



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

Trajetórias pelos Cuidados de Saúde Mental: um contributo para o seu estudo

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

por

Mariana Valle da Veiga Gil da Costa

sob orientação de
Professora Doutora Filipa Palha

Faculdade de Educação e Psicologia
Porto, Junho de 2013

AGRADECIMENTOS

Aproveito este espaço, antes de mais, para prestar o meu profundo agradecimento a todos aqueles que aceitaram partilhar as suas vivências, protagonizando e dando sentido a este trabalho. As suas histórias e resiliências são verdadeiramente inspiradoras, e sinto-me privilegiada por ter tido a oportunidade de aprender com elas.

À Casa de Saúde do Bom Jesus, agradeço a abertura para a realização deste trabalho e o apoio disponibilizado ao longo de todo o processo.

Um agradecimento à minha orientadora, Professora Doutora Filipa Palha, pela confiança e apoio, e, sobretudo, em nome da ENCONTRAR+SE, ter-me envolvido na fase inicial deste estudo tão enriquecedor. Um especial agradecimento à Professora Doutora Elisa Veiga, pelo apoio e disponibilidade sempre pronta, e que muito contribuíram para este projeto. Também para a Natália vai um grande Obrigada, pelo estímulo ao longo deste percurso, pelos momentos de partilha e cooperação.

Finalmente, gostaria de agradecer aqueles que me são mais próximos: a minha família, especialmente a Vovó Miucha, porque sem ela, talvez tudo isto não se tivesse concretizado, ou seria, certamente, mais difícil; aos amigos, pelo encorajamento; e ao Rui, por tudo.

RESUMO

A discrepância verificada entre a elevada prevalência de perturbações mentais e o reduzido número de pessoas que recebe tratamento especializado (Wang, Berglund, Olfson, Pincus, Wells & Kessler, 2005) levou a um crescente interesse nos modos pelos quais as pessoas com problemas de saúde mental acedem aos cuidados que necessitam, conhecidos como *trajetórias de cuidados* (Anderson, Fuhrer, Schmitz & Malla, 2012).

Apesar dos sólidos fundamentos teóricos e empíricos que reforçam a importância da compreensão dos fatores envolvidos nestas trajetórias, em Portugal são escassos os estudos publicados nesta área.

No contexto da atual reformulação de políticas de saúde mental, o presente trabalho, inserindo-se no estudo "*Trajecórias pelos Cuidados de Saúde Mental*", tem como principal objetivo contribuir para o desenvolvimento de um guião de entrevista e exploração das possíveis variáveis envolvidas nas trajetórias de pessoas com problemas de saúde mental.

Para o efeito, foram conduzidas entrevistas em profundidade a 4 utentes de um serviço de saúde mental comunitário situado no norte do país. O tratamento de dados, de cariz qualitativo, foi realizado com recurso aos princípios da *grounded theory*. Obteve-se um sistema, cujas categorias de 1ª ordem foram as seguintes: (1) tempo; (2) problemas de saúde mental; (3) motivos ou desencadeadores; (4) agentes; (5) intervenções; (6) ações e vivências subjetivas; e (7) perceções.

O estudo demonstrou o potencial do guião de entrevista desenvolvido, permitindo recolher uma série de informação útil para uma compreensão inicial daquilo que se apresenta enquanto facilitador ou obstáculo ao processo de procura e obtenção de ajuda para um problema de saúde mental. Assim, os resultados deste estudo exploratório apresentam-se como um contributo importante para o projeto "*Trajecórias pelos Cuidados de Saúde Mental*", que, por sua vez, envolverá utentes, cuidadores informais e profissionais de saúde mental.

ABSTRACT

The discrepancy observed between the high prevalence of mental disorders and the low number of people receiving specialist treatment (Wang, Berglund, Olfson, Pincus, Wells & Kessler, 2005) led to a growing interest in the ways in which people with mental health problems access the care they need, known as pathways to care (Anderson, Fuhrer, Schmitz & Malla, 2012).

Despite solid theoretical and empirical foundations that reinforce the importance of understanding the factors involved in these pathways, in Portugal there are few published studies in this area.

This study is part of "*Trajetórias pelos Cuidados de Saúde Mental*" project and, in the context of the current mental health policies reform, it intends to contribute to the development of an interview script and exploration of the possible variables involved in people with mental health problems pathways.

Therefore, we conducted in-depth interviews to 4 users of a mental health service community located in the north of Portugal. Data analysis was conducted using a qualitative methodology, based on the principles of grounded theory. A system was obtained, whose first-order categories were: (1) time, (2) mental health problems, (3) reasons or triggers; (4) agents, (5) interventions, (6) actions and subjective experiences, and (7) perceptions.

The study demonstrated the interview script potential, allowing to gather a variety of useful information for an initial understanding of what presents as facilitator or barrier to the seeking and obtaining help for a mental health problem. Thus, the results of this exploratory study are presented as an important contribution to the "*Trajetórias pelos Cuidados de Saúde Mental*" project which, in turn, will involve users, informal carers and mental health professionals.

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	i
RESUMO	ii
ABSTRACT	iii
INTRODUÇÃO	1
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	3
1. A evolução dos cuidados em psiquiatria e saúde mental.....	3
1.1 Os desafios colocados pela psiquiatria comunitária	5
1.2 A realidade portuguesa	6
2. As trajetórias pelos cuidados de saúde mental	7
2.1 O conceito de trajetória de cuidados em saúde mental	7
2.2 Modelos explicativos das trajetórias de cuidados em saúde mental	9
3. Síntese do estado da arte: os principais determinantes das trajetórias de cuidados	12
3.1 Obstáculos nas trajetórias de cuidados	12
3.2 Facilitadores nas trajetórias de cuidados.....	14
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO	17
4. Metodologia.....	17
4.1. Objetivos	18
4.2. Questões de investigação	19
4.3. Participantes	19
4.4. Instrumentos	20
4.4.1 Questionário de dados sociodemográficos	20
4.4.2 Guião de entrevista	20
4.5. Procedimentos	22
4.5.1 Procedimentos de recolha de dados	22

4.5.2 Procedimentos de análise dos dados.....	22
5. Resultados	24
PARTE III – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO	29
6. Discussão dos resultados	29
7. Conclusão	48
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
ANEXOS	

ÍNDICE ANEXOS

Anexo 1 - Pedido de autorização para a recolha de dados à Comissão de Ética

Anexo 2 – Autorização da Comissão de Ética para a recolha de dados

Anexo 3 – Consentimento Informado

Anexo 4 – Questionário de Dados Sociodemográficos

Anexo 5 – Guião de Entrevista

Anexo 6 – Transcrição da Entrevista

Anexo 7 – Sistema de Categorias

Anexo 8 – Árvore de Categorias

Anexo 9 – Resultados dos procedimentos de questionamento dos dados (*matrix coding queries*)

INTRODUÇÃO

Estudos epidemiológicos têm vindo a demonstrar que os problemas de saúde mental se tornaram numa das principais causas de incapacidade e de morbilidade nas sociedades atuais, para além de acarretarem elevados custos em termos de sofrimento individual, de disfunção familiar e de diminuição da produtividade no trabalho. Hoje sabemos que, das dez principais causas de incapacidade, cinco são perturbações psiquiátricas e que, em todo o mundo, as perturbações mentais são responsáveis por uma média de 31% dos anos vividos com incapacidade, valor que chega a índices de cerca de 40% na Europa. Acresce, ainda, que todas as projeções apontam para um aumento significativo desta prevalência no futuro (OMS, 2001).

No entanto, é amplamente reconhecido o facto de muitas pessoas com problemas desta natureza não entrarem em contacto com serviços especializados. Estudos indicam que, na Europa, dos 27% das pessoas que experienciam um problema de saúde mental a cada ano, 75% não recebe qualquer tratamento (Wittchen & Jacobib, 2005). Mais especificamente, a Organização Mundial da Saúde (2003) indica que aproximadamente 47% das pessoas com depressão *major* não obtêm cuidados especializados, e, da mesma forma, 35-45% das pessoas com esquizofrenia permanecem sem tratamento. Uma grande parte desta discrepância pode ser explicada pelo facto de as pessoas não procurarem ou adiarem a procura de ajuda junto dos cuidados de saúde mental (Clement, Brohan, Jeffery, Henderson, Hatch & Thornicroft, 2012). Por outro lado, sabemos que a não procura de ajuda, ou o atraso no acesso a cuidados especializados, pode resultar na existência de grandes períodos de doença não tratada e que, especialmente nas perturbações psicóticas, está associada a piores resultados, a níveis de sintomatologia mais elevados, ao empobrecimento do funcionamento e qualidade de vida, bem como à redução da probabilidade de remissão (Marshall, Lewis, Drake, Lockwood, Jones & Croudace, 2005).

Ora, foi precisamente a discrepância verificada entre a alta prevalência das perturbações mentais e a probabilidade relativamente baixa de obter tratamento adequado (Pawłowski & Kiejna, 2004; Wang et al., 2005) que levou a um crescente interesse nos modos pelos quais as pessoas com problemas de saúde mental têm acesso aos cuidados e tratamento que necessitam, conhecidos como *trajetórias de cuidados* (Anderson, Fuhrer, Schmitz & Malla, 2012). A exploração destas trajetórias permite recolher indicadores importantes, incluindo os facilitadores e obstáculos à procura de ajuda e acesso aos cuidados, os fatores de satisfação e insatisfação com os serviços recebidos, de grande utilidade para uma maior e melhor utilização dos recursos existentes bem como para a definição de políticas e modelos assistenciais.

Contudo, e apesar dos sólidos fundamentos teóricos e empíricos que reforçam a importância da compreensão dos fatores envolvidos nas trajetórias de cuidados de pessoas com problemas de saúde mental, em Portugal são escassos os estudos publicados nesta área. Para além disso, parecem inexistentes estudos que tenham levado em conta as perspetivas dos protagonistas destas trajetórias que, pela experiência, se tornam o elemento-chave, ou a fonte da mais valiosa informação para a compreensão da forma como são percorridas.

É neste sentido que se inscreve o propósito e as motivações do estudo das "*Trajelórias pelos Cuidados de Saúde Mental*" que, dando voz aos protagonistas, pretende contribuir para a compreensão destes percursos com vista à definição de um modelo de referenciação, articulação e prestação de cuidados em saúde mental.

O presente trabalho enquadra-se na fase inicial deste estudo e teve como principal objetivo contribuir para o desenvolvimento de um guião de entrevista e exploração das possíveis variáveis envolvidas nas trajetórias de pessoas com problemas de saúde mental. Assim, espera-se que o presente trabalho possa não só contribuir para o aprofundamento de conhecimentos, como também para a sensibilização da importância de incluir ativamente as pessoas que experienciam um problema de saúde mental neste tipo de estudos.

Este trabalho está dividido em três grandes partes – I, II e III.

A parte I – Enquadramento Teórico – é composta por três capítulos, ao longo dos quais são explorados os temas, conceitos e modelos que servem de pano de fundo à compreensão da temática do presente trabalho.

A parte II – Estudo Empírico – é constituída por dois capítulos. No primeiro, relativo à metodologia, são apresentados os objetivos e as questões de investigação, bem como a descrição da amostra, instrumentos e procedimentos. O segundo capítulo centra-se na apresentação dos resultados, nomeadamente do sistema de categorias que emergiu da análise dos dados.

A parte III – Análise, Discussão e Conclusão – inclui, ao longo de dois capítulos, quer a apresentação e discussão dos resultados que dão resposta às questões de investigação, quer a conclusão final do trabalho, que, por seu lado, abrange uma síntese dos principais resultados, as contribuições e limitações do estudo, bem como propostas de desenvolvimentos futuros.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A parte I do presente trabalho – Enquadramento Teórico – é constituída por três capítulos.

No primeiro capítulo é feita uma breve descrição da evolução dos cuidados em saúde mental até aos dias de hoje, nomeadamente os desafios colocados pela emergência da psiquiatria comunitária e uma resenha ao estado atual da psiquiatria em Portugal, e que servem de pano de fundo ao segundo capítulo, no qual se introduz o tema das trajetórias de cuidados em saúde mental. Este segundo capítulo centra-se na definição do conceito de “*trajetórias de cuidados*”, contextualizando a pertinência do seu estudo, assim como apresentando alguns dos modelos explicativos que consideramos pertinentes. Por último, no terceiro capítulo, é realizada uma breve síntese do estado da arte, explorando os principais fatores envolvidos nestas trajetórias, nomeadamente os facilitadores e obstáculos à procura de ajuda e acesso aos cuidados de saúde mental.

1. A EVOLUÇÃO DOS CUIDADOS EM PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL: DO HOSPITAL PARA A COMUNIDADE

A forma de olhar e tratar a doença mental evoluiu ao longo dos tempos, o que tem vindo a trazer profundas transformações e uma nova esperança às pessoas que sofrem de problemas desta natureza, bem como às suas famílias e profissionais de saúde (OMS, 2001).

Segundo Thornicroft e Tansella (2002) a história recente dos serviços de saúde mental pode ser dividida em três períodos: o primeiro - *a ascensão dos asilos* - aproximadamente entre 1880 e 1950; o segundo - *o declínio dos asilos* - na maioria dos países desenvolvidos na década de 50 do século passado; e o terceiro – *a procura de equilíbrio entre os cuidados hospitalares e de base comunitária* - iniciado aproximadamente em 1980.

