



A.D.E.B.

BIPOLAR

REVISTA DA ASSOCIAÇÃO DE APOIO AOS DOENTES DEPRESSIVOS E BIPOLARES Nº 39



Convocatória

26 de Março de 2011 | Hospital Júlio de Matos, Sala Polivalente, Fórum da Saúde

10:00 horas: Assembleia Geral Ordinária

- Análise e aprovação do Relatório da Direcção e Contas do ano 2010.

11:00 horas: Colóquio “Cuidados Continuados Integrados em Saúde Mental”



Editorial

A Direcção da ADEB procurou, nesta revista, abordar questões relacionadas com a Lei de Cuidados Continuados em Saúde Mental, recentemente republicada no Decreto-lei n.º 22/2011. Esta legislação visa clarificar os termos da responsabilidade civil das unidades, equipas e pessoal envolvido, fornecendo um novo conjunto de respostas específicas para pessoas com doença mental grave, resultante de incapacidade psicossocial e em situação de dependência. Compreender esta informação e o impacto que terá no funcionamento das nossas respostas sociais é importante para que possamos enquadrar-nos e actualizar o apoio que prestamos aos nossos associados e à comunidade.

A ADEB está também a comemorar o seu vigésimo aniversário, duas décadas de trabalho dedicado aos associados e à promoção da saúde mental. Desde o início, movidos por uma grande vontade de fazer algo pelas pessoas com doença Unipolar e Bipolar; a ADEB veio crescendo e implementando estratégias que actualmente fazem de nós a maior associação comunitária de pessoas, a nível nacional, nomeadamente no que toca ao apoio a estas patologias. A Certificação de Qualidade obtida, em Novembro de 2010, foi o culminar e a celebração de um trabalho positivo, ao longo de 20 anos, no campo da Reabilitação Psicossocial, pautado pelo rumo traçado pela Direcção e pelo empenho e dedicação dos trabalhadores da ADEB, tendo em vista a melhoria contínua no apoio prestado aos associados e à comunidade.

Assim, esta revista contém um suplemento onde consta, em síntese, o Relatório da Direcção e Contas do ano 2010, o qual vai ser aprovado em A.G.O. no dia 26 de Março de 2011.

Como vem sendo habitual, o Programa de Acção e Plano de Actividades para o ano 2011 encontra-se publicado para consulta no site da ADEB.

Delfim Augusto de Oliveira
Presidente da Direcção Nacional da ADEB

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 e documentários;
- Divulgação e testemunhos de pacientes e familiares;
- Relatório das actividades sociais desenvolvidas pela ADEB;
- Espaço para divulgação das potencialidades dos associados no campo cultural, recreativo e social;

ESCREVA E DIVULGUE A REVISTA BIPOLAR

Índice

CCISM - Objectivos Reabilitação!	3
O direito ao tratamento e o novo regime de comparticipações para os Medicamentos Psiquiátricos	6
Neuroplasticidade, Depressão e Antidepressivos	8
Pacto Europeu para a Saúde Mental e Bem-Estar	10
Linda Hamilton	14
A Pobreza Reflete-se	18
Projecto Pioneiro de Prevenção do Suicídio em Portugal	20
A Depressão Dói. Porquê?	21
Livros	22
Legislação, Apoios	23



CCISM - Objectivo Reabilitação!

Como é bem conhecido, as perturbações mentais mais graves dão origem à perda ou diminuição das capacidades de relacionamento, de adaptação social e de desempenho profissional.

Mas, contrariamente ao que muitos consideram e praticam, o tratamento, sobretudo apenas medicamentoso/psicofarmacológico, pouco ou nada interfere na redução daquelas incapacidades, como vária evidência científica tem demonstrado. É que, como nos recorda o Relatório da Comissão de Reestruturação da SM, o tratamento apenas limita a sintomatologia, diminui pensamentos bizarros e sentimentos de ansiedade e angústia, normaliza o humor e o comportamento.

Para capacitar a pessoa com perturbação mental a atingir o nível máximo de funcionamento pessoal, social, profissional e familiar, no meio menos restritivo possível, há que introduzir abordagens mais específicas e complementares do tratamento comum - a **reabilitação psicossocial**, que procura compensar as incapacidades através por um lado na recuperação e aprendizagem de competências individuais e sociais, por outro na criação de suportes sociais adequados aos níveis de autonomia ou dependência das pessoas doentes.

A **OMS**, no seu Relatório Anual de 2001, define a reabilitação psicossocial como **"um processo que oferece aos indivíduos que estão debilitados, incapacitados ou deficientes, devido a perturbação mental, a oportunidade de atingir o seu nível potencial de funcionamento independente na comunidade, o que envolve tanto o incremento das competências individuais como a introdução de mudanças ambientais"**.

São aspectos da reabilitação psicossocial as **redes de habitação, reabilitação profissional, emprego e apoio social**, tendo como **objectivo a**

emancipação do utente, a redução da discriminação e do estigma, a melhoria das competências sociais e individuais e a criação de um sistema de suporte de longa duração.

Mas como também se diz no citado relatório do Plano Nacional de Saúde Mental: **"O tratamento e a reabilitação, numa perspectiva holística, são interdependentes**, interagindo um sobre o outro".

Em Portugal estas novas perspectivas surgiram há cerca de 30 anos, sobretudo através de novas organizações não governamentais, com o estatuto de IPSS, ou de associações ou cooperativas, cujos objectivos se situam no âmbito da reabilitação psicossocial dirigida à população com doença mental; intervêm ao nível da comunidade e algumas surgiram da iniciativa de profissionais de serviços oficiais de saúde mental.

Até então havia alguma reabilitação psiquiátrica, com acções confinadas a uma finalidade terapêutica sobretudo ocupacional: terapia ocupacional, socioterapia, psicoterapia institucional, etc. Não pondo em causa a validade dessas acções, é evidente que não estavam direccionadas para a integração social e profissional dos doentes, nem para a promoção dos seus direitos de cidadania. As intervenções dos anos mais recentes vieram trazer uma perspectiva nova, a da reabilitação profissional e residencial, cujo objectivo é, claramente, procurar uma integração na comunidade através do trabalho, da habitação e do lazer.

A influência da iniciativa Comunitária Horizon, que proporcionou múltiplos contactos com outros países europeus, não foi decerto estranha a este desenvolvimento.

Mas só em 1998 surgiram os primeiros compromissos oficiais estruturados dirigidos às pessoas com DMG:





- O Despacho Conjunto da Saúde e da Segurança Social n.º 407/98, que introduziu o conceito de cuidados continuados integrados, desenvolvidos através de IPSS vocacionadas, na vertente da Saúde Mental, para a reabilitação psicossocial através de fóruns sócio-ocupacionais e de residências para pessoas com doença mental grave e sem adequado apoio familiar;
- Pela Portaria 348-A/98, Empresas de Inserção, no âmbito do Mercado Social de Emprego.

O papel do Ministério da Saúde, enquanto tal, e o de alguns serviços locais de saúde mental, a quem competia assegurar apoio clínico aos utentes, foi muito passivo. Entretanto o Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social assegurou o apoio económico, embora com reserva de algumas estruturas regionais e distritais, que inviabilizaram candidaturas. Mesmo com estes constrangimentos, em Agosto de 2010 haviam, em termos de utentes apoiados por 27 IPSS e 55 respostas:

- 600 em FSO
- 300 em estruturas residenciais, sobretudo unidades de vida protegidas.

Esta iniciativa, a primeira em que a Segurança Social se comprometeu com as pessoas com doença mental grave, se teve o mérito de passar à prática, em várias zonas do país, apoio reabilitativo residencial e psicossocial, não resolveu significativamente as necessidades, tal como, aliás, para incapacidades por patologias físicas (também incluídas no 497/98), de tal modo que no relatório da OCDE para a área da Saúde, de Julho de 2004, se considerou como uma das medidas prioritárias a criação de cuidados continuados mais estruturados, de que as respostas do 407/98 foram o embrião.

