



A.D.E.B.

BIPOLAR

REVISTA DA ASSOCIAÇÃO DE APOIO AOS DOENTES DEPRESSIVOS E BIPOLARES Nº 47

www.adeb.pt

- **Desafios e Estratégias da Família**

- **FAMÍLIAS:
Âncoras na Luz e nas Sombras**

- **Dia Mundial do Transtorno Bipolar**

Convocatória aos Associados para Assembleia Geral Ordinária para o dia 29 de Março 2014, no Anfiteatro da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha - Lisboa, Av. de Ceuta, Edifício Urbiceuta, 1350-125 Lisboa:

- 1 10.00 horas • Análise e Aprovação do Relatório de Direcção e Contas do ano 2013
- 2 11.30 horas • Colóquio subordinado aos temas:
 - Desafios e Estratégias da Família
 - FAMÍLIAS: Âncoras na Luz e nas Sombras
 - Dia Mundial do Transtorno Bipolar

(Ver Convocatória na contra-capa desta revista)



Comunicação aos Associados (ADEB)

Jóia e Quota de Associados

Em Reunião de Corpos Gerentes, RCG, do dia 09 de Novembro de 2013, foi decidido manter em vigor a cobrança de uma **Jóia no valor de €15.00 (quinze euros)** quando o utente é atendido formal e pessoalmente quando da Avaliação Primária Social e Clínica, (APSC) ou no ato de inscrição como associado.

Assim, ainda, foi decidido na reunião, RCG, actualizar o valor da quota para **(anuidade) €40.00 (quarenta euros)** quando da inscrição do associado sendo a mesma liquidada em numerário, cheque ou vale de correio, na condição obrigatória do pagamento da anuidade do ano seguinte ser por Débito Direto.

Nesta sequência, tendo como referencial aquele princípio e regra, os novos associados inscritos a fim de serem admitidos como associados no 1º semestre pagam o valor da quota “anuidade”, correspondente ao ano civil a que respeita, por inteiro ou seja 40.00€ (Quarenta euros).

Os associados inscritos para serem admitidos no 2º semestre, ou seja, a partir de 1 de Julho, passam a pagar a quota de 20.00€ (Vinte euros) correspondente ao ano civil a que respeita.

Foi, ainda, aprovado continuar a conceder a exceção do pagamento da anuidade por cheque, numerário ou vale correio, condicionado a uma pré-avaliação social e económica pelo técnico que acolhe a inscrição como associado da ADEB.

Jóia e Quota de Associado

	Periodicidade	Valor
Jóia	pagamento único	€15
Quota de Associado	anual	€40



Presidente da Direção da ADEB
Sócio nº 8. Um dos fundadores da ADEB
Diretor da revista “**Bipolar**”
Delfim Augusto d'Oliveira

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 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;

ESCREVA E DIVULGUE A REVISTA BIPOLAR

Índice

Desafios e Estratégias da Família no Apoio a Pessoas com Doença Unipolar e Bipolar	3
FAMÍLIAS: Âncoras na Luz e nas Sombras	6
Melhorar a Adesão ao Tratamento na Doença Bipolar	8
Consumo de álcool e outras substâncias: Qual o impacto nas Perturbações do Humor?	10
A Crise Económica e o Impacto nas Perturbações de Humor	12
Reforma da Saúde Mental Ligada ao Ventilador	15
Diferenciação de Cuidados em Psiquiatria para Adultos Mais Velhos	16
Informar e Psicoeducar pessoas com o diagnóstico Bipolar e Unipolar - Projecto: ADEB_INR 2013	18
Reabilitar e Habilitar as Pessoas com Depressão e Doença Bipolar - Projecto: ADEB_INR 2013	19
“Promover e Potenciar a Criatividade das Pessoas com Doença Unipolar e Bipolar” - Projecto: ADEB_INR 2013	20
Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida	21
2014 - O Ano Europeu do Cérebro	22
Dia Mundial do Transtorno Bipolar	23

Desafios e Estratégias da Família no Apoio a Pessoas com doença Unipolar ou Bipolar

Cada família é única e tem uma dinâmica entre os seus membros específica. O estabelecimento desta não pode ser fundamentado apenas em laços de sangue, casamento, parceria sexual, ou adopção, segundo a OMS (cit. in Rodrigues, et. al, 2007), mas antes na criação de uma relação de confiança, suporte mútuo e construção ou manutenção de um destino comum.

Na família são estabelecidas complexas relações emocionais e afectivas, compostas por vários sentimentos e comportamentos, regras, expectativas, níveis de poder e interinfluência de todos os seus membros, em diferentes dimensões.

O aparecimento de uma doença mental num dos membros da família tem um impacto profundo na sua dinâmica e organização interna. O reajuste a nível emocional, social, económico e relacional daí decorrente é um processo bastante exigente para todos, muitas vezes nunca concluído, face às diferentes exigências que a própria doença vai determinando.

Nas famílias emerge normalmente o cuidador principal, sendo este o indivíduo que assume de forma mais clara o papel de maior suporte e apoio à pessoa doente. A forma como este apoio é expresso, e as emoções que envolve são muito diversas, tendo por base os alicerces da dinâmica relacional anterior entre ambos. A quantidade e forma de apoio prestado vão sendo adaptadas às necessidades da pessoa com diagnóstico de perturbação de humor, nas diferentes fases e ciclos que estas doenças podem ter.

De seguida enumero sucintamente alguns tipos de apoio que a família e os cuidadores podem prestar na doença Unipolar e na doença Bipolar:

- Boa capacidade de comunicação. Esta capacidade implica a compreensão de que a pessoa está doente e que muitas das suas atitudes e comportamentos se devem à doença e não à pessoa em si. É importante que se escute, de forma validante, e se procure introduzir uma perspectiva diferente, mais adequada, sobre o assunto em causa, mas sem que isto tome uma forma agressiva ou impositiva, e surja antes como uma sugestão, se possível;
- Apoio no dia-a-dia, nas rotinas, compromissos, obrigações. Dependendo da fase em que a pessoa

se encontra, este apoio pode ser mais ou menos intenso. Quando a pessoa com doença Unipolar ou Bipolar começa a recuperar, é importante que seja lentamente encorajada, pela sua família, a retomar o ritmo das suas responsabilidades, tendo em conta o impacto da doença nas suas reais capacidades. O psiquiatra ou psicólogo podem dar uma boa ajuda na determinação destes tempos e intervenções. A compreensão destas fases é importante para que não se criem situações extremas, em que a família substitui a pessoa nas suas tarefas, não fomentando a sua autonomia e recuperação progressiva de responsabilidades, ou pelo motivo oposto, obrigando ao regresso às responsabilidades antes da altura adequada, criando uma situação de frustração, muitas vezes prejudicial para a recuperação da doença e para a própria dinâmica interpessoal na família;

- Psicoeducação. Esta é a forma mais adequada de capacitar os familiares ou cuidadores acerca do seu papel, fornecendo instrumentos, estratégias, informação e sugestões sobre a gestão da doença. Os familiares que obtêm este tipo de apoio estão melhor preparados para ajudar o seu familiar, e para se tornarem aliados mais eficazes no controlo da doença;
- Empatia. A manifestação de compreensão face ao sofrimento do outro é essencial, pois cria um ambiente de suporte e apoio emocional determinantes para uma boa recuperação. Esta empatia pode ser expressa de diferentes formas, através de palavras, gestos ou acções;
- Reforçar a necessidade de continuar o tratamento, não abandonar nunca a medicação sem orientação do médico responsável, e manter a ida regular ao psiquiatra e psicólogo, mesmo em fase de estabilidade, para apoio na monitorização de possíveis sinais de crise. Nas fases mais intensas da doença recomenda-se que o familiar acompanhe a pessoa, caso seja necessário;
- Monitorização da doença. A detecção precoce de sinais de crise e a construção de uma estratégia adequada de intervenção para cada situação são estratégias bastante eficazes, que ajudam a família a antecipar e minimizar o aparecimento de fases críticas da doença. A identificação dos sinais precoces de cada fase da doença é um trabalho



feito pela pessoa com diagnóstico da doença unipolar ou bipolar, mas em que o contributo da família é essencial, pois todos podem contribuir com perspectivas diferentes e complementares;

- Apoio nas crises depressivas. Este apoio passa por verbalizar o quão importante a pessoa é para si, não exigir que se levante e faça tudo aquilo que, naquela altura, a pessoa não tem capacidade para fazer (algumas fases da depressão podem ser verdadeiramente incapacitantes, mesmo para o desenvolvimento das tarefas mais básicas do dia a dia, como tomar banho, comer, ou sair da cama). Procure encorajar uma rotina diária, ainda que com pequenos objectivos, definida em conjunto com o seu familiar;
- Deteção de situações de risco de suicídio. Algumas pessoas com depressão ou doença bipolar têm um histórico de tentativas de suicídio, sendo esta uma das situações mais difíceis para as suas famílias. Estar atento aos sinais, directos ou indirectos, e questionar a pessoa directamente acerca das suas suspeitas podem ser estratégias adequadas nestas fases para identificar e prevenir estas situações. Caso o familiar ou cuidador não o consiga fazer, deverá sempre alertar o médico ou psicólogo de referência, ou em situação limite, levar a pessoa a uma urgência psiquiátrica e sinalizar a sua suspeita com a equipa médica. Por vezes existe o receio de abordar este assunto, como se sentissem que, ao fazê-lo, estão de alguma forma a plantar essa ideia na cabeça da pessoa. Isso não acontece, e pelo contrário, muitas vezes a expressão empática de preocupação face a essa possibilidade ajuda a aliviar o peso desse pensamento. Caso esse risco se confirme, não deixe a pessoa sozinha e retire quaisquer meios que possam ser usados para a pessoa se suicidar (medicamentos, venenos, armas). Se a pessoa já elaborou um plano de prevenção de suicídio com o seu psicólogo, ajude-a a cumpri-lo;
- Apoio nas fases de hipomania ou mania (na doença Bipolar apenas). Procure ajudar a diminuir os estímulos e fontes de pressão sobre a pessoa, ajudando na criação de um ambiente calmo, dentro do que for possível. Não confronte

directamente, procure antes responder calma e sucintamente, não alimentando a criação de conflitos, nem de discursos característicos das fases maníacas ou hipomaniacas. Defina limites em situações extremas, se possível previamente combinados com a pessoa, com estratégias que depois implementa nestas fases (ex.: ficar com os cartões de crédito ou multibanco, tirar as chaves do carro, etc.). Defina aquilo que, para si ou para a sua família, pode aceitar nestas fases e aquilo que não considera aceitável. Defina consequências para ambas estas situações e seja coerente com aquilo que define com a pessoa, para não perder a sua credibilidade;

