



TRAJETÓRIAS PELOS CUIDADOS DE SAÚDE MENTAL

PARTE II

**TRAJETÓRIAS PELOS CUIDADOS DE SAÚDE MENTAL EM PORTUGAL – RESULTADOS
RELATIVOS ÀS PERCEÇÕES DE UTENTES, CUIDADORES E TÉCNICOS DE SAÚDE MENTAL**

JUNHO DE 2016

ÍNDICE

LISTA DE ABREVIATURAS.....	6
NOTA INTRODUTÓRIA	7
PARTE I - Contextualização do estudo Trajetórias pelos Cuidados de Saúde Mental	8
1.1. Do comportamento relacionado com a doença às trajetórias nos cuidados de saúde	9
1.2. Modelos explicativos das trajetórias de cuidados em saúde mental	11
1.3. Síntese do estado da arte: os principais determinantes das trajetórias de cuidados em saúde mental	14
1.4. Do reconhecimento dos determinantes na procura de ajuda à melhoria do acesso aos serviços	19
PARTE II - Metodologia	20
2.1. Participantes	20
2.2. Procedimentos	22
2.3. Instrumentos de recolha de dados	23
PARTE III - Resultados	26
3.1. Estudo das trajetórias e percepções de utentes, cuidadores e técnicos de saúde mental face a serviços de prestação de cuidados de saúde mental	26
3.2. Quais os desencadeadores de contacto com os serviços prestadores de cuidados de saúde mental ao longo das trajetórias dos participantes?	28
3.3. Quais os contextos e atores envolvidos nas trajetórias dos participantes e qual o papel que desempenham?	32
3.4. Quais os facilitadores e obstáculos percebidos pelos participantes na procura e obtenção de ajuda para um problema de saúde mental?	41
3.5. Quais as percepções dos participantes acerca dos serviços prestadores de cuidados de saúde mental com os quais foram contactando ao longo das suas trajetórias?	55
3.6. Quais as percepções dos participantes acerca daquilo que poderia melhorar os serviços prestadores de cuidados de saúde mental?	62

PARTE IV – Discussão	67
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75
FONTES CONSULTADAS.....	90

TRAJETÓRIAS PELOS CUIDADOS DE SAÚDE MENTAL (TCSM)

O projeto Trajetórias pelos Cuidados de Saúde Mental (TCSM) foi desenvolvido pela ENCONTRAR+SE – Associação para a Promoção da Saúde Mental - em parceria com a Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental, e com o apoio científico do Centro de Estudos em Desenvolvimento Humano da Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa (Centro Regional do Porto).

Entidades promotoras:



Apoio científico:



EQUIPA DO PROJETO

Coordenação

Doutora Filipa Palha

Presidente da Direção da ENCONTRAR+SE

Centro de Estudos em Desenvolvimento Humano (CEDH) da Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa

91 906 01 65 | fpalha@encontrarse.pt

Professor Doutor António Pacheco Palha

Em representação da Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental

Membros da equipa

Mestre Natália Costa

Psicóloga da ENCONTRAR+SE

Doutora Elisa Veiga

Centro de Estudos em Desenvolvimento Humano (CEDH) da Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa

LISTA DE ABREVIATURAS

ACSS - Administração Central dos Sistemas de Saúde
ADFP - Associação de Desenvolvimento e Formação Profissional
AEIPS - Associação para o Estudo e Integração Psicossocial
AFUA - Associação de Familiares, Utentes e Amigos do Hospital de Magalhães Lemos
ASAE – Autoridade para a Segurança Alimentar e Económica
CASP - Centro de Apoio Social do Pisão
CCISM - Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental
CHCF - Centro Hospitalar Conde de Ferreira
CHPL - Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa
CHSJ - Centro Hospitalar São João
CHUC - Centro Hospitalar Universitário de Coimbra
CNSM - Comissão Nacional para a Saúde Mental
CNSM – Coordenação Nacional de Saúde Mental
CSBJ - Casa de Saúde do Bom Jesus
CSM – Cuidados de Saúde Mental
CSP – Cuidados de Saúde Primários
CSRSI - Casa de Saúde Rainha Santa Isabel
DGS – Direção-geral de Saúde
ENCONTRAR+SE – Associação para a Promoção da Saúde Mental
EUFAMI – European Federation of Associations of Families of People with Mental
Illness
HJM - Hospital Júlio de Matos
HMB – Hospital Miguel Bombarda
HML - Hospital de Magalhães Lemos
HP - Hospitais psiquiátricos
HSC - Hospital Sobral Cid
OMS – Organização Mundial de Saúde
OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde
PNSM - Plano Nacional de Saúde Mental
SLSM - Serviços Locais de Saúde Mental
SNS – Serviço Nacional de Saúde
SPCSM – Serviços de Prestação de Cuidados de Saúde Mental
TCSM – Trajetórias pelos Cuidados de Saúde Mental
UMCCI - Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados

NOTA INTRODUTÓRIA

O estudo Trajetórias pelos Cuidados de Saúde Mental (TCSM) teve como objetivo principal contribuir para a definição de um modelo de referenciação, articulação e prestação de cuidados de saúde mental (CSM) com vista à satisfação de utentes, cuidadores e técnicos de saúde mental. Por outro lado, procurou estudar o processo de desinstitucionalização psiquiátrica iniciado em Portugal, no sentido de compreender a forma como este decorreu, e obter a perceção das pessoas diretamente afetadas/ envolvidas neste processo.

Assim, este projeto partiu de três objetivos específicos:

- (1) caracterizar o processo de “desinstitucionalização” psiquiátrica em Portugal;
- (2) estudar as trajetórias de utilização dos serviços de saúde mental, analisando fatores facilitadores e obstáculos, segundo a perceção dos utentes, seus cuidadores e técnicos de saúde mental;
- (3) avaliar a perceção da satisfação face aos serviços de prestação de CSM (SPCSM).

O projeto TCSM decorreu entre janeiro de 2013 e setembro de 2014, envolvendo diferentes fases: 1) a recolha de dados sobre o processo de desinstitucionalização psiquiátrica em curso em Portugal, junto das instituições envolvidas neste processo; 2) a realização de entrevistas a pessoas com experiência de doença mental (doravante designadas por *utentes*); a familiares que assumem o papel de cuidadores de pessoas com experiência de doença mental (que designaremos de *cuidadores*) e, ainda, a profissionais a intervir na área da doença mental e/ ou pessoas ligadas à gestão das instituições (doravante designados por *técnicos*).

Após a publicação do primeiro relatório deste projecto, intitulado “O processo de “desinstitucionalização” psiquiátrica em Portugal: da análise objetiva dos factos às perceções de utentes, familiares/ cuidadores e técnicos”, apresenta-se agora os resultados referentes ao segundo objetivo do estudo – **explorar as perceções de utentes, cuidadores e técnicos face a serviços de prestação de cuidados de saúde mental**, o qual está organizado em 4 partes. Na primeira parte contextualiza-se o projeto TCSM; na segunda parte apresenta-se a metodologia do estudo - participantes, procedimentos e instrumentos de recolha de dados; na terceira parte são descritos os principais resultados e, na quarta e última parte, é feita uma síntese conclusiva.

PARTE I - Contextualização do estudo Trajetórias pelos Cuidados de Saúde Mental

Nas últimas décadas tem-se assistido a um crescente reconhecimento da elevada prevalência de perturbações psiquiátricas entre a população geral, que contrasta com o número reduzido de pessoas que acedem aos serviços de saúde mental (*treatment gap*), bem como com o elevado tempo que decorre entre o aparecimento dos sinais e sintomas e o momento em que se procura ajuda.

Centrando-nos na realidade Portuguesa, o relatório que esteve na base da elaboração do Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM), publicado na Resolução nº 49/2008, concluía que, de forma genérica, os serviços de saúde mental sofriam de insuficiências graves ao nível da acessibilidade, equidade e da qualidade dos serviços (Coordenação Nacional para a Saúde Mental – CNSM, 2008).

Por outro lado, o estudo epidemiológico nacional de saúde mental (Almeida & Xavier, 2013) trouxe dados mais específicos sobre esta realidade, salientando a escassez de doentes que receberam tratamento (18,2% nos casos ligeiros, 35,1% nos moderados e 66,4% nos casos graves), variando o *treatment gap* entre 81,8% nos casos ligeiros as 33,6 nas perturbações graves. A agravar este cenário, o estudo identifica, igualmente, a ausência de tratamento de mais de metade dos casos no primeiro ano, sendo que no caso de depressão major a mediana do atraso é de 4 anos (Almeida & Xavier, 2013).

Numa avaliação mais recente, elaborada por um “Grupo de Trabalho para a Avaliação da Situação da Prestação de Cuidados de Saúde Mental e das Necessidades na Área da Saúde Mental” (Ministério da Saúde, 2014), verificou-se que “relativamente aos tempos de espera para cuidados de saúde mental [...] em 2013 e nas diferentes regiões, entre 66 e 92% das primeiras consultas de psiquiatria de adultos são realizadas dentro do tempo de resposta garantido” (p. 6). No entanto, dois parágrafos à frente, lê-se que “os tempos de espera para consulta, mormente após a alta de um episódio de internamento, facilitam os reinternamentos, obstaculizando as probabilidades de recuperação de padrões de vida compatíveis com a dignidade da pessoa portadora de doença mental” (Ministério da Saúde, 2014; p.6).

A agravar este cenário, a Rede de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental, “estagnada” há cerca de 10 anos tem condicionando de forma grave a recuperação de quem precisa das diferentes tipologias de apoio previstas (ex. unidades residenciais; unidades sócio-ocupacionais; equipas de apoio domiciliário), o que compromete o processo de recuperação.

Desta forma, para que a reestruturação dos serviços de saúde mental, que tem vindo a ser procurada a nível internacional e nacional, possa melhor responder às necessidades neste domínio da saúde, torna-se fundamental estudar os fatores relevantes para a prevenção, tratamento e melhor prognóstico das pessoas que sofrem deste tipo de patologias (Trivedi & Jilani, 2011). A investigação sobre a forma de facilitar o acesso e disponibilidade de serviços de saúde mental, bem como com o objetivo de compreender os diversos fatores pessoais, sociais e culturais que determinam a procura de ajuda e os modos pelos quais as pessoas acedem aos cuidados e tratamento que necessitam, enquadra-se num domínio designado de “*trajetórias de cuidados*” (Rogler & Cortes, 1993; Anderson et al., 2012).

1.1. DO COMPORTAMENTO RELACIONADO COM A DOENÇA ÀS TRAJETÓRIAS NOS CUIDADOS DE SAÚDE

Ao longo das últimas décadas, estudos sobre o processo de procura de ajuda entre as pessoas com patologia psiquiátrica (Mojtabai, Eaton & Maulik, 2012) têm produzido informação de relevo para orientar a organização dos serviços. Apesar da rápida expansão da investigação nesta área, o conceito de trajetória de cuidados permanece um constructo complexo, carecendo de definição clara e consensual (Rickwood & Thomas, 2012).

As origens do conceito, no entanto, remetem para o trabalho de Mechanic (1962) que, no contexto da saúde, introduziu o termo *comportamento relacionado com a doença*, para se referir à forma como as pessoas monitorizam os seus corpos, definem e interpretam os seus sintomas, e levam a cabo ações preventivas ou remediativas, ou, por outro lado, utilizam o sistema de saúde. Para além de Mechanic (1962), outros autores como Suchman (1965) e Aday e Andersen (1975), conceptualizaram a procura de ajuda como um dos componentes do *comportamento relacionado com a doença*. Contudo, mesmo constituindo uma parte deste processo, a procura de ajuda constitui, em si mesma, um processo dinâmico. Uma das primeiras definições do processo de procura de ajuda foi desenvolvida por Mechanic (1982), que o explicou como uma forma adaptativa de *coping*.

Desde o início da investigação na área do *comportamento relacionado com a doença*, a procura de ajuda para problemas de saúde mental tem recebido especial atenção (Rickwood & Thomas, 2012). O reconhecimento de que uma maioria significativa das pessoas em sofrimento psicológico não recebia qualquer tratamento especializado,

mesmo quando gratuito, fez aumentar, por volta da década de 90 do passado século, investigação que procura compreender as razões pelas quais algumas pessoas, mas não outras, acediam aos serviços, fazendo emergir, o conceito de trajetória de cuidados em saúde mental (Rogler & Cortes, 1993). Segundo a definição proposta por Rogler e Cortes (1993) entende-se por trajetória de cuidados, a sequência de contactos com indivíduos e organizações, por parte da pessoa em sofrimento e outros significativos, no sentido de procurar alívio para o seu sofrimento, bem como a ajuda recebida em resposta a esses esforços. Ainda segundo os mesmos autores, as trajetórias seguem uma direção, que se refere à organização sequencial dos indivíduos e organizações contactados durante o processo de procura de ajuda e englobam, igualmente, uma duração, que se refere ao tempo decorrido entre o início do processo de procura de ajuda e o estabelecimento dos contactos. Mais, as trajetórias não são aleatórias - a qualidade e severidade do sofrimento dão impulso à trajetória, mas a direção e a duração da mesma são modeladas pela convergência de fatores culturais e psicossociais que influenciam quer a perceção dos potenciais problemas quer as formas de os resolver, delineando o seu curso histórico.

Mais tarde, Rickwood, Deane, Wilson e Ciarrochi (2005) conceptualizam o processo de procura de ajuda como o ato de comunicar com outras pessoas no sentido de obter ajuda em termos de compreensão, aconselhamento, informação, tratamento e suporte em geral, face a um problema ou experiência perturbadora. Segundo a definição proposta por Rickwood e a sua equipa (2005), a ajuda pode ser procurada entre uma diversidade de fontes, com diferentes níveis de formalidade. A procura de ajuda informal compreende a assistência por parte das redes de suporte social, como por exemplo, o apoio de amigos e familiares. Por outro lado, a procura de ajuda formal compreende as fontes de suporte que envolvem profissionais com papel reconhecido e formação especializada para a disponibilização relevante de aconselhamento, suporte e/ou tratamento, de que são exemplo os profissionais de saúde mental.

Para além destes exemplos, na literatura sobre esta temática são múltiplos os termos usados para descrever aquilo que se entende pela sequência de contactos que as pessoas com problemas de saúde mental estabelecem no sentido de obter ajuda para o seu problema, pelo que se pode encontrar na literatura referências a este processo enquanto trajetórias de procura de ajuda (Rogler & Cortes, 1993), trajetórias de cuidados (Norman & Malla, 2009), comportamento de procura de ajuda (Oliver, Pearson, Coe & Gunnell, 2005) ou, ainda, percursos de acesso aos cuidados de saúde mental (Harrison, Kisely, Jones, Blake & Creed, 1997; Ramos & Oliveira, 2012).

Na ausência de uma definição consensual, para efeitos do presente trabalho, partimos da definição proposta por Rickwood e colaboradores (2005) acima mencionada, devendo trajetória de cuidados ser entendida como a sequência de contactos com fontes de apoio formais e informais, no sentido de obter compreensão, aconselhamento, informação, tratamento ou suporte face à experiência de um problema de saúde mental.

1.2. MODELOS EXPLICATIVOS DAS TRAJETÓRIAS DE CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL

A procura de ajuda para problemas de saúde mental assume-se como um processo que envolve uma série de fatores individuais, interpessoais, culturais e psicológicos (Wilson, Bushnell & Caputi, 2011). Diferentes modelos teóricos têm vindo a ser desenvolvidos para explicar a forma como cada um destes fatores influencia o processo de procura e acesso aos cuidados de saúde mental, contribuindo para uma melhor compreensão deste processo (Mojtabai et al., 2012).

Conforme já referido, o estudo das trajetórias de cuidados em saúde mental iniciou de forma mais sistemática por volta dos anos 90 do século XX, dando origem a diferentes modelos. O modelo de Goldberg e Huxley (1980), que serviu de base aos primeiros estudos na área, descreve o “percurso” de procura de ajuda organizado por cinco níveis sequenciais de cuidados. O primeiro nível tem por base a comunidade, os dois seguintes têm por base os cuidados de saúde primários e os últimos dois os cuidados psiquiátricos especializados. Por sua vez, os filtros correspondem 1) à decisão de procurar ajuda, 2) ao reconhecimento do problema por parte do médico de clínica geral, 3) à decisão do médico em referenciar para um serviço especializado e 4) à decisão do especialista de tratar, seja na comunidade ou em regime de internamento.

Este modelo coloca a ênfase no papel dos cuidados de saúde primários como porta de entrada nos serviços de saúde, no âmbito do qual se toma a decisão de referência para cuidados mais diferenciados, o que tem vindo a ser corroborado por diversos estudos (Gater & Goldberg, 1991; Amaddeo, Zambello, Tansella & Thornicroft, 2001; Stain, Kisely, Miller, Tait & Bostwick, 2003; Giasuddin, Chowdhury, Hashimoto, Fujisawa & Waheed., 2012). No entanto, os cuidados de saúde primários não são a única porta de entrada para os cuidados de saúde mental, sendo igualmente significativo o papel do sistema de justiça criminal (Harrison et al., 1997), dos serviços de urgência (Hayward & Moran, 2007; Andersom et al., 2012), dos curandeiros ou

padres (Mkize & Uys, 2004; Giasuddin et al., 2012) e, ainda, da autorreferenciação para serviços de saúde mental (Amaddeo et al., 2001; Bekele, Flisher, Alem & Baheretebab, 2009; Fujisawa et al., 2008; Giasuddin et al., 2012), demonstrando que nem sempre as pessoas percorrem a sequência prevista no modelo de Goldberg e Huxley (1980).

Desta proposta de compreensão das trajetórias pelos cuidados de saúde mental que dá particular ênfase aos profissionais de saúde e aos serviços em que se inserem, passamos ao modelo comportamental de Andersen (1995), no qual a função do indivíduo e dos condicionalismos do comportamento se apresentam como elementos centrais. De acordo com o modelo de Andersen (1995), a utilização dos serviços de saúde é determinada por três fatores dinâmicos: 1) a predisposição do indivíduo para os utilizar (influenciada pela idade, género, raça e crenças relacionadas com a saúde); 2) fatores que facilitem o seu uso (que incluem recursos facilitadores da comunidade, como a disponibilidade de serviços, e fatores facilitadores pessoais, como por exemplo, a capacidade e disponibilidade para se deslocar aos serviços); e 3) a necessidade individual de serviços, que representa quer a necessidade percebida pelo indivíduo quer a necessidade avaliada por um profissional.

Já o modelo de Pescosolido (1991, 1992) vem propor uma visão mais integradora e dinâmica dos indivíduos e suas circunstâncias, quer sociais quer organizacionais. Partindo da visão do indivíduo como ser social, Pescosolido (1992) vem propor que o foco de análise se centre no indivíduo e no contexto das suas interações sociais, assumindo que as pessoas modelam e são modeladas pelas redes de relações sociais que estabelecem. Desta forma, enfatizam, sobretudo, o contexto social interativo onde a procura de ajuda para um problema de saúde mental tem lugar, e que inclui quer o suporte social do indivíduo (e.g. família e amigos), mas também organizações mais alargadas que influenciam os cuidados. A procura de ajuda profissional é conceptualizada como um processo dinâmico, no qual os indivíduos e as redes sociais que o circundam são olhados como intervenientes interdependentes: a interação entre estas amplas redes cria crenças (e.g. através daquilo que amigos, família e organizações dizem acerca dos problemas de saúde mental), disponibiliza informação (e.g. onde o indivíduo pode obter ajuda para as suas dificuldades) e determina trajetórias de ação subsequentes (e.g. procurar ou não ajuda junto de profissionais) (Pescosolido, 2011). Este modelo parece particularmente útil para compreender a procura de ajuda por parte de pessoas com problemas de saúde mental graves, nos quais outras pessoas podem perceber o problema quando a pessoa não o reconhece,

e, conseqüentemente, iniciar o processo de procura de ajuda ou ajudar o indivíduo a aceder aos cuidados que necessita (Morgan et al., 2005).

Rickwood, Deane, Wilson e Ciarrochi (2005), por sua vez, estudaram este processo nos jovens, através de um vasto trabalho de investigação quantitativo e qualitativo (n= 2721) onde procuraram identificar os fatores que determinam a procura de ajuda entre os jovens (dos 14 aos 24 anos) com problemas de saúde mental. Os autores conceptualizaram a procura de ajuda como um processo em que *o pessoal se torna cada vez mais interpessoal*. De acordo com este modelo, a trajetória inicia-se com a consciencialização das dificuldades e a avaliação de que a ajuda é necessária. Para prosseguir no sentido de obter ajuda, o jovem terá, por um lado, de ser capaz de articular as suas dificuldades a outros, e as fontes de suporte têm, por outro lado, de estar acessíveis e disponíveis. Finalmente, o jovem terá de estar disposto a procurar ajuda e divulgar as suas dificuldades junto das fontes de apoio para que possa obter a ajuda que necessita. Este modelo remete-nos igualmente para a importância do fator idade nas tomadas de decisão relativas à procura e obtenção de ajuda para um problema de saúde mental.

Sendo um dado consensual a reduzida probabilidade dos jovens procurem ajuda para os seus problemas de saúde mental, Biddle, Donovan, Sharp & Gunnell (2007) vêm propor um modelo de “*não procura de ajuda*” – *o ciclo de evitamento* – que parece apresentar-se como um importante complemento aos modelos anteriores. Os autores conceptualizam o comportamento de procura de ajuda como um processo circular, no qual as percepções do indivíduo relativamente aos problemas de saúde mental, os significados sociais associados à procura de ajuda e tratamento, e o propósito da ação assumem uma importância central. Segundo Biddle e colaboradores (2007), os jovens fazem uma distinção clara entre o sofrimento psicológico *normal*, e que é visto como algo temporário que pode acontecer a qualquer um, e o sofrimento psicológico *real*, indicador de um problema de saúde mental. Como resultado, mostram-se extremamente relutantes em olhar os seus sintomas como indicadores de sofrimento psicológico *real*. Desta forma, passam grandes períodos de tempo a evitar atribuir os seus sentimentos e comportamentos a um problema de saúde mental e, portanto, demoram a procurar ajuda, seja de que tipo for - em vez disso, continuam a lidar sozinhos e a normalizar as suas dificuldades. Muitas vezes, os jovens só estão dispostos a cruzar este limiar de angústia psicológica e admitir que sua angústia é real, quando experienciam uma crise. Outros, porém, ainda que consistam numa pequena minoria, poderão ultrapassar o limite tolerável de sofrimento psicológico

procurando ajuda, quer por pressão externa, ou devido ao reconhecimento de que o seu sofrimento é real e de que o apoio é necessário (Biddle & Gowen, 2009).

Dos modelos expostos salienta-se a interação entre fatores individuais e sociais e a organização da rede de cuidados de saúde mental e intervenção dos profissionais de saúde, sendo fundamental a sua compreensão no sentido de se procurar promover a atempada procura de ajuda.

1.3. SÍNTESE DO ESTADO DA ARTE: OS PRINCIPAIS DETERMINANTES DAS TRAJETÓRIAS DE CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL

É hoje consensual que as pessoas com problemas de saúde mental seguem diferentes trajetórias antes de chegarem aos cuidados especializados, e no seu processo de recuperação de um problema de saúde mental. Como comportamento que é, o processo de procura de ajuda acontece e desenvolve-se, como referido anteriormente, sob a influência de uma série de fatores psicológicos, sociais e culturais (Mojtabai et al., 2012).

Dada a complexidade do fenómeno em estudo, da revisão da literatura efectuada ressalta o pouco consenso alcançado no que diz respeito à definição dos fatores que determinam estas trajetórias. Questões de ordem metodológica, como por exemplo a falta de acordo ou consistência nas medidas utilizadas para o seu estudo ou a ausência de uma teoria unificadora (Rickwood et al., 2005), têm dificultado o estudo deste fenómeno, condicionando a identificação dos diferentes condicionalismos associados à procura de ajuda por parte de pessoas com problemas de saúde mental.

No entanto, e apesar destas limitações, é possível identificar alguns dos fatores que se apresentam como facilitadores e obstáculos nas trajetórias de cuidados de pessoas com problemas de saúde mental, e que serão alvo de atenção no subcapítulo que se segue.

1.3.1 OBSTÁCULOS NAS TRAJETÓRIAS DE CUIDADOS

Conforme já referido, a ato de procurar ajuda para um problema de saúde mental pressupõe um complexo processo que engloba identificar a necessidade de cuidados, decidir procurar ajuda e levar a cabo esta decisão. Este processo é condicionado por uma variedade de fatores que, em conjunto, determinam o curso das trajetórias. Assim, vários obstáculos podem impedir a obtenção de ajuda para o problema: a

necessidade pode não ser identificada; se identificada, pode não traduzir-se em intenção de procurar ajuda; e a intenção, por sua vez, nem sempre conduz à ação (Rickwood et al., 2005).

Na literatura encontra-se um interesse particular no estudo dos principais fatores que atuam como obstáculo ao longo das trajetórias de cuidados de pessoas com problemas de saúde mental e, mais especificamente, ao seu acesso a cuidados especializados. Os principais obstáculos identificados na literatura podem dividir-se em três grandes tipos de fatores: (a) fatores relacionados com o conhecimento e crenças associadas aos problemas de saúde mental; (b) fatores relacionados com as características sociodemográficas e circunstâncias pessoais do indivíduo que experiencia o problema; e (c) fatores relacionados com a organização ou acessibilidade dos serviços.

O conhecimento e crenças associadas aos problemas de saúde mental influenciam, naturalmente, o curso das trajetórias de cuidados (Andersen, 1995) e têm emergido, em muitos estudos, como o tipo de obstáculo mais crítico ao acesso a cuidados especializados (Kessler et al., 2001; Wrigley et al., 2005; Hugo et al., 2003; Wang, 2006; Tanskanen et al., 2011). Neste sentido, a falta de conhecimento sobre as doenças mentais e/ou como e onde procurar ajuda (Etheridge et al., 2004; Gulliver et al., 2010), a lacuna no reconhecimento das dificuldades sentidas como sendo sinal de um problema de saúde mental (Judge et al., 2005; Wong, 2007) e a falta de percepção de necessidade de tratamento (Edlund et al., 2006; Van Voorhees et al., 2006; Mojtabai et al., 2002) aparecem na literatura como obstáculos determinantes ao processo de procura de ajuda. Da mesma forma, atitudes negativas face aos serviços de saúde mental (Rickwood, Deane & Wilson, 2007), bem como o estigma associado à procura de cuidados especializados (Aisbett et al., 2007; Sareen et al., 2007; Wrigley et al., 2005; Hugo et al., 2003; Botha, Koen & Niehaus, 2006; Gulliver et al., 2010) justificam o facto de um grande número de pessoas não procurar ou adiar a procura de ajuda para os problemas de saúde mental que experienciam. É, ainda, de realçar o impacto negativo de crenças erradas como a de que a doença irá melhor por si (Sareen et al., 2007) ou de que é resultado de fraqueza pessoal (Wrigley et al., 2005) na predisposição dos indivíduos para procurar ajuda junto dos serviços de apoio.

