

Artigo original

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



Ana Cardoso^{a,*}, Mitchell Byrne^b e Miguel Xavier^a

^a Departamento de Saúde Mental, Centro de Estudos de Doenças Crónicas – CEDOC, NOVA Medical School, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal

^b University of Wollongong, School of Psychology, Wollongong, Austrália

INFORMAÇÃO SOBRE O ARTIGO

Historial do artigo:

Recebido a 6 de maio de 2015

Aceite a 25 de maio de 2016

On-line a 2 de julho de 2016

Palavras-chave:

Adesão ao tratamento
Perturbações psiquiátricas
Profissionais de saúde mental
Atitudes
Crenças e otimismo terapêutico

Keywords:

Treatment adherence
Psychiatric disorders

R E S U M O

Introdução: Consideradas como um problema crónico de saúde, as perturbações psiquiátricas apresentam uma elevada prevalência em termos de não-adesão ao tratamento.

Métodos: Revisão narrativa, não sistemática, da literatura relevante.

Resultados: A maioria dos trabalhos de investigação tem incidido sobre os fatores relacionados com o doente que interferem na adesão ao tratamento. No entanto, existem estudos que indicam que a responsabilidade para aumentar a adesão está mais relacionada com o profissional de saúde do que com o doente.

Conclusões: Através da identificação de fatores relacionados com os clínicos, pretendemos possibilitar o desenvolvimento de competências que poderão ter um papel importante na adesão ao tratamento dos doentes com perturbações psiquiátricas.

© 2016 Os Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. em nome de Escola Nacional de Saúde Pública. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Treatment adherence in psychiatric disorders: The impact of the attitudes and beliefs of mental health professionals in psychiatry services in Portugal. Part I: Conceptual and methodological aspects

A B S T R A C T

Introduction: Among the chronic health diseases are psychiatric disorders and it is well established that within this population there is a particularly high prevalence of non-adherence to treatment.

* Autor para correspondência.

Correio eletrónico: ana.cardoso@fcm.unl.pt (A. Cardoso).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.05.004>

0870-9025/© 2016 Os Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. em nome de Escola Nacional de Saúde Pública. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Mental health professionals
Attitudes
Beliefs and therapeutic optimism

Methods: Narrative review, of relevant literature.

Results: The majority of the research has focused primarily on the factors related to the patient that interfere with treatment adherence. However, there are studies that seem to indicate that the responsibility for increasing adherence is more related with the health professional than the patient.

Conclusions: Through the identification of factors associated with clinicians, we enable the development strategies to increase skills in mental health professionals and that may have an important role in the treatment of patients with psychiatric disorders.

© 2016 The Authors. Published by Elsevier España, S.L.U. on behalf of Escola Nacional de Saúde Pública. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

A não-adesão ao tratamento: um problema de saúde pública

A não-adesão ao tratamento nas doenças crônicas constitui um grave problema de saúde pública e, provavelmente, uma das mais importantes causas de insucesso dos programas terapêuticos, representando um problema comum partilhado por quase todas as doenças de evolução crônica, incluindo as perturbações psiquiátricas.

Em termos gerais, com o impacto das doenças crônicas a aumentar, os serviços de saúde estão a ser desafiados a responder adequadamente às novas exigências de saúde da população através de novos modelos de prestação de cuidados – as autoridades de saúde dos países industrializados estão cada vez mais pressionadas para colocarem a prevenção e a gestão de doenças crônicas como uma das principais prioridades estratégicas para a próxima década.

No entanto, embora a doença crônica possa ser farmacologicamente tratável, a não-adesão ao tratamento é um problema mundial de magnitude impressionante¹, com uma taxa média estimada de não-adesão de cerca de 50%². Além disso, a Organização Mundial de Saúde (OMS) afirma que «sem um sistema que aborde os fatores determinantes da adesão à terapêutica, os avanços da tecnologia biomédica vão deixar de realizar o seu potencial de forma a reduzir a carga das doenças crônicas»¹.

As consequências da não-adesão são profundas e incluem resultados clínicos negativos, maior risco de recaída, stress físico e emocional devido a sucessivos internamentos², e aumento dos custos diretos e indiretos de saúde³.

Embora os investigadores reconheçam a importância da não-adesão como um problema de saúde pública, as evidências sugerem que não tem sido dada a atenção necessária para o desenvolvimento e avaliação de estratégias destinadas a melhorar a adesão dos doentes ao tratamento^{4,5}.

As consequências da não-adesão ao tratamento estão relacionadas com a falta de obtenção de benefícios esperados, com a deterioração da relação profissional/doente e com o aumento do custo financeiro, devido ao número elevado hospitalizações e ao tempo prolongado de tratamento^{6,7}.

Porém, para que os doentes tenham boa adesão, é importante que sintam algum benefício com isso, que tenham uma supervisão familiar e uma boa relação com o médico que prescreve a terapêutica, assim como com a restante equipa clínica. Por outras palavras, é importante que: (1) o tratamento vá ao

encontro das necessidades dos doentes; (2) haja um envolvimento pleno e cooperante da parte da família; e (3) a relação profissional-doente seja positiva e o menos assimétrica possível.

Devido à importância em aprofundar estes aspetos, verifica-se que a investigação nesta área tem motivado um interesse crescente, dadas as importantes repercussões que a falta de cumprimento do tratamento assume em termos de saúde pública^{1,8-10}. Estando perante condições crônicas, cuja evolução pode ser modificada com o tratamento, é fundamental fomentar uma adesão adequada para que o tratamento seja realmente eficaz. Por esse motivo, considera-se que tão importantes quanto os fatores relacionados com o doente e com o tratamento, são os fatores relacionados com os profissionais de saúde, nomeadamente a nível do impacto que as atitudes e as crenças dos clínicos^{11,12} podem ter na adesão ao tratamento dos doentes.

Em Portugal, o Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM) 2007-2016 elegeu como uma das suas prioridades a reformulação da prestação de cuidados a indivíduos com perturbações psiquiátricas graves, nos quais a problemática da adesão ao tratamento apresenta uma relevância fulcral.

Neste artigo faz-se uma revisão da temática sobre os determinantes da adesão ao tratamento nas perturbações psiquiátricas, incluindo fatores referentes aos doentes e aos profissionais de saúde mental, e descreve-se o protocolo metodológico de um projeto implementado em Portugal, que teve como objetivo caracterizar os determinantes de adesão ao tratamento em serviços públicos de psiquiatria e saúde mental no nosso país. Num próximo artigo serão detalhadamente apresentados os resultados deste trabalho de investigação.

A adesão ao tratamento nas perturbações psiquiátricas

O tema da adesão ao tratamento nas perturbações psiquiátricas é cada vez mais relevante, pois as estimativas de incumprimento das prescrições farmacológicas e não farmacológicas são, segundo a literatura, muito significativas. Este incumprimento minimiza a probabilidade de recuperação dos indivíduos com perturbações psiquiátricas, aumenta a probabilidade de recaídas e o número de hospitalizações, o que acarreta um aumento significativo dos custos no sistema de saúde¹³.

Neste sentido, a adesão ao tratamento nas perturbações psiquiátricas revela-se um desafio com que os profissionais de saúde mental se deparam diariamente. Não obstante, em virtude do estigma associado às doenças mentais, o desafio colocado a estes profissionais revela-se ainda maior.

Com efeito, o estigma associado a estas perturbações pode fazer com que a pessoa doente tenha limitações nos seus direitos de cidadania, seja alvo de preconceitos, se isole, esteja relutante em procurar ajuda e, conseqüentemente, possa não aderir ao tratamento.