Ao longo do primeiro período - *a ascensão dos asilos* - e até meados do século XX a resposta dos serviços de saúde mental às pessoas com perturbação psiquiátrica passava, essencialmente, pela possibilidade de serem internadas em centros hospitalares, por longos períodos de tempo, ou até mesmo durante toda uma vida. Dada a inexistência de tratamentos farmacológicos, a uma população isolada da sociedade, e com uma ampla gama de perturbações clínicas, disponibilizava-se, sobretudo, a contenção das alterações comportamentais e a satisfação de necessidades básicas e de sobrevivência (Schene, Tessler, Gamache, & Wijngaarden, 2001; Thornicroft & Tansella, 2002; McDaid & Tansella, 2005).

Durante a segunda metade do século XX, que corresponde ao segundo período - o *declínio dos asilos* - começam a denunciar-se repetidamente as falhas do sistema asilar de cuidados, de que são exemplo os maus-tratos, abandono, isolamento e cronificação dos doentes, deixando clara a limitação das instituições hospitalares para alcançar a finalidade de tratamento a que se propunham. Ao mesmo tempo, uma série de avanços técnicos e sociopolíticos, como por exemplo, os progressos significativos da psicofarmacologia, o movimento a favor dos direitos humanos e a incorporação de componentes sociais e mentais na definição de saúde, impuseram uma redefinição dos modelos assistenciais em saúde mental. Assiste-se, assim, a uma mudança de ênfase da atenção em grandes instituições carcerárias, que com o tempo se haviam tornado repressivas e regressivas, para uma atenção mais aberta e flexível na comunidade (OMS, 2001; Thornicroft & Tansella, 2002; Vidal, Bandeira & Gontijo, 2008). Em consequência de avanços importantes também no que diz respeito ao conhecimento das doenças mentais e da importância do tratamento na comunidade, os anos 50 do passado século viram nascer o movimento de desinstitucionalização psiquiátrica (Thornicroft & Tansella, 2002; Ochoa, Villalta, Haro, Usall, Autonell, Vilaplana, & Dolz, 2006). O processo de desinstitucionalização também não decorreu da forma esperada, tendo sido constatado o défice de serviços comunitários (Foster 2000; McDaid & Tansella, 2005; Berstein, 2007) capazes de garantir cuidados de qualidade às pessoas nas diferentes fases de recuperação e vivência da doença.

O terceiro período – *a procura de equilíbrio entre os cuidados hospitalares e de base comunitária* – vem, assim, caracterizar-se essencialmente pelo reconhecimento destes dois tipos de cuidados como elementos complementares e necessários para se alcançar bons resultados em saúde mental. É hoje consensual a necessidade de disponibilizar respostas compreensivas e integradoras, incorporando elementos de ambos os tipos de cuidados, onde os serviços de primeira linha se baseiam na comunidade, com apoio dos hospitais, que devem disponibilizar, quando necessário e tão breve quanto o possível, cuidados de internamento em situações agudas. Esta abordagem tem como objetivo proporcionar serviços que ofereçam tratamento e cuidados mais próximos das populações, mais diversificados e integrados, que reflitam as necessidades e prioridades dos seus utilizadores, assegurando a continuidade de cuidados (Lamb & Bachrach, 2001; Thornicroft & Tansella, 2002; Thornicroft & Tansella, 2004; McDaid & Tansella, 2005; Maj, 2010).

A procura deste equilíbrio não tem, contudo, acontecido de uma forma sistemática e uniforme, variando de país para país e envolvendo muitas fases de avanço e retrocesso (Thornicroft & Tansella, 2002), estando bem documentada a carência de serviços de saúde mental integrados e suficientes em diferentes partes do mundo.

1.1 OS DESAFIOS COLOCADOS PELA PSIQUIATRIA COMUNITÁRIA

A prestação de cuidados psiquiátricos baseados na comunidade tem-se desenvolvido extraordinariamente nos países ocidentais industrializados nas últimas décadas, o que se tem traduzido num intenso debate acerca das vantagens desta abordagem terapêutica por comparação à abordagem mais tradicional, centrada no hospital psiquiátrico (Xavier, Caldas de Almeida, Martins, Barahona, & Kovess, 2002).

Muitos trabalhos têm identificado uma série de vantagens dos serviços comunitários em detrimento dos de base hospitalar, como por exemplo, a melhoria do contacto com os serviços; a redução das taxas de admissão; a prevenção de hospitalizações prolongadas; a melhoria do funcionamento social e uma maior satisfação por parte dos utilizadores dos serviços (Tyrer, Seivewright & Wollerton, 1984; Muijen, Marks, Connolly & Audini, 1992; Jackson, Gater, Goldberg, Tantam, Loftus & Taylor, 1993; Eikelmann, 2000). A investigação tem indicado que, em comunidades onde o processo de desinstitucionalização foi acompanhado do desenvolvimento de cuidados baseados na comunidade, combinando serviços psiquiátricos e de suporte, o resultado, na maioria das vezes, beneficiou as pessoas com doença mental (Lamb & Bachrach, 2001).

No entanto, e conforme já referido, a desinstitucionalização que não garantiu o desenvolvimento de respostas alternativas e adequadas, resultou num aumento de dificuldades para as pessoas com problemas de saúde mental (Eikelmann, 2000; Lamb & Bachrach, 2001; Fakhoury & Priebe, 2007). O pressuposto de que a desinstitucionalização seria acompanhada da criação de um novo sistema de serviços e suporte que permitisse às pessoas com doença mental estar incluídas nas suas comunidades de pertença durante todos os períodos em que não necessitem dos serviços de base hospitalar, a verdade é que a redução dos antigos *asilos* nem sempre foi totalmente substituída por novos departamentos de psiquiatria em hospitais gerais e outro tipo de serviços comunitários (Foster 2000; McDaid & Tansella, 2005; Berstein, 2007). Desta forma, um número significativo de pacientes foi simplesmente evacuado dos hospitais psiquiátricos, sem qualquer preparação ou organização adequada de cuidados na comunidade (Eikelmann, 2000; Fakhoury & Priebe, 2007). Nalguns casos, estas circunstâncias conduziram à negligência terapêutica, à desintegração social, ao aumento da população sem-abrigo, a reclusões e outras formas dramáticas de perda de qualidade de vida, comprometendo a capacidade das pessoas com doença mental para se ajustar à vida na comunidade (Foster, 2000; Eikelmann, 2000; Lamb & Bachrach, 2001; Priebe et al., 2005; Fakhoury & Priebe, 2007; Sheth, 2009).

Torna-se, assim, imperativa uma atenção cuidada no que diz respeito ao planeamento e à reorganização dos cuidados de saúde mental, e que tem vindo a ocorrer nas últimas décadas

um pouco por todo o mundo, ultrapassando o risco de se encerrarem as respostas existentes sem a garantia da sua substituição por alternativas mais adequadas.

1.2 A REALIDADE PORTUGUESA

Em Portugal, o processo de desinstitucionalização e a reforma dos serviços de psiquiatria e saúde mental tem sido lenta e difícil, com vários acidentes de percurso e propostas de reorganização deixadas na gaveta (Fazenda, 2006). Muito embora ao longo das últimas décadas se tenha assistido a uma tentativa de reestruturação dos serviços da saúde mental, que permita substituir progressivamente os cuidados baseados no hospital psiquiátrico por cuidados mais modernos e diversificados, melhor integrados no sistema geral de saúde e mais próximos das populações (Xavier et al., 2002; Caldas de Almeida et al., 1996, cit. in CNRSSM, 2007), na prática, tal nunca se efetivou cabalmente: apesar de sucessivamente legislada, a sua implementação tem ficado comprometida em vários períodos e só muito parcial e incipientemente tais respostas correspondem às necessidades identificadas (Alves, 2007).

De acordo com os resultados preliminares do primeiro estudo nacional sobre saúde mental liderado por Caldas de Almeida, Portugal é o país da Europa com a maior prevalência de doenças mentais na população. Segundo a mesma fonte, *67% das pessoas com doença mental grave estão sozinhas com o seu problema e nunca tiveram qualquer tratamento* (consultado online em ionline.pt, a 11/01/2013). Estes dados deixam, assim, claro que os serviços de saúde mental sofrem, ainda nos dias de hoje, de insuficiências graves, nomeadamente ao nível da acessibilidade, equidade e qualidade, sendo que apenas uma pequena parte das pessoas com problemas de saúde mental tem acesso a serviços especializados (CNSM, 2007).

Para além disso, em Portugal, o número de pessoas com problemas de saúde mental residentes em hospitais psiquiátricos caiu mais de 40% desde 2007 (consultado online em publico.pt, a 11/01/2013), numa altura em que dificuldades de natureza económico-financeira levaram a adiar a implementação dos projetos e expectativas levantadas pelo Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 (consultado online em rr.sapo.pt, a 19/02/13). Assim, temos vindo a assistir a um contínuo desinvestimento nesta área da saúde, à desinstitucionalização de uma parte significativa de pessoas com doença mental, sem que sejam criadas estruturas comunitárias alternativas, que lhes permitam beneficiar desse processo. Na realidade, quando se fala da integração comunitária de pessoas com doença mental em Portugal, está-se, quase exclusivamente, a falar de integração ou *transinstitucionalização* nas famílias (Alves, 2007) ou ainda, em casos mais críticos, em *transinstitucionalização* em lares de idosos superlotados

(consultado online em expresso.sapo.pt e tsf.pt, a 19/02/13), vivendo muitas delas num limiar de pobreza e de exclusão social, revelando a falência do sistema de atendimento comunitário em Portugal.

A mudança de paradigma na área da psiquiatria e saúde mental que tem vindo a ocorrer nos últimos anos, com o processo de desinstitucionalização e o encerramento de hospitais psiquiátricos, pressupõe, natural e necessariamente, o desenvolvimento de condições e respostas que garantam a sua integração efetiva na comunidade. Assim, estamos ainda longe de assistir às repercussões práticas esperadas, muito longe de poder oferecer, a todas as pessoas que necessitem, o acesso a cuidados essenciais de saúde mental, pondo em risco a sua recuperação e autonomia, o que compromete um dos direitos humanos fundamentais e que diz respeito ao acesso a cuidados adequados (CNRSSM, 2007; Palha & Marques-Teixeira, 2009). Completar a reforma dos serviços de saúde mental constitui, pois, um imperativo ético, científico, económico e político, e a única forma de responder às necessidades e expectativas dos seus utilizadores (CNRSSM, 2007). Implementar estratégias que permitam à população aceder e beneficiar de cuidados de saúde mental deve, pois, ser considerada uma prioridade nas políticas de saúde pública.

2. AS TRAJETÓRIAS DE CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL

Numa altura em que somos confrontados com uma elevada prevalência de perturbações psiquiátricas entre a população geral e em que se assiste a uma tentativa de reestruturação dos serviços de saúde mental, 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). As investigações sobre as formas de facilitar o acesso e disponibilidade de serviços de saúde mental, e 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), de que nos ocuparemos agora.

2.1 O CONCEITO DE TRAJETÓRIA DE CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL

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 grande maioria das pessoas em sofrimento psicológico significativo não recebia qualquer tratamento especializado, mesmo quando gratuito, fez crescer, por volta da década de 90 do passado século, um volumoso corpo de investigação que procurava compreender as razões porque algumas pessoas, mas não outras, acediam aos serviços, fazendo emergir, o conceito de trajetória de cuidados em saúde mental (Rogler & Cortes, 1993). Rogler e Cortes (1993) vêm, então, propor uma definição de trajetória de cuidados, entendendo-a como 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 que é oferecida 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 possuem, 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 colaboradores (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 informal compreende as fontes de suporte formal, como profissionais com papel reconhecido e treino apropriado para a disponibilização relevante de aconselhamento, suporte e/ou tratamento, de que são exemplo os profissionais de saúde mental.

Nas últimas décadas, os diversos estudos nesta área de interesse mostram que uma variedade de definições têm sido aplicadas ao contexto da saúde mental e que não existe uma definição comumente referenciada. Para além disso, 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 e 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).

Em falta de uma definição consensual, levaremos em conta a definição proposta por Rickwood e colaboradores (2005) acima mencionada, devendo trajetória de cuidados ser entendida ao longo deste trabalho 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.

2.2 MODELOS EXPLICATIVOS DAS TRAJETÓRIAS DE CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL

A procura de ajuda para problemas de saúde mental é um processo complexo, envolvendo uma série de fatores individuais, interpessoais, culturais e psicológicos (Wilson, Bushnell, & Caputi, 2011). Diferentes modelos teóricos têm vindo a ser desenvolvidos para explicar a influência destes fatores no processo de procura e acesso aos cuidados de saúde mental, pelo que a sua multiplicidade é, talvez, prova da natureza elusiva do próprio processo de procura de ajuda em si mesmo (Mojtabai et al., 2012).

Conforme referimos, o estudo das trajetórias de cuidados em saúde mental iniciou de forma mais sistemática em por volta dos anos 90 do passado século, dando origem a diferentes modelos de compreensão deste processo complexo que envolve uma diversidade de fatores.

