

Equipa de Intervenção Comunitária em Saúde Mental - A Realidade de um Hospital Geral

Community Intervention in Mental Health - The Reality of a General Hospital

Antónia Fornelos*, Mariana Martins**, Miguel Felizardo*, Marta Roque***, Paula Pina****

RESUMO

Introdução: O Modelo Comunitário de Saúde Mental advoga que a prestação de cuidados de saúde deve ser promovida em locais mais acessíveis aos doentes, assegurando-se uma oferta preventiva, terapêutica e reabilitativa. Este estudo incidiu sobre o programa de visitas domiciliárias da Equipa Comunitária de Ponte de Lima.

Objetivos: A investigação teve como principal objetivo perceber se existem diferenças entre o número de internamentos e o número de dias de internamento antes e após a integração dos doentes no programa de visitas domiciliárias; pretendeu ainda verificar a existência de correlação entre estas variáveis e a frequência das visitas e realizar uma caracterização sociodemográfica e clínica da população-alvo.

Métodos: Estudo observacional, analítico, transversal e retrospectivo. A população-alvo foi constituída pelos doentes que integraram o programa de visitas domiciliárias, desde janeiro de 2015 até dezembro de 2017. As variáveis foram obtidas pela consulta dos

processos clínicos dos doentes. A análise estatística efetuou-se com recurso ao programa *Statistical Package for the Social Sciences* - versão 22 - para *Windows* (IMB Corp. Released 2013).


Resultados: Obteve-se um *n* final de 171 participantes. A maioria tinha 70 ou mais anos e habitava em lares, centros sociais, paroquiais e comunitários. Verificou-se um predomínio de doentes do sexo feminino, solteiros e reformados. O quadro demencial foi a patologia psiquiátrica mais comumente reportada. Em todos os participantes, após o início do programa, verificou-se uma redução significativa do número total de internamentos e de dias de internamento. Os doentes sem internamentos, depois da integração no programa, foram visitados com maior regularidade pela equipa do que aqueles com pelo menos um internamento. Nos doentes internados após a incorporação no programa, constatou-se uma correlação positiva forte e significativa entre o número de dias de internamento e o tempo decorrido entre as visitas.

* Serviço de Psiquiatria no Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE, Vila Real. ✉ antonia__6@hotmail.com.

** USF Uarcos, Arcos de Valdevez.

*** Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE, Vila Real.

**** Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE, Viana do Castelo.

 <https://orcid.org/0000-0002-6332-0381>

Recebido / Received: 08/08/2018 • Aceite / Accepted: 23/01/2019

Conclusões: A equipa de investigação pretende contribuir para uma reflexão organizacional dos vários serviços de Psiquiatria do país.

Palavras-Chave: Psiquiatria Comunitária; Equipas de Saúde Mental; Internamentos Psiquiátricos; Visitas Domiciliárias.

ABSTRACT

Introduction: The Mental Health Community Model advocates that care should be provided in places that are conveniently accessible to the population, providing preventive, therapeutic and rehabilitative care. This study focused on the home visits program of the Community Team of Ponte de Lima.

Objectives: To assess whether there are differences between the number of admissions and the number of days of hospitalization before and after the integration of patients into the home visits program; to ascertain the existence of a correlation between these variables and the frequency of visits; and to carry out a sociodemographic and clinical characterization of the target population.

Methods: Observational, analytical, transversal and retrospective study. The target population consisted of the patients who were part of the home visits program from January 2015 to December 2017. The study variables were obtained by consulting patients' clinical records. Statistical analysis was performed using the *Statistical Package for the Social Sciences* - version 22 - for Windows (IBM Corp. Released 2013).

Results: A final *n* of 171 participants was obtained. Most were 70 or more years old and lived in homes, social centers, parishes and community centers. A predominance of fema-

le, single and retired patients was noted. The most commonly reported psychiatric condition was dementia. After integration into the program, there was a significant reduction in the total number of admissions and the days of hospitalization in all participants. After starting the program, patients without admissions were visited more regularly than those with at least one admission. In hospitalized patients after enrollment in the program, a strong and significant positive correlation was observed between the number of hospitalization days and the time elapsed between visits.

