

ARTIGO DE REVISÃO NARRATIVA/REVIEW ARTICLE

## **Necessidades de Cuidados em Saúde Mental: A Perceção da Pessoa com Doença Mental Versus a do Técnico**

### **Mental Health Needs: The Perception of the Mental Health Patient Versus the Mental Health Worker**

© PATRÍCIA JORGE\*<sup>1</sup>, JORGE CARVALHEIRO<sup>2</sup>

1. Interna de Formação Específica em Psiquiatria no Centro Hospitalar do Médio Tejo, Tomar, Portugal

2. Assistente hospitalar de Psiquiatria no Centro Hospitalar do Médio Tejo, Tomar, Portugal

#### **Resumo**

A tomada compartilhada de decisões entre técnicos e pacientes permite que estes experienciem uma maior capacitação, incluindo uma sensação subjetiva de envolvimento no tratamento, autoeficácia e autonomia. Os cuidados ao doente devem ser prestados com base nas necessidades identificadas pelo mesmo, de modo a promover a qualidade de vida. A quantidade de necessidades não satisfeitas tem sido diretamente implicada numa menor qualidade de vida das pessoas. Os estudos realizados divergem quanto ao nível de concordância entre as necessidades não satisfeitas identificadas pelos doentes e pelos técnicos, mas as necessidades de natureza social e psicossocial corresponderam à maioria das necessidades sem resposta identificadas. A avaliação de necessidades deve fazer parte da prática clínica psiquiátrica e não deve ser apenas utilizada para investigação. Uma política de avaliar ativamente e abordar as necessidades não atendidas identificadas pelo paciente pode levar a uma melhor qualidade de vida.

#### **Abstract**

Shared decision-making supports users to experience greater empowerment, including a subjective sense of involvement in treatment, self-efficacy and autonomy. Health care should be provided on the basis of need, with an intended goal of improving quality of life. It is known that the number of unmet needs has been directly implicated in a lower quality of life for people. The studies differ as to the level of agreement between the unmet needs identified by patients and technicians but the needs of a social and psychosocial nature corresponded to the majority of unmet needs identified. The needs assessment should be part of the psychiatric clinical practice and should not be used only for research. A policy of actively assessing and addressing patient-rated unmet needs may lead to improved quality of life.

**Palavras-chave:** Atitude do Pessoal de Saúde; Perceção; Psiquiatria; Qualidade de Vida; Relação Médico-Doente; Saúde Mental; Serviços de Saúde Mental

**Keywords:** Attitude of Health Personnel; Mental Health; Mental Health Services; Perception; Physician-Patient Relations; Psychiatry; Quality of Life

#### **INTRODUÇÃO**

Desde meados do século XX, o modelo médico paternalista tem vindo a ser substituído por uma relação médico-doente muito mais simétrica. Um dos princípios-chave desta relação passou a ser que os cuidados ao doente sejam prestados com base nas necessidades identificadas pelo mesmo. A literatura

mostra que, em Psiquiatria, a tomada compartilhada de decisões entre técnicos e pacientes permite que os doentes experienciem uma maior capacitação, incluindo uma sensação subjetiva de envolvimento no tratamento, autoeficácia e autonomia.<sup>1</sup> Cuidar não se deve centrar em persuadir um doente a seguir as recomendações do médico. Deve ser um

**Recebido/Received:** 2021-05-08

**Aceite/Accepted:** 2021-08-20

**Publicado / Published:** 2021-09-10

\* Autor Correspondente/Corresponding Author: Patrícia Jorge | Endereço de email: anapjorge1@gmail.com

© Author(s) (or their employer(s)) and SPPSM Journal 2021. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

© Autor (es) (ou seu (s) empregador (es)) Revista SPPSM 2021. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial.

processo de cooperação, baseado em compreender a perspectiva do paciente (as suas preocupações, ideias, expectativas e necessidades), enquadrá-lo num contexto psicossocial único e envolvê-lo na tomada de decisões.<sup>2</sup> Não basta selecionar as melhores intervenções, com maior evidência científica, é também necessário desenvolver a capacidade de as adaptar às características da pessoa com doença mental e individualizar os cuidados.<sup>3</sup> No entanto, pesquisar as necessidades dos doentes nem sempre é um processo intuitivo e linear. Implica ter em consideração a individualidade das comunidades locais e que os próprios conceitos de saúde (e, portanto, os conceitos de doença) variam dramaticamente de uma parte do mundo para outra.