Muito embora os dados da literatura relativamente à influência dos fatores sociodemográficos e circunstâncias pessoais do indivíduo no processo de procura de ajuda se apresentem pouco sólidos, a idade, o género e a rede de suporte social parecem aqueles que, mais consistentemente, influenciam as trajetórias de cuidados

de pessoas com problemas de saúde mental. Assim, os jovens (Oliver et al., 2005; Mackenzie, Gekoski & Knox, 2006), em particular do sexo masculino (Oliver et al., 2005; Mackenzie et al., 2006), e os que têm menor apoio por parte da rede de suporte social estão menos propensos à procura de ajuda para os seus problemas de saúde mental (Ciarrochi, Deane, Wilson & Rickwood, 2002; Sheffield, Fiorenza & Sofronoff, 2004; Downs & Eisenberg, 2012). Também os constrangimentos financeiros surgem numa diversidade de estudos como um obstáculo importante na procura e obtenção de resposta para problemas de saúde mental (McAlpine & Mechanic, 2000; Alegria, Bijl, Lin, Walters & Kessler, 2000; Mkize & Uys, 2004; Mojtabai, 2009). De uma forma menos consistente, e às vezes contraditória, o facto de estar empregado (Iversen, 2005), ter menor nível de escolaridade (Blumenthal & Endicott, 1996) e inexistência de contactos prévios com serviços de saúde (Blumenthal & Endicott, 1996) aparecem, nalguns estudos, como fatores inibidores do processo de procura de ajuda. Outros estudos, ainda, apontam para algumas diferenças entre grupos étnicos, nomeadamente para uma subutilização dos serviços por parte das minorias fora dos seus países (Sue, Fujino, Hu, Takeuchi & Zane, 1991; Bhui et al., 2003), o que, em parte, poderá ser explicada pela relutância na procura de ajuda devido à discriminação percebida (Karlsen & Nazroo, 2002).

Por outro lado, de referir fatores relacionados com a organização ou acessibilidade dos serviços enquanto obstáculos ao processo de procura de ajuda, dos quais se salientam: as lacunas na referência por parte dos cuidados de saúde primários para serviços especializados (Etheridge et al., 2004; Fujisawa et al., 2008; Anderson et al., 2012); as demoras significativas no processo de referência para os cuidados de saúde mental (Schaffner, Schimmelmann, Niedersteberg & Schultze-Lutter, 2012; Anderson et al., 2012); e a falta de recursos ou serviços disponíveis (Saxena, Sharan & Saraceno, 2003; Aisbett et al., 2007).

Para finalizar, é importante realçar o estigma associado à doença mental como sendo um fenómeno transversal aos domínios pessoal, social e institucional, pelo que é considerado o maior obstáculo à procura de ajuda (Organização Mundial de Saúde - OMS, 2001). O estigma, conceito amplamente estudado, integra diferentes dimensões, podendo distinguir-se entre estigma público e auto-estigma¹ (Corrigan & Penn, 1999; Corrigan & Watson, 2002; Corrigan, 2005). De acordo com Corrigan e Watson (2002), o estigma público corresponde aos estereótipos que a sociedade possui sobre

¹ Também referido como auto-estigmatização e estigma individual (Link & Phelan, 2001).

determinado grupo de pessoas. Por sua vez, o auto-estigma corresponde ao processo mediante o qual, indivíduos estigmatizados concordam com os estereótipos e passam a aplicá-los a si próprios, processo que influi na sua auto-estima e autoeficácia (*ibidem*). Estudos mais recentes vieram, ainda, acrescentar outra forma de estigma, o evitamento do rótulo (Corrigan, 2008) que, de acordo com o autor compreende as pessoas que, no intuito de combater o estigma associado às perturbações mentais, não procuram tratamento psiquiátrico, evitando o estigma associado à utilização dos serviços de prestação de cuidados de saúde mental. Para além do estigma público e auto-estigma, o modelo sócio-psicológico de estigma, considera ainda o estigma estrutural relativo às políticas das instituições governamentais e privadas que restringem as oportunidades dos grupos estigmatizados (Corrigan, Markowitz, & Watson, 2004; Watson, Corrigan, Ottati, 2004).

1.3.2 FACILITADORES NAS TRAJETÓRIAS DE CUIDADOS

Os fatores que podem facilitar o processo de procura e obtenção de ajuda para os problemas de saúde mental têm também sido alvo de atenção em estudos de trajetórias de cuidados, embora em menor proporção comparativamente com a atenção dada aos obstáculos. Os aspetos considerados facilitadores englobam aqueles que contribuem para a identificação da necessidade de cuidados, a tradução da necessidade em intenções de procura de ajuda, e, conseqüentemente, a concretização destas intenções em comportamento (Rickwood et al., 2005).

Conforme seria expectável, alguns dos facilitadores do processo de procura e obtenção de ajuda são, simplesmente, o oposto dos obstáculos que foram anteriormente descritos. Assim, enquanto baixos níveis de conhecimento e crenças negativas face aos problemas de saúde mental atuam como obstáculos à procura e acesso a cuidados especializados, níveis mais elevados de conhecimentos e crenças menos negativas em relação aos problemas de saúde mental e aos serviços de apoio apresentam-se como facilitadores neste mesmo processo (Rickwood et al., 2005). Estes conhecimentos e crenças integram o conceito que tem sido descrito na

literatura como literacia em saúde mental (*mental health literacy*², Jorm et al., 1997), e que inclui a capacidade de reconhecer problemas específicos, procurar informações sobre saúde mental, conhecer os fatores de risco, as suas causas, a ajuda profissional disponível e ainda atitudes que promovam o reconhecimento e a procura de ajuda apropriada (Burns & Rapee, 2006). Naturalmente, a capacidade de identificar o problema e saber onde e como procurar ajuda, facilitam o acesso das pessoas com problemas de saúde mental aos cuidados especializados que se encontram disponíveis.

Da mesma forma, assim como uma fraca rede de suporte social se pode colocar como obstáculo à procura e acesso aos serviços, um maior apoio por parte desta rede, especialmente dos familiares, aparece descrito na literatura como elemento facilitador. O suporte emocional e encorajamento por parte de pessoas significativas são percebidos como um apoio importante ao longo das trajetórias (Rickwood et al., 2005; Gulliver et al., 2010), para além de desempenharem um papel determinante no reconhecimento do problema e aceleração do processo de procura de ajuda (Gater et al., 2005; Wong, 2007; Giasuddin, Chowdhury, Hashimoto, Fujisawa & Waheed, 2012).

Um outro aspecto considerado como facilitador ao longo da trajetória de recuperação diz respeito às experiências positivas com o apoio recebido (Rickwood et al., 2005; Gulliver et al., 2010), pelo que aqueles que tiveram experiência de serem ajudados por um profissional estarão mais abertos a recorrer novamente quando necessário.

A nível individual, a inteligência emocional, i.e., a capacidade para identificar, descrever, compreender e gerir emoções (Mayer, Caruso & Salovey, 1999) surge, igualmente, como facilitadora no processo de procura de ajuda para um problema de saúde mental (Ciarrochi & Deane, 2001; Ciarrochi et al., 2002; Rickwood et al., 2005).

Finalmente, e já no que diz respeito a fatores relacionados com a doença, a severidade dos sintomas ou a intensidade do sofrimento psicológico tem-se apresentado também como elemento facilitador do comportamento de procura de ajuda (Blumenthal & Endicott, 1996; Bebbington et al., 2000).

² Tem origem na expressão "*health literacy*" (literacia em saúde) definida como a capacidade funcional relacionada com as competências básicas de literacia e como estas afetam a capacidade das pessoas para o acesso e utilização de informações de saúde. Nos últimos anos, expandiu-se, incluindo o desenvolvimento de competências cognitivas e sociais, relacionadas com a capacidade pessoal e coletiva de promoção de saúde, dando origem ao termo *mental health literacy*.

1.4. DO (RE)CONHECIMENTO DOS DETERMINANTES NA PROCURA DE AJUDA À MELHORIA DO ACESSO AOS SERVIÇOS

A compreensão da forma como as pessoas procuram e recebem ajuda para os seus problemas de saúde mental é hoje consensualmente considerada como um contributo fundamental para melhorar o planeamento, organização e disponibilização dos serviços (Gater et al., 2005; Fujisawa et al., 2008); na monitorização do impacto dos cuidados recebidos (Harrison et al., 1997; Amaddeo et al., 2001); bem como para compreender e sugerir formas de reduzir os atrasos na procura de tratamento e referenciar para cuidados especializados (Gureje et al., 1995; Mkize & Uys, 2004; Gater et al., 2005; Fujisawa et al., 2008).

Ao abranger aspetos ligados à natureza, acessibilidade e disponibilidade dos serviços (Gureje, Acha & Odejide, 1995; Mkize & Uys, 2004), bem como condicionantes de cariz pessoal e social, o estudo das trajetórias de cuidados é reconhecido como um método capaz de conduzir à identificação de formas de melhorar o acesso a cuidados de saúde mental, minimizar o custo-eficácia do tratamento e potenciar o melhor prognóstico das pessoas que experienciam problemas desta natureza (Lincoln & McGorry, 1995; Rogler & Cortes, 1993; Drake, Haley, Akhtar & Lewis, 2000; Fujisawa et al., 2008; Etheridge et al., 2004; Trivedi & Jilani, 2011). Quando este tipo de investigação atende à perspetiva do utilizador dos serviços torna-se, ainda, uma das fontes mais valiosas de informação para promover a melhoria do acesso aos cuidados em saúde mental (Gonçalves & K  ppler, 2010).

Em suma, apesar da importância que a investigação nesta área representa no sentido de procurar reduzir o *treatment gap* existente nesta área da saúde, em Portugal escasseiam estudos desta natureza e que levem em conta a perspetiva dos próprios utilizadores dos cuidados. É, assim, necessário e urgente aprofundar a compreensão dos fatores que inibem ou facilitam o acesso das pessoas com problemas de saúde mental aos cuidados especializados em Portugal, sobretudo numa altura em que se pretende realizar uma reforma das políticas a este nível.

II. METODOLOGIA

No sentido de **explorar as percepções de utentes, cuidadores e técnicos face a serviços de prestação de cuidados de saúde mental**, o presente trabalho envolveu duas etapas: a primeira etapa centrou-se **i)** na realização de 1 *focus group* junto de 5 pessoas com doença mental, utentes de um serviço comunitário de prestação de cuidados de saúde mental, com o objetivo de construir os guiões de entrevista; a segunda etapa consistiu **ii)** na realização de 59 entrevistas individuais - das quais 21 junto de utentes, 19 junto de cuidadores e 19 junto de técnicos de saúde mental - com o objetivo de estudar as trajetórias de utilização dos serviços de saúde mental, analisando fatores facilitadores/ obstáculos e fatores de satisfação/insatisfação, segundo a percepção dos utentes, seus cuidadores e técnicos de saúde mental. Neste sentido, na segunda etapa do estudo foi adotada uma metodologia de investigação de cariz qualitativo, a qual se assume como mais adequada: **a)** em fases exploratórias do processo de investigação (Patton, 1990), **b)** na identificação de variáveis pouco referenciadas pela literatura (Stern, 1980) e **c)** na obtenção de dados sobre fenómenos complexos tais como sentimentos, processos cognitivos e emoções, difíceis de apreender através de metodologias de investigação mais convencionais (Strauss & Corbin, 1990). Por outro lado, não havendo preocupação com o controlo rigoroso de variáveis, estatística ou generalização de resultados, a metodologia qualitativa assume-se como particularmente útil quando existe, sobretudo, uma preocupação com as pessoas, enquanto indivíduos, as suas representações, significados, experiências e visão do mundo (Guba & Lincoln, 1998; Creswell, 2007).

2.1. Participantes

No estudo das **percepções de utentes, cuidadores e técnicos face a serviços de prestação de cuidados de saúde mental** participaram 59 pessoas (21 utentes, 19 cuidadores e 19 técnicos de saúde mental) provenientes de 8 instituições – Associação de Desenvolvimento e Formação Profissional (ADFP), Associação de Familiares, Utentes e Amigos do Hospital de Magalhães Lemos (AFUA), Associação para o Estudo e Integração Psicossocial (AEIPS), Casa de Saúde do Bom Jesus (CSBJ), Centro de Apoio Social do Pisão (CASP), Centro Hospitalar Conde de Ferreira (CHCF), Centro Hospitalar São João (CHSJ) e ENCONTRAR+SE – Associação para a Promoção da Saúde Mental.

Tendo em conta o cariz qualitativo do presente estudo, as características dos participantes foram determinadas pelas necessidades que o mesmo apresenta (Denzin & Lincoln, 1994). A estratégia para a seleção da amostra é considerada intencional (Patton, 1990), na medida em que, não se tratando de uma amostra representativa das características dos participantes, mas antes uma amostra “relevante” para o fenómeno em estudo. Neste sentido, procurámos selecionar participantes com vivências diversificadas na experiência de um problema de saúde mental, bem como na utilização dos diferentes serviços prestadores de cuidados de cuidados especializados de saúde mental (ex.: hospitais gerais, hospitais psiquiátricos, unidades residenciais e fóruns sócio-ocupacionais).

A tabela 1 sintetiza as principais características sociodemográficas destes participantes e a tabela 2 apresenta os diagnósticos dos participantes na categoria de utentes.

Tabela 1. Características sociodemográficas dos participantes

Idade em anos	Utentes (N=21)	Cuidadores (N=19)	Técnicos (N=19)
Mínimo - Máximo	30-80	27-60	26-88
Média	47	39.16	54.11
Género (%)			
Masculino	14 (66.66)	4 (21.05)	5 (26.31)
Feminino	7 (33.33)	15 (78.95)	14 (73.68)
Instituição			
Associação de Desenvolvimento e Formação Profissional (ADFP)	3 (14.29)	3 (15.79)	3 (15.79)
Associação de Educação e Apoio na Esquizofrenia (AEIPS)	2 (9.52)	2 (10.52)	3 (15.79)
Associação de Familiares, Utentes e Amigos do Hospital de Magalhães Lemos (AFUA)	3 (14.29)	3 (15.79)	3 (15.79)
Centro de Apoio Social do Pisão (CASP)	0 (0)	0 (0)	1 (5.26)
Centro Hospitalar Conde de Ferreira (CHCF)	3 (14.29)	3 (15.79)	3 (15.79)
Centro Hospitalar São João (CHSJ)	2 (9.52)	1 (5.26)	2 (10.52)
ENCONTRAR+SE – Associação para a Promoção da Saúde Mental	1 (4.76)	4 (21.05)	0 (0)
Casa de Saúde do Bom Jesus (CSBJ)	6 (28.57)	3 (15.79)	3 (15.79)
Participação a título pessoal	1 (4.76)	0 (0)	1 (5.26)
Habilitações literárias (%)			
Analfabeto	1 (4.76)	0 (0)	0 (0)
1º ciclo do ensino básico	2 (9.52)	4 (21.05)	0 (0)
2º ciclo do ensino básico	5 (23.81)	0 (0)	0 (0)
3º ciclo do ensino básico	3 (14.29)	4 (21.05)	0 (0)
Ensino secundário	3 (14.29)	4 (21.05)	0 (0)
Bacharelato	1 (4.76)	0 (0)	0 (0)
Licenciatura	3 (14.29)	6 (31.58)	11 (57.89)
Mestrado	0 (0)	0 (0)	6 (31.58)
Doutoramento	1 (4.76)	0 (0)	2 (10.52)

Tabela 1. Características sociodemográficas dos participantes (continuação)

Estado civil	Utentes (N=21)	Cuidadores (N=19)	Técnicos (N=19)
Solteiro(a)	13 (61.90)	4 (21.05)	5 (26.31)
Casado(a)	0 (0)	10 (52.63)	12 (63.16)
Divorciado(a)	7 (33.33)	4 (21.05)	2 (10.52)
Viúvo(a)	1 (4.76)	1 (5.26)	0 (0)
Funções desempenhadas no contexto da saúde mental			
Assistente social	NA	NA	6 (31.58)
Enfermeiro de saúde mental	NA	NA	1 (5.26)
Gestor clínico/ marketing	NA	NA	1 (5.26)
Médico psiquiatra	NA	NA	3 (15.79)
Psicólogo	NA	NA	5 (26.31)
Terapeuta ocupacional	NA	NA	3 (15.79)

Tabela 2. Diagnóstico dos participantes na categoria de utentes

Diagnóstico	Utentes (N=21)
Psicose	15 (71.43)
Perturbação de personalidade	2 (9.52)
Perturbação bipolar	4 (19.05)

2.2. Procedimentos

Para a implementação deste projeto foram asseguradas todas as questões éticas e deontológicas, tendo um parecer positivo do Instituto de Bioética da Universidade Católica Portuguesa e notificação da Comissão Nacional de Proteção de Dados.

Para o estudo das trajetórias e perceções de utentes, cuidadores e técnicos de saúde mental, os entrevistados foram selecionados de forma intencional (Patton, 1990), no sentido de cada um dos grupos integrar participantes de diferentes locais do país, com experiência de diferentes serviços prestadores de cuidados de saúde mental para, desta forma, contribuíram para o enriquecimento do projeto. Neste sentido, procedeu-se à identificação de instituições que pudessem representar esta abrangência e indicar pessoas que pudessem constituir-se como peritos experienciais do fenómeno em estudo. Com base neste levantamento, foram contactadas 10 instituições - Associação de Saúde Mental do Algarve (ASMAL), Associação de Desenvolvimento e Formação Profissional (ADFP), Associação de Familiares, Utentes e Amigos do Hospital de Magalhães Lemos (AFUA), Associação para o Estudo e Integração Psicossocial (AEIPS), Casa de Saúde do Bom Jesus (CSBJ), Casa de Saúde Rainha Santa Isabel (CSRSI), Centro de Apoio Social do Pisão (CASP), Centro Hospitalar Conde de Ferreira (CHCF), Centro Hospitalar São João (CHSJ) e Hospital de Magalhães Lemos (HML), bem como 5 outras pessoas que acumulam diferentes experiências na área da

saúde mental (ex.: pai de pessoa com doença mental, professor universitário de psicologia e, simultaneamente, fundador de IPSS na área da saúde mental; pessoa com doença mental e activista de saúde mental)³. Das 10 instituições contactadas, não foi obtida resposta por parte de 3 (ASMAL, CSRSI e HML). No que respeita às pessoas contactadas, 2 participaram no estudo não tendo sido possível, por diferentes motivos, realizar a entrevista junto das 3 restantes. Os entrevistados foram seleccionados de forma intencional, tendo sempre que possível participado 2/ 3 utentes, 2/ 3 técnicos de saúde mental e 2/ 3 cuidadores de cada instituição (Cf. Tabela 1).

As entrevistas tiveram uma duração média de 90 minutos, foram realizadas por quatro elementos da equipa de investigação, entre Março de 2013 e Janeiro de 2014, nas instituições de referência ou, ainda, através do *skype* num dos casos e nas instalações da ENCONTRAR+SE noutra.

Os dados recolhidos foram analisados com recurso ao *software QSR Nvivo*, versão 10, que apresenta a vantagem de proporcionar uma maior e melhor organização da informação, para além de maior rapidez no processo de análise dos dados.

2.3. Instrumentos de recolha de dados

Para o estudo das trajetórias e perceções de utentes, cuidadores e técnicos de saúde mental foram utilizados os questionários sociodemográficos e guiões de entrevista desenvolvidos no contexto da primeira parte do estudo (Palha & Costa, 2015), os quais partiram de uma revisão da literatura, e da realização de *focus group*, tendo sido ainda efetuado um estudo-piloto para avaliar a adequabilidade dos mesmos aos objetivos do estudo. O processo de desenvolvimento destes instrumentos será objeto de uma outra publicação, apresentando-se seguidamente uma breve descrição dos mesmos.

Questionário sociodemográfico/ informação clínica

O questionário desenvolvido para recolha de dados sociodemográficos e clínicos, inclui uma parte inicial de recolha de dados sociodemográficos idêntica para todos os participantes, e perguntas específicas dependendo se o participante é *utente*,

³ 4 técnicos (1 dos quais também familiar/ cuidador) e 1 utente.

familiar/cuidador ou *técnico*. Relativamente aos dados sociodemográficos inclui informação sobre: género, nacionalidade, área de residência, data de nascimento, habilitações literárias, situação laboral e, ainda, estado civil dos participantes. No questionário para *utentes* é, ainda, solicitada informação sobre: fontes de rendimento, número de filhos, diagnóstico psiquiátrico, ocupação atual e a composição do agregado familiar. Relativamente ao questionário para *cuidadores* é, ainda, recolhida informação sobre as fontes de rendimento, o número de filhos, bem como sobre o familiar – grau de parentesco/ proximidade, idade, género e diagnóstico. Por fim, o questionário para aos *técnicos* é, ainda, recolhida informação sobre a profissão, o(s) contexto(s) de prestação de cuidados de saúde mental em que exerce(u) a sua atividade, o(s) tipo(s) de serviço(s) de prestação de cuidados de saúde mental em que exerce(u) funções e tempo de experiência.

Guião de entrevista

A versão final do guião de entrevista de *utentes* e *cuidadores* integra um conjunto de questões, agrupadas em 3 momentos centrais da trajetória dos entrevistados, nomeadamente: a) o *início da trajetória* que explora a vivência relacionada com o aparecimento de um problema de saúde mental, b) o *primeiro contacto da trajetória* que explora a experiência do primeiro contacto de procura de ajuda para um problema de saúde mental e, por último, c) os *contactos subsequentes da trajetória* que explora as experiências de procura de ajuda posteriores até ao momento atual. De referir que, para cada um destes momentos, são explorados, em simultâneo, os contextos e as pessoas envolvidas (quer se tratem de fontes de apoio formal como profissionais de saúde, ou informal como familiares), bem como a perceção dos facilitadores e obstáculos, fatores de satisfação e insatisfação dos entrevistados.

Por sua vez, o guião de entrevista de *técnicos* integra um conjunto de questões, agrupadas em 6 áreas centrais no que respeita à prestação de cuidados na área da saúde mental, nomeadamente: a) as *características do(s) serviço(s)* que explora as perceções relativas aos serviços/ respostas disponibilizadas, b) o *meio* que explora as características do meio em que as respostas são promovidas que facilitam/ dificultam o processo de recuperação de um problema de saúde mental, c) os *atores* que explora as perceções relativas às características dos diferentes atores do processo que facilitam/ dificultam a recuperação de um problema de saúde mental, d) o *próprio* que explora características pessoais do entrevistado que facilitam/ dificultam o processo de

recuperação de um problema de saúde mental, e) o *sistema* que explora as percepções relativas às características do sistema de saúde mental que facilitam/ dificultam o processo de recuperação de um problema de saúde mental; bem como f) a *trajetória* que explora a forma como os técnicos percebem as trajetórias de utentes e familiares pelos cuidados de saúde mental.

Os guiões foram construídos com a preocupação de permitir percorrer, ao longo do tempo, a trajetória dos entrevistados pelos cuidados de saúde mental (no caso de *utentes* e *cuidadores*), e de compreender as percepções de *técnicos* face às trajetórias de utentes e familiares; assegurando a espontaneidade dos seus relatos. Neste sentido, apresentam um conjunto de linhas orientadoras da entrevista, mantendo uma ampla margem de liberdade para abordar, verbalizar e explorar outras experiências (Del Valle, 1997) e não apresentando, desta forma, qualquer rigidez estrutural que dificulte a fluidez e a valorização da vivência pessoal dos participantes.

III. RESULTADOS

Os resultados deste estudo das **trajetórias e percepções de utentes, cuidadores e técnicos de saúde mental** pelos serviços de prestação de cuidados de saúde mental serão apresentados em 6 subcapítulos que remetem para seis temas centrais no estudo das trajetórias e das percepções. No sentido de permitir uma melhor compreensão dos resultados obtidos, parte-se da apresentação da árvore de categorias que emergiu da análise das entrevistas realizadas (subcapítulo 3.1), seguindo para a análise dos desencadeadores de contacto com os serviços prestadores de cuidados de saúde mental ao longo das trajetórias dos participantes (subcapítulo 3.2). De seguida, exploram-se os contextos e atores envolvidos nas trajetórias dos participantes e o papel que desempenham (subcapítulo 3.3), bem como os facilitadores e obstáculos percebidos pelos participantes na procura e obtenção de ajuda para um problema de saúde mental (subcapítulo 3.4). Entrando no domínio das percepções, começa-se pela exploração das percepções dos participantes acerca dos serviços prestadores de cuidados de saúde mental com os quais foram contactando ao longo das suas trajetórias (subcapítulo 3.5), finalizando com as percepções dos participantes relativas à introdução de possíveis melhorias nos serviços prestadores de cuidados de saúde mental (subcapítulo 3.6). A dimensão tempo (que apresentamos já de seguida, assume-se como poderá verificar-se, como um elemento estruturador central na narrativa dos nossos participantes e, conseqüentemente, no estudos das trajetórias e percepções.

3.1. Estudo das trajetórias e percepções de utentes, cuidadores e técnicos de saúde mental face a serviços de prestação de cuidados de saúde mental

Da análise das entrevistas realizadas emergiu um sistema de categorias que contempla 9 categorias de 1ª ordem - 1) TEMPO; 2) PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL; 3) MOTIVOS OU DESENCADEADORES; 4) AGENTES; 5) INTERVENÇÕES; 6) AÇÕES E VIVÊNCIAS SUBJETIVAS; 7) PERCEÇÕES, 8) PERTINÊNCIA DO ESTUDO e 9) REAÇÕES À PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO⁴. A análise destas categorias, que apresentamos de seguida, servirá de base à compreensão do fenómeno em estudo, as trajetórias e percepções de utentes, cuidadores e técnicos de saúde mental face a serviços de prestação de cuidados de saúde mental.

⁴ Dada a extensão do sistema de categorias, nalguns casos, são descritas apenas as categorias de 1ª, 2ª e 3ª ordens.

