



A.D.E.B.

www.adeb.pt

BIPOLAR

REVISTA DA ASSOCIAÇÃO DE APOIO AOS DOENTES DEPRESSIVOS E BIPOLARES N.º 66
Periodicidade: Semestral - 2.º Semestre de 2022 - Preço: 2.50€ c/iva incluído

O Relatório Mundial de Saúde Mental de 2022 e a situação em Portugal

Pag. 21



Viver com a perturbação Bipolar

Pag. 9

Catherine Zeta-Jones assume publicamente o diagnóstico da perturbação bipolar

Convocatória aos Associados para a Assembleia Geral Ordinária e eleitoral da ADEB, no dia 03 DE DEZEMBRO DE 2022, pelas 14h30, presencial, na Sede Nacional, no Fórum Florbela Espanca, AV. de Ceuta, N.º 53, lojas de F a J, 1300-125 Lisboa, subordinada à seguinte ordem de trabalhos:

Pag. 26

Das 15:00 às 16:00H: Apresentação, análise e aprovação de Programa de Ação e Orçamento para o ano 2023;
Das 16:00 às 16:30H: Apreciação do parecer do Conselho Fiscal da ADEB;
Das 17:00 às 17:30H: Clarificação, alteração e aprovação de alguns artigos dos Estatutos da ADEB.

Convidamos os associados com os seus direitos estatutários em dia, a reunirem-se em Assembleia Geral Eleitoral:

Entre as 17:30 e 18:00H: Apresentação do novo Elenco dos Corpos Gerentes, para o mandato e quadriénio dos anos 2022 a 2026;

Entre as 18:00 e 18:30H: Realização da Votação Secreta por Boletim de Voto em URNA;

Entre as 18:30 e 19:00H: Escrutínio e contagem de votos, sendo de seguida o ato de Tomada de Posse.



Volvidos um quadriênio de mandato dos atuais Corpos Gerentes da ADEB, entre os anos 2019/2022, é curial realçar que a sua dedicação, empenho e ativismo, sendo um baluarte e sustentáculo de um normal funcionamento dos objetivos e valências contempladas nos Estatutos da ADEB as quais compreendem a Reabilitação Psicossocial, (RPS), dos Grupos Psicoterapêuticos, com base nas seguintes áreas terapêuticas:

- a. Grupos Psicoeducativos
- b. Grupos Terapêuticos de Stress e Ansiedade
- c. Grupos de Prevenção de Ideação Suicida
- d. Constituição de Grupos a Autoajuda
- e. Educação para a Saúde Mental
- f. Apoio e Orientação Profissional
- g. Grupos Sócio Culturais e Recreativos

Assim, conforme Convocatória e ordem de trabalhos publicada nesta revista na página 1) e 32, vai ser realizada uma Assembleia Ordinária e Eleitoral, no próximo dia 3 Dezembro de 2022, às 14:30 horas, no Fórum Florbela Espanca nas instalações da Sede nacional da ADEB.

A ADEB implantada a nível regional com Sede Nacional em Lisboa, delegações nas regiões Norte e Centro instalado nas cidades do Porto, Coimbra e núcleos situados, a título gracioso, nas regiões do Alentejo e Algarve respetivamente Évora e Faro.

A título de balanço, em resumo, cumpre salientar a participação e contributos revelantes do representante e membro da Direção no Conselho Nacional de Saúde e Conselho Nacional de Saúde Mental, em representação e defesa do direito ao diagnóstico, ao tratamento medicamentoso, à psicoterapia, ao respeito e proteção utente,

Editorial

bem como o respeito pelos direitos humanos das pessoas com diagnóstico de doença mental em Portugal.

Quando da publicação do Plano Nacional de Saúde Mental em 2009, foram produzidos vários diplomas que continham linhas mestras legislativas inovadoras, se financiados e aplicadas, que poderiam mudar o paradigma e estabelecer uma visão e sustentação de mais e melhor saúde mental em Portugal.

Nesta sequência, foi apresentada uma proposta de Lei nº 24/XV/1ª, em apreciação foi aprovada na generalidade na Assembleia da República, em 14 de outubro de 2020, aguardando a subsequente discussão na especialidade, na Comissão de Saúde. A nova lei, a ser aprovada, vai substituir a Lei nº 36/98 [Lei de Saúde Mental].

Assim, a referida proposta, foi alvo de estudo e contributo crítico construtivo do Conselho Científico e Pedagógico, (CCP) a cargo e da responsabilidade do Presidente do Conselho Doutor José Manuel Jara, cujo diploma e cooperação de melhoria e clarificação do diploma, em apreço, vão ser publicados na Secção da Legislação no Site da ADEB, www.adeb.pt.

A ADEB é considerada a única e a maior associação de saúde mental em Portugal, tendo desde a sua fundação em 5 de Junho de 1991 registados em base de dados 5.000 filiados e uma produção de mais valias em ganhos de saúde, qualidade de vida e estabilidade de vida, conforme avaliação estudo quantitativo e qualitativo, dos últimos cinco anos, publicado no Site da ADEB.

Tendo em consideração a promoção e apoio financeiro a projetos inovadores da responsabilidade do Instituto Nacional de Reabilitação, (INR) a ADEB tem vindo a candidatar-se todos os anos com benefício de mais valias e resultados proveitosos na promoção, educação e prevenção das doenças do foro psiquiátrico e mental.

No que concerne à filiação em ins-

tituições nacionais e internacionais a Associação participa e colabora com a Fnerdm, na Gamian Europa e coopera com DEBESA -Deprecioll and Bipolar Support Allianc.

Aproveito para fazer um apelo a todos os associados a fim de participarem na vida e atos associativos de modo a apoiar e ajudar o novo elenco dos Corpos Gerentes, para o quadriênio, 2022 /2026, a conduzir os destinos e evolução proficiente da ADEB.

Delfim Augusto d' Oliveira

Sócio nº 8

Presidente da Direção da ADEB

Diretor da Revista **Bipolar**

Índice

2 - Editorial

3 - Crónica e consciência plena da missão comunitária da Direção com a colaboração da Equipa Técnica da ADEB.

5 - Relevância e Mérito dos Grupos de Ajuda Mútua

9 - Viver com a perturbação Bipolar

I - Contribuição para uma apreciação da nova "Lei de Saúde Mental"

14 - Reconhecer e Intervir numa recaída na Perturbação Bipolar

15 - A importância das enfermeiras(os) psiquiátricas(os) no desenvolvimento da saúde mental

17 - Pandemia de covid-19 Desafios para a saúde dos Portugueses

Biopsicossocial /Estimulação Cognitiva e seus contributos para uma plena inclusão

21 - O Relatório Mundial de Saúde Mental de 2022 e a situação em Portugal

24 - XVI Congresso Nacional de Psiquiatria

25 - POESIA

26 - Convocatória AGO, Eleitoral e alterações parciais dos Estatutos da ADEB.

A ADEB inclui neste número da Revista Bipolar a acessibilidade das imagens a pessoas cegas.

SÍNTESE DO ESTATUTO EDITORIAL

- Editoriais temáticos;
- Publicação de documentos técnicos e científicos sobre as doenças mentais em geral, e em especial sobre a doença Unipolar e Bipolar;
- Informação pedagógica de modo a contribuir para a Reabilitação, Educação e Prevenção daqueles que sofrem da doença Unipolar e Bipolar;
- Entrevistas, artigos de opinião;
- Divulgação e testemunho de pacientes e familiares;
- Relatório das atividades sociais desenvolvidas pela ADEB;
- Consultório jurídico abrangendo todos os ramos do Direito;
- Espaço para divulgação das potencialidades dos associados no campo cultural, recreativo e social;

DIVULGUE A REVISTA BIPOLAR

O respeito das regras do Novo Acordo Ortográfico nesta obra foi decidido por cada um dos seus autores.

Crónica e consciência plena da missão comunitária da Direção com a colaboração da Equipa Técnica da ADEB.

Delfim Augusto d'Oliveira

Presidente da Direção da ADEB

Cumprе salientar que a direção e o mandato dos Corpos Gerentes da ADEB, entre 2019/2022, na condução das políticas, missão e valores consignados nos Estatutos das IPSS's e Estatutos da ADEB.

Nesta sequência, apraz apresentar um balanço, síntese, infra sobre a implementação das principais valências que os Estatutos da ADEB, consagram, bem como os compromissos com as tutelas: -Ministério da Saúde, (M.S.) e Ministério do Trabalho e Solidariedade Social, (MTSS)

Nesta conformidade a Direção da ADEB, atualmente, em exercício ativo, decidiu despertar consciências, promover a autocrítica construtiva, a lealdade institucional, e dedicação plena, no desempenho profícuo da Equipa da ADEB, a fim de inovar, perseverar, implementar e elevar a matriz comunitária, a pirâmide de valores políticos, com fins de saúde e sociais, no respeito e compreensão dos objetivos estatutários e valências, tendo em vista evitar a degradação e derrocada da primordial e principal missão e objetivos plasmados nos Estatutos da ADEB.

A ADEB foi constituída no ano de 1991, por um núcleo de associados na sua maioria com o diagnóstico da doença Unipolar e Bipolar, seus familiares e técnicos da área da saúde mental.

A fonte de inspiração filosófica e técnica para constituição da Associação teve como suporte a **DBSA-Depression and Bipolar Support Alliance**, a qual tem como objetivos a constituição e dinamização de Grupos de Ajuda Mútua, (GAM) cujos princípios, regulamentos e normas foram adaptados e aplicados à nossa

realidade e necessidades dos associados da ADEB.

Os GAM são um dos mais significativos movimentos sociais contemporâneos, em grande expansão, radicados no fato de serem constituídos e coordenados pelos próprios utentes e assessorados por Técnicos de Reabilitação Psicossocial, (TRPS), revelando-se a sua riqueza numa abordagem inovadora dos problemas de saúde mental. A sua implementação tem sido uma forma terapêutica inovadora, positiva e solidária entre pares, que tem como objetivo a ajuda mútua, a partilha de saberes.

Quando da constituição da valência dos Grupos de Ajuda Mútua, (GAM) em 1991, tem vindo a haver uma grande adesão e participação de associados em estado de incapacidade social ligeira ou moderada, aos quais tem sido proporcionado obter mais ganhos de saúde, qualidade de vida e mais autonomia.

Tendo em consideração os efeitos positivos dos GAM no que toca, à estabilidade física e psíquica, à elevação de conhecimen-

tos da doença, à estabilidade pessoal, familiar e social.

Ao longo dos 32 anos de intervenção e desenvolvimento dos GAM, os mesmos são compostos por três Acordos de Cooperação estabelecidos e afetos a três centros regionais a seguir identificados:

1. Acordos de Cooperação e Projetos Cofinanciados, tendo como existência os seguintes Acordos de Cooperação estabelecidos com os seguintes Centros Regionais de Segurança Social:

1.1. *Acordo de Cooperação, atípico, celebrado com o CRSS de Lisboa, no âmbito da Sede Nacional da ADEB, a vigorar desde 30 de setembro de 1998, o qual foi alvo de renovação no 2º semestre de 2004, passando a abranger 75 associados em Grupos de Ajuda Mútua, (GAM).*

1.2. *Acordo de Cooperação, atípico, celebrado com o CDSS do Porto, no âmbito da Região Norte da ADEB, a vigorar desde 1 de outubro de 2004, abrangendo 50 associados em Grupos de Ajuda Mútua, (GAM).*



Descrição: Grupo de jovens a definir estratégias na área da saúde mental.

1.3. *Acordo de Cooperação, celebrado ao abrigo do Despacho Conjunto, nº 407/98, entre o CRSS de Coimbra e a Delegação da Região Centro da ADEB, a vigorar desde 1 de outubro de 2006, contemplando 40 associados em Fórum Sócio Ocupacional, FSO).*

2. Tendo em conta as experiências e resultados obtidos no funcionamento dos Grupos de Ajuda Mútua, (GAM) desde 1991, integrando até hoje centenas de pacientes/associados, a quem foi proporcionado uma troca de experiências e saberes a fim de prevenir recidivas, cumprir com a prescrição medicamentosa, respeitar os ciclos de repouso e sono, abster-se do consumo de álcool e psicotrópicos, efetuar uma alimentação saudável.

2.1. A implementação e disponibilidade a nível regional a todas as pessoas da valência de GAM, com diagnóstico das patologias Unipolar, Bipolar e seus familiares, é uma forma de contribuir para elevar autoconsciência, autoestima e promoção de mais e melhor saúde pública e saúde mental em Portugal.

2.2. Fazendo um balanço retrospectivo, estima-se que o número de participantes ao longo dos anos de instalação e funcionamento dos GAM, ou seja, o número de participantes durante 23 anos na Sede em Lisboa; 23 anos x 75 utentes = 1.725 número de presenças em GAM, na Região Norte da ADEB, cidade do Porto durante 17 anos x 50 utentes = 850, no que respeita à Região Centro da ADEB, em Coimbra, durante 15 anos x 40 utentes = 600 em Fórum Sócio Ocupacional (FSO).

2.3. Tendo em conta que globalmente durante 23 anos de vigência dos Acordos de Cooperação com o Instituto de Segurança Social, IP, participaram na sua maioria após alta psiquiátrica cerca de 3.175 utentes/associa-

dos da ADEB, os quais lhes foi proporcionado um reduto efetivo, que contribuiu para a desinstitucionalização e a redução do tempo de internamento e os respetivos custos pelo Ministério da Saúde, tendo por base as seguintes manifestações de boa vontade, disciplina e necessidade de frequentar uma Valência importante de ajuda mútua, baseada na terapia de saúde e social, proporcionou e ajudou muitas pessoas a obterem o conhecimento e o autocuidado, a prevenção e a estabilidade das patologias Unipolar e Bipolar e Ansiosas:

a). Tendo em conta que as valências de GAM e Educação e Prevenção da Doença Unipolar e Bipolar, são as mais proeminentes e frequentadas por dezenas de associados nos anos 90 a 2000, o tempo e espaço disponível permita-lhes partilhar experiências e saberes, promover os cuidados sobre a doença Unipolar e Bipolar, a prevenir recidivas respeitar a posologia da medicação e ainda cuidados sobre a higiene do sono e alimentação.

b). Tendo em conta os benefícios que os Grupos de Autoajuda, proporcionam às pessoas e os conhecimentos obtidos, complementarmente ao acompanhamento médico psiquiátrico e psicológico, entre muitos testemunhos de vária ordem e matriz, saliento dois dos mais primordiais benefícios na área da saúde e social vividos pelas pessoas diagnosticadas, pela primeira vez, as patologias unipolar e bipolar a seguir identificados:

i). *Na década de 90 só existia uma Associação em Portugal, cujos dirigentes com experiência e saberes sobre as patologias, acolham, apoiavam e esclareciam, organizavam as pessoas em GAM;*

ii) *Pessoas diagnosticadas quando procuravam a Associação, em quadros clínicos, moderada ou graves, uma grande percentagem quando recorria à Associação, já se encontrava a ser acompanhada nos cuidados saúde primários ou nas especialidades de psiquiatria, onde obtinham um diagnóstico e tratamento medicamentoso ou psicoterapêutico das patologias Bipolar, a quem na maioria dos casos era caracterizada uma doença crónica, sem explicação científica e sem cura, a maioria ficava revoltada e inconformada, contudo predispunham-se integrar e participar nos GAM, aprendiam a obter mais saberes, consciência e cuidados a ter, no dia a dia, sobre a Doença Bipolar;*

iii). *Existem cientistas comunitários que, após vários estudos comparativos realizados, demonstram que a terapia grupal é uma das valências mais proeminentes e positivas na Reabilitação Psicossocial e na estabilização da Psicossocial.*

2.4. Fazendo um balanço e estimativa sobre os resultados em termos de contributo para saúde pública, ganhos de saúde para os pacientes e estabilidade e suporte para os familiares a valência de GAM, proporciona a Diminuição das Crises; Diminuição de Baixa por Doença; Diminuição de Internamento Psiquiátricos; Diminuição de Risco de Suicídio e Integração Sócio Laboral.

3. As valências de GAM e F.S.O. são uma mais valia na promoção e prevenção da saúde pública e com grande reflexo positivo das pessoas com diagnóstico de doença mental na integração, familiar, profissional e social.