Com efeito, uma das causas dos constrangimentos em termos orçamentais na área da Saúde tem resultado de, sobretudo com o envelhecimento da população e o aumento de doenças crónicas incapacitantes, muitas das camas de alta tecnologia e alto custo dos hospitais gerais e especializados ficarem ocupadas mais tempo do que a situação clínica o exige, muitas vezes com o utente em situação passiva quando o quadro clínico e o seu bem-estar ganhavam com intervenções de reabilitação activa e profissionalizada. A consideração de que a responsabilidade da Saúde deixa de ser exclusiva, ou pelo menos dominante, decorre da avaliação clínica hospita-

lar considerar que os cuidados necessários poderão ser disponibilizados ou no domicílio, se existirem condições, ou em estruturas de reabilitação, senpre articulados entre a Saúde e a Segurança Social, com a correspondente divisão de custos e mais precoce integração do doente no meio familiar ou em estrutura mais humanizada do que os grandes hospitais.

É com esta perspectiva que foram criados em Portugal, pelo D-L 101/2006, os Cuidados Continuados Integrados (CCI), geridos por uma Unidade de Missão (UMCCI) que promove e coordena a Rede Nacional dos Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Desde o início que se considerou que a Saúde Mental, pela sua especificidade, iria ter uma estrutura própria que, as infelizmente comuns questões de preconceito e do estigma atrasaram na estruturação.

De facto, os CCISM só foram criados pelo D-L 8/2010, de 28 de Janeiro, recentemente republicado pelo D-L 22/2011, de 10 de Fevereiro, por aquele conter um preceito anacrónico e inconstitucional relativo à responsabilidade dos profissionais e instituições intervenientes. Pela Resolução do Conselho de Ministros 37/2010, de 14 de Maio, foi criada na UMCCI, com funções de coordenação nacional e autonomia técnica, a Equipa de Projecto para os CCISM, cuja nomeação se concretizou pelo Despacho Conjunto 15229/2010, de 7 de Outubro.

A exemplo dos CCI (para incapacidades de natureza física), os CCISM (para pessoas com doença mental grave estabilizada) vão:

- são financiados pelo MS (através dos jogos sociais) e comparticipados pelos utentes de acordo com os seus rendimentos, sendo o remanescente custeado pelo Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, através do Orçamento Geral do Estado;
- iniciam-se por um período de experiências piloto de 12 meses, no final do qual a legislação ou a regulamentação podem ser alteradas em função da experiência, enquanto se inicia um processo de definição de vagas anuais, de acordo com a disponibilidade orçamental e as necessidades;
- os utentes são acompanhados por um Plano Individual de Intervenção (PII), definido em função da informação clínica e da aplicação de instrumento único de avaliação, que depois monitorizará o processo reabilitativo através de plataforma informática, a exemplo da avaliação de qualidade da intervenção;
- podem candidatar-se ao desenvolvimento de estruturas dos CCISM entidades públicas (como

hospitais) ou privadas, quer do sector social (como as IPSS) quer do lucrativo.

Mas há aspectos diferenciados entre os CCI e os CCISM, nomeadamente, quanto a estes, os utentes mantêm o vínculo clínico prévio, pelo que a integração acontece numa estrutura geograficamente próxima do seu local de origem.

Se os Fóruns do 407/98 na prática mudam de designação, para Unidades Sócio Ocupacionais, ganham em composição de equipa técnica e, como os restantes, em tabela de preços, continuando a poder integrar até 30 utentes.

As tipologias residenciais é que apresentam maior discriminação:

- as de treino de autonomia, até 12 utentes, a permanecerem o máximo de 12 meses;
- as autónomas, até 7 utentes, sem limite de tempo, tal como as seguintes;
- as de apoio moderado, uma das novidades, que podem integrar até 16 utentes;
- as de apoio máximo, para até 24 utentes com incapacidade psicossocial mais relevante.

Novidade absoluta é o apoio domiciliário, a realizar por equipa técnica, direccionado para pessoas com doença mental grave estabilizada que, justificadamente, não tenham condições de serem integradas em USO ou estrutura residencial.

Isto no âmbito dos adultos pois os CCISM também vão abranger crianças e adolescentes, através de tipologias próprias:

- equipas de apoio domiciliário reabilitativo, que realizarão, como as dos adultos, até 8 visitas/dia a utentes dos 5 aos 17 anos;
- unidades sócio-ocupacionais, para adolescentes dos 13 aos 17 anos;
- estruturas residenciais com especificidades próprias:
 - de treino de autonomia, para utentes de 11 a 17 anos, com doença mental estabilizada (subtipo A) ou perturbação da personalidade (subtipo B);
 - de apoio máximo, para crianças/adolescentes com maiores índices de dependência por doença mental grave estabilizada.

A participação activa dos doentes e seus familiares é condição para que se rompa com os preconceitos e estereótipos sociais acerca da doença mental, e para que os programas e políticas de reabilitação sejam adequados às reais necessidades das pessoas a quem se dirigem.



A abordagem da **Saúde Mental Comunitária** dá cada vez maior ênfase à manutenção dos doentes na respectiva comunidade residencial, com promoção da sua autonomia e integração social, em vez de os confinar, mais ou menos permanentemente, em instituições psiquiátricas.

O objectivo da nova política de saúde mental é ajudar a pessoa a recuperar plenamente a sua vida na comunidade, com apoio especializado quando necessário, garantir o acesso aos cuidados de saúde mental a todas as pessoas que deles necessitem, fora das grandes instituições e na proximidade dos locais onde as pessoas vivem e promover a reabilitação e a integração na sociedade, em articulação com outros serviços da comunidade.

Os Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental (CCISM) são, como explicitamos acima, o instrumento fundamental para responder aos problemas de reabilitação.

A "**Declaração sobre Saúde Mental para a Europa**", subscrita em Helsínquia pelos Ministros da Saúde dos Estados Membros da União Europeia em 2005, incluindo Portugal, define os objectivos a alcançar: **(i)** a promoção do bem-estar mental; **(ii)** a luta contra o estigma, a discriminação e a exclusão social; **(iii)** a prevenção dos problemas de saúde mental; **(iv)** a prestação de cuidados no quadro de serviços e de intervenções integradas na comunidade e eficazes, prevendo a participação dos utentes e dos cuidadores; **(v)** a reabilitação e a integração social das pessoas que sofrem de problemas mentais graves.

Para que seja possível concretizar estes objectivos é necessária uma perspectiva transversal de cooperação entre os diversos sectores das políticas e da sociedade. "Tem que haver coordenação e clarificação de políticas e responsabilidades para o financiamento e a implementação dos serviços, entre agências governamentais e não governamentais. Os utentes e suas famílias devem ser envolvidos, sempre que possível, nos processos de prevenção, planeamento, tratamento e reabilitação (...), a responsabilidade pelas decisões e o controlo do processo de reabilitação devem ser partilhadas entre utentes, famílias e profissionais" (Schulman, 1985).

O direito ao tratamento e o novo regime de comparticipações para os Medicamentos Psiquiátricos

A psiquiatria é a especialidade médica que está no centro da assistência em saúde mental, por muitas vezes que se queiram dar às políticas de saúde mental e às reformas da mesma. Outra verdade inquestionável: não é hoje possível exercer a psiquiatria sem o arsenal terapêutico que a **psicofarmacologia** propicia. Claro que está implícito que só com boas práticas clínicas, aplicando a ciência de modo ponderado e personalizado se pode alcançar a meta de atenuar ou curar a doença.

Não dizemos doença mental, é demasiado generalizado, como foi noutra época a "loucura". Há doenças com sintomas mentais que podem ser graves e muito graves, ou moderadas, agudas ou crónicas, incapacitantes ou não, como noutras especialidades médicas. Saúde mental sem psiquiatria é utopia ou **bluff**. Já se tentou em várias épocas e com vários modelos reduzir a questão psiquiátrica ao foro social, e até jurídico, ou à psicologia. Esses modelos encerram uma parte da questão e não se devem subestimar. Por exemplo, o abuso de substâncias e as dependências são claramente na sua etiologia inicial determinadas por factores socio-culturais. Mas será muito errado subestimar o enquadramento médico especializado do diagnóstico e tratamento das doenças, dizemos agora, psiquiátricas. Como se diz cardiológicas.

Não é por acaso que uma das lutas mais importantes dos familiares e doentes (em convergências com os médicos psiquiatras, e outros técnicos de saúde mental) na área da saúde mental foi aquela que culminou com a aprovação

da subida de escalão dos antipsicóticos para a comparticipação máxima (Escalão A, 100% em 1999, após um longo período antecedente em que o Estado apenas reembolsava 40%) e dos antidepressivos para a comparticipação intermédia (Escalão B, 70% em 1999). A "Portaria" teria de ser mencionada na receita. Inicialmente condicionada a ser prescrita por psiquiatra ou neurologista, depois com a generalização da sua aplicação a partir de 2001.