Conclusion: The research team aims for an organizational reassessment of the various Psychiatry services across the country.

Key-Words: Community Psychiatry; Mental Health Teams; Psychiatric Hospitalizations; Home Visits.

INTRODUÇÃO

O Modelo de Psiquiatria Comunitária preconizado pela primeira vez pela Organização Mundial de Saúde nos anos 70 do século XX propôs uma aproximação das estruturas de saúde mental à população geral¹. Em Portugal, a transformação do Modelo Assistencial Hospitalar em Serviços Comunitários de Saúde Mental surgiu em 1985, na sequência da II Conferência de Ministros da Saúde do Conselho da Europa, que consignou que “*a organização assistencial deveria transitar dos hospitais psiquiátricos para os serviços comunitários (...), em estreita articulação com as unidades de cuidados de saúde primários*”¹. Este modelo, de cariz biopsicossocial, advoga que os cuidados de saúde mental devem ser concedidos em locais

mais acessíveis aos cidadãos, assegurando-se a oferta de cuidados preventivos, terapêuticos e de reabilitação^{1,2}. A saúde mental é indivisível da dimensão holística da saúde em geral, devendo os cuidados ser prestados no meio menos restritivo possível, de forma a evitar o afastamento dos doentes do local de residência e a facilitar a sua reabilitação e inserção sociais³. Não obstante, em Portugal continua a verificar-se que a patologia psiquiátrica é responsável por um número considerável de internamentos, que consomem 83% dos recursos financeiros globais em saúde mental⁴. Constata-se, também, que os doentes aguardam longos períodos desde o momento da alta do internamento até ao início do acompanhamento em consulta da especialidade, sem que durante esse intervalo contactem com cuidados ambulatoriais psiquiátricos⁵. No sentido de colmatar estas dificuldades, desenvolveram-se equipas multidisciplinares, que constituem o alicerce básico dos Serviços Comunitários de Saúde Mental⁶. Habitualmente são formadas por Psiquiatras, Enfermeiros, Assistentes Sociais, Psicólogos e Terapeutas Ocupacionais, que prestam um conjunto de intervenções ou cuidados de saúde a adultos com doenças mentais graves numa área geográfica concreta⁶. A criação de serviços descentralizados e a subsequente desinstitucionalização dos doentes proporcionou uma melhoria do funcionamento social e da efetividade terapêutica, com redução da necessidade e da duração dos internamentos psiquiátricos^{4,7}.

Neste contexto, surgiu a Equipa Comunitária da Unidade Local de Saúde do Alto Minho em abril de 2014, composta por duas unidades localizadas em Ponte de Lima e em Valença, que permitiu uma acessibilidade facilitada aos

cuidados de saúde mental, pela aproximação à área de residência dos doentes. A Unidade de Ponte de Lima, sobre a qual se debruçará o presente estudo, assegura cuidados de saúde aos habitantes dos concelhos de Ponte de Lima, Ponte da Barca, Arcos de Valdevez e Paredes de Coura. Abrange uma área geográfica de 1.085 km², com uma população estimada de 87.600 habitantes, que representa cerca de um terço dos residentes do distrito⁸. Dispõe de uma equipa constituída por três Médicos Psiquiatras, uma Psicóloga Clínica, duas Enfermeiras e uma Assistente Social, que atuam em quatro áreas de intervenção distintas - Visitas Domiciliárias (VD), Consulta Externa (CE), Consultoria de Psiquiatria e Hospital de Dia (HD). Na sequência da atividade de CE, percebeu-se a necessidade de uma articulação mais efetiva com os Cuidados de Saúde Primários, colmatada, em certa medida, com a atividade de Consultoria, que tem permitido uma discussão partilhada de casos clínicos, nomeadamente do diagnóstico psiquiátrico e da orientação terapêutica.

