

# Avaliação dos Motivos Subjacentes e Identificação de Fatores Preditivos do Drop-Out de Doentes Psiquiátricos



## Evaluation of the Reasons Underlying Drop-Out and Identification of Predictive Factors in Psychiatric Patients

Pedro TEIXEIRA, Isabel SAAVEDRA, Tiago RODRIGUES, M<sup>a</sup> Miguel BRENHA, Susana MOREIRA, Isabel CATARINO, Patrícia MENDES

Acta Med Port 2012 Nov-Dec;25(6):408-413

### RESUMO

**Introdução/Objectivos:** A avaliação dos resultados das intervenções em psiquiatria deve ser multidimensional, incluindo variáveis clínicas e sociais, como a experiência individual do portador de doença mental. Uma variável que tem vindo a ser reconhecida como importante é a satisfação do doente com os cuidados prestados, pese embora não tenha de ser o objectivo principal do serviço ou do psiquiatra. Contudo, se a perspectiva do utente não for incluída, existe o risco dos resultados serem enviesados pela percepção de quem os fornece. Neste estudo, pretende-se perceber se o abandono do tratamento (*drop-out*) representa uma melhoria ou pioria do bem-estar subjectivo dos doentes e/ou a insatisfação com os serviços recebidos, bem como encontrar factores preditivos para o *drop-out*.

**Material e Métodos:** Identificação de *drop-outs* num coorte de dois anos de doentes que tiveram primeiras consultas de psiquiatria, na Unidade de Psiquiatria do Centro Hospitalar do Médio Ave – Unidade de Famalicão (Serviço Local de Saúde Mental).

**Resultados:** Identificaram-se 512 doentes que tiveram uma primeira consulta de psiquiatria, dos quais 57 abandonaram unilateralmente o tratamento pelo menos por seis meses, sem contactos efectuados nesse período no sentido de remarcação da consulta. Destes apenas 38 completaram a avaliação (resposta telefónica a questionário semiestruturado). Encontraram-se três factores preditivos para o *drop-out*: idade, escolaridade e diagnóstico.

**Conclusões:** As razões para abandono centram-se sobretudo no esquecimento e insatisfação, esta última centrada em questões da relação médico-doente. Estes resultados devem ser um ponto de partida para a avaliação e melhoria dos cuidados prestados.

### ABSTRACT

**Introduction/Objectives:** The evaluation of psychiatric interventions results should be multidimensional, including clinical and social variables, such as individual experience of the mentally ill. The patient satisfaction with care has been recognized as an important variable, despite not being the main objective of the service or of the psychiatrist. However, if the user's perspective is not included, there's a risk of bias by the perception of the health care providers. In this study, our aim was to understand if the abandonment of treatment (*drop-out*) represents an improvement or worsening of subjective well-being of patients and / or dissatisfaction with the services received, as well as to find predictors of *drop-out*.

**Material and Methods:** Identification of *drop-outs* in a 2-year cohort of patients who had initial psychiatric consultations in the Psychiatric Unit at Centro Hospitalar do Médio Ave – Unidade de Famalicão (Local Mental Health Service).

**Results:** We identified 512 patients who had a first psychiatric consultation, 57 of which unilaterally abandoned the treatment for at least six months, without making any contacts in order to reschedule the appointment during this period. Of these only 38 completed the assessment (telephone response to a semi-structured questionnaire). Three predictive factors for the *drop-out* were found: age, education and diagnosis.

**Conclusions:** The reasons for treatment abandonment focused mainly in forgetfulness and dissatisfaction, the last one involving doctor-patient relationship issues. These results should be a starting point for assessing and improving care.

### INTRODUÇÃO

Estima-se em 19,1% as faltas às consultas de psiquiatria e, quando comparadas com as restantes especialidades médicas, este valor corresponde quase ao dobro das últimas.<sup>1</sup> A interrupção inapropriada do tratamento em consulta de psiquiatria de *follow-up* no ambulatório varia entre 26 a 40%, num período de um ano.<sup>2-5</sup> Tal situação é considerada um possível indicador de reduzida qualidade dos cuidados prestados, daí que elevadas taxas de *drop-out* podem significar que a qualidade dos serviços prestados deve melhorar.<sup>5,6</sup>

As consequências do *drop-out* ocorrem a vários níveis:<sup>1</sup>

1) taxas de reinternamento mais elevadas quando comparadas com aqueles em que é assegurada a manutenção dos cuidados (25% *versus* 10%); 2) maior número de suicídios consumados; 3) má adesão à terapêutica proposta; 4)

aumento da frustração dos cuidadores e médicos responsáveis pelos cuidados, bem como diminuição da empatia e da qualidade de comunicação; e 5) aumento dos custos.

