



PEDRO MANUEL TORRES RIO DIAS MATEUS

Barreiras e Facilitadores à Implementação de um Modelo de Gestão de Cuidados em Saúde Mental

Estudo nacional do processo de implementação
de uma prática baseada na evidência

Lisboa

2013

PEDRO MANUEL TORRES RIO DIAS MATEUS

Barreiras e Facilitadores à Implementação de um Modelo de Gestão de Cuidados em Saúde Mental

Estudo nacional do processo de implementação
de uma prática baseada na evidência

Lisboa

2013

LISTA DE PUBLICAÇÕES

- Marques, C., Torrado, M., Xavier, M., & Mateus, P. (2012). Restructuring child and adolescent mental health services in Portugal. *European psychiatry*, 27, Supplement 1(0), 1–1. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338\(12\)74475-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338(12)74475-9).
- Mateus, P., Marques, C., Xavier, M., & Carvalho, Á. (2012). Mental health teams in Portugal: a weak link in the mental health reform? *European psychiatry*, 27, Supplement 1(0), 1–1. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338\(12\)74781-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338(12)74781-8).
- Mateus, P., Xavier, M., & Caldas de Almeida, J. (2011). Implementing a national case-management training program in Portugal. *European psychiatry*, 26, Supplement 1(0), 555–555. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338\(11\)72262-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338(11)72262-3).
- Mateus, P., Carvalho, Á., & Xavier, M. (2013). 2259 – Translating evidence into practice: renewed perspectives in mental health services organisation. *European psychiatry*, 28, Supplement 1(0), 1–1. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338\(13\)77122-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338(13)77122-0)
- Mateus, P., Almeida, J. C., & Xavier, M. (2013). 2338 – Organizational culture and managers profiles in the Portuguese mental health services. *European psychiatry*, 28, Supplement 1(0), 1–1. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338\(13\)77180-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338(13)77180-3)
- Xavier, M., Mateus, P., & Caldas de Almeida, J. (2011). Reforming mental health services in Portugal. *European psychiatry*, 26, 588–588. doi:[10.1016/S0924-9338\(11\)72295-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338(11)72295-7).
- Xavier, M., Cardoso, A., Carvalho, Á., & Mateus, P. (2013). 2257 – Family interventions for the severe mentally ill in Portugal: a country-level project of training and implementation. *European psychiatry*, 28, Supplement 1(0), 1–1. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338\(13\)77120-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338(13)77120-7)
- Xavier, M., Mateus, P., Marques, C., & Carvalho, Á. (2013a). 2264 – Portuguese mental health plan: where are we now? *European psychiatry*, 28, Supplement 1(0), 1–1. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338\(13\)77127-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338(13)77127-X)

Dissertação de Doutoramento
apresentada à Faculdade de Ciências Médicas
da Universidade Nova de Lisboa

Orientação do Prof. Doutor José Miguel Caldas de Almeida

*Ao meu Pai, que teria sido o primeiro
leitor deste trabalho*

*À Tânia, ao Vicente e à Maria Inês, que numa
demonstração de infinita generosidade
permitiram-me implementar este projecto*

AGRADECIMENTOS

A elaboração deste trabalho dependeu da generosidade e da sabedoria de um conjunto de pessoas que acompanharam o desenvolvimento, as ponderações e as decisões que o texto aqui apresentado encerra. Para mim, seria impensável apresentar algumas das conclusões descritas sem esses contributos, que tanto nos momentos de maior entusiasmo e motivação, como naqueles em que os desafios e as dificuldades persistiram, constituíram os genuínos facilitadores deste trabalho.

Ao Professor Doutor José Miguel Caldas de Almeida, orientador deste trabalho e referência incontornável nos domínios das políticas e da organização dos serviços de saúde mental, agradeço o concedido privilégio de poder aprender sobre a complexidade envolvida nos processos de implementação de políticas e de práticas na área da saúde mental, através de um olhar e de uma sabedoria que, pela sua dimensão, são difíceis de quantificar. O espírito aberto e a naturalidade com que me permitiu avaliar uma parte do trabalho que liderou durante os últimos anos, foram uma lição sobre o sentido crítico indispensável para o contributo científico.

Agradeço a oportunidade e o apoio que me deu para abordar um tema embrionário no nosso país, com todos os riscos inerentes a essa decisão, bem como a liberdade que me concedeu para a exploração e o estudo das dimensões aqui apresentadas.

Ao Professor Doutor Miguel Xavier, cuja amizade e disponibilidade me mostraram, em momentos reveladores de sagacidade científica, a diferença entre conhecer um caminho e percorrer um caminho, na mais fiel representação do significado do “Princípio de Pareto”.

Aos Professores Kim Mueser, Mirjam Harmsen, Maria José Felício e Miguel Xavier e aos Drs. Cristina Marques e Vasco Inglez, pelo apoio decisivo no capítulo da metodologia de avaliação, sem o qual não teria sido possível fazer a adaptação dos instrumentos “Barriers and Facilitators Assessment Instrument” e “Illness Management and Recovery Scale”.

À Dra. Lurdes Santos e à Enfermeira Margarida Pires Teixeira, pelo extenso e complexo processo de avaliação dos guias da prática do Modelo de Gestão de Cuidados, feito com uma qualidade e rigor incedíveis, que permitiram a análise de uma dimensão fundamental para os processos de implementação.

À Dra. Lurdes Santos, como responsável pelas equipas de tratamento do Hospital Miguel Bombarda, onde tive a oportunidade de trabalhar entre 1997 e 2007, agradeço ainda e sem esquecer, o ensino da grande maioria daquilo que aprendi sobre a prestação de cuidados em saúde mental. Sob a sua orientação, tive a oportunidade de comprovar a efectividade e o poder terapêutico do estabelecimento de relações de tratamento que têm como princípio, inamovível, uma profunda consideração pelas pessoas que tentamos ajudar.

A todos os profissionais de saúde mental participantes neste estudo que, contrariando as dificuldades institucionais próprias de um país ainda pouco sensível à avaliação de serviços de saúde mental, e dedicando uma parte substancial dos seus tempos preciosos ao preenchimento dos instrumentos, me ajudaram na constituição das amostras que serviram de base às conclusões apresentadas.

ÍNDICE

Introdução	1
------------	---

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO I - O MODELO DE GESTÃO DE CUIDADOS NO CONTEXTO DA HISTÓRIA E DA TRANSFORMAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL

1.1. Grandes linhas de evolução da organização de serviços e da prestação de cuidados em Portugal	9
1.1.1. Período pré Lei de Saúde Mental de 1963	10
1.1.2. Período pós Lei de Saúde Mental de 1963	16
1.2. O Modelo de Gestão de Cuidados	20
1.2.1. Contexto e evolução	20
1.2.2. O Modelo de Gestão de Cuidados em Portugal	30
1.2.3. Evidência	33

CAPÍTULO II - CIÊNCIA DA IMPLEMENTAÇÃO

2.1. Introdução	43
2.2. Pré-história da Ciência da Implementação	43
2.2.1. Avaliação e melhoria da qualidade	43
2.2.2. Difusão de Inovações	56
2.3. Ciência da Implementação	67
2.3.1. Conceitos	69
2.3.2. Enquadramento da Ciência da Implementação na Ciência Translacional	70
2.3.3. Teorias e modelos conceptuais	74
2.3.4. Modelos práticos	79
2.3.5. Evidência	83
2.4. Barreiras e Facilitadores da implementação de práticas baseadas na evidência	86

CAPÍTULO III - IMPLEMENTAÇÃO DO MODELO DE GESTÃO DE CUIDADOS E RECUPERAÇÃO NO CONTEXTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL PORTUGUESES

3.1. Contexto	95
3.1.1. CNSM - Coordenação Nacional para a Saúde Mental	96
3.1.2. PNSM - Plano Nacional de Saúde Mental	98
3.1.3. Análise da implementação do PNSM	100
3.2. Programa nacional de formação no Modelo de Gestão de Cuidados e Recuperação	109

PARTE II - CONTRIBUIÇÃO PESSOAL

CAPÍTULO I - FUNDAMENTAÇÃO, OBJECTIVOS E HIPÓTESES DO ESTUDO

1.1. Fundamentação do estudo	117
1.2. Objectivos do estudo	119
1.3. Hipóteses	120

CAPÍTULO II - METODOLOGIA

2.1. Desenho do estudo	121
2.2. População	121
2.3. Variáveis em estudo	122
2.4. Instrumentos de avaliação	124
2.5. Procedimentos do estudo	133

CAPÍTULO III - RESULTADOS

3.1. Estatística descritiva	137
3.2. Comparação de subgrupos da amostra	160
3.3. Estudo de associações - análise bivariada	166
3.4. Análise multivariada - regressão múltipla	170

CAPÍTULO IV - DISCUSSÃO

173

CAPÍTULO V - CONCLUSÕES

193

RESUMO	199
SUMMARY	203
BIBLIOGRAFIA	207
ANEXOS	229

INTRODUÇÃO

A Ciência da Implementação e o estudo das Barreiras à Implementação de Práticas Baseadas na Evidência adquiriu, progressivamente e nos últimos anos, uma dimensão preponderante no meio científico. Esta dimensão, pertinentemente antecipada na introdução feita ao lançamento da revista *Evidence Based Medicine*, em 1995, destacou a necessidade de desenvolver uma publicação que enfatizasse, além dos estudos com altos graus de qualidade científica do ponto de vista da evidência demonstrada, os caminhos correctos que levassem à melhor forma de disseminar e implementar as descobertas (Davidoff, 1995). A responsabilidade reforçada, atribuída à investigação, foi o prelúdio para o desenvolvimento exponencial desta área de estudo.

Derivando de múltiplas linhas de investigação, a ciência da implementação apresenta contudo um argumento comum: obter melhores resultados de acordo com o conhecimento disponível. Sabemos hoje que estão acessíveis tratamentos efectivos para as doenças mentais, alimentados por um caudal considerável de novas investigações. A par, torna-se cada vez mais evidente que apesar da existência desse caudal, muitas pessoas continuam a não ter acesso a cuidados de qualidade, pois o conhecimento produzido não percorre todas as etapas esperadas em direcção à implementação efectiva (Schuster, McGlynn, & Brook, 1998).

Torna-se assim fundamental compreender o que acontece neste percurso e porque é que de um caudal substancial de investigação sobre efectividade de intervenções, deriva um afluente a conta gotas sobre efectividade de implementação.

Esta percepção, infelizmente familiar nos ambientes de tratamento das pessoas com doença mental grave, poderá ser comparada à recusa de um doente em aderir a um tratamento existente, apesar dos seus benefícios claros. Os dois exemplos argumentam em favor da necessidade de perceber o porquê, processo nuclear e impulsionador da ciência da implementação, nomeadamente através dos estudos sobre as barreiras.

Sabemos, de igual forma, que existem muitas barreiras à implementação de práticas baseadas na evidência (Goldman et al., 2001), e que o fosso existente entre a investigação e a prática só poderá ser diminuído através do desenvolvimento de estratégias sistemáticas e informadas, que incrementem o grau e a fidelidade da implementação (Hansson, 2001).

Na Europa, onde se assistiu nos últimos anos a um enorme investimento na investigação (Grol & Grimshaw, 2003), e depois de milhares de milhões de euros gastos, a tradução na prática continua a ser insuficiente (Grol & Wensing, 2004) (Schuster et al., 1998).

No domínio dos conceitos deve também existir uma evolução, permitindo às metodologias de acompanhamento da implementação incluírem dimensões como a fidelidade e a adaptação local da efectividade externa (Grol, 2001).

Neste contexto de estudo, o paradigma da Difusão de Inovações fundado por Everett Rogers teve um papel fundamental. É sumariamente caracterizado, pelo próprio autor, como um

processo em que “uma inovação é disseminada através de canais de comunicação ao longo do tempo, entre membros de um sistema social. Esta comunicação é, em si, um processo em que os participantes criam e partilham informação, com o objectivo de gerar um entendimento mútuo” (Rogers, 2003). Apesar da difusão de inovações poder ser encarada como um sistema binário, ora com processos passivos (de características espontâneas), ora com processos activos (com processos de indução sistemática), os trabalhos iniciais de Rogers apontavam para um predomínio de investigação sobre os primeiros (Greenhalgh, Robert, Macfarlane, Bate, & Kyriakidou, 2004). Contudo, a linha de investigação que criou serviu de base, anos mais tarde, ao desenvolvimento da ciência da implementação, sobejamente orientada para o conhecimento dos segundos.

Os estudos iniciais, além do enquadramento já nomeado, ajudam-nos de igual forma a compreender conceitos que ainda hoje se mantêm muito actuais e que podemos confirmar facilmente na prática. A título de exemplo evocamos o argumento esclarecedor de que “o facto de uma inovação ser claramente vantajosa não significa que será necessariamente adoptada” (Rogers, 2003). Esta afirmação ajuda-nos a dimensionar a complexidade existente nos processos de implementação e os desafios muito presentes sobre como implementar práticas que se reconhecem como efectivas.

Estudos seminais como os de Andrew Oxman, em meados dos anos 90, confirmam esta complexidade, aumentando a fasquia do desafio para a ciência da implementação. Conclui que “não existem balas mágicas” para a implementação de práticas efectivas e que, por essa razão, a procura de um modelo óptimo único de implementação é improdutivo (Oxman, Thomson, Davis, & Haynes, 1995). O estudo dos mecanismos de implementação terão sempre de pressupor uma análise de barreiras e factores facilitadores contextuais que respondam a necessidades locais dos serviços, dos profissionais e dos doentes, e que permitam, posteriormente, o desenho e a utilização de estratégias adequadas para a implementação das práticas.

A difusão de inovações teve um percurso inicial distante da área da saúde, mas que acabou por convergir definitivamente nos últimos anos (Brownson, Colditz, & Proctor, 2012) (Grol & Wensing, 2005). Esse percurso foi feito partindo da sociologia rural (Valente & Rogers, 1995), e encontrou o seu interface na sociologia médica, graças ao trabalho influente desenvolvido por Coleman, na área da inovação médica (Coleman, Katz, & Menzel, 1966; Van den Bulte & Lilien, 2001). Na área da saúde podemos encontrar vários contributos que vão dos programas de prevenção (Barker, 2004), à difusão de políticas (Rogers & Peterson, 2008). Consideramos, no entanto, que o grande contributo da difusão de inovações foi para o surgimento da ciência da implementação (Grilli & Lomas, 1994), nomeadamente na área recente de estudo das barreiras e dos factores facilitadores para a implementação de práticas baseadas na evidência (Grol & Wensing, 2005).

Ao analisarmos o nosso contexto histórico da saúde mental (legislativo e assistencial), podemos caracterizar Portugal como detentor de uma cultura que não aplica, em toda a extensão, as leis publicadas. Estas leis, tanto as que tiveram a intenção de mudar paradigmas assistenciais, como sinal claro de acompanhamento dos tempos, como aquelas, mais

operativas, que ambicionavam a reorganização dos serviços, foram sucessivamente desconsideradas. Exemplos destes factos podem mesmo ser confirmados nos parágrafos das suas sucessoras. Júlio de Matos, no texto da lei de 1911, e numa alusão à lei de 1889, denuncia claramente a falta de execução da lei.

Estes aspectos, que serão desenvolvidos nos próximos capítulos, parecem-nos fundamentais para compreender o processo de difusão de inovações no nosso país, pois Portugal tem pendulado entre dimensões contraditórias, num tom idiossincrático desde finais do séc. XIX. Publicou, ao longo da história, leis internacionalmente consideradas como progressistas, e simultaneamente revelou uma incapacidade crónica para as implementar.

Hoje temos os meios para confirmar os aspectos que influenciam de forma determinante a implementação de inovações, e temos também mais mecanismos para agir, sucedâneos dos estudos das barreiras e facilitadores da implementação. Estes factos permitem-nos, melhor que anteriormente, aumentar a probabilidade de sucesso na implementação e na melhoria das práticas clínicas (Cabana, 1999).

Em Portugal, com a aprovação e a publicação do Plano Nacional de Saúde Mental, em 2008, as expectativas foram renovadas numa fasquia alta, representando o Plano uma oportunidade para testar a capacidade de implementação de práticas inovadoras, que acompanhasse as dimensões naturalmente associadas à legislação e à organização de serviços. O Plano, com forte apoio político e com aprovação em sede de Conselho de Ministros, representava a possibilidade de nos aproximarmos dos níveis da qualidade de cuidados dos nossos parceiros Europeus, cumprindo assim Portugal os compromissos assumidos internacionalmente.

O Modelo de Gestão de Cuidados (MGC) na saúde mental (*Case Management*), serviu de base ao nosso estudo sobre a implementação e sobre a análise das barreiras e dos factores facilitadores à sua implementação. Esta escolha, longe de determinação aleatória, decorre da evolução mundial desta técnica, que teve a capacidade de influenciar a forma como os serviços de saúde mental foram moldados nas últimas décadas. O seu desenvolvimento resulta da progressiva alteração da visão sobre as doenças mentais e sobre os objectivos dos tratamentos, criando uma narrativa em vários capítulos, com as etapas e os saltos evolutivos das últimas décadas.

A mudança das percepções sociais, a atenção crescente face aos direitos das pessoas com incapacidades e o desenvolvimento exponencial das abordagens terapêuticas, nomeadamente as medicamentosas, empurraram os serviços para uma evolução que conduziu a um aumento da exigência face a prestação de cuidados, dando palco a outras intervenções fundamentais, como o *Case Management* (McAnally, Linz, & Wieck, 1989). Neste estudo encarámos o *Case Management* não só como uma prática baseada na evidência, mas também como uma prática transformadora dos serviços de saúde mental.

O surgimento do *Case Management* em Portugal foi influenciado por um grupo de profissionais de vários hospitais gerais e psiquiátricos, com interesse na Intervenção Precoce na Psicoce (Edwards & McGorry, 2002). Esta intervenção, difundida a partir de 2000 em vários encontros internacionais, começava a dar os primeiros passos através da *International*

Early Psychosis Association (IEPA) (McGorry, 2000). Nessa altura, e contando Portugal apenas com uma parca participação nesta associação internacional, foi possível organizar um encontro em Lisboa que permitiu a discussão sobre a utilização de modelos de *Case Management* para a intervenção precoce na psicose. O grupo de trabalho resultante deste encontro beneficiou da participação de profissionais oriundos de cinco hospitais (Hospital Miguel Bombarda, Hospital São Francisco Xavier, Hospital de Santa Maria, Hospital Júlio de Matos e Hospital de Santarém), e das duas Faculdades de Medicina de Lisboa, que prosseguiram nos anos seguintes com a sua disseminação e implementação.

Como teremos oportunidade de identificar e desenvolver ao longo do nosso trabalho, só recentemente foram feitas publicações relacionadas com o desenvolvimento do MGC em Portugal (Mateus, Xavier, & Caldas de Almeida, 2011). Estas surgem no alinhamento da implementação do Plano Nacional de Saúde Mental e confluem noutras acções que influenciaram o seu desenvolvimento posterior. Entre essas, destacamos o Encontro Nacional sobre Equipas de Saúde Mental Comunitária, promovido pelo Ministério da Saúde em 2009 (igualmente conhecido como “Encontro da Curia”), que contou com a participação de todos os quadrantes profissionais de instituições públicas e privadas, permitindo a elaboração de um documento de consenso sobre a constituição esperada destas equipas, sobre as competências próprias e partilhadas de cada área profissional e sobre a definição do papel de terapeuta de referência, associado ao MGC. A segunda acção, influente neste processo, foi a aprovação e consequente início de um programa nacional de formação no MGC para todos os serviços públicos de saúde mental.

O desenvolvimento deste programa, que conseguiu manter o apoio político e financeiro do Ministério da Saúde, associado a um boa ligação com os serviços, permitiu formar profissionais de todo o país, tendo sido avaliadas as dimensões da satisfação e da utilidade reportada, fundamentais para aumentar a probabilidade de uma boa implementação. A par, foram desenvolvidos programas de sensibilização junto das direcções de serviços e administrações hospitalares. Sabíamos, no entanto, que estas acções seriam insuficientes para avaliar o grau de fidelidade e da implementação do MGC.

A formação nacional representou uma oportunidade para estudar a implementação do MGC, dois anos depois das sessões de formação em todas as regiões do país. O estudo permitiria avaliar os resultados para além da satisfação dos profissionais face à formação, dimensão insuficiente para analisar a implementação.

O objectivo geral do nosso trabalho foi desenvolver conhecimento sobre as barreiras e os facilitadores à implementação de um MGC, na área das doenças mentais graves, sem referências no nosso país.

A expectativa é a de podermos contribuir para conhecimento que incremente a utilização de estratégias estruturadas de implementação, quando o objectivo final é aumentar a qualidade das práticas utilizadas nos serviços de saúde mental em Portugal.

Estrutura do trabalho

O trabalho está dividido em duas partes. Na primeira parte procedemos ao enquadramento teórico do estudo e na segunda parte apresentamos o contributo pessoal.

A primeira parte é composta pela caracterização do Modelo de Gestão de Cuidados no contexto da história da transformação dos serviços de saúde mental. Esta inclui, no primeiro capítulo, as grandes linhas de evolução da organização de serviços e da prestação de cuidados em Portugal, com uma caracterização histórica dos períodos pré e pós Lei de Saúde Mental de 1963. Em seguida, é feita a revisão bibliográfica que serve de caracterização do Modelo de Gestão de Cuidados, considerando a evolução, as principais características e a evidência do modelo. O segundo capítulo é dedicado à Ciência da Implementação, incluindo uma introdução aos conceitos, os aspectos históricos, o enquadramento teórico, os modelos conceptuais, os modelos práticos e a evidência, e um ponto sobre o tema específico das barreiras e dos facilitadores da implementação de práticas baseadas na evidência, núcleo do nosso estudo.

No terceiro capítulo é feita uma acomodação dos capítulos anteriores ao contexto do estudo, considerando a implementação do Modelo de Gestão de Cuidados em Portugal, enquadrada na implementação do Plano Nacional de Saúde Mental em geral, e em específico no Programa Nacional de Formação em Gestão de Cuidados e Recuperação.

Na segunda parte, depois de explicados os fundamentos, os objectivos e as hipóteses do estudo, utilizamos a estrutura padrão associada aos trabalhos desta natureza, descrevendo os aspectos metodológicos (desenho, população, variáveis, instrumentos, procedimentos do estudo e análise estatística), seguidos da apresentação de resultados, discussão e conclusões.

Estão incluídas, no final do documento, as referências bibliográficas e, em anexo, os instrumentos que constituíram o protocolo de avaliação.

PARTE I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO I - O MODELO DE GESTÃO DE CUIDADOS NO CONTEXTO DA HISTÓRIA E DA TRANSFORMAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL

1. 1. Grandes linhas de evolução da organização de serviços e da prestação de cuidados em Portugal até à aprovação do Plano Nacional de Saúde Mental (2007)

Portugal pode ser descrito como possuindo uma cultura histórico-legislativa, quanto à saúde mental em geral e quanto à organização de serviços de saúde mental em específico, pautada pela não aplicação de leis aprovadas. Já em 1911, na legislação publicada esse ano e referindo-se à progressista “Lei Sena”, publicada anteriormente em 1889, o próprio texto da lei, escrito sob a influência de Júlio de Matos, mencionava a inacção dos governantes e a falta de execução da mesma lei:

“conseguiu o Prof. António Maria de Sena, primeiro director do Manicómio do Conde de Ferreira, fazer aprovar, em 1889, uma lei pela qual o Governo ficava autorizado à construcção de quatro novos manicómios e de enfermarias especiaes annexas às Penitenciarias. Essa lei, porém, não teve, durante os vinte e dois annos que decorreram sobre ella, um começo, ao menos, de execução, conquanto integralmente fossem cobradas as receitas, numerosas e abundantes, que criou para as novas edificações”. “Tudo se sumiu, na voragem do extincto regime!”

(Assembleia Nacional, 1911)

À semelhança, também nesta lei de 1911, aprovaram-se as “colónias agrícolas para alienados”, que no entanto só iriam surgir no final dos anos 50, já depois de uma terceira lei de saúde mental, a nº2006 de 1945, onde se podia ler:

“No plano traçado pelo decreto de 11 de Maio de 1911, infelizmente sem execução, previra-se a construcção de 10 colónias agrícolas...”

(Assembleia Nacional, 1945)

Para todas as leis de saúde mental (1889, 1911, 1945 e 1963), podemos encontrar conclusões semelhantes face às suas antecessoras. Leis como a “Lei Sena”, avançadas para a altura da sua aprovação, continham, já nos finais do séc. XIX, indicações organizacionais claras (e.g. número e tipo de instituições por região), definição de taxas de recursos humanos (e.g. número de doentes por psiquiatra) e regimes de protecção dos doentes (e.g. conselhos médico-legais para situações de crimes cometidos por doentes), entre outros.

Os aspectos históricos são fundamentais para compreender o processo de difusão de inovações no nosso país, tanto ao nível legislativo como aos níveis da adopção de novas práticas e de modelos organizacionais em saúde mental, onde importa também conhecer as barreiras que nos vários patamares se lhes opõem. Portugal apresenta características únicas que oscilam entre duas faces recorrentes nos últimos 160 anos. Por um lado leis inovadoras e progressistas e por outro uma incapacidade de as pôr em prática. Adicionalmente sabemos que a cultura organizacional dos serviços é um factor determinante na implementação de inovações (Aarons et al., 2012), que aliada ao estudos das barreiras e dos facilitadores, compõem o grupo de maiores contribuintes para o grau de sucesso na implementação de práticas clínicas (Cabana, 1999).

Parece-nos por isso importante traçar o perfil da evolução da assistência em saúde mental em Portugal, completada por informação legislativa tantas vezes feita do estoicismo de figuras proeminentes das várias épocas, que no domínio da ciência da implementação de hoje seriam apelidadas de *champions* (Damschroder, Banaszak-Holl, et al., 2009b).

1.1.1. - Período pré Lei de Saúde Mental de 1963

1848-1888 - Fundação do Hospital de Rilhafoles e do Hospital Conde de Ferreira.

Meio século depois do gesto histórico de Pinel que em 1792 muda a forma como se olhava para os então chamados “alienados”, doravante encarados como pessoas doentes com direito a tratamento, é inaugurado em Lisboa, no convento da Ordem de S. Vicente de Paulo (posteriormente Real Colégio Militar), o Hospital de Rilhafoles, situado nas proximidades da antiga Carreira dos Cavalos, agora Rua Gomes Freire.

Arrancado, nas palavras de Barahona Fernandes, à influência do Marechal Duque de Saldanha e da Rainha D. Maria II, devido “ao atraso cultural”, “ensombrado por resistências” e “por dificuldades sócio-económicas (a assistência aos loucos não era rentável)” (Pichot & Barahona Fernandes, 1984), representava o início da assistência em saúde mental em Portugal e constituía o prelúdio para o processo de avanços e recuos na organização dos serviços que iríamos assistir nos 160 anos seguintes, até aos dias de hoje. Desde 1775, aquando da transferência dos “loucos” do malfadado Hospital de Todos os Santos para as enfermarias do Hospital de São José, era possível atestar as condições desumanas em que os doentes estavam instalados, com reduzido número de profissionais para os assistir e sem a formação adequada. Esta escassez era determinada pela falta de

médicos instruídos nas novas especialidades e de recursos humanos que fizessem o papel da enfermagem. Tudo isto aliado “à decadência das instalações” que se traduzia numa “degradação dos tratos prestados aos infelizes”. Após o gesto benemérito da família Sampaio e a influência do Marechal junto da Rainha foi possível, no clima liberal do período pós-guerra civil, e depois de ultrapassadas a “vicissitudes lusitanas, administrativas e de planificação”, inaugurar o novo hospital que ficou sem autonomia e dependente, primeiro do Hospital de S. José e posteriormente dos Hospitais Cívicos de Lisboa (Pichot & Barahona Fernandes, 1984). À dificuldade natural da assistência a alguns dos doentes eram contrapostas práticas inovadoras como a ocupação, a instrução e até os banhos de praia. Do ponto de vista da organização de serviços, os sucessivos directores lutavam já com as ameaças permanentes da sobrelotação e da decadência dos espaços.

O mesmo motor da benemerência fez com que no Porto, em 1883, surgisse o Hospital Conde de Ferreira, sob a direcção de António Maria de Sena, que além do trabalho clínico tinha grande interesse nas áreas da organização de serviços, da legislação e da protecção dos doentes (Gonçalves & Graça, 2010). Lamentava nessa altura o estado da assistência, criticando as autoridades em específico e a sociedade em geral devido à preocupação “apenas com os perigos que podem advir à sociedade da sua existência em liberdade”. Sena foi responsável por trabalhos sobre a assistência em saúde mental na perspectiva médico-social e autor da primeira “estatística dos alienados” em Portugal (Pichot & Barahona Fernandes, 1984), base da proposta à posteriormente chamada “Lei Sena - Projecto de organização do serviço de alienados em Portugal (1889)”. Apesar das características progressistas para a altura e da entusiasta discussão na Câmara dos Pares do Reino (Pares do Reino, 1889), Sena atesta pouco mais tarde o incumprimento da mesma.

Ainda na perspectiva da organização de serviços, implementou no hospital a obrigação de se fazer investigação, insistindo igualmente na formação médica e de enfermagem (Pichot & Barahona Fernandes, 1984).

1889-1910 - Efectivação parcial da reforma da assistência.

Após ter dirigido o Hospital de Rilhafoles até 1892, Guilherme Abranches foi substituído por Miguel Bombarda, figura proeminente da sociedade Portuguesa entre o final do Séc. XIX e início do século XX, que se destacou muito para lá do universo da saúde mental, nomeadamente no domínio da política, até ser assassinado no seu gabinete do hospital na véspera da Implantação da República em Portugal.

Como director do Hospital de Rilhafoles fez profundas alterações em dois níveis. O primeiro na prestação de cuidados e o segundo na organização de serviços. Na prestação de cuidados destaca-se a eliminação, apesar de todas as resistências, de meios de contenção como as cadeiras fortes, as coleiras e as prisões ao leito que teriam de se traduzir numa forma muito diferente no controle e acompanhamento dos doentes, utilizando meios alternativos de controle como a privação de visitas, a redução de alimentos e o isolamento em condições saudáveis, apesar da escassez de pessoal. Na organização de serviços destaca-se a reorganização

“sanitária, nosocomial, disciplinar, policial e administrativa”, descrita por Sobral Cid como o quinto trabalho de Hércules e que transformou um hospital de monstruosidade higiénica em estabelecimento modelar tanto quanto possível pelas suas instalações (Sobral Cid, 1984). Mesmo no final do séc. XIX a estrutura arquitectónica do antigo convento era já considerada como desadequada para a prestação de cuidados, respondendo Miguel Bombarda com a últimação da construção de um novo pavilhão em forma de “duplo E” com vastas enfermarias, a construção de um novo pavilhão de dois andares para os doentes mais tranquilos e a construção do chamado “Pavilhão de Segurança” para doentes considerados perigosos. Destacamos a preocupação subjacente da organização dos espaços de assistência de acordo com a visionária perspectiva de separação dos doentes pelo grau de necessidades, por forma a melhorar os resultados clínicos. Estas alterações estruturais foram coadjuvadas pela segunda face desta moeda, ou seja, a reforma dos serviços do hospital, como é exemplo a separação das enfermarias por sexos, os serviços para agitados, tranquilos, epiléticos, perversos e difíceis. Foi ainda durante a sua direcção que foi disponibilizada água canalizada, luz e regimes de liberdade adequados à situação clínica dos doentes (Sobral Cid, 1984).

Outro marcos importantes incluem a introdução do “regime de ocupação regrada em trabalhos agrícolas”, e a inclusão do trabalho de investigação clínica e laboratorial nos serviços médicos, todos efectivados no plano de organização dos hospital, que previa as áreas da assistência, do ensino, da investigação e da acção social (através das “saídas de ensaio” de alguns doentes e a atribuição de pensões aos doentes e às suas famílias) (Pichot & Barahona Fernandes, 1984).

1911-1922 - Ensino universitário da Psiquiatria.

Depois da morte de Miguel Bombarda, Júlio de Matos, colaborador de António Maria de Sena no Porto, assumiu a direcção do Hospital de Rilhafoles (renomeado Hospital Miguel Bombarda). Uma das suas obras de referência foi a reconfiguração parcial da assistência em saúde mental em Portugal, com o projecto do primeiro hospital de Lisboa especificamente construído para tratar doentes mentais - futuro Hospital Júlio de Matos. Portugal teria, pela primeira vez, um edifício projectado com a contribuição de especialistas da área para um fim específico que não sofreria, pelo menos, das vicissitudes estruturais dos seus predecessores, resultantes da adaptação de conventos e outros edifícios.

Também no domínio da psiquiatria forense podemos encontrar outro dos grandes contributos de Júlio de Matos, após a campanha pela “irresponsabilidade dos alienados”, agora chamada de inimputabilidade em razão de anomalia psíquica, através da promulgação da Lei de 5 de Abril de 1896. Apelidada de “progressista-excepcional” e em que o papel da atribuição da situação de “irresponsável” a doentes que cometiam crimes passou a caber fundamentalmente aos “peritos alienistas”, a lei obrigava a que se procedesse a um exame médico-legal, quando fosse cometido algum crime em que se supusesse ter sido praticado num estado de “alienação mental”.

Esta lei foi aliás precedida das publicações seminais de Júlio de Matos e Miguel Bombarda, respectivamente “Os Alienados em tribunal” e “A consciência e o livre arbítrio” e da aprovação de dois Códigos Penais (1852 e 1886), com referências específicas sobre a doença mental, que Júlio de Matos caracteriza no prefácio da sua obra com o orgulho do avanço em relação à Europa: “em confronto com elas, tudo o que de melhor se encontra nas legislações estrangeiras parece insuficiente e exíguo” (Curado, 2007).

O Código Penal de 1852 esclarecia cabalmente que «somente podem ser criminosos os indivíduos que têm a necessária inteligência e liberdade» (artigo 22º) e o Código Penal de 1886 detalhava que “os loucos, que, praticando o facto, forem isentos de responsabilidade criminal, serão entregues às suas famílias para os guardarem, ou recolhidos em hospital de alienados, se a mania for criminosa, ou se o seu estado o exigir para maior segurança (artigo 47º)» (Curado, 2007).

A redacção subsequente, neste quadro de evolução legislativa, do Decreto nº116 de 11 de Maio de 1911 (Diário do Governo nº111, 13/5/1911), pela mão de Júlio de Matos, acaba por lançar as bases da assistência em saúde mental do séc. XX, e previa “o funcionamento de consultas externas e a criação de clínicas psiquiátricas para doentes agudos”, “regulava, em bases jurídicas, a organização dos processos relativos à admissão e à alta dos doentes, e criava asilos para doentes crónicos, asilos criminais e colónias agrícolas” (Soares, 2008). Como poderemos confirmar, no último dos períodos que descreveremos adiante, este movimento de marés legislativas, entre a redacção progressista e a ausência da aplicação da lei, prolongar-se-á indefinidamente.

Em conclusão da sucinta caracterização deste intervalo importa destacar o surgimento da especialidade de Psiquiatria na Universidade de Lisboa, da qual Júlio de Matos foi o primeiro Professor e que iria contribuir para a especialização dos profissionais da saúde mental nas décadas seguintes, para além da dimensão médica, naturalmente traduzida numa melhoria dos cuidados prestados e começando a responder às falhas identificadas por António Maria de Sena no século anterior.

Anos 20 e 30 - Sobral Cid na direcção do Hospital Miguel Bombarda

A direcção do Hospital Miguel Bombarda, bem como a regência da cátedra de Psiquiatria ficaram a cargo de Sobral Cid no início dos anos 20, após a morte de Júlio de Matos.

À parte da grande influência para o estudo e o ensino da psicopatologia e a sua repercussão numa clínica mais humanizada, rompendo com a tradição dos alienistas do séc. XIX, Sobral Cid destacar-se-á na luta contra a progressiva degradação das condições do Hospital Miguel Bombarda, que apesar das reformas materiais levadas a cabo pelos seus antecessores não poderia resistir à sobrelotação crescente, de menos de 500 doentes em 1870 para perto de 1000 em 1925, (Figura 1), e com uma média de 300 admissões anuais nos últimos 30 anos. As suas explicações, interpelações e solicitações sucessivas ao responsável pelo Ministério do Interior, que tutelava o hospital à época, são demonstrativas da clarividência sobre a impossibilidade de prestar cuidados de qualidade naquelas condições. Essas condições eram explicadas pelos seguintes factores: 1º- número de admissões e número de altas, cujo rácio

se situara sempre acima dos 50% desde 1893 e 2º- pela diminuição da taxa de mortalidade, por si declarada como uma circunstância feliz de efeito deplorável (Sobral Cid, 1984). No âmbito das admissões chega mesmo a detalhar a razões e as respectivas soluções para o problema. Uma das causas foi a publicação do Regulamento da Polícia Administrativa de Lisboa em 1923 que obrigou o hospital a receber todos os doentes enviados pela mesma polícia. Por outro lado as dificuldades financeiras do Hospital Conde de Ferreira, em virtude da crise económica, levaram a que o hospital de Lisboa tivesse que atender às exigências remanescentes das regiões Norte e Centro.

A resposta, segundo Sobral Cid, deveria passar pela subsidiação do tratamento de mais doentes no hospital do norte que funcionava abaixo da capacidade, devendo também ser habilitadas as Casas do Telhal e da Idanha a receber um maior número de doentes, igualmente com problemas de subsidiação do Estado em relação à proporção de pessoas tratadas. Finalmente e numa ideia que permanece até hoje, demonstrando a extraordinária sensibilidade para a importância dos cuidados de proximidade, Sobral Cid alertava para os casos dos doentes provenientes “dos pontos mais remotos da província, após viagens tormentosas...”, “que podiam ser assistidos, e convinha que o fossem, o mais próximo possível do local de origem”. Perguntava na altura “porque não dotar alguns dos nossos hospitais regionais com um pequeno pavilhão psiquiátrico?”. Sobre este aspecto concluía que todo o dinheiro gasto pelo Estado nesta reforma evitaria a reclusão de muitos doentes nas prisões poupando-os a um tratamento desadequado e por vezes violento, ficando também o Estado e as Municipalidades aliviadas das despesas onerosas de transporte de doentes que o modelo à altura implicava (Sobral Cid, 1984).

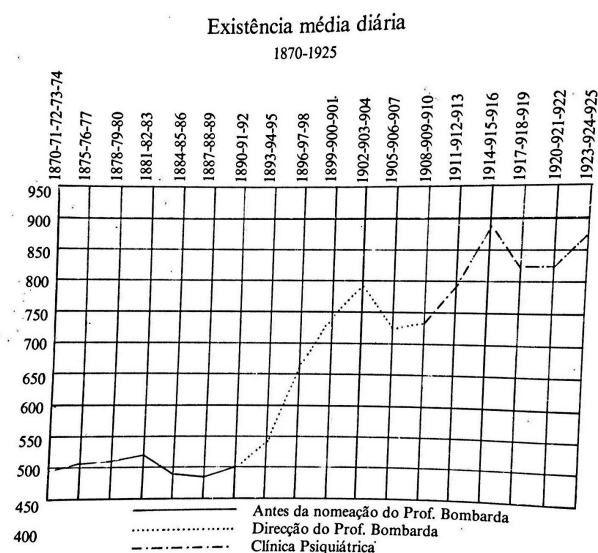


Fig. 1 - Existência média diária no Hospital Miguel Bombarda, entre 1870 e 1925, (Sobral Cid, 1984)

Além da defesa clara da perspectiva descentralizada dos serviços e da prestação de cuidados extra hospital psiquiátrico, através da criação de pequenos serviços nos hospitais mais importantes da província, Sobral Cid destacar-se-á ainda pela promoção da terapia ocupacional como componente fundamental do tratamento, à altura planeada sob a forma de colónias agrícolas, inexistentes em Portugal, e que segundo o director contribuiriam muito para a melhoria das condições de todos.

Estas e outras considerações foram repetidamente feitas aos governantes da época, sobre as mesmas questões que preocupam clínicos e dirigentes de hoje: a melhoria da acessibilidade e a consequente subida da população assistida não é acompanhada, na proporção, de meios humanos, e os pontuais avanços nas políticas adequadas de saúde mental, impostos em determinado intervalo de tempo aos governantes, voltam “pouco depois a ser esquecidos e desprezados (Sobral Cid, 1984). A título de exemplo referimos que entre 1911 e 1918 o Hospital Miguel Bombarda teve o corpo clínico adequado às necessidades e a partir de 1918 foram progressivamente retirados ao hospital recursos que o situaram a cerca de metade do exigido no Decreto de Lei de 1911, num claro desrespeito pelos parâmetros anteriormente definidos na lei (Sobral Cid, 1984).

Em conclusão não poderíamos deixar de mencionar o aspecto histórico relacionado com a organização da assistência em saúde mental, transversal a todos os proeminentes directores do Hospital Miguel Bombarda, e que está directamente relacionada, ainda hoje, com a capacidade de modernizar as condições e implementar novas práticas e políticas de funcionamento que conduziram a uma melhoria dos cuidados. Falamos da autonomia administrativa e financeira. Recorda Sobral Cid que, desde o tempo de Júlio de Matos e até de Miguel Bombarda, a dependência de outros hospitais e dos serviços centrais limitava a aquisição de equipamento e que até para as reparações nos edifícios, “mesmo as mais comezinhas”, era necessária a autorização dos serviços centrais, atestando que a “autonomia administrativa, com liberdade de movimentos e as correlativas responsabilidades, é a condição *sine qua non* do progresso deste estabelecimento, tanto no domínio da assistência como no domínio do ensino” (Sobral Cid, 1984).

1942 - Inauguração do Hospital Júlio de Matos.

Após quase trinta anos passados sobre a sua planificação foi inaugurado em 1942 o Hospital Júlio de Matos. Apesar dos sucessivos esforços anteriores, nos domínios da criação de estruturas, da promoção da organização de serviços e da legislação entretanto publicada, segundo Barahona Fernandes, o êxito generalizado dos progressos técnicos só se alcançam em circunstâncias favoráveis que tenham uma “efectivação em ambientes adequados” (Pichot & Barahona Fernandes, 1984). O ambiente adequado era, no início dos anos 40, o novo hospital de Lisboa onde, aliado à constituição das equipas multidisciplinares, agora complementadas com enfermeiros mais especializados, assistentes sociais, psicólogos e mais tarde terapeutas ocupacionais (Barahona Fernandes, 1958), era possibilitado um salto qualitativo na prestação de cuidados, nomeadamente na criação de um

verdadeiro ambiente terapêutico “favorável à minoração dos sintomas perturbadores” dos doentes e “à sua libertação para uma vida autónoma em sociedade”. Era contudo percebido, dada a história do desenvolvimento da saúde mental em Portugal, que estas instituições padeceriam de um risco crónico de regredirem de hospital para asilo, apesar de se considerar, já à data, que não fazia sentido construir “novos mamutes” hospitalares, sendo preferíveis “serviços psiquiátricos em hospitais gerais” com ênfase na assistência “a realizar em ambulatórios e nos centros de saúde” (Pichot & Barahona Fernandes, 1984). Considerariam talvez, os profissionais mais visionários, que quanto mais fosse desenvolvida a assistência extra-muros, mais se preservaria a legítima necessidade destes hospitais e o seu correcto enquadramento assistencial fora dos riscos de pendor asilar.

O movimento que, no séc. XIX, ficou conhecido por “*no-restraint*” (Pereira, Gomes, & Martins, 2005) viria a influenciar Barahona Fernandes na direcção do Hospital Júlio de Matos, onde tentou introduzir uma nova atitude perante a doença mental: janelas sem grades, abolição das medidas repressivas, tónica na comunicação e promoção da terapia ocupacional. Esta tentativa de mudança de atitude falhou a médio prazo e o hospital voltou a orientar-se pela filosofia de estilo asilar que caracterizou os hospitais psiquiátricos até à década de 70 do séc. XX, causada segundo Barahona Fernandes pela “degeneração administrativa”, característica do regime da época (Pichot & Barahona Fernandes, 1984).

Após a publicação da Lei 2006 de 1945 assistimos a um progressivo decaimento da prestação de cuidados que só foi novamente revigorada após a publicação da Lei de Saúde Mental de 1963, marcando o segundo período histórico que a seguir descrevemos.

1.1.2. - Período pós Lei de Saúde Mental de 1963

A Lei de Saúde Mental nº 2118 de 1963, à mercê dos exactos predicados das anteriormente nomeadas, foi apelidada como das mais avançadas no contexto Europeu da época. As razões para isto acontecer eram óbvias na ambição de um texto que propunha o início do processo de desinstitucionalização através da sectorização dos cuidados e da criação dos Centros de Saúde Mental (Assembleia Nacional, 1963).

No período compreendido entre 1963 e os anos 90, podemos definir, segundo Caldas de Almeida, três intervalos distintos que marcaram a transformação dos serviços de saúde mental (Caldas de Almeida, 1996), igualmente definidos, com ligeiras diferenças nos intervalos temporais, noutros documentos de referência (Xavier, 1999; Ministério da Saúde, 1995; Sampaio-Faria, 1987). O primeiro período remonta ao esforço de desinstitucionalização e descentralização dos serviços (1963-1980), o segundo correspondente à integração destes (1980-1990) e um terceiro, que se iniciou no início dos anos 90 e foi marcado por uma paragem nas reformas dos períodos anteriores, por um debate nacional sobre a saúde mental em Portugal e pela publicação da nova Lei de Saúde Mental.

1963-1980

Sob forte influência dos contextos Europeu e principalmente dos EUA, a Lei de Saúde Mental nº2118 de 1963 aponta claramente, e pela primeira vez em Portugal, para um modelo de assistência comunitário que determina a criação dos Centros de Saúde Mental (CSM) (Assembleia Nacional, 1963), de distribuição distrital e com uma proposta de coordenação nacional comum através do Instituto de Saúde Mental, posteriormente extinto já como Instituto da Assistência Psiquiátrica (Ministério da Saúde, 1995). Esta lei, que reforça a assumpção da responsabilidade do Estado de tratar e integrar as pessoas com doença mental, presente nas leis anteriormente publicadas (1911 e 1945), assume de igual forma o alargamento da acessibilidade e da cobertura nacional de cuidados, através dos 15 CSM (18 até 1980) (Xavier, 1999), e dos 3 centros de saúde mental regionais (Sampaio-Faria, 1987). Importa salientar, na perspectiva da inclusão de novas práticas na saúde mental, a definição clara das três áreas de assistência que determinariam também a futura organização de serviços. No próprio texto da lei podemos ler “A promoção da saúde mental... abrange a acção profiláctica, a terapêutica e a recuperadora.”. A acção profiláctica implicando “medidas de carácter preventivo, designadamente pedagógicas e de higiene mental, individuais ou colectivas”, a acção terapêutica ”no tratamento das doenças...”,”em regime ambulatorio, domiciliário ou de internamento” e a acção recuperadora realizada pela “aplicação de medidas psicopedagógicas, sociais e outras destinadas à readaptação...” “...com vista à sua integração no meio social” (Assembleia Nacional, 1963). Esta redacção feita lei abria o caminho para um conjunto de práticas quase inexistentes, nas dimensões preventiva e reabilitativa, com um carácter verdadeiramente reformador, que lutaram pela implementação devido a dificuldades administrativas e económicas no terreno, sendo ainda determinadas pelo enorme efeito gravítico dos grandes hospitais psiquiátricos (Xavier, 1999). À margem destas dificuldades torna-se crucial reconhecer que esta base legislativa mudou a formação das gerações futuras dos profissionais de saúde mental (Sampaio-Faria, 1987), os verdadeiros motores das mudanças no terreno.

1980-1990

As assimetrias dos recursos entre os serviços distritais e os hospitais psiquiátricos mantiveram-se neste período (Xavier, 1999), com o orçamento da saúde mental a rondar os 3% do orçamento global da saúde e 75% do orçamento da saúde mental a ser utilizado pelos seis hospitais psiquiátricos localizados nas três principais cidades do país (Sampaio-Faria, 1987). Esta situação prolongar-se-á já na vigência do recém criado Serviço Nacional de Saúde e após a integração dos CSM na Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários (Xavier, 1999). Na realidade, o anterior Decreto-Lei nº 413 de 1971 abriu uma nova linha de orientação que influenciou posteriormente o estreitamento da relação da saúde mental com os Cuidados de Saúde Primários (CSP) e o surgimento da psiquiatria de ligação, com a extinção do Instituto da Assistência Psiquiátrica e a subsequente criação da Direcção de Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental. Esta Direcção iria fazer aprovar no Ministério da Saúde, em 1989, um conjunto de medidas anteriormente previstas, expressas na publicação

que ficou conhecida como o “Livro Azul” (Ministério da Saúde, 1995) para ajustar-se às mais recentes recomendações da OMS.

O final dos anos 80 acabou por ver surgir um conjunto de alterações *de facto* que incluíram, além de uma avaliação da situação nacional, a criação de um sistema informático hospitalar, a instalação de unidades de psiquiatria e saúde mental em vários hospitais distritais e a programação de unidades de reabilitação (Xavier, 1999).

1990-2007

A exemplo do papel da política e do seu efeito negativo na organização de cuidados de saúde, assistimos no início da década de 90, a uma alteração abrupta das reformas que vinham a ser implementadas nos quinze anos anteriores, originárias dos princípios da Lei de 1963 e que mudaram, sem razão científica aparente, o panorama da assistência em saúde mental em Portugal. Os CSM são integrados nos hospitais gerais do mesmo sector geográfico, perdendo a autonomia administrativa e financeira, vendo os respectivos orçamentos diluídos nos orçamentos dos hospitais (Ministério da Saúde, 1995; Xavier, 1999). Tendo sido a extinção dos CSM a principal medida tomada, que desaguou na criação das Administrações Regionais de Saúde, seria esperado o surgimento de políticas regionais de saúde mental, algo que se tornou difícil de determinar face à ausência de documentação que o atestasse (Ministério da Saúde, 1995).

Num período de grande contestação e antagonismo entre os profissionais de saúde mental foi criada em 1994 uma comissão com o objectivo de preparar uma Conferência Nacional sobre a Saúde Mental de forma a permitir uma discussão alargada e geradora dos consensos necessários à prossecução de objectivos de melhorar a assistência em Portugal, de acordo com princípios definidos internacionalmente, nomeadamente pela OMS e pela Federação Mundial da Saúde Mental (Ministério da Saúde, 1995). À Comissão caberia o trabalho de organizar a informação científica e a informação sobre a situação do país, que serviria de base a um debate enquadrado em quatro temas: 1 - Inventariação e Análise do Sistema, 2 - Princípios de Organização dos Serviços de Saúde Mental, 3 - Modelo de Gestão dos Serviços de Saúde Mental e 4 - Legislação. Este processo culminou com uma lista de recomendações feitas ao Ministro da Saúde que estiveram na origem da posterior Lei nº36 de 1998 e Decreto-Lei nº35 de 1999, bem como na criação, em sede da Direcção-Geral da Saúde, de uma Comissão Nacional de Saúde Mental, concluindo que chegava a hora “de fazer intervir mais directamente no processo as Administrações Regionais de Saúde” originando o desenho dos “modelos compatíveis que levarão à prática a reformulação da saúde mental...”, conforme descrito naquele que seria conhecido como o “Livro Preto da Saúde Mental” (Ministério da Saúde, 1995).

Em 1995 e antes da redacção do texto de recomendações que origina a nova Lei de 1998, dúvidas naturalmente subsistiam sobre se a Lei de 1963 se mantinha vigente (Ministério da Saúde, 1995). Apesar disso a aprovação da nova lei (Assembleia da República, 1998) veio trazer outros avanços, nomeadamente quanto à criação do Conselho Nacional de Saúde Mental, quanto à definição dos direitos e deveres dos utentes, quanto à regulamentação do

internamento compulsivo e na definição dos princípios gerais da política de saúde mental que tiveram a sua efectivação no Decreto-Lei publicado no ano seguinte.

O Decreto 35/99 (Assembleia da República, 1999), definiu a composição e as funções do Conselho Nacional de Saúde Mental, a organização dos serviços regionais e locais, bem como as competências específicas dos hospitais psiquiátricos, defendendo o “tratamento no meio menos restritivo possível, prioritariamente promovido ao nível da comunidade”. Definiu também que os serviços regionais são aqueles que detêm um alto grau de especialização, não são passíveis de existir localmente e incluem as seguintes valências: i. consulta externa, ii. intervenção comunitária, iii. promoção e prevenção, iv. internamento completo e parcial, v. atendimento permanente e vi. psiquiatria de ligação, com sectores geodemográficos de 80.000 habitantes e equipas multiprofissionais. Aos hospitais psiquiátricos cabe: 1 - prestar cuidados de nível local, “enquanto nestas áreas não forem criados serviços locais de saúde mental” nos termos da lei, e 2 - “disponibilizar respostas de âmbito regional em valências que exijam intervenções predominantemente institucionais” e “assegurar os cuidados exigidos pelos doentes de evolução prolongada que neles se encontram institucionalizados”.

É, para nós, fundamental falar dos processos históricos ocorridos ao longo do processo de humanização dos cuidados, desaguados no processo de desinstitucionalização com início legislativo em 1963. Isto porque os modelos de organização de serviços determinam as práticas que neles se incluirão, existindo poucos exemplos, como o do modelo de gestão de cuidados adiante analisado, que melhor representem a evolução face a desinstitucionalização. Em última análise e como aconteceu noutros países, o sucesso da implementação deste modelo, perscrutando as suas barreiras e os seus facilitadores, possibilitou o avanço deste processo de melhoria das condições e dos resultados do tratamento (Salyers, Rollins, McGuire, & Gearhart, 2009b). O estudo de barreiras noutros países demonstrou já que a ineficácia das políticas de saúde mental e a consequente forma como os serviços se organizam pode ser um impedimento à modernização dos cuidados (Saraceno et al., 2007).

A capacidade de implementar novas práticas está indissociavelmente ligada às dimensões da organização de serviços e da legislação que a acompanha. Na esfera da organização de serviços, acabará por determinar sucessos e insucessos, por cá não pela sua inexistência mas pelo seu sucessivo incumprimento que nos tem impedido de alcançar a média da qualidade da prestação de cuidados de saúde mental na Europa. A expectativa seria sempre alta face à publicação do primeiro Plano de Saúde Mental em Portugal (2008) que uma vez mais, agora através de uma Resolução de Conselho de Ministros, tentaria alcançar os princípios com os quais o país se comprometera ao assinar mais uma declaração internacional - a Declaração de Helsínquia, em 2005.

Desde logo e numa perspectiva histórica pudemos identificar um conjunto de barreiras que impediram a modernização dos serviços desde 1889:

- o incumprimento das leis publicadas;
- a ausência de fundos para financiar adequadamente a prestação de cuidados;
- a inadequação da adaptação de edifícios para a prestação de cuidados;
- o desvio de fundos anteriormente destinados à saúde mental para outras áreas da governação;
- o aumento da acessibilidade sem o aumento proporcional de recursos logísticos e humanos;
- a sobrelotação das instituições;
- o desequilíbrio entre as diversas soluções assistenciais disponíveis a nível nacional;
- a degradação cíclica das condições físicas dos asilos e hospitais;
- a sobre exposição e conseqüente vulnerabilidade do planeamento da saúde mental aos ciclos políticos.

Estes pontos obrigam a uma reflexão sobre quão actuais continuam a ser os problemas identificados à altura.

A legislação determina as políticas, estas determinam os planos e a organização de serviços e em consequência a implementação de cuidados. Quando se estudam os mecanismos de implementação de práticas baseadas na evidência encontram-se inúmeros exemplos em que a história e a cultura de um país, região, comunidade ou organização podem ser argumentos mais fortes que toda a evidência demonstrada sobre uma política, um plano ou uma prática (Rogers, 2003).

A adaptação cultural tornou-se, por isso, uma das dimensões mais estudadas no âmbito da evolução dos serviços de saúde com uma origem sistematizada decorrente da tradução e adaptação cultural de instrumentos de avaliação clínica entre países (Martin, 2002; Sperber, 2004) (Reichenheim & Moraes, 2007) (Gjersing, Caplehorn, & Clausen, 2010). Mais tarde o mesmo sucedeu no domínio das práticas clínicas (Dalum et al., 2011; Fardig, Lewander, Melin, Folke, & Fredriksson, 2011b; Hasson-Ohayon, Roe, & Kravetz, 2007) e das políticas de organização de serviços (Funk, M., 2005; Funk, M., 2003).

Interessa agora analisar, depois de olharmos para a forma como a legislação e as políticas determinam os modelos de organização de serviços, a forma como também uma prática baseada na evidência pode ajudar a moldar os serviços de saúde mental.

1.2. O Modelo de Gestão de Cuidados

1.2.1. Contexto e evolução

A evolução das percepções sociais em relação à doença mental tem tido uma grande influência no desenvolvimento da assistência em saúde mental. O surgimento e o

desenvolvimento da prática do Modelo de Gestão de Cuidados (*Case Management*) será disso certamente um dos melhores exemplos, possibilitando-nos decalcar as várias etapas e metamorfoses desta prática nas correntes da saúde mental das últimas quatro décadas.

No início dos anos 70 uma equipa de investigadores dos EUA composta por Marx, Stein e Test procurava estabelecer um padrão assistencial para pessoas com doença mental grave que envolvesse dotar estas pessoas de uma maior autonomia e de uma maior qualidade de vida (Dixon, 2000). Esta perspectiva mudaria a forma como se olha para o prognóstico de doenças como a Esquizofrenia ou a Doença Bipolar, rompendo com décadas de perspectivas pessimistas e deterministas sobre o “destino” das pessoas assim diagnosticadas.

A mudança de paradigma iria estender-se naturalmente à forma como os serviços de saúde mental se organizavam, nomeadamente na pluralização do tipo de cuidados prestados, na constituição de equipas multidisciplinares e no incremento do funcionamento interdisciplinar. Outro sinal desta mudança e da sua intersecção com o desenvolvimento do *case management* está bem patente na forma como diversos grupos profissionais foram integrando esta prática nas suas competências próprias, contribuindo para o seu progressivo enriquecimento (Figura 2).

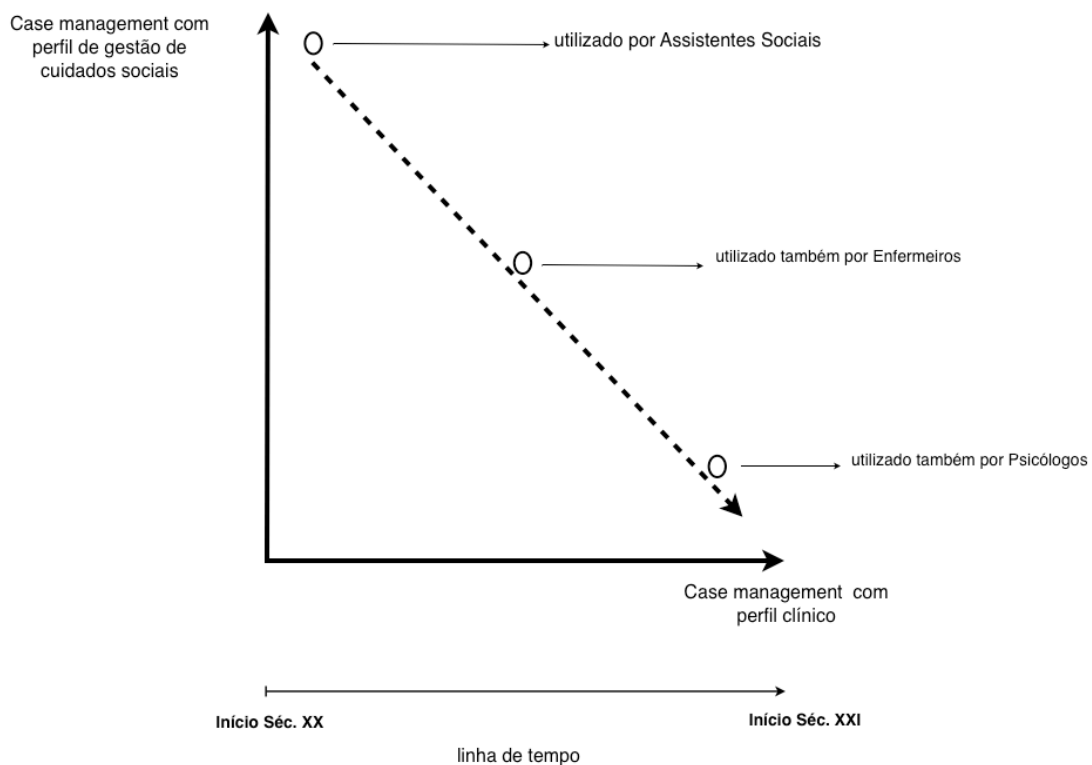


Figura 2 - Modelo esquemático da integração progressiva do *case management* nas diversas áreas profissionais da saúde mental.

A crescente atenção dada aos direitos de pessoas com incapacidade, bem como a alteração das expectativas e das possibilidades no domínio das terapêuticas medicamentosas, fortaleceram a ideia da necessidade de aumentar a acessibilidade dos serviços e aumentar a sua integração na comunidade, derivando naturalmente na conclusão que os serviços e a assistência teriam de sair do seu sistema anacrônico e isolado de funcionamento (McAnally et al., 1989).

Podemos portanto considerar, historicamente, o *case management* como um dos “actores” principais no processo de evolução das políticas e dos serviços de saúde mental, havendo a necessidade de compreender o seu papel para além do conceito de prática baseada na evidência.

Evolução do case management nos Estados Unidos da América

O surgimento do *case management* remonta, nos EUA, ao período entre o final do século XIX e início do século XX. Neste período, as organizações de caridade prestavam cuidados com características quase exclusivamente sociais aos pobres e necessitados, num sistema fragmentado com parca articulação. A primeira abordagem sistemática para diminuir esta ausência de estratégias integradas de prestação de cuidados teve lugar em 1932, através do *Social Security Act*, com duas consequências importantes. A primeira foi o reconhecimento da necessidade de maior intervenção do governo federal na organização dos cuidados, até aqui entregue exclusivamente a instituições privadas. A segunda foi o esforço para o desenvolvimento de programas que seriam posteriormente conhecidos como cuidados integrados. Este esforço está patente no *Social Security Act*, por exemplo na criação de categorias de programas de saúde e na promoção do seu funcionamento articulado (e.g. saúde pública, seguros de saúde e cuidados materno-infantis), (Rice, 1977) citado em (McAnally et al., 1989). Apesar da aprovação do primeiro *Mental Health Act* nos Estados Unidos e a consequente criação do NIMH (National Institute of Mental Health) com o apoio do Harry Truman em 1946, a coordenação de cuidados de saúde mental só teria novo desenvolvimento trinta anos depois do *Social Security Act*, com o *Community Mental Health Act*, de 1963, parte integrante do programa ‘*New Frontier*’ de John F. Kennedy.

Mesmo relevando os importantes contributos desta nova legislação (são disso exemplo o desenvolvimento dos serviços de saúde mental comunitários), a sua aprovação conduziu adicionalmente à criação de inúmeros serviços sociais especializados e mais compartimentados. Estes resultados mistos levaram a uma tentativa crítica do governo federal, em 1971, de relançar a política de articulação dos serviços de saúde em geral e de saúde mental em especial, com atenção particular ao equilíbrio frágil entre serviços de saúde e serviços sociais (McAnally et al., 1989). A integração de serviços e de cuidados foi definida como “uma forma de organizar os serviços para as pessoas, localmente e de uma forma integrada”, tendo os seguintes objectivos: a) prestação de serviços coordenada para o maior benefício possível, b) uma abordagem holística para o indivíduo e para a unidade familiar, c) a disponibilização de uma maior amplitude de serviços, e d) a alocação racional

de recursos locais para necessidades definidas também localmente (Richardson, 1971). Nesse ano foram lançadas 45 experiências piloto com o nome *SITO (Services Integration Targets of Opportunity)* e embora algumas tivessem tido sucesso, muitos problemas de implementação local persistiram (Dewitt, 1977).

Neste período o *case management* já não era uma ideia nova, mas foi entre os meados dos anos 60 e os meados dos anos 70 que ganhou grande destaque. Isto sucedeu devido a dois grandes factores, transversais a todos os níveis relacionados com a saúde mental, desde o desenho de políticas à prestação de cuidados.

O primeiro desses factores esteve intimamente relacionado com o rápido crescimento de um sistema de serviços de assistência apoiados por linhas de financiamento específicas, tendo como base o desenvolvimento de políticas de saúde defendidas durante os anos 60 e 70. Este rápido crescimento significou, pelo seu lado positivo, um aumento exponencial da acessibilidade. Contudo e pelo seu lado negativo, implicou o surgimento de um conjunto numeroso de serviços com uma ausência quase total de articulação. A rede de serviços tinha características de uma organização dispersa, fragmentada, muitas vezes duplicada e sem inter-coordenação. Neste contexto o *case management* significava a hipótese de criar, no perfil de uma actividade profissional, um mecanismo que pudesse assegurar a orientação dos doentes na miríade de serviços dispersos, pois a dispersão de serviços teria transformado, num efeito perverso, a acessibilidade em barreira ao acesso de cuidados (Intagliata, 1982). Como testemunha Test, em 1979, eram frequentes, no panorama da prestação de cuidados, a utilização de termos como “sistema fragmentado”, “cair por entre as falhas” ou “ficar perdido no sistema” de cuidados.

O segundo factor, intimamente relacionado com o anteriormente descrito e que contribuiu para a rápida implementação do *case management* foi a mudança radical do paradigma da prestação de cuidados, encabeçado pelo processo de desinstitucionalização. Antes deste processo as pessoas com doença mental eram, na sua maioria, tratadas em grandes instituições psiquiátricas, frequentemente sobrelotadas e com condições desumanas. Apesar disso, todos os serviços, mesmo numa perspectiva intra-muros, estavam debaixo do mesmo tecto, não existindo dispersão. Quando as pessoas com doença mental começaram a ser desinstitucionalizadas a responsabilidade pelos cuidados transferiu-se para múltiplas agências (Intagliata, 1982), para as quais não existia nem mapa, nem guia.

No final dos anos 70 houve a necessidade de definir aquilo que eram serviços de continuidade de cuidados na comunidade e estabelecer regras que diminuíssem a dispersão e a duplicação de serviços. O *case management*, a par de ser definido no âmbito de um perfil profissional, foi definido, em segundo plano, como um modelo de organização de serviços, com ingredientes mínimos. A definição desta tarefa foi levada a cabo pelo NIMH, que concebeu a CSS (Community Support System) (McAnally et al., 1989). A CSS tinha como condição nuclear para o seu desenvolvimento a utilização do *case management*.

As propostas protagonizadas por Stein e Test nos anos 70 (Stein & Test, 1980), operaram uma mudança fundamental na forma como se olhava para os cuidados de saúde mental na comunidade. Neste contexto e tentando ir para além da discussão entre a efectividade dos

modelos clínicos e de agenciamento, criaram um programa de tratamento que serviria de alternativa ao tratamento hospitalar, chamado PACT (Program for Assertive Community Treatment), orientado principalmente para pessoas com maior incapacidade psiquiátrica, caracterizada por um diagnóstico de doença grave ou por graus altos de utilização dos serviços. Deste conceito derivou posteriormente a nomenclatura mais actual de ACT (Assertive Community Treatment), definindo-se como um modelo de *case management* aplicado por equipas de tratamento multidisciplinares (Mueser, Bond, Drake, & Resnick, 1998).

Os anos 90 foram caracterizados pelo surgimento de outros modelos de *case management* nos EUA como o modelo de forças (*strengths model*) e o modelo de *case management* intensivo (ICM - *Intensive Case Management*). O primeiro, oriundo da área do serviço social, contribuiu para o desenvolvimento do conceito de *recovery*, pois assentava em premissas que contrariavam a visão subestimada do potencial de reabilitação das pessoas com doença mental grave, pondo o ênfase nos objectivos terapêuticos definidos pelas próprias pessoas. Esta abordagem reconhecia, de igual forma, que existem recursos na comunidade que devem ser potenciados e que as pessoas devem ser acompanhadas em ambientes na comunidade e centrados nos objectivos individuais, enquadrados no seu potencial (forças) e nos recursos locais (Simpson, Miller, & Bowers, 2003).

O segundo modelo deriva de uma adaptação do modelo tradicional de *case management*, contudo tendencialmente focado nos casos mais graves, como nas situações de maior risco de recidiva, utilizando taxas mais baixas do número de doentes por terapeuta. Esta taxa (10:1) é menor, em cerca de três vezes, que o praticado no modelo tradicional (Burns et al., 1999).

Alguns autores apontam semelhanças entre o ICM e os modelos ACT, contudo o trabalho inserido numa equipa multidisciplinar não é condição para o desenvolvimento do primeiro (Bond, Drake, Mueser, & Latimer, 2001; Burns et al., 2007; Simpson et al., 2003).

A preceito do paralelismo da evolução dos diversos modelos de *case management* até ao final dos anos 90 importa assinalar um marco fundamental numa corrente de desenvolvimento desta prática nos EUA, coincidente com criação do *Illness Management and Recovery Program* (IMR) (Mueser, 2006). O IMR é um modelo terapêutico estruturado de *case management*, componente basilar do estudo que agora apresentamos.

Em 1997 o relatório da *President's New Freedom Commission for Mental Health* (Hogan, 2003) pede uma transformação dos serviços de saúde mental, tendo como motor o princípio da Recuperação (*Recovery*). Este princípio, de definição difícil, estabelece que para além da necessidade de melhoria das dimensões clínicas e de reabilitação, o tratamento das pessoas com doença mental grave tem de procurar que essas pessoas atinjam graus consideráveis de qualidade, satisfação e participação nas suas vidas, apesar da ponderação dos efeitos catastróficos que as doenças podem causar. Este conceito, que só recentemente começou a ser integrado na área da saúde mental é, há muito, frequente na área da saúde física. A recuperação na saúde física não significa que os sintomas ou o sofrimento desapareceram

completamente e que as capacidades foram totalmente restauradas. No exemplo de William Antony “uma pessoa com paraplegia pode recuperar, mesmo que tal não aconteça com a sua medula espinal” (Anthony, 1993). Esta ideia, aliás definida na perspectiva das pessoas doentes como um processo de adaptação positiva aos sintomas e incapacidades impostos pela doença, será determinante na visão desta comissão para a transformação que propõe no sistema de cuidados, defendendo um processo de decisão menos hierarquizado e mais colaborativo entre profissionais, doentes e familiares, especialmente no que diz respeito à definição dos objectivos de recuperação.

A par destas propostas, reforça a necessidade de pôr intervenções baseadas na evidência disponível ao serviço das populações, chamando a atenção para a existência de enormes discrepâncias entre a evidência e a prática nos serviços, causada por falhas de implementação (Hogan, 2003).

Em 1997 e como resultado do consenso da *Robert Wood Johnson Foundation Conference*, onde estiveram presentes membros e investigadores do NIMH e da Equipa PORT (*Patient Outcomes Research Teams*), (Mueser, 2006) (Lehman & Steinwachs, 1998a), foi determinada a criação de um programa que integrasse componentes de tratamentos psicossociais de evidência comprovada, com o objectivo de ajudar as pessoas a lidar com os seus sintomas e a prevenir recidivas. O IMR foi desenvolvido neste contexto, entre 2000 e 2002, como parte do Projecto de Implementação de Práticas Baseadas na Evidência (National Implementing Evidence-Based Practices Project), (Drake & Bond, 2009).

As técnicas incluídas neste programa foram a psicoeducação, as estratégias cognitivo-comportamentais para a adesão à medicação, o desenvolvimento de um plano de prevenção de recidivas, o treino de competências sociais e o treino para a gestão de sintomas persistentes (Mueser et al., 2002). O programa teria 9 áreas temáticas desenvolvidas ao longo de 9 meses em sessões semanais, utilizando estratégias de aprendizagem motivacionais, cognitivo-comportamentais e educacionais, partindo da perspectiva e da interpretação que as pessoas têm da sua própria recuperação.

O IMR constitui actualmente a referência do *case management* nos EUA, tendo influenciado com resultados em estudos controlados, varias regiões da Europa e do Mundo (Burns, Fioritti, Holloway, Malm, & Rössler, 2001) (Hasson-Ohayon et al., 2007) (Levitt et al., 2009) (Fardig et al., 2011b). Foi, de igual forma, a referência para o trabalho de implementação levado a cabo em Portugal (Mateus et al., 2011) no contexto da execução do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 (Caldas de Almeida et al., 2007) (Xavier, Mateus, & Caldas de Almeida, 2011), sendo o seu desenvolvimento apresentado em capítulo próprio.

Evolução do case management no Reino Unido

O percurso do *case management* no Reino Unido teve um traçado muito diferente. Embora as origens do seu desenvolvimento estejam nos EUA, só mais de duas décadas depois esta prática começou a colher destaque na perspectiva da implementação. Nesta fronteira, onde as

práticas encontram culturas diferentes, com uma expressão marcada dos seus sistemas de saúde, importa destacar a interpretação que foi feita do *case management* no Reino Unido e a forma como essa interpretação moldou a prática e os serviços de saúde mental.

O conceito de *case management* surgiu oficialmente no Reino Unido aquando da publicação do relatório do Comité dos Serviços Sociais da Casa dos Comuns, em 1985. Este documento, que recomendava a criação de trabalhadores-chave (*keyworkers*) no âmbito dos cuidados na comunidade, serviria de base ao relatório sobre o serviço nacional de saúde no Reino Unido (NHS), elaborado por Roy Griffiths a pedido de Margaret Thatcher e que acabou por ter uma tradução prática no plano de acção “*White Paper on Community Care - Caring for People in the Community*”, publicado em 1989 (Thornicroft, Ward, & James, 1993).