3.1. A educação e compreensão de doença Unipolar e Bipolar, as estratégias pessoais para prevenção das recidivas e a constância e gestão profícuo

do humor e sentimentos é a forma mais segura a fim de usufruírem com maior segurança a caminho de uma vida equilibrada e produtiva.

3.2. Um grande número de pessoas quando aparecem os primeiros sintomas de instabilidade psicológica ou psiquiátrica menosprezam

recorrer ao seu médico de família, psiquiatra ou psicólogo, de modo a prevenir e conterem a evolução e agravamento da patologia, a fim de obterem, um diagnóstico especializado e uma medicação adequada.

3.3. A ADEB ao longo de **32 anos** contribuiu para que milha-

res de utentes/associados obtivessem **mais ganhos de saúde, qualidade de vida e autonomia.**

Por esta razão a Associação, tornou-se ao longo dos anos na maior instituição de saúde mental, no apoio e ajuda às pessoas com as perturbações de humor, em Portugal...

Relevância e Mérito dos Grupos de Ajuda Mútua

Sérgio Paixão

Psicólogo Clínico

Diretor Técnico da Valência de Grupos de Ajuda Mútua

Uma bandeira da ADEB pela Saúde Mental

A “confiança e a ajuda mútua”, a “solidariedade”, a “simpatia e a empatia”, a “partilha de vivências e saberes”, “de sentimentos”, as “partilhas sem estigma algum”, o “sentimento de pertença”, a “partilha de estratégias para lidar com as adversidades da doença” são algumas das características atribuídas aos Grupos de Ajuda Mútua, GAM, por quem neles participa, ou seja, pessoas com diagnóstico de Perturbação de Humor – Perturbação Bipolar, Perturbação Unipolar – ou seus familiares.

O início da formação dos GAM praticamente confunde-se com o início da ADEB, em 1991, assim como as necessidades que motivaram a sua formação: a criação de um espaço de encontro para promover, em entreajuda, os direitos e a saúde mental de quem tem um diagnóstico de Perturbação de Humor. Nessa altura havia um menor conhecimento sobre estas doenças e o seu tratamento, assim como uma fraca divulgação que, ao acontecer, era muitas vezes carregada de preconceitos disseminados por um dramatismo gerador de um forte estigma, criador de tabus, um elefante na sala, o que concebia um ambien-

te propício ao isolamento social para quem tinha este diagnóstico. Para além disso, havia uma maior escassez de recursos na sociedade para o tratamento da doença e sua reabilitação, com vista a uma (re)integração plena e não apenas uma integração social com base numa identidade de doente.

Atualmente verificamos ter havido conquistas, ainda à conquista da equidade, reconhecendo a doença sem que isso despersonalize de quem dela sofre. A ADEB é uma das instituições que tem tido como missão lutar por essas conquistas, começando inicialmente numa garagem de um dos seus sócios fundadores, para ter atualmente um âmbito

de atuação a nível nacional. Surgindo como um espaço de ensaio ao combate do estigma – quer pessoal, familiar, laboral, social ou político – e para diminuir o isolamento social, esta associação nasce por iniciativa do Dr. José Manuel Jara que ao longo dos anos motivou sócios como o Sr. Delfim Oliveira, atual Presidente da Direção, e o Sr. Carlos Malheiro¹, entre muitos outros, a construir, juntamente com os técnicos, uma história de associativismo com um papel ativo na saúde mental em Portugal – um crescimento sustentado pela promoção da prevenção da doença mental, nomeadamente as Perturbações Bipolar e Unipolar.



Descrição: Grupo de jovens a participarem em grupos de ajuda mutua.

¹ Anterior presidente da Direção da ADEB, que teve um papel ativo, juntamente com o Sr. Delfim Oliveira, na luta dos direitos das pessoas com diagnóstico de Perturbação Bipolar ou Unipolar

Assim surgem os grupos de ajuda mútua, enquadrados no projeto da ADEB, que procuram ser um local de encontro e partilhas sem a carga do julgamento crítico baseado em preconceitos e estereótipos, dando lugar à aceitação para uma responsabilidade e liberdade com vista à realização pessoal e saúde mental dos seus participantes.

A formação destes grupos encontra na literatura científica e nossa experiência clínica, um potencializador dos resultados terapêuticos. Os grupos realizados na ADEB podem ser descritos em consonância com Minicucci (1987, cit. por Guerra, M. & Lima, L., 2005) como um conjunto de pessoas interdependentes na tentativa de realização de objetivos comuns e, que visam um relacionamento interpessoal satisfatório. Para além disso, estes grupos apresentam características próprias: a necessidade de os seus elementos não se sentirem sós e únicos nos seus problemas, surgindo a necessidade de uma partilha num contexto de compaixão e compreensão à procura de soluções em conjunto e ajuda mútua.

É esta partilha que define os GAM. Uma partilha de questões e vivências associadas à doença e o seu impacto na vida e no quotidiano, problemas e preocupações, assim como alegrias e conquistas e, também, sobre questões da vida amorosa, familiar e profissional. Uma partilha num encontro de pessoas com histórias de vida tão diferentes, onde a habitual diferença tão marcada e estigmatizada noutros contextos, é aqui um fator comum que aproxima e permite criar relações de proximidade facilitando a coesão grupal.

Os GAM surgem como que simbolizando a bandeira içada do reduto psicoafectivo que a ADEB tem procurado ser ao longo destes anos.

Como funcionam os GAM

Os GAM são formados preferencialmente por cerca de 6 a 8 pessoas com o mesmo diagnóstico. Na ADEB existem grupos a funcionar para pessoas com um diagnóstico de Perturbação Bipolar, outros para quem tem um diagnóstico de Perturbação Unipolar (Depressões recorrentes) e outros para seus familiares. As sessões destes grupos têm uma duração de 1h30 a 2h00, com uma frequência quinzenal.

Para participar nos GAM, inicialmente ocorre uma sessão individual com um dos técnicos da ADEB, para o associado se inteirar dos objetivos e regulamento dos grupos, tal como, ter oportunidade de colocar as suas questões e expectativas em relação aos mesmos. Deste modo, pretende-se que seja capaz de tomar uma decisão consciente para aderir e integrar os GAM.

Ainda antes de integrar os GAM é normalmente aconselhado a participação num dos Grupos Psicoterapêuticos da ADEB: Grupo Psicoeducativo, Grupo Terapêutico de Stress e Ansiedade e/ou Grupo de Prevenção de Ideação e Comportamento Suicida, consoante as necessidades manifestas e avaliadas em consulta. No âmbito do processo de Reabilitação Psicossocial e complementarmente aos grupos, pode haver necessidade de um acompanhamento psicológico.

Os GAM são classificados como grupos abertos, uma vez que os associados podem ser inseridos em grupos que já estejam em funcionamento. Quando tal acontece, o técnico da ADEB responsável pelo grupo irá acompanhar o processo de integração em colaboração com o coordenador do grupo.

No início da formação de um novo grupo estará sempre pre-



Descrição: Grupo de ajuda mutua a partilharem e a conviverem.

sente um técnico da ADEB, que desempenha o papel de coordenador do grupo. Quando o grupo tiver a sua dinâmica constituída é eleito um coordenador e um vice-coordenador entre os elementos do grupo. Dessa forma o grupo passa a conquistar uma autonomia, em que o técnico poderá passar a não estar presente, ficando com um papel de cooperação com os coordenadores do grupo e restantes elementos do grupo em prol do seu bom funcionamento. Deste modo, o Coordenador assume um papel facilitador, estimulando e promovendo a partilha entre todos os elementos do grupo, proporcionando a reflexão e a clarificação, assim como procurando estabelecer e manter um ambiente de confiança. O Coordenador apresenta uma comunicação facilitada por alguém com experiência e conhecedor da doença e dos grupos de ajuda mútua, assim como está familiarizado com os princípios e valores que norteiam a ADEB. É reconhecido como um igual, pois é um membro participante no grupo: não responsável pelo grupo, mas responsável para com o grupo, tal como referia Carl Rogers (1970). Deste modo, pretende-se promover a liberdade de que o grupo necessita para uma atitude responsável de todos os seus participantes. Assim, e assente nos pressupostos de modelo de psicologia humanista, pretende-se que nos GAM haja uma promoção de uma dinâmica baseada na autenticidade, congruência, facilitada pela empatia, aceitação e apoio incondicional.

De um modo geral, podemos referir que os objetivos dos grupos de ajuda mútua são: o apoio emocional e criação de uma rede de suporte entre os seus elementos; a promoção da partilha de experiências e saberes associados à doença e relações interpessoais de entreaajuda capazes de diminuir o isolamento social; o combate ao estigma; a aquisição e reforço de atitudes positivas face a uma integração social em diferentes contextos: família,

amigos, trabalho, comunidade; a facilitação da expressão de sentimentos, emoções e pensamentos associados à doença; melhorar a compreensão acerca da doença e o autoconhecimento; partilha de estratégias e entreaajuda na prevenção dos episódios da doença; promover a capacidade em pedir ajuda, reconhecendo os sinais e sintomas da doença; definir e identificar as estratégias para superar as adversidades; promover a saúde mental dos seus participantes.

Quem tem um diagnóstico de Perturbação Bipolar ou Perturbação Unipolar pode, em algumas fases da sua vida, ter longos períodos em que a doença se manifesta com maior severidade e sentimento de solidão. A nível relacional, isso representa uma vivência com poucas interações sociais, o que condiciona negativamente o desenvolvimento de competências sociais, em particular se ocorrer em certos períodos da vida, considerados mais importantes para o desenvolvimento destas competências, nomeadamente na adolescência e início da idade adulta. Como consequência verifica-se que, em muitas pessoas, mesmo após a estabilidade da doença, se mantêm as dificuldades a nível das relações interpessoais, o que dificulta o estabelecer de relações de maior intimidade e, também, a integração em diferentes grupos.

Em consequência pode gerar-se um isolamento social que é uma das características que mais agrava os sintomas da doença e dificulta a reabilitação psicossocial. O isolamento e a solidão como que potencializam a angústia e o medo da perda das capacidades para se comprometer a viver em prol de um existir adotado. O isolamento não permite desconstruir os estereótipos associados à doença, ficando-se por uma observação autocentrada de pensamentos negativos acerca de si, dos outros e do futuro. É neste drama que se edificam medos, barreiras e complexos de inferioridade, levando a fugas pouco

adaptativas ou destrutivas. Quando assim é estamos perante uma espiral não-adaptativa em que o sentimento de incompreensão e o estigma acentuam o isolamento social.

Perante esta necessidade, e a par de outras intervenções terapêuticas, a participação nos grupos tem um papel muito importante a nível terapêutico. Muitas vezes, representa, a primeira oportunidade, após longo período de isolamento, que a pessoa tem para estar em grupo e “sentir-se” acompanhada e integrada. Assim, os grupos, tal como Yalom (2006) refere, são uma excelente possibilidade para “quebrar” a espiral não-adaptativa através da promoção de competências interpessoais e sociais.

Quando o grupo está formado com a sua própria dinâmica, uma das características fundamentais para se potencializar os resultados positivos no grupo, tal como Yalom (2006) refere, é a Coesão entre os seus elementos. A coesão grupal pode surgir naturalmente entre os seus elementos logo na formação do grupo devido ao fator comum que partilham, ou seja o diagnóstico de uma doença mental, sendo que é nas fases mais avançadas que a coesão se torna a força motriz do grupo, essencialmente quando as pessoas exprimem sentimentos de uma forma autêntica ou “estados de alma”, mesmo em momentos de maior vulnerabilidade, com base na confiança no grupo. Yalom (2006), enfatiza que quando existe coesão do grupo, verifica-se um maior sentimento de segurança e pertença, o que reforça, de modo positivo, a opinião que os membros possuem acerca de si próprios.

Para além da coesão entre os elementos do grupo, existem outros fatores que irão funcionar para o desenvolvimento do grupo, como a homogeneidade dos seus elementos, ao nível das suas características sociodemográficas, atitudes e valores, assim como a partilha de interesses semelhantes. Verificamos que quando são

evidenciados estes fatores homogêneos a coesão de grupo é fortalecida. Por exemplo, atualmente existe um grupo a funcionar em que os seus elementos para além de terem um diagnóstico de uma Perturbação Bipolar em comum, têm ainda o facto de pertencerem à mesma faixa etária. Neste grupo, que tem como nome “Azul em Chamas”, todos os elementos são jovens adultos com um diagnóstico de Perturbação Bipolar, beneficiando assim de terem questões semelhantes associadas ao seu diagnóstico e idade.

Podemos acrescentar ainda que estes grupos permitem aos seus elementos darem também um sentido de utilidade à sua experiência de sofrimento perante a doença, possibilitando que possam ser úteis uns para os outros. Quanto mais o grupo permitir às pessoas, através das experiências relacionais, o aumento da sua autoestima, mais efetivo o grupo será a nível terapêutico (Yalom, 2006). Sendo que o contexto de entreajuda beneficia o aumento da autoestima, na medida que a autoestima também se percebe pela importância e utilidade que se tem para outras pessoas.

Os grupos acabam por facilitar e potencializar o processo de aceitação do diagnóstico. De referir que aceitar o diagnóstico não significa aceitar o estigma que lhe está associado, ou seja, torna-se um processo de desmistificação de mitos e preconceitos. O aceitar o diagnóstico não significa ficar com o rótulo e o papel de doente. O aceitar o diagnóstico, refere-se

ao reconhecimento da problemática e permite o querer ter um papel pró-ativo no tratamento, de forma a minimizar o impacto da doença, e dessa forma, ter saúde para viver de acordo com a sua essência.

Considerando, tal como Yalom (2006), que as dificuldades de quem procura ajuda em saúde mental, se referem essencialmente a dificuldades de estabelecer e manter relacionamentos interpessoais significativos e manter a autoestima, compreendemos a importância dos grupos realizados na ADEB no âmbito do tratamento da Perturbação Bipolar e Perturbação Unipolar.

Em grupo e na relação com os outros, podemos encontrar a motivação de um reencontro com o nosso lado saudável ao aceitarmos as nossas diferenças através de um contexto não estigmatizan-

te, substituindo sentimentos de culpa ou estranheza por uma força envolvida em esperança que ganha diferentes formas para se ajustar às necessidades de cada um: podendo ser conforto, motivação, coragem ou força para viver. Uma esperança assente num reajuste de expectativas com base no conhecimento e partilhas dos elementos do grupo.

Sérgio Paixão, Psicólogo Clínico
Diretor Técnico da Valência de Grupos de Ajuda Mútua
sergiopaixao@dadeb.pt

Bibliografia

- Guerra, M. & Lima, L. (2005). *Intervenção Psicológica em Grupos em Contexto de Saúde*. Climepsi Editores
- Rogers, C. (1970). *Grupos de Encontro*. Martins Fontes Editora, 8ª Ed
- Yalom, I. e Leszcz, M. (2006): “*Psicoterapia de Grupo - Teoria e prática*”. Artmed Editora, 5ª Ed



Descrição: Um grupo de pessoas a falarem



Descrição: Grupo de pessoas a partilharem a troca de experiências e saberes.

Viver com a Perturbação Bipolar

Catarina Maia

Psicóloga Estagiária | DRN ADEB

Baseado no Capítulo 20 do livro

“Perturbação Bipolar: guia para doentes e suas famílias”

Introdução

Cada pessoa é diferente. Não existe uma abordagem de tratamento ou medicação para a perturbação bipolar que funcione para todos. Os sintomas da doença de uma pessoa em particular são tão únicos quanto o indivíduo e o tratamento. Este deve ser cuidadosamente individualizado para cada paciente e padrão de sintoma específico.

No entanto, existe um conjunto de abordagens e conselhos que serão sempre úteis.

Enfrentar e aceitar a doença

Não existe cura para a perturbação bipolar. Sendo esta, uma doença cujos sintomas voltam inevitável e repetidamente, para sofrimento dos que vivem com ela.

