 6,7%. No período de um ano após a alta hospitalar foram readmitidos 18 doentes, pelo que se verificou uma taxa de reinternamento a um ano de 60%. Como possíveis explicações para estes resultados, pode estar o demorado suporte clínico e sociofamiliar após a alta hospitalar, e poucos esforços para reavaliações frequentes e o para o trabalho de coordenação com instituições e serviços da comunidade, promovendo a inserção social e o apoio às famílias e permitindo a manutenção dos cuidados em ambulatório, prevenindo assim reinternamentos frequentes.

Em suma, entendemos com a realização da investigação ter dado resposta aos objetivos do estudo. Os resultados sugerem que informações obtidas durante o internamento podem fornecer um índice útil na avaliação do risco de reinternamentos posteriores. Os

reinternamentos são considerados um alvo fundamental para análise e prevenção nos cuidados de saúde. Assim, o conhecimento sobre a sua minimização é crucial. Este estudo permite um maior conhecimento das características da população de doentes reinternados em saúde mental e identifica fatores de risco facilmente detetáveis durante a hospitalização permitindo a sua abordagem e a adoção de medidas preventivas nos casos em maior risco de recaída.

A elaboração deste estudo proporcionou uma oportunidade única de aprendizagem, consolidação de conhecimentos e competências no desempenho das nossas funções enquanto enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiatria, e permitiu aprofundar competências na área da investigação em enfermagem. Gostaríamos que fosse uma motivação para que outros continuem a investir na temática, através da investigação, melhorando o atendimento e a prestação de cuidados de enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Administração Central do Sistema de Saúde. (2015). *Relatório Grupo de Trabalho para a Avaliação da Situação da Prestação de Cuidados de Saúde Mental e das Necessidades na Área de Saúde Mental*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Alves, A. (2013). *Perfil de Utilização da Urgência Metropolitana de Psiquiatria do Porto: um contributo para a análise dos cuidados de Saúde Mental na região*. Dissertação de Mestrado. Universidade Nova de Lisboa.

Alves, A. Et Rodrigues, N. (2010). Determinantes sociais e económicos da Saúde Mental. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28(2), 127-131.

Andreasen, N.C. (2005). Remission in Schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus. *American Journal of Psychiatry*, 162(3), 441-49.

Balsa, C., Vital, C. Et Pascueiro, L. (2011). *O consumo de bebidas alcoólicas em Portugal: prevalências e padrões de consumo 2001-2007*. Instituto da Droga e da Toxicodependência. Lisboa.

Barnes, Tre. (2009). Antipsychotic long acting injections: prescribing practices in the UK. *The British Journal of Psychiatry*, 52(5), 37-42.

Barros, R. (2012). *Reinternações psiquiátricas: influência de variáveis sócio-demográficas, clínicas e de modalidades de tratamento*. Tese de doutoramento. Universidade de São Paulo.

Bastos, F. (2012). *A pessoa com doença crónica: uma teoria explicativa sobre a problemática da gestão da doença e do regime terapêutico*. Tese de doutoramento. Universidade Católica Portuguesa.

Bastos, H., Polido, F., Et Saraiva, C. (2014). História da psiquiatria. In C. Saraiva, Et J. Cerejeira, *Psiquiatria Fundamental* (pp. 1-17). Lisboa: Lidel.

Bechelli, L. (2003). Antipsicóticos de ação prolongada no tratamento de manutenção da esquizofrenia. Parte I. Fundamentos do seu desenvolvimento, benefícios e nível de aceitação em diferentes países e culturas. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 11(3),341-9.

Birchwood, M., Spencer, E. Et McGovern, E. (2001). Schizophrenia: early warning signs. *Advances in Psychiatric Treatment*, 6, 93-101.

Bowskill, R., Clatworthy, J., Parham, R., Rank, T., Et Horne, R. (2007). Patients' perceptions of information received about medication prescribed for bipolar disorder: Implications for informed choice. *Journal of Affective Disorders*, 100(1-3), 253-257.

Brissos, S., Veguilla, M., Taylor, D., Et Martinez, V. (2014). The role of long-acting injectable antipsychotics in schizophrenia: a critical appraisal. *Therapeutic advances in psychopharmacology*, 4(5), 198-219.

Brito, M. (2012). *A reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência no autocuidado - Uma teoria explicativa*. Tese de doutoramento. Universidade Católica Portuguesa.

Byrne, K., Et Deane, P. (2006). Enhancing Medication Adherence: Clinician Outcomes from the Medication Alliance Training Program. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 38(4), 107-211.