Neste trabalho, através de uma revisão da literatura, pretende-se realizar uma identificação alargada das necessidades não satisfeitas dos doentes psiquiátricos e dos seus técnicos e perceber como se pode atingir um equilíbrio entre os dois lados desta equação, com vista a um final comum: capacitar os doentes, melhorar o seu prognóstico e prestar os melhores cuidados em saúde mental.

O conceito de necessidade pode ser entendido como qualquer condição que é inerente à pessoa e que, por conseguinte, é essencial e necessária à vida, ao crescimento e ao bem-estar do ser humano. Nesse sentido, verifica-se uma relação direta entre a satisfação de necessidades e a promoção do bem-estar. Quando as necessidades forem satisfeitas, o bem-estar humano é preservado e até potenciado. Porém, quando estas são ignoradas poderão ocorrer danos que, por sua vez, perturbarão o bem-estar físico e psicológico da pessoa.<sup>4</sup>

Atualmente, é aceite que as necessidades de saúde de um indivíduo são mutáveis, extrapolam o domínio médico e os serviços de saúde e envolvem o vasto campo da organização social e política de uma comunidade.<sup>5</sup> Para além disso, as necessidades de cuidados centram-se mais em dificuldades em várias áreas do funcionamento individual, seja

este a nível sociofamiliar, laboral, grau de autonomia, etc, do que nos sintomas da doença que afeta aquela pessoa.<sup>6</sup>

## MÉTODOS

Foi realizada uma revisão bibliográfica não sistemática da literatura. Os artigos e teses de mestrado/doutoramento foram identificados através das bases de dados PubMed, MEDLINE, LILACS e Google Académico. Limitou-se a pesquisa ao período entre 2000 e 2021, artigos em língua inglesa ou portuguesa e disponíveis para consulta na íntegra. A procura foi conduzida usando-se as seguintes palavras-chave: “needs” e “mental”. Foram consideradas, ainda, as referências dos artigos revistos identificadas como relevantes.

A pesquisa teve lugar entre dezembro de 2020 e janeiro de 2021.

Inicialmente, foram identificados 511 estudos. Com base no título e no resumo, foram selecionados 103 artigos para uma revisão detalhada, sendo incluídos os que refletiam o objetivo de comparar a perceção de necessidades identificadas pelos doentes e pelos técnicos. Foram excluídos os estudos com:

- População que pertencia a contextos muito específicos (amostras prisionais; doença psiquiátrica com comorbilidades médicas; demência);
- Pacientes menores de 18 anos;
- Identificação de necessidades das pessoas com doença mental e técnicos, mas sem uma comparação entre ambas;
- Não nomeação de necessidades encontradas;
- Amostras com menos de 5 pessoas.

No total foram incluídos 20 trabalhos.

Foi realizada uma comparação entre os resultados de 9 estudos, que se explanou em tabela (Tabela 1).

Tabela 1. Comparação entre necessidades não cobertas identificadas na literatura revista

Estudo	Contexto do estudo	Pares	Escala utilizada	Necessidades não cobertas identificadas pelas pessoas com doença mental	Necessidades não cobertas identificadas pelos técnicos	Concordância doentes/técnicos
18	DMG em reabilitação (Japão)	188	Questionário próprio	Ajuda a alugar habitação Ajuda de advogados Condições da casa Direitos dos doentes	Conselheiros em hospitais, e centros de apoio comunitário	Baixa (kappa=.02 a .26)
5	Doentes com esquizofrenia (Cabo Verde)	122	CAN	Informação sobre a doença e o tx (41,8%) Atividades diárias (23,8%) Contatos sociais (23,8%) Sofrimento psicológico (22,1%) Relações íntimas (13,1%)	Subsídios e benefícios sociais (36,1%) Informação sobre a doença e tratamento (21,3%) Atividades diárias (20,5%) Contatos sociais (18,9%) Sintomas psicóticos (18,0%)	Diferenças significativas