Dito isto, e tendo em conside-

ração que este é o conselho mais valioso que se pode dar, existe uma grande possibilidade de tratamento e controlo, cuja pessoa portadora da perturbação terá um papel rigoroso na obtenção do tratamento necessário e na sua observação. Falemos por exemplo de stress. Este fator, pode até desempenhar um papel na causa de um episódio de perturbação bipolar, embora não seja a causa. O stress não torna as pessoas maníacas nem as precipita numa depressão maior a menos que já tenham uma perturbação bipolar. O excesso de bebida ou a falta de sono são todos fatores que o indivíduo que sofre de perturbação bipolar usa de forma consciente ou inconscientemente para explicar os seus sintomas. A fase de negação e raiva em relação à doença podem durar muito tempo, mas é uma fase muito comum e extremamente compreensível, e se este momento for ultrapassado, é assinalado um ponto de viragem na sua recuperação.

Na perturbação Bipolar, o portador da doença é quem, na verdade, determina até que ponto qualquer tratamento irá resultar, uma vez que, será este a decidir exatamente o que irá ou não fazer, por exemplo:

- ⇒ O doente é que decide se toma todas as doses de medicação, ou apenas 90%, ou 50%.
- ⇒ O doente é que decide quando e se analisa o seu sangue, para determinar o nível sanguíneo de lítio ou valproato.
- ⇒ O doente é que estipula



Descrição: Atriz de cinema inglesa Vivien Leigh, nascida em 1913 com a qual reconheceu sofrer da doença Bipolar.

quantas vezes vai ao médico ou ao psicólogo.

O caminho mais fácil será sempre depois de uma crise, aos poucos, deixar o tratamento e convencer-se de que não existem consequências ao deixar passar um dia ou dois de medicação, passar uma noite sem dormir ou beber mais uma ou duas bebidas alcoólicas. No entanto, tomar todas estas decisões, é virar as costas à doença em vez de enfrentá-la, quando isto acontece, o êxito do tratamento é posto em causa. Então, assumir o compromisso total do tratamento traduz-se em:

1. Atividade e não passividade na formulação do plano de tratamento, em conjunto com aqueles que o apoiam;
2. Assumir a implementação do tratamento em 100% do tempo;
3. Tomar a decisão de fazer tudo o que puder para assumir o controlo desta doença em vez de ser controlado por ela.

Aqui surge uma pergunta extremamente relevante: **É possível estar constantemente alerta?** Na verdade, aceitar e enfrentar esta doença significa fazer o que for preciso para se manter o mais saudável possível. E isso inclui, observar o tratamento, ser honesto e aberto com os médicos. Também significa mais autodisciplina e contenção do que pode estar habituado, inclui também, algumas mudanças no estilo de vida.

Prática da higiene do humor

Higiene, ou a ciência da higiene, é a ciência de criar e manter a saúde – distinta do tratamento da doença – e diz respeito às condições e práticas que levam a um estado saudável. Ou seja, são os hábitos e práticas que promovem um bom controlo dos sintomas do humor na doença, questões como: o controlo do stress e o estilo de vida regulado são extremamente significativas.

Na maioria das vezes, os pri-

meiros episódios na perturbação bipolar, estão ligados a situações de stress, no entanto, depois de vários episódios, é mais provável que estes apareçam sem razão aparente. O termo para designar este fenómeno chama-se kindling da perturbação bipolar, este fenómeno pode ocorrer de diferentes formas:

1. Às vezes, os doentes manifestam mais episódios de humor desencadeados pelo ambiente no princípio da evolução da sua doença e, mais tarde, mais episódios espontâneos;
2. Às vezes, os doentes manifestam uma aceleração da doença à medida que envelhecem, com episódios mais frequentes à medida que o tempo passa;
3. Os episódios de humor tornam os doentes mais propícios ao stress e com maiores probabilidades de recaídas do que estariam de outra forma.

Assim, uma das bases da higiene de humor tem de ser a prevenção de recaídas, e, neste campo, a medicação é a ferramenta mais importante na prevenção. Seguimos com o segundo elemento nas práticas de higiene do humor, o controlo do stress e do conflito. Na maioria das vezes é impossível controlar quando e como o stress aparece, podemos sim, controlar a forma como lidamos com este. Aqui, falamos da terapia, na medida em que uma atenção séria e rigorosa a todas as origens de stress é fundamental. No início, depois do diagnóstico poderá ser difícil lidar com outros problemas, no entanto algum tempo depois, quando os sintomas estiverem mais controlados, nessa altura é fundamental ter acesso a uma ajuda especializada.

O momento do diagnóstico

O momento do diagnóstico da Perturbação Bipolar pode não ser apropriado para lidar com outros problemas persistentes

e crônicos. No entanto, alguns meses depois, quando é atingido um certo equilíbrio, será uma boa oportunidade para analisar seriamente a situação e procurar ajuda especializada. Equilíbrio não significa um processo que pode ser descrito em poucos parágrafos ou resumido em listas de “o que fazer e o que não fazer”, pelo contrário, quer dizer pesquisas sérias e mudanças substanciais. A atenção dada às “grandes coisas” não invalida o esquecimento dos detalhes da vida quotidiana, a higiene do humor é também estruturar a vida (exemplo: definir e manter uma agenda pessoal, onde conste uma hora certa para dormir e para acordar toda a semana).

Isto leva-nos à questão sobre o sono. Um bom sono é influenciado por vários fatores do estilo de vida:

- Cortar bebidas com cafeína (pelo menos não beber depois do meio-dia);
- Evitar refeições fortes ao final do dia;
- Tornar a prática de exercício físico regular, parte da semana e não apenas quando “tem tempo” (com benefícios para o sono, a pressão arterial);
- Não deixar as coisas para o último momento, eliminando os adiamentos como forma de eliminar o stress;
- Quanto menos álcool melhor;
- Criar um registo do estado de humor, ou um gráfico de humor que pode surgir de variadas formas, como um diário ou até o simples anotar diariamente o seu estado de humor através de uma escala de 1 a 10 (esta escala deveria ser feita todos os dias à mesma hora), na agenda, no telemóvel ou computador. Este registo fornece-lhe uma informação fulcral no que diz respeito à eficácia da medicação e a identificar evoluções de episódios

depressivos ou hipomaníacos precocemente.

Em especial, na Perturbação Bipolar, essa regularização da vida pode ser difícil e aborrecida, no entanto a consciência de que reguladores externos como a regularidade do sono e uma organização do tempo são fatores fundamentais para a estabilidade do humor.

Construir o seu próprio sistema de apoio

Para qualquer pessoa, é importante ter um grupo de apoiantes, assim, as pessoas que sofrem de perturbação bipolar não fogem à regra. Podemos desta-

car aqui a família e os amigos como talvez os elementos mais importantes do grupo e alguém de confiança pode ser um observador objetivo das alterações de humor, quando falamos sobre a doença bipolar. O debate por que a maioria das pessoas com diagnóstico de perturbação bipolar da dificuldade em entender quais são, ou não, as alterações normais de humor, pode ser ajudado pelo médico e pelo psicólogo. Para além disso, alguém que seja próximo, neste caso, mais próximo de casa do que um profissional, como um amigo chegado ou um membro da família, será uma ajuda preciosa para

notar alterações persistentes do humor, e que consiga comunicá-lo de forma calma, escolher esta pessoa, e dar-lhe permissão para ser às vezes dura consigo é muito importante.

A quem devemos falar sobre o diagnóstico?

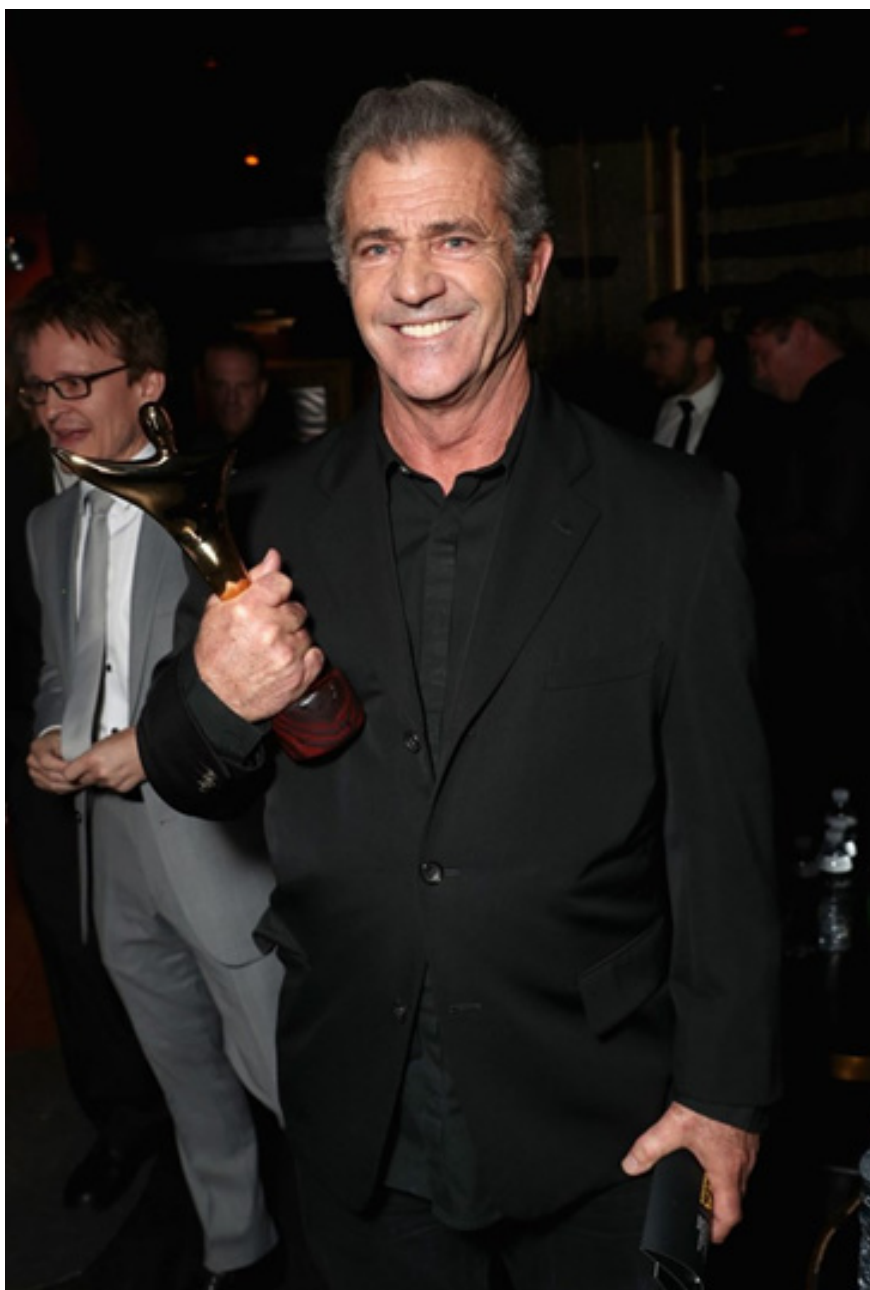
Devemos discutir este diagnóstico com pessoas que precisem de saber e a pessoas que podem e querem ajudar.

“Precisem de saber”, são pessoas como o médico de família, todos os médicos assistentes e todo o técnico de saúde em situação de prescrever medicamentos.

E com o patrão? Se por exemplo, no plano de seguro de saúde ou outras regalias for necessário revelar quaisquer condições de tratamento, aí terá que revelar o seu diagnóstico. Outro ponto é que revelar a doença desde cedo poderá evitar problemas no futuro. No entanto, e mesmo os empregadores estejam proibidos legalmente de discriminar pessoas com problemas, eles podem sim tornar a vida no trabalho mais complicada. Nessa situação, o melhor que pode fazer é sair do ambiente tóxico e procurar outro local em que seja respeitado.

Em relação aos pares e colegas de trabalho, quando constatar que está a partilhar a sua doença para receber privilégios ou simpatia, pare, não existe melhor maneira de atrair conflito no trabalho do que assim. O resultado dessa situação é manipular um sistema de apoio, não construí-lo.

Por outro lado, destacam-se os grupos de apoio que reúnem pessoas que partilham do mesmo problema e aprendem uns com os outros, sobre maneiras de lidar melhor consigo próprio, situações como as referidas acima, nestes grupos existe a oportunidade de perguntar a outra pessoa que sofre da mesma doença como é que ela contou ao patrão sobre a mesma.



Descrição: Produtor, director e actor Mel Gibson, nascido em 1956, tendo reconhecido em 2008 sofrer de um distúrbio de bipolaridade.

Não se torne uma «vítima bipolar»

Para viver com um problema incurável, mas tratável, é essencial aprender a caminhar numa linha muito estreita entre levar a doença suficientemente a sério e levá-la demasiado a sério. As verdadeiras vítimas da perturbação bipolar são as pessoas que abdicam em favor de caprichos e ritmos não saudáveis da doença, em vez de aprenderem a controlar os sintomas.

Contudo, e pelo outro lado, também existe um outro tipo de vítima – aqueles que vivem em constante preocupação com a doença e os seus respetivos sintomas, que evitam os desafios e se retraem em relação ao trabalho e à comunidade, refugiando-se no mundo da medicação, das consultas e das reuniões do grupo de apoio.

Na sua maioria, as pessoas com um diagnóstico de perturbação bipolar passam algum tempo nos dois lados desta estreita via, nenhum é saudável, mas é necessário algum tempo, bom aconselhamento e traba-

lho árduo para atingir o devido equilíbrio.

E, relativamente a este equilíbrio, talvez o seu maior obstáculo seja o estigma. Felizmente, já não é tão frequente que as condições psiquiátricas, sejam consideradas “manchas no carácter individual”, no entanto, estas são igualmente estigmas. As pessoas com uma certa condição psiquiátrica são, muitas vezes, consideradas intratáveis e, conseqüentemente, imprevisíveis e perigosas ou, pelo menos, instáveis e incompetentes. Pela cultura cinematográfica e televisiva, é possível que, desde novos, os indivíduos com perturbação bipolar tenham incorporado estes preconceitos e opiniões negativas na sua própria forma de pensar, o que significa que, ao serem diagnosticados como sofrendo de perturbação bipolar, para além de terem de lidar com os preconceitos e vieses de terceiros, têm que enfrentar simultaneamente as suas próprias ideias e sentimentos negativos direcionados a pessoas com doenças psi-

quiátricas. No entanto, podem também reagir de forma oposta, tornando-se numa pessoa “bipolar” ao invés de uma pessoa que “tem uma doença bipolar” – falando dela a todos e utilizando a mesma como desculpa para evitar responsabilidade e desafios. Em qualquer dos casos anteriormente referidos, os indivíduos tornam-se vítimas da doença.

Como é que pode evitar transformar-se numa vítima?

Para além da obtenção da informação rigorosa, é importante conseguir apoio, feedback e conselhos, assim como oportunidades para fazer perguntas e expor os seus medos e frustrações – tudo isto são aspetos que o aconselhamento, a terapia e os grupos de apoio proporcionam. Ninguém precisa de enfrentar e elaborar sozinho todas as emoções e sentimentos contraditórios, e ninguém deveria ter de o fazer.

Referências: Mondimore, F. (2003).

Perturbação Bipolar, Guia para doentes e suas famílias. Lisboa. Climepsi Editores



Descrição: Ilustração de silhuetas bem e mal disposto.

Contribuição para uma apreciação da nova «Lei de Saúde Mental»

José Manuel Jara
médico psiquiatra

A proposta de le n.º 24/XV/1.^a em análise foi aprovada na generalidade na Assembleia da República, em 14 de outubro, aguardando a subsequente discussão na especialidade, na Comissão de Saúde. A nova lei substitui a Lei n.º 36/98 (Lei de Saúde Mental).

1- Sobre a exposição de motivos

Na exposição de motivos da nova lei afirma-se que, “apesar dos progressos realizados, decorridos mais de 20 anos”, depois da aprovação da legislação subsequente à da Lei de Saúde Mental, visando a organização dos serviços de saúde mental (DL n.º 35/99), definindo o modelo de organização da prestação (Despacho n.º 11411/2006), instituindo a Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, responsável pelo Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016), e ainda com uma Resolução do Conselho de Ministros (n.º 49/2008), “era clara a necessidade de repensar a organização da prestação de cuidados de saúde mental”.