Para além do estigma, também a denegação que alguns doentes fazem em relação à doença pode desencorajar a manutenção do tratamento. Os estereótipos, os preconceitos e a discriminação podem, assim, privar as pessoas com perturbações psiquiátricas de acederem a um tratamento mais rápido e eficaz.

No que depende do próprio doente, reconhecer e aceitar a doença pode fazer toda a diferença, pois o tratamento passa a ser entendido como necessário e essencial para a melhoria da sua qualidade de vida, assim como da sua família.

Contudo, apesar do sucesso do tratamento se encontrar diretamente relacionado com o modo como o doente aceita, compreende e integra a sua doença, existem fatores relacionados com os profissionais de saúde mental que devem ser perspetivados.

De uma maneira geral, pela probabilidade de interrupção da terapêutica se associar ao aparecimento de efeitos adversos, cabe aos profissionais de saúde mental procurar esclarecer dúvidas e desmistificar eventuais crenças relacionadas com a doença ou com o seu tratamento. Neste sentido, é fundamental que, para além do doente, o profissional de saúde mental tenha um papel ativo e colaborante ao longo do processo de recuperação da pessoa doente, permitindo o desenvolvimento de estratégias favorecedoras da adesão.

Em suma, para que a manutenção do tratamento ocorra é necessário não só avaliar o significado e as atitudes que o doente atribui à sua doença e ao tratamento, mas também ter em consideração as atitudes e as crenças dos próprios profissionais de saúde mental e o impacto que podem ter na adesão do doente ao tratamento.

Fatores que interferem com a adesão ao tratamento nas perturbações psiquiátricas

A adesão ao tratamento, medicamentoso ou não, é fundamental para o sucesso do plano de recuperação instituído pelo médico e equipa de saúde mental. No entanto, por envolver elementos tão diversos como os comportamentos de saúde, as características do sistema de prestação de cuidados, os fatores socioeconómicos e, ainda, todas as dimensões relacionais de doentes e profissionais de saúde, este conceito tem sido alvo de um interesse crescente por parte da comunidade científica.

Uma abordagem que tem sido amplamente utilizada para investigar a não-adesão à terapêutica nas doenças crónicas consiste na avaliação das atitudes e crenças dos doentes^{14,15} e dos profissionais de saúde^{11,16}.

Nos últimos anos, os fatores que interferem com a adesão ao tratamento têm sido alvo de diversas linhas de investigação, existindo atualmente uma evidência crescente

de que as atitudes e as crenças, tanto dos doentes como dos profissionais de saúde mental, se relacionam significativamente com a adesão à terapêutica nas perturbações psiquiátricas¹⁷.

Neste contexto, vários estudos avaliaram o impacto das atitudes e das crenças dos doentes em relação à medicação antipsicótica e a influência de tais fatores na adesão ao tratamento^{18,19} – os resultados revelaram que as atitudes e crenças negativas dos doentes em relação à medicação estavam associadas a níveis reduzidos de adesão, assim como a um pior prognóstico²⁰.

Apesar dos fatores relacionados com os profissionais de saúde não estarem tão estudados, outros trabalhos têm revelado que as atitudes e as crenças dos clínicos poderão ter também um papel crucial na adesão dos doentes ao tratamento¹¹.

Um trabalho levado a cabo por Coombs & Byrne²¹ evidenciou que as crenças dos médicos psiquiatras acerca dos medicamentos psicotrópicos e o tipo de estratégias utilizadas para promover o cumprimento da prescrição terapêutica podem influenciar a adesão dos doentes ao tratamento.

De acordo com outros autores²²⁻²⁴, os fatores ligados ao psiquiatra (atitudes, crenças e interação com o doente) e ao tratamento (regimes posológicos complexos, efeitos adversos e interações medicamentosas) constituem, juntamente com as dimensões referentes aos doentes (atitudes e crenças em relação ao tratamento, falta de conhecimento sobre a doença), os principais preditores para a não-adesão ao tratamento.

No seguimento destas constatações, tem sido argumentada a necessidade de o profissional de saúde mental tomar em consideração a influência das suas próprias crenças e atitudes no comportamento de adesão ou não-adesão ao tratamento por parte dos doentes²⁵. Dado que as atitudes e crenças dos profissionais de saúde mental podem ser alteradas com sucesso^{26,27}, justifica-se que sejam desenvolvidos programas integrados dirigidos a esses profissionais, que promovam a implementação de estratégias de adesão mais eficazes.

O primeiro passo para o desenvolvimento de tais programas assenta na caracterização detalhada dos fatores relacionados diretamente com os profissionais de saúde mental, que poderão ter impacto potencial na adesão ao tratamento dos doentes com perturbações psiquiátricas.

A importância do papel do profissional de saúde mental na adesão ao tratamento de doentes com perturbações psiquiátricas

Apesar de se saber que a adesão ao tratamento pode ser influenciada pelo médico²⁸, nem todos os clínicos tentam melhorar ativamente a adesão dos doentes, sendo escasso o recurso à utilização por rotina de metodologias baseadas na evidência²⁹⁻³².

Esta lacuna é extremamente importante, uma vez que, se as atitudes e as crenças dos clínicos forem negativas, é provável que a capacidade de trabalhar eficazmente com os doentes para facilitar a adesão esteja comprometida. Por outro lado, se um médico que trabalhe com doentes com história de não-adesão no passado estiver pessimista

em relação ao tratamento que ele próprio prescreve, muito provavelmente obterá um resultado terapêutico insuficiente.

Dos vários fatores atribuíveis aos profissionais de saúde mental na literatura especializada, podem destacar-se 3 como os mais relevantes: relação terapêutica, atitudes e crenças, e otimismo terapêutico.

Relação terapêutica

A função dos profissionais de saúde mental na promoção da adesão é vista como sendo influente, dada a relação intrínseca que partilham com os doentes. No entanto, a literatura sugere que estes prestadores de cuidados nem sempre estão suficientemente sensibilizados, nem são encorajados a desempenhar esse tipo de papel por rotina^{1,16}.

Em contrapartida, a evidência científica sugere que os doentes estão a afastar-se progressivamente de um papel «passivo» na relação, o que poderá permitir de forma crescente a abordagem e compreensão das suas atitudes relativamente ao processo terapêutico, nomeadamente no que se refere aos motivos de não-adesão ao tratamento³³.

O relatório da OMS¹ identifica claramente obstáculos ligados aos profissionais de saúde mental, tais como lacunas na comunicação e relação terapêutica, crenças negativas em relação ao tratamento, falta de ferramentas clínicas e comportamentais e, ainda, falta de conhecimento sobre estratégias de adesão.

Numa revisão (meta-análise) de 79 estudos, Martin et al.³⁴ constataram que a associação da relação terapêutica com a adesão ao tratamento era consistente, independentemente de outras variáveis que possam ter influenciado essa relação.

Lecomte et al.³⁵ evidenciaram que as dificuldades na construção de uma relação terapêutica se associaram significativamente a problemas de adesão à medicação e de envolvimento com os serviços. Por sua vez, Tunis et al.³⁶ verificaram que a relação positiva com o corpo clínico e o cumprimento de objetivos partilhados correspondiam a 2 fatores preditivos para a adesão à medicação antipsicótica inicial, ao longo do primeiro ano.

Baseado num estudo de mapeamento de conceitos envolvendo doentes, cuidadores e profissionais, Kikkert et al.³⁷ relataram também uma influência positiva sobre a adesão ao tratamento caso os médicos se debruçassem em explorar os aspetos positivos da medicação, em melhorar o *insight*, e em promover uma relação terapêutica positiva com os doentes e cuidadores.

Com base numa outra revisão da literatura, Masand & Narasimhan³⁸ concluíram que uma relação médico-doente deficitária corresponde a um fator de risco significativo para a não-adesão ao tratamento.