Nesta transição assistiu-se a um reforço e a uma melhor definição do papel do *case manager*, e do seu enquadramento nos serviços de saúde, conforme recomendação do próprio relatório:

“quando as necessidades de um indivíduo forem complexas ou quando um nível substancial de recursos estiver envolvido, o governo vê como mérito considerável a nomeação de um case manager com a responsabilidade de assegurar que as necessidades individuais são regularmente revistas, que os recursos são geridos eficazmente e que cada utilizador dos serviços tem um ponto único de contacto” (Langan, 1990).

É justamente nesta definição, e na sua reformulação conceptual apenas um ano depois¹, que se dá o viés do *case management* no Reino Unido.

A estas premissas está associada a definição do papel central do *case-manager*, agora *care-manager*, não como prestador de cuidados mas como agenciador de cuidados (*broker*), responsável por fazer uma avaliação das necessidades das pessoas, elaborar um plano de cuidados, encaminhar essas pessoas para os serviços especializados adequados, fazer a monitorização e a avaliação desses serviços com a revisão do plano individual de cuidados e assegurar a manutenção do contacto (Holloway, Oliver, Collins, & Carson, 1995) (Wolfe, 1997) (Marlowe, 1999). A mudança do prisma, que gerou uma reflexão diametralmente oposta do conceito original de *case management*, significou, na sua operacionalização, numa subscrição e numa recomendação clara do governo Britânico do modelo de agenciamento (*brokerage*) e não do modelo clínico impulsionado pelo ACT nos EUA. Reconhecemos que, ao contrário do que acontecia nos EUA, no Reino Unido e antes da introdução do *case management*, as equipas de saúde mental britânicas tinham já incorporado componentes de tratamento assertivo e da coordenação de cuidados (Burns et al., 1999) e que a dimensão que fazia mais sentido deste lado do Atlântico, no final dos anos 90 e naquele contexto político, estaria mais orientada para a eficiência dos serviços e para o controle de custos.

A iniciativa *Care Programme Approach* (CPA), precursor oficial do *case management* no Reino Unido, teria afinal poucas características de uma abordagem clínica. Um grupo de

¹ Em 1991 o termo *case-manager* é substituído por *care-manager*. Esta alteração resultou do facto de o termo “caso” ter uma conotação negativa, considerando que as pessoas não são “casos”. Por outro lado, foi defendido pelo NHS que a gestão feita pelos *care managers* é dos cuidados e não das pessoas.

profissionais desempenharia tarefas de procura e agenciamento de serviços de saúde mental para pessoas com necessidades complexas de cuidados ou em situação de risco. Só no final dos anos 90, com a publicação do Mental Health National Service Networks (National Health Service, UK, 1999), foi feita uma clara distinção entre o CPA como modelo de agenciamento de *case management* e a forma clínica do *case management*. Esta alteração deu-se com a definição e consequente autorização para o arranque de 170 equipas assertivas na comunidade (Burns et al., 2007), com as características do modelo clínico que anteriormente caracterizamos (Bond et al., 2001). Estes dois modelos passaram a funcionar de uma forma conceptualmente distinta e complementar.

Existem diferenças incontornáveis e fundamentais para compreender o distanciamento destes dois modelos de referência nos 20 anos de subsequente desenvolvimento. O debate que se seguiu (Marshall, 1996; Rosen & Teesson, 2001) e a pesquisa que o suportou foram um contributo importante, não só para a melhoria da prática, mas também para o reforço da ideia da existência de práticas baseadas na evidência com um forte pendor determinista na organização das políticas e dos serviços de saúde, assunto sobre o qual nos deteremos ao longo deste trabalho, a propósito da sua implementação em Portugal e das barreiras associadas.

A par destes dois eixos, diversas adaptações do *case management* foram feitas em vários países da Europa e no resto do mundo, que consideramos importante assinalar.

Evolução do case management noutros países da Europa

Na Europa, vários países desenvolveram programas que utilizam o modelo clínico de *case management* como modelo de tratamento para pessoas com doença mental grave. Muitos destes países apresentam graus consideráveis de implementação, uns com evidência demonstrada como a Suécia e a Irlanda (Fardig et al., 2011b) (O'Brien et al., 2012), outros com estudos a decorrer como a Dinamarca (Dalum et al., 2011) e a Holanda (Wynia, Annema, Nissen, De Keyser, & Middel, 2010). Todos eles, exceptuando o caso holandês, que avalia a efectividade de um modelo de *case management* próprio do país, derivam do Modelo IMR anteriormente descrito (Mueser, 2006).

Estes estudos, feitos em contextos de sistemas de saúde similares, ou seja, serviços públicos pertencendo a um serviço nacional de saúde financiado por impostos, funcionando em sectores geográficos e com equipas comunitárias de saúde mental, apresentam resultados similares positivos, nomeadamente na melhoria da capacidade das pessoas doentes lidarem com os seus sintomas, na melhoria funcional e na melhoria da própria sintomatologia. Outros resultados, em investigações com desenho similar fora da Europa, destacam adicionalmente o aumento do conhecimento da doença e a maior capacidade de progredir em relação a objectivos de vida pré-definidos (Hasson-Ohayon et al., 2007).

Contudo, a avaliação da efectividade deste modelo importado está longe de ser linear. Acreditamos, com base na literatura disponível, que a dificuldade em trilhar o percurso da

efectividade está intimamente relacionada não só com as diferenças entre os sistemas de saúde, mas de igual forma com a história e a cultura da assistência nos países de destino e com o momento em que isso acontece.

Estas intersecções, levadas a debate na Conferência Psiquiátrica de Hamburgo em 1999, precisamente sobre a prática do *case management* na Europa, são disso um exemplo e demonstram que para além da efectividade de uma prática *per se*, uma atenção especial deve ser dada aos contextos históricos e políticos, bem como à fidelidade de implementação (Burns et al., 2001).

As diferenças de resultados entre países da Europa e a diferença entre estes e os EUA (Holloway et al., 1995) suscitam questões muito importantes do ponto de vista da implementação, que são tantas vezes negligenciadas nos estudos comparativos (Burns, 1996a). A má descrição dos serviços dos grupos experimentais e a ainda pior descrição dos serviços dos grupos de controle deixam uma parte substancial da influência da organização e da cultura dos serviços de fora dos factores de ponderação dos resultados, originando interpretações da efectividade que podem não considerar todas as dimensões determinantes.

Um dos melhores exemplos da difícil articulação entre a implementação de uma prática e a cultura assistencial a que se destina está patente no caso italiano. Uma das questões abordadas (Fioritti, Russo, & Melega, 1997) foi, *ab initio*, se Itália precisaria de um modelo de *case management* em meados dos anos 90, considerando a reforma radical em favor da psiquiatria comunitária operada a partir do final dos anos 70, no sentido de estabelecer uma ampla rede de cuidados comunitários de saúde mental. Do cepticismo inicial surgiram questões sobre a necessidade de implementar o *case management* em Itália, comprometendo os esforços de dar sustentabilidade a esta abordagem nos serviços, para além da existente nos estudos iniciais. Outras barreiras suscitadas pelos autores incluíam a dificuldade de alguns profissionais em lidar com o desafio de reformulação das relações hierárquicas entre médicos e enfermeiros que o modelo exigia. Devemos contudo destacar que esses estudos revelaram resultados positivos da utilização desta abordagem, com melhorias nos níveis de psicopatologia, utilização de camas e custos (Burns et al., 2001).

Na Alemanha, marcada por uma estrutura assistencial amplamente influenciada pela separação, ao nível federal, dos cuidados de saúde em relação aos cuidados sociais, a introdução do *case management* afigurou-se como útil (Burns et al., 2001). Contudo um estudo de caso-controlo publicado em 1992 (Rössler, Löffler, Fätkenheuer, & Riecher-Rössler, 1992) não mostrou diferenças consideráveis da utilização deste modelo num contexto onde existem, à partida, recursos altos em cuidados ambulatoriais.

A Suécia, por seu lado, demonstrou bons resultados da utilização do modelo, nomeadamente na redução da hospitalização e na melhoria da qualidade de vida, fazendo no entanto a clara recomendação que, neste contexto, o *case manager* deveria utilizar um modelo clínico, exigindo um treino específico dos profissionais a trabalhar integrados em equipas comunitárias multidisciplinares (Aberg-Wistedt, Cressell, Lidberg, Liljenberg, & Osby, 1995).

Às diferenças entre serviços que utilizam o *case management* na Europa e os programas específicos para o desenvolvimento deste modelo nos EUA, bem como as consequentes diferenças nos sistemas de financiamento, aliam-se as questões culturais anteriormente destacadas para salientar a assimetria existente entre países e regiões do mundo. A independência na tomada de decisões clínicas por profissionais não médicos é disso exemplo, como aconteceu na emancipação precoce dos enfermeiros no Reino Unido quando comparado com a pouca participação nesta tomada de decisão noutros países da Europa, sendo este mais um dos factores determinantes na utilização dos modelos (Burns et al., 2001).

Evolução do case management na Austrália

A investigação de alternativas de tratamento comunitário na Austrália têm sido objecto de estudo sistemático desde o início dos anos 80 (Hoult, Rosen, & Reynolds, 1984) e apesar de serem utilizados modelos de *case management* tanto de agenciamento de serviços como clínicos, estes últimos caracterizam melhor a implementação do *case management* na Austrália e também na Nova Zelândia (Rosen & Teesson, 2001). Este facto resulta da grande influência dos trabalhos de Test sobre o ACT na Australásia, tendo Sydney sido o palco da primeira implementação completa do programa “*Training in Community Living*” numa equipa comunitária de saúde mental fora dos EUA (Hoult, Reynolds, Charbonneau-Powis, Weekes, & Briggs, 1983). As conclusões do estudo aleatorizado controlado associado a esta implementação foram semelhantes às dos colegas norte-americanos, nomeadamente no melhor funcionamento clínico, na menor taxa de admissões compulsivas e na maior manutenção de contacto com os serviços após 12 meses (Issakidis, Sanderson, Teesson, Johnston, & Buhrich, 2007), quando comparado com o tratamento usual das mesmas equipas. Importa contudo referir que estes resultados implicaram a utilização de um modelo clínico de *case management* implementado em equipas de saúde mental tal como aconteceu na América do Norte (Deci, 1995).

Outro desenvolvimento importante do *case management* na Austrália foi a sua inclusão como componente nuclear na intervenção precoce na psicose (Staff, 2001), modelo que beneficiou de uma grande disseminação e consenso mundial a partir de 2000 (Bertolote, 2005), assentando num forte componente de tratamento biopsicossocial gerido por equipas assertivas, treinadas no modelo clínico de *case management*.

Embora tenhamos assistido, nos últimos anos, a uma integração dos ingredientes da intervenção precoce na psicose nos programas de tratamento das equipas de saúde mental não especializadas nessa intervenção (McGorry & Yung, 2003), não poderíamos deixar de referir a influencia que, paralelamente, teve para a continuação do estudo e aperfeiçoamento do modelo clínico do *case management*, com influências significativas na sua implementação, nomeadamente em Portugal (Edwards et al., 2002).

Através da disseminação do modelo de *case management* foi possível, na Austrália, assegurar medidas importantes relacionadas com o processo de desinstitucionalização com

um impacto positivo nas dimensões do acesso a alojamento alternativo ao hospital, na diminuição dos internamentos e na diminuição da quantidade de medicação prescrita (Hambridge & Rosen, 1994), num sistema que estará, do ponto de vista da sua cultura e sistema de saúde, a meio caminho entre os EUA e o Reino Unido.

Tem sido progressivamente evidente que o modelo de *brokerage* do *case management* apresenta muitas limitações, mesmo em países com muitos recursos disponíveis para o encaminhamento de pessoas com doença mental. Quando falamos em países com poucos recursos e socorrendo-nos da metáfora que compara este modelo a um guia para as lojas num centro comercial, rapidamente concluímos que este guia de pouco servirá se as lojas desse centro estiverem quase sempre fechadas (Rosen & Teesson, 2001). Na maior parte dos países existe a necessidade, pela frequente escassez de recursos associada à saúde mental, de equipas bem treinadas para o tratamento integrado das pessoas com doença mental grave, onde modelos baseados na evidência sejam um recurso próprio e, adicionalmente, com ligação a outros serviços (e.g. serviços sociais, emprego, alojamento).

Partindo da prevenção da fragmentação de serviços até à necessidade de controlo de custos, o *case management* tem servido a uma progressiva tentativa da melhoria dos cuidados prestados as pessoas com doenças mentais graves, cadenciando de igual forma a evolução dos serviços de saúde mental. A forma como estas duas dimensões se inter-determinam gerou inúmeros percursos, como os descritos, que nos ajudam a compreender o contexto da sua implementação em Portugal.

Tal como noutros países da Europa também Portugal teve um caminho próprio de implementação deste modelo, que nos últimos cinco anos alinhou com a implementação do Plano Nacional de Saúde Mental 2006-2017 (PNSM). O PNSM incluiu na sua calendarização um programa de formação nacional em práticas baseadas na evidência, sendo uma dessas práticas a Gestão de Cuidados para Pessoas com Doença Mental Grave. Contudo e pontualmente, a influência e a tradução de modelos de *case management* acontecia já em alguns serviços de saúde mental do país.

1.2.2. - O Modelo de Gestão de Cuidados em Portugal

A organização dos Serviços de Saúde Mental portugueses tem, à partida, boas condições para a implementação de um modelo de gestão de cuidados. Existe um serviço nacional de saúde financiado por impostos, com cobertura nacional, administração regional e redes de cuidados de saúde primários e secundários, organizados em serviços locais. Existem, de igual forma, equipas de saúde mental sediadas em hospitais gerais que, no início de 2000, em poucos casos, já teriam programas embrionários que utilizavam algum modelo relacionado com a gestão de cuidados.

As abordagens mais sistemáticas ao modelo de gestão de cuidados em Portugal tiveram início pela mão de um grupo de profissionais interessados na intervenção precoce na psicose (Edwards et al., 2002) que começava a dar os primeiros passos (McGorry, 2000), nomeadamente através da *International Early Psychosis Association* (IEPA) (<http://iepa.org.au>). A IEPA, após o encontro inaugural em Melbourne, em 2000, promovido pela *Early Prevention Psychosis Intervention Center (EPPIC)*, teve o seu lançamento internacional na *2nd International Early Psychosis Conference*, em Nova Iorque, em 2002. Nessa altura e figurando apenas dois membros Portugueses na associação internacional, foram estabelecidos os contactos para que se realizasse em Lisboa um *workshop* que lançasse uma discussão, tanto sobre a intervenção precoce como sobre a utilização de modelos de gestão de cuidados para pessoas com doença mental grave. Esse *workshop*² viria a acontecer em Março de 2002, em Lisboa, contando com a presença de investigadores envolvidos em processos de implementação do modelo em várias regiões do mundo (Jane Edwards na Austrália, Paddy Power no Reino Unido e Paul Amminger na Austria) e inúmeros clínicos, investigadores e directores de serviços de saúde mental portugueses.

Deste encontro acabou por surgir um grupo de profissionais de várias áreas da saúde mental que uniram esforços para criar a associação Espiral - Grupo de Estudo da Psicose, representando a vontade de implementar a abordagem da intervenção precoce na psicose e o modelo de gestão de cuidados, com os seguintes objectivos específicos:

- Participar no estudo multicêntrico aleatorizado controlado *Euphrosia*, coordenado pela EPPIC,
- formar terapeutas de referência no modelo de gestão de cuidados,
- promover a utilização deste modelo em Portugal.

Este grupo tinha a vantagem de ser composto por profissionais provenientes de 5 hospitais (Hospital Miguel Bombarda, Hospital São Francisco Xavier, Hospital de Santa Maria, Hospital Júlio de Matos e Hospital de Santarém) e das duas Faculdades de Medicina de Lisboa.

A Espiral, constituída entre 2003 e 2004, teve um papel importante na definição dos termos portugueses, **Terapeuta de Referência** e **Modelo de Gestão de Cuidados (MGC)**. No primeiro definiu as funções de profissionais incluídos no trabalho multidisciplinar das equipas de saúde mental, responsáveis pela monitorização da implementação de um Plano Individual de Cuidados (PIC) e com funções de participação no tratamento (Thornicroft, 1991). No segundo a sua definição foi influenciada pelas noções decorrentes do modelo clínico de gestão de cuidados com uma base científica demonstrada (Bond et al., 2001; Rosen & Teesson, 2001; Thornicroft, 1991; Ziguras & Stuart, 2000)³.

Este enquadramento servia de complemento à abordagem do modelo de agenciamento (*brokerage*), anteriormente descrito e utilizado em Portugal pelas Organizações Não-

² *Workshop* sobre Intervenção Precoce na Psicose - Março de 2002, Lisboa.

³ Ambos descritos no ponto 1.2.1.

Governamentais de reabilitação que trabalhavam em colaboração com os serviços de saúde mental, utilizando Planos Individuais de Reabilitação (PIR).

Num primeiro momento foram formados dois terapeutas na EPPIC em Melbourne, que posteriormente participaram na formação conjunta de um grupo de profissionais de vários hospitais da região de Lisboa, contando, de igual forma, com elementos do centro de investigação Australiano. Seria este grupo de profissionais que integraria o estudo *Euphrosia*, promovendo subseqüentemente a utilização deste modelo em diversos encontros científicos (Mateus, 2005) (Mateus, 2006)⁴ e apresentando os primeiros resultados em 2008 (Santos et al., 2008).

A disseminação do modelo de gestão de cuidados tinha, já em 2008, múltiplas ramificações com diversos serviços a integrarem esta prática nas equipas dos Hospitais Miguel Bombarda, Fernando da Fonseca, São Francisco Xavier e Santa Maria. Neste último, destaca-se a formação de profissionais que estariam na origem do desenvolvimento de unidades de reabilitação, beneficiando posteriormente das formações de terapeutas de referência da Coordenação Nacional para a Saúde Mental e nos cursos de formação de formadores, respectivamente em 2009 e 2010.

Só recentemente começaram a surgir as primeiras publicações sobre a utilização deste modelo em Portugal (Mateus et al., 2011), entretanto enquadradas na implementação do Plano Nacional de Saúde Mental (aprovado em 2008), e ligadas a dois momentos importantes que vieram legitimar a utilização da gestão de cuidados no nosso país. O primeiro foi o Encontro Nacional sobre Equipas de Saúde Mental Comunitária promovido pelo Ministério da Saúde em 2009, onde, após uma discussão com a participação de representantes de serviços públicos e privados de todas as regiões do país e de todos os grupos profissionais, foi publicado um documento de consenso sobre: 1- a constituição destas equipas, 2 - as competências próprias e partilhadas de cada área profissional e 3 - a definição das funções do terapeuta de referência (TR), das quais destacamos as seguintes recomendações (CNSM, 2008):

“O terapeuta de referência deve:

- (a) Servir de interface entre a ESMC⁵, o doente e a família/amigos.*
- (b) Centralizar a informação (sempre vertida num processo clínico único).*
- (c) Desenhar, em conjunto com os doentes e sempre que possível com a família, um plano de cuidados, que será discutido em reunião de equipa.*
- (d) Monitorizar o percurso e a evolução dos doentes ao longo do tempo.*
- (e) Identificar, em cada momento, os problemas e as necessidades.*

⁴ A par de intervenções noutros encontros sobre Hospitais de Dia nos Serviços de Psiquiatria de Vila Nova de Gaia e do Hospital do Divino Espírito Santo, nos Açores, em 2005.

⁵ Equipas de Saúde Mental Comunitária.

- (f) *Referenciar os doentes, em reunião de Equipa, ao(s) técnico(s) cuja competência específica mais se adegue a uma intervenção que responda aos problemas e/ou necessidades identificadas.”*
- (g) *O TR poderá ser qualquer um dos técnicos da Equipa. Considera-se indispensável, para desempenhar a função de TR, que este técnico possua formação prévia e as competências que lhe permitam reconhecer as psicopatologias mais importantes no campo das doenças mentais graves.*

Este documento serviu de base ao segundo momento importante no desenvolvimento deste modelo em Portugal, ou seja, à preparação da Formação Nacional de Terapeutas de Referência, como parte da implementação do Plano Nacional de Saúde Mental, que descreveremos em detalhe adiante, no capítulo III da primeira parte do nosso trabalho.

1.2.3. Evidência

Uma das principais dificuldades na abordagem ao panorama científico do modelo de gestão de cuidados é a multiplicidade da sua implementação e da sua aplicação, resultante de uma ampla proliferação mundial e das sucessivas adaptações culturais. Estas últimas foram claramente influenciadas por necessidades e constrangimentos contextuais, nomeadamente das políticas, dos sistemas de saúde e das culturas profissionais.

Outro aspecto diz respeito à evolução daquilo que é considerado *case management*. Alguns autores advertem que a revisão actual da efectividade do modelo, considerando estudos comparativos, tem de ponderar a transformação do que é hoje considerado como *standard case management*. Este *standard* refinou ao longo de 30 anos e está actualmente muito próximo daquilo que antes era denominado *case management* especializado (Smith & Newton, 2007). Uma das conclusões a retirar dos estudos mais recentes (Essock et al., 2006), clarificadores de uma diferença cada vez menor entre o *case management* especializado e o tratamento usual é, na sua perspectiva mais optimista, que a evidência crescente quanto ao benefício da utilização desta prática levou a uma integração progressiva dos seus ingredientes no tratamento usual das equipas de saúde mental e que as diferenças, nomeadamente as suscitadas nas publicações de revisão, constituem um contributo para a melhoria dos cuidados prestados e uma oportunidade de investigação futura (Burns, 2000).

Já no início do amplo desenvolvimento do *case management* diversos autores apontavam, numa perspectiva clínica, para a necessidade de utilizar ingredientes nucleares no desenvolvimento de modelos efectivos em contraposição ao decalque de modelos importados de outros países (Thornicroft et al., 1993) (Bond et al., 2001). Thornicroft propôs a interpretação dos diversos modelos à luz de 12 eixos (Tabela 1), que inscreveriam o modelo desta prática em diversas categorias. Já Bond propunha a identificação de

ingredientes fundamentais para a garantia da efectividade, traduzida numa melhoria dos cuidados derivados do modelo mais assertivo de *case management* (ACT), com dezenas de estudos a atestar a sua efectividade. Essa efectividade traduzir-se-ia nos domínios da redução dos dias de internamento, do aumento da estabilidade no alojamento, na melhoria dos sintomas e da qualidade de vida, com particular sucesso no envolvimento das pessoas doentes no tratamento. Contudo, estes ingredientes implicam pressupostos exigentes do funcionamento dos serviços que incluem a utilização de equipas multidisciplinares, a integração dos serviços, taxas baixas do número de doentes por terapeuta, local de contacto na comunidade, foco nos problemas do dia-a-dia, acesso rápido embebido num espírito assertivo, serviços individualizados e ausência de limite para o tempo de acompanhamento (Bond et al., 2001).

Tabela 1 - Definição do *case management* na prática (Thornicroft, 1993)

<ul style="list-style-type: none"> - individual / em equipa - cuidados directos / agenciamento - intensidade das intervenções - grau de autonomia orçamental - serviço de saúde / serviço social - estatuto do <i>case manager</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - especialização do case manager - número de doentes por case manager - grau de participação dos doentes - local de contacto - nível da intervenção - população alvo
--	---

Desde cedo, no tempo da sua implementação, que esta prática demonstrou um benefício para as pessoas com doença mental grave (Hoult et al., 1983; Stein & Test, 1980), nos domínios acima descritos. Importa, neste contexto, destacar duas revisões importantes. O investigador americano Kim Mueser da Universidade de Dartmouth fez uma revisão de 75 estudos com vários desenhos metodológicos⁶ (pré-pós, quase-experimentais e aleatorizados controlados), fundeado na expectativa de que o modelo mostraria efectividade nas dimensões da estabilidade no alojamento, tempo de hospitalização, adesão à medicação, sintomatologia e consumo de substâncias. Adicionalmente foi proposta a análise de resultados para aspectos mais subjectivos como a integração social e a qualidade de vida (Mueser et al., 1998).

A revisão mostrou resultados consistentes na diminuição do tempo de hospitalização e nas dimensões naturalmente associadas da estabilidade no alojamento e autonomia, encontradas em 75% dos estudos controlados.

Outros achados importantes incluíram, embora com resultados positivos moderados, a diminuição da sintomatologia, demonstrando reduções significativas em 50% dos estudos incluídos na revisão. Os resultados a propósito do aumento da adesão à medicação foram inconclusivos considerando o número reduzido de estudos nesta época, o mesmo acontecendo para a avaliação do consumo de substâncias. Não foi encontrado um benefício consistente para as dimensões da integração social e do sucesso vocacional. Nas dimensões subjectivas, anteriormente mencionadas, foi possível registar um efeito moderado do *case*

⁶ A análise destes resultados foi feita considerando a estratificação dos diversos desenhos metodológicos.

management no aumento da qualidade de vida e no grau de satisfação com os serviços das pessoas doentes e dos seus familiares (Mueser et al., 1998).

Numa meta-análise a vinte anos da prática do *case management*, que incluiu 44 estudos controlados, Ziguras apresentou resultados semelhantes à revisão de 1998 com claras vantagens deste modelo face ao tratamento usual (Ziguras & Stuart, 2000), e resultados adicionais na diminuição da sobrecarga familiar e do custo dos cuidados. Foi ainda possível demonstrar uma melhoria do funcionamento social e uma diminuição das taxas de abandono do tratamento.

Os resultados deste estudo foram de igual forma importantes para clarificar uma das conclusões da revisão para a *Cochrane Collaboration*, feita por Marshall (Marshall & Lockwood, 1996), quanto ao facto, aparentemente negativo, do *case management* aumentar as admissões hospitalares. Apesar da meta-análise confirmar este resultado, foi no entanto demonstrado que os internamentos eram mais curtos, logo o número total de dias em internamento era menor.

As duas revisões da Cochrane (Marshall & Lockwood, 1996; Marshall, Gray, Lockwood, & Green, 1996), entretanto retiradas da base de dados, e os resultados de dois grandes estudos sobre o *case management* em Inglaterra, UK700 e PRISM, vieram confirmar a divergência entre os modelos clínico e de agenciamento e a relativa permissividade na associação dos dois, nomeadamente quanto à medida da efectividade (Burns, 1996b; 1996a). O primeiro (Holloway & Carson, 1998), comparava o ICM (*Intensive Case Management*) com o tratamento usual e o segundo (Byford et al., 2000), comparava dois modelos de organização de serviços de saúde mental. Na inexistência de um RCT que estudasse o modelo clínico ACT do *case management*, as conclusões dos anteriores determinaram a associação do *case management* clínico com o CPA (Care Programme Approach) e o percurso diverso que ocorreu no Reino Unido face à utilização deste modelo, descrito em ponto anterior do presente capítulo.

Podemos reconhecer um percurso do *case management*, não só face à evolução do conceito de *standard case management* e as suas repercussões quanto à análise da evidência científica, mas de igual forma face às dimensões da avaliação que foram subsequentemente acrescentadas nos estudos e vertidas nas revisões mais recentes. Uma dessas revisões (Smith & Newton, 2007), mostra o maior destaque dado, de uma forma progressiva, a outros objectivos deste modelo, transportando a análise da efectividade para domínios anteriormente ignorados. Na revisão mais recente é adicionalmente mostrado o benefício do modelo no que diz respeito às taxas de emprego, contacto com as famílias e percepção dos doentes sobre o tratamento, para além das dimensões clínicas e da qualidade de vida.

A utilização do *case management*, pelas suas características e por ser uma das intervenções psicossociais mais estudadas nas últimas décadas, foi para além dos domínios dos serviços de saúde mental especializados ou da própria saúde mental. Outros estudos mostram a efectividade do modelo no manejo dos problemas de adesão à medicação na depressão, nos cuidados de saúde primários (Gensichen et al., 2005), e no tratamento das pessoas com

diabetes tipo II, nomeadamente na melhoria do controlo da glicémia (S. Norris, Nichols, & Caspersen, 2002).

A transformação que ocorreu nos últimos 10 anos fez derivar aquilo que era chamado de *standard care* em *standard case management* e o que era chamado de *standard case management* em ACT (Burns, 2000) (Holloway & Carson, 2001) (Smith & Newton, 2007). Nesse momento deu-se uma transformação, numa perspectiva evolutiva, no sentido de resolver outras dificuldades emergentes, para além da questão da efectividade.

Nos Estados Unidos, com uma longa história de sucesso da utilização do modelo clínico anteriormente descrito, outros problemas impunham uma abordagem diferente. Essa abordagem deveria considerar, a jusante, as dificuldades resultantes da fraca implementação do modelo, aquando da sua disseminação, e a fidelidade da utilização dos seus componentes, condição fundamental para assegurar a prestação de cuidados com qualidade para além dos ambientes da investigação.

Neste contexto surge um modelo importante de *case management*, talvez o mais sistemático desde o surgimento do ACT, chamado *Illness Management and Recovery* (IMR). Este tenta responder, não só à melhoria da prestação de cuidados, mas também aos problemas intrínsecos da sua implementação. Considerando este duplo objectivo, vai ser desenvolvido no âmbito do *National Implementing Evidence-Based Practices (EBPs) Project* (Mueser, Torrey, Lynde, Singer, & Drake, 2003) (Drake et al., 2001) (Torrey, Lynde, & Gorman, 2005).

É por isso para nós importante descrevê-lo em maior detalhe, dada a sua intersecção com a ciência da implementação e o particular contributo que teve para o nosso estudo.

IMR (Illness Management and Recovery)

O IMR surge no contexto da transformação operada depois do relatório da *New Freedom Commission* anteriormente descrito (Dep. Health & Human Services, 2003). Este relatório, além de demonstrar o fosso enorme entre a investigação e a prática, recomendava fortemente que uma atenção especial fosse dada aos aspectos “satélite” da doença, associados ao trabalho, aos estudos, à vida familiar e social e à participação na vida comunitária.

Os estudos seminais da PORT mostraram, há mais de uma década, discrepâncias enormes entre a evidência disponível para o tratamento da esquizofrenia e a disponibilidade desses tratamentos nos serviços. Mesmo para a utilização de medicação, apenas em metade das situações esta correspondia aos *standards* efectivos, e para os tratamentos psicossociais (e.g. psicoeducação ou emprego apoiado), eram utilizados modelos suportados pela ciência em apenas 10% dos casos (Lehman & Steinwachs, 1998b).

A conferência de Baltimore juntou investigadores de serviços, clínicos, doentes, famílias e dirigentes para propor um projecto de implementação de práticas baseadas na evidência na rotina dos serviços de saúde mental (Mueser et al., 2003). A seis práticas propostas para o programa de implementação, apoiados pelo *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* (SAMHSA) e a *Robert Wood Johnson Foundation* incluíam o tratamento

com medicação, o tratamento assertivo, a psicoeducação familiar, o IMR, o emprego apoiado e o tratamento da co-morbilidade com o consumo de substâncias.

A implementação destas práticas exigiria, no mínimo, a disponibilização de materiais claros, fáceis de usar, informação sobre as práticas e sobre as estratégias de implementação. O seu desenvolvimento implicava a criação de *toolkits* que incluíam os manuais de prática, artigos de investigação associados, vídeos demonstrativos, apresentações em slides e diversos folhetos informativos, preparados consoante a população alvo (e.g. profissionais, famílias, administradores e outros intervenientes indirectos no processo de recuperação) (Drake & Bond, 2009). A este *toolkit* estaria associado um programa de formação e um programa de supervisão da implementação com medidas da fidelidade. A filosofia central era, como fora já definido pela “Framework for the Development and Evaluation of RCTs for Complex Interventions to Improve Health”, encarar a introdução de práticas de saúde mental como um processo complexo dentro de um sistema mais vasto e para além do universo restrito dos cuidados de saúde (Craig et al., 2008). Para resultar necessitaria de considerar múltiplas variáveis e actores tão dispares como o médico, a família ou a polícia, envolvidos no processo desde as fases iniciais.

A este primeiro princípio teria de estar associado um segundo, postulando que os serviços incluíam objectivos de tratamento para além da diminuição dos internamentos ou a redução da sintomatologia, que ajudassem as pessoas a retomar as suas vidas e a realizar os seus objectivos, como prolongamento do processo de tratamento.

Uma das seis práticas acima propostas, o IMR, engrenava precisamente nesta ideia de prolongamento conceptual do tratamento e numa outra ideia crucial para a transformação dos serviços - a que defendia uma participação activa das pessoas no seu processo de tratamento, ou seja uma gestão partilhada dos cuidados e do processo de recuperação (Mueser et al., 2003). Este quadro era já uma evidência noutras áreas da saúde como a gestão colaborada e a promoção da auto-gestão parcial de doenças crónicas (e.g. diabetes, asma e artrite) e urgia fazê-lo nas doenças mentais (Mueser, 2006).

O IMR tem por base o acompanhamento de pessoas com doença mental grave ou incapacitante (e.g. esquizofrenia, doenças afectivas), durante um período de pelo menos 9 meses em sessões individuais ou em grupo, uma vez por semana. O programa cobre 9 tópicos⁷ (Tabela 2), relacionados com a gestão da doença, que incluem o manejo de sintomas e a prevenção de recidivas, bem como informação prática sobre a melhor forma de aceder e utilizar os serviços de saúde mental disponíveis (Bartholomew, 2010).

Os terapeutas fazem uma formação específica e têm como meta global ajudar os doentes a identificar os seus objectivos pessoais. Estes objectivos servem, por sua vez, como catalisador da atribuição de significado individual na abordagem aos módulos subsequentes. As estratégias para gestão da doença são ensinadas, praticadas e afinadas nas sessões e ensaiadas em tarefas para fazer em casa (e.g. com a família ou amigos) e na comunidade

⁷ Um 10º módulo foi posteriormente acrescentado ao IMR, abordando o tema do consumo de substâncias e o seu efeito no curso e no prognóstico da doença mental.

(serviços sociais, emprego, alojamento), sendo promovida uma progressiva autonomia face a realização destas.

A consideração de uma perspectiva idiosincrática da definição de recuperação e o envolvimento consentido da rede de suporte de cada doente são componentes nucleares de todo o processo.

É esperado que os terapeutas de referência tenham, de igual forma e durante este período, acesso a uma supervisão idealmente semanal, que inclui uma avaliação da fidelidade da implementação, o que traduz a preocupação adicional deste programa no universo da implementação (Torrey et al., 2001).

Tabela 2 - Visão geral dos tópicos dos módulos do programa IMR - adaptado de (Mueser, 2006)

Módulo	Tópico	Objectivo principal
1	Estratégias de recuperação	Estabelecer objectivos pessoais
2	Factos sobre a doença	Aumentar o conhecimento sobre a doença
3	O modelo de vulnerabilidade ao <i>stress</i> e as estratégias de tratamento	Explicar a influência do <i>stress</i> e a vulnerabilidade biológica da doença
4	Construção de suporte social	Ensinar estratégias para ter suporte social
5	Utilização eficaz da medicação	Mostrar os benefícios da medicação e ajudar a lidar com os efeitos secundários
6	Redução de recidivas	Desenvolver um plano individual de prevenção de recidivas
7	Lidar com o <i>stress</i>	Identificar factores e estratégias individuais para lidar com o <i>stress</i>
8	Lidar com sintomas ou problemas persistentes	Ensinar um modelo de gestão de problemas
9	Colmatar necessidades no sistema de saúde	Identificar os diferentes tipos de serviços disponíveis e a melhor forma de aceder aos mesmos

Os tópicos deste programa são abordados utilizando uma combinação de estratégias educativas, motivacionais e cognitivo-comportamentais com uma influência marcada de dois constructos teóricos. O primeiro é o **modelo transteórico** e o segundo o **modelo de vulnerabilidade ao stress**.

O **modelo transteórico** pressupõe que a motivação para a mudança ocorre por fases (pré-contemplação, contemplação, preparação, acção e manutenção) (Prochaska & DiClemente, 1994). Isto pode implicar que, nas fases iniciais do programa, as pessoas não estarão motivadas para aderir ao tratamento, existindo a necessidade de mostrar o significado do mesmo, enquadrado nas suas interpretações, motivações e objectivos pessoais, o que corresponde à fase inicial do IMR e centra as metas nos objectivos que as pessoas querem atingir, e não exclusivamente nos pressupostos do tratamento propostos pelos profissionais.

O **modelo de vulnerabilidade ao stress** (Zubin & Spring, 1977), pressupõe que o curso de doenças como a esquizofrenia é determinado por uma dinâmica de interacção entre a

vulnerabilidade biológica de que decorre a própria doença, os níveis de stress e a capacidade de lidar com as consequências deste. O IMR tem o objectivo de quebrar ou diminuir o impacto do panorama negativo deste ciclo de vulnerabilidade/stress, que provoca as recidivas ou o funcionamento deficitário, com estratégias de adesão à medicação, diminuição do consumo de substâncias e aumento do suporte social. A combinação destes factores com o estabelecimento de objectivos pessoais terá efeitos positivos na recuperação objectiva (e.g. funcionamento comunitário, relações sociais, trabalho) e na recuperação subjectiva (e.g. sentido de propósito, esperança, confiança pessoal) (Mueser, 2006).

Interessa de igual forma destacar a metodologia por trás do desenvolvimento deste modelo. O IMR foi desenhado fazendo a compilação de técnicas derivadas, em si, de modelos baseados na evidência, significando isto que componentes como a psicoeducação, o treino de perícias sociais, a prevenção de recaídas e o modelo cognitivo-comportamental para a gestão da medicação são suportados empiricamente. Na opinião dos autores do IMR, aumenta assim a probabilidade da efectividade do modelo integrado (Mueser et al., 2002; Salyers, Rollins, McGuire, & Gearhart, 2009b). Contudo importa analisar a efectividade na perspectiva do programa integrado e os resultados de acordo com o todo inicialmente esboçado para o *EBP Project*, para além dos resultados positivos das partes.

A evidência do IMR pode ser encontrada no primeiro estudo piloto do modelo (Mueser, 2006), e em diversos estudos aleatorizados controlados (Fardig et al., 2011b; Hasson-Ohayon et al., 2007; Levitt et al., 2009).

O estudo de Mueser e colegas foi desenvolvido em 3 serviços (dois nos EUA e um na Austrália), tanto no formato de grupo como no formato de acompanhamento individual. Os dois locais nos EUA utilizaram como critérios de inclusão: idades entre os 18-65 anos e o diagnóstico de doença mental grave (eixo 1 com graus de incapacidade nos domínios de funcionamento social, vocacional e auto-cuidado), n=22. Na Austrália os critérios de inclusão foram as idades entre os 18-65 anos e o diagnóstico de esquizofrenia ou doença esquizoaffectiva, n=10. Todos os participantes foram avaliados no início do estudo, depois do fim do programa de tratamento e três meses depois do anterior.

A equipa de terapeutas era constituída por psicólogos clínicos, assistentes sociais, enfermeiros, internos de psiquiatria e um estudante de psicologia, com formação prévia específica no modelo, que recebeu supervisão de um dos autores do projecto ao longo do estudo.

Foram demonstradas diminuições significativas na severidade dos sintomas reportada entre as medidas iniciais e de seguimento, e um aumento da capacidade para lidar com os sintomas. Os resultados relacionados com a recuperação foram de igual forma positivos, existindo no final do tratamento uma maior esperança em relação à possibilidade de recuperação e um sentimento de maior controle sobre os sintomas. O funcionamento global, conforme avaliação pela escala GAF (S. H. Jones, Thornicroft, Coffey, & Dunn, 1995), registou melhorias significativas, com uma manutenção dos efeitos para além do tratamento, não existindo alterações significativas da percepção do suporte social. Outro dado relevante

foi encontrado aquando da comparação dos modelos individuais e de grupo. Os participantes no modelo individual cotaram mais alto nas dimensões descritas e nos três momentos de avaliação (Mueser, 2006).

Estes resultados ficaram alinhados com os objectivos iniciais do IMR e demonstram que o ensino de técnicas de *coping* têm um resultado positivo no aumento da capacidade dos doentes para gerir de forma mais autónoma alguns dos sintomas da doença, traduzindo-se num melhor funcionamento global.

Contudo, e apesar dos resultados deste estudo piloto, impunha-se a elaboração de um estudo de efectividade, aleatorizado e controlado, que conseguisse olhar para além da efectividade encontrada isoladamente nos componentes do modelo IMR. Por esta razão foi realizada, em Israel, a primeira investigação para tentar demonstrar a efectividade da prática em formato de grupo, testando a hipótese das pessoas obterem melhores resultados de tratamento utilizando o IMR, quando comparados com os resultados do tratamento usual nos serviços de saúde mental locais (Hasson-Ohayon et al., 2007).

O estudo, implementado em 13 serviços com um n=210 (pessoas com doença mental grave a receber tratamento de reabilitação, fluentes na língua hebraica e com capacidade de dar consentimento informado), contou com a participação de 13 clínicos dos serviços, com formação específica no IMR feita em 12 sessões de 4 horas.

Os resultados, em linha com os apresentados no estudo piloto anteriormente descrito, demonstraram um aumento do conhecimento sobre a doença no grupo de tratamento com IMR e uma melhor identificação de objectivos pessoais, bem como na concretização dos mesmos. Os resultados foram melhores nas escalas de gestão da doença e de recuperação, mas não foram encontradas diferenças significativas gerais nas capacidades de *coping* entre o grupo experimental e de controlo, excepto para os serviços onde o IMR foi implementado com maior grau de fidelidade. Em sintonia com o único estudo publicado até à altura sobre o IMR (Mueser, 2006), não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas quanto ao aumento do suporte social no grupo experimental.

As limitações apontadas ao estudo incluíam o facto das escalas de medida serem relativamente recentes e associadas ao programa investigado, necessitando de validações posteriores. A esta limitação acrescenta-se o facto dos avaliadores serem os terapeutas a cargo da implementação, naturalmente envolvidos e motivados para a demonstração de resultados positivos.

Para um modelo criado nos EUA, não existia neste país um estudo de efectividade no IMR. Tal veio a acontecer em 2009 quando Aaron Levitt levou a cabo um estudo aleatorizado em Nova Iorque para pessoas com doença mental e grande incapacidade funcional, acompanhadas em unidades de tratamento de apoio residencial, n=104 (Levitt et al., 2009).

Os resultados mostraram, com dados estatisticamente significativos, uma melhoria na sintomatologia, avaliada pelo BPRS (Lukoff, Nuechterlein, & Ventura, 1986) e no funcionamento psicossocial, avaliado pela QLS (Heinrichs, Hanlon, & Carpenter, 1984), no

grupo de tratamento. Os dados do BPRS revelaram ainda uma diminuição global da severidade dos sintomas e uma diminuição marcada dos sintomas na sub-escala da ansiedade-depressão. Outros resultados importantes foram a melhoria significativa na capacidade de auto-gestão da doença, avaliada pelas escalas IMRS (Fardig, Lewander, Fredriksson, & Melin, 2011a), tanto na versão para doentes como na versão dos clínicos. Não existiram diferenças significativas nos domínios da ideação suicida, consumo de álcool ou drogas e nas taxas de emprego ou interesse no trabalho.

Estes achados sugerem, à semelhança dos estudos anteriores, que o IMR contribui para uma melhor auto-gestão dos sintomas persistentes das doenças mentais e reforçam os dados que indicam, não só a melhoria da capacidade das pessoas definirem objectivos pessoais, como a maior possibilidade de os atingirem.

Atenção especial deve ser dada ao facto deste estudo ter optado por uma avaliação de seguimento aos 6 meses, ao contrário dos 3 meses após o fim do tratamento definidos para o estudo de Hasson, com o recomendável alargamento do intervalo de avaliação dos efeitos de médio e longo prazo. A opção de incluir no protocolo uma avaliação cega para as dimensões da sintomatologia e funcionamento psicossocial, feita por profissionais externos que não faziam parte da equipa de implementação, representou de igual forma uma evolução positiva face aos protocolos anteriores, diminuindo a probabilidade de viés, frequentemente associado às avaliações feitas pelos próprios terapeutas da investigação.

Outro estudo aleatorizado mereceu de igual forma a nossa atenção, nomeadamente devido ao facto de ser o primeiro realizado na Europa e porque se destinou exclusivamente a pessoas diagnosticados com esquizofrenia ou doença esquizoafectiva. Esta investigação do IMR, ao momento a mais recente com desenho aleatorizado controlado e resultados publicados, foi implementada em Uppsala na Suécia, em ambiente de tratamento ambulatorio (Fardig et al., 2011b). Os participantes, n=41, foram incluídos, de forma aleatória, no grupo de tratamento usual ou no grupo IMR, organizado no formato de pequenos grupos terapêuticos realizados em centros ambulatorios de reabilitação.

As avaliações foram feitas no início do tratamento, no final (9 meses), e aos 21 meses, estabelecendo uma melhoria no tempo de corte da avaliação a longo prazo, face aos estudos anteriores. Comparando com o grupo de tratamento usual, o grupo do IMR obteve maiores melhorias nas escalas de gestão da doença (IMRS - nas suas versões para doentes e para terapeutas), após o tratamento e aos 21 meses. Obteve, de igual forma, resultados significativos na redução da severidade dos sintomas avaliada pela PECC (*score* global e sub-escalas: sintomas positivos, sintomas negativos, depressão, ansiedade, sintomas cognitivos e *insight*), e uma melhoria significativa nas capacidades de *coping* avaliadas pela WCQ nos domínios: procura de apoio social, fuga-evitamento e resolução adaptativa de problemas. Ao contrário do sucedido nos estudos de Hasson e Levitt não foram contudo encontradas diferenças entre os dois grupos na Escala de Avaliação da Recuperação (RAS) e na Escala da Qualidade de Vida (MANSA). Foi ainda reportada uma diminuição da ideação suicida e uma ausência de diferença nas hospitalizações.

Estes resultados corroboram os anteriormente descritos, quanto aos efeitos positivos do IMR, e parece-nos particularmente importante a diminuição da severidade da sintomatologia, em múltiplos subtipos, e a diminuição da ideação suicida, um dos efeitos da doença mais alarmantes nas pessoas com esquizofrenia. Em linha com os objectivos do IMR, são importantes as melhorias registadas nas áreas do *coping*/resolução de problemas e a demonstração da efectividade na melhoria da capacidades globais, das pessoas com esquizofrenia, para lidarem com a sua doença.

Sobre a investigação do IMR na Europa carece-nos dizer que está a ser feito outro estudo de desenho similar na Dinamarca, com o protocolo já publicado (Dalum et al., 2011), aguardando-se os resultados.

Em síntese, aludimos ao facto do relatório da *New Freedom Commission*, a mesma que propôs a implementação do IMR, incluir nas suas principais preocupações o fosso existente entre a pesquisa e a prática (Hogan, 2003). O relatório faz claras recomendações sobre como estas práticas devem conter meios de, no processo de aplicação, diminuir este fosso, dotando as práticas de ferramentas de implementação, para além dos objectivos óbvios de tratamento.

Globalmente, e considerando a história do seu desenvolvimento, o *case management* tem sido proposto, não só como necessidade (fim) de utilizar práticas baseadas na evidência no tratamento das doenças mentais, mas também como veículo (meio) para reduzir os problemas actuais associados ao fosso entre a evidência e a prática, abordados pela ciência da implementação. Neste sentido é muito interessante enquadrar o modelo também como um processo de avaliação e melhoria da qualidade dos serviços, perspectiva abordada neste trabalho.

Apesar da demonstração da efectividade o IMR é insuficientemente utilizado, tendo sido já identificadas várias das eventuais barreiras à sua implementação (Salyers, Rollins, McGuire, & Gearhart, 2009b). Hoje em dia a identificação e análise das barreiras (como parte da ciência da implementação), estão a definir-se como um novo campo da avaliação de serviços e da melhoria da sua qualidade.

Este campo, tem aspectos conceptuais próprios, com uma importância progressivamente reconhecida nos últimos anos, o que justifica o seu desenvolvimento mais pormenorizado no próximo capítulo.

CAPÍTULO II - CIÊNCIA DA IMPLEMENTAÇÃO

2.1. Introdução

A ciência da implementação na área da saúde está, como qualquer campo de conhecimento com um desenvolvimento sistemático recente, assente em pilares decorrentes de múltiplas fontes dispersas pelo mundo, contudo associadas por um denominador comum. Neste caso, o denominador comum é uma necessidade sentida pelos intervenientes na saúde, nos seus vários níveis (políticos, administradores, investigadores, clínicos, doentes e famílias). Essa necessidade, é a de melhorar os cuidados de saúde prestados para obter melhores resultados.

A outra face desta necessidade é o sentimento permanente de que apesar de muitos e excelentes avanços no conhecimento sobre a melhoria de cuidados de saúde mental, confirmados na literatura, (o que faz bem a quem), muito desse conhecimento não chega a quem dele necessita e em consequência não produz o resultado que se espera, comprometendo a motivação original para o gerar (Schuster et al., 1998). Para quem trabalha na área da saúde este será um sentimento semelhante ao tido na situação em que um doente tem um bom tratamento disponível, mas de uma forma inamovível recusa em aderir ao mesmo. Tenderíamos a dizer, em ambos os casos e numa perspectiva muito familiar à saúde mental, que o mais importante é perceber o porquê. Esta é uma boa forma de caracterizar, introdutoriamente, o móbil da ciência da implementação, intimamente ligado aos primeiros passos da sua aplicação, ou seja, a análise dos facilitadores e das barreiras.

A história anterior à ciência da implementação como campo próprio de investigação deriva de dois universos diferentes, que foram convergindo nas últimas décadas: a **avaliação da qualidade** e a **difusão de inovações**. A primeira, desde sempre com uma relação íntima com a área da saúde, e a segunda, resultante de correntes da sociologia e da antropologia (Brownson et al., 2012).

2.2. - Pré-história da Ciência da Implementação

2.2.1. - Avaliação e melhoria da qualidade

A ciência da implementação tem uma das suas origens e é simultaneamente considerada uma evolução de paradigmas anteriores que dominaram a esfera da avaliação e melhoria da qualidade em várias áreas do saber, incluindo a saúde, nos últimos 25 anos.

Donabedian foi o primeiro a propor uma abordagem sistemática e um enquadramento para as componentes da avaliação da qualidade em saúde (Donabedian, 1966). Postulou que a informação sobre a qual se deveriam fazer inferências a propósito da qualidade pode ser classificada em três categorias: **estrutura, processo e resultado**. A primeira definida como o

contexto onde ocorre a prestação de cuidados, a segunda como aquilo que é feito (actividades), para prestar e receber cuidados e a terceira definida como o conjunto dos efeitos desses cuidados nos doentes e nas populações (Donabedian, 1988).

Como enunciado por Xavier, a consideração da qualidade no domínio da avaliação implica um enquadramento conceptual que considera, não a avaliação de tratamentos, mas a avaliação de cuidados. Este é um debate retomado de forma sistemática, a propósito da indistinção, e por vezes diluição, entre as fronteiras dos conceitos de eficácia e de efectividade, amplamente abordado pela ciência da implementação. Contudo, e apesar da aceitação generalizada de que a avaliação da qualidade está intimamente relacionada com a avaliação de cuidados, esta ambição suscita ainda hoje enormes questões metodológicas. Isto acontece dada a dificuldade de enquadrar o controlo de inúmeras variáveis, características da avaliação de cuidados, em estudos clínicos aleatorizados, definidos como o *gold standard* da efectividade (Xavier, 1999).

Várias abordagens estão incluídas no universo da avaliação e da melhoria da qualidade em saúde, todas elas afirmando garantir ganhos na prestação de cuidados, contudo através de “ângulos de ataque” completamente distintos (Tabela 3). Desses ângulos destacam-se as abordagens que têm o foco nos profissionais ou nas organizações, evidenciando mecanismos de auto-regulação ou de controlo externo e com métodos de decisão de *top down* ou de *bottom up* (Grol, 2001). Dentro dos principais modelos de melhoria da qualidade dos cuidados iremos abordar, sumariamente, cinco dos mais sistematicamente desenvolvidos, dado a sua importância para compreender o surgimento recente da ciência da implementação.

Tabela 3 - Abordagens tradicionais à melhoria da qualidade dos cuidados (adaptado de Grol, 2001)

Abordagem	Exemplos
Medicina Baseada na Evidência	Cochrane <i>reviews</i> , NICE <i>guidelines</i>
Educação e desenvolvimento profissional	CME e CPD
Avaliação e auditoria	Processos de acreditação profissional e hospitalar
Mudanças organizacionais e nos sistemas de saúde	<i>Total Quality Management</i>
Processos centrados nos doentes	<i>Empowerment</i>

Assistimos, desde meados dos anos 90 a uma rápida disseminação do conceito de **Medicina Baseada na Evidência (MBE)** (Davidoff, 1995), incluindo em Portugal (Carneiro, 1998). Este movimento gerou inúmeras iniciativas para o seu desenvolvimento com expressão no ensino pré e pós-graduado, na criação de Centros de Medicina Baseada na Evidência (e.g. Oxford Centre for Evidence Based, UK), e no estabelecimento de grupos para a sistematização e divulgação de conhecimento (e.g. Cochrane Collaboration). Estas

iniciativas tinham o objectivo de ajudar os profissionais a tomar as melhores decisões clínicas de acordo com a evidência disponível. Neste sentido a prática da medicina baseada na evidência é definida como a integração da experiência clínica individual com a evidência clínica externa, resultante da revisão da investigação disponível no momento (D L Sackett, 1996).

O interesse progressivo nesta abordagem conduziu a inúmeros estudos que tentaram perceber qual o grau de evidência utilizado pelos profissionais no dia-a-dia, gerando alguma controvérsia, nomeadamente na dimensão metodológica, na própria definição daquilo que é actuar com base em evidência e na assunção mais extrema de que será apenas uma ferramenta para retirar autonomia aos profissionais (Reilly, 2004). No entanto, este foi um dos vectores importantes para “empurrar” o conhecimento para a prática clínica na perspectiva da implementação e da avaliação da qualidade dos cuidados, por via da selecção e sistematização do conhecimento científico (Greenhalgh, 1996).

O racional por trás da MBE é a constatação da impossibilidade de qualquer profissional de saúde manter-se actualizado face ao tremendo caudal de investigações e consequentes publicações existentes nos inúmeros títulos disponíveis. Como exemplo lembramos, comparativamente, o número de adições de estudos aleatorizados na base de dados de publicações na área da saúde - *Medline*. Entre 1975 e 1980 foi adicionada uma média anual de 500 estudos e em 1998 este número chegava aos 10.000 (Chassin, 1998). Segundo Haines, um médico teria de ler aproximadamente 19 artigos por dia para manter-se actualizado, contudo mesmo os investigadores mais entusiastas dedicam 2 horas por semana a esta leitura. Mesmo recuando 10 anos podemos encontrar um número surpreendente de 2.000.000 de artigos publicados anualmente em 20.000 revistas biomédicas (Haines, 1996).

Os consequentes derivados desta evidência sintetizada, traduzida em recomendações para a orientação da prática, são as *guidelines* ou Guias de Boas Práticas⁸. Representam o produto directo da MBE e das restantes Práticas Baseadas na Evidência (PBE) (Straus, Richardson, Glasziou, & Haynes, 2005). Naturalmente, acompanhando o crescimento exponencial de estudos publicados, podemos encontrar problemas similares na capacidade de acompanhar a velocidade e a quantidade de edição destes guias podendo mesmo considerar-se a existência de uma “indústria de *guidelines*” na área da saúde, para os países ocidentais (Grol, 1998).

Igualmente e tomando como referência a Medline, pudemos verificar um incremento do registo médio anual de *guidelines*, entre 1975 e 1980, de 1 para 454 entre 1993 e 1997 (Chassin, 1998). De notar que a alguns destes guias tem sido dada uma grande relevância, tornando-se referências mundiais, nomeadamente nos cuidados de saúde mental, como é o caso dos documentos produzidos pelo *National Institute of Clinical Excellence* (NICE Guidelines), na área do tratamento da esquizofrenia, entre outros (Gray, 2005).

No entanto e apesar do inquestionável contributo da MBE e das *Guidelines* para o aumento da “cientificidade” das práticas clínicas, algumas limitações devem ser consideradas.

⁸ Optamos por manter o termo original em inglês para o conceito que em Português é comumente definido como “Guia(s) de boas práticas” devido à generalização da sua utilização e por facilitar o enquadramento teórico.

A primeira é não podermos esperar que pelo o facto de se publicarem *guidelines* os profissionais irão utilizá-las. Adicionalmente, muitas não são baseadas em evidência. A sua qualidade é discutível no conteúdo e na forma como são elaboradas e mesmo naquelas que são bem desenhadas muitas vezes faltam programas para as implementar, sendo essa implementação resumida ao envio para os profissionais ou à publicação em revistas científicas. Problemas existem também quanto ao número de *guidelines* que inclui algum tipo de monitorização da sua aceitação, do seu uso ou do seu impacto (Grol, 1998).

Outro problema identificável é o facto de inúmeras *guidelines* servirem interesses corporativos, numa tentativa de conduzir os tratamentos num sentido estranho à qualidade de cuidados, comprometendo o princípio da neutralidade da própria intenção científica (Chalmers, 2000).

Finalmente e na perspectiva da metodologia da sua elaboração, alguns estudos mostram que as investigações que apuram resultados positivos têm mais hipóteses de serem publicadas comparando com as que falham na demonstração de diferenças. Isto significa uma falha na fonte da evidência e contamina assim o *pool* original de estudos sujeitos a revisão sistemática posterior que pode estimar um efeito de uma prática como maior do que aquele que acontece na realidade (Mulrow, 1994).

Outro domínio mereceu, em conclusão, a nossa atenção, devido às limitações que as *guidelines* podem impor num nível superior, quando subscritas por organizações de referência na área das políticas de saúde. Um estudo de Oxman, publicado na Lancet, investigou os mecanismos subjacentes à elaboração de *guidelines* na Organização Mundial de Saúde (Oxman & Lavis, 2007). Uma das conclusões do estudo foi que as revisões sistemáticas raramente são utilizadas no desenvolvimento das recomendações da OMS e que os processos da sua elaboração continuam a assentar muito em grupos de peritos e pouco naqueles que terão de conviver com essas recomendações. Neste contexto o estudo apurou, adicionalmente, que pouca atenção é dada aos papéis e responsabilidades quanto ao processo de disseminação e implementação das recomendações e que nenhum dos directores dos vários departamentos da OMS entrevistados reportou a utilização dos próprios guias da OMS para a elaboração das recomendações, apesar da sua publicação anos antes do estudo (WHO, 2003).

Na consequência das muitas questões suscitadas, aquando do desenvolvimento de estudos mais aprofundados, relacionado com a elaboração de *guidelines*, alguns grupos começaram a construir sistemas que permitissem avaliar e ajudar a melhorar a elaboração de *guidelines*. Dentro desses grupos destaca-se o AGREE Collaboration (<http://www.agreetrust.org>). Criado em 2003 por um grupo de profissionais dedicado à elaboração de *guidelines*, teve como objectivo a criação de um instrumento universal que permitisse avaliar a qualidade de *guidelines* (*AGREE Instrument*) na área da saúde, considerando: os métodos de desenvolvimento, os componentes das recomendações finais e os factores ligados com a adopção. (<http://www.agreetrust.org>). É, actualmente, um dos instrumentos mais utilizados neste contexto, fazendo parte do protocolo de avaliação do nosso trabalho e que será descrito na segunda parte deste texto.

A MBE e a elaboração de Guias de Boas Práticas constituem apenas uma das dimensões que influenciaram o desenvolvimento da ciência da implementação e o seu maior e mais actual desafio é precisamente a tradução do conhecimento gerado na prática (Guyatt, Cook, & Haynes, 2004). Em muitos casos continuamos a não conseguir caracterizar as práticas dos clínicos e na opinião de alguns investigadores continua-se a ensinar uma coisa que se sabe não se poder fazer na prática (Reilly, 2004).

Uma das críticas frequentes à MBE tem sido também a consideração de que se trata de um processo demasiado *top-down* que não considera a complexidade dos casos individuais (Grol, 2001). O contra-peso resultante desta perspectiva têm sido as abordagens da **CME (Continuing Medical Education)** e do **CPD (Continuing Professional Development)**. Não podemos deixar de mencionar que a CME e o CPD têm como princípios nucleares a utilização da MBE, contudo a roupagem pedagógica confere às duas primeiras uma abordagem mais personalizada, considerando por exemplo as necessidades de aprendizagem individuais e os mecanismos de auto-regulação dos profissionais de saúde, sob o postulado de que em face de condições de aprendizagem apropriadas os profissionais naturalmente irão procurar adquirir as melhores competências, característico das estratégias *bottom-up*.

A CME é definida pela ACCME (Accreditation Council for Continuing Medical Education)⁹ como “o conjunto de actividades educacionais que servem à manutenção, o desenvolvimento ou o aumento do conhecimento, das competências e do desempenho profissional que um médico utiliza para prestar serviços aos doentes, ao público em geral ou à profissão”.

O fim da CME é melhorar os resultados da prestação de cuidados, melhorando a actividade dos profissionais através de programas de actualização de conhecimentos baseados em diferentes metodologias pedagógicas, medidas por um sistema de créditos atribuído por várias autoridades competentes, dependendo dos sistemas de cada país (Bloom, 2005; Clancy, 2004; D. Davis et al., 1999; Matos-Ferreira, 1998; G. R. Norman, Shannon, & Marrin, 2004). Dentro dos principais métodos da CME podemos destacar: i. a distribuição de materiais educativos, ii. conferências, *workshops* e seminários, iii. visitas (feitas a profissionais em exercício com o objectivo de actualização de informação), iv. programas universitários de pós-graduação/pós-especialização e v. programas assistidos por tecnologias de informação. A estas actividades é atribuída uma pontuação por sistema de créditos (CP - *Credit Points*) que os profissionais vão acumulando como expressão do seu desenvolvimento profissional contínuo e da sua melhoria curricular.

Embora nos interesse, neste contexto, fazer apenas uma breve caracterização de enquadramento e encadeamento histórico, é fundamental destacar a distinção tradicional feita entre a CME e a CPD. Existe algum consenso que enquadra a CME como uma abordagem para a melhoria específica das práticas clínicas e o CPD como uma abordagem mais alargada de práticas relacionadas com a saúde, que inclui a aquisição ou a actualização de conhecimentos abrangentes e ligados a contextos multidisciplinares (e.g. tarefas de

⁹ Definição retirada do sítio na internet www.accme.org, consultado em Novembro de 2012

gestão, questões legais, organização de serviços) (Peck, McCall, McLaren, & Rotem, 2000). O CPD tem vindo também a incorporar, progressivamente, teorias da aprendizagem de adultos como a Andragogia, e aspectos de desenvolvimento pessoal para além do desenvolvimento profissional (Davis, Davis, Jadad, Perrier, & Rath, 2003). Noutras perspectivas o CPD é de também visto como um prolongamento específico da CME no desenvolvimento de actividades pedagógicas, promovidas por entidades de ensino (Matos-Ferreira, 2007). Hoje em dia as diferenças entre estes dois conceitos estão cada vez mais esbatidas (Peck et al., 2000).

Algumas questões continuam a persistir quanto à efectividade da CME, que pela sua diversidade e complexidade, geram entraves metodológicos na avaliação (Buttery, 2006). No entanto, sabemos que as abordagens educativas que utilizam estratégias que permitem exercícios práticos dos conteúdos aprendidos e promovem a utilização destas nas instituições de destino, melhoram de forma consistente o desempenho profissional (Davis, Thomson, Oxman, & Haynes, 1992), tal como, e atendendo aos formatos, as sessões interactivas que promovem a participação dos profissionais (Davis et al., 1999). Bloom conclui que o efeito da CME na mudança das práticas é maior quando existe uma combinação de vários métodos, condicente com a perspectiva de que as necessidades de ensino/aprendizagem são muito disparens entre os profissionais, serviços, áreas da saúde e culturas profissionais (Bloom, 2005). Resultados positivos semelhantes podem ser observados nos programas educativos para as intervenções psicossociais (*Psychosocial Interventions - PSI Training*) (Brooker, Saul, Robinson, King, & Dudley, 2003).

Davis adverte ainda para o facto das conferências e dos congressos terem pouco impacto directo na melhoria da prática profissional (Davis, 1995), apesar da sua ampla promoção nos nossos dias, facto alinhado com as conclusões de Oxman sobre a pouca tradução na performance clínica dos métodos de disponibilização de materiais educativos *per se* ou da realização de cursos teóricos de actualização de conhecimentos (Oxman et al., 1995).

Destacáramos ainda um par de dimensões a nosso ver importantes para o futuro desenvolvimento e contributo da CME para a ciência da implementação. A primeira, resultante de estudos aleatorizados como o de Sibley onde conclui que os profissionais tendem a procurar a formação e a actualização em áreas onde já se situam acima da *performance* média, remetendo para segundo plano as áreas onde existiria um maior terreno para progressão (Sibley et al., 1982). De acordo com Cauffman uma das formas de abordar este problema seria haver, por parte dos directores dos programas de CME, o reconhecimento da importância de avaliar as necessidades dos destinatários e de abordar as áreas problemáticas, previamente aferidas, dos serviços de destino (Cauffman et al., 2002).

A segunda dimensão resulta da frequente associação de programas da CME com financiamentos feitos por indústrias da área da saúde (e.g. farmacêutica e de equipamentos médicos), (Wilson, 2010; Woollard, 2008). Estes continuam a causar dúvidas sobre a verdadeira intenção formativa que levaram inclusive a medidas de controlo nos processos de acreditação e a outras propostas de criação de sistemas de acreditação exclusivos para

entidades sem fins lucrativos ou de cursos de CME sem qualquer financiamento comercial (Garattini, Gritti, De Compadri, & Casadei, 2010). Algumas universidades dos EUA, como a Universidade do Michigan ou a Universidade de Harvard, anunciaram recentemente, num acto mais definitivo, que cessaram o recebimento de financiamento da industria para cursos de CME (Woollard, 2008).

Uma das soluções para estes problemas passa naturalmente por um controlo mais apertado da atribuição de créditos aos cursos, feito por agencias idóneas especificamente criadas para o efeito (e.g. Committee on the Accreditation of Canadian Medical Schools and Liaison Committee on Medical Education ou a European Accreditation Council for Continuing Medical Education), nomeadamente no que diz respeito à qualidade das parcerias.

Novas formas de CME continuam a surgir numa tentativa de minimizar algumas das limitações apresentadas, e investigações mais recentes começam a incrementar a participação dos profissionais em todos os processos de ensino/aprendizagem, fundindo teoria e prática em processos de decisão clínica partilhada (e.g. DECISION+) (Allaire et al., 2011; Legaré et al., 2011).

Se compararmos o palco do desenvolvimento e actualização profissional de hoje com um passado relativamente recente encontramos enormes discrepâncias e desafios para os profissionais. Anteriormente, manter uma noção de competências actualizada não era uma questão problemática, pois o conhecimento relevante surgia a um ritmo de conta gotas. Hoje, sem um programa activo de aprendizagem com múltiplas fontes e formatos, nenhum profissional pode esperar manter-se actualizado por pouco mais de alguns anos após a conclusão da licenciatura.

Importa para nós, neste momento, voltar às considerações de Miller há mais de 20 anos e ao esquema em pirâmide onde sintetizou as ideias fundamentais sobre as diferentes dimensões do conhecimento (Figura 3), com aceitação generalizada, face à necessidade de considerar metodologias diversas para atingir os vários patamares do mesmo.

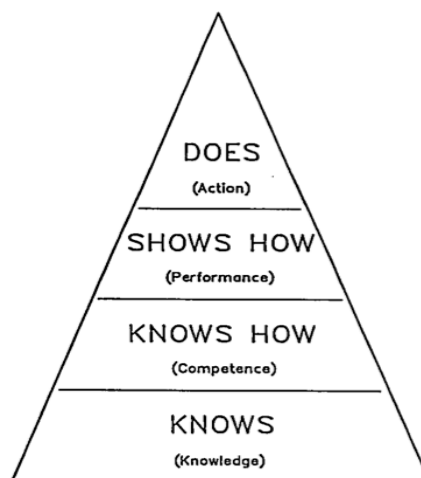


Figura 3 - *Framework for clinical assessment*, adaptado de Miller (Miller, 1990)

As preocupações inerentes à CME e ao CPD desaguam nas mesmas preocupações relacionadas com a complexidade da implementação que aqui abordamos noutras matérias, salientando-se a confusão que pode existir entre os diversos patamares sobreponíveis da díade conhecimento/acção e a consequente utilização incorrecta de meios para melhorar as práticas dos profissionais de saúde (G. E. Miller, 1990).

Os sistemas de créditos não são, no entanto, exclusivos da CME. A **Acreditação** tem sido outro meio importante, como sistema independente e organizado, de avaliação de performances e melhoria de cuidados, centrando a sua acção mais nas organizações de saúde e não tanto nos profissionais, embora existam excepções. No seu sentido mais restrito e na perspectiva da Robert Wood Johnson Foundation a acreditação pode ser definida como “a atribuição periódica de credenciais a instituições que preenchem um conjunto de *standards* de desempenho” baseada num processo sistematizado de avaliação denominado certificação (Thielen, 2004).

Apesar da medida de performances, tanto das instituições como dos profissionais, não ser recente e temos deste facto exemplos extraordinários nas publicações de Florence Nightingale, sobre as diferenças das taxas de mortalidade por infecção em vários hospitais de Londres (Nightingale, 1863), e de Codman numa análise à eficiência dos hospitais no domínio da cirurgia (Codman, 1917), os contextos, os meios e os fins dessas medidas sofreram alterações profundas nos últimos 150 anos.

Hoje, na maioria dos países ocidentais, incluindo Portugal (Shaw, 2000), existem leis, sistemas, critérios e indicadores de performance para fazer esta avaliação, numa abordagem bem vinda para as autoridades de saúde, para os pagadores e para os consumidores, que exigem uma maior transparência e um maior controle, originados a partir de sistemas de *feedback* que permitem a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Esta perspectiva, influenciada pela noção generalizada de *accountability*¹⁰, amplamente promovida nos países anglo-saxónicos, baseia-se em pressupostos audazes que, entre outros, afirmam existir a possibilidade de melhorar o desempenho e a qualidade dos cuidados, se dados de desempenho forem colhidos e publicados periodicamente. A exposição destes dados aos pares e ao público em geral poderia assim induzir uma alteração de procedimentos individuais ou organizacionais no sentido da melhoria (Grol, 2001).

Este modelo acabou por gerar sistemas de *ranking* onde as instituições de saúde são periodicamente comparadas de acordo com as pontuações parciais por domínio de avaliação, ou totais, dependendo dos critérios das diferentes entidades avaliadoras.

No âmbito da acreditação, várias organizações, primeiro de dimensão doméstica nos países de origem e depois a um nível internacional, têm assumido a liderança nos últimos 60 anos. Destacáramos neste contexto a *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO), agora *Joint Commission*, fundada em 1951 nos EUA, o *King's Fund* (HQS), no Reino Unido, o *Canadian Council on Health Service Accreditation*

¹⁰ Expressão comumente traduzida para português como “prestação de contas”.

(CCHSA), derivado da JCAHO que se tornou independente desta em 1958, e o *Australia Council on Health Care Standards* (ACHCS), criado em 1974. (Montagu, 2003).

Acompanhando o processo de privatização de hospitais e a construção de hospitais privados, com a conseqüente necessidade de controle de custos e manejo de processos de contratualização de serviços, estas organizações ganharam progressivamente dimensão dentro da categoria de avaliação externa para aferir principalmente a eficiência e a qualidade dos cuidados. Muitas vezes trabalhando em ligação directa com os governos num sistema que oscila entre a recomendação e a imposição (e.g. desde cedo nos EUA a acreditação foi uma condição para receber financiamento contratualizado com os estados) (Montagu, 2003), este foi um sistema que naturalmente se distanciou dos modelos de acreditação existentes até no início do século XX. De uma acreditação feita fundamentalmente por organizações de profissionais e através de consórcios entre clínicos e gestores, que dominaram o panorama na primeira metade do século passado, derivaram as organizações internacionais para a *standartização*, modelo actualmente em vigor (Shaw, 2000).

Hoje a acreditação é um paradigma incontornável no panorama da prestação e avaliação de cuidados, contudo não está imune às críticas de investigadores e clínicos. A primeira dessas críticas é que a acreditação não pode ser sujeita ao escrutínio rigoroso de uma revisão sistemática ou de uma meta-análise como nas práticas clínicas, atestado pela ausência de estudos aleatorizados (Braithwaite, 2006), dado o número infundável de variáveis confundentes, provando resultados clínicos para além dos resultados conhecidos do aumento de utilização dos *standards*, definidos pelas próprias agências de acreditação (Shaw, 2001). Outra crítica comum é o facto de muitos destes processos de certificação não fazerem a avaliação em níveis mais profundos (e.g. *outcome* clínico), mantendo-se muito à tona nas dimensões da estrutura e de processos (Grol, 2001). Sobrepõe-se naturalmente o facto dos processos de acreditação serem, em si, grandes consumidores de recursos financeiros, dependendo de um tempo e de um investimento considerável dos directores, gestores e clínicos que os implementam nas instituições de destino (Mays, 2004) (Joly et al., 2007). Um esforço substancial deve existir para comprovar o proveito decorrente da instauração destes processos periódicos por parte da instituições, para além do benefício de *marketing* e promoção dos hospitais, comumente identificado por alguns gestores hospitalares como forma de obter uma vantagem nas negociações para o estabelecimento de contratos-programa (P. Russo, 2007) (Alkhenizan & Shaw, 2012).