O modelo de Goldberg e Huxley (1980), e serviu de base aos primeiros estudos na área, descreve a forma como as pessoas tendem a procurar ajuda para os seus problemas de saúde mental. Este modelo é composto por cinco níveis sequenciais de cuidados, desde os

cuidados de saúde primários até aos cuidados psiquiátricos especializados, separados entre si por filtros, que 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, já que deverão corresponder ao ponto de entrada nos serviços de saúde, pertencendo a este tipo de cuidados a decisão de referência para cuidados mais diferenciados. Apesar de alguns estudos sobre as trajetórias de cuidados terem demonstrado que a maior parte das pessoas inicia o seu processo de procura de ajuda junto dos cuidados de saúde primários (Gater & Goldberg, 1991; Amaddeo, Zambello, Tansella & Thornicroft, 2001; Stain, Kisely, Miller, Tait & Bostwick, 2003; Giasuddin, Chowdhury, Hashimoto, Fujisawa & Waheed., 2012) outros, no entanto, identificaram outras portas de entrada, com prevalência significativa, de que são exemplo o sistema de justiça criminal (Harrison et al., 1997), os serviços de urgência (Hayward & Moran, 2007; Andersom et al., 2012), os curandeiros ou padres (Mkize & Uys, 2004; Giasuddin et al., 2012) e, ainda, a autorreferenciação para serviços de saúde mental (Amaddeo et al., 2001; Bekele, Flisher, Alem & Baheretebeb, 2009; Fujisawa et al., 2008; Giasuddin et al., 2012), demonstrando que nem sempre as pessoas utilizam a sequência prevista no modelo de Goldberg e Huxley (1980).

O modelo comportamental de Andersen (1995) vem, por outro lado, dar relevo essencialmente à função do indivíduo e aos condicionalismos do comportamento e não tanto à dos serviços, como acontece no modelo anterior. De acordo 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. Argumentando que todo indivíduo é um ser social, Pescosolido (1992) vem propor que o foco de análise se centre no indivíduo no contexto das suas interações sociais, assumindo que as pessoas modelam e são modeladas pelas redes de relações sociais que estabelecem. Desta forma, propõe um modelo que enfatiza, 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 criam crenças (e.g. através daquilo que amigos, família e organizações dizem acerca dos problemas de saúde mental), informação (e.g. onde o indivíduo pode obter ajuda para as suas dificuldades) e 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).

Este carácter interpessoal do processo de procura de ajuda é reforçado pelo modelo de Rickwood e colaboradores (2005), que num vasto trabalho de investigação quantitativo e qualitativo (n= 2721) procuraram descobrir os fatores que determinam a procura de ajuda entre os jovens (dos 14 aos 24 anos) com os 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 procura 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.

Dada a evidência de que é pouco provável que os jovens procurem ajuda para os seus problemas de saúde mental, Biddle e colaboradores (2007) vêm propor um modelo de “*não procura de ajuda*” – o *ciclo de evitamento* – e 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 o modelo de 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, poderão ultrapassar o limite tolerável de sofrimento psicológico procurando ajuda, quer através pressão externa, ou devido ao reconhecimento de que o seu sofrimento é real e de que o apoio é necessário (Biddle & Gowen, 2009).

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

A literatura tem vindo a demonstrar que as pessoas com problemas de saúde mental seguem diferentes trajetórias antes de chegarem aos cuidados especializados. Como comportamento que é, o processo de procura de ajuda acontece e desenvolve-se sob a influência de uma série de fatores psicológicos, sociais e culturais (Mojtabai et al., 2012). No entanto, e apesar do esforço de investigação considerável nesta área, pouco consenso foi, até hoje, alcançado no que diz respeito à diversidade de fatores que influenciam estas trajetórias. Vários problemas têm dificultado o estudo deste fenómeno, 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), e que, naturalmente, condicionam compreensão clara 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 compreender 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.

3.1 OBSTÁCULOS NAS TRAJETÓRIAS DE CUIDADOS

O ato de procurar ajuda para um problema de saúde mental pressupõe um complexo processo de identificar a necessidade de cuidados, decidir procurar ajuda e levar a cabo a decisão, condicionado por uma variedade de fatores, determinando 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; e a intenção, por sua vez, nem sempre conduz ao comportamento (Rickwood et al., 2005).

Na literatura pode encontrar-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 encontrados 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 junto de quem procurar ajuda (Etheridge et al., 2004; Gulliver et al., 2010), a lacuna no reconhecimento das dificuldades como parte de um problema de saúde mental (Judge et al., 2005; Wong, 2007) e a falta de perceção 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 e constrangimento associados 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 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), aqueles que são do sexo masculino (Oliver et al., 2005; Mackenzie et al., 2006), e os que têm menor apoio por parte da rede de suporte social (Ciarrochi, Deane, Wilson & Rickwood, 2002; Sheffield, Fiorenza & Sofronoff, 2004; Downs & Eisenberg, 2012) parecem aqueles que estão menos propensos à procura de ajuda para os seus problemas de saúde mental. 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 (Sue, Fujino, Hu, Takeuchi & Zane, 1991; Bhui et al., 2003), e que, em parte, poderá ser explicada pela relutância na procura de ajuda devido à discriminação percebida (Karlsen & Nazroo, 2002).

Na literatura é possível encontrar também alguns fatores relacionados com a organização ou acessibilidade dos serviços enquanto obstáculos ao processo de procura de ajuda. Entre eles podem encontrar-se as lacunas na referenciação 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 referenciação 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).

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 tradução destas intenções em comportamento (Rickwood et al., 2005).

Alguns dos facilitadores do processo de procura e obtenção de ajuda são simplesmente o oposto dos obstáculos que foram anteriormente explicitados. 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 operam, pelo contrário, como facilitadores neste mesmo processo (Rickwood et al., 2005). Estes conhecimentos e crenças são parte daquilo que têm vindo a ser descrito na literatura como *mental health literacy*¹ (Jorm et al., 1997), e que inclui a

¹ Termo que deriva de literatura internacional, pelo que não foi traduzido. Tem origem na expressão “*health literacy*”, 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

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, identificar o problema e saber onde e como procurar ajuda, facilita o acesso das pessoas com problemas de saúde mental aos cuidados especializados de que podem beneficiar.

Da mesma forma, assim como o empobrecimento da 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 enquanto facilitador. O suporte emocional e encorajamento por parte de outros significativos 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).

É possível encontrar na literatura referências também às experiências passadas positivas enquanto facilitadoras ao longo das trajetórias (Rickwood et al., 2005; Gulliver et al., 2010), demonstrando que aqueles que tiveram experiência de serem ajudados por um profissional no passado estarão mais propensos à procura deste tipo de ajuda no futuro.

A inteligência emocional, i.e., a capacidade para identificar, descrever, compreender e gerir emoções (Mayer, Caruso & Salovey, 1999) surge igualmente em alguns estudos enquanto facilitadores 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 do sofrimento psicológico tem-se apresentado também como determinante, facilitando o comportamento de procura de ajuda (Blumenthal & Endicott, 1996; Bebbington et al., 2000).

A compreensão da forma como as pessoas procuram e recebem ajuda para os seus problemas de saúde mental é hoje consensualmente considerada como um ponto de partida para melhorar o planeamento, organização e disponibilização dos serviços (Gater et al., 2005; Fujisawa et al., 2008); monitorizar as mudanças na prestação de cuidados (Harrison et al., 1997; Amaddeo et al., 2001); bem como para compreender e sugerir formas de reduzir os

competências cognitivas e sociais, relacionadas com a capacidade pessoal e coletiva de promoção de saúde, dando origem ao termo *mental health literacy*.

atrasos na procura de tratamento e referências para cuidados especializados (Gureje et al., 1995; Mkize & Uys, 2004; Gater et al., 2005; Fujisawa et al., 2008).

Refletindo a natureza, acessibilidade e disponibilidade dos serviços (Gureje, Acha & Odejide, 1995; Mkize & Uys, 2004), o estudo das trajetórias de cuidados é reconhecido como um método rápido, útil e pouco dispendioso (Pawłowski & Kiejna, 2004; Fujisawa et al., 2008), capaz de, num período de reforma, gerar 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). É de notar, ainda, que a investigação aponta para o envolvimento da perspetiva do utilizador dos serviços enquanto uma das fontes mais valiosas de informação para a melhoria do acesso aos cuidados em saúde mental (Gonçalves & Käßpler, 2010).

Em suma, e como decorre da revisão da literatura realizada, mais pesquisa é necessária, nomeadamente em Portugal, onde escasseiam estudos desta natureza e que levem em conta a perspetiva dos próprios utilizadores dos cuidados. É necessário e urgente aprofundar a compreensão dos fatores que inibem ou facilitam o acesso das pessoas com problemas de saúde mental aos cuidados especializados, ultrapassar um dos grandes desafios à intervenção e prevenção eficaz, e que tem a ver com a relutância das pessoas na procura de ajuda para os seus problemas de saúde mental.

PARTE II – ESTUDO EMPIRICO

A parte II do presente trabalho – Estudo Empírico – é constituída por dois capítulos. No primeiro, relativo à metodologia, são apresentados os objetivos, questões de investigação, participantes, instrumentos e procedimentos. No segundo capítulo, são apresentados os resultados obtidos.

Como foi já referido, o interesse pelas trajetórias de cuidados de pessoas com doença mental tem vindo a aumentar nos últimos anos, principalmente devido ao reconhecimento de que uma grande parte deste grupo de pessoas não acede aos cuidados e tratamento que necessitam. A exploração destas trajetórias torna-se, assim, essencial para recolher indicadores importantes, de que são exemplo os facilitadores e obstáculos à procura e acesso aos cuidados bem como os fatores de satisfação e insatisfação relativamente aos serviços que recebem, de grande utilidade para uma maior e melhor utilização dos recursos existentes.

O presente trabalho constitui um estudo piloto, no qual se pretende testar a adequabilidade dos instrumentos de recolha de dados a serem utilizados numa investigação mais alargada, e que tem como finalidade contribuir para a definição de um modelo de referenciação, articulação e prestação de cuidados de saúde mental, no sentido de promover um maior acesso da população a cuidados desta natureza.

4. METODOLOGIA

Dados os objetivos deste trabalho, optou-se, desde logo, por utilizar uma metodologia qualitativa de investigação, considerada 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). Para além disso, não havendo preocupação com o controlo rigoroso de variáveis, estatística ou generalização de resultados, a metodologia qualitativa mostrou-se particularmente útil quando existia, sobretudo, uma preocupação com as pessoas, enquanto indivíduos, as suas representações, significados, experiências e visão do mundo (Guba & Lincoln, 1998; Creswell, 2007).

Permitindo a criação teórica acerca da realidade plurideterminada, diferenciada, irregular, interativa e histórica, que representa a subjetividade humana (Rey, 2005, p.29), assumiu-se que a informação qualitativa estaria em condições de proporcionar uma melhor compreensão

do comportamento humano (Guba & Lincoln, 1998), estudar a realidade sem a fragmentar ou descontextualizar, partindo dos próprios dados, em detrimento de teorias prévias, para compreender o fenómeno em estudo (Almeida & Freire, 2003).

De acordo com os pressupostos da investigação qualitativa, assume-se ao longo deste trabalho o investigador enquanto instrumento-chave na recolha de dados (Denzin & Lincoln, 2003), já que é aquele quem os recolhe e que, ao jeito de uma descoberta progressiva, encara a desafiadora tarefa de dar sentido ao que vai aprendendo (Denzin & Lincoln, 1994, p.500), de compreender o significado que os participantes atribuem às suas experiências (Bogdan & Biklen, 1994). Não existindo produção de conhecimento independente do sujeito conhecedor, o investigador assume a responsabilidade do seu papel interpretativo (Fernandes & Maia, 2001, p. 53), incorporando na sua produção científica a sua própria subjetividade, dependente do seu passado, história, contexto e pressupostos (Creswell, 2007). À luz desta perspetiva assume-me, ainda, que os relatos seguem regras e tradições, não sendo isentos de valores e, por isso, não são objetivos (Fernandes & Maia, 2001, p. 50). A epistemologia subjacente está de acordo com o pressuposto construtivista de que "...o conhecimento científico do mundo não reflete diretamente o mundo tal como ele existe externamente ao sujeito conhecedor, mas é produzido ou construído pelas pessoas e dentro de relações históricas, sociais e culturais" (Henwood & Nicolson, 1995, p. 109, cit. in Fernandes & Maia, 2001, p. 50).

4.1 OBJETIVOS

Pretende-se, em geral, explorar as vivências individuais de um grupo de pessoas com experiência de um problema de saúde mental no caminho percorrido pelos cuidados de saúde mental, no sentido de obter resposta para o seu problema.

Deverão ser, ainda, referidos os objetivos específicos, que decorrem do objetivo geral e que foram igualmente, considerados no presente estudo. A partir da experiência do grupo de participantes pretende-se, em específico:

1. Identificar os desencadeadores do contacto com os serviços prestadores de cuidados de saúde mental;
2. Identificar os atores e contextos envolvidos na trajetória pelos cuidados de saúde mental, bem como compreender o papel que desempenham;
3. Identificar os facilitadores e obstáculos percebidos ao processo de procura e obtenção de ajuda para o problema de saúde mental;

4. Explorar as percepções relacionadas com os serviços prestadores de cuidados de saúde mental com os quais foram contactando ao longo da trajetória;
5. Explorar as percepções acerca daquilo que poderia melhorar os serviços prestadores de cuidados de saúde mental;
6. Explorar a avaliação que fazem da trajetória pelos cuidados de saúde mental no momento atual;

4.2 QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

A partir dos objetivos específicos acima mencionados, foram definidas as seguintes questões de investigação:

1. Quais os desencadeadores do contacto com os serviços prestadores de cuidados de saúde mental ao longo das trajetórias dos participantes?
2. Quais os atores e contextos envolvidos nas trajetórias dos participantes e qual o papel que desempenham?
3. Quais os facilitadores e obstáculos percebidos pelo grupo de participantes na procura e obtenção de ajuda para o seu problema de saúde mental?
4. Quais as percepções do grupo de participantes acerca dos serviços prestadores de cuidados de saúde mental com os quais foram contactando ao longo das suas trajetórias?
5. Quais as percepções do grupo de participantes acerca daquilo que poderia melhorar os serviços prestadores de cuidados de saúde mental?
6. Como é avaliada a trajetória pelos cuidados de saúde mental pelo grupo de participantes?