E, diga-se de passagem, inicialmente houve resistência de alguns responsáveis em lugar de direcção nas instâncias governativas da saúde mental. Foi a própria Assembleia da República que aprovou em plenário por unanimidade, em 5/05/2000, a petição subscrita por 18 913 cidadãos preocupados com a discriminação das doenças psiquiátricas, resultante das baixas comparticipações dos antipsicóticos e dos antidepressivos.

Custos orçamentais acrescidas nas despesas com os medicamentos psiquiátricos. Ainda bem! Não estamos na retaguarda, entretidos com retóricas e direitos lavrados em folhetos. A psiquiatria necessita de muito mais do que de medicamentos. Mas sem os **avanços terapêuticos da psicofarmacologia** como poderiam recuperar a saúde mental a maioria dos nossos doentes? E não são importantes os avanços na eficácia e segurança dos medicamentos?

Na primeira década do século XX os medicamentos psiquiátricos ficaram acessíveis aos doentes. Eis que surge a nova portaria 924-A/2010, de 17 de Setembro. **Os medicamentos**

antidepressivos levam pela medida grossa!

Baixam para o escalão C de novo, sem portaria correctora. A comparticipação passa para 37% (em vez dos 69%), menos do que os 40% dos anos 80 e 90 do século passado. Recuo evidente, que prejudica os doentes que tenham depressões mais incapacitantes e graves, que rebaixa a medicação da doença que mais leva ao suicídio e das que gera maior incapacidade e sofrimento. Erro grosseiro, por muito que se inventem álibis sobre pretensos "excessos" de prescrição. A atitude é meramente economicista! Porque não a descomparticipação dos tranquilizantes e dos hipnóticos? Seria mais compreensível, mas não daria uma poupança equivalente! E, pasme-se, os antidepressivos ficam abaixo da comparticipação dos anti-concepcionais!

Quanto aos antipsicóticos. Estão agora por direito próprio no escalão A, isto é, na comparticipação máxima. Mas o nível de reembolso deste escalão baixa para 90%. Mesmo as pessoas com o regime mais favorável de isenção terão de pagar 5%. Ora, essa despesa é significativa para doentes com **psicoses crónicas incapacitantes**, sem remuneração própria, com acontece com a maioria das pessoas que sofrem de esquizofrenia. Sendo as terapêuticas preventivas e a adesão ao tratamento irregular por muitos factores intrínsecos à doença, esta **taxa moderadora pode levar ao incumprimento de medicações indispensáveis para pessoas muito fragilizadas**. Não seria caso de pensar numa protecção especial, à semelhanças de doenças físicas graves protegidas (HIV, paramiloidose, lupus, esclerose múltipla, e outra), mais a mais sendo terapêuticas profiláticas de longo curso. A esquizofrenia não existe?

Lisboa, 23 de Fevereiro de 2011

José Manuel Jara
Médico Psiquiatra

Membro do Conselho Científico e Pedagógico da ADEB



Neuroplasticidade, Depressão e Antidepressivos

A neuroplasticidade refere-se à forma como o cérebro responde a uma variedade de situações reagindo e adaptando-se de forma permanente. Tal dinâmica cerebral envolve diferentes processos como a formação dendrítica, a remodelação sináptica, a **Long Term Potentiation** (LTP), o desenvolvimento axonal, a extensão neurítica, a sinaptogênese e mesmo a neurogênese.

Durante muito tempo considerou-se que apenas o sistema nervoso imaturo ou em desenvolvimento era capaz de receber influências externas que permitissem uma reorganização estrutural. Atualmente sabemos que muito provavelmente durante toda a vida o S.N.C. tem um potencial neuronal de regeneração antes não imaginado.

Estudos recentes têm demonstrado esta capacidade do sistema nervoso de alterar algumas das propriedades morfológicas e funcionais em resposta a alterações do ambiente, ou seja, uma adaptação e reorganização da dinâmica do sistema nervoso frente as alterações "internas" ou "externas"

Um dos dados mais importantes dos mesmos é que quanto maior é a duração da depressão, maior é a perda de volume do hipocampo e maior é a perturbação da memória verbal.

Com efeito, estudos recentes parecem demonstrar que **o stress prolongado** pode levar a uma perda de volume do hipocampo. Tal perda de volume parece resultar da activação eixo do hipotálamo-hipófise-supra-renal, e de excitotoxicidade glutamínica.

De facto, o hipocampo está envolvido na resposta ao stress. As respostas ao stress incluem a liberação de glicocorticóides (GC) pela supra-renal, como consequência da activação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HPA).

Ora acontece que o hipocampo possui grande densidade de receptores para GCs e a exposição ao stress significativo e/ou prolongado induz um

remodelamento dendrítico em células piramidais do hipocampo e diminuição da neurogênese no giro dentado do hipocampo (de animais de laboratório, incluindo primatas).¹

Em humanos, níveis elevados de cortisol durante longos períodos "predizem" uma atrofia do hipocampo² e têm sido relacionados com os déficits cognitivos observados em pacientes com depressões prolongadas.³ Segundo alguns estudos as substâncias antidepressivas poderiam prevenir a atrofia do hipocampo.

De referir estudos que apontam para um aumento da neurogênese^{4,5} e a expressão do fator neurotrófico derivado do cérebro (BDNF) no hipocampo de ratos submetidos a tratamento prolongado com antidepressivos.⁶

Estudos recentes demonstram que o bloqueio radiológico da neurogênese no hipocampo impede o desenvolvimento dos efeitos comportamentais próprios dos antidepressivos em ratos⁷ e que animais com níveis diminuídos de BDNF ou alterações nos seus receptores não respondem a estas drogas.⁸ Isto sugere que o efeito terapêutico dos antidepressivos poderia depender desse efeito neuroprotetor no hipocampo.

Estes estudos indicam que acontecimentos stressantes teriam um efeito neurotóxico sobre o hipocampo, provavelmente mediado pelo aumento de GCs, predispondo ao desenvolvimento da depressão.⁹ Em conformidade as substâncias antidepressivas, por aumentarem as neurotransmissões serotoninérgicas e/ou noradrenérgicas, actuariam prevenindo ou revertendo esses processos.

Estudos neuroquímicos e eletrofisiológicos mostram que o processo de neurogênese no hipocampo gera neurónios funcionais e integrados aos circuitos do hipocampo.¹⁰ Eles poderiam repor a perda de outros neurónios, conferindo maior plasticidade ao hipocampo. Os novos



neurónios são mais susceptíveis a sofrerem potencialização de longa duração no hipocampo (LTP), um fenómeno relacionado ao aprendizagem e a memória.¹¹ A aprendizagem de novas tarefas facilita a neurogênese¹² enquanto seu bloqueio prejudica o aprendizagem em tarefas que dependem do hipocampo.¹³ Portanto, estas novas células poderiam estar envolvidas no processamento de tarefas cognitivas.¹²

A Neuroplasticidade irá ser muito brevemente melhor entendida e muito possivelmente irá fazer uma "reformulação" de todas as teorias envolvidas na actividade dos psicofármacos em uso. Mais, deverá levar a novas linhas de investigação na psicofarmacologia.