A criação da categoria **TEMPO** emergiu da necessidade de situar cronologicamente cada unidade de texto, permitindo identificar o momento em que cada problema, desencadeador, agente, intervenção, ação, vivência subjetiva ou percepção relatada ao longo da entrevista teve lugar. Da análise dos dados emergiram as subcategorias (1.1) **tempo da trajetória**, (1.2) **tempo do sujeito**, (1.3) **tempo do familiar/ cuidador e** (1.4) **tempo do técnico de saúde mental**. A categoria que designamos de **PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL** diz respeito às experiências de um problema de saúde mental relatadas pelos participantes ao longo da entrevista, e que incluem, indiferenciadamente, referências àquilo que pode constituir um sinal, sintoma ou diagnóstico relacionados com um problema de saúde mental. Identificamos também a categoria que designamos de **MOTIVOS OU DESENCADEADORES**, e que diz respeito àquilo que motivou ou desencadeou o contacto com um agente e/ ou uma intervenção ao longo das trajetórias dos sujeitos pelos cuidados de saúde mental. Esta categoria agrega 3 subcategorias que permitem distinguir os contactos motivados por: uma (3.1) **ação do próprio ou de um agente informal**; pelo (3.2) **encaminhamento por parte de um agente formal**; ou por um (3.3) **problema de saúde mental**, em si mesmo.

A categoria **AGENTES**, por seu lado, agrega todas as referências dos participantes à presença ou contacto com (4.1) **atores** ou (4.2) **contextos** ao longo da trajetória. A subcategoria (4.1) **atores** agrega duas subcategorias de 3ª ordem (4.1.1) formais e (4.1.2) informais. Por seu lado, na subcategoria (4.2) **contextos** podemos encontrar a presença de diferentes contextos de prestação de cuidados de saúde mental (ex. (4.2.1) consultório privado; (4.2.2) departamento de psiquiatria do hospital geral; (4.2.3) instituição particular de solidariedade social (IPSS); (4.2.4) serviço de urgência de hospital geral; (4.2.5) serviço de internamento do hospital geral; (4.2.6) hospital psiquiátrico.)

Por sua vez, a categoria **INTERVENÇÕES**, agrupa todas as referências dos participantes a intervenções orientadas para o problema de saúde mental disponibilizadas ao longo das trajetórias (ex. (5.1) **atividades ocupacionais**; (5.2) **consulta de psicologia**; (5.3) **cuidados de enfermagem**; (5.4) **encaminhamento para um serviço de saúde mental**).

A categoria que designamos de **AÇÕES E VIVÊNCIAS SUBJETIVAS** surgiu da necessidade de agrupar todas as referências dos participantes a elementos que, por um lado podem constituir ações concretas e objetivas e, por outro, compreendendo a forma como as descrevem e lhes dão sentido, constituem vivências subjetivas. Desta forma, englobamos na categoria **AÇÕES E VIVÊNCIAS SUBJETIVAS** as

subcategorias (6.1) **ações**; (6.2) **caraterização do estado físico e/ou mental**; (6.3) **impacto do problema na vida do sujeito**; e (6.4) **impacto do problema em outros significativos**.

Da categoria que designamos de **PERCEÇÕES** emergem todas as representações, significados e interpretações dos participantes acerca de aspetos críticos das suas trajetórias. Dada a extensão desta categoria, por limitações de ordem prática, apenas faremos referência a algumas das subcategorias de 2ª ordem. A categoria **PERCEÇÕES** agrega, então, subcategorias como: (7.1) **relativas à medicação**; (7.2) **relativas à reforma**; (7.3) **relativas à trajetória**; (7.4) **relativas ao problema**; (7.5) **relativas aos serviços de saúde não especializados em saúde mental**; (7.6) **relativas aos serviços prestadores de cuidados de saúde mental**; (7.7) **relativas aos profissionais de saúde mental** (ex.: (7.7.1) médico psiquiatra; (7.7.2) psicólogo); (7.8) **relativas aos profissionais de saúde** (ex.: (7.8.1) enfermeiro; (7.8.2) médico de clínica geral/ família); (7.9) **relativas a outros profissionais** (ex.: (7.9.1) auxiliar de saúde; (7.9.2) secretário(a) clínico(a)); (7.10) **relativas à desinstitucionalização psiquiátrica**; (7.11) **relativas ao tratamento**; (7.12) **relativas à articulação entre serviços**; (7.13) **relativas à articulação com familiares e cuidadores**; e (7.14) **relativas a necessidades de familiares e cuidadores**.

A categoria que designamos de **PERTINÊNCIA DO ESTUDO** inclui todas as referências dos participantes à relevância do estudo das trajetórias, de utentes e cuidadores, pelos serviços de prestação de cuidados de saúde mental. Por fim, a categoria **REAÇÕES À PARTICIPAÇÃO** surgiu da necessidade de agrupar as referências dos participantes ao convite para participação no projeto.

3.2. Quais os desencadeadores de contacto com os serviços prestadores de cuidados de saúde mental ao longo das trajetórias dos participantes?

Para responder a esta questão foram consideradas todas as subcategorias englobadas na categoria **MOTIVOS OU DESENCADEADORES** do contacto com um agente e/ou uma intervenção ao longo da trajetória.

O estudo das trajetórias dos participantes no estudo viabilizou a identificação de 5 grandes desencadeadores do contacto com os serviços prestadores de cuidados de saúde mental. Por ordem decrescente em termos de número de referências, temos **(1)** a ação do próprio ou de um ator informal (com 111 referências); **(2)** o encaminhamento por parte de um ator formal (com 98 referências); **(3)** um sintoma ou dificuldades associadas ao problema (com 73 referências); **(4)** uma alta clínica precoce (com 16

referências) e, ainda **(5)** um acontecimento de vida sem qualquer relação com um problema de saúde mental (com 2 referências).

Especificamente, quando o contacto com um agente e/ ou intervenção decorre da ação do próprio ou de um agente informal, verifica-se que o papel de outros atores informais, como colegas ou amigos, assume particular destaque na indicação/ sugestão de um local onde procurar ajuda (Cf. Tabela 3).

Tabela 3. Exemplos de referências ao papel da família na sinalização do problema

Unidades de texto	Código do participante
<i>“até que um dia viemos a falas, ele disse que sim senhora, que consentia em tratar-se e foi para o [nome]. Começou aí a recuperação dele a sério... com o consentimento dele”</i>	FC17
<i>“então tive uma senhora minha amiga, uma senhora também com bastante educação... era uma senhora que trabalhava no [nome], arranjou-me para o meu filho ir para o [nome] que era uma dependência e ainda existe (...) era uma dependência (...) era para crianças, doentes mentais para recuperar”</i>	FC18
<i>“em conversa com umas amigas deu-me o nome de 3... e eu não conhecia nenhum deles, fomos para aquele por ele ser... por trabalhar lá em [nome do local onde vive] (...) uma vez, o R. [irmão] gostava muito de ir à neve, quando podia, agora nem sempre pode, é outra vida, e levava sempre o F., levava-o com ele que ele também gostava e da última vez que o levava, levou um amigo (...) [que lhe disse] (...) acho que o F. não está nada bem... e falou-lhe, sabes que a minha mãe até disse dele ir assim a uma consulta e tal... e ele disse está bem, olha eu vou-lhe arranjar (...) e foi ele que lhe arranjou a ir num centro aqui no Porto”</i>	FC2
<i>“E uma amiga dela, que ainda hoje somos amigos, disse-me a tua esposa não está bem da cabeça, precisa ser internada...”</i>	FC19
<i>“em conversa com o meu namorado, a falar da minha mãe e de coisas que se passaram em casa, dificuldades que eu às vezes tinha... é que ele me falou da [nome] (...) ele depois falou-me, eu pesquisei na internet e, pronto, depois vim cá ter”</i>	FC3

Aliás, considerando o volume de referências, da análise das ações enquanto promotoras de contacto com os serviços verifica-se que as dos atores informais se destacam na promoção de contacto com serviços (com 113 referências). Estes dados vêm reforçar o importante papel da rede de apoio informal em geral, e dos familiares em particular, não só no reconhecimento do problema, como também na aceleração

do processo de procura de ajuda, já bem comprovado na literatura (Wong, 2007; Gulliver et al., 2010).

Por outro lado, é possível identificar também nos relatos dos participantes, ações do próprio que, ao longo da trajetória, desencadearam o contacto com os serviços. Estas ações prendem-se, essencialmente com a forma como lidaram com o problema, de que são exemplo os comportamentos autolesivos como as tentativas de suicídio, a ingestão medicamentosa voluntária ou a automutilação (Cf. Tabela 4).

Tabela 4. Exemplos de ações do utente que promovem o contacto com serviços

Tema	Unidade(s) de texto	Código do participante
Tentativa de suicídio	<i>“espetei uma faca grande na garganta e uma na barriga... e depois fui internado (...) depois é que passei para a psiquiatria (...) a minha mãe e o meu pai viram que eu estava a sangrar, ainda tive luta com o polícia, barriquei-me em casa, destruí móveis, destruí tudo... mais ou menos assim... até que lá me trouxeram para o hospital”</i>	U20
Ingestão medicamentosa voluntária	<i>“não tinha força nas pernas... só estava bem a dormir e a chorar... tomava medicação para me suicidar”</i>	U9
Ingestão medicamentosa voluntária	<i>“fui internada, porque tive uma tentativa de suicídio nesse... tive uma depressão bastante forte (...) Tomei medicamentos, fiquei inconsciente, medicamentos suaves, ansiolíticos...”</i>	U5
Automutilação	<i>“eu já estava cego (...) arranquei a vista fora (...) para me salvar a vida...”</i>	U9
Automutilação	<i>“quando me cortei (...) tinha isto assim cheio de sangue, assim...uns cortes e assim...e os meus pais viram-me (...) levaram-me ao hospital”</i>	U1

Estas experiências, por seu lado, parecem apontar para períodos de ausência ou inadequação de tratamento, levando ao agravamento sintomático e, por consequência, a trajetórias de cuidados mais adversas como o envolvimento com o sistema criminal, internamentos compulsivos e, ainda, risco de vida (Clement et al., 2012). Aqui, parece relevante atentar no modelo de Biddle e colaboradores (2007) que salienta o facto de muitas pessoas, especialmente as mais jovens, se mostram relutantes em procurar ajuda para os seus problemas, só estando dispostas a procurá-la quando experienciam uma crise ou quando a gravidade exige a intervenção de terceiros. Estes dados vêm salientar, assim, a necessidade de compreender de que forma será

possível potenciar a procura precoce de ajuda por parte das pessoas com problemas de saúde mental. Um dos aspetos que pode facilitar este processo será o aumento da literacia em saúde mental da população em geral, capaz de contribuir para um conhecimento mais alargado no que toca às questões de saúde mental e, assim, (1) aumentar a probabilidade da população aceder a ajuda adequada quando necessário; (2) promover a recuperação da pessoa com problemas de saúde mental; e (3) contribuir para o combate ao estigma, uma das principais barreiras à saúde mental (Burns & Rapee, 2006; Rethink, 2008).

A partir dos relatos dos participantes foi possível identificar também ações por parte de atores formais, especialmente do psiquiatra, polícia ou psicólogo que, com base no encaminhamento ou referenciação da pessoa, desencadeiam o contacto dos participantes com serviços de saúde mental. Enquanto o psiquiatra encaminha, sobretudo, para o serviço de internamento, a polícia encaminha principalmente para o serviço de urgência do hospital geral, e o psicólogo, por seu lado, para serviços de apoio na comunidade. Destaca-se, ainda, o papel de destaque do médico de família sugerido por uma diversidade de estudos como o primeiro contacto mais habitual nas trajetórias de procura de ajuda (Gater et al., 2005; Rickwood et al., 2007; Giasuddin et al., 2012), o que ocorre de forma igualmente expressiva junto dos participantes deste estudo.

Por último, como desencadeador do contacto dos sujeitos com os serviços de saúde mental ao longo das trajetórias foram igualmente encontradas referências a sintomas psicopatológicos, como a experiência de alucinações, “esgotamento”, depressão ou choro fácil, embora em menor proporção (e.g. “às vezes tenho vontade de chorar permanente (...) penso sempre... hum... ir ao médico, ir à psicóloga, e ir à psiquiatra”). Estes dados parecem reforçar a ideia de que a gravidade dos sintomas contribui para a perceção de necessidade de cuidados de saúde mental (Edlund et al., 2006; Bruwer et al., 2011; Mojtabai et al., 2012).

Destes dados podemos referir que, no caso específico dos participantes deste estudo, destacam-se como desencadeadores de contacto com os serviços prestadores de cuidados de saúde mental, a ação do próprio ou de um ator informal mediante, por exemplo, o reconhecimento de sintomas por parte de terceiros (como amigos e familiares); o encaminhamento por parte de um ator formal como o médico de família, o psiquiatra, a polícia ou o psicólogo; a existência de sintomas graves ou dificuldades associadas ao problema reconhecidos pelo próprio como relevantes para a procura de apoio; bem como a ocorrência de comportamentos de risco do próprio.

3.3. Quais os contextos e atores envolvidos nas trajetórias dos participantes e qual o papel que desempenham?

Para responder a esta questão foram consideradas todas as subcategorias englobadas nas categorias **AGENTES, INTERVENÇÕES e AÇÕES E VIVÊNCIAS SUBJETIVAS**.

Ao longo das trajetórias dos participantes é possível identificar a presença de uma série de atores, formais e informais, bem como o contacto com uma diversidade de contextos. Tal constatação vai de encontro ao defendido por Rogler e Cortes (1993) que referem que o processo de procura de ajuda para um problema de saúde mental envolve, geralmente, uma rede de pessoas, que começa a partir dos limites íntimos e informais da família nuclear até se alargar aos profissionais especializados. Neste sentido, a preponderância de atores informais, como familiares e amigos, especialmente na fase inicial da trajetória dos participantes destaca-se, igualmente, no âmbito do presente estudo. Para além de reunir o maior número de referências, a família e os amigos têm uma presença destacada ao longo de toda a trajetória, salientando o importante papel que a rede de suporte informal desempenha nas trajetórias de pessoas com problemas de saúde mental, tal como sugerido pelo modelo de Pescosolido (1991, 1992). Assim, e como é possível concluir através da análise dos dados, os familiares apresentam-se como atores fundamentais no processo de recuperação de pessoas com problemas de saúde mental (Wong, 2007). Verifica-se que o seu papel é mais marcado numa fase inicial da trajetória, diminuindo a sua presença ao longo da mesma. Não obstante, destaca-se o seu papel na sinalização do problema (Cf. Tabela 5) e procura de ajuda para o mesmo (Cf. Tabela 6), mas também na disponibilização de apoio emocional (e.g. referências a mimar, estar presente, estar atento, acompanhar, acalmar, dar apoio ou suporte à pessoa) e instrumental (e.g., resolver problemas, cuidar dos filhos, levar à escola) à pessoa ao longo da trajetória.

Tabela 5. Exemplos de referências ao papel da família na sinalização do problema

Unidade(s) de texto	Código do participante
<i>“Sim, tinha, tinha [consciência do problema]. Tinha e toda a família tinha porque ele começou a beber e começou a ter atitudes disparatadas, assim.... E certos... muitos dias, foi uma fase muito complicada para mim também, ele ia para nossa casa, para a casa dos meus avós bater à porta, tentar entrar lá dentro para me ver... ou queria falar com a minha mãe ou assim... toda a gente</i>	FC5

<i>sabia que havia dias bons e dias maus... por isso toda a família percebeu... Sim, sim."</i>	
<i>"o C. [irmão] disse-me "Óh mãe, ele vai ter que ser internado porque o cannabis está a provocar-lhe efeitos psicóticos"... Soube de droga e outras coisas que eu não tinha conseguido entender dele, nem ele nunca me disse... que havia uma conspiração mundial contra ele... Bem, fomos os dois ao delegado de saúde e passados três dias o J. [utente] foi levado para o Porto... para pedopsiquiatria."</i>	FC10
<i>"Então ele pegou num toro, segundo elas me disseram, pegou num toro e bateu na cabeça dele próprio... a minha mãe assustou-se de que maneira, a minha mãe ficou petrificada (...) E então, a partir daí, procuraram ajuda e daí que ele veio parar... Como é que disse há bocado..."</i>	FC7
<i>"A minha mãe percebeu que eu não estava bem. Ela um dia chegou à minha beira e disse...vamos a uma consulta...que tinha informações de que havia um médico muito bom que pode-te ajudar...e eu tá bem mãe..."</i>	U1
<i>"foi assim tudo muito rápido, a minha mãe começou-se a preocupar e começou a notar que eu estava diferente, via-me sempre de olhos vermelhos. Perguntava o quê que se passava, o que se passava... E eu desabafei com ela e pronto, a partir do momento que desabafei com ela, resolveu procurar ajuda."</i>	U15

Tabela 6. Exemplos de referências ao papel da família na procura de ajuda

Unidade(s) de texto	Código do participante
<i>"comecei a apanhar-lhe mentiras... e eu digo assim, alto, isto não é verdade. E eu ia ao liceu porque eu sempre fui uma mãe... ia às reuniões e tudo... e comecei a sentir o A. sempre revoltado. Eu falava com ele e ele dizia, oh mãe, não sei quê (eleva a voz) ... e eu, pronto... mas ele também, nunca consegui apanhar porquê essa revolta mas que senti, senti... tanto senti que levei logo ao psicólogo. Entretanto (...) corri imensos psiquiatras, na clínica [nome da clínica, clínica privada]."</i>	FC15
<i>"Acabei por ir falar com esse tal médico do centro de saúde, quando lhe contei o que... determinados sintomas dele, ele disse que se tratava de esquizofrenia... foi quando eu fiquei alarmada, fui logo ter com essa minha amiga e depois ela... levou... conseguiu que ele fosse... porque ele não queria médicos, rejeitava tudo, não é? ah... consegui que fosse a um médico, a um determinado médico e ele andou lá durante uns tempos mas acabou por não querer ir... e... por não querer ir... e sei que andamos a saltar por mais um, mais outro... tudo aquilo que me podia dizer e onde a gente poderia mandar... andamos assim a saltar até que chegou o médico onde ele hoje se trata. Foi... foi procurado pelo R. [irmão]..."</i>	FC2

<i>“Acho que foi quando tomei comprimidos...Ou quando...já não tenho bem a certeza... quando me senti muito mal...que os meus pais levaram-me a um médico...”</i>	U1
<i>“comecei a ouvir vozes (...) o meu irmão encontrou-me magoado e depois eles telefonaram para casa de um tio meu que pegou em mim e levou-me a uma casa (...) a uma clínica... levou-me a uma clinica e eles mandaram-me para o hospital.”</i>	U10
<i>“Foi a minha mãe que procurou ajuda no [nome de hospital psiquiátrico]”.</i>	U15
<i>“a minha mãe começou a achar aquilo realmente muito estranho, e foi quando uma pessoa de família sugeriu ir a um psiquiatra”.</i>	U7

Embora aparentemente contraditório ao anteriormente mencionado, e apesar dos familiares se apresentarem como atores fundamentais principalmente no início da trajetória, são igualmente comuns as referências à falta de compreensão e perceção de “afastamento” por parte destes atores (Cf. Tabela 7).

Tabela 7. Exemplos de referências à falta de compreensão ou perceção de “afastamento” da família

Unidade(s) de texto	Código do participante
<i>“(...) porque os meus irmãos, todos eles se arrumaram... ele estava lá internado e o doutor T., fui lá eu uma vez, e foi outro meu irmão e a mulher só que eles arrumaram costas e num mais quiseram saber... e eu é que comecei... a ser eu.”</i>	FC14
<i>“não aparece com quem desabafar e... não tendo assistência da família... que é o meu caso... já desde 5 de Dezembro do ano passado que não vêm ver ninguém... e lá era... acontecia a mesma coisa...”</i>	U10
<i>“o psiquiatra já quis falar com eles [filhos] mas eles não quiseram saber...”</i>	U16
<i>“os meus pais não aceitavam isto, nem sabiam o que era... hum... eu fiz asneiras, desde andar de carro e bati com o carro, e... prontos aquela euforia, não é? E os meus pais não me visitavam, nada... eu estava por mim própria (...) Bateram-me e puseram-me fora da porta.”</i>	U3
<i>“Somos 3 irmãos, um já não o vejo desde que... desde que fui internado... já há 26 anos ou mais... cresceu comigo e nunca mais tive notícias dele...”</i>	U8

É sabido que o aparecimento de um problema de saúde mental no seio familiar desencadeia grandes mudanças, com as quais poucas famílias estão preparadas para lidar (Hatfield, 1987; Spaniol, 1987; Terkelsen, 1987; Tessler et al., 1987, cit in Spaniol,

Zipple & Lockwood, 1992). É consensual a necessidade de ajudar as famílias a compreender o que se está a passar com o seu familiar, sendo a experiência de doença mental na família um desafio exigente. Aliás, estudos com familiares de pessoas com doença mental sugerem um processo de aceitação e adaptação que, frequentemente, se apresenta como um processo demorado (Power and Dell'Orto, 1980; Van der Kolk, 1987; cit. in Spaniol et al., 1992). A fase da negação da doença é frequentemente duradoura, podendo explicar o adiamento da procura de cuidados específicos por parte dos familiares, incluindo de apoio ao familiar doente. Conforme referido anteriormente, aumentar a compreensão da população em geral para as questões da saúde/ doença mental é uma prioridade fundamental para que seja possível um precoce reconhecimento de sinais e sintomas no próprio e em terceiros e adequada procura de ajuda. Por outro lado, é necessário reconhecer e acautelar o apoio a dar aos familiares que se confrontam com um problema desta natureza na sua família, o qual deve existir desde o momento em que se identificam sinais e sintomas.

Neste contexto, a disponibilização precoce de intervenções psicoeducativas à família poderiam ajudar a compreender o problema, bem como melhorar a sua capacidade para ultrapassar e ajustar-se a uma situação especialmente desafiadora, como é o caso de uma doença mental grave de um familiar próximo.

Os amigos, por seu lado, disponibilizam, sobretudo, apoio emocional, embora pareçam desempenhar também um papel relevante na sinalização do problema, apercebendo-se ou chamando a atenção do sujeito para algo que não está bem (Cf. Tabela 8).

Tabela 8. Exemplos de referências ao papel de amigos ou colegas na sinalização do problema

Unidade(s) de texto	Código do participante
<i>“E uma amiga dela, que ainda hoje somos amigos, disse-me a tua esposa não está bem da cabeça, precisa ser internada... alguma coisa...”</i>	FC19
<i>“as pessoas também se começaram a aperceber que eu não tava igual...e começara a aperceber a que andava...que eu andava...a consumir álcool em demasia (...) Colegas de trabalho...e mesmo os chefes...alguns chefes (...)começaram-se a aperceber...prontos...porque às vezes notava-se...eu tava mais extrovertido, mais eufórico...e depois eu também na minha inocência prontos...tinha lá colegas com quem eu me dava melhor e dizia...e meu fui beber....fui ali ao bar e bebi uns copos e ‘tou aqui já meio azul...”</i>	U1
<i>“o único feedback que eu tive foi de um amigo meu dizer-me que a minha</i>	U2

As referências à presença de atores formais ao longo da trajetória dos participantes estão centradas, especialmente, na presença da pessoa do psiquiatra e do psicólogo. Nos relatos dos participantes encontram-se referências ao papel do psiquiatra, enquanto ator que disponibiliza consultas (85 referências), informação sobre a doença e tratamento (67 referências), bem como intervenção farmacológica (62 referências), como resposta ao problema. O psiquiatra parece desempenhar um papel importante também no encaminhamento para serviços de prestação de cuidados de saúde mental (25 referências), sobretudo para o serviço de internamento em psiquiatria. Já o papel do psicólogo ao longo da trajetória parece centrar-se quase exclusivamente na disponibilização de consulta de psicologia (28 referências), embora apareça também envolvido na referenciação para outros serviços (12 referências), nomeadamente serviços de apoio na comunidade; bem como na disponibilização de informação sobre a doença/ tratamento (8 referências) e implementação de respostas psicoeducativas (14 referências) e comunitárias como o apoio domiciliário (8 referências).

No que diz respeito aos contextos, são vários os contextos que emergem das trajetórias dos participantes. Numa fase inicial da trajetória, destaca-se o papel dos cuidados de saúde primários (e.g. Centro de Saúde) com 17 referências e do Serviço de Urgência do Hospital Geral (com 10 referências); sendo, contudo, as respostas especializadas do Serviço Nacional de Saúde (SNS), como o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital Geral (com 23 referências), o Serviço de internamento (com 30 referências) e o Hospital especializado de psiquiatria (com 31 referências), os contextos que se destacam como mais evidentes. Não obstante, os contextos privados de prestação de cuidados de saúde mental (como os consultórios ou clínicas privadas) emergem como contextos muito presentes nesta fase inicial da trajetória (38 referências). Numa fase intermédia da trajetória, diminui a presença dos cuidados de saúde primários, intensificando-se a presença do Serviço de Urgência do Hospital Geral (com 18 referências), bem como de respostas especializadas do SNS, como o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital Geral (com 43 referências), o Serviço de Internamento (com 84 referências) e o Hospital Especializado de Psiquiatria (com 81 referências). Os consultórios privados mantêm o seu destaque nesta fase da trajetória (30 referências), sendo que os contextos comunitários de prestação de cuidados de saúde mental, nomeadamente os promovidos por Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), assumem

particular destaque (com 104 referências). Estes dados demonstram o que tem vindo a ser reconhecido em várias avaliações realizadas em Portugal, e que se prende com a falta de implementação da diversidade de serviços necessários para a adequada prestação de cuidados de saúde mental e/ou a capacidade de resposta dos cuidados de saúde primários.

Um pilar fundamental na organização dos serviços de saúde mental são os cuidados de saúde primários (CSP), ou seja, ao nível da medicina geral e familiar, cuja proximidade das populações permite melhorar o acesso, a qualidade e a continuidade de cuidados, numa perspetiva da intervenção personalizada, mas que também envolve a família e a comunidade. Atendendo a que os CSP “resolvem a grande maioria dos casos de saúde mental e referenciam os casos mais graves” (p.25), seria necessário garantir a possibilidade de disponibilizar uma resposta mais integrada e com adequado seguimento dos casos, para promover processos de recuperação atempados e ajustados às necessidades.