4.3 PARTICIPANTES

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, procurámos selecionar

participantes com vivências diversificadas na experiência de um problema de saúde mental e na utilização de serviços desta natureza.

Foram selecionados 4 utentes de um serviço comunitário de saúde mental localizado em Braga, que se apresentaram disponíveis e motivados para colaboração neste estudo. Os critérios para inclusão na amostra foram a idade (superior a 18 anos), a existência de um problema de saúde mental diagnosticado, bem como a ausência de défices cognitivos que inviabilizassem a compreensão e participação produtiva na entrevista.

Para melhor caracterizar os participantes é apresentada no Quadro 1 a sua caracterização sociodemográfica.

4.4 INSTRUMENTOS

De forma a dar resposta aos objetivos definidos, foram elaborados pela equipa de investigação um questionário de dados sociodemográficos e um guião de entrevista. A elaboração dos instrumentos decorreu em várias etapas, permitindo a reflexão e aperfeiçoamento contínuos, quer da formulação das questões quer do procedimento mais adequado a utilizar.

4.4.1 Questionário Sociodemográfico

Para a caracterização do grupo de participantes foi elaborado um questionário de dados sociodemográficos com 11 itens (Cf. anexo 4). Este questionário permitiu, assim, caracterizar a amostra em termos de: género, idade, nacionalidade, área de residência, escolaridade, estado civil, filhos, agregado familiar, situação laboral, ocupação, fonte de rendimento.

4.4.2 Guião de Entrevista

Dados os objetivos do presente estudo, a entrevista em profundidade parecia ser a metodologia adequada para os atingir, uma vez que permitiria a exploração de visões e experiências de cada um dos participantes (Kitzinger, 1994).

Género	2 Masculino 2 Feminino
Idade	M=39,5; DP=3,2
Área de Residência	4 Braga
Escolaridade	1 3º Ciclo 2 Ensino secundário 1 Doutoramento
Estado Civil	2 Divorciado 2 Solteiro
Filhos	2 Com filhos 2 Sem filhos
Agregado Familiar	1 Pais 1 Sozinho 1 Filhos 1 Outros
Situação Laboral	1 Desempregado 3 Reformado
Ocupação	2 Atividades de tempos livres 1 Sem ocupação 1 Outras (e.g., voluntariado)
Fonte de Rendimento	3 Pensão de invalidez 1 Rendimento social de inserção

Quadro 1. Caracterização do grupo de participantes (n=4)

As principais vantagens deste tipo de entrevistas, em detrimento das entrevistas estruturadas e dos questionários, são, antes de mais, a possibilidade de criar empatia com o entrevistado e a flexibilidade que proporcionam, ao permitir ao entrevistado ir além do questionado e ao entrevistador seguir os interesses e preocupações daquele que entrevista, introduzindo novos tópicos. Desta forma, torna-se possível explorar mais profundamente o mundo social e psicológico dos entrevistados, utilizando as suas ideias para adaptar a entrevista às suas vivências pessoais (Smith, 1995; Oliveira, 2008). Assim sendo, permite obter um quadro detalhado das vivências, crenças e percepções dos entrevistados acerca de um fenómeno particular (Smith, 1995).

A construção do guião de entrevista foi realizada em equipa, envolvendo diversas etapas, que possibilitaram a sua evolução para um formato progressivamente mais compreensível e organizado. Com base na literatura disponível, a primeira etapa consistiu na preparação de um guião para a condução de um grupo de discussão exploratório. Junto de peritos experienciais na temática a abordar, o objetivo era garantir a adequação do guião pré-estabelecido, permitindo identificar dificuldades sentidas quer pelo entrevistador quer pelos respondentes e, ainda, eventuais redundâncias e limitações. O grupo de discussão contou com a presença de 5 utentes de uma IPSS na área da saúde mental situada no Porto, permitindo a exploração espontânea dos temas pelos participantes, tendo sempre em conta as linhas orientadoras do guião construído. Esta dinamização foi gravada em formato áudio, possibilitando, posteriormente, a análise e discussão em equipa, o esclarecimento de dúvidas e a introdução de melhorias ao guião previamente construído. Destas etapas resultou a versão final do guião de entrevista que designámos por *Trajetórias pelos Cuidados de Saúde Mental* (Cf. anexo 5), e que integra uma série de questões, agrupadas em 3 momentos centrais da trajetória dos entrevistados, a referir: a) o início da trajetória, i.e., a exploração da vivência relacionada com o aparecimento de um problema de saúde mental, b) o primeiro contacto na trajetória, i.e., a exploração da experiência do primeiro contacto de procura de ajuda para um problema de saúde mental, e c) contactos subsequentes na trajetória, onde são exploradas as experiências de procura de ajuda posteriores até ao momento atual. Ao longo de cada um destes momentos, são explorados, em simultâneo, os atores e contextos envolvidos, bem como a percepção de facilitadores e obstáculos, fatores de satisfação e insatisfação dos entrevistados. Este guião foi construído com a preocupação de permitir percorrer, ao longo do tempo, a trajetória dos entrevistados pelos cuidados de saúde mental, bem como a espontaneidade dos seus relatos, evitando o condicionamento de respostas. Desta forma, consiste, apenas, num conjunto de linhas orientadoras da entrevista, mantendo uma ampla margem de liberdade para abordar, verbalizar e explorar outras questões (Del Valle, 1997),

não apresentando, por isso, qualquer rigidez estrutural que dificulte a fluidez e a valorização da vivência pessoal dos participantes.

4.5 PROCEDIMENTOS

4.5.1 Procedimentos de Recolha de Dados

Inicialmente, foi enviado a um serviço de saúde mental comunitário situado em Braga, bem como à respetiva comissão de ética, um pedido de autorização para a recolha de dados junto dos seus utentes. Este pedido foi acompanhado de uma carta de apresentação do projeto e consentimento informado dos participantes, assegurando que todos os procedimentos éticos e deontológicos seriam considerados, nomeadamente a participação voluntária, a garantia do anonimato dos participantes e a confidencialidade dos dados (Cf. anexo 1).

As entrevistas foram realizadas entre os meses de Março e Abril de 2013, no contexto do serviço comunitário eleito para a recolha de dados, e tiveram uma duração média de 90 minutos. No início da entrevista, foi feita uma breve apresentação do entrevistador, explicado o objetivo geral do estudo, e foi pedido aos participantes o seu consentimento para gravar a entrevista em formato áudio para que se pudesse garantir o rigor na análise dos dados. Para além disso, foi-lhes garantido, desde início, o anonimato e a total confidencialidade dos dados. Após os esclarecimentos, foi solicitada aos participantes a leitura e assinatura do consentimento informado, bem como o preenchimento do questionário de dados sociodemográficos. Seguiu-se a entrevista, que tinha lugar num gabinete de atendimento individual do próprio serviço, um espaço agradável e sem ruído, onde estavam dispostos dois sofás que permitiram proporcionar um ambiente descontraído e acolhedor.

4.5.2 Procedimentos de Análise dos Dados

A análise dos dados obtidos assentou numa estratégia metodológica baseada na *grounded theory*, já que o objetivo era gerar teoria que explicasse o fenómeno de interesse, construída a partir dos dados recolhidos, deixando permanecer até ao final a hipótese de criação de conhecimento (Birks & Mills, 2011). Partiu, por isso, de um processo indutivo de produção de conhecimento e não da verificação de teoria, compreendendo um conjunto de procedimentos sistemáticos e rigorosos de análise de dados, organizados numa sequência que tendesse para uma maior complexidade e integração (Fernandes & Maia, 2001). Se, por um lado, os procedimentos são bem definidos no sentido de conduzir a interpretação com rigor e precisão, por outro, permitem a criatividade necessária à ocorrência de um dos princípios básicos na

construção da teoria: a interpretação e conceptualização dos dados (Fernandes & Maia, 2001, p. 54).

Para proceder à análise rigorosa dos dados, foi realizada a transcrição integral das entrevistas (Cf. exemplo de transcrição no anexo 6), à qual se seguiu a leitura flutuante das mesmas, permitindo estabelecer um maior contacto com os dados, registando as impressões causadas ao longo da leitura, o que facilitou a criação de categorias *a posteriori* (Bardin, 2009).

Terminada a leitura flutuante, prosseguiu-se com a leitura em profundidade e ao processo de codificação aberta, ou seja, à decomposição, análise, comparação, conceptualização e categorização dos dados (Strauss & Corbin, 1990, p. 61, cit. in Fernandes & Maia, 2001, p. 56), fazendo questões, comparações, rotulando e etiquetando as unidades de análise. O critério usado para as definir foi o de representarem uma ideia completa, podendo variar entre a linha, frase, palavra ou período, ou seja, a extensão de texto necessária para garantir a sua pertinência e compreensão, ultrapassando a possibilidade de fragmentação de significados ou sentidos.

De seguida, começou-se por fazer uma categorização descritiva, ou seja, a cada unidade de análise foram atribuídas tantas categorias descritivas quantas as que era possível construir. Esta categorização era, ainda, muito próxima das próprias palavras utilizadas pelos entrevistados. Assim, cada unidade de análise podia estar associada a uma ou várias categorias descritivas, assim como cada uma das categorias descritivas podia vir a integrar diferentes unidades de análise, identificadas ao longo de cada uma das entrevistas. À medida que as entrevistas foram sendo realizadas e analisadas, o processo de análise continuou em dois sentidos: por um lado, dava-se continuidade aos procedimentos de nomeação e conceptualização das unidades de análise, já que as categorias concetuais permitem trabalhar um maior número de dados (Fernandes & Maia, 2001, p. 56) e, por outro, sempre que uma nova entrevista era analisada verificava-se se surgiam novas categorias, e se a comparação destas com os dados já analisados justificava a reformulação da análise efetuada. O processo que conduziu dos conceitos às categorias conceptuais assentou no processo de questionamento e comparação constante, no qual o investigador identifica relações de similaridade que unem alguns conceitos e que contribuem para a construção de categorias mais abstratas (Fernandes & Maia, 2001, p. 57). Em suma, este processo assentou num questionamento constante dos dados, na conceptualização das respostas encontradas, voltar atrás no sentido de detalhar as análises efetuadas e especificar as categorias construídas, questionando e verificando até à saturação deste processo (Fernandes & Maia, 2001, p. 58), numa preocupação constante em manter a coerência entre os dados e a hierarquia de categorias em construção.

Em suma, os procedimentos de análise dos dados ocorreram num percurso de análise sequencial, de procedimentos mais simples de codificação para procedimentos cada vez mais complexos de organização e integração das análises anteriores (Fernandes & Maia, 2001, p. 63).

Todos estes procedimentos foram utilizados com o auxílio do *software* Nvivo, versão 9, já que apresentava a vantagem de proporcionar uma maior e melhor organização da informação, para além de maior rapidez no processo de análise dos dados.

Foi criado um sistema de categorias que contempla 7 categorias de 1ª ordem (mais gerais), 49 categorias de 2ª ordem, 94 de 3ª ordem, 216 de 4ª ordem, 248 de 5ª ordem, 81 de penúltima ordem e 2 de última ordem (as mais específicas). O sistema completo poderá ser consultado no anexo 7, com respetivo exemplo significativo.

No capítulo seguinte serão apresentados os resultados obtidos pela análise dos relatos dos participantes, através da descrição do sistema de categorias elaborado.

5. RESULTADOS

O conjunto de procedimentos sistemáticos e rigorosos de análise de dados, assente num processo indutivo de produção de conhecimento (Fernandes & Maia, 2001), permitiu a emergência de um sistema de categorias que, em si mesmo, constitui um resultado do presente trabalho.

Dada a extensão do sistema de categorias, nalguns casos, serão descritas apenas as categorias de 1ª, 2ª e 3ª ordens, sendo que o sistema completo se encontra para consulta no anexo 7. Por sua vez, a árvore de categorias pode ser consultada no anexo 8.

O sistema de categorias (Cf. anexo 7), construído a partir dos dados das entrevistas, considerou, naturalmente, os objetivos da investigação. Este estrutura-se a partir de 7 categorias principais: 1) TEMPO; 2) PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL; 3) MOTIVOS OU DESENCADEADORES; 4) AGENTES; 5) INTERVENÇÕES; 6) AÇÕES E VIVÊNCIAS SUBJETIVAS; e 7) PERCEÇÕES.