Estudo	Contexto do estudo	Pares	Escala utilizada	Necessidades não cobertas identificadas pelas pessoas com doença mental	Necessidades não cobertas identificadas pelos técnicos	Concordância doentes/técnicos
19	Doentes com esquizofrenia (Espanha)	231	CAN	Contatos sociais (38,5%) Atividades diárias (29,2%) Relações íntimas (17,4%) Relacionamento sexual (16,3%) Sintomas psicóticos (13,3%) Educação (12%)	Contatos sociais (22,8%) Relações íntimas (17,3%) Relacionamento sexual (13,8%) Atividades diárias (13,7%) Benefícios sociais (10,9%) Educação (10,1%)	Baixo (kappa<0.4)
4	DMG (Quebec)	165	CAN	Sintomas psicóticos (78,2%) Contatos sociais (52,7%) Comida (48,4%) Atividades diárias (47,3%) Dinheiro (46%)	Contatos sociais (30,9%) Atividades diárias (23%) Dinheiro (14,5%) Transportes (14,5%) Sintomas psicóticos (13,3%)	Grandes diferenças
20	DMG (Califórnia)	78	CAN Adapt.	Intervenção em crise (36%) Psicoterapia (33%) Atividades diárias (30%) Informação sobre a doença e o tx (25%)	Educação (29%) Psicoterapia (22%) Atividades diárias (40%) Emprego (29%)	Muito baixo (kappa<0.2)
15	Doentes em HD (Lisboa)	14	CAN	Sofrimento psicológico (85,7%) Relações íntimas (57,1%) Relacionamento sexual (50%) Subsídios/benefícios sociais (50%) Dinheiro (42,9%)	Sofrimento psicológico (66,7%) Contatos sociais (40%) Dinheiro (40%)	Diferenças moderadas
6	Doentes com esquizofrenia (Índia)	100	CAN	Sintomas psicóticos (59%) Atividades diárias (43,0%) Sofrimento psicológico (52%) Informação sobre a doença e tx (47%) Dinheiro (47%) Subsídios/benefícios fiscais (67%)	Sofrimento psicológico (48%) Dinheiro (48%) Subsídios/benefícios fiscais (69%)	Bom conhecimento
17	Psicose (Reino Unido)	225	CAN	Relacionamento sexual (33%) Contatos sociais (32%) Relações íntimas (31%) Sofrimento psicológico (30%) Atividades diárias (22%)	Relacionamento sexual (38%) Contatos sociais (41%) Relações íntimas (37%) Sofrimento psicológico (30%) Atividades diárias (34%) Sintomas psicóticos (21%)	Substancial
3	DMG em reabilitação (Lisboa)	146	CAN	Atividades diárias (31,5%) Contactos sociais (24,5%) Relacionamento sexual (17,2%) Relações íntimas (17,1%) Benefícios sociais (15,8%) Sintomas psicóticos (15,7%)	Atividades diárias (40,7%) Contatos sociais (34,3%) Relacionamento sexual (19,8%) Relações íntimas (20,2%) Sintomas psicóticos (19,4%) Sofrimento psicológico (16,7%)	Correlações altas e muito altas

tx-tratamento DMG-doença mental grave HD- Hospital de Dia CAN- Camberwell Assessment of Need scale Adapt: adaptada

## RESULTADOS

### a. Definição de “necessidades”

Uma das abordagens teóricas de maior relevo no estudo das necessidades humanas foi a teoria da Hierarquia das Necessidades de Maslow, em 1954.<sup>4</sup> Este autor identificou cinco necessidades hierarquizáveis (da base para o topo), em que à satisfação das da base se sucede a emergência de novas necessidades. São elas: as necessidades fisiológicas (básicas), como a fome, a sede, o sono e o sexo; as necessidades de segurança, que incluem a simples necessidade de nos sentirmos seguros ou a estabilidade profissional ou social; a necessidade de socialização (relações interpessoais); a necessidade de reconhecimento e a necessidade de autorrealização. Assim, quando satisfeitas as necessidades fisiológicas e de segurança, emergem aspetos relacionados com as relações interpessoais, reconhecimento social e realização pessoal.<sup>6</sup>

No entanto, a pirâmide de necessidades definida por Maslow não é isenta de críticas. Autores mais recentes referem que muitas das pessoas tentam alcançar necessidades do topo da pirâmide sem que necessidades da base estejam satisfeitas. É neste clima de discussão que outras classificações têm surgido, como a que divide necessidades em três tipos: i) as necessidades fisiológicas (relacionadas com o funcionamento de sistemas biológicos (sede ou fome)); ii) as necessidades psicológicas (associadas a processos do sistema nervoso central (autonomia)); iii) e as necessidades sociais (adquiridas a partir das experiências de socialização de cada ser humano (afiliação e intimidade)).<sup>4</sup>

### b. Definição de “necessidades em cuidados de saúde”

O tema da avaliação de necessidades em cuidados de saúde tornou-se indissociável do desenvolvimento do Serviço Nacional de Saúde Britânico, que surgiu após o final da II Guerra Mundial (1946). Criado como um sistema de saúde com financiamento essencialmente público, para garantir uma melhor equidade de prestação de cuidados era exigida a recolha de dados sobre as necessidades de saúde das populações, com base numa fórmula que integrava as taxas de mortalidade estandardizadas e o estatuto socioeconómico. Os recursos de saúde eram posteriormente distribuídos tendo em conta estes resultados.<sup>7</sup> Desta forma, e pela primeira vez, surgiu a necessidade de “medir” as necessidades das populações, já que destas dependia o financiamento dos serviços.