Caldas de Almeida, JM., Et Xavier, M. (2013). Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental. Faculdade de Ciências Médicas. Lisboa.

Cardoso, A., Byrne, M., Et Xavier, M. (2016). Adesão ao tratamento nas perturbações psiquiátricas: o impacto das atitudes e das crenças em profissionais de serviços de psiquiatria e saúde mental em Portugal: Parte I: aspetos conceptuais e metodológicos. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34(3), 209-219.

Cardoso, L., Miasso, A., Galera, S., Maia, B., Et Esteves, R. (2011). Adherence level and knowledge about psychopharmacological treatment among patients discharged from psychiatric internment. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(5), 1146-1154.

Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental. (2007). *Proposta de Plano de Ação para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal 2007-2016*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Dalgalarondo, P., Banzato, C. E., Et Botega, N. J. (2003). Patients who benefit from psychiatric admission in the general hospital. *Revista de saúde pública*, 37(5), 629-634.

Department of Health. (2008). *Emergency readmission rates*. London: Department of Health.

Despacho conjunto nº 407/98 de 18 de junho. Diário da República nº 138 - II Série. Lisboa: Ministério da Saúde.

Desai, A. S., Et Stevenson, L. W. (2012). Rehospitalization for heart failure: predict or prevent?. *Circulation*, 126(4), 501-506.

Direção-Geral da Saúde. (2004). *Rede de Referência de Psiquiatria e Saúde Mental*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Direção-Geral da Saúde. (2012). *Reatualização do Plano Nacional de Saúde Mental*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Direção-Geral da Saúde. (2014). *Portugal: Saúde Mental em números - 2014*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Duncan, J. M., Short, A., Lewis, J. S., Et Barrett, P. T. (2002). Re-admissions to the State Hospital at Carstairs. *Health Bulletin (Edinb)*, 60(1), 70-82.

Durbin, J., Lin, E., Layne, C., Et Teed, M. (2007). Is readmission a valid indicator of the quality of inpatient psychiatric care?. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 34(2), 137-150.

Entidade Reguladora da Saúde. (2015). *Acesso e qualidade nos cuidados de saúde mental*. Porto: ERS.

Ernest, S., Nagarajan, G., Jacob, K. (2013). Assessment of need of patients with schizophrenia: a study in Vellore, India. *International Journal of Social Psychiatry*, 59(8),752-756.

Filho, A., Fortes, F., Queirós, P., Peres, M., Vidinha, T., Et Rodrigues, M. (2014). Trajetória histórica da reforma psiquiátrica. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(4),117-125.

Fischer, C., Anema, H. A., Et Klazinga, N. S. (2012). The validity of indicators for assessing quality of care: a review of the European literature on hospital readmission rate. *European Journal of Public Health*, 22(4), 484-491.

Fischer, C., Lingsma, H. F., Marang-van de Mheen, P. J., Kringos, D. S., Klazinga, N. S., Et Steyerberg, E. W. (2014). Is the readmission rate a valid quality indicator? A review of the evidence. *PLoS One*, 9(11), e112282.

Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusociência Edições Técnicas e Científicas, Lda.

François, C., Philippe, R., Isabelle, I., Joel, P., Bérengère, G., Et Antonio, D. (2011). Opinions of French patients with schizophrenia regarding injectable medication. *Patient Preference and Adherence*, 5, 165-171.

Gomes, D. (2014). Ética e a Legislação Profissional. Instituto de Formação Cursos de Técnicos Profissionalizantes. Recuperado de <http://www.ifcursos.com.br/sistema/admin/arquivos/08-38-23/apostilaeticatecnicoemenfermagem.pdf> >

Gouveia, M., Ascensão, R., Fiorentino, F., Pascoal, J., Costa, J., Et Borges, M. (2017). O custo e a carga da esquizofrenia em Portugal em 2015. *International journal of clinical neurosciences and mental health*, 4(3), 1- 13.

Hodgson, R. E., Lewis, M., Et Boardman, A. P. (2001). Prediction of readmission to acute psychiatric units. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 36(6), 304- 309.

Inder, M., Lacey, C., Et Crowe, M. (2019). Participation in decision-making about medication: a qualitative analysis of medication adherence. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(1), 181-189.

Instituto Nacional de Estatística. (2012). *Censos 2011 Resultados Definitivos - Portugal*. Lisboa.