O programa de VD, criado em 2015, estabeleceu como principal meta a observação e a avaliação psicopatológica de doentes com patologia mental grave, o que proporcionou aos profissionais um contacto mais próximo com a realidade em que estes se inserem. A dificuldade ou impossibilidade de deslocação à CE de Psiquiatria por incapacidade física foi outro dos critérios adotados para a incorporação no programa. Definiu-se que as situações de incumprimento terapêutico, sempre que conhecidas, deveriam ser priorizadas, de modo a atuar o mais precocemente possível e a impedir, eventualmente, futuras descompensações

clínicas com potencial necessidade de internamento. Estas visitas constituem, adicionalmente, um momento privilegiado para a intervenção psicoeducativa junto dos familiares ou outros conviventes próximos dos doentes.

Em suma, com a criação de Equipas de Saúde Mental Comunitária proporcionar-se-á um modelo privilegiado de articulação com os Cuidados de Saúde Primários, com potencial redução do estigma em relação à doença psiquiátrica na sociedade e dos custos globais em saúde.

OBJETIVOS

O principal objetivo desta investigação consistiu em avaliar se existem diferenças entre o número de internamentos e o número de dias de internamentos psiquiátricos antes e após a integração dos doentes no programa de VD. Complementarmente, os autores pretenderam verificar a existência de correlação entre estas variáveis e a frequência das VD. Procederam, também, a uma caracterização sociodemográfica e clínica da população-alvo.

MATERIAL E MÉTODOS

Tipo de Estudo e População-alvo

Trata-se de um estudo observacional, analítico, transversal e retrospectivo. A população-alvo

foi constituída pelos doentes que integraram o programa de VD da Unidade de Psiquiatria Comunitária de Ponte de Lima, desde a sua criação, em janeiro de 2015, até dezembro de 2017.

Variáveis

As variáveis em estudo foram definidas considerando-se duas categorias distintas: i) sociodemográfica - sexo, idade, estado civil e situação profissional; e ii) clínica - diagnóstico psiquiátrico (nomenclatura Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - versão 10 (CID-10), número de internamentos e número de dias de internamento antes e após a incorporação no programa de VD. As variáveis foram obtidas pela consulta dos processos clínicos informatizados dos doentes, tendo-se excluído aqueles que faleceram após a integração no programa.

No sentido de minimizar o viés associado à integração faseada dos doentes, o período temporal estipulado para a variável *internamentos prévios* foi calculado de forma individualizada, isto é, intra-sujeito. Definiu-se que o período considerado como precedente à integração do programa seria igual ao espaço temporal entre o momento de incorporação do doente e o dia 31/12/2017 – **Figura 1**.

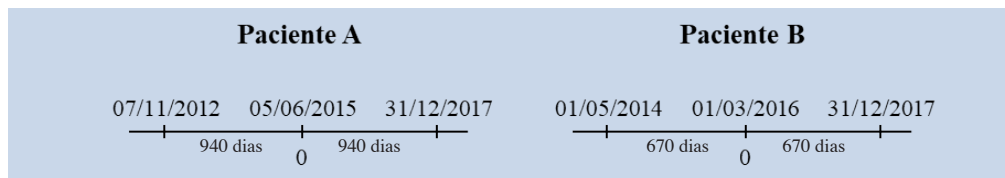


Figura 1. Ilustração representativa do cálculo do período temporal para a definição da variável *internamentos prévios*.

A variável *tempo médio entre visitas* foi calculada dividindo-se o número de dias de incorporação no programa pelo número de VD realizadas. A título de exemplo e recorrendo novamente à **Figura 1**: o paciente A iniciou o programa no dia 05/06/2015; até ao dia 31/12/2017 decorreram 940 dias; sabendo que durante este período foram realizadas 6 VD, foi atribuído um tempo médio entre visitas de 157 dias.

Nos testes de correlação, utilizados para comparação entre a *frequência das visitas domiciliárias* e as variáveis *internamentos* e *número de dias de internamento*, optou-se por excluir os casos em que foi realizada apenas uma visita (n=46).