António Sampaio
Médico Psiquiatra
Membro do Conselho Científico e Pedagógico da ADEB

- 1 Gould E, Tanapat P, Hastings NB, Shors TJ. Neurogenesis in adulthood: a possible role in learning. *Trends Cog Sci* 1999;3(5):186-92.
- 2 Lupien SJ, De Leon M, De Santi S, Convit A, Tarshish C, Nair NPV, Thakur M, McEwen B, Hauger R, Meaney MJ. Cortisol levels during human aging predict hippocampal atrophy and memory deficits. *Nature Neurosci* 1998;1(1):69-72.
- 3 Sheline Y, Gado M, Kraemer HC. Untreated depression and hippocampal volume loss. *Am J Psychiatry* 2003;160:1516-8.
- 4 Malberg JE, Eisch AJ, Nestler EJ, Duman RS. Chronic antidepressant treatment increases neurogenesis in adult rat hippocampus. *J Neurosci* 2000;20(24):9104-10.
- 5 Duman R, S, Nakawa S, Mayber J. Regulation of adult neurogenesis by antidepressant treatment. *Neuropsychopharmacol* 2001;25:836-44.
- 6 Nibuya M, Morinobu S, Duman R. Regulation of BDNF and trkB in rat brain by chronic electroconvulsive seizure and antidepressant drug treatment. *J Neurosci* 1995;15(11):7539-47.
- 7 Santarelli L, Saxe M, Gross C, Surget A, Battaglia F, Dulawa S, Weisstaub N, Lee J, Duman R, Arancio O, Belzung C, Hen R. Requirement of hippocampal neurogenesis for the behavioral effects of antidepressants. *Science* 2003;301:805-9.
- 8 Saarelainen T, Hendolin P, Lucas G, Koponen E, Sairane M, MacDonald E, Agerman K, Haapasalo A, Nawa H, Aloyz R, Ernfors P, Castre E. Activation of the trkB neurotrophin receptor is induced by antidepressant drugs and requires for antidepressant-induced behavioural effects. *J Neurosci* 2003;23(1):349-57.
- 9 Brown ES, Rush AJ, McEwen B. Hippocampal remodelling and damage by corticosteroids: implications for mood disorders. *Neuropsychopharmacol* 1999;21(4):474-84.
- 10 Van Praag H, Schinder AF, Christie B, Toni N, Palmer TD, Gage FH. Functional neurogenesis in the adult hippocampus. *Nature* 2002;415:1030-5.
- 11 Snyder JS, Kee N, Wojtowicz JM. Effects of adult neurogenesis on synaptic plasticity in the rat dentate gyrus. *J Neurophysiol* 2001;85:2423-31.
- 12 Gould E, Tanapat P, Hastings NB, Shors TJ. Neurogenesis in adulthood: a possible role in learning. *Trends Cog Sci* 1999;3(5):186-92.
- 13 Shors TJ, Miesegaes G, Beylin A, Zhao M, Rydel T, Gould E. Neurogenesis in the adult is involved in the formation of trace memories. *Nature* 2001;410:372-6.

Pacto Europeu para a Saúde Mental e Bem-Estar



Conferência Europeia de Alto Nível Juntos pela Saúde Mental e Bem-estar

Bruxelas, 12-13 Junho 2008

Versão Portuguesa



Nós, os participantes da Conferência Europeia de Alto Nível "Juntos pela Saúde Mental e Bem-Estar", em Bruxelas a 13 de Junho de 2008, reconhecemos a importância e relevância da

Saúde Mental e Bem-Estar para a União Europeia, os seus Estados-Membros, representantes e cidadãos.



I. Reconhecemos que:

- A saúde mental é um direito humano. Permite que os cidadãos usufruam de bem-estar, qualidade de vida e saúde. Promove a formação, o trabalho e a participação na sociedade.
- O nível de saúde mental e bem-estar da população é uma componente chave para o sucesso da UE como sistema económico e social baseado no conhecimento. É um factor importante para a realização dos objectivos da estratégia de Lisboa, no crescimento e no emprego, na coesão social e no desenvolvimento sustentável.
- As doenças mentais na Europa estão a aumentar. Hoje, estima-se que quase 50 milhões de cidadãos (cerca de 11% da população europeia) tenham alguma forma de doença mental, com homens e mulheres a desenvolver e a evidenciar sintomas por vezes diferentes. A Depressão já é em muitos Estados-Membros da UE o problema de saúde com maior prevalência.
- O suicídio permanece como uma causa muito significativa de morte na UE. Na UE ocorrem cerca de 58.000 suicídios por ano, dos quais 3/4 são cometidos por homens. Oito dos Estados-Membros da UE estão entre os quinze países com a taxa de suicídio masculina mais alta do mundo.
- As doenças mentais e o suicídio causam um enorme sofrimento para os indivíduos, as famílias e as comunidades. Ao mesmo tempo, as doenças mentais são uma das causas mais frequentes de incapacidade, exercendo um impacto muito marcado nos sistemas sanitários, educacionais, económicos, laborais e sociais em toda a UE.
- Acções complementares e um esforço conjunto a nível da UE podem ajudar os Estados-Membros a abordar estes desafios, promovendo uma boa saúde mental e o bem-estar da população, fortalecendo acções preventivas e apoiando as pessoas que têm problemas de saúde mental e as suas famílias, isto para além das medidas que os Estados Membros possam tomar através dos seus serviços sanitários e sociais.

II. Concordamos que:

- É necessário tomar uma atitude política decisiva de modo a considerar a saúde mental e o bem-estar como prioridades chave.
- As acções em prol da saúde mental e do bem-estar ao nível da UE deverão ser desenvolvidas conjuntamente com os agentes políticos e parceiros relevantes das áreas da saúde, educação, sector social e justiça, bem como de outras organizações da sociedade civil e de associações de pessoas com problemas de saúde mental.
- A saúde mental e o bem-estar dos cidadãos e grupos, independentemente da idade, género e origem étnica, necessitam de ser promovidos com base em intervenções específicas que são sensíveis à diversidade da população Europeia.
- É necessário aumentar o conhecimento sobre saúde mental, através da colheita sistemática de dados na população e do incentivo à investigação epidemiológica sobre causas, determinantes, implicações da saúde e doença mental, intervenções e boas práticas, tanto dentro como fora dos sectores sanitário e social.

III. Apelamos aos Estados-Membros a agir em cinco áreas prioritárias:

1. Prevenção da Depressão e Suicídio

A depressão é uma das doenças mais graves e comuns, sendo de igual forma um dos principais factores de risco para o suicídio. Em cada 9 minutos morre por suicídio uma pessoa na EU, estimando-se que o número de tentativas de suicídio seja 10 vezes mais elevado. As taxas de suicídio na Europa variam numa razão de 1:12. Os políticos, parceiros sociais e outros intervenientes são convidados a agir na prevenção da Depressão e Suicídio, através de medidas como:

- Melhoria da formação em saúde mental dos profissionais de saúde e de outros intervenientes dentro do sector social;
- Restrição do acesso a meios potenciais de suicídio;
- Aumento da visibilidade da saúde mental na população em geral, nos profissionais de saúde e em outros sectores relevantes;

● Redução dos factores de risco de suicídio, tais como o consumo excessivo de álcool, o consumo de substâncias, a exclusão social, a depressão e o stress.

● Disponibilização de mecanismos de apoio depois de tentativas de suicídio, assim como para os que sofrem com a perda de alguém por suicídio.

2. Saúde Mental na Juventude e Educação

Os pilares para uma vida com saúde mental assentam nos primeiros anos de vida. Mais de 50% das doenças mentais têm o seu início durante a adolescência. Os problemas de saúde mental podem ser encontrados em 10% a 20% dos jovens, com taxas mais altas nos grupos mais desfavorecidos da população.

Os políticos, parceiros sociais e outros intervenientes são convidados a agir na saúde mental dos jovens e na educação, através de medidas como:

- Desenvolvimento de mecanismos para a detecção precoce no contexto do sistema educativo;
- Disponibilização de programas que promovam as competências parentais;
- Promoção da formação para os profissionais envolvidos na saúde, educação, juventude e outros sectores relevantes da saúde mental e bem-estar;
- Desenvolvimento de programas de prevenção do abuso, intimidação e violência ('bullying') para com os jovens, assim como da sua exposição ao risco de exclusão social.
- Promoção da participação dos jovens na educação, cultura, desporto e trabalho.

3. Saúde Mental no Local de Trabalho

O trabalho é benéfico para a saúde física e mental. A saúde mental e o bem-estar de uma força de trabalho são recursos fundamentais para a produtividade e a inovação na UE.

O ritmo e a natureza do trabalho estão a mudar, causando pressões na saúde mental e no bem-estar das pessoas. É necessário lidar com o aumento consolidado do absentismo e da incapacidade, de modo a aproveitar o potencial de

produtividade que não é utilizado devido ao stress e às doenças mentais. Os locais de trabalho têm um papel central na inclusão social das pessoas com problemas de saúde mental.

Os políticos, parceiros sociais e outros intervenientes são convidados a agir na saúde mental no emprego, através de medidas como:

- Melhoria da organização no trabalho, da cultura organizacional e das práticas de liderança para promover o bem-estar e a saúde mental no trabalho, incluindo a reconciliação do trabalho com a vida familiar;
- Implementação de programas de saúde mental e bem-estar com avaliação do risco, assim como de programas de prevenção para situações potencialmente adversas para a saúde mental dos trabalhadores (stress, violência ou assédio no trabalho, consumo de álcool e drogas) e ainda de mecanismos de intervenção precoce nos locais de trabalho;
- Disponibilização de medidas de apoio ao recrutamento, retenção e regresso ao trabalho para pessoas com problemas ou doenças mentais.

