



A.D.E.B.

BIPOLAR

REVISTA DA ASSOCIAÇÃO DE APOIO AOS DOENTES DEPRESSIVOS E BIPOLARES Nº 48

www.adeb.pt



**O Fenómeno Depressivo e a Doença Depressiva
Qualidade de Vida na Doença Bipolar**



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

O Fenómeno Depressivo e a Doença Depressiva	3
Qualidade de Vida na Doença Bipolar	5
Família e Psicoeducação no Tratamento das Pessoas com a doença Unipolar e Bipolar	7
A Neuropsicologia e a Doença Bipolar e o Contributo para a Reabilitação mais Sustentada na ADEB	10
Direitos e Deveres dos Utentes Instrumentos de Melhoria da Comunicação com os Profissionais de Saúde Mental	12
Declaração da Saúde Mental	14
Importância do Serviço Social na ADEB	16
Grupo de Treino e Competências	18
Cidadania Activa	20
Afinal... Não Estamos Sozinhos!	22
24º Aniversário da ADEB	23
Feira da Saúde de Belém	24

O Fenómeno Depressivo e a Doença Depressiva

A Depressão constitui hoje um dos fenómenos mórbidos mais preocupante a nível da saúde pública e é das doenças com maior expressão nos países industrializados (Gusmão, Xavier, M.J.Heitor, Bento, & Caldas-de-Almeida, 2005)

Segundo a Organização Mundial de Saúde (O.M.S.), cerca de 350 milhões de pessoas (OMS/WHO, 2012) e em 2012, a doença depressiva era já a causa principal de incapacidade se tomarmos em conta o número de anos vividos com a doença e com incapacidade.

Acresce que, a O.M.S. estima que a doença depressiva esteja a aumentar em prevalência, passando do terceiro diagnóstico mais frequente a nível Mundial em 2004 para o 1º em 2030, seguida dos diagnósticos de Doença Isquémica Coronária, Acidentes Rodoviários e D.P.C.O..

Mais do que isso, estima-se que a D. Depressiva seja já a 1ª causa de doença tendo em conta os anos de doença e o sexo feminino.

A visão fenomenológica da tristeza normal e da tristeza doente.

A tristeza reactiva normal a algum acontecimento ou mesmo aparentemente inexplicável, a infelicidade, o abatimento, os dias “cinzentos”, os momentos ou dias de desesperança, os sentimentos de solidão, os sentimentos de perda, a tristeza perante memórias

dolorosas, fazem parte de um espectro emocional e de uma condição que não só acompanha o Homem desde a sua origem como é, de algum modo, inerente à definição de Homo Sapiens (Barahona-Fernandes, 1998).

O Homem é por um lado uma identidade única mas em comunicação com os outros. Na verdade os sentimentos de tristeza e o sofrimentos inerentes levam à proximidade do outro e ao estabelecimento e/ou renovação de laços afectivos e por outro lado, a encontrar estratégias alternativas a esse mesmo sofrimento. Em verdade, o sofrimento tem levado o Homem a “crescer” e a tornar-se mais inteiro seja do ponto de vista filogénico seja do ponto de vista ontológico (Mendes, 1972) .

Assim, a tristeza normal tem geralmente uma repercussão social positiva, pois apela a uma reorganização social seja familiar seja a nível das pessoas de alguma maneira ligadas ao sujeito com laços afectivos. Embora possa levar temporariamente a uma diminuição cognitiva e a alguma diminuição do rendimento académico ou profissional, muitas vezes estes fenómenos podem ser encarados como um refúgio na qual a dor se “anestesia” por um período relativamente curto. Contudo, um certo período de uma tristeza normal é também um tempo de “lucidez” na medida que é nestes períodos que a pessoa, no seu sofrimento, tem mais facilidade em



colocar a si próprias questões mais “nucleares”, relativizando tantas outras “periféricas” até ali julgadas fundamentais.

A linha que separa o normal do doentio

Ora, a questão fundamental é a de delinear as “linhas” que nos permitem afirmar que o fenómeno do deprimir, em cada indivíduo é natural ou patológico, isto é, se estamos realmente perante uma tristeza normal ou uma tristeza-doença (Barahona-Fernandes, 1998), isto é, verdadeira doença depressiva.

É relativamente consensual que a doença depressiva é mais vital, muito mais ligada ao eu-depressivo e à sua valorização dos acontecimentos (mais do que aos acontecimentos) e menos empática ao sentir do outro sendo que as tentativas do outro para “desviar” a dor do paciente levam, as mais das vezes, a um maior sofrimento deste (Bleuler, 1985). Por outro lado, carece de um poder reorganizativo homeostático, e antes representa uma ameaça a toda a integridade do sujeito.

Na doença depressiva, na Melancolia, como refere o Prof. Dr. Carlos Mota Cardoso “Provavelmente, a inibição do fluxo vital, constitui o fenómeno mais primário do acontecer depressivo” (C.M. Cardoso, 2000). Contudo, o mesmo autor chama a atenção sobre a diferença entre a tristeza vital e a tristeza reactiva.

A doença depressiva reactiva vs a doença depressiva endógena

Há, por outro lado, que ter em conta que a doença depressiva é na maioria (se não sempre) uma mescla da depressão endógena e da depressão reactiva. De facto, a doença depressiva dificilmente poderá ser na prática avaliada pela sua “verdadeira” etiopatogenia uma vez que esta é de natureza múltipla, nomeadamente a natureza predisponente e a natureza reactiva, sendo que quer uma ou outra dimensão etiopatogénica pode em cada indivíduo apresentar-se de forma diferente, de acordo com a sua hereditariedade, história pessoal, personalidade, ambiente emocional, período de vida e condições sociais e culturais (Fonseca, A.F. 1985)

A doença depressiva reactiva é uma perturbação do humor desencadeada por uma complexa interacção entre o indivíduo “psicológico” e factores como as doenças ditas orgânicas (p. ex: os acidentes isquémicos cardíacos podem levar a depressões graves e a inversa também é verdadeira), e outras acontecimentos pessoais ou sociais tornam-se significativos e capazes de levar à doença depressiva em determinada altura da vida.

Evidentemente, que a incerteza do amanhã (por vezes mais do que a carência presente) que caracterizou e ainda é evidente na crise económica que como um tumor maligno invadiu toda a Europa desde 2008 pode constituir, não só uma fonte de um sofrimento horrível, como levar à verdadeira doença depressiva.

A própria OMS reconhece que o desemprego e as dificuldades económicas como as que se tem vivido na Europa desde 2008 aumentam o risco da doença depressiva (OMS/WHO).

Homo Sapiens vs Homo Socius

“ a humanidade específica do Homem e a sua sociabilidade estão inextricavelmente entrelaçados. O Homo Sapiens é sempre, e na mesma medida, Homo Socius ” (M.J.Vaz-Freixo, 2010).

A fenomenologia do Homem doente é muito complexa. Assim, irá caber à ciência a habilidade de a tornar racional e formular com base em dados factuais, conceitos teóricos coerentes. Importa referir que, se na patologia dos órgãos, para fins de investigação, acontece focar-nos nas realidades biológicas e genéticas passando ao lado das outras dimensões humanas, na patologia mental temos de inevitavelmente ouvir as outras Ciências Humanas. (Barahona-Fernandes, 1998)).

É hoje consensual aceitarmos que nenhuma condição humana é imune às influências sociais. Cada Homem é uma realidade histórica única, mas apenas inteira quando na relação. Como refere A. Teixeira Fernandes “ A identidade é simultaneamente diferença e pertença comum.” (Fernandes, 2008).

Em estudos da Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO, 2012), é revelado insistentemente que há situações que levam a uma maior vulnerabilidade das pessoas a desenvolverem doença depressiva. Tais situações incluem :

- 1- Dificuldades económicas e pobreza;
- 2- Desvantagens sociais como fraca escolaridade;
- 3- Exposição à violência
- 4- Situações de isolamento social ou solidão.

António Sampaio,
Psiquiatra

Bibliografia

- Alonso-Fernandes, F. (2010). *As Quatro Dimeções do Doente Depressivo*. Lisboa: Gradiva.
- Barahona-Fernandes, H. (1998). *Antropociências da Psiquiatria e da Saúde Mental - O Homem Perturbado*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Barahona-Fernandes, H. (1981). *Perpectiva Antropocêntrica da Psiquiatria Transcultural*. *Jornal do Médico* .
- Bleuler, E. (1985). *Psiquiatria*. Rio de Janeiro - Brasil: Editora Guanabara Koogan.
- Cardoso, C. M. (2000). *O deprimir: Análise fenomenológica*. *Saúde Mental* .
- Fonseca, A. F. (1985). *Psiquiatria e Psicopatologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Gusmão, R., Xavier, M., M.J.Heitor, Bento, A., & Caldas-de-Almeida, J. (2005). *O peso das perturbações depressivas - Aspectos epidemiológicos globais e necessidade de informação em Portugal*. *Acta Médica portuguesa* .
- Mendes, J. (1972). *Conceitos de Depressão*. Rio de Janeiro - Brasil: Livros Técnicos e Científicos Editora Ltda.
- OMS/WHO. (2012). www.who.int/mental_health/management/depression/who_paper_depression_wfmh2012.pdf. retirado a 10-06-2013 .
- OMS/WHO. (s.d.). www.who.int/mediacentre/news/notes/2012/mental_health_day_20121009/en/. retirado a 10-06-2013 .
- OMS/WHO. (2012). www.who.int/mediacentre/news/notes/2012/mental_health_day_20121009/en/. retirado a 10/06/2013.

Qualidade de Vida na Doença Bipolar

A nível nacional, existe uma preocupação que é traduzida no Plano Nacional de Saúde Mental de 2007-2016 (Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde, Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008) onde consta que “os estudos epidemiológicos mais recentes demonstram que as perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental se tornaram a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade, nas sociedades actuais. A carga de perturbações mentais [...] foi seriamente subestimada no passado, devido ao facto de as abordagens tradicionais apenas considerarem os índices de mortalidade, ignorando o número de anos vividos com incapacidade provocada pela doença. Das 10 principais causas de incapacidade, 5 são perturbações psiquiátricas”.

Estes dados remetem para um problema sério, sendo de elevada importância, acções no âmbito da prevenção, identificação precoce, tratamento e reabilitação na área da Psiquiatria e Saúde Mental, de forma a conhecer, compreender e intervir eficazmente nas populações.

Ao longo de vários anos, muitas foram as tentativas para definir o termo Qualidade de Vida na doença psiquiátrica, tendo esta adquirido uma proporção crescente quer em termos de importância, quer em termos da sua integração na avaliação de resultados, de programas/intervenções e na tomada de decisões.

Walters (2009) afirma que o termo Qualidade de Vida foi introduzido na MEDLINE (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*, 1975) e aceite no *Index Medicus* em 1977. Em 1991, surgiu a primeira edição do jornal multidisciplinar *Quality of life Research*, com o objectivo da rápida difusão de pesquisas, artigos e relatórios metodológicos sobre a Qualidade de Vida nas diferentes ciências da saúde. Em 1993, foi constituída a *International Society for Quality of Life Research*, que tem a missão de desenvolver o estudo científico da Qualidade de Vida relacionada com a Saúde e de outros resultados centrados nos doentes, para identificar intervenções eficazes, melhorar a qualidade dos cuidados de saúde e promover a saúde das populações.

Vários estudos foram realizados para explorar as variáveis que influenciam a Qualidade de Vida, sendo que a sua explicação mais consensual foi dada em 1994, com “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL

Group, 1994). Esta definição traduz a subjectividade do conceito associada ao próprio indivíduo assim como ao seu contexto cultural, social e ambiental.