Análise Estatística

A análise estatística foi realizada com recurso ao programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) - versão 22 - para *Windows* (IBM Corp. Released 2013). As variáveis intercalares foram caracterizadas de acordo com a Média (M) e Desvio Padrão (DP). As variáveis qualitativas apresentaram-se sob a forma de frequências absolutas e relativas. Utilizaram-se os testes de *McNemar*, *Wilcoxon*, *Mann-Whitney* e o coeficiente de correlação de *Spearman* para comparação ou correlação de variáveis, intra ou inter-sujeito. Definiu-se um intervalo de confiança de 95%, considerando-se estatisticamente significativos os resultados com valores de significância inferiores a 0,05 ($p < 0,05$).

RESULTADOS

Dados Sociodemográficos

Durante o período analisado, participaram no programa de VD 188 doentes, 17 dos quais foram excluídos por falecimento, obtendo-se um *n* final de 171 participantes. A sua integração realizou-se de forma progressiva: 58 doentes foram admitidos em 2015; 73 em 2016 e 40 em 2017. À data de integração no programa, os 171 doentes apresentavam idades compreendidas entre os 24 e os 99 anos (M = 70,6 anos; DP = 17,1 anos), tendo a maioria (60,2%) 70 ou mais anos - **Figura 2**.

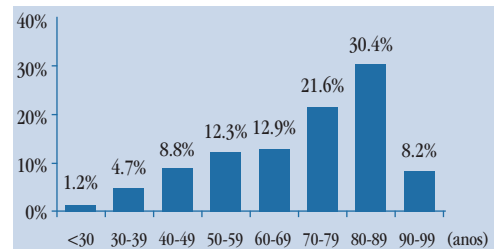


Figura 2. Distribuição da população por grupo etário.

Observou-se um predomínio de doentes do sexo feminino (69,4%), solteiros (40,4%) e reformados (91,8%) - **Tabela I**. A maioria habitava no concelho de Ponte de Lima (78,4%) e Paredes de Coura (19,3%), sendo os lares, centros sociais, paroquiais e comunitários os locais de residência mais frequentes (63,3%) - **Tabela I**.

Tabela I. Caracterização sócio-demográfica ($n=171$).

| Variáveis | Categorias | n | % |
|---------------|---|-----|------|
| Sexo | Feminino | 111 | 64,9 |
| | Masculino | 60 | 35,1 |
| Idade (*) | <30 anos | 2 | 1,2 |
| | 30-39 anos | 8 | 4,7 |
| | 40-49 anos | 15 | 8,8 |
| | 50-59 anos | 21 | 12,3 |
| | 60-69 anos | 22 | 12,9 |
| | 70-79 anos | 37 | 21,6 |
| Estado civil | Solteiro | 65 | 40,4 |
| | Casado | 36 | 22,4 |
| | União de facto | 2 | 1,2 |
| 10 SI | Divorciado | 11 | 6,8 |
| | Viúvo | 47 | 29,2 |
| | Situação profissional | 6 | 3,8 |
| 12 SI | Ativo | 6 | 3,8 |
| | Desempregado | 5 | 3,1 |
| | Reformado | 146 | 91,8 |
| | Pensão | 2 | 1,3 |
| Habitação (*) | Habitação própria ou de familiares | 54 | 32,0 |
| | Lar | 64 | 37,9 |
| | Centro social, paroquial ou comunitário | 43 | 25,4 |
| | Centro de dia | 6 | 3,6 |
| | Família de acolhimento | 2 | 1,2 |

Legenda: SI sem informação; (*) por arredondamentos, somatório de 100,1%.

Dados Clínicos

De acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - versão 10 (CID-10), as patologias psiquiátricas mais comumente reportadas foram a demência (48,0%), a esquizofrenia (14,0%), a oligofrenia não especificada (13,0%) e os episódios depressivos (11,3%) - **Tabela II**.

Tabela II. Diagnósticos psiquiátricos dos doentes integrados no programa de VD ($n=171$).

| Variável | Categorias | % |
|----------------------|---|------|
| Diagnóstico (CID-10) | Demência (F02) | 48,0 |
| | 2 SI | |
| | Esquizofrenia (F20) | 14,0 |
| | Oligofrenia não especificada (F79) | 13,0 |
| | Episódios depressivos (F32) | 11,3 |
| | Psicose orgânica não especificada (F09) | 5,3 |
| | Perturbação bipolar (F31) | 3,6 |
| | Psicose não orgânica não especificada (F29) | 3,0 |
| | Psicose esquizoafetiva (F25) | 1,8 |

Legenda: SI sem informação.