Jencks, S. F., Williams, M. V., Et Coleman, E. A. (2009). Rehospitalizations among patients in the Medicare fee-for-service program. *New England Journal of Medicine*, 360(14), 1418-1428.

Jónsdóttir, H., Friis, S., Horne, R., Pettersen, Kl., Reikvam, A., Et Andreassen, OA. (2009). Beliefs about medications: measurement and relationship to adherence in patients with severe mental disorders. *Acta psychiatrica scandinavica*, 199 (1), 78-84.

Kalseth, J., Lassemo, E., Wahlbeck, K., Haaramo, P., Et Magnussen, J. (2016). Psychiatric readmissions and their association with environmental and health system characteristics: a systematic review of the literature. *BMC Psychiatry*, 16(376), 2-9.

Kaplan, G., Casoy, J., Et Zummo, J. (2013). Impact of long-acting injectable antipsychotics on medication adherence and clinical, functional, and economic outcomes of schizophrenia. *Patient Preference and Adherence* ,7, 1171-1180.

Kvrgic, S., Cavelti, M., Beck, EM., Rüsçh, N., Et Vauth, R. (2013). Therapeutic alliance in schizophrenia: The role of recovery orientation, self-stigma, and insight. *Psychiatry Research*, 209(1), 15-20.

Lambri, M., Chakraborty, A., Leavey, G., Et King, M.(2012). Quality of life and unmet need in people with psychosis in the London Borough of Haringey, UK. *The Scientific World Journal*, 836067.

Lay, B., Lauber, C., Et Rässler, W. (2006). Prediction of in-patient use in first-admitted patients with psychosis. *European Psychiatry*, 21(6), 401- 409.

Leão, A. (2010). *O serviço comunitário de saúde mental: desvelando a essência do cotidiano das ações no território*. Tese de doutoramento. Universidade de São Paulo.

Lecomte, T., Spidel, A., Leclerc, C., MacEwan, GW., Greaves, C., Et Bentall, RP. (2008). Predictors and profiles of treatment non-adherence and engagement in services problems in early psychosis. *Schizophrenia Research*, 102(1-3),295-302.

Lei nº 35/99 de 5 de fevereiro. Diário da República nº 30 - I Série A. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.

Lei n.º 36/98 de 24 de julho. Diário da República n.º 169/1998 - I-A Série. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.

Lei nº 304/2009 de 22 de outubro. Diário da República nº 205 - I Série. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.

Lei nº 2118/63 de 3 de abril. Diário da República nº 79/63 - I Série. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.

Machado, V. (2012). *Reinternação psiquiátrica no campo da Atenção Psicossocial: a perspectiva dos pacientes reinternantes*. Tese de Doutoramento. Universidade de São Paulo.

Machado, V., Leonidas, C., Santos, MA., Et Souza, J. (2012). Psychiatric readmission: an integrative review of the literature. *International Nursing Review*, 59(4), 447-457.

Martin, L., Williams, S., Haskard, K., Et DiMatteo, MR. (2005). The challenge of patient adherence. *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 1(3), 189-199.

Martins, J. (2008). Investigação em Enfermagem: alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar Enfermagem*, 12(2), 62-66.

Mattioni, T., Di Lallo, D., Roberti, R., Miceli, M., Stefani, M., Maci, C., Et Perucci, C. (1999). Determinants of psychiatric inpatient admission to general hospital psychiatric wards: an epidemiological study in a region of central Italy. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34(8), 425-431.

McEwen, M., Et Wills, E. M. (2007). *Theoretical basis for nursing* (2nd ed.). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health: Lippincott, Williams, & Wilkins.

Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde, Et Coordenação Nacional para a Saúde Mental. (2008). *Resumo Executivo: Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental.

Molfenter, T., Connor, T., Ford, JH., Hyatt, J., Et Zimmerman, D. (2016). Reducing Psychiatric Inpatient Readmissions Using an Organizational Change Model. *VMJ*, 115(3), 122-126.

Morant, N., Kaminskiy, E., Et Ramon, S. (2015). Shared decision making for psychiatric medication management: beyond the micro-social. *Health expectations: an international journal of public participation in health care and health policy*, 19(5), 1002-1014.

Morriss, R. (2004). The early warning symptom intervention for patients with bipolar affective disorder. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10, 18-26.

Nola, P. (2011). *Health promotion in nursing Practice* (6th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.

Nunes, L. (2014). *Responsabilidade profissional, ética e legal em Enfermagem de Saúde Mental*. Instituto Politécnico de Setúbal. Recuperado de https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/15263/1/EESMP_Responsabilidade%20%20profissional%20%20%C3%A9tica%20e%20legal_LN.pdf .