Inexoravelmente, teremos de reconhecer que aumentar a expectativa da qualidade e fazer a promoção de *benchmarking* nos cuidados de saúde terá sempre um fundo legítimo para a melhoria dos cuidados de saúde (Shaw, 2001), no entanto não perdendo de vista que estes processos de melhoria dependem fundamentalmente do grau de compromisso dos clínicos e do apoio dos dirigentes intermédios e de topo a longo prazo. Seria um erro deixarmos de estar atentos à necessidade, quando consideramos processos de implementação, de resistir à sedução de encarar os processos de acreditação como uma resolução mágica para o melhor

funcionamento das instituições e dos seus profissionais, sob pena de desaguarmos no cinismo decorrente da excessiva valorização dos *rankings* que distorce, de igual forma, o que estes significam (McKee & Sheldon, 1998).

Segundo Shekelle e numa perspectiva retrospectiva, os profissionais poderão ter respondido de forma demasiado lenta aos primórdios do surgimento dos sistemas de acreditação, ficando relegados para segundo plano e contribuindo pouco para o burilamento da realidade necessário aos processos de acreditação em saúde (Shekelle & Roland, 1998), sendo pouco claro o contributo desta para a implementação de práticas baseadas na evidência. Outros sinais importantes que podem contribuir para o aprimoramento destes processos são os resultantes de revisões sobre as atitudes de profissionais face aos processos de acreditação. Embora, de uma forma generalizada, estes reconheçam o contributo para a melhoria dos cuidados, percentagens consideráveis consideram que os processos são burocráticos e prescritivos (81%) e que os benefícios não justificam os custos (70%). Sentem, em simultâneo, que a acreditação tem o potencial de ser usado com ferramenta de *marketing* (Alkhenizan & Shaw, 2012).

Na perspectiva de alguns investigadores deveriam ser desenvolvidos métodos que diminuíssem as tensões entre o desenvolvimento profissional auto-regulado e os sistemas de avaliação externa, criando condições para componentes de avaliação simples, com detalhe clínico e que pudessem ser integrados tanto nos sistemas de monitorização das instituições como nos procedimentos diários dos profissionais (Grol, 2001).

Outra abordagem, tal como a anterior, baseada em sistemas de avaliação fundamentalmente nas estruturas e nos processos das organizações, é a **TQM (Total Quality Management)**. Paralelismos à parte, a principal diferença entre as duas está no facto da TQM basear-se na sistemática monitorização, conseqüente detecção e correcção de eventos que originam defeitos em determinado produto ou serviço, enquadrando-se assim no universo da Melhoria Contínua da Qualidade (CGI - Continuous Quality Improvement). Este sistema é diferente das auditorias e sistemas de acreditação porque, ao invés da avaliação por intervalos de tempo, é caracterizado por um sistema de avaliação contínuo (Kritchevsky & Simmons, 1991).

O TQM teve as suas origens no Japão, no final dos anos 40, intimamente associada a processos da melhoria da qualidade da produção industrial no pós-guerra (Powell, 1995). Esta corrente, influenciada por William Deming (Deming, 1989) e Joseph Juran (Juran, 1993), foi importada primeiro para os Estados Unidos e depois para o Reino Unido, onde acabou por ter um impacto de grandes proporções na área da saúde a partir do final dos anos 90, tendo feito nesses anos parte da própria redefinição do NHS (Adamou & Hale, 2004). Outra dimensão característica do TQM é a promoção da responsabilização dos cuidados, do desempenho e da melhoria, alargado aos processos de toda a equipa e mesmo dos doentes (principalmente nas doenças crónicas), contrapondo a visão tradicional nos cuidados de saúde em que o responsável é o médico e alargando-se esta responsabilidade inclusivamente às organizações. Segundo Fragata e Santos o TQM representa “uma verdadeira cultura ou

atitude de qualidade por parte de uma organização” que produz “indo ao encontro das necessidades directas do consumidores” e onde o “ênfase se encontra no processo de trabalho e não nos trabalhadores” (Fragata & Santos, 2006).

Uma das principais matrizes da TQM deriva do *PDSA (Plan>Do>Study>Act) Model*, proposto pelo próprio Deming (Deming, 1989), que pressupõe um modelo, actualmente com aceitação generalizada, de avaliação permanente de processos (Speroff & O'Connor, 2004). O objectivo do PDSA é obter mudanças sustentáveis nos processos de cuidados que afectam favoravelmente resultados clínicos, através de pequenos passos. Este ciclo envolve quatro fases caracterizadas pela formulação de hipóteses (Plan), pela implementação de um novo processo com recolha de informação (Do), pela interpretação dos dados recolhidos (Study) e finalmente pela decisão sobre o que fazer a seguir (Act) (Curnock, Ferguson, McKay, & Bowie, n.d.).

Um dos contributos mais importantes da TQM é a sua visão abrangente, olhando para os cuidados como um conjunto de processos organizados em torno dos doentes e dos seus problemas de saúde, integrando diferentes métodos e estratégias para a melhoria, características comuns na ciência da implementação. Outro contributo substancial para a área da saúde advém de um dos pilares da TQM expressos na sua própria definição: “processo de melhoria da qualidade para atingir a satisfação dos clientes” (Karuppusami & Gandhinathan, 2006), conceito que primordialmente não era considerado na avaliação da performance clínica ou das organizações de saúde.

Considerando a origem da TQM como um derivado de processos pensados para o domínio da engenharia automóvel, que permitiu à FordTM construir transmissões para os seus automóveis com a qualidade das fabricadas no Japão, algumas críticas surgiram, nomeadamente no Reino Unido, quanto a esta nova medida de eficácia aplicada ao domínio altamente complexo da melhoria dos cuidados de saúde.

Tais críticas são compreensíveis, pois podemos enquadrar melhor a correcção de um erro na recalibragem de uma máquina para fazer peças de automóvel idênticas ao nanometro, e pior a aferição e correcção do erro num procedimento clínico (Chassin, 1998). Ainda dentro dos procedimentos clínicos, podemos compreender melhor o processo de correcção de um erro na colocação de um *stent* na cirurgia cardio-torácica, do que o processo de correcção de um erro no tratamento de sintomas persistentes da psicose. Estas diferenças de aplicação da TQM entre campos científicos diferentes, e mesmo a diferença entra as várias áreas da saúde, exige-nos uma cautela suplementar na sua interpretação e utilização.

Outra crítica comum, resultante de revisões sistemáticas deste modelo, é semelhante a um aspecto afluído na descrição dos processos de acreditação. As infraestruturas necessárias para implementar um sistema de melhoria contínua da qualidade são enormes, de onde deriva um consumo alto de recursos. Adicionalmente, a *endurance* exigida às organizações e ao próprios profissionais, para implementar e manter os sistemas de monitorização e correcção associados à TQM, é tanta que muitos podem nunca encontrar sucesso no mundo

real e exigente da prestação de cuidados (Shortell, Bennett, & Byck, 1998), sendo a procura do custo-efectividade na área da saúde um dos seus maiores desafios.

A evidência da TQM levanta ainda muitas questões na área da saúde (Blumenthal & Epstein, 1996). Devemos contudo reter um aspecto fundamental deste modelo que defende as melhorias organizacionais com carácter contínuo, progressivo e em doses mais digeríveis para as organizações e para os profissionais (Fragata & Santos, 2006). A sua contribuição para muitos processos hoje promovidos pela ciência da implementação incorporam esta advertência, a necessidade de encarar as actividades de implementação não como eventos mas como processos de médio e longo prazo, onde a sustentabilidade é o resultado mais importante (Fixsen, 2005).

Socorrendo-nos do interface da TQM e a consequente ligação às correntes de Gestão Integrada da Doença, que defendem a transferência de responsabilidades sobre variáveis determinantes de resultados clínicos para os doentes (S. L. Norris, Glasgow, Engalgau, O Connor, & McCulloch, 2003), mencionaremos em jeito de conclusão deste grupo um dos modelos mais recentes da melhoria da qualidade dos cuidados, ou seja, aquele que funda a sua prática no pressuposto da participação dos doentes. Igualmente relacionado com o Modelo de Gestão de Cuidados, que tivemos oportunidade de descrever detalhadamente em capítulo próprio, este modelo é denominado como **Capacitação** dos doentes (*Empowerment*).

A autonomia dos doentes face às limitações impostas por uma doença e pelos tratamentos necessários tornou-se uma medida importante da qualidade dos cuidados e da satisfação com os mesmos. É hoje também assumido que uma maior autonomia e participação directa na gestão dos cuidados determina a adesão aos tratamentos, principalmente nas doenças crónicas (Grol, 2001). Diversas áreas têm reportado resultados positivos em estratégias de capacitação dos doentes, nomeadamente nas áreas da diabetes (Anderson et al., 1995), e da saúde mental (Alegria et al., 2008), e podemos encontrar múltiplas estratégias para o fazer descritas na literatura. Alguns exemplos são os inquéritos de satisfação, a avaliação de necessidades, a psicoeducação, a disponibilização de informação na internet, os diagramas de auto-gestão e as tabelas de decisão-risco, entre outros. Embora os resultados positivos da investigação não estejam ao mesmo nível em todas as abordagens, é importante sublinhar que a maior parte da investigação centra-se na avaliação de componentes da relação médico-doente (Stewart, 1995). A escolha dos métodos e a população a que se destina obriga, ainda assim, a um uso cauteloso. Alguns estudos mostram que, apesar dos doentes gostarem de ser informados sobre a sua situação clínica, nem todos querem ter responsabilidades partilhadas na gestão da doença, recusando essa participação nas situações de maior severidade (A. O'Connor, 1999). Outras questões são igualmente levantadas quanto à possibilidade de promoção do excesso de autonomia dos doentes em situações onde os serviços estão subguarneados de profissionais e de outros recursos, podendo gerar uma diminuição na acessibilidade aos cuidados apropriados (Grol, 2001).

Um dos melhores exemplos de partilha de responsabilidades na organização e provisão de cuidados nas doenças crónicas tem sido a Gestão de Cuidados para as doenças mentais graves, descrita em detalhe anteriormente, constituindo-se um exemplo de como, desde o planeamento até à gestão diária dos diferentes tipos de cuidados, pode existir uma interacção positiva entre os profissionais, os doentes e em muitos casos outros cuidadores. A participação dos doentes na melhoria dos cuidados tem sido uma área de intenso desenvolvimento que neste momento inclui as áreas da prestação de cuidados e da investigação. Em países como o Reino Unido organizações de utentes, das quais é exemplo a SURE (*Service User Research Enterprise*), fazem hoje investigação e têm dado luz a formas diferentes de olhar para os paradigmas da efectividade, na maior parte dos casos através de processos partilhados com os profissionais (Rose, Thornicroft, & Slade, 2006).

Há 30 anos atrás os domínios da avaliação e da melhoria da qualidade incluíam o modelo de Avedis Donabedian (Donabedian, 1988), as auditorias clínicas, parcos guias de prática consensualizados e outros métodos em fases embrionárias. Nos últimos 10 anos assistimos ao desenvolvimento exponencial desta área que trouxe naturalmente níveis de complexidade imponderados anteriormente. A sua aceitação generalizada é hoje inquestionável, contudo os investigadores, os clínicos e os administradores concordam que muito há a fazer quanto ao fortalecimento de soluções com custo-efectividade. Por outro lado, mais do que provar que funcionam, estes modelos terão de ultrapassar a gigantesca barreira entre a disseminação e a implementação, que assegure a jusante, medidas de impacto ao nível dos doentes. Isso só será possível, depois de uma implementação generalizada em contextos com condições de aplicabilidade muito diferentes.

Os modelos de melhoria que acabamos de descrever foram e continuam a ser um contributo impar para a tradução da ciência nos cuidados, no entanto o fosso entre a ciência e a prática continua a ser enorme, fosso que a nem a CME, a MBE ou a TQM, conseguiram estreitar. As estratégias para implementar práticas baseadas na evidência são críticas para a melhoria dos serviços (Hansson, 2001). Existem, apesar de toda a evidência, muitas barreiras à implementação destas práticas e as investigações sobre a implementação servem de campo de testes para a criação de conhecimento acerca da ligação entre a ciência e a prestação de cuidados (Goldman et al., 2001).

Interessa estudar os mecanismos associados à implementação das práticas, pois apesar de se investigar muito com bons resultados (Grol & Grimshaw, 2003) e de muito dinheiro ser gasto na investigação em saúde (o último orçamento da Comissão Europeia para 5 anos foi calculado em 6 mil milhões de euros), a tradução na prática está longe do ideal (Grol & Wensing, 2004) (Schuster et al., 1998).

Podemos voltar a enunciar, detalhando, os estudos relacionados com as *guidelines*, anteriormente descritos, para reforçar o nosso raciocínio. A análise feita pela *Cochrane Centre on Effective and Organizational Practice*, estudando o impacto da introdução destas na prática clínica, mostrou que o mesmo é limitado. As melhorias da prestação de cuidados

situa-se nos 10% para a maior parte dos casos, dependendo dos métodos de disseminação, e na maior parte dos estudos o resultado clínico não é estudado (Grol, 2000).

Importa lembrar que não só no domínio das estratégias é necessária uma mudança. No domínio das metodologias utilizadas para as estudar necessitamos não só de estudos aleatorizados controlados, mas também de estudos observacionais que possam acompanhar os processos de mudança, além dos estudos sobre processos implementados em larga escala que considerem as dimensões da fidelidade e da adaptação local da efectividade (Grol, 2001).

2.2.2. Difusão de Inovações

Originária dos estudos de Ryan e Gross (Gross, 1943), sobre a disseminação do uso de sementes de milho híbridas na agricultura, a difusão de inovações rapidamente contaminou outras áreas do saber, nomeadamente a saúde pública e temas específicos da saúde como o VIH-SIDA (Dooley, 1999; Rogers, 2004; Stuart, 2000) (Barker, 2004).

No âmbito da ciência da implementação é considerada um dos constructos da análise da disseminação e implementação de práticas baseadas na evidência (Brownson et al., 2012; Grol & Wensing, 2005), paradigma fundado por Everett Rogers, existindo hoje milhares de artigos publicados sobre o tema (Kapoor, Williams, Dwivedi, & Lal, 2011; Valente & Rogers, 1995).

O que é a difusão de inovações ?

A difusão de inovações é um processo em que “uma inovação é disseminada através de canais de comunicação ao longo do tempo entre membros de um sistema social. Esta comunicação é, em si, um processo em que os participantes criam e partilham informação com o objectivo de gerar um entendimento mútuo” (Rogers, 2003). A difusão de uma inovação envolve sempre algum grau de incerteza ponderada em face das alternativas existentes e é determinada pelo grau de informação existente sobre todas as hipóteses possíveis. Embora Rogers descreva a difusão como um processo que integra abordagens passivas (aquelas que acontecem espontaneamente), e activas (aquelas onde existe uma abordagem sistemática para a sua implementação), as bases deste modelo teórico, com origem no início dos anos 60, estão muito mais orientadas para o enquadramento das primeiras, como concluído adiante (Greenhalgh et al., 2004).

Um dos princípios da definição de inovação de Rogers, especificamente a segunda parte dessa definição - “o facto de uma inovação ser claramente vantajosa não significa que será necessariamente adoptada” (Rogers, 2003), ajuda-nos a compreender a complexidade dos processos de implementação e os desafios que se mantêm actuais, fazendo recordar dois exemplos clássicos, um de insucesso e outro de atraso no sucesso da implementação de inovações.

O escorbuto foi um dos maiores inimigos da navegação e da expansão marítima Portuguesa iniciada no séc. XV, matando mais pessoas, nessa época, do que as próprias guerras. Na tentativa de dobrar o Cabo da Boa Esperança Vasco da Gama perdeu, vítimas de escorbuto, 100 dos seus 160 membros da tripulação e Fernão de Magalhães viu desaparecer quatro quintos da sua tripulação na viagem de circum-navegação. O impacto desta doença, caracterizada por uma insuficiência grave de vitamina C, levou a que outro Capitão de Mar, James Lancaster realizasse, em 1601, um estudo de efectividade na prevenção do escorbuto junto da sua tripulação. Serviu três colheres de sumo de limão diariamente à tripulação de um dos quatro navios da sua frota, durante uma expedição que zarpou de Inglaterra com destino à Índia. A tripulação desse navio manteve-se saudável mas nos outros três navios, onde não foi servido sumo de limão, constituindo por isso o grupo de controle, 110 dos 278 marinheiros morreram até ter sido feita metade da viagem. O número de fatalidades foi tão grande que o capitão teve de transferir marinheiros saudáveis do grupo de tratamento para poder manobrar os restantes navios.

Seria de esperar que, com resultados de sucesso tão claros, a marinha britânica adoptasse a inovação do sumo de limão imediatamente e de forma global. Contudo só 150 anos depois foi feita uma nova experiência, desta vez por um médico da marinha que conhecia o trabalho de Lancaster, chamado James Lind. Neste estudo Lind tratou doentes com escorbuto fazendo dois tipos de prescrições. A primeira incluía o consumo de duas laranjas e um limão, a segunda incluía o consumo de um de cinco suplementos alimentares, (24 cl. de água do mar, 6 colheres de vinagre, cidra, noz moscada ou 70 gotas de xarope de vitríolo). Os doentes que receberam citrinos ficaram curados em poucos dias e ainda ajudaram Lind a tratar os restantes.

Mesmo após a re-confirmação desta evidência para uma doença tão devastadora, só quase 50 anos mais tarde, em 1795, a marinha de guerra adoptou os citrinos para a prevenção e tratamento do escorbuto, erradicando-o. Curiosamente, depois desta decisão, foram necessários 70 anos adicionais para a marinha mercante fazer o mesmo (Rogers, 2003).

A difusão desta inovação teve uma curva de adopção muitíssimo lenta quando comparada com a introdução de outras inovações no mesmo período (e.g. armamento), e poderíamos pensar, como apontou Rogers, que este facto se deveria às circunstâncias da experimentação e do método científico dos sécs. XVII e XVIII. Existem contudo exemplos de maior insucesso no séc. XX.

O teclado do computador utilizado para elaborar este trabalho utiliza um esquema chamando QWERTY (Figura 4, 1º esquema), assim baptizado devido ao facto destas serem as primeiras 6 letras da primeira linha das teclas alfabéticas do teclado introduzido em 1873 por Christopher Latham Sholes. Curiosamente este teclado foi desenhado para abrandar a escrita nas máquinas de escrever cujas teclas accionavam um mecanismo de alavanca que marcava a letra untada com tinta na folha de papel, regressando posteriormente à posição de descanso. O conjunto de alavancas que continha as letras e os algarismos estava alinhado na base e apontado para o eixo onde a impressão ocorria. Ora, quando Sholes criou o esquema do seu

teclado, estas letras foram posicionadas de forma a que quando houvesse uma escrita mais rápida a hipótese de duas alavancas se encontrarem a meio caminho do papel diminuísse, pois isto encravava a máquina, tornando a escrita ineficiente. Esta solução era apresentada como uma estratégia de marketing para seduzir potenciais clientes que podiam adicionalmente ficar impressionados com o facto de se poder escrever TYPEWRITER (máquina de escrever), utilizando apenas a primeira linha de teclas.

Com os progressivos avanços das máquinas de escrever, a necessidade de um teclado ineficiente que atrasava a escrita foi deixando de existir e em 1932 Dvorak, Professor da Universidade de Washington, propôs, baseado em estudos que observaram o forma como as pessoas utilizavam os teclados (Dealey & Dvorak, 1933), um novo esquema de teclas mais eficiente (Figura 4 - 2º esquema). As letras utilizadas com menos frequência foram distribuídas na primeira e terceira linhas de teclas, respectivamente as letras com 22% de utilização na primeira e 8% na terceira. À linha do meio ficaram reservadas as letras utilizadas em 70% da escrita. O esforço de escrita foi também distribuído pela alternância das duas mãos, melhorando o ritmo (Dvorak, 1935), através da distribuição das vogais que representam 40% das letras utilizadas perto da mão esquerda e as principais consoantes que acompanham estas vogais perto da mão direita.

Os resultados foram surpreendentes. Dvorak conseguiu diminuir o esforço da mão esquerda (mais fraca para a larga maioria de dextros), de 57% no QWERTY (onde só 22% da escrita é feita na linha do meio), para 44% no seu teclado. A necessidade das mãos “viajarem” constantemente ao longo do teclado diminuiu, diminuindo também o risco do síndrome do túnel do carpo e a tensão mental. A maior eficiência levou, de igual forma, a que a velocidade da escrita aumentasse e que menos erros de escrita fossem cometidos.

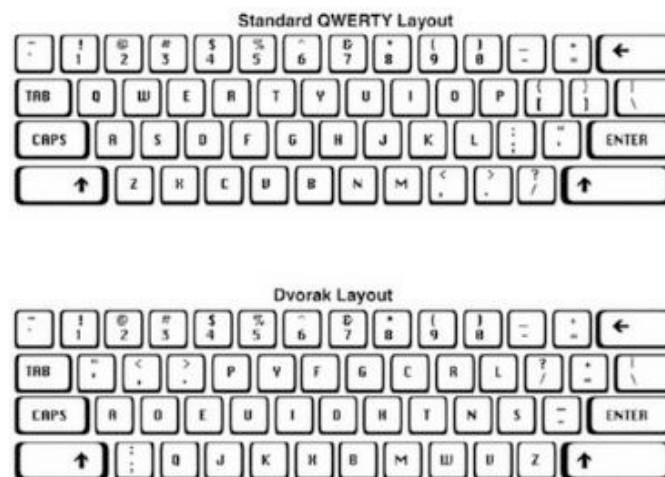


Figura 4 - Esquemas dos teclados QWERTY no topo e Dvorak em baixo (Rogers, 2003).

Como na situação descrita no exemplo da prevenção e tratamento do escorbuto, poderíamos esperar que tais vantagens tecnológicas levassem a uma rápida difusão desta tecnologia,

considerando que hoje muitas mais pessoas utilizam teclados, estando sujeitas às suas ineficiências e aos seus riscos para a saúde. Tal não aconteceu e passados mais de 80 anos sobre a invenção de Dvorak, o teclado QWERTY continua a ser utilizado pela esmagadora maioria de pessoas no mundo inteiro, sendo inclusive muito difícil encontrar teclados Dvorak numa loja (Rogers, 2003).

Este exemplo destaca a necessidade de, nos processos de implementação, considerar potentes factores externos que podem constituir barreiras à implementação de tecnologias mais efectivas (e.g. interesses comerciais, académicos, profissionais), lembrando que o facto de se desenvolver uma excelente tecnologia, por si só não significará que se difundirá automaticamente. Mesmo considerando que substituir o teclado de um computador é hoje um processo simples e que a adaptação a um teclado Dvorak implica o gasto de uma semana de prática, estamos todos hoje muito longe de o utilizar (Rogers, 2003), apesar de décadas da sua existência (Dealey & Dvorak, 1933).

Podemos concluir, pelos exemplos anteriores, que as inovações tecnológicas com vantagens claramente demonstradas podem, por um lado, nunca ser adoptadas e por outro podem demorar décadas até à sua utilização generalizada. Esta adopção está relacionada, segundo muitos autores (Fagerberg, 2006; Rogers, 2003) (Greenhalgh, 2005), com os elementos de difusão utilizados na sua própria definição (**inovação, canais de comunicação, tempo e sistema social de destino**), que devemos observar com maior detalhe.

Everett Rogers definiu **inovação** como uma ideia, uma prática ou um objecto que é percebido como novo por um indivíduo ou organização. Esta inovação não tem necessariamente de ser nova, na medida comum de tempo passado desde a sua descoberta. É a percepção da novidade que determina a reacção à mesma e esta não tem de estar implicitamente associada a um conhecimento acabado de gerar (Rogers, 2003). Importa lembrar que uma inovação não é necessariamente desejável para todos e a que a sua difusão carece de um processo que envolve a tríade conhecimento-persuasão-decisão que descreveremos adiante.

A tecnologia, ou neste caso uma nova tecnologia encarada comumente como uma inovação, tem um papel fundamental na análise posterior do nosso trabalho, pois consideramos uma prática baseada na evidência como uma tecnologia que obedece a princípios similares aos postulados por Rogers (Barker, 2004). Estes princípios foram introduzidos em 1957 a propósito da sua dissertação de doutoramento que concluiu que os mecanismos de difusão de inovações eram transversais entre as diversas áreas científicas.

Uma tecnologia é um desenho para uma acção instrumentalizada que reduz a incerteza em relações de causa-efeito envolvidas na tarefa de atingir um determinado fim e que inclui geralmente dois componentes: o *hardware* e o *software*. O *hardware*, aqui definido como a ferramenta que inclui a tecnologia como objecto material e o *software*, que consiste na base informacional para fazer o *hardware* funcionar. Estes conceitos são melhor entendidos, na sua expressão mais vulgarizada, pela terminologia usada nos computadores, entendendo-se o

hardware como o conjunto de componentes físicos do computador (microprocessador, placa gráfica, placa-mãe, disco rígido, ventoinhas) e o software como o conjunto de programas que faz o *hardware* funcionar (primordialmente a *bios* e o sistema operativo e depois todos os programas que utilizamos consoante os nossos objectivos e interesses). Podemos dizer que tanto para a área da informática como para as áreas da saúde, o *hardware* tem um papel dominante no âmbito da difusão de inovações, como teremos oportunidade de desenvolver na segunda parte do nosso trabalho.

O grau de incerteza de uma inovação tem também um papel importante na compreensão da difusão dado poder constituir-se como o maior obstáculo à sua adopção, quando existe uma ausência de clarificação sobre todas as vantagens, desvantagens e consequências conhecidas da sua implementação. Estas consequências são definidas como desejáveis ou indesejáveis e directas ou indirectas (considerando os impactos imediatos ou os impactos dos impactos imediatos) (Rogers, 2003).

Atributos das inovações:

Segundo Rogers os atributos das inovações ajudam a explicar a variação das taxas de adopção de inovações claramente vantajosas, por parte de indivíduos ou grupos, e deveriam ser utilizados no planeamento da implementação de práticas de saúde baseadas na evidência (Brownson et al., 2012). Esses atributos clássicos são: a vantagem relativa, a compatibilidade, a complexidade, a experimentalidade e a observabilidade.

A vantagem relativa é definida como o grau percebido de vantagem de dada inovação face às alternativas existentes, que pode ser medida nas dimensões económicas e de satisfação com os resultados, actualmente enquadrados respectivamente nas dimensões de custo-efectividade e efectividade (Andrews, 1999). Contém de igual forma outras dimensões mais subjectivas, como o prestígio social. Quanto maior for a vantagem relativa, mais rápida será a taxa de adopção.

A compatibilidade define-se como o grau em que uma inovação é percebida como sendo consistente com os valores existentes, as experiências passadas e as necessidades actuais. Quando uma inovação é pouco compatível ou incompatível com estes elementos, necessita geralmente de uma mudança no sistema de valores e de crenças, que é um processo muito mais lento.

A complexidade está ligada à dificuldade em perceber uma inovação, na sua definição ou na forma como é utilizada, determinando directamente a sua adopção. Ideias definidas de uma forma mais simples são mais rapidamente adoptadas.

Na medida em que passamos do conhecimento e da compreensão da informação sobre uma inovação para o conhecimento baseado na acção, deparamo-nos com os atributos mais práticos das inovações. São eles a experimentabilidade (*triability*) e a observabilidade (*observability*). A primeira caracteriza o grau em que uma inovação pode ser experimentada numa base limitada (piloto), com relativa facilidade, concluindo-se que as inovações que podem ser experimentadas têm uma

adoção mais rápida, dada a redução do grau de incerteza anteriormente mencionado. A segunda caracteriza o grau em que uma inovação é visível para os outros. Quanto mais os resultados forem observáveis para os outros, nomeadamente para a rede de pares, mais rápida será a taxa de adoção.

O segundo elemento da difusão de inovações são os **canais de comunicação**. Esta comunicação envolve, na sua forma mais elementar, a existência de uma inovação, um indivíduo ou organização de origem (que detém a informação e a experiência sobre a inovação), e um indivíduo ou uma organização de destino. A este propósito destacaríamos, à margem dos conceitos sobre canais de comunicação derivados das teorias gerais da comunicação (e.g. *mass media*, internet, entre outros) (C. E. Shannon & Weaver, 1948), um conjunto de predicados importantes para a ciência da implementação, ligados à comunicação interpessoal. Neste sentido, associado aos resultados de investigações na área da difusão, que concluem que a avaliação de inovações pela maior parte das pessoas não é feita sob a influência de uma base científica mas sim sob a influência dos seus pares, devemos considerar a comunicação entre pares como aspecto nuclear da difusão, caracterizando-a numa perspectiva de processo social (Rogers, 2003). Esses predicados são a homofilia e a heterofilia¹¹, sendo o primeiro o grau em que duas ou mais pessoas interagem da mesma maneira devido à suas características (e.g. crenças, educação, estatuto social, características pessoais ou sociais), tendendo, numa situação de livre escolha, a aproximarem-se e a comunicar melhor. A heterofilia é precisamente o oposto e uma grande parte dos cenários de difusão de inovações é caracterizado por esta última. Quem tenta disseminar uma determinada inovação terá uma competência técnica maior nessa inovação quando comparado com a sua audiência, contudo, se todos os participantes tiverem o mesmo nível de informação, a difusão não poderá ocorrer. O ambiente de difusão deve conter um equilíbrio entre estas duas características, pois ao reconhecermos a existência de comportamento mimético quanto aos pares considerados como referência, sabemos igualmente que os grupos demasiadamente homofílicos tendem a funcionar como elites fechadas à inovação (Brownson et al., 2012).

O terceiro elemento é o **tempo**. Este elemento, muitas vezes ignorado na investigação sobre difusão, é precisamente uma das suas forças (Rogers, 2003). Está envolvido no processo de inovação-decisão (ponto 2.2.2.1), na medida da precocidade com que grupos de indivíduos ou organizações adoptam uma inovação, ou seja a definição das categorias dos adoptantes (ponto 2.2.2.2) e na taxa de adoção num sistema (ponto 2.2.2.3), medida do número de membros desse sistema que começa a utilizar uma inovação num dado período de tempo.

O **sistema social** é o quarto e último elemento da difusão considerado pelo modelo de Rogers, correspondendo ao sistema de unidades envolvidas na resolução conjunta de

¹¹ Conceitos apresentados na interpretação da sociologia, traduzidos de *homophily* e *heterophily*.

problemas comuns. Estas unidades podem ser indivíduos, grupos informais, organizações e/ou sub-sistemas (Rogers, 2003). Como as difusões ocorrem num sistema social e a estrutura social de um sistema afecta o processo de difusão de inovações, várias dimensões têm de ser consideradas para que a difusão ocorra. São elas: as normas do sistema, o papel do líderes e dos agentes de mudança, as redes de comunicação formais e informais, o tipo de inovações e as suas consequências (Grol & Grimshaw, 2003) (Greenhalgh, 2005).

2.2.2.1. O processo de inovação-decisão

Rogers descreve o processo de inovação-decisão como um contínuo de procura e ponderação de informação, onde um indivíduo é motivado para reduzir a incerteza sobre as vantagens e desvantagens de uma dada inovação. Neste sentido o processo de inovação-decisão envolve **5 etapas**: a primeira é o conhecimento, a segunda a persuasão, a terceira a decisão, a quarta a implementação e a quinta a confirmação.

A **etapa do conhecimento** é definida pela procura de informação sobre a inovação considerando os parâmetros: o quê? como? e porquê?, e correspondendo naturalmente ao que funciona, como funciona e porque é que funciona. Se as duas primeiras perguntas determinam fundamentalmente se alguém vai continuar a aprofundar a informação, a última é fundamental para definir se a inovação é aceite ou não. Está intimamente ligada aos princípios e aos aspectos que colidem com a experiência e a opinião prévia de um profissional em situações similares e por isso é chamada de questão de princípios. Embora por vezes a adopção de uma inovação não implique a total clarificação sobre a pergunta porquê?, muitas vezes é esta ausência de clarificação que leva, a jusante, à desistência de utilizar uma inovação.

A **etapa de persuasão** ocorre quando alguém adquire uma atitude positiva ou negativa face a uma inovação, contudo a formação dessa atitude favorável ou desfavorável não conduz necessariamente, directa ou indirectamente à adopção ou rejeição. Rogers descreve esta etapa como uma etapa afectiva, por oposição à primeira, mais cognitiva, onde a influência dos pares (e.g. colegas de profissão) e o grau de incerteza sobre a inovação têm um peso substancial.

A **etapa da decisão** implica a escolha de adoptar ou rejeitar a inovação, contudo esta decisão poderá ocorrer em qualquer fase do processo. Rogers acrescenta que a rejeição de uma inovação pode ser activa (experimentar e abandonar depois), ou passiva (não chegar a utilizar), importando destacar que em grupos mais hierarquizados, com tomadas de decisão organizacional, a ordem conhecimento-persuasão-decisão pode aparecer sob a forma de conhecimento-decisão-persuasão. No entanto, a etapa seguinte é invariavelmente a implementação.

A **etapa da implementação** significa que uma inovação é posta em prática. A incerteza quanto aos requisitos operacionais e os possíveis resultados da implementação podem, nesta fase, fazer depender o sucesso do apoio técnico para que a mesma ocorra, onde existe um

retorno à etapa do conhecimento, contudo numa roupagem mais operacional e com objectivos de integração organizacional.

A última etapa, a da **confirmação**, impõe fundamentalmente uma validação interna das etapas de conhecimento-acção que confirme a decisão anterior. Rogers relembra que uma decisão pode ser revertida se, nesta fase, uma pessoa ou organização encarar mensagens contraditórias ao início do processo que podem fazer com que a inovação seja abandonada. Dependendo desta validação podemos assistir a uma fase de sustentabilidade da implementação ou a uma descontinuidade, caracterizada por dois sub-tipos: a primeira é a rejeição em detrimento de uma inovação melhor (descontinuidade por substituição), a segunda é uma rejeição por abandono (descontinuidade por desencantamento), principalmente por insatisfação com a performance ou com a inexistência do suprimento das necessidades (Rogers, 2003).

2.2.2.2. Categorias dos adoptantes

Estas categorias têm como objectivo classificar os membros de um sistema social segundo a “inovabilidade” divididos nas categorias: inovadores, adoptantes precoces, maioria precoce, maioria tardia e conservadores, com correspondência na população através de uma distribuição normal (Figura 5). A curva em forma de S a cinzento mais claro representa a proporção cumulativa de utilizadores da inovação ao longo do tempo (Gross, 1943).

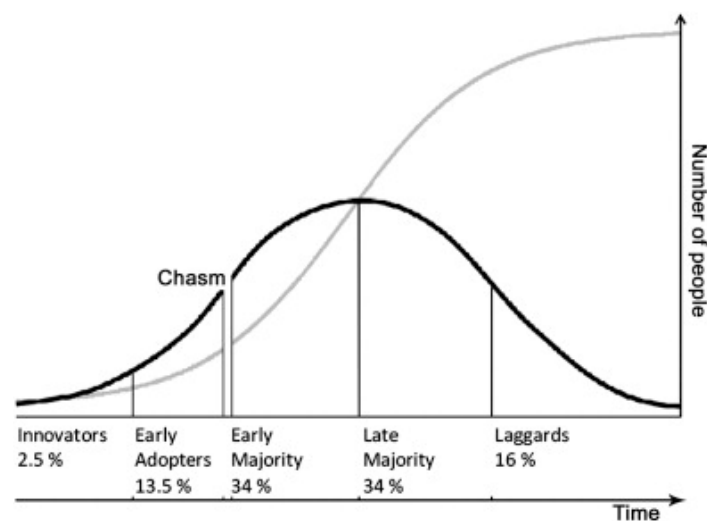


Figura 5 - Distribuição das categorias de adoptantes de inovações, segundo Rogers, (Korhonen, Hujala, & Kurttila, 2013)

Em cada categoria, os indivíduos são similares em termos de “inovabilidade” tendo as seguintes características: **Inovadores** - são pesquisadores activos de informação sobre novas ideias, estão muito expostos aos meios de comunicação e as suas redes interpessoais estendem-se por uma vasta área. São capazes de lidar com graus altos de incerteza, quando comparados com elementos de outras categorias, e não beneficiam da referência subjectiva dos pares pois são os primeiros a utilizar a inovação.

Adoptantes precoces - estão mais integrados do sistema social local quando comparados com os inovadores e incluem normalmente os líderes de opinião. Os possíveis adoptantes de uma inovação procuram conselho junto destes líderes, sendo naturalmente membros respeitáveis dos grupos que integram, utilizando de forma bem sucedida as novas ideias e ajudando ao processo de aceleração de adopção das inovações à maioria.

Maioria precoce - deste grupo fazem parte as pessoas que adoptam uma inovação imediatamente antes da grande maioria. Interagem de forma frequente com os seus pares mas raramente ocupam lugares de liderança, possibilitando canais de ligação no sistema de relações interpessoais. Incluem um dos maiores grupos destas categorias, representando mais de 30% da população e têm um ciclo de inovação-decisão mais longo do que as categorias anteriores.

Maioria tardia - os membros desta categoria adoptam uma inovação só depois da maioria o ter feito. São naturalmente um grupo mais céptico que cede pressionado pelas adopções dos pares. Como têm menos acesso a fontes de redução da incerteza face à inovação, dependem dos outros para o fazerem.

Conservadores ou tradicionais - são os últimos, dentro do sistema social, a adoptar as inovações. Mais isolados, tomam decisões quase exclusivamente com base naquilo que foi feito anteriormente e com base no contacto com as franjas mais tradicionais da categoria anterior. O processo de inovação-decisão é o mais longo e pertencem geralmente a estratos sócio-económicos mais baixos, logo com menos recursos (Rogers, 1995; 2003).

2.2.2.3. Taxa de adopção das inovações

A taxa de adopção é a velocidade relativa com que uma inovação é adoptada por membros de um sistema social, medida através do número de indivíduos que adopta uma inovação num determinado tempo (e.g. 1 ano). A taxa de adopção é um indicador numérico da curva de adopção em forma de S (Figura 6). Os atributos percebidos de uma inovação, descritos anteriormente (vantagem relativa, compatibilidade, complexidade, experimentalidade e observabilidade), são influentes na taxa de adopção. A maior parte da variância é explicada por estes atributos, no intervalo de adopção entre os 49% e os 87% (Rogers, 2003).

Adicionalmente a estes cinco atributos internos das inovações, também atributos externos influenciam a difusão, sendo estes o tipo de processo inovação-decisão, a natureza dos canais de comunicação, as características do sistema social de destino e a extensão dos esforços de promoção da inovação (Fagerberg, 2006).

Os processos de inovação ocorrem ainda de uma forma mais rápida se as inovações forem adoptadas de uma forma individual e opcional, comparando com os processos de nível organizacional e com carácter obrigatório (Rogers, 1995).

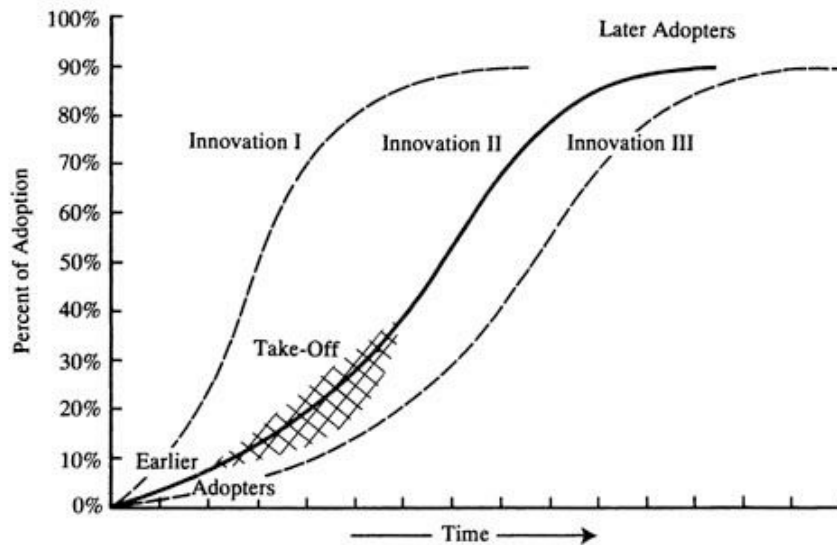


Figura 6 - Processo e taxa de adoção ao longo do tempo (Rogers, 2003)

A estratificação e o estudo das relações nesta estratificação do processo de difusão de inovações estabeleceu, embora com um carácter claramente embrionário, o terreno para o desenvolvimento de conceitos que fundaram a abordagem sistemática dos processos de implementação de práticas da saúde, quarenta anos depois da primeira edição da obra *Diffusion of Innovations* (1962). Destacáremos a título de exemplo dois: o conceito de confirmação de onde derivou o conceito de sustentabilidade, como fio de prumo da efectividade da implementação (Fixsen, 2005; Grol & Grimshaw, 2003), e o conceito de reinvenção do qual derivaram os conceitos de adaptação cultural (Beaton, Bombardier, Guillemin, & Ferraz, 2000; Herdman, Fox-Rushby, & Badia, 1998; Kara, Van der Bijl, Shortridge-Baggett, AstI, & Erguney, 2006), e de fidelidade (Meyer & Meyer, 2007; Mowbray, Holter, & Teague, 2003; Teague, Bond, & Drake, 1998), hoje nucleares à avaliação da implementação de práticas baseadas na evidência.

Devemos notar que apesar da teoria da difusão de inovações e a sua aplicação se ter tornado uma referência em áreas tão dispares como a agricultura, a sociologia, a economia e a saúde, (Greenhalgh et al., 2004), contribuindo substancialmente para o que são hoje considerados os modelos de base na ciência da implementação (Brownson et al., 2012), algumas limitações são apontadas, também como referência para futura investigação (Rosenberg, 1972). Uma das principais é o facto deste modelo considerar o processo de inovação “a preto e branco”. Com isto queremos dizer que com a introdução de uma inovação depreende-se que a tecnologia ou prática substituída simplesmente desaparece. Rosenberg notou bem que nem a inovação nem a prática substituída são estáticas, ou seja, as inovações beneficiam da utilização no terreno e alteram muitas vezes as suas propriedades iniciais, melhorando depois da sua utilização generalizada na realidade. Por outro lado as práticas substituídas, em face da competitividade e risco de desaparecerem, “respondem” numa tentativa de sobreviver à inovação (Fagerberg, 2006; Rosenberg, 1972). Este prisma, na perspectiva de gradiente na difusão de inovações e o sistema de *feedback* entre os domínios da eficácia e da efectividade,

é particularmente importante se considerarmos os contextos actuais de adaptação cultural e re-invenção das práticas baseadas na evidência (Greenhalgh, 2005).

Outro aspecto importante prende-se com o facto de Rogers orientar o estudo da difusão de inovações fundamentalmente para a compreensão dos processos subjacentes e menos nos mecanismos de acção que possam melhorar essa difusão. Valerá a pena enunciar o enquadramento conceptual actual da ciência da implementação a este respeito, que posiciona a difusão num universo mais vasto e complexo (Fixsen, 2005). Greenhalgh faz a distinção entre **difusão** (processo passivo), **disseminação** (processo activo e planeado com o objectivo de persuadir determinado grupo a adoptar uma inovação), **implementação** (processo activo e planeado para introduzir a utilização de uma inovação numa organização) e **sustentabilidade** (tornar uma inovação numa rotina autonomamente instalada numa organização). Esta distinção tem um benefício claro de posicionar clínicos, investigadores e dirigentes em relação ao planeamento do desafio de implementar uma nova prática, pois a metodologia, a evidência e os resultados a esperar de cada uma destas áreas são muito diferentes (Greenhalgh, 2005).

Em jeito de conclusão não poderíamos deixar de salientar a crítica feita por Rogers ao seu próprio modelo, já na fase final da sua vida, a que chamou viés da pró-inovação. Este viés está ligado à tendência para considerar que todas as inovações são boas e têm de ser difundidas, característica da maioria das investigações nesta área. Nesta tendência crescente, pouca atenção foi dada aos mecanismos da re-invenção anteriormente mencionados e aos mecanismos de rejeição ou de descontinuidade das inovações, que representam a outra face da moeda. Segundo Rogers a possibilidade de estudar aspectos da anti-difusão poderia contribuir para as áreas da prevenção de comportamentos de risco, dando como exemplo o surgimento e a rápida difusão de novas drogas ilícitas, tema que não poderia ser hoje mais actual, em virtude da rápida propagação de drogas sintéticas (SICAD, 2013).

A difusão de inovações teve um percurso inicial distante da área da saúde mas que acabou por convergir definitivamente nos últimos anos (Brownson et al., 2012) (Grol & Wensing, 2005). Esse percurso foi feito desde a sociologia rural (Valente & Rogers, 1995) e encontrou o seu interface na sociologia médica, graças ao trabalho influente desenvolvido por Coleman na área da inovação médica (Coleman et al., 1966; Van den Bulte & Lilien, 2001). Na área da saúde podemos encontrar vários contributos que vão dos programas de prevenção (Barker, 2004) à difusão de políticas (Rogers & Peterson, 2008). Consideramos no entanto, que o grande contributo da difusão de inovações foi para o surgimento da ciência da implementação (Grilli & Lomas, 1994), nomeadamente na área recente de estudo das barreiras e dos factores facilitadores para a implementação de práticas baseadas na evidência (Grol & Wensing, 2005).

Nas palavras de Oxman “não existem balas mágicas” para a implementação das melhores práticas e por essa razão a procura da panaceia é uma batalha perdida (Oxman et al., 1995). Uma vez mais e como no exemplo do *Case Management* é necessário encontrar os

ingredientes fundamentais baseados em evidência que procuram responder às necessidades locais dos serviços, dos profissionais e dos doentes, e que a par da avaliação das barreiras e dos factores facilitadores permitam a utilização das estratégias adequadas para a sua implementação. É este o domínio da ciência da implementação, construída sobre os paradigmas agora enunciados e desenvolvendo metodologias próprias que importa detalhar a propósito da fundamentação do nosso trabalho.

2.3. Ciência da Implementação

O comentário ao lançamento da revista *Evidence Based Medicine* em 1995, versando sobre a necessidade de construir uma publicação que enfatizasse, além dos estudos com altos graus de qualidade científica, as revisões sistemáticas da *Cochrane Collaboration*, bem como os relatórios da *York Centre for Reviews and Dissemination* com pistas sobre como utilizar essa evidência, fazia prever o rápido e sistemático desenvolvimento de uma área de investigação e posterior aplicação no domínio da implementação de práticas baseadas na evidência (Davidoff, 1995). Esta área, dominada até então pelos paradigmas anteriormente descritos, traçaria, num tempo limitado mas denso, as propostas para um caminho próprio que serviu de base à elaboração do presente trabalho, merecendo por isso um enquadramento mais detalhado.

Para caracterizar o curto mas profícuo percurso e as sucessivas fases da ciência da implementação utilizaremos a perspectiva do Director da Pesquisa em Disseminação e Implementação do NIMH, David Chambers, comparando estas às fases do processo de mudança segundo o sobejamente conhecido Modelo Transteórico da Mudança Comportamental (Prochaska & DiClemente, 1994).

Até 1990 o paradigma vigente da tradução da ciência na prática assentava nos pressupostos da realização de estudos (muitos de eficácia e menos de efectividade), e da sua consequente publicação. Muitos destes trabalhos, destinados a encher prateleiras nas bibliotecas das universidades e nos serviços de saúde, representavam um modelo linear onde era assumido que as publicações científicas, pelo simples facto de o serem, estavam destinadas à assimilação automática por parte dos profissionais, ficando cumprido o dever de disseminação e consequente implementação. A este momento corresponderia a fase da **Pré-Contemplação**.

Nos anos 90 surgiram os primeiros debates sobre disseminação e implementação e os primeiros estudos que mostravam, por um lado o fosso entre a investigação e a prática, e por outro a ineficácia das publicações como método único da tradução da investigação na prática. O decorrente desenvolvimento da medicina e outras práticas baseadas na evidência trouxe um novo corpo de investigação que gerou relatórios determinantes como o do Instituto da Medicina sobre o “Abismo da Qualidade” (Institute of Medicine U.S.A, 2001). A esta fase, que viu nascer as primeiras investigações sobre as barreiras e os facilitadores à

implementação de práticas (Van der Weijden, Grol, Scouten, & Knottnerus, 1998) e sobre o tempo de adoção de uma percentagem mínima da pesquisa na área da saúde (Balas & Boren, 2000), podemos chamar de **Contemplação**. Apesar de nessa altura se conhecer a situação, ainda faltava responder às questões sobre o como e o porquê.

O início do novo século foi caracterizado por uma procura de meios, nomeadamente a procura de fundos, para fazer avançar programas estruturados de implementação que permitissem dar consistência aos primeiros achados com projectos de demonstração, como aconteceu para a saúde mental depois do relatório da *New Freedom Commission* anteriormente descrito (Dep. Health Human Services, 2003), e do subsequente programa de implementação de Práticas Baseadas na Evidência do SAMHSA (Mueser et al., 2003). Esta fase da **Preparação** era, no entanto, ainda muito caracterizada pela resposta à pergunta “o que aconteceu?” e pouco pelas respostas à pergunta “como fazer melhor?”.

Ao tempo decorrido desde 2003 até ao presente podemos atribuir a fase da **Acção**, com o aparecimento de uma verdadeira explosão, em quantidade e qualidade, dos estudos de disseminação e implementação, cuja análise e síntese levou à elaboração dos primeiros modelos conceptuais (Fixsen, 2005; Greenhalgh et al., 2004; Grol & Wensing, 2005) e de constructos como a fidelidade, cultura organizacional ou aceitabilidade. Esta é a fase apelidada por Chambers como o tempo áureo da ciência da implementação, onde os resultados dos próximos anos determinarão a sua **Manutenção** (Brownson et al., 2012).

Algumas ideias que fomos, directa ou indirectamente, introduzindo no nosso trabalho merecem, neste momento, ser recapituladas como base justificativa dos pontos que desenvolveremos adiante:

- O conhecimento científico é necessário mas insuficiente para provocar a mudança. Mesmo os profissionais que têm determinado conhecimento teórico podem não o aplicar no dia-a-dia (Haines, 1996).
- A evidência surge num ritmo mais rápido do que o da capacidade de a implementar e vários estudos na Europa e nos EUA mostram que entre 30 a 50% dos doentes não recebem tratamento de acordo com a melhor evidência disponível (Haines, Kuruvilla, & Borchert, 2004; Schuster et al., 1998).
- Existe um fosso entre a evidência conhecida e a evidência utilizada (Davis et al., 2003; Graham et al., 2006; Grimshaw, Eccles, Lavis, Hill, & Squires, 2012; Pronovost, Berenholtz, & Needham, 2008).
- Esforços têm sido feitos para construir pontes que ambicionam diminuir este fosso nas práticas e nas políticas de saúde (D. Davis et al., 2003; Graham et al., 2006).
- Embora estas questões derivem de ideias anteriormente desenvolvidas por investigadores como Donabedian, desde os finais dos anos 60 (Donabedian, 1966), a percepção científica crescente sobre a perda do caudal da evidência no percurso rumo à prática nos serviços, levou ao estudo sistemático de todos os processos envolvidos (Greenhalgh et al., 2004) e ao desenvolvimento de propostas que vão

para além das soluções tradicionais sobre disseminação de conhecimento científico (Grol & Wensing, 2005).

2.3.1. Conceitos

A ciência da implementação foi definida, recentemente e num sentido mais restrito, como o estudo e a utilização de métodos para promover a adopção e a utilização de práticas baseadas na evidência, com o objectivo de melhorar a qualidade e a efectividade dos serviços de saúde (Eccles & Mittman, 2006).

O seu desenvolvimento recente, embrionário no caso da saúde mental (Tansella & Thornicroft, 2009), gerou uma multiplicidade de conceitos que nos obrigam à sua definição, no sentido de clarificar os processos que descreveremos adiante no nosso trabalho.

Como vimos anteriormente, a ciência da implementação deriva de constructos tão diversos como a difusão de inovações ou a avaliação e melhoria da qualidade. Da inter-relação destes constructos surgiu uma panóplia de conceitos que muitas vezes são utilizados de forma intermutável e indiscriminada (Graham et al., 2006). Distinguir alguns destes conceitos, para além das construções e debates teóricos subjacentes, reveste-se da maior importância quando se decide abordar os aspectos práticos de qualquer modelo de implementação disponível na literatura. São esse conceitos os da difusão, da disseminação e da implementação.

Difusão, disseminação e implementação

Lomas introduziu em 1993 uma estratificação que viria a ser adoptada em larga escala, reconhecida ainda hoje como ponto de partida à abordagem da ciência da implementação (Kitson, Harvey, & McCormack, 1998; Lomas, 1993). Essa estratificação, partindo da forma como dada informação se difunde a partir de uma fonte, compunha a difusão, a disseminação e a implementação.

Assim, a **Difusão** é definida como o tipo de propagação, neste caso de informação, que não tem um alvo específico e que acontece de forma aleatória. É, neste sentido, um conceito passivo, com ausência de controle e planeamento em que a parte activa no processo (e.g. implementar uma nova prática), depende não da fonte mas do destino (e.g. pesquisa activa de um clínico na literatura científica de forma a melhorar ou inovar um procedimento clínico). Terá resultados positivos dependendo da motivação individual de quem procura a informação e um retorno alto na perspectiva de alterar/melhorar potencialmente um procedimento clínico, também ao nível individual, se o *pool* de informação a pesquisar for reduzido. Este cenário é, infelizmente, pouco provável para a esmagadora maioria dos profissionais de saúde (Haines, 1996).

A **Disseminação** é um conceito de outro nível, mais activo. Implica, não só uma origem mais assertiva na fonte, como implica, de igual forma, dirigir e desenhar essa informação para uma população-alvo pré-definida (Graham et al., 2006; Lomas, 1993). O melhor exemplo deste processo são as revisões sistemáticas, as meta-análises e os consequentes guias de boas práticas ou, em casos particulares, fontes científicas primárias, como os estudos seminais de

grande projecção, beneficiando de outros meios de disseminação (e.g campanhas estruturadas, listas de correio, média e publicidade). Se a mensagem for relevante para um profissional de determinada área, a probabilidade de a receber é alta, quer tenha essa vontade ou não. Isto significa que se o objectivo da disseminação for apenas informar, a estratégia será bem sucedida (Lomas, 1993).

A **Implementação** implica, no entanto, um processo bem diferente que vai para além dos objectivos de informar ou mesmo sensibilizar. Contém naturalmente os predicados dos dois conceitos anteriores, no entanto acrescenta a responsabilidade processual de considerar as implicações da disseminação dirigida para lá da acção de informação. Este é o ponto fulcral dos processos de implementação que, ainda hoje e ao mais alto nível, continuam a apresentar resultados preocupantes (Oxman & Lavis, 2007).

Para poderem ter resultados, os processos de implementação devem incluir, em si, não só uma mensagem de qualidade, como também as estratégias organizacionais e comportamentais sensíveis aos constrangimentos e oportunidades “de um grupo específico de profissionais” inseridos “numa instituição específica” (Lomas, 1993). Por esta razão o processo envolve o estudo das barreiras e dos facilitadores à implementação de determinada prática resultante do conhecimento original, transformado-a em mensagem disseminada. Além de um processo activo e responsável, é um processo local em que a evidência *per se* é considerada insuficiente para a mudança, dependendo de uma moldura complexa de “sanções” e incentivos reforçados pela monitorização e pelo reajuste, resultando em muitos casos numa relação de compromisso entre adaptação e fidelidade (L. Hill & Maucione, 2007; Lomas, 1993; Schoenwald et al., 2011).

2.3.2. Enquadramento da ciência da implementação na ciência translacional

Além da clarificação sobre os conceitos fundamentais envolvidos na ciência da implementação, importa considerar uma das zonas de intersecção da ciência da implementação com outros domínios do saber, nomeadamente o enquadramento no domínio da investigação. A este propósito destacamos a ciência translacional, sobreponível à qual têm sido propostos modelos pertinentes de conjugação com a ciência da implementação e que nos ajudam a compreender o actual posicionamento da segunda (Thornicroft, Lempp, & Tansella, 2011).

A ciência translacional, historicamente definida como precursora da tradução das descobertas do ambiente laboratorial para o ambiente clínico (*bench to bedside*), pode ser caracterizada através do modelo esquemático de uma das suas definições originais (Fig. 7) (Baumann et al., 2001).

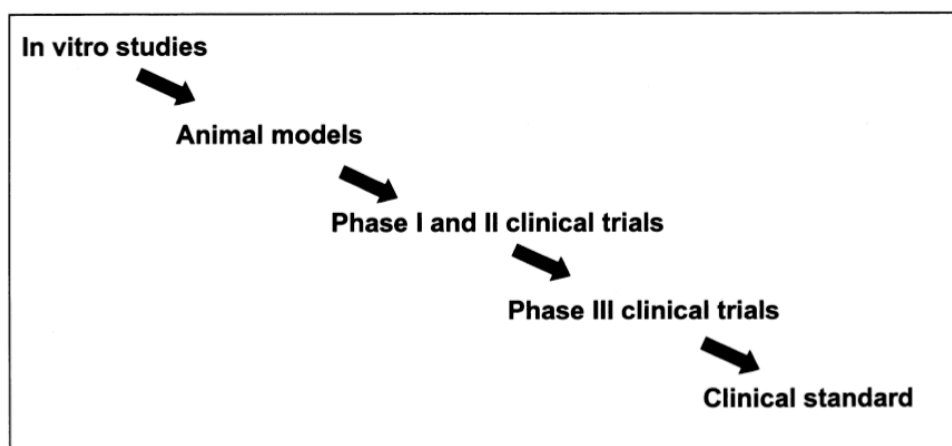


Fig. 7 - Tipologia de estudos enquadrados no percurso da ciência translacional. Retirado de (Baumann et al., 2001).

Este modelo esquemático explica sucintamente os vários tipos de estudo (*in vitro*, *modelos animais e as três fases dos ensaios clínicos*), servindo de base a um percurso que tem como objectivo levar as descobertas das ciências básicas à sua aplicação na clínica. O culminar, do ponto de vista científico, é a realização de estudos aleatorizados controlados que provem a efectividade, por exemplo, de um tratamento (Baumann et al., 2001).

Segundo o grupo EPOC (*Effective Practice and Organisation of Care*) da Cochrane Collaboration existem dois blocos de tradução de conhecimento científico, denominados T1 e T2, correspondendo respectivamente à tradução da ciência bio-médica básica em ciência clínica e à tradução da ciência clínica em conhecimento que implica uma melhoria de cuidados (Grimshaw et al., 2012).

Analisando este percurso em maior detalhe percebemos, à luz dos conceitos anteriormente descritos, podemos concluir que não existe uma responsabilidade da ciência translacional sobre a implementação destas descobertas baseadas na evidência, estando talvez, no limite máximo da sistematização do conhecimento, enquadrada entre o conceito de difusão e da disseminação (Lomas, 1993).

A constatação do fosso entre a investigação e a prática e da necessidade de incorporar modelos de implementação na agenda da investigação levou a que o NIH (National Institute of Health) propusesse uma reformulação do esquema anterior de forma a serem incluídos no mapa da investigação componentes associados à ciência da implementação (Westfall, Mold, & Fagnan, 2007).

Este esquema (Fig. 8) desdobra o bloco T2, da ciência translacional, num T2 adaptado, que inclui as revisões sistemáticas, a meta-análises e a consequente elaboração de *guidelines*, e um novo bloco T3 onde está incluída a ciência da disseminação e da implementação. Este passo é de extraordinária relevância, pois inclui igualmente a proposta de métodos de investigação mais adequados à criação de um tipo diferente de conhecimento, para o qual o *gold standard* dos estudos aleatorizados revelava algumas insuficiências (Foy, Eccles, &

Grimshaw, 2001; Madon, Hofman, Kupfer, & Glass, 2007). Entre esses estão os métodos observacionais, incluindo o método por *survey* (Westfall et al., 2007).

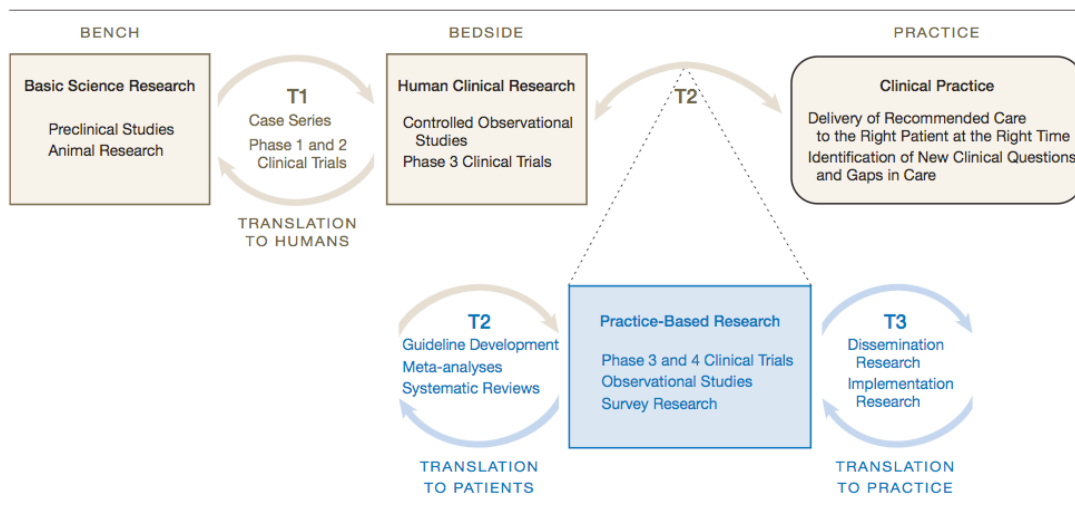


Fig 8 - “Vias azuis” no mapa do NIH (National Institute of Health)

Estas mudanças iriam aliás traduzir-se na própria estrutura do NIH, com a subsequente criação de um lugar de director para a área da disseminação e implementação e a abertura de uma linha de financiamento para projectos desta área no mesmo instituto (Proctor, Landsverk, & Aarons, 2009).

Na área da saúde mental, em específico, surgiram propostas no mesmo sentido de estabelecer um contínuo nos processos da ciência translacional que acrescentasse o bloco e a fase em falta, respeitante à ciência da implementação (Thornicroft et al., 2011). Thornicroft (Fig. 9) considera que a melhoria da tradução da ciência na prática só poderá existir se considerar, em primeiro lugar o bloco T3 como uma barreira adicional a esta tradução, que tem de ser melhor compreendida, e em segundo lugar um campo de estudo e acção sistemática para tornar o conhecimento científico disponível na prestação de cuidados de rotina.

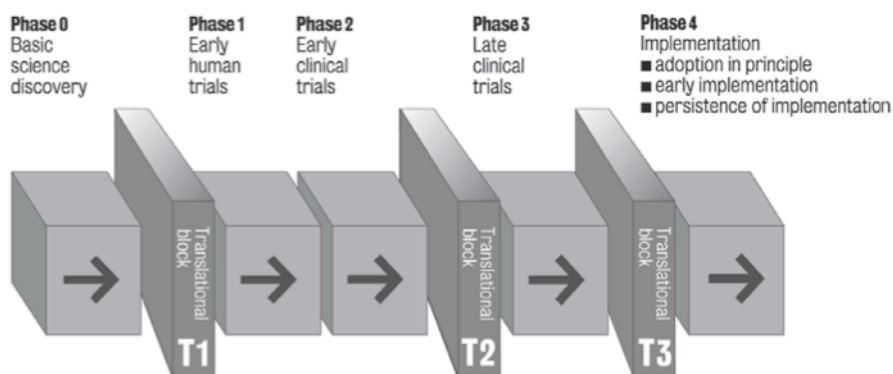


Fig. 9 - As cinco fases e os três blocos no contínuo da medicina translacional (Thornicroft et al., 2011)

Neste esquema são recuperados os conceitos derivados dos constructos de Rogers, anteriormente descritos, como a curva com as fases da difusão de inovações (Rogers, 2003), aqui como: i. adopção em princípio, ii. implementação precoce e iii. persistência da implementação.

Ora, se para muitos a ciência translacional significa o processo “*bench to bedside*” com o principal objectivo de traduzir conhecimento adquirido das ciências básicas para produzir novos equipamentos ou medicamentos, para outros, principalmente investigadores da área dos serviços e da saúde pública, esta significa a tradução da investigação em prática implementada, ou seja, assegurar que os conhecimentos derivados da investigação chegam realmente aos doentes e às populações, assegurando também que esses conhecimentos são implementados correctamente. O ponto de chegada da primeira interpretação do conceito é o ponto de partida da segunda (Woolf, 2008) e este segundo filtro procura dar resposta em domínios anteriormente estranhos à ciência translacional. Disso são exemplo a procura de soluções no âmbito da diminuição do hiato entre pesquisa e prática, da melhoria da qualidade melhorando o acesso, da reorganização e da coordenação dos sistemas de saúde e da ajuda aos clínicos e aos doentes para a modificação de comportamentos, no sentido da tomada de decisões mais informadas.

Assim, e em contraste com a visão tradicional, os “laboratórios” da ciência da implementação são maioritariamente *settings* de prestação de cuidados.

Estando ainda nas suas fases iniciais, apesar do seu rápido crescimento, a ciência da implementação detém apenas uma pequena parcela de fundos disponíveis para o seu desenvolvimento. Exemplo disso são os dados publicados por Dorsey em 2010 sobre a distribuição do orçamento por áreas de investigação do NIH nos EUA. Para a investigação básica o valor do orçamento do NIH apurado foi de 13 mil milhões de dólares e para a investigação de serviços 787 milhões, salientando-se o facto de, em 2002 e considerando todas as fontes de financiamento de investigação nos EUA, a proporção do orçamento para investigação de serviços ser apenas 1.5% do total (Dorsey, 2010).

Contudo, e dada a importância da criação de conhecimento na área da implementação, poderemos mesmo considerar que as intervenções que diminuem o fosso entre os tratamentos disponíveis e os tratamentos utilizados podem contribuir, em vários contextos, para uma maior diminuição da morbilidade, quando comparados com a descoberta de um novo equipamento ou de um novo medicamento (Woolf, 2008).

Uma vez mais e a título de exemplo, lembrando o já nomeado contexto familiar à saúde mental, um doente pode ter o melhor medicamento do mundo à sua disposição, mas este de pouco servirá se não for tomado.

2.3.3. Teorias e modelos conceptuais

O desenvolvimento de teorias pode, neste contexto, ser usado para definir a forma como um processo de implementação deve ser planeado, organizado e calendarizado. Na dimensão da avaliação do impacto pode, de igual forma, ser utilizado para o desenvolvimento de hipóteses sobre como os processos de implementação geram os resultados esperados (Damschroder, Aron, et al., 2009a). Adicionalmente, e porque falamos de implementação em contextos complexos de saúde (Craig et al., 2008), estas teorias, pela sua multiplicidade de perspectivas, contribuem para uma área da ciência da implementação em franca expansão, denominada *tailored implementation interventions*, que se socorre de várias perspectivas para desenhar modelos de implementação adaptados a contextos locais, instituições, profissionais e práticas específicas, diminuindo o viés da adaptação sobre o qual fizemos já uma breve descrição (Shaw et al., 2005).

As teorias da implementação explicam os factores e as circunstâncias para o sucesso da implementação e podem ser encontradas em diversas áreas científicas, reforçando a ideia de que uma perspectiva individual é insuficiente para abordar a complexidade dos processos de implementação (D. Davis & Taylor Vaisey, 1997). No contexto deste trabalho, focar-nos-emos na descrição das teorias associadas à melhoria de cuidados de saúde que podem ser alinhadas em três grandes grupos: i. teorias sobre os profissionais, ii. sobre a interação e o contexto social e iii. sobre os contextos organizacionais e económicos (Grol & Wensing, 2005). A este propósito apresentamos adiante uma descrição e o respectivo enquadramento no universo da ciência da implementação.

Teorias sobre os profissionais

Representam os factores relacionados com a mudança na perspectiva da forma como os profissionais fazem escolhas individuais relacionadas com a adopção de inovações ou práticas baseadas na evidência. Enquadram-se aqui as teorias **Cognitivas**, **Educativas** e **Motivacionais**.

As teorias **Cognitivas** centram-se nos processos de pensamento e de decisão, assumindo que os profissionais consideram e ponderam as vantagens e desvantagens das diversas alternativas para prestar os melhores cuidados. Naturalmente, dentro desta teoria, a disponibilização de informação sobre riscos e benefícios de práticas ocupam um lugar central na mudança das *performances* clínicas. Outras são mais descritivas caracterizando apenas os processos de mudança, como no exemplo demonstrado por Schmidt sobre a tomada de decisões baseadas em experiências passadas e variáveis contextuais (Schmidt, Volder, & International Symposium on Problem-Based Learning 1st : 1983 : Maastricht, 1984). Nesta perspectiva, o desenvolvimento de estratégias de sucesso estará associado à descoberta dos mecanismos cognitivos que estão, por sua vez, associados à *performance* apropriada ou inapropriada em face das decisões clínicas (Grol & Wensing, 2005).

Na natural associação disciplinar, as teorias **Educacionais** representam muitas vezes a aplicação das teorias cognitivas, afirmando-se como o substrato prático destas. Espelho disso é a própria definição destas teorias, cujo postulado descreve a aprendizagem como processo activo que só pode acontecer quando existe a aplicação de novo conhecimento associado ao pré-existente. O derivado destes conceitos acaba por estar bem patente na área da saúde e nos estudos associados à PBL (*Problem Based Learning*) (Schmidt et al., 1984; Smits, 2002), método proposto como ferramenta efectiva de implementação, contudo ainda com muitas das suas bases sub-investigadas (G. Norman, 2002).

Incontornavelmente ligada a este conjunto de teorias, não podemos deixar de considerar a diferença da aplicação e os resultados da PBL entre os contextos pré e pós-graduados que ganharam preponderância nos últimos anos. Associados às iniciativas da CME e CPD, levantaram questões já por nós enunciadas, nomeadamente sobre a verdadeira influência e impacto destas abordagens no contexto da implementação efectiva, para além dos ambientes académicos e sobre a influencia do universo restrito da melhoria curricular, em contraposição à mudança na prática (Grol, 2000; G. Norman, 2002).

Ao contrário das anteriores, com uma forte ligação aos contextos escolares e académicos, as teorias **Motivacionais** têm a sua raiz histórica na área da saúde, nomeadamente nas áreas comportamentais, analisando as diferenças de motivação ou intenção de mudança, neste caso face a uma inovação, e os passos associados a essa evolução. São disso exemplo os modelos de inovação-decisão (Rogers, 2003) e o modelo transteórico da disponibilidade para a mudança (Prochaska & DiClemente, 1994), anteriormente descritos.

Teorias sobre a interacção e o contexto social

Este conjunto de teorias tem o seu âmbito particularmente associado à influência da mudança de um profissional no contexto do ambiente onde está inserido, principalmente na relação com os pares, com a rede sócio-profissional e com os *opinion leaders* (Grol, Bosch, Hulscher, Eccles, & Wensing, 2007).

Do conjunto destas teorias destacamos a **teoria da aprendizagem social**, das **redes sociais de influência**, dos **factores relacionados com os doentes**, do **desenvolvimento profissional** e finalmente as **teorias sobre liderança**.

Derivada do trabalho de Bandura, a **teoria da aprendizagem social** explica os processos de mudança sob a perspectiva de factores pessoais de aprendizagem (semelhantes aos descritos no grupo anterior), de factores de comportamento, como a possibilidade mostrar competência conforme a pirâmide de Miller e, para nós mais relevante, no contexto da implementação de factores contextuais que neste caso podem reforçar ou condenar a adopção de práticas inovadoras baseadas na evidência (Bandura, 1997). Os factores contextuais, como determinantes da mudança de comportamento, representam aqui recompensas imateriais (e.g. comentários positivos dos pares e dos *opinion leaders*) e a

modelagem decorrente, primeiro da observação da actividade de colegas influentes e segundo, da observação da obtenção dos resultados esperados. Nesta base, as ilações retiradas apontam para uma perspectiva de interacção contínua entre determinado profissional, o seu desempenho e o ambiente social de actuação, onde os pares, nomeadamente os que são considerados líderes, se constituem como o motor da mudança (Grol & Wensing, 2005).

Não muito distantes destas teorias estão as que dizem respeito às **redes sociais de influência**, marcadas pela caracterização das redes de comunicação e de proximidade entre indivíduos do mesmo grupo (Valente & Rogers, 1995), originárias do conceito de matriz social de Moreno (Moreno, 1946) e que tiveram uma influência clara na *Difusão de Inovações* segundo Rogers (Rogers, 2003). A outra face destas redes de comunicação, correctamente apelidadas de informais, são as normas de funcionamento de dado grupo ou instituição. Representam uma parte importante do contexto da mudança e segundo Greer são criadas como soluções colectivas para problemas colectivos, dentro dos grupos profissionais com um contexto muito específico e que muitas vezes não são baseadas na literatura científica, antes numa necessidade diária de reduzir as incertezas do trabalho clínico (Greer, 1988).

Apesar de não existirem teorias específicas sobre a a influencia dos **perfis dos doentes** na mudança de comportamentos clínicos, esta área tem suscitado um interesse crescente dos investigadores, na saúde mental influenciado pela progressiva autonomia e participação no tratamento sob o conceito de *empowerment* (Grol, 2001). Põe-se cada vez mais a hipótese de que as actuais expectativas dos doentes face aos tratamentos e a interpretação destas expectativas por parte dos profissionais de saúde podem ter uma grande influência na mudança de comportamento dos últimos, nomeadamente quanto à utilização dos melhores tratamentos disponíveis. Esta hipótese, suportada pelo maior acesso à informação através da internet, ainda que de forma difusa e muitas vezes recorrendo a fontes de credibilidade discutível, tem influenciado o surgimento de processos de decisão partilhada, analisados em estudos sobre o aumento do conhecimento e da exigência dos doentes face aos tratamentos (Marshall, Shekelle, Leatherman, & Brook, 2000).