A criação de uma grande categoria que designamos por 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** e (1.2) **tempo do sujeito**. Por um lado, a subcategoria **tempo da trajetória** (1.1), permite situar qualquer unidade de registo ao longo do tempo que, neste caso,

se reporta ao tempo decorrido entre o início do problema e o momento atual, incluindo as subcategorias: (1.1.1) global (agregando referências à globalidade da trajetória do sujeito); (1.1.2) inicial (agregando referências que têm o seu lugar no intervalo de tempo entre o aparecimento do problema e o primeiro contacto com um agente formal); (1.1.3) intermédio (agregando referências que têm o seu lugar no intervalo de tempo ocorrido imediatamente após a fase inicial e a fase atual); (1.1.4) atual (agregando referências que se reportam ao momento atual, i.e., da realização da entrevista); e (1.1.5) não especificado (agregando referências cujo tempo da trajetória do sujeito não é por ele especificada no decorrer na entrevista). Por outro lado, a subcategoria **tempo do sujeito** (1.2), permite situar qualquer unidade de registo ao longo da história de vida do sujeito, incluindo as subcategorias (1.2.1) acontecimentos de vida [(1.2.1.1) desemprego; (1.2.1.2) divórcio; (1.2.1.3) gravidez; (1.2.1.4) maternidade; (1.2.1.5) perda da guarda judicial do filho; (1.2.1.6) problemas de saúde de um familiar próximo; (1.2.1.7) reforma; (1.2.1.8) suspensão ou despedimento do emprego]; e (1.2.2) idade [(1.2.2.1) 27 anos; (1.2.2.2) 35 anos; (1.2.2.3) entre os 15 e os 16 anos; (1.2.2.4) entre os 17 e os 18 anos; (1.2.2.5) entre os 22 e os 23 anos; (1.2.2.6) entre os 24 e os 26 anos; (1.2.2.7) infância; (1.2.2.8) cerca dos 19 anos; (1.2.2.9) por volta dos 30 anos].

A categoria que designamos de PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL diz respeito, naturalmente, às experiências de um problema de saúde mental relatadas pelos participantes ao longo da entrevista, e que incluem, indiferenciadamente, referências aquilo que pode constituir um sinal, sintoma ou diagnóstico relacionados com um problema de saúde mental: (2.1) **alucinações**; (2.2) **ansiedade**; (2.3) **choro fácil**; (2.4) **comportamentos e experiências que se desviam do expectável**; (2.5) **delírios**; (2.6) **depressão**; (2.7) **dificuldades no relacionamento interpessoal**; (2.8) **esgotamento**; (2.9) **ideação suicida**; (2.10) **ideias psicóticas**; (2.11) **insónia**; (2.12) **mania**; (2.13) **paranoia**; (2.14) **perturbação bipolar**; (2.15) **perturbação esquizoafetiva**; (2.16) **problemas de identidade**; (2.17) **psicose**; (2.18) **surto psicótico**; (2.19) **recaída**; e (2.20) **sintomatologia não especificada**.

Identificamos também a categoria que designamos de MOTIVOS OU DESENCADEADORES, e que diz respeito aquilo 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 [(4.1.1.1) assistente social; (4.1.1.2) bombeiros; (4.1.1.3) enfermeiro; (4.1.1.4) formadores; (4.1.1.5) INEM; (4.1.1.6) ministério de saúde pública; (4.1.1.7) polícia; (4.1.1.8) psicólogo; (4.1.1.9) psiquiatra; (4.1.1.10) profissional de saúde mental não especificado] e (4.1.2) informais [(4.1.2.1) amigo (s) ou colega (s); (4.1.2.2) companheiro; (4.1.2.3) familiar; (4.1.2.4) outros com um problema de saúde mental; (4.1.2.5) pessoas de quem gostamos; (4.1.2.6) pessoas em geral; (4.1.2.7) pessoas que nos conhecem bem; (4.1.2.8) vizinho (s)].

Por ser lado, na subcategoria (4.2) **contextos** podemos encontrar a presença de (4.2.1) consultório privado; (4.2.2) departamento de psiquiatria do hospital geral; (4.2.3) esquadra da polícia; (4.2.4) serviço de apoio comunitário; (4.2.5) serviço de internamento em psiquiatria; (4.2.6) serviço de urgência; e (4.2.7) não especificado.

Agrupando todas as referências dos participantes a intervenções orientadas para o problema de saúde mental disponibilizadas ao longo das trajetórias, a categoria INTERVENÇÕES, inclui: (5.1) **atividades ocupacionais**; (5.2) **consulta de psicologia**; (5.3) **cuidados de enfermagem**; (5.4) **encaminhamento para um serviço de saúde mental** [abrangendo os encaminhamentos (5.4.1) para consulta de psicologia; (5.4.2) para consulta de psiquiatria em ambulatório; (5.4.3) para internamento em psiquiatria; (5.4.4) para serviço de apoio comunitário; e (5.4.5) para serviço de urgência do hospital geral]; (5.5) **grupo de autoajuda** [onde se incluem as referências ao grupo de autoajuda enquanto um espaço onde o sujeito tem oportunidade de (5.5.1) falar; (5.5.2) obter informação; e (5.5.3) trocar experiências]; (5.6) **informação sobre a doença e tratamento** [que compreende todas as referências dos participantes aquilo que foi dito por um ator formal sobre a doença ou tratamento, como (5.6.1) caso bicudo; (5.6.2) disse que não era paciente; (5.6.3) divulgação do diagnóstico; (5.6.4) doença com direito a reforma; (5.6.5) doença incurável ou crônica; (5.6.6) doença psiquiátrica; (5.6.7) ideia de que não estava a funcionar bem; (5.6.8) informação de que o internamento era necessário para alívio dos sintomas; (5.6.9) necessidade de tomar medicação para toda a vida; (5.6.10) problema como reação a um acontecimento de vida; (5.6.11) qualquer dia você fica bom; (5.6.12) referência aos sintomas como algo anormal]; (5.7) **internamento em psiquiatria** [incluindo o internamento (5.7.1) compulsivo; (5.7.2) voluntário; ou (5.7.3) não especificado; bem como um espaço onde o sujeito teve experiências como a (5.7.4) contenção física; o (5.7.5) isolamento; a (5.7.6) preparação para a alta; e (5.7.7) relaxamento]; (5.8) **intervenção farmacológica** [incluindo a (5.8.1) administração ou prescrição medicamentosa; e a (5.8.2) supervisão na toma da medicação]; (5.9) **monitorização do estado psicológico**; (5.10) **psiquiatria** [incluindo a (5.10.1) consulta; ou a facilitação da (5.10.2) baixa médica ou (5.10.3) reforma]; (5.11) **reabilitação profissional** [incluindo a

frequência de um (5.11.1) curso de formação profissional; (5.11.2) curso profissional de hortofloricultura; e (5.11.3) curso profissional de pastelaria e panificação]; e (5.12) **visitas domiciliárias**.

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**.

Nas (6.1) **ações** podemos encontrar quer (6.1.1) ações de agentes informais [como (6.1.1.1) apoio emocional; (6.1.1.2) apoio financeiro; (6.1.1.3) apoio instrumental; (6.1.1.4) apoio residencial; (6.1.1.5) assinar o termo de responsabilidade para sair do internamento; (6.1.1.6) desincentivar a toma da medicação; (6.1.1.7) exercer violência física ou psicológica; (6.1.1.8) incentivar a continuar os estudos; (6.1.1.9) incentivar a fugir do internamento; (6.1.1.10) incentivar a toma da medicação; (6.1.1.11) não dar apoio; (6.1.1.12) procurar ajuda para o problema; (6.1.1.13) procurar informação sobre a doença e tratamento; (6.1.1.14) procurar ou buscar o sujeito; (6.1.1.15) retirar o(s) filho(s); e (6.1.1.16) sinalizar o problema] quer (6.1.2) ações do próprio [como (6.1.2.1) armar uma confusão; (6.1.2.2) automedicar; (6.1.2.3) comer; (6.1.2.4) dormir; (6.1.2.5) fazer queixa na polícia; (6.1.2.6) fugir; (6.1.2.7) fumar; (6.1.2.8) fumar haxixe; (6.1.2.9) mudar de casa; (6.1.2.10) mudar de emprego; (6.1.2.11) procurar casa; (6.1.2.12) trabalhar; e (6.1.2.13) relacionadas com o problema].

Por outro lado, na (6.2) **caraterização do estado físico e/ou mental**, podemos encontrar referências dos participantes à experiência de estados físicos e/ou mentais (6.2.1) negativos [como (6.2.1.1) à parte; (6.2.1.2) alterado; (6.2.1.3) angústia; (6.2.1.4) catatónico; (6.2.1.5) confusão ou desorientação; (6.2.1.6) desesperança; (6.2.1.7) desespero; (6.2.1.8) desligado; (6.2.1.9) diferente; (6.2.1.10) em baixo; (6.2.1.11) espiral; (6.2.1.12) estagnação; (6.2.1.13) exausto; (6.2.1.14) frustração; (6.2.1.15) mal-estar; (6.2.1.16) medo ou receio; (6.2.1.17) pesadelo ou terrível; (6.2.1.18) pifei; (6.2.1.19) pior; (6.2.1.20) pressão; (6.2.1.22) revolta; (6.2.1.23) sobrecarga; (6.2.1.24) sozinho ou isolado; (6.2.1.25) transtornado; e (6.2.1.26) tristeza, sofrimento ou dor], (6.2.2) neutros [como (6.2.2.1) indiferença; (6.2.2.2) mais ou menos; e (6.2.2.3) normal] ou (6.2.3) positivos [como (6.2.3.1) bem-estar; (6.2.3.2) capaz; (6.2.3.3) esperança ou otimismo; (6.2.3.4) estável; (6.2.3.5) forte; (6.2.3.6) livre; e (6.2.3.7) melhor].

Ainda dentro daquilo que consideramos AÇÕES E VIVÊNCIAS SUBJETIVAS, podemos encontrar dados relativos ao (6.3) **impacto do problema na vida do sujeito**, e que foram subdivididos nas subcategorias interferência generalizada (6.3.1); impacto interpessoal (6.3.2) [incluindo (6.3.2.1) geral; (6.3.2.2) na escola ou universidade; (6.3.2.3) na família; (6.3.2.4) no trabalho; e (6.3.2.5) na vida dos vizinhos]; e impacto intrapessoal (6.3.3) [compreendendo (6.3.3.1) fazer coisas de que nos arrependemos; (6.3.3.2) medo de andar na rua; (6.3.3.3) na gestão doméstica; (6.3.3.4) na gestão financeira; (6.3.3.5) na ocupação do tempo; e (6.3.3.6) no bem-estar pessoal].

De igual modo, os participantes fizeram referências ao **impacto do problema em outros significativos** (6.4), e que se encontra ramificado nas subcategorias: (6.4.1) afeta principalmente aqueles de quem mais gostamos; (6.4.2) custou-lhes muito; (6.4.3) não estava a contar; e (6.4.4) tristeza.

Por último foi criada a categoria que designamos de PERCEÇÕES, de onde emergem todas as representações, significados e interpretações dos participantes acerca de aspetos críticos das suas trajetórias. Dada a extensão desta categoria, e por limitações de ordem prática, faremos referência apenas às subcategorias de 2ª e 3ª ordem, podendo todo o sistema de categorias ser consultado no anexo 7. A categoria PERCEÇÕES agrega, então, as subcategorias: (7.1) **relativas à medicação** [(7.1.1) perceções positivas; (7.1.2) perceções negativas]; (7.2) **relativas à reforma** [(7.2.1) perceções positivas; (7.2.2) perceções negativas]; (7.3) **relativas à trajetória** [(7.3.1) como um caminho de altos e baixos; (7.3.2) perceções positivas; (7.3.3) perceções negativas]; (7.4) **relativas ao problema** [(7.4.1) à evolução do problema; (7.4.2) ao diagnóstico; (7.4.3) ao pedido de ajuda ou obtenção de resposta; (7.4.4) ao que ajudou a lidar com o problema; (7.4.5) ao reconhecimento do problema; (7.4.6) aos problemas de saúde mental em geral]; (7.5) **relativas aos serviços prestadores de cuidados de saúde mental** [(7.5.1) em geral; (7.5.2) consulta de psiquiatria; (7.5.3) consulta de psicologia; (7.5.4) serviços de apoio na comunidade; (7.5.5) internamento; (7.5.6) reabilitação profissional; (7.5.7) grupo de autoajuda; (7.5.8) sugestões de melhoria]; e (7.6) **relativas aos profissionais de saúde mental** [(7.6.1) perceções positivas; (7.6.2) perceções negativas; (7.6.3) características valorizadas; (7.6.4) deviam ser pessoas especiais; (7.6.5) relação mais próxima com psicólogos do que com psiquiatras; (7.6.6) têm diferentes abordagens; (7.6.7) uns marcam mais outros menos].

Partindo da categorização realizada será apresentada, na terceira parte deste trabalho, a discussão dos resultados obtidos.

PARTE III – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

A parte III do presente trabalho – Discussão e Conclusão – é constituída por dois capítulos. No primeiro - Discussão dos Resultados - são apresentados os resultados que dão resposta às questões de investigação do presente estudo, ao mesmo tempo que, com base na literatura relevante, é realizada uma discussão integrada dos mesmos. No segundo capítulo – Conclusão - é feita uma síntese dos principais resultados, são salientadas as contribuições e as limitações do estudo bem como propostos desenvolvimentos futuros.

6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Ao iniciar-se a presente discussão, torna-se relevante, antes de mais, salientar que o presente estudo considerou apenas um local de recolha de dados, com características diferenciadas no que diz respeito à prestação de cuidados em saúde mental. Assim, as trajetórias dos participantes aqui espelhadas não são, naturalmente, representativas daquilo que são as trajetórias de uma grande parte de pessoas que experienciam um problema de saúde mental e que não tem acesso a este tipo de cuidados cujo desenvolvimento é reduzido em Portugal. Assim, num outro contexto de recolha de dados, possivelmente, os resultados seriam diferentes daqueles que serão discutidos de seguida. Ressalva-se, no entanto, o facto de o presente trabalho constituir um contributo no desenvolvimento de um guião de entrevista e não propriamente descrever o fenómeno em causa.