Aliás, a profícua produção legislativa não teve paragem, com sucessivos decretos, acrescentados aos acima citados, mas cuja execução ficou muito aquém dos propósitos. Isto é, a abundância de letras de lei não teve a esperada execução prática, sendo mais notória a impotência na concretização do Plano de Saúde Mental, sucessivamente adiado. No entanto, a Lei de Saúde Mental, N.º 36/98, cuja parte mais destacada e regulamentada de-

fine as normas do Internamento Compulsivo dos portadores de anomalia psíquica, foi, de facto, posta em prática.

E quais os motivos para repensar, em Portugal, a “organização dos cuidados de saúde mental”? No texto da proposta de lei, a justificação é assim: “[...] por um lado, os enormes avanços registados nesta área, a nível clínico, e, por outro, os compromissos assumidos por Portugal, relativamente a esta matéria, no âmbito da OMS, do Conselho da Europa, da União Europeia e de outras instâncias internacionais”. Não nos parece que tenha havido nenhuma grande evolução na psiquiatria, e também não se notou nenhuma grande revolução na elaboração de políticas de saúde mental ou no enunciado de novos direitos para os doentes mentais.

A reiterada enunciação de direitos e deveres é muitas vezes

uma compensação sublimada para as insuficiências crónicas nos serviços prestadores de cuidados, hospitalares, comunitários e sociais. A título de exemplo, muitíssimo pouco se fez para o apoio residencial consentâneo com as necessidades de cada pessoa desprotegida, com doença mental crónica. Mas proclamou-se aos quatro ventos a palavra de ordem “desinstitucionalização”, quase sem objeto. Não se viu nada até hoje que possa corresponder a um verdadeiro direito praticado a trabalho protegido, na área da saúde mental. Mesmo o que corresponde à prática de “terapia ocupacional”, é de uma notória insuficiência.

Enquanto na antiga Lei de Saúde Mental se enunciam, num Capítulo I, as normas para a próxima reorganização dos serviços de saúde mental, que viriam a ser objeto de decreto-lei 35/99,



Descrição: Sala de exposições da Assembleia da República de Portugal.

a nova Lei de Saúde Mental já foi antecedida pelo decreto-lei 113/2021, de 14 de dezembro, que “estabelece os princípios gerais e as regras de funcionamento dos serviços de saúde mental.” Ordem inversa.

No parágrafo seguinte transpõe-se, o que se afigura uma razão de peso, o avançar, finalmente, do Plano de Saúde Mental, até agora retardado. Vai contar para a sua conclusão, até 2026, com o financiamento do Plano de Recuperação e Resiliência (PRR). Assim seja.

No entanto, a exposição de motivos, que se detém em referências consensuais sobre os direitos humanos das pessoas com deficiências e com “problemas de saúde mental”, é omissa na avaliação concreta de como foi cumprida a lei 36/98, na parte do internamento compulsivo. Seria do maior interesse saber que avaliação foi feita pela Comissão de Avaliação, ao longo de duas décadas. Por exemplo, qual a percentagem de internamentos compulsivos, comparando com a hospitalização voluntária, nas diferentes regiões do país, qual a duração média da hospitalização nesse regime, que aplicação foi feita, em termos percentuais, da passagem a tratamento compulsivo ambulatório? Quais as carências de meios e recursos de profissionais para garantir as melhores práticas na assistência médica psiquiátrica e psicológica aos doentes? Qual a opinião dos “utentes”, os “portadores de anomalia psíquica”, e qual a opinião dos seus familiares sobre a aplicação da lei? O que consideram sobre a condução dos doentes, por mandado do Ministério Público ou do Delegado de Saúde, para o internamento de urgência? E sobre a condução do internando pela polícia, com acompanhamento, sempre que possível, dos serviços de urgência psiquiátrica? Possível, de facto? E que uso prático correspondeu ao modelo mais judicial do Internamento, não urgente, da Secção III da lei

36/98? E sobre as condições de espaço, de vagas, em que decorre a hospitalização (internamento) nos «Serviços de Saúde Mental»? E qual a opinião colhida nos profissionais da saúde mental, médicos psiquiatras, enfermeiros de saúde mental e psiquiatria, psicólogos, técnicos de serviço social e outros terapeutas? Uma sinopse destes factos iria instruir e fundamentar as alterações a introduzir na nova lei, no que é a sua matéria mais importante, que agora se designa por “Tratamento Involuntário”, em vez do título anterior de “Internamento Compulsivo”.

A nova lei, designada «Lei de Saúde Mental», sendo fundamentalmente uma lei para o «Tratamento Involuntário» de doentes mentais, mal se concebe merecer a designação de «saúde mental». Pois que o tratamento involuntário é uma intervenção de exceção, para casos em que falhou a assistência médico-psiquiátrica normal, eticamente recomendável, condição de base para a relação terapêutica. Aliás, no tratamento involuntário, deve ser feito todo o esforço, durante a hospitalização e nas consultas, para que o doente, ao melhorar clinicamente, possa aceitar a necessidade e vantagem para a sua pessoa do tratamento, que visa libertá-lo do sofrimento mental e da alienação em que a doença o deixou. É um trabalho persistente, muito personalizado, dos técnicos de saúde mental. E o sucesso resulta, em muitos casos, das boas práticas e do respeito pela pessoa do doente. O grande psiquiatra francês Henri Ey dizia bem, que a doença mental é muitas vezes uma “patologia da liberdade”. A libertação da doença, como os meios terapêuticos que a psiquiatria dispõe, se bem apropriados, é uma recuperação da liberdade, perdida pelo grave transtorno da mente.

O tratamento não voluntário está em contradição com o que deve ser a prática saudável no exercício das profissões, que in-

tervem no tratamento e na ajuda na recuperação da grande maioria dos doentes, mentais ou psiquiátricos, como se quiser designar. A necessidade ocasional, de exceção, do tratamento involuntário, dá ao mesmo tempo a dimensão da necessidade inadiável do tratamento de doentes graves, cuja conduta anómala, resultante da patologia, leva a perigos para terceiros e para o próprio, tanto em aspectos pessoais, como materiais. A percepção da perturbação e da desadaptação foi designada nos primórdios da assistência aos doentes como alienação mental ou loucura, medindo a sua gravidade. O paradoxo está no facto de a gravidade máxima da perturbação mental ser acompanhada pela negação da doença pelo próprio, por incapacidade de ajuizar, e pela recusa e oposição em ser tratado. E o não tratamento pode conduzir a um agravamento progressivo da doença, tornando irreversível o processo psicopatológico e a deterioração da personalidade. Para além do risco para terceiros, em linguagem jurídica, para os bens pessoais e patrimoniais.

Os eufemismos não extinguem o estigma. A psiquiatria, que noutros tempos era desvalorizada pela “antipsiquiatria”, agora é muitas vezes minimizada pelo evitamento do uso do termo. Um exemplo extrai-se na leitura sintomática da exposição de motivos da nova lei, onde se diz: “Como novas inovações do regime proposto, assinala-se a revisão e atualização dos direitos e deveres das pessoas com necessidade de cuidados de saúde mental, em linha com os progressos das ciências médicas e da farmacologia.” (p.3). Nem “psiquiatria”, nem “psicofarmacologia” ...

A saúde mental é um problema de todas as sociedades e de todas as pessoas, crianças, jovens, adultos e idosos. Inclui-se no âmbito amplo da saúde pública, como parte importante da saúde em geral, tanto do indiví-

duo, como da coletividade. Mas essa conceção genérica de saúde mental não se deve confundir com as questões da “saúde mental” das pessoas, que sofrem de doenças psiquiátricas, mais ou menos graves, agudas e crónicas, de diversas etiopatogenias, requerendo diversificadas medidas terapêuticas especializadas. Tal como noutras áreas, a prestação de cuidados de saúde mental a doentes, envolve serviços diferenciados, tanto hospitalares como comunitários, dotados de recursos humanos apropriados para o diagnóstico e a terapêutica médica psiquiátrica e as intervenções psicológicas e sociais. A pessoa do doente deve beneficiar de uma assistência integrada com os cuidados primários de saúde e o acesso a cuidados de saúde gerais.

2- O Tratamento Involuntário

No Capítulo I da lei define-se o “Objeto” (Artigo 1º) e “Definições” (Artigo 2º). No Artigo 1º, que define o conteúdo genérico da lei, pretende-se abranger a totalidade da problemática da saúde mental, como “política de saúde mental”, pressupondo uma distinção em relação à política de saúde em geral. A lei, citamos, “consagra os direitos e deveres das pessoas com necessidade de cuidados de saúde mental e regula as restrições destes direitos e as garantias de proteção da liberdade e da autonomia das pessoas.”

Transparece numa leitura atenta do conteúdo deste artigo que o núcleo do Objeto da lei é, de facto, a regulação das restrições desses direitos. Pois que os direitos das pessoas com “necessidade de cuidados de saúde mental” não podem, nem devem ser diferentes dos das pessoas com outras doenças.

A prova desta interpretação é feita na análise do conteúdo da primeira alínea do Artigo 2º, que motivou alguma discussão no debate em zoom, promovido pelo Colégio de Psiquiatria da Ordem dos Médicos, no dia 20 de

outubro, com uma grande presença de médicos psiquiatras. A controvérsia incidiu na comparação da designação aplicada na lei anterior, “anomalia psíquica grave”, com a designação inserida na lei atual, «Doença Mental», especificada como “condição caracterizada por perturbação significativa das esferas cognitiva, emocional ou comportamental, incluída num conjunto de entidades clínicas categorizadas segundo os critérios de diagnóstico da CID da OMS.”

É óbvio que o que se pretende nesta definição, para efeitos da lei, se restringe à doença mental, sem aspas, cuja gravidade pode levar à necessidade de aplicação das medidas previstas no tratamento involuntário. A lei não visa o grande leque de doenças e doentes que são tratados “voluntariamente”, como é regra na prática da assistência médica e na prestação de cuidados de saúde à grande maioria dos doentes com perturbações psiquiátricas. A especificação “perturbação significativa” deve ser entendida, para melhor compreensão, como “grave”, ou “muito grave”, em vários domínios, nomeadamente na conduta da pessoa. As questões semânticas têm alguma importância. O termo “anomalia psíquica grave” era inapropriado, pouco ou nada inserido na psiquiatria, de conotação mais judicial, podendo ser entendido no âmbito das “personalidades anormais”.

A questão que aqui se pretende apreciar incide sobre o agora designado “Tratamento involuntário”, matéria que está inserida na lei, do artigo 14º ao artigo 46º. É o tema fundamental da nova Lei de Saúde Mental.

Na discussão que decorreu, aquando da aprovação da Lei de Saúde Mental 36/98, houve quem considerasse, nomeadamente o Colégio de Psiquiatria de então, que o processo escolhido poderia determinar uma judicialização, excessiva dos procedimentos de “internamento compulsivo” dos “portadores de

anomalia psíquica”. Com efeito, desde logo, a própria alteração da Constituição, em sede de privação da liberdade, pelo aditamento da alínea h) ao artigo 27º, antecedeu e condicionou a futura lei de internamento compulsivo. Sabe-se que o modelo escolhido resulta de uma tendência geral das legislações de muitos países, para reforço de garantias judiciais nos procedimentos de tratamento involuntário, em pessoas com doenças mentais graves. Mas convém não esquecer que a medida de “internamento em estabelecimento terapêutico adequado” (artigo 27º, alínea h) da CRP), que pode, sem ferir sensibilidades, merecer a designação de “hospitalização”, em vez de “internamento” (que pode ocorrer, para outros fins também), pois decorre em hospitais públicos, destina-se ao tratamento médico, não é uma “medida de segurança”, nem tem como razão fundamental a prevenção criminal. É sim, uma medida terapêutica instituída por necessidade imperiosa, em casos de doença mental grave, quando a recusa do tratamento voluntário, por ausência de juízo crítico da pessoa doente, pode ter repercussões graves para o próprio e terceiros, tanto para bens pessoais como patrimoniais. Sendo um dos bens a própria saúde da pessoa.

Nessas situações de exceção, a hospitalização involuntária é um bem. Seria um mal, se fosse desnecessária, sem diagnóstico médico psiquiátrico e, também, caso houvesse uma forma voluntária de assegurar o tratamento. Se se aprofundar a questão, torna-se visível que, de facto, a “privação da liberdade” para estes casos deve ser entendida como cingida à limitação, para o doente, da “liberdade de não se tratar”, isto é, à coação de ser obrigado a tratar-se medicamente. Por isso, é óbvio que este procedimento se insere no foro do direito civil e não criminal. De facto, na sua essência é um processo de interdição parcial da

autonomia da pessoa do doente, de limitação da liberdade de não se tratar. Por isso, entende-se a designação, por exemplo, na lei americana, como “Civil Commitment”.

A que vêm estas considerações? A inovação mais destacada da nova Lei de Saúde Mental incide sobre a problemática acima abordada. Em vez do título “Do internamento compulsivo”, no Capítulo II da Lei 36/98, a nova Lei de Saúde Mental, já aprovada na generalidade, tem no seu Capítulo IV, o título “Tratamento involuntário”. E na Secção I, artigo 14.º, define-se assim, a «Noção e fim do tratamento involuntário»:

«1- Diz-se involuntário o tratamento em ambulatório ou em internamento que seja decretado ou confirmado por autoridade judicial.

2- O tratamento involuntário é orientado para a recuperação integral da pessoa mediante intervenção terapêutica e reabilitação psicossocial.»

Um pequeno reparo na redação. Teria sido mais acertado dizer «finalidade» em vez de «fim» do tratamento involuntário. Na mudança de conceção neste artigo, está tacitamente reconhecido que a problemática da “privação da liberdade” não é, na nova formulação, o cerne da questão jurídica. A lei incide, com maior nitidez, sobre a compulsividade do tratamento e não do internamento. O internamento ocorre como necessidade de hospitalização, dada a gravidade inicial da perturbação, tal como acontece com outros doentes, que são hospitalizados voluntariamente. A ideia de “privação da liberdade” continua, no entanto, subjacente a todo o processo, e tal evidencia-se inequivocamente pelo grau de judicialização, que se configura num excesso de procedimentos burocrático-jurídicos, como salvaguarda contra hipotéticos malefícios em prejuízo do cidadão. Não más práticas, na prestação de cuida-

dos, mas atos deliberadamente lesivos de direitos da pessoa, da sua autonomia.

A Secção II do mesmo capítulo, do Artigo 15º ao Artigo 27º, explicita os passos do «Processo Comum» do tratamento involuntário. O artigo 15º, que contém matéria inovadora, é citado na íntegra, pela sua importância, com a finalidade de fazer uma apreciação concreta do seu teor.

«1- Pressupostos do tratamento involuntário

«a) A existência de doença mental; b) A recusa do tratamento medicamente indicado necessário para prevenir e eliminar o perigo previsto na alínea seguinte; c) A existência de : i) Perigo para bens jurídicos pessoais ou patrimoniais de terceiros, em razão da doença mental e da recusa de tratamento; ou ii) Perigo para bens jurídicos pessoais ou patrimoniais do próprio, em razão da doença mental e da recusa de tratamento, quando a pessoa não possua o discernimento necessário para avaliar o sentido e alcance do consentimento; d) O fim terapêutico do tratamento, conforme previsto no nº 2 do artigo anterior.

«2- O tratamento involuntário só pode ter lugar se for:

«a) A única forma de garantir o tratamento medicamente indicado; b) Adequado para prevenir e eliminar o perigo previsto na subalínea i) e ii) da alínea c) do número anterior; c) proporcionado à gravidade da doença mental, ao grau do perigo e à relevância do bem jurídico.

«3- O tratamento involuntário tem lugar em ambulatório, assegurado pelas equipas comunitárias de saúde mental, exceto se o internamento for a única forma de garantir o tratamento medicamente indicado, findando logo que possa ser retomado em ambulatório.

«4- (...)»

Os destaques são nossos e visam salientar que é o termo perigo, que tem maior expressão

semântica, denotando o risco para os bens jurídicos pessoais ou patrimoniais de terceiros e do próprio. A redação jurídica, certamente apropriada, não tem uma clara legibilidade para leigos, suscitando dúvidas quanto ao significado de “bens jurídicos”, que estão fora a linguagem comum, numa lei que deve ser acessível no seu conteúdo. O termo “perigo”, repetido, pode induzir erradamente, por uma leitura menos atenta, que a essência dos casos é a perigosidade, com uma possível analogia com condutas criminosas. Se assim fosse, o procedimento poderia ser entendido como uma medida de segurança pré-delitual.