As teorias relacionadas com o **desenvolvimento profissional** estão muitas vezes associadas à aquisição de um estatuto, dentro de uma profissão, determinado pelo nível de formação e grau de especialização, comumente relacionado com uma valorização da sociedade (Grol & Wensing, 2005). Nesta perspectiva e considerando o que já foi dito sobre a CME e o CPD, tenderíamos a acrescentar que o grau de especialização depende de um conjunto de factores nos quais estão incluídos determinantes externos, como a obrigatoriedade de actualização profissional para efeitos de acreditação, a protecção de determinada área face a profissões de perfil similar e o estabelecimento de sistemas para lidar com erros e queixas.

Finalmente e ainda no universo das teorias relacionadas com a interação e contexto social, nomeamos as teorias que consideram, primordialmente, os **líderes** como principal motor de mudança. Esse poder formal ou informal, decorre segundo Donaldson de uma autoridade formal, do controle de recursos escassos, da posse de informação ou competências para atingir resultados importantes e da pertença a uma rede social forte ou à cultura dominante (Donaldson, 1995). Associada a esta abordagem podemos ainda nomear os estudos sobre os estilos de liderança e a sua influência nas diversas culturas organizacionais (Felicio, Lopes, Salgueiro, & Parreira, 2008; Quinn, Hildebrandt, & Rogers, 1991), fundamentais para a análise e para as conclusões a apresentar sobre o nosso estudo, com desenvolvimento na II Parte deste trabalho.

Teorias sobre os contextos organizacionais e económicos

O enquadramento das teorias associadas à ciência da implementação apresentam, como temos tido oportunidade de verificar, dimensões de nível individual seguidas de contextos um pouco mais alargados como nos casos dos estudos das redes profissionais, da influência de pares e do papel dos líderes. O terceiro grupo destas teorias, não fugindo ao padrão, representa uma esfera maior e inclui os contextos organizacionais e económicos (Grol & Wensing, 2005), que determinam a implementação de práticas baseadas na evidência, das quais destacaremos a **teoria das organizações inovadoras** (Wolfe, 1994), a **teoria da cultura organizacional** (Quinn et al., 1991) e a **teoria económica**. Excluiremos desta descrição duas teorias também comuns neste universo, uma por sobreposição, no caso da TQM e outra por escapar ao fulcro do nosso trabalho, correspondendo à teoria da complexidade (Sweeney & Griffiths, 2002).

A teoria das **organizações inovadoras** põe o seu foco no estudo das características das organizações que são mais permeáveis à implementação de inovações (Wolfe, 1994). Partindo da constatação de que há ritmos diferentes de adopção de inovações, mesmo em organizações da mesma esfera do conhecimento e acção, os estudos procuram analisar a associação entre as características dessas organizações e o grau de implementação que permita traçar um perfil de “inovabilidade” (Damanpour, 1991). A este preceito importa destacar que a revisão sistemática de Scott revelou dados interessantes em que esta “inovabilidade” parece estar associada a organizações com graus altos de especialização e profissionalismo, processos de decisão descentralizados, bons canais de comunicação internos e externos e uma atitude positiva face à mudança por parte dos líderes e gestores (Damanpour, 1991). Estes estudos permitem lançar luz sobre aspectos organizacionais relacionados também com a implementação no universo da saúde. Destacáremos, a título de exemplo, as influências do tipo de implementação no sucesso da implementação (e.g. técnicas, administrativas ou clínicas) ou a influência da dimensão das organizações nesse mesmo sucesso. Instituições maiores apresentam um maior grau de inovação quando existe uma descentralização das decisões, modelos hierárquicos menos rígidos, sendo a expressão dessa inovação maior nas áreas tecnológicas e menor nas áreas administrativas (Scott, 1990).

Um dos denominadores comuns associados à inovação, independentemente da sua dimensão ou orçamento, é número de contactos e de relações com outras instituições.

O mesmo autor acabou por desenvolver estudos mais abrangentes na área da **cultura organizacional**, para além do estudo das instituições precursoras de inovações, que permitiram propor definições mais globais no âmbito das teorias dos contextos organizacionais intimamente relacionadas com a implementação (Scott, Mannion, Davies, & Marshall, 2003). Estas definições são baseadas na assumpção de que a cultura organizacional está relacionada com a *performance* e que essa cultura pode ser alterada para ter um impacto na mesma *performance*. O estudo do impacto das culturas organizacionais está, no entanto, longe de ser uma novidade. Já em 1981 Quinn e Rohrbaugh tinham proposto um modelo conceptual chamado *Competing Values Framework*, que descrevia os diferentes tipos de cultura organizacional num espaço bi-dimensional com dois eixos: o eixo I relacionado com a amplitude flexibilidade-controlo e o eixo II relacionado com a amplitude interna-externa, de acordo com um pendor de actividades mais voltadas para o exterior ou para o interior da própria organização (Quinn & Rohrbaugh, 1981). À combinação destes dois eixos em quadrantes correspondem, segundo Quinn, quatro culturas fundamentais denominadas como: (1) Sistemas Abertos, (2) Racional de Objectivos, (3) Relações Humanas e (4) Processos Internos. Retomaremos em detalhe esta teoria e o modelo de avaliação associado (Quinn et al., 1991), com o respectivo instrumento validado para Portugal (Felicio et al., 2008), a propósito do nosso protocolo de avaliação e das respectivas variáveis em estudo na amostra.

Conclusivamente e dentro deste universo das teorias da implementação, não poderíamos deixar de nomear, considerando o actual contexto económico onde a crise financeira é enquadrada tanto do ponto de vista de uma grave limitação no acesso e na qualidade dos cuidados de saúde, como na perspectiva optimista da oportunidade de os reformar, as **teorias económicas**. Neste sentido e na sua definição, é assumido que as pessoas tendem naturalmente a otimizar os seus objectivos, contudo fazem escolhas com base nos seus orçamentos, sendo esta premissa generalizável também no âmbito das organizações. Assim, a fundamentação para as medidas de implementação assenta no pressuposto do incentivo e reembolso que pode tomar várias formas nas instituições de saúde, com o grau de implementação a ser determinado pelo tipo de reembolso (Barnum, Kutzin, & Saxenian, 1995). Os sistemas de reembolso em saúde podem ser do tipo prospectivo (e.g. salários ou orçamentos), ou retrospectivo (pagamento por serviço). A revisão de Rice sobre esta relação de optimização, confrontada com orçamento disponível, mostra, por exemplo, que quando os doentes têm de pagar parte dos serviços de saúde (e.g. taxa moderadora), o consumo de cuidados decresce, existindo contudo uma tendência paralela para os serviços oferecerem cuidados extra de forma a compensar esta diminuição da procura (Rice & Morrison, 1994). Os dois tipos de reembolso podem influenciar os graus de implementação, com vantagens e desvantagens. O pagamento por serviço pode ser um incentivo à implementação mas levar, de igual forma, à sobre-prescrição, à sobre-referenciação, ao aumento de custos e a

tratamentos desnecessários. Os pagamentos prospectivos, ainda que argumentando por uma maior racionalização dos recursos, originam por vezes a redução excessiva de cuidados, os aumentos das listas de espera, a filtragem dos doentes e a utilização de tratamentos mais baratos e ineficazes (Chaix-Couturier, Durand-Zaleski, Jolly, & Durieux, 2000). O grau de variabilidade de resultados, sobre esta matéria, faz com que muitos dos mecanismos sejam ainda mal conhecidos, tornando pouco claros os efeitos preditivos. No entanto, a expectativa de que os incentivos financeiros possam ajudar a melhorar a qualidade dos cuidados com um papel activo nos processos de implementação é clara (Hughes & Yule, 1992).

2.3.4. Modelos práticos

O derivado natural de um conjunto de teorias decorrentes de múltiplas disciplinas para o estudo da implementação é a existência de múltiplos modelos de implementação (Fixsen, 2005; Greenhalgh, 2005). As teorias são fundamentalmente modelos conceptuais derivados das teorias sobre a mudança, com uma tendência natural para descrever os processos, denotando, a par, a conseqüente limitação de não serem especificamente desenhadas para causar ou guiar a mudança (Straus, 2009).

Por esta razão, parece-nos fundamental descrever um modelo de implementação associado à aplicação prática que, a par de outros como o PARIHS (Helfrich et al., 2010; Rycroft-Malone et al., 2002) e o RE-AIM (Glasgow, Vogt, & Boles, 1999; Wozniak et al., 2012), têm dominado o panorama recente dos modelos amplamente utilizados e estudados. Esse modelo, desenvolvido por Grol (Grol, 1992), surgiu numa fase inicial associado à implementação de guias de boas práticas nos cuidados de saúde primários, mas rapidamente alastrou a diversas áreas da saúde, incluindo a saúde mental (Grol, 2008).

Como vimos anteriormente, vários factores podem influenciar o sucesso ou insucesso da implementação e dentro desses factores salientam-se as características da inovação, do grupo alvo, do contexto e redes sociais e da dimensão organizacional, a que se junta o conjunto de métodos utilizado para a implementação (Greenhalgh, 2005).

Considerando que estamos a falar de mudança de sistemas complexos que beneficiam de adaptação contextual, este modelo propõe a consideração de ingredientes fundamentais na aplicação do mesmo, devendo considerar:

- a realidade complexa da prática;
- os predicados científicos da inovação;
- que os profissionais e as equipas precisam de abordagens passo a passo e a segmentação é recomendada;
- que nenhum processo de implementação dispensa a análise do contexto e das necessidades;
- que o compromisso do grupo alvo é fundamental antes do processo começar;
- que as estratégias escolhidas devem derivar dessa avaliação (*mix* óptimo e multifacetado);

- que o processo deve discriminar claramente as estratégias destinadas à disseminação e à implementação;
- que qualquer tentativa sistemática de mudança de comportamento deve ser acompanhada de um plano de avaliação e monitorização, pressupondo ajustes ao longo do processo;
- que os programas de implementação têm de tornar-se uma parte integral da estrutura existente para o desenvolvimento profissional, controlo e melhoria da qualidade (Grol & Wensing, 2005).

Um processo de implementação é geralmente iniciado por duas razões fundamentais. A primeira relacionada com o surgimento de uma nova evidência, do ponto de vista da melhoria da prestação de cuidados, a segunda decorrente da insatisfação com as rotinas existentes em determinada instituição. Ambas podem despoletar processos de implementação abordados, segundo Grol, sob duas perspectivas:(1) a do implementador e (2) a do grupo alvo (i.e equipa de tratamento, serviço, hospital) (Grol & Wensing, 2005). Em qualquer um dos casos pode ser utilizado o modelo descrito adiante (Fig 10).

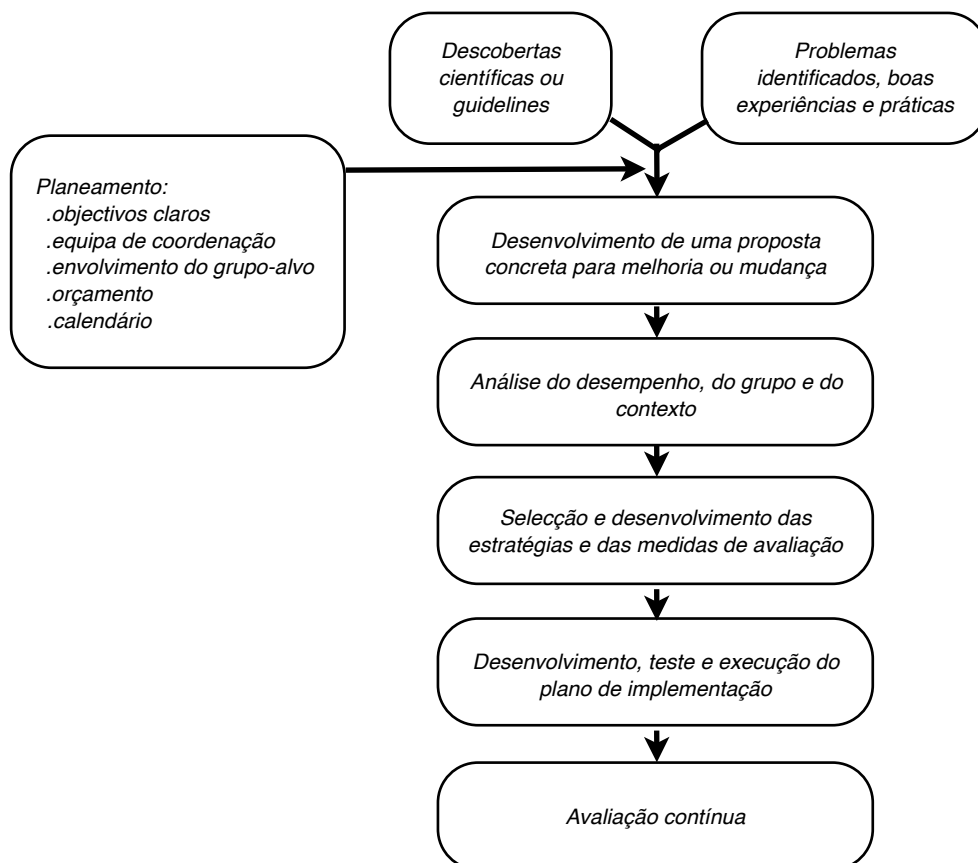


Figura 10 - Modelo de implementação de práticas baseadas na evidência. Adaptado de Grol (Grol & Wensing, 2005)

A fase de **planeamento** não é muito diferente da que ocorre em muitas acções estruturadas, directa ou indirectamente relacionadas com implementação de inovações no contexto da saúde. Apesar deste facto, e com base em experiências anteriores de implementação (Greenhalgh, 2005), alguns pontos requerem uma atenção especial. É importante a definição de um objectivo claro explicitando o que se quer atingir e o ponto em que a implementação vai ser considerada um sucesso. Outro aspecto relevante é o estabelecimento de uma equipa que, mesmo dependendo, no seu número e composição, da dimensão do projecto, deve incluir os papéis de liderança, coordenação de actividades, competência técnica e apoio administrativo. A par destes papéis, assumidos geralmente por uma equipa de implementação, o grupo-alvo deve ser envolvido em todas as fases do processo, considerando que os elementos do grupo alvo podem ser de um universo mais abrangente do que apenas aquele que vai utilizar a inovação (Lomas, 1997). Finalmente, nesta fase, torna-se crucial elaborar um cronograma com margem considerável, pois em muitos casos o tempo de implementação é subestimado (Wye & McClenahan, 2000).

O desenvolvimento de uma **proposta** deve derivar de um guia de boas práticas, resultante de revisão sistemática e adaptado às necessidades do grupo/instituição, aplicável na rotina clínica. Sobre a inovação importa ainda considerar: (1) a qualidade e a credibilidade, (2) o suporte alargado no momento da implementação (e.g. incluído em políticas de saúde subscritas internacionalmente), (3) o desenho (i.e. se é acessível e atrativo) e (4) a margem para a adaptação local sem prejuízo da fidelidade.

Adicionalmente, Rogers indica características das inovações que podem potenciar ou impedir a sua implementação (Rogers, 2003), nomeadamente se apresentam claras vantagens em relação à rotina existente, se são de fácil compreensão e consideradas fáceis de implementar e utilizar, se podem ser experimentadas previamente, num contexto mais restrito, e se os resultados obtidos com a prática são facilmente observáveis pelos utilizadores e restante equipa.

A **análise do contexto** em que vai ocorrer a implementação conduz-nos aos objectivos da mesma, onde será naturalmente diferente a intenção de introduzir uma *guideline* sobre a prescrição de antibióticos promovida por uma administração regional de saúde ou a alteração de comportamentos face à mesma prescrição num contexto de uma equipa hospitalar. Para lá desta variação contextual, torna-se fundamental a análise do padrão corrente de cuidados, a concordância deste com os princípios da *guideline* e os eventuais desvios, pois este conhecimento pode ajudar a definir prioridades do processo e a identificar zonas de aceitabilidade pré-existentes. O terceiro aspecto de análise, decorrente igualmente da teoria da difusão de inovações, envolve a identificação dos adoptantes precoces que funcionam como catalizadores da implementação (Rogers, 2003) (Soo, Berta, & Baker, 2009). O quarto e último elemento de análise é o estudo das barreiras e facilitadores, concretamente associados à implementação de uma prática naquele contexto, tema sobre o qual nos debruçaremos no ponto 2.4 deste capítulo e componente fundamental do trabalho que agora apresentamos.

A síntese das fases antes descritas permite a **selecção e o desenvolvimento das estratégias** adequadas às duas fases do processo (i.e disseminação e implementação), dentro de um conjunto de hipóteses disponíveis, nomeadamente através do grupo EPOC (epoc.cochrane.org), que têm as seguintes características: estratégias dirigidas aos profissionais, estratégias financeiras ou organizacionais e regulamentações (pouco comuns nos processos de implementação que utilizam este modelo) (Grol & Wensing, 2005).

Sobre a **execução** do plano de implementação lembramos o estudo feito por Evans sobre factores de sucesso na implementação (Evans & Haines, 2000). Embora neste processo, como temos verificado, muitos dos componentes exijam um desenho específico mediante os resultados da análise do contexto e da necessidade, os autores analisaram os factores de sucesso na execução de 17 projectos nacionais de implementação identificando os principais:

- sobre os profissionais (procurar aqueles que pretendem a mudança e estabelecer um coordenador de projecto na instituição de destino, assegurando o compromisso dos directores ou outras pessoas-chave e partindo sempre da experiência prévia existente).
- sobre a execução (introduzir o plano inicialmente numa escala pequena e operar a mudança em fases - e.g *PDSA Model*)
- sobre as estruturas (fazer uso dos recursos locais, como as estruturas de treino e canais de comunicação existentes, e acomodar a inovação à cultura da organização).

A fase final deste processo de implementação que representa um ciclo, podendo assim retomar estadios anteriores, implica a **avaliação** das mudanças operadas. Estas podem incluir uma avaliação dos objectivos antes estabelecidos, a extensão da implementação de uma prática ou a fidelidade da implementação (Grol & Wensing, 2005). Esta avaliação pode adicionalmente ajudar a melhorar a proposta inicial, a estabelecer um grupo subsequente de barreiras à implementação que necessitem de estudo e prioridade adicional, a re-definir as estratégias utilizadas anteriormente, ou mesmo a alterar o plano de implementação. Neste processo podem ser utilizados indicadores de qualidade inicialmente definidos (Lawrence & Olesen, 1997), e classicamente organizados sob 3 grupos, (Tabela 4)

Tabela 4 - Exemplos de indicadores de avaliação nas suas categorias mais comuns - adaptado de (Grol, 2005)	
Indicadores	Medidas (exemplos)
Indicadores de estrutura	- nº de profissionais por 1000 habitantes
Indicadores de processo	- taxas de referenciação - taxas de prescrição - taxas de vacinação
Indicadores de resultado	- taxas de readmissão hospitalar

No entanto, e considerando a ciência da implementação como uma área própria de desenvolvimento, que estuda variáveis como o grau de implementação e adaptação de *guidelines*, barreiras e facilitadores ou fidelidade de implementação, foram progressivamente propostos modelos mais específicos de avaliação, com metodologia própria (Fixsen, 2005).

2.3.5. Evidência

Existem inovações que se disseminam por si próprias, no entanto isso não acontece para a maioria. A interação de um grande número de factores determina, para a maior parte dos casos, se a implementação tem ou não sucesso (Davis & Taylor-Vaisey, 1997). Na mesma medida em que as estratégias de implementação de práticas foram surgindo, foram desenvolvidos estudos comparativos para avaliar a efectividade das mesmas.

No contexto mais global da melhoria dos cuidados de saúde, consideramos importante a consideração da Tabela 5 (Institute of Medicine U.S.A, 2001), que confronta a efectividade das intervenções com a efectividade da implementação, mostrando a pertinência da última.

Tabela 5 - Relação da efectividade das intervenções com a efectividade da implementação

		Implementação	
		Efectiva	Não efectiva
Intervenção	Efectiva	Bons resultados	resultados não desejados
	Não efectiva	resultados não desejados	resultados não desejados

Esta é uma forma de caracterizar as situações que podemos encontrar nos serviços de saúde e na relação da efectividade entre as dimensões da intervenção e da implementação (Institute of Medicine U.S.A, 2001). A título de exemplo podemos dizer que: (1) a ausência de evidência e de inovação representa a manutenção do *status quo*, (2) a ausência de evidência e a existência de inovação representará prioridades políticas, (3) a ausência de inovação em face de evidência científica implica a existência de barreiras à implementação e (4) a existência tanto de inovação como evidência denota um bom processo de implementação, com ou sem utilização formal da ciência da implementação (Tansella & Thornicroft, 2009).

Uma das primeiras conclusões, retiradas sobre a evidência da ciência da implementação, derivou dos estudos anteriores de avaliação da qualidade e mostrou que os métodos passivos de disseminação são ineficazes, mostrando-se irrelevante a importância da matéria ou a validade dos métodos de avaliação utilizados (Bero et al., 1998). A revisão de Bero mostrou ainda que as decisões apoiadas por sistemas de suporte informático levaram a melhorias no desempenho dos médicos, quanto à decisão sobre a dosagem dos medicamentos e cuidados preventivos, contudo sem resultados ao nível do diagnóstico, como demonstrado noutros

estudos (Majumdar, 2011). No campo das estratégias baseadas em visitas de formação (*educational outreach visits*), foram também encontradas melhorias na área da prescrição.

A principal revisão sistemática sobre intervenções de implementação, feita no final do século passado, foi levada a cabo por Oxman, com a análise de 102 estudos aleatorizados controlados (Oxman et al., 1995).

Os resultados foram divididos em categorias de intervenções sobre as quais se obtiveram os seguintes resultados.

As intervenções educacionais que utilizaram apenas materiais impressos disseminados não causaram mudanças, tanto no desempenho clínico como nos resultados de saúde. Na mesma medida as conferências científicas, nomeadamente através da distribuição de material não-solicitado ou das próprias sessões sem seguimento não apresentaram resultados, embora a realização de *workshops* com um objectivo específico tenham mostrado mudanças positivas, através de sessões de treino da prática em *role-play* (Maiman, Becker, Liptak, Nazarian, & Rounds, 1988), ou outras estratégias de reforço (Wilson et al., 1988).

Na mesma linha do estudo de Bero (Bero et al., 1998), as *educational outreach visits* foram efectivas na redução da prescrição inapropriada no intervalo entre os 12% e os 49% (Avorn & Soumerai, 1983), demonstrando efectividade quando combinadas com auditorias, ao passo que a influência dos líderes teve resultados que variaram de não significativos a substancialmente significativos (Stross, Banwell, Wolf, & Becker, 1986), amplitude provavelmente influenciada por factores organizacionais não avaliados no mesmos estudos (Greenhalgh, 2005).

As intervenções com participação dos doentes, nomeadamente com a utilização e disponibilização de informação sobre doenças (e.g. diabetes), demonstraram melhorias estatisticamente significativas, especialmente quando combinadas com estratégias educativas para os clínicos (Vinicor et al., 1987).

Agrupando abordagens com características metodológicas similares (i.e. auditoria, *feedback* e lembretes), Oxman conclui pela vantagem dos sistemas com apoio informático, com melhorias na ordem dos 40% no domínio da prescrição.

Com uma evidência menos clara sobre os efeitos encontram-se, finalmente, as categorias das estratégias de *marketing* (Jennett et al., 1988), ou os processos de obtenção de consenso local, onde foi possível apurar um efeito moderado quanto aos critérios teóricos das práticas, mas sem resultados na sua implementação (Putnam & Curry, 1985).

Apesar da tarefa complicada de filtragem de factores confundentes, resultantes de dois aspectos fundamentais na ciência da implementação: (1) factores contextuais e (2) complexidade das intervenções, é possível descrever intervenções que melhoram o desempenho e os resultados decorrentes de processos de implementação, como viria posteriormente a ser comprovado por revisões semelhantes.

Uma dessas revisões, feita quase 10 anos depois da realizada por Oxman, da autoria de Grol e Grimshaw, vem confirmar alguns dos dados anteriores, no caso das “*educational outreach visits*”, e lançar novos caminhos para a escolha das melhores estratégias, associadas aos

respectivos contextos, como confirmado por uma das conclusões da revisão sobre a impossibilidade de alguma das estratégias ter resultados em todos os contextos (Grol & Grimshaw, 2003).

Deste estudo resultaram três categorias de resultados: mistos, efectivos e muito efectivos e nesta ultima categoria destacaram-se, (1) as reuniões interactivas com pequenos grupos, (2) os lembretes, apenas no âmbito da prevenção, (3) as decisões assistidas por computador, (4) a introdução de computadores na prática e (5) as campanhas nos meios de comunicação social (apenas para os doentes e no âmbito da melhoria da utilização dos serviços de saúde).

Dois dados adicionais merecem ser salientados sobre esta revisão. O primeiro é o reforço da importância do estudo da cultura organizacional, especialmente o alargamento da avaliação e da melhoria do desempenho dos profissionais para lá da esfera da medicina, considerando que a maior parte das intervenções em saúde são organizadas em equipa (Grol & Grimshaw, 2003). Na opinião dos autores, o foco apenas numa profissão pode esconder outros factores que influenciam a implementação.

O segundo dado é a necessidade de incorporar as estratégias de implementação, sempre que as condições permitam, no dia a dia da prestação de cuidados e o mais próximas possível dos processos específicos de decisão.

Uma revisão similar mais recente é considerada, neste momento, a mais importante fonte de revisão sobre processos de implementação e resulta do estudo realizado pelo grupo EPOC, especificamente constituído para o tratamento da informação relacionada com a implementação (<http://epoc.cochrane.org>). Identificou, até hoje, mais de sete mil estudos aleatorizados e quase-experimentais, bem como 300 revisões relacionadas com estratégias de modificação do comportamento de profissionais (Grimshaw et al., 2012)

Este grupo estabelece dois momentos fundamentais na execução de processos de implementação, sobre os quais analisa a evidência actualmente disponível. São estes: (1) a identificação de barreiras à implementação, base do nosso estudo e descrita no ponto 2.4 deste capítulo e (2) a consequente escolha de intervenções de implementação. A análise inclui o número e tipo de estudos, o efeito, uma graduação da força e a descrição da efectividade encontrada, cuja combinação significa uma evolução positiva quando comparada com as revisões sistemáticas anteriores.

Nesta análise, a mediana da melhoria absoluta de procedimentos clínicos, determinada pela distribuição de materiais educativos disseminados, é de 4.3% (amplitude -8.0% a 9.6%), tanto nas acções de prescrição medicamentosa como nos pedidos de exames complementares. No entanto, a maior parte dos estudos de onde se extraíram estes resultados destinam-se a preencher lacunas do conhecimento individual dos profissionais, sem intenção de modificar uma atitude face a uma inovação.

No grupo das intervenções educativas, com metodologia mais activa, importa descrever duas categorias: (1) as “*educational outreach visits*”, onde as equipas de implementação visitam os profissionais de saúde no contexto da prestação de cuidados, em sessões periódicas curtas

(10-15 minutos), com o objectivo de mudar comportamentos simples (e.g. modificação de padrão de prescrição de medicamentos) e (2) as sessões educativas. Estas últimas dividem-se ainda nas que são didácticas e nas que são interactivas, as primeiras orientadas para as barreiras de conhecimento e as últimas para as barreiras relacionadas com a atitude. A mediana absoluta da melhoria dos cuidados para as “*educational outreach visits*” foi de 4.8% na prescrição (amplitude interquartil no intervalo 3.0% a 6.5%), e 6.0% para outro tipo de cuidados, com valores inconclusivos na modificação de comportamentos mais complexos. A mediana da melhoria absoluta das sessões educativas foi de 6.0% (amplitude interquartil 1.8% a 15.3%), estando os efeitos mais significativos associados à maior assiduidade dos participantes e em estudos que avaliaram os métodos interactivos.

Na metodologia que envolve a participação de líderes de opinião dos serviços de destino (definidos pelos colegas como educacionalmente influentes, segundo o EPOC), a mediana absoluta da melhoria dos cuidados situou-se nos 12.0% (amplitude interquartil no intervalos 6% a 14.5%). Adicionalmente, os resultados sobre lembretes informáticos e auditoria mostraram uma melhoria de 4.2% e 5.0%, respectivamente, similares a revisões anteriores já mencionadas (Bero et al., 1998; Oxman et al., 1995).

Destacariamos ainda a este propósito os resultados das revisões sobre as *Tailored Interventions*, ou seja, aquelas que utilizam estratégias de implementação apenas e após a avaliação dos factores facilitadores e das barreiras à implementação de práticas (Shaw et al., 2005). Os 26 estudos aleatorizados com metodologia de meta-regressão, utilizada em 12 destes, demonstraram um *odds ratio* de 1.52 (IC 95%, 1.27 a 1.82, $p < .001$).

Existe uma evidência substancial, apesar da necessidade de investigação futura, que permite guiar a escolha de estratégias de implementação relacionadas com os profissionais de saúde (Bero et al., 1998; Durlak & Dupre, 2008; Greenhalgh, 2005; Grimshaw et al., 2012; 2004; Haines et al., 2004). Hoje em dia não existe a necessidade de basear estas estratégias em crenças não fundamentadas (Grol, 1997). Dentro deste processo complexo para um universo complexo, o estudo das barreiras e dos facilitadores começa a ganhar relevância como o primeiro passo para assegurar o sucesso da implementação (Grol, 1997). Como no exemplo dado pela revisão do EPOC, quanto à variação dos efeitos das estratégias de auditoria e *feedback*, a variação dos resultados, com amplitudes interquartil entre os 3.0% e os 11%, foi relacionada com os mecanismos utilizados para abordar as barreiras subjacentes, tema ao qual dedicamos o ponto seguinte (Haines et al., 2004).

2.4. Barreiras e facilitadores da implementação de práticas baseadas na evidência

Num processo de implementação, quando os contextos, as pessoas e as organizações envolvidas são conhecidos, deve fazer-se uma análise das barreiras e dos factores facilitadores dessa implementação, a par da descrição dos problemas existentes e dos objectivos da intervenção em si. Apesar de alguns desses factores serem genéricos, outros

têm um carácter específico, determinando o sucesso ou o insucesso da implementação (Grol & Wensing, 2005).

Os modelos iniciais de implementação, oriundos das abordagens focadas na mudança de comportamento dos clínicos, baseavam-se na assunção de que as estratégias utilizadas eram, de forma inerente, efectivas ou não, ampla e transversalmente, independentemente do problema de implementação, dos factores contextuais, dos profissionais ou da instituição a que se destinavam (Van der Weijden et al., 1998). Esta premissa, encarada como “*magic bullet*”, foi posteriormente substituída (Oxman, 2002), por uma abordagem que reconhecia que as estratégias de implementação deviam ser seleccionadas de acordo com: (1) a identificação das causas do fosso existente entre conhecimento disponível e aplicado e (2) **a avaliação dos factores facilitadores e das barreiras** à implementação. Adicionalmente, deveriam ser guiadas por: (3) teorias e modelos práticos sobre mudança de comportamento, e (4) pela sensibilidade ao contexto e aos parâmetros de funcionamento do local onde ocorre a implementação (Brownson et al., 2012; Graham et al., 2006; Straus, 2009; University of York. NHS Centre for Reviews & Dissemination, 1999).

Na análise posterior do grupo EPOC da *Cochrane Collaboration*, acima referida, foi mostrado, pela maior parte dos estudos, que um processo de implementação planeado tem mais probabilidades de ser bem sucedido se for precedido de informação contextual sobre as barreiras e os factores facilitadores da implementação (Grimshaw et al., 2012). Na mesma linha, mas aqui considerando apenas os estudos relacionados com a implementação de *guidelines*, é defendido que a escolha destas e das estratégias para a sua implementação deve ser baseada em conclusões retiradas da análise de barreiras, tendo sido propostos vários modelos para escolher as primeiras em função das últimas (Donner-Banzhoff, 1999; Grol, 1997; Mittman, Tonesk, & Jacobson, 1992; Moulding, Silagy, & Weller, 1999).

Grol sugere que as barreiras existentes podem ser enquadradas em vários grupos, por factores (Grol & Wensing, 2005):

Factores relacionados com os profissionais

Apesar das variações que podem existir entre os contextos e os profissionais das várias áreas da saúde, a **competência** tem um papel importante na implementação da evidência, pois a inovação depende do conhecimento e das competências individuais. Dentro dessas competências distingue-se a capacidade para procurar, compreender e interpretar novo conhecimento.

Sabemos, como anteriormente referido, que o conhecimento pode estar mais ou menos acessível e que a forma como é disseminado influencia o impacto que pode ter (e.g. conferências ou CME), contudo isto acontece na relação com as características dos próprios profissionais (Grol & Wensing, 2005). A propósito da relação desta variação, na diáde conhecimento/competência, recordamos o estudo clássico da recomendação clínica para a amigdalectomia de 389 crianças, feito em 1945 por Bakwin e replicado em 1991 (Ayanian & Berwick, 1991). O estudo revelou que a análise diagnóstica feita por um primeiro grupo de pediatras determinou a necessidade da intervenção em 45% das crianças, sendo

desnecessária nos restantes 55%. Este grupo de não-indicação foi posteriormente avaliado por um segundo grupo de pediatras que concluíram que 46% das crianças tinham indicação para a intervenção. Aliada a esta variação, não podemos deixar de considerar a visão dos próprios profissionais sobre as razões para mudar um comportamento, como no exemplo da utilização de inovações.

Allery mostrou, a este respeito, que as principais razões para a mudança, apontadas pelos clínicos gerais, são os cursos de actualização médica, ao passo que noutros especialistas as maiores influências são as do intercâmbio com os colegas e as da literatura científica, embora as *guidelines*, como fonte dessa literatura, tivessem contribuído para menos de 1% dessas influências (Allery, 1997).

Outros factores importantes que influenciam a implementação são as **atitudes** e as **opiniões** dos profissionais. Constatámos, a título de exemplo e neste capítulo, que existem diferentes tipos de adoptantes de inovações (*early/late adopters*) e que os profissionais, em face de uma inovação, consideram os aspectos inerentes à mesma. Destacam-se a complexidade (i.e. grau de dificuldade de utilização), a visibilidade (i.e. quão rápido e quão óbvia é a melhoria que uma inovação introduz) e a possibilidade de ser testada primeiro em pequena escala (Rogers, 2003). Outras preocupações, que devem ser tidas em conta nos processos de implementação, principalmente em relação às *guidelines*, são as que consideram que as mesmas reduzem a liberdade clínica de análise e decisão, que podem ter uma base científica duvidosa ou que são instrumentalizações com outros objectivos que não os de tratamento (e.g. controlo de custos) (Gupta, Ward, & Hayward, 1997). Na perspectiva dos facilitadores sabemos, adicionalmente, que as *guidelines* elaboradas por grupos de profissionais têm maior grau de aceitabilidade, quando comparadas com *guidelines* elaboradas por organizações externas. Por outro lado, as *guidelines* elaboradas evitando processos lineares de decisão, que consideram a realidade clínica, que permitem graus de liberdade de adaptação e que prevêm as diferenças entre os doentes e os contextos de tratamento, têm maior probabilidade de ser implementadas (Woolf, Grol, Hutchinson, Eccles, & Grimshaw, 1999).

A **motivação** para a mudança tem naturalmente um papel de destaque nestes processos, relembrando as teorias da difusão de inovações anteriormente descritas (Rogers, 2003). Pode derivar de um sentimento de insatisfação, causado por ineficiências na concretização dos objectivos profissionais, ou das opiniões dos pares. As mudanças podem ocorrer sob a influência da acumulação progressiva da experiência prática (Scott, 1996) ou de uma forma abrupta, em face de um incidente grave (e.g. morte por interacção medicamentosa). Outras motivações merecem a nossa referência, pela forma como possibilitam a sua integração nos processos de implementação, entre as quais destacamos: (1) o rendimento financeiro, (2) o tempo de trabalho/descanso e a sobrecarga associada, (3) o reconhecimento profissional, (4) a satisfação intelectual e (5) a autonomia na prática (Scott, 1996).

A última categoria deste grupo de factores, relacionados com as barreiras e com os facilitadores, inclui as **características individuais** dos profissionais, que no seu todo constituem grupos-alvo heterogéneos de implementação. Foi possível confirmar que os clínicos que são membros de organizações profissionais têm uma atitude mais positiva face

às inovações e que as *guidelines* são aplicadas mais frequentemente por clínicos gerais em doentes mais velhos, homens. Em complemento sabemos que os profissionais mais experientes são os utilizadores mais regulares (Grol & Wensing, 2005).

A assumpção de riscos parece estar, de igual forma, associada ao pedido de exames complementares e à referência para outros colegas, sendo esta, como outras práticas ligadas à confiança individual dos clínicos, um factor preditivo do perfil de actuação (Maibach & Murphy, 1995).

Factores relacionados com o contexto social

Neste grupo podemos incluir as barreiras e os factores facilitadores relacionados com os doentes e com os pares profissionais.

Temos assistido, na últimas décadas, a um interesse crescente no estudo das **características dos doentes**, dos efeitos destas e das suas opiniões sobre o tratamento, na relação com os profissionais de saúde e no substracto terapêutico (Butow et al., 2013; Franz, Ranger, Hanewald, Gallhofer, & Lay, 2012; Mühlbacher & Juhnke, 2013; Tarbox, Connors, & Faillace, 1987). Estes estudos, constituem uma fonte importante de informação sobre barreiras contextuais à implementação de inovações. As características dos doentes podem influenciar as rotinas clínicas de diagnóstico e de tratamento, como nos exemplos mostrados por Keeler sobre a preferência dos clínicos por doentes mais novos, quando comparado com os doentes mais velhos, influenciando o tempo dedicado ao tratamento, (Keeler, Solomon, Beck, Mendenhall, & Kane, 1982). Ainda sobre estas características, Schulman investigou a detecção de doença cardíaca e a indicação para cateterização de doentes que apresentavam dores no peito. Concluiu que a indicação é feita em menor número para as mulheres, quando comparadas com os homens (Schulman et al., 1999).

Outra dimensão, associada às características dos doentes, é o efeito das suas opiniões sobre o tratamento e a forma como estas afectam o comportamento dos clínicos em reposta às primeiras. Veldhuis estudou o desvio das decisões clínicas em clínicos gerais Holandeses, considerando as posições assumidas pelos doentes face ao tratamento, concluindo que este desvio existe e é influenciado pela necessidade de simpatia (42%), para evitar conflitos (30%), ou por falta de confiança mútua (10%) (Veldhuis, Wigersma, & Okkes, 1998).

As expectativas dos doentes parecem ser, de igual forma, determinantes do comportamento dos profissionais em relação às prescrições. A prescrição de exames tem um *odds ratio* de 4:1 para os doentes que esperam receber essa prescrição antes da consulta. A prescrição de medicação tem um *odds ratio* de 3:1, se os doentes esperavam receber medicação antes da consulta e um *odds ratio* 10:1, se o médico considerar que o doente espera essa prescrição (Cockburn & Pit, 1997; Grol & Wensing, 2005). Torna-se, assim, impreterível considerar, não só a influência dos profissionais na implementação de novas práticas, como também a influência das características e das expectativas dos doentes face à mesmas.

Olhemos agora para a influência dos **colegas de profissão** nos processos de implementação. Como tivemos oportunidade de detalhar, no ponto sobre a difusão de inovações, as redes de comunicação profissional e os líderes de opinião podem marcar, determinando sucessos e

insucessos, os processos de implementação, existindo alterações das práticas não em face da existência de nova evidência, mas quando se atinge um consenso profissional local (Greer, 1988). Por esta razão as metodologias de implementação incluem, cada vez de forma mais frequente, componentes que requerem o estabelecimento prévio de consensos locais. Da mesma forma, muitas dessas acções incluem a participação dos líderes locais de opinião, ou seja, os profissionais que no dia a dia servem de referência em relação ao conhecimento científico e à sua aplicação no seio das equipas, não sendo estes, necessariamente, os inovadores dentro da categoria dos adoptantes (Rogers, 2003) (Grol & Wensing, 2005).

Factores relacionados com o sistema

A **organização** e as **estruturas** são contribuintes naturais para a qualidade das actividades de saúde, podendo constituir-se, subsequentemente, como barreiras ou facilitadores à implementação de práticas. São identificadas, pelos profissionais, como os factores mais influentes, nomeadamente na implementação da prevenção. Um dos exemplos clássicos sobre este facto é a taxa de realização de exames imagiológicos, quatro vezes superior em instituições que têm equipamento próprio, quando comparada com a taxa de realização em instituições que têm de os realizar noutros locais (Grol, 2005).

Inúmeras características organizacionais têm sido consideradas como determinantes da implementação, para além dos recursos materiais, nomeadamente pela *Competing Values Framework* (Quinn & Rohrbaugh, 1981). No entanto, os **recursos financeiros** e os **sistemas de reembolso** têm, cada vez mais, um peso efectivo maior, nomeadamente em contextos de crise económica e financeira (Karanikolos et al., 2013). Apesar de tudo, e na sua face mais positiva e contribuinte para a melhoria de cuidados, sabemos, paralelamente, que os profissionais de saúde consideram que ter acesso à informação sobre o impacto financeiro positivo, consequente à utilização de práticas mais efectivas, é um incentivo para a sua utilização, apesar de alguns encararem, especificamente as *guidelines*, como mecanismos de controlos de custos, conforme anteriormente enunciado (Gupta et al., 1997).

Aos tipos de barreiras e factores facilitadores que acabámos de descrever, correspondem respostas posteriormente incorporadas nos planos de implementação, como no exemplo adiante (Tabela 6), a propósito da lavagem e desinfecção das mãos, como medida de prevenção das infecções nosocomiais (Grol, 1997).

Tabela 6 - Barreiras à implementação de uma <i>guideline</i> nacional para a desinfecção das mãos como medida de prevenção das infecções nosocomiais. Adaptado de (Grol,1997).	
Factores relacionados com o profissionais	%
As infecções são raras	61
Retorno a velhos hábitos	49
Inexistência de evidência clara na utilidade	43
Factores relacionados com o contexto social	
Ninguém monitoriza ou controla	50
Não existem <i>guidelines</i> sobre o assunto na instituição	49
A administração da instituição não mostra interesse	45
Factores relacionados com o sistema	
Irritação e lesão das mãos	65
Esquecimento por excesso de trabalho	61
Inexequível num dia normal de trabalho	81
Exige muito tempo	50
Equipamento inadequado para a desinfecção	42
Propostas no âmbito do programa de implementação	
<ul style="list-style-type: none"> - distribuição de material com evidência científica sobre a lavagem/desinfecção das mãos, - reuniões com as unidades para discutir a <i>guideline</i>, a resistência à sua utilização e a forma de contornar os problemas de implementação existentes, - elaboração de um protocolo formal, assinado pela administração e com distribuição pelos recursos humanos, - produtos novos para lavagem e desinfecção que previnam a irritação das mãos, - lembretes, auto-monitorização regular com observação dos chefes de unidade, - suporte temporário para resolver problemas e atingir objectivos. 	

A escolha da análise das barreiras à higiene das mãos é propositada na medida em que pode demonstrar que, mesmo numa inovação aparentemente simples de implementar e contendo as características básicas que a potenciam (*i.e. relative advantage, compability, complexity, trialability, observability*) (Rogers, 2003), muitas dificuldades são encontradas no processo. A redução das infecções adquiridas nos hospitais é uma das prioridades de saúde em muitos países, afectando 1 em cada 11 doentes com uma taxa de mortalidade de 13% e um factor de aumento dos dias de internamento de 2.5 (Stone, 2001). Entre 15% a 30% destas infecções podem ser prevenidas através, por exemplo, da higiene e desinfecção das mãos (Grol & Grimshaw, 2003). Apesar da reconhecida importância da lavagem das mãos desde o séc. XVIII, nomeadamente através do trabalho de Semmelweis na área da obstetrícia e dos inúmeros estudos que comprovam os claros benefícios, a adesão dos profissionais de saúde é ainda pobre (Teare, Cookson, & Stone, 2001). A maior parte dos hospitais têm *guidelines* para esta prática que são frequentemente ignoradas e apesar da evidência clara ser

disseminada os resultados são fracos (Grol & Grimshaw, 2003). O problema está relacionado com a implementação e com as barreiras locais existentes.

O estudo das barreiras existe hoje, noutros níveis, para além do nível das práticas. Exemplos disso são os estudos das barreiras à implementação de políticas de saúde (e.g. saúde mental) (Saraceno et al., 2007), ou de sistemas de cuidados (Thornicroft et al., 2010), constituindo-se ferramentas macro, adicionais à implementação de inovações nos cuidados de saúde e sendo por isso descritas no capítulo adiante, no contexto da caracterização do Plano Nacional de Saúde Mental.

A consideração cada vez maior de elementos contextuais fizeram, de igual forma, surgir uma abordagem à implementação denominada *Tailored Interventions*. Estas abordagens caracterizam-se pela elaboração de planos de implementação que têm sempre como ponto de partida a análise de barreiras e factores facilitadores. Devem ser distinguidas das intervenções multifacetadas na medida em que estas, apesar de utilizarem várias abordagens nos processos de implementação, não carecem da análise de barreiras como nas primeiras. Na perspectiva do grupo EPOC, as intervenções multifacetadas serão aquelas que têm um ou mais componentes de implementação (Grimshaw et al., 2012).

As *Tailored Interventions*, apesar de recentes (Wensing et al., 2011), tem uma base científica consistente que as posiciona à frente das metodologias de implementação multifacetadas ou singulares, sem avaliação prévia das barreiras (Shaw et al., 2005).

A par destas evoluções, não podemos deixar de nomear a proliferação das metodologias qualitativas e quantitativas para o estudo das barreiras. Muitas vezes apontado como o estudo de referência original nesta área, a revisão de Cabana apresentou uma categorização das barreiras com uma estrutura semelhante à que descrevemos aqui e demonstrou, na análise que envolveu quase oitenta estudos sobre mudanças de práticas clínicas, que diferentes barreiras aparecem nos vários níveis do sistema, não sendo generalizáveis entre sistemas (Cabana, 1999). Os estudos incluídos na análise inicial contemplavam metodologias de: (1) *survey*, (2) entrevista e (3) observação directa.

Incluído na recolha de informação quantitativa por questionário encontra-se o instrumento “*Barriers and Facilitators Assessment Instrument*”, parte do protocolo do nosso estudo (Peters, Harmsen, Laurant, & Wensing, 2003), conforme descrição na Parte II.

Tendo nós analisado, até este momento: 1 - o panorama histórico-legislativo da evolução da organização de serviços de saúde mental em Portugal, 2 - a evolução da prática baseada na evidência em estudo (i.e Case-Management/Modelo de Gestão de Cuidados) e 3 - os mecanismos associados à implementação de práticas, fundados pela ciência da implementação (incluindo a análise de barreiras e factores facilitadores), detalharemos no capítulo seguinte a implementação do modelo de gestão de cuidados no contexto actual dos Serviços de Saúde Mental portugueses.

O reconhecimento da importância dos aspectos da ciência da implementação, levou a que estes fossem considerados na elaboração de um plano de formação, embora de uma forma

não sistemática. Descreveremos como decorreu o processo de desenvolvimento do programa de formação, após uma contextualização no quadro do Plano Nacional de Saúde Mental.

CAPÍTULO III - A IMPLEMENTAÇÃO DO MODELO DE GESTÃO DE CUIDADOS NO CONTEXTO ACTUAL DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL PORTUGUESES

3.1. Contexto

A implementação do Modelo de Gestão de Cuidados, neste trabalho avaliada, surgiu no contexto da aprovação do primeiro **Plano Nacional de Saúde Mental** (PNSM) português e da consequente criação da **Coordenação Nacional para a Saúde Mental** (CNSM), em 2008.

Num forte sinal de apoio à saúde mental, o Ministro da Saúde incluiu esta no quadro das prioridades de saúde, considerando que não só devia ser feita uma actualização da informação sobre a saúde mental em Portugal, como deviam, de igual forma, ser elaboradas propostas tanto para a melhoria dos serviços e do sistema de saúde mental como para as metodologias para a implementar (Caldas de Almeida et al., 2007).

Estas orientações decorreram da percepção que uma boa parte dos nossos recursos humanos e financeiros dedicados aos serviços de saúde mental continuava concentrada nos hospitais psiquiátricos de Lisboa, Porto e Coimbra e que fora das cidades, os serviços, ou não existiam ou estavam impossibilitados, por falta de técnicos e de outros meios, de assegurar componentes essenciais dos cuidados de saúde mental. Mesmo nas grandes cidades, uma boa parte das populações continuava a não ter acesso a cuidados na comunidade e não beneficiavam de intervenções e programas hoje assumidos como fundamentais. Considerou-se assim que a reforma da saúde mental era indispensável para assegurar a integração dos serviços de saúde mental no sistema geral de saúde, para aproximar os cuidados de saúde mental das populações, facilitar o acesso dos utentes e das famílias aos serviços, e desenvolver os programas comunitários integrados, que a evidência científica mostra serem actualmente os mais efectivos (Ministério da Saúde, 2008).

Um factor importante foi o reconhecimento de que as doenças mentais são responsáveis por elevados custos para as sociedades, no que respeita ao sofrimento, à incapacidade individual, à disfunção familiar e à diminuição da produtividade no trabalho. Encontram-se estreitamente associadas às situações clínicas que levam aos maiores índices de utilização de serviços e de consumo de medicamentos. A este impacto importa somar ainda aquele que resulta dos problemas ligados ao abuso de álcool e drogas, à violência doméstica e juvenil, aos comportamentos alimentares e sexuais, e à integração social de imigrantes e de grupos especialmente vulneráveis, sobretudo dos idosos. Estes problemas, indissociavelmente ligados à saúde mental, têm vindo a adquirir uma importância crescente nas sociedades actuais (Caldas de Almeida et al., 2007).

Os dados anteriores viriam a ser posteriormente confirmados, com a recente publicação do primeiro **Estudo de Prevalência das Doenças Mentais** em Portugal, realizado pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, em colaboração com o *WHO Assessment, Classification, and Epidemiology (ACE) Group* e a *Harvard Medical Scholl*, integrando a *World Mental Health Survey Initiative* (www.hcp.med.harvard.edu). O estudo mostrou uma prevalência anual alta de todas as perturbações psiquiátricas investigadas (Caldas de Almeida & Xavier, 2013), (Tabela 7).

Tabela 7 - Prevalência anual de perturbações psiquiátricas em Portugal

Perturbações	%
Perturbações de Ansiedade	16,5
Perturbações de Humor	7,9
Perturbações de controle dos impulsos	3,5
Perturbações por utilização de substâncias	1,6
Todas	22,9

Do conjunto das propostas elaboradas e posteriormente aprovadas no PNSM, fazia parte a implementação de um programa de formação nacional para os recursos humanos que iriam ajudar a desenvolver os novos serviços de saúde mental e a melhorar os existentes. Nesse programa de formação nacional foram incluídas as seguintes práticas baseadas na evidência: i. Modelo de Gestão de Cuidados para Pessoas com Doença Mental Grave (Mateus et al., 2011) e ii. Psicoeducação para famílias de pessoas com Psicose (Xavier, Cardoso, Carvalho, & Mateus, 2013).

3.1.1. CNSM - Coordenação Nacional para a Saúde Mental

O reconhecimento da situação inicialmente descrita levou à criação, em 2006, de uma nova estrutura para o desenvolvimento da saúde mental no país. Por Despacho do Senhor Ministro da Saúde, de 26 de Abril de 2006, foi criada a **Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental** (CNRSSM) com a missão de estudar a situação da prestação dos cuidados de saúde mental a nível nacional.

O trabalho elaborado pela (CNRSSM) incluiu o desenvolvimento de 3 estratégias (Caldas de Almeida et al., 2007):

- a colheita e a análise da informação disponível em Portugal, quer a nível oficial (sobretudo do IGIF/ACSS e da DGS), quer a partir das publicações científicas actualizadas,
- a realização de uma série de estudos destinados a clarificar áreas especialmente importantes para o funcionamento dos serviços de saúde mental em Portugal e a elaborar um diagnóstico mais sistemático e completo da situação a nível nacional,
- um processo de auscultação pública dos agentes envolvidos na prestação de cuidados de saúde mental.

Este trabalho permitiu concluir que em 2005:

- O número de pessoas em contacto com os serviços públicos (168.389 pessoas em 2005) mostra que apenas uma pequena parte das que têm problemas de saúde mental têm acesso aos serviços públicos especializados de saúde mental. Mesmo assumindo que apenas as pessoas com doenças mentais de alguma gravidade procuram os serviços de saúde mental – o que sabemos não corresponder à verdade –, o número de contactos (1,7% da população) é ainda assim extremamente baixo em relação ao que seria de esperar (pelo menos 5 a 8% da população sofre de uma perturbação psiquiátrica de certa gravidade em cada ano).
- A maior parte dos recursos continua concentrada em Lisboa, Porto e Coimbra. Serviços criados em vários pontos do país, com excelentes instalações, funcionam apenas parcialmente e, nalguns casos, têm unidades por abrir, por não ter sido possível fixar profissionais, que se têm acumulado nos hospitais dos grandes centros.
- A distribuição de psiquiatras entre hospitais psiquiátricos e departamentos de psiquiatria e saúde mental de hospitais gerais continua a ser extremamente assimétrica (2,6 e 1,1 médicos por 25.000 habitantes, respectivamente). Situação tanto mais difícil de justificar quanto apenas 24% do total de utilizadores dos serviços foram atendidos nos Hospitais Psiquiátricos e 71% das consultas foram realizadas nos hospitais gerais.
- O internamento continua a consumir a maioria dos recursos (83%), quando toda a evidência científica mostra que as intervenções na comunidade, mais próximas das pessoas, são as mais efectivas e as que colhem a preferência dos utentes e das famílias. Uma consequência inevitável desta distribuição de recursos é o reduzido desenvolvimento de serviços na comunidade registado em Portugal. Muitos serviços locais de saúde mental continuam reduzidos ao internamento, consulta externa e, por vezes, hospital de dia, não dispendo de Equipas de saúde mental comunitária, com programas de gestão integrada de casos, intervenção na crise e trabalho com as famílias.
- O recurso preferencial aos serviços de urgência e as dificuldades reportadas de marcação de consultas, sugerem a existência de problemas de acessibilidade aos

cuidados especializados. Por sua vez, o intervalo entre a alta e a consulta subsequente, associada à proporção de reinternamentos ocorridos sem qualquer contacto em ambulatório, também encontrada no mesmo estudo, sugere a existência de problemas de continuidade de cuidados.

- As equipas de saúde mental continuam a contar com um escasso número de psicólogos, enfermeiros, técnicos de serviço social, terapeutas ocupacionais e outros profissionais não médicos, 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.
- A qualidade dos serviços, de acordo com a avaliação efectuada com a participação dos profissionais, encontra-se na faixa inferior do razoável. O nível de qualidade dos serviços de ambulatório é inferior ao das unidades de internamento, num momento em que a tendência é cada vez maior no sentido inverso.
- As áreas mais críticas de incumprimento de critérios e padrões de qualidade são as que dizem respeito aos recursos humanos (dotação, distribuição, composição interdisciplinar do staff) e à organização administrativa.

Após discussão pública, com larga participação de todos os sectores interessados, o Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 foi aprovado em 24 de janeiro de 2008, pela Resolução de Conselho de Ministros nº 49/2008, tendo sido criada a CNSM, no âmbito do Alto Comissariado da Saúde, com a responsabilidade de coordenar a sua implementação.

3.1.2. Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM)

O PNSM orienta-se pelos princípios descritos na Tabela 8 e tem os seguintes objectivos (Ministério da Saúde, 2008):

- Assegurar o acesso equitativo a cuidados de qualidade a todas as pessoas com problemas de saúde mental do País, incluindo as que pertencem a grupos especialmente vulneráveis;
- Promover e proteger os direitos humanos das pessoas com problemas de saúde mental;
- Reduzir o impacto das perturbações mentais e contribuir para a promoção da saúde mental das populações;
- Promover a descentralização dos serviços de saúde mental, de modo a permitir a prestação de cuidados mais próximos das pessoas e a facilitar uma maior participação das comunidades, dos utentes e das suas famílias;
- Promover a integração dos cuidados de saúde mental no sistema geral de saúde, tanto a nível dos cuidados primários, como dos hospitais gerais e dos cuidados continuados, de modo a facilitar o acesso e a diminuir a institucionalização.

Tabela 8 - Valores e princípios do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 (Ministério da Saúde, 2008)

Valores	Princípios
Saúde mental indivisível da saúde em geral	<ul style="list-style-type: none"> • Os serviços de saúde mental devem estar integrados no sistema geral de saúde • As pessoas com perturbações mentais que necessitam de internamento hospitalar deve ser internadas em hospitais gerais
Direitos humanos	<ul style="list-style-type: none"> • As pessoas com perturbações mentais devem ver respeitados todos os seus direitos, incluindo o direito a cuidados adequados, residência e emprego, assim como protecção contra todos os tipos de discriminação
Cuidados na comunidade	<ul style="list-style-type: none"> • Os cuidados devem ser prestados no meio menos restritivo possível • A decisão de internamento só deve ser tomada quando esgotadas todas as alternativas de tratamento na comunidade
Coordenação e integração de cuidados	<ul style="list-style-type: none"> • Os serviços em cada área geo-demográfica devem ser coordenados e integrados, de modo a facilitar a continuidade de cuidados
Abrangência (<i>comprehensiveness</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • Os serviços em cada área geo-demográfica devem incluir um leque diversificado de dispositivos e programas, de modo a poder responder ao conjunto de necessidades essenciais de cuidados de saúde mental das populações
Participação comunitária	<ul style="list-style-type: none"> • As pessoas com perturbações mentais devem ser envolvidas e participar no planeamento e desenvolvimento dos serviços de que beneficiam. • Os familiares de pessoas com perturbações mentais devem ser considerados como parceiros importantes na prestação de cuidados, estimulados a participar nesta prestação e a receber o treino e educação necessários.
Protecção dos grupos especialmente vulneráveis	<ul style="list-style-type: none"> • As necessidades dos grupos especialmente vulneráveis (e.g. crianças, adolescentes, mulheres, idosos e pessoas com incapacidade), devem ser tomadas em consideração.
Acessibilidade e equidade	<ul style="list-style-type: none"> • Os serviços devem ser acessíveis a todas pessoas, independentemente da idade, género, local de residência, situação social e económica.
Recuperação (<i>recovery</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • Os serviços de saúde mental devem criar condições que favoreçam a auto-determinação e a procura de um caminho próprio por parte das pessoas com problemas de saúde mental.

As áreas de desenvolvimento do PNSM foram inicialmente as adiante discriminadas, sofrendo em 2012 uma substancial redefinição (Ministério da Saúde, 2012):

- i. Organização dos serviços de saúde mental de adultos
- ii. Organização dos serviços de psiquiatria e saúde mental da infância e adolescência
- iii. Saúde mental e cuidados de saúde primários
- iv. Articulação inter-sectorial
Legislação de saúde mental e direitos humanos
- v. Financiamento e gestão
- vi. Sistema de informação
- vii. Avaliação e garantia de qualidade
- viii. Recursos humanos
- ix. Articulação com as ordens religiosas
- x. Investigação

O PNSM, tanto pelos seus valores e princípios, como pelos seus objectivos, apresentava, à partida, boas condições para a implementação do modelo de gestão de cuidados anteriormente descrito. No entanto, a tradução prática desta intenção implicava, a montante, a manutenção de apoio político e material para estruturar os programas nacionais de formação, e a jusante uma colaboração óptima com os serviços de saúde mental do país. Esta traduzir-se-ia numa indicação adequada de profissionais e num apoio posterior à tradução dos conhecimentos na prática diária da prestação de cuidados.

Várias análises da implementação do PNSM foram feitas nos últimos anos, por entidades nacionais e internacionais, que permitiram identificar algumas das barreiras políticas, institucionais e organizacionais que complementam as conclusões da análise das barreiras e dos factores facilitadores aqui estudados, no âmbito da implementação de práticas baseadas na evidência.

3.1.3 - Análise da implementação do PNSM

Destacamos, do ponto de vista da avaliação do PNSM, três momentos significativos nos últimos três anos: **i. em 2010 a avaliação dos Programas Nacionais de Saúde feita pelo Ministério da Saúde**, **ii. em 2011 a avaliação externa feita por um grupo de peritos da OMS** e **iii. em 2012 a avaliação feita pelo Programa Nacional de Saúde Mental**, aquando da transferência do Programa para a Direcção-Geral da Saúde, após a extinção do Alto Comissariado da Saúde em 2011 (anteriormente criado pelo Decreto-Lei n.º 218/2007).

(2010) - *Avaliação dos Programas Nacionais de Saúde (Ministério da Saúde)*

A avaliação dos Programas Nacionais de Saúde, realizada em 2010 e da responsabilidade do Alto Comissariado da Saúde (Ministério da Saúde, 2010), pretendeu fazer uma análise da execução dos vários programas prioritários do Ministério da Saúde, onde estava incluída a saúde mental, sob a alçada da ainda Coordenação Nacional para a Saúde Mental.

O documento contava com elementos importantes, resultantes da análise dos aspectos positivos e negativos da execução, dos quais destacamos a análise *SWOT*:

Forças

- Plano construído com base em análise crítica da situação, após colheita e análise exaustivas dos dados disponíveis.
- Plano construído tomando em consideração a evidência científica existente no campo das políticas e serviços de saúde mental, bem como auscultações exaustivas de todos os actores relevantes.
- Sustentação sólida do plano por todos os documentos internacionais neste domínio.

Oportunidades

- O Plano articula-se a nível nacional com as outras reformas de saúde, nomeadamente com as que têm vindo a desenvolver-se nos cuidados primários e no campo dos cuidados continuados, sendo possível criar sinergias importantes com estas reformas.
- O Plano permite a Portugal articular as mudanças da saúde mental com as principais iniciativas promovidas neste campo pela OMS e UE.

Fraquezas

- A entidade responsável pela implementação do plano tem um grau de autonomia e decisões muito reduzido, tomando em consideração a complexidade das mudanças a implementar.
- Inexistência de um orçamento específico, estando a implementação dependente de financiamentos não especificados e provenientes de sectores diversos.
- Definição pouco clara das responsabilidades da CNSM e de outras entidades, (e.g. ARS's), na implementação.

Ameaças

- Forte estigma associado às doenças mentais em Portugal.
- Reduzida autonomia dos centros de decisão a nível local. (Departamentos de Hospitais Gerais), o que torna muito difícil o desenvolvimento dos serviços na comunidade.
- Falta de clareza na responsabilidade pelos cuidados continuados integrados de saúde mental (Ministério da Saúde, 2010).

Desta análise resultou também um conjunto de recomendações que visavam assegurar a continuidade do PNSM, lembrando o compromisso do Governo e os resultados alcançados no dois primeiros anos de execução, nomeadamente nos processos de desactivação e reestruturação dos hospitais psiquiátricos, formação de profissionais, desenvolvimento de novos serviços e programas na comunidade, lançamento das bases dos cuidados continuados de saúde mental e criação de respostas nos campos dos sem abrigo e da violência doméstica. Porém, muito continuava ainda por fazer. O Plano, projectado para 9 anos e iniciado com quase um ano de atraso em relação ao previsto, deveria ser continuado pelo menos até 2017. A experiência dos primeiros dois anos evidenciava vários constrangimentos estruturais na implementação do Plano, que abrandavam a sua execução, aconselhando uma abordagem diferente no futuro.

O primeiro problema tinha a ver com a contradição existente entre as responsabilidades atribuídas à Coordenação Nacional para a Saúde Mental na implementação do Plano e as reais capacidades executivas da mesma, uma entidade que tinha uma autonomia administrativa e financeira praticamente nula e uma capacidade de decisão muito reduzida.

Se as experiências de outros países onde se levaram a cabo reformas dos serviços de saúde mental com sucesso mostram que é fundamental a existência de uma entidade coordenadora a nível nacional, com largas responsabilidades na implementação do plano, a verdade é que estas experiências mostram igualmente que as referidas entidades só podem funcionar com eficiência se tiverem um orçamento adequado aos objectivos do plano e se dispuserem de capacidade de decisão relativamente às inúmeras medidas de carácter administrativo e financeiro que implica uma reforma profunda dos serviços de saúde mental.

O actual modelo, com a reduzida autonomia de que gozava a CNSM e as ambiguidades existentes quanto a quem é responsável do quê (particularmente no que se refere ao desenvolvimento dos cuidados continuados e às medidas relacionadas com a reestruturação dos serviços de saúde mental nas várias regiões de saúde) é um modelo que dificulta muito o processo de tomada de decisões e que compromete significativamente a capacidade de concretização de muitas das mudanças que se pretende alcançar com o Plano.

A articulação com as outras reformas em curso na saúde, particularmente a dos cuidados primários, é um outro campo em que será necessário investir no futuro muito mais do que se investiu até aqui. Neste domínio importa sobretudo criar condições para que, em conjunto, se definam claramente quais são as responsabilidades dos cuidados primários e as responsabilidades dos serviços locais de saúde mental na prestação dos cuidados de saúde mental, e se estabeleçam mecanismos eficazes de cooperação e articulação entre as duas partes.

A articulação dos cuidados de saúde mental com os cuidados nas áreas do álcool e das drogas é outro campo em que, mais cedo ou mais tarde, se terão que efectuar mudanças estruturais importantes. A comorbilidade mais do que comprovada entre perturbações ligadas ao abuso de álcool e drogas e problemas de saúde mental justificaria por si só uma articulação muito maior do que aquela que existe actualmente. A exiguidade crescente de

recursos humanos disponíveis tornará certamente cada vez mais inviável a duplicação de esforços exigida pelo modelo actual de dois sistemas completamente separados.

Duas notas finais, para realçar a importância de duas questões que irão ter um papel fundamental reforma de saúde mental no nosso país nos próximos anos.

A primeira é a questão da autonomia dos serviços responsáveis pelos cuidados locais de saúde mental. A experiência dos últimos dois anos comprovou a total incapacidade dos departamentos de psiquiatria e saúde mental dos hospitais gerais no desenvolvimento e gestão de um sistema de cuidados baseados na comunidade nas áreas de influência respectivas. Sem um orçamento específico, sem qualquer autonomia, obrigados a submeter-se a uma lógica puramente hospitalar baseada no internamento, estes departamentos só por milagre conseguem promover sistemas coerentes de cuidados na comunidade. Na ausência de medidas que transformem radicalmente o modelo de gestão e financiamento destes serviços será impossível levar a cabo a maior parte das medidas incluídas no Plano Nacional de Saúde Mental (Xavier, Mateus, Marques, & Carvalho, 2013a). Este é um ponto crucial do Plano, que todos os esforços realizados até agora não conseguiram alterar, e que é urgente alterar.

A segunda questão tem a ver com a investigação em saúde mental. Como foi comprovado no estudo realizado neste campo no âmbito da preparação do Plano, a investigação em saúde mental em Portugal é muito escassa. Esta situação é tanto mais grave quanto se sabe que não há país que tenha sido capaz de desenvolver serviços de saúde mental de qualidade sem a massa crítica que é assegurada por uma capacidade de investigação de bom nível nas áreas da epidemiologia psiquiátrica e da investigação de serviços, áreas especialmente pobres no nosso país. Para esta situação não são alheios a ignorância e o abandono a que têm sido desde sempre votadas estas áreas de investigação no nosso país.

A inclusão da saúde mental no grupo das prioridades de investigação em saúde parecia ter aberto a possibilidade de se alterar finalmente esta situação de tão graves consequências. Infelizmente, o inexplicável “desvio” efectuado das doenças mentais para as doenças neurodegenerativas veio mais uma vez relegar a investigação na área da saúde mental para uma situação secundária, comprovando o enorme estigma que em Portugal continua a existir em relação às doenças mentais e mostrando a necessidade de se tomarem medidas vigorosas que permitam dar à investigação em saúde mental recursos equivalente aos que os outros países europeus a ela dedicam (Ministério da Saúde, 2010).

(2011) - Avaliação externa feita pelo grupo de peritos da OMS

A forma como as dimensões anteriores se reflectiram nos resultados da implementação do PNSM no terreno foi abordada em detalhe pela Organização Mundial de Saúde, que através do seu ‘Regional Office for Europe’ (com coordenação de Matt Muijen) procedeu a uma avaliação detalhada do PNSM em 2011, num processo que envolveu a consulta a diversos ‘stakeholders’, a análise da legislação e visitas a vários dispositivos de prestação de cuidados na área da saúde mental. Globalmente, os objectivos desta avaliação foram:

- Efectuar uma avaliação da situação organizativa dos serviços de saúde mental no país;

- Identificar os maiores desafios à implementação do PNSM;
- Formular um conjunto de recomendações que permitisse a progressão do PNSM.

Na análise efectuada, a comissão da OMS descreve detalhadamente as características nucleares da situação actual dos Serviços Locais de Saúde Mental portugueses (SLSM, integrados em hospitais gerais), salientando os seguintes pontos frágeis:

- Continua a haver áreas geográficas sem cobertura destes serviços;
- Os que existem apresentam recursos humanos em número e diferenciação escassos;
- Existe um risco de os SLSM serem submersos por casos de natureza ansiosa e depressiva, referenciados pelos cuidados primários;
- Os indivíduos com problemas mais graves e crónicos correm o risco de serem ignorados ou de receberem cuidados abaixo das suas necessidades;
- Os cuidados prestados nos SLSM são principalmente de tipo farmacológico, com poucas respostas psicossociais;
- O financiamento é instável, e a sustentabilidade uma questão importante.

De uma forma resumida, a OMS identificou os seguintes desafios na implementação do PNSM (mantém-se o texto na versão original em inglês):

- *“Provision of essential services such as crisis services and residential places are inadequate, causing the blocking of the system as a whole.*
- *The elements of the mental health system, incorporating primary care, community teams, hospitals and residential rehabilitation services are not clear about their priorities and lack coordination.*
- *Unless primary care services can treat the large minority of people with anxiety and depression, specialist services will be paralysed due to the demand, unable to focus on people with severe and ongoing needs.*
- *There are no incentives to increase both the medical and non-medical part of the mental health service active in the community, resulting in inefficiencies.*
- *Mental health managers lack authority to implement changes by delegating mental health budgets.*
- *The financing system has created unintentional disincentives to establish community based services, rewarding hospital admissions and medical interventions.*“

Para responder a estes desafios, a OMS emitiu as seguintes recomendações:

- *“Increase capacity and competence to treat and support people with severe mental health problems in the community by establishing clear objectives for community teams.*
- *Reduce (re)admissions by providing 24 hours a day access to emergency services.*
- *Train primary care staff to identify, diagnose and treat people with anxiety and depression.*

- *Increase the number of residential homes for persons with long term mental health problems in partnership between health and social sectors, allocating lead responsibilities to specific agencies in line with Decree 8/2010.*
- *Change tariffs to create incentives towards community interventions by medical and non-medical staff in order to prevent admissions and relapses and develop a whole system of care.*
- *Continue the pilot funding that has encouraged service innovation, and safeguard sustainability.*
- *At a Regional level, authority and responsibility should be placed for the monitoring of effective implementation of services and partnership across the system, based on quality standards.”*

(2012) - Avaliação feita pelo Programa Nacional de Saúde Mental, aquando da transferência do Programa para a Direcção-Geral da Saúde

A avaliação da implementação do PNSM, em 2012, mostrou que, apesar de todas as dificuldades vividas no país neste último ano, o Plano assegurou progressos significativos:

- O número de doentes institucionalizados em hospitais psiquiátricos diminuiu 40%;
- Encerrou-se com sucesso o mais antigo hospital psiquiátrico do país, ao mesmo tempo que se deram passos importantes na desativação de outros;
- Prosseguiu-se a bom ritmo a criação de serviços de saúde mental nos hospitais gerais, e concretizaram-se avanços significativos no lançamento de novos serviços na comunidade e na formação de profissionais no desenvolvimento de programas integrados para doentes mentais graves;
- Lançaram-se as bases dos cuidados continuados de saúde mental e criaram-se com sucesso os primeiros serviços e programas residenciais neste sector;
- No campo da saúde mental da infância e adolescência registaram-se igualmente progressos importantes um pouco por todo o país.
- Na cooperação intersectorial, com o sector social, a justiça, a educação e o emprego iniciaram-se vários programas inovadores que permitiram integrar a saúde mental na luta contra a violência doméstica, o apoio aos sem-abrigo e aos jovens com problemas de adaptação e inclusão social.
- A maior parte dos cuidados de saúde mental passou a ser prestada em serviços locais de saúde mental integrados no sistema geral de saúde, que registaram um aumento considerável no número de intervenções a nível do ambulatório.

A avaliação da estrutura e da actividade assistencial dos serviços públicos de saúde mental em 2012 incluiu as seguintes áreas:

Lotação

Comparando com a situação existente em 2005, o aspecto mais significativo prende-se com a redução do número total de camas nos serviços públicos de saúde mental para adultos,

fundamentalmente à custa da contração de 40% das camas nos hospitais psiquiátricos. Por outro lado, verificou-se igualmente uma redução de 21 camas nos serviços locais de saúde mental (SLSM), por diminuição das até então ocupadas por doentes de evolução prolongada, para os quais foi possível encontrar respostas na comunidade.