4. Saúde Mental dos Idosos

A população da UE está a envelhecer. Envelhecer pode implicar alguns riscos para a saúde mental e para o bem-estar, como a perda de apoio social da família e amigos e o aparecimento de doenças físicas ou neuropsiquiátricas, como a demência. As taxas de suicídio são mais altas nos idosos. A promoção do envelhecimento activo e saudável é um dos objectivos políticos fundamentais da UE.

Os políticos, parceiros sociais e outros intervenientes são convidados a agir na saúde mental dos idosos, através de medidas como:

- Promoção da participação activa dos idosos na vida comunitária, incluindo a promoção da actividade física e de oportunidades educacionais;
- Desenvolvimento de estratégias flexíveis de reforma que permitam aos idosos permanecer a trabalhar até mais tarde, quer a tempo inteiro quer a tempo parcial;
- Disponibilização de medidas para promover a

saúde mental e o bem-estar nos idosos que recebem cuidados (médicos ou sociais), tanto na comunidade como em contexto institucional.

5. Combater o Estigma e a Exclusão Social

O estigma e a exclusão social são tanto factores de risco como consequências de doenças mentais, podendo criar muitas barreiras quer na procura de ajuda, quer no próprio processo de recuperação.

Os políticos, parceiros sociais e outros intervenientes são convidados a agir no combate ao estigma e à exclusão social, através de medidas como:

- Apoio a campanhas anti-estigma e actividades nos meios de comunicação social, escolas e empregos, de modo a promover a integração de pessoas com doenças mentais;
- Desenvolvimento de serviços de saúde mental que estejam bem integrados na sociedade, considerem a pessoa como prioridade e trabalhem de uma forma que evite o estigma e a exclusão;
- Promoção da inclusão activa de pessoas com problemas de saúde mental na sociedade, incluindo a melhoria de acesso a emprego, formação e oportunidades de educação;
- Envolvimento das pessoas com problemas de saúde mental, das suas famílias e cuidadores nas políticas e processos relevantes de decisão.

IV. Lançamos o Pacto Europeu para a Saúde Mental e o Bem-estar:

Este pacto reconhece que a principal responsabilidade para a acção nesta área pertence aos Estados Membros. Contudo, o Pacto assenta no potencial da UE para informar, promover as boas práticas e encorajar acções dos Estados Membros e parceiros sociais, ajudando a abordar desafios comuns e a enfrentar as desigualdades na saúde.

O contexto de referência para o Pacto é a política global da UE sobre saúde mental e bem-estar, a qual emergiu de iniciativas em todas as políticas Comunitárias ao longo dos últimos anos, juntamente com os compromissos que os Ministros da Saúde dos Estados Membros fizeram através da Declaração Europeia para a Saúde Mental da OMS de 2005, em Helsínquia.

O Pacto congrega Instituições Europeias, Estados Membros, parceiros sociais, representantes dos sectores relevantes (incluindo pessoas em risco de exclusão devido a doença mental) e a comunidade científica, com o objectivo de apoiar e promover a saúde mental e o bem-estar. É um reflexo do seu compromisso para um processo a longo prazo de colaboração, partilha de experiências e coordenação em desafios fundamentais.

O Pacto deve facilitar a monitorização das tendências e actividades nos Estados Membros e dos diferentes parceiros sociais e outros intervenientes. Baseado na melhor prática Europeia, deverá ajudar a divulgar as recomendações sobre as acções mais eficazes na resposta aos temas prioritários.

V. Assim, convidamos:

- Os Estados Membros, com os demais elementos relevantes dos vários sectores, a sociedade civil da UE e as organizações internacionais para se juntarem ao Pacto Europeu para a Saúde Mental e Bem-estar, contribuindo para a sua implementação;
- A Comissão Europeia e os Estados Membros, em conjunto com as organizações internacionais, parceiros sociais e intervenientes relevantes:

- a estabelecerem um mecanismo para a partilha de informação;
- a trabalharem em conjunto na identificação de boas práticas e factores de sucesso das políticas e acções dirigidas aos temas prioritários do Pacto, desenvolvendo as recomendações apropriadas e os planos de acção;
- a comunicarem os resultados desse trabalho através de uma série de conferências sobre os principais temas do Pacto, ao longo dos próximos anos;

- A Comissão Europeia, a apresentar uma proposta para uma Resolução do Conselho em Saúde Mental e Bem-Estar [...]

- A Presidência, a informar o Conselho de Ministros dos procedimentos e resultados desta Conferência.



Linda Carroll Hamilton é uma famosa e premiada atriz americana, muito conhecida pela interpretação de "Sarah Connor" na famosa saga "Exterminador Implacável".

Há muitas figuras públicas da actualidade que se assumiram publicamente como doentes bipolares. Neste número da "Bipolar" tomámos como exemplo a actriz Linda Hamilton pelo seu testemunho desassombrado e matizado de esperança.

Linda Hamilton

A actriz americana conta como a doença bipolar afectou a sua vida pessoal e profissional e fala da sua difícil recuperação

Nos anos 80, a actriz americana Linda Hamilton alcançou o estrelato como protagonista da série cinematográfica *O Exterminador Implacável*. No segundo filme, para espanto dos espectadores, ela surgiu com um corpo musculado obtido à custa de treinos que lhe consumiam seis horas por dia. A forma física de Linda era uma das facetas de um distúrbio bipolar não diagnosticado. Sendo que as vítimas da doença alternam momentos de extrema euforia e de profunda depressão, a ginástica obsessiva pertencia a um quadro em que também estavam presentes comportamentos autodestrutivos, uso de drogas, abuso de bebida e rompantes de violência. **O inferno pessoal de Linda só chegou ao fim quando ela teve a doença diagnosticada e começou a tratar-se com medicamentos.** Foi também desenvolvendo um tipo diferente de força, que a motivou a falar publicamente de sua doença.

Estou bem agora mas passei vinte anos da minha vida a lutar contra uma doença que eu simplesmente não conseguia entender. O meu segundo marido, o realizador James Cameron, disse-me um dia: **"Gosto da Linda quando a deixo pela manhã mas nunca tenho a certeza de quem vou encontrar em casa à noite"**. Dependendo do que acontecesse durante o dia, se qualquer coisa me stressasse, eu fazia disso uma tempestade. Simplesmente não conseguia esquecer, perdoar ou livrar-me desse mau sentimento. Deve ser exaustivo para uma pessoa conviver com alguém com alterações excessivas de humor. Nunca se sabe o que vem em seguida. Devo reconhecer que a minha doença contribuiu para o fim dos meus casamentos embora hoje tenha uma relação de verdadeira amizade com ambos.

Foram muitos diagnósticos errados até chegar à recuperação. Passou a ser muito importante para mim dividir - não a tristeza, o choque e a enorme instabilidade em que estive mergulhada boa parte da minha vida - mas o lado bom do tratamento, que é encontrar o equilíbrio. Achei que podia salvar as pessoas que como eu sofrem de doenças mentais.

Não me incomoda nada saber que dependo de uma medicação para o resto da vida porque conheço bem a alternativa: viver como eu vivi durante quase quarenta anos, no limite da loucura. Horrível seria saber que eu teria de conviver com uma doença não diagnosticada e não tratável pelo resto da minha vida. Mas resisti por muito tempo à medicação. Tinha muito medo do que a química pudesse afectar o meu processo criativo. Achava que me poderia sentir inexpressiva e diminuída como pessoa. O que aconteceu foi o oposto. É claro que não foi fácil, no início, tomar o comprimido todos os dias. Mas hoje vejo que a minha vida mudou completamente. Abriu-se um mundo novo para mim. **Medicação e tratamento psicológico não são um problema para mim. São a solução.**

Só fui diagnosticada quando tinha 37 anos. Dez anos antes, tinha sido diagnosticada erradamente como depressiva, o que acontece frequentemente com quem tem a doença bipolar. A diferença é que o paciente bipolar alterna períodos de euforia com outros de depressão. E a doença é tão difícil de ser diagnosticada justamente porque ninguém vai ao médico para dizer: "Doutor sinto-me tão bem que posso resolver todos os problemas do mundo!"