Da totalidade dos doentes estudados, 12,3% tinham antecedentes de internamentos psiquiátricos no período antecessor à integração no programa, valor que diminuiu para cerca de metade após a incorporação no mesmo - **Tabela III**. As diferenças entre estes dois momentos temporais foram próximas da significância estatística ($p=0,06$).

Tabela III. Internamentos antes e após o início do programa de VD (n=171).

| Variável | | Antes | | Após | | p |
|--------------------------|-----|-------|------|------|------|---------------------|
| | | n | % | n | % | |
| Doentes com internamento | Não | 150 | 87,7 | 160 | 93,6 | 0,06 ⁽¹⁾ |
| | Sim | 21 | 12,3 | 11 | 6,4 | |

Legenda: n: número absoluto; ⁽¹⁾ valor de significância do Teste de *McNemar*.

Em todos os participantes, após a integração no programa, verificou-se uma redução significativa no número total de internamentos de 28 para 13 e do número de dias de internamento - de 733 para 386 - embora esta última diferença não seja estatisticamente significativa. Considerando-se apenas os doentes com internamentos psiquiátricos prévios, observou-se que não existiam diferenças no número médio de dias de internamento antes ($34,90 \pm 38,21$ dias) e após a incorporação no programa ($35,09 \pm 29,47$ dias) - **Tabela IV**.

No total, foram realizadas 566 VD, tendo cada doente, em média, recebido $3,31 \pm 2,21$ visitas. Os doentes sem internamentos, depois de iniciarem o programa, foram visitados com maior regularidade pela equipa do que aqueles com pelo menos um internamento, diferenças que não foram estatisticamente significativas ($p=0,24$) - **Tabela V**. Dos 7 doentes que foram internados após incorporarem o programa, verificou-se uma correlação positiva forte e significativa ($R=0,85$; $p<0,001$) entre o número de dias de internamento e o tempo decorrido entre as VD.

Tabela IV. Comparação entre o número de internamentos e o número de dias de internamento antes e após o início das VD (n=171).

| Variáveis | | Antes | Após | p |
|------------------------------------|--------|-------------------|-------------------|---------------------|
| Número de internamentos | Soma | 28 | 13 | 0,02 ⁽¹⁾ |
| | M ± DP | $0,16 \pm 0,52$ | $0,08 \pm 0,33$ | |
| Dias de internamento | Soma | 733 | 386 | 0,08 ⁽¹⁾ |
| | M ± DP | $4,29 \pm 17,43$ | $2,26 \pm 11,25$ | |
| Apenas os doentes com internamento | M ± DP | $34,90 \pm 38,21$ | $35,09 \pm 29,47$ | |

Legenda: DP: Desvio Padrão; M: Média; ⁽¹⁾ valor de significância do Teste de *Wilcoxon*.

Tabela V. Correlação entre a *frequência das VD* e o *número de internamentos e de dias de internamento*.

| Variáveis | | Frequência das visitas | p |
|-------------------------------|-------------|------------------------|-----------------------|
| Internamentos após VD (n=125) | Não (n=118) | M=158,56 ± 75,57 | 0,24 ⁽¹⁾ |
| | Sim (n=7) | M=173,43 ± 78,61 | |
| Dias de internamento (n=7) | | R= 0,85 | <0,001 ⁽²⁾ |

Legenda: DP: Desvio Padrão; M: Média; R: Coeficiente de *Spearman*; ⁽¹⁾ valor de significância do Teste de *Mann-Whitney*; ⁽²⁾ valor de significância de coeficiente de correlação de *Spearman*.