Por fim, a fase atual da trajetória encontra-se marcada, essencialmente, pela presença de serviços de apoio comunitários (148 referências) como fóruns sócio-ocupacionais ou respostas residenciais de saúde mental. Este aumento de referência a respostas comunitárias surge em simultâneo com a diminuição da presença de respostas especializadas como o departamento de psiquiatria e saúde mental de hospitais gerais, o serviço de internamento e, ainda, o hospital especializado de psiquiatria. No contexto do presente estudo, pensa-se que esta diminuição poderá encontrar-se relacionada com o facto de grande parte dos participantes – utentes e cuidadores – se encontrar integrada em respostas comunitárias de saúde mental, disponibilizadas na sua maioria por IPSSs a intervir no domínio da saúde mental. De facto, como referido previamente, à exceção de 2 instituições (CHCF e CHCJ), as restantes instituições correspondem a serviços promovidos por IPSSs e outra a uma resposta comunitária promovida por uma Ordem Religiosa (CSBJ).

Com os dados recolhidos foi também possível explorar o papel desempenhado pelos diversos contextos ao longo das trajetórias dos participantes. Neste sentido, o serviço de internamento surge nos relatos dos participantes como disponibilizando, sobretudo, internamento (42 referências) enquanto intervenção em fase aguda da doença. São, contudo, de realçar, as referências à intervenção farmacológica (14 referências), à disponibilização de informação sobre a doença e tratamento (9 referências), bem como de atividades ocupacionais (8 referências) enquanto resposta ao problema de

saúde mental no contexto do internamento em psiquiatria. Verifica-se, ainda, o encaminhamento para serviços especializados de saúde mental (5 referências).

No contexto de serviços comunitários de apoio, nomeadamente os disponibilizados por IPSS (IPSS cuja intervenção no domínio da saúde mental existe, mediante disponibilização de 1 ou mais serviços, mas em que esta não se assume como missão principal e exclusiva) e IPSS na área da saúde mental (IPSS com missão e serviços exclusivos no domínio da saúde mental), destacam-se nos discursos dos participantes intervenções psicossociais como programas de reabilitação vocacional e profissional (56 referências), atividades ocupacionais (98 referências), apoio domiciliário (47 referências) e consultas de psicologia (27 referências).

Embora os restantes contextos reúnam menos referências por parte dos participantes, parece relevante notar que a intervenção do departamento de psiquiatria do hospital geral se encontra muito centrada na disponibilização de consultas de psiquiatria (40 referências), intervenção farmacológica (18 referências) e internamento de psiquiatria (18 referências). O serviço de urgência facilita, essencialmente, o encaminhamento para o serviço de internamento em psiquiatria (11 referências) e os consultórios privados são procurados, especialmente para consultas de psiquiatria (40 referências), no contexto das quais a disponibilização de informação sobre a doença e o tratamento (27 referências) e a intervenção farmacológica (20 referências) assumem particular destaque.

Um outro contexto a referir é a esquadra da polícia, e a polícia, que se encontram presentes em 16 das trajetórias estudadas (16 fontes, 32 referências), assumindo um papel fundamental no acesso a uma resposta especializada. Para além do seu papel de identificação de um potencial problema, as forças policiais assumem um papel relevante na condução a um serviço de prestação de cuidados de saúde mental (sendo o serviço de urgência a porta de entrada). Emergem, ainda, do discurso dos participantes referências à relevância do apoio disponibilizado pelas forças policiais, bem como referências à incapacidade das mesmas em dar uma resposta efetiva (Cf. Tabela 9).

Tabela 9. Exemplos do papel/ atuação das forças policiais

Tema	Unidade(s) de texto	Código do participante
Identificação do problema e	<i>“despi-me no meio da praça... vieram os bombeiros e a GNR e meteram-me no [nome do hospital]”</i>	U12

encaminhamento a um serviço	<p><i>“tive um desacato na rua e depois eu resolvi fazer queixa (...) fui fazer queixa, fui à polícia e disse que estava em estado de choque...mandaram-me po hospital...do hospital mandaram-me para o departamento de psiquiatria...sem eu me aperceber...”</i></p>	U2
	<p><i>“em 2008 entrei na psiquiatria (...) foi a polícia que me levou”</i></p>	U16
	<p><i>“E foi aí que a polícia interveio e levou-o mesmo na ambulância. E foi internado no [nome do hospital]...”</i></p>	FC4
Relevância do apoio	<p><i>“o meu pai não tinha água, não tinha luz, não tinha alimentos, não tinha condições de higiene, não tinha nada... não tinha... a única coisa que ele tinha em casa era um colchão para dormir e mais nada e muitas vezes nem tinha chave de casa, então, entrava e saía pela janela. O quê que eu fazia? Ligava ao advogado, por favor pede... já nem sei como é que se chama o termo... mas pede para o Tribunal para enviar por fax para a esquadra da [local onde vive] um pedido de... como se chama? Era para conduzirem o meu pai ao hospital, mas para isso eles tinham que entrar dentro de casa, que ele saía, não é? Ele não abria a porta... para a polícia poder fazer isso e poder ir buscá-lo e levá-lo, outra vez, ao [nome do hospital]. Por isso é que eu digo que a polícia foi fundamental porque se não existissem eu não ia fazer isso”.</i></p>	FC5
Incapacidade de prestar apoio	<p><i>[chegou ao internamento] “através do tribunal... porque ela armou uma zaragata na rua e eu tive de chamar a polícia. E a polícia não queria levá-la... não é obrigada, infelizmente... não podem obrigar a levar a pessoa para o hospital... o que está mal, só que lá na rua as pessoas tanto insistiram que ela estava mal, que só fazia vergonhas que ela lá foi. A mim custou-me mas tinha que ser... e lá deram a volta, primeiro [nome do hospital], depois [nome do hospital]... e do [nome do hospital] é que vai para lá... não tem lógica... tem de andar para trás e para a frente.”</i></p>	FC19
	<p><i>“Nós queríamos que ele viesse para casa, ele não vinha... embora... os vizinhos já soubessem, também não queríamos que houvesse ali muito escândalo e sentíamos um pouquinho envergonhados com tudo aquilo... e chamávamos a polícia (...) a polícia neste momento falava com o meu pai, o meu pai entretanto tornava-se um bocado agressivo mas entretanto ia para casa e ficava por ali”</i></p>	FC6
	<p><i>“consegui ficar perdida no meio da CREL... até ficar sem gasolina e não saí de lá... e ‘tava completamente num mundo à parte. Os carros passavam... aquilo é assim tipo uma VCI...”</i></p>	U7

e fiquei lá até, no dia seguinte, aparecer a GNR. E eu só disse que 'tava sem telemóvel, e que o meu carro 'tava avariado. Ninguém deu conta."

A intervenção da polícia nas trajetórias de cuidados de pessoas com doença mental já tem vindo a ser demonstrada em muitos estudos, e no contexto Português começa por estar muito ligada à forma como o internamento compulsivo se processa. Num estudo de Anderson e colegas (2012) no Canadá, concluiu-se que mais de metade dos sujeitos (n=149) tiveram contacto com a polícia ou ambulância nalgum ponto das suas trajetória, sendo que a probabilidade desse contacto aumentava em função do aumento da duração da doença não tratada. Estes dados evidenciam, uma vez mais, a demora ou ausência no contacto com os serviços de saúde mental, que conduz ao agravamento sintomático, exigindo intervenções compulsivas. Neste sentido, Anderson e colegas (2012) sugerem que situações desta natureza podem ser evitadas caso fosse possível aumentar a capacidade de resposta ao nível dos cuidados de saúde primários, melhorando a deteção precoce da doença e adequada intervenção. Esta hipótese foi demonstrada num estudo realizado Reino Unido que demonstrou que um maior envolvimento do médico de clínica geral se associava à redução da probabilidade de internamentos compulsivos e do contacto com a polícia (Cole, Leavey, King, Johnson-Sabine & Hoar, 1995).

Procurou-se, ainda, compreender a forma como as diferentes respostas se organizam ao longo do tempo da trajetória dos participantes. Assim, numa *fase inicial* existem referências, sobretudo, à intervenção médica (internamento de psiquiatria: 59 referências, 19 fontes e consulta de psiquiatria: 30 referências, 13 fontes), à intervenção farmacológica (36 referências, 20 fontes) e às intervenções psicoeducativas (49 referências, 22 fontes). Numa *fase intermédia* da trajetória, constata-se que a presença das intervenções médicas se intensifica (internamento de psiquiatria: 110 referências, 26 fontes; intervenção farmacológica: 70 referências, 24 fontes; bem como consulta de psiquiatria: 60 referências, 25 fontes). O mesmo acontece com as intervenções psicoeducativas (69 referências, 24 fontes), a par do encaminhamento dos participantes para serviços de saúde mental (32 referências, 11 fontes) e da introdução de respostas psicossociais como a consulta de psicologia (32 referências, 9 fontes) e reabilitação ocupacional (26 referências, 16 fontes).

Já na fase atual das trajetórias dos participantes, para além da consulta de psiquiatria (35 referências, 19 fontes) e da intervenção farmacológica (29 referências, 17 fontes),

cuja presença se mantém bem evidente verifica-se, sobretudo, menção a intervenções psicossociais de que são exemplo a reabilitação ocupacional (36 referências, 23 fontes), as intervenções psicoeducativas (18 referências, 13 fontes) e psicossociais (18 referências, 10 fontes).

Neste sentido, e atendendo ao já referido anteriormente quanto aos participantes no estudo, o facto da maior parte dos participantes estar ligado a uma respostas no âmbito dos cuidados continuados de saúde mental (ex. unidades sócio-ocupacionais e unidades residenciais) dirigidas a pessoas com algum grau de incapacidade psicossocial decorrente do seu problema de saúde mental, encontramos referência à complementaridade entre as abordagens farmacológica e psicossocial no atual momento da trajetória dos participantes, o que se enquadra nas diretrizes de tratamento (ex.: Shizophrenia PORT, NICE schizophrenia guidelines), as quais privilegiam o tratamento integrado com vista à recuperação e otimização do bem-estar geral dos indivíduos (Lieberman, Stroup & Perkins, 2012).

Fica, no entanto, a faltar informação quanto à trajetória da grande maioria de pessoas com problemas de saúde mental que não se enquadra neste grupo de doentes com as características dos nossos participantes. Ou seja, seria necessário, em estudos subsequentes, estudar os percursos de pessoas com experiência de um problema de saúde mental que, tendo estado em contacto com serviços, não estão no momento presente devido ao facto de terem recuperado, não tendo portanto sido contemplada a sua experiência.

3.4. Quais os facilitadores e obstáculos percebidos pelos participantes na procura e obtenção de ajuda para um problema de saúde mental?

Para responder a esta questão foi considerada a subcategoria percepções relativas ao problema e, mais especificamente, a subcategoria percepções relativas ao pedido de ajuda ou obtenção de resposta para o problema de saúde mental.

Partindo dos relatos dos participantes foi possível identificar 12 grandes **obstáculos percebidos à procura e obtenção de ajuda para o seu problema de saúde mental** (Cf. Tabela 10). Por ordem decrescente em termos de número de referências podemos encontrar: **1)** a lacuna no reconhecimento do problema (50 referências, 9 fontes); **2)** a falta de conhecimento ou informação sobre os problemas de saúde mental (49 referências, 9 fontes); **3)** as dificuldades no acesso aos serviços prestadores de cuidados de saúde mental (25 referências, 5 fontes); **4)** as crenças ou atitudes negativas face aos serviços (16 referências, 4 fontes); **5)** a falta de percepção de necessidade (11 referências, 5 fontes); **6)** as experiências passadas negativas com

serviços ou profissionais de saúde mental (9 referências, 3 fontes); **7)** o constrangimento ou estigma (8 referências, 5 fontes); **8)** a falta de pessoas em quem confiar para pedir ajuda (7 referências, 2 fontes); **9)** os constrangimentos financeiros (6 referências, 4 fontes); **10)** a influência da rede de apoio informal (5 referências, 3 fontes); **11)** a falta de informação sobre os serviços disponíveis ou de como aceder aos mesmos (5 referências, 5 fontes) e **12)** o não saber o que dizer ou como expressar o pedido de ajuda (5 referências, 5 fontes).

Tabela 10. Obstáculos percebidos à procura e obtenção de ajuda para um problema de saúde mental

Tema	Unidade(s) de texto	Código do participante
Lacuna no reconhecimento do problema	<i>“ela dizia “ah e tal, precisava de ir ao médico”... mas nós não... também não víamos assim grande razão para isso naquela altura. E ela também não fazia... não dizia todos os dias, não é? De vez em quando dizia aquilo... Momentos piores e tal... depois desse episódio, de facto, começou a fazer o tratamento.”</i>	FC1
	<i>“Não fazia a mais pequena ideia porque nunca passou por mim, não é? Agora sim, sei e sei como lidar com pessoas que tenham esse problema e tentar dar a volta.”</i>	FC14
	<i>“se calhar as coisas começaram muito lá atrás...sem eu ter perceção às vezes...também devido à idade que tinha.”</i>	U1
	<i>“Não, não achei que era normal, mas não tive aquele impacto, aquele... Aquele impulso de ir pedir ajuda, a minha mãe é que notou que eu estava um bocadinho em baixo e que pedi ajuda por mim (...) no princípio achei que não estava doente, foi o que eu lhe disse, era aquele início, que achava que aquilo era normal... Fazia parte de eu estar muito nervosa, dos acontecimentos todos, mas depois aceitei, ela insistiu comigo, “disse, isso é para o teu bem, tu não estás bem””</i>	U15
	<i>“O único feedback que eu tive foi de um amigo meu dizer-me que a minha cabeça não tava boa...mas aquilo entrou e saiu por um ouvido...nunca me senti...nunca me senti doente...”</i>	U2
	<i>“Para mim estava tudo ótimo.”</i>	U3

	<i>"eu quando penso que estou bem é quando alguém me diz assim "não, tu estás doente, tu precisas de ajuda""</i>	U17
	<i>"não conhecia nada dessa doença"</i>	FC14
	<i>"Não pedi ajuda a ninguém. Também estávamos numa...foi há muitos anos atrás...e 'távamos numa altura em que estas questões também eram pouco divulgadas...ou pouco faladas...havia pouca informação se calhar... ou a informação que havia tava cingida só aqueles meios onde se tratavam as coisas..."</i>	U1
Falta de conhecimento ou informação sobre os problemas de saúde mental	<i>"Sentia-me normal... completamente normal... não sentia... talvez também por não ter background de psicologia ou psiquiatria... não saber bem... não estava literalmente informado sobre esses campos da ciência... tava mais informado sobre outros, pronto... química, física, matemática..."</i>	U2
	<i>"Foi-me dito que eu que estava a... assim muito alterada e a Dr.ª dizia "a CL não está bem", "oh Dr.ª eu estou bem", "Não está não e um dia mais tarde vai-me dar razão", dizia-me ela. E... "pensa que está bem mas não está" (...) Só que como era a primeira vez uma pessoa... ainda não estava bem ciente do que era. E quando ela me falou em bipolaridade para mim foi novidade que eu não conhecia esse..."</i>	U3
	<i>"era o meu irmão mais velho que estava... vivia lá comigo e estava dentro do assunto. Ele deixou passar, passar, passar até que chegou uma altura... ele sabia do que se estava a passar mas ele não se apercebia bem do que estava a acontecer... que era de psiquiatria. É diferente de uma perna partida, não é?"</i>	U8
Dificuldades no acesso aos serviços prestadores de cuidados de saúde mental	<i>"é haver mais proximidade com o psicólogo...mais proximidade com o psiquiatra...haver mais proximidade com o psiquiatra era importante...as consultas não demorarem tanto tempo...e aí ajudava o psicólogo...enquanto o psiquiatra tava a fazer o trabalho dele...o psicólogo também ajudava...mas não há esse acompanhamento...ou tamos atrasados...ou não tão pa se chatear..."</i>	U2
	<i>"Na altura era complicado ir para o sistema de saúde (...) Muito complicado. E os meus pais ainda podiam pagar-me, então eu ia ao consultório (...) Tinha de ser o médico de família a pedir para irmos para lá, e era preciso estar numa situação mesmo...hum... difícil... Complicada, mentalmente para nos mandarem para lá..."</i>	U5
Crenças ou atitudes negativas	<i>"mandou-me pa um psicólogo, eu não gostei...achei que o ambiente era de malucos e não sei quê...não gostei..."</i>	U2

face aos serviços de prestação de cuidados de saúde mental	<i>“na altura propuseram-me fazer internamento no [nome de hospital psiquiátrico] e o [nome de hospital psiquiátrico] não é propriamente um sítio muito aprazível.”</i>	U21
	<i>“eu não sei o que é que eu tinha contra os psicólogos (risos) (...) Talvez por influência da minha filha, que quando nos separamos... ela... ela andou em psicólogos e ela era assim: oh mãe, eu detesto psicólogos...”</i>	U3
	<i>“Mas foi pelas experiências que talvez... na [nome de local] também tinham psicólogos e também me indicaram e eu tive uma consulta de psicologia (...) E não gostei. Não gostei e disse que não queria continuar...”</i>	U5
Falta de perceção de necessidade	<i>“eu nem fiquei com a ideia de que precisava do internamento...eu segui as indicações do médico...”</i>	U1
	<i>“Isso era a pancada minha, era pancada minha... (risos) (...) Eu nem sequer me apercebi... era psicológico...”</i>	U13
	<i>“queria-me ir embora... não tava ali a fazer nada, eu queria-me ir embora... ali não era o meu lugar...”</i>	U2
Experiências passadas negativas com serviços ou profissionais de saúde mental	<i>“eu já tinha passado por alguns psiquiatras, já tinha dito aos meus pais que não me sentia bem e já tinha passado por alguns psiquiatras, só que não me dei com nenhum (...) eu não me dei bem com a psicóloga... hum... porque... não compreendia, não percebia, não... achava que não dava resultado”</i>	U5
Constrangimento ou estigma	<i>“Quando eu comecei a ficar muito doente e a ter um bocado perceção de que estava a ficar muito doente ou que algo de errado se tava a passar comigo...era a falta de informação...e aquilo que eu já referi anteriormente que é aquele preconceito de que só ia ao psiquiatra...consultar um psiquiatra ou um psicólogo...quem estava malquinho da cabeça (...) O estigma...eu acho que isto hoje tá muito mais atenuado, mas ainda é...continua a haver, sem dúvida...isso até da própria parte dos próprios doentes...se calhar...às vezes...”</i>	U1
	<i>“eu nunca tive nenhum problema de psiquiatria, foi a primeira vez e foi... é sempre desconfortável, mas pronto aceitei ir com ela, ela foi comigo, pronto...”</i>	U15
	<i>“Aquela coisa de chegar ao serviço de psicologia e dizer eu vou ao psicólogo X...aquilo não me assentava bem... (...) Porque era de malucos...a gente tem aquele estigma...eu acho que mesmo assim...não tou institucionalizado, mas tou inserido na comunidade da psiquiatria e da saúde mental e julgo que o estigma ainda não passou...acho eu...julgo que</i>	U2

	<i>não passou...”</i>	
	<i>“Nós fomos pela primeira vez a um psiquiatra... e eu não queria ir porque então eu disse: eu é que estou maluca?”</i>	U7
Falta de pessoas em quem confiar para pedir ajuda	<i>“nunca tivemos o...hábito de comunicar...sempre tivemos de nos orientar por nós próprios...eu e o meu irmão...eu nunca me lembro de os meus pais terem conversado connosco...falavam para nós não é...aquelas questões triviais, do dia-a-dia...mas, por exemplo, sentarem-se connosco e conversarem...ou a gente até chamá-los e dizer podemos conversar um bocado? Precisava aqui de abordar alguns assuntos...Isso não, claro e depois...quando não existe essa comunicação...depois é assim, quando não existe essa comunicação...pode haver...até na própria família pode haver uns elementos com quem a gente vá ter e consiga...mas isso também faltou e eu não tinha amigos...também não podia ir ter com os amigos para falar...portanto...como eu disse foi uma espiral...vi-me ali sozinho...aquela situação que não conseguia resolver”</i>	U1
	<i>“não tinha amigos (...) Eu vivia só para os estudos mesmo. Eu ia em cima da hora para as aulas (...) E mal acabavam as aulas, saía e vinha-me embora, e lá só tinha uma ou outra pessoa com quem conversar, e conversávamos da... pronto, das aulas.”</i>	U5
	<i>“a minha mãe teve conhecimento da doutora G. que era uma excelente psicóloga, aconselhável...e eu ainda tive 2 ou 3 consulta com ela particular, mas ela...prontos...aquilo começou a ser muito puxado e eu precisava de muito acompanhamento...e a doutora G. viu e nós também vimos que era impossível comportar os custos das consultas...”</i>	U1
Constrangimentos financeiros	<i>“Pedi-se à médica de família para por, para passar para o sistema de saúde, uma vez que estava numa situação precária e... e... já estava desempregada e depois voltei a arranjar emprego (...) Mas estava desempregada e não tinha tanta capacidade para ir a uma psiquiatra no... particular.”</i>	U5
	<i>“continuo com vontade de ir a Lisboa a uma consulta. Porque eu acho que não estou com a medicação que eu preciso. Continuo na mesma. Enquanto não ouvir a opinião da minha psiquiatra de lisboa, que está 50 minutos comigo, pronto... Mas claro, é que a minha mãe diz, é uma despesa porque é a viagem para Lisboa, pronto (...) Porque este psiquiatra daqui não me conhece, não fala comigo praticamente, percebe? Ele praticamente não me conhece. Parece que não se quer dar ao luxo de me conhecer (...) As consultas duram dez minutos.”</i>	U6

	<p><i>“precisava de fazer um tratamento de reabilitação cognitiva... adorava poder fazer isso para poder melhorar o meu desempenho a nível profissional e, infelizmente, não tenho capacidade financeira para ir todas as sessões e mesmo tendo estes tipos de apoio aqui que são possíveis... mas, quer dizer, não tenho dinheiro para fazer... Conclusão, eu penso que só pessoas com dinheiro é que podem ter alguma eventualidade... alguma esperança ou alguma qualidade de vida perante os problemas que têm. E aquelas que não têm, não é? Têm... vêm-se com muita dificuldade em superar os seus problemas.”</i></p>	U7
Influência da rede de apoio informal	<p><i>“Tinha [consciência da doença] e toda a família tinha porque ele começou a beber e começou a ter atitudes disparatadas, assim (...) foi uma fase muito complicada (...) toda a gente sabia que havia dias bons e dias maus... por isso toda a família percebeu... (...) O meu pai só começou a ser internado... assim... quinze anos mais tarde, ele esteve quinze anos da vida dele, a desenvolver a doença (...)orque era como se quisessem protegê-lo, coitado... não vamos estar a interná-lo, pobre coitado, ele tem estas atitudes mas não precisa de ir para o hospital porque há dias bons, há dias maus e ele tem a casa dele, vive sozinho ninguém o chateia ele também não chateia ninguém e pronto. E... Isso foi um bocadinho alimentado pela minha avó, mãe dele e pelo meu tio também”</i></p>	FC5
	<p><i>“E depois tenho uma pessoa amiga [que dizia] “oh põe-te a fazer bolos em vez de tomares isso, só remédios e só remédios”.”</i></p>	U3
Falta de informação sobre os serviços disponíveis ou de como aceder aos mesmos	<p><i>“Na altura em que eu fiquei muito doente eu não sabia sequer...sabia que existiam psiquiatras e psicólogos e...mas pouco mais sabia...porque a informação estava restrita...não era restrita, tava situada num nicho...tava ali naquele centro e não passava cá pra fora...”</i></p>	U1
	<p><i>“Não, não tentei porque nem sabia dessa situação... [existência de respostas comunitárias de saúde mental] (...) Não, não sabia, nessa altura não sabia.</i></p>	U5
Não saber o que dizer ou como expressar o pedido de ajuda	<p><i>“não tive...capacidade...coragem para pedir ajuda aos meus pais...porque depois uma pessoa nessa idade pensa...o que é que eu vou dizer? Eu próprio não sei o que é que se está a passar...o que é que eu lhes vou dizer?”</i></p>	U1
	<p><i>“Eu também sou muito tímida, e muito introvertida. Era, agora já não sou tanto, agora sou mais extrovertida e mais faladora (...). Mas era muito tímida, muito introvertida e que... que me impedia de expor os meus sentimentos às outras pessoas”.</i></p>	U5

Tal como referido anteriormente, a procura de ajuda para um problema de saúde mental não decorre simplesmente de um processo de identificação da necessidade, decidir procurar ajuda e levar a cabo a decisão, na medida em que, a cada um destes pontos de decisão, vários fatores podem dificultar o processo de procura de ajuda (Rickwood et al., 2005). Destes obstáculos, emergem de forma clara a falta de conhecimento ou informação sobre os problemas de saúde mental e os serviços disponíveis, as crenças ou atitudes negativas face aos serviços, a lacuna no reconhecimento do problema e a falta de perceção de necessidade de cuidados. Apresentando-se numa grande parte dos relatos dos participantes, a presença deste tipo de obstáculos sugere quer baixos níveis de conhecimentos sobre questões de saúde mental (ou *literacia em saúde mental*) por parte dos sujeitos, quer o estigma associado à procura de ajuda, dificultando a aceitação do problema e a procura de ajuda, tal como é sugerido por Wong (2007). Estes dados não se apresentam surpreendentes já que muitos têm sido os estudos que apontam para este tipo de fatores como um dos mais importantes obstáculos ao processo de procura de ajuda para problemas de saúde mental (e.g., Judge et al., 2005; Wong, 2007; Gulliver et al., 2010) e sobre os quais é preciso agir.

As dificuldades no acesso aos serviços de saúde mental enquanto obstáculo à procura de ajuda aparecem também mencionadas em todas as trajetórias estudadas, corroborando a existência das insuficiências graves ao nível da acessibilidade dos cuidados, já muito evidenciadas no relatório que esteve na base do desenvolvimento do Plano Nacional de Saúde Mental (CNSM, 2008), bem como nos mais recentes relatórios sobre esta matéria (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, OPSS, 2015). Associados aos problemas de acessibilidade encontram-se os constrangimentos financeiros, especialmente no que diz respeito ao pagamento de consultas privadas, o que, tal como diversos estudos têm vindo a demonstrar (e.g., McAlpine & Mechanic, 2000; Mkize & Uys, 2004; Mojtabai, 2009; Alegria et al., 2000), se apresenta como uma barreira importante à obtenção de cuidados especializados. A falha em tornar disponível e acessível o contacto com o tratamento inicial é um aspeto que comprova a não satisfação de necessidades por parte dos serviços de saúde mental, pelo que intervenções que acelerem o contacto com os serviços especializados são essenciais (Wang et al., 2005).