Lalonde (1974) apresentou vários aspectos determinantes para a saúde (a biologia humana, o estilo de vida, meios sanitários e ambientais), possibilitando uma visão global e concreta da saúde e também a integração progressiva de indicadores de qualidade de vida universais, no âmbito das condições sanitárias do meio (água potável, saneamento básico, habitação), da nutrição (consumo dos diferentes alimentos/nutrientes), dos recursos (acessos aos serviços de saúde e disponibilidade dos mesmos) e das condições económicas e sociais (rendimento, custo de vida, educação, trabalho, lazer).

Desta interligação, surge na literatura o conceito *Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde*. Vários autores concordam que este conceito é multidimensional e foca o impacto da doença e o seu tratamento no bem-estar individual.

Relacionar o impacto da Qualidade de Vida na Doença Bipolar é um processo complexo e multifactorial, tendo sido alvo de estudo ao longo do tempo.

A Doença Bipolar está inserida nas Perturbações do Humor, tendo como definição a alteração do humor, pela presença de um ou mais episódios maníacos ou mistos, habitualmente acompanhados por episódios depressivos major (Doença Bipolar tipo I); presença de um ou mais episódios depressivos major acompanhados de pelo menos um episódio hipomaniaco (Doença Bipolar tipo II); numerosos períodos de sintomas hipomaniacos e numerosos períodos de sintomas depressivos, no período de pelo menos dois anos (ciclotimia).

O seu tratamento por vezes torna-se difícil, começando pela dificuldade na aceitação da doença enquanto crónica, dificultado muitas vezes pelo estigma social, pelos poucos ou inexistentes apoios a nível social/relacional/laboral, assim como na dificuldade de aquisição de estratégias de coping para lidar com a doença. Torna-se necessário tratamento farmacológico e acompanhamento psicológico ao nível da Reabilitação Psicossocial.

Alguns princípios a ter em atenção é que no processo de intervenção com o doente bipolar, este deve ser proporcional à gravidade da sua condição actual, deve ser monitorizada a adesão e os resultados esperados, assim como os efeitos adversos, e deve a pessoa com a doença ser parceiro activo nessa monitorização.



Há factores que melhoram o sucesso no tratamento, tais como a confiança na relação terapêutica entre o profissional e o doente, o tempo e energia dispensada a psicoeducar o doente para os objectivos da terapia e as consequências de uma boa ou má adesão, o plano terapêutico ser negociado, utilizar a família e amigos para apoiar o plano e ajudar a implementá-lo, simplificar o regime de tratamento e reduzir os efeitos secundários adversos.

Tendo em atenção as características clínicas da Doença Bipolar, a Qualidade de Vida é influenciada pela fase em que se encontram os doentes. Num estudo realizado por Gazalle et al (2007), os doentes na fase depressiva apresentaram uma Qualidade de Vida inferior aos que se encontravam na fase de mania ou hipomania, principalmente no domínio das relações sociais.

Michalak, E. (2005), mostra que a Qualidade de Vida em Doentes Bipolares é mais afectada em áreas ao nível da educação, a nível laboral/financeiro, a nível social e relacional.

Kauer Sant'anna, M. et al (2007), procuraram explorar o impacto da ansiedade na Qualidade de Vida de doentes bipolares e descrevem que a Qualidade de Vida é influenciada negativamente, tendo um impacto negativo principalmente no Domínio Psicológico, nos doentes que apresentam altos níveis de ansiedade.

Percebe-se, desta forma, que é consensual a análise de que a Qualidade de Vida fica comprometida quando falamos de Doença Bipolar, contudo, os profissionais da área da Saúde Mental cada vez mais têm vindo a estudar estratégias para reverter estes dados, tal como Michalak, E., et al (2005) demonstraram, através de um estudo sobre a relação entre a Psicoeducação e a Qualidade de Vida na Doença Bipolar que os grupos psicoeducativos melhoram significativamente a Qualidade de Vida do doente, quer em termos da satisfação em geral, mais concretamente termos de um bom funcionamento físico e psíquico. Mais acrescentam que

a Psicoeducação em conjunto com a farmacoterapia, têm amplos resultados na minimização do impacto da doença na pessoa.

Para além da psicoeducação, torna-se também necessário focar a importância dos Grupos de Ajuda Mútua, da prática de uma boa higiene de vida saudável, onde estão incluídas as rotinas de sono, de alimentação e de exercício físico, as estratégias de gestão de tempo e tarefas, estratégias de controlo da ansiedade (técnicas de relaxamento), actividades ocupacionais/laborais.

Em suma, relacionar qualidade de vida e doença bipolar não é tarefa fácil, sendo que muitos estudos indicam que esta última compromete a qualidade de vida em geral do doente, contudo, outros estudos indicam que esses danos podem ser minimizados através de uma boa rede de apoio com base no suporte psicológico, familiar e social.

Diana Aguiar
Psicóloga Delegação Norte ADEB
Cédula Profissional n.º. 11992

Referências Bibliográficas

- Gazalle, F. K., Hallal, P. C., Andreazza, A. C., Frey, B. N., Kauer-Sant'anna, M., Weune, F. Kapczinski, F. (2007). Manic symptoms and quality of life in bipolar disorder. In *Psychiatry Research*, 153, 33-38.
- Kauer Sant'anna, M. (2007). Anxiety comorbidity and quality of life in bipolar disorder patients. In *The Canadian Journal of Psychiatry*, 52,3.
- Michalak, E. et al (2005), Bipolar Disorder and quality of life: A patient-centered perspective. In *Quality of life research*, 15: 25-37.
- Michalak, E. et al (2005), Perceived quality of life in patients with bipolar disorder. Does group psychoeducation have an impact? In *Psychiatry*, 50,2.
- Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016
- Walters, S.J. (2009). Quality of life outcomes in clinical trials and health-care Evaluation. in *A practical guide to analysis and interpretation*. West Sussex, England: Wiley.
- World Health Organization Quality of Life Group (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23 3, 24-56.



Família e Psicoeducação no tratamento das pessoas com a doença Unipolar ou Bipolar

O processo de desinstitucionalização na área da saúde mental iniciado nas décadas de 60' e 70' obrigou tanto a comunidade em geral como os profissionais de saúde, a repensar a doença mental, mas em particular a sua postura perante os seus doentes (Marques & Queirós, 2012).

A primeira questão que se colocou foi: “Estaria a comunidade preparada para receber os seus doentes?”. Como era de esperar, esta não estava preparada, na medida em que até à data, o tratamento das doenças mentais era realizada em instituições fechadas, baseado no tratamento farmacológico e deixando pouco espaço ao diálogo com as pessoas com doença mental ou mesmo as suas famílias. (Foucault, 1972)

Os anos 60 e 70 levaram assim a Europa a pensar as suas leis de saúde mental no sentido de encontrar novas estruturas para cuidar dos seus doentes. Apareceram então Serviço de Psiquiatria dentro dos Hospitais Gerais, bem como serviço de urgência psiquiátrica (Alves, 2011). Estando este processo mais ou menos concluído, novos desafios eram agora colocados. Primeiro, porque integrar os doentes junto da comunidade, significa na prática integrá-los junto das suas famílias. Ora até a data, segundo a Escola de Palo Alto de Bateson, as famílias eram consideradas responsáveis pela doença dos seus familiares, fruto de uma interação pouco saudável desde a infância. Assim, de responsáveis pela sintomatologia da doença, as famílias passam a cuidadores informais (McFarlane, 1995). Segundo, a integração social significa também que as pessoas com doença mental possam a ter um papel activo e proactivo junto da comunidade. Estes dois pressupostos obrigaram assim os profissionais de saúde mental a repensar a sua intervenção: de uma intervenção meramente farmacológica junto dos doentes, passamos a ter uma intervenção baseada na reabilitação psicossocial, cujos principais objectivos são (Anthony, Cohen, e Kennard, 1990):

- Perceber a pessoa com doença mental como uma pessoa em primeiro lugar, com as suas necessidades básicas e os seus objetivos tal como os outros membros da comunidade.

- Envolver os utentes e as suas famílias no sistema implementado e nas suas atividades

- Reconhecer a família como um recurso
- Desenvolver serviço centrado nos utentes

Assim, ao acolher os seus familiares com doença mental, as famílias viram-se confrontadas com uma nova realidade: necessidade de conhecer a doença das pessoas, as suas causas e o seu tratamento. Mas viram-se também confrontadas com outra realidade, de facto Brown, Birley, e Wing (1972) avaliaram que 20% das famílias que estudaram, estavam socialmente muito isoladas e apresentavam altos níveis de emoção expressa. Entende-se por emoção expressa (EE), três tipos de atitudes por parte dos familiares: Crítica, hostilidade e superenvolvimento emocional (Knapp & Iso-lan, 2005). Foi então neste contexto que, nos anos 80, nasceu a psicoeducação das famílias de pessoas com doença mental grave a fim de habilitá-las a cuidar dos seus doentes. Primeiro, com doentes esquizofrénicos e seus familiares, vários modelos apareceram: o Modelo de Falloon para intervenção familiar, a psicoeducação familiar de Anderson ou os grupos psicoeducativos multifamiliares de McFarlane. Este último pretende, por um lado, adaptar um padrão comportamental mais saudável e por outro ensinar as causas bio-psico-sociais da doença, os seus sintomas e os tratamentos mais adequados (McFarlane et al. 2003).

Assim perante os resultados positivos obtidos, o uso da psicoeducação junto de famílias e de doentes com outras patologias, nomeadamente as perturbações do humor e da alimentação tornou-se uma evidência.

Como é do nosso conhecimento, a Doença Bipolar tem um impacto extremamente negativo tanto ao nível funcional e ocupacional como ao nível socioeconómico e consequentemente na qualidade de vida da pessoa com diagnóstico (Gilbert & Marwaha, 2012).

Sabe-se também que o principal entrave a recuperação da pessoa com Doença Bipolar é a sua má adesão ao tratamento. Neste sentido, Harvey & Peet verificaram, em 1991, que após esclarecimentos sobre os efeitos do lítio, as pessoas com doença bipolar aderiam melhor a terapêutica. Nasceu assim o interesse da psicoeducação para a doença bipolar.

Inspirando-se, então, nos grupos psicoeducativos de McFarlane (1995) com doentes esquizofrénicos, Brennan (1995) comprovou a eficiência dos grupos psicoeducativos multifamiliares com pessoas com diagnóstico de doença bipolar e seus familiares. O autor quis, com este modelo, certificar-se que ambos (doentes e familiares) tinham acesso a mesma informação e ao mesmo tempo. Quis também proporcionar-lhes um espaço para discutir episódios do passado, tais como mal entendidos, nunca antes abordado no meio familiar. O programa psicoeducativo implementado era estruturado em 14 sessões semanais, cada uma com uma temática pré-definida. Os participantes valorizam o conhecimento adquirido, a oportunidade de falar de forma aberta sobre doença e alguns acontecimentos. Todavia, não avaliou de forma rigorosa o impacto da psicoeducação sobre as recaídas e a gestão da doença.