A importância da qualidade da relação que é estabelecida entre a equipa clínica e os doentes parece estar também relacionada com as características de personalidade dos profissionais.

É expectável que um profissional de saúde mental que faça uso de determinados traços (e.g. assertivo, confiante, sereno, empático, seguro, etc.) consiga estabelecer mais facilmente uma relação terapêutica de qualidade com o «seu» doente^{39,40}.

A este propósito, Hersoug et al.⁴¹ desenvolveram um estudo para investigar a qualidade terapêutica de acordo com as

características dos terapeutas, em planos de tratamento de longa duração (até 120 sessões). Os resultados indicaram que a relação terapêutica tinha pior qualidade nos terapeutas que adotavam uma postura mais fria e distante durante as sessões (dados avaliados em 201 doentes e em 61 terapeutas).

Ainda no que concerne às perturbações psiquiátricas, um trabalho recente levado a cabo por Kvrjic et al.⁴² analisou diversas variáveis relacionadas à qualidade da relação terapêutica em doentes em ambulatório (o estudo incluiu 156 doentes com diagnóstico de esquizofrenia e perturbação esquizoafetiva em fase de estabilização da doença). Verificou-se que os sintomas clínicos, a duração do tratamento e a idade do terapeuta não estavam relacionados com a qualidade da relação terapêutica, enquanto o estigma, o número de recaídas e a falta de *insight* representavam fatores preditores que minavam a relação entre médico-doente.

Outros trabalhos reforçam a ideia de que a qualidade da relação terapêutica que os profissionais de saúde mental estabelecem com os doentes, bem como as estratégias de adesão que utilizam, têm um impacto positivo no prognóstico das perturbações psiquiátricas^{10,43,44}. Por essa razão, alguns autores têm vindo a estudar a qualidade da relação segundo perspectivas centradas fundamentalmente nos profissionais de saúde mental^{10,44}.

A associação entre adesão ao tratamento e relação terapêutica nas perturbações psiquiátricas justifica o desenvolvimento de abordagens visando o fortalecimento a relação profissional-doente, representando esta relação um vínculo suscetível de produzir resultados clínicos positivos^{45,46}. De acordo com os dados da literatura, parece ser crucial que a relação terapêutica estabelecida com estes doentes permita: (1) desmistificar as crenças relacionadas com a doença e tratamento; (2) identificar os fatores relacionados com um *insight* reduzido; (3) esclarecer os benefícios da adesão ao tratamento; (4) ajudar o doente a lidar com os possíveis efeitos secundários dos medicamentos; e (5) esclarecer dúvidas relacionadas com a doença e tratamento⁴⁷.

Ainda em relação à importância que a qualidade da relação terapêutica pode desempenhar nas perturbações psiquiátricas, um estudo desenvolvido por McCabe et al.⁴⁸ mostrou que uma comunicação eficaz entre médico-doente, incluindo um entendimento comum, está associada a uma melhor adesão ao tratamento.

Finalmente, deve ser salientado que certas atitudes do prescritor, como o tipo de linguagem, o tempo dispensado na consulta, o acolhimento, o respeito pelas crenças e perguntas dos doentes, e a motivação do próprio clínico, são também fatores amplamente citados na literatura como elementos preponderantes na adesão ao tratamento⁴⁹⁻⁵².

A análise global dos estudos acima mencionados confirma, assim, a importância da relação terapêutica na promoção da adesão ao tratamento de doentes com perturbações psiquiátricas^{45,53,54}.

Atitudes e crenças

As atitudes positivas, ou pelo menos não-estigmatizantes, para com os doentes com perturbações psiquiátricas são essenciais para o desenvolvimento da relação médico-doente⁵⁵.

Tal como tem acontecido com as atitudes e as crenças dos doentes (Adams & Scott, 2000⁵⁶), também estes 2 fatores têm vindo a ser estudados nos médicos psiquiatras, devido ao facto de poderem ser importantes na previsão da adesão ao tratamento nas perturbações psiquiátricas^{57,58}.

Para Mardby et al.⁵⁹ é importante avaliar as crenças dos médicos psiquiatras em relação à medicação psicotrópica e as atitudes em relação ao tratamento psiquiátrico, uma vez que estas poderão influenciar na escolha do tratamento, na relação terapêutica e na adesão do doente⁶⁰⁻⁶².

Deane & Byrne⁶³ e Cardoso et al.⁶⁴ partilham da mesma opinião, realçando a extrema importância do relacionamento que se estabelece entre o doente e os médicos psiquiatras em geral, especialmente no que diz respeito à transmissão de informações relativas ao tratamento, para que este possa ser seguido corretamente e sem interrupções.

Os médicos psiquiatras (assim como, provavelmente, os outros profissionais de saúde mental) e os doentes estabelecem, assim, uma relação na qual coexistem 2 níveis de saber: crenças profissionais e crenças leigas, interagindo numa «díade» em que a comunicação vai influenciar a adesão, expetativas e decisões do doente⁴⁰. Este facto surge como uma grande problemática na adesão ao tratamento, pois, tal como refere Hassan⁶⁵, existe frequentemente um défice na comunicação entre os médicos psiquiatras e os doentes. Este facto dificulta a exposição das opiniões relativamente ao tratamento por parte do doente, mantendo-se assim as falsas crenças que este tem em relação à terapêutica e/ou ao tratamento, o que pode comprometer a relação terapêutica.

Relativamente às perturbações psiquiátricas, e reforçando o está descrito acima, os resultados de um estudo conduzido por Day et al.⁶⁶, com indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia e de perturbação esquizoafetiva, indiciam que, para além do nível de *insight*, o tipo de relação estabelecido com a equipa clínica (nomeadamente com o médico prescriptor) e a experiência durante o internamento podem influenciar o tipo de atitude que o doente adota posteriormente. Estes autores referem que a atitude do médico e restante equipa, durante o período de admissão e internamento, representa um fator preponderante na forma como o doente aceita as recomendações que recebe, relativas à necessidade em manter o tratamento. Estes dados reforçam a ideia de que o período de internamento deve corresponder a um momento privilegiado, onde toda a equipa deverá dirigir esforços no sentido de contribuir para a adesão ao tratamento no período pós-alta.

Perkins et al.⁶⁷, numa revisão acerca de como as atitudes e as crenças dos médicos podem influenciar a prática clínica, verificaram que estes 2 fatores correspondem, frequentemente, a preditores significativos do seu próprio comportamento enquanto clínicos. Os autores acrescentam que, dada a vasta literatura sobre a eficácia de abordagens específicas que visam aumentar a adesão (e.g. Theory of Reasoned Action⁶⁸; Theory of Planned Behavior⁶⁹; Psychoeducation for caregivers⁷⁰⁻⁷²; Cognitive Behaviour Therapy⁷³⁻⁷⁵) e as dificuldades existentes na sua divulgação e implementação, existe uma necessidade premente de melhorar a formação dos médicos psiquiatras nestas intervenções. Os autores comentam ainda que estas abordagens podem ser utilizadas não apenas para aumentar os conhecimentos técnicos, mas também para atuar a nível das suas atitudes e crenças,

possibilitando a identificação dos principais obstáculos associados ao comportamento desejado.

Para além dos médicos psiquiatras representarem um papel fundamental na adesão ao tratamento do doente, também os enfermeiros, bem como outros profissionais de saúde mental (ex: psicólogos, terapeutas ocupacionais, psicopedagogos, assistentes sociais, etc.) ocupam um lugar privilegiado e não menos importante que o dos médicos.