Adicionalmente, a influência da rede de apoio informal enquanto obstáculo à procura ou obtenção de resposta para o problema de saúde mental emerge igualmente do discurso dos participantes, (e.g., “eu tinha uma amiga engenheira que ela dizia-me “oh rapariga, tu não tomes tanta medicação, faz como eu vira-te para os bolos”, U3),

podendo estes dados sugerir, por parte também de outros significativos, lacunas no reconhecimento das dificuldades do sujeito enquanto sinal de um problema de saúde mental que carece de tratamento especializado. Estes resultados mostram-se consistentes com aquilo que já tem vindo a ser descrito na literatura. A título de exemplo, destacamos o estudo qualitativo de Tanskanen e colegas (Tanskanen, Morant, Hinton, Lloyd-Evans, Crosby, Killaspy, Raine, Pilling & Johnson, 2011) no Reino Unido, junto de 21 utentes e 9 cuidadores de um serviço de intervenção precoce na psicose. Os resultados do estudo demonstram que, apesar da maioria dos sujeitos (n=19) reportar encorajamento na procura de ajuda por parte da rede social imediata, quase metade dos participantes experienciaram também respostas pouco úteis, que vão desde o não reconhecimento ou minimização da severidade do problema até ao criticismo.

Se a procura de ajuda constitui um comportamento aprendido é, naturalmente, influenciado pelas experiências passadas de procura de ajuda (Barker, 2007). Pela natureza dos problemas de saúde mental, em muitos casos com evoluções que obrigam a cuidados periódicos e, até, a períodos de hospitalização, cada experiência vivida tornar-se-á importante para a forma como cada pessoa percebe os serviços, se relaciona com eles e se comporta quando deles necessita. Neste sentido, as experiências negativas com diferentes profissionais ou contextos aparecem reportadas por diversos estudos como comprometedoras da obtenção de resposta para o problema de saúde mental experienciado (e.g., Etheridge et al., 2004; Gulliver et al., 2012). Este obstáculo apresenta-se no presente estudo como fator importante (e.g., *“Tinha receio porque nunca tinha dado certo (...) que fosse falhado, novamente falhado”*, U5), sugerindo que contactos insatisfatórios com profissionais podem aumentar a relutância dos sujeitos na continuação do acompanhamento ou na procura de ajuda junto de outro profissional. Estes resultados vão de encontro aos de um estudo realizado por Frydenberg (1997) que concluiu que os jovens que, face a um problema de saúde mental, se predispõem a procurar ajuda, face a situações em que se sentem criticados, traídos na sua confiança, alvo de conselhos ao invés de serem ouvidos, rejeitados ou ridicularizados, se tornam mais resistentes em procurar novamente apoio.

Isto indica a necessidade de esforços direcionados para ultrapassar a desconfiança, especialmente por parte dos mais jovens, um aspeto que vários informantes-chave salientaram como importante (Barker, 2007).

Por seu lado, obstáculos como a falta de pessoas em quem confiar para pedir ajuda ou não saber o que dizer ou como expressar o pedido de ajuda (e.g., *“porque depois*

uma pessoa nessa idade pensa...o que é que eu vou dizer? Eu próprio não sei o que é que se está a passar...o que é que eu lhes vou dizer? Depois começa-se a entrar ali numa espiral...”, U1), remetem-nos para hipótese de Rickwood e colaboradores (2005), de que a competência sócio emocional desempenha um papel importante nas trajetórias de cuidados de pessoas com problemas de saúde mental. A este respeito Rickwood e colaboradores (2005), nos seus diversos estudos sobre o comportamento de procura de ajuda entre os jovens, concetualizam a falta de competência emocional como uma potencial barreira à procura de ajuda para problemas de saúde mental, Segundo os mesmos autores, existem duas formas possíveis através das quais a competência emocional pode influenciar o processo de procura de ajuda: por um lado, é possível que as pessoas com baixa competência emocional tenham as intenções mais elevadas para procurar ajuda porque se sentem menos capazes de gerir as suas emoções; e, por outro, é também possível que as pessoas com baixa competência emocional apresentem menor probabilidade de pedir ajuda já que lhes faltarão algumas das competências necessárias para o fazer de forma efetiva. Em todo o caso, estes dados sugerem a necessidade de intervenções específicas junto dos mais jovens, que apoiem o desenvolvimento bem-sucedido da sua competência emocional, permitindo-lhes estar mais consciencializados das suas experiências emocionais bem como de expressar as suas necessidades, facilitando o processo de procura de ajuda, nomeadamente para problemas de saúde mental (Rickwood et al., 2005).

A compreensão dos obstáculos ao reconhecimento do problema torna-se ainda mais evidente se considerarmos a subcategoria perceções relativas ao problema e, mais especificamente, a subcategoria perceções relativas ao reconhecimento do problema. Dos diferentes fatores mencionados, destacam-se como mais frequente **1)** a normalização do problema ou dos sintomas (41 referências, 8 fontes) pela dificuldade em delimitar a fronteira entre saúde e doença (18 referências, 5 fontes), pela atribuição a acontecimentos de vida (7 referências, 3 fontes), a características pessoais (3 referências, 2 fontes), à fase de desenvolvimento em que a pessoa se encontrava (e.g. adolescência) (2 referências, 1 fonte) ou, ainda, por considerar que se tratava de “algo passageiro” (3 referências, 2 fontes) ou algo pouco grave/ preocupante (3 referências, 2 fontes) (Cf. Tabela 11).

Tabela 11. Obstáculos ao reconhecimento do problema por normalização do problema ou dos sintomas.

Tema	Unidade(s) de texto	Código do participante
	<i>“os sinais misturavam-se um bocado... porque a E. também estava... discutia com a mãe e ficava perturbada com ela, etc... e, portanto, foi um bocadinho difícil... era difícil distinguir as coisas.”</i>	FC1
Dificuldade em delimitar a fronteira entre saúde e doença	<i>“havia coisas, pronto, que eu achava estranho mas nunca me apercebi que havia alguma coisa de mais profundo...”</i>	FC14
	<i>“por exemplo, sentia uma paranoia muito grande sobre conspirações...no cinema que ia ver...no cinema, a ouvir música...o da mente brilhante teve nos jornais e nas revistas...eu era nas músicas e nos filmes...fazia assim grandes filmes e não sei quê...e aquilo na altura, voltando à fase em que eu tava em branco, aquilo pa mim não era...eu não pensava naquilo como...sintomatologia...pensava que era qualquer coisa de muito normal, que fosse a minha vida...e que eu não tinha de me preocupar, nem me preocupava com isso...”</i>	U2
Atribuição a acontecimentos de vida	<i>“a mãe, às vezes, dizia-me que... foi uma fase também um bocado conturbada da vida... da minha vida, da vida da mãe da E., da vida da E.... porque foi logo a seguir.... Naqueles 2 anos a seguir ao divórcio, e... só que, pronto, a mãe da E., também estava um bocado desequilibrada e, portanto, os sinais misturavam-se um bocado (...)na altura, atribuí também um pouco a todas aquelas... a todos aqueles tumultos em casa com a mãe e tal...”</i>	FC1
	<i>“achei que era normal [devido ao divórcio] mas não tive aquele impacto, aquele pulso de ir pedir ajuda”.</i>	U15
	<i>“talvez porque eu sempre fui uma pessoa muito teimosa, a minha mãe achou se calhar que aquilo tudo devia-se ao facto de ‘tar a estudar muito, e ‘tar stressada com isso... não, quer dizer, achou que era por bem ir ao médico mas nunca pensou que fosse chegar onde chegamos”</i>	U7
Atribuição a características pessoais	<i>“mas eu nunca pensei que...sempre agi naturalmente...pensei que fosse parte da minha personalidade...que fosse a vida, pronto...que fosse normal...”</i>	U2
Atribuição à fase de desenvolvimento do sujeito	<i>“na altura, atribuí também (...) um bocado de rebeldia, também, da adolescência, etc e tal (...)estava a fugir da escola, exato... mas pronto, como há muitos miúdos que lhes acontece isso, também, deixam de querer ir para escola e não têm propriamente nenhum problema de saúde mental...”</i>	FC1
Sentir que se tratava de algo passageiro	<i>“eu achava que ele ia normalizar ao longo do tempo”</i>	FC18
	<i>“Eu não aceitava a minha doença. Eu para mim aquilo... eu assim... isto é passageiro e passa, o que me aconteceu e... prontos.”</i>	U3

Destaca-se, ainda, **2)** a falta de informação sobre as questões de saúde mental (36 referências, 6 fontes), **3)** a ausência de consciência da doença (18 referências, 7 fontes) e a **4)** a não-aceitação dos alertas/ chamadas de atenção (15 referências, 4 fontes) como principais obstáculos ao reconhecimento do problema (Cf. Tabela 12).

Tabela 12. Obstáculos ao reconhecimento do problema

Tema	Unidade(s) de texto	Código do participante
Falta de informação sobre as questões de saúde mental	<i>“aquilo que me teria ajudado seria ter um conhecimento melhor sobre este tipo de doenças, doenças mentais, nomeadamente a psicose, a esquizofrenia, etc.”</i>	FC1
	<i>“Sentia-me normal...completamente normal...não sentia...talvez também por não ter background de psicologia ou psiquiatria...não saber bem...não estava literalmente informado sobre esses campos da ciência...”</i>	U2
	<i>“ainda não estava bem ciente do que era. E quando ela me falou em bipolaridade para mim foi novidade que eu não conhecia...”</i>	U3
	<i>“Falta de informação. Não tive informação nenhuma. Não tive nenhum apoio, nem a minha família... ninguém... nada....”</i>	U7
	<i>“achava que não estava doente...”</i>	U10
Ausência de consciência da doença	<i>“comigo, até me internarem, e até um bocadinho depois de eu sair do internamento...eu sempre, e bastante tempo até...um ano, dois, três...eu sempre pus em causa os diagnósticos...e isso acontece a toda a gente...quase que eu conheço, que não tão...lúcidos os suficiente para perceber que tão doentes...”</i>	U2
	<i>“não, não tinha grande consciência” [da doença]</i>	U14
	<i>“Então eu trago o carro das compras do pingo doce pela rua fora durante 1km sem... completamente consciência daquilo que ‘tava a fazer.”</i>	U7
Não-aceitação dos alertas/ chamadas de atenção	<i>“era quase como se estivessem a falar e eu não captasse nada do que diziam...”</i>	U1
	<i>“O único feedback que eu tive foi de um amigo meu dizer-me que a minha cabeça não tava boa...mas aquilo entrou e saiu por um ouvido...nunca me senti...nunca me senti doente...com esta catalogação, não...as paranoias, os conflitos, as manias...tudo parecia natural...”</i>	U2
	<i>“É típico desta doença, eu já li também... e é verdade porque comigo acontece isso. Porque são as pessoas que nos conhecem muito bem e que nos chamam à atenção e nós não queremos isso.”</i>	U3

Os **facilitadores da procura ou obtenção de resposta para os problemas de saúde mental** encontrados nos relatos dos participantes vêm reforçar aquilo que anteriormente foi referido, pelo que alguns são simplesmente o oposto dos obstáculos previamente mencionados. A análise dos dados das entrevistas possibilitou a identificação de 7 grandes facilitadores percebidos pelos participantes ao longo das

suas trajetórias. Igualmente por ordem decrescente em termos de número de referências podemos encontrar: **1)** a influência da rede de apoio informal (39 referências, 5 fontes); **2)** a severidade dos sintomas ou sofrimento (15 referências, 5 fontes); **3)** a acessibilidade dos serviços (12 referências, 3 fontes); **4)** a percepção de necessidade (9 referências, 6 fontes); **5)** o conhecimento ou informação sobre os serviços disponíveis (6 referências, 3 fontes); **6)** fatores económicos (5 referências, 3 fontes); bem como **7)** as crenças ou atitudes positivas face aos serviços (4 referências, 2 fontes) (Cf. Tabela 13).

Tabela 13. Facilitadores percebidos à procura e obtenção de ajuda para um problema de saúde mental

Tema	Unidade(s) de texto	Código do participante
Influência da rede de apoio informal	<i>“Acho que foi quando tomei comprimidos...Ou quando...já não tenho bem a certeza... quando me senti muito mal...que os meus pais levaram-me a um médico...”</i>	U1
	<i>“Não correu nada bem...não correu nada bem...não correu nada bem porque me medicaram, a minha, a minha...talvez a minha mãe por ser enfermeira...me desse na cabeça pa tomar a medicação...mas o meu objetivo era deixar de a tomar...e cheguei, passado uns tempos, passado uns bons tempos cheguei a reduzir pa metade do comprimido...ai 1 dia ou 2...mas depois por intermédio de um colega também...que me disse ei não reduzas e não sei quê, podes ir parar lá outras vez e não sei quê e eu, também...quem toma meio também toma 1...mas por acaso fui daqueles doentes que nunca parei a medicação...”</i>	U2
	<i>“tive um esgotamento porque era excesso de trabalho, depois vinha para casa não parava e depois não conseguia dormir. E depois comecei-me a automedicar. E depois a minha sogra apercebeu-se disso e indicou-me a Dr.^a N., psiquiatra”</i>	U3
	<i>“A minha mãe levou-me a um médico de clínica geral, o médico disse que provavelmente seria um esgotamento nervoso devido aos estudos...”</i>	U7
Severidade dos sintomas ou sofrimento	<i>“porque ela depois também teve uma experiência... um bocado crítica... chave. Foi um passeio da escola quando estava no 11º ano (...) estive muitas horas fechada na camioneta... (...) muito barulho (...) Nessa altura teve... deve ter tido as primeiras alucinações, as primeiras... os primeiros problemas desse género e(...) Foi a partir desse momento, exato, que se começou... que ela começou... portanto, fomos ao psiquiatra.”</i>	FC1
	<i>“e depois, então, é que foi... ele foi, resolveu ir a um... a este... concerto que está agora até a dar... começou a dar, foi lá... e acho que se sentiu tão mal lá que veio, chegou cá a cima e pediu para a gente o levar a um médico.”</i>	FC2
	<i>“Disse que me tava a sentir muito mal...nem sei se era a medicação...sei que me tava a sentir muito mal...depois a minha mãe dá a achega que eu tinha dito que me queria suicidar...pronto, foi um desabafo...que tive com a minha</i>	U2

	<i>mãe, mas não tava a pensar...a verdade é que eu olhei pás correias dos estores e não sei quê, mas não tinha essa intenção séria...disse como um desabafo...e...a médica internou-me...”</i>	
Acessibilidade de recursos ou serviços	<i>“Não, não havia nada...pra procurar...se me dissessem lá na psiquiatria que havia alguma coisa ou me aconselhassem alguma coisa eu alinhava...mas nunca me disseram nada, nunca vi nada...tanto que depois quando a doutora me falou (...) bora lá...”</i>	U2
	<i>“o apoio dela quando precisei, telefonei poucas vezes, porque tentei incomodar o menos possível, mas ainda telefonei duas ou três vezes, e ela deu-me o apoio que eu precisava...”</i>	U5
Percepção de necessidade	<i>“a informação que retirei e a conclusão a que cheguei até depois quando saí cá para fora no fim do internamento é que eu não tava a funcionar bem...e aquilo não se podia prolongar por muito mais tempo...sob o risco de ter consequências graves...mais graves do que o que teve...”</i>	U1
	<i>“Eu quando dei por ela que estava... hum... neste Verão a ficar mesmo... prontos... olhei para mim, e pensei assim mesmo, que realmente eu não estou bem, vou à Dr.ª N... eu fui no dia anterior à Dr.ª N. e no dia seguinte fui internada...”</i>	U3
Conhecimento ou informação sobre os serviços disponíveis	<i>“Se calhar a minha mãe informou-se...tentou saber o que é que se passava...porque os meus pais...o meu pai trabalhava num hospital... a minha mãe é que trabalhava num hospital...e prontos...tinha algum conhecimento das especialidades que existiam no hospital...e depois lá deve ter falado com alguém...informado...e alguém dizer-lhe...ou sugeriu que me levasse lá...deve ter sido isso...”</i>	U1
	<i>“Foi porque a minha sogra trabalhava num hospital e disse-me que era uma boa médica e conseguiu a consulta, porque notou que eu não estava bem, não é?”</i>	U3
Fatores económicos	<i>“Foi porque foi privado...é relativamente rápido...se calhar demorou uns dias, não sei...”</i>	U21
	<i>“Na altura era complicado ir para o sistema de saúde (...) E os meus pais ainda podiam pagar-me, então eu ia ao consultório.”</i>	U5
Crenças ou atitudes positivas face aos serviços	<i>“Foi pelos meus pais...eu não me opus...não é? Eles podiam ter a iniciativa de me levar e eu dizer não, não quero ir... Não, eu não me opus... até ia com alguma expectativa...”</i>	U1
	<i>“a experiência e não sei quê pode ajudar...mas a parte científica de uma psicóloga ou de um psiquiatra ajuda bastante...se for levado regularmente...”</i>	U2

Pelo grande número de referências encontrado nos relatos dos participantes, e reforçando aquilo que já anteriormente foi evidenciado, a influência da rede de apoio informal apresenta-se como determinante quer no reconhecimento do problema quer na aceleração do processo de procura de ajuda (e.g., “quando me senti muito mal...que os meus pais levaram-me a um médico”; “a minha sogra apercebeu-se disso e indicou-me a Dr.ª N., psiquiatra”; “A minha mãe na altura... pois... soube e... estudou

sobre a doença (...) Lutou sempre para eu ter uma psicóloga”). Ora, estes dados não resultam novidade já que a importância desta rede, especialmente dos familiares, está já bem documentada na literatura (e.g., Rickwood et al., 2005; Wong, 2007; Gulliver et al., 2010). As referências dos participantes à influência desta rede quer como facilitador quer como obstáculo, apresentam-se, semelhantes ao que foi descrito no trabalho de Tanskanen e colaboradores (2011).

É sabido que a necessidade de tratamento percebida é influenciada pela severidade do sofrimento, pelo conhecimento dos serviços de apoio disponíveis, e atitudes face ao tratamento (Mkize & Uys, 2004; Edlund et al., 2006; Mojtabai et al., 2002). Assim sendo, já seria de esperar que também a severidade dos sintomas ou do sofrimento psicológico surgisse nos relatos dos participantes, desencadeado o contacto com os serviços prestadores de cuidados de saúde mental ao longo da trajetória. (e.g. “Às vezes tenho vontade de chorar permanente (...) penso sempre... hum... ir ao médico, ir à psicóloga, e ir à psiquiatra”).

A par deste reconhecimento, torna-se fundamental a acessibilidade dos serviços de apoio e a disponibilidade financeira os quais surgem também nos relatos dos participantes enquanto facilitadores do contacto com os cuidados especializados (e.g., “é assim... eu não marcava, muitas vezes sentia-me mais em baixo e aparecia-lhe nas urgências (...) e eu sabia e ela atendia-me sempre”; “Na altura era complicado ir para o sistema de saúde (...) e os meus pais ainda podiam pagar-me, então eu ia ao consultório”). Conforme seria de esperar, e em sintonia com o que vem descrito na literatura, nomeadamente no modelo comportamental de Andersen (1995), a acessibilidade dos serviços e a disponibilidade financeira dos indivíduos apresentam-se como fatores determinantes na procura e acesso aos serviços de apoio. De forma antagónica, os relatos apresentados denotam duas realidades vividas no sistema público de saúde: a primeira associada à disponibilidade dos profissionais que levam à procura de ajuda; a segunda traduzindo a perceção de dificuldade de acesso ao sistema de saúde que é colmatada pela disponibilidade financeira de procura de respostas no sistema privado.

Da mesma forma que baixos níveis de literacia em saúde mental constituem um obstáculo ao processo de procura de ajuda, níveis mais elevados desta competência, de que são indicadores o conhecimento ou informação sobre os serviços disponíveis, as crenças ou atitudes positivas face aos serviços e a perceção de necessidade presentes nos relatos dos participantes, operam como facilitadores deste mesmo processo (e.g., “eu não me opus [à ida a consulta de psiquiatria]...até ia com alguma expectativa (...) a ver se isto se resolvia”).

Do exposto, fica claro que, a cada ponto de decisão, uma série de fatores podem facilitar a identificação de necessidade, a tradução da necessidade na intenção de procurar ajuda, e, conseqüentemente, a tradução desta intenção em comportamento (Rickwood et al., 2005), aumentando a probabilidade do contacto das pessoas com problemas de saúde mental com os serviços de apoio de que necessitam.

3.5. Quais as percepções dos participantes acerca dos serviços prestadores de cuidados de saúde mental com os quais foram contactando ao longo das suas trajetórias?

Para responder a esta questão foi considerada a subcategoria percepções relativas aos serviços prestadores de cuidados de saúde mental e, mais especificamente, a subcategoria em geral.

Quando os participantes se referem aos serviços prestadores de cuidados de saúde mental em geral, são evidenciadas sobretudo, percepções negativas tais como a **1) escassez de serviços ou apoio** (44 referências, 18 fontes; Cf. Tabela 14), **2) dificuldade em aceder aos serviços** (40 referências, 10 fontes; Cf. Tabela 15), **3) insatisfação com reduzida abrangência dos cuidados** (36 referências, 9 fontes; Cf. Tabela 16), bem como **4) lacuna na disponibilização de informação** (20 referências, 3 fontes; Cf. Tabela 17).

Tabela 14. Percepções relativas aos serviços prestadores de cuidados de saúde mental – Escassez de serviços ou apoio

Unidade(s) de texto	Código do participante
<i>“acho que falta muita coisa para apoiar estas pessoas (...) Muitos apoios com este por exemplo... porque eu sei que há muitas pessoas que precisam desse apoio e não há vagas, não há lugares para os meter... temos um, temos... pronto, eu conheço um miúdo que eu até penso que ele está aqui no fórum... mas estão a tentar metê-lo numa instituição, num sítio e não conseguem porque não há vagas, está tudo cheio... é muito complicado... acho que devia haver mais apoios para estas pessoas... é isto que falta... acho que isto que é mesmo muito bom... e sossega muito as famílias... é pensar... um dia... por isso, como vê, não posso ficar doente...”</i>	FC16
<i>“eu também tive muitas dificuldades enquanto familiar (...) as dificuldades que os familiares têm em resolver muitos dos problemas que estes doentes têm... Porque eu... desde 2004, há 9 anos que sou representante legal, tutora e única filha do meu pai, portanto passei por muito e... principalmente quando achava que não havia suporte nenhum por parte das instituições ou... achava que não tinha oferta e pensei mas será que eu que não sei?”</i>	FC5
<i>“E, nesse intervalo, ele estava lá internado. E a doutora S. sempre a dizer “nós aqui não temos vaga”. Portanto, [nome do hospital] não me resolvia o problema. [nome do hospital] estava na lista de espera, uma lista no Magalhães Lemos que, se calhar, seria para esta... para esta... eu tenho aqui um problema, para esta perspetiva de vir para aqui, ninguém... ninguém nunca me prometeu nada,</i>	FC7

<i>nem abriu o jogo, entre aspas, ninguém. Ninguém me prometia nada, não abriam o jogo, vamos esperar, vamos esperar, vamos ver...”</i>	
<i>“como não havia internamentos cá em Braga, ele tinha que ir para Barcelos e lá também tava tudo cheio...foi para o Porto(...)”</i>	FC8
<i>“Eu acho que está tudo em falta. Porque, como lhe digo, as experiências são muito recentes, acho que não têm mais de 10 anos, e tem-se feito imenso comparativamente ao que se fazia que era pouquíssimo... portanto, acho que há uma iniciativa e uma vontade imensa, quer de técnicos, quer de famílias de porem vários programas a andar. Agora, todos eles, quer os reabilitativos, ocupacionais, quer profissionais ou de alternativas residenciais são em número, quer dizer... é um número quase simbólico, quando nós temos uma residência que dá para 10 pessoas, não é? Não sei... nunca fiz esse estudo, não me ocupei disso, mas vejo na prática diária... quer dizer, quase todas as semanas era suposto encaminhar alguém... mas não há vagas...”</i>	T1
<i>“na área da saúde mental, (...) é uma área que está muito... hum... em fase embrionária, não é? Precisa de muito investimento ainda... Hum... as pessoas, as famílias não têm respostas. Os utentes não têm resposta. Hum... É muito complicado... As respostas que existem são poucas, não é? (...)não existem muitas residências para pessoas com doença mental...”</i>	T12
<i>“às vezes nós não conseguimos dar alta a um doente que está muito bem porque não se consegue encontrar um lar, está a ver o género?, um lar com determinadas características ou não há nenhuma instituição... não há instituições de crónicos, essa é que é a verdade. E a gente quer evitar ao máximo isso mas há doentes que há... em 100 doentes, nós conseguimos se calhar nas ultimas décadas que 90 pudessem estar na comunidade, estamos a falar de doentes com doença mental grave, não estou a falar de pessoas deprimidas ou ansiosas... doentes graves. Se calhar hoje em dia, 90 ou 95 até conseguem estar na comunidade mas há 5% que não conseguem, e segundo os livros até são mais... não respondem à medicação e portanto não estão bem... e não há nenhuma resposta. E são esses casos, agravados da situação de mau suporte familiar, que eu sinto que os assistentes sociais não têm resposta porque uma pessoa com a doutora V., como eu imagino que haja muitos mais, que são assim... procuram, telefonam a toda a hora... a gente sente isso e, às vezes, não conseguem resposta nenhuma. Significa o quê? Que eles encontram barreiras não é? Portanto, o que eu sinto mais, e eu julgo que não sou só eu, fala-se muito com os meus colegas sobre isso... nós sentimos... aliás, às vezes sabe o quê que eu sinto? Às vezes sinto que há uma décalage, há uma diferença enorme entre aquilo que nós oferecemos aos doentes que é de.. Já supre especializado, muito avançado, que muitos países muito desenvolvidos se calhar nem terão, estas abordagens complexas, pessoas muito diferenciadas, uma equipa... e depois, o quê que nós temos na comunidade para nos ajudar? E então, isso é que é grave. Eu acho que isso é que eu sinto muito. Não sou só eu.”</i>	T19
<i>“precisamos de respostas para o futuro dos nossos doentes, os familiares muito envelhecidos, alguns deles muito dependentes, também, e começamos a deparar com situações sociais complicadas e com uma ausência de resposta quase total...”</i>	T3

Tabela 15. Perceções relativas aos serviços prestadores de cuidados de saúde mental