Mas os autores que estudaram mais profundamente a potencialidade dos grupos psicoeducativos na doença bipolar foram Colom e Vieta. Este Grupo de Trabalho de Barcelona comprovaram, em 2003, com base num estudo longitudinal com uma amostra de 120 sujeitos com diagnóstico de doença bipolar tipo I e II, a eficiência dum programa psicoeducativo (Colom & Vieta, 2004a). Todavia, sublinham que este programa destina-se aos doentes eutímicos que estejam a cumprir a sua medicação para uma aquisição adequado dos conhecimentos. Em 2004, completaram este estudo demonstrando resultados também animadores com doentes bipolares com comorbilidade de perturbação da personalidade (Colom et al., 2004) e com familiares de pessoa com doença bipolar (Reinares & al., 2004). Este modelo implementou assim um programa de 21 sessões semanais de 90 minutos cada, juntos de pessoas com diagnóstico de doença bipolar e dos seus familiares em grupo separados e fechados, tendo abordado os seguintes tópicos considerados com essenciais (Colom e Vieta, 2004b, 2006):

- Informação sobre os altos índices de recorrências associados à doença e à sua condição crónica
- Informação sobre os factores de precipitantes e um treino pessoal para auxiliar os pacientes a identificarem os seus próprios factores precipitantes
- Informação sobre a psicofarmacologia, sua vantagem e potenciais efeitos colaterais
- Treino na detecção precoce dos sintomas prodrómicos
- Elaboração de um plano de emergência
- Treino na gestão dos sintomas
- Informação sobre os riscos associados ao uso de drogas ilícitas, café e álcool
- Ênfase sobre a importância de rotinas de manutenção, nomeadamente hábitos de sono
- Promoção de hábitos de vida saudável
- Treino na gestão de stresse
- Informação concreta sobre alguns assuntos, como a gravidez e o risco de suicídio
- Lidar com o estigma e outros problemas sociais relacionados com a doença.

A distinção entre causas da doença e factores desencadeantes, a diminuição do estigma e o aumento do conhecimento da doença, são pressupostos subjacentes a este modelo que, reduzindo os riscos de negação do diagnóstico, potencia a adesão ao tratamento (Colom e Vieta, 2004b). Mais comprovaram os resultados obtidos passados 5 anos (Colom, Vieta & Martínez-Arán, 2009).

Todavia, o limite deste estudo é que não nos informam sobre a taxa de adesão dos participantes às 21 sessões, que é considerado um programa psicoeducativo longo e que por consequência implica mais custos pessoais e financeiros. (Siobud-Dorocant et al., 2009).

Ora, Michalak, Yatham, Wan & Lam (2005) também comprovaram o impacto positivo na qualidade de vida dos doentes bipolares após uma intervenção em

grupo psicoeducativo de 8 sessões semanais.

Em Portugal, os profissionais de saúde mental também reconheceram a necessidade de intervenções psicoeducativas, a fim de melhorar a reabilitação da pessoa com doença bipolar. Embora, nenhum estudo venha comprovar a sua eficiência, alguns serviços de psiquiatria já implementaram esta intervenção, tal como o exemplo do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa que implementou estes modelos juntos dos seus doentes desde 2005 (Azevedo, Marques, Nobre & Soares, 2011). Também, a Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Bipolares (ADEB), cujo principal objectivo é a reabilitação psicossocial de Pessoas com diagnóstico de Doença Unipolar e Bipolar baseando a sua intervenção na psicoeducação (Jara, 2013), propõe Grupos psicoeducativos para pessoas com diagnóstico bem como para os seus familiares desde 2007 na Sede e desde 2009 nas outras delegações de 8 a 10 sessões. Pretende-se com estas sessões melhorar a adesão à terapêutica farmacológica, facilitar o reconhecimento precoce dos sintomas de recaída, confrontar com as consequências psicossociais dos episódios precedentes e prevenir o futuro, fornecendo às pessoas aptidões para lidar com a doença.

Lídia Águeda
Psicóloga D.R.N.

Referências

- Alves, F. (2011). A doença mental nem sempre é doença. Racionalidades leigas sobre saúde e doença mental. Porto: Edições Afrontamento.
- Anthony, W. A., Cohen, M., & Kennard, W. (1990). Understanding the Corrent Facts and Principles of Mental Health Systems Planning. *American Psychologist*, 45(11), 1249-1252.
- Azevedo, M., Marques, M., Nobre, A., & Soares, C. (2010). O papel da psicoeducação na prevenção de recaídas em doentes bipolares. Poster no VI Congresso Nacional de Psiquiatria, 6-8 Dezembro, Estoril.
- Brennan, J. W. (1995). A Short- Term Psychoeducational Multiple-Family Group for Bipolar Patients and Their families. *Social Work*, 40(6), 737-743.
- Brown, G. W., Birley, J. L. T., & Wing, J. K. (1972). Influence of Family Life on the Course of Schizophrenic Disorders: A Replication. *British Journal of Psychiatric*, 121, 241-258.
- Colom, F., & Vieta, E. (2004a). A perspective on the use of psychoeducation, cognitive-behavioral therapy and interpersonal therapy for bipolar patients. *Bipolar Disorders*, 6, 480-486.
- Colom, F., & Vieta, E. (2004b). Improving the outcome of bipolar disorder through non-pharmacological strategies: the roles of psychoeducation. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(3), 47-50.
- Colom, F., & Vieta, E. (2006). *Psychoeducation Manual of Bipolar disorder*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Colom, F., Vieta, E., & Martínez-Arán, A. (2009). A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of bipolar disorder: a five year follow-up. *Br J Psychiatry*, 194, 260-265.
- Colom, F., Vieta, E., Sanchez-Moreno, J., Martínez-Arán, Torrent, C., Reinares, M., Goikolea, J. M., Benabarre, A., & Comes, M. (2004). Psychoeducation in bipolar patients with comorbid personality disorders. *Bipolar Disorders*, 6, 294-298.
- Foucault, M. (1972). *Histoire de la folie à l'âge classique. Folie et Dérison*. Paris : Gallimard.
- Gilbert, E. & Marwaha, S. (2012). Predictors of employment in bipolar disorder: A systematic review. *Journal of Affective Disorder*

ders, 145(2), 156-164.

Jara, J. M. (2013). Doença Bipolar, estigma e Psicoeducação. *Revista Bipolar*, 44(16), 2-6. Acedida em 13, Julho, 2013 em http://www.adeb.pt/revistas/revistas_pdf/revista_bipolar_44.pdf.

Knapp, P., & Isolan, L. (2005). Abordagens psicoterápicas no Transtorno Bipolar. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32(1), 98-105. Acedido em 10, Julho, 2013 em <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v32s1/24418.pdf>.

Marques, A. & Queirós, C. (2012). *Guia Orientador do Processo de Reabilitação Psiquiátrica*. Porto: Laboratório de Reabilitação Psicossocial da FPCEUOP/ESTSIPP. (Versão Original: Anthony, W. A. & Farkas, M. D. (2009). *Primer on the psychiatric rehabilitation process*. Boston: Boston University Center for Psychiatric Rehabilitation.)

McFarlane, W. R. (1995). Families in the Treatment of Psychotic Disorders. *Harvard Mental Health Letter*, 12(4).

McFarlane, W. R. (2003). How do we know what is going on in Family Therapy, Even when it works? *Families, Systems & Health*, 21(1).

Michalak, E. E., Yatham, L. N., Wan, D. D. C. & Lam, R. W. (2005). Perceived Quality of Life in Patients with bipolar disorder. Does group psychoeducational have an impact? *Can J Psychiatry*, 50(2), 95-100.

Reinares, M., Vieta, E., Colom, F., Martínez-Arán, A., Torrent, C., Comes, M., Goikolea, J. M., Banabarro, A., & Sánchez-Moreno, J. (2004). Impacto f a Psychoeducational Family Intervention on Caregivers of Stabilized Bipolar Patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73(5), 312-319

Siobud-Dorocant, E., Mirabel-Sarron, C., Docteur, A., Bachelart, M., Goujon, D., Guelfi, J. D. & Rouillon, F. (2009). Les thérapies de groupe pour patients bipolaires. *Annales Médico-Psychologiques*, 167, 818-821. doi : 10.1016/j.amp2009.09.009.



A neuropsicologia, a doença bipolar e o seu contributo para uma reabilitação mais sustentada na ADEB

Desde quando e porquê?

O interesse acerca das bases neuro-anatómicas da doença bipolar iniciou-se na década de setenta, tendo-se verificado gradualmente um grande investimento na área da Neuropsicologia, com o objetivo de identificar e relacionar as estruturas envolvidas nesta perturbação, por forma a aprofundar o conhecimento acerca do funcionamento cognitivo, em pessoas com diagnóstico de doença bipolar.

O que encontrou a neuropsicologia?

No que se refere aos processos cognitivos, os pacientes com perturbação bipolar revelam défices ao nível da atenção sustentada que é uma característica evidente nos estados agudos de mania e um dos sintomas apontados pelo DSM-IV para diagnosticar a fase maníaca (Clark, Iversen & Goodwin, 2002).

O défice de atenção sustentada pode estar relacionado com os factores que caracterizam os estados maníacos, tais como a distratibilidade (Clark, Iversen & Goodwin, 2002; Clárk & Goodwin, 2004), comportamento impulsivo e maiores níveis de reactividade aos estímulos. No entanto, podem também relacionar-se com as dificuldades sociais e ocupacionais que atualmente se sabe persistirem durante a remissão (Clark & Goodwin, 2004). Estes autores referem ainda que os défices de atenção sustentada podem estar presentes a partir do primeiro episódio bipolar, tornando-se mais evidentes com o avançar da patologia, em particular com a duração e número de episódios agudos. A relação entre o défice na atenção sustentada e a perturbação bipolar torna-se particularmente importante, na medida em que pode agir como mediador neuropsicológico entre a neuropatologia e as flutuações sintomatológicas agudas (Clark, Kempton, Scarnà, Grasby & Goodwin, 2005).

Nos estados maníacos, os défices de atenção são particularmente elevados e há um aumento significativo de baixo desempenho nos testes usados para a avaliação desta função cognitiva. Estes défices podem estar relacionados com o estado de atenção vivenciado no momento pelo sujeito e o seu traço de atenção, ou seja, a combinação destes dois factores, uma ligação entre os factores etiológicos, e o processo que leva à activação e intensificação dos sintomas durante episódios agudos (Clark & Goodwin, 2004).

De acordo com estudos anteriores, o estudo de Deckersbach et al. (2004) constatou que na Perturbação Bipolar I, participantes com mais episódios de depressão ou maníacos durante a vida, têm maior comprometimento da memória. Quando a duração da doença e o número de episódios de

humor depressivo ou maníacos foram considerados simultaneamente, apenas o número de episódios permaneceu associado com o atraso no desempenho da evocação pelos Doentes Bipolares (Deckersbach et al., 2004). Também nas funções executivas (Rocca & Lafer, 2006; Rodriguez et al., 2012), encontraram défices, podendo estes permanecer mesmo depois de os sintomas da patologia começarem a regredir, reflectindo-se em dificuldades nas atividades da vida diária e numa má adaptação psicossocial (Rodriguez et al., 2012).

Estes défices dependem de um vasto número de factores tais como a duração da doença, medicação, internamentos e episódios agudos. No entanto, as perturbações cognitivas são mais pronunciadas durante os episódios de humor (depressivos ou maníacos) do que nos estados de eutímia.

De que forma é efectuada e para que serve a avaliação neuropsicológica?

A avaliação neuropsicológica é efectuada através de instrumentos de avaliação que possuem parâmetros psicométricos adequados de precisão e validade, bem como normas para diversas faixas etárias. A avaliação neuropsicológica é fundamental, pois pode auxiliar na compreensão dos mecanismos subjacentes às alterações encontradas nos processos cognitivos, não se limitando apenas a classificar o indivíduo em relação a um grupo de referência. A avaliação psicológica com base na Neuropsicologia cognitiva tem como objetivo evidenciar os processos subjacentes às atividades mentais superiores do ser humano e correlacioná-las com o funcionamento neurológico (Capovilla, 2007).

O que implica e porque é importante a Estimulação Cognitiva?