DISCUSSÃO

Em Portugal, o processo de desinstitucionalização de doentes com patologia mental tem sido motivo de debate desde a segunda metade do século XX. Múltiplos esforços foram concentrados na tentativa de mudança de paradigma de um Modelo Hospitalar para um Modelo Comunitário de prestação de cuidados de saúde mental^{4,9}. O objetivo primordial do Modelo de Saúde Mental Comunitária consiste em responder às necessidades das pessoas com doença mental grave, definida como uma “*doença psiquiátrica que, pelas características e evolução do seu quadro clínico, afeta de forma prolongada ou contínua a funcionalidade da pessoa*”¹⁰. Iyer *et al.* referem que esta categoria de doenças é tipicamente representada pela esquizofrenia, podendo também incluir doenças afetivas bipolares, depressões graves e perturbações obsessivo-compulsivas, diagnósticos escassamente representados na população estudada¹¹. Embora o quadro demencial não seja habitualmente enquadrado nesta tipologia de patologias, corresponde ao diagnóstico mais frequentemente reportado nesta investigação. Um dos motivos que os autores consideram ser justificativo deste resultado reside no facto de, na instituição em causa, a incapacidade física ser um dos critérios de incorporação no programa, situação

particularmente comum em idosos, faixa etária mais prevalente do estudo.

Com a integração dos doentes no programa, uma redução significativa foi verificada no *número de internamentos* psiquiátricos. Adicionalmente constatou-se uma diminuição do *número total de dias de internamento*, pelo que se infere uma redução de custos na ordem dos milhares de euros. O internamento de doentes nos departamentos ou hospitais de psiquiatria e saúde mental é faturado em 73,70€/dia ou em 136,00€/dia, em função da codificação do episódio¹². Por este motivo e considerando as políticas atuais de economia da saúde, recomenda-se que os profissionais prestem cuidados de saúde cada vez mais eficientes. Esta informação é corroborada pelo disposto no Plano Nacional de Saúde Mental, que demonstra que o internamento continua a consumir a maioria dos recursos económicos (83%), enquanto a evidência científica relata que as intervenções na comunidade são as mais efetivas e, inclusivamente, as preferidas pelos doentes e famílias⁴. Um outro aspeto a destacar é a relação obtida entre a frequência das visitas domiciliárias e a existência de internamentos após a incorporação no programa de VD. Embora sem significância estatística, devido ao *n* amostral reduzido, verificou-se que os doentes que eram visitados

com maior regularidade tinham menor probabilidade de ser internados. Quando aplicado o teste de correlação de *Spearman* nos sete doentes com internamento após incorporação nas VD, verificou-se uma correlação positiva forte entre o *número de dias de internamento* e o *tempo entre visitas domiciliárias*. Este achado é reforçado por Cordeiro *et al.*, que afirmam que um seguimento ambulatorio mais próximo dos doentes com má adesão à terapêutica farmacológica previne recaídas psicopatológicas¹³. Apesar de a maioria dos resultados gerais enfatizarem a importância da atividade assistencial de base comunitária, alguns não revelaram significância estatística, valendo a pena refletir sobre esta questão. O facto do programa de VD decorrer há apenas três anos poderá ter tido influência nos dados obtidos. Futuramente, com o prosseguir da intervenção comunitária e a inclusão de um número superior de participantes, é expectável que os resultados sejam diferentes por apresentarem uma maior robustez. A escassa literatura científica sobre a Psiquiatria Comunitária em Portugal constitui outra das limitações deste estudo, apontada pelos autores, uma vez que dificulta a comparação com outros trabalhos de âmbito nacional. Vários estudos internacionais enfatizam a importância da intervenção comunitária centrando-se, contudo, nos doentes com diagnóstico de psicose em regime de tratamento ambulatorio compulsivo¹⁴. Em investigações futuras seria pertinente a realização de um estudo metodologicamente distinto, que permitisse a comparação com um grupo de doentes com características sociodemográficas e clínicas sobreponíveis, mas não frequentadores do programa de VD. Seria igualmente