Nos meus episódios de mania praticamente não precisava de dormir. Achava que tinha as melhores ideias do mundo para qualquer tipo de assunto, sentia-me como que iluminada. Nessas ocasiões eu era uma pessoa feliz e excitadíssima pelo facto de estar viva. **Trata-se de uma grande explosão de energia, só que irreal. E permanecer nesse estado, posso garantir, não é seguro.** A depressão que se segue costuma ser avassaladora. Houve momentos terríveis, como no nascimento do meu segundo filho, quando tive uma depressão pós-parto. Comecei a ter **alucinações** - vinham à minha mente imagens dos meus filhos feridos, a sangrar. Achava que não poderia sair de casa ou eles ficariam em perigo. Era um controle obsessivo. Tinha de estar sempre ao lado deles como se só eu fosse capaz de os manter seguros.

Nunca cheguei a ter verdadeiramente pensamentos suicidas embora houvesse alturas em que simplesmente não queria viver mais. Num momento de depressão extrema tive ímpetos de me atirar de um carro em movimento. Não necessariamente para me matar mas para fugir de uma situação muito dolorosa.

Na minha infância perdi o meu pai, que era médico, quando eu tinha 5 anos de idade, num acidente de carro (ele também fora diagnosticado com o que na altura se designava por doença maniaco-depressiva pois tinha grandes variações de humor). Foi algo de muito traumático para uma miúda da minha idade. Depois da sua morte tive o meu primeiro grande episódio maniaco.

Também não foi exactamente uma boa experiência para mim ter uma irmã gémea idêntica (ela sofre de doenças crónicas do sistema imunitário - talvez seja uma somatização da bipolaridade). Tentava constantemente fazer coisas diferentes para criar a minha própria identidade. **Mas havia sempre um misto de tristeza e solidão na minha vida. Sentia-me diferente das outras pessoas. Já era a depressão, mas ninguém se apercebia.**

Fiz terapia durante vinte anos. Parei pois sinto-me estável, feliz, serena. Não sinto necessi-

dade. **Arrisco dizer que me conheço muito bem.** Mas, para chegar até aqui, tentei terapias de todos os tipos. Logo a seguir ao nascimento do meu filho fui a um terapeuta por uma indicação de uma amiga. Após três consultas abandonei o consultório. Não consegui entender uma palavra do que ele me queria dizer.

Hoje, olho para trás e entendo 100% o que ele me tentava transmitir, ou seja, **que cada um cria a sua própria realidade.**

É urgente criar um **programa de bem-estar para doentes mentais.** É fundamental que as pessoas com doenças mentais não cuidem só da cabeça. Esses pacientes vivem, em média, de oito a vinte anos menos. É preciso encorajá-los a ter um estilo de vida mais saudável. Parte do programa de recuperação que defendo é desenhada para combater os efeitos colaterais dos remédios, com boa alimentação e exercícios físicos.

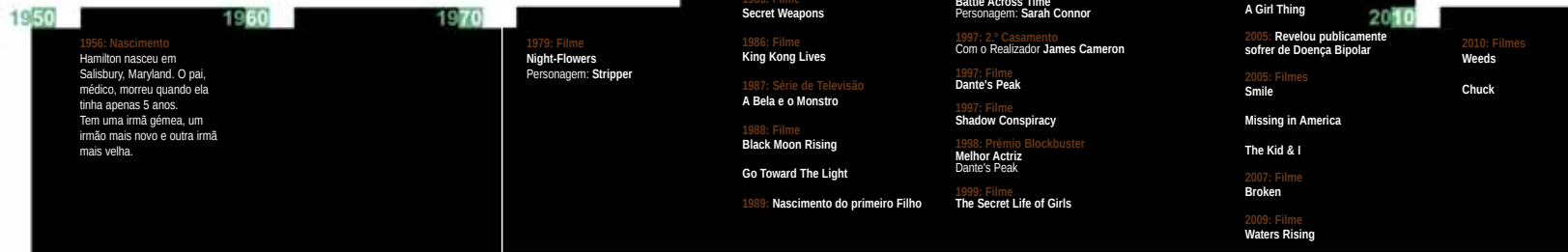
Gostaria que as pessoas com doenças mentais pudessem experimentar a vida que levo hoje. Acredito que aquilo que conquistei já não me pode ser retirado. É claro que tenho dias piores como toda a gente. Mas sei que mesmo os maus momentos podem ser bons, desde que se aprenda com eles. A minha infelicidade, no fim de contas, tornou-me uma pessoa bem melhor. O meu sucesso como actriz um dia será esquecido. **Mas o sucesso que obtive como ser humano permanecerá para sempre comigo.**

Joana Plácido
Secretária da Direcção da ADEB



A "Bela e o Monstro" foi uma série dramática americana que surgiu em 1987. Este conto de fadas descreve a relação entre Vincent (Ron Perlman), um mítico e nobre homem-monstro, e a sua Catherine (Linda Hamilton)

Resumo Biográfico



No filme "Extremador Implacável 2: O Dia do Julgamento" Sarah Connor (Linda Hamilton) tornou-se numa dura guerreira que tem como missão proteger o seu filho e ela própria numa guerra iminente entre os homens e as máquinas.

A Pobreza Reflete-se

Reflexão



Sempre que ouço falar em pobreza quedo-me a reflectir, dividida naquela dicotomia - pobreza material ou pobreza espiritual? Qual será a mais grave?

O mundo materialista em que vivemos faz-nos crer que nada pode ser mais doloroso que a pobreza material.

Evidentemente, é desesperante não ter dinheiro para o que a maioria considera essencial - comida, habitação, água, electricidade, vestuário, saúde, educação.

Infelizmente, cada vez são mais os que, ao nosso redor, se vêem angustiados com esse flagelo.

Os pobres estão mais pobres e alguns que não se enquadravam no grupo, juntaram-se-lhes por força de circunstâncias inesperadas.

Para além das condições específicas do momento que vivemos, por vezes ouço na rua a famosa frase "Porque não vai trabalhar em vez de andar a arrumar carros ou a pedir?"

Gostava que quem a usa, reflectisse um pouco, sobre o seguinte:

Quem dará emprego a alguém que se veste de forma miserável, sem higiene e que quando lhe perguntam onde é a sua morada de residência só pode responder "debaixo da ponte" ou "num vão de escada"?

Que oportunidades dá a nossa sociedade a quem perdeu tudo, materialmente falando?

Um provérbio chinês diz "Se queres ajudar um homem que tem fome não lhe dês um peixe, ensina-o a pescar".

Claro que em Portugal, provavelmente, pas-

savam-lhe multa por não ter licença e ainda lhe caía a ASAE em cima por não ter condições para cozinhar, mas isso não interessa nada para o que estamos aqui a tratar.

O que vos gostava de perguntar é... Quando foi a última vez que ensinaram alguém a pescar? E não vos fez sentir bem?

É fácil julgar. Rematar algo que nos incomoda com uma frase que tranquilize a nossa consciência, ansiosa por se concentrar no nosso próprio umbigo, cá em cima do pedestal de pessoas a quem "aquilo" nunca aconteceria.

Claro que, em nome do bom senso, não podemos passar todas as nossas horas a ajudar o próximo como se nada mais houvesse, a não ser que trabalhemos para uma instituição de cariz social, mas se de vez em quando tentarmos dar algo de nós a quem necessita, não custará tanto assim e talvez os declives sociais se atenuem e a nossa auto-estima melhore.

Numa sociedade em que, por força de circunstâncias político-económicas encontramos uma crescente percentagem de população em situação grave, urge modificar os comportamentos da comunidade.

A indiferença é o maior inimigo da humanidade.

No caso específico da exclusão social resultante da doença mental, temos duas tempestades que se encontram.

Por um lado, o estigma que é, por si só, o diagnóstico da enfermidade, pela simples razão que não é um mal compreensível, objectivo ou confortável para o cidadão comum.

Por outro, o desamparo e as carências por que passam muitos dos que se encontram nesta situação.

Há a tendência, por parte da maioria dos ditos normais, de se afastarem pelo simples receio da diferença ou porque dá muito trabalho tentar compreender ou lidar com a doença.

O doente passa a ser referenciado apenas pelo problema de saúde que tem, perde identidade e dignidade perante a sociedade, por vezes diminuindo-se a si próprio, com base no que "todos pensam" de si.

Com o agravamento dos sintomas, verifica-se, quase sempre, a perda do emprego, problemas legais e, por consequência o agudizar da posição económica do paciente.