No que se refere à lotação em pedopsiquiatria, verifica-se uma grande escassez do número de camas disponíveis, agravada pela não abertura, até à data, de um serviço de internamento na Região Centro e de uma ampliação da unidade do CHLC/HDE.

Tabela 9 - Lotação por Regiões de Saúde (Serviços Públicos)

Regiões de Saúde	2005	2011*
Norte	494	493
Centro	989	679**
Lisboa e Vale do Tejo	1088	726***
Alentejo	102	57
Algarve	50	49
Total Adultos	2723	2004
Total Crianças e Adolescentes	24	20
Total Geral	2747	2024

* Fonte: SICA, 2012 - Acompanhamento Mensal do Plano de Desempenho 2011

** 112 são doentes inimputáveis (CHUC)

*** 32 são doentes inimputáveis (CHPL)

Tabela 10 - Lotação (H. Psiquiátricos e SLSM - Adultos)

Tipo de Serviço	2005	2011*
Hospitais Psiquiátricos	1713	1015
SLSM	1010	989

*Fonte: SICA, 2012 – Acompanhamento Mensal do Plano de Desempenho 2011

Recursos humanos

Apesar de uma evolução ligeiramente positiva no número de psiquiatras e pedopsiquiatras, continua a existir uma significativa escassez de outros profissionais, impedindo por essa forma a diferenciação das equipas em termos de multidisciplinaridade.

Tabela 11 – Número de profissionais dos serviços públicos de saúde mental

Profissionais	2005	2008*	2011**
Psiquiatras	415	444	-
Pedopsiquiatras	71	80	81***

Profissionais	2005	2008*	2011**
Psicólogos	-	243	-
Enfermeiros de Saúde Mental (SM)	-	248	-
Enfermeiros não especialistas em SM	-	1061	-
Assistentes Sociais	-	112	-
Terapeutas Ocupacionais	-	72	-

* Fonte: Inquérito nacional de recursos humanos CNSM - Outubro de 2008.

** Não foi possível apresentar os dados devido à ausência de totais nacionais.

*** O número de Pedopsiquiatras foi recolhido no “Inquérito CNSM da Psiquiatria da Infância e Adolescência de 2010”.

Internamento

Enquanto a redução de camas nos hospitais psiquiátricos poderá explicar a diminuição do número de doentes saídos, o aspecto mais importante nesta área é a subida de aproximadamente 10% de igual índice nos SLSM, apesar da redução de camas que também sofreram.

Tabela 12 - Doentes saídos (adultos)

Tipo de Serviço	2005	2011*
Hospitais Psiquiátricos	7.961	7.284
SLSM	11.116	13.490
Total	18.807	20.774

Consultas

É evidente um aumento muito significativo do número de consultas externas, o qual ocorreu simultaneamente tanto na pedopsiquiatria (+30%) como na psiquiatria de adultos (+22%) e dentro desta com maior dimensão nos SLSM. Destaca-se, de igual forma, a possibilidade recente de obter dados oficiais quanto ao número de consultas de psicologia e do consequente acompanhamento futuro da sua evolução.

Tabela 13 - Número total de consultas por grupo profissional

Consulta	2005	2011*
Psiquiatria	409.432	522.815
Pedopsiquiatria	63.535	89.726
Psicologia	-	221.359

*Fonte: SICA, 2012 - Acompanhamento Mensal do Plano de Desempenho 2011

Tabela 14 - Total de consultas (Hospitais Psiquiátricos e SLSM - Adultos 2011)

Consulta	2005		2011*	
	H. Psiq	SLSM	H. Psiq	SLSM
Psiquiatria	114.014	295.418**	124.994	397.821**
Psicologia	-	-	23.860	197.499

* Fonte: SICA, 2012 - Acompanhamento Mensal do Plano de Desempenho 2011.

** Incluem dados de outros hospitais que têm consulta de psiquiatria, fora da RPSM.

Hospital de Dia

Nas actividades de hospital de dia houve uma ligeira diminuição do número de sessões.

Tabela 15 - Número total de sessões de Hospital de Dia

	2005	2010*
Sessões de Hospital de Dia	122.156	120.367

*Fonte: SICA, 2012 - Acompanhamento Mensal do Plano de Desempenho 2011

Desta última avaliação do PNSM, feita na transição do programa prioritário para a DGS, resultou uma redefinição da prioridades do Plano, caracterizadas por dois pontos que muito provavelmente determinarão os restantes anos de implementação do mesmo. O primeiro ponto diz respeito ao conjunto muito menor de áreas a desenvolver e o segundo ponto ao estabelecimento de prioridades que pudessem ser abordadas num curto prazo, devido à actual situação financeira do país e consequentes cortes nos orçamentos públicos de forma geral e dos orçamentos para a saúde de forma específica.

Ainda assim foi possível fazer aprovar um conjunto de orientações programáticas que representam as prioridades enunciadas (Ministério da Saúde, 2012):

1. Criação de um novo modelo de financiamento dos serviços de saúde mental;
2. Promoção de um novo modelo de gestão dos serviços de saúde mental;
3. Realocação dos recursos financeiros gerados através da alienação de serviços de psiquiatria;
4. Renegociação dos contratos referentes à área da saúde mental nos novos hospitais gerais em PPP;
5. Concretização dos novos SLSM de Lisboa, Porto e Coimbra previstos no PNSM;
6. Resolução dos problemas relacionados com a abertura de novos serviços e a criação de novas instalações;
7. Desenvolvimento dos serviços de saúde mental da infância e adolescência;
8. Desenvolvimento de programas específicos de prestação de cuidados;
9. Continuação do programa de desinstitucionalização em Lisboa, Porto e Coimbra;

10. Arranque dos Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental;
11. Prossecução Projeto de monitorização de direitos humanos e promoção de qualidade de cuidados;
12. Publicação do Programa Nacional de Prevenção do Suicídio;
13. Proposta de revisão da disponibilização de antipsicóticos;

Naturalmente, nem tudo foram sucessos. Apesar de múltiplos esforços desenvolvidos, continuam por resolver alguns problemas que constituem obstáculos poderosos e pertinazes ao progresso dos cuidados de saúde mental. Entre estes, sobressaem os relativos a um sistema de financiamento que encoraja os cuidados institucionais e não permite incentivar os cuidados na comunidade, bem como os que resultam de um modelo de gestão dos serviços de saúde mental que continua a impedir uma gestão racional e responsável dos recursos existentes (Ministério da Saúde, 2012).

Avaliações com resultados similares foram posteriormente publicadas (Marques, Torrado, Xavier, & Mateus, 2012; Mateus, Marques, Xavier, & Carvalho, 2012; Xavier et al., 2011), igualmente associadas à implementação do modelo de gestão de cuidados (Mateus et al., 2011), merecendo nota, na sua dimensão mais política, a apresentação destas avaliações e consequentes recomendações nas Comissões Parlamentares da Saúde de 2010 e 2012, na Assembleia da República, com dois objectivos distintos: a prestação de contas sobre a execução do Plano e a manutenção da saúde mental na agenda política, que historicamente e de uma forma periódica demonstra fragilidades na sua sustentabilidade.

Embora o núcleo do nosso trabalho não esteja directamente relacionado com a implementação de políticas, o processo de implementação em estudo está incluído no programa de implementação de um Plano de Saúde Mental, decorrente de uma política aprovada pelo Ministério da Saúde. A evidência mostra que a implementação de inovações em sistemas complexos de saúde exige uma consideração sistémica.

Foi neste contexto proposto e aprovado um programa de formação nacional no Modelo de Gestão de Cuidados para profissionais de saúde mental.

3.2. Programa nacional de formação no Modelo de Gestão de Cuidados e Recuperação

O programa de formação em Gestão de Cuidados resultou das prioridades definidas no PNSM na área da formação de recursos humanos (Ministério da Saúde, 2008). Teve o objectivo de abranger todos os serviços de saúde mental públicos do país e apesar de não ter uma estratégia sistemática para assegurar a sua ampla implementação, detinha componentes essenciais, geralmente incluídos nessas estratégias, a saber:

- era sustentado por uma prática baseada na evidência (Mueser, 2006);

- dependia de um manual (*guideline*) que foi traduzido e adaptado para Português (Salyers, Godfrey, McGuire, Gearhart, Rollins, et al., 2009a);
- a equipa de formação era composta por profissionais com larga experiência de trabalho na área da gestão de cuidados para pessoas com doença mental grave e proveniente de múltiplas áreas profissionais (psiquiatria, psicologia, enfermagem, psicopedagogia e serviço social);
- tinha um formato fundamentalmente prático, com cerca de 70% do tempo de formação utilizado para o ensaio de técnicas através do desempenho de papéis (*roleplay*);
- dependia da selecção criteriosa de profissionais dos serviços que já tivessem experiência no tratamento de pessoas com doença mental grave e que estivessem interessados em aplicar o modelo nos serviços;
- pressupunha uma supervisão da prática nos serviços até seis meses após o final da formação.

Os tópicos da formação de acordo com o modelo já descrito no Capítulo I incluíam:

1 - Estratégias para a recuperação - Introduz o conceito de recuperação (*recovery*) e encoraja as pessoas a desenvolverem as suas próprias definições de recuperação e as estratégias pessoais para os passos necessários em direcção à recuperação. Neste módulo, os profissionais ajudam as pessoas a definir objectivos pessoais que serão acompanhados ao longo do programa de gestão de cuidados.

2 - Factos sobre as doenças (Psicoeducação) - Disponibiliza um conjunto de informações que permitem o esclarecimento e a maior participação no tratamento (factos práticos sobre a esquizofrenia; factos práticos sobre a doença bipolar; factos práticos sobre a depressão).

3 - Modelo de vulnerabilidade ao *stress* - Permite ajudar as pessoas a compreender o modelo de vulnerabilidade ao *stress* nas doenças mentais e as alternativas de tratamento disponíveis. Estando informadas sobre as causas e os desencadeantes da doença, poderão tomar decisões mais informadas.

4 - Construção de suporte social - Ajuda as pessoas a avaliar a rede de suporte social, a estimular a criação dessa rede e a promover as relações interpessoais.

5 - Utilização correcta da medicação - Permite, às pessoas em tratamento, conhecerem os aspectos relacionados com a medicação, podendo assim contribuir para o processo de recuperação.

6 - Redução de recaídas - Ajuda as pessoas a analisar as experiências anteriores de recaída, com o objectivo de desenvolver um plano de prevenção. Inclui a ajuda na identificação de sinais precoces de aviso.

7 - Lidar com o *stress* - Ajuda as pessoas a reconhecer os diferentes tipos de *stress*, disponibilizando as várias estratégias para lidar com o mesmo.

8 - Lidar com sintomas e problemas - Apresenta o método de resolução de problemas e estratégias específicas para lidar com alguns sintomas.

9 - Encontrar respostas às necessidades no Sistema de Saúde Mental - Apresenta uma descrição geral do sistema de saúde mental. Ajuda as pessoas a advogarem em seu favor, dentro do sistema de saúde mental.

O recrutamento foi feito através de um convite de participação aos conselhos de administração dos hospitais e aos respectivos directores dos serviços de saúde mental, com critérios de selecção para grupos com um número máximo de 30 participantes.

As sessões de formação estavam divididas por regiões de saúde (Norte, Centro, LVT, Alentejo e Algarve), onde eram agrupados os profissionais provenientes dos serviços dessas regiões. Mais tarde e considerando a dimensão e a importância das Organizações não-Governamentais esta formação foi alargada às instituições de saúde mental das Ordens Religiosas.

Cada formação teve um tempo total de 21 horas, distribuídas em três dias, e incluía a disponibilização de todo o material em formato electrónico e em papel, nomeadamente o manual traduzido, a literatura de referência do programa e dos temas, e o material de trabalho para utilizar com os doentes no serviço.

Características do processo de formação:

- Introdução de conceitos: terapeuta de referência, cuidados integrados, equipas comunitárias, plano individual de cuidados.
- Ensino de técnicas para o trabalho como terapeuta de referência.
- Utilização dos métodos pedagógicos expositivo, demonstrativo e interactivo, apoiados por *role play* com filmagem.
- Materiais: manual de práticas, *slides*, folhas de apoio, folhas de registo, folhas de *role play*, Resumo Executivo do PNSM e CD com documentação de apoio.

As sessões de supervisão foram feitas até seis meses após o final da formação e incluíram a visita de dois elementos da equipa de formação aos serviços, com o objectivo de avaliar o estado da implementação das técnicas aprendidas, as dificuldades de aplicação do modelo e a realização da supervisão de casos apresentados pelos profissionais.

O programa contava ainda com uma avaliação sobre a qualidade da formação feita a todos os participantes, através de questionário próprio, da qual apresentamos os principais resultados (Mateus et al., 2011).

Tabela 16 - Grau de Satisfação Global: respostas por nível de satisfação e região (%)

	Algarve	Alentejo	LVT	Centro	Norte
Muito bom	14	45	55	48	69
Bom	14	52	45	45	31
Suficiente	57	3	0	7	0
Insuficiente	15	0	0	0	0

Tabela 17 - Avaliação dos componentes da formação: totais do país (%)

	Espaço físico	Meios AV	Organização	Material	Programa	Formadores
Muito bom	34	39	35	49	41	48
Bom	60	54	52	37	43	45
Suficiente	4	6	12	12	14	6
Insuficiente	2	1	1	2	2	1

Tabela 18 - Avaliação dos componentes da formação: totais do país (%)

	Qualidade apresentações	Componente prática	Conhecimentos teóricos	Utilidade	Possibilidade de mudança na prática
Muito bom	42	35	69	58	69
Bom	46	58	31	30	19
Suficiente	8	7	0	12	12
Insuficiente	4	0	0	0	0

Beneficiando do apoio do Ministério da Saúde, da disponibilização de financiamento estável para o seu desenvolvimento e de bons contactos com os serviços, foi possível, num prazo de 23 meses, formar profissionais de todos os serviços excepto um¹², com graus consideráveis de satisfação avaliados pelos profissionais, nomeadamente nos componentes mais associados ao sucesso da implementação, como a componente prática da formação, a utilidade e a possibilidade de induzir uma mudança na prática (Mateus, Carvalho, & Xavier, 2013). Este apoio continuado permitiu ainda desenvolver um programa paralelo de sensibilização, a esta e outras abordagens de saúde mental comunitária, junto de directores de serviços e do representantes dos conselhos de administração.

No final do primeiro ciclo de formações foi organizada uma sessão de formação de formadores, para os profissionais interessados e seleccionados dentro do grupo total de formandos do país, de forma a que a disseminação posterior fosse já implementada por colegas das próprias regiões.

Esta iniciativa foi posteriormente incentivada através de duas linhas de financiamento para o desenvolvimento de serviços na comunidade (Ministério da Saúde, 2012). A primeira, pontual, denominada “Programas Inovadores em Saúde Mental” com uma verba de 5 milhões de euros que financiaram 46 projectos, envolvendo a maioria dos Serviços Locais de

¹² Este serviço de saúde mental não indicou profissionais para formação.

Saúde Mental e Hospitais Psiquiátricos. A segunda, que se estendeu ao longo dos anos subsequentes, estando ainda a vigorar, associada ao Programa Operacional de Potencial Humano, que nos últimos 3 anos incluiu o ensino do modelo de Gestão de Cuidados nas prioridades absolutas de formação de recursos humanos em saúde, derivado de fundos do QREN (www.poph.qren.pt). Esta opção originou uma multiplicação de acções de formação, amplamente distribuídas pelo país.

O programa de formação no Modelo de Gestão de Cuidados beneficiou, como tivemos oportunidade de descrever, de um conjunto de factores favoráveis à implementação da prática nos serviços. Estes factores foram acompanhando a evolução da implementação inicial do Plano Nacional de Saúde Mental, influenciada, numa fase posterior, por indefinições sobre a capacidade efectiva da Coordenação Nacional para a Saúde Mental para assegurar níveis consistentes e continuados de implementação do Plano.

Alguns aspectos fundamentais foram identificados ao longo dos últimos anos, nomeadamente nos domínios do trabalho já realizado e não realizado, bem como os riscos e oportunidades da referida implementação.

Pelas razões enunciadas apresentaremos, na segunda parte do nosso trabalho, os fundamentos para a realização do estudo, considerando que a avaliação da implementação carece de metodologias e instrumentos próprios que vão para além das avaliações das dimensões, ainda assim importantes, da satisfação dos profissionais com os programas de formação ou da existência de um momento de condições políticas e institucionais favoráveis. A perspectiva do estudo engloba uma visão crítica sobre o padrão da difusão e fidelidade da prática do MGC, analisando aspectos relacionados com as barreiras e os facilitadores à sua implementação.

PARTE II

CONTRIBUIÇÃO PESSOAL

CAPÍTULO I - FUNDAMENTAÇÃO, OBJECTIVOS E HIPÓTESES DO ESTUDO

1.1. Fundamentação do estudo

Os fundamentos para este estudo estão intimamente ligados à percepção de vários factores sobre a prestação de cuidados, decorrentes da experiência de trabalho hospitalar, principalmente em equipas de tratamento para pessoas com doença mental grave.

Essa experiência e a oportunidade de participar em vários processos de implementação de práticas como a psicoeducação, a terapia familiar comportamental, o *case management* e a intervenção precoce na psicose, evidenciaram limitações que na nossa perspectiva devem ser objecto de estudo.

Os factores acima enunciados são de vários níveis, com uma implicação conjunta no grau da melhoria e da inovação dos cuidados de saúde prestados, fundamentados nos capítulos anteriores deste trabalho e que aqui sumariamente enunciamos:

- Existem barreiras à implementação de práticas que comprometem a melhoria dos cuidados de saúde mental. Essas barreiras assumem várias formas: barreiras das práticas em si, dos profissionais, dos contextos e dos próprios doentes.
- A cultura e a história assistencial são, de igual forma, contribuintes neste processo, incluindo a cultura das instituições, a cultura de liderança e a cultura dos profissionais.
- Assegurar cuidados com qualidade implica, não só a utilização de técnicas efectivas, como um grau alto de fidelidade de utilização das mesmas.

Adicionalmente, os passos dados para implementar melhores cuidados têm poucas vezes uma actividade estruturada subjacente, assentando, ao invés, na premissa de que a evidência inerente a uma prática é argumento suficiente para que seja adoptada e que a sua implementação resultará pelo simples facto de ter sido objecto de investigação clínica temporária num serviço.

A forma complexa como todas estas dimensões interagem com as idiosincrasias regionais, locais e por vezes institucionais, constituem um desafio para o estudo das suas implicações no processo.

A percepção da existência, hoje em dia e em Portugal, de uma capacidade para formar profissionais cada vez com maior qualidade, com mais recursos disponíveis, é acompanhada

pela percepção das dificuldades de implementação nos serviços, existentes numa fase posterior aos programas de treino.

Na primeira parte do nosso trabalho tivemos a oportunidade de constatar vários factores relacionados com a implementação de práticas baseadas na evidência e com a influência de algumas práticas na própria organização de serviços, que constituíram para nós um fundamento adicional de estudo. Os dados demonstram que apesar de todo o progresso científico muitas pessoas continuam sem acesso aos serviços de saúde mental e que, em muitos casos, os cuidados não têm a qualidade suficiente. Nesse sentido as organizações internacionais têm desenvolvido esforços para que os países reformem os seus serviços, e muitos países, incluindo Portugal, estão neste momento a implementar reformas na saúde mental (Ministério da Saúde, 2008).

A experiência destes países mostra que os processos de implementação de modelos de intervenção terapêutica, como o Modelo da Gestão de Cuidados (MGC), são lentos e complexos, não dependendo somente do grau de efectividade (Grol & Grimshaw, 2003), ou da complexidade das práticas a implementar (Teare et al., 2001).

O MGC é definido como uma prática baseada na evidência (Thornicroft, 1991), utilizada por profissionais de saúde mental com o objectivo de ajudar as pessoas com doença mental grave a participar no seu processo terapêutico, reduzindo a susceptibilidade a recaídas e melhorando a capacidade de lidar eficazmente com os seus sintomas (Mueser et al., 2002). O seu desenvolvimento teve, concomitantemente, o intuito de evitar que o tratamento ficasse fragmentado, aquando do encerramento das grandes instituições psiquiátricas e da consequente transferência dos serviços para a comunidade. Dentro destes modelos, os que contribuem para a melhoria dos doentes e para a efectividade dos serviços de saúde mental contêm ingredientes comuns, como a informação sobre a doença e o tratamento, a promoção da adesão ao tratamento, a prevenção de recaídas, a resolução de problemas e o estabelecimento de objectivos (Ziguras & Stuart, 2000).

As estratégias para implementar práticas baseadas na evidência são críticas para a melhoria dos serviços (Hansson, 2001). Existem, apesar de toda a evidência, muitas barreiras à implementação destas práticas e as investigações sobre a implementação servem de campo de testes para a criação de conhecimento acerca da ligação entre a ciência e a prestação de cuidados (Goldman et al., 2001).

Ao constatarmos que as práticas validadas pela ciência estão longe de estar claramente disseminadas nos serviços de saúde mental, fundamentamos a necessidade de considerar outros componentes associados às características dos serviços, à cultura organizacional e de liderança, aos utentes e às famílias (Brooker et al., 2003).

Em Portugal, continuamos a carecer de investigação na área da implementação de práticas terapêuticas, onde a formação e o treino são essenciais para que os serviços disponham de profissionais cada vez mais habilitados a prestar cuidados de qualidade, e a desenvolver os

programas e as intervenções que melhor respondem às necessidades clínicas e psicossociais das pessoas com problemas de saúde mental (Caldas de Almeida et al., 2007). Também parca é a investigação na área de serviços, preterida em relação à investigação clínica e relegando para segundo plano as diligências necessárias para assegurar, além da efectividade da prática, a efectividade da implementação.

Considerando que um conjunto de profissionais tinham adquirido competências específicas no MGC, através de um programa de formação nacional idêntico para todos os serviços de saúde mental, concluímos que esta seria uma oportunidade ótima para investigar não só o grau de implementação deste modelo, como também os facilitadores e as barreiras à sua correcta implementação. A decisão da caracterização dos resultados estratificados por regiões é fundada na hipótese de que, apesar de sermos um país de pequena dimensão geográfica e populacional, poderemos encontrar diferenças regionais substanciais que devem ser consideradas no momento do planeamento de programas de treino.

Embora existam vários estudos sobre as barreiras e os facilitadores à implementação de práticas baseadas na evidência, a maior parte desses estudos é baseado em entrevistas semi-estruturadas a profissionais (Cabana, 1999), relegando para segundo plano a utilização de instrumentos padronizados.

Em complemento, podemos afirmar que não existem, em Portugal, estudos sobre as barreiras e os facilitadores à implementação de práticas de saúde mental.

Pelas razões anteriormente descritas, consideramos importante desenvolver uma investigação na área da implementação de uma prática baseada na evidência, enquadrada nos facilitadores e barreiras à sua implementação.

1.2. Objectivos do estudo

Objectivo Geral:

Desenvolver conhecimento sobre as barreiras e os facilitadores à implementação de um MGC baseado na evidência, na área das doenças mentais graves.

Objectivos Específicos:

1. Estimar o grau da implementação do MGC nos Serviços de Saúde Mental (SSM) portugueses entre 2008 e 2012, considerando a abordagem da ciência da implementação e da difusão de inovações.
2. Caracterizar as regiões onde a implementação do MGC tenha ocorrido em maior grau.
3. Identificar os factores facilitadores e as barreiras à implementação deste MGC, entre as regiões de saúde do país.
4. Explorar as relações entre a fidelidade de implementação, as barreiras e os facilitadores da implementação, a cultura organizacional e as características dos serviços de saúde mental.

1.3. Hipóteses

Considerando os objectivos anteriormente listados, estabelecemos o seguinte conjunto de hipóteses:

1. A implementação do Modelo de Gestão de Cuidados (MGC) apresenta variações regionais.
2. Existem denominadores comuns de sucesso entre os serviços, para os graus mais elevados de implementação.
3. Há uma relação significativa entre o grau da implementação (fidelidade da intervenção) do MGC e as dimensões das barreiras, dos facilitadores, da cultura organizacional dos SSM e dos recursos dos SSM.
4. Existem outros factores, não relacionados com os recursos financeiros ou humanos, que determinam o grau de implementação do MGC, aqui enquadrados como barreiras e facilitadores nas seguintes dimensões: características da prática, características dos profissionais, características dos doentes e características dos contextos.

CAPÍTULO II - METODOLOGIA

2.1 Desenho do estudo

Este é um estudo observacional, transversal e descritivo, com características exploratórias. É, em complemento, um estudo na área da avaliação de serviços de saúde mental que procura explorar a associação entre o grau de implementação do MGC e algumas variáveis hipoteticamente relacionadas, descrevendo as características dos serviços, os mecanismos e os resultados de implementação, e as barreiras.

2.2. População

2.2.1. População-alvo

Para o estudo foi considerada como população-alvo o conjunto dos profissionais de serviços de saúde mental públicos e do sector social de Portugal Continental.

2.2.2. População Estatística

A população estatística inclui profissionais dos serviços de saúde mental públicos e do sector social que frequentaram o Programa Nacional de Formação em Saúde Mental Comunitária no curso “Cuidados Integrados e Recuperação” da Coordenação Nacional para a Saúde Mental / Ministério da Saúde, entre Outubro de 2008 e Dezembro de 2009, (n=170).

As áreas de formação de base destes profissionais são: a psiquiatria, a terapia ocupacional, o serviço social, a psicologia, a psicopedagogia e a enfermagem.

2.2.3. Amostra final

Considerando a metodologia de questionário por formulário electrónico, utilizado para a recolha da maioria dos dados do estudo, obtivemos uma amostra final de 71 profissionais de 26 serviços, correspondendo a uma taxa de resposta de 53% - com valores aproximados às taxas de resposta verificadas na literatura (Sheehan, 2006), dentro do grupo de profissionais pertencentes às instituições que autorizaram a realização do estudo em tempo útil e atendendo à metodologia transversal utilizada.

2.3 Variáveis em estudo

2.3.1. Variáveis pertencentes à caracterização de serviços¹³

Localização geográfica - (litoral, interior).

Contexto da localização - (urbano, rural e misto).

Equipa de prestação de cuidados - (equipa geral, equipa especializada e não aplicável)¹⁴.

Utilização anterior do MGC no serviço - (sim, não e não-sabe).

Registos em processo clínico único - (sim, não e não-sabe).

Utilização de Planos Individuais de Cuidados - (sim, não e não-sabe).

Articulação com os Cuidados de Saúde Primários - (sim, não e não-sabe).

Serviço recebe estagiários e/ou Internos - (sim, não e não-sabe).

Profissionais frequentam formações do Centro de Formação - (sim, não e não-sabe).

Serviço organiza formações - (sim, não e não-sabe).

Investigação - Definindo se o serviço faz qualquer tipo de investigação (sim, não e não-sabe).

Investigação psicossocial - Definindo se o serviço faz investigação nas áreas psicossociais (sim, não e não-sabe).

Autonomia do serviço para definir tratamentos - (sim, não e não-sabe).

Utilização de Guidelines/Guias de boas práticas - (sim, não e não-sabe).

Número de grupos profissionais - Número de grupos profissionais a trabalhar regularmente na equipa caracterizado por variáveis ordinais em três classes (até dois grupos profissionais, três ou quatro grupos profissionais e mais de cinco grupos profissionais).

Número de reuniões clínicas - Número da realização de reuniões clínicas periódicas no serviço caracterizado por variáveis ordinais em três classes (nenhuma, uma reunião por mês e duas ou mais reuniões por mês).

2.3.2. Variáveis pertencentes à caracterização dos profissionais

Idade - no momento do preenchimento do questionário

Sexo - variável dicotómica.

¹³ A variável *Sector* com os valores nominais sector público ou sector social, que é referida na posterior análise estatística, foi extraída do código individual de preenchimento dos questionários que descreve a referida variável.

¹⁴ Foram consideradas equipas gerais as que incluem serviços de internamento, consulta e hospital de dia e equipas especializadas as que, em adição às características anteriores, incluem sub-equipas assertivas, móveis e comunitárias.

Grupo profissional - (Enfermagem, Serviço Social, Psiquiatria, Terapia Ocupacional, Psicologia, Psicopedagogia, Reabilitação e outro-indicar).

Habilitações académicas - (Bacharelato, Licenciatura, Mestrado, Doutoramento e outro-indicar)

Vínculo contratual - (Contrato a termo incerto/quadros da instituição, Contrato a termo certo, Prestação de serviços e outro-indicar)

Formação prévia no modelo de gestão de cuidados/terapeuta de referência - variável dicotómica

Utilização prévia do modelo de gestão de cuidados/terapeuta de referência - variável dicotómica

Experiência de trabalho com pessoas com doença mental grave - variável dicotómica

Formação a outros profissionais - variável dicotómica

Participação em investigação no serviço - variável dicotómica

Participação em investigação fora do serviço - variável dicotómica

Participação (número) em encontros científicos nos últimos dois anos - variável em quatro classes (nenhum, um, dois a quatro e cinco ou mais encontros científicos).

Número de encontros científicos onde foram feitas comunicações, nos últimos dois anos - variável em quatro classes (nenhum, um, dois a quatro e cinco ou mais encontros científicos).

2.3.3. Variáveis da cultura organizacional e perfis de liderança nos serviços de saúde mental

A recolha das variáveis foi efectuada através de um instrumento padronizado (**CVF-I**), que será descrito em detalhe no ponto 2.4.

2.3.4. Variáveis da qualidade das *guidelines* utilizadas na implementação do Modelo de Gestão de Cuidados

A recolha das variáveis foi efectuada através de um instrumento padronizado (**AGREE**), que será descrito em detalhe no ponto 2.4.

2.3.5. Variáveis das barreiras e facilitadores à implementação do Modelo de Gestão de Cuidados

A recolha das variáveis foi efectuada através de um instrumento padronizado (**BaFAI**), que será descrito em detalhe no ponto 2.4.

2.3.6. Variáveis da fidelidade de implementação do Modelo de Gestão de Cuidados

A recolha das variáveis foi efectuada através de um instrumento padronizado (**IMR-SCALE**), que será descrito em detalhe no ponto 2.4.

2.4 Instrumentos de avaliação

O processo de decisão, a propósito dos instrumentos, envolveu a análise de duas dimensões. A primeira relacionada com os objectivos e as hipóteses apresentadas anteriormente, onde prevaleceu a ideia da necessidade de encontrar medidas que traduzissem a validação dessas hipóteses, de uma forma tão adaptada à área dos serviços de saúde mental quanto possível. A segunda, considerando não só as propriedades psicométricas, em avaliações de contextos similares, como de igual forma a existência de instrumentos validados para a população Portuguesa. A par destas duas dimensões foi de igual forma considerada, ainda que com um peso menor, a extensão e o número de perguntas dos instrumentos¹⁵ dada a associação negativa existente entre número de perguntas e as taxas de resposta obtidas com questionários de auto-preenchimento, metodologia de recolha preferencial no nosso estudo.

2.4.1. Avaliação da Cultura Organizacional dos Serviços de Saúde Mental - CVF-I (*Competing Values Framework Instrument*)

2.4.1.1. Introdução

O CVF-I é um instrumento que se destina a identificar a cultura organizacional e os perfis de liderança nas instituições. Embora tenha sido originalmente desenvolvido para identificar estruturas associadas à efectividade organizacional, o CVF-I foi posteriormente utilizado num contexto mais amplo da pesquisa de organizações, nomeadamente para o estudo da cultura organizacional, dos perfis de liderança, do desenvolvimento de recursos humanos, da qualidade de vida e da saúde (Cameron, 1985; Dipadova & Faerman, 1993; Zammuto & Krakower, 1991).

O instrumento avalia características organizacionais num modelo multidimensional espacial, desenvolvido por Quinn, que identifica os valores subjacentes às conceptualizações existentes quanto à efectividade das organizações (Quinn, 1983). O modelo espacial resultante é composto por dois eixos principais que definem o enquadramento da cultura organizacional nos contínuos Focus Interno/Externo e Estratégia de Flexibilidade/Controlo, no funcionamento da instituições. Deste derivam os seguintes quadrantes definidores das culturas organizacionais: modelo de sistemas abertos, modelo racional de objectivos, modelo de processos internos e modelo das relações humanas, aos quais estão associados respectivamente os perfis de liderança Inovador-Negociador, Director-Produtor, Monitor-Coordenador e Mentor-Facilitador (Felicio et al., 2008).

¹⁵ As cópias dos instrumentos foram incluídas em Anexo.

A literatura sobre a *Competing Values Frameworks* confirma que os conteúdos destes quadrantes reflectem os valores primários de orientação da maior parte das organizações, incluindo a área da saúde (Buenger, Daft, Conlon, & Austin, 1996). Esquemáticamente permite avaliar:

Tabela 19 - Dimensões avaliadas pelo CVF-I

CULTURA ORGANIZACIONAL	PERFIL DE LIDERANÇA	COMPETÊNCIA
Sistemas Abertos (F/E)	Inovador	Conviver com a mudança
		Pensamento criativo
		A gestão da mudança
	Negociador (<i>broker</i>)	Criar e manter uma base de poder
		Negociar acordos e compromissos
		Apresentar as ideias: apresentações verbais eficazes
Racional de Objectivos (C/E)	Produtor	Produtividade e motivação pessoal
		Motivar os outros
		Gestão do tempo e do <i>stress</i>
	Director	Tomar iniciativas e ser decidido
		Fixação de metas
		Delegação eficaz
Processos Internos (C/I)	Coordenador	Planificação
		Organização e desenho
		Controlo
	Monitor	Reduzir a sobrecarga de informação
		Analisar a informação criticamente
		Apresentar a informação: redigir com eficácia
Relações Humanas (F/I)	Facilitador	Criação de equipas
		Tomada de decisões participativa
		Gestão do conflitos
	Mentor	Auto-compreensão e compreensão dos outros
		Comunicação interpessoal
		Desenvolvimento dos subordinados

(F - Flexibilidade, C - Controlo, I - Interno, E - Externo)

Adaptado de (Felicio et al., 2008)

2.4.1.2. Estrutura

O CVF-I é composto por 48 questões de auto-preenchimento, 6 questões por cada perfil de liderança que avaliam 8 dimensões: inovação, negociação, produção, direcção, coordenação, monitorização, facilitação e compreensão dos outros.

2.4.1.3. Utilização e propriedades psicométricas

O CVF-I pode ser aplicado a qualquer profissional integrado numa equipa liderada por uma chefia, sendo especialmente indicado para organizações com muitos recursos humanos e perfis profissionais dissemelhantes. É um questionário de auto-preenchimento que pode ser completado no intervalo de tempo entre os 15 e os 20 minutos.

A versão portuguesa tem boas propriedades psicométricas, com valores de alfa de Cronbach acima de 0,80 em todas as competências, excepto na referente à gestão do tempo e *stress*, com um valor de 0,72. A bondade do ajustamento (*Goodness of Fitness Index*), situa-se entre os valores 0,69 e 0,91 para os quadrantes da cultura organizacional e entre os valores 0,98 e 0,99 para os perfis de liderança (Felicio et al., 2008).

2.4.1.4 Variáveis em estudo

As variáveis seleccionadas para o estudo incluem a cultura organizacional, o foco, a estratégia e os perfis de liderança, classificados a partir das competências associadas (ver Tabela 19), cotadas de acordo com a avaliação das chefias directas nos serviços de saúde mental, sobre acções relacionadas com as competências descritas. As variáveis são classificadas de acordo com uma escala ordinal de grau de frequência crescente com os seguintes valores: 1 - Nunca, 2 - Raramente, 3 - Por vezes, 4 - Frequentemente e 5 - Sempre.

2.4.1.5 Notas sobre o instrumento

No nosso estudo o CVF-I foi utilizado numa perspectiva de caracterização de serviços tal como postulada por Quinn, não podendo ser feitas inferências sobre a supremacia ou a preferência sobre um dos modelos de cultura organizacional ou perfil de liderança (Quinn, 1983). Os modelos e os perfis apresentados no capítulo dos resultados têm apenas objectivos de caracterização dos serviços e de exploração de associações.

2.4.2. Avaliação de Normas de Orientação Clínica, AGREE II-PT (Appraisal of Guidelines, for Research and Evaluation)

2.4.2.1. Introdução

O instrumento AGREE foi desenvolvido por um grupo de investigadores do grupo *AGREE Collaboration* dedicados à elaboração de *guidelines*. O seu desenvolvimento teve como objectivo a criação de um instrumento universal que permitisse avaliar a qualidade de *guidelines* (guias de boas práticas) na área da saúde, considerando: 1. métodos de desenvolvimento, 2. componentes dos guias de boas práticas e 3. factores ligados com a adopção.

O AGREE avalia seis domínios da qualidade do desenvolvimento de *guidelines*, tendo hoje um reconhecimento internacional abrangente, com 14 versões traduzidas, adaptadas e validadas, incluído a versão em Português (Carneiro, 2004). Conta ainda com citações em centenas de publicações e é utilizado por inúmeras organizações ligadas ao desenvolvimento de práticas e políticas, como o *National Institute for Clinical Excellence* (NICE), no Reino Unido (Burls, 2010).

Segundo os autores da versão Portuguesa (Vaz Carneiro e Miguel Julião) o AGREE II destina-se a:

- “prestadores de cuidados de saúde, que desejem realizar a sua própria avaliação de uma *guideline* antes de adoptar as recomendações na sua prática clínica”;
- “elaboradores de *guidelines*, para obtenção de uma metodologia de desenvolvimento estruturada e rigorosa, com uma avaliação interna que garanta a solidez das recomendações, permitindo a avaliação das *guidelines* de outros grupos com vista a uma potencial adaptação ao seu próprio contexto”;
- “responsáveis políticos, para os ajudar a decidir quais as *guidelines* que poderiam ser utilizadas na prática ou para informar as decisões em políticas de saúde”; e
- “educadores, para ajudar a aperfeiçoar as capacidades de avaliação crítica dos profissionais de saúde e para ensinar as competências essenciais no desenvolvimento e escrita das *guidelines*”.

2.4.2.2. Estrutura

O instrumento é composto por seis domínios de avaliação organizados em 23 itens e um manual do utilizador (Carneiro, 2004). Os seis domínios de avaliação são:

Âmbito e finalidade (itens 1-3) – diz respeito ao objectivo global da norma de orientação, às respectivas questões clínicas específicas e à população-alvo de pacientes.

Envolvimento das partes (itens 4-7) – foca até que ponto as normas de orientação representam ou não os pontos de vista dos seus utilizadores potenciais.

Rigor de desenvolvimento (itens 8-14) – relaciona-se com o processo de colheita de evidência utilizado, com os métodos de formulação das recomendações e da respectiva actualização.

Clareza e apresentação (itens 15-18) – tem a ver com a linguagem e o formato da norma de orientação.

Aplicabilidade (itens 19-21) – diz respeito às implicações da aplicação da norma de orientação, em termos organizacionais, comportamentais e de custos.

Independência editorial (itens 22-23) – tem a ver com a isenção das recomendações e o reconhecimento de possíveis conflitos de interesse dos elementos do grupo de desenvolvimento da norma de orientação.

Adicionalmente o instrumento inclui campos para observações sobre a avaliação de cada item, um guia com exemplos relacionados com os itens a avaliar e um campo de avaliação global.

2.4.2.3. Utilização e propriedades psicométricas

O instrumento deve ser aplicado no mínimo por dois avaliadores, preferencialmente profissionais de saúde com experiência em elaboração de *guidelines* e em implementação de práticas nos serviços.

Embora não seja possível contabilizar, de forma exacta, o tempo necessário para o preenchimento do AGREE II, o instrumento implica a análise de *guidelines* que têm muitas vezes uma dimensão considerável (no caso do modelo MGC, cerca de 200 páginas), e a análise dos materiais de formação associados. No entanto, podemos indicar que avaliação feita no contexto do nosso estudo teve uma duração entre 1 a 2 meses.

O resultado obtido é calculado através da fórmula proposta no manual:

$$\text{pontuação obtida} - \text{pontuação mínima} / \text{pontuação máxima} - \text{pontuação mínima} * 100$$

(as pontuações obtidas resultam da soma das pontuações do número de avaliadores por dimensão)

A avaliação das propriedades psicométricas revelou bons níveis de consistência interna para todos os domínios excepto os domínios 4 e 6 (D1 alfa = 0.80 , D2 alfa = 0.73 , D3 alfa = 0.75 , D4 alfa = 0.68 , D5 alfa = 0.80 , D6 alfa = 0.64) e boa fiabilidade inter-pares decorrente da coorelação intra-classes (ICC=0.73).

2.4.2.4 Variáveis em estudo

As variáveis em estudo foram as decorrentes das dimensões do instrumentos cotadas numa escala de Likert de 1 a 7, correspondendo estes valores, respectivamente, a discordo totalmente e concordo totalmente, com atribuição de uma pontuação final em percentagem.

2.4.2.5 Notas sobre o instrumento

Para a aplicação do AGREE II foi solicitada a participação de duas profissionais de saúde com experiência de implementação de práticas baseadas na evidência. A primeira avaliadora é médica-psiquiatra e chefe de serviço, com responsabilidade de coordenação clínica de serviços de saúde mental, tendo coordenado a implementação de diversos serviços, programas e práticas destinados ao tratamento de pessoas com doença mental grave.

A segunda avaliadora é enfermeira especialista em Enfermagem de Reabilitação e perita em prevenção e controlo de infeção, com responsabilidades de gestão e formação. Tem experiência na elaboração de normas e recomendações institucionais para suporte de implementação de práticas baseadas na evidência e é colaboradora do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde.

A decisão sobre a utilização deste instrumento baseou-se no facto de pretendermos apresentar, além da avaliação da qualidade do MGC, caracterizado na primeira parte do nosso trabalho, uma avaliação da qualidade da *guideline* utilizada, derivando do nosso reconhecimento anterior da importante influência que estas têm nos processos de implementação, que são acompanhados por programas de treino em práticas (Woolf, Eccles, Grol, & Hutchinson, 2004). O AGREE é um instrumento que não só permite a avaliação e a decorrente reformulação de *guidelines*, como possibilita uma orientação para a construção de novas *guidelines*.

2.4.3. Avaliação das Barreiras e Facilitadores à Implementação do MGC - BaFAI (*Barriers and Facilitators Assessment Instrument*)

2.4.3.1. Introdução

A implementação de inovações é um processo difícil e o conhecimento sobre barreiras e facilitadores é crucial neste processo, como tivemos oportunidade de detalhar na primeira parte do nosso trabalho. Para responder à necessidade de um instrumento padronizado para a avaliação de barreiras o *Centre for Quality of Care Research* da *Radboud University - Nijmegen Medical Centre* (Holanda) desenvolveu o BaFAI. Durante o seu desenvolvimento o questionário foi aplicado em 12 contextos diferentes de implementação, depois de um processo de elaboração que utilizou a análise da literatura e *focus groups* para identificar potenciais barreiras. Essas barreiras foram enquadradas em grupos de questões com 4 dimensões, desenvolvidas adiante, e uma versão final foi submetida a um processo de

validação que, entre outros, mostrou resultados na identificação de barreiras na área das doenças cardio-vasculares (Peters, Harmsen, & Wensing, 2009). Nesse estudo, onde participaram 329 clínicos gerais, foram identificadas barreiras responsáveis por 39% do desempenho clínico reportado (Grol & Wensing, 2005).

2.4.3.2. Estrutura

O BaFAI inclui um conjunto de 25 questões relacionadas com as barreiras à implementação de inovações. Estas questões podem ser alteradas de forma a permitirem avaliar uma prática específica. As perguntas 1 a 16 correspondem a temas relacionados com cuidados preventivos e as restantes correspondem aos restantes tipos de cuidados. Algumas questões foram colocadas de uma forma positiva e careceram de recodificação de variáveis (itens 1,2,3 e 16).

As barreiras e os facilitadores avaliados estão organizados em 4 categorias de barreiras de acordo com a literatura correspondente à investigação de processos de implementação em geral (Rogers, 2003) e à investigação de barreiras e facilitadores em específico (Grol & Wensing, 2005):

- Barreiras decorrentes das características da prática/inovação;
- Barreiras decorrentes das características dos profissionais;
- Barreiras decorrentes das características dos doentes;
- Barreiras decorrentes do contexto de intervenção.

2.4.3.3. Utilização e propriedades psicométricas

O BaFAI pode ser aplicado a qualquer profissional a trabalhar numa equipa integrada num serviço de saúde mental. Está indicado para profissionais envolvidos em processos de implementação de uma técnica inovadora. É um questionário de auto-preenchimento que pode ser completado no intervalo de tempo entre os 15 e os 20 minutos.

A versão portuguesa foi desenvolvida considerando os pressupostos de referência apresentados por Serber e Beaton (Beaton et al., 2000; Sperber, 2004), com consentimento dos autores. Incluiu a tradução da versão em inglês para português por parte de dois profissionais de saúde mental fluentes em inglês e a retroversão elaborada por um profissional de saúde mental fluente em inglês e uma tradutora bilingue sem formação em saúde. A versão de síntese deste processo foi submetida a um grupo de peritos (um psiquiatra, uma pedopsiquiatra e um psicopedagogo), para avaliar a validade facial e elaborar uma versão final consensual.

Os dados sobre a consistência interna do instrumento demonstram bons resultados para as dimensões das características do modelo (Cronbach $\alpha = 0.781$), e características dos doentes (Cronbach $\alpha = 0.847$), razoáveis para as características dos profissionais (Cronbach $\alpha =$

0.721) e abaixo do limite para as características do contexto (Cronbach $\alpha = 0.601$), com um valor global de $\alpha = 0.868$. Os resultados da avaliação teste-reteste, após duas semanas, através da correlação intraclasses, foram bons para as dimensões das características do modelo (ICC = 0.834) e características dos doentes (ICC=0.810), dentro de limites razoáveis na dimensão do contexto (ICC = 0.731) e abaixo do limite mínimo para as dimensões das características dos profissionais (ICC = 0.633). O valor global de correlação foi de ICC=0.825.

2.4.3.4 Variáveis em estudo

As variáveis em estudo decorrem das dimensões já identificadas e são cotadas numa escala de 5 pontos de Likert, de acordo com a seguinte ordenação: 1 - Discordo totalmente, 2 - Discordo, 3 - Nem concordo nem discordo 4 - Concordo e 5 - Concordo totalmente.

O grau das barreiras é calculado somando as pontuações das respostas e calculando a proporção final. São considerados facilitadores os itens com uma percentagem igual ou inferior a 10%.

2.4.4. Avaliação do Grau de Implementação do MGC - IMR (Illness Management and Recovery) Scale

2.4.4.1. Introdução

O IMR é um instrumento especificamente elaborado para a avaliação do grau de implementação e fidelidade do MGC, tendo sido desenvolvido pelos mesmos autores que desenvolveram o programa terapêutico apoiado pelo SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Administration), nos EUA (McHugo, Drake, & Whitley, 2007; Mueser, 2006).

2.4.4.2. Estrutura

O instrumento é composto por 13 questões relacionadas, em específico, com os recursos e as técnicas utilizadas na intervenção, medindo o seu grau de fidelidade numa escala de cinco pontos de Likert com a seguinte amplitude: 1 - não implementado a 5 - completamente implementado). A conjugação dos itens avalia se o MGC é foi implementado conforme indicado pelo modelo baseado na evidência.

2.4.4.3. Utilização e propriedades psicométricas

O IMR-Scale pode ser aplicado a qualquer profissional a trabalhar numa equipa integrada num serviço de saúde mental. Está indicado para profissionais que estão a utilizar um MGC para pessoas com doença mental grave. É um questionário de auto-preenchimento que pode ser completado no intervalo de tempo entre os 10 e os 15 minutos, sendo nalguns casos utilizado como guia de entrevista a profissionais, na modalidade de hetero-preenchimento. O resultado é apresentado sob a forma de *score* total e varia entre os 13 e os 65 pontos com os seguintes intervalos (13 a 38 - prática sem evidência, 39 a 51 - implementação suficiente e entre 52 e 65 - boa implementação).

A versão portuguesa foi desenvolvida considerando os pressupostos de referência apresentados por Serber e Beaton (Sperber, 2004; Beaton et al., 2000), com consentimento dos autores. Incluiu a tradução da versão em inglês para português por parte de dois profissionais de saúde mental fluentes em inglês e a retroversão elaborada por um profissional de saúde mental fluente em inglês e uma tradutora bilingue sem formação na área da saúde. A versão de síntese deste processo foi submetida a um grupo de peritos (um psiquiatra, uma pedopsiquiatra e um psicopedagogo), para avaliar a validade facial e elaborar a versão final de consenso.

Os dados sobre a consistência interna do instrumentos demonstram bons resultados para as dimensões da implementação de técnicas (Cronbach $\alpha = 0.758$) e implementação de recursos (Cronbach $\alpha = 0.820$), com um valor global de $\alpha = 0.839$. Os resultados da avaliação teste-reteste, após duas semanas, da correlação intra-classes foram bons para a dimensão das técnicas (ICC = 0.790) e perto do limite inferior para a dimensão dos recursos (ICC = 0.684). O valor global de correlação obtido foi bom (ICC = 0.804). Apresentamos os resultados no capítulo seguinte, assinalando que um processo que complete a validação parcial descrita contribuirá para possíveis melhorias do instrumento de medida.

2.4.4.4 Variáveis em estudo

As variáveis em estudo são as que constituem as duas dimensões anteriormente descritas (Recursos e Técnicas):

Recursos - Número de pessoas, duração da intervenção, tópicos abordados, folhas de informação e envolvimento da família.

Técnicas - Estabelecimento de objectivos, acompanhamento de objectivos, estratégias motivacionais, psicoeducação, técnicas cognitivo-comportamentais, estratégias de coping, prevenção de recaídas e gestão da medicação.

2.5 Procedimentos do estudo

2.5.1. Procedimentos gerais

Após a aprovação do protocolo de investigação foram iniciados os procedimentos para preparação do estudo, nomeadamente os passos para a recolha da amostra através dos instrumentos descritos no ponto anterior. Na sequência do estabelecimento das versões finais dos instrumentos, estes foram introduzidos na plataforma online Google Drive®, com a denominação anterior de GoogleDocs®, no momento da recolha da amostra. Todos os questionários foram transferidos para os respectivos formulários *online*, permitindo:

- O preenchimento *online*,
- A introdução dos dados, de forma automática na base de dados,
- A exportação dos dados directamente da plataforma *online* para o programa de análise estatística utilizado, reduzindo nos vários passos a probabilidade de viés de transcrição.

A par da tarefa anterior, começaram a ser feitos os primeiros pedidos de autorização para realização do estudo, dado que o desenho incluía a avaliação de todos os serviços do país, em específico os profissionais desses serviços que tivessem feito formação no MGC.

O estudo pretendeu avaliar o grau de implementação do MGC e as barreiras, dois anos depois dos profissionais terem frequentado o programa de treino descrito no ponto 3.1 do Capítulo III, da primeira parte.

Este procedimento resultou de uma decisão relevante do ponto de vista da implementação, que considera não poderem ser admitidos níveis de sustentabilidade de uma prática num serviço se estes forem avaliados apenas alguns meses, ou até um ano, depois do treino nessa prática (Fixsen, 2005).

Significa isto que a recolha de informação do Grupo da região de saúde número 1 (Algarve) ocorreu em Outubro de 2010, dois anos após o treino dos profissionais. Isto aconteceu sucessivamente com os restantes grupos da regiões de saúde: 2 (Alentejo), 3 (Centro), 4 (LVT), 5 (Norte) e 6 (Sector Social). O último grupo foi formado em Dezembro de 2009 e teve a sua avaliação entre o final de 2011 e o início de 2012.

A aplicação do método teste-reteste foi efectuada duas semanas após a primeira aplicação dos instrumentos, tendo os resultados sido codificados através de um modificador no código individual dos profissionais, com as letras: x - teste e y - reteste.

2.5.2 Contactos e pedidos de autorização junto das administrações dos hospitais

O contacto para a obtenção das autorizações das instituições do país foi elaborado por carta, com o pedido e dois documentos anexos: o primeiro com o protocolo de investigação aprovado pelo Conselho Científico da Faculdade e o segundo com os elementos sobre a

operacionalização do estudo, nomeadamente o contacto subsequente com os profissionais e os procedimentos éticos.

Nos casos em que não existiu a possibilidade de obter uma resposta neste primeiro pedido, foram realizados contactos posteriores através de correio electrónico e/ou por telefone.

Os pedidos anteriores foram ainda reforçados, num terceiro tempo e nas situações consideradas necessárias, através de nova solicitação de colaboração, por carta.

As respostas favoráveis à prossecução da recolha da amostra resultaram, na sua maioria, nos seguintes procedimentos informados pelas administrações dos hospitais:

1º - Pedido de informações adicionais e/ou do envio das versões integrais de todos os instrumentos de avaliação.

2º - Autorização do Conselho de Administração, com consulta das comissões de ética e dos directores dos departamentos ou serviços.

3º - Indicação sobre a forma de proceder ao contacto com os profissionais e indicação do profissional de ligação na instituição.

2.5.3 Contactos e pedidos de autorização junto dos profissionais

O contacto posterior junto dos profissionais foi feito através de mensagem de correio electrónico, contendo:

1 - A informação sobre o processo prévio e respectiva aceitação do pedido feito aos conselhos de administração e direcções das instituições.

2 - Uma explicação sobre os objectivos, o desenho e as características do estudo, com base no protocolo de investigação.

3 - O pedido para a participação com a explicação dos procedimentos necessários.

4 - As instruções para o preenchimento dos questionários, com a atribuição do código individual de preenchimento¹⁶.

5 - As informações quanto aos princípios éticos, de confidencialidade e de consentimento, explicitadas em 2.5.5.

2.5.4. Tratamento e análise estatística dos dados

Para o tratamento e análise dos dados foram aplicados métodos de estatística descritiva e métodos de análise bivariada, comparação de subgrupos e análise multivariada, associadas à

¹⁶ O preenchimento dos questionários foi feito de forma assíncrona, depois de enviadas a hiperligações de cada um dos questionários do protocolo através de correio electrónico. A cada profissional foi atribuído um código que permitiu identificar os casos para análise posterior de teste-reteste. O formulário teve uma formatação condicional de progressão por fases, permitindo concluir o preenchimento apenas quando não existissem respostas anteriores em falta. Pretendemos, com este método, evitar a existência de valores ausentes associados ao viés de preenchimento. Os pedidos de teste reteste foram enviados duas semanas após o preenchimento inicial dos questionários.

avaliação de serviços, nomeadamente nas dimensões da avaliação da qualidade (Prince, 2003) e da implementação de práticas baseadas na evidência (Brownson et al., 2012). Os programas estatísticos utilizados para a análise de dados foram o IBM SPSS Statistics 19® e o IBM SPSS Statistics 20®.

2.5.5 - Direitos do participantes, confidencialidade e aspectos éticos

A participação dos profissionais no estudo foi voluntária e subsequente à disponibilização da informação descrita nos pontos anteriores. Foi expressamente clarificado o regime de total confidencialidade dos profissionais e das instituições, sendo o conhecimento dos códigos de preenchimento individual, utilizado para a identificação dos casos, exclusivo da equipa de investigação. Foi, igualmente e de forma explícita, proibida a divulgação de informações relacionadas com os participantes ou outras informações sobre o estudo, estando os profissionais obrigados ao sigilo. Todos os dados em formato informático ou em papel foram protegidos e tiveram ao longo da condução do estudo um acesso reservado.

CAPÍTULO III - RESULTADOS

3.1. Estatística descritiva

Responderam aos questionários 71 profissionais de serviços de saúde mental de todas as regiões de Portugal Continental.

3.1.1. Características dos serviços

3.1.1.1 Características gerais dos serviços

Participaram no estudo um total de 26 instituições, 17 (65.3%) correspondendo a serviços públicos, na sua maioria departamentos de saúde mental em hospitais gerais (Tabela 20). As restantes 9 instituições (34.7%) pertencem ao sector social, incluindo casas dos institutos religiosos e ONGs de menor dimensão.

Considerando a dimensão da amostra dos profissionais, um total de 71 profissionais (76.1%) do sector público responderam aos questionários incluídos no protocolo de investigação.

Tabela 20 - Instituições e profissionais, por sector

	n instituições	% instituições	n profissionais	% profissionais
Serviços Públicos de Saúde Mental	17	65.3	54	76.1
Sector social / ONG's	9	34.7	17	23.9
Total	26	100	71	100

Ao considerarmos a distribuição de instituições incluídas no nosso estudo, por região (Tabela 21), verificamos que a maior proporção de instituições está situada na região de Lisboa e Vale do Tejo (36.6%), seguida das regiões do Norte e do Centro. As proporções mais baixas pertencem às regiões do Algarve (15.5%) e do Alentejo (8,5%). Destacamos ainda o facto de não figurarem no estudo instituições do sector social pertencentes às regiões do Alentejo e Algarve.

Tabela 21 - Instituições, por Sector e Região

	Instituições		
	% sector publico	% sector social	% do total
Região Norte	20.4	17.6	19.7
Região Centro	22.2	11.8	19.7
Região Lisboa e Vale do Tejo	25.9	70.6	36.6
Região do Alentejo	20.4	-	8.5
Região do Algarve	11.1	-	15.5

O número de grupos profissionais que compõem as equipas de saúde mental situa-se, na sua maioria, entre os 3 e 5 grupos profissionais, contudo com diferenças regionais consideráveis entre regiões como o Alentejo e o Algarve (Tabela 22). Destacamos ainda a percentagem elevada de equipas com dois grupos profissionais na região Centro.

Tabela 22 - Número de grupos profissionais que trabalham na equipa - % por Região

		Região					Total
		Alentejo	Algarve	Centro	LVT	Norte	
Número de grupos profissionais que trabalham na equipa	Até 2 grupos profissionais	18.18%	16.67%	35.71%	19.23%	7.14%	19.72%
	Entre 3 e 5 grupos profissionais	27.27%	83.33%	57.14%	38.46%	78.57%	52.11%
	Mais de 5 grupos profissionais	54.55%		7.14%	42.31%	14.29%	28.17%

(X² Pearson = 17.69, p = 0.024)

3.1.1.2. Características relacionadas com o funcionamento do serviço

Como se pode ver na Tabela 23, a maioria dos serviços tem articulação com os cuidados de saúde primários. Os valores extremos encontram-se nas regiões do Alentejo (90% de articulação) e Algarve (ausência de articulação). Destacamos ainda a taxa relativamente baixa de articulação com os cuidados de saúde primários existente na região Norte.

Tabela 23 - Articulação com os cuidados de saúde primários - % por Região

		Região					Total
		Alentejo	Algarve	Centro	LVT	Norte	
Articulação com os cuidados de saúde primários	Sim	90.91%		64.29%	61.54%	35.71%	56.34%
	Não	9.09%	100.00%	28.57%	38.46%	57.14%	40.85%
	Não sabe			7.14%		7.14%	2.82%

(X² Pearson = 19.44, p = 0.013)

No que se refere à autonomia dos serviços para definir os cuidados a prestar (Tabela 24), verificam-se percentagens altas em todas as regiões do país, com um valor global de 77.46%. A totalidade dos profissionais da região do Algarve considera que os seus serviços têm autonomia para definir os cuidados a prestar.

Tabela 24 - Autonomia do serviço para definir os cuidados a prestar - % por Região

		Região					Total
		Alentejo	Algarve	Centro	LVT	Norte	
O serviço tem autonomia para definir os cuidados a prestar	Sim	81.82%	100.00%	78.57%	73.08%	71.43%	77.46%
	Não	9.09%		21.43%	23.08%	7.14%	15.49%
	Não sabe	9.09%			3.85%	21.43%	7.04%

(X² Pearson = 9.65, p = ns)

A maioria das equipas faz duas ou mais reuniões clínicas por mês (63.38%), contudo existem equipas com um registo de nenhuma reunião clínica mensal nas regiões do Centro e LVT (Tabela 25).

Tabela 25 - Número de reuniões clínicas periódicas - % por Região

		Região					Total
		Alentejo	Algarve	Centro	LVT	Norte	
Número de reuniões clínicas periódicas	Nenhuma reunião			7.14%	3.85%		2.82%
	1 reunião por mês		16.67%	50.00%	50.00%	21.43%	33.80%
	2 ou mais reuniões por mês	100.00%	83.33%	42.86%	46.15%	78.57%	63.38%

(X² Pearson = 15.24, p = 0.05)

3.1.1.3. Características relacionadas com o ensino e a investigação

Considerando a formação a estagiários e internos (Tabela 26), verifica-se que esta ocorre na quase totalidade dos serviços (95.77%).

Tabela 26 - Formação a estagiários e internos - % por Região

		Região					Total
		Alentejo	Algarve	Centro	LVT	Norte	
O serviço recebe estagiários ou internos	Sim	90.91%	100.00%	100.00%	92.31%	100.00%	95.77%
	Não	9.09%			7.69%		4.23%

(X^2 Pearson = 2.91, p = ns)

Percentagens altas podem também ser encontradas, em todas as regiões, na frequência dos profissionais de saúde mental em sessões de formação organizadas pelos centros de formação das instituições (Tabela 27).

Tabela 27 - Frequência dos profissionais em formações no Centro de Formação da instituição - % por Região

		Região					Total
		Alentejo	Algarve	Centro	LVT	Norte	
Os profissionais frequentam formações no Centro de Formação da instituição	Sim	81.82%	100.00%	92.86%	80.77%	100.00%	88.73%
	Não	9.09%		7.14%	19.23%		9.86%
	Não sabe	9.09%					1.41%

(X^2 Pearson = 10.41, p = ns)

Os dados anteriores são complementados com as percentagens da organização de sessões de formação por parte dos serviços e das equipas (Tabela 28), com percentagens sempre acima dos 90% em todas as regiões, excepto na região Centro (57.14%), com um valor médio total de 88.73%.

Tabela 28 - Organização de sessões de formação - % por Região

		Região					Total
		Alentejo	Algarve	Centro	LVT	Norte	
O serviço organiza sessões de formação próprias	Sim	90.91%	100.00%	57.14%	100.00%	92.86%	88.73%
	Não	9.09%		42.86%		7.14%	11.27%

(X² Pearson = 18.32, p = 0.001)

Na dimensão da prática de investigação nos serviços (Tabela 29), foram apurados valores altos de ausência desta actividade nas regiões do Algarve (83.33%), Centro (85.71%) e Norte (71.43%) e valores intermédios nas regiões do Alentejo (45.45%) e LVT (53.85%). Um total de 64.79% dos serviços não faz investigação.

Os resultados globais da ausência de investigação (Tabela 30), foram ligeiramente superiores para a investigação nas áreas psicossociais (67.61%) , com valores iguais ou superiores na totalidade das regiões, excepto na região do Alentejo, destacando-se de igual forma os valores globais de desconhecimento face à investigação em 9.86% dos casos.

Tabela 29 - Investigação no serviço - % por Região

		Região					Total
		Alentejo	Algarve	Centro	LVT	Norte	
O serviço tem actividade estruturada de investigação	Sim	45.45%		7.14%	38.46%	14.29%	25.35%
	Não	45.45%	83.33%	85.71%	53.85%	71.43%	64.79%
	Não sabe	9.09%	16.67%	7.14%	7.69%	14.29%	9.86%

(X² Pearson = 10.81, p = ns)

Tabela 30 - Investigação no serviço, nas áreas psicossociais - % por Região

		Região					Total
		Alentejo	Algarve	Centro	LVT	Norte	
O serviço tem actividade estruturada de investigação nas áreas psicossociais	Sim	45.45%		14.29%	30.77%	7.14%	22.54%
	Não	36.36%	83.33%	85.71%	61.54%	78.57%	67.61%
	Não sabe	18.18%	16.67%		7.69%	14.29%	9.86%

(X² Pearson = 12.30, p = ns)

3.1.1.4. Características relacionadas com a utilização do modelo de gestão de cuidados

Atendendo a componentes comumente associadas à utilização de modelos de gestão de cuidados (Thornicroft, 1991) e considerando aqui em específico os registos sobre o diagnóstico, o plano de tratamentos e os respectivos resultados num ficheiro clínico único (Tabela 31), apuramos valores altos nas regiões do Norte (87.71%) e Alentejo (81.82%), intermédios nas regiões do Centro (50%) e LVT (65.38%) e baixos na região do Algarve (33.33%), para um valor global de 66.20%.

Tabela 31 - Registos em ficheiro clínico único - % por Região

		Região					Total
		Alentejo	Algarve	Centro	LVT	Norte	
Registos em ficheiro clínico único	Sim	81.82%	33.33%	50.00%	65.38%	85.71%	66.20%
	Não	9.09%	50.00%	50.00%	30.77%	14.29%	29.58%
	Não sabe	9.09%	16.67%		3.85%		4.23%

(X^2 Pearson = 12.25, p = ns)

Quanto à utilização de planos individuais de cuidados e considerando os valores totais (Tabela 32), foi apurada a utilização global em 46.48% dos serviços do país e uma percentagem alta na região de saúde do Norte (85.71%).

Tabela 32 - Utilização de Planos Individuais de Cuidados por Região

		Região					Total
		Alentejo	Algarve	Centro	LVT	Norte	
Utilização de Planos Individuais de Cuidados	Sim	54.55%	16.67%	14.29%	46.15%	85.71%	46.48%
	Não	36.36%	83.33%	85.71%	53.85%	14.29%	52.11%
	Não sabe	9.09%					1.41%

(X^2 Pearson = 23.05, p = 0.003)

A utilização regular de guias de boas práticas (Tabela 33), foi encontrada na maioria dos serviços (57.75%), destacando-se o valor mais baixo na região Centro (35.71%) e o valor mais alto na região Norte (71.43%).

Tabela 33 - Utilização de *guidelines* (Guias de Boas Práticas) - % por Região

		Região					Total
		Alentejo	Algarve	Centro	LVT	Norte	
O serviço utiliza guias de boas práticas para os tratamentos	Sim	63.64%	50.00%	35.71%	61.54%	71.43%	57.75%
	Não	27.27%	50.00%	64.29%	30.77%	7.14%	33.80%
	Não sabe	9.09%			7.69%	21.43%	8.45%

(X² Pearson = 13.79, p = ns)

3.1.2. Características dos profissionais

Na dimensão das características dos profissionais e considerando aqueles que frequentaram o programa de formação no MGC com o objectivo de implementação do modelo nos serviços, os dois maiores grupos de profissionais participantes foram os dos psicólogos (49.30%) e dos enfermeiros (23.94%), (Tabela 34).

Tabela 34 - Grupos profissionais - distribuição por grupo e % por região

		Região					Total	
		Alentejo	Algarve	Centro	LVT	Norte		
Grupo profissional	Enfermagem	N	2	1	4	3	7	17
		% na Região	18.18%	16.67%	28.57%	11.54%	50.00%	23.94%
	Serviço Social	N	0	0	2	4	1	7
		% na Região	0.00%	0.00%	14.29%	15.38%	7.14%	9.86%
	Psiquiatria	N	2	1	1	1	0	5
		% na Região	18.18%	16.67%	7.14%	3.85%	0.00%	7.04%
	Terapia Ocupacional	N	2	0	0	2	1	5
		% na Região	18.18%	0.00%	0.00%	7.69%	7.14%	7.04%
	Psicologia	N	5	4	7	14	5	35
		% na Região	45.45%	66.67%	50.00%	53.85%	35.71%	49.30%
	Psicopedagogia	N	0	0	0	2	0	2
		% na Região	0.00%	0.00%	0.00%	7.69%	0.00%	2.82%
	Total	N	11	6	14	26	14	71
		% na Região	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

(X² Pearson = 20.86, p = ns)

A idade dos profissionais (Tabela 35), variou entre os 25 e os 56 anos, com uma média de 38.59 (± 7.41) e mediana 37.

Tabela 35 - Idade dos profissionais

	N	Mínima	Máxima	Mediana	Média	dp
Idade	71	25	56	37	38.59	7.419

A maioria dos profissionais da amostra é do sexo feminino (69.01%), predominância comum em todos os grupos (Tabela 36).

Tabela 36 - Grupo profissional - % por Sexo

		Sexo		Total	
		Masculino	Feminino		
Grupo profissional	Enfermagem	N	6	11	17
		% no Grupo profissional	35.29%	64.71%	100.00%
	Serviço Social	N	0	7	7
		% no Grupo profissional	0.00%	100.00%	100.00%
	Psiquiatria	N	2	3	5
		% no Grupo profissional	40.00%	60.00%	100.00%
	Terapia Ocupacional	N	0	5	5
		% no Grupo profissional	0.00%	100.00%	100.00%
	Psicologia	N	14	21	35
		% no Grupo profissional	40.00%	60.00%	100.00%
	Psicopedagogia	N	0	2	2
		% no Grupo profissional	0.00%	100.00%	100.00%
	Total	N	22	49	71
		% no Grupo profissional	30.99%	69.01%	100.00%

(X^2 Pearson = 7.95, p = ns)

No que diz respeito às habilitações académicas (Tabela 37), o grande predomínio corresponde ao grau de licenciatura (80.3%), tendo os restantes profissionais habilitações no nível de mestrado.

A grande maioria dos profissionais tem contratos de trabalho a termo incerto (88.7%) e apenas um profissional estava em regime de prestação de serviços (Tabela 38).

Tabela 37 - Habilitações académicas dos profissionais

	Frequência	%	% válida
Licenciatura	57	80.3	80.3
Mestrado	14	19.7	19.7
Total	71	100.0	100.0

Tabela 38 - Tipo de contrato de trabalho

	Frequência	%	% válida
Termo incerto	63	88.7	88.7
Termo certo	7	9.9	9.9
Prestação Serviços	1	1.4	1.4
Total	71	100.0	100.0

Nos valores totais da amostra, 83.10% dos profissionais nunca tinha feito formação num Modelo de Gestão de Cuidados destacando-se esta ausência de formação prévia no Algarve e a proporção de formação prévia mais alta na região do Norte (21.43%), (Tabela 39).

Considerando a utilização de um modelo de gestão de cuidados (Tabela 40), anterior à participação no programa nacional de formação descrito no ponto 3.2., do Capítulo III da primeira parte, os valores são baixos na maioria das regiões de saúde, excepto na região do Alentejo (63.64%) e LVT (50%).

Tabela 39 - Formação prévia no Modelo de Gestão de Cuidados (MGC) - % por Região

		Região					Total	
		Alentejo	Algarve	Centro	LVT	Norte		
Formação prévia MGC	Sim	N	2	0	2	5	3	12
		% na Região	18.18%	0.00%	14.29%	19.23%	21.43%	16.90%
	Não	N	9	6	12	21	11	59
		% na Região	81.82%	100.00%	85.71%	80.77%	78.57%	83.10%
Total	N	11	6	14	26	14	71	
	% na Região	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	

(X^2 Pearson = 1.60, p = ns)

Tabela 40 - Utilização prévia do MGC (profissionais) - % por Região

		Região					Total	
		Alentejo	Algarve	Centro	LVT	Norte		
Utilização prévia do MGC	Sim	N	7	2	4	13	2	28
		% na Região	63.64%	33.33%	28.57%	50.00%	14.29%	39.44%
	Não	N	4	4	10	13	12	43
		% na Região	36.36%	66.67%	71.43%	50.00%	85.71%	60.56%
Total	N	11	6	14	26	14	71	
	% na Região	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	

(X² Pearson = 9.98, p = 0.041)

A quase totalidade dos profissionais da amostra tem experiência de trabalho com doentes mentais graves (97.18%), verificando-se mesmo a totalidade, nas regiões de saúde do Alentejo, Algarve e Centro (Tabela 41).

Tabela 41 - Experiência com doentes mentais graves - % por Região

		Região					Total	
		Alentejo	Algarve	Centro	LVT	Norte		
Experiência com doentes mentais graves	Sim	N	11	6	14	25	13	69
		% na Região	100.00%	100.00%	100.00%	96.15%	92.86%	97.18%
	Não	N	0	0	0	1	1	2
		% na Região	0.00%	0.00%	0.00%	3.85%	7.14%	2.82%
Total	N	11	6	14	26	14	71	
	% na Região	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	

(X² Pearson = 1.95, p = ns)

A grande maioria dos profissionais já fez formação (81.69%), encontrando-se a percentagem mais alta na região Norte (92.86%) e a mais baixa na região de LVT (76.92%), (Tabela 42).

Tabela 42 - Já foi formador - % por Região

		Região					Total	
		Alentejo	Algarve	Centro	LVT	Norte		
Já foi formador	Sim	N	9	5	11	20	13	58
		% na Região	81.82%	83.33%	78.57%	76.92%	92.86%	81.69%
	Não	N	2	1	3	6	1	13
		% na Região	18.18%	16.67%	21.43%	23.08%	7.14%	18.31%
Total	N	11	6	14	26	14	71	
	% na Região	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	

(X² Pearson = 1.66, p = ns)

Considerando a participação em encontros científicos nos dois anos anteriores à formação no MGC (Tabela 43), 97.18% dos profissionais participaram em dois ou mais encontros, tendo 33.80% dos profissionais participado em 5 ou mais encontros científicos, sendo a proporção neste grupo mais baixa na região do Algarve (16.67%).

Se tivermos em conta o número de encontros científicos onde foram apresentadas comunicações científicas (Tabela 44), pelos mesmos profissionais e no mesmo intervalo de tempo, 50.70% dos profissionais não fez comunicações em encontros científicos e 8.45% fez comunicações em 5 ou mais encontros científicos.