– Dificuldade em aceder aos serviços

Unidade(s) de texto	Código do participante
<i>“é mais complicado entrar no sistema... se a minha mãe quisesse retomar a terapia ocupacional, talvez ainda tivesse que esperar, aqui é uma coisa muito mais simples.”</i>	FC4

<p>“a certa altura, uma senhora que estava ao meu lado falou que nas reuniões que tinham todos os meses com os pais... e eu disse... mas há aqui alguma reunião com os pais dos doentes? Há. Olhe que há todos os meses... Ai há? (...) perguntei à senhora doutora que lá estava... que era a que costumava lá estar sempre, perguntei-lhe se, de facto, acontecia esta reunião para ajuda aos pais todos os meses. E diz ela, acontece. E eu disse, oh senhora doutora, mas eu ando aqui há tantos anos, desde o primeiro momento que eu peço, quer ao médico do F., quer às senhoras enfermeiras com quem tenho contactado, e que eu lhes mostro a minha grande dificuldade, pergunto se há onde a gente pode... que a gente possa frequentar, e nunca ninguém me disse nada... sabem do meu interesse e não há alguém que me possa dizer que existe aqui uma associação para ajudar os pais? Eu não acredito que isso possa acontecer. É verdade, diz ela assim, que existe mas sabe que nós fazemos essas reuniões, escolhemos os pais dos doentes mais recentes. Eu disse, pois é senhora doutora, quer dizer então que os mais recentes... têm todo o direito a ser tratados, e acho bem. Mas os antigos deitamo-los pela janela fora, pela porta fora que esses já não há nada que perdermos tempo porque já não há nada a fazer... portanto, deitam-se para o lixo. Não, disse ela, não é isso... não é bem assim mas é que não temos pessoal para tudo, tivemos que começar por algum lado e não temos... portanto, não podemos ajudar toda a gente... e, portanto, foi assim.”</p>	FC2
<p>“cheguei muitas vezes até a pensar em pô-lo na Galiza, numa instituição... porque aqui não tinha vagas, aqui era tudo caro... as situações onde eu podia colocar o meu pai... e tive mesmo muitas dificuldades, por isso eu achava mesmo que deviam... na altura arranjar soluções mais em termos físicos para pessoas como o meu pai que não precisam de estar isoladas mas... eu queria uma coisa muito específica na altura, um género de ambiente familiar, como se fosse um... aparthotéis, como aquelas aldeias que há no Alentejo, os doentes estão lá e têm a sua própria vida, só tão é acompanhados, porque diariamente vão lá, vão-lhes dar a comida e medicamentos. Eu queria uma coisa assim para o meu pai e na altura foi muito complicado porque eu na altura podia a nível financeiro, agora já não e pensei mesmo que era a solução porque também não queria pôr meu pai num sítio qualquer, também não queria pô-lo no [nome do hospital], nem aqui mas depois teve de ser... porque não tive alternativa.”</p>	FC5
<p>“[a consulta de psiquiatria] era espaçado... não era se calhar tão espaçado como agora... mas era praí... 4... 5... de 4 e 4 meses ou de 5 em 5 meses... ou de 6 em 6 meses... não sei muito bem... agora até é mais... é quase de 8 em 8 meses...”</p>	U1

Tabela 16. Perceções relativas aos serviços prestadores de cuidados de saúde mental – Insatisfação com a reduzida abrangência dos cuidados

Unidade(s) de texto	Código do participante
<p>“falta uma parte que era ter uma psicóloga, não era pedir muito... pra tantos doentes... que pertença ao serviço de psiquiatria... que colaborasse com o psiquiatra... seria ótimo... trocar a informação sobre aquele doente (...) e depois que houvesse alguém... o médico ou esse técnico que falasse com os pais... e que não impusesse o dia x à hora y... não é?”</p>	FC10
<p>“as consultas são uma fugida, no internamento não havia médicos, apareciam lá quando queriam... a psiquiatria em Portugal está muito má. As pessoas estão abandonadas. E depois é por isso que cada vez há mais doentes porque não há tratamento sempre seguido e as pessoas estão a piorar mais. Cada vez está pior.”</p>	FC19
<p>“houve ninguém... a minha médica do hospital que fizesse terapia de grupo... nada (...) Não há... no [nome do hospital], não há qualquer tipo de apoio. No [nome do hospital] só há internamentos de psiquiatria e consultas... quer dizer,</p>	U7

<i>não há mais nada... no [nome do hospital] ainda havia e disseram-me que iam-me propor mas nunca me chegaram a marcar realmente uma sessão para isso, e eu reparava que havia lá ateliês que faziam algumas coisas com os doentes mas... a mim nunca me foi proposto trabalhar, fazer esse tipo de atividades...”</i>	
<i>[falta de incentivo] “ao desporto...é uma coisa que parece um bocado fútil, mas (...) as pessoas engordam...na psiquiatria...os comprimidos pos nervos engordam... e devia haver uns incentivos, havia de haver clubes ou associações ou espaços...onde houvesse um campo, onde houvesse uma piscina...onde as pessoas pudessem...eu se tivesse tido um apoio desses, já não digo ao primeiro, mas ao segundo ou ao terceiro ano da minha doença, eu não estaria gordo como estou nem me sentiria mal como me sinto...quero voltar ao surf, comprei uma prancha há pouco tempo, uma longboard...que é a única coisa que me vai aguentar de pé...e é por mim, é por mim que eu tenho conseguido alguma coisa, eu gostava de ter tido muito mais batalhas ganhas...a guerra ainda não acabou, mas as batalhas travam-se e eu tou a perder algumas...”</i>	U2
<i>“as pessoas procuram cada vez mais os cuidados de saúde mental e não sei se os serviços estão preparados para responder aos pedidos das pessoas. Acho que as pessoas têm, portanto, uma dificuldade... e é aqui que eu noto isso, acho que há uma tendência para oferecer tratamentos tradicionais... consultas, nomeadamente consultas. Por isso é que eu não me entusiasma tanto a consulta, mas entusiasma-me mais o hospital de dia, e as áreas terapêuticas e até mesmo os aspetos mais reabilitativos porque acho que há hipótese de desenhar respostas mais individualizadas ou, mesmo em grupo, respostas mais estimulantes que.... Estimulantes, quero dizer, mais orientadas mesmo quase... pela própria necessidade que as pessoas têm. Ou seja, as pessoas vêm com perguntas de ordem prática e oferecem-lhes consulta de psiquiatria de 3 em 3 meses ou consultas de psicoterapia mensais e acho que isso não ajuda ninguém e acho que é um desperdício... de uma oportunidade de alguém que procura, e as pessoas cada vez procuram mais... e acho que se desperdiça oportunidades diariamente. De cada pessoa que vem ter connosco e trazem problemas concretos e oferece-se respostas estereotipadas, empobrecidas e muito dilatadas no tempo.”</i>	T1
<i>[fazer reabilitação] “não é possível aqui. Tinha que ser realmente (...) a psicóloga trabalha com um ou outra situação, em grupo, referenciado pelo psiquiatra e já tem trabalhado em conjunto, tem um grupo de apoio terapêutico, sobretudo para esta área mais das dependências porque associada...”</i>	T16
<i>“Acho que precisávamos do USO, a unidade sócio ocupacional, ter mais treinos, sem dúvida... porque temos alguns mas precisamos ter mais... nós temos uma população tão variada e com necessidades tão diversificadas... mas para isso era preciso também mais técnicos, e para haver mais técnicos era preciso também mais financiamento... que não há nenhum, não é? quer dizer, estamos aqui no cenário ideal, não é? precisavam de haver mais treinos, sem dúvida. Precisávamos de trabalhar as coisas de forma, se calhar, diferente... o apoio domiciliário precisava... nós já tivemos apoio domiciliário cinco dias por semana... neste momento não temos porque também não é financiado... precisávamos de ter apoio domiciliário 5 dias por semana... com mais tempo para cada utente...”</i>	T8

Tabela 17. Perceções relativas aos serviços prestadores de cuidados de saúde mental – Lacuna na disponibilização de informação sobre a doença e o tratamento

Unidade(s) de texto	Código do participante
<i>[era importante que tivessem] “dado mais informação...há uma coisa muito importante...terem dado informação aos meus pais também...foi uma lacuna sempre muito existente...e que eu tive sempre noção disso...os meus pais não</i>	U1

saberem o que é que eu tinha, o que se passava comigo...e ninguém lhes dar essa informação...por exemplo aqui, a doutora teve...já se mostrou interessada em falar com eles mas eles não quiseram vir...não foi verdade? Mas tirando este caso...em outros casos...quer dizer...os meus pais vinham comigo e assim...e às consultas também...e não passavam informação pa eles...eles que eram os meus...as pessoas mais diretamente ligadas...que lidavam comigo...acho que é muito importante informar os familiares ou as pessoas que tão diretamente ligadas ao doente...até para as pessoas saberem como agir e pa não se assustarem tanto com certas situações...e não acharem que somos malucos...muitas vezes os meus pais diziam, principalmente o meu pai...e a minha mãe também...nunca viram noutros lados coisas que eu fazia...que eu devia ser caso único...e eu dizia vocês tão é fora da realidade...vocês não tão é a par do que se passa...”

“Podiam-me ter explicado um bocado melhor o que é que eu tinha, para que é que serviam as medicações...pelo menos podiam-me ter explicado melhor o que e que eu tinha, mas não me explicaram...não me explicaram nada...”

U2

“E acho que os médicos devem explicar melhor... hum... alguns, nem todos. Não vou generalizar porque há médicos que explicam, e bem. Mas há médicos que não explicam que vão dar este medicamento para dar este efeito, para fazer... para este fim. E uma pessoa depois toma-o e se não se sente bem, não percebe porque é que não se está a sentir bem.”

U5

Adicionalmente destaca-se, ainda, a escassez de profissionais (Cf. Tabela 18) e a lacuna no envolvimento de familiares e cuidadores (Cf. Tabela 19), bem como as fragilidades na qualidade da relação entre técnicos e utentes (Cf. Tabela 20), lacunas no envolvimento ou apoio aos familiares, o que parece refletir-se na descrença relativamente à melhoria dos serviços de saúde mental, presente no discurso dos participantes (e.g., “Acho que se o que ‘tou a dizer... já era algo de estrondoso... se acontecesse... mas não vai acontecer nunca (...) pelo menos enquanto eu for... adulto... acho que só se chegar a velho é que vou ver isso... vivemos num país muito pobre... de ideias e de dinheiro...”).

Tabela 18. Perceções relativas aos serviços prestadores de cuidados de saúde mental – Escassez de profissionais

Unidade(s) de texto	Código do participante
“muitas vezes chegamos ao... chegamos àquela sensação que, se calhar, estamos a fazer muita coisa e não estamos a desenvolver tanto cada um dos projetos como deveríamos, talvez, também, por causa da escassez de recursos humanos...”	T3
“são pessoas que precisam depois de um acompanhamento lá fora, coisa que não têm... não têm com facilidade porque passado três ou quatro meses é que têm uma consulta de psiquiatria no hospital... o hospital não tem psicólogo... ou tem um psicólogo para todo o serviço.”	T8
“os técnicos não estão tão disponíveis...as consultas têm de ser mais espaçadas...o tempo de consulta reduziu...ele já não era muito...mas acho que reduziu drasticamente...prontos...começa a acumular muito serviço e se calhar há poucos...se calhar não fazem o preenchimento dos técnicos que são necessários...é muitos doentes pa poucos técnicos...ou há muitos técnicos	U1

que...psicólogos no desemprego...psiquiatras nem tanto...mas psicólogos no desemprego poderiam ocupar...ter um papel fundamental...desempenhar um papel importante nesta questão...mesmo nas escolas...”

Tabela 19. Percepções relativas aos serviços prestadores de cuidados de saúde mental – *Lacuna no envolvimento de familiares e cuidadores*

Unidade(s) de texto	Código do participante
“Uma das vezes fui ao [nome do hospital] e falei com a médica e disse, “como é? não há ninguém que diga o que a minha esposa tem? Vem sozinha às consultas, não sei o quê que ela está para aqui a dizer... 5 minutos e está cá fora?”. Isto não é uma médica psiquiatra. Uma médica psiquiatra chama o marido, fala com ele, eu respondia se fosse preciso. Não. Assim ela entra, dá a volta à médica (...) acho que o apoio às famílias devia ser maior. Desprezam as pessoas... as pessoas não têm sensibilidade, as pessoas adoecem.”	FC19
“fui lá falar com o médico, acho que não há tanta abertura dos familiares, dos cuidadores poderem resolver certas questões... ter essa abertura...”	FC3
“há uma coisa muito importante...terem dado informação aos meus pais também...foi uma lacuna sempre muito existente...e que eu tive sempre noção disso...os meus pais não saberem o que é que eu tinha, o que se passava comigo...e ninguém lhes dar essa informação (...) aqui (...) a doutora teve...já se mostrou interessada em falar com eles mas eles não quiseram vir...não foi verdade? Mas tirando este caso...em outros casos...quer dizer...os meus pais vinham comigo e assim...e às consultas também...e não passavam informação pa eles...”	U1

Tabela 20. Percepções relativas aos serviços prestadores de cuidados de saúde mental – *Fragilidades na relação entre técnicos e utentes*

Unidade(s) de texto	Código do participante
“eu sei que os técnicos...nomeadamente os psicólogos, os enfermeiros, os psiquiatras...têm de manter um certo distanciamento em relação às pessoas que tratam...os doentes...mas acho que havia de haver um...não haver assim esse distanciamento tão grande...porque a pessoa...pa pessoa não se sentir assim tão...aquelas hierarquias tão bem...tão rígidas percebe? Claro que vocês têm de se proteger...manter o distanciamento e separar as águas...é a profissão, não é? A profissão...e há questões importantes que têm de ser salvaguardadas...mas às vezes há certos técnicos que eu acho que...pronto...dão um valor excessivo à hierarquia...e fazem com que o doente se sintam mal...”	U1
“Às vezes senti que a minha opinião não estava a ser valorizada (...) Acho que sim, porque normalmente sou eu que pergunto para quê... este medicamento é para quê. E explicam-me, mas se eu não disser nada não me dizem nada.”	U5
“hoje em dia, qualquer doente é um número, é mais um doente que está ali, pode eventualmente ou não criar ali um bocadinho mais de afinidade, mas não ... não vão desenvolver muito e depois...”	FC4
“não se admite que um doente esteja sem... que seja só a enfermeira a dar-lhe a injeção e, por muito competente que ela seja e não tenha uma conversa...”	FC2

Estes dados vêm reforçar as fragilidades e insuficiências encontradas no sistema de saúde mental português (CNRSSM, 2007), como é o caso das assimetrias na

distribuição de recursos, problemas de acessibilidade aos cuidados especializados, qualidade dos serviços abaixo dos mínimos aceitáveis e problemas de equidade e que, naturalmente, comprometem o acesso das pessoas com problemas de saúde mental a cuidados que necessitam. Relativamente ao acesso a cuidados de saúde, no relatório recentemente publicado pelo “Grupo de Trabalho para a Avaliação da Situação da Prestação de Cuidados de Saúde Mental e das Necessidades na Área da Saúde Mental” (Administração Central dos Sistemas de Saúde, ACSS, 2015) verificou-se que “relativamente aos tempos de espera para cuidados de saúde mental [...] em 2013 e nas diferentes regiões, entre 66 e 92% das primeiras consultas de psiquiatria de adultos são realizadas dentro do tempo de resposta garantido” (p. 6). No entanto, dois parágrafos à frente, lê-se que “os tempos de espera para consulta, mormente após a alta de um episódio de internamento, facilitam os reinternamentos, obstaculizando as probabilidades de recuperação de padrões de vida compatíveis com a dignidade da pessoa portadora de doença mental” (p.6).

A insatisfação com a abrangência dos serviços demonstrada pelos participantes parece apontar para a visão do sistema de cuidados focado, quase exclusivamente, no modelo biomédico, centrado na intervenção psiquiátrica e farmacológica, com pouca participação de outros profissionais, dos utentes e de familiares, com a agravante da escassez de tempo disponível para uma assistência de qualidade. Assim, estes dados sugerem que, de alguma forma, os participantes valorizam serviços que vão além deste foco na doença, para incluir a disponibilização de uma variedade de apoios necessários, de que são exemplo os apoios nas áreas académica, do emprego e do desporto (e.g., “*Se houvesse associações ligadas à saúde mental que apoiassem o emprego, o desporto, o estudo...o estudo, o emprego...o desporto...acho que essas 3 variantes já é muita coisa*”; “*podia-se, sim, potenciar as pessoas...um pouco mais...o que não acontece...*”). Esta lacuna apontada pelos participantes parece, igualmente, estar associada a outra das fragilidades descrita pela CNRSSM (2007), e que tem a ver com a insuficiência de profissionais não médicos nas equipas de saúde mental, mantendo a maior parte das equipas o padrão tradicional dos serviços de internamento psiquiátrico em vez do padrão hoje seguido nos serviços modernos de saúde mental. Mais, estes dados vêm reforçar a importância do tratamento compreensivo integrado, que engloba respostas diversificadas que permitam abranger a natureza diversa das dificuldades vividas pelas pessoas com doença mental. Mais de três décadas de investigação científica e clínica têm contribuído para o desenvolvimento de boas práticas para a recuperação de um problema de saúde

mental que exigem que os serviços de qualidade englobem, entre outras, a terapia cognitivo-comportamental; programas de treino de competências sociais; intervenções familiares psicoeducativas; reabilitação cognitiva; programas dirigidos às áreas residencial e do emprego, no sentido de permitir a reintegração social de quem sofre de uma doença mental⁵.

3.6. Quais as percepções dos participantes acerca daquilo que poderia melhorar os serviços prestadores de cuidados de saúde mental?

Para responder a esta questão foram consideradas todas as subcategorias abrangidas em sugestões de melhoria dos serviços prestadores de cuidados de saúde mental.

Com base nas referências dos participantes ao longo das entrevistas, foi possível identificar sugestões de melhoria dos serviços de prestação de cuidados de saúde mental. Por ordem decrescente em termos de número de referências, destacam-se: **1)** melhorar o tratamento (34 referências, 14 fontes), **2)** melhorar o acesso aos serviços prestadores de cuidados de saúde mental (33 referências, 5 fontes), **3)** maior abrangência dos serviços (35 referências, 3 fontes); **4)** educação da população geral sobre as questões da saúde mental (23 referências, 6 fontes), **5)** maior disponibilização de informação sobre a doença e tratamento por parte dos serviços (19 referências, 3 fontes) e **6)** melhorar a qualidade da relação entre profissionais e utentes (9 referências, 4 fontes).

As sugestões de melhoria ao nível do tratamento incluem, principalmente, a deteção mais precoce do problema, um melhor acompanhamento na fase inicial e potenciar a complementaridade da psiquiatria e psicologia (e.g. “eu penso que se a minha situação fosse logo sinalizada na altura e devido ao meu comportamento...prontos...que as coisas não tinha evoluído da forma que evoluíram”; “haver mais proximidade com o psicólogo...mais proximidade com o psiquiatra (...) as consultas não demorem tanto tempo...e aí ajudava o psicólogo...enquanto o psiquiatra tava a fazer o trabalho dele...o psicólogo também ajudava...mas não há esse acompanhamento...ou tamos atrasados...ou não tão pa se chatear”).

Ora, relativamente à deteção mais precoce, é sabido que, entre os objetivos dos cuidados a prestar a pessoas com doença mental, a identificação da doença e o tratamento na altura mais precoce possível representam uma prioridade, na medida

⁵ Ao longo das entrevistas os participantes reportaram-se, igualmente, a serviços específicos de prestação de cuidados de saúde mental, como por exemplo o internamento de psiquiatria, a consulta de psicologia, a consulta de psiquiatria, e os serviços de apoio na comunidade.

em que favorecem o potencial de recuperação reduzindo o risco de incapacidade a longo prazo (Bertolote & McGorry, 2005; CNRSSM, 2007). Os relatos dos participantes parecem, assim, sugerir lacunas numa área de crucial importância como a intervenção precoce, reforçando o objetivo fundamental do Plano Nacional de Saúde Mental de “[...] reconhecer a saúde mental da criança e do adolescente como uma prioridade a nível nacional” e promover “o diagnóstico precoce de situações psicopatológicas e de risco e a implementação atempada de estratégias terapêuticas [...]” (CNRSSM, 2007, p. 43). Por outro lado, a respeito da complementaridade da psiquiatria e psicologia sugerida pelos participantes, esta parece vir reforçar aquilo que, hoje, é consensual - a necessidade de abordagens integradas, que incluam tratamentos biológicos e estratégias psicossociais focalizadas no utente e na família (Gonçalves Pereira et al., 2006). Ainda no que diz respeito às sugestões de melhoria ao nível do tratamento a realçar, os participantes propõem que a sua opinião seja mais valorizada (e.g., “Nos internamentos acho que... deviam valorizar melhor a opinião do doente”), remetendo para os princípios da autodeterminação e *empowerment*, assentes na assunção de que as pessoas com problemas de saúde mental têm a capacidade para ser parte integrante do seu processo de recuperação, fundamental para o desenvolvimento da sua autonomia e inclusão social (Corrigan, 2006; Slade, 2011). Isto exige, naturalmente, uma mudança de atitude por parte dos profissionais, principalmente em relação à perceção dos doentes como sendo capazes de tomar decisões sobre a sua vida, e à disponibilidade para partilhar o poder com os doentes no processo de recuperação, o que exige o seu tempo numa cultura ainda profundamente enraizada no modelo biomédico.

No que tem a ver com a melhoria do acesso aos serviços, as sugestões dos participantes vão desde a maior disponibilização de acompanhamento psicológico, passando pela maior regularidade das consultas de psiquiatria, pelo contacto mais precoce com serviços de apoio, até à maior disponibilização de apoio por parte dos serviços, nomeadamente na comunidade (e.g., “*Um acompanhamento inicial melhor...acho que é importante...acho que por aí, o acompanhamento psicológico teria sido muito importante*”; “*eu penso que se a minha situação fosse logo sinalizada na altura e devido ao meu comportamento...prontos...que as coisas não tinha evoluído da forma que evoluíram*”; “*E mesmo nos vossos serviços...por exemplo, domiciliários...em vez de ser as pessoas a vir ter com os serviços...às vezes os serviços irem ter com as pessoas...é muito importante*”). Relativamente a este aspeto, destaca-se a diminuída utilização dos serviços e/ou procura de ajuda devido à falta de motivação a para os procurar, a qual poderia ser colmatada, em alguns momentos,

com a ida das equipas domiciliárias a casa das pessoas que necessitem de cuidados especializados de saúde mental.

A sugestão dos participantes relativamente à abrangência dos serviços vem reforçar aquilo que, anteriormente, tinha sido destacado como uma lacuna no sistema de cuidados. Neste aspeto, as sugestões dos participantes vão no sentido de os serviços disponibilizar um maior apoio ao emprego, desporto e estudo; promover atividades ocupacionais; e valorizar as habilitações e interesses dos utentes, potenciando as suas capacidades (e.g., *“potenciar mais as capacidades de cada um...por exemplo, uma pessoa que teve na universidade, agarrar nessa pessoa e pô-la num curso de hortofloricultura ou de panificação, não tá a potenciar as capacidades dessa pessoa...por muito que a pessoa esteja interessada por fazer bolos e pão e cavar a terra, mas não tá a ser potenciado...”*). Promover o contacto com outras pessoas com problemas de saúde mental surge também nos relatos dos participantes como um aspeto a melhor (e.g., *“Acesso a mais convívio com pessoas...porque o convívio...o que me fez ver bastante a doença foi ter começado a conviver com pessoas deste meio”*), comprovando o importante papel do suporte dos pares, i.e., pessoas que enfrentaram e superaram a adversidade da experiência de uma doença mental podem oferecer um suporte muito útil, encorajamento, esperança e orientação a outras pessoas que enfrentem situações semelhantes (Davidson, Chinman, Sells & Rowe, 2006). Ora, como é evidente, estes dados vêm reforçar a importância e a necessidade de diversificar o leque de serviços destinados às pessoas com problemas de saúde mental, tal como é sugerido pela CNRSSM (2007).

É do conhecimento geral que a maioria dos serviços de saúde mental estão atualmente organizados no sentido de tentar alcançar a recuperação clínica⁶ (maioritariamente focada na eliminação dos sintomas) dos seus utentes e, por isso, ainda no que diz respeito à abrangência dos serviços, parece interessante salientar a sugestão de um dos participantes do estudo, e que vai no sentido de apostar na abordagem do *recovery* (e.g., *“essa coisa do recovery tá bem pensado...”*; *“se alguém tivesse o dom de falar com ele e fosse desse clube do recovery acho que até eram capazes de arranjar uma solução”*). Ora, o *recovery*, ou recuperação pessoal, significa, no entanto, algo para além da recuperação clínica (Slade, 2011) - definido como um processo profundamente pessoal, inclui a redescoberta de um novo sentimento de identidade, de autodeterminação e fortalecimento pessoal para viver, participar e

⁶ Ver conceitos de recuperação clínica e recuperação pessoal (e.g. Anthony, 1993 e Slade, 2009)

contribuir para a comunidade (Deegan, 1988; Leete, 1988; Ahern & Fisher, 1999). Assim, esta nova visão convoca, por isso, os serviços para uma mudança em termos dos seus valores, objetivos e práticas, no sentido de maximizarem as oportunidades de recuperação, de participação e integração comunitária das pessoas com experiência de doença mental (Fazenda, 2007).

A educação da população geral sobre as questões da saúde mental constitui, na perspectiva dos participantes, uma área a melhorar por parte dos serviços desta natureza. Nesse sentido, acreditam que a maior disponibilização de informação sobre as questões da saúde mental e serviços de apoio à população geral, bem como diminuir o estigma ou discriminação associados aos problemas de saúde mental poderia ajudar a colmatar esta dificuldade (e.g., “[disponibilizar informação] sobre certos conceitos...que se calhar tão errados...por exemplo, que os doentes psiquiátricos são perigosos (...) desmistificar um bocadinho a doença mental (...) poderia ajudar”; “por exemplo, aqueles livros (...) essa informação podia tar (...) nos centros de...nos centros de...nos departamentos de psiquiatria...e como informação...um bocado mais sucinta”). Como já anteriormente mencionado, estes dados vêm reforçar o aumento da literacia em saúde mental da população em geral.