A estimulação cognitiva usualmente envolve a prática orientada de um conjunto de tarefas padrão, desenhadas para refletir funções cognitivas específicas, como atenção, memória, linguagem e funções executivas (Clare & Woods, 2004). A estimulação cognitiva pode ser efectuada individualmente ou em grupo. Alguns psiquiatras têm recomendado o uso da música no tratamento adicional da doença bipolar, considerando que ela tem propriedades que tornam possível atrair e prolongar a atenção do indivíduo, penetrando em seu mundo interno e retirando-o de sua conduta depressiva. "Ao efectuar estimulação, através do ritmo pode-se alterar as flutuações de humor". Segundo o estudo de revisão bibliográfica de Chang (2014), é consensual que aprender e adquirir novas competências são moduladores da função cerebral.

Estudos de neuro-imagem têm proporcionado uma nova visão sobre reorganização estrutural e funcional associada a novas experiências,



© Luis Corcia

aprendizagem e aquisição de novas competências. As evidências mais significativas são nos domínios do desporto e da música. Os dados obtidos nestas duas áreas têm fornecido informações fundamentais sobre substratos neurais verosímeis que contribuem para a reorganização cerebral e subjacente aquisição de novas habilidades em seres humanos.

A importância da avaliação neuropsicológica na ADEB.

As crises nas pessoas com doença bipolar e unipolar têm um impacto negativo ao nível biológico, psíquico e social, afetando o desempenho de funções cognitivas, sobretudo a atenção e memória, refletindo-se também ao nível das funções executivas, como o planeamento e a tomada de decisão. Estas consequências originam baixas *performances* no desempenho das atividades da vida diária.

A neuropsicologia possibilita realizar o rastreio entre a existência de défices funcionais e estruturais.

Efetuar uma avaliação neuropsicológica irá permitir especificar a existência de défices ao nível das funções cognitivas e executivas e desenhar um plano de reabilitação e um acompanhamento mais pormenorizado e sustentado, enquadrado nas valências e serviços que a ADEB disponibiliza aos associados.

De que forma podem ser estimuladas as funções cognitivas e executivas na ADEB?

É com base nas evidências científicas da neuropsicologia que a ADEB, tem vindo a planear e desenvolver diversas atividades. Após ser realizada uma avaliação poderá efetuar a estimulação através

da frequência de atividades individuais ou em grupo, programadas para estimular as suas funções cognitivas e executivas. Desse modo pode melhorar de uma forma mais célere a sua *performance* mental e física, porque o objetivo da equipa da ADEB é reabilitar, para que restabeleça a sua saúde, encontre a estabilidade e conquiste a Felicidade.

Luís Oliveira
NeuroPsicólogo

Referências

- Capovilla, A. (2007). Contribuições da Neuropsicologia cognitiva e da avaliação neuropsicológica à compreensão do funcionamento cognitivo humano. *Cadernos psicopedagogia* [online]. 6, 11, 1-24.
- Chang, Y. (2014). Reorganization and plastic changes of the human brain associated with skill learning and expertise. *Frontiers in Human Neuroscience* [online], 35, 8, 1-7.
- Clare, L., & Woods, R. (2004) Cognitive training and cognitive rehabilitation for people with early-stage Alzheimer's disease: A review *Neuropsychological Rehabilitation*. 14, 4, 385-401.
- Clark, L., Iversen, S. D., & Goodwin, G. M. (2002). Sustained attention deficit in bipolar disorder. *The British Journal of Psychiatry*. 180, 313-319.
- Clark, L., & Goodwin, G. M. (2004). State and trait-related deficits in sustained attention in bipolar disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 254, 61-68.
- Clark, L., Kempton, M. J., Scarnà, A., Grasby, P.M., & Goodwin, G. M. (2005). Sustained attention-deficit confirmed in euthymic bipolar disorder but not in first-degree relatives of bipolar patients or euthymic unipolar depression. *Biological Psychiatry*. 57, 2, 183-7.
- Rocca, C. C. A & Laffer, B. (2006). Alterações neuropsicológicas no transtorno bipolar. *Rev. Brasileira de Psiquiatria* [online]. 28, 3, 226-237.
- Rodriguez, L., La Vega, I., Torrijos, S., Barabash, A., Ancín, I., Peláez, J.C., López-Ibor, J.J., & Cabranes, J.A., (2012). A study of verbal memory in a sample of euthymic patients with bipolar disorder. *Actas Españolas de Psiquiatria*, 40, 5, 257-265.

Direitos e Deveres do Doentes: instrumento para a melhoria da comunicação com os profissionais de saúde mental



As equipas envolvidas na prestação de apoio a pessoas com diagnóstico de doença mental são, regra geral, multidisciplinares, e promovem a intervenção de cada especialidade como um complemento

importante à abordagem global da equipa, nas diferentes fases do processo de recuperação, e em face das diferentes necessidades do doente.

É importante que se consiga manter uma boa comunicação com os profissionais de saúde, em qualquer área, mas particularmente na área da saúde mental. O “instrumento de trabalho” destes profissionais consiste nas verbalizações feitas directa ou indirectamente pelo doente, na sua linguagem verbal e não-verbal, na expressão das suas emoções e percepções, na construção que faz do mundo em que vive e de si mesmo, na relação consigo e com os outros.

Torna-se essencial que se consiga estabelecer uma boa relação de confiança, empatia e colaboração mútua entre o doente e o profissional de saúde mental que o apoia. No entanto, por vezes, é difícil conseguir alcançar este tipo de relação.

Segundo Weisblatt, psiquiatra*, em alguns contextos, os doentes podem sentir que dispõem de pouco tempo para expor os seus sentimentos e preocupações, o que os deixa frustrados e revoltados, desvalorizados no seu direito a ser auxiliados num momento de maior fragilidade. Nem sempre é possível ter com o médico psiquiatra o tempo necessário para que se consiga fazer uma descrição completa dos aspectos mais relevantes que sucederam desde a última consulta, e é frequente que se sintam que a consulta terminou e muito ficou por dizer. É fundamental que descreva os seus sintomas e mudanças que ocorreram com rapidez e precisão, para que possam posteriormente gastar mais tempo a discutir alguma alteração ao tratamento. Para o efeito, traga sempre algumas anotações de casa e esteja preparado para tomar notas na própria consulta. Isso aumenta a probabilidade de que não se esqueça de dizer ao médico algo importante e permite-lhe anotar as instruções, os pontos que gostaria de discutir mais tarde na sessão, ou tópicos que deseja pesquisar.

Na consulta de psiquiatria informe o seu médico acerca de efeitos adversos de quaisquer medicamentos prescritos que tenha tomado anteriormente, pois esta informação é bastante importante. Quando exista a prescrição de um novo medicamento informe-se acerca de quais os efeitos secundários que pode esperar e outras informações que sinta importante esclarecer. Aborde os seus sinais (o que observam em si) e sintomas (o que sente), a sua frequência e intensidade. No caso da doença bipolar, existem alguns mapas de registo de flutuações de humor em que é possível tomar estas notas de forma mais sistemática. A identificação destes dados é um instrumento importante para prevenção ou detecção precoce de crises futuras e uma estratégia de extrema utilidade no controlo da doença bipolar.

Algumas alterações nos níveis de ansiedade, rapidez dos pensamentos, irritabilidade, etc, podem não estar relacionadas com uma mudança nos sintomas da sua doença, mas antes com a resposta a factores stressantes presentes naquela altura da sua vida. Não é fácil fazer uma leitura fácil destes sinais e sintomas, mas é possível conhecer-se cada vez melhor, com o apoio da psicoeducação, e ser um interlocutor mais eficaz e assertivo na relação com o seu médico psiquiatra, bem como com outros profissionais de saúde.

Com o seu psiquiatra ou psicólogo pode aprender a discernir que sinais ou sintomas valorizar e como agir face a eles.

Não tenha receio de questionar os seus profissionais de saúde. Eles têm formação específica para compreender e procurar dar respostas às questões que possa colocar. O medo de questionar o outro pode levar à manutenção de uma relação médico-paciente-ineficaz, pois o doente não fala do que realmente sente e faz e o médico não consegue fazer uma identificação plena e objectiva da situação que procura auxiliar.

Ouçã o feedback que os profissionais lhe dão, os seus conselhos, sugestões, estratégias. Estes são instrumentos importantes na prevenção de recaídas e devem ser postos em prática. O processo de recuperação é um processo de trabalho conjunto entre os profissionais de saúde e as pessoas com diagnóstico, não podendo cair-se num comportamento passivo, sem assumir responsabilidade, por parte do paciente. Não ter comportamentos de risco, manter uma adesão regular à terapêutica e às consultas, bem como outras estratégias complementares são recursos importantes na prevenção de recaídas na doença bipolar. Esta doença não tem, actualmente, uma cura, mas permite um funcionamento bastante



regular e satisfatório, na maior parte dos casos, desde que se tenham alguns cuidados essenciais.

Segundo a Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes o conhecimento dos direitos e deveres dos doentes potencia a sua capacidade de intervenção activa na melhoria progressiva dos cuidados e serviços. Isto torna-o mais interventivo e proactivo no seu próprio processo de recuperação.

Evoluiu-se no sentido de o doente ser ouvido em todo o seu processo de tratamento, em matéria de conteúdo dos cuidados de saúde, qualidade dos serviços e encaminhamento das queixas.

De seguida constam, em síntese, alguns dos direitos dos doentes, conforme consta na sua Carta dos Direitos e Deveres:

1. O doente tem direito a ser tratado no respeito pela dignidade humana
2. O doente tem direito ao respeito pelas suas convicções culturais, filosóficas e religiosas
O apoio de familiares e amigos deve ser facilitado e incentivado.
3. O doente tem direito a receber os cuidados apropriados ao seu estado de saúde, no âmbito dos cuidados preventivos, curativos, de reabilitação e terminais
4. O doente tem direito à prestação de cuidados continuados

5. O doente tem direito a ser informado acerca dos serviços de saúde existentes, suas competências e níveis de cuidados
6. O doente tem direito a ser informado sobre a sua situação de saúde
Esta informação deve ser prestada de forma clara, devendo ter sempre em conta a personalidade, o grau de instrução e as condições clínicas e psíquicas do doente.
Especificamente, a informação deve conter elementos relativos ao diagnóstico (tipo de doença), ao prognóstico (evolução da doença), tratamentos a efectuar, possíveis riscos e eventuais tratamentos alternativos.
7. O doente tem o direito de obter uma segunda opinião sobre a sua situação de saúde
8. O doente tem direito a dar ou recusar o seu consentimento, antes de qualquer acto médico ou participação em investigação ou ensino clínico
9. O doente tem direito à confidencialidade de toda a informação clínica e elementos identificativos que lhe respeitam
10. O doente tem direito de acesso aos dados registados no seu processo clínico
11. O doente tem direito à privacidade na prestação de todo e qualquer acto médico
12. O doente tem direito, por si ou por quem o represente, a apresentar sugestões e reclamações

Por outro lado, os doentes têm a obrigação de cumprir com os seus deveres, tais como:

1. O doente tem o dever de zelar pelo seu estado de saúde. Isto significa que deve procurar garantir o mais completo restabelecimento e também participar na promoção da própria saúde e da comunidade em que vive.
2. O doente tem o dever de fornecer aos profissionais de saúde todas as informações necessárias para obtenção de um correcto diagnóstico e adequado tratamento.
3. O doente tem o dever de respeitar os direitos dos outros doentes.
4. O doente tem o dever de colaborar com os profissionais de saúde, respeitando as indicações que lhe são recomendadas e, por si, livremente aceites.
5. O doente tem o dever de respeitar as regras de funcionamento dos serviços de saúde.
6. O doente tem o dever de utilizar os serviços de saúde de forma apropriada e de colaborar activamente na redução de gastos desnecessários.