Tabela 43 - Número de encontros científicos assistidos nos últimos 2 anos - % por Região

			Região					Total
			Alentejo	Algarve	Centro	LVT	Norte	
Número de encontros científicos assistidos nos últimos 2 anos	nenhum	N	0	0	1	0	0	1
		% na Região	0.00%	0.00%	7.14%	0.00%	0.00%	1.41%
	1 encontro científico	N	0	0	0	0	1	1
		% na Região	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	7.14%	1.41%
	entre 2 e 4 encontros científicos	N	7	5	8	17	8	45
		% na Região	63.64%	83.33%	57.14%	65.38%	57.14%	63.38%
	5 ou mais encontros científicos	N	4	1	5	9	5	24
		% na Região	36.36%	16.67%	35.71%	34.62%	35.71%	33.80%
	Total	N	11	6	14	26	14	71
		% na Região	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

(X² Pearson = 9.28, p = ns)

Tabela 44 - Número de encontros científicos em que foram efectuadas comunicações, nos últimos 2 anos - % por Região

			Região					Total
			Alentejo	Algarve	Centro	LVT	Norte	
Número de encontros científicos onde foram efectuadas comunicações, nos últimos 2 anos	Nenhum	N	6	2	7	14	7	36
		% na Região	54.55%	33.33%	50.00%	53.85%	50.00%	50.70%
	1 encontro científico	N	2	0	0	4	2	8
		% na Região	18.18%	0.00%	0.00%	15.38%	14.29%	11.27%
	Entre 2 e 4 encontros científicos	N	1	4	5	7	4	21
		% na Região	9.09%	66.67%	35.71%	26.92%	28.57%	29.58%
	5 ou mais encontros científicos	N	2	0	2	1	1	6
		% na Região	18.18%	0.00%	14.29%	3.85%	7.14%	8.45%
	Total	N	11	6	14	26	14	71
		% na Região	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

(X² Pearson = 11.24, p = ns)

3.1.3. Cultura Organizacional

3.1.3.1. Perfil de Liderança nos Serviços de Saúde Mental (SSM)

Ao olharmos para a caracterização do perfil de liderança das chefias dos serviços analisados no país e considerando a cultura organizacional (Tabela 45), verificamos uma predominância do perfil Mentor (45.61%) com os valores mais baixos registados nos perfis Inovador e Monitor, ambos com 3.51%, e valores intermédios nos perfis Director (10.53%), Produtor (12.28%) e Negociador (12.28%). Não existiram diferenças substanciais nas proporções dos perfis entre regiões. Foram excluídos os casos em que a pontuação máxima na combinação das sub-escalas do instrumento resultava em mais do que um perfil de liderança.

Tabela 45 - Perfil de Liderança nos SSM - %

	N	%	% válida	
Perfis	Inovador	2	2.82	3.51
	Negociador	7	9.86	12.28
	Produtor	7	9.86	12.28
	Director	6	8.45	10.53
	Coordenador	3	4.23	5.26
	Monitor	2	2.82	3.51
	Facilitador	4	5.63	7.02
	Mentor	26	36.62	45.61
	Total	57	80.28	100.00
<i>Excluídos</i>	14	19.72		
Total	71	100.00		

3.1.3.2. Modelo de Cultura Organizacional

Na dimensão da cultura organizacional (Tabela 46), as proporções mais altas foram encontradas na cultura baseada nas Relações Humanas (50.91%), não havendo diferenças substanciais entre regiões. Foram excluídos os casos em que a pontuação máxima na combinação das sub-escalas do instrumento resultava em mais do que um tipo de cultura organizacional.

Tabela 46 - Cultura Organizacional dos SSM

		N	%	% válida
Cultura Organizacional	Sistemas Abertos	10	14.08	18.18
	Racional de Objectivos	8	11.27	14.55
	Processos Internos	9	12.68	16.36
	Relações Humanas	28	39.44	50.91
	Total	55	77.46	100.00
<i>Excluídos</i>		16	22.54	
Total		71	100.00	

3.1.3.3. Foco da Acção de Liderança

Tendo em conta o foco da acção de liderança nos serviços (Tabela 47), foi registada uma proporção consideravelmente maior no Foco interno (74.07%) ao nível nacional, sendo os valores mais altos encontrados nas regiões do Algarve (valor total) e do Norte (87.50%). Foram excluídos os casos em que a pontuação máxima na combinação das sub-escalas do instrumento resultava em mais do que um foco da acção de liderança.

Tabela 47 - Foco da acção de liderança - % por Região

		Região					Total	
		Alentejo	Algarve	Centro	LVT	Norte		
Foco	Interno	N	6	5	6	16	7	40
		% na Região	66.67%	100.00%	54.55%	76.19%	87.50%	74.07%
	Externo	N	3	0	5	5	1	14
		% na Região	33.33%	0.00%	45.45%	23.81%	12.50%	25.93%
Total	N	9	5	11	21	8	54	
	% na Região	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	

(X² Pearson = 4.99, p = ns)

3.1.3.4. Estratégia de liderança

A estratégia de liderança (Tabela 48), com a proporção total mais elevada foi a estratégia de Flexibilidade (66.10%), com os valores mais altos registados nas regiões do Norte (80%) e do Algarve (83.33%). Foram excluídos os casos em que a pontuação máxima na combinação das sub-escalas do instrumento resultava em mais do que um tipo de estratégia de liderança.

Tabela 48 - Estratégia de liderança - % por Região

		Região					Total	
		Alentejo	Algarve	Centro	LVT	Norte		
Estratégia	Flexibilidade	N	6	5	7	13	8	39
		% na Região	66.67%	83.33%	53.85%	61.90%	80.00%	66.10%
	Estabilidade	N	3	1	6	8	2	20
		% na Região	33.33%	16.67%	46.15%	38.10%	20.00%	33.90%
Total	N	9	6	13	21	10	59	
	% na Região	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	

(X² Pearson = 2.69, p = ns)

3.1.4. Implementação do Modelo de Gestão de Cuidados

Ao analisarmos os resultados da implementação do MGC (Tabela 49), verificamos que a média nacional das pontuações na escala de implementação¹⁷ é de 41.48 pontos, \pm 10.689, correspondendo a implementação suficiente. Os valores mais baixos, nas médias, são os das regiões do Norte (37.21 pontos, \pm 11.775) e do Algarve (37.50 pontos, \pm 13.217). A média mais alta da implementação é a da região do Alentejo (46.36 pontos, \pm 10.318).

Tabela 49 - Grau de Implementação do MGC (score IMRscale) - por Região

Região	Média	N	dp	Min.	Max.	Achat.	Assime.
Alentejo	46.36	11	10.318	32	58	-1.500	-0.469
Algarve	37.50	6	13.217	20	55	-1.263	0.044
Centro	42.43	14	9.121	29	59	-1.008	0.129
LVT	42.12	26	10.081	24	61	-0.445	-0.165
Norte	37.21	14	11.775	13	57	0.088	-0.256
Total	41.48	71	10.689	13	61	-0.508	-0.258

No que se refere à fidelidade de implementação do modelo (Tabela 50), verificamos os seguintes resultados nos serviços: em 57.75% dos casos o MGC foi implementado com fidelidade, com o valor mais alto a verificar-se na região do Alentejo (72.73%) e o mais baixo na região do Norte (35.71%).

¹⁷ A implementação é considerada suficiente para valores médios totais superiores a 39 pontos (cf. Capítulo II).

Tabela 50 - Fidelidade da implementação do MGC - % por Região

			Região					Total
			Alentejo	Algarve	Centro	LVT	Norte	
Fidelidade da implementação do modelo	Sem fidelidade	N	3	3	6	9	9	30
		% na Região	27.27%	50.00%	42.86%	34.62%	64.29%	42.25%
	Com fidelidade	N	8	3	8	17	5	41
		% na Região	72.73%	50.00%	57.14%	65.38%	35.71%	57.75%
Total		N	11	6	14	26	14	71
		% na Região	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

(X² Pearson = 4.56, p = ns)

A qualidade da implementação pode ainda ser verificada através da categorização dos resultados (Tabela 51), de acordo com todos os valores de corte da escala de implementação, tendo existindo uma boa implementação com proporções mais altas na região do Alentejo (36.36%), proporções intermédias nas regiões do Algarve (16.67%) e Centro (14.29%) e proporções mais baixas nas regiões do Norte (7.14%) e LVT (11.54%).

Tabela 51 - Categorias da qualidade de implementação - % por Região

			Região					Total
			Alentejo	Algarve	Centro	LVT	Norte	
MGC Categorias de implementação	Sem implementação	N	3	3	6	9	9	30
		% na Região	27.27%	50.00%	42.86%	34.62%	64.29%	42.25%
	Implementação suficiente	N	4	2	6	14	4	30
		% na Região	36.36%	33.33%	42.86%	53.85%	28.57%	42.25%
	Boa implementação	N	4	1	2	3	1	11
		% na Região	36.36%	16.67%	14.29%	11.54%	7.14%	15.49%
Total		N	11	6	14	26	14	71
		% na Região	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

(X² Pearson = 8.29, p = ns)

3.1.4.1. Implementação de componentes do modelo

Analisando a fidelidade, quanto aos Recursos utilizados para uma boa implementação do modelo (Tabela 52), verificamos uma média superior na componente Número de pessoas (4.27, ± 1.276), um valor intermédio na componente Tópicos abordados (3.15, ± 1.338) e valores mais baixos nas componentes da Duração da intervenção (2.52, ± 1.539), Utilização das folhas de informação (2.18, ± 1.486) e Envolvimento da família (2.72, ± 1.614).

Tabela 52 - Fidelidade da implementação quanto aos recursos utilizados

Região		Número de pessoas	Duração da intervenção	Tópicos abordados	Folhas de informação	Envolv. da família
Alentejo	Média	4.36	3.09	2.91	2.27	3.55
	N	11	11	11	11	11
Algarve	Média	4.33	1.33	3.17	2.67	2.00
	N	6	6	6	6	6
Centro	Média	4.86	2.64	3.29	2.00	3.07
	N	14	14	14	14	14
LVT	Média	4.08	2.96	3.42	2.23	2.85
	N	26	26	26	26	26
Norte	Média	3.93	1.64	2.71	2.00	1.79
	N	14	14	14	14	14
Total	Média	4.27	2.52	3.15	2.18	2.72
	N	71	71	71	71	71
	dp	1.276	1.539	1.338	1.486	1.614
	Achat.	1.976	-1.510	-1.255	-0.980	-1.551
	Assim.	-1.797	0.274	-0.255	0.751	0.265

Na fidelidade das Técnicas utilizadas (Tabela 53), as pontuações mais altas corresponderam às técnicas Gestão da Medicação (3.75, \pm 1.079), Psicoeducação (3.69, \pm 1.670) e Técnicas Cognitivo-Comportamentais (3.62, \pm 1.580). As pontuações mais baixas foram registadas nas técnicas de Estabelecimento de objectivos (2.51, \pm 1.443) e Acompanhamento de objectivos (2.45, \pm 1.361), directamente associadas à capacitação dos doentes.

Tabela 53 - Fidelidade da implementação quanto às técnicas utilizadas

Região		EstObjec	AcompObj	EstMotiv	Psiedu	TecCC	EstCop	PrevRec	GestMeds
Alentejo	Média	3.09	3.09	4.09	4.09	3.36	4.09	4.18	4.18
	N	11	11	11	11	11	11	11	11
Algarve	Média	2.17	2.67	3.00	3.17	2.83	3.00	3.33	3.83
	N	6	6	6	6	6	6	6	6
Centro	Média	2.29	2.21	4.00	3.86	3.86	3.71	3.29	3.36
	N	14	14	14	14	14	14	14	14
LVT	Média	2.35	2.27	3.50	4.00	3.88	3.38	3.27	3.92
	N	26	26	26	26	26	26	26	26
Norte	Média	2.71	2.43	3.21	2.86	3.43	3.64	3.43	3.43
	N	14	14	14	14	14	14	14	14
Total	Média	2.51	2.45	3.59	3.69	3.62	3.58	3.45	3.75
	N	71	71	71	71	71	71	71	71
	dp	1.443	1.361	1.687	1.670	1.580	1.104	1.119	1.079
	Var.	2.082	1.851	2.845	2.788	2.496	1.219	1.251	1.163
	Achat.	-1.456	-1.376	-1.335	-1.231	-1.099	-0.136	-0.925	-0.342
	Assim.	0.250	0.247	-0.650	-0.740	-0.730	-0.661	-0.220	-0.596

Ao compararmos a fidelidade da implementação entre Técnicas e Recursos nas diferentes regiões (Tabela 54), encontramos igualmente diferenças entre a fidelidade da utilização dos Recursos e das Técnicas, com uma média superior no que diz respeito à utilização de Técnicas ($3.36, \pm 0.818$), quando comparada com a utilização de Recursos ($2.99, \pm 0.956$), padrão similar quando analisamos os resultados em todas as regiões.

**Tabela 54 - Fidelidade de implementação - média dos grupos
(utilização de Recursos e utilização de Técnicas) por Região**

Região		RECURSOS	TÉCNICAS
Alentejo	Média	3.23	3.77
	N	11	11
Algarve	Média	2.70	3.00
	N	6	6
Centro	Média	3.17	3.32
	N	14	14
LVT	Média	3.10	3.32
	N	26	26
Norte	Média	2.52	3.30
	N	14	14
Total	Média	2.99	3.36
	N	71	71
	dp	0.95674	0.8182
	Achat.	-1.197	-0.455
	Assim.	-0.005	-0.354

3.1.5. Descrição das barreiras e dos facilitadores para a implementação do Modelo de Gestão de Cuidados

3.1.5.1. Estudo das barreiras, resultados nacionais

Ao analisarmos os resultados do estudo sobre as barreiras à implementação do MGC (Tabela 55), verificamos que as barreiras com uma prevalência mais elevada são as seguintes:

- A necessidade de investimento de tempo (57.7%), quanto às características do modelo em si;
- A necessidade de mais conhecimento sobre o modelo MGC e motivação para o implementar (40.8%), e as normas de grupo (33.7%), que incluem a colaboração dos outros profissionais e administrações e estão associadas às características dos profissionais;
- O número reduzido de contactos com os doentes (35.2%), associado às características dos doentes;
- As insuficiências, tanto do ponto de vista dos espaços para implementar a prática (70.4%), como do ponto de vista dos instrumentos disponíveis (69%), ambos associados às características do contexto.

Considerando como facilitadores os valores com percentagens inferiores a 10% (Peters et al., 2009), destacamos a compatibilidade do modelo com as práticas anteriores à formação (7%), o benefício didáctico (1.4%), a atractividade do modelo (8.4%) e o envolvimento dos

profissionais (6.3%). Salientamos adicionalmente que não encontramos factores facilitadores nas características dos contextos em que o MGC foi implementado.

Tabela 55 - Barreiras à implementação do Modelo de Gestão de Cuidados

Características do MGC	%
Compatibilidade	7.0
Investimento de tempo	57.7
Especificidade, flexibilidade	-
Ausência de benefício didáctico	1.4
Ausência de atractividade	8.4
Características dos profissionais	%
Atitude, percepção da função	8.4
Conhecimento e motivação	40.8
Dúvidas acerca do Modelo	9.9
Estilo de trabalho	9.8
Treino	18.3
Envolvimento	6.3
Normas do grupo	33.7
Características dos doentes	%
Idade	8.4
Etnia	7.0
Situação económica	7.0
Número de contactos com o serviço	35.2
Motivação para a mudança	7.0
Características do contexto	%
Pessoal administrativo	23.9
Reembolso, incentivo financeiro	19.7
Instalações	70.4
Instrumentos, material	69.0

3.1.5.2. Barreiras - resultados regionais e por dimensões de barreiras

Considerando a análise posterior dos dados por região apurámos os seguintes resultados, nos domínios de barreiras.

3.1.5.2.1. Barreiras relacionadas com as características do MGC

A barreira do tempo necessário para aplicação do modelo (Tabela 56), teve a proporção mais alta na região do Alentejo (63.64%) e mais baixa na região do Algarve (33.33%).

Tabela 56 - Barreira decorrente da necessidade de investimento de tempo - % por Região

		Região					Total
		Alentejo	Algarve	Centro	LVT	Norte	
BARR_Tempo	N	7	2	8	16	8	41
	% na região	63.64%	33.33%	57.14%	61.54%	57.14%	57.70%

(X^2 Pearson = 1.77, p = ns)

3.1.5.2.2. Barreiras relacionadas com as características dos profissionais

Do conjunto de barreiras relacionadas com os profissionais (Tabela 57), destacamos a barreira Necessidade de saber mais sobre o modelo com o valor mais alto na região de LVT (46.15%) e mais baixo na região do Algarve (16.67%), com um valor global de (40.85%).

Tabela 57 - Barreira decorrente da necessidade de saber mais sobre o MGC - % por Região

		Região					Total
		Alentejo	Algarve	Centro	LVT	Norte	
BARR_Saber mais	N	5	1	6	12	5	29
	% na região	45.45%	16.67%	42.86%	46.15%	35.71%	40.85%

(X^2 Pearson = 2.02, p = ns)

Na mesma dimensão das características dos profissionais (Tabela 58), a barreira de não-cooperação dos psiquiatras para a aplicação do modelo registou valores altos nas Regiões do Norte (50%), Centro (42.86%) e LVT (42.31%).

Tabela 58 - Barreira decorrente da não cooperação dos Psiquiatras - % por Região

		Região					Total
		Alentejo	Algarve	Centro	LVT	Norte	
BARR_Psiquiatras não cooperam	N	2	2	6	11	7	28
	% na região	18.18	33.33%	42.86%	42.31%	50.00%	39.44%

(X^2 Pearson = 2.98, p = ns)

No domínio da não-cooperação dos outros profissionais da equipa (Tabela 59), valores mais altos, acima dos 50%, foram encontrados apenas na região Norte (57.14%).

Tabela 59 - Barreira decorrente da não cooperação dos outros profissionais de SM - % por Região

		Região					Total
		Alentejo	Algarve	Centro	LVT	Norte	
BARR_Profissionais não cooperam	N	1	2	4	9	8	24
	% na região	9.09%	33.33%	28,57%	34.62%	57.14%	33.80%

(X² Pearson = 6.59, p = ns)

Na última barreira, pertencente à dimensão das características dos profissionais e que corresponde à não-cooperação das administrações para a aplicação do modelo (Tabela 60), os valores mais altos foram os das regiões do Centro (42.86%) e Norte (35.71%), destacando-se ainda a inexistência reportada desta barreira na região do Algarve.

Tabela 60 - Barreira decorrente da não cooperação das administrações - % por Região

		Região					Total
		Alentejo	Algarve	Centro	LVT	Norte	
BARR_Administrações não cooperam	N	3	0	6	6	5	20
	% na região	27.27%	0.00%	42.86%	23.28%	35.71%	28.17%

(X² Pearson = 4.57, p = ns)

3.1.5.2.3. Barreiras relacionadas com as características dos doentes

Nas barreiras relacionadas com as características dos doentes, a irregularidade do contacto com os serviços foi a mais preponderante (Tabela 61), com proporções altas na região do Alentejo (45.45%), Norte (35.71%), Centro (35.71%) e LVT (34.62%).

Tabela 61 - Barreira decorrente do número de contactos com os utentes - % por Região

		Região					Total
		Alentejo	Algarve	Centro	LVT	Norte	
BARR_Regularidade dos utentes	N	5	1	5	9	5	25
	% na região	45.45%	16.67%	35.71%	34.62%	35.71%	35.21%

(X² Pearson = 1.41, p = ns)

3.1.5.2.4. Barreiras relacionadas com as características do contexto

Considerando o conjunto das barreiras relacionadas com as características do contextos de implementação do MGC foram encontradas barreiras decorrentes da necessidade de compensação financeira (Tabela 62), com uma proporção mais alta na região do Algarve (50%) e do Alentejo (36.36%).

Tabela 62 - Barreira decorrente da necessidade de compensação financeira dos profissionais - % por Região

		Região					Total
		Alentejo	Algarve	Centro	LVT	Norte	
BARR_Compensação	N	4	3	4	3	0	14
Financeira	% na região	36.36%	50.00%	28.57%	11.54%	0.00%	19.72%

(X² Pearson = 10.63, p = 0.031)

A barreira decorrente da necessidade de instrumentos (Tabela 63), teve a proporção mais alta na região do Norte, com um valor também alto na região de LVT (76.92%) e acima dos 50% nas restantes regiões.

Tabela 63 - Barreira decorrente da necessidade de instrumentos para implementar o MGC - % por Região

		Região					Total
		Alentejo	Algarve	Centro	LVT	Norte	
BARR_Instrumentos	N	6	3	9	20	11	49
	% na região	54.55%	50.00%	64.29%	76.92%	78.57%	69.01%

(X² Pearson = 3.59, p = ns)

A barreira relacionada com a existência de espaços para acompanhar os doentes utilizando o MGC (Tabela 64), foi mais alta, como na barreira anterior, na região do Norte (85.71%), representando o valor mais alto, por região e no total do país, do conjunto de todas as barreiras analisadas. Valores acima dos 50% foram encontrados nas regiões do Algarve (66.67%), Centro (64.29%) e LVT (85.71%).

Tabela 64 - Barreira decorrente da necessidade de espaços para implementar o MGC - % por Região

		Região					Total
		Alentejo	Algarve	Centro	LVT	Norte	
BARR_Espaços	N	5	4	9	20	12	50
	% na região	45.45%	66.67%	64.29%	76.92%	85.71%	70.42%

(X² Pearson = 5.68, p = ns)

3.1.6. Avaliação da qualidade da *guideline* utilizada no programa de formação do Modelo de Gestão de Cuidados

Como tivemos oportunidade de clarificar, no ponto 2.4.2. do capítulo anterior, o instrumento de avaliação AGREE permitiu fazer uma avaliação da *guideline* que serviu de base ao programa de treino no MGC. As percentagens são apresentadas por domínio de desenvolvimento, completadas por uma avaliação global e por uma recomendação final das avaliadoras (Tabela 65).

As percentagens mais altas foram as do seu desenvolvimento quanto ao Domínio 1 - Objectivo e finalidade (72.2%) e Domínio 4 - Clareza de Apresentação (77.7%). O Domínio 5 - Aplicabilidade, pontuou no limite inferior do desenvolvimento suficiente (54.1%) e a *guideline* obteve uma pontuação negativa nos Domínios 2 - Envolvimento das partes interessadas (41.6%) e 3 - Rigor do Desenvolvimento (28.1%).

Adicionalmente, não foi possível às avaliadoras fazer a cotação do Domínio 6 - Independência editorial, por ausência de referências neste contexto.

A pontuação total da *guideline* foi 66% com a recomendação de aceitação da mesma, por parte dos avaliadores, após modificações.

Tabela 65 - Resultados da avaliação da *guideline*

Domínio	Pontuação (%)
Domínio 1 - <i>Objectivo e finalidade</i>	72.2
Domínio 2 - Envolvimento das partes interessadas	41.6
Domínio 3 - <i>Rigor de desenvolvimento</i>	28.1
Domínio 4 - <i>Clareza da Apresentação</i>	77.7
Domínio 5 - <i>Aplicabilidade</i>	54.1
Domínio 6 - <i>Independência editorial</i>	0
Avaliação Global	66*
Recomendação dos avaliadores	Rm**

* A avaliação global é cotada de forma independente em relação aos 6 domínios.

** Recomendaria a *guideline*, com modificações.

3.2. Comparação de subgrupos da amostra

Na apresentação dos resultados deste ponto não foram incluídos valores sem significância estatística ou factores considerados facilitadores. Procurámos elementos de discriminação, através de testes para a ocorrência de diferenças significativas entre subgrupos das amostras.

3.2.1. Relação entre os subgrupos Barreiras e Características dos Serviços

Os valores mais elevados das barreiras associadas ao Envolvimento dos profissionais (Tabela 66), foram encontrados no subgrupo - Instituições do sector social.

Tabela 66 - Barreiras, diferenças por Sector

Sector		
Variável dependente	Mann Whitney U	Signif.
BARR_EnvolProf	259.00	0.004

O valores mais elevados das barreiras associadas à não-cooperação das administrações foram encontrados nos serviços localizados no interior do país e os valores das barreiras associadas à necessidade de envolvimento no planeamento da formação nos serviços situados no litoral.

Tabela 67 - Barreiras, diferenças por Localização geográfica

Localização geográfica		
Variável dependente	Mann Whitney U	Signif.
BARR_AdmNCoop	394.00	0.007
BARR_EnvPlan	783.50	0.032

Se consideramos o contextos da utilização da prática (Tabela 68), observamos que os valores mais altos das barreiras relacionadas com o envolvimento dos profissionais, a dificuldade em mudar, a não cooperação dos utentes, a falta de tempo, a necessidade de mais treino e a necessidade de envolvimento no planeamento da formação ocorrem nos contextos Urbanos e a barreira relacionada com a necessidade de compensação financeira nos contextos Rurais.

Tabela 68 - Barreiras, diferenças por Contexto

Contexto		
Variável dependente	Kruskall-Wallis	Signif.
BARR_EnvolProf	6.13	0.047
BARR_DiffMud	12.03	0.002
BARR_UtsNCoop	7.72	0.021
BARR_TEMPO	6.79	0.033
BARR_CompFIN	7.92	0.019
BARR_TREINO	15.35	0.000
BARR_EnvPlan	9.30	0.010

As barreiras Dificuldade em mudar e Existem partes incorrectas no MGC (Tabela 69), apresentam valores mais altos nas Equipas de saúde mental não especializadas, quando comparadas com as Equipas de saúde mental especializadas.

Tabela 69 - Barreiras, diferenças por Tipologia da equipa

Tipologia da equipa		
Variável dependente	Kruskall-Wallis	Signif.
BARR_DiffMud	10.38	0.006
BARR_PIncorr	8.79	0.012

Se consideramos a utilização de Planos Individuais de Cuidados (PIC) (Tabela 70) observamos que os valores das barreiras relacionadas com o envolvimento dos profissionais são mais altas nos serviços que já utilizavam previamente o PIC, quando comparados com os serviços que não utilizavam. A barreira Formato da prática não se adequa tem valores mais altos em serviços que não utilizavam o PIC.

Tabela 70 - Barreiras e utilização de PIC

Utilização de Planos Individuais de Cuidados		
Variável dependente	Mann Whitney U	Signif.
BARR_EnvolProf	452.50	0.047
BARR_FORMPra	779.50	0.023

Na dimensão articulação com os Cuidados de Saúde Primários (CSP) (Tabela 71) as barreiras Dificuldade em mudar e Falta de espaços para aplicar o modelo têm valores mais altos em serviços sem articulação com os CSP.

Tabela 71 - Barreiras e articulação com os CSP

Articulação com os cuidados de saúde primários		
Variável dependente	Mann Whitney U	Signif.
BARR_DifMud	746.00	0.027
BARR_ESPAÇOS	735.00	0.045

Os valores mais altos das barreiras não se adequa à minha prática e necessidade de mais treino encontram-se nos serviços que não recebem estagiários ou internos (Tabela 72).

Tabela 72 - Barreiras e formação a estagiários/internos

Serviço recebe estagiários e internos		
Variável dependente	Mann Whitney U	Signif.
BARR_InadPrat	172.50	0.039
BARR_TREINO	187.50	0.007

A barreira regularidade do contacto dos utentes com o serviço apresenta valores mais altos nos serviços que fazem investigação (Tabela 73).

Tabela 73 - Barreiras e actividade estruturada de investigação

Actividade estruturada de investigação		
Variável dependente	Mann Whitney U	Signif.
BARR_RegSERvUT	544.00	0.046

As barreiras relacionadas com as características dos utentes: regularidade do contacto, perfil socio-económico e idade têm valores mais altos nos serviços que fazem investigação psicossocial (Tabela 74).

Tabela 74 - Barreiras e actividade estruturada de investigação psicossocial

Actividade estruturada de investigação psicossocial		
Variável dependente	Mann Whitney U	Signif.
BARR_RegSERvUT	212.50	0.003
BARR_SocEcoUT	258.50	0.033
BARR_Idosos	264.00	0.045

Ao considerarmos a autonomia dos serviços para definir cuidados (Tabela 75), observamos que os valores da barreira Falta de espaços para aplicar o modelo são mais altos nos serviços sem autonomia.

Tabela 75 - Barreiras e autonomia para definir cuidados

Autonomia para definir cuidados		
Variável dependente	Mann Whitney U	Signif.
BARR_ESPAÇOS	420.00	0.032

As barreiras correspondentes à margem para conclusões do modelo, à necessidade de saber mais sobre o modelo e a resistência à utilização de protocolos têm valores mais altos nos serviços que não utilizam *guidelines* (Tabela 76).

Tabela 76 - Barreiras e utilização de *guidelines*

Utilização de <i>guidelines</i>		
Variável dependente	Mann Whitney U	Signif.
BARR_Concl	331.00	0.022
BARR_Sabmais	664.00	0.013
BARR_RESProtc	634.50	0.028

Se considerarmos o número de grupos profissionais existentes na equipa (Tabela 77), encontramos valores da barreira Administrações não cooperam nos serviços que têm equipas com menos profissionais.

Tabela 77 - Barreiras e nº de grupos profissionais na equipa

Número de grupos profissionais		
Variável dependente	Kruskall-Wallis	Signif.
BARR_AdmNCoop	9.16	0.010

3.2.2. Relação entre os subgrupos das Barreiras e das Características dos Profissionais

As barreiras relacionadas com a falta de espaços para implementar o MGC, com a necessidade de envolvimento no planeamento da formação e os perfis sócio-económicos dos doentes têm valores mais altos nos profissionais mais novos, enquanto que a barreira

relacionada com a necessidade de saber mais sobre o modelo tem valores mais altos nos profissionais mais velhos (Tabela 78).

Tabela 78 - Barreiras e idade dos profissionais

Idade		
Variável dependente	Kruskall-Wallis	Signif.
BARR_Sabmais	17.39	0.000
BARR_ESPAÇO	7.83	0.020
BARR_EnvPLAN	14.77	0.001
BARR_SocEcoUT	7.59	0.022

Tomando em linha de conta a utilização prévia de modelos de gestão de cuidados, anterior à formação (Tabela 79), a barreira Envolvimento profissional tem valores mais altos nos profissionais sem utilização prévia destes modelos.

Tabela 79 - Barreiras e utilização prévia do MGC

Utilização prévia de modelos de gestão de cuidados		
Variável dependente	Mann Whitney U	Signif.
BARR_EnvolProf	437.00	0.038

As barreiras Envolvimento dos profissionais e Inadequação à prática têm valores mais altos para profissionais que nunca foram formadores (Tabela 80).

Tabela 80 - Barreiras e actividade como formador

Formadores		
Variável dependente	Mann Whitney U	Signif.
BARR_EnvolProf	578.50	0.001
BARR_InadPra	503.50	0.036

Considerando a dimensão da prática de investigação, as barreiras Envolvimento dos profissionais, Resistência à utilização de protocolos e o formato da prática têm valores mais altos nos profissionais que não fazem investigação (Tabela 81).

Tabela 81 - Barreiras e Investigação dos profissionais

Faz investigação		
Variável dependente	Mann Whitney U	Signif.
BARR_EnvolProf	782.50	0.030
BARR_RESProtc	771.00	0.034
BARR_FORMPra	771.00	0.029

As barreiras Resistência à utilização de protocolos e formato da prática têm valores mais altos nos profissionais que nos dois anos anteriores à formação no MGC não fizeram comunicações em encontros científicos (Tabela 82).

Tabela 82 - Barreiras e nº de comunicações científicas

Número de comunicações científicas (últimos 2 anos)		
Variável dependente	Kruskall-Wallis	Signif.
BARR_RESProtc	9.02	0.029
BARR_FORMPrat	8.33	0.040

3.2.3. Relação entre os subgrupos das Barreiras e da Cultura Organizacional

Considerando a estratégia da cultura organizacional como tendo uma orientação para a estabilidade ou para a flexibilidade, a barreira Psiquiatras não cooperam tem valores mais altos em serviços que utilizam uma estratégia de Estabilidade (Tabela 83).

Tabela 83 - Barreiras e estratégia da cultura organizacional

Estratégia da Cultura Organizacional		
Variável dependente	Mann Whitney U	Signif.
BARR_PsiqNCoop	241.00	0.013

As barreiras Envolvimento dos profissionais e Outros profissionais não cooperam têm um valor mais alto nos serviços com um foco da cultura organizacional Interno (Tabela 84).

Tabela 84 - Barreiras e foco da cultura organizacional

Foco da Cultura Organizacional		
Variável dependente	Mann Whitney U	Signif.
BARR_EnvolProf	405.50	0.004
BARR_ProfsNCoop	252.50	0.025

Nota: não foram encontradas diferenças significativas entre subgrupos, quanto às barreiras, considerando as estratégias de Flexibilidade e o foco Externo, associadas à dimensão da Cultura organizacional.

3.2.4. Relação entre os subgrupos Barreiras x Implementação do MGC

As barreiras da dimensão Características dos profissionais, avaliadas pelo BaFAI (Tabela 85), têm valores mais altos na implementação sem fidelidade.

Tabela 85 - Barreiras e fidelidade da implementação

Fidelidade da implementação		
Variável dependente	Kruskall-Wallis	Signif.
BARRCARPROF	11.31	0.003

3.3. Estudo de associações - análise bivariada

3.3.1. Associações entre as variáveis dos serviços (Tabela 86)

- ▶ A variável Utilização prévia de modelos de gestão de cuidados correlacionou-se de forma muito significativa com a prática de investigação psicossocial.
- ▶ A variável Utilização de ficheiro clínico único correlacionou-se de forma muito significativa com a utilização de *Planos Individuais de Cuidados*, a *organização de formações*, a *investigação*, a *investigação psicossocial*, a *autonomia do serviço* e a *utilização de guidelines*.
- ▶ A variável Articulação com os Cuidados de Saúde Primários, correlacionou-se de forma muito significativa com a *investigação*.
- ▶ A variável Utilização de guidelines correlacionou-se de forma muito significativa com a *utilização de ficheiro clínico único*, do *Plano Individual de Cuidados*, com a *investigação*, com a *investigação psicossocial* e com a *autonomia do serviço*.

Tabela 86 - Matriz de correlações entre as características dos serviços

		UtMGC	FICHUn	PIC	ArtCSP	EST	FORM	OrgFOR	INV	INVPS	AUT	GUIDL
Spearman's rho (N=71)	UtMGC	1.000										
	FICHUn	0.292*	1.000									
	PIC	0.163	0.311**	1.000								
	ArtCSP	0.220	0.152	-0.200	1.000							
	EST	0.132	0.072	-0.083	0.250*	1.000						
	FORM	-0.105	0.088	-0.162	0.197	-0.071	1.000					
	OrgFOR	-0.074	0.349**	0.159	0.103	0.147	-0.120	1.000				
	INV	0.304*	0.425**	0.030	0.369**	0.112	0.224	0.219	1.000			
	INVPS	0.415**	0.377**	0.028	0.267*	0.104	0.206	0.109	0.883**	1.000		
	AUT	0.206	0.520**	0.082	0.202	0.098	0.374**	0.332**	0.297*	0.274*	1.000	
	GUIDL	0.260*	0.793**	0.340**	0.151	0.136	0.305*	0.296*	0.435**	0.360**	0.467**	1.000

Sig. (2-tailed) *0.05; **0.01

3.3.2. Associação entre variáveis de implementação (Tabela 87)

- ▶ A variável Duração do acompanhamento correlacionou-se de forma muito significativa com o *número de tópicos abordados*, o *envolvimento da família*, a utilização de técnicas de *psicoeducação* e de técnicas *cognitivo comportamentais*.
- ▶ A variável Psicoeducação correlacionou-se de forma muito significativa com o *número de tópicos utilizados*, a utilização de *folhas de informação*, o *envolvimento da família* e o uso das estratégias motivacionais.
- ▶ A variável Gestão da Medicação correlacionou-se de forma muito significativa com as *estratégias de coping* e com a *prevenção de recaídas*.

Tabela 87 - Matriz de correlações entre variáveis da fidelidade de implementação

		Npessoas	Duração	Tópicos	Folhasinf	Familia	EstObjec	AcompObj	EstMotiv	Psiedu	TecCC	EstCop	PrevRec	GestMeds
Spearman's rho (N=71)	Npessoas	1.000												
	Duração	0.007	1.000											
	Tópicos	0.006	0.524**	1.000										
	Folhasinf	-0.175	0.279*	0.486**	1.000									
	Familia	-0.076	0.550**	0.421**	0.498**	1.000								
	EstObjec	-0.140	0.168	0.237*	0.455**	0.229	1.000							
	AcompObj	-0.225	0.159	0.156	0.310**	0.087	0.832**	1.000						
	EstMotiv	-0.138	0.225	0.248*	0.295*	0.230	0.252*	0.236*	1.000					
	Psiedu	-0.007	0.452**	0.473**	0.348**	0.458**	0.269*	0.242*	0.491**	1.000				
	TecCC	0.019	0.513**	0.508**	0.294*	0.402**	0.143	0.120	0.281*	0.595**	1.000			
	EstCop	-0.099	0.167	0.180	0.304*	0.139	0.276*	0.220	0.119	0.130	0.193	1.000		
	PrevRec	0.012	0.151	0.025	0.288*	0.095	0.144	0.071	0.110	-0.024	0.019	0.626**	1.000	
	GestMeds	-0.167	0.258*	0.136	0.288*	0.278*	0.118	0.126	0.006	0.114	0.125	0.410**	0.565**	1.000

Sig. (2-tailed) *0.05; **0.01

3.3.3. Associação entre as variáveis das barreiras à implementação do modelo (Tabela 88)

- ▶ A variável Barreira - o modelo não permite conclusões próprias correlacionou-se de forma muito significativa com as *Barreiras não permite pedidos dos doentes e ponto de partida para a aprendizagem*. Correlacionou-se ainda, de forma significativa, com a *Barreira - Inadequação à prática*.
- ▶ A variável Barreira - não permite pedidos dos doentes correlacionou-se de forma muito significativa com a *Barreira - ponto de partida para a aprendizagem*.

Tabela 88 - Matriz de correlações entre as barreiras à implementação do modelo MGC

	BARR_CONC	BARR_PedDoen	BARR_PApr	BARR_TEMPO	BARR_InadPra	BARR_FORMPrat
Spearman's rho (N=71)						
BARR_CONC	1.000					
BARR_PedDoen	0.594**	1.000				
BARR_PApr	0.332**	0.315**	1.000			
BARR_TEMPO	0.058	-0.039	0.124	1.000		
BARR_InadPra	0.276*	0.141	0.221	0.251*	1.000	
BARR_FORMPrat	0.008	0.169	0.245*	0.158	0.202	1.000

Sig. (2-tailed) *0.05; **0.01

3.3.4. Associação entre as variáveis das barreiras e da implementação

Em complemento do estudo de associação de variáveis dos pontos anteriores, são apresentados os resultados das correlações entre as variáveis das barreiras e as variáveis da implementação dos recursos e das técnicas utilizadas para a fidelidade do MGC, bem como o estudo entre as barreiras e os modelos de cultura organizacional (Tabela 89).

- ▶ As variáveis Barreira - Resistência à utilização de protocolos, Barreira - Formato da Prática e Barreira -Necessidade de mais Treino correlacionaram-se negativamente de forma significativa com a implementação dos *Recursos do MGC*.
- ▶ A variável Barreira -Necessidade de mais Treino correlacionou-se negativamente de forma muito significativa com a implementação dos *Recursos do MGC*.
- ▶ As variáveis Barreira - Resistência à utilização de protocolos, Barreira - Os outros profissionais não cooperam e Barreira - formato da Prática correlacionaram-se negativamente de forma muito significativa com a implementação dos *Técnicas do MGC*.

Tabela 89 - Correlação, Barreiras x Implementação

	N	ρ	Sig.
BARR_RESProtc x ImpRECURSOS	71	-0.306	0.010*
BARR_FORMPrat x ImpRECURSOS	71	-0.267	0.026*
BARR_TREINO x ImpRECURSOS	71	-0.369	0.002**
BARR_RESProtc x ImpTÉCNICAS	71	-0.352	0.003**
BARR_ProfsNCoop x ImpTÉCNICAS	71	-0.257	0.032*
BARR_FORMPrat x ImpTÉCNICAS	71	-0.323	0.006**

Sig. (2-tailed) *0.05; **0.01

3.3.5. Associação entre as variáveis das barreiras e da cultura organizacional (Tabela 90)

- ▶ A variável Modelo de Cultura Organizacional Racional de Objectivos correlacionou-se negativamente de forma significativa com a variável *Barreira - Resistência a protocolos*.
- ▶ A variável Modelo de Cultura Organizacional Sistemas Abertos correlacionou-se negativamente de forma significativa com a variável *Barreira - Inadequado à prática*.
- ▶ A variável Modelo de Cultura Organizacional Sistemas Abertos correlacionou-se de forma significativa com a *Barreira - Cultura dos Utentes*.

Tabela 90 - Correlação, Barreiras x Cultura Organizacional

	N	ρ	Sig.
MOD_RACIO x BARR_RESProtc	71	-0.235	0.050*
MOD_SISAbt x BARR_InadPra	71	-0.244	0.042*
MOD_SISAbt x BARR_CultUT	71	0.246	0.033*

Sig. (2-tailed) *0.05; **0.01

- ▶ A variável Perfil de Liderança - Produtor correlacionou-se de forma significativa com a *Fidelidade de Implementação* (Tabela 91).

Tabela 91 - Correlação, Perfil de Liderança x Implementação

	N	ρ	Sig.
Perfil_PRODUTOR x ImplGlobal	71	0.246	0.040*

Sig. (2-tailed) *0.05; **0.01

3.4. Análise Multivariada - Regressão Múltipla

3.4.1. Fidelidade da implementação a partir de variáveis de perfil de liderança

As variáveis significativamente correlacionadas com a variável dependente Fidelidade de Implementação foram introduzidas como preditivas. Através do método *standard* surgiu um modelo significativo $F = 4.001$, $p = 0.006$. O modelo explica 16.2% da variância (R^2 Ajustado = 0.162). A Tabela 92 contém informação adicional sobre os coeficientes de regressão para as variáveis preditivas. A variável PRODMotivTT1 foi preditiva significativamente ($\beta = 0.452$, $p = 0.003$) com uma relação positiva da variável fidelidade de implementação. As variáveis PRODMotivTT2, PRODMotivRes1 e PRODMotivRes2 não foram significativamente preditivas.

Tabela 92 - Fidelidade de Implementação a partir de variáveis de perfil de liderança

Modelo 1	Erro Padrão β	β	t (62)	Sig.	Corr. Parcial	Tolerância
PRODMotivRes1	1.702	-0.252	-1.661	0.102	-0.213	0.590
PRODMotivTT1	1.514	0.452	3.059	0.003**	0.373	0.618
PRODMotivTT2	1.985	0.246	1.465	0.148	0.189	0.479
PRODMotivRes2	1.570	-0.176	-1.040	0.302	-0.135	0.473

$R = 0.466$; $R^2 = 0.216$; R^2 Ajustado = 0.162; $F = 4.001$, $p = 0.006$ **

Na extração de um 2º modelo as variáveis foram reduzidas para três. Surgiu um modelo significativo $F = 4.966$, $p = 0.004$. O modelo explica 16.1% da variância (R^2 Ajustado = 0.161). A Tabela 93 contém informação adicional sobre os coeficientes de regressão para as variáveis preditivas. As variáveis PRODMotivRes1 ($\beta = 0.302$, $p = 0.039$) e PRODMotivTT1 ($\beta = 0.436$, $p = 0.004$) foram preditivas significativamente, a primeira com uma relação negativa e a segunda com uma relação positiva, da variável fidelidade de implementação. A variável PRODMotivTT2 não foi significativamente preditiva.

Tabela 93 - Fidelidade de Implementação a partir de variáveis de perfil de liderança

Modelo 2	Erro Padrão β	β	t (62)	Sig.	Corr. Parcial	Tolerância
PRODMotivRes1	1.612	-0.302	-2.107	0.039*	-0.265	0.658
PRODMotivTT1	1.506	0.436	2.963	0.004**	0.360	0.625
PRODMotivTT2	1.752	0.164	1.104	0.274	0.142	0.615

$R = 0.449$; $R^2 = 0.202$; R^2 Ajustado = 0.161; $F = 4.966$, $p = 0.004$ **;

3.4.2. Fidelidade da implementação a partir de variáveis das barreiras

As variáveis significativamente correlacionadas com a variável dependente Fidelidade de Implementação foram introduzidas como preditivas. Através do método *standard* surgiu um modelo significativo $F = 8.289$, $p = 0.000$. O modelo explica 32.2% da variância (R^2 Ajustado = 0.322). A Tabela 94 contém informação adicional sobre os coeficientes de regressão para as variáveis preditivas. As variáveis BARR_DifMud, BARR_AdmNCoop e BARR_InadPra foram preditivas significativamente, com uma relação negativa, da variável fidelidade de implementação.

Tabela 94 - Fidelidade de Implementação a partir de variáveis de barreiras

	Erro Padrão β	β	t (62)	Sig.	Corr. Parcial	Tolerância
BARR_DifMud	1.528	-0.489	-3.989	0.000***	1.019	0.981
BARR_AdmNCoop	1.728	-0.309	-2.497	0.016*	1.040	0.961
BARR_InadPra	1.703	-0.290	-2.362	0.023*	1.025	0.976

$R = 0.606$; $R^2 = 0.367$; R^2 Ajustado = 0.322; $F = 8.289$, $p = 0.000$ ***

3.4.3. Fidelidade da implementação a partir da combinação de variáveis de barreiras e de perfis de liderança

As variáveis significativamente correlacionadas com a variável dependente Fidelidade de Implementação foram introduzidas como preditivas, combinando variáveis das barreiras e variáveis dos perfis de liderança. Através do método *standard* surgiu um modelo significativo $F = 12.005$, $p = 0.000$. O modelo explica 59.2% da variância (R^2 Ajustado = 0.592). A Tabela 95 contém informação adicional sobre os coeficientes de regressão para as variáveis preditivas. As variáveis BARR_DifMud ($\beta = -0.277$, $p = 0.018$), BARR_AdmNCoop ($\beta = -0.593$, $p = 0.000$) e BARR_InadPra ($\beta = -0.280$, $p = 0.017$) foram significativamente preditivas, com uma relação negativa, da variável fidelidade de implementação.

As variáveis PRODMotivTT1 ($\beta = 0.386$, $p = 0.009$) e PRODMotivTT2 ($\beta = 0.418$, $p = 0.010$) foram significativamente preditivas, com uma relação positiva, da variável fidelidade de implementação.

Tabela 95 - Fidelidade de Implementação a partir de variáveis de barreiras e de perfil de liderança

Modelo	Erro Padrão β	β	t (62)	Sig.	Corr. Parcial	Tolerância
PRODMotivTT1	1.393	0.386	2.759	0.009**	1.824	0.548
BARR_DifMud	1.373	-0.277	-2.495	0.018*	1.150	0.870
BARR_AdmNCoop	1.393	-0.593	-4.641	0.000***	1.519	0.659
PRODMotivTT2	1.623	0.418	2.732	0.010**	2.175	0.460
BARR_InadPra	1.161	-0.280	-2.511	0.017*	1.153	0.870

R = 0.803; R² = 0.645; R² Ajustado = 0.592; F = 12.005, p = 0.000***

CAPÍTULO IV - DISCUSSÃO

A discussão será feita através de uma análise crítica dos resultados face ao conteúdo que se encontra nos capítulos anteriores da Parte II, agrupando os resultados obtidos nas principais dimensões estudadas.

4.1. Serviços de saúde mental

O número total de serviços incluídos na amostra foi 26, pertencendo 17 destes ao sector público e 9 ao sector social. Considerando que profissionais de 37 serviços públicos participaram na formação do MGC, a taxa de autorização das instituições públicas para a realização do estudo foi de 45.9%. No entanto e tomando em linha de conta o número de profissionais do sector público formados e incluídos na amostra (n=54), à luz dos profissionais autorizados pelas instituições do sector público a responder (n=101), a taxa efectiva de resposta dos profissionais foi de 53.46%. Apesar desta taxa de resposta estar próxima das mencionadas na literatura, para os métodos de *survey* por formulário electrónico (Sheehan, 2006), reconhecemos que uma percentagem maior de autorizações das instituições teria contribuído para uma amostra mais robusta. A par, como apontado na primeira parte do nosso trabalho e igualmente confirmado por dados da nossa amostra, a prática da investigação é reduzida em Portugal, reservando-se uma parcela adicionalmente diminuta à investigação sobre avaliação de serviços. Este facto poderá ter influenciado um maior grau de reserva das instituições quanto às autorizações para estudos desta natureza, apesar dos múltiplos pedidos e das sucessivas insistências junto das instituições.

As equipas dos serviços incluídos na amostra são constituídas na sua maioria por 3 a 5 grupos profissionais (52.11%), correspondendo ao número esperado em equipas especializadas de saúde mental. Este grau de multidisciplinaridade era relativamente esperado, considerando as necessidades da população com doença mental grave (World Health Organization, 2005) e a implementação de modelos de gestão de cuidados (Intagliata, 1982). Uma percentagem adicional de 28.17% de serviços tem equipas onde trabalham mais de 5 grupos profissionais. Estes serviços pertencem aos hospitais psiquiátricos com valências de carácter assistencial regional, conforme o Decreto nº35/99 (Assembleia da República, 1999), na definição das competências específicas dos hospitais psiquiátricos.

A articulação com os cuidados de saúde primários existe na maioria dos serviços (56.34%), embora com grandes assimetrias entre regiões, variando entre a inexistência de articulação reportada (região do Algarve) e proporções altas de articulação (90.91%) na região do Alentejo. A articulação é hoje encarada como fundamental, tanto para o acompanhamento

das doenças mentais comuns, como para os aspectos associados à ligação aos serviços na comunidade, no caso das doenças mentais graves (Caldas de Almeida, 2011). Os resultados mostram que mesmo em serviços afastados dos grandes centros pode existir um nível elevado de articulação.

No que se refere à caracterização dos serviços, estudaram-se outros aspectos relacionados com a qualidade e a diferenciação dos cuidados prestados. Os resultados obtidos neste campo mostram que 77.46% dos serviços têm autonomia para definir os cuidados a prestar, com percentagens elevadas em todas as regiões. As percentagens consideravelmente elevadas de autonomia dos serviços para definir os cuidados podem ser interpretadas como indicadores de bom desenvolvimento, associados a conceitos recentemente defendidos por alguns autores quanto à adaptabilidade face aos recursos das equipas e às necessidades locais de cuidados das populações, construindo modelos de cuidados equilibrados e por isso mais eficientes (Thornicroft & Tansella, 2004).

A maioria dos serviços (63.38%) realiza duas ou mais reuniões clínicas por mês, aspecto fundamental não só para o desenvolvimento de cuidados integrados como para a formação contínua dos profissionais. A quase totalidade dos serviços (95.77%) recebe estagiários e/ou internos regularmente e proporções altas podem ser encontradas em todas as regiões quanto à frequência em sessões de formação dos Centros de Formação das próprias instituições, com uma média de 88.73%. As acima nomeadas percentagens de formação clínica e em serviço podem também ser consideradas bons indicadores de desenvolvimento dos serviços, pois sabemos que as “tecnologias” e os “equipamentos” mais valiosos nos serviços de saúde mental continuam a ser os recursos humanos. Sujeitos, hoje em dia, a ciclos rápidos de actualização de conhecimentos, estes continuam a ser considerados, pelas instituições internacionais, como uma área de prioridade alta de investimento na saúde mental (World Health Organization, 2005).

A área da investigação tem níveis considerados baixos quando comparados com outros países da Europa (Clarke et al., 2007) e os resultados confirmam esta tendência, tanto para a globalidade das áreas de investigação (25.35%), como para as áreas psicossociais (22.54%).

Tivemos oportunidade de abordar, na primeira parte do nosso trabalho, o papel nuclear da investigação como ponto de partida para a inovação dos serviços e para os processos de implementação estruturados (Grol & Wensing, 2005). Quando falamos em intervenções complexas, como as da área da doença mental grave, a urgência de realização de estudos de investigação a nível local é ainda maior (Campbell et al., 2007), embora os resultados nacionais apontem, adicionalmente, para regiões do país onde não se faz qualquer investigação nos serviços (e.g. Algarve).

Sobre a investigação importa em complemento dizer que a investigação na área dos serviços pode, segundo alguns autores, informar melhor para a definição de políticas, quando comparado com a opinião de peritos, modelo de aceitação generalizada actual para a maior parte dos países da Europa (Ettelt & Mays, 2011).

Considerando agora componentes fundamentais para a implementação de modelos de gestão de cuidados (Bond et al., 2001; Thornicroft, 1991), os resultados nacionais indicam que em

66.20% dos serviços fazem-se registos em processo clínico único, evitando a fragmentação da informação quando os cuidados são integrados, ainda que níveis baixos de utilização de processos clínicos únicos tenham sido observados na região de saúde do Algarve. As percentagens de utilização de planos individuais de cuidados são globalmente mais baixas (46.48%), que os registos em processo clínico único (à excepção da região Norte, com 85.71%), embora os planos individuais tenham uma importância reconhecida nas abordagens clínicas que pautam pela consideração do conceito de *recovery* (Mueser et al., 1998; Simpson et al., 2003), incluindo no modelo abordado neste estudo. Por seu turno, a utilização de *guidelines* nos serviços do país varia entre uma percentagem mínima na região Centro (35.71%) e uma percentagem máxima na região Norte (71.43%), com uma média nacional de 57.75%. Os dados nacionais são consistentes com o intervalo reportado da proporção de utilização de *guidelines* na Europa (25-50%), embora existam diferenças consideráveis entre regiões (Grol & van Weel, 2009; Woolf et al., 1999).

A análise da relação entre as variáveis descritivas dos serviços veio confirmar o postulado que aponta o MGC não só como um procedimento prático de inestimável valor na prestação de cuidados, mas também como um modelo conceptual orientador da organização dos serviços, conforme definido pelo NIMH no momento do lançamento do CSS (Community Support System) (McAnally et al., 1989).

Quando analisámos as associações entre as variáveis dos serviços da nossa amostra, confirmamos uma relação das dimensões ligadas à utilização de modelos integrados de cuidados (Bond et al., 2001), patentes na correlação muito significativa da utilização prévia de modelos de gestão de cuidados com a prática de investigação psicossocial ($r=0.415^{**}$), a utilização de *guidelines* ($r=0.260^*$) e com a utilização de ficheiros clínicos únicos ($r=0.292^*$). Dados adicionais puderam ser confirmados quanto à correlação da utilização de planos individuais de cuidados com a utilização de ficheiros clínicos únicos ($r=0.311^{**}$) e com a utilização de *guidelines* ($r=0.340^{**}$).

A utilização de *guidelines* está ainda correlacionada com as práticas da investigação em geral ($r=0.435^{**}$), com a investigação nas áreas psicossociais ($r=0.360^{**}$), com o grau de autonomia dos serviços ($r=0.467^{**}$), com a utilização de ficheiros clínicos únicos ($r=0.793^{**}$) e com a formação ($r=0.305^*$). Estes dados parecem indicar que, para além dos dados resultantes especificamente da implementação e da fidelidade da utilização do MGC, importa analisar outros indicadores da modernização na prestação de cuidados que não estão associados a processos de implementação de modelos restritos de intervenção. Poderão também sobressair aspectos relacionados com a possível influência de algumas práticas na melhoria ao nível da organização de serviços, já mencionados, amplamente referenciados na literatura (McAnally et al., 1989). No entanto existem parâmetros mais específicos e melhor estudados que indicam que os serviços mais autónomos têm graus mais altos de implementação de inovações (Greenhalgh, 2005).

4.2. Profissionais dos serviços de saúde mental

Os profissionais incluídos na amostra são na sua maioria do sexo feminino (69.01%), com idades entre os 25 e os 56 anos (média 38.9, \pm 7.41). Os valores da amostra são ligeiramente inferiores à proporção nacional dos profissionais de saúde do sexo feminino (73%) e à média de idades nacional (42.3) (fonte: Departamento de Recursos Humanos da Saúde, 1999).

Pertencem, maioritariamente, aos grupos profissionais da enfermagem (23.94%) e da psicologia (49.30%) - a maior proporção de profissionais por região é a da psicologia, excepto na região Norte, onde a maior proporção de profissionais pertence à enfermagem (50%). Comparando com a proporção de profissionais a trabalhar nos Serviços de Saúde Mental portugueses (n=2256, em 2008 - dados CNSM/SICA¹⁸, ver ponto *Análise da implementação do PNSM*), os psicólogos estiveram representados muito acima da sua proporção nas equipas de saúde mental em Portugal (10.77%) e os enfermeiros abaixo da sua proporção nas mesmas equipas (58.02%), valores possivelmente explicados pelo facto deste modelo utilizar muitas componentes associadas à intervenção psicológica (Mueser, 2006), tornando-o mais atractivo para os psicólogos.

A formação dos profissionais é de nível superior em todos os grupos, com uma percentagem total de licenciados de 80.3%, tendo os restantes uma formação ao nível do mestrado.

Remetendo a nossa descrição para as características da especialização dos profissionais, os resultados mostram que 83% dos profissionais não tinha feito formação prévia em modelos de gestão de cuidados, justificando plenamente a inclusão do MGC no Programa Nacional de Formação (Ministério da Saúde, 2008). Esta ausência de formação específica é congruente com os achados do estudo PORT (*Schizophrenia Patient Outcomes Research*), (Lehman & Steinwachs, 1998b), no qual é evidente uma discrepância entre a disponibilidade de práticas baseadas na evidência para a prestação de cuidados integrados e a sua escassa utilização na rotina diária.

Apesar dos valores baixos de formação prévia em modelos de gestão de cuidados, 39% dos profissionais indicou utilizar algumas vertentes destes modelos na sua prática. Este dado poderá ser parcialmente explicado pelo facto da quase totalidade dos profissionais ter experiência no tratamento de doentes mentais graves (97.18%), área, que como tivemos oportunidade de abordar na primeira parte e em acordo com os dados da literatura (Burns, 2000; Essock et al., 2006; Smith & Newton, 2007), tem vindo progressivamente a integrar componentes anteriormente relacionados com a gestão de cuidados especializada naquilo que hoje é considerado como *standard care*. No entanto, pensamos que a utilização não-estruturada de dimensões do MGC poderá comprometer de alguma forma a potencial efectividade deste modelo, conforme confirmado noutros estudos (Becker, Smith, Tanzman, Drake, & Tremblay, 2001) (Bond, Evans, Salyers, Williams, & Kim, 2000).

Observamos, em conclusão deste ponto, que apesar de 97.18% dos profissionais ter participado em dois ou mais encontros científicos num período de dois anos, apenas 38.03%

¹⁸ Coordenação Nacional para a Saúde Mental / Sistema de Informação para Contratualização e Acompanhamento

apresentou alguma comunicação científica no mesmo intervalo, reforçando os dados mencionados no ponto anterior quanto à baixa proporção de actividades de investigação no serviços.

4.3. Guideline do Modelo de Gestão de Cuidados

Os resultados da avaliação da *guideline*, utilizada como base para o programa de formação dos profissionais, indicaram percentagens mais altas, quanto à qualidade do seu desenvolvimento, nos Domínios 1 (*Objectivo e finalidade*, com 72.2%) e 4 (*Clareza de Apresentação*, 77.7%). O Domínio 5 (*Aplicabilidade*) foi pontuado no limite inferior de desenvolvimento com qualidade suficiente (54.1%), ao passo que a *guideline* obteve uma pontuação negativa nos Domínios 2 (*Envolvimento das partes interessadas*, com 41.6%) e 3 (*Rigor do Desenvolvimento*, com 28.1%). Adicionalmente, não foi possível às avaliadoras cotar o Domínio 6 (*Independência editorial*), por ausência de referências neste contexto.

Estes resultados são parcialmente concordantes com o estudo similar de LoVecchio nas avaliações dos domínios 1, 2 e 4 e discordantes nos restantes domínios (Vecchio et al., 2011). A comparação com outro estudo, onde foram avaliadas *guidelines* da área da medicina ocupacional, mostrou uma concordância adicional com o Domínio 3, além dos anteriores. Nestes estudos a pontuação da independência editorial foi sempre muito baixa, inferior a 30% (Cates, Young, Bowerman, & Porter, 2006).

Embora a *guideline* tenha tido uma avaliação global positiva (66%), as avaliadoras recomendaram a realização de modificações pontuais antes da sua utilização, de acordo com as observações da avaliação listadas nos parágrafos adiante:

Domínio 1 - Âmbito e Finalidade

“Os objectivos globais do programa estão bem definidos, bem como os dos temas abordados pela *guideline*, sendo os mesmos apresentados de uma forma compreensível e as recomendações adequadas à população alvo.”

“Apesar de existir uma margem para a acomodação às necessidades específicas de cada doente os temas são predominantemente apresentados na perspectiva dos resultados comportamentais ou sociais, com os objectivos muitas vezes focados” “...num pacote de acções com metas a atingir”.

Domínio 2 - Envolvimento das partes interessadas

“A equipa de profissionais que esteve envolvida no desenvolvimento e adaptação da *guideline* está identificada mas o documento é omissivo quanto ao papel que cada grupo profissional desempenhou no seu desenvolvimento. Falta uma descrição do processo de global desenvolvimento da *guideline* e das estratégias de pesquisa utilizadas, não estando de igual forma descrita a perspectiva da população-alvo (i.e. doentes e familiares) acerca da elaboração da mesma.”

Domínio 3 - Rigor de desenvolvimento

“Os critérios de selecção da evidência científica não estão descritos de forma suficiente, nomeadamente as estratégias de pesquisa no processo de desenvolvimento, onde possa ser confirmada a qualidade metodológica dos estudos que o sustentam.”

“Os utilizadores não conseguem identificar os componentes do corpo de evidência científica relevante para cada recomendação que a equipa de desenvolvimento da *guideline* apresenta, contudo as recomendações são fundamentadas com a descrição de vários exemplos e das vantagens das estratégias a adoptar.”

Domínio 4 - Clareza da Apresentação

“Em cada módulo terapêutico os objectivos, a estrutura, os princípios pedagógicos e as estratégias das sessões são descritos de forma detalhada. É explícito a quem se aplicam as recomendações, como se podem aplicar e com que finalidade.”

“As patologias estão bem caracterizadas no que diz respeito ao rastreio, à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento, sendo apresentadas diferentes opções de abordagem aos problemas de saúde, quer aos doentes quer aos profissionais, com encorajamento ao envolvimento dos doentes nas diversas opções.”

“As recomendações-chave são adequadamente selecionadas e refletem as principais informações, podendo melhorar na perspectiva de tornar a consulta e a leitura mais fácil e acessível.”

Domínio 5 - Aplicabilidade

“A *guideline* sugere estratégias específicas para ultrapassar barreiras. As estratégias de implementação do Programa estão disponíveis em vários formatos, com menção aos aspectos facilitadores e às barreiras, assim como a forma de contornar as últimas. Contudo, não há informação direta e explícita do suporte científico dessas estratégias, dos métodos que orientaram a pesquisa da informação, ou a forma como esta influenciou a elaboração do manual de trabalho.”

“A *guideline* inclui diversos anexos, *check-lists*, resumos, guias de referência rápida e ferramentas educativas que facilitam a sua aplicabilidade.”

“Não estão mencionados os impactos potenciais das recomendações sobre os recursos de saúde, nomeadamente os custos adicionais para a sua implementação. Não existe referência ao envolvimento de peritos para a obtenção e a análise das informações sobre os custos.”

“Estão disponíveis diversos instrumentos que permitem avaliar, passo-a-passo, o estadió de evolução pessoal em cada sessão terapêutica (medidas de comportamento) que permitem uma prossecução flexível na sua continuidade.”

Domínio 6 - Independência editorial

“Não existem referências a fontes de financiamento para a elaboração da *guideline* nem a possíveis influências no estabelecimento dos conteúdos da mesma.

“A *guideline* não fornece detalhes sobre o seu processo de elaboração, incluindo a existência ou a ausência de conflito de interesses dos seus autores.”

Avaliação Global

“A *guideline* é um instrumento de trabalho com recomendações sólidas e abrangentes. Está estruturada de uma forma prática e pedagógica, sendo um excelente guia de orientação, que fornece um apoio importante na aquisição e desenvolvimento de competências dos prestadores de cuidados. Permite um acompanhamento personalizado dos participantes com doença mental e a respetiva avaliação sistemática nos processos de recuperação.”

“É contudo omissa nas informações sobre o seu processo de desenvolvimento e adaptação, o que dificulta substancialmente a sua avaliação na plenitude, não obstante a disponibilização das referências bibliográficas de suporte do Programa.”

“Tornou-se, assim, difícil avaliar determinados itens, nomeadamente, de rigor de desenvolvimento, os custos ou a independência editorial.”

A avaliação de *guidelines*, representa hoje uma parte importante do desenvolvimento e implementação de práticas baseadas na evidência, posterior à época de crescimento exponencial e por vezes desregulado de publicações disponibilizadas (Grol & van Weel, 2009). Por essa razão e considerando o dever de utilidade de qualquer conhecimento gerado a partir de estudos desta natureza, incluímos nos resultados a informação aqui discutida, que desagua precisamente na actual discussão internacional sobre esta matéria (Gibbons, Antman, & Smith, 2010; Grol, 2010).

4.4. Cultura Organizacional

O perfil de liderança com maior frequência nos serviços de saúde mental portugueses foi o de *Mentor* (45.61%). Este perfil está associado às competências de auto-compreensão, compreensão dos outros e comunicação interpessoal, com objectivos relacionados com o desenvolvimento dos recursos humanos das equipas. Embora existam algumas diferenças entre as diversas áreas da saúde, representadas a título de exemplo, na atribuição típica deste perfil de liderança aos profissionais de saúde mental devido à própria formação de base, valores semelhantes de predominância podem ser encontrados noutros contextos de saúde (K. R. Jones, DeBaca, & Yarbrough, 1997; Meterko, Mohr, & Young, 2004). Estes resultados são corroborados com dados de outros estudos na área da saúde, nomeadamente os realizados nos *National Trusts* do serviço nacional de saúde inglês (Scott, 2003), que mostram uma percentagem de 47% no perfil de liderança *Mentor* quando avaliado pelos profissionais (à semelhança da nossa metodologia). Este valor sobe para 53% quando avaliado na perspectiva dos dirigentes intermédios.

As percentagens mais baixas, em Portugal, pertenceram aos perfis *Monitor* e *Inovador* (3.51%), este último associado a competências de convivência com a mudança, resolução de

problemas e concepção de soluções inovadoras e eficazes (Felicio et al., 2008; Quinn et al., 1991). Ao contrário do perfil *Mentor*, os resultados para o perfil *Inovador* no estudo inglês, já referido, tiveram resultados diferentes nos *National Trusts*, onde as percentagens se situaram nos 10%.

Na perspectiva da cultura organizacional dos serviços, os resultados estão alinhados com o perfil anteriormente descrito, com pontuações mais altas na cultura organizacional de relações humanas, com um foco de liderança voltado para o interior da equipa e para o desenvolvimento dos subordinados (Mateus, Almeida, & Xavier, 2013), com percentagens altas em todas as regiões e média (74.07%).

A mesma homogeneidade foi encontrada nas estratégias de liderança dos serviços com um predomínio em todas as regiões de uma estratégia de liderança de flexibilidade (66.10%), por oposição às estratégias de controlo, mais comuns em organizações altamente hierarquizadas (Berrio, 2003).

Como tivemos oportunidade de fazer referência antes, não existe um perfil óptimo para assegurar bons níveis de implementação de práticas baseadas na evidência. Isto acontece porque a implementação depende de um conjunto muito diversificado de influências que na maioria das situações geram combinações idiossincráticas de contextos locais, institucionais e profissionais muito diferentes (Brownson et al., 2012).

A abordagem mais conservadora quanto à contextualização dos perfis de liderança nos aspectos da implementação parece sugerir que a consideração destes é fundamental para preconizar um clima estratégico de implementação, devendo ser avaliados idealmente antes deste processo.

Os resultados das correlações bivariadas entre perfis profissionais e grau de implementação mostram que a única associação positivamente significativa com o grau da implementação do MGC é a do perfil *Produtor* ($\rho = 0.246^*$), perfil com um peso específico de 14.55% na prevalência dos perfis de liderança nos serviços de saúde mental portugueses, associados à cultura *Racional de Objectivos*. Esta cultura organizacional é caracterizada pelo planeamento e estabelecimento de objectivos com uma orientação para a produtividade e eficiência (Quinn, 1983).

4.5. Barreiras à implementação

As barreiras à implementação da prática do MGC, identificadas pelos profissionais dos serviços de saúde mental, com percentagens mais altas nos totais do país, foram:

- o tempo (57.7%)
- o conhecimento sobre o modelo e a motivação (40.8%)
- as normas de grupo - colaboração dos outros profissionais (33.7%)
- o número de contactos reduzidos com os doentes (35.2%)
- as insuficiências do ponto de vista dos espaços para implementar a prática (70.4%)
- as insuficiências do ponto de vista dos instrumentos disponíveis (69%).

Estes resultados são concordantes com os de estudos similares no que diz respeito à motivação e à necessidade de maior conhecimento. São discordantes quanto às barreiras dos espaços e dos instrumentos para a utilização do modelo, mais elevadas em Portugal (Goderis et al., 2009; Pagoto, Spring, & Coups, 2007; Salyers, Rollins, McGuire, & Gearhart, 2009b). **Ao olharmos para as regiões, podemos destacar as principais diferenças das barreiras entre estas:** na região do Alentejo a falta de tempo (63.64%) e o número reduzido de contactos com os utentes (45.45%); na região de LVT a necessidade de maior conhecimento sobre o modelo (46.15%); na região do Algarve a falta de compensação financeira (50%); na região Norte a falta de cooperação dos psiquiatras (50%) e dos outros profissionais (57.14%), a falta de instrumentos (78,57%) e de espaços (85.72%) e na região Centro a falta de cooperação das administrações (42.86%). Estes dados são congruentes com as diferenças entre regiões encontradas noutras investigações (Parahoo, 2000) (Hemsley-Brown, 2004) (Funk, Champagne, Wiese, & Tornquist, 1991) e parecem sugerir a necessidade de planos de implementação desenhados de acordo com as características das barreiras identificadas regional e localmente (Wensing et al., 2011), existindo resultados positivos em estudos que fizeram esta identificação, aplicando posteriormente programas de implementação denominados *Tailored Implementations* (Evans et al., 1997) (Baker, Reddish, Robertson, Hearnshaw, & Jones, 2001).

A análise das correlações entre as variáveis das barreiras evidenciou a existência de barreiras ligadas às características das práticas a implementar, das quais destacamos as correlações significativas entre a barreira do modelo não permitir aos profissionais tirar conclusões próprias com as barreiras decorrentes da inexistência de margem para os pedidos específicos dos doentes ($r = 0.594^{**}$) e de inadequação à prática clínica pré-existente ($r = 0.276^{*}$). Estes dados são congruentes com as conclusões de Rogers, apresentadas na primeira parte do nosso trabalho, sobre a influência dos atributos de uma inovação no grau de aceitabilidade e consequente grau de implementação desta (Rogers, 2003). Desses atributos destacamos a vantagem relativa, a compatibilidade, a complexidade, a experimentabilidade e a observabilidade. Numa meta-análise efectuada em 2005 Greenhalgh confirma que a dimensão da compatibilidade é a dimensão mais estudada entre os atributos das inovações, precisamente a dimensão onde estão incluídos os parâmetros para os quais descrevemos os resultados (Greenhalgh, 2005). Estudos confirmam que a compatibilidade está positivamente associada, de forma significativa, com o grau de adopção de práticas (Tornatzky & Klein, 1982) e esta dimensão deve ser considerada no momento de elaboração de planos de implementação (Grol & Wensing, 2005).

A barreira decorrente da inexistência de margem para os pedidos específicos dos doentes correlacionou-se de forma muito significativa com a barreira da ausência de um ponto de partida para a aprendizagem futura ($r = 0.315^{**}$), ambas associadas na literatura à inflexibilidade das práticas clínicas muito protocolizadas que constituem uma das maiores críticas a modelos similares ao MGC e às barreiras de implementação associadas à dimensão

das características dos profissionais (Grol, 2001; Naylor, 1995). Salientamos que apesar das associações anteriormente descritas, estas são apresentadas como um reforço dos dados reportados na literatura sobre a relação entre a inflexibilidade de alguns protocolos de tratamento e as consequentes barreiras à implementação, não tendo no entanto uma expressão considerável nas barreiras reportadas pelos profissionais da nossa amostra ao nível nacional e não estando por isso incluídas no grupo das maiores proporções de barreiras apresentadas no início deste ponto.

Se considerarmos a associação entre os modelos de cultura organizacional e as barreiras estudadas podemos confirmar uma correlação negativa significativa ($\rho = -0.235^*$) entre o *Modelo de Cultura Organizacional Racional de Objectivos* e a barreira de resistência a protocolos, uma correlação negativa significativa ($\rho = -0.244^*$) entre o *Modelo de Cultura Organizacional de Sistemas Abertos* e a barreira de inadequação à prática e uma correlação significativa ($\rho = 0.246^*$) entre o *Modelo de Cultura Organizacional de Sistemas Abertos* e a barreira relacionada com a cultura dos utentes.

Estudos semelhantes na área da saúde mental são congruentes com os dados obtidos noutros estudos, nomeadamente na relação negativa entre culturas organizacionais menos flexíveis e a resistência a protocolos (Aarons et al., 2012) e a relação negativa entre culturas organizacionais mais flexíveis e a barreira da resistência a protocolos de tratamento (Aarons & Sawitzky, 2006).

