

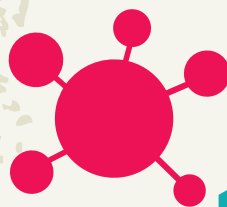
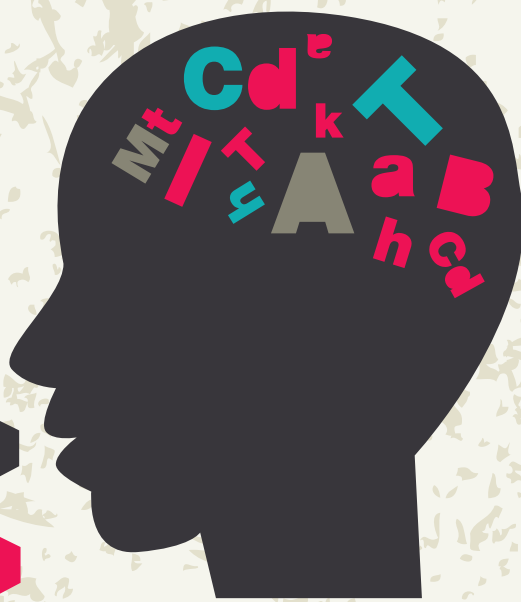


INFORME

mente

SETEMBRO 2016

GUIA ESSENCIAL PARA JORNALISTAS SOBRE SAÚDE MENTAL



01	INTRODUÇÃO	pág. 05
02	PERTURBAÇÃO MENTAL EM NÚMEROS	
	A. Números no Mundo	pág. 06
	B. Números em Portugal	pág. 07
03	FONTES DE INFORMAÇÃO	
	A. Profissionais que atuam na área	pág. 08
	Psiquiatra	
	Psicólogo	
	Psicoterapeuta	
	Terapeuta Ocupacional	
	Enfermeiro	
	B. Universidades e Centros de Investigação	pág. 09
	C. Entidades para a Saúde Mental	pág. 10
04	TERMOS EM SAÚDE / PERTURBAÇÃO MENTAL	
	A. Saúde Mental	pág. 11
	B. Perturbação Mental (<i>major e minor</i>)	pág. 12
05	PERTURBAÇÕES MENTAIS	
	A. Esquizofrenia	pág. 13
	B. Perturbações depressivas ou depressões	pág. 14
	C. Perturbação bipolar	pág. 15
	D. Perturbações de ansiedade	pág. 15
	E. Perturbações do comportamento alimentar	pág. 16
	F. Perturbação obsessiva-compulsiva	pág. 17
	G. Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção	pág. 17
	H. Demência	pág. 18
	I. Perturbações da Personalidade	pág. 19
	J. Dependências/Adições	pág. 19
06	TRATAMENTOS	
	A. Fármacos	pág. 21
	B. Tratamento psicológico	pág. 21
	C. Psicoterapia	pág. 22
	D. Internamento	pág. 22
	E. Eletroconvulsoterapia	pág. 22
07	POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL	
	A. Plano Nacional para a Saúde Mental	pág. 23
	B. Acesso aos Cuidados de Saúde Mental	pág. 23
	C. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados para a Saúde Mental	pág. 24
	D. Desinstitucionalização	pág. 24
	E. Integração dos Cuidados de Saúde Mental na Comunidade	pág. 25
	F. Desafios da Saúde Mental	pág. 26
08	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	pág. 27



Porquê a criação de um Guia Essencial para Jornalistas relativo às questões da Saúde e da Perturbação Mental? Não é habitual um guia desta natureza, mas no entender da Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental (SPPSM) este guia faz todo o sentido. Vejamos porquê... Apesar da perturbação mental se enquadrar no domínio da clínica – a clínica psiquiátrica – e a especialidade que a diagnostica e trata – a Psiquiatria – ser uma especialidade médica, as consequências da perturbação mental fazem-se sentir, sobretudo, no domínio do comportamento. Pode-se por isso dizer que as perturbações mentais são perturbações do comportamento.

Ora o comportamento é o código que nos permite interagir socialmente, é um dos elementos principais do senso comum. Uma perturbação que atinja o comportamento, atinge necessariamente esse código de interação e, por consequência, esse senso comum. De tal modo que, para um leigo, não é fácil distinguir uma alteração desse comportamento, por força da vontade (mesmo que perversa) da alteração do mesmo por força da patologia. E aqui entramos no cerne do estigma: tendemos a estigmatizar todos os comportamentos que não se enquadrem no senso comum.

Como temos tendência a explicar mesmo aquilo que não entendemos, explicamos as alterações de comportamento à luz do nosso senso comum, considerando esses comportamentos como aberrações a serem eliminadas. Dito de outra forma, as perturbações mentais sofreram uma estigmatização ao longo da história em razão da dificuldade da ciência explicar essas alterações comportamentais. Daí que ao longo dos tempos a pessoa com perturbação mental tenha sido vista como “louca”, como alguém que se desviou (porque

quis) do senso comum. Estas ideias preconcebidas têm sido tão fortes e persistentes que resistem mesmo agora que a ciência apresenta explicações para esses comportamentos. E a verdade é que o estigma da perturbação mental é de tal grandeza e extensão que anos de luta contra esse estigma pouco conseguiram mudar nas mentalidades.

Sendo assim, uma das principais formas de luta contra o estigma é a informação. A informação generalista, pois é essa que mais profundamente penetra na consciência das populações. E, na era da informação, quem melhor do que os meios de comunicação social para veicular essa informação? Mas para cumprir tal tarefa também eles devem ser esclarecidos sobre o que a arte médica e a ciência hoje dizem sobre a perturbação mental. Daí a pertinência deste guia.

Um primeiro passo para, antes de mais, se informar a população sobre as pessoas com perturbação mental, a sua condição de doentes e as possibilidades de tratamento que existem. Um primeiro passo para se ultrapassar a condição de estigmatizado e conduzir a pessoa com perturbação mental à condição de ser humano atingido por uma doença.

É certo que esta tarefa é obra de uma sociedade e a comunicação social é a voz institucionalizada dessa mesma sociedade.