Renata Frazão
Psicóloga Clínica

Referências

Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes. Acedido em 20, Junho, 2014 em <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/informacoes+uteis/direitos+deveres/direitosdeveresdoente.htm>
*Weisblatt, S. Helping your psychiatrist help you: the office visit. Acedido em 20, Maio, 2014 em <http://www.drweisblatt.com/inner.cfm?itemCategory=45175&siteid=489&priorId=0&articleId=45266>

DECLARAÇÃO DA SAÚDE MENTAL

Pela Comissão dos Cidadãos para os Direitos Humanos

Todas as organizações de direitos humanos estabelecem códigos através dos quais alinham os seus propósitos e actividades. A Declaração dos Direitos Humanos para a Saúde Mental articula os princípios orientadores da CCHR e o standard pelo qual as violações dos direitos humanos pela psiquiatria são implacavelmente investigadas e expostas

A. O direito ao consentimento informado completo, incluindo:

1. O teste científico/médico confirmando todos os alegados diagnósticos de distúrbio psiquiátrico e o direito de refutar qualquer diagnóstico psiquiátrico de “doença” mental que não pode ser confirmado clinicamente.
2. Divulgação completa de todos os riscos documentados de qualquer “droga” ou tratamento proposto
3. O direito de ser informado de todos os tratamentos médicos disponíveis, que não incluem a administração de um medicamento ou tratamento psiquiátricos
4. O direito de recusar qualquer tratamento que o paciente considere prejudicial

B. Não pode ser administrado a nenhuma pessoa tratamento psiquiátrico ou psicológico contra a sua vontade

C. A nenhuma pessoa, homem, mulher ou criança, pode ser negada a sua liberdade pessoal devido a suposta doença mental, sem um julgamento justo pela justiça e com representação legal apropriada

D. Nenhuma pessoa pode ser internada ou mantida numa instituição, hospital ou instalação psiquiátrica devido às suas crenças e práticas religiosas, políticas ou culturais

E. Qualquer pessoa paciente tem:

1. O direito a ser tratado com dignidade como ser humano
2. O direito a conforto hospitalar sem distinção quanto a raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política, origem social ou posição por direito de nascimento ou propriedade
3. O direito a ter um exame físico e clínico completo por um médico de medicina geral registado e competente de escolha pessoal, para assegurar que a condição mental de uma pessoa não é causada por qualquer doença física, ferimento ou defeito, não detetada e sem tratar e o direito

a procurar uma segunda opinião médica da sua escolha

4. O direito a instalações médicas totalmente equipadas e pessoal médico treinado de forma apropriada nos hospitais, para que possam ser executados exames clínicos e físicos competentes

5. O direito a escolher o género ou tipo de terapia a ser utilizado e o direito a discutir isto com um médico de medicina geral, curador ou ministro de escolha pessoal

6. O direito a que todos os efeitos secundários de qualquer tratamento oferecido sejam tornados conhecidos e compreensíveis para o paciente, por escrito e na língua materna do paciente

7. O direito de aceitar ou recusar tratamento, mas em particular, o direito de recusar a esterilização, tratamento de electrochoque, choque de insulina, a lobotomia (ou qualquer outra operação cerebral psicocirúrgica), terapia de aversão, narcoterapia, terapia de sono profundo e quaisquer drogas que produzem efeitos secundários indesejados.

8. O direito a fazer queixas oficiais, sem represálias, a um quadro independente, que é composto por pessoal não psiquiátrico, advogados e leigos. As queixas podem abranger quaisquer tratamentos ou punições tortuosas, cruéis, desumanos ou degradantes recebidos enquanto sob cuidado psiquiátrico

9. O direito a ter aconselhamento privado com um conselheiro legal e agir legalmente

10. O direito a se libertar de uma instalação psiquiátrica em qualquer altura e a estar livre sem confinamentos, não tendo cometido qualquer ofensa

11. O direito a gerir a sua própria propriedade e assuntos com um conselheiro legal, se necessário, ou se considerado incompetente por um tribunal, a ter um advogado executor nomeado pelo Estado para gerir tais propriedades até ser considerado competente. Tal executor é responsável pela família próxima do paciente, ou conselheiro legal ou tutor

1. O direito a ver e a possuir os registos hospitalares pessoais e agir legalmente de acordo a qualquer informação falsa aí contida que possa ser prejudicial para a reputação pessoal

2. O direito a procurar acção criminal, com a

ajuda plena de agentes da autoridade, contra qualquer psiquiatra, psicólogo ou pessoal hospitalar no caso de qualquer abuso, falsa detenção, agressão como resultado do tratamento, abuso ou violação sexual, ou qualquer violação da saúde mental ou de outra lei. E o direito a uma lei de saúde mental que não indeniza ou modifica as penas para o tratamento criminoso, abusivo ou negligente de pacientes, cometido por qualquer psiquiatra, psicólogo ou pessoal hospitalar

3. O direito a processar os psiquiatras, as suas associações e faculdades, a instituição, ou o pessoal por detenção ilegal, relatórios falsos ou tratamento prejudicial

4. O direito a trabalhar ou recusar trabalho, e o direito a receber uma compensação justa numa escala de pagamento comparável ao sindicato, ou salários nacionais/estatais por tratamento semelhante, por qualquer trabalho realizado enquanto hospitalizado

5. O direito à educação ou treino para capacitar uma pessoa a ganhar o seu sustento quando recebe alta e o direito de escolha quanto ao tipo de

educação ou treino que é recebido

6. O direito a receber visitas e um ministro da sua fé

7. O direito de fazer e receber telefonemas e o direito à privacidade respeitante a toda a correspondência de e para qualquer pessoa

8. O direito a associar-se livremente ou não com qualquer grupo ou pessoa numa instituição, hospital ou instalação psiquiátrica

9. O direito a um ambiente seguro sem ter nesse ambiente pessoas que foram colocadas aí por razões de crime

10. O direito a estar com outras pessoas do seu grupo etário

11. O direito a usar roupas pessoais, a ter pertences pessoais e a ter um lugar seguro onde os colocar

12. O direito a exercício físico diário a céu aberto

13. O direito a uma dieta e nutrição apropriadas e a três refeições diárias

14. O direito a instalações higiénicas e não sobrelotadas, e a tempo de lazer e descanso suficiente e imperturbável.



A IMPORTÂNCIA do Serviço Social na ADEB



O Serviço Social é uma disciplina das ciências sociais, com origem em ideais humanitários e democráticos, com enfoque nas necessidades e no desenvolvimento do potencial dos seres humanos, com o objetivo de “provocar mudanças sociais, tanto na sociedade em geral como nas suas formas individuais de desenvolvimento (...). Os profissionais de Serviço Social dedicam-se ao trabalho em prol do bem-estar e da realização pessoal dos seres humanos; ao desenvolvimento e utilização disciplinada do conhecimento científico relativo ao comportamento das pessoas e sociedades; ao desenvolvimento de recursos destinados a satisfazer necessidades e aspirações individuais, coletivas, nacionais e internacionais e à realização da justiça social (MEPSS, 1999:21).”

Desde a institucionalização do Serviço Social, a área da prestação de cuidados de saúde é, sem dúvida, o campo de prática dos assistentes sociais (Almeida, 2012). De uma forma geral, a intervenção do Serviço Social na saúde, está orientada para uma melhoria da qualidade de vida dos utentes, contribuindo para a superação dos seus problemas e para a promoção do desenvolvimento humano e cidadania (Lopes, et al, 2012).

Segundo Isabel Fazenda (2012), o atual modelo da saúde mental, a saúde mental comunitária, pressupõe a integração social, a promoção dos direitos humanos e o acesso à cidadania plena, por isso, além dos profissionais ligados à saúde, não é difícil encontrar o lugar do social na saúde mental. “Para o Serviço Social a saúde mental das pessoas e das comunidades tem de ser entendida como uma resultante das condições de vida, do acesso ao emprego, ao salário justo, à habitação condigna, à atuação e à proteção dos direitos” (Fazenda, 2012:236).

O Serviço Social na saúde mental atua em todos os níveis de atuação necessários para corrigir as falhas em saúde: Ao nível individual (educação para a saúde; alimentação saudável; redução do consumo de álcool e tabaco), social (desenvolvimento de laços sociais e das relações de solidariedade e redes locais), económico e cultural (melhoria das condições de trabalho, educação, habitação e salubridade) e político e estrutural (mercado de trabalho, proteção ambiental, desenvolvimento sustentável). (Fazenda, 2012).

Manktelow (1997) refere que os Assistentes Sociais utilizam um conjunto de intervenções baseadas na compreensão interpessoal e social do transtorno mental, dando uma maior importância aos fatores sociais e às relações interpessoais como explicação do comportamento. Atuam ao nível macro (fatores ambientais e estruturais como a pobreza, habitação

inadequada e desemprego) e ao nível micro (qualidade das relações sociais, relação conjugal e vida familiar).

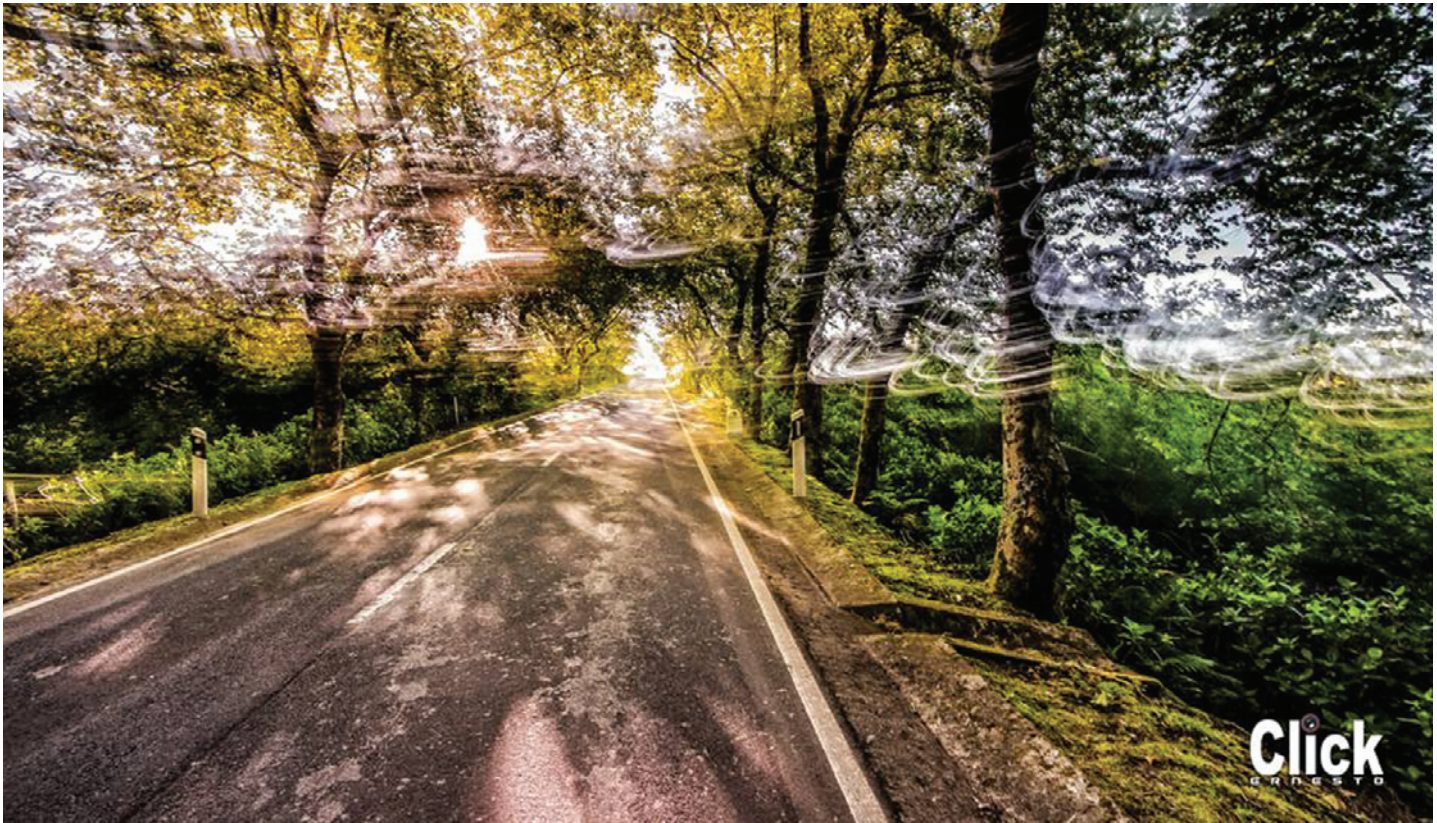
O domínio do Serviço Social na saúde mental baseia-se no contexto social e nas consequências da doença mental. O objetivo da sua prática é fomentar o bem-estar individual, familiar e comunitário, a fim de promover o desenvolvimento dos indivíduos, de modo que estes tenham poder e controlo sobre as suas próprias vidas e promover os princípios da justiça social. A prática do Serviço Social desenvolve-se na relação entre o indivíduo e o meio-ambiente. A atividade do assistente social começa com o indivíduo e estende-se ao contexto familiar, social, comunitário e à sociedade em geral (Webber, 2011).