OECD/EU. (2018). *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*. OECD Publishing, Paris. Recuperado de https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en.

Olivares, J., Sermon, J., Hemels, M., Et Schreiner, A. (2013). Definitions and drivers of relapse in patients with schizophrenia: a systematic literature review. *Annals of General Psychiatry*, 12(1), 12-32.

Oliveira, J. (2002). *Psicologia da Família*. Lisboa: Universidade Aberta.

Ordem dos Enfermeiros. Regulamento n.º 122/2011: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. D.R. II Série. N.º 35, Parte E, 8648-8653.

Ordem dos Enfermeiros. Regulamento n.º 129/2011 - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental. D.R. II Série. N.º 35, Parte E, 8669-8673.

Patel, M., Et David, A. (2005). Why aren't depot antipsychotics prescribed more often and what can be done about it?. *Advances in Psychiatric Treatment*, 11(3), 203-211.

Patel, M., De Zoysa, N., Bernadt, M., Et David, A. (2009). Depot and oral antipsychotics: patient preferences and attitudes are not the same thing. *Journal of Psychopharmacology*, 23(7), 789-796.

Patel M., Haddad P., Chaudhry I., McLoughlin S., Husain N., Et David A. (2010). Psychiatrists' use, knowledge and attitudes to first and second generation antipsychotic long-acting injections: comparison over five years. *Journal of Psychopharmacol*, 24(10), 1473-1482.

Patterson, S., Duhig, M., Et Gunasekara, I. (2017). Understanding readmission to psychiatric hospital in Australia from the service users' perspective: a qualitative study. *Health & Social Care in the Community*, 25(1), 75-82.

Pereira, S. Et Saraiva, C. (2014). Perturbações Depressivas. In C. Saraiva, Et J. Cerejeira, *Psiquiatria Fundamental* (pp. 205-248). Lisboa: Lidel.

Pestana, M., Et Gageiro, J. (2014). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS (6 ed)*. Lisboa: edições sílabo.

Petrea, I., Et McCulloch, A. (2013). Mental Health. In J., Mackenbach, Et M., McKee (eds) *Successes and Failures of Health Policy in Europe* (pp.193-213). McGraw-Hill Education.

Potkin, S., Bera, R., Zubek, D., Et Lau, G. (2013). Patient and prescriber perspectives on long-acting injectable (LAI) antipsychotics and analysis of in-office discussion regarding LAI treatment for schizophrenia. *BMC psychiatry*, 16, 1-11.

Renca, S. Et Cerejeira, J. (2014). Esquizofrenia. In C. Saraiva, Et J. Cerejeira, *Psiquiatria Fundamental* (pp. 135-204). Lisboa: Lidel.

Renca, S., Et Cerejeira, J. (2014). História da psiquiatria. In C. Saraiva, Et J. Cerejeira, *Psiquiatria Fundamental* (pp. 1- 26). Lisboa: Lidel.

Ribeiro, A. (2012). *Processo de agudização e reinternamento do doente psicótico: um contributo para a melhoria da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Ribeiro, J. (2007). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. Lisboa: Placebo.

Santos, M. (2015). *Identificação de fatores associados à aderência ao tratamento, reinternação hospitalar e necessidades de cuidados de pacientes inseridos na rede pública de assistência em saúde mental*. Tese de Doutorado. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

Samalin, L., Bellivier, F., Giordana, B., Yon, L., Milhiet, V., El-Hage, W., ... Et Llorca, PM. (2014). Patients' Perspectives on Residual Symptoms in Bipolar Disorder: A Focus Group Study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 202(7), 550-555.

Saraiva, C. (2014). Promoção da saúde mental e prevenção da doença mental. In C. Saraiva, Et J. Cerejeira, *Psiquiatria Fundamental* (pp. 17-20). Lisboa: Lidel.

Sfetcu, R., Musat, S., Haaramo, P., Ciutan, M., Scintee, G., Vladescu, C., ... Et Katschnig, H. (2017). Overview of post-discharge predictors for a psychiatric re-hospitalisations: a systematic review of the literature. *BMC Psychiatry*, 17(1), 217-227.

Silva, N. C., Bassani, D. G., Et Palazzo, L. S. (2009). A case-control study of factors associated with multiple psychiatric readmissions. *Psychiatric Services*, 60(6), 786-791.