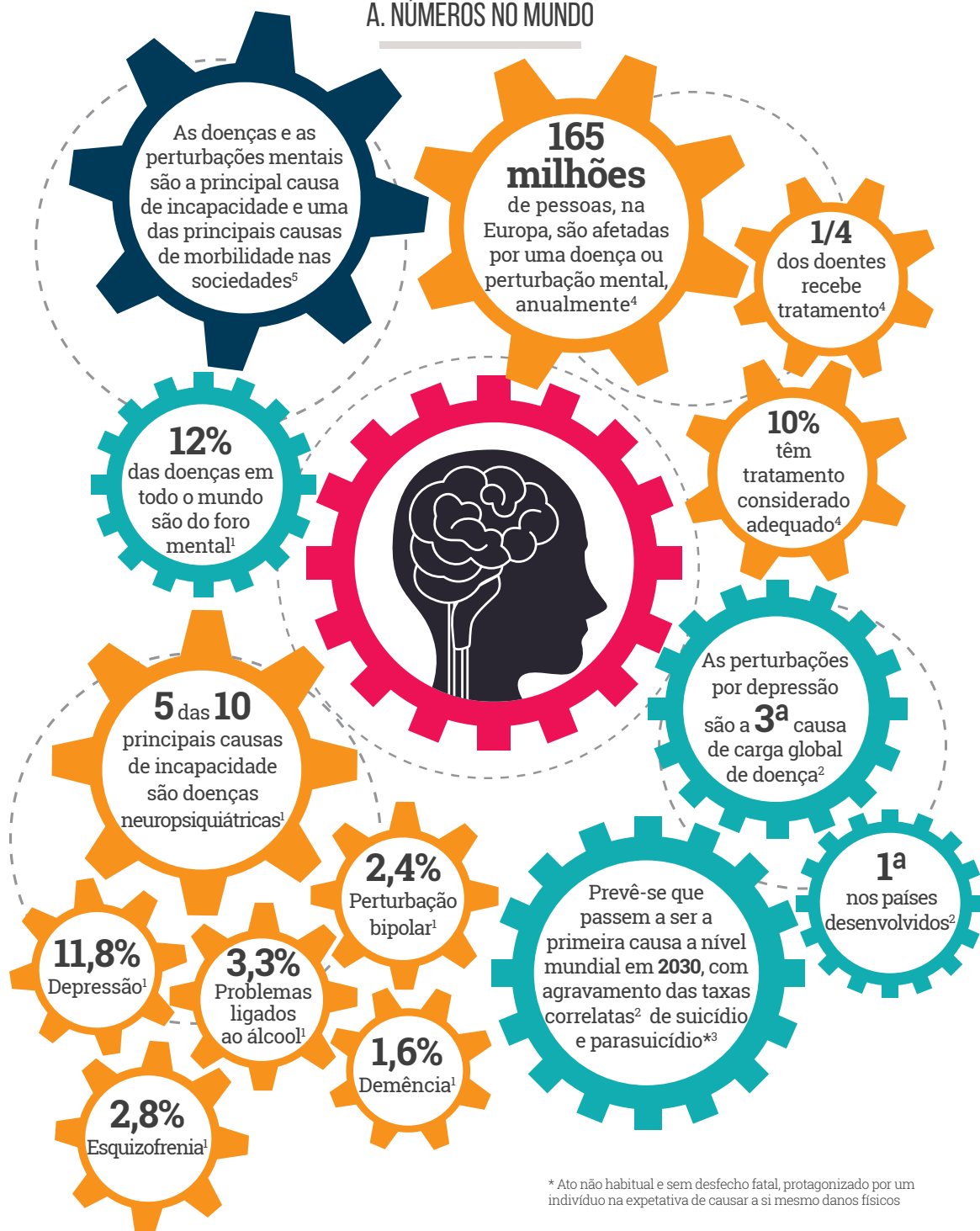
João Marques Teixeira

Presidente da Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental

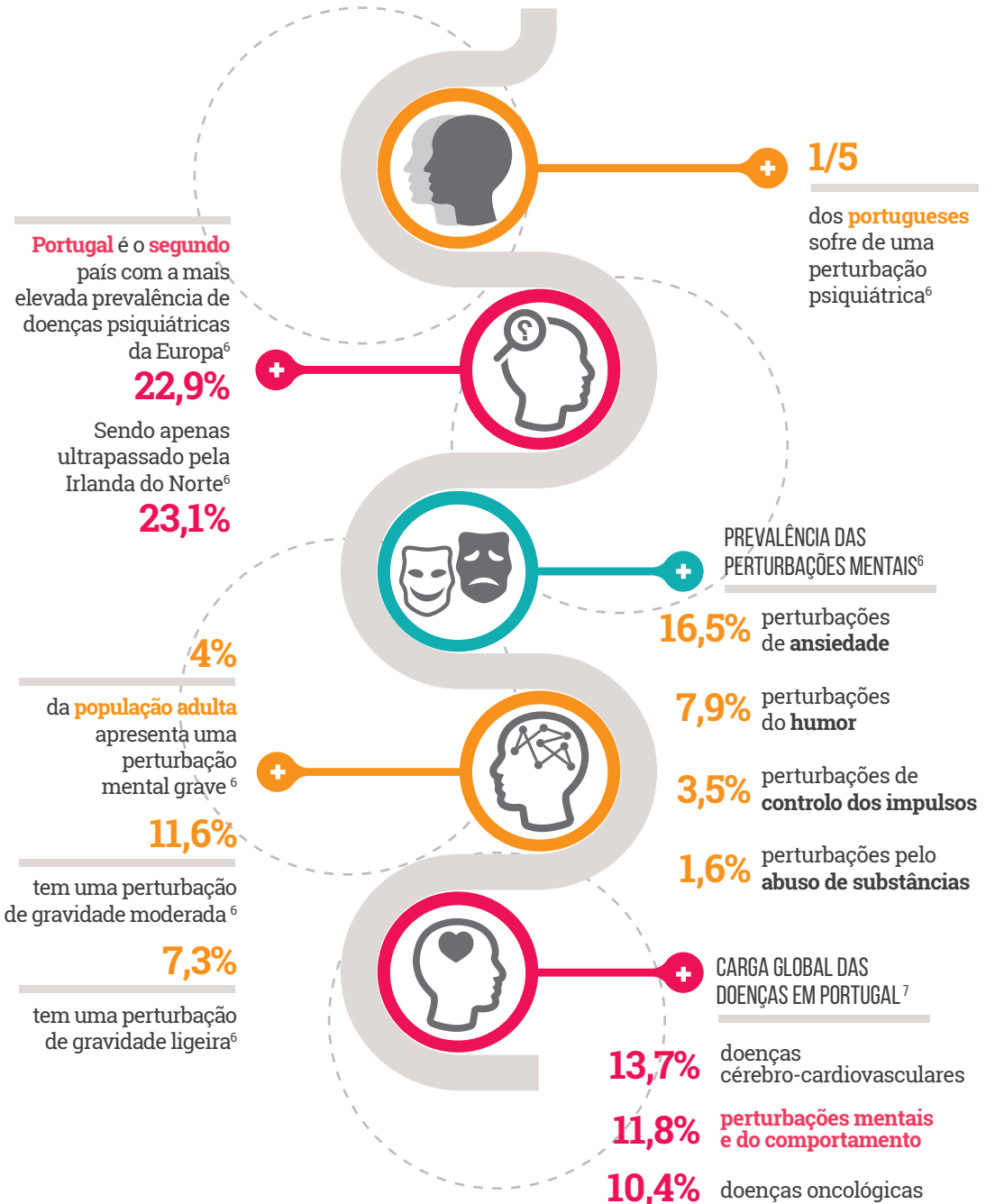
02

PERTURBAÇÃO MENTAL EM NÚMEROS

A. NÚMEROS NO MUNDO



B. NÚMEROS EM PORTUGAL



03

FONTES DE INFORMAÇÃO

A. PROFISSIONAIS QUE ATUAM NA ÁREA

I. PSIQUIATRA

Profissional de saúde com **formação em Medicina e especialização em Psiquiatria**, ramo que se dedica ao estudo, diagnóstico, tratamento e reabilitação das doenças e perturbações mentais.

A Psiquiatria, cuja prática se estende para além de 100 anos, só passou a ser reconhecida como **especialidade médica no início do século XX**. A partir desta altura, as perturbações mentais passaram a ter uma análise dentro do quadro das ciências médicas. Um dos principais responsáveis por esta mudança de paradigma foi Emil Kraepelin (1856-1926), sendo por isso considerado por muitos como o pai da psiquiatria moderna.⁸

A **forma de atuação do psiquiatra** diferencia-se dos restantes profissionais de saúde que atuam na área das doenças e perturbações mentais, porque atua no âmbito da prática médica, o que significa que elabora **diagnósticos médicos** e define **planos de tratamento** que se estendem desde o domínio farmacológico ao domínio psicossocial.

II. PSICÓLOGO

A sua atuação centra-se na **elaboração de diagnósticos psicológicos** e **aplicação de tratamentos psicológicos**, sendo um profissional indispensável numa equipa de saúde na área da Psiquiatria. Compete-lhe o diagnóstico e intervenção no **domínio psicossocial** das perturbações mentais.⁹

III. PSICOTERAPEUTA

Trata-se de qualquer profissional com formação de base no domínio clínico (**medicina, psicologia, enfermagem**, etc.), mas que tem uma formação suplementar e específica na intervenção com base nos diferentes modelos de **intervenção psicoterapêutica**. As psicoterapias são formas de intervenção que, de acordo com o diagnóstico médico e psicológico, podem ser aplicadas isoladamente ou em conjunto com outros tratamentos, nomeadamente, farmacológico.⁹

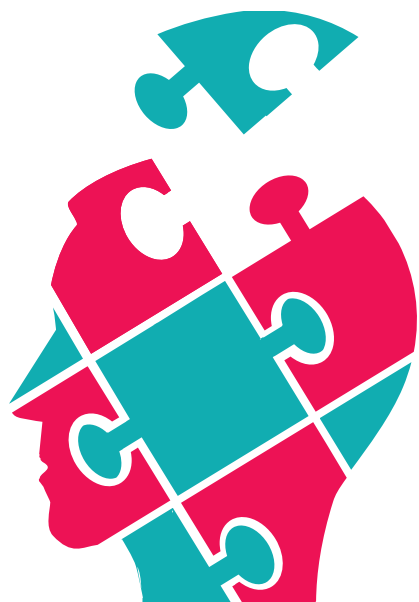
IV. TERAPEUTA OCUPACIONAL

Um terapeuta ocupacional é um técnico que, através da organização de atividades lúdicas ou não, promove a **integração funcional de um doente** e, nesse sentido, contribui para o tratamento do doente. Apoiado num diagnóstico funcional, o terapeuta ocupacional é um profissional de saúde muito importante para a recuperação da pessoa com perturbação mental. Recorre a **metodologias e técnicas específicas** para promover o restabelecimento e o máximo uso das funções alteradas pela doença ou estimular as funções ainda preservadas.⁹

V. ENFERMEIRO

O **enfermeiro com a especialidade de psiquiatria** é um dos elementos-chave no tratamento do doente com perturbações psiquiátricas, quer em regime ambulatorio, quer em regime de internamento. Em **regime de internamento**, o enfermeiro especialista em psiquiatria,

baseado no diagnóstico comportamental, avalia a evolução do doente e aplica as medidas definidas no plano terapêutico, quer de natureza farmacológica, quer de natureza comportamental, para além de promover a integração do doente no seu novo meio ecológico – a enfermaria psiquiátrica. **Em regime de ambulatório**, o enfermeiro especialista em psiquiatria tem um papel determinante quer na promoção da Saúde Mental, quer na prevenção das perturbações mentais.¹⁰



B. UNIVERSIDADES E CENTROS DE INVESTIGAÇÃO

Instituições que reúnem profissionais e académicos e produzem pesquisas científicas de referência a nível nacional e internacional. Seguem abaixo apenas algumas das muitas instituições que desenvolvem trabalhos na área da Psiquiatria.

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra
www.uc.pt/fmuc

Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa
www.medicina.ulisboa.pt

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
sigarra.up.pt/fmup

Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa
www.psicologia.ulisboa.pt

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto
www.fpce.up.pt

Fundação Champallimaud
www.fchampallimaud.org

Instituto de Medicina Molecular
imm.medicina.ulisboa.pt

Instituto Gulbenkian Ciência
www.igc.gulbenkian.pt

ISPA – Instituto Superior de Psicologia Aplicada
www.ispa.pt

NES - Núcleo de Estudos do Suicídio
www.nes.pt

C. ENTIDADES PARA A SAÚDE MENTAL

Existem diversas entidades que, pelo trabalho que desenvolvem na **promoção da Saúde Mental** e no **apoio a doentes e familiares**, podem constituir importantes fontes de conhecimento.