Por outro lado, verifica-se um claro recuo, negativo para as finalidades preconizadas, em relação à lei anterior, pela supressão do conteúdo do nº 2 do artigo 12º, da Lei 36/98, que diz o seguinte:

«Pode ainda ser internado o portador de anomalia psíquica grave que não possua o discernimento necessário para avaliar o sentido e alcance do consentimento, quando a ausência de tratamento deteriore de forma acentuada o seu estado.»

Na nova lei, menciona-se, nos “Pressupostos” do Internamento de Urgência (Artigo 28º), “o perigo para bens jurídicos pessoais ou patrimoniais do próprio ou de terceiros, nomeadamente por deterioração aguda do estado da pessoa com doença mental” (...). Mas esta referência à deterioração está condicionada pelo efeito comportamental, não resulta da própria necessidade imprescindível do tratamento da doença.

A alínea 2) do artigo 12.º da Lei 36/98, põe a tónica no tratamento médico psiquiátrico indispensável em casos de doença mental grave, cujo não tratamento atempado leva a grave deterioração, mesmo que não se verifique o que genericamente se inclui dentro da noção de “perigo”.

Um dos pressupostos erra-

dos de algumas tendências das práticas assistenciais na área da saúde mental consiste na minimização da assistência prestada no serviço hospitalar, onde a especialidade médica fundamental é a psiquiatria, como num serviço de neurologia é a neurologia, de medicina interna é a medicina interna, etc. Perdoe-se a tautologia. A especialidade médica de psiquiatria está e continua no centro da assistência a doentes mentais, e contém os fundamentos básicos para o diagnóstico das doenças e para o seu tratamento. E tal decorre a nível hospitalar, como a nível comunitário e ambulatorio. A linguagem reflete preconceitos e ideologias. Tenha-se em atenção a redação do artigo 16º (Legitimidade), onde se designam os requerentes com legitimidade para promover o tratamento involuntário. Na redação da alínea f), atribui-se legitimidade para requerer o tratamento involuntário ao “responsável clínico da unidade de internamento do serviço local ou regional de saúde mental ou do estabelecimento de internamento, conforme os casos [...]”. E por que não, ao médico psiquiatra responsável do Serviço de Saúde Mental local ou regional ou do serviço de saúde mental hospitalar?

Sendo a saúde dos doentes mentais, com a sua diversidade clínica complexa, com evoluções por fases ou crónica, muito singularizada na sua expressão pessoal, exigindo abordagens terapêuticas diversificadas, a prestação de cuidados de saúde mental, lato sensu, inclui obrigatoriamente profissionais especializados, psicólogos, enfermeiros de saúde mental, técnicos de serviço social, e outros terapeutas especializados, que trabalham individualmente e em equipa. No nosso país, os serviços públicos de saúde mental, tanto hospitalares (internamento), como hospitais de dia, como a nível comunitário, em Centros de Saúde, em apoio domiciliário ou em residências protegidas,

são manifestamente insuficientes, mais atrasados em todos os domínios do que outras áreas dos serviços de saúde. E a abundância de legislações sobre «saúde mental», produzidas pelos governos, ao longo de vários quinquênios, enfermam de um mal, que está por resolver. Não têm tido o financiamento necessário para os projetos concebidos verem a luz do dia.

A necessidade do tratamento ambulatorio para doentes com patologia psicótica crónica ou muito recidivante, pouco aderentes a tratamento oral, gerou a investigação de fórmulas injetáveis de longa duração, para a prevenção de recaídas. Essa possibilidade já tem algumas décadas, desde os anos 80 do século passado. E registaram-se progressos significativos no aperfeiçoamento de fármacos de longa duração com menos efeitos adversos e maior eficácia. São os progressos da psicofarmacologia, que enriqueceram as possibilidades de terapêuticas psiquiátricas, mais afinadas e eficientes. Mas estas possibilidades não devem ser causa de um procedimento de controlo remoto, empobrecendo a relação terapêutica com médicos e outros profissionais da saúde mental. A remissão clínica e estabilização da doença abre as portas ao progresso da pessoa, à sua capacitação e integração social. As equipas comunitárias de saúde mental, quando existirem em todo o país, em número e capacidade, terão muito trabalho pela frente.

Estas considerações aplicam-se também aos doentes em tratamento involuntário ambulatorio. Se o procedimento for tão só esse controlo remoto, com uma injeção periódica do antipsicótico, fica aquém do objetivo de reabilitar a pessoa, de contribuir para que se integre socialmente, que possa recuperar a consciência do benefício que o tratamento lhe traz, libertando-o, se possível, do procedimento “involuntário”. O controlo ju-

dicial, com o recurso à polícia, para reconduzir o faltoso ao cumprimento da terapêutica, pode ser altamente estigmatizante, sendo da conveniência máxima o acompanhamento das forças da ordem por elementos das equipas de saúde mental comunitárias ou hospitalares, conhecedoras da pessoa do doente. A pobreza de recursos em profissionais da saúde mental não se resolve com a polícia ou a GNR, cuja intervenção pode ser necessária, mas que conota o procedimento com uma forte carga estigmatizante e repressiva, para o “louco perigoso”. Mais a mais, na «comunidade», à vista dos vizinhos, dos outros, contrariando em ações todos os direitos humanos enunciados em bem-intencionados formulários legais.

De forma abreviada, o que a lei estatui, e nisso é semelhante à anterior, são duas modalidades de tratamento compulsivo, o Processo Comum (Secção II) e o Internamento de Urgência (Secção III). No Processo Comum definem-se vários passos até à decisão final, decretada pelo juiz: o Requerimento a quem é conferida legitimidade (Artigo 16.º), os Atos instrutórios, a “Avaliação clínico-psiquiátrica”, por dois médicos, os Atos Preparatórios da “Sessão Conjunta”, a Sessão Conjunta, a Decisão do juiz e o Cumprimento da decisão. É neste procedimento que sobressai a judicialização, com maior expressão e clareza. Deste processo pode resultar a aceitação do tratamento voluntário, ou, desde logo, uma medida de “Tratamento Ambulatorio Involuntário” ou o Internamento involuntário (hospitalização num serviço de psiquiatria e saúde mental). De notar que o “juízo técnico-científico inerente à avaliação clínico-psiquiátrica está subtraído à livre apreciação pelo juiz” (Artigo 2.º, alínea 6). É um procedimento com alguma demora, cauteloso, que se contrapõe ao “Internamento de Urgência”, da Secção III, em que

a hospitalização de emergência antecede a “confirmação” pelo juiz.

Em que medida este «processo comum» é comum? Nas circunstâncias habituais do tratamento involuntário, o internamento de urgência é a prática corrente, dada a evidência, muito frequente, da emergente da necessidade do recurso a um serviço de urgência psiquiátrica. A confirmação judicial é posterior, com prazos definidos. O juiz intervém discretamente, não se desloca ao serviço hospitalar, onde está internado o doente.

A presença do magistrado judicial, ocorre na chamada «sessão conjunta», realizada no Tribunal. São audiências de diferentes intervenientes no processo (requerente, defensor oficioso, Ministério Público, médico psiquiatra, acompanhantes e outros, indicados na lei, artigos 16.º, 22.º e 26º) alguns por teleconferência, incluem o “requerido”, na fase de primeira avaliação em processo comum. No procedimento de urgência, após a confirmação do internamento pelo juiz, segundo os trâmites iguais aos da lei 36/98, é agendada uma “sessão conjunta” também. As sessões conjuntas de revisão realizam-se, obrigatoriamente, de 2 em 2 meses, e destinam-se a fundamentar as deliberações do juiz, ao longo do processo do tratamento involuntário.

As “sessões conjuntas”, realizadas em tribunal, têm uma composição plural, judicial, médica e do doente em tratamento involuntário e seus representantes, com a intenção de melhor avaliar e julgar, conferindo ao juiz o poder de decidir. As exigências de tempo a que obriga, com intervalos relativamente curtos de revisão, pode produzir incómodos, particularmente para os médicos. Para alguns doentes, afetados por doenças que perturbam severamente a capacidade de ajuizar e as emoções, a exposição a várias pessoas, em sessão conjunta, pode

não ser benéfica para a sua saúde mental.

Há casos em que o processo comum pode estar indicado, em situações em que não há uma necessidade de intervenção urgente. Mas este procedimento é pouco praticado. A nova lei, no Artigo 20º, alínea 2], abre a possibilidade de as avaliações clínico-psiquiátricas serem feitas no domicílio do requerido. O exame medico-psiquiátrico, realizado por dois psiquiatras, requer algum distanciamento e formalidade, mais aceitável num consultório médico, e não se adequa à realização no domicílio do presumível doente, podendo a intromissão na sua intimidade ser fonte de maior suspeição e mal-estar.

A formatação judicial tem, na figura do “Defensor Oficioso”, a expressão menos defensável da intervenção jurídica, pois que está suportada na argumentação contraditória, com o pressuposto de que o procedimento de Tratamento Involuntário possa ser uma inculpação e “condenação arbitrária” da pessoa. Só com um grande esforço, para superar o senso comum e o bom senso médico-psicológico, se acata essa intervenção, insólita para muitos doentes, alguns com sintomas paranóides graves, outros melancólicos e propensos a ver em todo o processo a confirmação dos seus delírios de culpa. O defensor, que se presume não ter formação em psicopatologia, vê-se condenado a uma função, as mais das vezes, extravagante.

Outro aspeto que não tem sido muito comentado, mas que merece consideração. Na Secção IV (Disposições processuais comuns), o Artigo 34.º estabelece as Regras de Competências, onde no nº 1, alínea a), se verte o seguinte:

1- Sem prejuízo dos números seguintes, para efeitos do disposto no presente capítulo, é competente:

a) O juízo local criminal com competência na área da residência do requerido,

ou o juízo de competência genérica, se a área referida não for abrangida por juízo local criminal.»

É matéria que deve ser questionada. Dado que não estamos em face de um procedimento que decorre do direito criminal, porque é que se atribui ao Tribunal Criminal a função? Por insuficiência de meios? Porque agiliza os procedimentos? Porque envolve as forças da ordem, para o cumprimento de mandados? A verdade é que alguns doentes, ou outras pessoas envolvidas, podem ver nesse procedimento uma punição, mesmo ao lerem nos ofícios o papel timbrado com a designação «Tribunal Criminal». Ou no local onde vão ter a «sessão conjunta», a par dos processos criminais. É uma situação estigmatizante, prejudicial sob o ponto de vista de saúde mental, e que contrasta com a moldura de direitos humanos que se defende e promove.

3-Considerações sobre direitos e deveres dos doentes e a política de saúde mental

Ao reler a lei 36/98, na parte que se refere a esta matéria, poderá verificar-se uma arrematação mais cuidada, na forma como é sistematizada a problemática dos direitos e deveres. Assim, no artigo 5º do Capítulo I, estão seriados os «Direitos e deveres do utente» em saúde mental, “sem prejuízo da lei de Bases da Saúde”, com três números, correspondendo nove alíneas ao nº 1. Ainda não se faz menção ao consentimento escrito para a Estimulação Magnética Transcraniana.

Na secção do Capítulo II (Do internamento Compulsivo), Secção II, inserem-se dois artigos, o artigo 10.º, «Dos deveres e direitos do internando», correspondentes a direitos processuais, e o artigo 11.º, «Direitos e deveres do Internado», onde se explicita que “O internado mantém os direitos reconhecidos nos hospitais gerais”.

A formulação é clara e

bem ordenada. Já o mesmo não se poderá dizer da nova lei, que substitui a anterior.

Na nova Lei de Saúde Mental, Capítulo III, Secção I, repartem-se os direitos e deveres, em dois artigos, «Direitos e deveres em geral» [artigo 7.º] e «Direitos e deveres em especial» [artigo 8.º]. Se se percorrer cada um dos artigos ficará perceptível uma classificação menos precisa, que pode resultar em confusão, imprópria para uma lei desta importância.

No artigo 7º, nº. 1, inclui-se despropositadamente uma alínea j), cujo conteúdo é “Não ser sujeito a medidas privativas ou restritivas da liberdade de duração ilimitada ou indefinida”, que destoa de todo a série, cuja designação é “Direitos e deveres em geral”. Na alínea b), no mesmo artigo e número, estabelece-se como direito “Escolher livremente a entidade prestadora de cuidados de saúde, tendo em vista o tratamento de proximidade indispensável à continuidade do plano integrado de cuidados, na medida dos recursos existentes”. Fica por saber a que diversidade se reporta “livremente”, e quais os recursos. Ainda no mesmo artigo, nº. 1, alínea g), a redação é a seguinte: “Usufruir de condições de habitabilidade, higiene, alimentação, permanência a céu aberto, segurança, respeito e privacidade em unidades de internamento dos serviços locais ou regionais de saúde mental, estabelecimentos de internamento ou estruturas residenciais;” As unidades de internamento hospitalar dos serviços de saúde mental têm a mesma designação que outros estabelecimentos de internamento não definidos?

Os “Direitos e deveres em especial” (Artigo 8º.) são, aproximadamente, o que consta nos direitos do internando e do internado da anterior lei, com alguns aditamentos. No mesmo lote inserem-se procedimentos que requerem consentimento escrito e outras condicionantes,

mas que deveriam estar na rubrica de direitos gerais.

A originalidade está na Secção II, em Casos especiais (artigo 10º), “Diretivas antecipadas de vontade e procurador de cuidados de saúde”, alínea 2:

«Podem constar do documento de diretivas antecipadas de vontade disposições que expressem a vontade clara e inequívoca do outorgante, em matéria de cuidados de saúde mental, nomeadamente no que diz respeito a: a) “Tratamento em internamento, b) medidas coercivas de contenção, c) a ECT e a EMT e d) a medicação psicotrópica.»

Perpassa, neste articulado, uma nuvem de antipsiquiatria, com um a amálgama típica para depreciar e estigmatizar os meios terapêuticos da psiquiatria. Note-se que “psicotrópica” está no lugar de “psicofarmacológica”.

No artigo 11º, “Medidas Coercivas”, estabelece que essas medidas, “incluindo isolamento, e meios de contenção físicos ou químicos”, “só podem ser utilizadas como último recurso e por um período limitado à sua estrita necessidade. Um catálogo de boas práticas, como recomendação aos serviços hospitalares de psiquiatria, para médicos e enfermeiros, apenas com o reparo de pôr na mesma balança a química e a física, isto é, a antiga camisa de força e a medicação tranquilizante, antipsicótica e sedativa. Que exige uma medida certa, mas que merece um respeito que não transparece na redação do artigo.

A possibilidade de, no tratamento involuntário, serem prescritas, segundo certas condições, a Eletroconvulsivoterapia e a Estimulação magnética transcraniana, é consentâneo com a sua finalidade terapêutica (Artigo 12.º).

Para a Gestão do património, Secção III, arruma-se o assunto com um artigo, o 13º. Em tempos, no ano de 1998, quando foi aprovada a Lei de Saúde Men-

tal pretérita, prometeu-se, nas Disposições Finais, Artigo 46º, que “A gestão do património dos doentes mentais não declarados incapazes é regulada por decreto-lei.” Hoje, depois do enunciado de tantos direitos, a questão resolveu-se numa penada.

Neste percurso pelo tratamento involuntário, com alguns desvios para outros temas de boa saúde mental, deixou-se a política para o fim. Em inglês distingue-se “politics” e “policy”, termos que nós, pobremente, exprimimos com um único termo, “política”. O Capítulo III da Lei de Saúde Mental é “Política de Saúde Mental”, e nele constam apenas 4 magros artigos (3º, 4º, 5º e 6º). Começamos pelo último, o mais representativo, pois tem o título, “Serviços de Saúde Mental”. Vale a pena transcrever, para ver a «policy»: “Os princípios gerais e as regras da organização e funcionamento dos serviços de saúde mental são definidos em diploma próprio, considerando-se, para efeitos da presente lei, serviços locais ou regionais de saúde mental os serviços que sejam qualificados nesse diploma.”

Mais claro não poderia ser. E reporta-se ao decreto-Lei de dezembro de 2021, 113/ 2021? Ou vamos ter ainda mais uma lei para o rol?