Byrne et al.⁶² estudaram os conhecimentos, as atitudes e as crenças dos enfermeiros (n = 64) em relação aos medicamentos antipsicóticos no tratamento de doentes com perturbações psiquiátricas, a fim de identificar necessidades formativas. Este estudo sugeriu que a falta de conhecimentos sobre os medicamentos em geral estava associada às atitudes e crenças dos enfermeiros. O conhecimento mais pobre estaria, assim, associado às dificuldades destes profissionais em desenvolverem estratégias de melhoria da adesão. Estes dados estão de acordo com estudos anteriores que mostraram que a falta de conhecimentos, as atitudes e as crenças negativas podem deixar os enfermeiros relutantes em educar os doentes e promover a adesão aos medicamentos antipsicóticos⁷⁶. Uma vez que vários estudos vêm demonstrando que a psicoeducação pode aumentar a adesão ao tratamento nas perturbações psiquiátricas⁷⁷, é fundamental o desenvolvimento de iniciativas formativas dirigidas também aos profissionais de saúde mental não-médicos, que incidam no desenvolvimento de conhecimentos e que procurem modificar atitudes e crenças negativas.

Estas iniciativas exigem um esforço grande por parte dos formadores, com o intuito de proporcionar um aumento dos conhecimentos e, ao mesmo tempo, uma mudança de atitudes através de programas educacionais¹⁶. Alguns desses programas têm sido bem-sucedidos^{26,78,27,79}, e os resultados mostram que uma mudança efetiva nas atitudes e crenças dos profissionais de saúde mental pode aumentar a adesão ao tratamento.

Recorde-se que este fenómeno sustenta grande parte do sucesso de qualquer intervenção terapêutica⁵⁰. No entanto, embora as atitudes e as crenças sobre o tratamento possam afetar a adesão^{1,80-84} nem todos os profissionais de saúde mental não-médicos reconhecem a importância em discutir estes 2 fatores com os doentes⁸⁵ e entender de que forma as suas próprias atitudes e crenças podem, também elas, influenciar a adesão dos doentes ao tratamento.

Otimismo terapêutico

O otimismo pode ser entendido como uma característica cognitiva em relação ao futuro, estimulado por resultados positivos, e capaz de atuar como agente motivador para alcançar novas expetativas⁸⁶. O otimismo é, igualmente, uma característica importante da personalidade, ligada à forma como o sujeito processa a informação relativa ao seu futuro. Normalmente, deve entender-se como uma característica ou tendência mais ou menos estável do indivíduo, em circunstâncias normais da vida, e que tende a prevalecer mesmo em circunstâncias adversas⁸⁷.

Relativamente aos profissionais de saúde mental, esta característica é considerada como um fator importante na obtenção de resultados associados ao tratamento. O otimismo

terapêutico está associado às expectativas dos profissionais de saúde mental em relação ao tratamento e ao prognóstico, facilitando o processamento de informação negativa, e promovendo o desenvolvimento de estratégias e competências para a resolução de problemas⁸⁸.

A investigação sobre este tema, na área da saúde mental, tem demonstrado que uma visão otimista está associada a resultados mais positivos para a saúde⁸⁹⁻⁹³ e que o otimismo pode mesmo ser transferido para os doentes⁹⁴. Níveis elevados de otimismo registados nos profissionais de saúde mental podem mesmo vir a ter benefícios para a saúde dos doentes iguais aos superiores às próprias crenças dos doentes, correspondendo também a um fator preditivo no prognóstico e na adesão ao tratamento nas perturbações psiquiátricas⁹⁵.

Embora as intervenções que visam o aprimoramento do otimismo tivessem indicado benefícios claros para o doente^{91,96,97} e para os próprios clínicos²⁶, existe pouca literatura disponível que explique o efeito que o otimismo terapêutico exerce na prática clínica, inclusive na área da saúde mental, devido à ausência de medidas psicométricas validadas.

Investigação em Portugal

Em Portugal, desconhece-se a existência de estudos que se tenham debruçado em avaliar o impacto que os fatores aqui descritos podem ter na adesão ao tratamento dos doentes com perturbações psiquiátricas.

Devido à escassa literatura também publicada a nível internacional sobre este tema, desenvolveu-se um protocolo de investigação, no âmbito do programa de doutoramento da NOVA Medical School – Universidade Nova de Lisboa, que foi implementado nos últimos 2 anos em serviços públicos de psiquiatria e saúde mental da Região Metropolitana de Lisboa. Neste artigo descreve-se o protocolo de investigação, sendo os resultados do trabalho de campo publicados num próximo artigo.

Protocolo de investigação

Objetivos do estudo – foram elencados os seguintes objetivos:

- a) Relativamente aos indivíduos com perturbação psiquiátrica:
 1. avaliar a adesão ao tratamento;
 2. identificar os fatores que afetam a adesão;
 3. identificar fatores preditores de não-adesão;
 4. avaliar o impacto das atitudes e das crenças na adesão ao tratamento;
 5. contribuir para a validação de um questionário sobre a perceção do doente em relação à doença e ao tratamento (Perception Questionnaire for Psychosis⁹⁸).
- b) Relativamente aos profissionais de saúde mental:
 6. avaliar o otimismo terapêutico;
 7. avaliar as crenças em relação ao tratamento;
 8. identificar as estratégias de adesão mais utilizadas pelos profissionais;

9. avaliar o impacto das atitudes e das crenças na adesão ao tratamento;
10. contribuir para a validação de questionários crenças (Medication Alliance Beliefs Questionnaire⁹⁹), estratégias de adesão (Difficulty Implementing Adherence Strategies⁶²) e otimismo terapêutico (Elsom Therapeutic Optimism Scale¹⁰).

Desenho do estudo – foi delineado um estudo transversal, observacional (não experimental), descritivo e analítico, composto por 2 amostras de conveniência – uma amostra constituída por indivíduos com perturbação psiquiátrica grave, e uma outra amostra composta por profissionais de serviços públicos de psiquiatria e saúde mental.

População-alvo – foram consideradas como populações-alvo: 1) todos os indivíduos com perturbação psiquiátrica grave assistidos nos serviços públicos de psiquiatria e saúde mental selecionados para o estudo (Hospital São Bernardo, Setúbal; Hospital Garcia de Orta, Almada; Hospital São Francisco Xavier, Lisboa); e 2) todos os profissionais de saúde mental que trabalhavam nesses serviços.

Crítérios de inclusão – foram adotados os seguintes critérios:

- a) indivíduos com perturbação psiquiátrica: indivíduos com idade compreendida entre 18-65 anos, com diagnóstico de esquizofrenia, perturbação bipolar ou perturbação esquizoafetiva, de acordo com os critérios da Classificação Internacional das Doenças (CID-10 — Secção de Perturbações Mentais e Comportamentais — Critérios de Diagnóstico para Investigação; OMS, 1993);
- b) profissionais: profissionais de saúde mental envolvidos na prestação direta de cuidados aos doentes avaliados, com experiência na área das perturbações psiquiátricas graves.

Dimensões do estudo

Foram avaliadas as seguintes dimensões:

- a) indivíduos com perturbação psiquiátrica: características sociodemográficas (idade, género, escolaridade, profissão, estado civil, pessoas com quem vive, pessoas que ajudam a cumprir o tratamento); elementos clínicos (diagnóstico, fatores de risco, número de internamentos, terapêutica, regime de tratamento, tipo de tratamentos em curso, duração da doença, consumo de substâncias, número de tentativas de suicídio, grau de satisfação em relação à informação transmitida pelo médico referente ao tratamento, grau de adesão, crenças em relação à medicação, perceção da doença e psicopatologia).
- b) profissionais: características sociodemográficas (idade, género, habilitação mais elevada, profissão, tempo de serviço); outros elementos (número de horas de formação específica em estratégias de adesão e desenvolvimento de competências comunicacionais, número de doentes em acompanhamento, número de horas que passa com doentes que não aderem ao tratamento, otimismo terapêutico, atitudes e crenças em relação ao tratamento e estratégias de adesão).