De acordo com Golightley (2011), a intervenção do Assistente Social junto de pessoas com perturbação depressiva ou bipolar inclui a identificação e gestão do risco, o incentivo à toma da medicação prescrita, aconselhamento individual, encaminhamento para a psicoterapia, intervenção em rede e articulação com outros profissionais e instituições. O suporte social fornecido pelos Assistentes Sociais promove o recovery das pessoas com perturbação depressiva e bipolar, ou seja, cria condições que favoreçam a auto-determinação e a busca de um caminho próprio por parte das próprias pessoas com problemas de saúde mental (Webber, 2011).

Tendo em conta os objetivos e valências da ADEB, o Serviço Social tem um papel preponderante no que diz respeito ao Apoio à Célula Familiar, ao Serviço de Apoio Domiciliário e ao Apoio e Orientação Sócio-Profissional.

Em relação ao **Apoio à Célula Familiar**, o Assistente Social realiza levantamentos sobre o perfil das famílias com o objetivo de analisar a dinâmica familiar e as relações sociais; identifica a posição da pessoa com doença mental na família; conhece como a família vive, qual o status no seu meio; identifica os fatores de proteção e de risco existentes no meio familiar; faz o levantamento de fatores sociais de vulnerabilidade do grupo; conhece os recursos da rede sócio-assistencial à disposição das famílias; compreende qual o impacto das mudanças demográficas no contexto familiar, entre outros (Rosa e Melo, 2009).

No que concerne ao **Serviço de Apoio Domiciliário**, este constitui uma resposta social destinada a pessoas em situação de dependência, para que estas possam ter acesso à satisfação de necessidades básicas e específicas, apoio nas atividades da vida quotidiana e atividades sócio-recreativas. De acordo com o Decreto-Lei n.º 8/2010 de 28 de Janeiro, o trabalho do Assistente Social nesta valência



assegura os seguintes serviços: acesso e apoio multiprofissional de saúde mental; envolvimento dos familiares e outros cuidadores, quando necessário; promoção da autonomia através da gestão dos cuidados pessoais e nas atividades de vida diária, gestão doméstica e financeira e outras; supervisão na gestão da medicação e promoção do acesso a atividades ocupacionais, de convívio ou lazer.

No que se refere ao **Apoio e Orientação Sócio-Profissional**, de acordo com a portaria n.º 127/2009, o Assistente Social promove a coesão social através do emprego e da qualificação profissional em articulação com a rede de centros de emprego e formação do IEFP, tratando-se esta de uma valência essencial para uma mais rápida e sustentada inserção no mercado de trabalho.

Vandiver (2009) refere que atualmente os Assistentes Sociais têm um papel fulcral na prestação de serviços e nos cuidados de saúde mental, mas no futuro terão um ainda maior, pois terão a oportunidade de moldar os serviços, as práticas e as políticas. Os autores defendem que isso é possível através do papel da evidência científica no desenvolvimento de serviços; das preferências dos utentes; do envolvimento da família e do cuidador; da experiência clínica; da dinâmica do sistema de cuidados de saúde mental e, por último, através das políticas públicas progressivas.

Carmen Gonçalves
Técnica Serviço Social

Bibliografia:

- Manual para Escolas e Profissionais de Serviço Social. *Direitos Humanos e Serviço Social*. Organização das Nações Unidas (1999). Ed. Instituto Superior Serviço Social Lisboa.
- Almeida, Helena (2012), “Envelhecimento, Qualidade de Vida e Mediação Social Profissional na Saúde”, em Carvalho, Maria Irene de (org.), *Serviço Social na Saúde*, Lisboa, Pactor- Edições de Ciências Sociais e Política Contemporânea.
- Lopes, Maria Augusta et al (2012), “Serviço Social em Contexto Hospitalar”, em Carvalho, Maria Irene de (org.), *Serviço Social na Saúde*, Lisboa, Pactor- Edições de Ciências Sociais e Política Contemporânea.
- Fazenda, Isabel (2012), “Serviço Social na Área da Saúde Mental: Princípios, Modelos e Práticas”, em Carvalho, Maria Irene de (org.), *Serviço Social na Saúde*, Lisboa, Pactor- Edições de Ciências Sociais e Política Contemporânea.
- Manktelow, Roger (1997), “Mental Health Social Work”, em Davies, *The Blackwell Companion To Social Work*, United Kingdom, Blackwell Publishing.
- Webber, Martin (2011), *Evidence-based Policy and Practice in Mental Health Social Work*, United Kingdom, Learning Matters.
- Golightley, Malcolm (2011), *Social Work Mental Health. Transforming Social Work Practice*, London, Sage Publications.
- Rosa, Lucia e Melo, Tânia (2009), “Inserções do Assistente Social em Saúde Mental: Em Foco o Trabalho com as Famílias”, *Revista Serviço Social & Saúde*, (Online), VII- VIII, (7-8), pp. 75-103. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=46153>
- Vandiver, Vikki (2009), “Current and Future Directions of Social Work in Adult Mental Health Settings”, em Roberts, Albert (org.), *Social Workers Desk Reference*, New York, Oxford University Press.

GRUPO DE TREINO DE COMPETÊNCIAS NA ADEB

A Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Bipolares (ADEB) tem, entre vários objectivos estatutários, a Reabilitação Psicossocial, sendo considerada como meio para desenvolver e conservar o equilíbrio da pessoa com doença mental. Os Grupos de Auto-Ajuda e Ajuda Mutua, e os Grupos Psicoeducativos, são serviços dentro da reabilitação psicossocial, que pretendem de formas diferentes atingir o objectivo último de proporcionar aos nossos associados uma melhoria da sua qualidade de vida e mais ganhos de saúde.

Os grupos psicoeducativos têm como 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.

Os grupos de auto-ajuda e ajuda-mutua proporcionam a oportunidade para partilha de experiências, conhecimento, esperança e preocupações em relação à doença.

No decorrer da experiência clínica constatou-se a necessidade, para além da intervenção psicoeducativa na doença, uma intervenção no desenvolvimento e reforço de competências psicossociais essenciais ao equilíbrio psíquico dos associados. Desse modo, iniciou-se em 2012, o Grupo de Treino de Competências com o objectivo de melhorar a auto-estima, auto-conceito e relações interpessoais das pessoas que sofrem de depressão e perturbação bipolar.

O Grupo de Treino de Competências tem como Objectivo Geral habilitar a pessoa com determinadas ferramentas (cognitivas, comportamentais e emocionais) que lhe permita adoptar estratégias de coping mais adequadas e eficazes na gestão da sua vida.

O Grupo de Competências está dividido em 4 Subgrupos: O Grupo de Gestão de Stress e Ansiedade, Grupo de Competências Pessoais, Grupo de Competências Sociais e Workshop Técnicas de Procura de Emprego

Relativamente ao Grupo de Gestão de Stress e Ansiedade, este grupo tem como objectivos específicos: (1) Gestão de Stress; (2) Gestão de tempo e tarefas; (3) Estratégias de resolução de problemas; (4) Gestão de emoções; (5) Treino de técnicas de relaxamento.

O Grupo de Gestão de Stress e Ansiedade surge na percepção que numa fase de reabilitação, a pessoa sente-se mais vulnerável. Segundo Paixão (2013) esta é uma fase de adaptação, em que a pessoa se sente mais frágil e necessita de obter estratégias para melhor lidar com o impacto da doença. Desse

modo, vários são os desafios percebidos, o que faz surgir um estado de maior ansiedade, que leva a maior stress, verificando-se, de modo significativo, um aumento da atenção selectiva e da hipervigilância. Quando se está mais ansioso e se é confrontado com uma situação que intimida, a pessoa fica mais em alerta a factores que possam indicar uma ameaça ou perigo. Como temos uma capacidade limitada na atenção que podemos despender, e a gastamos nos factores de ameaça, não damos atenção a outros factores que poderiam ter um carácter protector. Este processo, de atenção selectiva, desgasta bastante a pessoa, e faz com que esta se sinta com falta de energia, fadigada e com mais stress. Outro factor que surge perante situações novas e gerador de ansiedade é a hipervigilância, que leva a pessoa a procurar um sinal de perigo, fazendo-a focalizar toda a sua atenção nesse perigo ou ameaça.

A atenção selectiva e a hipervigilância tendem, desse modo, a precipitar interpretações neutras como stressantes e subestimar outros os factores protectores, como os recursos de coping que a pessoa possui.

A aquisição de estratégias de coping são uma ajuda fundamental para o individuo conseguir atenuar os seus níveis de stress e ansiedade. Quando se diminui os níveis de ansiedade para limites saudáveis, esta torna-se um instrumento essencial para se conseguir agir positivamente na vida.

O Grupo de Competências Pessoais tem como objectivos específicos: (1) Assertividade; (2) Gestão de Conflitos Intrapessoais; (3) Entendimento do auto-conceito; (4) Aumentar a auto-estima e auto-confiança (5) Gestão Emocional (6) Gestão Doméstica/Financeira (7) Higiene de Vida Saudável.

O desenvolvimento do adulto implica considerar, em primeiro lugar, a dimensão pessoal da sua existência, a qual se substancia na aquisição de competências que permitem o estabelecimento do sentido da sua identidade.

Menezes (1999, 2005) citado por Jardim (2007) advoga que a procura de um forte sentido de identidade envolve o desenvolvimento de capacidades para: (1) o conhecimento de si mesmo; (2) o conhecimento dos valores que qualificam a sua filosofia de vida; (3) o conhecimento e aceitação da história pessoal e familiar, auto-estima e auto-confiança, superação da frustração, gestão de situações de stress, autonomia motivacional na realização das tarefas quotidianas como o ensino e identificação dos valores pessoais já adquiridos e a desenvolver.

Pensamos que o que permite o desenvolvimento de competências pessoais é a ampliação das capacidades relacionadas com a dimensão afectiva da pes-

soa (conhecimento das potencialidades e limitações, auto-estima e autoconfiança, ligações afetivas familiares e pessoais) e com os valores que qualificam a sua filosofia de vida (valores pessoais interiorizados e expressos em atitudes, comportamentos e palavras). O “aprender a ser”, possibilita um crescimento psico-emocional harmonioso e total da pessoa.