OFICIAIS

DGS
Direção-Geral da Saúde
www.dgs.pt

Conselho Nacional de Saúde Mental
www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/conselho-nacional-de-saude-mental

OPSS
Observatório Português dos Sistemas de Saúde
www.opss.pt

Programa Nacional para a Saúde Mental
Pode ser consultado através do site da DGS

ORGANIZAÇÕES DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

ASPESM
Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental
www.aspesm.org

Colégio da Especialidade de Psiquiatria da Ordem dos Médicos
www.ordemosmedicos.pt

SPPSM
Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental
www.sppsm.org

SPS
Sociedade Portuguesa de Suicidologia
www.spsuicidologia.pt

ASSOCIAÇÕES DE DOENTES, FAMILIARES E CUIDADORES

ADEB
Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Bipolares
www.adeb.pt

AFARAM
Associação de Familiares e Amigos do Doente Mental
afaram.wordpress.com

A FARPA
Associação de Familiares e Amigos do Doente Psicótico
www.afarpa.com.pt

DOMUS MATER
Associação de Apoio ao Familiar e Doente com Perturbação Obsessivo-Compulsiva
domusmater.org

ENCONTRAR+SE
Associação para a Promoção da Saúde Mental
www.encontrarse.pt

FAMILIARMENTE
Federação Portuguesa das Associações das Famílias de Pessoas Com Experiência de Doença Mental
familiarmente.pt

FNERDM
Federação Nacional de Entidades de Reabilitação de Doentes Mentais
www.fnerdm.pt

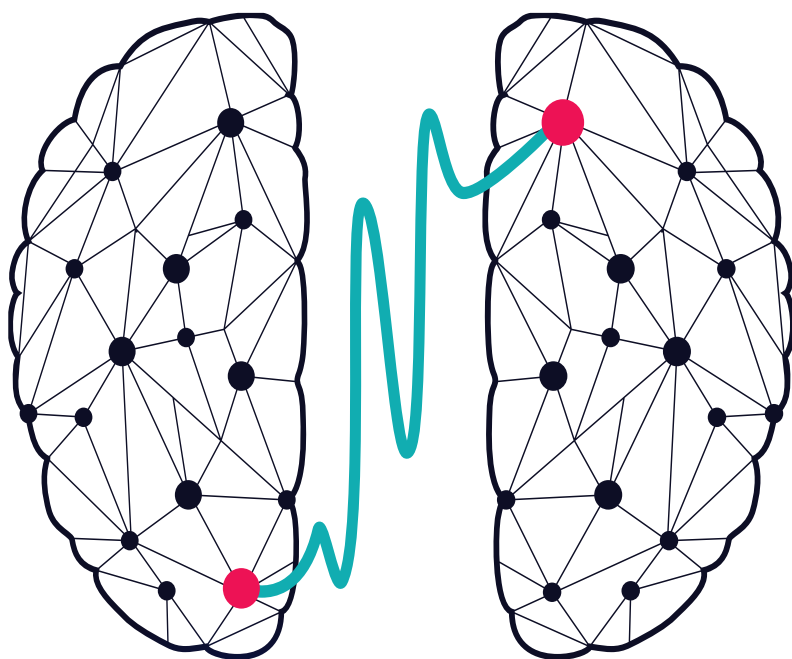
A. SAÚDE MENTAL

A Saúde Mental é uma parte integrante da saúde e a Organização Mundial de Saúde (OMS) define-a como «o estado de bem-estar no qual o indivíduo tem consciência das suas capacidades, pode lidar com o stress habitual do dia-a-dia, trabalhar de forma produtiva e frutífera, e é capaz de contribuir para a comunidade em que se insere».¹¹

A Saúde Mental engloba o bem-estar psicológico, mas não se reduz a este. Baseada no equilíbrio das funções mentais traduz-se em comportamentos adaptados às diferentes

circunstâncias em que o indivíduo está envolvido: desenvolver e manter relacionamentos, estudar, trabalhar ou seguir com os seus interesses e tomar, diariamente, decisões sobre educação, emprego, habitação ou outras escolhas.

Se o equilíbrio mental de uma pessoa estiver fragilizado ou alterado por uma perturbação psiquiátrica ou médica, isso pode afetar negativamente a sua capacidade de escolha, levando não só a uma diminuição das funções a nível individual, mas também a um nível mais amplo com perdas de bem-estar para a família e sociedade.¹²



B. PERTURBAÇÃO MENTAL (MAJORE MINOR)

A perturbação mental, que normalmente se traduz por **alterações comportamentais**, está relacionada com o **sofrimento, incapacidade ou morbilidade causados por transtornos mentais, neurológicos ou uso de substâncias**. É sempre de origem multicausal, com envolvimento de variáveis genéticas, biológicas e psicológicas, assim como condições sociais adversas ou outros fatores ambientais.¹² Os diferentes pesos relativos de cada uma destas variáveis traduzem-se em agrupamentos de sintomas diferentes classificados como perturbações diferentes.

Para ser classificada como perturbação é preciso que essas fragilidades sejam **contínuas ou recorrentes** e que resultem num agravamento ou perturbação do funcionamento pessoal numa ou mais esferas da vida.¹³ De um modo geral pode dizer-se que a perturbação mental se caracteriza por mudanças ao nível do modo de pensamento e das emoções, normalmente com tradução comportamental, ou de uma combinação destes, associados com diminuição (ou perda) da liberdade de agir e/ou deterioração do dia-a-dia do doente, da sua vida social, do emprego ou das atividades familiares.¹⁴

A maioria das pessoas que sofrem de perturbação mental não gosta de falar sobre o assunto ou revelar que é doente, por todo o **estigma** que está associado a estas doenças. A grande mudança que deve ser operada por todos os agentes sociais é no sentido de assumirem e mostrarem que a perturbação mental é uma condição médica, como a diabetes ou a doença cardíaca, que na maior parte dos casos tem tratamento.

As perturbações mentais podem afetar qualquer pessoa, independentemente da sua idade, sexo, estatuto social, rendimentos, raça/etnia, religião, orientação sexual, personalidade ou qualquer outro aspeto relacionado com a identidade cultural. Embora a perturbação mental possa ocorrer em qualquer idade, **três quartos das perturbações mentais começam no início da idade adulta**.¹⁴

As perturbações mentais podem assumir muitas formas. Algumas são mais leves e podem apenas interferir de forma pouco significativa na vida diária - são as **perturbações mentais minor**, como são exemplo as depressões minor ou as perturbações de ansiedade. As perturbações mais graves, denominadas por **perturbações mentais major**, têm implicações significativas na vida do doente, chegando até a ser necessários cuidados hospitalares. São exemplo a esquizofrenia, a perturbação bipolar, depressão *major* e formas graves de ansiedade.¹⁴

A maioria das pessoas que sofrem de perturbação mental não gosta de falar sobre o assunto ou revelar que é doente, por todo o estigma que está associado a estas doenças.

A. ESQUIZOFRENIA

A esquizofrenia é uma **perturbação mental complexa e grave**, que afeta cerca de **21 milhões de pessoas** em todo o mundo.¹⁵ Não se pode falar apenas de uma esquizofrenia, mas de esquizofrenias, já que existem várias formas com gravidade muito diferente.

Trata-se de uma patologia do cérebro que **afeta de forma grave a capacidade de pensar** da pessoa, a sua vida emocional e o seu comportamento em geral. Provoca uma série de sintomas, conhecidos como **“sintomas psicóticos”**. Na lista incluem-se sintomas positivos, como **alucinações** (por exemplo ver ou ouvir coisas que não existem) e **delírios** (ter crenças de natureza bizarra ou paranoide que não se enquadram no senso comum), mas também défices cognitivos, como **dificuldades em prestar atenção, concentrar-se e abstrair-se**, sintomas negativos, que traduzem uma espécie de dessubstancialização da personalidade, como a **diminuição ou perda da vontade**, a **apatia**, o **embotamento emocional** e afetivo e sintomas afetivos, como **ansiedade, depressão** e **alterações emocionais** em geral.¹⁶

Quer os défices cognitivos, quer os sintomas negativos, são os principais responsáveis pela insuficiência social que estes doentes apresentam e que em muito dificultam a sua integração social.

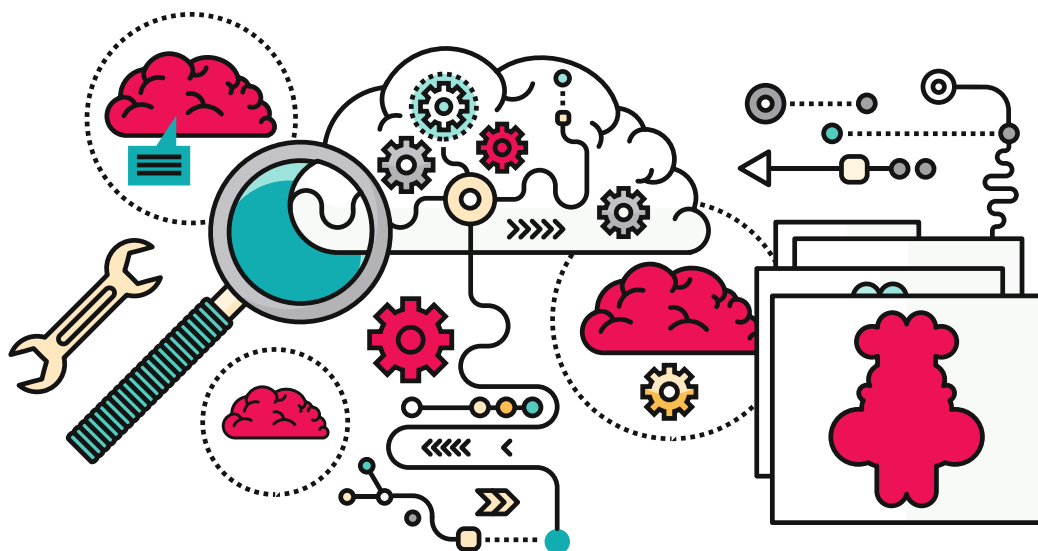
Não é conhecida uma causa única para a esquizofrenia. Pensa-se que diferentes fatores, como os genéticos, ambientais ou uso de drogas e substâncias ilícitas, contribuem para o desenvolvimento da esquizofrenia, como acontece com outras doenças crónicas, como a diabetes e as doenças cardíacas¹⁷.

Geralmente, os **primeiros sinais de esquizofrenia surgem durante a adolescência ou no início da idade adulta**, o que não significa que não possam surgir mais tarde.¹⁸ Tanto os homens como as mulheres podem vir a desenvolver esquizofrenia, sendo que nos homens os sintomas tendem a surgir um pouco mais cedo.¹⁹

A esquizofrenia tem um grande **impacto na vida dos doentes**, podendo afetar de forma profunda o seu estilo de vida e a sua imagem social. O tratamento, que consiste essencialmente na medicação antipsicótica e outras terapias, é fundamental para reduzir ou eliminar os sintomas, de modo a permitir que o indivíduo participe nas atividades diárias e reduza o número de recaídas.²¹

As **recaídas** são mais prováveis quando os medicamentos antipsicóticos são interrompidos ou tomados irregularmente²². É muito importante, no plano de tratamento, garantir que **as pessoas com esquizofrenia aderem ao plano de tratamento e de prevenção de recaídas**.