A análise dos dados, tal como referido anteriormente, será orientada pela resposta às questões de investigação (Cf. metodologia). Contudo, antes ainda, é de salientar que alguns dos resultados apresentados decorrem de análises realizadas através do *software* Nvivo, de que são exemplo o *matrix coding query*, um procedimento de questionamento dos dados que permite comparar resultados de diferentes grupos ou entre temas.

1. Quais os desencadeadores do 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 (3.) MOTIVOS OU DESENCADEADORES do contacto com um agente e/ou uma intervenção ao longo da trajetória.

A partir dos relatos dos participantes foi possível identificar 3 grandes desencadeadores do contacto com os serviços prestadores de cuidados de saúde mental. Por ordem decrescente em termos de volume de referências, temos: 1) ação do próprio ou de um ator informal; 2) encaminhamento por parte de um ator formal; e 3) o problema de saúde mental em si mesmo.

Relativamente às ações enquanto desencadeadoras do contacto com os serviços, e a avaliar pelo volume de referências, parecem ser, sobretudo, aquelas por parte de atores informais, como familiares e amigos, aquelas que mais frequentemente levam ao contacto com os serviços (Cf. anexo 9). 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 autodestrutivos como as tentativas de suicídio (e.g., “*E... eu fui internada, porque tive uma tentativa de suicídio*”), a ingestão medicamentosa voluntária (e.g., “*fui internado também uma vez que também tomei medicação*”) ou a automutilação (e.g., “*quando me cortei (...) tinha isto assim cheio de sangue, assim...uns cortes e assim...e os meus pais viram-me (...) levaram-me ao hospital*”) (Cf. anexo 9). 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 (Clement et al., 2012). Aqui, parece relevante retomar ao modelo de Biddle e colaboradores (2007), que salienta o facto de muitas pessoas, especialmente a mais jovens, se mostrarem 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 podemos sugerir como facilitador deste processo será o aumento da *mental health literacy* 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 (Cf. anexo 9), que, através dos encaminhamentos ou referências que fazem, desencadearam 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 (Cf. anexo 9). É interessante notar que, no presente estudo, nenhum participante referiu o contacto com o 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). Isto talvez possa explicar a razão pela qual o internamento hospitalar reúne o maior número de referências na fase inicial da trajetória (Cf. anexo 9). Por outro lado, parecem demonstrar carências ao nível dos cuidados de saúde primários no que diz respeito à deteção do problema e referenciação para cuidados especializados, mas também o adiamento da procura de ajuda por parte das pessoas com problemas de saúde mental ou o estigma associado a essa procura, já muito evidenciados na literatura (Anderson et al., 2012; Etheridge et al., 2004; Judge et al., 2005; Wong, 2007; Tanskanen et al., 2011).

Em menor proporção, foi possível encontrar também referências dos participantes a sintomas psicopatológicos, como a experiência de alucinações, “*esgotamento*”, depressão ou choro fácil (e.g. “às vezes tenho vontade de chorar permanente (...) penso sempre... hum... ir ao médico, ir à psicóloga, e ir à psiquiatra”), enquanto desencadeadores do contacto dos sujeitos com os serviços de saúde mental ao longo das trajetórias (Cf. anexo 9). 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).

2. 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 (4.) AGENTES, (5.) INTERVENÇÕES e (6.) 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.

De acordo com Rogler e Cortes (1993), 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 (Cf. anexo 9), não se apresenta surpreendente. Sendo aquela que reúne maior número de referências, salienta 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), especialmente na sinalização do problema e procura de ajuda para o mesmo, mas também na disponibilização de apoio emocional e instrumental ao sujeito ao longo da trajetória.

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 percepção de “*afastamento*” por parte destes atores (e.g., “*os meus pais não aceitavam isto, nem sabiam o que era (...) não me visitavam, nada...eu estava por mim própria*”). 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). Também as famílias precisam de apoio para 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 muito arrastada, podendo explicar a negação de cuidados específicos por parte dos familiares, incluindo de apoio ao familiar doente, como evenciam os relatos dos participantes acima mencionados. Sendo verdade, estes dados sugerem a necessidade de um maior envolvimento dos familiares no tratamento, especialmente numa fase inicial do problema. As intervenções psicoeducativas precoces com a com a família poderiam ajudar a compreender o problema, bem como melhorar a sua capacidade para ultrapassar e se ajustar 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 (Cf. anexo 9), apercebendo-se ou chamando a atenção do sujeito para algo que não está bem (e.g., “*O único feedback que eu tive foi de um amigo meu dizer-me que a minha cabeça não tava boa*”).

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, informação sobre a doença e tratamento, bem como intervenção farmacológica como resposta ao problema. O psiquiatra parece desempenhar um papel importante também no encaminhamento para serviços prestadores de cuidados de saúde mental, 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, embora apareça também envolvido na referenciação para outros serviços, nomeadamente serviços de apoio na comunidade (Cf. anexo 9).

No que diz respeito aos contextos, o serviço de internamento em psiquiatria e o serviço de apoio comunitário são aqueles que, pelo volume de referências ao longo das entrevistas,

parecem constituir os contextos mais significativos das trajetórias dos participantes. Numa fase inicial da trajetória, o internamento parece constituir o contexto preponderante, mantendo-se na fase intermédia, juntamente com o serviço de apoio comunitário, estando a fase atual marcada, essencialmente, pela presença do serviço de apoio comunitário (Cf. anexo 9). Estes dados parecem vir ao encontro daquilo que havia sido mencionado no Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 (CNSM, 2008), de que o internamento continua a consumir a maioria dos recursos, quando toda a evidência científica mostra que as intervenções na comunidade, mais próximas das pessoas, são as mais efetivas e as que colhem a preferência dos utentes e das famílias.

Com os dados recolhidos foi também possível compreender o papel desempenhado pelos diversos contextos ao longo das trajetórias dos participantes.

O serviço de internamento surge nos relatos dos participantes como disponibilizando, sobretudo, o internamento enquanto intervenção em fase aguda da doença. São, contudo, de realce, as referências à intervenção farmacológica, às atividades ocupacionais e à disponibilização de informação sobre a doença e tratamento enquanto resposta ao problema de saúde mental no contexto do internamento em psiquiatria (Cf. anexo 9).

No contexto do serviço de apoio comunitário, por seu lado, os participantes fazem alusão, particularmente, às consultas de psicologia, à reabilitação profissional, às atividades ocupacionais e às visitas domiciliárias enquanto intervenção ou resposta para o problema de saúde mental (Cf. anexo 9).

Embora os restantes contextos reúnam menos referências por parte dos participantes, parece relevante notar que, no departamento de psiquiatria do hospital geral, os sujeitos recebem, sobretudo, consultas de psiquiatria; o serviço de urgência disponibiliza, essencialmente, o encaminhamento para o serviço de internamento em psiquiatria e os consultórios privados são procurados, especialmente para consultas de psiquiatria.

Um outro contexto a referir é a polícia, ou esquadra da polícia, aparecendo evidenciado em 3 das trajetórias estudadas, com o papel de encaminhar para o serviço de urgência do hospital geral (Cf. anexo 9). A presença da polícia nas trajetórias de cuidados de pessoas com doença mental já tem vindo a ser demonstrada em muitos estudos, como por exemplo o de Anderson e colegas (2012) no Canadá, no qual mais de metade dos sujeitos (n=149) tiveram contacto com a polícia ou ambulância nalgum ponto das suas trajetória, sugerindo que a probabilidade desse contacto aumenta 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 as trajetórias de cuidados negativas podem ser evitadas pelo aumento do contacto com os cuidados de saúde primários,

melhorando a detecção precoce da doença por parte dos profissionais desse tipo de cuidados. Um estudo do Reino Unido encontrou também uma associação entre o envolvimento do médico de clínica geral e a redução da probabilidade de internamentos compulsivos e do contacto com a polícia (Cole, Leavey, King, Johnson-Sabine & Hoar, 1995).

Foi também possível compreender a forma como as diferentes respostas se organizam ao longo do tempo da trajetória dos sujeitos. Assim, numa fase inicial existem referências, sobretudo, à intervenção médica e farmacológica, o que se mantém na fase intermédia, com a introdução de respostas psicossociais, como é o caso da consulta de psicologia. Já na fase atual das trajetórias dos participantes, há, pelo contrário, sobretudo menção a intervenções psicossociais, de que são exemplo as consultas de psicologia, as atividades ocupacionais e grupo de autoajuda, a par com as consultas de psiquiatria, evidenciando a complementaridade atual entre as abordagens farmacológica e psicossocial nas trajetórias dos participantes. Estes dados parecem ir ao encontro daquilo que são as diretrizes de tratamento mais recentes (e.g., Schizophrenia PORT, NICE schizophrenia guidelines), privilegiando o tratamento integrado, com vista à recuperação e otimização do bem-estar geral dos indivíduos (Lieberman, Stroup & Perkins, 2012).

3. Quais os facilitadores e obstáculos percebidos pelo grupo de participantes na procura e obtenção de ajuda para o seu problema de saúde mental?

Para responder a esta questão foi considerada a subcategoria (7.4) **percepções relativas ao problema**, e, mais especificamente, a subcategoria (7.4.3) percepções relativas ao pedido de ajuda ou obtenção de resposta para o problema de saúde mental.

A partir dos seus relatos foi possível identificar 12 grandes obstáculos percebidos à procura e obtenção de ajuda para o seu problema de saúde mental. Por ordem decrescente em termos de volume de referências podemos encontrar: 1) a lacuna no reconhecimento do problema; 2) a falta de conhecimento ou informação sobre os problemas de saúde mental; 3) as dificuldades no acesso aos serviços prestadores de cuidados de saúde mental; 4) as crenças ou atitudes negativas face aos serviços; 5) as experiências passadas negativas com serviços ou profissionais de saúde mental; 6) a falta de percepção de necessidade; 7) a falta de pessoas em quem confiar para pedir ajuda; 8) o constrangimento ou estigma; 9) o não saber o que dizer ou como expressar o pedido de ajuda; 10) a influência da rede de apoio informal; 11) os constrangimentos financeiros; e 12) a falta de informação sobre os serviços disponíveis ou de como acedê-los.

Tal como foi dito anteriormente, a procura de ajuda para um problema de saúde mental não se trata simplesmente de um processo de identificar a necessidade, decidir procurar ajuda e

levar a cabo a decisão – 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 *mental health literacy* por parte dos sujeitos quer o estigma associado à procura de ajuda, constringendo 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 rapidamente.

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). Associados aos problemas de acessibilidade encontram-se os constrangimentos financeiros, relatados em duas das quatro trajetórias estudadas, especialmente no que diz respeito ao pagamento de consultas privadas, e que, tal como diversos estudos já têm vindo a demonstrar (e.g., McAlpine & Mechanic, 2000; Mkize & Uys, 2004; Mojtabai, 2009; Alegria et al., 2000), se colocam como uma barreira importante à obtenção de cuidados especializados. A falha em tornar pronto 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).

A influência da rede de apoio informal enquanto obstáculo à procura ou obtenção de resposta para o problema de saúde mental aparece mencionada em duas das quatro trajetórias estudadas (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”*”), 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 (2011) no Reino Unido, junto de utentes e cuidadores de um serviço de intervenção precoce na psicose. Os resultados do estudo demonstram que, apesar da maioria dos sujeitos (n=19) reportarem 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, já que aparece evidenciado em três das quatro trajetórias estudadas (e.g., *“Tinha receio porque nunca tinha dado certo (...) que fosse falhado, novamente falhado”*), sugerindo que contactos insatisfatórios com profissionais podem aumentar a relutância dos sujeitos na continuação do acompanhamento ou na procurar ajuda junto de outro profissional. Como sugerido por Frydenberg (1997), os jovens frequentemente reportam a procura de ajuda junto de fontes de suporte quando necessitaram, perdendo a confiança devido à forma como estas responderam às suas necessidades, i.e., de forma crítica, traindo a sua confiança, oferecendo conselhos em vez de ouvir, rejeitando ou ridicularizando. 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 que aparecem mencionadas em duas das quatro trajetórias estudadas (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...”*), remetem-nos para hipótese de Rickwood e colaboradores (2005), de que a competência 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).

No que diz respeito aos facilitadores da procura ou obtenção de resposta para os problemas de saúde mental encontrados nos relatos dos participantes, estes vêm reforçar aquilo que anteriormente foi referido - alguns são simplesmente o oposto dos obstáculos. A análise dos dados das entrevistas possibilitou a identificação de 8 grandes facilitadores percebidos pelos participantes ao longo das suas trajetórias. Igualmente por ordem decrescente em termos de volume de referências podemos encontrar: 1) a influência da rede de apoio informal; 2) a severidade dos sintomas ou sofrimento; 3) a acessibilidade dos serviços; 4) a perceção de necessidade; 5) o conhecimento ou informação sobre os serviços disponíveis; 6) as crenças ou atitudes positivas face aos serviços; 7) a disponibilidade financeira; e 8) as experiências passadas positivas.

Pelo grande volume 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 aquilo 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 acessibilidade dos serviços de apoio e a disponibilidade financeira 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*”). Relativamente a estes fatores, parece acontecer exatamente o contrário do que acontece com as dificuldades no acesso aos serviços e os constrangimentos financeiros atrás discutidos enquanto obstáculos. Também estes dados se coadunam com aquilo que vem descrito na literatura, nomeadamente no modelo comportamental de Andersen (1995), que aponta para este tipo de fatores, como a acessibilidade dos serviços e a disponibilidade financeira dos indivíduos como determinantes importantes na procura e acesso aos serviços de apoio.