Considerações similares parecem poder ser feitas quanto à alusão anterior sobre a relação da cultura organizacional e o grau de implementação, considerando as combinações idiossincráticas contextuais (Brownson et al., 2012). Ou seja, estes dados corroboram, em parte, as conclusões da literatura sobre a inexistência de um perfil correcto ou incorrecto para a implementação óptima de práticas, considerando tanto os contextos associados à saúde como os contextos fora desta e reforça a nossa ideia da importância de avaliação prévia da cultura organizacional e das barreiras existentes à implementação de práticas num contexto específico, antes de se iniciarem programas de implementação (Scott, 2003). Estas considerações são reforçadas pela análise suplementar descrita adiante sobre a relação entre as barreiras e a implementação de componentes do MGC.

Os resultados mostram que houve uma correlação negativa, de forma significativa, entre a implementação de *Recursos do MGC* e as barreiras: da resistência à utilização de protocolos ($\rho = -0.306^{**}$), do formato da Prática ($\rho = -0.267^*$) e da necessidade de mais treino ($\rho = -0.369^{**}$).

Adicionalmente mostram que houve uma correlação negativa, de forma significativa, entre a implementação de *Técnicas do MGC* e as barreiras: da resistência à utilização de protocolos ($\rho = -0.352^{**}$), do formato da prática ($\rho = -0.323^{**}$) e da não cooperação dos profissionais ($\rho = -0.257^*$).

Dados concordantes foram encontrados noutros estudos sobre o grau de implementação relacionado com a existência de barreiras, confirmando esta relação (Fixsen, 2005; Greenhalgh, 2005; Salyers, Rollins, McGuire, & Gearhart, 2009b), incluindo em específico o estudo realizado por Mancini que é congruente com a associação entre barreiras das características dos profissionais e graus baixos de implementação de modelos assertivos na comunidade (Mancini, Moser, & Whitley, 2009).

Prosseguimos a análise das barreiras, agora através da comparação de subgrupos onde procurámos elementos de discriminação através de testes para a ocorrência de diferenças significativas entre subgrupos da amostra, que confirmam de forma complementar alguns aspectos já discutidos sobre as barreiras à implementação.

Na relação entre as barreiras e as características dos serviços quanto à localização e contexto de prestação de cuidados, **assinalando as diferenças estatisticamente significativas entre estes**, verificámos que :

1. Nos contextos urbanos de prestação de cuidados, as barreiras do envolvimento dos profissionais ($p = 0.047^*$), da dificuldade em mudar ($p = 0.002^{**}$), da não cooperação dos doentes ($p = 0.002^{**}$), da falta de tempo ($p = 0.033^*$), da necessidade de mais treino ($p = 0.000^{***}$) e a necessidade de envolvimento no planeamento da formação ($p = 0.010^{**}$) são significativamente maiores.
2. As barreiras associadas à necessidade de compensação financeira é maior nos contextos rurais ($p = 0.019^*$).
3. As barreiras da não cooperação das administrações são maiores no interior do país ($p = 0.007^{**}$).
4. As barreiras da necessidade de envolvimento no planeamento da formação são maiores nos serviços situados no litoral ($p = 0.032^*$).

Estudos anteriores indicam a existência de um maior número de barreiras nos contextos de prestação de cuidados afastados dos grandes centros urbanos (F. Champagne, Denis, Pineault, & Contandriopoulos, 1991). Estes dados indiciam uma falta de congruência com os dados da nossa amostra, pois o número de barreiras encontrado na análise das diferenças de contexto e de localização dos serviços em Portugal é maior na combinação dos parâmetros Urbano-Litoral quando comparado com a combinação Rural-Interior.

Adicionalmente, a escassez de recursos humanos nas zonas do interior do país (Mateus et al., 2012) poderá influenciar a forma como as administrações dos hospitais apoiam a implementação de técnicas que implicarão um investimento adicional de tempo, dados aqui congruentes com uma avaliação similar que incluiu uma amostra de Portugal (Magliano et al., 2005).

Olhando para os aspectos que são reconhecidos como indicadores da diferenciação de serviços e como precursores da utilização de modelos de gestão de cuidados (Mueser et al., 1998), verificámos que:

1. Os serviços que não utilizam planos individuais de cuidados apresentam níveis de barreiras maiores quanto ao envolvimento dos profissionais ($p = 0.047^*$),
2. Os serviços que não utilizam *guidelines* têm valores mais altos de barreiras, tanto quanto à necessidade de saber mais sobre o modelo ($p = 0.013^{**}$) como quanto à resistência à utilização de protocolos ($p = 0.028^{**}$).
3. As equipas constituídas por menos grupos profissionais registam valores de barreiras maiores de não cooperação das administrações para a implementação do MGC ($p = 0.010^{**}$).
4. As equipas de saúde mentais menos especializadas, registam um maior grau da barreiras associadas à dificuldade em mudar, comparando com as equipas de saúde mental especializadas ($p = 0.006^{**}$)

Os dados confirmam outros achados que descrevem a influência das características dos serviços na existência e no tipo de barreiras (Salyers, Rollins, McGuire, & Gearhart, 2009b) (Torrey, Bond, McHugo, & Swain, 2011) e o maior grau de implementação de práticas baseadas na evidência nas equipas de saúde mental mais especializadas (Greenhalgh, 2005) (Dixon, 2000). Estes dados reforçam a ideia de uma análise anterior, onde é sugerido que a avaliação das características dos serviços e das barreiras relacionadas com as características dos serviços pode ajudar a definir e ajustar as estratégias de formação e de implementação em práticas inovadoras (Grol & Wensing, 2005). **Confirma-se a ideia de ser possível caracterizar os serviços de acordo com as suas barreiras mais significativas que influenciam a implementação de práticas baseadas na evidência.**

Na relação de diferenças significativas entre as barreiras à implementação e as características dos profissionais observámos que os valores mais altos das barreiras à implementação, relacionadas com a falta de envolvimento dos profissionais, foi observada em profissionais que:

1. Previamente não utilizavam modelos de gestão de cuidados ($p = 0.038^*$).
2. Não tinham actividade como formadores ($p = 0.001^{**}$).
3. Não faziam investigação ($p = 0.030^*$).

De forma semelhante, valores mais altos de barreiras à implementação do MGC, relacionados com a resistência a protocolos, foram encontrados em profissionais que não fazem investigação ($p = 0.034^*$).

Os dados dos pontos dois e três confirmam-se nos estudos que associam a ausência de actividade formativa e de investigação com um grau mais alto de barreiras à implementação relacionadas com as características dos profissionais (Boström, Kajermo, Nordström, & Wallin, 2008) (Pagoto et al., 2007), estando adicionalmente enquadrados com as barreiras associadas à resistência na utilização de protocolos (Whitley, Gingerich, & Lutz, 2009).

Analisando as diferenças significativas entre as barreiras e a cultura organizacional e dando relevo à duas dimensões definidas por Quinn (Quinn, 1983), tanto as estratégias de liderança

como os focos de liderança, verificamos que as barreiras associadas à não cooperação dos psiquiatras têm valores maiores em serviços cuja estratégia de liderança pauta pela *Estabilidade* ($p = 0.013^*$). Estes dados podem ser entendidos considerando um funcionamento mais tradicional de algumas equipas de saúde mental, que orbitam maioritariamente em torno da actividade médica, como observado nos Serviços de Saúde Mental Portugueses (Caldas de Almeida et al., 2007), sendo estes dados confirmados noutros estudos, nomeadamente na Europa (Burns et al., 2001). Já em relação ao foco de liderança, o perfil *Interno* apresenta valores maiores de barreiras associadas à falta de envolvimento profissional ($p = 0.004^{**}$) e à não cooperação dos outros profissionais ($p = 0.025^*$), características assim associadas a estratégias de controlo de culturas organizacionais mais hierarquizadas.

Ao analisarmos a fidelidade da implementação constatámos que existem diferenças significativas no grau das barreiras associadas às características dos profissionais (atitude, motivação, treino, envolvimento e cooperação). **Confirmámos que na amostra estudada, valores mais altos destas barreiras são encontrados em serviços sem fidelidade na implementação do MGC ($p = 0.003^{**}$).**

Vários estudos indicam uma associação entre as barreiras e o desempenho, reportado pelos profissionais ou avaliado externamente (Fixsen, 2005) (Greenhalgh, 2005).

Os dados reforçam a posição que defende a necessidade de considerar, nos processos de implementação, a influência das barreiras nas práticas baseadas na evidência, para além da consideração da elaboração de *guidelines*, de programas de formação e da efectividade.

Hoje sabemos, em virtude do franco desenvolvimento da Ciência da Implementação nos últimos anos (Brownson et al., 2012), que as práticas não se implementam *per se*, mesmo quando apresentam provas de clara vantagem, do ponto de vista dos resultados terapêuticos (Teare et al., 2001).

4.6 Implementação

A média nacional da fidelidade de implementação do MGC (41.48) teve valores aproximados aos de um estudo no Indiana que na mesma medida do presente avaliou esta fidelidade ao 24 meses (média = 46), (Salyers, Godfrey, McGuire, Gearhart, Rollins, et al., 2009a). Comparando com outro estudo de McHugo (média = 35.80), também nos EUA, o resultado em Portugal foi superior (McHugo et al., 2007). Na pontuação por regiões a implementação com maior fidelidade ocorreu no Alentejo (46.36). As regiões do Centro (42.43) e de LVT (42.13) tiveram pontuações intermédias e as pontuações mais baixas ocorreram na região do Norte (37.21) e do Algarve (37.50).

Se considerarmos a implementação com fidelidade esta ocorreu em 57.75% dos serviços e uma boa implementação em 15.49%.

Os resultados mostram que foi possível implementar um modelo de gestão de cuidados com fidelidade, embora com diferenças entre as regiões e entre os Recursos e as Técnicas utilizadas.

As pontuações relacionadas com os recursos utilizados mostraram uma maior fidelidade quanto ao *Número de pessoas* (4.27, \pm 1.276), um valor intermédio na componente *Tópicos abordados* (3.15, \pm 1.338) e valores mais baixos nas componentes da *Duração da intervenção* (2.52, \pm 1.539), *Utilização das folhas de informação* (2.18, \pm 1.486) e *Envolvimento da família* (2.72, \pm 1.614). Na fidelidade das técnicas utilizadas, as pontuações mais altas corresponderam às técnicas *Gestão da Medicação* (3.75, \pm 1.079), *Psicoeducação* (3.69, \pm 1.670) e *Estratégias motivacionais* (3.59, \pm 1.687). As pontuações mais baixas foram registadas nas técnicas de *Estabelecimento de objectivos* (2.51, \pm 1.443) e *Acompanhamento de objectivos* (2.45, \pm 1.361). Os resultados mais baixos, relacionados com o estabelecimento e o acompanhamento de objectivos, são condicentes com as formas de acompanhamento em grupo, também de acordo com o estudo de Salyers, onde a ausência de acompanhamento individual dificulta a implementação de parâmetros pessoais de tratamento (Salyers, Godfrey, McGuire, Gearhart, Rollins, et al., 2009a). De uma forma global e com resultados comuns em todas as regiões, as técnicas foram implementadas com maior fidelidade (3.36, \pm 0.818) quando comparadas com os recursos (2.99, \pm 0.956). Estes dados sugerem que foi mais fácil para os profissionais utilizarem com fidelidade as *Técnicas* do MGC quando comparado com os *Recursos*, possivelmente explicável pelo facto da implementação das primeiras dependerem exclusivamente das opções dos profissionais nas sessões de acompanhamento e os segundos dependerem também de factores externos tais como o tempo disponível para aplicar a intervenção, a disponibilidade de espaços ou a articulação com a família dos doentes. Em complemento relembramos que os dois primeiros factores dos recursos estão associados aos grupos de barreiras identificados anteriormente pelos profissionais.

Considerando os métodos de regressão utilizados na tentativa de destacar modelos preditivos dos resultados do grau de implementação, três modelos foram considerados:

1. *Fidelidade da implementação* a partir de variáveis de liderança (para o qual foram consideradas as variáveis correlacionadas com o grau de implementação).
2. *Fidelidade da implementação* a partir de variáveis das barreiras (para o qual foram consideradas as variáveis correlacionadas com o grau de implementação).
3. *Fidelidade da implementação* a partir da combinação de variáveis de barreiras e de perfis de liderança (para o qual foram considerados os resultados dos modelos anteriores).

Na *Fidelidade da implementação* a partir de variáveis de perfil de liderança foi extraído um modelo significativo $F = 4.001$, $p = 0.006$. O modelo explicou 16.2% da variância (R^2 Ajustado = 0.162). A variável *PRODMotivTT1 (Perfil Produtor - manutenção da motivação em situações de tensão ou falta de tempo)* foi preditiva significativamente ($\beta = 0.452$, $p =$

0.003) da variável fidelidade de implementação, com uma relação positiva. As variáveis *PRODMotivTT2* (*Perfil Produtor - mantém o serviço motivado para os resultados*), *PRODMotivRes1* (*Perfil Produtor - impele o serviço para atingir as metas*) e *PRODMotivRes2* (*Perfil Produtor - cumprimento dos prazos sem tensão*) não foram significativamente preditivas.

Na extracção de um 2º modelo, na mesma dimensão de estudo, as variáveis foram reduzidas para três. Surgiu um modelo significativo $F = 4.966$, $p = 0.004$. O modelo explicou 16.1% da variância (R^2 Ajustado = 0.161). As variáveis *PRODMotivRes1* ($\beta = 0.302$, $p = 0.039$) e *PRODMotivTT1* ($\beta = 0.436$, $p = 0.004$) foram significativamente preditivas da variável *Fidelidade de implementação*, a primeira com uma relação negativa e a segunda com uma relação positiva. A variável *PRODMotivTT2* não foi significativamente preditiva.

Na *Fidelidade da implementação* a partir de variáveis das barreiras as variáveis significativamente correlacionadas com a variável dependente *Fidelidade de Implementação* foram introduzidas como preditivas. Foi extraído um modelo significativo $F = 8.289$, $p = 0.000$. O modelo explicou 32.2% da variância (R^2 Ajustado = 0.322). As variáveis *BARR_DifMud* (Dificuldade em mudar), *BARR_AdmNCoop* (Administrações não cooperam) e *BARR_InadPra* (Inadequação à prática) foram preditivas significativamente, da variável fidelidade de implementação, com uma relação negativa.

Na *Fidelidade da implementação* a partir da combinação de variáveis de barreiras e de perfis de liderança as variáveis significativamente correlacionadas com a variável dependente *Fidelidade de Implementação* foram introduzidas como preditivas, combinando variáveis das barreiras e variáveis dos perfis de liderança. Foi extraído um modelo significativo $F = 12.005$, $p = 0.000$. O modelo explicou 59.2% da variância (R^2 Ajustado = 0.592). As variáveis *BARR_DifMud* ($\beta = -0.277$, $p = 0.018$), *BARR_AdmNCoop* ($\beta = -0.593$, $p = 0.000$) e *BARR_InadPra* ($\beta = -0.280$, $p = 0.017$) foram significativamente preditivas da variável fidelidade de implementação, com uma relação negativa.

As variáveis *PRODMotivTT1* ($\beta = 0.386$, $p = 0.009$) e *PRODMotivTT2* ($\beta = 0.418$, $p = 0.010$) foram significativamente preditivas da variável fidelidade de implementação, com uma relação positiva.

Estes resultados sugerem a possibilidade da capacidade preditiva das barreiras e da cultura organizacional quanto à fidelidade da implementação do MGC.

Comparando os resultados das análises quando consideramos as variáveis da cultura organizacional e das barreiras em separado, constatamos uma explicação da variância da *Fidelidade* entre os 16.1% e os 32.2%. No entanto **o dado mais relevante para nós foi a possibilidade de observar uma explicação da variância de 59.2% quando são combinadas as variáveis das barreiras e dos perfis de cultura organizacional**, mostrando correlações negativas nas primeiras e correlações positivas nas segundas, em simultâneo.

Os dados confirmam os pressupostos de vários estudos (Grol & Wensing, 2005) (Brownson et al., 2012; Straus, 2009) que propõem modelos de implementação considerando a avaliação da interacção sistémica das barreiras nas suas principais dimensões (prática, profissionais, doentes e contexto) e a consideração das respectivas interações.

Olhando agora com um maior detalhe para a região do Alentejo, região que obteve o maior grau de implementação no país, **alguns pontos devem ser salientados do ponto de vista da sua caracterização**, comparando com os dados globais. Além da média total mais elevada de implementação a região obteve a percentagem mais elevada de boa implementação. Nesta região foram também encontrados níveis mais elevados:

1. de articulação com os cuidados de saúde primários,
2. de autonomia para definir cuidados,
3. de actividade de investigação no serviço (geral e na área psicossocial),
4. de registos em ficheiro clínico único,
5. de comunicações em encontros científicos.

Em complemento da informação anterior e analisando as proporções das barreiras, a região do Alentejo obteve os níveis mais baixos, entre os totais nacionais, nas barreiras:

1. de não colaboração dos psiquiatras,
2. de não colaboração dos outros profissionais da equipa,
3. da necessidade de espaços para implementar a prática.

Considerando que um dos nossos objectivos era caracterizar as regiões com graus mais altos de fidelidade de implementação, foi importante, além da apresentação e discussão dos dados feita anteriormente, poder fazer um perfil associado a resultados regionais que possibilitassem a constituição de hipóteses para investigação futura.

4.7 Limitações do estudo

Uma das limitações, hipotética de antemão e confirmada na presente discussão, foi o panorama magro de investigação na área dos serviços de saúde mental em Portugal. Este facto constituiu-se simultaneamente como um obstáculo e como um estímulo para a realização deste estudo. As limitações foram notórias aquando da procura de bases de comparação e de contextualização que pudessem validar os dados obtidos na análise da nossa amostra.

O mesmo aconteceu no universo da ciência da implementação, ao não conseguirmos encontrar quaisquer estudos publicados especificamente sobre o tema das barreiras à implementação de práticas baseadas na evidência em Portugal. A excepção, e por abordar conceitos similares, surge num estudo relacionado com a implementação de modelos de intervenção familiar, que incluiu na sua análise uma caracterização de barreiras à implementação, embora o âmbito da investigação não fosse a análise das barreiras (Magliano et al., 2005). Chamamos no entanto a atenção para o estudo sobre a integração dos DPSM (Departamentos de Psiquiatria e Saúde Mental) nos Hospitais gerais (Caldas de Almeida et al., 2007), feito na fase de preparação do Plano Nacional de Saúde Mental (Ministério da

Saúde, 2008), contendo uma avaliação dos obstáculos ao desenvolvimento de dispositivos e programas na comunidade.

Outra limitação de destaque está objectivamente relacionada com a escolha do desenho do estudo. Ao optarmos pelo desenho observacional, transversal e descritivo assumimos as limitações que estes estudos apresentam quanto à possibilidade de atribuição de relações de causa-efeito, especialmente quando comparados com a metodologia considerada *gold standard* dos desenhos experimentais aleatorizados-controlados. Pareceu-nos, no entanto, que uma abordagem mais conservadora e exploratória do ponto de vista metodológico, apesar das óbvias limitações, seria mais coerente com o estado da arte e grau de desenvolvimento do estudo das barreiras à implementação em Portugal, com a subsequente ausência de referências já mencionada.

Ainda sobre este ponto salientamos que os estudos observacionais ainda ocupam, mesmo ao nível internacional, um lugar de destaque no campo da ciência da implementação, confirmada por diversos autores, não só como expressão do seu recente desenvolvimento, mas igualmente por ser uma metodologia com um lugar próprio na avaliação da fidelidade (Brownson et al., 2012; Fixsen, 2005). Reconhecendo estas limitações, não deixamos de ter uma perspectiva optimista quanto à possibilidade de um modesto contributo que possa de alguma forma ser considerado útil para investigações futuras, que apresentem desenhos metodológicos mais robustos, incluindo investigações que possam comparar a efectividade de diferentes modelos de implementação.

O tamanho da amostra constituiu igualmente uma limitação importante para as conclusões do nosso estudo. O processo de obtenção das autorizações de dezenas de instituições públicas e do sector social revelou-se particularmente difícil, especialmente se considerarmos o âmbito em que o estudo foi realizado. A obtenção das autorizações, em tempo útil para a realização da recolha da amostra junto dos profissionais das instituições e considerando os 24 meses após a realização da formação, acabou por revelar-se um processo cuja demora e dificuldade na obtenção de algumas respostas colocaram obstáculos que no seu conjunto determinaram uma amostra menos ampla do que o esperado.

Naturalmente e de forma subsequente cabe-nos reconhecer a limitação da robustez dos dados apresentados e a expectável menor sensibilidade, quer para a potência dos resultados apurados, quer para a impossibilidade de detecção de outros resultados que poderiam ter surgido, pelo grau das correlações ou pela discriminação das diferenças, dos métodos de associação e testes de hipóteses utilizados.

O facto do estudo ter um âmbito nacional tornou-se, de forma indissociável do ponto anterior, numa limitação do ponto de vista da recolha da amostra. No entanto não quisemos perder a oportunidade de investigar o grau de implementação em todas as regiões e se possível em todos os serviços, considerando o momento óptimo resultante de ter sido feita uma formação de carácter nacional com vista à implementação de uma prática baseada na evidência - alinhamento de probabilidades baixas no contexto nacional. Aqui, tentámos,

quanto à metodologia escolhida para a recolha da amostra, contornar esta limitação utilizando questionários electrónicos, tendo logrado obter, como anteriormente mencionado, uma aproximação às taxas de resposta de estudos similares. Assumimos assim o risco de uma consequente alteração do padrão de resposta e do preenchimento, decorrente de uma metodologia que ainda não é muito comum em Portugal, quando comparada com a recolha de dados por questionário em papel. Este risco terá sido provavelmente diminuído pelas características de diferenciação dos profissionais e pelo crescimento exponencial da vulgarização de utilização de meios informáticos ligados à *internet*, nos locais de trabalho, nos últimos anos.

Outra limitação prende-se com o facto de termos decidido que o grau de caracterização dos resultados iria, quanto ao seu detalhe, até ao nível de caracterização regional.

Consequentemente, esta opção, assumida desde a elaboração do protocolo, excluiu dos resultados a caracterização ao nível dos serviços, componente de grande importância nos estudos de implementação com análise de barreiras. Esta não foi, no entanto, uma opção aleatória, fundamentada nos seguintes pontos:

1. Dados de estudos anteriores comprovam, desde há décadas, a dificuldade em recolher e apresentar dados que invariavelmente irão ser considerados numa perspectiva de *ranking* dos profissionais e dos serviços (Baker, 1988; Codman, 1917).
2. Sendo este um estudo com componentes não avaliadas em Portugal e de cariz exploratório, pareceu-nos podermos abdicar do maior detalhe da descrição dos resultados em prol da obtenção de uma amostra mais abrangente, contendo informação de serviços de todas as regiões do país. Consideramos que a caracterização ao nível dos serviços poderia ter contribuído, por um lado, para um grau menor de autorizações das instituições, e por outro, para uma menor taxa de resposta dos profissionais.

Assim e apesar de termos colhido a amostra ao nível dos serviços, incluímos no protocolo de investigação proposto, nos pedidos de autorização às administrações e direcções de serviço, e finalmente no pedido de participação e consentimento dos profissionais, uma cláusula de confidencialidade total em relação aos dados de identificação de profissionais e de serviços.

Considerando as limitações relacionadas com a análise estatística carece-nos nomear os processos que conduziram aos modelos de regressão apresentados, nomeadamente quanto à selecção de variáveis introduzidas nestes. Ainda que, e considerando os procedimentos padrão nestes casos, tivéssemos acautelado esta selecção através dos dados obtidos directamente pela análise de correlações bivariadas e indirectamente pelos testes das diferenças, não podemos deixar de nomear a possibilidade da existência de alguma arbitrariedade na escolha final das mesmas. Esta reflexão decorre do facto de nos termos baseado em associação de variáveis cuja força da relação, apesar de estatisticamente significativa, se situou nalguns casos em valores intermédios. Este resultado evoca, uma vez mais, os derivados relacionados com a dimensão da amostra, consequentes representatividade e generalização, apesar do modelo final de regressão ter apresentado

valores de R^2 Ajustado = 0.592, ($p = 0.000$), combinando variáveis das barreiras e da cultura organizacional para a predição da fidelidade da implementação.

4.8. Verificação de hipóteses

Os resultados do estudo possibilitaram a verificação das hipóteses inicialmente avançadas, que serviram de referência ao nosso trabalho, desde a condução do estudo até à discussão dos resultados.

1. No universo das hipóteses inicialmente colocadas foi possível **verificar a variação da implementação do MGC entre as regiões do país**. Esta variação foi ainda verificada quanto à implementação dos recursos do modelo e quanto à implementação das técnicas. As diferenças estenderam-se às características dos serviços, às características dos profissionais, aos perfis de liderança e às barreiras para a implementação do MGC.

2. O estudo permitiu, adicionalmente, concluir pela existência de **denominadores comuns, combinados, de maior sucesso na implementação do MGC**, expressos:

- na utilização prévia de componentes relacionados com o MGC (articulação com os CSP, registos em ficheiro clínico único e autonomia do serviço)
- no perfil de liderança do tipo Produtor,
- nos valores mais baixos das barreiras associadas à não cooperação dos outros profissionais dos serviços que não estão a implementar directamente o MGC,
- nos valores mais baixos das barreiras associadas à inexistência de espaços para a implementação do MGC,
- na realização de investigação nos serviços e na sua comunicação em encontros científicos.

3. Foi ainda possível **verificar uma relação significativa entre o grau de implementação e as dimensões das barreiras, da cultura organizacional e dos recursos dos SSM** (aqui definidos pelas características dos serviços e dos profissionais). Esta relação, particularmente evidenciada, inicialmente através do estudo de correlações e dos testes das diferenças, e posteriormente através dos modelos de regressão, revelou que a fidelidade da implementação está associada às barreiras das seguintes dimensões: “características da inovação”, “serviços”, “profissionais” e “doentes”.

4. De uma forma mais conclusiva, podemos afirmar que **existem outros factores, não relacionados com a avaliação restrita dos recursos financeiros ou humanos**, comumente utilizada na avaliação da implementação da prestação de cuidados de saúde mental (Caldas de Almeida et al., 2007), **que estão associados à qualidade da implementação de práticas baseadas na evidência**.

Exemplo disso são os achados referentes à região de saúde do Alentejo. A distância dos grandes centros urbanos e as conhecidas dificuldades de acessibilidade, associadas à dimensão da área de assistência, combinada com os problemas conhecidos da falta de recursos humanos e financeiros (Caldas de Almeida et al., 2007), não impediram que fosse a região com os valores mais altos da fidelidade de implementação já caracterizada. Adicionando a esta equação pontos fortes da organização dos serviços, defendidos internacionalmente, esta região de saúde acabou por desequilibrar as probabilidades iniciais.

CAPÍTULO V - CONCLUSÕES

No enquadramento do objectivo geral deste estudo, de desenvolver conhecimento sobre as barreiras e os facilitadores à implementação de um Modelo de Gestão de Cuidados, consideramos ter atingido os seguintes objectivos específicos:

1. Estimar o grau de implementação nos SSM portugueses, tendo em conta as abordagens da Ciência da Implementação e da Difusão de Inovações.
2. Caracterizar as regiões onde a fidelidade da implementação ocorreu em maior grau.
3. Identificar as barreiras e os facilitadores à sua implementação.
4. Explorar as relações entre a fidelidade da implementação, as barreiras, as características dos serviços e a cultura organizacional.

A par das limitações caracterizadas no capítulo anterior consideramos importante ter sido possível desenvolver este trabalho, para o qual não existiam referências em Portugal, por duas razões. Por um lado, pela possibilidade de juntar uma modesta contribuição para investigações futuras, associadas a uma área fundamental para a organização e melhoria dos cuidados de saúde mental. Por outro, pela possibilidade de contribuir com conhecimento específico, do contexto Português, num domínio hoje confirmado como crítico para a organização de serviços e para a implementação de práticas baseadas na evidência.

Considerámos, como modelo de orientação para estas conclusões, os princípios definidos internacionalmente e publicados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em três momentos chave, e que servem actualmente de orientação à organização dos serviços e da prestação de cuidados de saúde mental:

1. Relatório Mundial de Saúde de 2001,
2. Guias para a Organização dos serviços de Saúde Mental de 2003,
3. Plano de Acção de Saúde Mental para a Europa, associado à Declaração de Helsínquia, de 2005.

O Relatório Mundial de Saúde de 2001 refere que, na história da prestação de cuidados de saúde mental, entre os séculos XIX e XX, foi operada uma mudança de paradigma com a inclusão de valores fundamentais que antes tinham uma expressão insuficiente na definição dessa prestação. Esses valores são a consideração pelos direitos humanos das pessoas com doença mental e a inclusão das dimensões psicológica e social como parte dos componentes definidores do conceito de saúde. No mesmo relatório é feita uma análise sobre os cuidados de saúde mental nos últimos 150 anos, período sobre o qual nos debruçámos ao caracterizar os serviços em Portugal, na primeira parte do nosso trabalho. Aí, tivemos a oportunidade de

verificar, tanto as dificuldades crónicas ao nível de implementação das políticas e das práticas, como o extraordinário avanço do país quanto aos documentos e leis publicadas em paralelo. Este padrão de adopção de princípios avançados com níveis modestos de realização não significa uma inexistência de progressos. Significa antes uma dificuldade nos processos de difusão e implementação de inovações que gera um atraso em relação aos outros países desenvolvidos. Merece, por isso, um estudo mais sistemático e aprofundado dos mecanismos subjacentes, parcialmente expressos no trabalho aqui desenvolvido, que nos permite tirar as seguintes conclusões:

Características dos serviços:

- O grau de multidisciplinaridade nas equipas tem níveis globalmente considerados razoáveis, embora isso não aconteça em todas as regiões,
- Existe alguma articulação com os cuidados de saúde primários, também com diferenças consideráveis entre regiões,
- Os serviços têm uma boa autonomia para definir os cuidados a prestar,
- Existe uma boa consideração dos aspectos de formação dos profissionais, incluindo as reuniões clínicas, a formação de internos e estagiários e a frequência em sessões de formação,
- A investigação tem, apesar das diferenças entre regiões, níveis globalmente baixos, tanto na investigação em geral como na investigação nas áreas psicossociais,
- Pouco mais de metade dos serviços faz registos em processos clínicos únicos,
- A utilização de Planos Individuais de Cuidados é globalmente baixa, componente que a par dos registos únicos, representa para a OMS um aspecto fundamental da prestação de cuidados integrados,
- Os guias de boas práticas (*guidelines*) são utilizados em cerca de metade dos serviços, devendo estas percentagens ser aumentadas.

Perfil dos profissionais:

- Existem bons níveis de diferenciação académica dos profissionais, embora nos pareça, também pelos dados sobre a actividade de investigação, que o aumento do número de profissionais com conhecimento de metodologia de investigação beneficiaria os serviços.
- Os níveis de formação prévia em modelos de gestão de cuidados são muito baixos, apesar de alguns profissionais utilizarem estes modelos no dia a dia, denotando a necessidade de aumentar a formação em práticas baseadas na evidência científica.
- A quase totalidade dos profissionais tem experiência de trabalho com doentes mentais graves, o que denota uma boa referenciação de profissionais para o programa de formação

por parte das instituições, e uma oportunidade para os dotar com as ferramentas mais modernas para o tratamento da população.

- A participação em encontros científicos é elevada mas a comunicação científica nos mesmos é baixa. Estes dados, em conjunto com os apurados face à investigação e às actuais conclusões sobre a influência destes na implementação de práticas (*vide* 1ª Parte) levam-nos a questionar a utilidade da participação nestes encontros.

Guia de boas práticas (*guideline*)

A avaliação efectuada sobre a *guideline* permitiu-nos concluir que a utilização da mesma no programa de formação foi uma opção alinhada com as principais recomendações internacionais. Permitiu também identificar as insuficiências de desenvolvimento por domínio (fontes da evidência, informações sobre o processo de desenvolvimento e clarificação da independência editorial). Mostrou ainda que uma atenção especial deve ser dada à avaliação crítica de *guidelines* e que esta avaliação deve ser feita com instrumentos padronizados que permitam a reformulação de domínios insuficientemente desenvolvidos na sua adaptação para o contexto nacional. Adicionalmente, este instrumentos poderão ser aliados valiosos na produção de guias originais que não resultem da adaptação de versões internacionais.

Cultura organizacional:

- O perfil de liderança mais prevalente nos SSM é o perfil Mentor, que nos permitiu caracterizar uma cultura organizacional dominante com lideranças pautadas pela auto-compreensão, a compreensão dos outros e a comunicação interpessoal, com objectivos de desenvolvimento dos recursos humanos nas equipas.
- As percentagens mais baixas dos perfis de liderança incluem o perfil Inovador, associado a processos de inovação nos serviços e caracterizado pela capacidade de adaptação às mudanças e pela procura de soluções criativas para os problemas.
- A cultura organizacional mais frequente é a das Relações Humanas com um foco de liderança orientado para o interior da equipa e uma estratégia de liderança orientada para a flexibilidade, comumente apontada às equipas que integram profissionais de saúde mental.
- O único perfil de liderança positivamente associado à fidelidade de implementação do MGC foi o perfil Produtor, que apresenta um peso específico baixo na prevalência dos perfis nacionais. Imbuído de uma orientação para a produtividade e para a eficiência, poderia, em complemento do perfil mais prevalente de Mentor, introduzir mais valias na implementação de práticas baseadas na evidência, nos serviços.

Barreiras à implementação:

- O tempo, a ausência de motivação, a colaboração dos colegas de equipa, o número de contactos reduzidos com os doentes, a falta de espaços e a falta de instrumentos para aplicar o MGC tiveram percentagens altas nas barreiras reportadas pelos profissionais. Notamos que em alguns destes aspectos a abordagem para a sua resolução não é complexa, tendo assim margem para serem avaliados e resolvidos (e.g. falta de instrumentos). Outros necessitam, naturalmente, de soluções que envolvem compromissos mais complexos (e.g. falta de tempo e falta de espaços), e que obrigam a decisões estratégicas sobre as prioridades e as políticas dos serviços.
- As barreiras variam entre regiões e os programas de formação deveriam levar em consideração estas diferenças, permitindo aumentar a probabilidade da implementação das práticas objecto de formação.
- As barreiras da resistência à utilização de protocolos, do formato da prática, da necessidade de mais treino e da cooperação dos outros colegas de equipa estão negativamente associadas com a implementação do MGC, no contexto nacional, devendo ser consideradas na elaboração de processos de formação para implementação de práticas.
- Foi possível mostrar diferenças estatisticamente significativas na existência de barreiras, considerando os seguintes parâmetros: contextos de prestação de cuidados, localização geográfica, utilização prévia de componentes do MGC, características dos serviços, dos profissionais e a cultura organizacional, aspectos que devem ser considerados na programação de formações visando a implementação de práticas.
- Os valores mais altos de barreiras associadas a características dos profissionais foram encontradas nos serviços sem fidelidade de implementação, devendo este aspecto ser considerado como factor de indicação de profissionais para a implementação de novas práticas nos serviços.

Implementação do Modelo de Gestão de Cuidados:

- A média nacional da fidelidade da implementação tem valores aproximados dos resultantes de estudos similares, o que denota, apesar das limitações apresentadas sobre o processo de implementação, uma boa adaptação do programa ao contexto Português.
- Existe uma diferença na fidelidade de implementação entre as regiões de saúde de Portugal.
- Na pontuação por regiões, a implementação com maior fidelidade ocorreu na região de saúde do Alentejo, apesar das dificuldades conhecidas nos serviços afastados dos grandes centros urbanos, em Portugal.
- Foi possível implementar o MGC com fidelidade na maior parte dos SSM portugueses.
- Foi possível observar uma boa implementação do modelo em 1/6 dos SSM.
- As Técnicas do MGC foram implementadas com maior fidelidade, quando comparadas com os Recursos do modelo.

- Foi possível prever a variação da fidelidade do MGC através da combinação de variáveis de barreiras e da cultura organizacional, resultados que sugerem a capacidade preditiva destas variáveis quanto à fidelidade da implementação.

Este estudo representa um pequeno contributo para o conhecimento dos processos relacionados com a implementação e com as barreiras, inexistente em Portugal. Neste momento o país atravessa uma fase em que as incertezas superam as estruturas e em que os serviços têm de fazer demasiadas escolhas para a manutenção da qualidade dos cuidados. Acreditamos que se pudermos contribuir para uma escolha mais informada sobre a melhor forma de aproveitar os escassos recursos para a formação e para o treino, que levem à efectiva implementação, poderemos esperar um modesto contributo para a melhoria dos cuidados.

O apoio aos serviços, aos profissionais e em consequência a quem está doente, tem de existir por parte dos organismos da administração central e regional, onde urge, devido à vulnerabilidade das populações, continuar a apoiar as acções que conduzam à melhoria da qualidade da prestação de cuidados.

Assim, se forem considerados, nas decisões políticas, os aspectos relacionados com as estratégias de implementação de inovações (incluindo a análise prévia de barreiras e facilitadores), os escassos recursos já mencionados poderão ter uma utilização mais racional, tão advogada.

Na medida da nossa subscrição da Declaração de Helsínquia e da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Incapacidade, cujos princípios estão representados em práticas como o MGC, e na combinação destes com as propostas dos guias de organização dos serviços de saúde mental da OMS, as implicações expectáveis deste estudo, além do ponto de vista estritamente científico, são:

- A consideração da necessidade da promoção de processos sistemáticos de implementação de práticas, para além dos programas de formação.
- A consideração de que as capacidades técnicas e logísticas, necessárias para operacionalizar estratégias efectivas de implementação, estão raramente disponíveis nos serviços, sendo necessário um apoio e um estímulo externo para as implementar.
- A assumpção de que as práticas baseadas na evidência, amplamente defendidas, exigem implementações baseadas na evidência.

Esperamos, naturalmente e como em todas as investigações de serviços, que o estudo consiga transpor as suas próprias barreiras, servindo a algo mais do que o ainda assim legítimo contributo para avolumar as prateleiras da biblioteca da Universidade.

RESUMO

Enquadramento teórico

Os estudos epidemiológicos demonstram que apesar de todo o progresso científico, muitas pessoas continuam sem acesso aos Serviços de Saúde Mental (SSM) e que, em muitos casos, os cuidados não têm a qualidade suficiente.

A experiência de vários países mostra que os processos de implementação de modelos de intervenção terapêutica, como é o da Gestão de Cuidados, são lentos e complexos, não dependendo somente do grau de efectividade ou da complexidade das práticas a implementar.

O Modelo de Gestão de Cuidados (MGC), é definido como uma prática baseada na evidência, utilizada para ajudar os doentes nos seus processos de recuperação.

As estratégias para implementar práticas baseadas na evidência são críticas para a melhoria dos serviços. Existem, apesar de toda a evidência, muitas barreiras à implementação. Ao constataremos que as práticas validadas pela ciência estão longe de estar claramente disseminadas nos serviços de saúde mental, fundamentamos a necessidade de utilizar metodologia de implementação que, além da efectividade das práticas, permita uma efectividade da implementação.

Para responder às necessidades de formação e no âmbito da implementação do Plano Nacional de Saúde Mental, foram formados, em Portugal, 170 profissionais de saúde mental provenientes de serviços públicos e do sector social, de todas as regiões de Portugal Continental.

Considerando que estes profissionais adquiriram competências específicas no MGC, através de um programa de formação nacional idêntico para todos os serviços de saúde mental, investigámos o grau de implementação deste modelo, bem como os facilitadores e as barreiras à sua correcta implementação.

Existem vários estudos internacionais sobre as barreiras e os facilitadores à implementação de práticas baseadas na evidência, embora a maior parte desses estudos seja baseado em entrevistas semi-estruturadas a profissionais. Por outro lado, não existem, em Portugal, estudos sobre as barreiras e os facilitadores à implementação de práticas de saúde mental.

Objectivos

1. Estimar o grau da implementação do MGC nos serviços de saúde mental portugueses
2. Caracterizar as regiões onde a implementação do MGC tenha ocorrido em maior grau.
3. Identificar os factores facilitadores e as barreiras à implementação do MGC, entre as regiões de saúde do país.
4. Explorar as relações entre a fidelidade da implementação, as barreiras e os facilitadores da implementação, a cultura organizacional e as características dos serviços de saúde mental.

Metodologia

Estudo observacional, transversal e descritivo, com características exploratórias.

População: profissionais dos serviços de saúde mental públicos e do sector social que frequentaram o Programa Nacional de Formação em Saúde Mental Comunitária no curso “Cuidados Integrados e Recuperação”, da Coordenação Nacional para a Saúde Mental / Ministério da Saúde, entre Outubro de 2008 e Dezembro de 2009, (n=71).

Avaliação

Fidelidade de implementação do Modelo de Gestão de Cuidados - **IMR-S (Illness Management and Recovery Scale)**; Qualidade das *guidelines* utilizadas na implementação do Modelo de Gestão de Cuidados - **AGREE II-PT (Appraisal of Guidelines, for Research and Evaluation)**; Avaliação das Barreiras e Facilitadores à implementação do MGC - **BaFAI (Barriers and Facilitators Assessment Instrument)**; Avaliação da Cultura Organizacional dos serviços de saúde mental - **CVF-I (Competing Values Framework Instrument)**.

Análise Estatística

Para a descrição dos dados foram aplicados métodos de estatística descritiva. Para a comparação de subgrupos foram utilizados os testes de Mann Whitney e Kruskal-Wallis. Para a investigação de associações foram utilizados os métodos de correlação de Spearman e a Regressão Múltipla.

O tratamento e análise dos dados foram realizados utilizando o programa estatístico IBM SPSS Statistics® para Mac/Apple® nas versões 19 e 20.

Resultados

Serviços: A articulação com os cuidados de saúde primários existe na maioria dos serviços (56.34%) e 77.46% dos serviços têm autonomia para definir os cuidados a prestar. A maioria dos serviços (63.38%) realiza duas ou mais reuniões clínicas por mês e a quase totalidade (95.77%) recebe estagiários e/ou internos. A área da investigação tem níveis considerados baixos, quando comparados com outros países da Europa, tanto para a globalidade das áreas de investigação (25.35%), como para as áreas psicossociais (22.54%).

Considerando componentes fundamentais para a implementação de modelos de gestão de cuidados, os resultados nacionais indicam que 66.20% dos serviços fazem registos em processo clínico único. As percentagens de utilização de planos individuais de cuidados são globalmente baixas (46.48%). Por seu turno, a utilização de *guidelines*, nos serviços do país, tem uma percentagem média nacional de 57.75%.

Profissionais: São, na sua maioria, do sexo feminino (69.01%), com idades entre os 25 e os 56 anos (média 38.9, \pm 7.41). Pertencem, maioritariamente, aos grupos profissionais da enfermagem (23.94%) e da psicologia (49.30%).

A formação dos profissionais é de nível superior em todos os grupos, com uma percentagem total de licenciados de 80.3%, tendo os restantes uma formação ao nível do mestrado. Apesar dos valores baixos (17%) de formação prévia em modelos de gestão de cuidados, 39% dos

profissionais indicou utilizar algumas vertentes destes modelos na sua prática. Apesar de 97,18% dos profissionais ter participado em dois ou mais encontros científicos, num período de dois anos, apenas 38.03% apresentou alguma comunicação científica no mesmo intervalo.

Guideline: Os resultados da avaliação da *guideline* do MGC indicaram percentagens mais altas, quanto à qualidade do seu desenvolvimento, nos Domínios 1 (*Objectivo e finalidade*, com 72.2%) e 4 (*Clareza de Apresentação*, 77.7%). O Domínio 5 (*Aplicabilidade*) foi pontuado no limite inferior do desenvolvimento com qualidade suficiente (54.1%), ao passo que a *guideline* obteve uma pontuação negativa nos Domínios 2 (*Envolvimento das partes interessadas*, com 41.6%) e 3 (*Rigor do Desenvolvimento*, com 28.1%). Adicionalmente não foi possível às avaliadoras cotar o Domínio 6 (*Independência editorial*), por ausência de referências neste contexto. A *guideline* teve uma avaliação global positiva (66%), com recomendação de aceitação com modificações.

Cultura Organizacional: O perfil de liderança com maior frequência nos serviços de saúde mental portugueses foi o de *Mentor* (45.61%). As percentagens mais baixas pertenceram aos perfis *Monitor* e *Inovador* (3.51%). Na perspectiva da cultura organizacional dos serviços, a pontuação mais alta foi a da *Cultura das Relações Humanas* (74.07%). A estratégia de liderança, com predomínio em todas as regiões, foi a estratégia de *Flexibilidade* (66.10%). Os resultados mostram que a única associação positivamente significativa com o grau da implementação do MGC é a do perfil *Produtor*, com um peso específico de 14.55% na prevalência dos perfis de liderança nos serviços de saúde mental portugueses.

Barreiras: As barreiras à implementação da prática do MGC, identificadas pelos profissionais dos serviços de saúde mental, com percentagens mais altas nos totais do país, foram: o tempo (57.7%), o conhecimento sobre o modelo e a motivação (40.8%), a colaboração dos outros profissionais (33.7%), o número de contactos reduzidos com os doentes (35.2%), as insuficiências do ponto de vista dos espaços (70.4%) e dos instrumentos disponíveis (69%) para implementar o MGC. Existiu uma variação entre as regiões de saúde do país.

Os resultados mostram que houve uma correlação negativa, de forma significativa, entre a implementação do MGC e as barreiras: da resistência à utilização de protocolos, do formato da prática, da necessidade de mais treino e da não cooperação dos profissionais. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as barreiras à implementação e as características dos serviços, dos profissionais e da cultura organizacional.

Implementação: A média nacional da fidelidade de implementação do MGC (41.48) teve valores aproximados aos de estudos similares. Na pontuação por regiões, a implementação com maior fidelidade ocorreu no Alentejo. Se considerarmos a implementação com fidelidade esta ocorreu em 57.75% dos serviços e uma boa implementação em 15.49%.

Os métodos de regressão permitiram confirmar a capacidade preditiva das barreiras e da cultura organizacional quanto à fidelidade da implementação do MGC.

Discussão: No universo das hipóteses inicialmente colocadas foi possível verificar a variação da implementação do MGC entre as regiões do país. O estudo permitiu, adicionalmente, concluir pela existência de denominadores comuns de maior sucesso da implementação do MGC. Foi ainda possível verificar uma relação significativa, existente entre o grau de implementação e as dimensões das barreiras, a cultura organizacional e os recursos dos SSM (aqui definidos pelas características dos serviços e dos profissionais). De uma forma mais conclusiva podemos afirmar que existem outros factores, que não estão relacionados com a avaliação restrita dos recursos financeiros ou humanos, associados à qualidade da implementação de práticas baseadas na evidência, como o MGC.

Exemplo disso são os achados referentes à região de saúde do Alentejo, onde a distância dos grandes centros urbanos e as conhecidas dificuldades de acessibilidade, combinadas com os problemas conhecidos da falta de recursos, não impediram que fosse a região com os valores mais altos da fidelidade de implementação.

Conclusões: Foram encontradas inúmeras barreiras à implementação do MGC. Existem barreiras diferentes entre regiões, que resultam das características dos serviços, dos profissionais e da cultura organizacional. Para existir implementação é necessária a consideração de metodologias próprias que vão para além dos tradicionais programas de formação. As práticas baseadas na evidência, amplamente defendidas, exigem implementações baseadas na evidência.

SUMMARY

Introduction

Several epidemiological studies show that, despite all scientific progress, many people still continue to have no access to mental health services and in many situations the quality of care is poor.

The experiences of several countries show that progress towards case management implementation is slow and complex, depending not only from the degree of effectiveness or the complexity of the practice.

Case management is defined as an evidence-based practice used to help patients in the recovery process.

Strategies to implement evidence-based practices are critical to services improvement. There are many barriers to their implementation, despite all available evidence. Realising that practices of proved scientific value are far from being clearly implemented, justifies the need to use implementation methodologies that, beyond practice effectiveness, allow implementation effectiveness.

To answer training needs and in the framework of the National Mental Health Plan implementation, 170 mental health (MH) professionals from portuguese public and private sectors were trained. Considering that case management skills were acquired, as a result of this training programme, we decided to study the degree of implementation in the services. Barriers and facilitators to the implementation were studied as well.

There are several studies related with barriers and facilitators to the implementation of evidence-based practices, but most of them use semi-structured interviews with professionals. Additionally, there are no studies in Portugal related with barriers and facilitators to the implementation of mental health practices.

Objectives

1. Estimate the degree of case management implementation in Portuguese MH Services.
2. Describe regions where implementation occurred with higher fidelity degree.
3. Identify barriers and facilitators to case management implementation across country regions.
4. Explore the relationships between implementation, barriers and facilitators, organisational culture and services characteristics.

Methodology

Cross sectional, descriptive study.

Assessments

Implementation fidelity - **IMR-S (Illness Management and Recovery *Scale*)**; Guideline quality - **AGREE II-PT (Appraisal of Guidelines, for Research and Evaluation)**; Barriers

and facilitators assessment - **BaFAI (Barriers and Facilitators Assessment Instrument)**;
Organisational culture assessment - **CVF-I (Competing Values Framework Instrument)**.

Statistical analysis

Descriptives and cross-tabs. Subgroups comparison: Mann-Witney and Kruskal-Wallis. Associations between variables were calculated using Spearman correlation's and Multiple Regression.

Results

Services: Liaison with primary care is done in most services (56.34%) and 77.46% have autonomy to determine care. Most services have regular clinical meetings and almost all give internship training (95.77%). Research activity is low compared with other European countries, for both general and psychosocial research. Considering key components for the case management implementation, 66.20% of all services use single clinical records. The use of individual care plans is globally low (46.48%) and there is a use of guidelines in 57.75% of services.

Human Resources: most are women (69.01%), with age ranging from 25-56 (average 39.9, SD 7.41). The majority are psychologists (49.30%) and nurses (23.94%).

All have a university degree, 19.7% have a masters degree and 83% didn't have any case management training before the above mentioned national training. Despite the low levels of preceding case management training, 39% have used model components in day-to-day practice and although 97.18% of the workforce have attended scientific meetings in the last 2 years, only 38.03% presented communications in the same period.

Guideline:

Results show that higher scores were obtained in Domain 1. Scope and Purpose (72.2%), and Domain 4. Clarity of Presentation (77.7%). Domain 5. Applicability scored near low boundary (54.1%) and negative scores were found in Domain 2. Stakeholder Involvement (41.6%) and Domain 3. Rigour of Development (28.1%). Global score was 66% and the guideline was recommended with modifications.

Organisational Culture:

The most frequent leadership profile was the Mentor profile (45.61%). Lower scores belonged to Innovator and Monitor profiles (3.51%). On the organisational culture overall, higher scores were found in the Human Relations culture (74.07%). The higher leadership strategy was the strategy of flexibility (66.10%).

The results additionally showed that the only leadership profile associated with case management implementation was the Producer profile, representing 14.55% of all leadership profiles in the country.

Barriers:

The barriers identified by MH professionals, with high percentages, were: lack of time (57.7%), knowledge and motivation (40.8%), other colleagues cooperation (33.7%), low number of contacts with patients (35.2%), lack of facilities (70.4%) and lack of instruments (69%) to implement case management, varying across regions.

Results show that there was a negative correlation between implementation and the following barriers: using protocols, practice format, need for more training and lack of cooperation from colleagues. Additionally, statistical differences were found between barriers to implementation and: services characteristics, workforce characteristics, organisational culture.

Implementation:

The national average results of case management implementation fidelity was (41.48), close to values found in similar studies. In the regional scores South Region Alentejo had the highest implementation score. If we look at minimum scores to assume implementation fidelity, these occurred in 57.75% of services and a good implementation occurred in 15.49% of these.

Regression methods allowed to confirm that implementation score prediction was possible using the combination of barriers and organisational culture scores.

Discussion

Considering the initial study hypotheses, it was possible to confirm the variation of case management implementation across country regions. Additionally, we could conclude that common denominators exist when successful implementation occurred. It was possible to observe a significant relationship between implementation degree and the dimensions of barriers, organisational culture and services resources (defined as professionals and services characteristics). In a more conclusive way, we can say that there are factors, other than financial and human resources, that are associated with evidence based practices implementation like case management. An example is the Alentejo region, where the distance from urban centres, and the known difficulties associated with accessibility, plus the lack of financial and human resources, have not impeded the regional higher score on implementation.

Conclusions

Case management implementation had several barriers to implementation. There are different barriers across country regions, resulting from organisational culture, services and professionals characteristics. To reach implementation it is necessary to consider specific methodologies that go beyond traditional training programs and evident practices, widely promoted. Evidence-based practices require evidence-based implementations.

BIBLIOGRAFIA

- Aarons, G. A., & Sawitzky, A. C. (2006). Organizational culture and climate and mental health provider attitudes toward evidence-based practice. *Psychological Services, 3*(1), 61–72. doi: 10.1037/1541-1559.3.1.61
- Aarons, G. A., Glisson, C., Green, P. D., Hoagwood, K., Kelleher, K. J., & Landsverk, J. A. (2012). The organizational social context of mental health services and clinician attitudes toward evidence-based practice: A United States national study. *Implementation science : IS, 7*(1), 56. doi:10.1186/1748-5908-7-56
- Aberg-Wistedt, A. A., Cressell, T. T., Lidberg, Y. Y., Liljenberg, B. B., & Osby, U. U. (1995). Two-year outcome of team-based intensive case management for patients with schizophrenia. *Psychiatric services (Washington, DC), 46*(12), 1263–1266.
- Adamou, M., & Hale, A. S. (2004). Total Quality Management in the NHS in England and Wales: a story untold? *Journal of Quality Health Care.*
- Alegria, M., Polo, A., Gao, S., Santana, L., Rothstein, D., Jimenez, A., et al. (2008). Evaluation of a Patient Activation and Empowerment Intervention in Mental Health Care. *Medical care, 46*(3), 247–256. doi:10.1097/MLR.0b013e318158af52
- Alkhenizan, A., & Shaw, C. (2012). The attitude of health care professionals towards accreditation: A systematic review of the literature. *Journal of family & community medicine, 19*(2), 74–80. doi:10.4103/2230-8229.98281
- Allaire, A.-S., Labrecque, M., Giguère, A., Gagnon, M.-P., Grimshaw, J., & Legaré, F. (2011). Barriers and facilitators to the dissemination of DECISION+, a continuing medical education program for optimizing decisions about antibiotics for acute respiratory infections in primary care: A study protocol. *Implementation Science, 6*(1), 3. doi:10.1186/1748-5908-6-3
- Allery, R. (1997). Why general practitioners and consultants change their clinical practice: a critical incident study. *BMJ: British Medical Journal, 314*(7084), 870.
- Anderson, R. M., Funnell, M. M., Butler, P. M., Arnold, M. S., Fitzgerald, J. T., & Feste, C. C. (1995). Patient Empowerment: Results of a randomized controlled trial. *Diabetes Care, 18*(7), 943–949. doi:10.2337/diacare.18.7.943
- Andrews, G. (1999). Efficacy, effectiveness and efficiency in mental health service delivery. *Australian And New Zealand Journal Of Psychiatry, 33*(3), 316–322.
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal, 16*, 11–11.
- Assembleia da República (1998). Lei de Saúde Mental nº 36/98. *Diário da República, (I-A Série), 1–8.*
- Assembleia da República. (1999). Decreto Lei nº 35/99. *Diário da República, (I-A Série), 1–6.*
- Assembleia Nacional. (1911). Lei de 1911. *Diário do Governo, (111), 1–24.*
- Assembleia Nacional. (1945). Lei da Assistência Psiquiátrica 1945.
- Assembleia Nacional. (1963). Lei n.º 2118. *Diário do Governo, I Série(79), 1–6.*
- Avorn, J., & Soumerai, S. B. (1983). Improving drug-therapy decisions through educational outreach. A randomized controlled trial of academically based "detailing". *The New England journal of medicine, 308*(24), 1457–1463. doi:10.1056/NEJM198306163082406

- Ayanian, J. Z., & Berwick, D. M. (1991). Do Physicians Have a Bias toward Action?: A Classic Study Revisited. *Medical Decision Making*, *11*(3), 154–158. doi:10.1177/0272989X9101100302
- Baker, R. (1988). Practice assessment and quality of care. *The Journal of the Royal College of General Practitioners. Occasional paper*, (39), 1–30.
- Baker, R., Reddish, S., Robertson, N., Hearnshaw, H., & Jones, B. (2001). Randomised controlled trial of tailored strategies to implement guidelines for the management of patients with depression in general practice. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*, *51*(470), 737–741.
- Balas, A. E., & Boren, S. A. (2000). Managing clinical knowledge for health care improvement. *Yearbook of Medical Informatics*, 65–70.
- Bandura, A. (1997). The anatomy of stages of change. *American Journal of Health Promotion*, *12*(1), 8–10.
- Barahona Fernandes, H. (1958). Contemporary Psychiatry in Portugal. *The American journal of Psychiatry*, *114*(10), 923–925.
- Barker, K. (2004). Diffusion of innovations: a world tour. *Journal of health communication*, *9 Suppl 1*, 131–137. doi:10.1080/10810730490271584
- Barnum, H., Kutzin, J., & Saxenian, H. (1995). Incentives and provider payment methods. *International Journal of Health Planning and Management*, *10*(1), 23–45. doi:10.1002/hpm.4740100104
- Bartholomew, T. (2010). Illness Management and Recovery in State Psychiatric Hospitals. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation* *13.2* (2010): 105-125.
- Baumann, M. M., Bentzen, S. M. S., Doerr, W. W., Joiner, M. C. M., Saunders, M. M., Tannock, I. F. I., & Thames, H. D. H. (2001). The translational research chain: is it delivering the goods? *International Journal of Radiation Oncology*Biophysics*, *49*(2), 345–351. doi:10.1016/S0360-3016(00)01483-8
- Beaton, D., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, *25*(24), 3186.
- Becker, D., Smith, J., Tanzman, B., Drake, R., & Tremblay, T. (2001). Fidelity of supported employment programs and employment outcomes. *Psychiatric services (Washington, DC)*, *52*(6), 834–836.
- Bero, L., Grilli, R., Grimshaw, J., Harvey, E., Oxman, A., & Thomson, M. A. (1998). Closing the Gap Between Research and Practice: An Overview of Systematic Reviews of Interventions to Promote Implementation of Research Findings by Health Care Professionals. *British Medical Journal*, *317*, 1–5.
- Berrio, A. A. (2003). An Organizational Culture Assessment Using the Competing Values Framework: A Profile of Ohio State University Extension. *Age*.
- Bertolote, J. (2005). Early intervention and recovery for young people with early psychosis: consensus statement. *The British Journal of Psychiatry*, *187*(48), s116–s119. doi:10.1192/bjp.187.48.s116
- Bloom, B. S. (2005). Effects of continuing medical education on improving physician clinical care and patient health: a review of systematic reviews. *International Journal Of Technology Assessment In Health Care*, *21*(3), 380–385.
- Blumenthal, D., & Epstein, A. M. (1996). Quality of health care. Part 6: The role of physicians in the future of quality management. *The New England journal of medicine*, *335*(17), 1328–1331. doi:10.1056/NEJM199610243351721

- Bond, G., Drake, R., Mueser, K., & Latimer, E. (2001). Assertive community treatment for people with severe mental illness - Critical ingredients and impact on patients. *Disease Management & Health Outcomes*, 9(3), 141–159.
- Bond, G., Evans, L., Salyers, M., Williams, J., & Kim, H. W. (2000). Measurement of fidelity in psychiatric rehabilitation. *Mental Health Services Research*, 2(2), 75–87.
- Boström, A.-M., Kajermo, K. N., Nordström, G., & Wallin, L. (2008). Barriers to research utilization and research use among registered nurses working in the care of older people: does the BARRIERS scale discriminate between research users and non-research users on perceptions of barriers? *Implementation Science*, 3, 24. doi:10.1186/1748-5908-3-24
- Braithwaite. (2006). A prospective, multi-method, multi-disciplinary, multi-level, collaborative, social-organisational design for researching health sector accreditation [LP0560737]. *BMC Health Services Research*, 6, 113–113. doi:10.1186/1472-6963-6-113
- Brooker, C., Saul, C., Robinson, J., King, J., & Dudley, M. (2003). Is training in psychosocial interventions worthwhile? Report of a psychosocial intervention trainee follow-up study. *International journal of nursing studies*, 40(7), 731–747. doi:10.1016/S0020-7489(03)00013-0
- Brownson, R. C., Colditz, G. A., & Proctor, E. K. (2012). *Dissemination and Implementation Research in Health*. OUP USA.
- Buenger, V., Daft, R. L., Conlon, E. J., & Austin, J. (1996). Competing Values in Organizations: Contextual Influences and Structural Consequences. *Organization Science*, 7(5), 557–576. doi:10.1287/orsc.7.5.557
- Burls, A. (2010). AGREE II-improving the quality of clinical care. *Lancet*, 376(9747), 1128–1129. doi:10.1016/S0140-6736(10)61034-3
- Burns, T. (1996a). Case management: two nations still divided. *Psychiatric services (Washington, DC)*, 47(8), 793–793.
- Burns, T. (1996b). Care management. Case management confers substantial benefits. *British Medical Journal*, 312(7045), 1540.
- Burns, T. (2000). Models of community treatments in schizophrenia: do they travel? - Burns - 2002 - Acta Psychiatrica Scandinavica - Wiley Online Library. *Acta Psychiatrica Scandinavica*.
- Burns, T. T., Creed, F. F., Fahy, T. T., Thompson, S. S., Tyrer, P. P., & White, I. I. (1999). Intensive versus standard case management for severe psychotic illness: a randomised trial. *The Lancet*, 353(9171), 5–5. doi:10.1016/S0140-6736(98)12191-8
- Burns, T., Catty, J., Dash, M., Roberts, C., Lockwood, A., & Marshall, M. (2007). Use of intensive case management to reduce time in hospital in people with severe mental illness: systematic review and meta-regression. *BMJ (Clinical research ed)*, 335(7615), 336–336. doi:10.1136/bmj.39251.599259.55
- Burns, T., Fioritti, A., Holloway, F., Malm, U., & Rössler, W. (2001). Case management and assertive community treatment in Europe. *Psychiatric services (Washington, DC)*, 52(5), 631–636.
- Butow, P. N., Sze, M., Eisenbruch, M., Bell, M. L., Aldridge, L. J., Abdo, S., et al. (2013). Should culture affect practice? A comparison of prognostic discussions in consultations with immigrant versus native-born cancer patients. *Patient Education and Counseling*, -. doi: 10.1016/j.pec.2013.03.006
- Buttery, C. M. (2006). Does continuing medical education work? *BMJ (Clinical research ed)*, 333(7558), 99–99. doi:10.1136/bmj.333.7558.99-c

- Byford, S., Fiander, M., Torgerson, D. J., Barber, J. A., Thompson, S. G., Burns, T., et al. (2000). Cost-effectiveness of intensive v. standard case management for severe psychotic illness: UK700 case management trial. *The British Journal of Psychiatry*, 176(6), 537–543. doi: 10.1192/bjp.176.6.537
- Cabana, M. D. (1999). Why Don't Physicians Follow Clinical Practice Guidelines?: A Framework for Improvement. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 282(15), 1458–1465. doi:10.1001/jama.282.15.1458
- Caldas de Almeida, J. M. (1996). Community psychiatry in Portugal. *Epidemiologia e Psiquiatria Sociale*, 5(02), 92–95. doi:10.1017/S1121189X00004024
- Caldas de Almeida, J., & Xavier, M. (2013). *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental*. (U. N. de L. Faculdade de Ciências Médicas, Ed.) (Vol. 1). Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa.
- Caldas de Almeida, J., Leuchner, A., Duarte, H., Heitor, M., Xavier, M., Paixão, I., & Sennfelt, J. (2007). Proposta de plano de ação para a reestruturação e desenvolvimento dos serviços de saúde mental em Portugal. (C. N. P. A. S. Mental, Ed.) *Ministério da Saúde*, 1–155.
- Caldas de Almeida, J.M. (2011). Integração da Saúde Mental nos Cuidados de Saúde Primários. *Coordenação Nacional para a Saúde Mental*, 1–248.
- Cameron, K. S. (1985). *Cultural Congruence, Strength, and Type*.
- Campbell, N. C., Murray, E., Darbyshire, J., Emery, J., Farmer, A., Griffiths, F., et al. (2007). Designing and evaluating complex interventions to improve health care. *British Medical Journal*, 334(7591), 455–459.
- Carneiro, A. (2004). Methodological appraisal of guidelines. The AGREE instrument. *Revista Portuguesa de Cardiologia*.
- Carneiro, A. V. (1998). Um instrumento para a mudança da prática médica: Medicina Baseada na Evidência (Evidence-based Medicine). *Medicina Interna*.
- Cates, J. R., Young, D. N., Bowerman, D. S., & Porter, R. C. (2006). An independent AGREE evaluation of the Occupational Medicine Practice Guidelines. *The spine journal : official journal of the North American Spine Society*, 6(1), 72–77. doi:10.1016/j.spinee.2005.06.012
- Cauffman, J. G., Forsyth, R. A., Clark, V. A., Foster, J. P., Martin, K. J., Lapsys, F. X., & Davis, D. A. (2002). Randomized controlled trials of continuing medical education: what makes them most effective? *The Journal of continuing education in the health professions*, 22(4), 214–221. doi:10.1002/chp.1340220405
- Chaix-Couturier, C., Durand-Zaleski, I., Jolly, D., & Durieux, P. (2000). Effects of financial incentives on medical practice: results from a systematic review of the literature and methodological issues. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua*, 12(2), 133–142.
- Chalmers, I. (2000). Evaluating “payback” on biomedical research : Biomedical funding decisions should be audited. *BMJ: British Medical Journal*, 321(7260), 566.
- Champagne, F., Denis, J. L., Pineault, R., & Contandriopoulos, A. P. (1991). Structural and political models of analysis of the introduction of an innovation in organizations: the case of the change in the method of payment of physicians in long-term care hospitals. *Health Services Management Research*, 4(2), 94–111.
- Chassin, M. R. (1998). Is health care ready for Six Sigma quality? *The Milbank quarterly*, 76(4), 565–91– 510. doi:10.2307/3350512

- Clancy, C. (2004). Reinventing continuing medical education. *BMJ (Clinical research ed)*, 328(7445), E291. doi:10.1136/bmj.328.7445.E291
- Clarke, A., Gatineau, M., Grimaud, O., Royer-Devaux, S., Wyn-Roberts, N., Le Bis, I., & Lewison, G. (2007). A bibliometric overview of public health research in Europe. *The European Journal of Public Health*, 17(suppl_1), 43–49. doi:10.1093/eurpub/ckm063
- CNSM, Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2008). Equipas de Saúde Mental Comunitária - Encontro da Curia. *Ministério da Saúde*, 1–27.
- Cockburn, J., & Pit, S. (1997). Prescribing behaviour in clinical practice: patients' expectations and doctors' perceptions of patients' expectations--a questionnaire study. *British Medical Journal*, 315(7107), 520–523.
- Codman, E. A. (1917). A study in hospital efficiency, 179.
- Coleman, J. S., Katz, E., & Menzel, H. (1966). Medical innovation: A diffusion study. *Indianapolis, Bobbs-Merrill Co.*
- Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I., Petticrew, M., Medical Research Council Guidance. (2008). Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *BMJ (Clinical research ed)*, 337, a1655.
- Curado, J. M. (2007). O ataque aos tribunais pelos psiquiatras portugueses de oitocentos. Universidade do Minho. Centro de Estudos Humanísticos (CEHUM)
- Curnock, E., Ferguson, J., McKay, J., & Bowie, P. (n.d.). Healthcare Improvement and Rapid PDSA Cycles of Change: A Realist Synthesis of the Literature. *nes.scot.nhs.uk*
- Dalum, H. S., Korsbek, L., Mikkelsen, J. H., Thomsen, K., Kistrup, K., Olander, M., et al. (2011). Illness management and recovery (IMR) in Danish community mental health centres. *Trials*, 12. doi:10.1186/1745-6215-12-195
- Damanpour, F. (1991). Organizational Innovation: a meta-analysis of effects of determinants and moderators. *Academy of management journal*.
- Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R., Kirsh, S., Alexander, J., & Lowery, J. (2009a). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 4, 50. doi:10.1186/1748-5908-4-50
- Damschroder, L. J., Banaszak-Holl, J., Kowalski, C. P., Forman, J., Saint, S., & Krein, S. L. (2009b). The role of the champion in infection prevention: results from a multisite qualitative study, 18(6), 434–440. doi:10.1136/qshc.2009.034199.
- Davidoff, F. (1995). Evidence based medicine. *BMJ: British Medical Journal*, 310(6987), 1085.
- Davis, D. A. (1995). Changing Physician Performance A Systematic Review of the Effect of Continuing Medical Education Strategies. *Jama*, 274(9), 700–705. doi:10.1001/jama.1995.03530090032018
- Davis, D., & TaylorVaisey, A. (1997). Translating guidelines into practice - A systematic review of theoretic concepts, practical experience and research evidence in the adoption of clinical practice guidelines. *Canadian Medical Association Journal*, 157(4), 408–416.
- Davis, D., Davis, M., Jadad, A., Perrier, L., & Rath, D. (2003). The case for knowledge translation: shortening the journey from evidence to effect. *BMJ (Clinical research ed)*, 327(7405), 33–35. doi:10.1136/bmj.327.7405.33
- Davis, D., O'Brien, M. A., Freemantle, N., Wolf, F. M., Mazmanian, P., & Taylor-Vaisey, A. (1999). Impact of formal continuing medical education: do conferences, workshops, rounds, and

- other traditional continuing education activities change physician behavior or health care outcomes? *Jama*, 282(9), 867–874. doi:10.1001/jama.282.9.867
- Davis, D., Thomson, M. A., Oxman, A., & Haynes, B. (1992). Evidence for the effectiveness of CME. A review of 50 randomized controlled trials. *Jama*, 268(9), 1111–1117. doi:10.1001/jama.1992.03490090053014
- Dealey, W. L., & Dvorak, A. (1933). Why and Wherefore of Typewriting Errors. *Journal of Education for Business*, 9(2), 15–16. doi:10.1080/08832323.1933.9958992
- Deci, P. A. (1995). Dissemination of assertive community treatment programs. *Psychiatric services (Washington, DC)*, 46(7), 676–678.
- Deming, W. E. (1989). *Calidad, productividad y competitividad: la salida de la crisis*. Ediciones Díaz de Santos.
- Department of Health and Human Services (2003). *Achieving the promise: Transforming mental health care in America - The President's New Freedom Commission*, 125p.
- Dipadova, L. N., & Faerman, S. R. (1993). Using the competing values framework to facilitate managerial understanding across levels of organizational hierarchy. *Human Resource Management*, 32(1), 143–174. doi:10.1002/hrm.3930320108
- Dixon, L. (2000). Assertive Community Treatment: Twenty-Five Years of Gold. *Psychiatric Services*, 51(6), 759–765.
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank quarterly*, 83(4), Suppl: 166–206. doi:10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x
- Donabedian, A. (1988). The Quality of Care - How Can It Be Assessed. *Jama-Journal of the American Medical Association*, 260(12), 1743–1748.
- Donaldson, L. (1995). Conflict, power, negotiation. *BMJ: British Medical Journal*, 310(6972), 104.
- Donner-Banzhoff, N. (1999). *Evidence Based Practice in Primary Care* (Vol. 318, pp. 1706–1706). *BMJ (Clinical research ed)*. doi:10.1136/bmj.318.7199.1706
- Dooley, K. E. (1999). ET&S [2(4)] - Kim E. Dooley - Towards a Holistic Model for the Diffusion of Educational Technologies: An Integrative Review of Educational Innovation Studies. *Educational Technology & Society*.
- Dorsey, E. R. (2010). Funding of US Biomedical Research, 2003-2008. *Jama*, 303(2), 137. doi: 10.1001/jama.2009.1987
- Drake, R., & Bond, G. (2009). Implementing evidence-based practices for people with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*.
- Drake, R., Goldman, H., Leff, H., Lehman, A. F., Dixon, L., Mueser, K., & Torrey, W. (2001). Implementing evidence-based practices in routine mental health service settings. *Psychiatric services (Washington, DC)*, 52(2), 179–182.
- Durlak, J. A., & Dupre, E. P. (2008). Implementation Matters: A Review of Research on the Influence of Implementation on Program Outcomes and the Factors Affecting Implementation. *American Journal of Community Psychology*, 41(3-4), 327–350. doi:10.1007/s10464-008-9165-0
- Dvorak, A. (1935). Developing Rhythm in Typewriting. *Journal of Education for Business*, 10(6), 19–34. doi:10.1080/08832323.1935.9958667
- Eccles, M., & Mittman, B. S. (2006). Welcome to implementation science. *Implementation Science*.
- Edwards, J., & McGorry, P. D. (2002). *Implementing Early Intervention in Psychosis*. CRC Press.