A maioria das pessoas com esquizofrenia sofre de múltiplos episódios psicóticos, como alucinações, delírios, pensamentos desordenados e discurso ou comportamento incomum, ao longo da vida.²⁰



B. PERTURBAÇÕES DEPRESSIVAS OU DEPRESSÕES

O que se designa por depressão é uma condição clínica caracterizada por um sentimento de **tristeza e pela perda de interesse por atividades que antes eram tidas como agradáveis**. Para ser considerada uma perturbação e não uma reação normal, estes sintomas devem persistir durante pelo menos **duas semanas** e ser, geralmente, acompanhados por **alterações no apetite e nos padrões de sono, fadiga, dificuldades de concentração, indecisão, pensamentos suicidas ou sentimentos de inutilidade, impotência e desespero**.²³

A tristeza é uma emoção que faz parte da vida psíquica normal. É uma reação normal a momentos mais difíceis, mas geralmente passa em pouco tempo. Uma depressão é algo que tem um grave impacto na vida. Pode causar sofrimento tanto para o doente, como para as pessoas que o rodeiam. Trata-se de uma perturbação, que pode ser grave, e não de um sinal de fraqueza ou falha de carácter.²⁴

A depressão afeta ao longo da vida cerca de 20% da população portuguesa e é considerada

a principal causa de incapacidade e a segunda causa de perda de anos de vida saudáveis. Uma em cada quatro pessoas em todo o mundo sofre, sofreu ou vai sofrer de depressão²⁵.

Diferentes **fatores** têm influência no risco de depressão, como alterações em neurotransmissores (substâncias químicas responsáveis pela comunicação entre os neurónios), fatores genéticos, traços de personalidade e fatores ambientais. Enquanto alguns genes aumentam a resiliência – a capacidade de recuperar de situações adversas – e protegem contra a depressão, outros genes aumentam esse risco. **Experiências como traumas ou abusos durante a infância e stress durante a idade adulta podem aumentar o risco**. No entanto, as mesmas situações de stress e perda podem desencadear a depressão numa pessoa e não na outra. Os fatores ambientais desempenham também um papel importante, uma vez que um bom ambiente familiar e relações sociais saudáveis podem aumentar a resiliência.²⁶

Cerca de metade das pessoas que têm um episódio de depressão recuperam e não voltam a ter nenhum episódio.²⁶ No entanto, depois de

três episódios, o risco de **reincidência** aproxima-se dos 100% se não existir tratamento de prevenção.²⁷

A depressão, mesmo nos casos mais graves, pode ser tratada e quanto mais cedo o tratamento é iniciado, mais eficiente é. A maioria dos doentes apresentam melhorias dos seus sintomas quando tratados com antidepressivos, psicoterapia ou uma combinação dos dois.²⁶

C. PERTURBAÇÃO BIPOLAR

Também conhecida como **doença maniaco-depressiva**, a perturbação bipolar é uma doença mental que afeta cerca de **60 milhões de pessoas em todo o mundo**.²⁸

As pessoas com perturbação bipolar passam por drásticas **alterações de humor**. Por vezes têm **episódios maníacos, durante os quais se sentem muito felizes e mais enérgicas e ativas do que o normal**. Outras vezes, **passam por episódios depressivos, com sentimentos de profunda tristeza e quebra de energia**.

Os **sintomas mais comuns durante os episódios maníacos** são energia excessiva, com grande agitação e aceleração do pensamento, que pode ser observada por um discurso muito rápido e por vezes confuso; sentimentos eufóricos e crenças irrealistas, que fazem com que a pessoa se sinta com uma autoestima exacerbada; diminuição da necessidade de sono, podendo passar dias com pouco ou nenhum sono, sem se sentir cansado; descontrole de impulsos, que podem manifestar-se por gastos excessivos e comportamentos imprudentes; conduta sexual inadequada; abuso de drogas e comportamentos paranoicos.²⁹

Já os **sintomas dos episódios depressivos** são os mesmos que se manifestam em quem sofre

de depressão: tristeza profunda e persistente; alterações no sono; redução do apetite e perda de peso ou aumento do apetite acompanhado por aumento de peso; irritabilidade ou agitação; dificuldades de concentração e em tomar decisões; fadiga ou perda de energia; sentimentos de culpa e impotência e pensamentos suicidas.²⁹

A perturbação bipolar começa tipicamente na **adolescência ou durante o início da vida adulta e permanece ao longo de toda a vida**. Frequentemente, o diagnóstico é difícil e, como consequência, muitos doentes sofrem desnecessariamente durante anos ou até mesmo décadas.³⁰

Cerca de **80-90%** dos indivíduos com perturbação bipolar tem um familiar com essa doença ou com depressão. Os fatores ambientais também têm uma grande influência: stress extremo, distúrbios de sono, drogas e álcool podem desencadear episódios em pacientes mais vulneráveis.³¹

A **perturbação bipolar é uma doença com tratamento relativamente eficaz**. O tratamento faz-se geralmente com medicação e pode ser complementado com psicoterapia.³¹

D. PERTURBAÇÕES DE ANSIEDADE

A **ansiedade é uma reação normal ao stress do dia-a-dia**. É comum as pessoas sentirem-se ansiosas quando têm problemas no trabalho, antes de passar um exame ou quando necessitam de tomar uma decisão importante. Se a ansiedade for exagerada e prolongada, poderá tratar-se de um problema mais grave. **Apenas se pode falar em perturbações de ansiedade quando existe um medo e ansiedade desproporcionado, que perduram há pelo menos seis meses e que têm um verdadeiro impacto na vida quotidiana**.³²

Existem diversas perturbações de ansiedade, nomeadamente as **fobias**, os **ataques de pânico**, a **perturbação de ansiedade generalizada**, o **stress pós-traumático**, entre outras. Todas têm em comum um sentimento de ansiedade exacerbado, que se prolonga durante vários meses e constituem a perturbação psiquiátrica mais frequente.

E. PERTURBAÇÕES DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR

As perturbações do comportamento alimentar são doenças que provocam **distúrbios sérios na forma como as pessoas se alimentam e nos pensamentos e emoções relacionados com a alimentação**. Tipicamente, os indivíduos com perturbações do comportamento alimentar tornam-se obcecados com o seu peso.³³

Geralmente, as pessoas que sofrem destas perturbações são extremamente **críticas em relação ao seu corpo**, revelando um medo intenso de ganhar peso. Mesmo que tenham um peso normal, ou até abaixo do peso ideal, tendem a sentir-se gordas. Frequentemente, as pessoas com estes distúrbios não reconhecem que têm um problema de saúde.³³

Em muitos casos, as perturbações do comportamento alimentar surgem associadas a outros distúrbios como **ansiedade, pânico, perturbação obsessivo-compulsiva e problemas de abuso de álcool e drogas**. Novas evidências sugerem que a hereditariedade pode ter influência no aparecimento dos distúrbios alimentares, mas estas doenças afetam também pessoas sem casos na família. Se não houver tratamento dos sintomas físicos e psicológicos, os distúrbios alimentares podem desencadear condições potencialmente fatais, como desnu-

trição e risco de morte súbita de origem cardíaca. No entanto, com os devidos cuidados médicos, as pessoas que sofrem de anorexia ou bulimia nervosa podem retomar os hábitos alimentares adequados e regressar a uma vida saudável.³³

ANOREXIA NERVOSA

As pessoas com anorexia nervosa **veem-se a si mesmas com peso a mais**, mesmo quando estão visivelmente abaixo do peso normal. Tipicamente, estes doentes controlam o seu peso repetidamente e comem pequenas quantidades de alguns alimentos. Para compensar as poucas calorias ingeridas, algumas pessoas tomam medidas mais drásticas, como a **prática de exercício físico exagerado, os vômitos forçados ou o uso de laxantes e diuréticos**.³⁴

Os **sintomas e complicações da anorexia nervosa** incluem: magreza extrema, interrupção da menstruação, enfraquecimento dos ossos (osteoporose ou osteopenia), unhas e cabelos quebradiços, pele seca e amarelada, anemia, pressão arterial baixa, quebra da temperatura do corpo, letargia e infertilidade.³⁵

BULIMIA NERVOSA

As pessoas com bulimia nervosa têm episódios recorrentes em que **comem, num curto período de tempo, uma quantidade muito grande de comida**. Esta compulsão alimentar é depois compensada através de vômitos forçados, prática exagerada de exercício físico, uso excessivo de laxantes e diuréticos, jejum ou uma combinação destes comportamentos.³⁴

Ao contrário da anorexia nervosa, as pessoas com bulimia nervosa geralmente mantêm um peso que é considerado normal ou até mesmo um pouco acima do aconselhável. **Mas**

tal como os doentes com anorexia, também as pessoas com bulimia temem ganhar peso. Geralmente, o comportamento bulímico ocorre longe da vista de outras pessoas porque é muitas vezes acompanhado por sentimentos de repulsa ou vergonha.³⁴

Tal como a anorexia, também a bulimia nervosa **pode trazer várias complicações**, como garganta constantemente inflamada, aumento das glândulas parótidas, alterações no esmalte dos dentes causadas pelo ácido contido nas secreções gástricas, tornando os dentes amarelos, halitose e problemas cardíacos.³⁵

F. PERTURBAÇÃO OBSESSIVA-COMPULSIVA

A perturbação obsessivo-compulsiva (POC) é uma perturbação grave que, como o próprio nome indica, se **caracteriza por dois fenómenos: as obsessões e as compulsões**. As obsessões são definidas como pensamentos, impulsos ou imagens recorrentes e persistentes e que provocam ansiedade ou mal-estar. O indivíduo tenta ignorar ou suprimir estes pensamentos com algum outro pensamento ou através da realização de uma compulsão ou ritual.

O medo da contaminação, de prejudicar os outros acidental ou intencionalmente, de cometer um erro grave (como deixar um fogão ligado, uma porta aberta ou atirar algo importante para o lixo) e de contrair uma doença são alguns exemplos das obsessões mais comuns.