Stuart, G.W., Et Laraia, M.T. (2001). *Enfermagem psiquiátrica: princípios e prática*. 6ª ed. Porto Alegre: Artmed.

Talhada, L. (2012). *Qualidade do sono, saúde e estilos de vida: estudo com a população activa portuguesa*. Dissertação de Mestrado. Universidade da Beira Interior.

Teixeira, P., Saavedra, I., Rodrigues, T., Brenha, M., Moreira, S., Catarino, I., Et Mendes, P. (2012). Avaliação dos Motivos Subjacentes e Identificação de Fatores Preditivos do Drop-Out de Doentes Psiquiátricos. *Acta Médica Portuguesa*, 25(6), 408-413.

Thornicroft, G., Et Tansella, M. (2010). *Boas práticas em saúde mental comunitária*. Barueri: Manole.

Tse, S., Murray, G., Chung, K.F., Davidson, L., Ng, K.L., Et Yu, C.H. (2014). Exploring the recovery concept in bipolar disorder: A decision tree analysis of psychosocial correlates of recovery stages. *Bipolar Disorders*, 16(4), 366-377.

Van Walraven, C., Bennett, C., Jennings, A., Austin, P. C., Et Forster, A. J. (2011). Proportion of hospital readmissions deemed avoidable: a systematic review. *Canadian Medical Association Journal*, 183(7), 391-402.

Vigod, SN., Kurdyak, PA., Dennis, CL., Leszcz, T., Taylor, VH., Blumberger, DM., Et Seitz, DP. (2013). Transitional interventions to reduce early psychiatric readmission in adults: systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 202(3), 187-194.

Walburn, J., Gray, R., Gournay, K., Quraishi, S., Et David, A. (2001). Systematic review of patient and nurse attitudes to depot antipsychotic medication. *British Journal of Psychiatry*, 179(4), 300-307.

Wood, G. L., Et Haber, J. (2001). *Pesquisa em enfermagem: Métodos, avaliação crítica e utilização (4 ed.)*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S A.

World Health Organizations. (2001). Prevention and Promotion in Mental Health. In: *Mental Health: Evidence and Research*. Department of Mental Health and Substance Dependence. Geneva: WHO.

World Health Organization. (2003). *Failure to take prescribed medicine for chronic disease is massive, worldwide problema*. Geneva: WHO.

World Health Organizations. (2005). *Mental Health Declaration for Europe*. Copenhagen: World Health Organization.

World Health Organization. (2013). *Mental health action plan 2013-2020*. Geneva: WHO.

World Health Organization (2015). *Mental health ATLAS 2014*. Geneva: World Health Organization.

Yasui, S. (2006). *Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Tese de doutoramento*. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro.

Zhang, J., Harvey, C., Et Andrew, C. (2011). Factors associated with length of stay and the risk of readmission in an acute psychiatric inpatient facility: a retrospective study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(7), 578-585

ANEXOS

Anexo 1: instrumento de recolha de dados



61032

**Estudo Integrado no projeto "REFAMIS – (Representações, famílias e modelos de intervenção em saúde)"****Questionário doentes**

Este estudo só terá interesse se a sua participação for franca e criteriosa, na forma como responde às questões. Os dados obtidos são confidenciais. Preencha os dados por favor.

Dados de socio caracterização:

Código

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1 - Sexo Masculino Feminino2 - Idade: (anos)3 - Diagnóstico atual: (CID IX)4 - Alfabetismo: 4.1-Sabe ler? Sim Não4.2-Sabe escrever? Sim Não

5 - Escolaridade: (completa)

- Nenhuma
- Ensino básico – 1º ciclo (4º ano antigo)
- Ensino básico – 2º ciclo (6º ano antigo)
- Ensino básico – 3º ciclo (9º ano antigo)
- Ensino secundário – 12º ano (7º ano do liceu/ propedêutico)
- Ensino pós secundário – curso de especialização tecnológica
- Bacharelato
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento

6 - Estado civil:

- Solteiro(a)
- Casado(a) / União de facto
- Divorciado(a)
- Separado(a)
- Viúvo(a)

7 - Profissão:

- Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa
- Profissões intelectuais e científicas
- Pessoal administrativo e similares
- Pessoal dos serviços e vendedores
- Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pesca
- Operários, artífices e trabalhadores similares
- Operários de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem
- Profissões não qualificadas
- Doméstico(a)
- Forças armadas



61032



8 - Situação profissional :

- Empregado(a)
- Desempregado(a)
- Reformado(a) por idade
- Reformado (a) por invalidez
- Estudante
- Doméstico(a)
- Outro Qual?