Definir “necessidades em cuidados de saúde” não é fácil. Aliás, na literatura cruzam-se vários pontos de vista, alguma discussão e inúmeras contribuições de várias disciplinas: economia, sociologia, medicina e filosofia. A definição não é estanque e tem variado ao longo do tempo, conforme diferentes modelos subjacentes. Este conceito, aparentemente simples, é extremamente difícil de definir devido à sua intrínseca subjetividade e relatividade, embora facilmente se constata a sua indubitável pertinência e centralidade.<sup>7,8</sup>

Uma das definições mais consensuais é a que é atribuída a Wilkin que define “necessidade” como um objetivo, um défice mensurável desse objetivo e um meio para o atingir.<sup>9</sup> Já no

contexto da doença psiquiátrica, por “necessidade” tem-se vindo a entender o desejo de apoio que as pessoas expressam em relação aos serviços assistenciais. A necessidade pode ser vista como a lacuna entre o que a pessoa tem e os seus objetivos, ou seja, como uma condição que ainda não foi satisfeita.<sup>10</sup> No processo de definição de “necessidades”, dois critérios se afiguram como fundamentais: o padrão pelo qual a necessidade deve ser avaliada e definida e quem decide o que é efetivamente uma necessidade.<sup>9</sup>

Para responder à pergunta: “qual o padrão para avaliar uma necessidade?”, três grandes grupos têm vindo a ser definidos: padrões ideais, padrões mínimos e padrões comparativos. A Organização Mundial de Saúde define como padrão ideal o estado de completo bem-estar físico, mental e social, conceito com pouco valor prático para a definição de necessidades e que apresenta algumas limitações de aplicação face a problemas específicos. Os padrões mínimos incluem com frequência funções básicas, tais como vestir-se, trabalhar ou alimentar-se. Nos padrões comparativos, as necessidades vão ser definidas por comparação com padrões conhecidos existentes em grupos compatíveis.<sup>9</sup> Relativamente a quem decide o que é uma necessidade, foram descritas quatro hipóteses<sup>10</sup>:

- Necessidade sentida trata-se da perceção que as pessoas têm dos seus problemas e a maneira como os vivenciam; a importância é o grau atribuído a um problema pela pessoa; se a pessoa considera um problema como importante então este poderá constituir uma necessidade;
- Necessidade expressa ocorre quando a necessidade é exteriorizada e transmitida, por intermédio de ajuda, por exemplo, da procura dos serviços de saúde;
- Necessidade normativa é caracterizada pela opinião e avaliação dos técnicos, frequentemente com a valorização de aspetos técnicos e científicos;
- Necessidade comparativa compreende a necessidade de uma pessoa ou grupo perante outra pessoa ou grupo com características semelhantes e em relação ao qual foi identificada uma necessidade.

Já no que concerne à avaliação da satisfação das necessidades, esta pode ser dividida em<sup>7</sup>:

1. Ausência de necessidade: quando não existe intervenção ou o seu benefício não está demonstrado para essa necessidade;
2. Necessidade atingida ou satisfeita: quando as dificuldades do indivíduo foram reduzidas com a intervenção recebida;
3. Necessidade não-atingida ou não satisfeita: quando o problema persiste apesar de uma qualquer intervenção recebida.

A perspetiva centrada na pessoa considera a opinião do utente relevante para a definição das necessidades. A perspetiva centrada no profissional utiliza o conhecimento científico existente à data para definir as necessidades e os serviços que devem ser oferecidos.<sup>9</sup>

Em qualquer área da Medicina, por falarmos de seres humanos, as necessidades são difíceis de uniformizar.

Especificamente em Psiquiatria, os padrões de cuidados (standards of care) não se encontram indiscutivelmente estabelecidos, o que dificulta a avaliação objetiva da satisfação das necessidades. As linhas de orientação (*guidelines*) elaboradas por diversas organizações profissionais abordam predominantemente tratamentos biológicos e não são assumidas quais as necessidades que devem ser satisfeitas, reforçando a subjetividade, individualidade e dificuldade deste tema.<sup>5</sup>

#### d. Que instrumentos existem para identificar necessidades na prática clínica?

As primeiras tentativas de caracterização das necessidades de cuidados (identificação, medição, significado epidemiológico, etc.) foram sobretudo baseadas no levantamento das taxas de morbilidade psiquiátrica e nas estatísticas de utilização dos serviços especializados. Para lá das dificuldades de análise resultantes da heterogeneidade de critérios, este tipo de abordagem acabou por revelar-se insuficiente na avaliação das necessidades.<sup>11</sup>

Ao longo dos anos, tem-se tentado evoluir no sentido da procura de algo mais objetivo e de fácil operacionalização, aplicável não só à investigação, mas também à prática clínica.