As compulsões são comportamentos repetitivos geralmente executadas em resposta a obsessões.³⁷ As compulsões mais frequentes são **limpar** (para reduzir o medo de contaminação por germes, sujidade ou produtos químicos), **repetir** (nomes, frases ou comportamentos para dissipar a ansiedade), **verificar**

(para reduzir o medo de fazer mal a alguém por se ter esquecido, por exemplo, de desligar o gás do fogão), **ordenar e organizar** (para reduzir o desconforto, algumas pessoas alinham livros por uma determinada ordem, por exemplo). São também frequentes as compulsões mentais, como rezar silenciosamente ou repetir frases, uma vez mais para reduzir a **ansiedade**.³⁸

Todas as pessoas sentem necessidade, em algum momento, de verificar se as portas ficaram bem fechadas por exemplo. É, por isso, fundamental estabelecer alguns critérios de diagnóstico para diferenciar um comportamento normal de algo que poderia ser considerado uma doença. **Só pode ser considerado POC quando as obsessões ou compulsões interferem significativamente com as rotinas normais do indivíduo e quando as mesmas ocupam uma considerável parte do dia** (pelo menos uma hora por dia).³⁹

O tratamento mais comum para a POC é a combinação de medicação com Terapia Cognitiva Comportamental, um tipo de psicoterapia que se tem revelado muito eficaz no tratamento desta patologia.

G. PERTURBAÇÃO DE HIPERATIVIDADE E DÉFICE DE ATENÇÃO

A perturbação de hiperatividade e défice de atenção (PHDA) **é uma das perturbações mentais mais comuns nas crianças, mas afeta também muitos adultos**. Os sintomas deste distúrbio incluem **desatenção, hiperatividade e impulsividade**.⁴⁰

Uma pessoa com PHDA tem geralmente **difficuldade em prestar atenção aos detalhes**, cometendo erros por descuidos na escola, no trabalho ou durante outras atividades; parece não estar a ouvir quando outra pes-

soa está a falar; **não consegue seguir instruções até ao fim nem concluir tarefas; evita tarefas que exijam esforço mental**, como os trabalhos escolares ou a elaboração de relatórios no caso dos adultos; **perde frequentemente objetos necessários às suas atividades; distrai-se com muita facilidade; não consegue ficar parado** numa cadeira; **tem dificuldades em esperar** pela sua vez e interrompe os outros com frequência.⁴¹

Os sintomas podem aparecer cedo, entre os três e os seis anos, mas não raras vezes são confundidos com problemas emocionais ou de disciplina, levando a um diagnóstico tardio. Ao longo da vida, os sintomas de PHDA tendem a evoluir. Em crianças, a hiperatividade e impulsividade é mais predominante, mais tarde é a desatenção que se assume como principal sintoma.⁴¹

A medicação é a principal forma de tratamento da perturbação de hiperatividade e défice de atenção mas há estudos que indicam que quando combinada com orientações aos pais e professores, psicoterapia e neuroterapia por Neurofeedback, o tratamento revela-se mais eficaz.⁴⁰

H. DEMÊNCIA

O síndrome demencial (demência) é constituído por um **conjunto de sintomas que correspondem a um declínio contínuo e geralmente progressivo das funções nervosas superiores** que incluem entre muitos outros: perda de memória, diminuição da agilidade mental, diminuição das funções executivas, dificuldades de expressão, problemas de com-

preensão e de julgamento.⁴² As formas de Demência mais comuns são a doença de Alzheimer e as demências de causa vascular.

A **perda de memória** é um dos sintomas mais comuns. Indivíduos com demência têm dificuldade em fazer novas aprendizagens, perdem frequentemente objetos de valor como carteiras e chaves ou deixam comida ao lume. Nos casos mais graves, as pessoas podem também esquecer informação já aprendida, como por exemplo o nome dos seus entes queridos.⁴³

As pessoas com demência **podem tornar-se apáticas ou desinteressadas** pelas suas atividades habituais, ter **problemas em controlar as suas emoções, perder empatia** (os sentimentos de compreensão e compaixão), ter **alucinações**, fazer **falsas afirmações**. É comum as pessoas com demência **perderem a sua autonomia**, uma vez que podem ter dificuldade em realizar tarefas simples, como alimentar-se, vestir-se ou cuidar da higiene pessoal.⁴²

O tratamento da demência pode variar de acordo com a sua causa e o estado da doença. Existem medicamentos para tratar especificamente os sintomas associados à demência de Alzheimer e outras formas de demência progressiva. Apesar da medicação não travar a doença ou reverter o dano cerebral causado, pode melhorar a qualidade de vida e aliviar a carga sobre os seus cuidadores.

Nos casos de demência em estado inicial é benéfico o treino cognitivo e a prática de tarefas destinadas a melhorar o desempenho em aspetos específicos do funcionamento cognitivo. Por exemplo, as pessoas podem ser ensinadas a usar auxiliares de memória, como mnemónicas ou anotações.⁴⁴

I. PERTURBAÇÕES DA PERSONALIDADE

A personalidade traduz-se na forma de pensar, sentir e agir e é o que distingue uma pessoa de todas as outras. São vários os fatores que podem influenciar a personalidade de um indivíduo, nomeadamente as experiências, o meio ambiente e características hereditárias. **Quando os traços de personalidade são inflexíveis prejudicam as relações sociais, causam sofrimento e se desviam das expectativas da cultura na qual o indivíduo está inserido**, podemos falar em perturbações da personalidade.⁴⁵

Existem diversas perturbações da personalidade, que podem ser reunidas em três grupos distintos, com base em semelhanças descritivas. No entanto, frequentemente, as pessoas apresentam perturbações da personalidade de grupos distintos em simultâneo.⁴⁶

O primeiro grupo inclui as perturbações da personalidade paranoide, esquizoide e esquizotípica. As pessoas com estas perturbações são frequentemente descritas pelos outros como sendo **esquisitas ou excêntricas**. Num outro grupo, inserem-se as perturbações da personalidade **antissocial, borderline, histriónica e narcisista**, no qual os indivíduos tendem a parecer dramáticos, emotivos ou erráticos. O terceiro grupo inclui as perturbações da personalidade **evitativa, dependente e obsessivo-compulsiva**. Estes indivíduos têm tendência a parecer ansiosos ou medrosos. **É durante a adolescência ou no início da vida adulta** que as características de um transtorno da personalidade se tornam mais evidentes. Alguns tipos de transtorno da personalidade, nomeadamente as perturbações da personalidade antissocial e borderline, tendem a ficar menos evidentes ou a desaparecer com a idade. O mesmo parece não acon-

tecer com outros tipos, como as perturbações da personalidade obsessivo-compulsiva e esquizotípica.

J. DEPENDÊNCIAS/ADIÇÕES

Os comportamentos aditivos/dependências são uma condição complexa, que se manifesta pelo uso compulsivo de substâncias – **álcool, drogas ou tabaco** -, apesar dos seus efeitos nefastos para a saúde. As pessoas com dependências **sentem um desejo intenso por determinada substância e têm dificuldade em deixar de a consumir**. Ao longo do tempo, vão desenvolvendo uma certa tolerância, o que faz com que precisem de quantidades cada vez maiores.⁴⁷ Em algumas destas substâncias (por ex. heroína) desenvolve-se também uma dependência física, o que se traduz pelo aparecimento de sintomas de abstinência quando o consumo é reduzido ou interrompido subitamente.

De um modo geral, as pessoas começam a consumir estas substâncias pelas mais variadas razões: para se sentirem melhor, para terem um melhor desempenho, por curiosidade ou por influência dos outros.⁴⁸

ÁLCOOL

O **álcool** é considerado uma droga psicotrópica com **efeitos depressores no sistema nervoso central**, ou seja, provoca alterações no comportamento de quem o consome, podendo mesmo causar dependência. Apesar dos seus efeitos nefastos é a substância psicotrópica mais aceite nas sociedades de cultura Ocidentalizada e o seu consumo chega mesmo a ser incentivado.⁴⁹

O álcool está estreitamente ligado a causas de morte importantes, nomeadamente às doenças cardiovasculares e oncológicas, aos acidentes rodoviários, aos suicídios e à cirrose hepática.⁵⁰ **Estima-se que em 2012 o seu consumo tenha causado a morte de 3,3 milhões de pessoas em todo o mundo**, o que representa 5,9% das mortes à escala global.⁵¹

Depois da ingestão de álcool, a sensação inicial é de euforia e de desinibição. Segue-se um estado de sonolência, turvação da visão, descoordenação muscular e diminuição da capacidade de reação. A longo prazo, os efeitos do consumo de álcool são devastadores e afetam diversos órgãos vitais, provocando a deterioração do cérebro, alterações cardíacas, problemas de fígado como hepatite e cirrose, gastrite e úlceras, inflamação do pâncreas, entre outros.⁵²

Alguns dos **sinais de dependência** são: sentir grande necessidade de consumir bebidas alcoólicas; incapacidade de controlar o consumo; tolerância ao álcool; persistência no uso da substância apesar da evidência de consequências nocivas e síndrome de abstinência.⁵³

A supressão súbita do álcool nas pessoas dependentes pode desencadear uma grave síndrome de abstinência, que pode provocar diversos sintomas. Entre as doze e as dezasseis horas seguintes à privação da bebida surge um sentimento de inquietação, nervosismo e ansiedade. Várias horas depois podem aparecer câibras musculares, tremores, náuseas, vômitos e grande irritabilidade. Nos casos mais graves, a partir do segundo dia surge o denominado "*delirium tremens*", caracterizado por confusão mental, desorientação e aparecimento de delírios e alucinações.⁵²

OUTRAS DROGAS

Além de causar dependência e provocar muitos efeitos nefastos para a saúde, **o abuso de drogas coexiste frequentemente com outras perturbações mentais**. Em alguns casos, as perturbações mentais como a ansiedade, depressão ou esquizofrenia podem anteceder o abuso de drogas. Em outras situações, o abuso de drogas pode desencadear ou agravar as perturbações mentais, especialmente nos indivíduos mais vulneráveis.⁵⁴

Tanto o abuso de substâncias psicóticas como as outras perturbações mentais têm como causa um conjunto de fatores que se sobrepõem, como vulnerabilidades genéticas e a exposição precoce ao *stress* ou trauma.⁵⁵

O abuso de drogas pode desencadear ou agravar as perturbações mentais, especialmente nos indivíduos mais vulneráveis

A. FÁRMACOS

Os medicamentos são fundamentais no tratamento das várias perturbações mentais e é essencial que as pessoas sigam rigorosamente o plano de medicação prescrito pelo seu médico.⁵⁶