9. Composição do agregado familiar (nº de elementos)

10. Coabita com algum familiar Sim Não

11. Com quem vive?

- Sozinho(a)
- Com conjuge ou companheiro(a)
- Com conjuge ou companheiro(a) e filhos(as)
- Com filhos(as)
- Com os pais
- Com conjuge ou companheiro(a),filhos(as) e pai/mãe
- Com outros familiares Qual?

12. Recebe algum tipo de apoio social: Sim Não

12.1 Em caso afirmativo, de quem recebe o apoio social?(pode assinalar mais de uma opção)

- Instituição social
- Paróquia
- Hospital
- Centro de saúde
- Outro Qual?

12.2 Que tipo de apoio recebe? (pode assinalar mais do que uma opção)

- Cuidados domiciliários Apoio na alimentação
- Cuidados enfermagem Apoio nos cuidados de higiene
- Apoio emocional Centro de saúde
- Apoio económico Outro apoio Qual?

13. Que ajuda gostava de ter? (pode assinalar mais do que uma opção)

- Apoio emocional (que me ouvissem)
- Validação de que estou a fazer bem os cuidados que me ensinaram
- Auxílio nas minhas tarefas em casa
- Auxílio com as compras
- Que alguém ficasse em casa por algum tempo, para cuidar de mim
- Que me ajudassem a gerir os conflitos em casa
- Que me explicassem como fazer certos cuidados
- Que me explicassem quanto tempo mais vou continuar a precisar de cuidados
- Que me explicassem o que tenho
- Que me explicassem como gerir a minha doença (sintomas, o que fazer quando tenho uma crise)
- Outro Qual?

Desenhado por:
ESEP | QT CITQ0090Pv1

2 / 5



61032

14. Recebe apoio por parte de enfermeiros relativamente à sua doença? Sim Não Não responde
- 14.1 Tem oportunidade para esclarecer dúvidas, falar sobre os seus medos e preocupações com os enfermeiros ou outros técnicos? Sim Não Não responde
15. Nos últimos 12 meses sentiu-se irritado? Sim Não Não responde
- 15.1 Em caso de resposta afirmativo, com que frequência ocorreu esta situação?
- Uma Vez Algumas Vezes Bastantes vezes Muitas vezes
16. Crê que tem contacto suficiente com os seus filhos(as), familiares, amigos(as), vizinhos(as), etc.? Sim Não Não responde
17. Participa em atividades sociais? Sim Não Não responde
- 17.1 Em caso afirmativo, assinala as atividades em que participa?(pode assinalar mais do que uma opção)
- Associação de doentes
- Grupo religioso
- Associação recreativa
- Atividades da junta de freguesia
- Outra Qual?
18. Como considera que está o seu estado de saúde, neste momento? Muito Bom Bom Mau Muito mau
- 18.1 Outros antecedentes pessoais de saúde/doença: Sim Não Não responde
- 18.1.1 Qual?
- 18.2 Faz medicação? Sim Não Não responde
- 18.2.1 Em caso afirmativo, que tipo de medicação faz? (pode assinalar mais do que uma opção)
- Medicação para dormir
- Medicação para depressão
- Medicação para esquizofrenia
- Medicação para doença bipola
- Medicação para ansiedade
- Medicação para a perturbação que me foi diagnosticada
- 18.2.1.1 Outra medicação (pode assinalar mais do que uma opção)
- Diabetes
- Hipertensão arterial
- Doença Cardíaca
- Doença Respiratória
- Outra Qual?
- 18.2.2 Faz medicação injetável (depot)? (pode assinalar mais do que uma opção)
- Haldol decanoato
- Risperdal consta
- Cisordinol
- Fluanxol
- Xeplion
- Outro Qual?
- 18.2.3 Cumpre a medicação? Sim Não



61032

22. Quanto tempo sentiu estas alterações até procurar ajuda? dias meses anos
23. Destes sintomas qual foi para si o sinal de Alerta?
24. Quanto tempo demorou a pedir ajuda depois de sentir este sinal de alerta? dias meses anos
25. A quem recorreu **em primeiro lugar** para pedir ajuda?
- Família
 - Amigos
 - SU
 - Centro saúde
 - Técnico profissional de saúde do hospital psiquiátrico: Enfermeiro
 - Técnico profissional de saúde do hospital psiquiátrico: Médico
 - Outros Qual?
- 25.1 Quando pediu ajuda, percebeu que ia ficar internado? Sim Não Qual?
- 25.1.1 Porquê?
26. Quando foi o seu último internamento?
- dias meses anos
27. Quanto tempo depois do último internamento começou a sentir os sintomas que motivaram este internamento?
- dias meses anos
28. O que no seu entender provocou o aparecimento destes sintomas(pode assinalar mais do que uma opção)
- Discussões frequentes em casa
 - Parar a medicação
 - O Stress
 - Alterar a dosagem da medicação
 - Não dormir a horas certas
 - Não ter regras em casa
 - Outros Qual?