Para dar por finda esta apreciação da Lei, tenha o leitor interessado pela matéria cinzenta, como suporte da mente, a devida consideração pelo artigo 4º, “Fundamentos da Política de Saúde Mental”, em que se insere uma alínea b), de grande avanço para a saúde da mente:

«A prestação de cuidados de saúde mental, no ambiente menos restritivo possível, devendo o internamento hospitalar ter lugar como medida de último recurso.»

Por falta de vagas? Voluntário ou involuntário?

Reconhecer e Intervir numa recaída na Perturbação Bipolar

Robin L. Flanigan
BP Hope Newsletters

<https://www.bphope.com/recognizing-treating-a-bipolar-relapse/>

Traduzido e adaptado por Sónia Cherpe
Psicóloga, especialidade em psicologia clínica e da saúde
DRC, ADEB

Quando se trata de recaída, lembre-se este provérbio japonês:

“Caia sete vezes, levante-se oito”

Em suma, não se trata de quantas vezes se dá “um passo” – ou dois – para trás, trata-se de como, com “pequenos passos”, e um compromisso renovado com a estabilidade, podemos continuar no caminho da “recuperação”.

As recaídas são definidas como um período em que volta a acontecer um episódio de hipomania, ou mania, ou depressivo após um período de bem-estar. Mesmo com o tratamento continuado, a taxa de recorrência na P. Bipolar é alta. A investigação aponta para uma taxa de recaída de 73% a cinco anos, com dois terços das pessoas a terem múltiplas recaídas.

A terapia é uma maneira de lidar com uma recaída – e preveni-la em primeiro lugar. O American Journal of Psychiatry publicou um estudo que indica que as pessoas com P. Bipolar tendem a evitar recaídas durante um ano após a terapia cognitiva.

Ainda assim, há também outras formas de recuperar de uma crise, tais como readquirir hábitos que podem ter sido negligenciados, como manter um horário de sono ou tomar a medicação regularmente. É também muito importante intensificar a intervenção, ou procurar ajuda/apoio, aos primeiros sinais de uma possível recaída.

“Quando os sintomas da doença começam a voltar, e são muito leves, é relativamente fácil de tratar”, refere Joseph R. Calabrese, médico “É mais difícil quando

se arrastam por semanas ou meses e ganham “vida própria.”

Para além da família ou amigos, os recursos para pedir assistência podem incluir um médico de cuidados primários de saúde, um terapeuta, um grupo de apoio, programas comunitários ou linha de apoio Nacional.

Seja gentil consigo mesmo enquanto avança.

“A estrada tem buracos, desvios e rotundas inesperadas”, refere John Carosso, psicólogo “Quando encontra qualquer um desses, não é um fracasso. É uma experiência de aprendizagem com a qual pode crescer, aprender e trabalhar para evitar recaídas futuras. Lembre-se, não chegou até aqui para só chegar até aqui”



Descrição: Senhora da E.U.A. com Perturbação Bipolar.

A importância do(a) Enfermeiro(a) psiquiátrico na implantação da saúde mental

Enf. Joana Coelho

Ao longo de todo o desenvolvimento histórico da Enfermagem, junta-se também a evolução da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica que, em Portugal, se iniciou nos asilos, nas casas de saúde e hospitais de alienados que surgiram a partir de meados do século XIX. Os profissionais de Enfermagem que desempenhavam funções nestes contextos eram responsáveis pela prevenção de comportamentos inadequados ou agressivos, pela administração de fármacos e pela contenção de pessoas agitadas (Candeias et al., 2016). Até 1848 em Portugal não existia uma estrutura para assistir as pessoas com doença mental, quando estas eram internadas numa instituição hospitalar, os alienados eram conduzidos para enfermarias de cuidados comuns ou para uma enfermaria específica para alienados, que habitualmente era situada num local recolhido do espaço hospitalar (Candeias et al., 2021).

No panorama português existem quatro datas marcantes no desenvolvimento de estabelecimentos de cuidados exclusivos para pessoas com doença mental:

- a) 1848, Hospital de Rilhafoles (Hospital Miguel Bombarda);
- b) 1883, Hospital de Alienados do Conde de Ferreira (Centro Hospitalar Conde de Ferreira);
- c) 1893, Casa do Sagrado Coração de Jesus (Casa de Saúde do Telhal);
- d) 1894, Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus (Casa de Saúde da Idanha);

O desenvolvimento de todas estas estruturas trouxeram algo de novo à psiquiatria e contribuíram para o avanço da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, pois moldaram a atuação dos enfermeiros à época (Candeias

et al., 2021). No que diz respeito à formação específica em Enfermagem Psiquiátrica esta remonta aos anos noventa, estes cursos foram impulsionados pelos alienistas, que defendiam que estes enfermeiros deveriam ter formação específica para cuidar das pessoas com doença mental (Candeias et al., 2016). Até 1968 são formados enfermeiros psiquiátricos e auxiliares de enfermagem psiquiátricos cuja formação apenas permite que estes desempenhem a sua função em contextos de Psiquiatria e em 1978 foi criado o primeiro curso de especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Com o passar dos anos e a constante reformulação e reflexão sobre a doença mental e os seus cuidados, também os enfermeiros que prestam cuidados nesta área foram ganhando maior destaque, maior nível de conhecimento e formação, tornando-se assim, em profissionais devidamente qualificados e com grande capacidade para prestar cuidados, não só numa ótica de tratamento da doença, mas de promoção da saúde mental, dentro e fora das instituições hospitalares.

A regulamentação da profissão

de Enfermagem deve-se à Ordem dos Enfermeiros que definiu em 2015 o regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Mental, nos quais, é claramente definido, que a Enfermagem de Saúde Mental se foca na promoção da saúde mental e do bem-estar, na identificação dos riscos para a saúde mental, na prevenção da doença mental, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental, no tratamento e reabilitação de pessoas com doença mental.

Desta forma, o enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica presta cuidados centrados na pessoa ao longo de todo o seu ciclo vital, considerando-a sempre como um ser único inserido numa família e no seu ambiente comunitário, respeitando a sua dignidade, valores, crenças e hábitos de vida, vendo-a como parceiro preferencial e ativo, capaz de tomar decisões sobre a sua saúde e bem-estar e ser corresponsável em todo o processo de cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2015).



Descrição: Uma enfermeira fazendo um coração com as mãos.

Ao longo do tempo é notória a importância da Enfermagem no tratamento e cuidado de pessoas com doença mental (Botelho, 2004), o que hoje é considerado doença mental e o estigma que lhe está associado, tem evoluído ao longo dos anos. “*A humanização da loucura, fruto do desenvolvimento científico, permitiu que esta fosse abordada sob o prisma da cientificidade e não do obscurantismo*” (Esteves, 2011, p.199).

No contexto da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica a relação estabelecida entre o enfermeiro e a pessoa é fundamental no processo de cuidar, na medida em que o restabelecimento do equilíbrio da pessoa em sofrimento mental assenta, essencialmente, em relações interpessoais significativas (Chali-four, 2008). As pessoas que se encontram a viver processos de sofrimento, alteração ou perturbação mental têm ganhos em saúde quando cuidados por enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica diminuindo significativamente o grau de incapacidade que estas perturbações originam (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Os enfermeiros de Saúde Mental na sua prática clínica contribuem para a adequação das respostas da pessoa doente e família face aos problemas específicos relacionados com a doença mental (adesão à terapêutica, autocuidado, ocupação útil, stress do prestador de cuidados, etc.), tendo como objetivo evitar o agravamento da situação e a desinserção social da pessoa doente, e promover a recuperação e qualidade de vida de toda a família.

A multiculturalidade, a multiprofissionalidade, o humanismo, as questões identitárias, a autonomia e a excelência dos cuidados estão hoje no centro do debate, em torno das componentes académica e profissional da disciplina de enfermagem de saúde mental (Abreu, 2001).

A prática de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria deve fazer-se numa perspetiva hu-

manista, reflexiva, considerando o processo de cuidar da pessoa com doença mental como dinâmico, mutável e inovador. A ação do enfermeiro deve cada vez mais centrar-se na abordagem e inserção comunitária da pessoa com doença mental (Villela & Scatena, 2004).

O desempenho de funções por parte do enfermeiro da Saúde Mental implica um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enquanto profissional para que possa compreender, aceitar e não julgar o outro nem a sua vivência de sofrimento. A consciência das suas emoções, sentimentos e comportamentos são fundamentais para se assumir como uma peça fundamental de trabalho na construção de uma relação terapêutica com a pessoa de qualidade e promotora de saúde. A prática de Enfermagem é altamente privilegiada pelo constante contacto e proximidade às pessoas, nomeadamente, em contexto de internamento. Por outro lado, mesmo em contexto comunitário, o acompanhamento das famílias permite um conhecimento das suas reais necessidades em saúde e o desenvolvimento de intervenções promotoras de transições saudáveis no processo de adoecer. A abordagem do enfermeiro de Saúde Mental é vasta, pois este pode trabalhar de forma individual, com grupos, famílias e comunidades, o que faz com que se assuma como um elo de extrema importância nas equipas multiprofissionais e altamente relevante no desenvolvimento de intervenções centradas na população que promovam o seu empoderamento, a sua saúde mental e reduzam o risco de perturbações mentais.

As áreas de intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica são várias, por exemplo: a gestão de sinais e sintomas da doença mental; a capacitação da pessoa para gerir as manifestações da sua doença e o seu tratamento; implementação de programas de promoção da saúde men-

tal em locais de trabalho, escolas.

A Enfermagem está em constante desenvolvimento, em particular na área da Saúde Mental, sempre com o foco de melhorar práticas e cuidados por forma a ser verdadeiramente útil, não só para as pessoas com doença mental, mas também para a população em geral, pois a promoção da saúde mental tem um papel de relevo na manutenção do bem-estar e na redução do risco de desenvolvimento das perturbações mentais. O papel do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica é cada vez mais reconhecido, pelas pessoas e pelos pares, sendo a melhoria contínua a forma de procurar a excelência dos cuidados para prestar àqueles que se encontram em situação de maior vulnerabilidade.

REFERÊNCIAS

- Abreu, W. (2001). Identidade, formação e trabalho: das culturas locais às estratégias identitárias dos enfermeiros. Lisboa: Formasau/Educa.
- Botelho, J.R. (2004). Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica – Alguns contributos para a sua história em Portugal, *Servir*, 52(2), 55-64.
- Candeias, A., Esteves, A., & Sá, L. (2016). Cuidados de enfermagem em saúde mental e psiquiatria no início do século XX. *Servir*, 59(1), 47-54. <https://doi.org/10.48492/SERVIR021.21370>
- Candeias, A., Sá, L., & Esteves, A. (2021). Contributos para uma história da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica em Portugal (1883-1885). *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 26, 140-152. <https://doi.org/10.19131/RPESM.315>
- Chalifour, J. (2008). A intervenção terapêutica: Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda. Loures: Lusodidacta.
- Esteves, A. (2011). Engulhos de ontem, doente de hoje: pensar a loucura em Portugal no século XIX. O caso do distrito de Viana do Castelo in Lobo de Araújo, Maria Marta e Esteves, Alexandra (Coords.). *Marginalidade, pobreza e respostas sociais na Península Ibérica (séculos XVI-XIX)*. Braga: CITCEM. 199-216
- Regulamento n.º 356/2015 da Ordem dos Enfermeiros (2015). *Diário da República: II série*, n.º 122. <https://files.dre.pt/s/2015/06/12200000/1703417041.pdf>
- Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros (2018). *Diário da República: II série*, n.º 151. <https://files.dre.pt/s/2018/08/151000000/2142721430.pdf>
- Villela, S. de C., & Scatena, M. C. M. (2004). A enfermagem e o cuidar na área de saúde mental. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 57(6), 738-741. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672004000600022>

Pandemia de covid-19

Desafios para a saúde dos Portugueses

Luis Oliveira

Neuropsicólogo da ADEB

Vice-Presidente da Direção da ADEB

Foi no passado dia 11 de julho de 2022 que foi efetuada a apresentação pública, no Auditório da Assembleia da República (AR), o Relatório efetuado pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) intitulado “Desafios para a saúde dos Portugueses”, tendo em conta o impacto da pandemia covid-19 na saúde e vida dos portugueses. Participaram nesta apresentação pública a vice-presidente da AR, Edite Estrela, a ministra da Saúde, Marta Temido, o presidente do CNS, Henrique Barros e conselheiros e peritos do CNS. A produção deste relatório teve um papel ativo da Associação de Apoio a Doentes Depressivos e Bipola-

res (ADEB), no âmbito das suas responsabilidades, como membro conselheiro do CNS, em representação das pessoas com doenças do foro mental em Portugal.

Impacto na saúde mental

Num inquérito realizado pelo Conselho Nacional de Saúde durante a primeira vaga da pandemia por SARS-CoV-2 em Portugal, verificou-se que as Juntas de Freguesia foram frequentemente abordadas por pessoas com dependência funcional – idosas, portadoras de deficiência, com doença mental – ou seus familiares, e por pessoas pertencentes a agregados familiares com dificul-

dades económicas por desemprego ou emprego precário. Evidenciaram-se, no primeiro grupo, as dificuldades na aquisição de bens essenciais, a solidão e a falta de meios de comunicação, enquanto no segundo grupo foram notórias as dificuldades económicas para o pagamento de bens essenciais, sejam a renda, alimentos, medicamentos ou dificuldade no acesso a computadores e ligação à internet. Estas dificuldades estarão possivelmente aliadas a dificuldades sociais e económicas pré-existentes que se poderão ter agravado com o impacto da pandemia. Constituem reconhecidos determinantes sociais da saúde



Descrição: Jovem médico dá consulta a uma paciente jovem.

em geral e da saúde mental em particular. No estudo *Saúde Mental em Tempos de Pandemia (SM-COVID19)*, realizado em Portugal nos primeiros 6 meses da pandemia através de um questionário disponibilizado *on-line* respondido por 3.982 indivíduos considerados como população geral e 2.097 profissionais de saúde, 27% dos participantes reportaram sintomas moderados a graves de ansiedade, 26,4% de depressão e 26% de perturbação de stress pós-traumático. Já num estudo realizado pela Universidade do Minho também nas primeiras semanas da pandemia, 16% dos participantes reportaram sintomas moderados a graves de ansiedade, 19% de depressão e 12% de sintomas obsessivo-compulsivos. Foram sobretudo as mulheres, os jovens adultos entre os 18 e os 29 anos, os desempregados e os indivíduos com menor rendimento quem apresentou mais frequentemente sintomas de sofrimento psicológico moderado a grave, de acordo com as várias das dimensões analisadas. Os preditores mais significativos de sofrimento psicológico foram a dificuldade na conciliação trabalho-família e manutenção dos estilos de vida e atividades de lazer, a preocupação com a manutenção do trabalho ou preservação do rendimento, da percepção de falta de apoio social ou familiar, a preocupação relativamente ao futuro e menor resiliência. De forma similar, de entre as 3.432 pessoas que preencheram os questionários online dos Diários de uma Pandemia entre 23 e 30 de março de 2020, 23,7% sentiram muito frequentemente uma sensação de medo “*como se algo terrível estivesse para acontecer*”, mais de 34,8% sentiu medo de ser infetado, 62,4% com medo pela sua saúde ou a dos seus entes queridos, e 50,4% sentiu ansiedade ao ler notícias sobre a pandemia. Mais de 80% sentiu frequentemente não ter controlo sobre a situação e 29,4% descreveu sentimentos de tristeza, desespero ou depressão. Globalmente, as mulheres das faixas etárias mais novas e aqueles