Os factores preditivos para o abandono podem ser divididos em três categorias<sup>1,7-10</sup> ambientais/demográficos, características dos doentes e características da relação clínica. Algumas variáveis sociais e ambientais parecem associadas a uma probabilidade aumentada para a interrupção das consultas, como a idade jovem, um estatuto socioeconómico mais baixo, reduzida adesão à terapêutica, população sem-abrigo, problemas de transporte e a distância ao local de tratamento. No que diz respeito aos factores relacionados com os doentes, de salientar que o esquecimento é a razão mais apontada para faltar a uma consulta agendada, seguida de um estado psicopatológico

agravado. Outros factores seriam, por exemplo, a presença de traços de ansiedade, défices cognitivos, reduzida consciência mórbida da doença, perturbação da personalidade e abuso de substâncias. Por último, a qualidade do serviço prestado, bem como a relação estabelecida com o clínico tem um impacto fundamental na manutenção do tratamento. Assim, não é de estranhar que factores como problemas na comunicação médico-doente, desacordo com a referência para a psiquiatria, cepticismo do doente face ao valor da intervenção em consulta de psiquiatria, reduzida qualidade de referência para a psiquiatria, atraso na resposta à marcação de primeira consulta ou início de tratamento, fases iniciais do tratamento e qualidade da relação terapêutica estejam associados a um maior risco de abandono. De salientar que são os terapeutas juniores e terapeutas não médicos que se mostram mais ativos na remarcação das consultas perante o abandono das mesmas, contudo são os terapeutas seniores que têm taxas de *drop-out* mais baixas.<sup>1</sup>

O objetivo deste estudo consistiu em analisar os fatores associados ao abandono do tratamento, de forma a reflectir sobre as medidas adequadas para reduzir o *drop-out* inadequado.

## MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo decorreu na Unidade de Famalicão (Serviço Local de Saúde Mental) do Centro Hospitalar do Médio Ave (CHMA). A Unidade de Famalicão, integrada no Serviço de Psiquiatria de Santo Tirso/Vila Nova de Famalicão/Trofa do CHMA, iniciou funções em Outubro de 2009, oferecendo serviços de ambulatório, visitas domiciliárias e internamento agudo a uma área assistencial de 130.000 habitantes, contando para o efeito com uma equipa constituída por psiquiatras, pedopsiquiatra, psicóloga, enfermeira e assistente social. Tem uma prevalência de tratamento de 0,83% em 2010 (com taxas ideais situadas entre os 2-3%). Utiliza um registo cumulativo (*case-register*) de todos os utentes desde 2009, que inclui variáveis sócio-demográficas e clínicas.

Realizou-se um estudo retrospectivo, caso-controlo, baseado no *case-register*, abrangendo todos os utentes com um primeiro contacto com a unidade, no período de Outubro de 2009 a Julho de 2011. O grupo experimental consistia em todos os indivíduos acima dos 18 anos, observados pelo menos numa primeira consulta de psiquiatria, todos eles pelo mesmo médico psiquiatra. O grupo controlo consistia nos restantes utentes, que se mantiveram em seguimento psiquiátrico, aderindo ao respetivo tratamento. O *drop-out* foi definido como a interrupção unilateral do tratamento pelo utente (não comparência em consulta de *follow-up*), sem um contacto posterior com o serviço num período de seis meses.

As variáveis sociodemográficas analisadas foram: idade, género, estado civil, escolaridade e ocupação. As variáveis clínicas foram: tratamento psiquiátrico prévio e o diagnóstico (de acordo com a CID-10).

Foi realizado um contacto telefónico aos indivíduos em

*drop-out*, através de um entrevistador (sem contacto clínico prévio com os referidos utentes), em que se aplicava um questionário desenvolvido para o efeito, em que a informação obtida dizia respeito à razão do abandono (sensação de melhoria ou pioria dos sintomas, distância ao local de tratamento, horário inconveniente, custos elevados, insatisfação com os serviços prestados ou outros motivos, pedindo para discriminar no caso afirmativo das duas últimas opções) e ao tratamento actual.