Anexo 2: consentimento livre e esclarecido para estudos de investigação

Nome: _____

Morada: _____

Telefones: _____

Centro de Saúde: _____

Número do Processo Clínico:

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO / ENSAIOS CLÍNICOS

Por favor leia com atenção todas as informações constantes neste documento. Não hesite em solicitar mais informações ao Investigador se não estiver completamente esclarecido. Verifique se todas as informações estão correctas e, então, assinale com X a quadrícula respectiva e assinie este documento. Tenha em consideração que o consentimento pode a todo o tempo ser revogado.

ÂMBITO DA INVESTIGAÇÃO:

A preencher pelo Investigador (assinale com X a quadrícula respectiva e assinie este documento)

Confirmando que expliquei ao doente aos familiares ou ao seu representante legal de forma adequada e inteligível a natureza e finalidade da investigação referida, e que da sua realização não decorre qualquer risco ou complicação nem qualquer benefício pessoal adicional, mas apenas o benefício geral que advém de novos conhecimentos adquiridos sobre a sua doença.

Observações complementares:

Nome do Investigador	Assinatura	N.º Mecanogr.	Data
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

A preencher pelo Doente / Familiares / Representante Legal (assinale com X a quadrícula respectiva e assinie este documento)

Declaro que percebi e que concordo com o que me foi proposto e explicado pelo Médico/Investigador que assina este documento. Autorizo a utilização e armazenamento de produtos biológicos para estudos de investigação, bem como a utilização, análise e divulgação de dados clínicos registados informaticamente, também para estudos de investigação, tendo em estrita consideração o princípio da confidencialidade. Declaro ainda que recebi fotocópia da presente declaração.

Declaro que não concordo e que não autorizo o que me foi proposto e explicado pelo Investigador que assina este documento.

Observações complementares:

Assinatura do Doente	B.I. n.º	Data Emissão	Arquivo	Data Consentimento
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Assinatura do Familiar	B.I. n.º	Data Emissão	Arquivo	Data Consentimento
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Grau de Parentesco				
Assinatura do Representante Legal	B.I. n.º	Data Emissão	Arquivo	Data Consentimento
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>



Nome: _____

Morada: _____

Telefones: _____

Centro de Saúde: _____

Número do Processo Clínico:

No caso de não poder ou não saber assinar:

Impressão Digital do Doente

Assinatura de Testemunha (1)	B.I. n.º	Data Emissão	Arquivo	Data Consentimento
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Assinatura de Testemunha (2)	B.I. n.º	Data Emissão	Arquivo	Data Consentimento
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Anexo 3: consentimento informado para participar no estudo

ESEP – UCP- EDP
Projeto de investigação “*Representações, famílias e modelos de intervenção em saúde*”- Estudo “*Sintomas associados à recaída no contexto de psiquiatria: perspectiva do doente e familiares*”

Consentimento informado

Eu, _____ (nome completo do participante) concordo em participar no estudo de investigação “**Fatores associados à recaída no contexto da psiquiatria: ótica do doente**” com o objetivo de Identificar sinais/sintomas associados à recaída em psiquiatria sob a ótica do doente e analisar as fragilidades com os quais estão relacionados.

Fui informado(a) a respeito do projeto e da natureza do meu envolvimento. Foi-me dada oportunidade de fazer perguntas, tendo compreendido a explicação fornecida.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso me possa trazer qualquer prejuízo.

Aceito que as minhas perspectivas sejam incorporadas nos resultados do estudo e possam ser publicadas ou apresentadas pela equipe de investigação para fins académicos. Compreendi que o meu anonimato será, sempre, protegido e que nenhum nome ou outros detalhes identificativos serão divulgados.

Compreendi que este documento será conservado de forma segura pela equipe de investigação e será destruído no fim do estudo.

Por isso, declaro aceitar a participação neste estudo.