Muitas vezes a miséria e a solidão são o resultado final especialmente se familiares e amigos o abandonarem, situação em que muito dificilmente ele conseguirá, sozinho, procurar auxílio médico-institucional.

Para além de atingir estados de pobreza extrema, o doente perde a possibilidade de reintegração social.

Instituições como a ADEB lutam diariamente por manter as valências que criaram com vista a devolver a pessoas, que se viram desamparadas como resultado de perturbações psiquiátricas, a sua dignidade e um papel social válido na sociedade, lutando contra as limitações do sistema económico vigente, em que se deixa para mais logo o emergente apoio ao trabalho social e de saúde.

Por ironia, numa altura em que tanto se fala na luta contra a exclusão social, a nossa comunidade tende a excluir os que mais necessitam em nome da salvação do sistema instituído num território cuja identidade esteve sempre associada, ao longo dos séculos, à compaixão, ao civismo e à tolerância.

Mesmo quando os governantes eram cruéis ou indiferentes, o povo continuava a mostrar a sua afabilidade, a sua generosidade. Um pobre nunca era tão pobre que não pudesse dividir o pouco que tinha.

Enquanto cidadãos temos obrigação de mostrar que não nos é indiferente o sofrimento à nossa volta.

Portugal evidenciou sinais exteriores de riqueza apenas por breves segundos, nos anais da história.

Se abandonarmos os nossos necessitados, não estaremos a abandonar-nos a nós?

Não será essa pobreza de espírito, a nossa maior pobreza?

Ana Cristina Dinis
Secretária da Direcção da ADEB

Projecto Pioneiro de Prevenção do Suicídio em Portugal



Na passada quarta-feira, dia 23 de Fevereiro de 2011, foi assinado o protocolo institucional entre a ADEB e a Faculdade de Ciências Médicas, no âmbito do Projecto OSPI-Europe - Optimização e Implementação de Programas de Prevenção do Suicídio na Europa (www.ospi-europe.net), inserido na Aliança Europeia Contra a Depressão (www.eaad.eu/). Este estudo, financiado pelo 7º Programa-Quadro de Investigação da Comissão Europeia, decorre em simultâneo na Alemanha, Hungria, Irlanda e Portugal. Tem como objectivo principal, a prevenção do suicídio através da detecção precoce da depressão e optimização da prestação de cuidados a doentes deprimidos.

Em Portugal, a zona onde decorre a implementação do estudo é a Amadora. O plano de intervenção combina cinco eixos: 1) a cooperação com os cuidados de saúde primários e formação avançada dos profissionais de saúde; 2) uma campanha pública de disseminação de informação envolvendo cartazes de rua, posters, panfletos e eventos públicos; 3) a formação de profissionais inseridos na comunidade como professores, polícias, padres, ajudantes de lar, assistentes sociais, entre outros; 4) respostas específicas dirigidas aos pacientes e seus familiares, nomeadamente a formação de grupos de auto-ajuda; 5) e restrição no acesso a meios letais.

Na Amadora, para a prossecução destas acções, foi construída uma parceria entre a Câmara Municipal, o Agrupamento de Centros de Saúde e o Hospital Fernando da Fonseca. Contamos ainda com o apoio da Coordenação Nacional de Saúde Mental, ARS Lisboa e Vale do

Tejo, a Linha de Saúde 24, a Linha Voz de Apoio (email sos.vozdeapoio@sapo.pt, telefone 225506070), a Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral, o Ministério da Administração Interna, a IMS Health, a Euroexpansão e agora a ADEB.

Neste momento, com a parceria da ADEB estamos em condições para dar início à construção dos grupos de auto-ajuda tanto para os pacientes como seus familiares, completando a acção combinada de todos os eixos de intervenção deste projecto.

Professor Doutor Ricardo Gusmão
Médico Psiquiatra
Coordenador nacional da Aliança Portuguesa Contra a Depressão e OSPI-Europe



A Depressão Dói. Porquê?

A depressão é uma doença muito prevalente, que afecta largos milhões de pessoas em todo o mundo. Estima-se que 1 em cada 4 pessoas a nível mundial sofre, sofreu ou vai sofrer de depressão. Qualquer indivíduo pode ser afectado, independentemente do sexo, idade ou estrato social.

Sabe-se, no entanto, que as mulheres têm duas vezes maior probabilidade de vir a sofrer de depressão comparativamente aos homens, embora o risco de suicídio consumado nos homens seja maior do que nas mulheres.

O risco de depressão é também influenciado pela história familiar. A probabilidade de um familiar de uma pessoa deprimida vir a sofrer de depressão é de 1.5 a 3 vezes superior à população em geral. Factores ambientais, como perdas afectivas, acontecimentos de vida traumáticos ou situações de stress continuado, podem constituir-se factores precipitantes de um episódio depressivo.

Doenças médicas, como enfarte agudo do miocárdio, acidentes vasculares cerebrais, neoplasias, doenças neurológicas, doenças inflamatórias crónicas, autoimunes e outras, bem como alterações hormonais como a menopausa ou abuso de substâncias (como o álcool), podem ser também precipitantes de quadros depressivos. É também uma das principais causas de incapacidade, afectando a vida profissional, social e familiar das pessoas deprimidas.

O peso da depressão a nível individual e social relaciona-se com vários factores: elevada prevalência, subdiagnóstico e tratamento ineficaz em muitas situações, elevada probabilidade de recorrência e de evolução para a cronicidade (em cerca de 20% dos casos pode tornar-se uma doença crónica, muitas vezes relacionada com tratamentos ineficazes e/ou situações psicossociais desfavoráveis mantidas), fraca adesão ao tratamento, que se sabe estar em relação directa com o estigma.

A depressão é uma doença complexa, com causas múltiplas (desde factores genéticos, biológicos e psicossociais), que se manifesta através de vários sintomas, que podem dividir-se em sintomas **físicos** (cansaço, diminuição da energia, alterações do sono e do apetite, sintomas dolorosos como dores de cabeça, torácicas, abdominais ou dores musculares generalizadas), **emocionais** (tristeza, sentimentos de culpa e de inutilidade, diminuição do prazer e do interesse nas actividades de vida diária, ansiedade e irritabilidade, isolamento social) e **cognitivos** com particular repercussão na esfera académica e laboral (alterações da atenção, concentração e memória, pessimismo e pensamentos de suicídio, lentificação ou aceleração psíquica e motora).

Esta sintomatologia é causadora de um elevado compromisso funcional, particularmente no domínio social, com um descuro nas actividades sociais, familiares e laborais. É importante que os doentes estejam educados acerca da doença. Sabe-se que muitos doentes não entendem a doença ou reconhecem os sintomas da mesma adequadamente.

O reconhecimento de todos os sintomas por parte dos doentes facilita a procura atempada de ajuda e a melhor descrição destes sintomas ao médico.

A compreensão da depressão melhora a capacidade do doente de lidar com a doença bem como de aderir adequadamente ao tratamento proposto, factor essencial no prognóstico da mesma.

Sabe-se que na depressão existem alterações cerebrais, hormonais e do sistema imunitário, que embora graves, são reversíveis, se se conseguir a remissão do quadro depressivo com a recuperação funcional desejada.

Dra. Gisela Borges
Médica Psiquiatra
Hospital Garcia de Orta



**Como lidar com a Doença Bipolar**
Um Guia para viver com a Depressão ManíacaSteven Jones, Peter Hayward, Dominic Lam
Plátano Editora**Como deuses entre nós**
RomanceAntónio Sampaio
Padrões Culturais Editora**Era uma vez... o stress e a depressão**Contos ficcionados de psiquiatras
António Gomes Bento, António Sampaio, Bernardo Barahona
Correia, Joana Alexandre, Maria Antónia Frascuelo, Maria
Filomena Patrício, Maria Helena Lopes, Soledade Coutinho Varela
Padrões Culturais Editora**Pétalas Caídas - Sonhos e Vidas**Poesia
Augusto Oliveira, Cristina Real, Daniel Ricardo, Otilia Ferreira,
Iria Alves, Julietta Lys, L. C. Melo, Cristina Melo, Andreia Casimiro,
Carlos Homem, Iola Cunha, Aldina Heitor, Carla Pinheiro
Padrões Culturais Editora**Tocados pelo Fogo**

A doença maniaco-depressiva e o temperamento artístico

Kay Redfield Jamison, prefácio do Dr. José Manuel Jara
Grito de Alma, Pedra da Lua**Ansiedade e Depressão**Stuart A. Montgomery
Climepsi Editores**Depressão e Mania**
na primeira pessoaVários Autores
ADEB**Perturbação Bipolar**
guia para doentes e suas famíliasFrancis Mark Mondimore
Climepsi Editores**A Manta**
romanceAntónio Sampaio, Nazaré Tojal
Padrões Culturais Editora**Até ao Amanhecer**
testemunhoMichael Greenberg
Planeta**Doença Bipolar (Guia)**
O quê, Quem?, Onde? Quando?, Porquê?