- Na existência de risco de um comportamento arriscado (doença Bipolar) no âmbito da doença, verbalize a sua preocupação com tranquilidade, expressando as possíveis consequências dessa acção. Caso exista alguma possibilidade de racionalizar com a pessoa, o que pode acontecer em algumas fases do quadro hipomaniaco, peça à pessoa para não ter esse comportamento e fale dos benefícios dessa escolha; estabeleça a ligação entre o que se está a passar e o seu humor hipomaniaco, tente que a pessoa veja as outras perspectivas sobre o que quer que está a planear e encoraje a que adie a decisão de o fazer algum tempo, ajudando a definir um plano alternativo para tal. Caso nada funcione, recomendamos que procure apoio médico ou leve o seu familiar a uma urgência psiquiátrica;
- Em caso de risco para si ou para os seus familiares, não hesite em chamar a polícia. Por vezes nas fases mais agudas da doença Bipolar a pessoa pode necessitar de ser restringida para que não se magoe nem magoe os outros. Estas fases são particularmente difíceis para os familiares, muitas vezes sentindo-se bastante sozinhos e impotentes, com dificuldade em conseguir o apoio de que necessitam para a gestão destes episódios. Tenha linhas de apoio telefónicas especializadas disponíveis para o auxiliar nestas fases, da forma que for possível e procure também saber com que amigos ou familiares pode contar nestas fases mais críticas, definindo antecipadamente com estes alguma estratégia, se possível envolvendo a própria pessoa, na fase em que se encontre estabilizada;
- O internamento compulsivo é sempre uma decisão muito difícil para os cuidadores, pois é uma situação limite, considerada muito violenta por todos os envolvidos. No entanto, em algumas fases, esta é a única estratégia que permite conter um episódio agudo, impedindo desta forma consequências muito piores. Nessas situações, pode ser negligente não accionar alguma medida contentora, sendo esta a mais extrema de todas;

- Defina um plano de intervenção estratégico que envolva toda a família numa altura de estabilidade, para que todos estejam preparados para o aparecimento de uma fase de crise e se sintam mais seguros e articulados entre si acerca do que fazer;
- Procure o apoio de um profissional da área da saúde mental que o auxilie na explicação a crianças menores acerca da situação da doença do seu familiar. As crianças, dependendo do seu grau de maturidade e idade, podem ter dificuldade em compreender o que se passa nestas situações e é importante que sejam contextualizadas de forma adequada à sua capacidade de compreensão. Na ADEB temos profissionais que o podem ajudar nesta tarefa;
- Após um episódio de crise, seja numa depressão, hipomania ou mania, o impacto no cuidador e família, bem como na pessoa, é tremendo. Falem sobre o que se passou e procurem usar entre todos esta experiência difícil como fonte de estratégias para possíveis futuras recaídas. Não façam deste assunto um tabu na família, mas é igualmente importante que não façam tudo decorrer ao redor da doença doravante. Validem as emoções e dificuldades que todos sentiram e procurem manter uma boa capacidade de comunicação. A recuperação de episódios de crise pode levar meses e é importante que a cooperação entre cuidadores e a pessoa cuidada se mantenha. A prevenção de recaídas é essencial.

O cuidador é alguém que tem os seus próprios sentimentos, emoções, frustrações, limites e vulnerabilidades, tendo muitas vezes dificuldade em conciliar uma atitude calma e assertiva, como é recomendado, num contexto de desgaste associado a uma fase aguda e crítica da doença. Muitas vezes este desgaste tem um impacto directo no bem-estar do cuidador, e reflecte-se na sua própria qualidade de vida e saúde.

Procure manter as suas próprias rotinas, não abdique dos seus gostos, hobbies e espaço individual. Não existe apenas na dimensão de cuidador, mas também como homem ou mulher, familiar de outras pessoas, amigo, colega, profissional, etc. A conciliação de todas estas dimensões individuais pode ser bastante difícil mas é importante que a assegure tanto quanto possível, para que não adoeça neste processo de apoio àquele que tenta proteger.

Renata Frazão
Psicóloga Clínica

Bibliografia:

DIAS, VASCO et al. (s.a). Guia para cuidadores de pessoas com perturbação bipolar, s.l. s. n. (adeb)
Rodrigues, M., Macedo, P., Montano, T. (2007). Manual do Formador - Formação dos membros das Comissões de Protecção de Crianças e Jovens. Lisboa: Comissão Nacional de Protecção de Crianças e Jovens em Risco.



FAMÍLIAS:

Âncoras na Luz e nas Sombras

Todas as famílias têm circunstâncias próprias, umas mais luminosas, outras mais sombrias. Ambas fazem parte da vida. A luz encontra-se, por exemplo, na celebração de nascimentos, aniversários, uniões amorosas, conclusão de um ciclo de estudos, sucesso profissional, casa nova, conversas e gargalhadas, passeios, etc. As sombras revelam-se na presença de doenças, morte de alguém querido, casamentos disfuncionais, ausências, acidentes, desemprego, pobreza, fome, tristeza, angústia, desespero...

Cada família passa por diversas circunstâncias ao longo da sua existência e tem, ou não, competências para as enfrentar. Quando as não tem, é boa ideia não bloquear, não desistir e procurar ajuda. Ajuda para quem? Para o(s) elemento(s) da família que está(ão) com mais dificuldades e também para o(s) elemento(s) que o(s) apoia(m). Quem pode prestar essa ajuda? Outros familiares e/ou amigos. Caso necessário, profissionais de saúde, tais como médico de família, psicólogo, psiquiatra. E, ainda, associações como a ADEB que aposta, e bem, na psicoeducação, quer das pessoas com doença unipolar e bipolar, quer dos familiares que as apoiam, tornando ambos mais competentes para gerir as suas circunstâncias.

Note-se que a mesma situação pode ser vivida de forma muito diferente pelos diversos elementos da mesma família, em função das suas capacidades, da sua personalidade e da sua saúde mental. Creio que as pessoas com doença unipolar e bipolar têm frequentemente mais dificuldade em manter o equilíbrio mental perante os altos e baixos que ocorrem ao longo das suas vidas porque travam continuamente uma luta interior para preservar o equilíbrio da sua mente. Assim, poderão sentir um acontecimento positivo de modo excessivo, fantasiando para lá do razoável, bem como um evento negativo de modo extremado, caindo numa angústia e num desespero incapacitantes. Sei do que falo, pois vivo com a doença unipolar há muitos anos e tenho procurado aprender estratégias mais adequadas para gerir as circunstâncias da minha vida, a par da minha sanidade mental. O “truque” é estar mentalmente aberta, partilhando com humildade e dignidade. Reconheço o quão difícil tem sido para a minha família apoiar-me nos períodos mais graves da minha doença. São as flutuações de humor com e sem razão aparente, a tristeza, os comportamentos obsessivos, a apatia, o desespero, a baixa autoestima, a culpa, a revolta, o esgotamento, a desorientação, o pavor de tudo e todos, o sentimento de perseguição,

a fuga, o isolamento, a insónia ou o sono sem fim, as tentativas de suicídio... Não me orgulho disso, mas tenho que aceitar e retribuir dentro do possível.

O ideal é a família de berço ser uma referência sólida em termos afetivos, mas nem sempre isso acontece. Os avós ou os tios, por exemplo, podem suprir carências em alguns ou muitos momentos da vida. Pode até ser necessária uma família adotiva. A família constituída a partir da união entre duas pessoas que se amam pode tornar-se a referência principal, mas nem sempre isso sucede. Enfim, a família compreende diversas possibilidades não mutuamente exclusivas. A minha não é exceção.

Nutro grande admiração pelos meus pais. Transpiram dignidade e vitalidade. Complementam-se. São ambos trabalhadores e dotados de sentido de família. Esforçaram-se para progredir nas suas carreiras, aumentando o rendimento do agregado familiar e assim satisfazendo as necessidades essenciais de todos. Empenharam-se na educação e progressão escolar dos seus filhos. Com eles aprendi a gerir um orçamento, a distinguir o essencial do acessório, a constituir poupanças para suprir necessidades futuras, a viajar sempre que possível de modo a alargar horizontes. Também com os meus pais aprendi a valorizar a família e os amigos, a perseverar nas dificuldades, a lutar com convicção, a acreditar que tudo tem uma solução. No entanto, isso não significa que estejamos sempre de acordo, nem isso é possível. Ao longo das nossas vidas têm ocorrido incompreensões e desentendimentos, avanços e recuos, de parte a parte. Globalmente a convivência é muito construtiva.

Enquanto criança era muito tímida e reservada. Passava muito tempo sozinha e alguns anos mais tarde tomando conta do meu pequeno irmão, pois os meus pais trabalhavam longas horas e não havia quaisquer familiares próximos que nos pudessem acompanhar. Fui crescendo de forma aparentemente harmoniosa até cerca dos meus quinze anos. Por essa altura, a minha mãe foi trabalhar dois anos para outra cidade e senti muito a sua falta no dia-a-dia. Mudei de escola e nunca me consegui identificar e relacionar com os meus colegas, tais eram as diferenças de interesses, objetivos e preocupações. Pelos meus dezoito anos, o meu pai sofreu um acidente devastador que o colocou às portas da morte e obrigou a um longo período de recuperação. Como sempre, fazia-me de forte e assumi mais preocupações e

responsabilidades, as quais estavam para lá do que era realmente capaz. Sentia-me só e triste, amarrada a circunstâncias e a um estado de alma que dificultava a autonomia face aos meus pais. Representava constantemente. Isolei-me cada vez mais, passei por longos períodos de bulimia, arrancava cabelo formando peladas, agarrei-me aos estudos de modo obsessivo. Estes comportamentos destrutivos espelhavam a profunda depressão em que caíra e só muito mais tarde foram compreendidos pela minha família, por volta dos meus vinte anos.

Onde fica a doença? A depressão fazia parte da minha natureza e encontrou terreno fértil nas minhas circunstâncias e abordagem às mesmas, isto é, na minha personalidade em formação? A depressão foi fruto das minhas decisões ou as minhas escolhas resultaram dela?

Em dado momento, os meus pais aconselharam-se com um tio muito amigo, procuraram ajuda, primeiro numa psicóloga, depois num psiquiatra. Os diálogos com estes profissionais eram profícuos. Traduziam-se em aprendizagens sobre mim e a minha relação com o mundo, bem como em novas estratégias de vida, mais construtivas, mais consentâneas com a minha natureza. Refletiam-se numa maior autoestima e num gosto renovado pela vida.

Chegou o momento em que casei, construindo uma nova família. Durante os seis anos de namoro o meu futuro marido conquistou-me e apoiava-me nos meus momentos mais difíceis, o que desapareceu uma vez casados. Após sete anos de casamento desgastante, depois da confiança e do amor acabarem, continuaria a sentir uma obrigação e uma responsabilidade desajustadas, as quais retardariam a decisão do divórcio, levando-me a uma espiral destrutiva que me conduziu a três tentativas de suicídio.

«Porque não pediste ajuda?», questionaram os meus pais. Que sim, pedi ajuda às minhas amigas (que a dada altura me disseram que não podiam mais), a um psiquiatra (que não me soube ajudar). «Porque não nos pediste ajuda?» Era a minha vida, o meu projeto, a minha luta pelo meu lugar no mundo... Então, a minha família de berço tornou-se novamente a minha referência principal. Por sua vez, procurou de novo ajuda. Encontrou-a nos profissionais da ADEB. Encontrou-a também numa psiquiatra que encara a doença unipolar com seriedade e compreensão, aconselha e medica de modo adequado. A esperança renasceu, reaprendi a gerir melhor a doença e as circunstâncias, reconquistei autonomia, reorganizei a minha vida.