interessante a realização de um projeto multicêntrico abrangendo outras instituições hospitalares.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo evidenciam que o acompanhamento domiciliário de doentes com patologia psiquiátrica em programas organizados e estruturados permite uma diminuição significativa do número de internamentos e uma redução global do número de dias de internamentos psiquiátricos. Demonstram também que uma maior regularidade das visitas parece estar associada a uma menor frequência de internamentos. Segundo a literatura, o Modelo Comunitário em Saúde Mental é, de facto, o preferencial para o tratamento e melhoria da qualidade de vida das pessoas com doença mental grave⁴. A equipa de investigação pretende contribuir para uma reflexão organizacional dos vários serviços de Psiquiatria do país. Em muitas das instituições estes continuam circunscritos ao internamento, CE e HD, não dispondo de Equipas de Saúde Mental Comunitária com programas de gestão integrada de casos, intervenção em crise e trabalho com as famílias⁴.

Conflitos de interesse / *Conflicting Interest*

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

The authors have declared no competing interests exist.

Fontes de Financiamento / *Funding*

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

The authors have declared no external funding was received for this study.

Bibliografia / References

1. Direção-Geral da Saúde. Direção de Serviços de Planeamento. Direção de Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental, Rede de Referência de Psiquiatria e Saúde Mental. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. 2004-104 p.
2. Fazenda I: Novos desenvolvimentos em saúde mental e comunitária. *Psilogos*. 2009; 6:111-119.
3. Assembleia da República. Lei n.º36/98, Diário da República n.º169/1998, da Lei de Saúde Mental, Série I-A de 1998-07-24, 3544-3550.
4. Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde, Coordenação Nacional para a Saúde Mental. Plano Nacional de Saúde Mental, 2007-2016, Resumo Executivo. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental. 2008-56 p.
5. Esteves MT. Saúde Mental Comunitária: rede de suporte social de pessoas com doença mental grave (estudo no concelho de Odivelas). Lisboa. Dissertação para a obtenção de grau de Mestre em Política Social - Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Universidade Técnica de Lisboa, 2010.
6. THORNICROFT, G.; TANSELLA, M. Quais são os argumentos a favor da atenção comunitária à saúde mental? *Pesqui. Prát. Psicossociais*. 2008; 3(1):9-25.
7. Santos ME. Identificação de fatores associados à aderência ao tratamento, reinternação hospitalar e necessidade de cuidados de pacientes inseridos na rede pública de assistência em saúde mental. Ribeirão Preto. Tese para a obtenção do Título de Doutor em Ciências Médicas – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2015.
8. Instituto Nacional de Estatística – Statistics Portugal. Censos 2011 Resultados Definitivos - Portugal; Lisboa: INE, 2012 - 560 p.
9. Palha F, Costa N. Trajetórias pelos Cuidados de Saúde Mental em Portugal. Parte I – O processo de “desinstitucionalização” psiquiátrica em Portugal; da análise objetiva dos factos às perceções de utentes, familiares/cuidadores e técnicos. Porto. ENCONTRAR+SE. 2015 – 82 p.
10. Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. CIRCULAR NORMATIVA CONJUNTA N. 16/2017/ACSS/ISS PARA: Equipas de Coordenação Regional (ECR), Equipas de Coordenação Local (ECL), Equipas de Gestão de Altas (EGA), Serviços Locais de Saúde Mental, Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), Instituições Psiquiátricas do Setor Social e Unidades Prestadoras da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. 2017-8p.
11. Iyer SN, Rothmann TL, Vogler JE, Spaulding WD. Evaluating Outcomes of Rehabilitation for Severe Mental Illness. *Rehabilitation Psychology*. 2005; 50(1):43-55.
12. Assembleia da República. Portaria n.º 207/2017, Diário da República 1.ª série n.º132, 11 de julho de 2017, 3550-3708.
13. Cardoso A, Byrne M, Xavier M. Adesão ao tratamento nas perturbações psiquiátricas: o impacto das atitudes e das crenças em profissionais de serviços de psiquiatria e saúde mental em Portugal. Parte I: aspetos conceptuais e metodológicos. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2016; 34(3):209-219.
14. Puntis SR, Rugkasa J, Burns T. The association between continuity of care and readmission to hospital in patients with severe psychosis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2016; 51:1633-1643.