A análise estatística dos resultados foi realizada através do *software* estatístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences), versão 17.0. A análise de qui-quadrado foi utilizada para comparar variáveis categóricas, com um nível de significância de 5%. O valor *Odds Ratio* (OR) e Intervalo de Confiança a 95% (95% CI) foram calculados como medida da associação entre as variáveis e o risco de *drop-out*. A análise de regressão logística foi realizada quando apropriado. O valor de *p* obtido foi considerado estatisticamente significativo quando inferior a 0.05.

## RESULTADOS

Os resultados da análise das características sociodemográficas e clínicas dos utentes em seguimento e dos em *drop-out* estão expostos na Tabela 1.

De um total de 512 utentes foram identificados 57 em *drop-out* (11,1% da amostra), sendo que apenas 38 responderam a um questionário semiestruturado, via telefónica. Em relação aos restantes 19, incluem-se um suicídio consumado, duas mortes por outras causas e 16 doentes que se mantiveram inacessíveis ao contacto.

Apenas um utente com perturbação psicótica abandonou o tratamento, sendo que se tratava de um indivíduo de 19 anos com possível esquizofrenia simples, cuja família discordava da necessidade de manter o seu tratamento. Não se encontraram diferenças no que diz respeito ao género, estado civil, ocupação e seguimento psiquiátrico prévio.

Os resultados da análise comparativa evidenciam que a idade superior a 46 anos, a doença conforme a CID-10 (F60-F69: Perturbações de Personalidade e do Comportamento do Adulto; F50-F59: Síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e fatores físicos (nomeadamente, bulimia nervosa e hipodesejo sexual); e F10-F19: Perturbações mentais e comportamentais devidas ao uso de substâncias psicoactivas, relativamente às outras doenças) e a escolaridade (secundário e licenciatura) estão correlacionados com o risco de *drop-out* (Fig. 1).

Doentes com perturbações de personalidade e do comportamento do adulto (CID F60-F69), síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e fatores físicos (CID F50-F59) e perturbações mentais e comportamentais devidas ao uso de substâncias psicoactivas (CID F10-F19) apresentam um risco acrescido 2.6 vezes superior para *drop-out*, relativamente aos outros doentes (OR=2,66; 95%CI 1,45-4,87; *p* = 0,001).

Por outro lado, os resultados demonstram que a idade e o nível de escolaridade estão também associados ao

Tabela 1 - Tabela de frequências caracterizando os grupos em estudo.

		Em seguimento	Drop-out
<b>Número de casos</b>		455 (88,9%)	57 (11,1%)
<b>Média de idades</b>		45,87 (±15,7)	41,49 (±15,4)*
<b>Género</b>	Masculino	31,9%	35,1%
	Feminino	68,1%	64,9%
<b>Estado Civil</b>	Casado	64,0%	59,6%
	Solteiro	19,8%	19,3%
	Divorciado	7,5%	12,3%
	Viúvo	6,4%	3,5%
	União de facto	0,9%	3,5%
	Separado	1,5%	1,8%
<b>Escolaridade</b>	Sem escolaridade	4,4%	3,5%
	1º ciclo	42,0%	33,5%
	2º ciclo	20,2%	12,3%
	3º ciclo	14,9%	15,8%
	Secundário	12,7%	21,1%*
	Licenciatura	5,7%	14,0%*
<b>Ocupação</b>	Ativo	38,9%	49,1%
	Baixa médica	10,8%	8,8%
	Desempregado	21,4%	26,3%
	Reformado	28,5%	14,0%
	Doméstica	0,4%	1,8%
<b>Seg. psiquiátrico prévio</b>	Sim	45,5%	47,4%
	Não	54,5%	52,6%
<b>CID-10</b>	F00-F09 Pert. mentais orgânicas	5,9%	3,5%
	F10-F19 Pert. uso substâncias	4,8%	14,0%*
	F20-F29 Pert. psicóticas	6,4%	1,8%
	F30-F39 Pert. humor	17,8%	15,8%
	F40-F49 Pert. neuróticas	49,0%	42,1%
	F50-F59 Sind. comp. disfunções fisiológicas e fatores físicos	5,7%	5,3%*
	F60-F69 Pert. personalidade	5,3%	14,0%*
	F70-F79 Debilidade intelectual	4,6%	3,5%