Voltei à casa dos meus pais que, como eles dizem, é sempre a casa dos filhos, porto seguro. No meu

quarto de jovem consegui finalmente dormir bem e, dia após dia, fui restabelecendo a minha lucidez. Como afirma um autor, perdido nas teias da memória, jamais alguém perdeu tudo, logo nunca se recomeça do zero, havendo sempre algo e alguém que permanece. «Se não formos nós, quem?» Essa foi a questão dos meus pais que aqui encaixa na perfeição. Mantenho-me próxima deles, do meu irmão, sua mulher e filhotas. Acompanhamo-nos. Cada um dá o que pode e recebe o que precisa. Mantenho também contacto com meus tios e primos, ainda que nos encontremos pouco por vivermos afastados. Pertencer a uma família alargada pode dar-nos mais segurança e solidez, em que o todo compensa alguns familiares indignos desse nome.

Em suma, a família e os amigos podem e devem apoiar-se mutuamente. Isso não tem que comprometer a nossa autonomia; temos o poder de decidir até onde aceitamos ajuda, quando parar, negociar. A ajuda é um complemento ao nosso próprio esforço para avançar com as várias facetas da nossa vida. Não nos desvaloriza. Não nos enfraquece. Não nos infantiliza. Não nos demite das nossas responsabilidades, vontade e lutas. Humaniza-nos. Ninguém é totalmente independente.

10 de fevereiro de 2014

Maria João Neves



Melhorar a Adesão ao Tratamento na Doença Bipolar

Numa doença psiquiátrica como a doença bipolar caracterizada pela recorrência de episódios agudos, tanto de elevação do humor (mania ou hipomania) como de depressão, por vezes graves ou muito graves e incapacitantes, a questão da adesão a um tratamento preventivo, que diminua, atenua ou impeça o surgir de novos acessos é de grande importância.

A medicina, neste caso a especialidade de psiquiatria, guia-se pelo propósito de minorar o sofrimento e os riscos das doenças. A saúde mental das pessoas que sofrem de perturbações bipolares depende em grande medida da adesão a uma terapêutica preventiva, estabilizadora e normalizadora do humor. Hoje é possível estabelecer como objetivo essa meta. Mas é necessário que se reúnam várias condições: um diagnóstico correto da doença, uma avaliação individualizada da sua gravidade, medida pela frequência e intensidade dos sintomas das fases de agudização, o grau de incapacidade gerado na profissão, na vida escolar e na vida social e familiar. Sabemos que há doenças bipolares mais graves e menos graves. Mas de uma maneira geral não se deve minimizar a doença.

Sabemos que cada episódio agudo quando acontece obriga a uma terapêutica específica diferente na depressão e na mania. Mas depois de feita a recuperação da crise aguda, em ambulatório ou em regime de hospitalização, é necessário encetar uma terapêutica que é preventiva, destinada a evitar novos episódios, de depressão ou de elevação do humor. É possível e desejável. A doença pode atenuar-se significativamente, permitindo uma melhor qualidade de vida e impedindo graves consequências resultantes de novos acessos agudos.

Compete ao médico a escolha da medicação preventiva estabilizadora do humor. A escolha não é fácil. Terá de ser feita com base nas características da doença, da resposta ao tratamento (que leva tempo a ser avaliada), na tolerância (efeitos adversos diferentes de pessoa para pessoa), podendo ser necessário combinar diferentes medicamentos. Os sais de lítio fizeram a primeira revolução terapêutica, nos anos sessenta do século passado. Hoje temos também os anticonvulsivantes, valproato, carbamazepina, oxcarbazepina e lamotrigina. E os antipsicóticos atípicos, quetiapina, olanzapina, aripiprazol, paliperidona, ziprasidona e risperidona.

O lítio pode e deve ser medido para verificar se o nível no sangue é o mais adequado, nem de menos

nem de mais, controlando a adesão ao tratamento também. O valproato e a carbamazepina também podem e devem ser medidos no sangue para aferir o seu nível e controlar se a medicação está a ser cumprida.

O médico é a autoridade na decisão do tratamento, na sua modificação e aperfeiçoamento. É um processo que não é instantâneo com se disse. Mas a palavra e consciência da pessoa que sofre da doença e a ajuda dos familiares próximos é extremamente importante. Porquê? Porque a psiquiatria carece para ser eficaz de uma colaboração ativa de todos os participantes na luta contra a doença, começando pelo próprio. Aderir ao tratamento pode não ser fácil. Há pessoas que não querem reconhecer a realidade da doença. Ou a minimizam e esquecem. Outras têm pena de perder as fases em que andam para cima. Outras ainda põem em dúvida a eficácia da medicação, mesmo que já se verifique uma melhoria.

Os efeitos adversos de alguns medicamentos estabilizadores do humor são variados de pessoa para pessoa, mas se forem acentuados podem levar à interrupção da medicação. A pessoa portadora de doença bipolar é um agente ativo do seu tratamento. Mas é um erro tomar a iniciativa de interromper a medicação sem dialogar previamente com o médico sobre os problemas que está a enfrentar. Para corrigir problemas com o ajuste da medicação é necessária uma boa relação com o médico psiquiatra. Poderá reduzir-se a dose, poderá ser escolhido outro fármaco. Poderá ser atenuado por outro meio um efeito adverso indesejável ou prejudicial. O aumento de peso, o tremor, a sonolência, por exemplo, são efeitos adversos frequentes que podem ser minimizados caso a caso, havendo abertura na relação terapêutica para os corrigir.

Há pessoas que cumprem muito bem as terapêuticas. Questão de disciplina, receio de novas crises, valorização da recuperação assegurada pelo tratamento. Outras são rebeldes, desconfiam da psiquiatria, julgam os fármacos como “drogas”, olham só para o que pode ser negativo no tratamento e desprezam os benefícios. Por vezes, diga-se, a pessoa tem razão em face de uma prática médica não dialogante, em que a terapêutica é imposta, sem ter em conta os resultados comprovados e sem apreciar as queixas do paciente. A voz do doente e dos familiares tem de ser ouvida e a sua opinião tida em conta.

Ao fim de anos de estabilização sem crises pode vir a tentação de parar a medicação. A doença está esquecida, como se tivesse desaparecido. Pode acontecer, mas não é o mais comum. Se cessar o tratamento preventivo é muito mais provável que venha a surgir um novo episódio depressivo, misto ou maníaco, possivelmente grave. E, depois, pode ser mais difícil voltar a conseguir uma estabilização e normalização do humor. Não podemos esquecer as consequências graves de um único acesso de doença: perdas na família, no posto de trabalho, no prestígio, na capacidade de adaptação, sem falar no grande sofrimento da depressão e no risco de suicídio. A estabilização da doença é também uma prevenção do suicídio.

Estamos a falar das terapêuticas farmacológicas, decisivas na maioria dos doentes. Mas há que combiná-las com o apoio psicológico e psicoeducativo, de sentido prático, virado para o real e para as atividades da vida. Há que reforçar a consciência da doença, através da informação partilhada, através de grupos de autoajuda, na base de uma boa relação com os próximos, começando pela família. As terapias psicológicas de base psicanalítica, viradas para o mundo interior, desligadas do que é a doença bipolar, podem desajudar e prejudicar.

A ADEB tem feito um trabalho de grande valia neste domínio desde há mais de vinte anos. É uma grande obra em prol da saúde mental, que se fica a dever em grande medida às próprias pessoas que sofrem de doença bipolar, aos familiares e aos técnicos de saúde mental integrados na ADEB.

Para concluir. A recuperação da saúde mental pode ser um processo longo. Não deve ser avaliado em termos de tudo ou nada. A psiquiatria é eficaz mas não é milagrosa. Há casos de sucesso absoluto, outros de recuperação parcial. A luta contra a doença pode ser difícil e exigir tempo. Não perder a esperança, dar espaço a vários meios que contribuem para a recuperação da saúde. O estilo de vida, os hábitos (não usar drogas, incluindo as bebidas alcoólicas), a higiene de vida, com o repouso e o sono necessários, a estabilidade das relações humanas e afetivas, e uma vida ativa, com exercício físico regular são fatores que contribuem para a recuperação mais plena da saúde para uma vida satisfatória e socialmente útil.

Lisboa, 15 de Fevereiro de 2014

José Manuel Jara
Médico psiquiatra



Consumo de álcool e outras substâncias: Qual o impacto nas Perturbações do Humor?

Sónia Ferreira

Psicóloga Clínica; Terapeuta Familiar e Sistémico;
Mestre em Psicologia Forense e da Exclusão Social

Unidade de Tratamento e Reabilitação Alcoológica (UTRA) – Serviço de Alcoologia e Novas Dependências-
Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa

O Alcoolismo representa um grave problema de saúde pública em Portugal, estando frequentemente interligado a outros quadros de perturbação mental, nomeadamente a Ansiedade, Depressão e Perturbação Bipolar (Kranzler, 1999), afectando drasticamente o funcionamento e o quotidiano dos indivíduos, nas mais diversas dimensões. Estima-se que existam cerca de setecentos e quarenta mil bebedores excessivos e quinhentos e oitenta mil doentes alcoólicos no nosso país (WHO, 2005), o que representa um cenário problemático, com consequências devastadoras, que deve exigir a nossa atenção. Primeiramente, parece-me pertinente diferenciar os conceitos Abuso e Dependência, para um melhor entendimento desta problemática. O Abuso consiste no uso repetido e prejudicial de uma determinada substância (por exemplo o álcool), que vai afectando a pessoa nas suas relações interpessoais e nas suas responsabilidades profissionais, levando-o a situações de perigo, embora ainda não exista a compulsão (desejo irreprimível) para o consumo. Este pode ser interrompido mais facilmente, se a pessoa estiver motivada para isso. No entanto, se o consumo abusivo se mantiver ao longo do tempo, pode evoluir para dependência, passando a existir um desejo constante de beber e uma impossibilidade de diminuí-lo ou controlá-lo, mesmo quando se reconhece os danos. Nestas situações a pessoa

passa a despende grande parte do seu tempo em actividades para obter a substância e/ou recuperar dos efeitos da mesma. A sua prioridade gira em torno do consumo, em detrimento de outras actividades e interesses que anteriormente eram valorizados, abandonando ou reduzindo a sua vida social, ocorrendo um aumento significativo e gradual da quantidade de substância ingerida para obter o mesmo efeito inicial. Nestes contextos, quando é interrompido o consumo pode surgir a Síndrome de Abstinência, que se caracteriza por sintomas como tremores, náuseas, agitação, insónia, ansiedade, irritabilidade, mal-estar, entre outros (APA, 2002). A Dependência representa uma situação crónica, sendo que, depois de instalada a pessoa não poderá voltar a consumir, mesmo depois do tratamento, sob pena de voltar aos mesmos padrões que tinha. No entanto, pode reabilitar-se, desenvolvendo um projecto de vida sem álcool. Nem sempre a pessoa que desenvolveu a dependência tem consciência do problema, o que a leva a resistir ao tratamento, não procurando ajuda, agravando a sua situação.