Instrumentos de avaliação:

- a. Indivíduos com perturbação psiquiátrica:
 1. questionário de tipo semiestruturado para colheita de dados sociodemográficos e clínicos, exclusivamente desenvolvido para o efeito;
 2. Morisky Medication Adherence Scale¹⁰⁰ (versão portuguesa de Delgado & Lima¹⁰¹);
 3. Beliefs About Medicines Questionnaire¹⁰² (versão portuguesa de Pereira & Silva¹⁰³);
 4. Brief Psychiatric Rating Scale 4.0.¹⁰⁴ (versão portuguesa de Gusmão, 1996);
 5. Illness Perception Questionnaire for Psychosis⁹⁸ (versão portuguesa de Cardoso¹⁰⁵).

O tempo de preenchimento dos 5 questionários variou entre 45-60 minutos. A realização do reteste para o IPQ foi prevista em todos os doentes que a isso se dispusessem, considerando-se um intervalo temporal entre o teste e o reteste não inferior a uma nem superior a 3 semanas.

A tradução da versão original do IPQ (em inglês) para a língua portuguesa foi realizada pela autora e discutida num grupo-foco. Este grupo foi constituído por 8 profissionais de saúde mental (3 enfermeiros, 3 psicólogos e 2 psiquiatras). O grupo-foco possibilitou a criação de uma versão adaptada à população portuguesa. Esta versão preliminar foi aplicada num teste-piloto a 10 doentes internados no Hospital de São Bernardo, em Setúbal, o que possibilitou fazer os reajustes necessários.

Relativas aos profissionais de saúde mental:

1. Medication Alliance Beliefs Questionnaire²⁶ – versão portuguesa de Cardoso¹⁰⁶;
2. Difficulty Implementing Adherence Strategies⁶² – versão portuguesa de Cardoso¹⁰⁷;
3. Elsom Therapeutic Optimism Scale¹⁰ – versão portuguesa de Cardoso¹⁰⁸.

O tempo de preenchimento dos 3 instrumentos variou entre 15-30 minutos. O reteste foi previsto em todos os clínicos que a isso se dispusessem, considerando-se um intervalo temporal entre o teste e o reteste não inferior a uma nem superior a 3 semanas.

A tradução das versões originais em língua inglesa para a língua portuguesa foi realizada pela autora e discutida num grupo-foco, tal como já foi anteriormente descrito. A versão preliminar dos 3 instrumentos foi aplicada num teste-piloto a 10 profissionais de saúde mental (5 psiquiatras e 5 enfermeiros) que, na altura do estudo, exerciam funções no departamento de psiquiatria dos hospitais São Bernardo (Setúbal) e Garcia de Orta (Almada). Subsequentemente, foi realizada a retroversão para inglês com a colaboração de 2 psicólogos e um enfermeiro bilingues e que não tiveram contacto prévio com os instrumentos. Esse procedimento foi feito para os 3 instrumentos aplicados aos profissionais de saúde mental. A versão retrovertida foi submetida a análise pelo primeiro autor dos instrumentos originais (Mitchell Byrne). Após a sua aprovação, foi fixada a versão definitiva e iniciado o estudo de contribuição para a validação dos 3 questionários.

Conclusões: da teoria à prática

Uma das barreiras mais significativas à efetividade do tratamento está relacionada com a dificuldade do doente em seguir as recomendações do médico, ou de outro profissional de saúde mental. Existe uma evidência crescente acerca dos determinantes de não adesão ao tratamento (farmacológico, não farmacológico), nomeadamente no que se refere a fatores socioeconómicos e demográficos do doente (atitudes, crenças e *insight*), do tratamento (efeitos secundários, duração, ausência imediata de melhoria dos sintomas), da doença (tipo, sintomas e grau de impacto) e dos profissionais de saúde mental (qualidade da relação terapêutica, atitudes, crenças e otimismo).

A baixa aceitação social do tratamento psiquiátrico (estigma) também representa um fator importante, dado que a discriminação tem um impacto negativo sobre o curso da doença, interferindo com a adesão ao tratamento¹⁰⁹⁻¹¹¹.

No sentido da minimização do impacto deste fenómeno, os dados da literatura mostram que a aceitabilidade da doença e do tratamento é maior quando o doente e a sua família recebem orientação e suporte, e quando lhes é permitido participar na planificação do tratamento^{112,113}.

Mesmo que as terapias medicamentosas tenham revolucionado o tratamento das perturbações psiquiátricas, os últimos anos testemunharam uma consciencialização crescente, suportada por evidência científica, de que as intervenções psicossociais têm um impacto considerável sobre os resultados do tratamento nas doenças de foro psiquiátrico. Contudo, estas intervenções não devem limitar-se ao doente e, por conseguinte, também os familiares e/ou cuidadores de pessoas com perturbação mental devem integrar o plano de tratamento.

O termo «adesão» é, assim, extensível à participação ativa por parte dos familiares/cuidadores, pelo que deverão ser considerados como parceiros importantes na prestação de cuidados, estimulados a participar nesta prestação, e a receber o treino e educação necessários.

Segundo o PNSM 2007-2016, a análise da situação em Portugal aponta para uma reduzida participação de doentes e familiares nos diversos aspetos da planificação e prestação de cuidados. Neste sentido, o plano recomenda 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 global das comunidades, dos doentes e das suas famílias.

No mesmo sentido, é necessário que haja um envolvimento pleno por parte da equipa clínica, e sejam desenvolvidos esforços e aperfeiçoadas competências que possibilitem responder aos fatores que diminuem a adesão ao tratamento. Assim, os fatores que influenciam positivamente a adesão ao tratamento devem ser identificados o mais precocemente possível, no sentido de poderem vir a ser controlados e monitorizadas aquando da definição de estratégias, de modo a garantir bons níveis de adesão^{1,99,114-117}.

De acordo com a literatura, não existe uma intervenção-padrão capaz de isoladamente melhorar a adesão de todos os doentes¹¹⁸⁻¹²¹, pelo que o sucesso das medidas adotadas depende, em grande parte, do profissional de saúde mental

que as pratica e da sua capacidade em adaptar as intervenções às características individuais de cada doente¹²⁴. No entanto, apesar da maioria dos profissionais de saúde mental considerar que procura melhorar ativamente a adesão dos doentes ao tratamento, a maior parte não possui qualquer formação específica sobre esse assunto.

A revisão da literatura reforça, pois, a necessidade de se aprofundarem as questões relacionadas com os profissionais de saúde mental, na perspetiva do que podem representar na melhoria da adesão ao tratamento.

Atualmente, existe já alguma evidência científica que valoriza a promoção das competências interpessoais e comunicacionais dos profissionais de saúde mental, correlacionando-as com os níveis de adesão, mas centrada quase exclusivamente em países de raiz anglo-saxónica.

Por esse motivo, é fundamental, em países como Portugal, o desenvolvimento de investigação própria nesta área, que permita avaliar em termos locais o impacto que o otimismo e as mudanças de atitudes e crenças dos profissionais de saúde mental podem representar na adesão ao tratamento dos indivíduos com perturbação psiquiátrica.

Financiamento

O trabalho insere-se no programa de doutoramento da NOVA Medical School e é apoiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia, através de uma bolsa de doutoramento (Ref.^a SFRH/BD/76145/2011).

Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- World Health Organization. Failure to take prescribed medicine for chronic disease is a massive, worldwide problem. Geneva: WHO; 2003.
- Sokol C, McGuigan A, Verbrugge R, Epstein S. Impact of medication adherence on hospitalization risk and healthcare. *Med Care*. 2005;43:521-30.
- Winnick S, Lucas D, Hartman A, Toll D. How do you improve compliance. *Pediatrics*. 2005;115:718-24.
- Happell B, Manias E, Pinikahana J. The role of the inpatient mental health nurse in facilitating patient adherence to medication regimes. *Int J Ment Health Nurs*. 2002;11:251-9.
- Kravitz L, Melnikow J. Engaging patients in medical decision making: The end is worthwhile, but the means need to be more practical. *BMJ*. 2001;323:584-5.
- Valle A, Viegas C, Castro C, Toledo J. Adesão ao tratamento. *Rev Bras Clín Terapêutica*. 2000;26:83-6.
- Jiang H, Stryner D, Friedman B, Andrews R. Multiple hospitalizations for patients with diabetes. *Diabetes Care*. 2003;26:1421-6.
- Dunbar-Jacob J, Mortimer-Stephens M. Treatment adherence in chronic disease. *J Clin Epidemiol*. 2003;54:557-60.
- Vermeire E, Hearnshaw H, VanRoyen P, Denekens J. Patient adherence to treatment: Three decades of research: A comprehensive review. *J Clin Pharm Ther*. 2001;26:331-42.
- Byrne MK, Sullivan NL, Elsom SJ. Clinician optimism: Development and psychometric analysis of a scale for mental health clinicians. *Aust J Rehabil Couns*. 2006;12:11-20.
- Byrne MK, Willis A, Deane F, Hawkins B, Quinn R. Training inpatient mental health staff how to enhance patient engagement with medications: Medication alliance training and dissemination outcomes in a large US mental health hospital. *J Eval Clin Pract*. 2010;16:114-20.
- Gray R, White J, Schulz M, Abderhalden C. Enhancing medication adherence in people with schizophrenia: An international programme of research. *Int J Ment Health Nurs*. 2010;19:36-44.
- Velligan DI, Weiden PJ, Sajatovic M, Scott J, Carpenter D, Ross R, et al. Strategies for addressing adherence problems in patients with serious and persistent mental illness: Recommendations from the expert consensus guidelines. *J Psychiatr Pract*. 2010;16:306-24.
- Clatworthy J, Bowskill R, Rank T, Parham R, Horne R. Adherence to medication in bipolar disorder: A qualitative study exploring the role of patients' beliefs about the condition and its treatment. *Bipolar Disord*. 2007;9:656-64.
- Hou R, Cleak V, Peveler R. Do treatment and illness beliefs influence adherence to medication in patients with bipolar affective disorder?: A preliminary cross-sectional study. *Eur Psychiatry*. 2010;25:216-9.
- Gray R, Wykes T, Gournay K. The effect of medication management training on community mental health nurse's clinical skills. *Int J Nurs Stud*. 2003;40:163-9.
- Kane J, Kishimoto T, Correll C. Non-adherence to medication in patients with psychotic disorders: Epidemiology, contributing factors and management strategies. *World Psychiatry*. 2013;12:216-26.
- Rofail D, Gray R, Gournay K. The development and internal consistency of the Satisfaction with Antipsychotic Medication Scale. *Psychol Med*. 2008;35:1063-72.
- Hofer A, Fleischhacker WW. Attitudes towards medication in patients with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*. 2009;113:161-2.
- Freudenreich O, Cather C, Evins AE, Henderson DC, Goff DC. Attitudes of schizophrenia outpatients toward psychiatric medications: Relationship to clinical variables and insight. *J Clin Psychiatry*. 2004;65:1372-6.
- Coombs T, Byrne MK. Evaluating case management: The outcomes of medication alliance. *Aust N Z J Psychiatry*. 2003;37:628-9.
- Greenhouse WJ, Meyer B, Johnson SL. Coping and medication adherence in bipolar disorder. *J Affect Disorders*. 2009;59:237-41.
- Lingam R, Scott J. Treatment non-adherence in affective disorders. *Acta Psychiatr Scand*. 2009;105:164-72.
- David AS. Treatment adherence in psychoses. *Br J Psychiatry*. 2010;197:431-2.
- Happell B, Manias E, Pinikahana J. The role of the inpatient mental health nurse in facilitating adherence to medication regimes. *Int J Ment Health Nurs*. 2002;11:251-9.
- Byrne MK, Deane FP, Lambert G, Coombs T. Enhancing medication adherence: Clinician outcomes from the Medication Alliance training program. *Aust N Z J Psychiatry*. 2004;38:246-53.
- McLeod HJ, Deane FP, Hogbin B. Changing staff attitudes and empathy for working with people with psychosis. *Behav Cogn Psychother*. 2002;30:459-70.
- Petrilla A, Benner J, Battleman D, Tierce JC, Hazard EH. Evidence-based interventions to improve patient compliance with antihypertensive and lipid-lowering medications. *Int J Clin Pract*. 2005;59:1441-51.
- Farris K, Schopflocher D. Between intention and behavior: An application of community pharmacists' assessment of pharmaceutical care. *Soc Sci Med*. 1999;49:55-66.