A maior disponibilização de informação sobre a doença e tratamento por parte dos serviços, quer aos familiares quer aos próprios utentes é vista igualmente como um aspeto a melhorar (e.g. “Podiam-me ter explicado um bocado melhor o que é que eu tinha, para que é que serviam as medicações...pelo menos podiam-me ter explicado melhor o que e que eu tinha, mas não me explicaram...não me explicaram nada”; “acho que é muito importante informar os familiares ou as pessoas que tão diretamente ligadas ao doente...até para as pessoas saberem como agir e pa não se assustarem tanto com certas situações”). Estes dados remetem-nos para a importância de implementar intervenções psicoeducativas, que ajudem utentes e os seus familiares a aprender o que precisam sobre a doença mental e a dominar novas formas de lidar com ela e com os problemas do quotidiano (Gonçalves Pereira, Xavier, Neves, Barahona-Corrêa & Fadden, 2006). Sendo que os respetivos benefícios já têm sido bem documentados com base na evidência científica e que, em Portugal, a família continua geralmente presente como rede de suporte natural, seria de esperar que o sistema familiar estivesse incluído, por rotina, nos planos de tratamento e reabilitação. No entanto, e como vêm reforçar os relatos dos participantes, ainda é escassa a sua implementação em Portugal (Gonçalves Pereira et al., 2006), o que pode decorrer, uma vez mais, da influência do modelo biomédico, bem como do “falso

problema” muitas vezes usado pelos profissionais de saúde para justificar a falta de comunicação com os familiares e que diz respeito ao sigilo e confidencialidade.

No que diz respeito à melhoria da qualidade da relação entre profissionais e utentes, os participantes sugerem, essencialmente, relações mais próximas e menos hierarquizadas (e.g., *”não haver assim esse distanciamento tão grande...porque a pessoa...pa pessoa não se sentir assim tão...aquelas hierarquias tão bem...tão rígidas percebe?”*); maior atenção e disponibilidade por parte dos técnicos (e.g., *“estar mais atento e mais recetivo à pessoa, para perceber o estado emocional da pessoa e psicológico da pessoa e poder agir consoante o estado de espírito dessa pessoa. Acho que sim, acho que era muito importante”*) e tratar os utentes com dignidade (e.g., *“passariam a tratar o doente mental como utente e não como um coitadinho”*). A este propósito parece importante salientar o papel central que a relação de ajuda desempenha na recuperação de pessoas com problemas de saúde mental. Embora as publicações que explorem as relações de ajuda na perspetiva dos utilizadores dos serviços sejam escassas, é de realçar o trabalho qualitativo de Borg e Kristiansen (2004). Baseados em entrevistas com 15 utentes com experiência de doença mental grave, concluíram que os profissionais orientados para a recuperação dos seus utentes são aqueles que têm a coragem de lidar com as complexidades e a individualidade do processo de mudança, aqueles que são capazes de usar a sua experiência e competências profissionais numa relação que se baseia na colaboração e parceria com o utente. Mais, uma abordagem orientada para a recuperação envolve também profissionais com a vontade e a capacidade de moldar os serviços às necessidades e preferências de cada utente.

A importância da relação empática para o sucesso dos processos terapêuticos está amplamente documentada na literatura no campo da psicoterapia, podendo ser considerada neste domínio de intervenção onde o sofrimento psicológico e processos de mudança estão na base da recuperação.

É num contexto de natureza colaborativa e empática que os profissionais de saúde podem contribuir para que os doentes sejam parte ativa do seu processo de recuperação, com base em objetivos realistas e alcançáveis, e um envolvimento baseado em esperança e motivação, que permitam uma vida com qualidade e garantindo a inclusão social.

IV. DISCUSSÃO

Os resultados do presente trabalho apresentam-se como um primeiro contributo para o estudo e a compreensão das trajetórias dos cuidados de saúde mental em Portugal, quer em termos da metodologia de investigação utilizada, quer pelos aspetos identificados como facilitadores e como obstáculos do processo de recuperação de um problema de saúde mental.

Em termos gerais, os dados deste estudo traduzem o cenário traçado no relatório Proposta de Plano de Ação para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal 2007-2016 (CNRSSM, 2007) que resultou de um trabalho rigoroso de avaliação da situação nacional no que à saúde mental dizia respeito, o qual apresentava um sistema de saúde mental marcado por fragilidades e insuficiências graves, das quais se salientava problemas de acessibilidade aos cuidados especializados; falta de profissionais não médicos; qualidade dos serviços abaixo dos mínimos aceitáveis em vários aspetos importantes, problemas de equidade, entre outros.

Vê-se, pois, reforçada a urgência de introduzir mudanças que permitam alterar esta realidade e alinhá-la com as boas práticas nesta área no sentido de possibilitar a promoção da saúde mental, a intervenção precoce e, ganhos em saúde, aspetos transversais no domínio da saúde e que, no contexto atual, se tornam imperativos. Atendendo ao facto de ter sido recentemente anunciada uma atualização e prolongamento do período de implementação do Plano Nacional de Saúde Mental que estava previsto ser concretizado até 2016, cumpre discutir sobre algumas tendências verificadas no presente trabalho que merecem ser objeto de atenção no contexto das diretrizes que venham a ser consideradas no futuro.

As trajetórias dos participantes no estudo, tal como seria de esperar, resultam da interação de cada pessoa com uma série de atores, formais e informais, bem como com uma diversidade de contextos. Logo à partida, destaca-se a forma como cada indivíduo percebe os sinais e sintomas do adoecer mental que, de uma forma geral, tendem a ser desvalorizados até ao momento em que a gravidade é severa, ou podendo ser controlados pelo próprio. Estes dados vão ao encontro dos resultados do estudo da Organização Mundial da Saúde, “*Barriers to mental health treatment: results from the WHO World Mental Health surveys*” (Andrade et. Al, 2013), que envolveu 24 países, incluindo Portugal com uma amostra representativa da população Portuguesa (N=5909, a mais elevada dos países Europeus que participaram). O referido estudo, realizado com o objetivo de avaliar as barreiras à procura e manutenção de tratamento

para um problema de saúde mental, integrou 63678 participantes com doença psiquiátrica (de acordo com os critérios de diagnóstico do DSM-IV). Como principais resultados, destaca-se **1)** a baixa percepção de necessidade como um dos principais fatores que conduz ao adiamento do início de tratamento, sendo mais comum em casos moderados e severos; **2)** as mulheres e os jovens como grupos com maior predisposição para reconhecer a necessidade de tratamento; **3)** o desejo de lidar com o problema por si próprio como a barreira mais comum entre aqueles que reconhecem a necessidade de tratamento (63.8%); **4)** as barreiras atitudinais como tendo maior peso do que as barreiras estruturais no início e manutenção do tratamento, sendo que as atitudinais prevalecem nos casos leves a moderados e as estruturais nos casos severos. De referir, ainda, **5)** que a percepção de ineficácia do tratamento se assume como a razão mais comum para descontinuação do tratamento (39.3%), seguida de experiências negativas prévias como prestadores de cuidados (26.9% dos participantes com doença severa).

No que diz respeito ao contacto com terceiros, estes são iniciados, maioritariamente, com atores informais, alargando-se, ao longo da trajetória, a contactos com atores e contextos mais formais ou especializados. Dos atores envolvidos, destacamos o papel determinante que os atores informais, especialmente os familiares e amigos, desempenham nas trajetórias dos participantes, quer através do reconhecimento do problema quer da procura de ajuda para o mesmo, desencadeando o contacto com os serviços de saúde mental. Para além disso, parecem, simultaneamente, funcionar como importante fonte de apoio. Esta tendência tem vindo a ser reforçada por diversos estudos, sendo que, no caso de doenças mentais consideradas “crónicas” (e.g. Esquizofrenia), os familiares são identificados como a principal fonte de apoio, em muitos casos assumindo o papel de cuidador ao longo da vida. O estudo “*Family Carer Survey*” (C4C)⁷, realizado pela EUFAMI - European Federation of Associations of Families of People with Mental Illness, aponta precisamente nesse sentido. Dos principais resultados, alguns dos quais alarmantes, pelo que devem ser objeto de reflexão, destacamos: **1)** a dificuldade em lidar com a ansiedade constante (reportada por 4 em cada 7 cuidadores); **2)** a presença de sintomas depressivos (1/3), de perturbações do sono (1/3) e, ainda, de dificuldade em encontrar aspetos positivos na sua vida (1/5); bem como **3)** o isolamento reportado por 1 em cada 3 familiares/cuidadores. O estudo alerta, ainda, para importantes necessidades dos cuidadores:

⁷ Informação adicional sobre o estudo em <http://www.caringformentalhealth.org/>

como o facto de 93% considerar que beneficiaria de apoio adicional ao que recebe, de 90% gostaria de ter oportunidade de conhecer outros familiares/ cuidadores no sentido de partilhar conhecimentos e experiências e, ainda, de 8 em cada 10 familiares/ cuidadores considerar que beneficiaria de apoio individual.

Ora, para que o papel destes importantes atores no processo de recuperação possa ser maximizado, seria importante um maior investimento em programas psicoeducativos, capazes de aumentar conhecimentos e capacidades, hoje disponíveis e com comprovada eficácia no curso das perturbações mentais (Falloon, 2003; Maj, 2010). Por outro lado, torna-se necessário sensibilizar os profissionais de saúde para as questões de comunicação com os familiares dos doentes que acompanham, e encontrar formas de responder às necessidades de informação e acompanhamento de que necessitam, com vista à promoção de uma colaboração adequada que muito pode contribuir para o processo de recuperação de quem sofre de um problema de saúde mental.

Fazendo a ponte entre a necessidade de formação de profissionais de saúde e o acesso a cuidados especializados, torna-se importante fazer referência a um pilar fundamental na organização dos serviços de saúde mental que são os Cuidados de Saúde Primários (CSP), ou seja, ao nível da Medicina Geral e Familiar, cuja proximidade das populações permite melhorar o acesso, a qualidade e a continuidade de cuidados, numa perspetiva da intervenção personalizada, mas que também envolve a família e a comunidade. Atendendo a que os CSP “resolvem a grande maioria dos casos de saúde mental e referenciam os casos mais graves” (CNRSSM, 2007, p.15), seria necessário garantir a efetiva resposta a este nível, com o adequado seguimento dos casos, evitando sobrelotar os serviços de especialidade. No PNSM este aspeto é destacado e continua a ser decisivo para que o sistema funcione, mas foi uma das áreas em que não se observaram melhorias importantes.

Para além dos CSP, a arquitetura da rede de cuidados de saúde mental deve assegurar a acessibilidade por parte das populações a serviços adequados às necessidades inerentes à heterogeneidade que caracteriza o adoecer mental e às exigências, nas suas diferentes fases da doença e da recuperação.

Passando ao tipo de respostas disponibilizadas, os resultados demonstraram que, nas fases inicial e intermédia da trajetória, os atores e contextos formais (inclui sistema nacional de saúde e também contexto privado) disponibilizam, sobretudo, intervenção médica e farmacológica, percecionada como insuficientes para responder às necessidades decorrentes destas fases de recuperação e comprometendo o potencial e processo de recuperação dos doentes (Clement et al., 2012). Aliás, a incapacidade

psicossocial encontrada em muitos doentes tem por trás uma história de longos anos de doença sem acesso a respostas integradas e capazes de responder às muitas áreas afetadas pelo adoecer mental (e.g. défices cognitivos, dificuldades de interação social, entre outros). Um recente estudo de revisão da literatura (Taylor et al., 2009) sobre práticas institucionais de qualidade na prestação de cuidados a pessoas com doença mental crónica, com o objetivo de identificar boas práticas, veio reforçar esta constatação. Assim, concluiu-se que, para além de características institucionais como a formação especializada dos técnicos, a promoção da autonomia dos utentes e o envolvimento dos utilizadores dos serviços; o estudo identificou igualmente a necessidade de disponibilizar intervenções específicas como terapia cognitivo-comportamental, intervenções familiares que envolvam psicoeducação e emprego protegido no sentido de promover a recuperação.

As dificuldades na acessibilidade e a escassez de respostas, muitas vezes justificada pela falta de médicos psiquiatras, poderia ser colmatada pela intervenção de outros profissionais de saúde mental. Voltando às recomendações do PNSM, era reconhecido que o “ investimento na área de recursos humanos é decisivo para o êxito da reforma dos cuidados de saúde mental”. [...] “A participação de outros profissionais (psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, etc.) [...] continua ainda muito longe do indispensável para um adequado funcionamento das modernas equipas de saúde mental. [...] ”Com base neste cenário seriam redefinidos os rácios recomendados para cada grupo profissional, e as necessidades futuras para que fosse possível “planear a formação e as estratégias de contratação dos profissionais das várias disciplinas” [p.1407]⁸, o que ainda não foi concretizado.

Sendo esta uma área que deve ser acautelada na recalendarização que venha a ser feita do PNSM, torna-se prioritário rever os valores de referência propostos na versão final do Relatório do grupo de trabalho de saúde mental criado pelo despacho n.º 3250/2014 (ACSS, Março de 2015) que se reportam à “Conferência sobre Saúde Mental. Proposta para a mudança - Direcção-Geral da Saúde 1995”, ou seja, têm por base uma realidade de há 20 anos, sem rigor algum face aos desafios atuais e boas práticas.

No que diz respeito à fase atual da trajetória dos participantes, a par das respostas de tipo médico e farmacológico, parece, sobretudo, marcada pela disponibilização de respostas de carácter psicossocial (e.g. atividades ocupacionais, grupo de autoajuda),

⁸ Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008, de 24 de Janeiro de 2008

dado que resulta do facto da maioria dos participantes estar integrada em respostas desta natureza. Dos relatos dos participantes, e tendo em conta o referido anteriormente, é possível deduzir estar em falta intervir em áreas fundamentais da recuperação, das quais se salienta os défices cognitivos, presentes numa percentagem significativa de doentes e com implicações claras no funcionamento psicossocial e, conseqüentemente, inclusão social (Barbato, Liu, Penn, Keefe, Perkins, Woods & Addington, 2013). Estas falhas já haviam sido identificadas num estudo realizado por Palha e Marques-Teixeira (2009) “sobre a situação actual e perspectiva dos profissionais nos serviços de reabilitação na esquizofrenia em Portugal”, e mais recentemente por Teixeira (Teixeira, Santos, Abreu & Rogers, 2015). Considerando a implicação que esta carência de respostas acarreta na recuperação e reintegração social das pessoas com problemas de saúde mental, urge promover medidas que facilitem a constituição de equipas comunitárias, habilitadas a desenvolver programas integrados, de promoção da saúde mental, prevenção e tratamento das perturbações mentais (CNRSSM, 2007).

Tomando as diretrizes do Relatório Mundial da Saúde da OMS (2001), o tratamento das perturbações mentais e comportamentais – quiçá mais particularmente do que o de outras doenças – pede uma combinação equilibrada de três ingredientes fundamentais: medicação (ou farmacoterapia), psicoterapia e reabilitação psicossocial. Segundo este relatório, o tratamento racional dos transtornos mentais e comportamentais requer uma dosagem habilidosa de cada um desses elementos. As quantidades necessárias variam em função não somente do diagnóstico geral como também de qualquer co-morbilidade física e mental, da idade do paciente e do estado atual da doença. Ou seja, o tratamento deve ser dimensionado segundo as necessidades do indivíduo e tendo em atenção que estas mudam com a evolução da doença e com a mudança das condições de vida dos doentes. Desta visão abrangente já sobressai a importância dada à participação dos doentes na tomada de decisão sobre o seu tratamento, bem como da necessidade de disponibilizar programas integrados de intervenção/ reabilitação, conforme se passa a apresentar.

No que diz respeito aos obstáculos percebidos ao longo da trajetória, destacamos aqueles que se relacionam com os baixos níveis de literacia em saúde mental bem como com o estigma associado à doença mental e à procura de ajuda ou seja decorrentes da falta de informação, vergonha, medo de ser rotulado de forma negativa e conseqüentemente discriminado.

Ora, sabendo-se que a falta de informação e o estigma é um dos maiores obstáculos à saúde mental, há muito que em Portugal se deveria ter apostado em campanhas de sensibilização e informação sobre saúde/ doença mental, bem como na introdução de programas de promoção de literacia em saúde mental em diversos contextos (e.g. Programa de Saúde Escolar, entre outros), conforme tem vindo a ser proposto em diversos estudos (Andrade et al., 2013). Na verdade, a ausência deste tipo de iniciativas tem sido uma lacuna que se mantém ao longo dos anos, tendo sido uma falha grave quando os problemas de saúde mental se agravaram no período de crise económica, contrastando com o que acontece em muitas outras áreas da saúde, e nos períodos em que um problema de saúde se torna ameaçador (e.g. legionela, gripe A, entre outras).

Por outro lado, a influência positiva da rede de suporte social, como anteriormente salientado, assim como a experiência com serviços acessíveis e a severidade dos sintomas ou sofrimento psicológico aparecem nos relatos dos participantes como facilitadores do processo de procura e manutenção da ajuda. Uma vez mais, destaca-se a relação entre a experiência pessoal positiva com as redes de suporte formal e informal na trajetória pelos cuidados de saúde, reforçando a importância de envolver doentes, cuidadores, profissionais de saúde mental e prestadores de cuidados na definição das melhores políticas para redução do *“treatment gap”* já referido e promoção da continuidade dos tratamentos, elemento fundamental na prevenção de recaídas e agravamento do estado clínico e conseqüente incapacidade psicossocial.

Relativamente às perceções acerca dos serviços de saúde mental com que os sujeitos foram contactando ao longo das suas trajetórias, é de realçar que, quando se reportam aos serviços em geral, emergem, sobretudo, perceções negativas. São exemplo destas perceções as dificuldades de acessibilidade, a escassez de profissionais e serviços de apoio, a insatisfação com a relação entre técnicos e utentes, bem como a lacuna no envolvimento das famílias no tratamento. Estes resultados vão, uma vez mais, no sentido das principais barreiras identificadas pelo estudo sobre *“Barriers to mental health treatment”* da Organização Mundial da Saúde (Andrade et. Al, 2013), na medida em que se destacam barreiras estruturais como as dificuldades no acesso aos serviços e a escassez de profissionais ou serviços, bem como barreiras atitudinais como a insatisfação prévia com prestadores de cuidados.

Ao longo dos relatos dos participantes foi também possível aceder a algumas pistas para a melhoria dos serviços de saúde mental, que se alinham com diretrizes nacionais e internacionais, das quais se destacam: **1)** melhorar a acessibilidade que pode ser possibilitada através do reforço de respostas ao nível dos CSP, e da

intervenção de outros profissionais de saúde mental (e.g. psicólogos na avaliação psicopatológica a disponibilização de psicoterapia; enfermeiros na psicoeducação, entre outros); **2)** garantir a disponibilização de serviços integrados e compreensivos que permitam uma intervenção precoce, personalizada e direcionada às dimensões psicossociais cujos défices comprometem o processo de recuperação (e.g. reabilitação cognitiva); **3)** promover a literacia em saúde mental da população através de campanhas dirigidas à população em geral, bem como, programas para grupos específicos (e.g. escolas, local de trabalho); **4)** melhorar a relação entre profissionais e utentes; **5)** investir na formação de profissionais de saúde, tanto na questão da sinalização e intervenção precoce, como nas intervenções psicossociais consideradas boas práticas (e.g. reabilitação cognitiva; reabilitação vocacional, entre outras).

Dito isto, torna-se necessário, igualmente, salientar algumas limitações deste estudo: **1)** é um trabalho que apenas incluiu população adulta; **2)** com exceção dos 3 utentes do CHCF, todos os utentes participantes são oriundos de serviços de apoio comunitário; e **3)** os participantes encontram-se numa fase da doença cuja média de anos de evolução é elevada, o que leva a que a perceção de fases iniciais e intermédias da trajetória possam ter lacunas e/ou estar distorcidas.

Tratando-se de um primeiro contributo, ficam por explorar muitas outras questões, que se sugere que sejam explorados(as), em trabalhos futuros: **1)** a influência de variáveis sociodemográficas nas trajetórias de cuidados; **2)** as diferenças existentes nas percepções de utentes, familiares/ cuidadores e técnicos; **3)** os fatores que parecem determinar trajetórias positivas e negativas pelos cuidados de saúde mental; **4)** as percepções de utentes, familiares/ cuidadores e técnicos relativamente a serviços específicos de prestação de cuidados de saúde mental (e.g. consulta de psiquiatria, consulta de psicologia, fóruns sócio-ocupacionais), **5)** o potencial impacto das trajetórias negativas no envolvimento subsequente e na satisfação com os serviços de saúde mental; bem como **6)** diferenças geográficas.

Em jeito de conclusão, o presente trabalho permitiu salientar a importância de atender às opiniões dos utilizadores dos serviços na avaliação dos cuidados de saúde mental, (Fitzpatrick, 1993; Rea, 2002; Blenkiron & Hammill, 2003), juntamente com a visão dos cuidadores e dos profissionais. Permitiu, igualmente, a elaboração de um guião de entrevista que demonstrou ser capaz de captar, de forma integrada, a problemática da prestação de cuidados de saúde mental, aspecto fundamental para o desenho de

propostas ajustadas às necessidades e desafios do contexto atual (Palha & Costa, 2015). No atual momento de reflexão sobre a recalendarização do PNSM, a percepção dos utentes, cuidadores e profissionais é, sem dúvida, da maior importância para que as medidas que venham a ser tomadas permitam melhorar o acesso e a disponibilização de serviços de saúde mental adequados às necessidades de quem os procura, evitando a experiência de trajetórias adversas ou negativas. Se assim for, será possível reduzir o *treatment gap*, garantir os direitos dos doentes, investir no potencial de recuperação que cada pessoa, e contribuir para que as pessoas afetadas pela doença mental tenham esperança e recuperem uma vida com qualidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aday, L., & Andersen, R. (1975). *Access to medical care*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press.
- Administração Central dos Sistemas de Saúde (ACSS, 2015). Relatório Grupo de Trabalho para a Avaliação da Situação da Prestação de Cuidados de Saúde Mental e das Necessidades na Área da Saúde Mental. Disponível em http://www.apah.pt/media/publicacoes_tecnicas_sector_saude_2/RelatorioACSS_Avaliacao_da_Situacao_da_Prestacao_de_Cuidados_de_Saude_Mental_e_das_Necessidades_na_Area_da_Saude_Mental_Versao_Final_Marco2015.pdf [Consultado em: 23/11/2015].
- Ahern, L., & Fisher, D. (1999). *Personal assistance in community existence: recovery at your own pace*. Lawrence, MA: National Empowerment Center.
- Aisbett, D., Boyd, C., Francis, K., Newnham, K., & Newnham, K. (2007). Understanding barriers to mental health service utilization for adolescents in rural Australia. *Rural and Remote Health Journal*, 7, 624–633.
- Alegria, M., Bijl, R., Lin, E., Walters, E., & Kessler, R. (2000) Income differences in persons seeking outpatient treatment for mental disorders: a comparison of the United States with Ontario and The Netherlands. *Archives of General Psychiatry*, 57, 383-391.
- Almeida, L. & Freire, T. (2003). *Metodologia de investigação em psicologia e educação*. Braga: Psiquilibrios.
- Alves, F. (2007). Doença mental, psiquiatria e comunidade: elementos de reflexão. In *La Sociología y los nuevos retos: actas do IV Congresso Astur-Galaico de Sociologia*, Coruña, 23-24 Mar.
- Amadeo, F., Zambello, F., Tansella, M., & Thornicroft, G. (2001). Accessibility and pathways to psychiatric care in a community-based mental health system. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36, 500-507.
- Andersen, R. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36, 1–10.
- Anderson, K., Fuhrer, R., Schmitz, N., & Malla, A. (2013). Determinants of negative pathways to care and their impact on service disengagement in first-episode psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48, 125-136.

- Andrade L.H.; Alonso, J.; Mneimneh, Z.; Wells, J.E.; Al-Hamzawi, A.; Borges, G.; Bromet, E.; Bruffaerts, R.; de Girolamo, G.; de Graaf, R.; Florescu, S.; Gureje, O.; Hinkov, H.R.; Hu, C.; Huang, Y.; Hwang, I.; Jin, R.; Karam, E.G.; Kovess-Masfety, V.; Levinson, D.; Matschinger, H.; O'Neill, S.; Posada-Villa, J.; Sagar, R.; Sampson, N.A.; Sasu, C.; Stein, D.J.2; Takeshima, T.; Viana, M.C.; Xavier, M. & Kessler, R.C. (2014). Barriers to mental health treatment: results from the WHO World Mental Health surveys. *Psychological Medicine*, 44 (6), 1303-17.
- Andresen, R., Oades, L., & Caputi, P. (2003). The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically-validated stage model. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37, 586-594.
- Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições70.
- Barker, G. (2007). *Adolescents, social support and help-seeking behaviour: an international literature review and programme consultation with recommendations for action*. Geneva: World Health Organization Press.
- Bebbington, P., Meltzer, H., Brugha, T., Farrell, M., Jenkins, R., Ceresa, C., & Lewis, G. (2000). Unequal access and unmet need: neurotic disorders and use of primary care services. *Psychological Medicine*, 30, 1359-1367.
- Bekele, Y., Flisher, A., Alem, A., & Baheretebab, Y. (2009). Pathways to psychiatric care in Ethiopia. *Psychological Medicine*, 39, 475-483.
- Berstein, R. (2007). Beyond Deinstitutionalization: Reintegration. *APA Monitor on Psychology*, 38, No1.
- Bertolote, J., & McGorry, P. (2005). Early intervention and recovery for young people with early psychosis: consensus statement. *British Journal of Psychiatry*, 188, s116-s119.
- Bhui, K, Stansfeld, S., Hull, S., Priebe, S., Mole, F., & Feder G. (2003). Ethnic variations in pathways to and use of specialist mental health services in the UK. Systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 182, 105-116.
- Biddle, L. & Gowen, L. (2009). Stigma and the cycle of avoidance: Why young people fail to seek help for their mental distress. *Focal Point: Research, Policy, and Practice in Children's Mental Health: Stigmatization*, 23, 26-28.
- Biddle, L., Donovan, J., Sharp, S., & Gunnell, D. (2007). Explaining non-help-seeking amongst young adults with mental distress: A dynamic interpretive model of illness behaviour. *Sociology of Health and Illness*, 29, 983-1002.