Vários estudos têm demonstrado uma marcada prevalência de situações de Abuso e Dependência de álcool e outras drogas em indivíduos com o diagnóstico de Perturbações do Humor. A sua coexistência tem consequências gravíssimas na



evolução da doença e eficácia do tratamento para ambas as patologias, mesmo em consumos reduzidos. O consumo de álcool e outras drogas pode mascarar os sintomas da Perturbação de Humor, dificultando o estabelecimento do diagnóstico. Para além disso, nas pessoas que consomem, os sintomas depressivos e maníacos tornam-se mais graves, podendo fazer com que a eficácia do tratamento farmacológico fique comprometida. Muitas vezes, nestas situações os utentes aderem menos ao tratamento, abandonando-o, existindo um maior risco de tentativas de suicídio, hospitalizações, apresentando maior labilidade do humor, impulsividade e episódios de violência (Ribeiro et al, 2005)

Um aspecto que se deve ter em conta nesta realidade é que os indivíduos com Perturbação de Humor podem recorrer ao álcool ou outras substâncias para obter um certo alívio perante o desconforto da doença, procurando lidar com os sintomas da Depressão e/ou Perturbação Bipolar (auto-medicação). Estudos demonstram que utentes com Perturbação Bipolar bebiam mais nos episódios maníacos, com o intuito de se acalmarem (Brady & Sonne; 1992). No entanto, é de realçar que apesar do álcool/droga minimizar os sintomas numa fase inicial, com o consumo abusivo e contínuo, bem como com a sua interrupção abrupta, tende a ocorrer uma exacerbação dos mesmos.

A relação entre estas duas patologias pode ser bidireccional. O consumo exagerado e permanente do álcool pode levar também a quadros depressivos, dado que o álcool funciona como um depressor do Sistema Nervoso Central, ou despoletar a Mania. Assim, a Depressão, bem como a Mania podem dever-se à intoxicação por álcool/drogas ou resultar também da suspensão das mesmas, surgindo com a Síndrome de Abstinência. Nestes últimos, o quadro depressivo ou mania são de curta duração e tendem a desaparecer à medida que o tempo de abstinência aumenta (Saide, et al, 1992; Strakowski et al; 2000).

Desta forma, é urgente intervir-se nestas situações em que ocorre a associação entre o consumo de álcool/drogas e as Perturbações de Humor devido à elevada gravidade e incapacidade, sendo necessário actuar não só na remissão dos sintomas afectivos agudos, mas promover uma abstinência sustentada, permitindo uma maior adesão ao tratamento e um melhor prognóstico para ambas as patologias. É prioritária a intervenção na suspensão dos consumos, alertando para os riscos dos mesmos na desorganização e destabilização da Perturbação de Humor, mesmo no caso de consumos ligeiros ou moderados. Existem vários serviços especializados, com equipas multidisciplinares que procuram dar respostas eficazes perante estes cenários, como o Alcoolismo, nomeadamente a Unidade e

Tratamento e Reabilitação Alcoólica (UTRA), do Serviço de Alcoologia e Novas Dependências, do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa (CHPL). A intervenção inicia-se com a promoção da abstinência, realizando-se primeiramente a desintoxicação alcoólica, quer no internamento, quer no domicílio, procurando aumentar a consciência crítica da doença, motivando os utentes para a mudança. Como já referi, nem sempre a pessoa aceita que tem um problema com o álcool e o facto dos indivíduos beberem com o intuito de obter um efeito positivo acaba por dificultar a percepção de que o consumo tem consequências negativas na sua vida. O indivíduo acaba por desenvolver expectativas positivas acerca do álcool, muitas vezes erróneas, mas que acabam por perpetuar o consumo.

Posteriormente, na UTRA, o utente pode ser integrado em Área Dia, o que consiste num programa terapêutico intensivo e contínuo, com duração aproximada de três meses. Neste procura-se reabilitar o utente, de modo a que desenvolva um projecto de vida sem álcool, iniciando um processo de auto-construção, fomentando a capacidade de mudança comportamental, desenvolvendo aptidões sociais e estratégias para lidar com situações difíceis. Para além disso, pretende-se promover, a capacidade de aceder e expressar as suas emoções, de se vincular, fomentando a autonomia, bem como a expansão da rede de suporte social, envolvendo a família no tratamento. Seguidamente, os utentes mantêm o acompanhamento nas consultas de Psicologia e Psiquiatria, integrando o grupo de Prevenção de Recaídas, semanalmente, de modo a reforçar a abstinência e as mudanças concretizadas. O processo de tratamento é longo e faseado, procurando-se ajustá-lo às necessidades de cada utente, de modo a aumentar a sua qualidade de vida, sem consumos.

Bibliografia

- American Psychiatric Association(2002).. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 4ed. Texto revisado (DSM-IV-TR). Porto Alegre: Artmed.
- BRADY, K.; SONNE, S.(1999) The Relationship between Substance Abuse and Bipolar Disorder. *Psychiatr Clin N Am* 22(3):609-627.
- Kranzler, H. et al (1999). Validity of the obsessive compulsive drinking scale (OCDS): does craving predict drinking behavior? *Alcoholism: Clinical Experimental Research*, 23, 108-114
- Saide, O. et al. (1992) Alcoolismo e Depressão. *Inform. Psiq.*, 11(1):26-30.
- Ribeiro, M. et. al (2005). Transtorno Bipolar do Humor e o uso indevido de substâncias psicoactivas.*Rev.Psiq. Clín*, 32(1), 78-88.
- Strakowski, S. et al (200). The impact of substance abuse on the course of Bipolar Disorder. *Biological Psychiatry*, 48, 477-485.
- WHO (2005). Alcohol policy in the WHO European Region: current status and the way forward. Copenhagen: WHO/Regional Office for Europe.

A Crise económica e o Impacto nas Perturbações de Humor

Márcia Ramalho

(Estudante do ensino superior da licenciatura em Serviço Social, ISSSP. Estagiária da ADEB)

Sob Orientação da Professora Dra. Elsa Montenegro

(Professora do Instituto Superior de Serviço Social do Porto – ISSSP)

Face à quantidade e qualidade de inúmeros trabalhos produzidos no âmbito das ciências sociais, não é hoje possível nem desejável pensar a questão das perturbações ao nível da saúde mental como problemas meramente individuais, como qualidades das pessoas, que só a elas (ou aos seus familiares) dizem respeito. Também já não é hoje correto e, até mesmo, honesto olhar para os comportamentos das pessoas que sofrem de perturbações mentais e considerá-los como traços de personalidade ou, pior, como manifestações de falta de carácter.

Na verdade, só é possível analisar, interpretar e compreender as perturbações mentais se as relacionarmos com as dinâmicas macrossociais¹. O comportamento dos indivíduos, os seus modos de pensar, de estar e de agir no mundo são, sim, fruto da sua relação com os outros e com as instituições. O que queremos dizer é que é hoje impensável considerar que os problemas dos indivíduos que sofrem de perturbações mentais (inclusive, a própria doença) não são desencadeados, potenciados ou favorecidos por forças e pressões externas aos próprios indivíduos, forças que configuram as suas redes de relações e, por conseguinte, a sua estrutura de oportunidades².

Nessa medida, e partindo deste importante pressuposto teórico, não podemos olhar para as perturbações de humor desligadas das atuais dinâmicas e processos sociais que temos vindo a assistir e cujos efeitos ao nível social têm vindo a ser amplamente reconhecidos por numerosas personalidades quer políticas, quer científicas.

Uma **primeira ideia** que podemos avançar, desde logo, e para a qual várias organizações de saúde têm vindo a alertar, é a de que o crescimento de fenómenos como a liberalização financeira, a precariedade ao nível do trabalho e, mesmo, o desemprego tem caminhado a par do aumento do número de indivíduos afetados por problemas ao nível da saúde mental (desde as mais ligeiras

depressões às mais severas e dolorosas patologias psíquicas que os conduzem, não raras as vezes, ao suicídio).

De acordo com o relatório *Portugal – Saúde mental em números*, 2013: “Os distúrbios mentais são responsáveis por mais de 12% da carga global de doença em todo o mundo, valor que sobe para 23% nos países desenvolvidos (...) Cinco das 10 principais causas de incapacidade a longo prazo e de dependência psicossocial são doenças neuropsiquiátricas: depressão unipolar (11,8%), problemas ligados ao álcool (3,3%), esquizofrenia (2,8%), distúrbios bipolares (2,4%) e demência (1,6%) (...) sendo as perturbações depressivas a 3.ª causa de carga global de doença (1.ª nos países desenvolvidos), estando previsto que passem a ser a 1.ª a nível mundial em 2030, com agravamento provável das taxas de suicídio e parasuicídio” (Xavier, M et al, 2013).

Longe de querermos aqui sugerir que existe uma relação direta entre o modelo económico e social adotado por uma sociedade e o aumento do número de casos de indivíduos que sofrem de perturbações mentais, não podemos deixar de observar que, de um modo em geral, os países ditos desenvolvidos são os que conhecem um maior número de casos entre a sua população. Se, por um lado, é verdade que nos países de economias mais avançadas o diagnóstico das doenças (em particular, das doenças mentais) é realizado mais eficazmente, comparativamente aos países subdesenvolvidos (onde o acesso aos cuidados de saúde é vetado à maior parte da população), por outro lado, também há estudos que têm vindo a ser produzidos, que nos alertam para o facto do crescimento de fenómenos como a precarização do trabalho ou o desemprego andar lado a lado com o aumento do número de indivíduos afetados por patologias de ordem mental.

De acordo com o relatório acima citado, na Europa, os problemas de saúde mental correspondem a cerca de 26,6% dos problemas de saúde e o suicídio tornou-se uma das dez principais causas

¹ Conforme vários autores defenderam (Norbert Elias (2004); Pierre Bourdieu, (1998; 2011)), os valores, as atitudes e o comportamento de um indivíduo nem são produto do seu interior, nem o produto do meio social em que vive, nem tão pouco, o resultado direto e mecânico da dialética entre interior e exterior, quando considerados como instâncias desligadas.

² A realidade subjetiva dos indivíduos não se constrói, não se mantém, nem se transforma independentemente das suas condições (materiais, sociais, culturais, relacionais e simbólicas) de existência. E as suas condições de existência, as suas redes de sociabilidades (relações de interconhecimento ou relações institucionais) e os contextos onde se inscrevem as suas interações quotidianas dependem, mais do que da sua livre escolha, do sistema de oportunidades. Por sua vez, o sistema de oportunidades de que os indivíduos gozam depende do modo como as instituições sociais, em particular, as políticas e económicas, investem rumo a um sistema social mais justo e igualitário.

de morte prematura. Segundo o mesmo relatório, as Estimativas do Conselho Europeu do Cérebro sugerem que 27,4% da população da UE, com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos, sofre, em cada ano, pelo menos de um tipo de problema de saúde mental, número que foi atualizado recentemente para 38,2%, após a inclusão no estudo dos dados relativos a uma ampla avaliação da infância e adolescência e do ingresso de novos membros na UE (Xavier, M et al, 2013).

Mas, então, como é que as sociedades que atingem um maior nível desenvolvimento e detêm melhores índices de qualidade de vida, são, as que, ao mesmo tempo, apresentam um maior número de casos de indivíduos afetados por problemas de saúde mental?