No campo da saúde mental, a partir da década de 60, observou-se o desenvolvimento de instrumentos que tentam efetuar uma avaliação estruturada e padronizada. As versões originais são provenientes do Reino Unido, onde foram inicialmente validados no âmbito da reforma da década de 90.<sup>7</sup> Dos vários instrumentos encontrados na literatura, descrevem-se aqui os três instrumentos mais utilizados: *Avon Mental Health Measure* (AMHM); *Cardinal Needs Schedule* (CNS) e *Camberwell Assessment of Needs* (CAN).

O AMHM é, de todos, o instrumento mais orientado para o utente. Foi criado para uma utilização essencialmente clínica e recorre ao autopreenchimento pelo utente. Possui 2 áreas de vida para serem pontuadas. O trabalho de validação em Portugal está limitado a um estudo-piloto e tem sido cada vez menos utilizado.<sup>7</sup>

O CNS define e identifica “necessidade” de uma forma concisa e fácil de interpretar. Este instrumento foi criado especialmente para o contexto de investigação e a sua aplicação é consideravelmente mais demorada. O entrevistador necessita de receber treino e o instrumento engloba quinze áreas de funcionamento.<sup>7</sup>

O CAN foi criado para poder ser aplicado nos contextos da clínica e da investigação. Este instrumento engloba as perspetivas do utente e do técnico porque é pontuado por ambos de forma independente. As definições claras de “necessidade satisfeita/ não satisfeita”, a rapidez de aplicação e a ausência de necessidade de treino formal favorecem a sua utilização e explicam a extensa utilização do CAN.<sup>7</sup>

O CAN abrange 22 áreas clínicas e psicossociais de necessidade, que podem ser agrupadas em 5 categorias principais:

- Necessidades básicas (alojamento, alimentação e atividades diárias);
- Necessidades de saúde (saúde física, sintomas psicóticos, sofrimento psicológico, risco de danos para o próprio, risco de danos para os outros, uso de drogas ou álcool);

- Necessidades de funcionamento (auto-cuidado, tarefas domésticas básicas, cuidar dos filhos, educação básica e dinheiro);
- Necessidades sociais (contactos sociais, relações íntimas, relacionamento sexual);
- Necessidades de serviços (informação sobre a doença e tratamento, utilização de transportes, utilização de telefones e subsídios/ benefícios sociais).<sup>9</sup>

Trata-se de uma entrevista semiestruturada, em que, na primeira secção, o entrevistado indica se a respetiva área se trata, ou não, de uma área de necessidade numa escala Likert de 4 pontos. Esta primeira secção permite não só a identificação de uma área de necessidade, mas também separá-la em três níveis, sendo eles: sem necessidade, necessidade satisfeita e necessidade não satisfeita.<sup>9</sup> Na segunda secção é questionado acerca da ajuda que percebe receber de amigos, familiares e outros cuidadores informais. Na terceira secção é questionado em relação à ajuda que percebe receber e da ajuda que considera necessária por parte dos cuidadores formais (profissionais de saúde, serviços sociais e autarquias). Na secção 4, o entrevistado é questionado acerca da sua percepção relativamente à adequação da ajuda recebida.<sup>9</sup>

O processo de tradução e validação parcial da versão de investigação para a população portuguesa foi realizada por membros da Clínica Universitária de Psiquiatria e Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, cujos resultados se encontram documentados num trabalho de Joaquim Gago, de 1996, evidenciando propriedades psicométricas favoráveis.

A escala CAN é das mais utilizadas no âmbito da temática desta monografia.