\*: variáveis com diferença estatisticamente significativa.

risco de *drop-out*. A análise estatística indica que doentes com idade superior a 46 anos apresentam um risco 2,14 vezes superior para *drop-out* (OR = 2,14; 95%CI 1,18-3,90;  $p = 0,011$ ) e, no caso de doentes com escolaridade igual ou superior ao ensino secundário, o risco é 2,39 vezes superior ao dos restantes doentes (OR = 2,39; 95% CI 1,32-4,32;  $p = 0,003$ ). Estes resultados podem ser visualizados na Fig. 1.

Considerou-se ainda a combinação de factores preditivos para *drop-out*, sendo que o risco de *drop-out* definido

pelo OR é progressivamente maior à medida que se sobre põe um maior número de factores. Quando analisados os três factores associados a *drop-out* em conjunto (diagnóstico, idade e nível de escolaridade), os resultados demonstram que os doentes que apresentam dois destes factores têm um risco quatro vezes superior para *drop-out* (OR = 4,04; 95% CI 1,88 – 8,69;  $p < 0,0001$ ). O risco é ainda superior, de cerca de 4.62 vezes, quando considerados os doentes que apresentam os três factores (OR = 4,62; 95% CI 1,65 – 12,90;  $p = 0,002$ ).



Fig. 1 – Fatores preditivos para *drop-out* num teste de qui-quadrado.

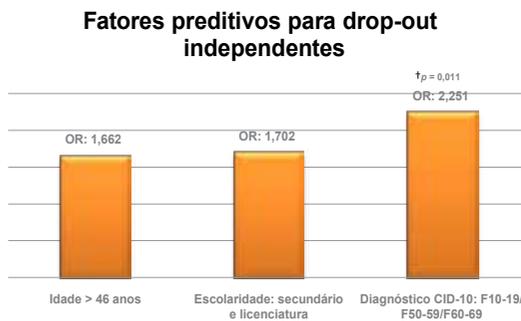


Fig. 2 – Risco cumulativo de *drop-out* na presença de factores preditivos.



Fig. 3 – Mapa com a distribuição dos casos de *drop-out* por freguesia (o número acima de cada freguesia indica o número de pedidos de primeira consulta psiquiátrica; cada ponto laranja colocado abaixo da freguesia refere-se a um caso de *drop-out*).

Quando utilizada a regressão logística, a fim de des- trincar o significado estatístico independente para cada um dos três fatores preditivos encontrados, a idade e a escolaridade perdem o seu significado estatístico (Fig. 2).

Não foi possível comparar variáveis como a freguesia de origem ou o número de consultas, pois estes dados existiam apenas para os casos de *drop-out*, conforme ilus- trado pela Fig. 3.

Mais de metade dos *drop-outs* ocorre nas fases iniciais do tratamento, nomeadamente após a primeira e segunda consulta de psiquiatria (Fig. 4).

O motivo mais frequente do *drop-out* é o esquecimen- to. Os insatisfeitos tinham as seguintes respostas: não me chegou, médico muito novo, médico homem, presença de

Interna, não concordou com diagnóstico e não melhorou. A sensação de pioria estava relacionada com os efeitos laterais adversos de um antidepressivo, nomeadamente a sedação (Fig. 5).

## DISCUSSÃO

Este estudo pretendeu identificar características asso- ciadas à interrupção unilateral do tratamento, visto que é difícil discernir de entre os indivíduos em *drop-out*, quais os que não precisam mais ajuda dos que se encontram em risco.