Uma possível hipótese explicativa deste facto é a de que todas as transformações económicas e sociais ocorridas nos países de capitalismo mais avançado, sobretudo, a partir dos anos 70, têm contribuído para colocar as pessoas debaixo de um clima de forte incerteza, insegurança e instabilidade, com efeitos consideráveis na sua vida social, relacional, familiar e psíquica. O desemprego, a precariedade das relações laborais e as deteriorações das condições e oportunidades de trabalho são exemplos de fenómenos que muito têm concorrido para as mais diversas situações de rutura familiar, desaparecimento de sociabilidades e, não raro, perda de sentido de existência.

Acontece que os países mais desenvolvidos são aqueles que mais dependem da economia mundial, do funcionamento dos mercados financeiros e do crescimento económico, logo, são os que se apresentam mais vulneráveis aos ciclos económicos e, portanto, são os que permitem que as suas decisões políticas sejam determinadas por critérios, mais ou menos exclusivamente, económicos. Basta olharmos para o que se passa em Portugal!

Portugal tem vindo a viver ao longo da última década a mais forte crise económica e social da história da sua democracia. Num contexto de recessão económica e de perda de soberania política (em virtude de encontrar numa situação de resgate financeiro), o país enfrenta um clima de austeridade, resultante da aplicação de um programa (dito) de ajustamento, impostos pelos (ditos) parceiros internacionais, com efeitos dramáticos quer para o funcionamento da economia nacional quer para a vida das pessoas. Não será por acaso que, atualmente, está a ser preparado na Noruega um estudo para avaliar o impacto da crise na saúde mental dos doentes portugueses – um estudo que tem como objetivo perceber se a crise económica vivida nos últimos anos em Portugal provocou alterações no estado de saúde mental dos indivíduos que já haviam sido, anteriormente, diagnosticados.³

³ Notícia do Jornal O Público "Noruega vai financiar estudo sobre o impacto da crise na saúde mental dos portugueses" Do dia 11 de Outubro de 2013, página 8.

⁴ De acordo com a Notícia de dia 5 de Fevereiro de 2014 do Jornal Público, a taxa de desemprego situa-se em 15,3 % em Portugal.



Um dos efeitos mais assustadores da crise é, precisamente, a elevada taxa de desemprego⁴. Não obstante nos últimos meses a proporção de desempregados ter vindo a diminuir (ainda não se sabe se o decréscimo deriva mais do aumento de emprego ou de uma transformação ao nível da composição da população ativa), a verdade é que em Portugal existe cerca de um milhão de desempregados. Além disso, o aumento brutal de impostos dos últimos dois anos tem-se vindo a traduzir numa perda muito significativa do rendimento disponível das famílias (o que, por sua vez, se traduz numa diminuição da procura, logo, da receita para as empresas, sobretudo para as pequenas e médias empresas que vivem essencialmente do consumo interno e que, perante as dificuldades em se financiarem junto do sistema bancário, abrem falência, despedem empregados ou recorrem às mais diversas estratégias de redução de custo de produção, que na prática, se traduzem em desemprego, precariedade e redução de salários).

Numa altura em que cada vez mais famílias caem numa situação de vulnerabilidade económica e social, fruto do desemprego, precarização e da redução de poder de compra (por via do aumento dos impostos diretos e indiretos), assiste-se também a um forte retraimento do Estado Social, desde logo, porque os nossos governantes, com base numa adesão profunda à necessidade em cumprir com as metas orçamentais estabelecidas pelos parceiros europeus, não param de fazer cortes na despesa, sobretudo em matéria de prestações sociais, educação e saúde, facto que, para além de contribuir ainda mais para a diminuição do poder de compra das famílias, *anuncia* o fim do bem-estar e coesão social. Dito de outro modo, numa altura em que o número de problemas

sociais ganha cada vez mais expressividade, as famílias têm cada vez menos proteção social – além da redução das modalidades e valores das prestações sociais, veem-se confrontadas, por exemplo, com o aumento das taxas moderadoras. Não podemos ignorar o facto de que todos estes mecanismos condicionam significativamente o acesso aos cuidados de saúde por parte daqueles que sofrem de perturbações mentais. Ora, conforme expõe o relatório em cima citado, uma parte significativa dos indivíduos com perturbações mentais inicia o tratamento muito tardiamente ou não acede aos cuidados que efetivamente necessita (Xavier, M et al, 2013).

Com o desenrolar da crise económica e social em Portugal, também a proteção familiar tem vindo a tornar-se cada vez mais frágil. Os indivíduos que se encontram numa situação de grande vulnerabilidade económica e social, nomeadamente, os que desenvolveram problemas de saúde mental que os impede de viver autonomamente, deixam de poder encontrar nas suas relações familiares o suporte que carecem para sobreviver. Na verdade, muitos familiares de pessoas dependentes estão, hoje, em piores condições económicas para poderem ajudar, quer porque foram vítimas do desemprego, quer porque viram o valor das suas reformas ser significativamente diminuído.

Neste contexto, não é de admirar o aumento do número de casos de pessoas que sofrem de perturbações mentais, nem tão pouco o facto de Portugal ocupar “*o lugar cimeiro, entre os países europeus analisados, quanto à prevalência das doenças mentais (22,9%)*” (Xavier, M et al, 2013).



Reforma da Saúde Mental Ligada ao Ventilador

O Serviço Nacional de Saúde de Saúde. É alvo de racionamentos em vez de racionalização. A Saúde Mental (ainda) é bastarda da medicina e os significativos cortes no Orçamento do Estado para 2014 debilitam-na, tornando os serviços prestados ainda com menos meios. Ficará ligada ao ventilador...

Há Centros de Saúde Mental já reduzidos no seu corpo clínico por debandada de Psiquiatras e, os que ficam, têm quase o triplo de doentes para assistir com um tempo de consulta de 15 minutos contados para cada doente. Este tempo dá para quê? Dizer bom dia e prescrever remédios?! Sei do que falo. O fiscalista ministro da Saúde confirma ser possível «fazer-se mais com menos [dinheiro e meios]». Só Cristo conseguiu a multiplicação dos pães.

Sendo a psicoeducação baseada num modelo médico que tenta proporcionar ao doente psíquico uma base teórica e prática para que compreenda e enfrente as consequências da doença, colaborando activamente com o seu médico no tratamento é, quando aplicada às perturbações bipolares, muitas vezes – eficaz. A abordagem psicoeducativa vem sendo aplicada também para melhor se perceber, porque razão alguns doentes abandonam a medicação. Os motivos vão desde irracionais e ausência de informação, até ao medo pelos efeitos secundários produzidos pelos psicofármacos. Ora, fomentar a consciência da doença; melhorar o cumprimento da medicação; lutar contra todas as formas de estigma; alcançar apoio social e familiar; ensinar a perceber o reconhecimento precoce dos sintomas de recaída procurando ajuda imediata; evitar o consumo de substâncias: drogas e álcool; adaptar um estilo de vida saudável, eis algumas das coordenadas que a psicoeducação transmite para ajudar os ritmos de vida dos diagnosticados. É fundamental, o doente bipolar adquirir consciência clara do carácter patológico da sua perturbação porque facilitará a adesão do mesmo ao tratamento. Um dos objectivos deste consiste em transmitir ao paciente o quão importante é aceitar o seu diagnóstico e, por conseguinte, fazer uma medicação sem interrupção, abandono ou toma intermitente.

As doenças do foro psicológico são incapacitantes: esquizofrenia; obsessão compulsiva; doença bipolar; depressões crónicas obstam ou dificultam o

desempenho profissional. Face à conjuntura da política social, as famílias e estes doentes (sobre) vivem com muitas aflições e grande parte deles com poucos meios económicos para responderem adequadamente aos tratamentos exigidos para minorar o seu sofrimento.

Os sucessivos cortes e recortes provocados por uma soma de austeridades, concretizados muito para além do programa da troika e a falta de resposta da comunidade traçam um quadro de retrocesso no tratamento aos doentes psiquiátricos que se exige para que lhes seja conferida alguma dignidade na sua vida. É incompreensível o silêncio à volta da Saúde Mental, desde o ministério da Saúde até à comunicação social.

A Saúde Mental NÃO pode ser atirada para os cuidados paliativos... Parece que os “doentes mentais” não interessam para nada... Interessam!, porque uma sociedade que se pretenda democrática (os governantes encham a boca com a palavra democracia) só o é – na sua verdadeira acepção – caso implemente uma política activa de inclusão social para todos, com todos.

A doença bipolar não é o fim do mundo. Com a Força!, o Ânimo!, e o poder criativo que nós todos veiculamos, aliados a uma vida regrada podemos e queremos ser gente de corpo e alma. Levaremos uma vida de cabeça erguida e seremos felizes!

Desafiemo-nos com Esperança!!

Vítor Colaço Santos



Diferenciação de Cuidados em Psiquiatria para Adultos Mais Velhos

O envelhecimento é o principal desafio que se coloca neste século às sociedades em geral e aos serviços de saúde em particular, por se tratar de um problema crescente e pelas suas implicações sociais e económico-financeiras.

AOMS prevê que o número de pessoas com 60 ou mais anos mais do que triplice em 2100. Esta mudança demográfica terá implicações sobre os sistemas sociais e de saúde pública, o mercado de trabalho e as finanças públicas. As doenças neuropsiquiátricas entre os mais velhos são responsáveis por 6,6% da incapacidade total (DALYs), sofrendo uma qualquer perturbação mental cerca de 15% dos indivíduos, sendo que nesta população os problemas de saúde mental são subidentificados pelos profissionais de saúde e pelas próprias pessoas, em parte devido ao estigma associado às doenças mentais, o que as faz resistir a procurar ajuda.

Numa área em que o problema do estigma se coloca com muita acuidade, falar em diferenciação de serviços pode parecer algo contraditório. É frequente constatar que ao estigma associado às doenças mentais se associa um outro associado à idade, conduzindo a que as pessoas mais velhas sejam negligenciadas entre as que têm problemas mentais e estas sejam menosprezadas entre as de mais idade com problemas físicos. A especialização não deverá impedir o acesso a modelos de intervenção comunitária, privilegiando as intervenções institucionais.

Múltiplos factores sociais, psicológicos e biológicos determinam o nível de saúde mental do indivíduo em qualquer momento da sua vida, sendo o efeito cumulativo ao longo do tempo particularmente sentido na idade avançada. Muitas pessoas de mais idade perdem a capacidade de viver independentemente, necessitando de alguma forma de cuidados de longa duração, podendo o luto, a queda no status socioeconómico por reforma ou aposentação, ou a incapacidade, conduzir ao isolamento, à perda de independência, solidão e sofrimento psicológico.

Por outro lado, a saúde mental tem impacto na saúde física e vice-versa, sendo, por exemplo a prevalência da depressão maior nos adultos de mais idade com problemas cardíacos do que nos fisicamente saudáveis e, inversamente, a depressão não tratada agravar o prognóstico da doença cardíaca nos mais velhos. Acresce uma maior vulnerabilidade

à negligência física e aos maus tratos, podendo conduzir a graves e duradouras consequências.

O envelhecimento, visto como uma etapa do desenvolvimento, acarreta diferentes necessidades no decurso da vida do indivíduo, a que deverão ajustar-se respostas diferentes, evitando que pessoas com necessidades diversas sejam tratadas da mesma forma ou que com necessidades idênticas tenham tratamento diverso. Com o envelhecer, certas necessidades tornam-se mais comuns, devendo estas constituir a base dos critérios de admissão nos serviços para as pessoas mais velhas.