30. Schedlbauer A, Schroeder K, Peters TJ, Fahey T. Interventions to improve adherence to lipid lowering medication. *Cochrane Database Syst Rev.* 2004;4:CD004371.
31. Weinmann S, Janssen B, Gabel W. Guideline adherence in medication management of psychotic disorders: An observational multisite hospital study. *Acta Psychiatr Scand.* 2005;112:18-25.
32. Ramström H, Afandi S, Elofsson K, Petersson S. Differences in beliefs between patients and pharmaceutical specialists regarding medications. *Patient Educ Couns.* 2006;62:244-9.
33. Britt E, Hudson S, Blampied N. Motivational interviewing in health settings: A review. *Patient Educ Couns.* 2004;53:147-55.
34. Martin LR, Williams SL, Haskard KB, DiMatteo MR. The challenge of patient adherence. *Ther Clin Risk Manag.* 2005;1:189-99.
35. Lecomte T, Spidel A, Leclerc C, MacEwan GW, Greaves C, Bentall RP. Predictors and profiles of treatment non-adherence and engagement in services problems in early psychosis. *Schizophr Res.* 2008;102:295-302.
36. Tunis SL, Faries DE, Stensland MD, Hay DP, Kinon BJ. An examination of factors affecting persistence with initial antipsychotic treatment in patients with schizophrenia. *Curr Med Res Opin.* 2007;23:97-104.
37. Kikkert MJ, Schene AH, Koeter MW, Robson D, Born A, Helm H, et al. Medication adherence in schizophrenia: Exploring patients', carers' and professionals' views. *Schizophr Bull.* 2006;32:786-94.
38. Masand P, Narasimhan M. Improving adherence to antipsychotic pharmacotherapy. *Curr Clin Pharmacol.* 2006;1:47-56.
39. Beck J. *Cognitive therapy for challenging problems.* New York, NY: Guilford Press; 2005.
40. Ogden J. Doctor-patient communication and the role of health professionals' health beliefs. In: Ogden J, editor. *Health Psychology: A textbook.* 3rd ed. Berkshire: Open University Press; 2004. p. 75-97.
41. Hersoug A, Høglend P, Havik O, Monsen J. Development of working alliance over the course of psychotherapy. *Psychol Psychother.* 2010;83:145-59.
42. Kvrđic S, Cavelti M, Beck E, Rüşch N, Vauth R. Therapeutic alliance in schizophrenia: The role of recovery orientation, self-stigma, and insight. *Psychiatry Res.* 2013;209:15-20.
43. Zeber JE, Copeland LA, Good CB, Fine MJ, Bauer MS, Kilbourne A. Therapeutic alliance perceptions and medication adherence in patients with bipolar disorder. *J Affect Disord.* 2008;107:53-62.
44. Johansen R, Iversen VC, Melle I, Hestad KA. Therapeutic alliance in early schizophrenia spectrum disorders: A cross-sectional study. *Ann Gen Psychiatry.* 2013;12:14, <http://dx.doi.org/10.1186/1744-859X-12-14>
45. Weiss M, Britten N. What is concordance? *Pharm J.* 2003;271:493.
46. Bell JS, Airaksinen MS, Lyles A, Chen TF, Aslani P. Concordance is not synonymous with compliance or adherence. *Br J Clin Pharmacol.* 2007;64:710-1.
47. Cardoso AM, Xavier M. Barriers to acceptance and adherence of pharmacotherapy in patient with mental health disorders. In: Oral poster presentation: XIX Annual Course of Schizophrenia. Madrid; 2014.
48. McCabe R, Healey PG, Priebe S, Lavelle M, Dodwell D, Laugharne R, et al. Shared understanding in psychiatrist-patient communication: Association with treatment adherence in schizophrenia. *Patient Educ Couns.* 2013;93:73-9.
49. Haynes B, Wang E, da Mota GM. A critical review of interventions to improve compliance with prescribed medications. *Patient Educ Couns.* 1987;10:155-66.
50. Howgego IM, Yellowlees P, Owen C, Meldrum L, Dark F. The therapeutic alliance: The key to effective patient outcome?: A descriptive review of the evidence in community mental health case management. *Aust N Z J Psychiatry.* 2003;37:169-83.
51. Williams A, Manias E, Walker R. Interventions to improve medication adherence in people with multiple chronic conditions: A systematic review. *J Adv Nurs.* 2008;63:132-43.
52. Julius RJ, Novitsky MA, Dubin WR. Medication adherence: A review of the literature and implications for clinical practice. *J Psychiatr Pract.* 2009;15:34-44.
53. Martin DJ, Garske JP, Davis MK. Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol.* 2000;68:438-50.
54. Lacro J, Dunn L, Dolder C, Leckand S, Jeste D. Prevalence of and risk factors for medication non adherence to treatment programs. *J Clin Psychiatry.* 2002;63:892-909.
55. Buchanan RW, Kreyenbuhl J, Kelly DL, Noel JM, Boggs DL, Fischer BA, et al. The 2009 PORT psychopharmacological treatment recommendations and summary statements. *Schizophr Bull.* 2010;36:71-9.
56. Adams J, Scott J. Predicting medication adherence in severe mental disorders. *Acta Psychiatr Scand.* 2000;101:119-24.
57. Buckley PF, Wirshing DA, Bhushan P. Lack of insight in schizophrenia: Impact on treatment adherence. *CNS Drugs.* 2007;21:129-41.
58. Misdrahi D, Petit M, Blanc O, Bayle F, Llorca PM. The influence of therapeutic alliance and insight on medication adherence in schizophrenia. *Nord J Psychiatry.* 2012;66:49-54.
59. Mardby AC, Akerlind I, Jorgensen T. Beliefs about medicines and self-reported adherence among pharmacy clients. *Patient Educ Couns.* 2007;69:158-64.
60. Noble LM, Douglas BC, Newman SP. What do patients expect of psychiatric services?: A systematic and critical review of empirical studies. *Soc Sci Med.* 2001;52:985-98.
61. Rettenbacher MA, Burns T, Kemmler G, Fleischhacker WW. Schizophrenia: Attitudes of patients and professional careers towards the illness and antipsychotic medication. *Pharmacopsychiatry.* 2004;37:103-9.
62. Byrne MK, Deane FP, Coombs T. Nurse's beliefs and knowledge about medications are associated with their difficulties when using patient adherence strategies. *J Ment Health.* 2005;14:513-21.
63. Deane FP, Byrne MK. Medication alliance: Enhancing adherence and therapeutic outcomes for people with psychosis. *Aust J Psychol.* 2006;58:107-211.
64. Cardoso L, Miaso AI, Galera SA, Maia BM, Esteves RB. Adherence level and knowledge about psychopharmacological treatment among patients discharged from psychiatric internment. *Rev Latino Am Enfermagem.* 2011;19:1146-54.
65. Hassan I, McCabe R, Priebe S. Professional-patient communication in the treatment of mental illness: A review. *Commun Med.* 2007;4:141-52.
66. Day JC, Bentall RP, Roberts C, Randall F, Rogers A, Cattell D, et al. Attitudes toward antipsychotic medication: The impact of clinical variables and relationships with health professionals. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62:717-24.
67. Perkins MB, Jensen PS, Jaccard J, Gollwitzer P, Oettingen G, Pappadopulos E, et al. Applying theory-driven approaches to understanding and modifying clinicians' behavior: What do we know. *Psych Serv.* 2007;58:342-8.
68. Ajzen I, Fishbein M. *Understanding attitudes and predicting social behavior.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1980.
69. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organ Behav Hum Dec.* 1991;50:179-211.