Porto, _____, 2019

Assinatura do participante.....

Assinatura do investigador.....

Anexo 4: pedido de autorização ao diretor do departamento de internamento

In reunião de CES de
20 de Janeiro 2016 este
projeto tem parecer
positivo. L. Barbedo

António Leuschner
157207

Exmo. Senhor Presidente do
Conselho de Administração do
Hospital Magalhães de Lemos, EPE

António Leuschner
Presidente do Conselho de Administração

Eu, Maria Júlia Costa Marques Martinho, professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) na qualidade de investigador principal a desenvolver um projeto de investigação intitulado "Sintomas associados à recaída no contexto de psiquiatria: perspectiva do doente e familiares" (documento 1- que anexamos) em conjunto com a equipe de enfermagem do serviço de D1 (elemento de referência - enfermeiro Rui Alferes enfermeiro especialista de psiquiatria e saúde mental) venho por este meio solicitar a vossa Ex.ª, autorização para realizar o seu estudo que tem como finalidade: Contribuir para um plano de intervenção no planeamento da alta no âmbito de enfermagem que vise a prevenção da recaída do doente psiquiátrico e como objetivos:

- ✓ Identificar sinais precoces de recaída sob a perspetiva do doente e seus familiares
- ✓ Analisar as fragilidades associadas à recaída;
- ✓ Analisar as diferenças nos sinais precoces de recaída entre homens e mulheres;
- ✓ Analisar as diferenças entre os sinais precoces de recaída e as patologias diagnosticadas;
- ✓ Analisar a perceção dos primeiros sintomas sob a ótica do doente e dos seus familiares;

O questionário (documento 2 que anexamos) será o recurso metodológico para esta colheita de dados. A participação dos doentes e familiares é anónima e voluntária.

Para eventuais esclarecimentos de dúvidas informo o meu endereço electrónico e telefone.

Maria Júlia Costa Marques Martinho

E-mail: julia@esenf.pt

Telefone: 933258134

Desde já agradeço antecipadamente, subscrevo-me atenciosamente

Maria Júlia Costa Marques Martinho

Porto, 2 de dezembro de 2015

HOSPITAL DE MAGALHÃES LEMOS, EPE	
Reunião do C.A.	
24.11.15	
Acta n.º 31/2016	
António Leuschner Presidente	Alberto Peabro Vice-Presidente
Joaquim Ramos Diretor Clínico	António Teles Enfermeiro Director

De acordo com os Procedimentos
do SFI. A Comissão de Ética
do Hospital de Magalhães Lemos, EPE.

Nota: de lembrar os procedimentos da Realização
de projetos de Investigação no HM Lemos, EPE, nomeá-
damente se "obtida autorização superior para a realização
do trabalho a candidata deve obter autorização do
Director do Departamento (e Lemos de onde pretende realizar
o trabalho) e disponibilizar um exemplar do trabalho
a entregar no SFI)

007347-14-03/REC-15
A. BARBEDO OLIVEIRA
Responsável do Serviço de Pesquisa e Inovação

António Leuschner

António Leuschner
Presidente

Joaquim Ramos
Diretor Clínico

Alberto Peabro
Vice-Presidente

António Teles
Enfermeiro Director

Anexo 5: autorização para a realização do projeto de investigação



Julia Marques Martinho <5juliamar67@gmail.com>

FW: Autorização para projeto de investigação.

1 mensagem

Elisabete Oliveira <ElisabeteOliveira@hmlemos.min-saude.pt>
Para: "5juliamar67@gmail.com" <5juliamar67@gmail.com>

26 de janeiro de 2016 às 10:45

Bom dia
Exma. Senhora
Prof. Dr.ª Júlia Martinho


Assunto: Projeto de investigação. "Sintomas associados à recaída no contexto de psiquiatria: perspetiva do doente e familiares".

Em resposta ao pedido de V. Exa., sobre o assunto em epígrafe, cumpre-nos informar que foi dada autorização para o projeto de investigação a desenvolver no Serviço D1.

Com os melhores cumprimentos,

Elisabete Sónia Correia Oliveira
Secretária do Conselho de Administração
Hospital de Magalhães Lemos E.P.E.
Rua Professor Álvaro Rodrigues
4149-003 Porto Ext: 332
Telf: 226192432 Fax: 226184084
elisabeteoliveira@hmlemos.min-saude.pt

This email has been checked for viruses by Avast antivirus software.
<https://www.avast.com/antivirus>

 **img-125091457-0001.pdf**
71K