Como o número destas pessoas está a crescer, sendo aliás o único grupo em crescimento, também aumentam os problemas de saúde mental. É necessário que cada vez mais pessoas envelheçam com boa saúde mental e bem-estar, prevenindo possíveis problemas e permitindo o acesso a tratamento e cuidados de qualidade àqueles que sofrem de transtorno mental e o apoio que lhes permita viver em segurança e com independência nas suas próprias casas, sempre que possível, apoio que deve alargar-se aos cuidadores, aliviando-lhes a sobrecarga e a depressão e melhorando o seu bem-estar subjectivo, para o que é essencial o reconhecimento do seu papel.

A prestação de cuidados efectivos a esta população requer um modelo integrado, que garanta intervenções específicas para as diferentes patologias e uma variedade de serviços que respondam às diferentes necessidades, incluindo a comunidade, os hospitais e as unidades residenciais de longa duração, dotados de equipas multidisciplinares, que garantam um diagnóstico atempado, tratamento e apoio efectivos, para elas e seus cuidadores, sendo fundamental o estabelecimento de parcerias entre todos os atores no terreno: cuidadores primários,



hospitalares e continuados, serviços sociais, departamentos governamentais e ONGs.

Os serviços especializados em saúde mental das pessoas mais velhas devem incluir um leque variado de profissionais, como médicos, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, assistentes sociais, de secretariado e auxiliar, que deverão reunir regularmente para coordenar e discutir as admissões e a carteira de utentes a cargo, devendo ter um líder claramente identificado.

O serviço deve poder oferecer um leque variado de respostas, acessíveis e disponíveis, como unidade de internamento para situações agudas, cuidados de dia e reabilitação, alívio e respostas residenciais para as pessoas que deixem de ter capacidade de viver nas suas casas, devendo ser garantida uma ligação recíproca entre os serviços de saúde mental e medicina geral e familiar, bem como uma articulação com estruturas da comunidade (centros de dia e grupos de apoio a doentes e cuidadores).

O serviço deve ser centrado no doente e assegurar uma coordenação adequada entre os seus elementos para assegurar a continuidade dos cuidados e ser integrado nos sistemas de saúde e segurança social num quadro político, legal e económico apropriado.

A avaliação inicial deve ocorrer sempre que possível no domicílio do doente, com envolvimento dos familiares e da equipa dos cuidados primários responsável pela referência, devendo resultar na formulação de um plano de cuidados primários responsável pela referência, devendo resultar na formulação de um plano de cuidados e de soluções de follow-up, com objectivos claros, definição de responsabilidades para os membros das equipas, com a identificação dos técnicos de referência de um e outro lado como interlocutores, e incluindo o apoio, informação e aconselhamento aos cuidadores.

Os bons serviços devem apoiar-se em boa investigação, educação e treino permanentes. A investigação na população mais velha tem sido negligenciada, sendo fundamental aumentar os recursos em investigação e desenvolvimento na determinação dos impactos das doenças mentais e na definição de modelos económicos para a melhoria do custo-efectividade das intervenções de saúde e sociais.

É crucial, na organização de respostas de qualidade às necessidades em saúde desta população, que todos os profissionais envolvidos tenham treino na área da saúde mental de pessoas de idade e competências comunicacionais e de avaliação de capacidades, em todos os níveis de cuidados.

Deve garantir-se em todos os hospitais gerais consciência por parte dos profissionais não especializados de prevalência, impacto e potencial de tratamento das perturbações mentais e que há disponibilidade efectiva para a formação necessária, bem como uma atenção especial ao desenvolvimento de lideranças das equipas e serviços.

Em países em que a atenção às pessoas mais velhas, nomeadamente às suas condições de vida, de saúde e sociais é pouco desenvolvida, urge definir uma estratégia que vise minimizar as consequências do “mau envelhecimento”, que tem custos acrescidos, para os próprios e suas famílias, para o equilíbrio social e a economia.

Em época em que a optimização do uso dos escassos recursos disponíveis assume a importância que conhecemos, a definição de estratégias de abordagem dos problemas da saúde mental no envelhecimento é prioritária, sendo certo que a sua falta acarreta custos financeiros, económicos, políticos, sociais e psicológicos de consequências imprevisíveis.

Por António Leuschner,
presidente do Conselho de Administração
do Hospital Magalhães de Lemos, E.P.E., no Porto



Informar e Psicoeducar Pessoas com o Diagnóstico Bipolar e Unipolar

Projecto: ADEB-INR 2013

O querer um Futuro em que possamos encontrar, cada vez mais, atitudes justas face às pessoas com problemas de saúde mental, ainda necessita de nós, para sua projeção através de um conjunto de ações, com a capacidade de promover a saúde mental, desconstruindo preconceitos e mitos, num ato de aproximar sem discriminar.

Neste âmbito, desenvolvemos durante o ano de 2013 o projeto “Informar e Psicoeducar as Pessoas com Doença Unipolar e Bipolar”, cofinanciado pelo Programa de financiamento a projetos pelo INR – I.P.

Com o desenvolvimento deste projeto, a ADEB pretendeu dar continuidade e reforçar a divulgação da informação, de modo acessível à comunidade, visando uma justa valorização da problemática das pessoas que sofrem de Doença Unipolar e Bipolar, pela promoção e prevenção em saúde mental.

Assim, perspetivando a promoção da saúde mental, de acordo com a orientação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 e, da Lei nº38/2004, a ADEB, com este projeto, quis continuar a promover um maior conhecimento e consciencialização sobre a Doença Bipolar e Unipolar e respetivo tratamento, junto das pessoas que sofrem de doença mental, necessário à sua obtenção de ganhos de saúde e qualidade de vida. Procuramos também abranger a nossa intervenção junto da família e outros cuidadores, assim como da sociedade em geral, proporcionando um aumento de informação sobre saúde mental, capaz de diminuir o estigma, a discriminação e exclusão social, de modo a favorecer a proximidade e aumento de oportunidades que proporcionam uma justa integração e participação social.

Para atingir tais fins, a ADEB desenvolveu os seguintes serviços:

- O apoio telefónico, “SOS ADEB”, acessível à comunidade, para que as pessoas em estado de

angústia, ansiedade ou ideação suicida, obtenham informações sobre doença mental, de modo, a atenuar o sofrimento. Verificamos ter prestado, durante o ano de 2013, através do serviço de apoio telefónico “SOS ADEB”, um apoio a 262 pessoas através de um total de 956 chamadas telefónicas;

- Realização de 2 Colóquios e 11 Sessões Psicopedagógicas subordinadas a várias temáticas sobre saúde, especialmente sobre a Doença Unipolar e Bipolar, em Lisboa, Coimbra e Porto, que contou com a presença de 269 pessoas;

- Edição de documentação psicopedagógica sobre Saúde Mental e, sua ampla distribuição junto da comunidade: nas autarquias, nos centros de saúde mental, junto da comunicação social e, nas diversas sessões psicopedagógicas e colóquios organizados pela ADEB. A documentação psicopedagógica reeditada foi:

1000 exemplares do desdobrável “Doença Bipolar”; 1000 exemplares do desdobrável “Depressão”; 1000 exemplares do desdobrável “Como lidar com uma crise de elevação do humor”; 1000 exemplares do desdobrável “Estabilização da Doença Bipolar”; e, 500 exemplares do desdobrável “Suicídio: Perguntas e Respostas”.

- Atualização e inovação do web site da ADEB, www.adeb.pt, em consonância com os objetivos e valências da ADEB, com inserção de documentação psicopedagógica e jurídica sobre saúde mental.

Com a realização das ações acima retratadas, verificamos uma obtenção de resultados satisfatórios em relação aos objetivos traçados, como comprovam os questionários de avaliação das sessões psicopedagógicas e colóquios, o que nos leva a ter segurança no percurso percorrido desde 1991 pela ADEB pela justa valorização da dignidade das pessoas com estas Doenças.

Deste modo, assumimos, perante o alcançar dos nossos objetivos, a responsabilidade para quem sofre com este tipo de patologias, de continuar a proporcionar serviços que desmistifiquem preconceitos de modo a combater o estigma social, promovendo uma proximidade salutar, premissa de uma saúde mental e, de uma justa integração social e laboral.

Iola Cunha
Sérgio Paixão



Reabilitar e Habilitar as Pessoas com Depressão e Doença Bipolar

Projecto: ADEB-INR 2013

No ano de 2013, no quadro dos Programas de Financiamento do Instituto Nacional de Reabilitação-INR, a Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Bipolares-ADEB propôs-se a dinamizar o projecto de “Reabilitar e Habilitar as Pessoas com Depressão e Doença Bipolar”. Os nossos principais objectivos eram assim, capacitar as pessoas com patologia Depressiva e Bipolar na gestão da sua doença, podendo assim ter um papel preponderante no seu decurso, tendo em vista obter mais conhecimento e consciencialização para a prevenção de recidivas, ganhos saúde e assim mais qualidade de vida e autonomia. Este propósito vai aliás ao encontro do Artigo 2º alínea a) dos Estatutos, da Associação de Apoio aos doentes Depressivos e Bipolares - ADEB tem, entre outros, como objectivo “A reabilitação Psicossocial com vista a desenvolver e conservar o equilíbrio da pessoa com doença mental”.

Propusemos assim, no decorrer do ano e de acordo com os procedimentos já existentes na ADEB:

- Avaliação primária, social e clínica-APSC que significa o primeiro contacto presencial da pessoa com a equipa técnica social e clínica, com o objetivo de identificar necessidades de Reabilitação Psicossocial.

- Gestão de Cuidados Continuados e de Recuperação-GCC.R que promove a aquisição de competências e autocuidado, actividades da vida diária, relacionamento interpessoal, psicoeducação, integração social e profissional e participação na comunidade.

- 8 grupos psicoeducativos (GPE) para pessoas com depressão e doença bipolar de 8 elementos cada, com o objectivo melhorar a adesão à terapêutica farmacológica, facilitar o reconhecimento precoce dos sintomas de recaída, confrontar com as consequências psicossociais dos episódios precedentes e prevenir os futuros, fornecendo às pessoas aptidões para lidar com a doença.

- 4 Grupos de treino de competências (GTC) de 4 sessões no sentido de melhorar o equilíbrio emocional, as relações interpessoais, a higiene de vida e incentivar a reintegração profissional. Para o efeito, propusemo-nos a dinamizar 2 grupos para gestão da ansiedade (8 pessoas); 2 grupos de competências pessoais (8 pessoas); 2 grupos de competências sociais (8 pessoas) e 2 grupos de técnicas de procura de emprego (8 pessoas)

- Apoio e Orientação profissional - AOP que promove a reintegração profissional com medidas

adaptadas às necessidades de cada um.

Com estas ferramentas, queremos, por um lado, melhorar o conhecimento e a consciencialização da doença, prevenir e reconhecer os primeiros sintomas de crise, melhorar a qualidade de vida, aumentar a autoestima e a autoconfiança e promover as relações interpessoais das pessoas com perturbação do humor. Queremos também contribuir significativamente para a diminuição de recidivas, de internamentos psiquiátricos, da ideação suicida, do absentismo laboral e de baixas médicas dos nossos associados.