70. Simon GE. Practical lessons from effectiveness trials of care management and psychoeducation for bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*. 2009;70:28.
71. Setty K, Jagannathan A, Rajaram P. Challenges in measuring efficacy of psychoeducation for caregivers of Indian patients with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*. 2010;122:516.
72. McFarlane W, Downing D, Dixon L. Recent developments in family psychoeducation as an evidence-based practice. *J Marital Fam Ther*. 2012;38:101-21.
73. Klingberg S, Wolwer W, Engel C, Wittorf A, Herrlich J, Meisner C, et al. Negative symptoms of schizophrenia as primary target of cognitive behavioral therapy: Results of the randomized clinical TONES study. *Schizophr Bull*. 2011;37:98-110.
74. Freeman D, Dunn G, Garety P, Weinman J, Kuipers E, Fowler D, et al. Patients' beliefs about the causes, persistence and control of psychotic experiences predict take-up of effective cognitive behaviour therapy for psychosis. *Psychol Med*. 2013;43:269-77.
75. Hutton P. Cognitive-behavioural therapy for schizophrenia: A critical commentary on the newton-howes and wood meta-analysis. *Psychol Psychother*. 2013;86:139-45.
76. Millar E, Garland C, Ross F, Kendrick T, Burns T. Practice nurses and the care of patients receiving depot neuroleptic treatment: Views on training, confidence and use of structured assessment. *J Adv Nurs*. 1999;29:1454-61.
77. Kavanagh K, Duncan-McConnell D, Greenwood K, Trivedi P, Wykes T. Educating acute inpatients about their medication: Is it worth it?: An exploratory study of group education for patient on a psychiatric intensive care unit. *J Ment Health*. 2003;12:71-80.
78. Gerace LM, Hughes TL, Spunt J. Improving nurses' responses toward substance-misusing patients: A clinical evaluation project. *Arch Psych Nurs*. 1995;9:286-94.
79. Markham D. Attitudes towards patients with a diagnosis of 'borderline personality disorder': Social rejection and dangerousness. *J Ment Health*. 2003;12:595-612.
80. Britten N. Patients' ideas about medicines: A qualitative study in a general practice population. *Br J Gen Pract*. 1994;44:465-8.
81. Horne R, Weinman J, Hankins M. The beliefs about medicines questionnaire: The development and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication. *Psychol Health*. 1999;14:1-24.
82. Horne R. Assessing perceptions of medications: Psychological perspectives. In: McGavock H, editor. *Handbook of drug research methodology*. New Castle: United Kingdom Drug Utilisation Research Group; 2000. p. 299-319.
83. Phatak HM, Thomas J. Relationships between beliefs about medications and nonadherence to prescribed chronic medications. *Ann Pharmacother*. 2006;40:1737-42.
84. Zolnierok KB, Dimatteo MR. Physician communication and patient adherence to treatment: A meta-analysis. *Med Care*. 2009;47:826-34.
85. Kansanaho HM, Puumalainen II, Varunki MM, Airaksinen MS, Aslani P. Attitudes of Finnish community pharmacists toward concordance. *Ann Pharmacother*. 2004;38:1946-53.
86. Snyder C. Hope theory: Rainbows in the mind. *Psychol Inq*. 2009;13:249-75.
87. Nunes P. Psicologia positiva. *Psicologia.com* (26.09.2008). [consultado 3 Mar 2015]. Disponível em: www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0115.pdf
88. Aspinwall LG, Richter L, Hoffman RR. Understanding how optimism works: An examination of optimists' adaptive moderation of belief and behavior. In: Chang EC, editor. *Optimism and pessimism: Implications for theory, research, and practice*. Washington, DC: American Psychological Association; 2001. p. 217-23.
89. Gillham JE, Shatte AJ, Reivich KJ, Seligman MEP. Optimism, pessimism and explanatory style. In: Chang EC, editor. *Optimism and pessimism*. Washington, DC: American Psychological Association; 2001. p. 53-77.
90. Peterson C. Explanatory style and health. In: McClelland Buchanan G, Seligman MEP, editors. *Explanatory style*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1995. p. 233-46.
91. Seligman MEP, Schulman BS, DeRuberis RJ, Hollon SD. The prevention of depression and anxiety. *Prevent Treat*. 1999;2:8-21.
92. Yu DL, Seligman MEP. Preventing depressive symptoms in Chinese children. *Prev Treat*. 2002:2002.
93. Kim C, Mueser KT. The effects of social skills training vs. psychoeducation on negative attitudes of mothers of persons with schizophrenia: A pilot study. *Psychiatry Investig*. 2011;8:107-12.
94. Van Dulmen AM, Bensing JM. Health promoting effects of the physician-patient encounter. *Psychol Health Med*. 2002;3:289-300.
95. Priebe S, McCabe R. Therapeutic relationships in psychiatry: The basis of therapy or therapy in itself. *Int Rev Psychiatry*. 2008;20:521-6.
96. Peterson C, Bossio LM. Optimism and physical well-being. In: Chang EC, editor. *Optimism & pessimism: Implications for theory, research and practice*. Washington, DC: American Psychological Association; 2001. p. 127-45.
97. Reivich KJ, Gillham J. Learned optimism: The measurement of explanatory style. In: Lopez SJ, Snyder CR, editors. *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures*. Washington, DC: American Psychological Association; 2003. p. 57-74.
98. Lobban F, Barrowclough C, Jones S. Assessing cognitive representations of mental health problems: I. The illness perception questionnaire for schizophrenia. *Br J Clin Psychol*. 2005;44:147-62.
99. Byrne MK, Deane FP, Caputi P. Mental health clinicians' beliefs about medicines, attitudes and expectations of improved medication adherence in patients. *Eval Health Prof*. 2008;31:390-403.
100. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care*. 1986;24:67-74.
101. Delgado A, Lima M. Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psic Saúde & Doenças*. 2001;2:81-100.
102. Horne R. Representations of medication and treatment: Advances in theory and measurement. In: Petrie KJ, Weinman JA, editors. *Perceptions of health and illness: Current research and applications*. London: Harwood Academic Press; 1997. p. 155-88.
103. Pereira MG, Silva S. Escala de adesão aos medicamentos. *Aval Psicol*. 1999;6:347-51.
104. Ventura J, Lukoff D, Nuechterlein KH, Liberman RP, Green MF, Shaner A. Training and quality assurance with the Brief Psychiatric Rating Scale. *Int J Methods Psychiatr Res*. 1993;3:221-44.
105. Cardoso AM, Gamito A, Xavier M. Contribution to the validation of the illness perception questionnaire for psychosis in a Portuguese-speaking sample of patients with severe mental health problems. In: *World Psychiatric Association International Congress, Vienna, Austria, 27-30 October, 2013. Future Psychiatry: Challenges and Opportunities: Conference proceedings*. Vienna: WPA; 2013.
106. Cardoso AM, Xavier M. Treatment adherence in severe mental disorders: Impact of attitudes and beliefs of patients and mental healthcare professionals: protocol study. In: *World Psychiatric Association International Congress, Vienna, Austria, October 27-30, 2013. Future Psychiatry:*

- Challenges and Opportunities: Conference proceedings. Vienna: WPA;2013.
107. Cardoso AM, Souta J, Xavier M. Non-adherence in mental health disorders: Strategies to enhance patient adherence to treatment used by mental healthcare professionals. In: 22nd European Congress of Psychiatry, Munich, 1-4 March, 2014. Conference proceedings. Munich: EPA; 2014.
 108. Cardoso AM, Gamito A, Xavier M. Assessment clinician optimism in mental health professionals. In: World Psychiatric Association International Congress, Vienna, Austria, October 27-30, 2013. Future Psychiatry: Challenges and Opportunities: Conference proceedings. Vienna: WPA;2013.
 109. Tsang HW, Fung KM, Chung RC. Self-stigma and stages of change as predictors of treatment adherence of individuals with schizophrenia. *Psychiatry Res.* 2010;80:10-5.
 110. Fung KM, Tsang HW, Chan F. Self-stigma, stages of change and psychosocial treatment adherence among Chinese people with schizophrenia: A path analysis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2010;45:561-8.
 111. Cavelti M, Beck EM, Kvrđić S, Kossowsky J, Vauth R. The role of subjective illness beliefs and attitude toward recovery within the relationship of insight and depressive symptoms among people with schizophrenia spectrum disorders. *J Clin Psychol.* 2012;68:462-76.
 112. Hill M, Crumlish N, Whitty P, Clarke M, Browne S, Kamali M, et al. Nonadherence to medication four years after a first episode of psychosis and associated risk factors. *Psychiatr Serv.* 2010;61:189-92.
 113. Harvey C, O'Hanlon B. Family psycho-education for people with schizophrenia and other psychotic disorders and their families. *Aust N Z J Psychiatry.* 2013;47:516-20.
 114. Bugalho A, Carneiro A. Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crônicas. Lisboa: Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência. Faculdade de Medicina de Lisboa; 2004.
 115. Hughes CM. Medication non-adherence in the elderly: How big is the problem. *Drugs Aging.* 2004;21:793-811.
 116. MacLaughlin E, Raehl CL, Treadway AK, Sterling TL, Zoller DP, Bond CA. Assessing medication adherence in the elderly: Which tools to use in clinical practice. *Drugs Aging.* 2005;22:231-55.
 117. Lambert M, Conus P, Cotton S, Robinson J, McGorry PD, Schimmelmann BG. Prevalence, predictors, and consequences of long-term refusal of antipsychotic treatment in first-episode psychosis. *J Clin Psychopharmacol.* 2010;30:565-72.
 118. Hamilton GA, Toberts SJ, Johnson JM. Increasing adherence in patients with primary hypertension: An intervention. *Health Val.* 1993;17:3-11.
 119. Roter DL, Hall JA, Merisca R, Nordstrom B, Cretin D, Svarstad B. Effectiveness of interventions to improve patient compliance: A meta-analysis. *Med Care.* 1998;36:1138-61.
 120. Roter D. The enduring and evolving nature of the patient-physician relationship. *Patient Educ Couns.* 2000;39:5-15.
 121. McDonald HP, Garg AX, Haynes RB. Interventions to enhance patient adherence to medication prescriptions: Scientific review. *JAMA.* 2002;288:2868-79.