Importa dizer que a organização dos serviços de saúde mental varia entre diferentes países e entre tipos de servi- ços do mesmo país. Os resultados encontrados neste estu-

### Número de consultas antes do drop-out

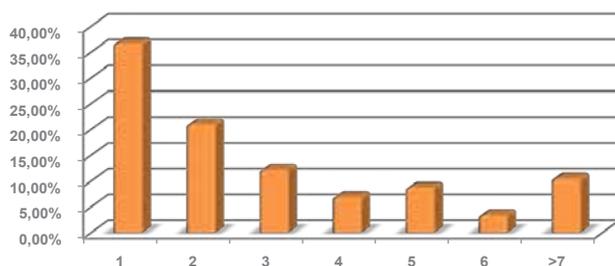


Fig. 4 – Número de consultas efetuadas antes do abandono do tratamento.

do não pretendem ser generalizáveis a diferentes *settings* ou diferentes tipos de serviços. A este respeito é importante esclarecer que, em primeiro lugar, a Unidade de Famalicão é um serviço de saúde mental local integrado num hospital geral, facto este que permite reduzir o estigma associado aos cuidados psiquiátricos. Segundo, a presença de uma equipe jovem que iniciou funções em 2009, possibilita que os níveis de *burnout* sejam ainda reduzidos, o que pode explicar as baixas taxas de *drop-out*. Terceiro, a referência das primeiras consultas é realizada sobretudo através do Alert P1 (oriundo dos cuidados primários), mas também de outras fontes: pedidos internos (psiquiatria de ligação) e externos (outros hospitais). Assim 54% dos pedidos não apresentam história de seguimento psiquiátrico prévio, facto a levar em conta na valorização e enquadramento do *drop-out*, pela experiência prévia do utente com outros serviços e diferentes tipos de cuidados. Quarto, os pedidos de primeiras consultas após internamento agudo agendados num período de 15 dias e para os mesmos técnicos responsáveis pelo internamento, assegura a continuidade dos cuidados e otimiza a qualidade dos mesmos. Quinto e por último, em Junho de 2011 foram contabilizados um total de 1116 doentes que entraram em contacto com o serviço desde o início do seu funcionamento, sendo os diagnósticos mais prevalentes as perturbações mentais comuns (39% de F40-48 Perturbações neuróticas, relacionadas com o stress e somatoformes e 29% de F30-39 Perturbações de humor), obtendo-se 20% de altas clínicas e 12% de *drop-out*, quando incluída a atividade de todos os médicos psiquiatras. Não obstante a Unidade de Famalicão ter como prioritário o tratamento das doenças mentais graves, e talvez isso explique as taxas reduzidas de *drop-out* dos indivíduos com psicose ou perturbações bipolares, a maior parte dos indivíduos em tratamento apresenta perturbações mentais comuns (perturbações de adaptação, perturbações de ansiedade e perturbações depressivas) que poderiam ser acompanhadas nos cuidados de saúde primários.

Confirma-se que os casos de *drop-out* são superiores no início do seguimento psiquiátrico. Presume-se que quanto mais consultas são efectuadas, mais bem estabelecida está a relação com o médico-equipa, o que diminui a probabilidade de *drop-out*.

### Razão do drop-out



Fig. 5 – Motivo do *drop-out*.

Contudo, dadas as taxas descritas de *drop-out* e o fato de se tratar de um Serviço Local de Saúde Mental que iniciou funções em 2009, esperava-se um número maior de casos de abandono ao tratamento. Tal pode ser explicado, em parte, pelo facto do referido serviço não receber primeiras consultas de doentes com problemas de dependência de substâncias, que são orientados para o IDT (Instituto da Droga e da Toxicodependência).

Neste estudo não foram encontradas diferenças no que diz respeito ao género, estado civil, ocupação e seguimento psiquiátrico prévio. Contudo, o género masculino, o estado civil (solteiro, divorciado e viúvo) e o desemprego estão geralmente associados a maior risco de abandono.<sup>8,9</sup> Não se avaliou a influência do terapeuta no *drop-out*, mas o fato de todos os utentes serem acompanhados pelo mesmo médico, diminui tal enviesamento.

O risco cumulativo para *drop-out* perante a combinação de fatores preditivos tem significado estatístico perante a combinação de dois ou mais fatores.

A regressão logística ressalva que apenas o diagnóstico se mantém como fator preditivo independente de *drop-out*, dado que 88,5% dos doentes com escolaridade secundário ou superior têm mais de 46 anos. Uma destas variáveis (escolaridade e escalão etário) parece ser fator de confusão.

A maior parte dos utentes que abandonaram o tratamento, mantém-se sem tratamento e/ou com tratamento psicofarmacológico.

Parece haver na generalidade três grupos principais de utentes: os que se esquecem das consultas, os que afinal acham que não precisam de cuidados e os que ficam insatisfeitos e que procuram cuidados noutra local. Não se encontraram diferenças no que diz respeito a estes grupos quanto ao tipo de diagnóstico.