Assim sendo, foram integradas neste projecto 250 pessoas ao nível nacional de acordo com as seguintes características:

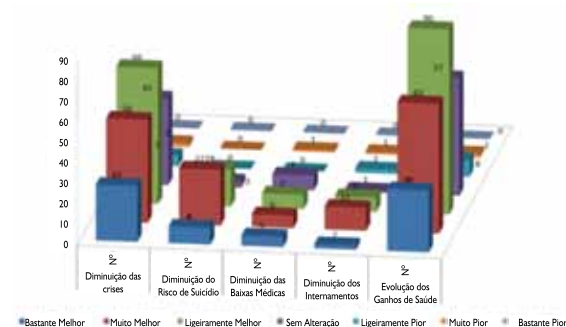
	Masculino	Feminino
Utentes	80	159
Familiares	4	7

Distribuíram-se da seguinte forma pelas nossas propostas:

G.CCR	GPE	GTC	GTC	GTC	GTC	AOP
		Ansiedade	Pessoais	Sociais	Procura de Emprego	
232	36	24	20	12	12	26

Temos de ter em conta que, em 2013, tornam-se sócios 104 pessoas e foram atendidos em APSC.

Consideramos importante também avaliar os ganhos de saúde alcançados e que estão aqui representados:



Este projecto propôs, assim, promover tanto o Recovery – Ajudando na recuperação e na prevenção, como o Empowerment – Ajudar o doente a ter um papel mais activo e pró-activo na sua vida pessoal como social, objectivos esses que estão de acordo com as orientações do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016.

“Promover e Potenciar a Criatividade das Pessoas com Doença Unipolar e Bipolar”

Projecto: ADEB-INR 2013

No âmbito do Programa de financiamento a projectos pelo INR, a ADEB candidatou-se em 2013, com o Projecto intitulado “Promover e Potenciar a Criatividade das Pessoas com Doença Unipolar e Bipolar”, tendo em conta a área de actuação “Promoção da participação artística, cultural e/ou desportiva dos associados”.

Foram desenvolvidas ao longo do ano diversas acções organizadas na Sede da ADEB, bem como nas Delegações da Região Norte e Centro, que se distribuíram por diferentes categorias, nomeadamente: Sessões temáticas nas áreas de pintura, fotografia, prosa/poesia e teatro; Exposições de pintura e fotografia; Passeios culturais, actividades de convívio, entretenimento e lazer; Actividades físicas e desportivas e de música com o Grupo de Cantares.

O objectivo deste projecto implica criar oportunidades que permitam às pessoas desenvolverem e utilizarem o seu potencial criativo, artístico e intelectual, com respeito pela diferença mas em condições de igualdade, inseridos na vida cultural, permitindo a sua plena participação na sociedade.

As acções propostas consistiram em actividades que se pudessem ajustar às necessidades, expectativas e potencialidades dos associados, proporcionando a utilização de competências individuais e em grupo. Consideramos que a dinamização destas acções permitiu a valorização de aptidões, salientando as capacidades particulares de cada um e o seu possível desenvolvimento humano.

Acreditamos que a capacitação de competências, com respeito pela singularidade própria de cada indivíduo através de actividades diferenciadas, promove a prevenção, habilitação, reabilitação e participação das pessoas com doença Unipolar e Bipolar, obtendo-se mais ganhos efectivos ao nível da autonomia, integração social, reforço do sentido de pertença e bem estar dos associados.

No que diz respeito às **Sessões Temáticas** de pintura, fotografia, prosa/poesia e teatro, foram realizadas um total de 26 acções, designadamente workshops no âmbito do desenho, aquarela, fotografia, artes plásticas, prosa e poesia, bem como actividades relacionadas com o grupo de teatro, que contaram com um total de 138 presenças.

Quanto às **Exposições** realizadas, contabilizamos um total de 5 acções, onde foram expostas nas instalações da ADEB (Lisboa, Porto e Coimbra), obras dos associados no âmbito da pintura, desenho, aquarela e fotografia. Estas exposições permitiram à população que frequenta os espaços da ADEB, entre associados, familiares, técnicos e outros participantes, apreciar e estimular a criatividade dos autores envolvidos, existindo 140 presenças ao longo das mesmas.

Relativamente aos **Passeios culturais, actividades de convívio, entretenimento e lazer**, foram efectuadas 11 actividades, entre as quais idas ao teatro em Lisboa, tertúlia de prosa e poesia, passeio em autocarro panorâmico e percurso histórico no Porto, visita ao Mosteiro Serra do Pilar e viagem de teleférico no Porto, e actividades de convívio entre associados em Coimbra. Estas actividades contaram com um total de 148 presenças.

No que concerne às **Actividades Físicas e Desportivas**, ocorreram 13 acções deste cariz, essencialmente através da realização de caminhadas ao ar livre em Lisboa, Porto e Coimbra e também um dia dedicado ao exercício físico organizado pela Delegação Norte da ADEB, contando com um total de 51 presenças.

Foram ainda realizadas 16 sessões do **Grupo de Cantares** “Nota Contra Nota”, nas instalações da Sede da ADEB, que contabilizaram um total de 102 presenças, onde os participantes tiveram oportunidade de experimentar alguns instrumentos musicais e ensaiar um repertório de músicas tradicionais portuguesas.

Procedeu-se ao incentivo e recolha de trabalhos dos associados no campo da poesia, de modo a organizar uma antologia poética editada pela ADEB, tendo-se já reunido diversos textos que serão alvo de selecção para integrar a referida publicação durante o ano de 2014.

No âmbito deste Projecto foi também publicada a Revista Bipolar nº46, contendo a temática central “Circuitos da Criatividade”, bem como artigos pertinentes neste contexto como “Emoção e Inspiração na Escrita Criativa”, e testemunho de pessoas e suas experiências na área da dança e pintura, bem como imagens de obras/pinturas e poesias de associados.

Rita Crispim
Luís Oliveira

Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida

Parecer sobre Bioética e Saúde Mental (Fevereiro de 2014)

A. Considerando que

1. a saúde mental permite a cada pessoa realizar-se, adaptar-se ao stress do dia-a-dia e contribuir para o bem das comunidades em que se integra. A saúde mental tem um valor intrínseco e uma relação direta com o desenvolvimento humano individual e a qualidade de vida coletiva;
 2. a saúde mental é inseparável da saúde - ou seja, não há saúde sem saúde mental - e influenciada por múltiplos fatores, sendo considerada como um bem individual e coletivo;
 3. a saúde mental está ligada a comportamentos, estilos de vida e à adoção de estratégias protetoras, como a adaptação, o otimismo, a resiliência, o suporte e a coesão social;
 4. é conhecida a relação entre indicadores de pobreza e privação social e o risco de doença mental;
 5. se prevê um forte impacto na saúde mental, resultante quer da crise financeira que vivemos, quer do envelhecimento da população e prevalência de doenças crónicas;
- a saúde mental é um dos maiores desafios que enfrentamos, em Portugal e no mundo.

B. Reconhecendo que

1. é importante promover a saúde mental em geral, bem como a reabilitação e reinserção social das pessoas com doença mental;
 2. os enquadramentos jurídico e de política de saúde mental estão especialmente focados na proteção dos valores e dos princípios fundamentais inerentes aos direitos humanos;
 3. em Portugal, se têm vindo a conceber planos e projetos de saúde mental que privilegiam a reabilitação, a reinserção e a integração da saúde mental no sistema de saúde, os quais não estão a ser devidamente executados;
- importa colocar a saúde mental como uma prioridade na intervenção em todos os setores.

C. Este Conselho emite o seguinte parecer.

1. A proteção da saúde mental deve ser assumida como uma prioridade política e social.
2. O Estado deve garantir o direito básico à proteção da saúde mental, designadamente através da definição de uma agenda política para o setor, cientificamente sustentada.
3. A promoção da saúde mental faz parte da responsabilidade de todos os agentes sociais. Como tal, deve ser integrada em todos os níveis do sistema de saúde (prevenção primária, secundária, terciária, cuidados continuados e paliativos) e devem ser prevenidos os fatores de risco e preditores conhecidos, incluindo aqueles que emergem da educação. I

4. Devem ser criados e desenvolvidos programas de promoção da saúde mental nos ambientes em que as pessoas vivem e trabalham, com a preocupação de assegurar a continuidade e a sustentabilidade das ações.
5. Em todos os setores, deve ser disseminado e promovido o estabelecimento de práticas que melhorem a literacia em saúde mental, envolvendo com particular atenção os profissionais da educação e da saúde.²
6. Por ser escassa a produção científica nacional no setor, as intervenções em saúde mental e os seus resultados devem estar presentes nas linhas de apoio das entidades que suportam e financiam a investigação.
7. Devem ser incentivadas e reconhecidas práticas que assegurem o respeito pelos direitos humanos, designadamente no que se relaciona com a informação e consentimento livre e esclarecido, tanto em situações de prestação de cuidados de saúde como de investigação.
8. Os projetos, planos e grupos de trabalho que se desenvolvem em áreas intersetoriais devem sempre considerar a dimensão da saúde mental.³
9. Deve ser valorizado o contributo das avaliações e auditorias da qualidade nas diversas organizações, concretamente na identificação de lacunas e de práticas de qualidade.
10. Os projetos com resultados positivos em saúde mental e os casos de coesão social devem ser valorizados, divulgados e objeto de uma discussão pública alargada, visando a redução do estigma.

Lisboa, 17 de fevereiro de 2014.

O Presidente, Miguel Oliveira da Silva.

Foram Reladoras as Conselheiras Lucília Nunes e Maria de Sousa.

Aprovado em reunião plenária no dia 17 de fevereiro de 2014, em que para além do Presidente estiveram presentes os seguintes Conselheiros:

Agostinho Almeida Santos; Ana Sofia Carvalho; Carolino Monteiro; Duarte Nuno Vieira; Isabel Santos; João Ramalho-Santos; José Germano de Sousa; Lúcia Amâncio; Lucília Nunes; Maria do Céu Patrão Neves; Michel Renaud; Pedro Nunes; Rosalvo Almeida.

Audições. No âmbito do presente parecer, foram ouvidas as seguintes personalidades:

Prof. Doutor João Eduardo Marques Teixeira, docente e investigador da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto;

Dr. Licínio Lima, Subdiretor Geral da Direção-Geral da Reinserção e Serviços Prisionais; Prof.^a Doutora Margarida Gaspar de Matos, docente e investigadora da Faculdade de Motricidade Humana; Coordenadora do projeto "Aventura Social" e do estudo Health Behaviours in School-aged Children (HBSC), WHO.

Prof. Doutor José M. Barros Caldas de Almeida, Diretor da Faculdade de Ciências Médicas; diretor do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar de Lisboa Central.

¹ Deve ser promovida a saúde mental no geral e, em particular, nos grupos existencial e socialmente vulneráveis, dando especial atenção às pessoas em fases de transição ou de crise, proporcionando suporte social e profissional para a sua adaptação.

² A literacia em saúde mental tem em vista aumentar o conhecimento sobre promoção da saúde e prevenção das perturbações mentais, facilitar o reconhecimento de uma perturbação e o conhecimento sobre opções de ajuda disponíveis.