Da mesma forma que baixos níveis de *mental health literacy* 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 serie de fatores podem facilitar a identificação de necessidade, a tradução da necessidade em intenções de procura de ajuda, e, conseqüentemente, a tradução destas intenções 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.

4. Quais as perceções do grupo de 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 (7.5) **perceções relativas aos serviços prestadores de cuidados de saúde mental**, e, mais especificamente, as subcategorias (7.5.1) em geral; (7.5.2) consulta de psiquiatria; (7.5.3) consulta de psicologia; (7.5.4) serviços de apoio na comunidade; e (7.5.5) internamento.

Quando os participantes se referem aos serviços prestadores de cuidados de saúde mental em geral, são evidenciadas, sobretudo, perceções negativas tais como a inacessibilidade dos cuidados (e.g., “*as consultas que eu tinha com a psiquiatra eram muito espaçadas para o meu entender...demoravam muitos meses (...) era muito doloroso...de ma consulta pa outra*”), a insatisfação com a abrangência dos serviços (e.g., “*O tal estar atento ao desenvolvimento da pessoa...perceber o que é que a pessoa pode potenciar*”), e a lacuna na disponibilização de informação sobre a doença e o tratamento por parte dos profissionais ou serviços (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”). No entanto, parece também relevante realçar que os participantes têm a percepção de que existe uma escassez de profissionais e serviços, um empobrecimento da qualidade da relação entre técnicos e utentes, lacunas no envolvimento ou apoio aos familiares, o que parece refletir-se na descrença relativamente à melhoria dos serviços de saúde mental, presente nos relatos dos sujeitos (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...”*). Ora, estes dados vêm reforçar precisamente aquilo que foram 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.

A insatisfação com a abrangência dos serviços demonstrada pelos participantes parece apontar para a visão do sistema de cuidados como centrando-se, quase exclusivamente à assistência médica ou tratamento individual. 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 suportes necessários, de que são exemplo os apoios nas áreas académicas, 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, 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. Toda a evidência científica tem demonstrado a importância de programas de reabilitação psicossocial, como o treino de competências sociais, as intervenções familiares psicoeducativas, os apoios nas áreas residencial e do emprego, na reintegração social de muitas pessoas que sofrem de doenças mentais graves.

Ao longo das entrevistas os participantes reportaram-se, igualmente, a alguns serviços prestadores de cuidados de saúde mental em específico, como por exemplo o internamento

em psiquiatria, a consulta de psicologia, a consulta de psiquiatria, e os serviços de apoio na comunidade.

Relativamente à experiência de internamento psiquiátrico, as percepções são, sobretudo, negativas. Os participantes vêm a utilização deste tipo de serviço, essencialmente como uma experiência negativa (e.g., *“Foi traumatizante porque quando me vi internada quis fugir, e fugi (...) para mim foi um choque”*). O que poderá contribuir para esta visão negativa do serviço de internamento são outros aspetos negativos referidos ao longo das entrevistas, como a lacuna na disponibilização de informação sobre a doença e tratamento, a percepção de que não foi útil (e.g., *“saí do internamento e não notei melhoras...senti que foi tempo perdido”*), a percepção de indisponibilidade ou falta de apoio por parte dos técnicos (e.g., *“Porque os técnicos nem iam falar connosco. Fechavam-nos lá e não... não falavam connosco...”*) e o desagrado com o facto de juntarem pessoas com diferentes patologias (e.g., *“Não é que a minha realidade fosse tão diferente...mas...não sei... às vezes e um bocado chocante algumas coisas...”*). Apesar disso, e muito embora sejam em muito menor proporção, existem referências a percepções positivas relativamente ao serviço de internamento, como algo que ajuda ou é necessário (e.g., *“Eu senti que estava em risco, que a qualquer momento podia fazer uma asneira. E para não fazer uma asneira pedi um internamento”*).

Ao contrário do serviço de internamento, a consulta de psicologia reúne, maioritariamente, percepções positivas por parte dos sujeitos, de que são exemplo a percepção de que ajudou ao longo da trajetória, constituindo um apoio, bem como importante complemento ao acompanhamento em psiquiatria (e.g., *“[a consulta de psicologia ajudou] a tar mais bem resolvido em relação aos meus problemas”; “a psicologia que a gente lá praticou ajudou-me...no meu dia-a-dia em montes de...ajudou-me a desabafar, uma voz amiga, pronto...a desbloquear certos medos, certos receios que eu tinha”*). Já as percepções negativas prendem-se, sobretudo, com a relutância na procura de um psicólogo, devido a crenças negativas ou ao estigma associado à procura deste tipo de profissional, e que foram já alvo de atenção anteriormente, nomeadamente no que diz respeito aos obstáculos à procura de ajuda.

Já no que tem a ver com a consulta de psiquiatria, os participantes parecem mais divididos, o que é sugerido pelo número aproximado de referências a percepções positivas e negativas relativamente a este serviço. Os aspetos que os participantes percecionam como positivos têm a ver, sobretudo, com a facilidade percebida no contacto com o médico, bem como a ajuda e o apoio que proporcionaram ao longo da trajetória (e.g., *“[as consultas de psiquiatria] Ajudavam muito, porque ela... sempre me ajudou muito (...) abrindo o campo de... o leque de... opções”; “ajudou, ajudou...sempre ajudou...porque ouve-me e acho que me compreende...e passa-me medicação que acha que vai fazer efeito...um efeito benéfico sobre mim”*). Por outro lado, os participantes percecionam também aspetos negativos tais como a ideia de que as consultas são muito espaçadas e curtas (e.g., *“os técnicos não tão tão*

disponíveis...as consultas têm de ser mais espaçadas...o tempo de consulta reduziu...ele já não era muito...mas acho que reduziu drasticamente”), bem como a lacuna na disponibilização de informação sobre a doença e tratamento por parte dos médicos (e.g., *“Acho que os médicos devem explicar melhor (...) há médicos que não explicam que vão dar este medicamento para dar este efeito (...) uma pessoa depois toma-o e, se não se sente bem, não percebe porque é que não se está a sentir bem”*). Estes dados remetem para as dificuldades reportadas de marcação de consultas, reforçando existência de problemas de acessibilidade aos cuidados especializados. Para além disso, o espaçamento entre as consultas sugere a existência de problemas ao nível da continuidade de cuidados, tal como é sugerido pela CNRSSM (2007).

Curiosamente, relativamente aos serviços de apoio comunitários, nos relatos dos participantes apenas se encontraram alusões a percepções positivas. Estes são olhados pelos sujeitos, essencialmente, como um apoio importante que ajudou ao longo da trajetória (e.g., *“Que me seguiu ali um bocado à vida...o apoio dos técnicos...as pessoas que me compreendiam...super acessíveis, corretas...compreensivos...exigentes”*). Um outro dado digno de realce é a menção do serviço de apoio comunitário como *“um trampolim pra saltar lá pra fora”*, que parece ensinar competências importantes para a integração comunitária bem-sucedida (e.g., *“ajuda-nos também quando saímos daqui e tentar passar lá pra fora aquilo que aprendemos aqui dentro...porque para mim o essencial...e eu sempre encarei este espaço como...não como uma coisa definitiva, mas como tipo um trampolim pra saltar lá pra fora...não é?”*). Estes dados vêm enfatizar a ideia, baseada na evidência científica disponível, de que a prestação de cuidados comunitários assertivos e integrados para pessoas com problemas de saúde mental, especialmente os mais graves, constituem o tipo de cuidados que melhor assegura a prevenção de recaídas e a reintegração das pessoas afetadas por este tipo de patologias. Para além disso, mostram-se indispensáveis para combater o isolamento, a perda dos laços de pertença, e a deterioração das capacidades, que conduzem, tantas vezes, paulatinamente, a situações de exclusão social (CNRSSM, 2007). O facto de não terem sido encontradas referências a percepções negativas relativamente a este serviço em específico pode ser explicado por duas razões. Por um lado, poderá estar relacionado com questões de desejabilidade social já que a recolha de dados foi efetuada, precisamente, no serviço de apoio comunitário que os participantes atendem. Assim, as suas respostas às questões relacionadas com a utilização deste tipo de serviços poderão estar enviesadas, dada a propensão dos sujeitos para evitar a crítica em situação de teste. Por outro lado, é sabido que os serviços comunitários, não só se apresentam os mais efetivos, como também colhem a preferência dos utentes e das famílias (CNSM, 2008). Deste modo, as respostas dos participantes relativamente aos serviços comunitários, podem, apenas, refletir a preferência já evidenciada na literatura, por este tipo de cuidados.

5. Quais as percepções do grupo de 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 pela subcategoria (7.5.8) sugestões de melhoria relativamente aos serviços prestadores de cuidados de saúde mental.

Através das referências dos participantes ao longo das entrevistas, foi possível agrupar 9 grandes domínios de melhoria para os serviços. Por ordem decrescente em termos de volume de referências, são eles: 1) maior abrangência dos serviços; 2) melhorar o acesso aos serviços prestadores de cuidados de saúde mental; 3) educação da população geral sobre as questões da saúde mental; 4) maior disponibilização de informação sobre a doença e tratamento por parte dos serviços; 5) melhorar o tratamento; 6) melhorar a qualidade da relação entre profissionais e utentes; 7) prevenção dos problemas de saúde mental; 8) flexibilizar as reformas; e 9) melhorar a organização ou qualidade das instalações.

A sugestão dos participantes relativamente à abrangência dos serviços vem reforçar aquilo que, anteriormente, tinha sido por eles destacado como uma lacuna no sistema de cuidados. Neste aspeto, as sugestões dos participantes vão no sentido de os serviços disponibilizarem um maior apoio ao emprego, desporto e estudo; promoverem atividades ocupacionais; e valorizarem 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 clínica 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 ate eram capazes de arranjar uma solução*”). Ora, o *recovery*, ou recuperação pessoal, significa, no entanto, algo muito diferente 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 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).

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, destacamos 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. Outros aspetos relacionados com a acessibilidade dos serviços já foram alvo de atenção no ponto relativo aos obstáculos à procura e obtenção de ajuda, pelo que seria redundante voltar a discuti-los.

A educação da população geral sobre as questões da saúde mental constituí, na perspetiva 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 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 *mental health literacy* 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, parece verificar-se um contraste entre a aceitação quase universal dos princípios da utilização de intervenções psicoeducativas e a sua escassa implementação em Portugal (Gonçalves Pereira et al., 2006).

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 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”*). 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 em que podem prevenir ou reduzir a probabilidade 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 (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 tem a ver com as sugestões de melhoria ao nível do tratamento, e que parece digno de realce, 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 assumir o controlo e a responsabilidade pela própria vida, fundamentais para o desenvolvimento da sua autonomia e processo de recuperação (Corrigan, 2006; Slade, 2011). Isto exige, naturalmente, uma mudança de atitude por parte dos profissionais, principalmente em relação à partilha do poder e ao reconhecimento das capacidades dos seus utentes (Fazenda, n.d.), e que demora, naturalmente, o seu tempo.

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 utilizador.

A quase total ausência de programas de promoção da saúde e prevenção da doença mental aparece evidenciada no Plano Nacional de Saúde Mental (CNRSSM, 2007), pelo que é compreensível que esta lacuna tenha surgido enquanto área a melhorar nos relatos dos participantes. Assim, na perspetiva dos participantes, a prevenção ou intervenção precoce é algo que poderia evitar ou prevenir o agravamento de problemas de saúde mental (e.g., “*Prevenção, sim, sim...sem dúvida...por dois motivos...primeiro, pás situações não evoluírem pa situações graves...pa preservar a segurança das pessoas...e o bem-estar das pessoas...e depois porque até em termos económicos...mesmo po próprio estado e po próprio país...é*”)

muito mais rentável prevenir do que deixar as situações...andarem, andarem, andarem, andarem”), na qual os psicólogos poderiam desempenhar um importante papel, nomeadamente nas escolas (e.g., “*mas psicólogos no desemprego poderiam ocupar...ter um papel fundamental...desempenhar um papel importante nesta questão...mesmo nas escolas (...) porque as crianças quando pequenas denotam já problemas desde tenra idade e era importante, não sei...haver um psicólogo aconselháveis numa escola...pelo menos dois*”). Fica, assim, manifesta a importância de se desenvolvem programas de prevenção, capazes de reduzir fatores de risco, aumentar fatores protetores e prevenir o aparecimento patologias psiquiátricas (OMS, 2004; Saxena, Jané-Llopi & Hosman, 2006)

Finalmente, parecem, ainda, relevantes as sugestões de melhoria ao nível da organização ou qualidade das instalações, principalmente no contexto do internamento em psiquiatria, que, na perspetiva dos participantes, deveria ser um espaço mais aberto (e.g., “*Podia...em vez de ser um espaço tão fechado...tipo...ser um espaço mais aberto (...) isso era importante porque fazia-nos sentir que não eramos assim tão diferentes...távamos ali apenas numa situação específica...que era necessário estar*”), no qual o isolamento deveria ser evitado (e.g. “*Nos internamentos também, por exemplo, não porem naquela salinha sem primeiro falarem com a pessoa e verem o estado em que a pessoa está (...) se está a merecer mesmo essa... essa... essa situação*”). A este respeito, é sabido que a gestão de pessoas durante os períodos de crise psiquiátrica constitui um desafio especial para os profissionais e serviços de saúde mental (Muralidharan & Fenton, 2006). Um dos métodos não-farmacológicos utilizados para alcançar este objetivo inclui o uso da contenção e do isolamento, reconhecido como uma das práticas mais controversas utilizadas em serviços de saúde mental em todo o mundo (Wynaden et al., 2002). Apesar da controvérsia, dos dilemas éticos levantados por este tipo de práticas e do impacto negativo que pode ter nas pessoas e nos profissionais, a falta de investigação e a carência de normas que regulamentem a sua utilização continuam a inibir uma mudança (El-Badri & Mellsop, 2002; Muir-Cochrane & Holmes, 2001). Contudo, a evidência tem vindo a demonstrar que as complexidades desta problemática não fazem dela uma tarefa intransponível. Na verdade, é hoje reconhecido internacionalmente que o isolamento e a contenção podem ser significativamente reduzidos e, em muitos casos, eliminados (Muralidharan & Fenton, 2006; Liberman, 2011) se uma abordagem sistemática e organizacional orientada para a redução do uso destas práticas for levada a cabo, através da educação, da introdução de melhorias ambientais, juntamente com mudanças culturais e de atitudes (Delaney, 2006; Recupero, Price, Garvey, Daly & Xavier, 2011).