#### e. As necessidades não satisfeitas

Necessidades não satisfeitas em cuidados de saúde ocorrem quando um indivíduo não obtém, total ou parcialmente, um serviço considerado necessário para a resolução do seu problema, devido a barreiras relacionadas com o acesso aos cuidados de saúde. Estas barreiras podem ser divididas em barreiras de acessibilidade (relacionada com custos e proximidade), de disponibilidade (relacionada com o tempo de espera) e de aceitabilidade (relacionada com atitudes e circunstâncias individuais).<sup>12</sup> Existem, no entanto, autores que defendem que as barreiras devem ser divididas apenas em dois grupos: as características do sistema de saúde (disponibilidade e acessibilidade) e as características individuais (como o estatuto socioeconómico, a disponibilidade de tempo, entre outras).<sup>12</sup>

A quantidade de necessidades não satisfeitas tem sido diretamente associada a uma menor qualidade de vida das pessoas,<sup>13</sup> sendo que esta qualidade de vida parece estar mesmo mais relacionada às necessidades não atendidas/satisfeitas do que ao funcionamento social, psicopatologia ou satisfação com os serviços.<sup>14</sup>

Estudos de avaliação de necessidades relativos aos cuidados prestados a doentes com esquizofrenia demonstraram, em Portugal, um grau muito mais elevado de necessidades não cobertas nas áreas de intervenção



psicossocial e reabilitação,<sup>15</sup> comparativamente aos restantes países europeus, em contraste com as respostas clínicas e psicofarmacológicas.<sup>3</sup>

Importa também realçar que geralmente as prioridades de necessidades definidas pelos utentes e profissionais têm uma ordem muito diferente. Os utentes tendencialmente valorizam dimensões físicas básicas (alimentação, alojamento), seguindo a hierarquia de necessidades de Maslow, enquanto que os profissionais valorizam dimensões clínicas, como os sintomas, os comportamentos de risco, a autonomia pessoal ou os consumos de substâncias.<sup>3</sup>

Estudos que têm avaliado as necessidades em doentes psiquiátricos relataram um número médio de necessidades entre 5,3 a 7,9 por doente.<sup>6</sup> Um maior número de necessidades é encontrado em homens, desempregados, com idade superior e em doentes internados. Correlações positivas significativas foram relatadas entre o número de necessidades e a gravidade da psicopatologia, bem como com o tipo de psicopatologia (sintomas negativos e sintomas afetivos).<sup>6</sup> Na Tabela 1 é feita uma comparação entre as necessidades não atendidas, identificadas por doentes e pelos técnicos. Na mesma tabela pode ser consultada a concordância/correlação entre as necessidades apontadas por doentes e técnicos.

## DISCUSSÃO

Depois de uma vasta pesquisa bibliográfica, pode concluir-se que não existem muitos estudos que se foquem numa comparação entre necessidades não cobertas dos doentes e as apercebidas pelos técnicos.

Também de realçar que os estudos não são muito recentes, o que revela um certo desinvestimento no estudo desta temática. Não foi encontrada também nenhuma revisão sistemática da literatura sobre este tema, indicando ser um tema pouco explorado e, portanto, que urge debater.

Muitos dos estudos identificados têm limitações metodológicas: amostras pequenas; diferentes diagnósticos psiquiátricos; a maioria dos estudos são realizados em grandes centros urbanos, o que pode limitar a extrapolação de resultados.

Em todos os estudos, as necessidades sem resposta mais identificadas, tanto por doentes como por técnicos, pertencem à categoria das psicossociais. No entanto, dentro deste grupo, as necessidades identificadas pelos vários intervenientes divergem substancialmente entre estudos. Tal pode justificar-se pelas características dos doentes, dos serviços e suas respostas, do contexto social e das diferentes culturas e patologias psiquiátricas.

Comparando os estudos é possível ver que estes são díspares quanto ao nível de concordância entre as necessidades não satisfeitas identificadas pelos doentes e pelos técnicos (variando de baixa a muito elevada). Nos estudos onde essa concordância foi elevada, os autores justificaram tal pelo facto dos técnicos questionados terem muito bom conhecimento da situação clínica e biopsicossocial do doente e, deste modo, das suas necessidades. Nos estudos onde surgem discrepâncias significativas, é sugerida a atribuição de um técnico de referência a cada doente, capaz de obter

um melhor conhecimento das necessidades do doente e de o orientar de forma estruturada para as respostas adequadas. Este técnico terá uma visão global de todo o percurso do doente, sendo o ponto de referência para os cuidados, reunindo a informação de todos os intervenientes no processo de reabilitação e ajudando a organizar e facilitar o acesso aos cuidados e a envolver outros intervenientes no processo terapêutico, para dar resposta às necessidades da pessoa.<sup>16</sup> Estas discrepâncias também se podem explicar pelo facto dos técnicos valorizarem preferencialmente as necessidades que o serviço tem capacidade de resolver, não estando tão atentos às necessidades não cobertas pelo serviço, que não conseguirão solucionar (habitação *versus* relações íntimas, por exemplo).