O Grupo de Competências Sociais tem como objetivos específicos: (1) Comunicação Interpessoal; (2) Comunicação Verbal e não verbal; (3) Trabalho em Equipa. Suporte Social;

A aquisição de competências sociais é propulsora de qualidade de vida e de uma boa saúde mental. Podemos considerar que competências sociais são aqueles comportamentos considerados como desejáveis que capacitam a pessoa a interagir com o outro de modo que as necessidades sejam satisfeitas e satisfaçam as expectativas dos demais. Estes comportamentos incluem não só a verbalização como também a expressão facial, a postura, o contato visual, gestos, aparência física e outras mais.

O indivíduo socialmente competente é visto como auto-reforçador e, portanto, com uma boa auto-estima e com um bom senso da sua auto-eficácia, o que facilita o seu confronto com as suas dificuldades ou falhas, e o enfrentar os seus desafios (situações stressantes).

Por último o Workshop de Técnicas de Procura de Emprego tem como objetivos específicos: (1) Procura ativa de Emprego; (2) Elaboração do currículo vitae; (3) Simulação e Preparação para a entrevista.

Procurar emprego é, cada vez mais, uma tarefa árdua e complicada que requer um cada vez maior empenhamento e postura ativa. As competências

profissionais e de procura de emprego fazem sentido para o indivíduo que quer conseguir ser mais assertivo no meio laboral.

Cada vez mais, as exigências mudam e os indivíduos têm que estar aptos a adaptar-se a essas mudanças. Pretende-se dotar os nossos associados, que se encontram desempregados ou à procura de emprego, de técnicas e competências que lhes possibilitem com maior facilidade a sua integração profissional e exercer de uma forma plena e confiante a sua cidadania.

Posto isto, pensamos que o comportamento do indivíduo deve permitir que este consiga sentir-se integrado no seu meio social, que se torne num adulto confiante e seguro e assim com maiores probabilidades de ter uma boa saúde mental. Os indivíduos que têm o diagnóstico de doença Unipolar e Bipolar mas que não tem défices ao nível da auto-estima, auto-conceito e relações interpessoais têm um melhor prognóstico. Possuem capacidades e competências que lhes permitem terem uma maior satisfação na sua vida independente da sua doença mental.

O aumento de competências do indivíduo pode ser considerado como imprescindível para o desenvolvimento sócio-emocional e para o seu ajustamento na comunidade.

Ana Isabel Berrincha
Psicóloga Clínica

Referências Bibliográficas:

- ADEB. (s.a.) *O que é a ADEB?*
Jardim, M. (2007) *Programa de Desenvolvimento de Competências Pessoais e Sociais: Estudo para a Promoção do Sucesso Académico*. Tese de Doutoramento. Universidade de Aveiro.
Lucca, E. (2014) *Habilidade Social: Uma Questão de Qualidade de Vida*. Consultado em psicologia.com.pt
Paixão, S. (2013) “Gerir a Ansiedade, uma arte na prevenção da perturbação Bipolar”, *Revista Bipolar*.



CIDADANIA ATIVA: Dos Conceitos Aos Preconceitos.

Conceitos

Para uma reflexão mais rigorosa sobre o tema da Cidadania Ativa, importa desde logo iniciar por uma definição clara dos conceitos fundamentais, a saber: cidadania, cidadão, ativo, ética e moral. Temos assim:

Cidadania: poderá sintetizar-se este conceito na sua expressão mínima, como o direito a ter direitos, bem como deveres, por parte do cidadão, enquanto indivíduo inserido na sua sociedade, sendo a nacionalidade um pressuposto básico da cidadania; contudo o seu conteúdo é mais amplo, tendo a palavra origem no latim – civitas ou cidade – constituindo-se como o conjunto de direitos e deveres civis, ao qual um indivíduo está sujeito, em relação à sociedade em que está inserido, incluindo os direitos e deveres civis, sociais e políticos democráticos, estabelecidos na constituição, participando de modo mais ou menos direto na formação dos governos e na sua administração, tanto ao nível do voto (indireto), como a concorrer a um lugar político (direto); este conceito é também considerado como tendo origem grega clássica, usado para designar os direitos relativos ao cidadão, entendase o indivíduo que vive na cidade, e que ali participa de forma ativa nos negócios e nas decisões políticas; cidadania será assim, de uma forma ou de outra, um dos conceitos fundamentais da sociedade humana, e na sua expressão mais simples, a qualidade de ser cidadão, e que interage diretamente com os outros conceitos aqui referidos. Considera-se hoje como um conceito, tal como o de cidadão, num sentido mais alargado de um país, no nosso caso, da União Europeia, e também a nível mundial, passando assim do quadro de referência constitucional nacional, para a Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia, e por fim para a Declaração Universal dos

Direitos do Homem.

Cidadão: habitante de uma cidade, entendendo-se aqui naturalmente cidade como urbe em sentido lato, e aquele como cidadão, indivíduo no pleno gozo dos seus direitos sociais, civis e políticos de um estado constitucional, com os deveres que lhe estão igualmente atribuídos, e que convive em sociedade, enquanto grupo de indivíduos entre os quais existem relações recíprocas; o cidadão, é assim aquele que na sua plena e máxima expressão, pratica a cidadania.

Ativo: este será o conceito de mais fácil compreensão, significando neste contexto que atua, ou seja que exerce ação, podendo também entender-se como diligente, expedito, ou laborioso, ao contrário de passivo ou indolente.

Ética: a origem desta palavra vem do grego ethos, embora alguns autores atribuam a essa origem a palavra ethiké, que significa, o costume, o modo de ser, o caráter, sendo adquirido por hábito, e que é assim relativo ao ser humano; não nasce com ele, sendo antes construída histórica e socialmente através das relações coletivas recíprocas dos seres humanos nas sociedades, em sentido lato, onde vivem e interagem, tendo atitudes compatíveis com esta terminologia; este conceito confunde-se com o da palavra de origem latina moral; ética é também o nome dado a um ramo da filosofia dedicado aos valores morais e aos princípios ideais da conduta humana em sociedade, incluindo o conceito de deontologia. No contexto filosófico, os conceitos de ética e moral são diferentes, embora em termos práticos se assemelhem bastante, sendo que no primeiro se pretende explicar as regras morais de modo racionalmente fundamentado, a nível teórico e científico.

Moral: tem origem na palavra latina morale, ou mos, no plural mores, que por sua vez provém do grego; é relativa aos bons costumes, regras, tabus, e à moralidade, que atua de acordo com a honestidade e a justiça; refere-se a tudo o que é decente, educativo e instrutivo em sentido lato, em que cada indivíduo entende ser moral ou imoral, certo ou errado, bom ou mau; conjunto de preceitos ou regras para orientar os atos humanos, de acordo com a justiça e a equidade, determinando o seu caráter, altruísmo e virtudes, norteando a melhor forma de ensinar e agir da melhor forma



e de se comportar em sociedade, sendo que em todos estes aspetos práticos, a finalidade da ética e da moral são muito semelhantes; conclusão moral que se tira de uma fábula, de uma narração; lição de moral; as regras da honestidade e do pudor.

Da Teoria à Prática

Considerando os aspetos práticos dos conceitos teóricos acima definidos, devemos fazer uma abordagem prática dos mesmos. Temos desde logo que nos orientar por quadros de referência gerais, que permitam enquadrar as boas práticas, a vários níveis da cidadania ativa, pautando-se por critérios éticos e morais, sejam a nível de direitos como de deveres, designadamente:

- a nível nacional: a Constituição da República Portuguesa;
- a nível da União Europeia: a Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia;
- a nível global: a Declaração Universal dos Direitos do Homem, ratificada por Portugal.

Sendo muito extenso o conteúdo dos diplomas em referência, remetemos aqui para a sua leitura completa em oportunidade subsequente, podendo obter os mesmos de forma rápida e gratuita via internet, com recurso a um qualquer motor de busca eficiente, pelo que nos cingiremos neste contexto a alguns exemplos e apreciações pontuais.

Poderemos começar por identificar alguns direitos genéricos, entre muitos outros possíveis, como sejam:

- O direito geral a ter os direitos consignados nos três diplomas fundamentais acima referidos;
- O direito de votar, enquanto ato mais elementar de intervenção ao nível cívico e político, em regime democrático;
- Os direitos à livre opinião e expressão;
- Os direitos à habitação, à alimentação, à saúde, à educação, ao trabalho, à segurança social, ao lazer, entre outros;
- O direito a qualquer emprego, trabalho ou ofício, podendo estar contudo sujeito à obrigatoriedade legal de ter uma determinada habilitação académica e profissional adequadas para o efeito;
- O direito à sua fé religiosa;
- O direito ao respeito pela autoria;
- O direito à herança nos termos definidos legalmente.

Alguns deveres dos cidadãos, a título de exemplo:

- O dever de votar, que é também um direito, tal com acima expresso;
- O dever de cumprir os diplomas fundamentais e as leis em geral, e de zelar para que os outros cidadãos também o façam;
- O dever de educar, apoiar e proteger os seus semelhantes, sobretudo aqueles que se encontram em posição mais fragilizada;
- O dever de proteger a natureza, em sentido alargado;

– O dever de proteger o património histórico e cultural, em todas as suas vertentes.

Temos assim um conjunto de direitos e deveres, consignados em sede de diplomas fundamentais, mas que em grande parte não são levados à prática, por responsabilidades diversas. A maior de todas elas resulta do facto de a larguíssima maioria dos cidadãos, se demitir do exercício pleno da cidadania ativa. E quem não a exerce, acaba por perder a razão na crítica da falta do crumpimento dos seus direitos. Esta negação, acaba por ser também criticável em termos éticos e morais.

Preconceitos

A aplicação prática dos conceitos em questão, é cerceada por preconceitos de natureza diversa, sendo que grande parte deles são por um lado inerentes às suas características próprias acima definidas.

Não pretendendo este artigo constituir um tratado completo sobre a matéria, podem-se contudo definir ainda dois dos mais básicos preconceitos habituais:

- a ideia falaciosa de que não vale a pena exercer de forma ampla a cidadania ativa, porque tal não levará a nada;
- a ideia igualmente falsa, de que quem faz uso do amplo conceito de cidadania ativa, apenas o faz por interesse e vaidade, quando não é até visto como um potencial ou ativo revolucionário ou terrorista!

Não deixe de exercer a sua cidadania ativa!

Paulo Figueiredo, Arquitecto
Outubro 2013



Afinal... não estamos sozinhos!

Somos uma poeira num cosmos imenso. Mas apesar de sermos um grão de pó igual a muitos outros, pensamos por vezes que estamos sós... que somos únicos e diferentes da maioria. Mas afinal... não estamos sozinhos! Se formos atrás das pistas certas, descobrimos que existem outros como nós, que sofrem a mesma dor, que têm cada um a sua personalidade mas partilham os mesmos sentimentos de inadaptação.

Descobri que posso ser mais um nesta sociedade cheia de defeitos e que não sou eu a defeituosa! Podemos ser bipolares, unipolares, esquizofrénicos, diabéticos, anoréticos, obesos, alcoólicos, toxicodependentes, ingénuos ou corruptos... basta conhecermo-nos, sabermos quem somos para podermos compensar as nossas fraquezas. Pois bem, entre outros defeitos que possa ter descobri que sou bipolar e toxicodependente de drogas leves.