ADEB

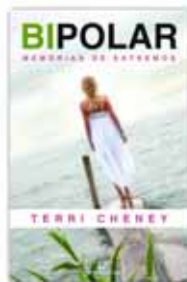
**Depressão (Guia)**
Muitas Perguntas, Algumas RespostasPedro Afonso
ADEB

BIPOLAR

de Terri Cheney

uma abordagem da obra

NOVO



Numa fortuita passagem por uma conceituada livraria da minha cidade saltaram-me aos olhos as letras gordas do título de um livro colocado no escaparate: **BIPOLAR**. Adquiri-o sem hesitar e rapidamente o consumi.

Logo no início e à medida que me ia embrenhando na leitura fui sentindo uma verdadeira empatia com a autora, que escreve na primeira pessoa.

Terri Cheney é uma jovem advogada americana com uma carreira de sucesso. Porém oculta debaixo dessa fachada existe uma outra Terri. Alguém que oscila constantemente entre um "estado de graça" e uma grave depressão, intercalando com períodos em que (com a ajuda de uma série de estabilizadores de humor) vive uma existência normal.

Ela confessa que se sente extremamente cansada e saturada por se ter sentido compelida ao longo dos anos a esconder do mundo as suas sérias perturbações de humor. Com uma coragem admirável decide então revelar publicamente a sua realidade.

Os múltiplos episódios que Terri vivenciou e nos relata nesta obra são emocionantes e em muitos casos também arrepiantes tornando-se quase inverosímeis para alguém que nunca tenha estado em contacto com os bastidores da bipolaridade.

Eles fazem parte integrante da perigosa e periclitante montanha russa inerente à doença maniaco-depressiva, hoje designada por doença bipolar.

A imediata empatia que senti com Terri não se deveu ao acaso. Resultou das semelhanças entre as nossas respectivas vivências uma vez que o meu é já um longo historial de doença bipolar.

Assim e embora a abordagem desta obra dificilmente pudesse ser isenta, no meu caso particular as coisas ainda mais se complicam.

Involuntariamente (?) e a cada página que li avidamente não pude evitar a comparação e a sensação de existir uma espécie de ligação virtual entre as situações, emoções, acções e estados de espírito vividos por Terri e aqueles por que passei; os comportamentos alucinados e delirantes durante os meus períodos de "loucura divina" e a queda até às mais fundas e cavernosas depressões, alternando com períodos de humor normal.

Terri Cheney não subestima a sua inteligência e descreve situações ocorridas no âmbito profissional onde por vezes os períodos cor-de-rosa (para nós **experts** apelidados de hipomanias) se revelaram uma ajuda preciosa no sentido de encontrar soluções criativas e dinâmicas para problemas complicados.

Às vezes, como que nascido do nada, Terri sente um desejo avassalador e quase animal de seduzir todos aqueles que se encontrem no seu "campo magnético".

A seguir, e também sem razão aparente, vem a descida: gradual ou vertiginosa; as ideias suicidas e, não raramente, a passagem do pensamento à tentativa concreta quando o fosso entre ela e a Humanidade se torna impossível de transpor.

A fluência na escrita de Terri e a sua capacidade de descrever factos e acontecimentos e conseguir entrelaçá-los com pensamentos e emoções, torna esta obra um testemunho relevante para compreender os meandros desta perturbação de carácter afectivo e biológico que é a doença bipolar.

Joana Plácido
Secretária da Direcção da ADEB

sobre a autora

É advogada especializada em propriedade intelectual e contencioso de entretenimento. Depois de anos a lutar secretamente com a Doença Bipolar, decidiu abandonar a profissão e dedicar-se à causa das doenças mentais. Foi nomeada membro do conselho de consultores do Programa de Pesquisas sobre Perturbações do Comportamento da Universidade da Califórnia, Los Angeles, e fundou um grupo comunitário de apoio no Instituto de Neuropsiquiatria da UCLA. Mora em Los Angeles, Califórnia.



LEGISLAÇÃO

No Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, está definido no âmbito da "ATIVIDADE DE PREVENÇÃO E PROMOÇÃO", a sensibilização e informação em diversos sectores, como os Cuidados de Saúde Primários, escolas, centros recreativos, locais de trabalho, programas na televisão e Internet e comunicação social em geral.

A Direcção da ADEB defende que uma comunidade informada consegue lidar melhor com as perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental. Deste modo, a seguinte legislação é divulgada na Sede e Delegações da ADEB assim como no site www.adeb.pt.



Designação	Código
Plano Nacional de Saúde Mental	
Código	
Aprovado na Resolução Cons. Min. n.º 49/2008	
Designação	
Lei de Saúde Mental	
Código	
Decreto-Lei n.º 35/99	
Designação	
Condições de atribuição de representatividade genérica, de registo e de apoio às associações de família que pretendam usufruir desse estatuto.	Decreto Lei n.º 247 / 1998
Livro Verde	Bruxelas, 14/02/2005 COM(2005) 484 final, Comissão das Comunidades Europeias
Quadro normativo da atribuição de apoios financeiros pelo Estado no domínio da saúde	Decreto Lei n.º 386 / 2006
Direcção Geral de Saúde	Portaria n.º 418 / 2007
Alto Comissariado da Saúde	Portaria n.º 1418 / 2007
Conjunto de unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental	Decreto Lei n.º 8 / 2010
Clarifica os termos da responsabilidade civil das unidades, equipas e pessoal da rede de cuidados continuados integrados de saúde mental, criada pelo Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de Janeiro	Decreto Lei n.º 22 / 2011

Apoios:



a depressão dói MAS PODE DEIXAR DE DOER

A depressão manifesta-se através de sintomas emocionais, mas será que sabe que também se manifesta através de dores físicas? Actualmente existe tratamento para estes dois tipos de sintomas.

Fale com o seu médico, ou vá a www.adepressaadoi.pt para que a depressão deixe de doer.

APDS



Levy
Respostas Que Contam.



REVISTA BIPOLAR

Proprietário: A.D.E.B.
NIF do Proprietário: 502 610 760
Revista nº 39
ANO XIV 1.º Semestre de 2011

Editor: A.D.E.B.

Director: Delfim Augusto de Oliveira

Sub-Directora: Cristina Dinis

Coordenador da Redacção: Delfim A. Oliveira

Colaboradores: José Manuel Jara, António Sampalo, Cristina Dinis, Lúcia Águeda, Álvaro de Carvalho, Renata Frazão

Foto de capa: Daniel Bento

Design Gráfico: Helder Carvalho

Impressão Gráfica: Gráficas Leas - Indústrias Gráficas, Lda.
R. Miralhões Lt 508 São João da Talha,
2695-601 SÃO JOÃO DA TALHA, LISBOA

Tiragem: 3.000 exemplares

Nº depósito Legal: 143533 / 99

Registo no I.C.S.: 121 888

Preço: €2,50

Distribuição Gratuita aos Sócios

As imagens utilizadas nesta publicação são da total responsabilidade da A.D.E.B.



Sede Nacional

Quinta do Cabrinha,
Av. de Ceuta, n.º 53
Lojas F/G, H/I e J
1300-125 LISBOA
Tel: 21 854 07 40 Fax: 21 854 07 49
Tlm: 96 898 21 50 adeb@adeb.pt

Delegação da Região Norte

Urbanização de Santa Luzia
R. Aurélio da Paz dos Reis, n.º 357
Torre 5 - r/c, Paranhos
4250-068 PORTO
Tel: 22 606 64 14 / 22 833 14 42
Fax: 22 833 14 43
Tlm: 96 898 21 42
regiao_norte@adeb.pt

Delegação da Região Centro

Rua Central, n.º 82, Mesura - Santa Clara,
3040-197 COIMBRA
Tel: 23 981 25 74 Fax: 23 981 06 11
Tlm: 96 898 21 17 regiao_centro@adeb.pt

www.adeb.pt