## CONCLUSÃO

As pessoas com doença mental desejam para si o mesmo que qualquer outra pessoa: habitação adequada, emprego, recursos para sobreviverem, amigos e relações íntimas.<sup>9</sup> Assim, embora algumas destas necessidades sejam específicas, são maioritariamente semelhantes às das pessoas sem perturbação psiquiátrica.

A avaliação de necessidades deve fazer parte da prática clínica psiquiátrica e não deve ser apenas utilizada para investigação. Os pontos de vista do técnico e do doente são igualmente válidos, sendo as diferenças encontradas informação preciosa para a adequação do plano terapêutico.<sup>17</sup> A aplicação por rotina de instrumentos padronizados para avaliação das necessidades, a complementar a avaliação clínica, pode trazer uma contribuição importante na planificação dos cuidados a serem dispensados a esses pacientes. São implicações clínicas desta revisão:

- Os instrumentos de avaliação de necessidades devem ser centrados na Pessoa, segundo um modelo biopsicossocial, numa abordagem holística;
- Aplicar estes instrumentos permite obter uma resenha de necessidades (cobertas, parcialmente cobertas ou não cobertas), que deverá levar à definição de áreas de risco e a um plano de cuidados ou intervenções específicas;
- As diferenças entre as necessidades não satisfeitas apercebidas por doentes e técnicos são informações valiosas para planear os cuidados de saúde;
- As equipas clínicas devem dar mais atenção às necessidades dos doentes;
- Devem ser adquiridos conhecimentos sobre a estrutura comunitária existente (recursos, infraestruturas) para adequar melhor o apoio ao doente;
- Conhecer a problemática da pessoa e da sua situação social, habitacional e familiar é essencial para planear a intervenção;
- É determinante ter em conta fatores como: as incapacidades resultantes da própria doença; o impacto no desempenho dos papéis sociais; a baixa integração social; probabilidade diminuída de desenvolver relacionamentos significativos; o desemprego e dependência de terceiros que, por sua vez, se interligam com limitações relacionadas com a ocupação,

resolução de assuntos pessoais, realização de tarefas domésticas básicas e gestão do dinheiro<sup>9</sup>;

- As necessidades do indivíduo mudam com a evolução da doença e com a mudança das condições de vida do doente.

De salientar alguns obstáculos para que os pontos acima referidos se concretizem, nomeadamente recursos financeiros e humanos desajustados para os serviços de saúde mental, recursos desajustados em termos de tratamento e reabilitação psicossocial e, acima de tudo, o sempre presente estigma social, que torna mais difícil, por exemplo, o acesso à habitação e ao emprego, mesmo para os que reúnem todos os requisitos para ocupar estes espaços. O estigma não se encontra só na sociedade, sendo frequente a exclusão da pessoa com doença mental por parte de familiares, causando mais sofrimento, potenciando o isolamento e criando um fosso maior entre os elementos da família.<sup>9</sup> Uma dificuldade encontrada na prestação de cuidados a estes doentes consiste em conseguir uma adequada integração das várias intervenções que a evidência científica confirma que oferecem vantagens para o tratamento. Nessa integração devem ser consideradas as respostas farmacológicas, psicológicas, psicossociais e sociais, organizadas

e estruturadas de forma a responder às necessidades individuais.<sup>3</sup> A avaliação e comparação da efetividade dos diferentes tipos de intervenção é uma área extremamente delicada, já que se, por exemplo, é fácil avaliar o resultado da administração de psicofármacos, é mais problemática a identificação e seleção de indicadores relativos às terapias de cariz psicológico, pedagógico e reabilitativo, o que acentua a necessidade de avaliação de medidas globais (ex. de qualidade de vida, necessidades).<sup>11</sup>

O imperativo é a integração destas pessoas na sociedade, adequando os cuidados às suas necessidades, promovendo a sua autonomia, qualidade de vida e recuperação e aprendizagem de competências individuais e sociais, bem como o desenvolvimento de redes de suporte sociais adaptadas aos níveis de autonomia ou dependência da pessoa.