com menor escolaridade apresentaram frequências mais elevadas. Mais de um terço dos participantes (39,7%) teve dificuldade em adormecer. O risco de insónia foi mais elevado nas mulheres, nos mais jovens e nos participantes que percecionavam o seu rendimento como inferior e frequentemente sentiam medo de infetar pelo SARS-CoV-2. Importa salientar que os resultados apresentados se referem a observações transversais e muito sensíveis a fatores contextuais particulares. Num estudo longitudinal realizado em Portugal ao longo dos anos 2020 e 2021, verificou-se uma redução sustentada dos níveis de stress, ansiedade e depressão, demonstrando uma adaptação global às adversidades da pandemia. Saliente-se, contudo, que essa adaptação não foi uniforme, sendo menos evidente nalguns grupos populacionais que vivem condições de maior vulnerabilidade no que respeita à saúde mental (como mulheres, desempregados, pessoas com doença crónica). O relatório *O Impacto da Pandemia de Covid-19 nas Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) e seus Utentes em Portugal* mostrou que os utentes das IPSS foram especialmente afetados pelas consequências do isolamento (66,2%), nas quais se incluem efeitos psicológicos tais como solidão, perdas relacionais e de socialização, desgaste, stress e ansiedade, tristeza e medo. A suspensão das respostas sociais afetou 15,1% das famílias dos seus utentes, como os idosos, pessoas com dependência e pessoas com deficiência, por encerramento ou suspensão dos Centros de Dia e Centros de Acompanhamento Ocupacional, e crianças e jovens utilizadores de creches, ensino pré-escolar e centros de atividade de tempos livres. A suspensão ou alteração da atividade de algumas IPSS durante este período contribuiu para o agravamento da situação económica familiar pelo facto de os cuidadores terem de suspender a sua atividade profissional para assumir as tarefas anteriormente

desempenhadas pelas IPSS ou outros organismos cujas respostas foram suspensas. Foi ainda relevante a perda de acesso a serviços sociais externos (5,3%), tais como os centros de saúde, escolas, unidades de alcoologia, o aumento da violência doméstica (4,0%) e a falta de equipamentos ou competências para aceder a ensino à distância (1,8%), no caso das crianças e jovens. No entanto, as Instituições procuraram responder a estas circunstâncias mobilizando recursos, e indo muitas vezes para além das suas responsabilidades formais. O futuro trará maior compreensão sobre o impacto do ensino à distância – obrigatório nos períodos de confinamento, mas prolongado para várias crianças e jovens pela necessidade de isolamento e quarentena durante todo o período pandémico. Ainda não sabemos qual o efeito desta situação no seu desenvolvimento e socialização, assim como ainda não conhecemos o eventual efeito disruptivo do teletrabalho obrigatório, com repercussões nos ritmos de vida e nos processos de socialização da população ativa. A generalização, quase instantânea, do teletrabalho provocou sentimentos de isolamento social e solidão que, por sua vez, reduziram a capacidade de lidar com as mudanças na carga de trabalho e no tempo de trabalho, afetando adversamente os níveis de stress e o bem-estar mental e físico dos trabalhadores. Um estudo da *Eurofound-OIT* constatou que os níveis de stress elevados estavam presentes em 41% dos trabalhadores que realizavam teletrabalho comparados com apenas 25% dos trabalhadores que se mantiveram em trabalho presencial. O mesmo estudo aponta outra fonte de efeitos negativos relacionados com o teletrabalho, em particular no contexto da pandemia por SARS-CoV-2, relacionado com o ‘presentismo virtual, que pode atrasar a recuperação da doença e comprometer a saúde a longo prazo do trabalhador. Para além do ensino à distância, o incentivo ao distanciamento físico e o uso de máscaras

ras faciais pode vir a ter um efeito nefasto no desenvolvimento de muitas competências sociais nas crianças e adolescentes. Assim, a sociedade civil alertou para que o processo de tomada de decisão sobre estas medidas de contenção devesse priorizar a saúde (não só física, mas também psicológica), o desenvolvimento saudável e o bem-estar das crianças. O uso de máscaras pelas crianças deve ter em conta o potencial impacto nos processos e resultados de aprendizagem, bem como nos processos de transição e adaptação. Na criação de normas ou orientações é imprescindível considerar a necessidade de equilíbrio entre as medidas sanitárias, essenciais ao controlo epidemiológico, e os potenciais impactos dessas medidas no desenvolvimento, bem-estar e aprendizagem. Teria sido muito importante envolver crianças e jovens na discussão destas tomadas de decisão e desde há muito existir um plano devidamente desenhado de avaliação do seu efeito.

Uma epidemia na pandemia: os psicofármacos

Em 2019 Portugal era dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) com maior consumo de ansiolíticos e antidepressivos e o número de anti-depressivos vendidos em Portugal tem vindo a aumentar. Em 2019 venderam-se em média 25 mil embalagens de antidepressivos por dia, em 2020 mais de 26 mil, e nos nove primeiros meses de 2021 mais de 28 mil embalagens. Porém, o crescimento da utilização de antidepressivos em Portugal pode ser explicado pela utilização mais correta do uso destes fármacos (já que anteriormente as pessoas estavam a ser medicadas incorretamente com ansiolíticos), pelo facto de existir uma elevada prevalência de depressão em Portugal, e também pelo aumento da capacidade de deteção da depressão nos cuidados de saúde primários. Relativamente aos ansiolíticos, sedativos e hipnóticos, o consumo reduziu em 2019 e 2020, tendo havido um ligei-

ro aumento em 2021. Num estudo canadiano recente, que entre 196 participantes explorou os possíveis determinantes desses consumos, 47% relataram um aumento no uso de substâncias desde o início da pandemia relacionado com a perda de emprego, medo de ficar infetado, distanciamento social e isolamento. Algumas pessoas relataram o uso de substâncias como um mecanismo para lidar com os impactos físicos, mentais e sociais negativos da pandemia por SARS-CoV-2. Mecanismos semelhantes poderão explicar, em parte, o aumento do consumo de antidepressivos em Portugal. Dados preliminares de um estudo português em curso mostraram aumento do consumo de tabaco e álcool, bebidas energéticas, jogos de fortuna e azar e de cannabis. Destaque-se que, segundo os resultados do Inquérito Online Europeu sobre Drogas 2021, cerca de 40% dos utilizadores de cannabis referiram utilizar esta droga como estratégia para lidar com a depressão ou ansiedade. O aumento reativo dessas situações pode indicar um aumento do consumo de drogas que deverá ser atentamente monitorizado no futuro.

Resposta pelos serviços de saúde mental

A pandemia poderá ter, direta e indiretamente, afetado a saúde mental da população e levado ao aumento de procura dos serviços relevantes. Medo, luto, isolamento, perda de rendimento poderão ter desencadeado novos problemas de saúde mental ou agravado os pré-existentes, assim como a própria COVID-19 poderá aumentar o risco de morbilidade psicológica e neurológica, a curto e médio prazo. Dados preliminares da Universidade do Minho, mostram um aumento da procura de consultas de psicologia e/ou psiquiatria, sendo que mais de 20% da amostra tinha consultas de saúde mental em curso. Apesar deste aumento de procura, pessoas com problemas de saúde mental pré-existentes e pessoas que sentiram a sua saúde mental deteriorar-se durante

a pandemia, poderão ter estado em situação particularmente vulnerável durante estes dois anos. Segundo as conclusões de um inquérito europeu (envolvendo treze países, incluindo Portugal) junto de pessoas com problemas de saúde mental preexistentes, realizado entre setembro e dezembro de 2020, 51% dos entrevistados afirmaram que a sua saúde mental havia piorado desde o início da pandemia e 57% experimentaram uma mudança/declínio do seu humor. Foi ainda observado que, apesar de 82% terem recebido suporte dos serviços de saúde mental quando necessitaram, 60% relataram uma mudança na forma como os cuidados de saúde mental foram prestados (com uma grande maioria a receber cuidados de saúde mental por teleconsulta). Apesar destes dados, o mesmo estudo europeu mostrou que 85% referiram ter tido mais apoio da família, dos amigos e/ou do cuidador, bem como grupos de autoajuda e apoio de colegas. Em vários países a pandemia teve impacto nos serviços de saúde mental, levando a uma substancial redução no acesso e disponibilidade de serviços quer a nível hospitalar quer naqueles centrados na comunidade. Em Portugal, as respostas dos serviços de saúde mental, no contexto da pandemia de COVID-19, caracterizaram-se pela adoção de estratégias preventivas e interventivas, dirigidas aos doentes com e sem COVID-19, às famílias e aos profissionais. Estas respostas ocorreram a nível hospitalar e comunitário. A nível hospitalar, com a reorganização imediata dos Departamentos de Psiquiatria e Saúde Mental (DPSM), designadamente dos Serviços de Psiquiatria e dos Serviços de Psiquiatria da Infância e Adolescência (Pedopsiquiatria), com elaboração de planos de contingência, de acordo com as orientações emanadas do Ministério da Saúde e dos respetivos hospitais onde se inserem os DPSM e, mais tarde, também da Norma da Direção-Geral da Saúde 011/2020 de 18/04, em articulação com os Agrupamentos de Centros

de Saúde, as Equipas Locais de Intervenção, as Comissões de Proteção de Crianças e Jovens, com os Centros de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise do INEM e com as estruturas locais dos Planos de Desenvolvimento Social, de modo a agilizar a comunicação entre os vários serviços na sinalização de casos urgentes e vigilância das populações mais vulneráveis, sobretudo idosos, crianças, indivíduos isolados ou com doença mental. A aplicação da referida norma permitiu, ao contrário do que aconteceu noutros países, que os serviços de psiquiatria não tenham sido “invadidos” por outras especialidades e que as equipas não fossem desmanteladas, e que a assistência a todos as pessoas com doença mental grave em ambulatório pudesse ser mantida, inclusivamente de forma presencial. Dados apresentados na comunicação social mostram que o número de consultas externas terá aumentado de 2019 para 2020 e 2021, inicialmente à custa de teleconsultas que gradualmente foram sendo substituídas por consultas presenciais, e que as sessões em hospital de dia diminuíram entre 2019 e 2020, voltando a aumentar em 2021 (mas em número inferior a 2019). Houve ainda redução no número de internamentos hospitalares e sessões de hospital de dia entre 2019 e 2020, com recuperação parcial em 2021. Salienta-se que, ainda que durante alguns meses as consultas presenciais tenham sido parcialmente substituídas por um atendimento à distância (incluindo teleconsultas e linhas diretas de apoio), estas nunca deixaram de existir para os doentes mentais graves.

As IPSS também reportaram um agravamento de doença mental ou cognitiva pre-existente nos seus utentes (26,7%), uma regressão da capacidade locomotora (14,2%) e um agravamento geral do estado de saúde (4,0%), no qual se incluíram as consequências da falta de apoio familiar, acima de tudo nos idosos não institucionalizados, com o risco aumentado de quedas e suspensão de terapêuticas [10]. Como já afirmado, a pandemia por SARS-COV-2 motivou alterações profundas na vida das pessoas, no quotidiano familiar e do trabalho. A necessidade de adaptação à mudança, com o isolamento e afastamento social, coloca a todos os cidadãos sob uma pressão psicológica, por vezes difícil de controlar. Na procura de resposta para estas necessidades foi criada a linha de aconselhamento psicológico, numa parceria entre os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde e a Ordem dos Psicólogos Portugueses, com apoio da Fundação Calouste Gulbenkian. Este serviço pretendeu dar apoio em várias situações, como por exemplo: ansiedade aguda; fragilidade psicológica; e agravamento da sua doença psicológica. Desde a sua criação, no dia 1 de abril de 2020, um mês depois do início da pandemia de COVID-19 em Portugal, cerca de 75 mil pessoas ligaram para a Linha de Aconselhamento Psicológico do SNS 24. Dados recentemente publicados pelo Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) apontaram para um aumento de mais de 40% dos pedidos de ajuda ao Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise, passando de 7.345 ocorrências em 2019 para

10.474 em 2021. Este aumento foi mais significativo nos jovens até aos 19 anos, com um aumento de 52,8%. Os quadros mais frequentes foram os relacionados com episódios de crise de ansiedade e ataques de pânico, aliados à dificuldade em regular as emoções, sintomas depressivos, falta de esperança e isolamento. A perturbação depressiva muitas vezes aliou-se a comportamentos suicidários e autolesivos. Os incidentes críticos, como a morte inesperada de um ente querido (nomeadamente por COVID-19), foram os eventos com maior crescimento entre 2019 (1.099) e 2021 (2.276). Foram igualmente criadas múltiplas linhas telefónicas ao nível dos serviços de saúde mental, nos hospitais, com o envolvimento de equipas multidisciplinares, para apoio psicológico em crise aos profissionais de saúde e utentes, tendo como principais metas: a contenção psicológica e validação emocional, capacitação individual (empowerment), hierarquização de preocupações e gestão de expectativas, e promoção da resiliência. Uma preocupação importante foi a de aumentar a informação destinada à população em geral e a literacia em saúde mental. Logo em abril de 2020 foi criado um site institucional de Saúde Mental e a presença nos meios de comunicação, ocorreu ao longo dos últimos anos e com maior frequência em 2021.

Poderá consultar o relatório na versão completa e suas Referências no link https://www.cns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2022/07/Relatorio-CNS2022_web.pdf

O Relatório Mundial de Saúde Mental de 2022 e a situação em Portugal

Carlos Dias Alves

Familiar e Cuidador

Vinte anos após o Relatório Mundial de Saúde de 2001 foi publicado este ano o Relatório Mundial de Saúde Mental de 2022.

O Relatório sublinha a importância de modificar atitudes, devolver direitos e alterar o ambiente de prestação de cuidados de saúde.

Novas medidas são necessárias para:

- ampliar os direitos dos cidadãos com necessidade de cuidados de mental;
- prestar serviços de Saúde Mental na comunidade;
- fortalecer a participação ativa de pessoas com experiência vivida de saúde mental; e
- fornecer formação e experiência úteis para os profissionais de saúde.

A profunda reorganização dos serviços de saúde mental é uma das grandes prioridades em saúde mental e deve ter dois objetivos principais:

- transferir o atendimento das pessoas com transtornos mentais graves dos hospitais psiquiátricos para a comunidade, e
- ministrar os cuidados para ansiedade, depressão e outras condições comuns de saúde mental nos serviços de saúde de proximidade.

O nível de implementação das reformas necessárias é especialmente baixo em países com menos recursos financeiros e humanos, mas afeta todos os países e, por outro lado, a saúde mental da criança e do adolescente ainda não é considerada como um componente fundamental da política de Saúde Mental.

A implementação bem-sucedida das reformas também requer novas políticas e realocação de recursos nomeadamente financeiros, diálogo com todas as partes interessadas, um planeamento realista, desenvolvimento de novas capacidades dos profissionais

e estabelecimento de novas parcerias com organizações comunitárias.

O Relatório sublinha que a desinstitucionalização é muito mais do que uma simples reengenharia institucional (mudança de cuidados de base hospitalar para cui-



dados comunitários), mas implica uma transformação radical do “discurso” geral da psiquiatria.

Nomeadamente a desinstitucionalização implica:

- o respeito dos direitos humanos das pessoas com necessidade de cuidados de saúde mental,
- uma reorientação significativa do financiamento dos cuidados de saúde mental,
- a necessidade de repensar a formação dos profissionais de saúde mental,
- enfim, uma mudança significativa da concepção e da prática da reabilitação psico-social.

No entanto, a dura realidade é que em muitos países, muitas vezes menos desenvolvidos economicamente, as pessoas com esses transtornos continuam a residir em grandes hospitais psiquiátricos ou instituições de assistência social fechadas com más condições de vida, assistência clínica inadequada e frequentes violações de direitos humanos.

1 - As pessoas devem estar em primeiro lugar

Em comparação com os cuidados institucionais, os cuidados de saúde mental baseados na comunidade permitem os seguintes ganhos:

- **Aumentar a acessibilidade** – Mais perto de casa são eliminados os custos de deslocação a localidades distantes e torna os serviços mais acessíveis. O tratamento é ministrado num ambiente familiar, no qual as pessoas podem manter as suas redes de apoio, relacionamentos com familiares e amigos, empregos, atividades educacionais e outras. Assim cria-se mais autonomia para o doente o que facilita a sua re-

cuperação.

- **Reduzir o estigma** - Ajudam a mudar as atitudes em relação às condições de saúde mental, reduzem a exclusão social das pessoas afetadas e tornam-nas mais propensas a procurar ajuda.
- **Proteger melhor os direitos humanos** - Reduzem a probabilidade de reclusão, contenção, negligência e abuso de medicação excessiva, que são especialmente comuns em ambientes institucionais. Contribuem para reduzir a discriminação e para salvaguardar os direitos das pessoas à liberdade, participação e inclusão na sua comunidade.
- **Melhorar os resultados** - São mais eficazes do que os cuidados baseados nas instituições comunitárias porque atendem às preferências das pessoas,

sua vida.