Existem vários tipos de medicamentos para tratar as diferentes perturbações mentais. Os **antidepressivos** são o medicamento mais usado no tratamento da depressão, mas podem também tratar outros problemas, como a ansiedade, a dor e a insónia. Estes medicamentos melhoram os sintomas de depressão e evitam que estes reapareçam. Por razões ainda desconhecidas, algumas pessoas reagem melhor a alguns antidepressivos do que outras. Por isso, em algumas situações a pessoa com depressão precisa de testar vários fármacos até encontrar aquele que melhor atua no seu caso.⁵⁶

Os **ansiolíticos** ajudam a reduzir os sintomas de ansiedade, nomeadamente os ataques de pânico, os medos extremos e a inquietação. Alguns dos ansiolíticos devem ser tomados apenas num curto período de tempo para ajudar a pessoa a manter sob controlo os sintomas físicos e podem também ser usados para reduzir crises agudas de ansiedade. Outros devem ser tomados durante um período de tempo mais longo para atingirem o seu pleno efeito.⁵⁶

Os **antipsicóticos** são principalmente usados para tratar as psicoses. Os episódios psicóticos podem ser resultado de uma condição física, como o abuso de drogas, ou de uma perturbação mental como a esquizofrenia, a perturbação bipolar ou depressões muito graves. Frequentemente, os antipsicóticos são

combinados com outros medicamentos no tratamento do delírio, demência e outras condições, como perturbação de hiperatividade e défice de atenção, perturbações do comportamento alimentar, perturbação obsessiva-compulsiva, entre outras. Os medicamentos antipsicóticos não curam estas perturbações mas aliviam os sintomas e garantem qualidade de vida aos pacientes.⁵⁶

Os **estabilizadores de humor** são usados principalmente para tratar a perturbação bipolar mas também alterações de humor associadas a outras perturbações mentais e, noutros casos, para aumentar a eficácia de outros medicamentos usados, por exemplo, no tratamento da depressão.⁵⁶

B. TRATAMENTO PSICOLÓGICO

O **tratamento psicológico constitui um dos pilares do tratamento das pessoas com perturbações psiquiátricas**. Consiste na aplicação de técnicas específicas de intervenção psicológica centradas no diálogo ou na ação.

Em geral, nas perturbações mentais *minor* o tratamento psicológico pode ser suficiente, mas nas **perturbações mentais major** o **tratamento psicológico é sempre um complemento do tratamento farmacológico**. Este tipo de intervenções pode ser por um período curto de tempo (psicoterapias breves), como no caso da resolução de um determinado conflito, ou estender-se por períodos de tempo mais longos, como nos casos da psicoterapia das perturbações depressivas.

C. PSICOTERAPIA

A psicoterapia é uma **forma de tratamento psicológico** que pressupõe um diagnóstico psicológico e a aplicação de um **conjunto variado de técnicas para se atingir os objetivos definidos**. Há muitas e variadas formas de psicoterapia mas, no essencial, todas visam uma **melhor compreensão de si e o auto-controlo**. São exemplo de psicoterapias a psicanálise, a terapia cognitivo-comportamental, as terapias humanistas, entre outras. Não se pode confundir com psicoterapias as técnicas de remediação cognitiva nas quais se pretende estimular funções cognitivas deficitárias, como acontece nos treinos de remediação cognitiva nas psicoses e nas demências.

D. INTERNAMENTO

O internamento psiquiátrico é uma **forma de tratamento com indicações clínicas precisas**, como, por exemplo, o risco de suicídio, casos de episódios psicóticos agudos ou de graves alterações do comportamento. Dada a eficácia das novas formas de tratamento, nos tempos modernos o internamento psiquiátrico é, normalmente, de curta duração (com exceções), sendo o período de tratamento pós-alta um período complementar de tratamento ao internamento.⁵⁷

Neste sentido, o **tratamento psiquiátrico moderno resulta da conjugação de formas de tratamento complementares entre regimes de tratamento em internamento, em contextos ambulatoriais de pós-alta e na comunidade**. O racional que subjaz a este modelo é a criação das condições clínicas que permitam aos doentes com perturbações psiquiátricas terem um **processo de integração social rápido** e sem rupturas, promovendo-se, em permanência, as condições de restituição da autonomia.⁵

Durante as décadas de 1960 e 1970 a eletroconvulsoterapia foi retratada de forma preconceituosa em muitos livros, filmes e peças de teatro

E. ELETROCONVULSOTERAPIA

A eletroconvulsoterapia é uma **forma de tratamento que visa a sincronização cerebral através da aplicação, sob anestesia, de uma corrente elétrica em áreas definidas do cérebro**. A sua aplicação tem indicações clínicas específicas e consensualmente definidas.⁵⁸

Esta forma de tratamento psiquiátrico foi desenvolvida em 1937, pelos médicos italianos Ugo Cerletti e Lucio Bini. Durante as décadas de 1960 e 1970 a eletroconvulsoterapia foi retratada de forma preconceituosa em muitos livros, filmes e peças de teatro, tendo sido recuperada com a evolução tecnológica e com a investigação clínica relativamente às condições da sua aplicação e à sua eficácia.⁹

O tratamento por eletroconvulsoterapia tem-se revelado **eficiente no tratamento da depressão, mas pode também ser indicado para casos de esquizofrenia e episódios maníacos**. O facto de atuar mais rapidamente e ser eficaz mesmo em doentes que fizeram medicação sem notar melhorias, faz da eletroconvulsoterapia uma alternativa no tratamento das perturbações mentais.⁹

A. PLANO NACIONAL PARA A SAÚDE MENTAL

A Lei n.º 36/98 de 24 de Julho consagrou as bases da política e organização nacional da Saúde Mental para Portugal e foi poucos anos depois confirmada no Plano Nacional de Saúde Mental.⁶⁰

O Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 (PNSM) foi aprovado em 24 de janeiro de 2008, pela **Resolução do Conselho de Ministros (RCM) n.º 49/2008**, tendo sido criada uma **Coordenação Nacional para a Saúde Mental**, no âmbito do **Alto Comissariado da Saúde**, com a responsabilidade de coordenar a sua implementação. O PNSM foi revisto e atualizado em 2012.⁵

Em consequência da sua aplicação considera-se:

- a) A **redução do número de doentes institucionalizados** em hospitais psiquiátricos em 40%;
- b) O **encerramento do mais antigo hospital psiquiátrico** do país e movimentos para a desativação de outros;
- c) A **criação de serviços de Saúde Mental** nos hospitais gerais e lançamento de alguns novos serviços na comunidade, bem como a **formação de profissionais** no contexto de desenvolvimento de programas integrados para doentes mentais graves;
- d) O **lançamento das bases dos cuidados continuados integrados de Saúde Mental** e criação dos primeiros serviços e programas residenciais neste setor;
- e) A **criação de novas unidades e uma nova rede de referência** no campo da Saúde Mental da infância e adolescência;
- f) O início de vários programas inovadores que permitiram integrar a Saúde Mental

na luta contra a violência doméstica, o **apoio aos sem-abrigo e aos jovens com problemas de adaptação e inclusão social** em cooperação com os setores social, da justiça, da educação e do emprego.

B. ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE MENTAL

De acordo com o PNSM, «a questão do acesso aos cuidados em Saúde Mental tem sido uma das áreas mais aprofundadas nos últimos anos, estando já identificados vários dos seus determinantes:

- > *Estigma e desconhecimento face à doença mental;*
- > *Escassez de recursos humanos e estruturais;*
- > *Baixa prioridade em termos de opção política;*
- > *Orçamento desproporcionadamente baixo para a carga das doenças implicadas;*
- > *Organização desajustada dos serviços de psiquiatria, com concentração em grandes instituições centralizadas e pouco articuladas com os cuidados de saúde primários.»⁶²*

Ao longo dos anos, têm sido desenvolvidos esforços em Portugal para melhorar os cuidados de Saúde Mental. Promulgada em 1963, a **lei de Bases da Saúde Mental (Lei n.º 2118, de 1963)** permitiu a descentralização dos serviços através da criação de centros de Saúde Mental em todos os distritos do país e a ligação aos cuidados de saúde primários.⁵⁹ A lei atual de **Saúde Mental (Lei n.º 36/98)** e a legislação subsidiária consagram a integração

Os programas de reabilitação desenvolvidos, desde o final dos anos 90, tiveram um papel fundamental para a modernização da Saúde Mental, em Portugal

da Saúde Mental no sistema geral de saúde e a transferência dos cuidados especializados para os hospitais gerais e comunitários. Foram ainda enunciados o desenvolvimento de programas e estruturas de reabilitação psicossocial, a legislação de apoio ao emprego nos anos 90 e o atual Programa Nacional para a Saúde Mental. Apesar destes avanços muito há ainda por fazer, não em termos de legislação, mas em termos da implementação no terreno da legislação existente.

A emergência da assistência psiquiátrica em Portugal e a sua evolução até aos dias de hoje está descrita num **artigo publicado na International Review of Psychiatry**⁶³, onde é feita uma análise histórico-descritiva e crítica da situação da assistência psiquiátrica em Portugal.

G. REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS PARA A SAÚDE MENTAL

Os programas de reabilitação desenvolvidos, desde o final dos anos 90, tiveram um papel fundamental para a modernização da Saúde Mental em Portugal, sobretudo no que diz res-

peito às bases conceptuais, legais e organizacionais da Rede de Cuidados Continuados Integrados em Saúde Mental.⁶⁰

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) foi formalmente criada em 2006, com o **Decreto-Lei n.º 101/2006**. Quatro anos mais tarde é estabelecida uma orientação específica para pessoas com doença mental grave – **Decreto-Lei n.º 22/2011, de 10 de fevereiro** – com o objetivo de contribuir para «o desenvolvimento de respostas reabilitativas que atendam a situações de dependência e incapacidade psicossocial provocadas»⁶¹.

Novas alterações legislativas introduziriam novidades na RNCCI em 2015. Com o **Decreto-Lei n.º 136/2015, de 28 de julho**, efetuou-se a primeira alteração ao **Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho**, e a segunda alteração ao **Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro**, levando à integração na RNCCI do conjunto de unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental criado pelo **Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro**. As unidades e equipas de saúde mental que foram autorizadas a integrar a RNCCI estão listadas no anexo III ao **Despacho n.º 8320-B/2015, de 29 de julho**, num total de 312 lugares. Apesar da publicação desta informação, não chegariam a entrar em funcionamento.

D. DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

O processo de desinstitucionalização das pessoas com doença mental **teve início em Portugal, em 2009, após a aprovação da lei atual de Saúde Mental (Lei n.º 36/98)** e enquadra-se num novo modelo de assistência psiquiátrica. Desde então o número de **doentes institucionizados** em hospitais psiquiátricos públi-

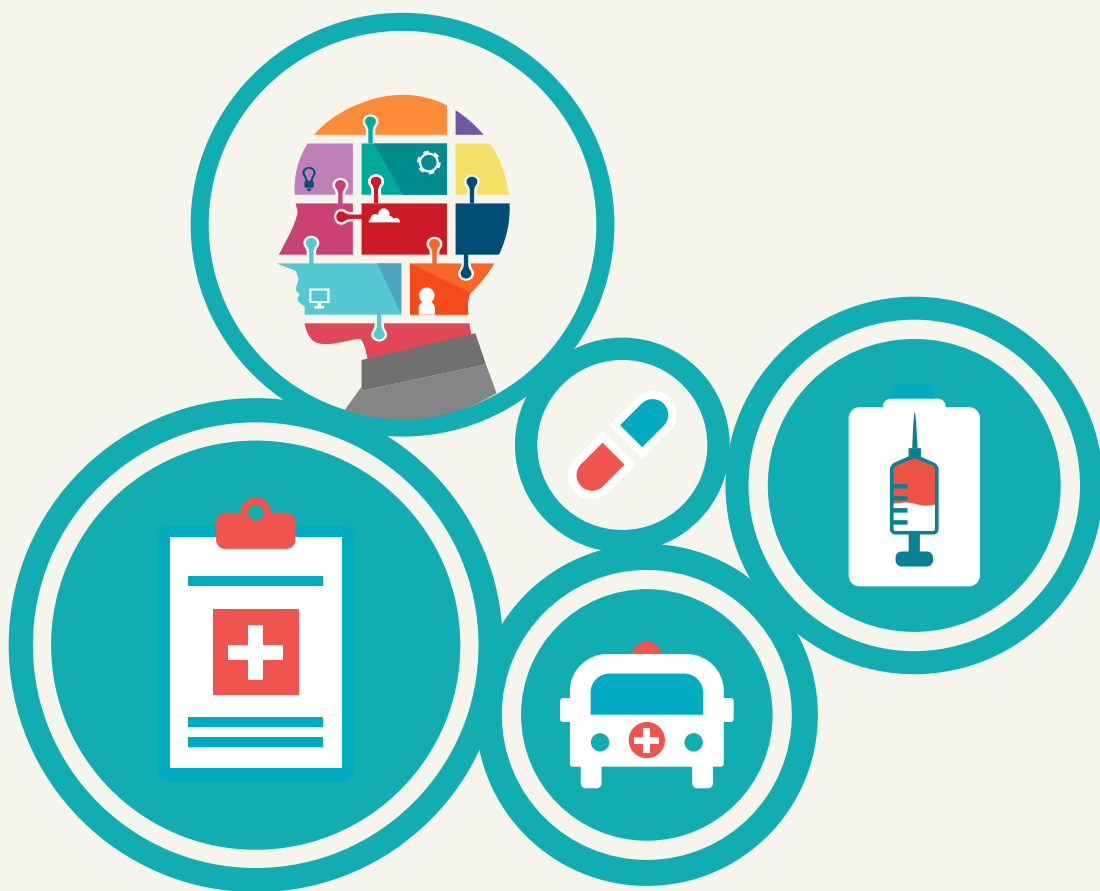
cos já se **reduziu 40%**, tendo sido transferidos para outras instituições na comunidade. Em consequência foram encerrados três dos principais hospitais psiquiátricos do país - Hospital Miguel Bombarda, Centro Psiquiátrico de Recuperação de Arnes e Hospital do Lorvão.⁶⁴

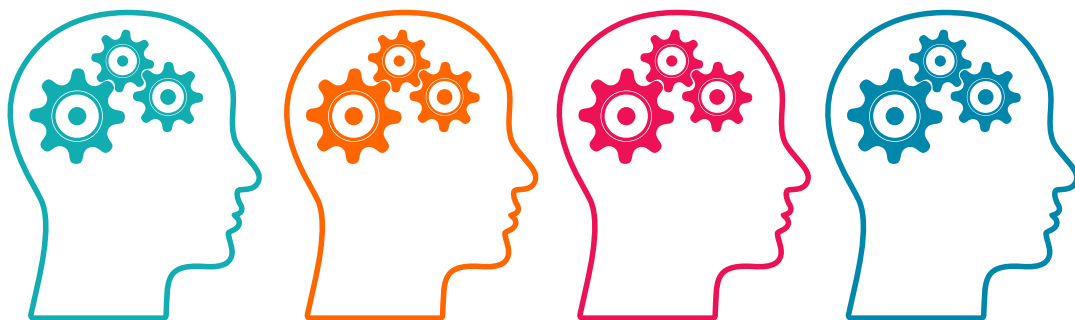
E. INTEGRAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE MENTAL NA COMUNIDADE

Graças aos esforços desenvolvidos nas últimas décadas, registaram-se alguns avanços

na integração dos serviços de prestação de cuidados na área da Saúde Mental na comunidade. No entanto, em alguns aspetos essenciais, esses avanços revelam-se insuficientes, levando à constatação que existe ainda um longo caminho a percorrer para assegurar o acesso de todos a cuidados de saúde de qualidade.

Este caminho começou a ser percorrido em 2008, aquando do desenvolvimento do Plano Nacional de Saúde Mental, elaborado pelos principais *stakeholders* da área em Portugal, levando a um progresso significativo da transição para a prestação de cuidados de saúde na comunidade.⁶⁰





Os aspetos negativos e positivos destes avanços, bem como as barreiras à sua implementação foram sintetizadas pelo relatório **Portugal Situation Analysis – 2015**⁶⁰ do programa da União Europeia **Joint Action on Mental Health And Well-Being**, apresentado em 2015. Neste relatório destacava-se a aprovação da Lei de Saúde Mental, em 1998, que permitiu avanços importantes na proteção dos direitos humanos de pessoas com perturbações mentais e colocou Portugal ao mesmo nível de outros países desenvolvidos. Com esta Lei veio também o aumento do número de parcerias com organizações não-governamentais, um contributo importante na modernização dos cuidados de Saúde Mental.⁶⁰

- 3) Implementar **estratégias para a promoção e prevenção** na área da Saúde Mental;
- 4) **Reforçar os sistemas de informação, evidência científica e investigação** na área da Saúde Mental.

O plano apresenta **indicadores e alvos para os Estados-membros** tais como um aumento de 20% na cobertura do serviço para distúrbios mentais graves e uma redução de 10% na taxa de suicídio dos países até 2020⁶⁵.

F. DESAFIOS DA SAÚDE MENTAL

Segundo o **Plano de Ação para a Saúde Mental 2013-2020 da OMS**⁶⁵, Portugal, tal como outros países, terá quatro desafios importantes na área da Saúde Mental até 2020:

- 1) **Fortalecer a liderança** e promover a gestão eficaz na área da Saúde Mental;
- 2) Prestar **serviços** de Saúde Mental e sociais abrangentes, integrados e reativos **inseridos nas comunidades**;

Lei de Saúde Mental, em 1998, permitiu avanços importantes na proteção dos direitos humanos de pessoas com perturbações mentais e colocou Portugal ao mesmo nível de outros países desenvolvidos

1. Xavier, M et al. Implementing the World Mental Health Survey Initiative in Portugal – rationale, design and fieldwork procedures. *International Journal of Mental Health Systems* 2013, 7:19. Disponível em <http://www.ijmhs.com/content/7/1/19>
2. PORTUGAL Saúde Mental em Números 2013. Programa Nacional para a Saúde Mental, 2013. Disponível em: <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-saude-mental-em-numeros-2013.aspx>
3. Preventing Suicide: a resource for non-fatal suicidal behaviour case registration. World Health Organization, 2014. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112852/1/9789241506717_eng.pdf
4. Wittchen HU et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology* 2011,21:655-679
5. Programa Nacional para a Saúde Mental. DGS, 2012. Disponível em: <https://www.dgs.pt/programas-de-saude-prioritarios.aspx>
6. Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental. 1.º Relatório.Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, 2013. Disponível em: http://www.fcm.unl.pt/main/alldoc/galeria_imagens/Relatorio_Estudo_Saude-Mental_2.pdf
7. PORTUGAL Saúde Mental em Números 2014. Programa Nacional para a Saúde Mental, 2014. Disponível em: www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-saude-mental-em-numeros-2014.aspx
8. Psiquiatria. Conceito de. Disponível em: conceito.de/psiquiatria#ixzz4GqxRpZZ2
9. Associação Brasileira de Psiquiatria (2009). Manual para a Imprensa: boas práticas de comunicação e guia para um texto claro e esclarecedor sobre doenças mentais e psiquiatria. Rio de Janeiro: ABP, 2009
10. Regulamentos das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental. Ordem dos Enfermeiros, 2010. Disponível em: www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMental_aprovadoAG20Nov2010.pdf
11. Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice. World Health Organization, 2004. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf
12. Investing in Mental Health: Evidence for Action. World Health Organization, 2013. Disponível em: apps.who.int/iris/bitstream/10665/87232/1/9789241564618_eng.pdf
13. Relatório Mundial da Saúde, Saúde Mental: nova conceção, nova esperança. Organização Mundial de Saúde, 2001, p. 53. Disponível em: www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf?ua=1
14. What Is Mental Illness?. American Psychiatric Association, 2015. Disponível em: www.psychiatry.org/patients-families/what-is-mental-illness
15. Mental disorders, fact sheet. OMS, 2016. Disponível em: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/en/
16. Practice guidelines for the treatment of patients with schizophrenia. American Psychiatric Association, 2004. Disponível em: http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/schizophrenia.pdf
17. Murray RM, Fearon P. The developmental “risk factor” model of schizophrenia. *J Psychiatr Res.* 1999 Dec;33(6):497–9 in Sobre a esquizofrenia. *Esquizofrenia* 24x7. Janssen, 2015. Disponível em: www.esquizofrenia24x7.pt/sobre-a-esquizofrenia