A bipolaridade foi-me diagnosticada aos 25 anos, em 2003. Bem mais tarde descobri que, no meu caso, fumar drogas leves não era algo banal mas sim uma dependência. Tal como acontece com o álcool, em que há pessoas que podem beber socialmente, no entanto há outras que não podem beber nem o primeiro copo, pois rapidamente caem no ritmo de beber de manhã à noite. Sei hoje, que o álcool é um depressor e as drogas leves são intensificadores de humor. Felizmente, não gostava de beber cerveja, nem vinho, eram poucas as bebidas alcoólicas que apreciava, por isso foi-me fácil deixar de beber tudo o que fosse bebida alcoólica, quando me foi prescrita a medicação para a bipolaridade. Com as drogas leves não aconteceu o mesmo... sempre que podia consumia de manhã à noite, ficava ansiosa quando queria deixar de consumir e não conseguia. O psiquiatra que me acompanhou no princípio confessou mais tarde a um familiar meu que não tinha conhecimentos atualizados sobre o transtorno bipolar e tanto ele como um psicólogo que me acompanhou mais tarde, me diziam: "– se queres fumar fuma, mas não digas nada aos teus pais porque eles não vão entender!". Ou seja, nunca dei importância ao facto de consumir desalmadamente... atualmente não fumo e já não tenho os meus picos de humor tão acentuados.

Passei pelas mãos de vários psiquiatras e psicólogos... e repetidamente tinha de contar a minha história desde a infância. A última psicóloga que me acompanhou antes de vir viver para o Norte, falou-me na Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Bipolares (ADEB), mas na cidade do interior onde eu vivia não existe até hoje nenhuma delegação.

No verão de 2012 vim morar para a Invicta, cidade que conheci à 11 anos atrás quando fui internada e diagnosticada. As memórias eram poucas, mas por muitos lugares por onde passava, me lembravam essa noite pré internamento. Levei algum tempo a adaptar-me mas felizmente hoje gosto muito de cá viver.

Em outubro de 2012, fui à Delegação Norte da ADEB, ajudaram-me de imediato a tratar de todas as burocracias para me fazer sócia da ADEB. Estava muito nervosa, insegura e estava a sentir-me algo desamparada, mas desde este primeiro contacto encontrei pessoas fantásticas que me ajudaram muito, a integrar-me na sociedade e a conhecer-me melhor. Fui encaminhada para as consultas individuais, e conheci a psicóloga que me acompanha até hoje. Quando precisava de desabafar com alguma urgência, ligava para a ADEB e até por telefone me ajudavam a acalmar-me, aconselhando estratégias para diminuir alguns sintomas de "crises de ansiedade" súbitas. Frequentei sessões psicoeducativas com diferentes temáticas sobre as perturbações do humor. Particpei em vários workshops organizados pela ADEB, tais como: Aquisição de competências pessoais e interpessoais; gestão financeira e do tempo; gestão do stress e ansiedade, introdução às artes plásticas e fotografia, entre outros. Atualmente frequento o grupo de Teatro e cursos de Línguas tais como Mandarim e Inglês. Já participei em diferentes atividades lúdicas como assistir à peça de teatro "Lar doce lar", passeio turístico no autocarro panorâmico, passeio no teleférico com visita ao Mosteiro do Pilar. Enfim, inúmeras atividades que fazem desta associação uma instituição dinâmica em vertentes diversas. No início do ano corrente, tive também eu oportunidade de partilhar os meus conhecimentos, como voluntária, ministrando um workshop de artes plásticas, com montagem de uma exposição no final. A partilha de conhecimentos e experiências é fundamental para nos sentirmos vivos, úteis para a sociedade e para nos conhecermos melhor. Uma vez por mês realiza-se o Grupo de Ajuda Mútua, que é uma excelente ocasião para essa partilha, pois conhecemos pessoas com personalidades diferentes, mas com experiências de vida muito semelhantes.

E se com todo este apoio possam pensar que seria suficiente para me manter com um estado de humor eutímico e compensado, desengajem-se! Falta sempre o apoio psiquiátrico para controlar a medicação. E até neste aspeto a orientação da ADEB foi fundamental, pois morava numa nova cidade e não tinha ainda médico de família para me indicarem um psiquiatra de forma gratuita, visto que não tinha rendimentos. A associação falou-me então nas consultas solidárias. Estava já em depressão e sabia que tinham que me alterar a medicação, precisava de tomar antidepressivos, mas não conseguia tomar essa decisão sem ter a certeza que seria acompanhada. Foi então, no início de 2013, que conheci o psiquiatra que me acompanha atualmente. Sempre que preciso de resolver algo urgente, tenho a possibilidade de ligar e ele orienta-me também pelo telefone. E é inédita a forma como ele me acompanha, pois pela primeira vez após o diagnóstico, um psiquiatra se preocupou em pedir-me análises para controlar o ácido valpróico. Nas primeiras análises estava abaixo dos parâmetros, ou seja, a quantidade que estava a tomar de Diplexil não me estava a fazer efeito. Logo depois, repeti as análises e já estava dentro dos valores limite e informou-me que se estivessem acima seria tóxico e teria que reduzir. Isso veio a acontecer aproximadamente um ano depois e nessa altura reduziu-me a quantidade. Sei que terei que tomar este medicamento até ao fim da minha vida, mas não encaro isso como um problema. Comparo com os diabéticos que têm que controlar os níveis de açúcar e tomar insulina. A diferença está na maneira como a sociedade olha para doentes diabéticos e para doentes com perturbações de humor... nós somos os "maluquinhos" aos olhos dos outros. Temos é que nós próprios não estigmatizarmos a nossa condição psíquica e sabermos que não somos melhores nem piores que o próximo! No entanto, há uma situação que me preocupa bastante. Quando quiser engravidar não vou poder tomar a medicação que estou a tomar atualmente, teria que fazer o desmame e deixar totalmente, pois corria o risco de provocar más formações do feto, mas tenho algum receio que esse processo não seja fácil, pois terei de me manter com um humor aceitável para o bebé nascer saudável.

Não nascemos para vivermos sós. A sociedade pode por vezes ser cruel, mas temos de arranjar forma de nos integrarmos, sem preconceitos, sem dúvidas que podemos viver uma vida como qualquer outra pessoa saudável, desde que tenhamos a medicação certa para nos manter compensados. Há pessoas que têm uma grande necessidade de se isolar do mundo e ainda hoje há dias em que não me apetece falar ou estar com ninguém, mas temos que contrariar essa vontade, todos os dias se for preciso. Há dias em que preciso de falar e ser ouvida, mas há outros em que eu estou lá para o outro, para ouvi-lo e apoiá-lo. Afinal... não estamos sozinhos!

Sessão Solene 24º Aniversário ADEB

No passado dia 5 de Junho realizou-se uma sessão solene alusiva ao 24º aniversário da ADEB no fórum da Sede Nacional da ADEB intitulada “Encontro de Saberes e Memórias entre Gerações”. Este evento foi cofinanciado pelo Instituto de Segurança Social, através do projeto “Apoio Financeiro do Estado às associações de famílias”.

A sessão teve início pelas 15 horas com a apresentação do Sr. Presidente da Direção da ADEB, Delfim Augusto d’Oliveira, que apresentou uma breve história do percurso e do papel da ADEB na divulgação das patologias Unipolar e Bipolar bem como os contributos para a promoção da saúde em Portugal e terminou com a apresentação dos resultados quantitativos e qualitativos obtidos pelos associados da ADEB, traduzidos em ganhos de saúde, qualidade de vida e autonomia.

De seguida, contámos com a presença do Sr. Paulo Figueiredo, Arquiteto e sócio da ADEB. A sua apresentação teve como tema “Cidadania Ativa: Dos Conceitos aos Preconceitos”, cujo artigo consta na presente Revista.

Mais tarde, o Dr. Sérgio Paixão, Psicólogo Clínico na ADEB, fez uma apresentação acerca da “Importância dos grupos Psicoeducativos para Familiares” e anunciou o início de um grupo para breve.

Por volta das 16:30h a Dr.ª Ana Berrincha, Psicóloga Clínica na ADEB, apresentou o tema “A Perturbação Bipolar na Adolescência” e contámos com o testemunho da mãe de uma jovem com perturbação Bipolar acompanhada na ADEB, na valência Apoio à Adolescência. Esta mãe testemunhou a história de vida da filha, as dificuldades sentidas ao longo deste percurso e frisou e engrateceu os contributos favoráveis da ADEB na reabilitação da filha.

Por fim, houve lugar para um momento de confraternização entre todos os presentes com bolo e a atuação do grupo “Nota Contranota”.

Uma vez mais, obrigado a todos os presentes!



LUZ BRANCA

Invisível à vista limitada
Se a visse logo ficaria extasiada!

Ho luz branca brilhando!
O destino dos homens vais traçando!

Luz de infinita beleza!
Só em ti se pode pronunciar a palavra certeza!

Não tens religião
Estás em tudo e em todos, sem um único senão!

Ser vivo infinito!
Em ti tudo é bendito!

Existes em todo o Universo
A ti recorro contra o que é adverso!

Luz que está em tudo o que existe
Exceto no que é triste

Em ti quero mergulhar o meu corpo e espírito
Sempre, antes e depois do meu último suspiro!

Luz que iluminas tudo o que é escuridão
De ti vem os sentimentos do amor e compaixão

Luz que tudo o que existe criaste
Um mundo perfeito desejeaste

Luz infinita!
Sem antes nem depois!
Está sempre à minha vista!
Sempre companheiros os dois!

Em ti quero mergulhar!
Para toda a infelicidade evitar!

Só em ti tudo tem valor
Se não existisses não havia amor!

Em ti quero fazer voar o meu espírito e corpo
Para que eu nunca esteja morto
Antes e depois de morrer neste mundo
Leva tudo o que ao meu redor é imundo

Luz de beleza infinita!
Cuja essência não pode ser descrita!
Em ti quero comungar
Em ti sempre voar!



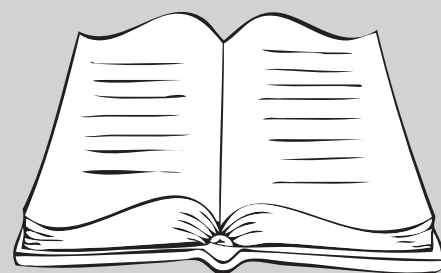
I FEIRA DA SAÚDE DE BELÉM

Realizou-se nos passados dias 30 e 31 de Maio de 2014, a primeira Feira de Saúde de Belém organizada pela Junta de Freguesia de Belém. Esta acção visou a divulgação de Associações e Entidades ligadas à área da saúde, bem como a realização de rastreios, workshops, palestras e demonstrações de atividades de promoção de um estilo de vida saudável.

Esta feira realizou-se nos Jardins Vasco da Gama em Belém e a ADEB esteve presente com uma bancada, bem como através da realização de uma palestra de apresentação da Associação, seus objectivos e valências, realizada pelo Dr. Sérgio Paixão, Psicólogo Clínico.

No decorrer destes dias fomos abordados por visitantes da feira, e tivemos a oportunidade de distribuir bastante documentação psicopedagógica sobre a ADEB e sobre a doença Unipolar e Bipolar, bem como prestar esclarecimentos a todos aqueles que nos solicitaram nesse sentido.

Esta foi ainda uma boa oportunidade para conhecer e estabelecer contacto com outras instituições da área da saúde, dando a conhecer o nosso trabalho não apenas à comunidade em geral como a profissionais de outras áreas.



ESCREVA E DIVULGUE A REVISTA BIPOLAR

Ficha Técnica

Revista Bipolar n.º 48
Ano XVII, 1.º trimestre de 2014
Proprietário: ADEB, NIF n.º502 610 760
Editor: ADEB
Diretor: Delfim Augusto Oliveira
Sub-Diretora: Cristina Dinis
Coordenador da Redação: Delfim Augusto Oliveira
Colaboradores: António Sampaio, Diana Aguiar, Lídia Agueda, Eduarda Alves, Luis Oliveira, Renata Frazão, Paulo Figueiredo, Ana Isabel Berrincha, Carmen Gonçalves e José Torres
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, regioao_norte@adeb.pt
Delegação da Região Centro da ADEB
Rua Central nº 82 - Mesura - Stª Clara 3040-197 COIMBRA
Tel/Fax: 239812574, Tlm: 968982117 regioao_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