6. Como é avaliada a trajetória pelos cuidados de saúde mental pelo grupo de participantes?

Para responder a esta questão foram consideradas todas as subcategorias englobadas na subcategoria (7.3) **percepções relativas à trajetória**.

Os participantes fazem alusão, sobretudo, a percepções negativas, encarando a trajetória, como um caminho difícil ou doloroso (e.g., “*É um caminho bastante difícil...é um caminho difícil*”), mas também longo (e.g. “*É longo...podia ter sido bem mais curto*”) e solitário (e.g., “*o percurso foi completamente sozinho*”). Contudo, foram também identificadas referências a percepções positivas em duas das quatro trajetórias estudadas, fazendo alusão à trajetória como um caminho enriquecedor ou necessário (e.g., “*foi uma caminhada necessária devido ao problema que tive*”; “*Foi enriquecedor, foi. Tornou-me na pessoa que eu sou hoje, com sentido de tudo, sim.*”).

Talvez as lacunas no reconhecimento do problema e/ou o estigma associado à procura de ajuda presente nos relatos dos participantes, possam ter contribuído para demoras na obtenção de resposta para o seu problema o que, por sua vez, pode ter contribuído para a percepção das suas trajetórias enquanto um caminho longo, difícil e doloroso. Para além disso, estes dados remete-nos para a complexidade da experiência de um problema de saúde mental e para as diferentes fases que envolvem o processo de recuperação. A este respeito, destacamos o modelo conceptual de Andresen, Oades e Caputi (2003) que, com base em relatos de experiências de pessoas com doença mental, identificaram quatro fases do processo de recuperação: (1) moratória, (2) sensibilização, (3) preparação, (4) reconstrução, e (5) crescimento. Naturalmente, este complexo processo de recuperação que envolve (1) recuperar e manter a esperança, (2) o restabelecimento de uma identidade positiva, (3) encontrar sentido na vida, e (4) assumir a responsabilidade da própria vida, é influenciado por uma diversidade de fatores, podendo demorar algum tempo, variando de pessoa para pessoa.

Mais uma vez, também estes dados vêm chamar à atenção para a necessidade de desenvolver intervenções que promovam o contacto precoce das pessoas com problemas de saúde mental com os serviços de apoio, capazes de reduzir a demora na obtenção de tratamento necessário e, por consequência, reduzir a probabilidade de trajetórias adversas que comprometam os seus processos de recuperação.

No capítulo que se segue, serão apresentadas as principais conclusões do estudo, assim como as suas contribuições, limitações, e propostas de desenvolvimentos futuros.

7. CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo parecem apontar algumas tendências nas trajetórias de cuidados pessoas com doença mental e que, não se apresentam muito diferentes daquilo que outros estudos, nomeadamente internacionais, apresentam. Por outro lado, reforçam a urgência de mudanças em certos domínios, 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.

As trajetórias de cuidados dos participantes do estudo, e tal como seria de esperar, envolvem o contacto com uma série de atores, formais e informais, bem como com uma diversidade de contextos. Estes contactos são iniciados, maioritariamente, com atores informais, alargando-se, ao longo da trajetória, a contactos com atores e contextos mais formais ou especializados. No que diz respeito aos atores envolvidos nas trajetórias dos participantes, 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. Ora, para que o papel destes importantes atores 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, os atores e contextos formais disponibilizam, sobretudo, intervenção médica e farmacológica numa fase inicial da trajetória, o que se mantém na fase intermédia, com a introdução de respostas psicossociais. Já a fase atual da trajetória dos participantes, a par com as respostas de tipo médico e farmacológico, parece, sobretudo, marcada pela disponibilização de respostas de carácter psicossocial (e.g., consultas de psicologia, atividades ocupacionais, grupo de autoajuda). Apesar de consensual, o tratamento integrado, que a evidência científica mostra ser atualmente o mais efetivo na melhoria da qualidade de vida, recuperação e reintegração social das pessoas com problemas de saúde mental, ainda não se apresenta disponível a todas as pessoas que dele necessitam, nomeadamente em Portugal. Urge, assim, 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).

No que diz respeito aos obstáculos percebidos ao longo da trajetória, destacamos aqueles que se relacionam com os baixos níveis de *mental health literacy* bem como com o estigma e constrangimento associados aos problemas de saúde mental e à procura de ajuda junto de

profissionais especializados, dificultando o acesso ao tratamento adequado e, por consequência, ao comprometimento dos seus processos de recuperação (Clement et al., 2012). Por outro lado, a influência da rede de suporte social, como anteriormente salientado, assim como a acessibilidade dos serviços e a severidade dos sintomas ou sofrimento psicológico aparecem nos relatos dos participantes enquanto facilitadores do processo de procura e obtenção de resposta para o problema de saúde mental. Permitindo uma compreensão inicial daquilo que pode facilitar ou inibir a procura de ajuda e o acesso aos cuidados de saúde mental, estes dados sugerem a necessidade de aprofundar a investigação destes aspetos, com vista ao desenvolvimento de iniciativas que promovam um maior acesso da população a cuidados desta natureza.

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. Ao longo dos relatos dos participantes foi também possível aceder a algumas pistas para a melhoria dos serviços de saúde mental, das quais se destacam a maior abrangência dos serviços, melhorar a sua acessibilidade, a educação da população geral sobre as questões da saúde mental, melhorar a relação entre profissionais e utentes e apostar na prevenção dos problemas de saúde mental. Por seu lado, estes dados vêm salientar as opiniões dos utilizadores dos serviços enquanto elemento importante na avaliação dos cuidados de saúde mental (Fitzpatrick, 1993; Rea, 2002; Blenkiron & Hammill, 2003). Para além disso, a satisfação dos utentes apresenta-se também relacionada com a adesão terapêutica, uma vez que utentes satisfeitos com os cuidados são aqueles que seguem de forma mais efetiva as prescrições médicas e apresentam melhor estado de saúde (Fitzpatrick, 1993).

Finalmente, as perceções dos participantes relativamente à sua trajetória na globalidade apresentam-se, maioritariamente, negativas, olhando o seu percurso pelos cuidados como um caminho difícil ou doloroso, para além de longo e solitário.

No seu conjunto, todos estes resultados vêm reforçar a importância de desenvolver e implementar medidas urgentes, capazes de melhorar o acesso e a utilização dos serviços de saúde mental por parte de quem deles necessita, evitando a probabilidade de experiência de trajetórias adversas ou negativas, como também reduzindo a enorme discrepância entre a elevada prevalência das perturbações mentais e a probabilidade relativamente baixa de obter tratamento adequado. O contacto mais precoce com os serviços de apoio não só permitiria às pessoas com problemas de saúde mental iniciarem atempadamente os seus processos de

recuperação, traduzindo-se em ganhos de saúde a todos os níveis e, acima de tudo, não desperdiçando o potencial de recuperação que cada pessoa possui.

Como principal contribuição do presente trabalho destacamos a elaboração de um guião de entrevista que demonstrou o seu potencial na recolha de uma série de informação útil para uma compreensão inicial dos aspetos significativos das trajetórias de cuidados de pessoas com problemas de saúde mental. Assim, os resultados deste estudo exploratório apresentam-se como um contributo importante para o projeto “*Trajelórias pelos Cuidados de Saúde Mental*”, que, por sua vez, envolverá utentes, cuidadores informais e profissionais de saúde mental. Para além disso, vêm valorizar a perspetiva dos protagonistas destas trajetórias, dando-lhes voz e colocando-os na posição de peritos, comprovando a riqueza e pertinência dos seus pontos de vista, capazes de gerar formas de melhor desenhar os serviços e responder às suas necessidades.

O presente estudo apresenta, naturalmente, algumas limitações, e que que serão consideradas nas fases posteriores deste projeto. O facto de todos os participantes serem utilizadores de um serviço de apoio comunitário em saúde mental, inviabilizou a exploração e comparação com outro tipo de trajetórias, que provavelmente emergiriam da experiência de pessoas sem contacto com este tipo de serviços. Embora amostras pequenas sejam frequentemente suficientes para acalçar a saturação em investigação qualitativa (Guest, Bunce & Johnson, 2006), o reduzido número de participantes do presente estudo é justificado pelo facto de se tratar da fase inicial de um trabalho que se pretende mais abrangente. De realçar também enquanto possível limitação, as condicionantes associadas aos relatos retrospectivos que, pela sua natureza, poderão indicar a presença de lacunas ou distorções de informação devido ao enviesamento da evocação de memórias.

Finalmente, apesar de muitas das tendências das trajetórias de cuidados ficarem evidenciadas nos resultados do presente trabalho, muitas outras questões ficam por explorar. Assim, como sugestões para investigação futura, propomos (1) explorar a influência de variáveis sociodemográficas nas trajetórias de cuidados; (2) compreender se a deteção precoce de um problema de saúde mental pode, de facto, ultrapassar os obstáculos à procura e obtenção de respostas subsequentes; (3) explorar os fatores que determinam trajetórias positivas e negativas pelos cuidados de saúde mental; e (4) compreender o potencial impacto das trajetórias negativas no envolvimento subsequente e na satisfação com os serviços de saúde mental. A compreensão de um fenómeno com a complexidade daquele que se pretende estudar poderá ser também enriquecida com a participação de outros atores envolvidos, tais como cuidadores formais e informais, constituindo, aliás como foi referido anteriormente, a fase seguinte do projeto em que este estudo se insere

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aday, L., & Andersen, R. (1975). *Access to medical care*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press.
- 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.
- Amaddeo, 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.
- 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.
- Andersen, R. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36, 1–10.
- 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.
- 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*, 48, s116-s119.
- Bekele, Y., Flisher, A., Alem, A., & Baheretebab, Y. (2009). Pathways to psychiatric care in Ethiopia. *Psychological Medicine*, 39, 475-483.
- 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., 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.
- 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.
- 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.
- Burns, J., & Rapee, R. (2006). Adolescent mental health literacy: Young people's knowledge of depression and help seeking. *Journal of Adolescence*, 29, 225-239.
-

- 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.
- 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/relatorioplanoaccaoservicossaudental.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_planonacionalsaudental2007-2016__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.

- 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.
- 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.
- 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.
- 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].
- Etheridge, K., Yarrow, L., & Peet, M. (2004). Pathways to care in first episode psychosis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11, 125-128.
- Falloon, I. (2003). Family interventions for mental disorders: efficacy and effectiveness. *World Psychiatry*, 2, 20-28.
- Fakhoury, W., & Priebe, S. (2007). Deinstitutionalization and reinstitutionalization: major changes in the provision of mental healthcare. *Psychiatry*, 6, 313-316.
- 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., 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. & Goldberg, D. (1991). Pathways to psychiatric care in south Manchester. *British Journal of Psychiatry*, 159, 90-96.
- 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, M., & Käßpler, 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.
- 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.
- 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.
- Gureje, O., Acha, R., & Odejide, O. (1995). Pathways to psychiatric care in Ibadan, Nigeria. *Tropical and Geographical Medicine*, 47, 125-129.
- 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.
- 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., Tantam, 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.
- Lar encerrado em Rio Maior estava lotado com doentes de hospitais públicos (2009, 3 de Agosto). *TSF online*. [Em linha]. Disponível em: http://www.tsf.pt/PaginalInicial/Portugal/Interior.aspx?content_id=1324924&tag=Rio%20Maior [Consultado em 19/02/13].
- 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 (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].
- OMS (2004). *Prevention of mental disorders - effective interventions and policy options*. Geneva: World Health Organization.
- 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. (1991). Illness careers and network ties: A conceptual model of utilization and compliance. *Advances in Medical Sociology*, 2, 161-184.
- Pescosolido, B (1992). Beyond rational choice: The social dynamics of how people seek help. *American Journal of Sociology*, 97, 1096 -1138.
-

-
- 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.
- Portugal é o país da Europa com mais doenças mentais (2010, 24 de Março). *Jornal online* [Em linha]. Disponível em: <http://www1.ionline.pt/interior/index.php?p=news-print&idNota=52456> [Consultado em 11/01/2013].
- 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., 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.
- Rickwood, D. & Thomas, K. (2012). Conceptual measurement framework for help-seeking for mental health problems. *Psychology Research and Behavior Management*, 5, 173-183.
- 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 caregiver 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., Zippel, 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.
- 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.
- 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-cabem-200=f531646> [Consultado em 19/02/13].