2 - Os cuidados devem ser centrados na pessoa e não na doença

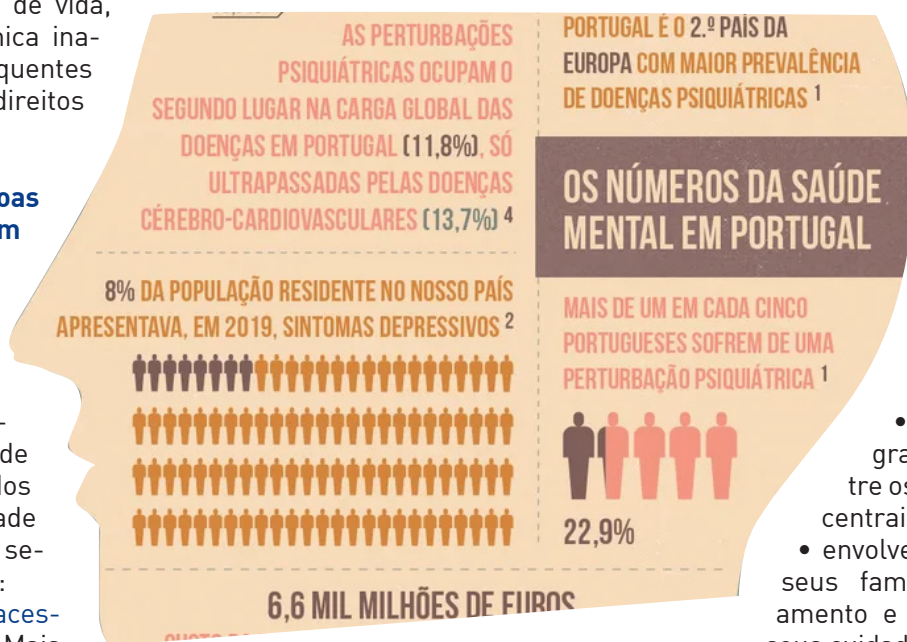
Os cuidados de saúde comunitários devem ser organizados em torno das necessidades e expectativas de saúde das pessoas, não das doenças.

Estes cuidados centrados nas pessoas envolvem indivíduos, famílias e comunidades como participantes ativos, em vez de receptores passivos de cuidados.

Este Relatório destaca a importância dos desejos e opiniões das pessoas com experiência de doença mental: as pessoas com experiência vivida são importantes agentes de mudança e podem aumentar a consciencialização da sociedade para a importância da saúde mental.

Na prática, o cuidado centrado na pessoa significa muitas coisas, nomeadamente:

- respeitar plenamente os direitos humanos e os valores pessoais das pessoas;
- prestar contas e respeitar as preferências de tratamento das pessoas e as necessidades expressas;
- coordenar e integrar os cuidados entre os serviços de saúde centrais e locais;
- envolver os doentes e os seus familiares no planeamento e na prestação dos seus cuidados;
- garantir que as pessoas estejam fisicamente confortáveis e seguras; e
- fornecer intervenção e apoio quando necessário.



apoiam a reintegração na comunidade e melhoram a qualidade de vida.

O Relatório sublinha a necessidade de uma abordagem centrada na pessoa e baseada na recuperação que garante que todas as pessoas tenham acesso a uma gama de serviços e apoios, desde a **promoção e prevenção ao tratamento e reabilitação**, dentro e fora do setor de saúde, de acordo com as suas necessidades ao longo da

3 - Situação em Portugal - O PRR

O PRR prevê um montante de 88M€ destinado a recuperar o atraso de décadas mas é manifestamente insuficiente para a ambiciosa meta que se propõe: **Conclu-**

são da Reforma da Saúde Mental e implementação da Estratégia para as Demências.

Representa apenas 6% da verba do PRR destinada à saúde (1.383 M€)!

Neste momento estão anunciados concursos no valor de cerca de 35M€ destinados às seguintes finalidades:

- Construir 4 unidades de internamento em hospitais gerais;
- Requalificar 7 instalações dos SLSM já existentes (previstas 20).
- Qualificar os internamentos de psiquiatria forense e construir 3 unidades forenses de transição para a comunidade (inimputáveis em liberdade para prova);
- (l) Construir uma nova unidade residencial forense de transição e remodelar outras duas;
- Criar equipas comunitárias para adultos e para a infância e adolescência, 40 até 2026

Aguardam-se o lançamento dos concursos para as unidades que faltam e para os seguintes programas:

- Criar respostas residenciais na comunidade que permitam a desinstitucionalização dos doentes residentes em hospitais psiquiátricos ou no setor social, que não beneficiam da oferta de cuidados da RNCCI;
- Criar 15 Centros de Responsabilidade Integrados (CRI),
- Alargar a RNCCI-SM, com aumento progressivo do número de lugares, até atingir 1.500;
- Implementar os Planos Regionais de Saúde para as Demências, a nível das cinco Administrações Regionais de Saúde do território continental.

Para concluir a anunciada **Conclusão da Reforma da Saúde Mental** há que prever nos orçamentos do Estado de 2023 e seguintes as verbas suficientes para tal tendo em conta a necessidade de verbas para assegurar o funcionamento sustentável das iniciativas entre tanto criadas, o que implica um investimento de grande envergadura que todos ambicionamos e apoiamos.

4 - Situação em Portugal - Cuidados de Saúde Mental na Comunidade

Em Portugal o tratamento de grande parte das pessoas com necessidade de cuidados de saúde mental continua a limitar -se ao tratamento farmacológico, sem acesso a um projeto individual de reabilitação psicossocial, impedindo-as, assim, de recuperarem competências e de terem uma participação plena na sociedade, no mercado de trabalho e na sua vida familiar.

Nos cuidados de saúde primários reconhece-se a necessidade de alocar recursos humanos da área da Saúde Mental para que os médicos de família nos centros de saúde possam assegurar serviços para a recuperação do doente no ambulatório, em articulação estreita com os serviços de Psiquiatria dos Hospitais como já há bons exemplos a seguir.

De há muito que se reclamam psicólogos, assistentes sociais e terapeutas de referência para esta área tanto nos Hospitais como nos serviços prestadores de cuidados de saúde primários.

Reclamam-se as equipas domiciliárias que visitem e acompanhem os doentes de acordo com o prescrito no Plano Individual de Recuperação desde o primeiro momento, na saída do internamento e durante o tratamento de uma doença crónica grave que precisa ser monitorizado, ajudando o doente e a família a ajustar e controlar a terapêutica, promovendo a sua recuperação para a vida ativa, se for o caso, ou encaminhando para respostas em cuidados continuados.

As equipas comunitárias não se substituem aos serviços prestadores de cuidados e não se pode pensar que com a criação de 40 equipas comunitárias se conclui a **Reforma da Saúde Mental**.

Urge que o Estado estabeleça um plano de investimento na requalificação dos equipamentos comunitários que funcionam ao abrigo do Despacho Conjunto 407/98, para cumprimento dos requisitos determinados pelo Estado na Portaria n.º 311/2021 para a respetiva

reconversão e integração na RNC-CI-SM, prevista há 12 anos no Decreto-Lei nº 8/2010. Este diploma fixava um prazo de 24 meses para a efectivação desta reconversão. Os problemas que as instituições enfrentam exigem respostas, para fazer face aos receios em apresentar candidaturas à RNCCISM e reconverter as respostas do DC 407/98 que prestam cuidados de Saúde Mental a 950 pessoas.

Por outro lado as respostas que integram a RNCCI têm expressado constrangimentos financeiros sérios e estão a levar as Instituições a problemas financeiros graves, correndo o risco de encerrar, sendo, por isso, urgente a revisão dos montantes de financiamento atuais para estas respostas dada a conjuntura, ultrapassar os constrangimentos do atual modelo de referenciação e critérios utilizados, rever as exigências do edificado, o foco no modelo médico, gestão de ausências/pagamento ao dia, a afetação dos recursos, a carga burocrática, a pouca autonomia das instituições na parceria, e os critérios da avaliação no acompanhamento mais ajustados à qualidade de vida dos utentes destas respostas de saúde mental.

Os diplomas legais são necessários mas precisam de ser operacionalizados através de medidas concretas com verbas plurianuais atribuídas para que se cumpram os seus princípios e desígnios.

No que respeita à prestação de cuidados de saúde mental na comunidade o Estado tem de assumir a sua obrigação ética e moral da parte pública e ajudar a estruturar e a viabilizar os serviços privados e do sector social que estão implementados na Comunidade e deram provas da sua imprescindibilidade ao longo de décadas.

Em conclusão:

Urge recuperar o atraso de décadas, passar das leis à prática e alocar à Saúde Mental os recursos humanos e financeiros necessários para concluir a anunciada **Conclusão da Reforma da Saúde Mental**.

XVI Congresso Nacional de Psiquiatria



Tendo em consideração o XVI Congresso Nacional de Psiquiatria, que se vai realizar no dia 16 a 19 novembro de 2022, no Palácio de Congressos do Algarve, na Herdade dos Salgados, promovido pela Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental (SPPSM) o qual atribuiu ingressos à equipa da área de saúde e social da ADEB para apresentação da aplicação BeepMood e divulgação da documentação psicopedagógica editada pela ADEB sobre as patologias Unipolar e Bipolar.

Este CNP terá como tema O Natural e o Artificial na Psiquiatria: Novelos e os seus Desenlaces, e ainda tem como objetivo a reflexão sobre os atuais modelos de intervenção, dificuldades encontradas e soluções para esta época de grandes transformações.

Cumprimentos,
A Direção da ADEB

OS CAVALOS

16-12-2021

As fontes do teu sorriso que enamoram o que já passou,
As tuas fontes são verbos daquilo de quem já amou,
E nas tuas lágrimas, pelas quais, vê-se todos os sentidos para além do teu amor,
Como se da tua boca brotasse no seu princípio início e em fímbria de morte uma emaranhada flor...

O gigante que nos teus olhos, de tal forma tão breve, nasce,
E como se se deitasse na minha farpela,
E eu que o agarrando e de tal forma o magoasse,
Que o deixasse chorando nos teus olhos e também os castigasse e o fitasse em perene cautela...

Em teus olhos tais fontes em mil lagos,
De onde caem lágrimas-flores sobre o teu decote,
Onde pernoitam os teus montes hirsutos e mal pagos,
O azul dos teus olhos clareia os castanhos do monte...

E que ao cair o sol de pano em e na plena lua,
Existe algo em ti em mim que clareia,
É o céu que em ti contristando amua,
Tal como se o teu sorriso se perdesse em dias de lua cheia...



Os rios dos teus olhos que são, fome nos teus, riachos quando choram,
Que se transformam e transbordam em rios de pedra em rios de prata, e na poesia mais bela,
E nos meus mesmos braços e abraços que te procuram preocupam e te transportam,
Só a ti num só este ventre, onde te espera uma criança que bate à tua porta, ao fazer-se a si própria, da tua única,
e póstuma, às vezes e vazia e fria, onde está sozinha e embora ardendo, a sentinela!!!

Em memória às pinturas de Júlio Pomar

António(m)o

Viagem pela Vida

Sempre pronto, com as suas bagagens
A vida é simplesmente uma viagem
O seu destino é uma das paragens
Se errar na descida, fica uma aprendizagem
Leva-la consigo para a outra margem
Começar tudo de novo, não é um fracasso
Mas sim, é uma coragem
Onde há um por do sol, há sempre um amanhecer
Quando a vida te deixa na escuridão
O sol irá brilhar depois de cada anoitecer
Nesta vida tudo pode acontecer
Não espanta. Não fica triste de não ter
Porque tudo, nesta vida, tem a razão do ser.



Fátima Silva



Associação de Apoio aos Doentes
Depressivos e Bipolares

IPSS de utilidade pública com fins de saúde e sociais

ADEB

CONVOCATÓRIA Assembleia Geral Ordinária 3 de DEZEMBRO de 2022

Convocam-se todos os associados da Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Bipolares- ADEB, ao abrigo da alínea c) do n.º 1) do artigo 28.º dos Estatutos da ADEB, a comparecer na Assembleia Geral Ordinária, no dia **03 de dezembro de 2022**, às 14:30. horas, presencial, na Sede Nacional, no Fórum Florbela Espanca, Av. de Ceuta, n.º 53, lojas de F a J, 1300-125 Lisboa, subordinada à seguinte ordem de trabalhos:

Das 15.00 às 16:00 horas apresentação, análise e aprovação de Programa de Ação e Orçamento para o ano 2023;

Das 16:00 às 16:30 horas apreciação do parecer do Conselho Fiscal da ADEB.

Das 17:00 às 17:30 horas clarificação, alteração e aprovação de alguns artigos dos Estatutos da ADEB,

Assembleia Geral Eleitoral da ADEB

Os associados com os seus direitos estatutários em dia, vão reunir-se em Assembleia Geral Eleitoral, ao abrigo da alínea a) n.º 1) do artigo 28.º dos Estatutos da ADEB, com base na seguinte ordem de trabalhos:

Entre as 17:30 e 18:00 horas apresentação do novo Elenco dos Corpos Gerentes, para o mandato e quadriénio dos anos 2022 a 2026;

Entre as 18:00 e 18:30 horas é realizada Votação Secreta por Boletim de Voto em URNA;

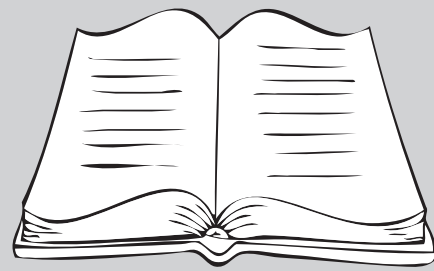
Entre as 18:30 e 19:00 horas, escrutínio e contagem de votos, sendo de seguida o ato de Tomada de Posse.

COMPAREÇA E PARTICIPE!

Inscreva-se através do link <https://forms.gle/fW7kB5yhqhs9Jjk19>

Lisboa 10 de Novembro de 2022

Presidente da Assembleia Geral da A.D.E.B.
Professor Doutor António Sampaio



O respeito das regras do Novo Acordo
Ortográfico nesta obra foi decidido
por cada um dos seus autores.

ESCREVA E DIVULGUE A REVISTA BIPOLAR

Ficha Técnica

Revista Bipolar n.º 66

Periodicidade: Semestral

Ano XVI, 2.º Semestre de 2022

Proprietário: ADEB

NIPC ADEB: 502610760

Editor: ADEB

Sede do Editor: Av. de Ceuta, n.º53. Lojas F-J.

1300-125 Lisboa

Diretor: Delfim Augusto d'Oliveira

Sub- Diretora: Renata Frazão

Coordenador de Redação: Delfim Augusto d'Oliveira.

Colaboradores: Delfim d'Oliveira, José Manuel Jara, Sérgio Paixão, Catarina Maia, Sónia Cherpe, Joana Coelho, Luís d'Oliveira, Fátima Silva, Carlos Dias Alves e António(m)o.

Redação: ADEB

Impressor: ADEB

Tiragem: 30

N.º Depósito Legal: 143533/99

Registo na ERC: 121888

Preço: 2,50€

Distribuição gratuita aos sócios

Contactos

Sede Nacional da ADEB

Quinta do Cabrinha, Av. de Ceuta, n.º 53, Loja F/G, H/I e J

1300-125 LISBOA

Tel: 21 854 07 40/5

Tlm: 92 411 23 44 / 96 616 57 43 / 96 898 21 50

adeb@adeb.pt

Delegação da Região Norte da ADEB

Urbanização de Santa Luzia, Rua Aurélio Paz dos Reis, n.º 357, Torre 5, r/c, Paranhos 4250-068 PORTO

Tel: 22 606 64 14 - Fax 22 833 14 43

Tlm: 93 271 32 47 / 93 857 69 00

regiao_norte@adeb.pt

Delegação da Região Centro da ADEB

Edifício Mondego - Av. Fernão Magalhães, n.º 619 - 1.º, Escritório 1.06 e 1.07 3000-168 COIMBRA

Tel / Fax: 23 981 25 74

Tlm: 92 555 25 78 / 96 898 21 17

regiao_centro@adeb.pt

www.adeb.pt