- Essock, S. M., Mueser, K., Drake, R., Covell, N. H., McHugo, G. J., Frisman, L. K., et al. (2006). Comparison of ACT and standard case management for delivering integrated treatment for co-occurring disorders. *Psychiatric services (Washington, DC)*, *57*(2), 185–196.
- Ettelt, S., & Mays, N. (2011). Health services research in Europe and its use for informing policy. *Journal of Health Services Research & Policy*, *16*(suppl_2), 48–60. doi:10.1258/jhsrp.2011.011004
- Evans, D., & Haines, A. (2000). *Implementing evidence-based changes in healthcare*. Abingdon, Oxon : Radcliffe Medical Press.
- Evans, D., Mellins, R., Lobach, K., Ramos-Bonoan, C., Pinkett-Heller, M., Wiesemann, S., et al. (1997). Improving care for minority children with asthma: professional education in public health clinics. *Pediatrics*, *99*(2), 157–164.
- Fagerberg, J. (2006). *The Oxford Handbook of Innovation*. Oxford University Press.
- Fardig, R., Lewander, T., Fredriksson, A., & Melin, L. (2011a). Evaluation of the Illness Management and Recovery Scale in schizophrenia and schizoaffective disorder. *Schizophrenia Research*, *132*(2-3), 157–164. doi:10.1016/j.schres.2011.07.001
- Fardig, R., Lewander, T., Melin, L., Folke, F., & Fredriksson, A. (2011b). A randomized controlled trial of the illness management and recovery program for persons with schizophrenia. *Psychiatric Services*, *62*(6), 606–612. doi:10.1176/appi.ps.62.6.606
- Felicio, M. J., Lopes, A., Salgueiro, F., & Parreira, P. (2008). Competências de gestão. Um instrumento de medida para a realidade portuguesa. *Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão*, 1–13.
- Fioritti, A. A., Russo, Lo, L. L., & Melega, V. V. (1997). Reform said or done? The case of Emilia-Romagna within the Italian psychiatric context. *The American journal of psychiatry*, *154*(1), 94–98.
- Fixsen, D. L. (2005). *Implementation Research: A Synthesis of the Literature*.
- Foy, R., Eccles, M., & Grimshaw, J. (2001). Why does primary care need more implementation research? *Family practice*, *18*(4), 353–355.
- Fragata, J., & Santos, S. (2006). Risco clínico: complexidade e performance. *Almedina*, 346.
- Franz, M., Ranger, J., Hanewald, B., Gallhofer, B., & Lay, B. (2012). Influences on therapist's decisions for neuroleptic treatment in schizophrenia: the role of characteristics of the patient and the physician. *Pharmacopsychiatry*, *45*(7), 261–268. doi:10.1055/s-0032-1312609
- Funk, M. (2005). *Mental Health Policy, Plans and Programmes*. World Health Organization.
- Funk, M. (2003). *Organization of Services for Mental Health*. World Health Organization.
- Funk, S. G., Champagne, M. T., Wiese, R. A., & Tornquist, E. M. (1991). Barriers: the barriers to research utilization scale. *Applied nursing research : ANR*, *4*(1), 39–45.
- Garattini, L., Gritti, S., De Compadri, P., & Casadei, G. (2010). Continuing Medical Education in six European countries: a comparative analysis. *Health Policy*, *94*(3), 246–254. doi:10.1016/j.healthpol.2009.09.017
- Gensicheng, J., BEYER, M., MUTH, C., GERLACH, F. M., KORFF, von, M., & ORMEL, J. (2005). Case management to improve major depression in primary health care: a systematic review. *Psychological medicine*, *36*(01), 7–14. doi:10.1017/S0033291705005568
- Gibbons, R. J., Antman, E. M., & Smith, S. C. (2010). Has guideline development gone astray? No. *BMJ (Clinical research ed)*, *340*(jan29 1), c343–c343. doi:10.1136/bmj.c343

- Gjersing, L., Caplehorn, J. R. M., & Clausen, T. (2010). Cross-cultural adaptation of research instruments: language, setting, time and statistical considerations. *BMC Medical Research Methodology*, *10*, 13. doi:10.1186/1471-2288-10-13
- Glasgow, R. E. R., Vogt, T. M. T., & Boles, S. M. S. (1999). Evaluating the public health impact of health promotion interventions: the RE-AIM framework. *American journal of public health (New York, N.Y. : 1912)*, *89*(9), 1322–1327. doi:10.2105/AJPH.89.9.1322
- Goderis, G., Borgermans, L., Mathieu, C., Van Den Broeke, C., Hannes, K., Heyrman, J., & Grol, R. (2009). Barriers and facilitators to evidence based care of type 2 diabetes patients: experiences of general practitioners participating to a quality improvement program. *Implementation Science*, *4*(1), 41. doi:10.1186/1748-5908-4-41
- Goldman, H., Ganju, V., Drake, R., Gorman, P., Hogan, M., Hyde, P. S., & Morgan, O. (2001). Policy implications for implementing evidence-based practices. *Psychiatric services (Washington, DC)*, *52*(12), 1591–1597. doi:10.1176/appi.ps.52.12.1591
- Gonçalves, M., & Graça, O. (2010). A psiquiatria e a psicologia na avaliação pericial em sexologia forense. *Acta Médica Portuguesa*. v. 23, n. 3.
- Graham, I., Logan, J., Harrison, M. B., Straus, S. E., Tetroe, J., Caswell, W., & Robinson, N. (2006). Lost in knowledge translation: Time for a map? *The Journal of continuing education in the health professions*, *26*(1), 13–24. doi:10.1002/chp.47
- Gray. (2005). The NICE guidelines for schizophrenia. *Psychiatry (Edgmont (Pa. : Township))*, *4*(10), 3–3. doi:10.1383/psyt.2005.4.10.11
- Greenhalgh, T. (1996). Is my practice evidence-based? *BMJ (Clinical research ed)*, *313*(7063), 957–958.
- Greenhalgh, T. (2005). *Diffusion of Innovations in Health Service Organisations: A systematic literature review* (pp. 1–328).
- Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. *The Milbank quarterly*, *82*(4), 581–629. doi:10.1111/j.0887-378X.2004.00325.x
- Greer, A. L. A. (1988). The state of the art versus the state of the science. The diffusion of new medical technologies into practice. *International Journal Of Technology Assessment In Health Care*, *4*(1), 5–26.
- Grilli, R. R., & Lomas, J. J. (1994). Evaluating the message: the relationship between compliance rate and the subject of a practice guideline. *Medical care*, *32*(3), 202–213.
- Grimshaw, J., Eccles, M. P., Lavis, J., Hill, S. J., & Squires, J. E. (2012). Knowledge translation of research findings. *Implementation science : IS*, *7*(1), 50. doi:10.1186/1748-5908-7-50
- Grimshaw, J., Thomas, R. E., MacLennan, G., Fraser, C., Ramsay, C., Vale, L., et al. (2004). Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health technology assessment (Winchester, England)*, *8*(6), iii–iv, 1–72.
- Grol, R. (1992). Implementing guidelines in general practice care. *Quality in Health Care*, *1*(3), 184–191.
- Grol, R. (1997). Beliefs and evidence in changing clinical practice. *British Medical Journal*, *315*(7105), 418–421.
- Grol, R. (2000). Between evidence-based practice and total quality management: the implementation of cost-effective care. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua*, *12*(4), 297–304.
- Grol, R. (2010). Has guideline development gone astray? Yes. *BMJ (Clinical research ed)*, *340*, c306.

- Grol, R. R. (2001). Improving the quality of medical care: building bridges among professional pride, payer profit, and patient satisfaction. *Jama*, 286(20), 2578–2585. doi:10.1001/jama.286.20.2578
- Grol, R. R. (2008). Knowledge transfer in mental health care: how do we bring evidence into day-to-day practice? *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 53(5), 275–276.
- Grol, R. R., & Grimshaw, J. J. (2003). From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *The Lancet*, 362(9391), 6–6. doi:10.1016/S0140-6736(03)14546-1
- Grol, R., & van Weel, C. (2009). Getting a grip on guidelines: how to make them more relevant for practice. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*, 59(562), e143–4. doi:10.3399/bjgp09X420554
- Grol, R., & Wensing, M. (2004). What drives change? Barriers to and incentives for achieving evidence-based practice. *The Medical journal of Australia*, 180(6 Suppl), S57–60.
- Grol, R., & Wensing, M. (2005). Improving patient care: the implementation of change in clinical practice , 290.
- Grol, R., Bosch, M. C., Hulscher, M. E. J. L., Eccles, M. P., & Wensing, M. (2007). Planning and studying improvement in patient care: the use of theoretical perspectives. *The Milbank quarterly*, 85(1), 93–138. doi:10.1111/j.1468-0009.2007.00478.x
- Gross, N. C. (1943). The diffusion of hybrid seed corn in two Iowa communities. (B. Ryan, Ed.) *Rural Sociology*, 8(1), 15–24.
- Gupta, L., Ward, J., & Hayward, R. (1997). Clinical practice guidelines in general practice: a national survey of recall, attitudes and impact. *The Medical journal of Australia*, 166(2), 69–72.
- Guyatt, G., Cook, D., & Haynes, B. (2004). Evidence based medicine has come a long way. *BMJ (Clinical research ed)*, 329(7473), 990–991. doi:10.1136/bmj.329.7473.990
- Haines, A. (1996). The science of perpetual change. *The British Journal of General Practice*, 46(403), 115.
- Haines, A., Kuruvilla, S., & Borchert, M. (2004). Bridging the implementation gap between knowledge and action for health. *Bulletin of the World Health Organization*, 82(10), 724–31; discussion 732.
- Hambridge, J. A., & Rosen, A. (1994). Assertive Community Treatment for the Seriously Mentally Ill in Suburban Sydney: A Programme Description and Evaluation. *Australasian Psychiatry*.
- Hansson, L. (2001). Outcome assessment in psychiatric service evaluation. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36(5), 244–248.
- Hasson-Ohayon, I., Roe, D., & Kravetz, S. (2007). A randomized controlled trial of the effectiveness of the illness management and recovery program. *Psychiatric services (Washington, DC)*, 58(11), 1461–1466. doi:10.1176/appi.ps.58.11.1461
- Heinrichs, D. W., Hanlon, T. E., & Carpenter, W. T., Jr. (1984). The Quality of Life Scale. *Schizophrenia Bulletin*, 10(3), 388–398.
- Helfrich, C. D., Damschroder, L. J., Hagedorn, H. J., Daggett, G. S., Sahay, A., Ritchie, M., et al. (2010). A critical synthesis of literature on the promoting action on research implementation in health services (PARIHS) framework. *Implementation Science*, 5(1), 82. doi: 10.1186/1748-5908-5-82
- Hemsley-Brown, J. (2004). Facilitating research utilisation: A cross-sector review of research evidence. *International Journal of Public Sector Management*, 17(6), 534–552.

- Herdman, M., Fox-Rushby, J., & Badia, X. (1998). A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. *Quality of Life Research*, 7(4), 323–335.
- Hill, L., & Maucione, K. (2007). A focused approach to assessing program fidelity. *Prevention Science*.
- Hogan, M. F. (2003). New Freedom Commission Report: The President's New Freedom Commission: Recommendations to Transform Mental Health Care in America. *Psychiatric services (Washington, DC)*, 54(11), 1467–1474. doi:10.1176/appi.ps.54.11.1467
- Holloway, F., & Carson, J. (1998). Intensive case management for the severely mentally ill. Controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 172(1), 19–22. doi:10.1192/bjp.172.1.19
- Holloway, F., & Carson, J. (2001). Review Article Case Management: an Update. *International Journal of Social Psychiatry*, 47(3), 21–31. doi:10.1177/002076400104700303
- Holloway, F., Oliver, N., Collins, E., & Carson, J. (1995). Case management: A critical review of the outcome literature. *European Psychiatry*, 10(3), 113–128. doi:10.1016/0767-399X(96)80101-5
- Hoult, J., Reynolds, I., Charbonneau-Powis, M., Weekes, P., & Briggs, J. (1983). Psychiatric hospital versus community treatment: the results of a randomised trial. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 17(2), 160–167.
- Hoult, J., Rosen, A., & Reynolds, I. (1984). Community orientated treatment compared to psychiatric hospital orientated treatment. *Social science & medicine (1982)*, 18(11), 1005–1010. doi: 10.1016/0277-9536(84)90272-7
- Hughes, D. D., & Yule, B. B. (1992). The effect of per-item fees on the behaviour of general practitioners. *Journal of Health Economics*, 11(4), 413–437.
- Institute of Medicine (U.S.). (2001). *Crossing the quality chasm : a new health system for the 21st century*. Washington, D.C. : National Academy Press.
- Intagliata, J. J. (1982). Improving the quality of community care for the chronically mentally disabled: the role of case management. *Schizophrenia Bulletin*, 8(4), 655–674. doi:10.1093/schbul/8.4.655
- Issakidis, C., Sanderson, K., Teesson, M., Johnston, S., & Buhrich, N. (2007). Intensive case management in Australia: a randomized controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 99(5), 360–367. doi:10.1111/j.1600-0447.1999.tb07242.x
- Jennett, P. A. P., Laxdal, O. E. O., Hayton, R. C. R., Klaassen, D. J. D., Swanson, R. W. R., Wilson, T. W. T., et al. (1988). The effects of continuing medical education on family doctor performance in office practice: a randomized control study. *Medical Education*, 22(2), 139–145. doi:10.1111/j.1365-2923.1988.tb00424.x
- Joly, B. M., Polyak, G., Davis, M. V., Brewster, J., Tremain, B., Raevsky, C., & Beitsch, L. M. (2007). Linking Accreditation and Public Health Outcomes: A Logic Model Approach. *Journal of Public Health Management and Practice*, 13(4), 349. doi:10.1097/01.PHH.0000278027.56820.7e
- Jones, K. R., DeBaca, V., & Yarbrough, M. (1997). Organizational culture assessment before and after implementing patient-focused care. *Nursing economics*, 15(2), 73–80.
- Jones, S. H., Thornicroft, G., Coffey, M., & Dunn, G. (1995). A brief mental health outcome scale-reliability and validity of the Global Assessment of Functioning (GAF). *The British Journal of Psychiatry*, 166(5), 654–659. doi:10.1192/bjp.166.5.654
- Juran, J. M. (1993). Made in U.S.A.: a renaissance in quality. *Harvard Business Review*, 71(4), 42–7–50.

- Kapoor, K. K., Williams, M. D., Dwivedi, Y. K., & Lal, B. (2011). An analysis of existing publications to explore the use of the diffusion of innovations theory and innovation attributes. *Information and Communication Technologies (WICT), 2011 World Congress on*, 229–234. doi:10.1109/WICT.2011.6141249
- Kara, M., Van der Bijl, J., Shortridge-Baggett, L., Astl, T., & Erguney, S. (2006). Cross-cultural adaptation of the diabetes management self-efficacy scale for patients with type 2 diabetes mellitus: Scale development. *International journal of nursing studies*, 43(5), 611–621.
- Karanikolos, M., Mladovsky, P., Cylus, J., Thomson, S., Basu, S., Stuckler, D., et al. (2013). Financial crisis, austerity, and health in Europe. *The Lancet*, 1–9. doi:10.1016/S0140-6736(13)60102-6
- Karuppusami, G., & Gandhinathan, R. (2006). Pareto analysis of critical success factors of total quality management: A literature review and analysis. *The TQM Magazine*, 18(4), 372–385. doi:10.1108/09544780610671048
- Keeler, E. B., Solomon, D. H., Beck, J. C., Mendenhall, R. C., & Kane, R. L. (1982). Effect of patient age on duration of medical encounters with physicians. *Medical care*, 20(11), 1101–1108. doi:10.1097/00005650-198211000-00005
- Kitson, A., Harvey, G., & McCormack, B. (1998). Enabling the implementation of evidence based practice: a conceptual framework. *Quality and Safety in Health Care*, 7(3), 149–158. doi:10.1136/qshc.7.3.149
- Korhonen, K., Hujala, T., & Kurttila, M. (2013). Diffusion of voluntary protection among family forest owners: Decision process and success factors. *Forest Policy and Economics*, 26, 82–90. doi:10.1016/j.forpol.2012.08.010
- Kritchevsky, S. B. S., & Simmons, B. P. B. (1991). Continuous quality improvement. Concepts and applications for physician care. *Jama*, 266(13), 1817–1823. doi:10.1001/jama.1991.03470130097036
- Langan, M. (1990). Community care in the 1990s: the community care White Paper: “Caring for People.” *Critical Social Policy*, 10(29), 58–70. doi:10.1177/026101839001002904
- Lawrence, M., & Olesen, F. (1997). Indicators of Quality in Health Care. *European Journal of General Practice*, 3(3), 103–108. doi:10.3109/13814789709160336
- Legaré, F., Labrecque, M., LeBlanc, A., Njoya, M., Laurier, C., Côté, L., et al. (2011). Training family physicians in shared decision making for the use of antibiotics for acute respiratory infections: a pilot clustered randomized controlled trial. *Health expectations : an international journal of public participation in health care and health policy*, 14 Suppl 1, 96–110. doi:10.1111/j.1369-7625.2010.00616.x
- Lehman, A. F. A., & Steinwachs, D. M. D. (1998a). Translating research into practice: the Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) treatment recommendations. *Schizophrenia Bulletin*, 24(1), 1–10.
- Lehman, A. F., & Steinwachs, D. M. (1998b). Patterns of usual care for schizophrenia: initial results from the Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) Client Survey. *Schizophrenia Bulletin*, 24(1), 11–20– discussion 20–32.
- Levitt, A. J., Mueser, K., Degenova, J., Lorenzo, J., Bradford-Watt, D., Barbosa, A., et al. (2009). Randomized controlled trial of illness management and recovery in multiple-unit supportive housing. *Psychiatric Services*, 60(12), 1629–1636. doi:10.1176/appi.ps.60.12.1629
- Lomas, J. (1997). *Beyond the Sound of One Hand Clapping*.
- Lomas, J. J. (1993). Diffusion, dissemination, and implementation: who should do what? *Annals of the New York Academy of Sciences*, 703, 226–227. doi:10.1111/j.1749-6632.1993.tb26351.x

- Lukoff, D., Nuechterlein, K. H., & Ventura, J. (1986). Manual for expanded brief psychiatric rating scale (BPRS). *Schizophrenia Bulletin*, *12*(4), 594–602.
- Madon, T., Hofman, K. J., Kupfer, L., & Glass, R. I. (2007). Public health. Implementation science. *Science (New York, N.Y.)*, *318*(5857), 1728–1729. doi:10.1126/science.1150009
- Magliano, L., Fiorillo, A., Fadden, G., Gair, F., Economou, M., Kallert, T., et al. (2005). Effectiveness of a psychoeducational intervention for families of patients with schizophrenia: preliminary results of a study funded by the European Commission. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, *4*(1), 45–49.
- Maibach, E., & Murphy, D. A. (1995). Self-efficacy in health promotion research and practice: conceptualization and measurement. *Health Education Research*, *10*(1), 37–50. doi:10.1093/her/10.1.37
- Maiman, L. A., Becker, M. H., Liptak, G. S., Nazarian, L. F., & Rounds, K. A. (1988). Improving pediatricians' compliance-enhancing practices. A randomized trial. *American journal of diseases of children (1960)*, *142*(7), 773–779.
- Majumdar, S. R. (2011). Successful high-quality knowledge translation research: three case studies. *Journal of Clinical Epidemiology*, *64*(1), 21–24. doi:10.1016/j.jclinepi.2009.08.012
- Mancini, A., Moser, L., & Whitley, R. (2009). Assertive community treatment: facilitators and barriers to implementation in routine mental health settings. *Psychiatric Psychiatric Services*; doi: 10.1176/appi.ps.60.2.189.
- Marlowe. (1999). Mental health needs of populations and the burden of secondary care: an audit of patients assessed under the Care Programme Approach in South East Kent. *Journal of mental health*, *374*(9693), 934–947. doi:10.1016/S0140-6736(09)61087-4
- Marques, C., Torrado, M., Xavier, M., & Mateus, P. (2012). Restructuring child and adolescent mental health services in Portugal. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*, *27*, Supplement 1(0), 1–1. doi:http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338(12)74475-9.
- Marshall, M. (1996). Case management: a dubious practice. *BMJ: British Medical Journal*, *312*(7030), 523.
- Marshall, M. N., Shekelle, P. G., Leatherman, S., & Brook, R. H. (2000). The public release of performance data: what do we expect to gain? A review of the evidence. *Jama*, *283*(14), 1866–1874.
- Marshall, M., & Lockwood, A. (1996). *Assertive community treatment for people with severe mental disorders*. (M. Marshall, Ed.). Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. doi: 10.1002/14651858.CD001089.pub2
- Marshall, M., Gray, A., Lockwood, A., & Green, R. (1996). *Case management for people with severe mental disorders*. (M. Marshall, Ed.) *Cochrane database of systematic reviews (Online)*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. doi:10.1002/14651858.CD000050.pub2
- Martin, B. (2002). Statistics notes: Validating scales and indexes. *BMJ: British Medical Journal*.
- Mateus, P. (2005). Intervenção Precoce na Psicose e Gestão de Cuidados. Presented at the 2º Colóquio Internacional de Esquizofrenia, Porto - Serralves.
- Mateus, P. (2006). Intervenção Precoce na Psicose. In J. Caldas de Almeida (Ed.). Presented at the 2º Encontro sobre Esquizofrenia, Lisboa.
- Mateus, P., Marques, C., Xavier, M., & Carvalho, Á. (2012). Mental health teams in Portugal: a weak link in the mental health reform? *European psychiatry : the journal of the Association of*

- European Psychiatrists*, 27, Supplement 1(0), 1–1. doi:http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338(12)74781-8.
- Mateus, P., Xavier, M., & Caldas de Almeida, J. (2011). Implementing a national case-management training program in Portugal. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*, 26, Supplement 1(0), 555–555. doi:http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338(11)72262-3.
- Mateus, P., Carvalho, Á., & Xavier, M. (2013). 2259 – Translating evidence into practice: renewed perspectives in mental health services organisation. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*, 28, Supplement 1(0), 1–1. doi:http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338(13)77122-0.
- Mateus, P., Almeida, J. C., & Xavier, M. (2013). 2338 – Organizational culture and managers profiles in the Portuguese mental health services. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*, 28, Supplement 1(0), 1–1. doi:http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338(13)77180-3.
- Matos-Ferreira, A. (1998). Continuing medical education: a quality control system. *British Journal of Urology*, 82(4), 467–475.
- Matos-Ferreira, A. (2007). Educação Médica Contínua e Desenvolvimento Profissional Contínuo: Um Sistema de Créditos destinados à monitorização e promoção da excelência. *Revista Lusófona de Ciências e Tecnologias da Saúde*, 0(2), 1–10.
- Mays, G. P. (2004). Can accreditation work in public health? Lessons from other service industries.
- McAnally, P. L., Linz, M. H., & Wieck, C. (1989). Case management: Historical current & future perspectives.
- McGorry, P. (2000). *Evolving Psychosis: Different Stages, Different Treatments*. Routledge.
- McGorry, P. D., & Yung, A. R. (2003). Early Intervention in Psychosis: An Overdue Reform. *Australian And New Zealand Journal Of Psychiatry*, 37(4), 393–398. doi:10.1046/j.1440-1614.2003.01192.x
- McHugo, G., Drake, R., & Whitley, R. (2007). Fidelity outcomes in the national implementing evidence-based practices project. *Psychiatric Services* 2007; doi: 10.1176/appi.ps.58.10.1279.
- McKee, M., & Sheldon, T. (1998). Measuring performance in the NHS. *BMJ (Clinical research ed)*, 316(7128), 322–322. doi:10.1136/bmj.316.7128.322
- Meterko, M., Mohr, D. C., & Young, G. J. (2004). Teamwork culture and patient satisfaction in hospitals. *Medical care*, 42(5), 492–498.
- Meyer, P., & Meyer, P. (2007). A comparison of assertive community treatment and intensive case management for patients in rural areas. *Psychiatric Services*, 58(1), 121–127.
- Miller, G. E. (1990). The assessment of clinical skills/competence/performance. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*, 65(9 Suppl), S63–7.
- Min. da Saúde, (1995). Saúde Mental Proposta para a Mudança. *Direcção Geral da Saúde*, 1–157.
- Ministério da Saúde (2008). Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016: Resumo Executivo. *Ministério da Saúde*, 1–55.
- Ministério da Saúde, (2010). *Programas Nacionais de Saúde - O que foi conseguido*. (M. da Saúde, Ed.) (p. 15). Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2012). *Programa Nacional para a Saúde Mental*. (M. da Saúde, Ed.) (pp. 1–21). Direcção Geral da Saúde.

- Mittman, B. S., Tonesk, X., & Jacobson, P. D. (1992). Implementing clinical practice guidelines: social influence strategies and practitioner behavior change. *QRB. Quality review bulletin*, 18(12), 413–422.
- Montagu, D. (2003). Accreditation and other external quality assessment systems for health care. *DFID Health Systems Resource Centre Working Paper*.
- Moreno, J. L. (1946). Sociogram and Sociomatrix: A Note to the Paper by Forsyth and Katz. *Sociometry*, 9(4), 348–349.
- Moulding, N., Silagy, C., & Weller, D. (1999). A framework for effective management of change in clinical practice: dissemination and implementation of clinical practice guidelines. *Quality in Health Care*, 8(3), 177–183.
- Mowbray, C., Holter, M., & Teague, G. (2003). Fidelity criteria: Development, measurement, and validation. *American Journal of Evaluation*, September 2003; vol. 24, 3: pp. 315-340.
- Mueser, K. (2006). The Illness Management and Recovery Program: Rationale, Development, and Preliminary Findings. *Schizophrenia Bulletin*, 32(Supplement 1), S32–S43. doi:10.1093/schbul/sbl022
- Mueser, K., Bond, G., Drake, R., & Resnick, S. G. (1998). Models of community care for severe mental illness: A review of research on case management. *Schizophrenia Bulletin*, 24(1), 37–74.
- Mueser, K., Corrigan, P. W., Hilton, D. W., Tanzman, B., Schaub, A., Gingerich, S., et al. (2002). Illness management and recovery: a review of the research. *Psychiatric services (Washington, DC)*, 53(10), 1272–1284.
- Mueser, K., Torrey, W., Lynde, D., Singer, P., & Drake, R. (2003). Implementing Evidence-Based Practices for People with Severe Mental Illness. *Behavior modification*, 27(3), 387–411. doi: 10.1177/0145445503027003007
- Mulrow, C. D. (1994). Rationale for systematic reviews. *British Medical Journal*, 309(6954), 597–599.
- Mühlbacher, A. C., & Juhnke, C. (2013). Patient Preferences Versus Physicians' Judgement: Does it Make a Difference in Healthcare Decision Making? *Applied Health Economics and Health Policy*, -. doi:10.1007/s40258-013-0023-3
- National Health Service, UK. (1999). National service framework for mental health: modern standards and service models. *NHS*, 1–153.
- Naylor, C. D. (1995). Grey zones of clinical practice: some limits to evidence-based medicine. *Lancet*, 345(8953), 840–842.
- Nightingale, F. (1863). *Notes on Hospitals*. Longman, Green, Longman, Roberts, and Green. p.187.
- Norman, G. (2002). Research in medical education: three decades of progress. *BMJ (Clinical research ed)*, 324(7353), 1560–1562.
- Norman, G. R., Shannon, S. I., & Marrin, M. L. (2004). The need for needs assessment in continuing medical education. *BMJ (Clinical research ed)*, 328(7446), 999–1001. doi:10.1136/bmj.328.7446.999
- Norris, S. L., Glasgow, R. E., Engelgau, M. M., O Connor, P. J., & McCulloch, D. (2003). Chronic Disease Management. *Disease Management & Health Outcomes*, 11(8), 477–488. doi: 10.2165/00115677-200311080-00001
- Norris, S., Nichols, P., & Caspersen, C. (2002). The effectiveness of disease and case management for people with diabetes: a systematic review. *American journal of preventive medicine* 22.4 (2002): 15-38..

- O'Brien, S., McFarland, J., Kealy, B., Pulella, A., Saunders, J., Cullen, W., & Meagher, D. (2012). A randomized-controlled trial of intensive case management emphasizing the recovery model among patients with severe and enduring mental illness. *Irish journal of medical science*, *181*(3), 301–308. doi:10.1007/s11845-011-0795-0
- O'Connor, A. (1999). Decision aids for patients facing health treatment or screening decisions: systematic review | BMJ. *BMJ (Clinical research ed)*.
- Oxman, A. (2002). No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*.
- Oxman, A., & Lavis, J. (2007). Use of evidence in WHO recommendations. *The Lancet*.
- Oxman, A., Thomson, M. A., Davis, D., & Haynes, B. (1995). No Magic Bullets - a Systematic Review of 102 Trials of Interventions to Improve Professional Practice. *Canadian Medical Association Journal*, *153*(10), 1423–1431.
- Pagoto, S., Spring, B., & Coups, E. (2007). Barriers and facilitators of evidence-based practice perceived by behavioral science health professionals. *Journal of Clinical Psychology* *63.7* (2007): 695-705..
- Parahoo, K. (2000). Barriers to, and facilitators of, research utilization among nurses in Northern Ireland. *Journal of advanced nursing*, *31*(1), 89–98.
- Pares do Reino, Câmara dos. (1889). Lei da Assistência Psiquiátrica 1889.
- Peck, C., McCall, M., McLaren, B., & Rotem, T. (2000). Continuing medical education and continuing professional development: international comparisons. *British Medical Journal*, *320*(7232), 432–435.
- Pereira, P. T., Gomes, E., & Martins, O. (2005). A alienação no Porto: o Hospital de Alienados do Conde de Ferreira (1883-1908). *Revista da Faculdade de Letras. Historia*, (6), 99–128.
- Peters, M., Harmsen, M., & Wensing, M. (2009). Barriers and Facilitators questionnaire, 1–15.
- Peters, M., Harmsen, M., Laurant, M., & Wensing, M. (2003). Room for change? Challenges and opportunities for improvements in patient care. *Department of Quality of Care (WOK)*, 1–15.
- Pichot, P., & Barahona Fernandes H., (1984). *Um século de psiquiatria e psiquiatria em Portugal*. (Roche, Ed.). Lisboa: Roche Farmacêutica.
- Powell, T. C. (1995). Total quality management as competitive advantage: A review and empirical study. *Strategic Management Journal*, *16*(1), 15–37. doi:10.1002/smj.4250160105
- Prince, M. (2003). *Practical Psychiatric Epidemiology*. Oxford University Press, USA.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1994). The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of therapy. *Krieger Pub. (Malabar, Fla.)*.
- Proctor, E., Landsverk, J., & Aarons, G. A. (2009). Implementation research in mental health services: an emerging science with conceptual, methodological, and training challenges. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* *36.1* (2009): 24-34.
- Pronovost, P. J., Berenholtz, S. M., & Needham, D. M. (2008). Translating evidence into practice: a model for large scale knowledge translation. *BMJ (Clinical research ed)*, *337*(oct06 1), a1714–a1714. doi:10.1136/bmj.a1714
- Putnam, R. W. R., & Curry, L. L. (1985). Impact of patient care appraisal on physician behaviour in the office setting. *Canadian Medical Association Journal*, *132*(9), 1025–1029.
- Quinn, R. (1983). A spatial model of effectiveness criteria: Towards a competing values approach to organizational analysis. *Management science*.

- Quinn, R. E., & Rohrbaugh, J. (1981). A competing values approach to organizational effectiveness. *Public Productivity Review*.
- Quinn, R., Hildebrandt, H., & Rogers, P. (1991). A competing values framework for analyzing presentational communication in management contexts. *Journal of Business Communication* 3(28): 213-232.
- Richard Grol & Martin Eccles & Herve Maisonneuve & Steven Woolf (1998). Developing Clinical Practice Guidelines: The European Experience. *Disease Management and Health Outcomes, Springer Healthcare | Adis, vol. 4(5), pages 255-266.*
- Reichenheim, M. E., & Moraes, C. L. (2007). Operationalizing the cross-cultural adaptation of epidemiological measurement instruments. *Revista de Saúde Pública*, 41(4), 665–673. doi: 10.1590/S0034-89102006005000035
- Reilly, B. M. (2004). The essence of EBM. *BMJ (Clinical research ed)*, 329(7473), 991–992. doi: 10.1136/bmj.329.7473.991
- Rice, T., & Morrison, K. R. (1994). Patient Cost Sharing for Medical Services: A Review of the Literature and Implications for Health Care Reform. *Medical Care Research and Review*, 51(3), 235–287. doi:10.1177/107755879405100302
- Rogers, E. M. (1995). Lessons for guidelines from the diffusion of innovations. *The Joint Commission journal on quality improvement*, 21(7), 324–328.
- Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of Innovations, 5th Edition*. Free Press.
- Rogers, E. M. (2004). A prospective and retrospective look at the diffusion model. *Journal of health communication*, 9 Suppl 1, 13–19. doi:10.1080/10810730490271449
- Rogers, E. M., & Peterson, J. C. (2008). Diffusion of clean indoor air ordinances in the southwestern United States. *Health education & behavior : the official publication of the Society for Public Health Education*, 35(5), 683–697. doi:10.1177/1090198106296767
- Rose, D., Thornicroft, G., & Slade, M. (2006). Who decides what evidence is? Developing a multiple perspectives paradigm in mental health. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(s429), 109–114. doi:10.1111/j.1600-0447.2005.00727.x
- Rosen, A., & Teesson, M. (2001). Does case management work? The evidence and the abuse of evidence-based medicine. *Australian And New Zealand Journal Of Psychiatry*, 35(6), 731–746.
- Rosenberg, N. (1972). Factors affecting the diffusion of technology. *Explorations in Economic History*, 10(1), 3–33.
- Rössler, W., Löffler, W., Fätkenheuer, B., & Riecher-Rössler, A. (1992). Does case management reduce the rehospitalization rate? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 86(6), 445–449. doi: 10.1111/j.1600-0447.1992.tb03295.x
- Russo, P. (2007). Accreditation of Public Health Agencies: A Means, Not an End. *Journal of Public Health Management and Practice*, 13(4), 329. doi:10.1097/01.PHH.0000278022.18702.22
- Rycroft-Malone, J., Kitson, A., Harvey, G., McCormack, B., Seers, K., Titchen, A., & Estabrooks, C. (2002). Ingredients for change: revisiting a conceptual framework. *Quality and Safety in Health Care*, 11(2), 174–180. doi:10.1136/qhc.11.2.174
- Sackett, (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ: British Medical Journal*, 312(7023), 71.
- Salyers, M., Godfrey, J., McGuire, A. B., Gearhart, T., Rollins, A. L., & Boyle, C. (2009a). Implementing the illness management and recovery program for consumers with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 60(4), 483–490. doi:10.1176/appi.ps.60.4.483

- Salyers, M., Rollins, A. L., McGuire, A. B., & Gearhart, T. (2009b). Barriers and facilitators in implementing illness management and recovery for consumers with severe mental illness: trainee perspectives. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 36(2), 102–111. doi:10.1007/s10488-008-0200-0
- Sampaio-Faria, J. G. (1987). Trends in the organization of mental health care in Portugal. *International Journal of Mental Health*, Vol. 16, No. 1/2, , pp. 170-181.
- Santos, L., Gago, J., Levy, P., Mateus, P., Robalo, P., Ferreira, R., et al. (2008). Cognitive-behavioural case management in first-episode schizophrenia and related psychotic disorders – the clinical audit and the portuguese experience. *Early Intervention In Psychiatry*, 2, A24–A45. doi: 10.1111/j.1751-7893.2008.00094.x
- Saraceno, B., van Ommeren, M., Batniji, R., Cohen, A., Gureje, O., Mahoney, J., et al. (2007). Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. *The Lancet*, 370(9593), 1164–1174. doi:10.1016/S0140-6736(07)61263-X
- Schmidt, H. G., Volder, M. L. de, & International Symposium on Problem-Based Learning 1st : 1983 : Maastricht, N. (1984). *Tutorials in problem-based learning : new directions in training for the health professions*. Assen [Netherlands] : Van Gorcum.
- Schoenwald, S., Garland, A. F., Chapman, J. E., Frazier, S. L., Sheidow, A. J., & Southam-Gerow, M. A. (2011). Toward the effective and efficient measurement of implementation fidelity. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38(1), 32–43. doi:10.1007/s10488-010-0321-0
- Schulman, K. A., Berlin, J. A., Harless, W., Kerner, J. F., Sistrunk, S., Gersh, B. J., et al. (1999). The effect of race and sex on physicians' recommendations for cardiac catheterization. *The New England journal of medicine*, 340(8), 618–626. doi:10.1056/NEJM199902253400806
- Schuster, M. A., McGlynn, E. A., & Brook, R. H. (1998). How good is the quality of health care in the United States? *The Milbank quarterly*, 76(4), 517–63– 509.
- Scott, A. (1996). *Agency, incentives and the behaviour of general practitioners*. University of Aberdeen, Health Economics Research Unit.
- Scott, T. (2003). *Health Care Performance and Organizational Culture*. Radcliffe Publishing.
- Scott, T. T., Mannion, R. R., Davies, H. T. O. H., & Marshall, M. N. M. (2003). Implementing culture change in health care: theory and practice. *International journal for quality in health care: journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua*, 15(2), 111–118. doi: 10.1093/intqhc/mzg021
- Scott, W. R. (1990). Innovation in Medical Care Organizations: A Synthetic Review. *Medical Care Research and Review*, 47(2), 165–192. doi:10.1177/107755879004700203
- Shannon, C. E., & Weaver, W. (1948). A mathematical theory of communication.
- Shaw, B., Cheater, F., Baker, R., Gillies, C., Hearnshaw, H., Flottorp, S., & Robertson, N. (2005). Tailored interventions to overcome identified barriers to change: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane database of systematic reviews (Online)*, (3), CD005470. doi:10.1002/14651858.CD005470
- Shaw, C. (2001). External assessment of health care. *British Medical Journal*, 322(7290), 851–854.
- Shaw, C. D. C. (2000). External quality mechanisms for health care: summary of the ExPeRT project on visitatie, accreditation, EFQM and ISO assessment in European Union countries. External Peer Review Techniques. European Foundation for Quality Management. International Organization for Standardization. *International journal for quality in health care : journal of*

- the International Society for Quality in Health Care / ISQua*, 12(3), 169–175. doi:10.1093/intqhc/12.3.169
- Sheehan, K. B. (2006). E-mail Survey Response Rates: A Review. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 6(2), 0–0. doi:10.1111/j.1083-6101.2001.tb00117.x
- Shekelle, P. G., & Roland, M. (1998). Measuring quality in the NHS: lessons from across the Atlantic. *The Lancet*, 352(9123), 163–164. doi:10.1016/S0140-6736(05)77801-6
- Shortell, S. M., Bennett, C. L., & Byck, G. R. (1998). Assessing the Impact of Continuous Quality Improvement on Clinical Practice: What It Will Take to Accelerate Progress. *The Milbank quarterly*, 76(4), 593–624. doi:10.1111/1468-0009.00107
- Sibley, J. C., Sackett, D. L., Neufeld, V., Gerrard, B., Rudnick, K. V., & Fraser, W. (1982). A Randomized Trial of Continuing Medical Education. *The New England journal of medicine*, 306(9), 511–515. doi:10.1056/NEJM198203043060904
- Simpson, A., Miller, C., & Bowers, L. (2003). Case management models and the care programme approach: how to make the CPA effective and credible. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10(4), 472–483.
- Smith, L., & Newton, R. (2007). Systematic review of case management. *Australian And New Zealand Journal Of Psychiatry*, 41(1), 2–9. doi:10.1080/00048670601039831
- Smits, P. B. A. (2002). Problem based learning in continuing medical education: a review of controlled evaluation studies. *BMJ (Clinical research ed)*, 324(7330), 153–156. doi:10.1136/bmj.324.7330.153
- Soares, M. I. (2008). A Reforma dos Serviços de Assistência Psiquiátrica. *Pensar Enfermagem*, 2(2), 1–17.
- Sobral Cid, J.M. (1984). *Obras de José de Matos Sobral Cid - II*. Lisboa: Fund. Calouste Gulbenkian.
- Soo, S., Berta, W., & Baker, G. R. (2009). Role of champions in the implementation of patient safety practice change. *Healthcare quarterly (Toronto, Ont)*, 12 Spec No Patient, 123–128.
- Sperber, A. (2004). Translation and validation of study instruments for cross-cultural research. *Gastroenterology*, 126, S124–S128.
- Speroff, T. T., & O'Connor, G. T. G. (2004). Study designs for PDSA quality improvement research. *Quality Management in Health Care*, 13(1), 17–32.
- Staff, C. (2001). *Case Management in Early Psychosis*. Orygen Mental Health Centre.
- Stein, L. I., & Test, M. A. (1980). Alternative to mental hospital treatment. I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Archives of general psychiatry*, 37(4), 392–397. doi:10.1001/archpsyc.1980.01780170034003
- Stewart, M. A. (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 152(9), 1423.
- Stone, S. P. (2001). Hand hygiene - the case for evidence-based education. *JRSM*, 94(6), 278–281.
- Straus, S. E. (2009). *Knowledge Translation in Health Care: Moving from Evidence to Practice* (pp. 1–323).
- Straus, S. E., Richardson, W. S., Glasziou, P., & Haynes, B. (2005). “Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM”.
- Stross, J. K. J., Banwell, B. F. B., Wolf, F. M. F., & Becker, M. C. M. (1986). Evaluation of an education program on the management of rheumatic diseases for physical therapists. *Physician's First Watch*, 13(2), 374–378.
- Stuart, W. D. (2000). Influence of sources of communication, user characteristics and innovation characteristics on adoption of a communication technology, 364.

- Sweeney, K., & Griffiths, F. (2002). *Complexity And Healthcare*. Radcliffe Publishing.
- Tansella, M., & Thornicroft, G. (2009). Implementation science: understanding the translation of evidence into practice. *The British Journal of Psychiatry*, *195*(4), 283–285.
- Tarbox, A. R. A., Connors, G. J. G., & Faillace, L. A. L. (1987). Freshman and senior medical students' attitudes toward the elderly. *Journal of Medical Education*, *62*(7), 582–591.
- Teague, G. B., Bond, G. R., & Drake, R. (1998). Program fidelity in assertive community treatment: Development and use of a measure. *American Journal of Orthopsychiatry*, *68*(2), 216–232. doi:10.1037/h0080331
- Teare, L., Cookson, B., & Stone, S. (2001). Hand hygiene - Use alcohol hand rubs between patients: they reduce the transmission of infection. *British Medical Journal*, *323*(7310), 411–412.
- Thielen, L. (2004). Exploring public health experience with standards and accreditation. *Robert Wood Johnson Foundation*.
- Thornicroft, G. (1991). The concept of case management for long-term mental illness.
- Thornicroft, G., & Tansella, M. (2004). Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care - Overview of systematic evidence. *The British Journal of Psychiatry*, *185*, 283–. doi:10.1192/bjp.185.4.283
- Thornicroft, G., Alem, A., Antunes Dos Santos, R., Barley, E., Drake, R., Gregorio, G., et al. (2010). WPA guidance on steps, obstacles and mistakes to avoid in the implementation of community mental health care. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, *9*(2), 67–77.
- Thornicroft, G., Lempp, H., & Tansella, M. (2011). The place of implementation science in the translational medicine continuum. *Psychological medicine*, 1–7. doi:10.1017/S0033291711000109
- Thornicroft, G., WARD, P., & JAMES, S. (1993). Countdown to Community Care - Care Management and Mental-Health. *British Medical Journal*, *306*(6880), 768–771.
- Tornatzky, L. G., & Klein, K. J. (1982). Innovation characteristics and innovation adoption-implementation: A meta-analysis of findings. *Engineering Management, IEEE Transactions on*, (1), 28–45.
- Torrey, W., Bond, G. R., McHugo, G. J., & Swain, K. (2011). Evidence-Based Practice Implementation in Community Mental Health Settings: The Relative Importance of Key Domains of Implementation Activity. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, *39*(5), 353–364. doi:10.1007/s10488-011-0357-9
- Torrey, W., Drake, R., Dixon, L., Burns, B. J., Flynn, L., Rush, A. J., et al. (2001). Implementing evidence-based practices for persons with severe mental illnesses. *Psychiatric services (Washington, DC)*, *52*(1), 45–50.
- Torrey, W., Lynde, D., & Gorman, P. (2005). Promoting the implementation of practices that are supported by research: the National Implementing Evidence-Based Practice Project. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, *14*(2), 297–306– ix. doi:10.1016/j.chc.2004.05.004
- University of York. NHS Centre for Reviews & Dissemination. (1999). Getting evidence into practice. *Effective Healthcare Bulletin*, *5*, 1–16.
- Valente, T. W., & Rogers, E. M. (1995). The Origins and Development of the Diffusion of Innovations Paradigm as an Example of Scientific Growth. *Science Communication*, *16*(3), 242–273. doi:10.1177/1075547095016003002

- Van den Bulte, C., & Lilien, G. L. (2001). Medical Innovation Revisited: Social Contagion versus Marketing Effort. *American Journal of Sociology*, 106(5), 1409–1435. doi:10.1086/320819
- Van der Weijden, T., Grol, R., SCHOUTEN, B., & Knottnerus, J. (1998). Barriers to working according to cholesterol guidelines. *The European Journal of Public Health*, 8(2), 113.
- Vecchio, Lo, A., Giannattasio, A., Duggan, C., De Masi, S., Ortisi, M. T., Parola, L., & Guarino, A. (2011). Evaluation of the Quality of Guidelines for Acute Gastroenteritis in Children With the AGREE Instrument. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 52(2), 183–189. doi:10.1097/MPG.0b013e3181e233ac
- Veldhuis, M., Wigersma, L., & Okkes, I. (1998). Deliberate departures from good general practice: a study of motives among Dutch general practitioners. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*, 48(437), 1833–1836.
- Vinitor, F. F., Cohen, S. J. S., Mazzuca, S. A. S., Moorman, N. N., Wheeler, M. M., Kuebler, T. T., et al. (1987). DIABEDS: a randomized trial of the effects of physician and/or patient education on diabetes patient outcomes. *Journal of Chronic Diseases*, 40(4), 345–356.
- Wensing, M., Oxman, A., Baker, R., Godycki-Cwirko, M., Flottorp, S., Szecsenyi, J., et al. (2011). Tailored Implementation For Chronic Diseases (TICD): a project protocol. *Implementation science : IS*, 6, 103. doi:10.1186/1748-5908-6-103
- Westfall, J. M., Mold, J., & Fagnan, L. (2007). Practice-based research--“Blue Highways” on the NIH roadmap. *Jama*, 297(4), 403–406. doi:10.1001/jama.297.4.403
- Whitley, R., Gingerich, S., & Lutz, W. (2009). Implementing the illness management and recovery program in community mental health settings: Facilitators and barriers. *Psychiatr Serv. 2009 Feb;60(2):202-9. doi: 10.1176/appi.ps.60.2.202*
- WHO, (2003). Guidelines for of WHO Guidelines:. *Geneva: World Health Organization*, 1–24.
- Wilson, B. (2010). Continuing medical education programs being placed under closer scrutiny. *Canadian Medical Association Journal*, 182(14), 683–684. doi:10.1503/cmaj.109-3318
- Wilson, D. M., Taylor, D. W., Gilbert, J. R., Best, J. A., Lindsay, E. A., Willms, D. G., & Singer, J. (1988). A randomized trial of a family physician intervention for smoking cessation. *Jama*, 260(11), 1570–1574. doi:10.1001/jama.1988.03410110078031
- Wolfe. (1997). Care programme approach: Evaluation of its implementation in an inner London service. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 1–6.
- Wolfe, R. A. (1994). Organizational innovation: review, critique and suggested research directions. *Journal of Management Studies*, 31(3), 405–431. doi:10.1111/j.1467-6486.1994.tb00624.x
- Woolf, S. (2008). The meaning of translational research and why it matters. *Jama*, 299(2), 211–213. doi:10.1001/jama.2007.26
- Woolf, S. H., Eccles, M., Grol, R., & Hutchinson, A. (2004). Clinical Practice Guidelines in Mental Health: A Guide to Their Use in Improving Care. *Qual Saf Health Care*;14:227 doi:10.1136/qshc.2004.013474
- Woolf, S. H., Grol, R., Hutchinson, A., Eccles, M., & Grimshaw, J. (1999). Clinical guidelines: potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. *British Medical Journal*, 318(7182), 527–530.
- Woollard, R. F. (2008). Continuing medical education in the 21st century. *BMJ (Clinical research ed)*, 337, a119–a119. doi:10.1136/bmj.a119
- World Health Organization. (2005). *Human Resources and Training in Mental Health*. World Health Organization.

- Wozniak, L. L., Rees, S. S., Soprovich, A. A., Sayah, Al, F. F., Johnson, S. T. S., Majumdar, S. R. S., & Johnson, J. A. J. (2012). Applying the RE-AIM framework to the Alberta's Caring for Diabetes Project: a protocol for a comprehensive evaluation of primary care quality improvement interventions. *BMJ Open*, 2(5), -. doi:10.1136/bmjopen-2012-002099
- Wye, L., & McClenahan, J. (2000). Getting better with evidence Experiences of putting evidence into practice - OpenGrey. (K. F. Publishing, Ed.).
- Wynia, K., Annema, C., Nissen, H., De Keyser, J., & Middel, B. (2010). Design of a Randomised Controlled Trial (RCT) on the effectiveness of a Dutch patient advocacy case management intervention among severely disabled Multiple Sclerosis patients. *BMC Health Services Research*, 10, 142. doi:10.1186/1472-6963-10-142
- Xavier, M. (1999). *Avaliação da Qualidade em Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental: Estudo Multidimensional dos Cuidados Prestados a Doentes com Esquizofrenia*. Tese de Doutoramento. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.
- Xavier, M., Mateus, P., & Caldas de Almeida, J. (2011). Reforming mental health services in Portugal. *European psychiatry*, 26, 588–588. doi:10.1016/S0924-9338(11)72295-7
- Xavier, M., Cardoso, A., Carvalho, Á., & Mateus, P. (2013). 2257 – Family interventions for the severe mentally ill in Portugal: a country-level project of training and implementation. *European psychiatry*, 28, Supplement 1(0), 1–1. doi:http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338(13)77120-7
- Xavier, M., Mateus, P., Marques, C., & Carvalho, Á. (2013a). 2264 – Portuguese mental health plan: where are we now? *European psychiatry*, 28, Supplement 1(0), 1–1. doi:http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338(13)77127-X
- Zammuto, R. F., & Krakower, J. (1991). *Quantitative and Qualitative Studies of Organizational Culture*. Research in Organizational Change and Development: an annual series featuring advances in theory, methodology and research.
- Ziguras, S., & Stuart, G. (2000). A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years. *Psychiatric Services*, 51(11), 1410–1421.
- Zubin, J., & Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86(2), 103–126. doi:10.1037/0021-843X.86.2.103

ANEXOS
(Instrumentos de avaliação)

ESCALA DE FIDELIDADE PARA O MODELO DE GESTÃO DE CUIDADOS E RECUPERAÇÃO (MGCR) / TERAPEUTA DE REFERÊNCIA - CIR - PedroMateus v1.0

Agradecemos que leia as questões com atenção, seleccionado com o rato o círculo da resposta correcta, considerando a forma como aplica o modelo de TERAPEUTA DE REFERÊNCIA no seu serviço.

NOTA: Em baixo de cada questão numerada encontra tópicos de referência (entre aspas e a cinzento) para o/a ajudar a responder às questões.

Por favor, responda a todas as questões.

No final do preenchimento carregue no botão "ENVIAR" ou "SUBMIT" (no caso de ter o seu programa em Inglês)

Agradecemos a sua colaboração.

Por favor Introduza no campo em baixo o código de preenchimento enviado por e-mail (exemplo: WD564)

1 - Número de pessoas na sessão ou grupo

"O Modelo de Gestão de Cuidados e Recuperação (MGCR) é aplicado individualmente ou em grupos até 8 utentes"

- Algumas sessões são feitas com grupos de mais de 15 utentes.
- Algumas sessões são feitas com grupos de 13 a 15 utentes.
- Algumas sessões são feitas com grupos de 11 a 12 utentes.
- Algumas sessões são feitas com grupos de 9 a 10 utentes.
- Todas as sessões são feitas individualmente ou em grupos até 8 utentes.

2 - Duração do Programa:

"Os utentes têm pelo menos 3 meses de sessões semanais de MGCR ou o equivalente (por exemplo, de 2 em 2 semanas durante pelo menos 6 meses)"

- Menos de 20% das pessoas com o MGCR tiveram, pelo menos, 3 meses com sessões semanais.
- 20% a 39% das pessoas com o MGCR tiveram, pelo menos, 3 meses com sessões semanais.
- 40% a 69% das pessoas com o MGCR tiveram, pelo menos, 3 meses com sessões semanais.
- 70% a 89% das pessoas com o MGCR tiveram, pelo menos, 3 meses com sessões semanais.
- Pelo menos 90% das pessoas com o MGCR tiveram, pelo menos, 3 meses com sessões semanais.

3 - Tópicos do programa de intervenção:

1 - Estratégias para a recuperação, 2 - Factos práticos sobre a doença mental, 3 - Modelo de vulnerabilidade ao stress e estratégias de tratamento, 4 - Criação de redes de suporte social, 5 - Utilização eficaz da medicação, 6 - Uso de drogas ou álcool, 7 - Diminuição das recaídas, 8 - Lidar com o stress, 9 - Lidar com problemas e sintomas persistentes, 10 - Obtenção de respostas às necessidades nos serviços de saúde mental.

- Os materiais da intervenção incluem um dos tópicos OU Não está disponível qualquer material informativo".
- Os materiais da intervenção incluem 2 ou 3 tópicos.
- Os materiais da intervenção incluem 4 ou 5 tópicos.
- Os materiais da intervenção incluem 6 ou 7 tópicos.
- Os materiais da intervenção incluem 8 ou mais tópicos.

4 - Disponibilização das folhas informativas:

Todas as pessoas com MGCR recebem folhas informativas.

- Menos de 20% das pessoas com o MGCR recebem folhas informativas.
- 20% a 39% das pessoas com o MGCR recebem folhas informativas.
- 40% a 69% das pessoas com o MGCR recebem folhas informativas.
- 70% a 89% das pessoas com o MGCR recebem folhas informativas.
- Pelo menos 90% das pessoas com o MGCR recebem folhas informativas.

5 - Envolvimento de pessoas significativas:

Pelo menos um contacto com pessoas significativas relacionado com o MGCR no último mês OU Envolvimento de pessoas significativas com o utente para atingir os objectivos deste (por exemplo, ajuda com as tarefas para casa solicitadas)

- Menos de 20% das pessoas com o MGCR tiveram pessoas significativas envolvidas.
- 20% a 29% das pessoas com o MGCR tiveram pessoas significativas envolvidas.
- 30% a 39% das pessoas com o MGCR tiveram pessoas significativas envolvidas.
- 40% a 49% das pessoas com o MGCR tiveram pessoas significativas envolvidas.
- Pelo menos 50% das pessoas com o MGCR tiveram pessoas significativas envolvidas.

6 - Estabelecimento de objectivos no MGCR

Realísticos e mensuráveis; Individualizados; Pertinentes para o processo de recuperação; Ligados com o plano individual de MGCR.

- Menos de 20% das pessoas com o MGCR têm pelo menos um objectivo registado na folha de objectivos
- 20% a 39% das pessoas com o MGCR têm pelo menos um objectivo registado na folha de objectivos
- 40% a 69% das pessoas com o MGCR têm pelo menos um objectivo registado na folha de objectivos
- 70% a 89% das pessoas com o MGCR têm pelo menos um objectivo registado na folha de objectivos
- Pelo menos 90% das pessoas com o MGCR têm pelo menos um objectivo registado na folha de objectivos

7 - Acompanhamento dos objectivos do MGCR Os terapeutas e os utentes acompanham, colaborativamente, os objectivos estabelecidos (ver exemplos no Manual do MGCR)"

Os terapeutas e os utentes acompanham, colaborativamente, os objectivos estabelecidos (ver exemplos no Manual do MGCR)

- Menos de 20% das pessoas com o MGCR têm acompanhamento dos objectivos registados na folha de objectivos
- 20% a 39% das pessoas com o MGCR têm acompanhamento dos objectivos registados na folha de objectivos
- 40% a 69% das pessoas com o MGCR têm acompanhamento dos objectivos registados na folha de objectivos
- 70% a 89% das pessoas com o MGCR têm acompanhamento dos objectivos registados na folha de objectivos
- Pelo menos 90% das pessoas com o MGCR têm acompanhamento dos objectivos registados na folha de objectivos

8 - Estratégias baseadas na motivação:

1 - Informação e perícias novas; 2 - Perspectivas positivas; 3 - Prós e contras da mudança; 4 - Esperança e "auto-eficácia"

- Em menos de 20% sessões do MGCR é usada, pelo menos, 1 estratégia baseada na motivação.
- Em 20% a 29% das sessões do MGCR é usada, pelo menos, 1 estratégia baseada na motivação.
- Em 30% a 39% das sessões do MGCR é usada, pelo menos, 1 estratégia baseada na motivação.
- Em 40% a 49% das sessões do MGCR é usada, pelo menos, 1 estratégia baseada na motivação.
- Em pelo menos 50% das sessões do MGCR é usada, pelo menos, 1 estratégia baseada na motivação.

9 - Técnicas educacionais:

1 - Ensino interactivo; 2 - Confirmação da compreensão; 3 - Análise da informação; 4 - Revisão da informação.

- Em menos de 20% sessões do MGCR é usada, pelo menos, 1 técnica educacional.
- Em 20% a 29% das sessões do MGCR é usada, pelo menos, 1 técnica educacional.
- Em 30% a 39% das sessões do MGCR é usada, pelo menos, 1 técnica educacional
- Em 40% a 49% das sessões do MGCR é usada, pelo menos, 1 técnica educacional
- Em pelo menos 50% das sessões do MGCR é usada, pelo menos, 1 técnica educacional

10 - Técnicas Cognitivo Comportamentais:

1 - Reforço; 2 - Moldagem; 3 - Modelagem; 4 - "Roleplaying"; 5 - Restruturação Cognitiva; 6 - Treino de relaxamento.

- Em menos de 20% sessões do MGCR é usada, pelo menos, 1 técnica cognitivo-comportamental
- Em 20% a 29% das sessões do MGCR é usada, pelo menos, 1 técnica cognitivo-comportamental
- Em 30% a 39% das sessões do MGCR é usada, pelo menos, 1 técnica cognitivo-comportamental
- Em 40% a 49% das sessões do MGCR é usada, pelo menos, 1 técnica cognitivo-comportamental
- Em pelo menos 50% das sessões do MGCR é usada, pelo menos, 1 técnica cognitivo-comportamental

11 - Treino estratégias de "coping":

Rever as estratégias actuais; Melhorar as competências actuais ou desenvolver novas competências; Ensaio comportamental; Rever a efectividade das estratégias; Modificar se necessário.

- Poucos ou nenhuns terapeutas estão familiarizados com os princípios do treino de estratégias de coping.
- Alguns terapeutas estão familiarizados com os princípios do treino de estratégias de coping, tendo um nível baixo de uso.
- Alguns terapeutas estão familiarizados com os princípios do treino de estratégias de coping, tendo um nível moderado de uso.
- A maioria terapeutas estão familiarizados com os princípios do treino de estratégias de coping, usando-o regularmente.
- Todos os terapeutas estão familiarizados com os princípios do treino de estratégias de coping, usando-o regularmente.

12 - Treino da Prevenção de Recaídas

Identificar os desencadeantes; Identificar os sinais precoces de alerta; Gestão de stress; Monitorização contínua; Intervenção rápida, quando necessária.

- Poucos ou nenhuns terapeutas estão familiarizados com os princípios do treino de prevenção de recaídas.
- Alguns terapeutas estão familiarizados com os princípios do treino de prevenção de recaídas, tendo um nível baixo de uso.
- Alguns terapeutas estão familiarizados com os princípios do treino de prevenção de recaídas, tendo um nível moderado de uso.
- A maioria terapeutas estão familiarizados com os princípios do treino de prevenção de recaídas, usando-o regularmente.
- Todos os terapeutas estão familiarizados com os princípios do treino de estratégias de coping, usando-o regularmente, conforme documentado pelos planos de prevenção de recaídas dos utentes.

13 - Treino para a Gestão da Medicação

O treino para a gestão da medicação inclui o desenvolvimento de estratégias ajustadas às necessidades, motivações e recursos de cada utente (por exemplo, escolher medicação que exige tomas menos frequentes, colocar a medicação perto da escova de dentes).

- Poucos ou nenhuns terapeutas estão familiarizados com os princípios do treino para a gestão da medicação.
- Alguns terapeutas estão familiarizados com os princípios do treino para a gestão da medicação, tendo um nível baixo de uso.
- Alguns terapeutas estão familiarizados com os princípios do treino para a gestão da medicação, tendo um nível moderado de uso.
- A maioria terapeutas estão familiarizados com os princípios do treino para a gestão da medicação, usando-o regularmente.
- Todos os terapeutas estão familiarizados com os princípios do treino para a gestão da medicação, ensinando-o ou reforçando-o regularmente.

Enviar

Tecnologia do [Google Docs](#)

[Denunciar abuso](#) - [Termos de Utilização](#) - [Termos adicionais](#)

BaFAI - Facilitadores e Barreiras à Implementação de um Modelo de Gestão de Cuidados / Terapeuta de Referência - v1.5PT - PedroMateus

Adiante estão algumas afirmações sobre o trabalho de acordo com o Modelo de Gestão de Cuidados / Terapeuta de Referência. Gostaríamos de saber se concorda com cada afirmação ou não e, em que grau. Se não tem uma opinião forte acerca das afirmações tente descobrir se está mais “de acordo” ou menos “de acordo”. Se, de facto, não souber, pode escolher a opção “Nem concordo, nem discordo”.

Agradecemos que preencha todas as questões, seleccionando o círculo da resposta correcta com o ponteiro do rato.

Muito obrigado pela sua colaboração.

Por favor Introduza no campo em baixo o código de preenchimento enviado por e-mail (exemplo: WD564)

	Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo, nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. O Modelo da Gestão de Cuidados/Terapeuta de Referência deixa espaço suficiente para tirar as minhas próprias conclusões	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. O Modelo da Gestão de Cuidados / Terapeuta de Referência deixa espaço suficiente para considerar os pedidos dos utentes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. O Modelo da Gestão de Cuidados / Terapeuta de Referência é um bom ponto de partida para a minha auto-aprendizagem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Não li completamente o manual ou não me lembro do Modelo da Gestão de Cuidados / Terapeuta de Referência.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Gostaria de saber mais sobre o Modelo da Gestão de Cuidados / Terapeuta de Referência antes de decidir aplicá-lo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Tenho dificuldades em mudar as minhas rotinas habituais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Penso que algumas partes do Modelo de Gestão de Cuidados / Terapeuta de Referência estão incorrectas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Tenho uma resistência geral para trabalhar de acordo com protocolos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. Os psiquiatras não cooperam na aplicação do Modelo de Gestão de Cuidados / Terapeuta de Referência.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Outros médicos ou outros profissionais não cooperam na aplicação do Modelo de Gestão de Cuidados / Terapeuta de Referência.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Os administradores/chefias não cooperam na aplicação do Modelo da Gestão de Cuidados / Terapeuta de Referência.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Os utentes não cooperam na aplicação do modelo Modelo da Gestão de Cuidados / Terapeuta de Referência.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Trabalhar segundo o Modelo de Gestão de Cuidados / Terapeuta de Referência consome muito tempo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. O Modelo de Gestão de Cuidados / Terapeuta de Referência não se adequa à minha forma como eu trabalho no meu serviço.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Trabalhar de acordo com o Modelo da Gestão de Cuidados / Terapeuta de Referência exige uma compensação financeira.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. O formato do Modelo de Gestão de Cuidados / Terapeuta de Referência torna-o prático para ser aplicado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

É difícil aplicar o Modelo de Gestão de Cuidados / Terapêuta de Referência...

	Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo, nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
17 ...se não existir pessoal administrativo suficiente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18 ...se os instrumentos necessários não estiverem disponíveis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19 ...se faltam espaços físicos (ex. sala para consultas).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20 ... porque não estou treinado para prestar cuidados segundo o Modelo de Gestão de Cuidados / Terapêuta de	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Referência.

21 ...porque não estive envolvido no planeamento do Modelo de Gestão de Cuidados / Terapeuta de Referência.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22 ...a utentes que têm culturas diferentes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23 ...a utentes de extracto sócio-económico baixo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24 ...a utentes idosos (+ de 60 anos).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25 ...a utentes que raramente vêm aos serviços.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Tecnologia do [Google Docs](#)

[Denunciar abuso](#) - [Termos de Utilização](#) - [Termos adicionais](#)

Questionário dos Modelos de Cultura Organizacional - (segundo CVF)

1. Inserindo-se no âmbito de uma investigação nos serviços de saúde, este questionário tem como objectivo recolher a sua opinião sobre alguns aspectos relativos ao seu trabalho.

2. O questionário é inteiramente anónimo e confidencial. Por isso, não o assine, por favor. As suas respostas são importantes para nos permitirem fazer o tratamento estatístico de todas as questões. Não se pretende fazer qualquer identificação pessoal nem do serviço.

3. Não há respostas certas ou erradas. O que nos interessa é a sua opinião. Para cada pergunta existe uma escala. Pode utilizar qualquer ponto da escala desde que o considere adequado. Procure responder sem se deter demasiado tempo em cada questão.

4. As perguntas do questionário estão feitas de modo a que apenas tenha que escolher um dos círculos com o ponteiro do rato, na resposta que lhe parecer mais adequada.

5. Por favor, não deixe de responder a nenhuma questão.

6. Responda a todo o questionário de seguida, sem interrupções.

A sua colaboração é preciosa
Muito obrigado!

Por favor Introduza no campo em baixo o código de preenchimento enviado por e-mail (exemplo: WD564)

Pense no modo habitual de agir do seu responsável hierárquico imediato. Assinale a opção que considera aproximar-se mais da sua opinião acerca da forma de actuar do seu chefe directo:

	Nunca	Raramente	Por vezes	Frequentemente	Sempre
1. Mantém a unidade motivada para os resultados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Cria coesão e espírito de grupo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Projecta as actividades para chegar com eficiência aos resultados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Facilita o diálogo e sabe ouvir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Procura que os seus subordinados se desenvolvam profissionalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Identifica tendências e planeia mudanças necessárias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Mantém uma rede de contactos influentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Resolve problemas de forma criativa e inteligente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Estabelece objectivos claros e define planos para os atingir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Proporciona oportunidades de desenvolvimento dos seus colaboradores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Estimula a participação na tomada das decisões evidenciando o sentido de equipa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. Trabalha eficazmente em situações de mudança e ambiguidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Impele a unidade de trabalho a atingir as metas fixadas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Planeia estabelecendo prazos realistas e estimando recursos necessários	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Consegue negociar bem envolvendo as partes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Sabe dialogar e fazer-se ouvir pelas pessoas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Coordena e controla o processo de trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Gera abertura e participação na equipa criando um ambiente positivo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Redige os documentos necessários com clareza e objectividade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Gere eficazmente os conflitos na equipa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Concebe soluções inovadoras e eficazes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Selecciona criticamente a informação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Preocupa-se com planeamento adequado das actividades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. A sua motivação e empenhamento mantêm-se em situações de tensão ou de falta de tempo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Encoraja os outros a exprimir os seus pontos de vista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Gere eficazmente a sobrecarga de informação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Desafia o "sempre se fez assim"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Fixa metas a atingir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. É um comunicador que apresenta as suas ideias com eficácia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Apresenta bem a informação por escrito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. Sabe relacionar-se com as pessoas certas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. Reduz a grande quantidade de informação ao essencial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. Delega eficazmente nos seus subordinados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

34. Chama os subordinados a participarem nas decisões da equipa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. Consegue conjugar perspectivas conflituais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. Planeia e implementa mudanças oportunas para aperfeiçoar o funcionamento da unidade de trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. Examina a informação com sentido crítico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. Procura sempre soluções em que todos ganham	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39. Define áreas de responsabilidade para os subordinados e delega-as	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40. Demonstra grande motivação pelo seu papel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
41. Confere o cumprimento das metas fixadas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42. Dá um sentido de ordem à actividade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
43. Empenha-se em cumprir prazos estipulados sem entrar em stress	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44. Articula ideias, sabe argumentar e expressar bem as suas posições	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
45. Lida bem com as situações de mudança	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
46. Mostra empatia e preocupação com os subordinados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
47. Decide e não espera que as coisas aconteçam	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
48. Entrega-se ao trabalho de alma e coração	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Tecnologia do [Google Docs](#)

[Denunciar abuso](#) - [Termos de Utilização](#) - [Termos adicionais](#)

INQUÉRITO PARA A CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS - Pedro Mateus - v1.0PT

Agradecemos que leia as questões com atenção, respondendo nos campos de edição ou seleccionando com o rato o círculo da resposta que mais corresponde às características do seu serviço.

Por favor, responda a todas as questões.

No final do preenchimento carregue no botão ENVIAR ou SUBMIT (no caso de ter o seu programa em Inglês)

Agradecemos a sua colaboração.

Por favor Introduza no campo em baixo o código de preenchimento enviado por e-mail (exemplo: WD564)

1 - População assistida (número aproximado)

2 - Localização geográfica

- Litoral
 Interior

3 - Contexto da Localização

- Urbano
 Rural
 Misto

4 - A prestação de cuidados é feita por:

- Equipas de Saúde Mental Geral (Internamento, Consulta Externa, Hospital de Dia)
 Equipas de Saúde Mental Geral + Equipas de Saúde Mental Especializadas (ex: equipas assertivas, equipas móveis, equipas comunitárias)
 Outra:

5.1 - Até ao início da formação oficial para Terapeuta de Referência, este modelo já era utilizado, por rotina, no seu serviço ?

- Sim
 Não
 Não sei

5.2 - Todos os profissionais do seu serviço fazem os registos num processo clínico único ?

- Sim
 Não
 Não sei

5.3 - No serviço existe um Plano Individual de Cuidados escrito, para cada pessoa em tratamento ?

- Sim
 Não
 Não sei

5.4 - O serviço desenvolve trabalho de articulação estruturada (referenciação, reuniões, supervisão), com os Centros de Saúde / ACES ?

- Sim
 Não
 Não sei

5.5 - O serviço recebe, anualmente, estagiários e/ou internos para fazer formação ?

- Sim
- Não
- Não sei

5.6 - Os profissionais do seu serviço frequentam formações organizadas pelo Centro de Formação do Hospital ?

- Sim
- Não
- Não sei

5.7 - O serviço organiza a suas próprias sessões de formação ?

- Sim
- Não
- Não sei

5.8 - O serviço tem actividade estruturada de investigação ?

- Sim
- Não
- Não sei

5.9 - O serviço tem actividade estruturada de investigação nas áreas psicossociais ?

- Sim
- Não
- Não sei

5.10 - Considera que o seu serviço tem autonomia para definir os tratamentos a disponibilizar à população que assiste ?

- Sim
- Não
- Não sei

5.11 - O serviço utiliza guias de boas práticas (Guidelines), para o tratamento das pessoas ?

- Sim
- Não
- Não sei

5.12 - Quantos grupos profissionais (por exemplo: médicos, enfermeiros, psicólogos) trabalham na sua equipa ?

- Até 2 grupos profissionais
- entre 3 e 5 grupos profissionais
- mais de 5 grupos profissionais

5.13 - O serviço faz reuniões clínicas ? - (por favor escolha uma das alíneas)

- nunca faz reuniões clínicas
- faz menos de 2 reuniões clínicas por mês
- faz duas ou mais reuniões clínicas por mês

Enviar

Tecnologia do [Google Docs](#)

[Denunciar abuso](#) - [Termos de Utilização](#) - [Termos adicionais](#)

INSTRUMENTO PARA A CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS - V1.1PT

Agradecemos que leia as questões com atenção, respondendo nos campos de texto ou seleccionado, com o rato, o círculo da resposta que mais corresponde às suas características, enquanto profissional.

Por favor, responda a todas as questões.

No final do preenchimento carregue no botão ENVIAR ou SUBMIT (no caso de ter o seu programa em Inglês)

Agradecemos a sua colaboração.

Código de preenchimento

1 - Idade

2 - Sexo

- Masculino
 Feminino

3 - Grupo profissional

- Enfermagem
 Serviço Social
 Psiquiatria
 Terapia Ocupacional
 Psicologia
 Psicopedagogia
 Reabilitação
 Outra:

4 - Habilitações profissionais

- Bacharelato
 Licenciatura
 Mestrado
 Doutoramento
 Outra:

5 - Vínculo contratual

- Contrato a termo incerto / quadros da instituição
 Contrato a termo certo
 Prestação de serviços
 Outra:

6.1 - Antes de fazer a formação para Terapeuta de Referência, organizada pela Coordenação Nacional para a Saúde Mental (CNSM), fez alguma formação no modelo de terapeuta de referência ?

- Sim
 Não
 Não sei

6.2 - Antes de fazer a formação para Terapeuta de Referência, organizada pela CNSM, desenvolvia trabalho como terapeuta de referência ?

- Sim
 Não
 Não sei

6.3 - Tem experiência de trabalho com pessoas com doença mental grave, anterior à formação para Terapeuta de Referência, organizada pela CNSM ?

- Sim
- Não
- Não sei

6.4 - Já fez formação a outros profissionais, no contexto da sua actividade profissional ?

- Sim
- Não
- Não sei

6.5 - Nos últimos 2 anos participou nalgum projecto de investigação, dentro do seu serviço ?

- Sim
- Não
- Não sei

6.6 - Nos últimos 2 anos participou nalgum projecto de investigação, fora do seu serviço ?

- Sim
- Não
- Não sei

6.7 - No últimos 2 anos, a quantos encontros científicos assistiu:

- Nenhum
- 1 encontro científico
- entre 2 e 4 encontros científicos
- 5 ou mais encontros científicos

6.8 - No últimos 2 anos, em quantos encontros científicos apresentou comunicações:

- Nenhum
- 1 encontro científico
- entre 2 e 4 encontros científicos
- 5 ou mais encontros científicos

Enviar

Tecnologia do [Google Docs](#)

[Denunciar abuso](#) - [Termos de Utilização](#) - [Termos adicionais](#)