³ Constituem exemplos a saúde escolar, a prevenção de acidentes de trabalho e rodoviários.

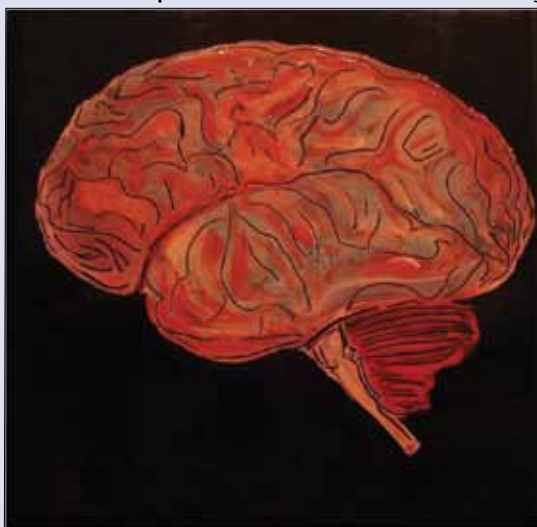
2014 O Ano Europeu do Cérebro

Cérebro e Criatividade

A iniciativa do Ano Europeu do Cérebro, conta com o apoio de inúmeras organizações europeias e procura consciencializar as pessoas para os problemas associados ao cérebro.

O cérebro, enquanto estrutura complexa, é alvo de curiosidade e fascínio. Atualmente a compreensão do funcionamento do cérebro tem contribuído para o desenvolvimento de teorias em torno da criatividade, mas há ainda muitas questões que procuram resposta. Entre outras, perceber qual o mecanismo que leva o homem a produzir ou a criar ou ainda entender que influência tem o ato criativo no funcionamento do cérebro.

Tomemos como exemplo o padrão de comportamento da pessoa criativa, é alguém que trabalha de forma regular em problemas e procura encontrar novas soluções ou apenas reconfigurar soluções já existentes. A criatividade pode ser uma aliada na estimulação cognitiva e na manutenção de um estado permanente de curiosidade. Por outro lado, as atividades criativas (especialmente as artísticas) têm a capacidade de colocar o cérebro a funcionar como um todo, explorando novas formas de comunicação e conhecimento. Contudo, a criatividade está naturalmente condicionada pela maneira como agrupamos a informação “na nossa cabeça”. Desta forma, as pessoas devem cuidar dos seus cérebros, à semelhança do exercício físico, procurando conhecer mais e vivendo novas experiências. Sabemos que o cérebro sofre modificações ao longo da vida, sendo responsável por muitas doenças crónicas e incapacitantes. Ainda assim, quando o cérebro, quando estimulado, pode sofrer alterações benéficas (se pensarmos na flexibilidade cerebral). Um cérebro aliado na compreensão dos fenómenos e na adaptação às diversas realidades.



S₁ C₂ R₁ A₁ B₃ B₃ L₂ E₁

Dia Mundial do Transtorno Bipolar 30 de Março

O Dia Mundial do Transtorno Bipolar, irá ser celebrado no dia 30 de Março, dia do aniversário de Vicent Van Gogh, que foi postumamente diagnosticado como provável portador da doença bipolar. Este é o ano inaugural desta celebração. A visão da WBD (Dia Mundial do Transtorno Bipolar, do inglês World Bipolar Day) passa por trazer a consciência mundial para transtornos bipolares e eliminar o estigma social. Através da colaboração internacional, o objectivo do Dia Mundial do Transtorno Bipolar é levar a informação à população mundial sobre os transtornos bipolares para educar e melhorar a sensibilidade para a doença.

Transtorno bipolar é uma doença mental que representa um desafio significativo para os pacientes, para os profissionais de saúde, para os familiares e para as nossas comunidades. Enquanto cresce a aceitação do Transtorno Bipolar como uma condição médica em algumas partes do mundo, o estigma associado à doença continua a ser uma barreira aos cuidados de saúde, à possibilidade de diagnóstico precoce e ao tratamento eficaz. A fim de resolver a disparidade na forma como o transtorno bipolar é visto nas diferentes partes do mundo, a Asian Network of Bipolar Disorder (ANBD), a International Bipolar Foundation (IBPF) e a International Society for Bipolar Disorders (ISBD) reuniram-se para conceberem o Dia Mundial do Transtorno Bipolar.

Willem Nolen, actual presidente da ISBD, partilhou o seu parecer sobre esta iniciativa:

“Quando a ANDB, que teve a ideia, entrou em contacto com o ISDB nós decidimos de imediato que devíamos apoiar a causa activamente. A iniciativa ajuda a alcançar os nossos objectivos de melhorar a vida dos pacientes bipolares e seus familiares. Convidámos de imediato o IBPF para participar nesta iniciativa e eles ficaram muito entusiasmados por trabalharem com um excelente grupo de organizações. Estou confiante que o Dia Mundial Bipolar irá crescer nos próximos anos e contribuirá para ajudar a reduzir o estigma.”

Muffy Walker, fundador e presidente da IBPF, quando questionado sobre a importância de estar envolvido no Dia Mundial do Transtorno Bipolar, respondeu:

“Como Martin Luther King uma vez disse: Eu sonho que um dia as nossas nações se levantem e criem homens todos iguais. E eu sonho também que o meu filho, que viveu a maior parte da vida dele com Transtorno Bipolar, um dia venha a viver numa nação onde ele não vá ser julgado pela doença, mas sim pelo seu carácter. Eu acredito que o Dia Mundial do Transtorno Bipolar me irá ajudar a tornar o meu sonho realidade.”

Manuel Sanchez de Carmona, presidente eleito da ISBD, acredita que:



“O Dia Mundial do Transtorno Bipolar é uma excelente oportunidade para nós [membros da ISBD] chegarmos aos pacientes, às famílias e aos grupos de defesa e convidá-los a trabalharem connosco neste projeto global para a sensibilização e consciencialização de distúrbios bipolares. Este dia é uma plataforma para pensar globalmente e actuar localmente - a nossa visão será atingida com um forte e motivado esforço local.”

Christine Saenz, um paciente e bloguer, explica:

Christine Saenz, um paciente e bloguer, explica:

“Estou muito animado com este projecto e com esta mensagem. É muito importante educar o mundo e lutar contra o estigma que está associado à doença mental. Os Bipolares não têm de ter medo. Eu sou a cara da doença Bipolar. Eu sou como todos os outros. Com o plano de tratamento certo eu sou capaz de ter uma vida estável e feliz.”

À medida que o dia se aproxima nós encorajamos todos a organizarem e divulgarem eventos locais, que podem ser partilhados com o mundo através de partilha na página WBD Facebook. (www.facebook.com/worldbipolarday).



Associação de Apoio aos Doentes
Depressivos e Bipolares
IPSS de utilidade pública com fins de Saúde

ADEB

CONVOCATÓRIA

Assembleia Geral Ordinária

29 de Março de 2014

Convocam-se todos os associados da Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Bipolares, ADEB, a comparecer no dia 29 de Março de 2014, às 10:00 horas, na Assembleia Geral Ordinária, a realizar no Anfiteatro da Escola de Saúde da Cruz Vermelha, Av. Ceuta, Edifício Urbiceuta,- Lisboa, com a seguinte ordem de trabalhos:

DAS 10h00 ÀS 11h30

1. Análise e aprovação do Relatório da Direcção e Contas do Ano de 2013.

Nos termos do nº 1 do artigo 29º dos Estatutos, a Assembleia Geral Ordinária reunirá à hora marcada na Convocatória se estiverem mais de metade dos associados com direito a voto, ou uma hora depois com qualquer número de presentes. O Relatório da Direcção e Contas do Ano de 2013 está disponível na Sede e Delegações, para consulta de todos os associados.

DAS 11h30 ÀS 13h00

2. COLÓQUIO:

Hora	Tema	Orador(a)
11h30	Desafios e Estratégias da Família;	Dr.ª Renata Frazão, Psicóloga Clínica ADEB
12h00	FAMÍLIAS: Âncoras na Luz e nas Sombras;	Dr.ª Maria João Neves, Artista Plástico
12h30	Dia Mundial do Transtorno Bipolar;	Delfim Oliveira, Presidente da Direcção da ADEB Dr. José Manuel Jara, Psiquiatra Presidente da Assembleia Geral da ADEB
13h00	Debate	

ALMOÇO CONVÍVIO

Caro Associado e Amigo,

Na sequência da Assembleia Geral Ordinária e Colóquio, realiza-se um Almoço / Convívio no Restaurante “Mercado de Alcântara”- sito Rua Leão de Oliveira, Alcântara-Lisboa, ADEB TM: 968982150

DAS 13h30 ÀS 15h30

- Almoço:
Ementa:
Bifinhos de peru com cogumelos ou filetes de cherne com arroz de tomate
Sobremesas
Pudim Flan
Bebidas: Sangria, Refrigerantes, Água e Café

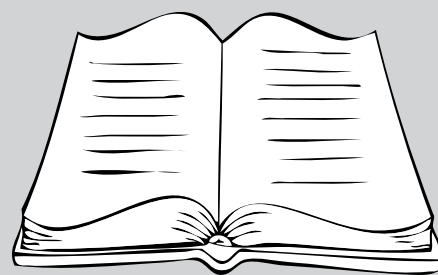
Inscrições até ao dia 28 de Março de 2014 na Sede Nacional da ADEB
Preço por pessoa: €14.00 (Catorze Euros)

DAS 15h30 ÀS 16h00

- Convívio e Momento Musical com “Nota Contranota”

COMPAREÇA e PARTICIPE

Presidente da Assembleia Geral da A.D.E.B.
Dr. José Manuel Jara



ESCREVA E DIVULGUE A REVISTA BIPOLAR

Ficha Técnica

Revista Bipolar n.º 47
Ano XVII, 1.º trimestre de 2014
Proprietário: ADEB, NIF n.º 502 610 760
Editor: ADEB
Diretor: Delfim Augusto Oliveira
Sub-Diretora: Cristina Dinis
Coordenador da Redacção: Delfim Augusto Oliveira
Colaboradores: Renata Frazão, Maria João Neves
José Manuel Jara, Sónia Ferreira, Marcia Ramalho
Vitor Colaço Santos, António Leuschner, Iola Cunha,
Sérgio Paixão, Orlanda Correia, Lúcia Águeda,
Rita Crispim, Luis Oliveira e Raquel Pedro
Produção Gráfica: Graficoisas, Lda.
N.º depósito Legal: 143533 / 99
Registo no ICS: 121 888
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: 218540740/8, Fax: 21 854 07 49,
Tlm: 968982150, 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: 226066414 / 228331442, Fax 228331443,
Tlm: 968982142, regio_norte@adeb.pt
Delegação da Região Centro da ADEB
Rua Central n.º 82 - Mesura - Stª Clara
3040-197 COIMBRA
Tel/Fax: 239812574, Tlm: 968982117
regiao_centro@adeb.pt

www.adeb.pt



Apoios



SEGURANÇA SOCIAL

Co-Financiado pelo Instituto da Segurança Social: AFEAF 2013
Apoio Financeiro do Estado às Associações de Família