18. Howard R, et al. Late-onset schizophrenia and very-late-onset schizophrenia-like psychosis: an international consensus. The International Late-Onset Schizophrenia Group. *Am J Psychiatry*. 2000 Feb;157(2):172–8 in *Sobre a esquizofrenia*. Esquizofrenia 24x7. Janssen, 2015. Disponível em: www.esquizofrenia24x7.pt/sobre-a-esquizofrenia
19. Angermeyer MC, Kühn L, Goldstein JM. Gender and the course of schizophrenia: differences in treated outcomes. *Schizophr Bull*. 1990;16(2):293–307 in *Sobre a esquizofrenia*. Esquizofrenia 24x7. Janssen, 2015. Disponível em: www.esquizofrenia24x7.pt/sobre-a-esquizofrenia
20. Lieberman JA, et al. Factors influencing treatment response and outcome of first-episode schizophrenia: implications for understanding the pathophysiology of schizophrenia. *J Clin Psychiatry*. 1996;57 Suppl 9:5-9 in *Sobre a esquizofrenia*. Esquizofrenia 24x7. Janssen, 2015. Disponível em: www.esquizofrenia24x7.pt/sobre-a-esquizofrenia
21. National Institute for Clinical Excellence (NICE), National Clinical Practice Guidelines Number 82. in *Sobre a esquizofrenia*. Esquizofrenia 24x7. Janssen, 2015. Disponível em: www.esquizofrenia24x7.pt/sobre-a-esquizofrenia
22. Wyatt, R. Neuroleptics and the natural course of schizophrenia. *Schizophr Bull*. 1991; 17: 325–351 in *Sobre a esquizofrenia*. Esquizofrenia 24x7. Janssen, 2015. Disponível em: www.esquizofrenia24x7.pt/sobre-a-esquizofrenia
23. Practice Guideline For The Treatment of Patients With Major Depressive Disorder. American Psychiatric Association, 2010. Disponível em: http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/mdd.pdf
24. Depression: what you need do know. National Institute of Mental Health, 2015. Disponível em: http://www.nimh.nih.gov/health/publications/depression-what-you-need-to-know-12-2015/depression-what-you-need-to-know-pdf_151827.pdf
25. Depressão. Portal da Saúde. Serviço Nacional de Saúde, 2006. Disponível em: www2.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/ministeriosaude/saude+mental/depressao.htm?WBCMODE=
26. Depression. National Institute of Mental Health, 2013. Disponível em: http://www.nimh.nih.gov/health/publications/depression-easy-to-read/depression-trifold-new_150043.pdf
27. Practice Guideline For The Treatment of Patients With Major Depressive Disorder. American Psychiatric Association, 2010. Disponível em: http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/mdd.pdf
28. Mental disorders. OMS, 2016. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/en/>
29. Bipolar Disorder. Mental Health America. Disponível em: <http://www.mentalhealthamerica.net/conditions/bipolar-disorder>
30. Trastorno Bipolar: Lo Que Usted Necesita Saber. Mental Health America. Disponível em: www.mentalhealthamerica.net/conditions/trastorno-bipolar-lo-que-usted-necesita-saber
31. What Are Bipolar Disorders?. American Psychiatric Association, 2015. Disponível em: www.psychiatry.org/patients-families/bipolar-disorders/what-are-bipolar-disorders
32. What Are Anxiety Disorders?. American Psychiatric Association, 2015. Disponível em: www.psychiatry.org/patients-families/anxiety-disorders/what-are-anxiety-disorders
33. What Are Eating Disorders?. American Psychiatric Association, 2015. Disponível em: www.psychiatry.org/patients-families/eating-disorders/what-are-eating-disorders

34. Eating Disorders: About More Than Food. National Institutes of Health, National Institute of Mental Health, 2014. Disponível em: http://www.nimh.nih.gov/health/publications/eating-disorders-new-trifold/eating-disorders-pdf_148810.pdf
35. Anorexia. Medline Plus. U.S. National Library of Medicine, 2016. Disponível em: medlineplus.gov/ency/article/000362.htm
36. Bulimia. Medline Plus. U.S. National Library of Medicine, 2016. Disponível em: medlineplus.gov/ency/article/000341.htm
37. Practice guideline for the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder. American Psychiatric Association, 2007. Disponível em: http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/ocd.pdf
38. What Is Obsessive-Compulsive Disorder?. American Psychiatric Association, 2015. Disponível em: www.psychiatry.org/patients-families/ocd/what-is-obsessive-compulsive-disorder
39. Obsessive-Compulsive Disorder. National Institute of Mental Health, 2016. Disponível em: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/obsessive-compulsive-disorder-ocd/index.shtml>
40. What Is ADHD?. American Psychiatric Association, 2015. Disponível em: www.psychiatry.org/patients-families/adhd/what-is-adhd
41. Attention Deficit Hyperactivity Disorder. National Institute of Mental Health, 2016. Disponível em: www.nimh.nih.gov/health/topics/attention-deficit-hyperactivity-disorder-adhd/index.shtml
42. About dementia. NSH Choices Information. Department of Health (UK), 2015. Disponível em: www.nhs.uk/conditions/dementia-guide/pages/about-dementia.aspx
43. Practice guidelines for the treatment of patients with Alzheimer's disease and other dementias. American Psychiatric Association, 2007. Disponível em: http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/alzheimers.pdf
44. NINDS Dementia Information Page. National Institute of Neurological Disorders and Stroke, 2015. Disponível em: [ww.ninds.nih.gov/disorders/dementias/dementia.htm](http://www.ninds.nih.gov/disorders/dementias/dementia.htm)
45. What Are Personality Disorders?. American Psychiatric Association, 2016. Disponível em: <https://www.psychiatry.org/patients-families/personality-disorders/what-are-personality-disorders>
46. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. American Psychiatric Association, 2014. Disponível em: <http://c026204.cdn.sapo.io/1/c026204/cld-file/1426522730/6d77c9965e17b15/b37dfc58aad8cd477904b9bb2ba8a75b/obaudoeeducador/2015/DSM%20V.pdf>
47. What Is Addiction?. American Psychiatric Association, 2015. Disponível em: www.psychiatry.org/patients-families/addiction/what-is-addiction
48. Brains, and Behavior: The Science of Addiction. National Institute on Drug Abuse, 2014. Disponível em: https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/soa_2014.pdf
49. Balsa, C. et al. O Consumo de Bebidas Alcoólicas em Portugal. Prevalências e Padrões de Consumo, 2001-2007. IDT, 2011. Disponível em: http://www.sicad.pt/BK/EstatisticaInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD_ESTUDOS/Attachments/124/Monografia.pdf
50. Mello, M. L. M. de et al. Álcool e Problemas ligados ao álcool em Portugal. DGS, 2001. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/alcool-e-problemas-ligados-ao-alcool-em-portugal.aspx>

51. Global status report on alcohol and health, p. XIV. World Health Organization (WHO), 2014 ed. Disponível em: www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msb_gsr_2014_1.pdf?ua=1
52. Álcool. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, Serviço Nacional de Saúde. Disponível em: www.sicad.pt/PT/Cidadao/SubstanciasPsicoativas/Paginas/detalhe.aspx?itemId=1
53. Dependência alcoólica. Portal da Saúde. Serviço Nacional de Saúde, 2015. Disponível em: www2.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/ministeriosaude/estilos+de+vida/dependenciaalcohol.htm
54. Addiction and Health. National Institute on Drug Abuse, National Institutes of Health, Department of Health & Human Services (US). 2014. Disponível em: www.drugabuse.gov/publications/drugs-brains-behavior-science-addiction/addiction-health
55. Why do drug use disorders often co-occur with other mental illnesses?. National Institute on Drug Abuse, National Institutes of Health, Department of Health & Human Services (US). 2010. Disponível em: www.drugabuse.gov/publications/research-reports/comorbidity-addiction-other-mental-illnesses/why-do-drug-use-disorders-often-co-occur-other-men
56. Mental Health Medications. National Institute of Mental Health, Department of Health & Human Services (US), 2016. Disponível em: www.nimh.nih.gov/health/topics/mental-health-medications/index.shtml#part_149857
57. Hospitalization. Mental Health America. Disponível em: www.mentalhealthamerica.net/hospitalization
58. Electroconvulsive Therapy. National Institute of Mental Health, Department of Health & Human Services (US), 2016. Disponível em: www.nimh.nih.gov/health/topics/brain-stimulation-therapies/brain-stimulation-therapies.shtml#part_152877
59. Projeto Integra, Saúde Mental e Integração – Recomendações. Janssen, 2015 Disponível em: www.janssen.com/portugal/sites/www_janssen_com_portugal/files/recomendacoes_integra_23092015.pdf
60. Portugal Situation Analysis – 2015. Joint Action on Mental Health And Well-Being, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Lisboa, 2015. Disponível em: spgg.com.pt/UserFiles/file/23_09_15report_JA_em_PORTUGUES.pdf
61. Cuidados Continuados de Saúde e Apoio Social. Plano de Desenvolvimento da RNCCI 2016-2019. Serviço Nacional de Saúde, 2016. Disponível em: www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/02/Plano-de-desenvolvimento-da-RNCCI-2016-2019-Ofi%CC%81cial-Anexo-III.pdf
62. Plano Nacional para a Saúde Mental. Ministério da Saúde, 2012, in Acesso aos cuidados de saúde. Um direito em risco? Relatório da Primavera. Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2015. Disponível em: www.apdh.pt/relatorioprivavera2015
63. Palha A, Marques-Teixeira J: The emergence of psychiatry in Portugal: from its roots up to now. Int Rev Psychiatry; 2012 Aug;24(4):334-40
64. Acesso aos cuidados de saúde. Um direito em risco? Relatório da Primavera. Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2015. Disponível em: www.apdh.pt/relatorioprivavera2015
65. Mental Health Action Plan 2013-2020. World Health Organization, 2013. Disponível em: apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf





UMA INICIATIVA



SOCIEDADE PORTUGUESA DE
PSIQUIATRIA e
SAÚDE MENTAL

COM O APOIO