Poder-se-ia perguntar porque é que os doentes não telefonam a avisar que não vêm às consultas. Na maior parte dos casos parece estar relacionado com o esquecimento, a vergonha e a pioria do estado psicopatológico.

As limitações deste estudo dizem respeito à amostra da população. A definição da duração do *drop-out* (seis meses) foi baseada na revisão da literatura, podendo excluir doentes que pediram para regressar depois dos seis meses.

Algumas estratégias possíveis para assegurar a manutenção do tratamento seriam: o contacto prévio (24 horas) antes da consulta ou fornecer informações acerca do local de estacionamento, direcções para o local de tratamento e expectativas acerca da intervenção. Perante a falta à consulta os passos a tomar poderiam ser os seguintes: remarcar ou manter abertura para a remarcação de parte do doente; perante a não comparência à consulta por duas ou mais ocasiões, realizar um contacto direto; ou seja, estes procedimentos visam não dar alta ao doente sem clarificar a necessidade de uma nova consulta.

## CONCLUSÃO

Neste Serviço Local de Saúde Mental encontraram-se três fatores preditivos para o *drop-out*: a idade, a escolaridade e o diagnóstico clínico.

Tendo em conta os resultados obtidos e, de acordo com a bibliografia existente, confirma-se que o *drop-out* não é limitado a perturbações psicóticas.

O *drop-out* pode ser entendido como sendo o resultado da insatisfação com os serviços prestados. Neste estudo os preditores relacionavam-se com fatores demográficos

e clínicos; as razões encontradas para o abandono foram sobretudo o esquecimento e a insatisfação, esta última centrada em questões da relação médico-doente. Uma das mais importantes variáveis interpessoais é a aliança terapêutica.

A percepção da qualidade dos cuidados varia tendo em conta a perspectiva dos indivíduos que recebem cuidados, bem como de quem os prestam. Sugere-se então que os profissionais de saúde reconheçam as barreiras aos cuidados e à qualidade dos mesmos, adoptando uma postura mais ativa perante o *drop-out*, evitando a interrupção unilateral do tratamento sem um esclarecimento dos motivos subjacentes.

## CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse.

## FONTES DE FINANCIAMENTO

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

## REFERÊNCIAS

- Mitchell AJ, Selmes T. Why don't patients attend their appointments? Maintaining engagement with psychiatric services. *Adv Psychiatr Treat*. 2007;13: 423-34.
- Rossi A, Amaddeo F, Bisoffi G, Ruggeri M, Thornicroft G, Tansella M. Dropping out of care: inappropriate termination of contact with community-based psychiatric services. *Br J Psychiatry*. 2002;181:331-8.
- Pekarik G. Improvement in clients who have given different reasons for dropping out of treatment. *J Clin Psychol*. 1983;39:909-13.
- Tehrani E, Krussel J, Brog L, Munk-Jørgensen P. Dropping out of psychiatric treatment: a prospective study of a first admission cohort. *Acta Psychiatrica Scand*. 1996;94:266-271.
- Young A, Grusky O, Jordan D, Belin T. Routine outcome monitoring in a public mental health system: the impact of patients who leave care. *Psychiatr Serv*. 2000;51:85-91.
- Grassi G. Gli standard di prodotto nel Dipartimento di Salute Mentale di Reggio Emilia. *Aspetti metodologici*. *Epidemiol Psichiatr Soc*. 2000;9:56-9.
- Reneses B, Munoz E, López-Ibor JJ. Factors predicting drop-out in community mental health centers. *World Psychiatry*. 2009;8:173-7.
- Edlung M, Wang P, Berglund P, Katz S, Lin E, Kessler R. Dropping Out of Mental Health Treatment: Patterns and Predictors Among Epidemiological Survey Respondents in the United States and Ontario. *Am J Psychiatry*. 2002;159:845-51.
- Olfson M, Mojtabai R, Sampson N, Hwang I, Druss B, Wang PS, et al. Dropout from outpatient mental health care in the United States. *Psychiatr Serv*. 2009;60: 898-907.
- Killaspay H, Banerjee S, King M, Lloyd M. Prospective controlled study of psychiatric out-patient non-attendance. Characteristics and outcome. *Br J Psychiatry*. 2000;176:160-5.