A avaliação das necessidades da pessoa com doença mental, nomeadamente a identificação das suas necessidades sem resposta ou com resposta parcial, e as respetivas propostas de intervenção, são elementos fundamentais de um plano de tratamento. Para todas as áreas da saúde, e na saúde mental em particular, é hoje considerado fundamental que as intervenções sejam adaptadas às especificidades da pessoa e às suas circunstâncias - “*one size doesn't fit all*”.<sup>3</sup>

### Responsabilidades Éticas

**Conflitos de Interesse:** Os autores declaram não possuir conflitos de interesse.

**Suporte Financeiro:** O presente trabalho não foi suportado por nenhum subsídio ou bolsa.

**Proveniência e Revisão por Pares:** Não comissionado; revisão externa por pares.

### Ethical Disclosures

**Conflicts of Interest:** The authors have no conflicts of interest to declare.

**Financial Support:** This work has not received any contribution grant or scholarship.

**Provenance and Peer Review:** Not commissioned; externally peer reviewed.

### Referências

1. Schön U, Grim K, Wallin L, Rosenberg D, Svedberg P. Psychiatric service staff perceptions of implementing a shared decision-making tool: a process evaluation study. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2018;13:1421352. doi: 10.1080/17482631.2017.1421352.
2. Małus A G-SB, Konarzewska B, Szulc A.. How do patients perceive ambulatory psychiatric care and what are their needs? *Ann Agric Environ Med*. 2018;14;25:90-4. doi: 10.5604/12321966.1233559.
3. Gago J. Programas de cuidados integrados para pessoas com esquizofrenia ou perturbação esquizoafectiva. [Tese de Doutoramento. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa]. Lisboa: FCM UNL;2012.
4. Fleury MJ, Grenier G, Lesage A. Agreement between staff and service users concerning the clientele's mental health needs: a Quebec study. *Can J Psychiatry*. 2006;51:281-6. doi: 10.1177/070674370605100503.
5. Ferreira D. Avaliação das necessidades, incapacidade, qualidade de vida e satisfação com os serviços de indivíduos com esquizofrenia em cabo verde. [Dissertação de Mestrado em Políticas e Serviços de Saúde Mental]. Lisboa: FCM UNL;2014.
6. Kulhara P, Avasthi A, Grover S, Sharan P, Sharma P, Malhotra S, Gill S. Needs of Indian schizophrenia patients: an exploratory study from India *Soc Psychiatry. Psychiatr Epidemiol*. 2010;45:809-18. doi: 10.1007/s00127-009-0126-1.
7. Talina A. Saúde Mental em meio prisional : avaliação de necessidades de cuidados em reclusos com perturbação mental. [Dissertação de Doutoramento em Medicina. Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa] Lisboa: FCM UNL;2014.
8. Vieira M. Do diagnóstico de necessidades ao reconhecimento e à promoção de práticas socialmente responsáveis: a Câmara Municipal de Coimbra. [Dissertação de Mestrado em Intervenção Social, Inovação e Empreendedorismo, apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação e à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra]. Coimbra: UC; 2014.

9. Martins. A família como parceiro no processo de reabilitação psicossocial da pessoa com doença mental. [Tese de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Lisboa: ESEL;2015.
10. Bastos M. Necessidades sentidas pelo familiar do doente com esquizofrenia. [Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria pela Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Porto: ESEP;2015.
11. Caldas de Almeida JM. Avaliação e garantia de qualidade dos serviços de saúde mental. *Acta Med Port.* 1995;8: 119-131.
12. Martins. Necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde dos portugueses em 2014. [Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública pela Universidade Nova de Lisboa]. Lisboa: UNL; 2017.
13. Slade M. Patient-rated mental health needs and quality of life improvement. *Br J Psychiatry.* 2005;187:256-61.
14. Slade M. Does meeting needs improve quality of life? *Psychother Psychosom.* 2004;73:183-9.
15. Barca L. Necessidades das pessoas com doença mental num Hospital de Dia de Psiquiatria. [Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde]. Setúbal:IPS, ESS;2013.
16. Vilaça A. Promoção da Continuidade dos Cuidados da Pessoa com Doença Mental Grave. [Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Lisboa: ESEL;2012.
17. Macpherson R, Varah M, Summerfield L, Foy C, Slade M. Staff and patient assessments of need in an epidemiologically representative sample of patients with psychosis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2003;38:662-7.
18. Miyamoto Y, Hashimoto-Koichi R, Akiyama M, Takamura S. Mental health and social service needs for mental health service users in Japan: a cross-sectional survey of client- and staff-perceived needs. *Int J Ment Health Syst.* 2015;9:19. doi: 10.1186/s13033-015-0009-7.
19. Ochoa S, Haro J, Autonell J, Pendas A, Teba F, Marquez M. Met and unmet needs of schizophrenia patients in a Spanish sample. *Schizophr Bull.* 2003;29: 201-10.
20. Gibbons C, Bédard M, Mack G. A comparison of client and mental health worker assessment of needs and unmet needs. *J Behav Health Serv Res.* 2005;32:95-104. doi: 10.1007/BF02287331.