- Birks, M., & Mills, J. (2011). *Grounded theory: A practical guide*. Los Angeles, CA: Sage Publications.
- Blenkiron, P., & Hammill, C. (2003). What determines patients' satisfaction with their mental health care and quality of life? *British Medical Journal*, 79, 337-340.
- Blumenthal, R., & Endicott, J. (1996). Barriers to seeking treatment for major depression. *Depress Anxiety*, 4, 273-278.
- Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação. Uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Borg, M., & Kristiansen, K. (2004). Recovery-oriented professionals: Helping relationships in mental health services. *Journal of Mental Health*, 13, 493-505.
- Botha, U., Koen, L., & Niehaus, D. (2006). Perceptions of a South African schizophrenia population with regards to community attitudes towards their illness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 619–623.
- Bruwer, B., Sorsdahl, K., Harrison, J., Stein, D., Williams, D., & Seedat, S. (2011). Barriers to mental health care and predictors of treatment dropout in the South African Stress and Health Study. *Psychiatric Services*, 62, 774–781.
- Burns, J., & Rapee, R. (2006). Adolescent mental health literacy: Young people's knowledge of depression and help seeking. *Journal of Adolescence*, 29, 225–239.
- Ciarrochi, J. & Deane, F. (2001). Emotional competence and willingness to seek help from professional and nonprofessional sources. *British Journal of Guidance and Counselling*, 29, 233-246.
- Ciarrochi, J., Deane, F., Wilson, C., & Rickwood, D. (2002). Adolescents who need help the most are the least likely to seek it: the relationship between low emotional competence and low intention to seek help. *British Journal of Guidance & Counselling*, 30, 173-188.
- Clement, S., Brohan, E., Jeffery, D., Henderson, C., Hatch, S., & Thornicroft, G. (2012). Development and psychometric properties the Barriers to Access to Care Evaluation scale (BACE) related to people with mental ill health. *BMC Psychiatry*, 12:36.
- Cole, E., Leavey, G., King, M., Johnson-Sabine, E., & Hoar, A. (1995). Pathways to care for patients with a first episode of psychosis: a comparison of ethnic groups. *British Journal of Psychiatry* 167, 770-776.

- Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (CNRSSM) (2007). *Relatório. Proposta de Plano de Acção para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental 2007-2016*. [Em linha]. [Consultado em: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/AC8E136F-50E4-44F0-817F-879187BD2915/0/relatorioplanoaccaoservicossaudemental.pdf>].
- Coordenação Nacional para a Saúde Mental (CNSM) (2008). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 — Resumo Executivo*. [Em linha]. [Consultado em: http://www.adeb.pt/destaque/legislacao/cnsm_planonacionalsaudemental2007-2016__resumoexecutivo.pdf].
- Corrigan, P. (2006). Impact of consumer-operated services on empowerment and recovery of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Services*, 57, 1493-1496.
- Creswell, J. (2007). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Davidson, L., Chinman, M., Sells, D., & Rowe, M. (2006). Peer support among adults with serious mental illness: A report from the field. *Schizophrenia Bulletin*, 32, 443-450.
- Deegan, P. (1988). Recovery: the lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11, 11-19.
- Del Valle, J. (1997). La Entrevista. In G. Buela-Casal, & J. Sierra (Eds.), *Manual de evaluación psicológica: Fundamentos, técnicas y aplicaciones* (271-293). Madrid: Siglo XXI de España Editores.
- Delaney, K. (2006). Evidence base for practice: reduction of restraint and seclusion use during child and adolescent psychiatric inpatient treatment. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 3, 19-30.
- Denzin, N. & Lincoln, Y. (1994). *Handbook of qualitative research*. California: Sage Publications.
- Denzin, N., & Lincoln, Y. (2003). *The landscape of qualitative research: theories and issues* (2nd ed.). London: Sage Publications.
- Downs, M. & Eisenberg, D. (2012). Help seeking and treatment use among suicidal college students. *Journal of American College Health*, 60, 104-114.

- Drake, R., Haley, C., Akhtar, S., & Lewis, S. (2000). Causes and consequences of duration of untreated psychosis in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 177, 511-515.
- Edlund, M., Unützer, J., & Curran, G. (2006). Perceived need for alcohol, drug, and mental health treatment. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 480-487.
- Eikelmann, B. (2000). Limits of deinstitutionalization? - perspective of the specialty clinic. *Psychiatr Prax*, 27, S53-58.
- El-Badri, S., & Mellsop, G. (2002). A Study of the use of seclusion in an acute psychiatric service. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36, 399-403.
- Etheridge, K., Yarrow, L., & Peet, M. (2004). Pathways to care in first episode psychosis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11, 125-128.
- Fakhoury, W., & Priebe, S. (2007). Deinstitutionalization and reinstitutionalization: major changes in the provision of mental healthcare. *Psychiatry*, 6, 313-316.
- Falloon, I. (2003). Family interventions for mental disorders: efficacy and effectiveness. *World Psychiatry*, 2, 20-28.
- Fazenda, I. (2006). Saúde mental: do hospital à comunidade, dos cuidados à cidadania. In Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência (Ed.), *Saúde mental, reabilitação e cidadania* (pp. 6-15). Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência
- Fazenda, I. (2007). Recovery da doença mental: Uma visão para os sistemas e serviços de saúde mental. *Análise Psicológica*, 1, 127-133.
- Fazenda, I. (n.d.) *Empowerment e participação, uma estratégia de mudança*. [Em linha]. Disponível em: [www:<URL:http://www.cpihts.com/PDF/EMPOWERMENT.pdf](http://www.cpihts.com/PDF/EMPOWERMENT.pdf). [Consultado em 27/05/2013].
- Fernandes, E., & Maia, A. (2001). Grounded Theory. In E. Fernandes & L. Almeida (Eds.), *Métodos e técnicas de avaliação: contributos para a prática e investigação psicológicas*. Braga Universidade do Minho, Centro de Estudos em Educação e Psicologia.

- Fitzpatrick R (1993) Scope and measurement of patient satisfaction. In R. Fitzpatrick & A. Hopkins (Eds.) *Measurement of patients' satisfaction with their care*. London: Royal College of Physicians.
- Foster, R. (2000). Many faces of deinstitutionalization – sociological interpretation. *Psychiatr Prax*, 27, S39-43.
- Frydenberg, E. (1997). *Adolescent coping: theoretical and research perspectives*. London: Routledge.
- Fujisawa, D., Hashimoto, N., Masamune-Koizumi, Y., Otsuka, K., Tateno, M., Okugawa, G., Nakagawa, A., Sato, R., Kikuchi, T., Tonai, E., Yoshida, K., Mori, T., Takahashi, H., Sato, S., Igimi, H., Waseda, Y., Ueno, T., Morokuma, I., Takahashi, K. & Sartorius, N. (2008). Pathway to psychiatric care in Japan: A multicenter observational study. *International Journal of Mental Health Systems*, 2:14.
- Gater, R. & Goldberg, D. (1991). Pathways to psychiatric care in south Manchester. *British Journal of Psychiatry*, 159, 90-96.
- Gater, R., de Almeida e Sousa, B., Barrientos, G., Caraveo, J., Chandrashekar, C., Dhadphale, M., Goldberg, D., al Kathiri, A., Mubbashar, M., Silhan, K., et al. (1991). The pathways to psychiatric care: a cross-cultural study. *Psychological Medicine*, 21, 761-774.
- Gater, R., Jordanova, V., Maric, N., Alikaj, V., Bajcs, M., Cavic, T., Dimitrov, H., Iosub, D., Mihai, A., Szalontay, A., Helmchen, H., & Sartorius, N. (2005). Pathways to psychiatric care in Eastern Europe. *British Journal of Psychiatry*, 186, 529-535.
- Giasuddin, N., Chowdhury, N., Hashimoto, N., Fujisawa, D., & Waheed. S. (2012). Pathways to psychiatric care in Bangladesh. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47, 129-136.
- Goldberg, D., & Huxley, P. (1980) *Mental illness in the community: the pathway to psychiatric care*. Tavistock, London.
- Gonçalves Pereira, M., Xavier, M., Neves, A., Barahona-Corrêa, B., & Fadden G. (2006). Intervenções Familiares na Esquizofrenia: Dos Aspectos Teóricos à Situação em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 19, 1-8.
- Gonçalves, M., & K  ppler, C. (2010). The access to mental health care in children: portuguese speaking families living in a multicultural context in Europe. *Interamerican Journal of Psychology*, 44, 523-532.

- Guba, E. & Lincoln, Y. (1998). Competing paradigms in social research. In N. Denzin & Y. Lincoln (Eds.), *The landscape of qualitative research*, (p. 195-220). London: Sage.
- Guest, G., Bunce, A., & Johnson, L. (2006). How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. *Field Methods*, 18, 59-82.
- Gulliver, A., Griffiths, K., & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 10:113.
- Gureje, O., Acha, R., & Odejide, O. (1995). Pathways to psychiatric care in Ibadan, Nigeria. *Tropical and Geographical Medicine*, 47,125-129.
- Harrison, J., Kisely, S., Jones, J., Blake, I., & Creed, F. (1997). Access to psychiatric care: the results of the Pathways to Care study in Preston. *Journal of Public Health Medicine*, 19, 69-75.
- Hayward, M., & Moran, P. (2007). Personality disorder and pathways to inpatient psychiatric care. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 502-506.
- Holloway, F., Carson, J., & Davis, S. (2002). Rehabilitation in the United Kingdom: research, policy and practice. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47, 628-634.
- Hugo, C., Boshoff, D., Traut, A., Zungu-Dirwayi, N., & Stein, J. (2003). Community attitudes toward and knowledge of mental illness in South Africa. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 715–719.
- Iversen, A. (2005). ‘Goodbye and good luck’: the mental health needs and treatment experiences of British ex-service personnel. *British Journal of Psychiatry*, 186, 480-486.
- Jackson, G., Gater, R., Goldberg, D., Tantom, D., Loftus, L., & Taylor, H. (1993). A new community mental health team based in primary care. A description of the service and its effect on service use in the first year. *British Journal of Psychiatry*, 162, 375-384.
- Jorm, A. (2000). Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 177, 396-401.
- Jorm, A., Korten, A., Jacomb, P., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. (1997). “Mental health literacy”: A survey of the public’s ability to recognize mental

- disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia*, 166, 182-186.
- Judge, A., Perkins, D., Nieri, J., & Penn, D. (2005). Pathways to care in first episode psychosis: A pilot study on help-seeking precipitants and barriers to care. *Journal of Mental Health*, 14, 465-469.
- Karlsen, S., & Nazroo, J. (2002) Relation between racial discrimination, social class and health among ethnic minority groups. *American Journal of Public Health*, 92, 624-631.
- Kessler, R., Berglund, P., Bruce, M., Koch, J., Laska, E., Leaf, P., Manderscheid, R., Rosenheck, R., Walters, E., & Wang, P. (2001). The prevalence and correlates of untreated serious mental illness. *Health Services Research*, 36, 987–1007.
- Kitzinger, J. (1994). The methodology of Focus Groups: the importance of interaction between research participants. *Sociology of Health & Illness*, 16, 103-121.
- Korkeila JA, Lehtinen V, Tuori T, Helenius H (1998). Patterns of psychiatric hospital service use in Finland: a national register study of hospital discharges in the early 1990s. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 218–223.
- Lamb, R., & Bachrach, L. (2001). Some perspectives on deinstitutionalization. *Psychiatric Services*, 52, 1039-1045.
- Leete, E. (1989). How I perceive and manage my illness. *Schizophrenia Bulletin*, 8, 605-609.
- Liberman, R. (2011). Interventions based on learning principles can supplant seclusion and restraint. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 39, 480 -495.
- Lieberman, J., Stroup, T., & Perkins, D. (2012). *Essentials of Schizophrenia*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Lincoln, C., & McGorry, P. (1995). Who cares? Pathways to psychiatric care for young people experiencing a first episode of psychosis. *Psychiatric Services*, 46, 1166-1171.
- Mackenzie, C., Gekoski, W. & Knox, V. (2006). Age, gender, and the underutilization of mental health services: The influence of helpseeking attitudes. *Aging and Mental Health*, 10, 574-582.

- Maj, M. (2010). Mistakes to avoid in the implementation of community mental health care. *World Psychiatry*, 9, 65-66.
- Marshall, M., Lewis, S., Lockwood, A., Drake, R., Jones, P., & Croudace, T. (2005). Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first-episode patients: A systematic review. *Archives of General Psychiatry*, 62, 975-983.
- Mayer, J., Caruso, D., & Salovey, P. (1999). Emotional intelligence meets traditional standards for an intelligence. *Intelligence*, 27, 267-298.
- McAlpine, D., & Mechanic, D. (2000). Utilization of specialty mental health care among persons with severe mental illness: the roles of demographics, need, insurance and risk. *Health Services Research*, 35, 277-292.
- McDaid, D., & Tansella, M. (2005). *Balancing institutional and community-based care*. Copenhagen: WHO on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Mechanic, D. (1962). *Students under stress: a study of the social psychology of adaptation*. New York, NY: Free Press.
- Mkize, L., & Uys, L. (2004). Pathways to mental health care in KwaZulu-Natal. *Curationis*, 27, 62-71.
- Mojtabai, R. (2009). Trends in contacts with mental health professionals and cost barriers to mental health care among adults with significant psychological distress in the United States: 1997-2002. *American Journal of Public Health*, 95, 2009-2014.
- Mojtabai, R., Eaton, W., & Maulik, P. (2012). Pathways to care: need, attitudes, barriers. In W. Eaton (Ed.), *Public Mental Health*, (pp- 415-439). New York: Oxford University Press.
- Mojtabai, R., Olfson, M., & Mechanic, D. (2002). Perceived need and help-seeking in adults with mood, anxiety, or substance use disorders. *Archives of General Psychiatry*, 59, 77-84.
- Morgan, C., Mallett, R., Hutchinson, G., Bagalkote, H., Morgan, K., Fearon, P., Dazzan, P., Boydell, J., Mckenzie, K., Harrison, G., Murray, R., Jones, P., Craig, T., & Leff, J. (2005). Pathways to care and ethnicity 2: Source of referral and help-seeking. Report from the AESOP study. *British Journal of Psychiatry*, 186, 290-296.

- Muijen, M., Marks, I., Connolly, J., & Audini, B. (1992). Home based care and standard hospital care for patients with severe mental illness: a randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 21, 749-754.
- Muir-Cochrane, E., & Holmes, C. (2001). Legal and ethical aspects of seclusion: an Australian perspective. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8, 501–506.
- Muralidharan, S., & Fenton, M. (2006). Containment strategies for people with serious mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 19.
- Norman, R., & Malla, A. (2009). Pathways to care and reducing treatment delay in early psychosis. In H. Jackson & P. McGorry (Eds). *The recognition and management of early psychosis: a preventive approach*, (2nd ed.). Cambridge: Cambridge University Press.
- Ochoa, S., Villalta, V., Haro, J., Usall, J., Autonell, J., Vilaplana, M., & Dolz, M. (2006). Needs of outpatient with schizophrenia. In D. French (Ed.), *Schizophrenic psychology: new research* (pp. 133-150). New York: Nova Science Publishers.
- Oliveira, C. (2008). *Um apanhado teórico-conceitual sobre a pesquisa qualitativa: Tipos, técnicas e características*. [Em linha]. Disponível em: <http://e-revista.unioeste.br/index.php/travessias/article/view/3122/2459>. [Consultado em 19/04/2013].
- Oliver, M., Pearson, N., Coe, N. & Gunnell, D. (2005). Help-seeking behaviour in men and women with common mental health problems: cross-sectional study. *British Journal of Psychiatry*, 186, 297-301.
- OMS (2004). *Prevention of mental disorders - effective interventions and policy options*. Geneva: World Health Organization.
- OMS (Organização Mundial da Saúde) (2001). *Relatório sobre a saúde no mundo 2001 – saúde mental: nova concepção, nova esperança*. [Em linha]. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006020.pdf>. [Consultado em 27/05/2013].
- Palha, F. & Costa, N. (2015). Trajetórias pelos cuidados de saúde mental. Parte I – O processo de “desinstitucionalização” psiquiátrica em Portugal: da análise objetiva dos factos às percepções de utentes, familiares/ cuidadores e técnicos. Porto: ENCONTRAR+SE

- Palha, F., & Marques-Teixeira, J. (2009). *Serviços de reabilitação na esquizofrenia em Portugal: situação actual e perspectivas dos profissionais*. Linda-a-Velha: VVKA, Lda.
- Patton, M. (1990). *Qualitative evaluation and research methods* (2nd Ed.). Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Pawłowski, T., & Kiejna, A. (2004). Pathways to psychiatric care and reform of the public health care system in Poland. *European Psychiatry*, 19, 168-171.
- Pescosolido, B. (1992). Beyond rational choice: The social dynamics of how people seek help. *American Journal of Sociology*, 97, 1096 -1138.
- Pescosolido, B. (1991). Illness careers and network ties: A conceptual model of utilization and compliance. *Advances in Medical Sociology*, 2, 161-184.
- Pescosolido, B. (2011). Social network influence in mental health and illness, service use and settings, and treatment outcomes. In D. Pilgrim, A. Rogers & B. Pescosolido, (Eds.), *The SAGE handbook of mental health and illness* (pp. 512-536). London, UK: Sage.
- Priebe, S., Badesconyi, A., Fioritti, A., Hansson, L., Kilian, R., Torres-Gonzales, F., Turner, T., & Wiersma, D. (2005). Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries. *British Medical Journal*, 15, 123-126.
- Ramos, J., & Oliveira, N. (2012). Tradução para português do questionário de análise de percursos de acesso aos cuidados de saúde mental. *Psilogos*, 10, 58-70.
- Rea, C. (2002). Managing performance and performance management: information strategy and service user involvement. *Journal of Management in Medicine*, 16, 78-93.
- Recupero, P., Price, M., Garvey, K., Daly, B., & Xavier, S. (2011). Restraint and seclusion in psychiatric treatment settings: regulation, case law, and risk management. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 39, 465-476.
- Rede de cuidados continuados de saúde mental fica apenas no papel (2011, 09 de Dezembro). *Renascença online*. [Em linha]. Disponível em: http://rr.sapo.pt/informacao_detalhe.aspx?fid=31&did=42190 [Consultado em 19/02/13].

- Rethink (2008). Time to change: Mental Health Resource Pack. University of London: institute of Psychiatry.
- Rey, F. (2005). *Pesquisa qualitativa e subjetividade*. São Paulo: Thomson.
- Rickwood, D. & Thomas, K. (2012). Conceptual measurement framework for help-seeking for mental health problems. *Psychology Research and Behavior Management*, 5, 173-183.
- Rickwood, D., Deane, F., & Wilson. C. (2007). When and how do young people seek professional help for mental health problems? *Medical Journal of Australia*, 187, S35-39.
- Rickwood, D., Deane, F., Wilson, C. & Ciarrochi, J. (2005). Help seeking for mental health problems in adolescence and early adulthood. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 4, 218-251.
- Rogler, L., & Cortes, D. (1993). Help-seeking pathways: a unifying concept in mental health care. *American Journal of Psychiatry*, 150, 554-558.
- Sareen, J., Jagdeo, A., Cox, B., Clara, I., ten Have, M., Belik, S., de Graaf, R., & Stein, M. (2007). Perceived barriers of mental health service utilization in the United States, Ontario, and the Netherlands. *Psychiatric Services*, 58, 357–364.
- Saxena, S., Jané-Llopis, E., & Hosman, C. (2006). Prevention of mental and behavioural disorders: implications for policy and practice. *World Psychiatry*, 5, 5-14.
- Saxena, S., Sharan, P., & Saraceno, B. (2003). Budget and financing of mental health services: baseline information on 89 countries from WHO's Project Atlas. *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 6, 135–143.
- Sayce, L., Craig, T., & Boardman, A. (1991). The development of community mental health centres in the U.K. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 26, 14-20.
- Schaffner, N., Schimmelmann, B., Niedersteberg, A., & Schultze-Lutter, F. (2012). Pathways-to-care for first-episode psychotic patients--an overview of international studies. *Fortschr Neurol Psychiatr*, 80, 72-78.
- Schene, A., Tessler, R., Gamache, G., & Wijngaarden, B. (2001). Measuring family or care-giver burden in severe mental illness. In M. Tansella, & G. Thornicroft (Eds.),

- Mental health outcome measures* (pp. 48-71). London: Gaskell, Royal College of Psychiatrist.
- Sheffield, J., Fiorenza, E. & Sofronoff, K. (2004). Adolescents' willingness to seek psychological help: Promoting and preventing factors. *Journal of Youth and Adolescence*, 33, 495–507.
- Sheth, H. (2009). Deinstitutionalization or Disowning Responsibility. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 13, 11-20.
- Slade, M. (2011). *100 ways to support recovery: a guide for mental health professionals*. London: Rethink.
- Smith, J. (1995). Semi-structured interviewing and qualitative analysis. In J. Smith, R. Harré & L. van Langenhove (Eds.), *Rethinking methods in psychology*. California: Sage Publications.
- Spaniol, L., Zipple, A., & Lockwood, D. (1992). The role of the family in psychiatric rehabilitation. *Schizophrenia Bulletin*, 18, 341-348.
- Stain, H., Kisely, S., Miller, K., Tait, A., & Bostwick, R. (2003). Pathways to care for psychological problems in primary care. *Australian Family Physician*, 32, 955-957.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. Newbury Park, California: Sage Publications.
- Suchman, E. (1965). Social patterns of illness and medical care. *Journal of Health and Social Behavior*, 6, 114-128.
- Sue, S., Fujino, D., Hu, L., Takeuchi, D., & Zane, N. (1991). Community mental health services for ethnic minority groups: A test of the cultural responsiveness hypothesis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 533-540.
- Sytema, Y. (2004). The effect of deinstitutionalization on the longitudinal continuity of mental health care in the Netherlands. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 244-248.
- Tanskanen, S., Morant, N., Hinton, M., Lloyd-Evans, B., Crosby, M., Killaspy, H., Raine, R., Pilling, S., & Johnson, S. (2011). Service user and carer experiences of seeking help for a first episode of psychosis: a UK qualitative study. *BMC Psychiatry*, 30, 11:157.
- Taylor, T.L.; Killaspy, H.; Wright, C.; Turton, P.; White, S.; Kallert, T. W.; Schuster, M.; Cervilla, J. A.; Brangier, P.; Raboch, J.; Kališová, L.; Onchev, G.; Dimitrov, H.;

- Mezzina, R.; Wolf, K.; Wiersma, D.; Visser, E.; Kiejna, A.; Piotrowski, P.; Ploumpidis, D.; Gonidakis, F.; Caldas-de-Almeida, J.; Cardoso, G. & King, M. B. (2009). A systematic review of the international published literature relating to quality of institutional care for people with longer term mental health problems. *BMC Psychiatry*, 9 (55).
- Teixeira, C., Santos, E., Abreu, M. V., & Rogers, E.S. (2015). Current status of psychiatric rehabilitation in Portugal: A national survey. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 38(3), 263-7.
- Thornicroft, G., & Tansella, M. (2002). Balancing community-based and hospital-based mental health care. *World Psychiatry*, 1, 84–90.
- Thornicroft, G., & Tansella, M. (2004). Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care: overview of systematic evidence. *British Journal of Psychiatry*, 185, 283-290.
- Trivedi, J., & Jilani, A. (2011). Pathway of psychiatric care. *Indian Journal of Psychiatry*, 53, 97-98.
- Tyrer, P., Seivewright, N., & Wollerton, S. (1984). General practice psychiatric clinics. Impact on psychiatric services. *British Journal of Psychiatry*, 145, 15-19.
- Van Voorhees, B., Fogel, J., Houston, T., Cooper, L., Wang, N., & Ford, D. (2006). Attitudes and illness factors associated with low perceived need for depression treatment among adults. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 746–754.
- Vidal, C., Bandeira, M., & Gontijo, E. (2008). Reforma psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 57, 70-79.
- Wang, J. (2006). Perceived barriers to mental health service use among individuals with mental disorders in the Canadian general population. *Medical Care*, 44, 192–195.
- Wang, P., Berglund, P., Olfson, M., Pincus, H., Wells, K., & Kessler, R. (2005). Failure and delay in initial treatment contact after first onset of mental disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 603-613.
- Wilson, C., Bushnell, J. & Caputi, C. (2011). Early access and help-seeking: Practice implications and new initiatives. *Early Intervention in Psychiatry*, 5, 34-39.

- Wittchen, H., & Jacobib, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe: a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15, 357-376.
- Wong, D. (2007). Crucial individuals in the help-seeking pathway of Chinese caregivers of relatives with early psychosis in Hong Kong. *Social Work*, 52, 127-135.
- Wrigley, S., Jackson, H., Judd, F., & Komiti, A. (2005). Role of stigma and attitudes toward help-seeking from a general practitioner for mental health problems in a rural town. *Australia and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 514-521.
- Wynaden, D., Chapman, R., McGowan, S., Holmes, C., Ash, P., & Boschman, A. (2002). Through the eye of the beholder: to seclude or not seclude. *International Journal of Mental Health Nursing*, 11, 260-268.
- Xavier, M., Caldas de Almeida, J., Martins, E., Barahona, B., & Kovess, V. (2002). Avaliação das necessidades de cuidados de indivíduos com esquizofrenia em Portugal: estudo comparativo multicêntrico. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 20, 5-17.

FONTES CONSULTADAS

Lar fechado tinha doentes dos hospitais psiquiátricos de Lisboa (2009, 3 de Agosto).

Diário de Notícias. [Em linha]. Disponível em:

http://www.dn.pt/inicio/portugal/Interior.aspx?content_id=1324270&seccao=Centro/index.html [Consultado em 26/06/13].

Em cinco anos, há menos três centenas de doentes em hospitais psiquiátricos (2012, 24 de Outubro). *Jornal O Público*. [Em linha]. Disponível em:

<http://www.publico.pt/sociedade/noticia/em-cinco-anos-ha-menos-tres-centenas-de-doentes-em-hospitais-psiquiatricos-1568634#/0> [Consultado em 11/01/2013].

Portugal é o país da Europa com mais doenças mentais (2010, 24 de Março). *Jornal*

ionline [Em linha]. Disponível em:

<http://www1.ionline.pt/interior/index.php?p=news-print&idNota=52456> [Consultado em 11/01/2013].

340 doentes mentais onde só cabem 200 (2009, 20 de Agosto). *Expresso online*. [Em

linha]. Disponível em: [http://expresso.sapo.pt/340-doentes-mentais-onde-so-](http://expresso.sapo.pt/340-doentes-mentais-onde-so-cabem-200=f531646)

[cabem-200=f531646](http://expresso.sapo.pt/340-doentes-mentais-onde-so-cabem-200=f531646) [Consultado em 19/02/13].