



A.D.E.B.

www.adeb.pt

BIPOLAR

REVISTA DA ASSOCIAÇÃO DE APOIO AOS DOENTES DEPRESSIVOS E BIPOLARES N.º 60
Periodicidade: Semestral - 2.º Semestre de 2019 - Preço: 2.50€ c/iva incluído

Saúde Mental e Envelhecimento: Perturbação Bipolar no Idoso



Legenda: girassóis a florescer à luz do sol

Convocatória aos Associados para a Assembleia Geral Ordinária no dia 30 de Novembro de 2019, entre as 14:30 e as 18:00 horas, na Cruz Vermelha Portuguesa-Delegação do Porto: Rua Nossa Sra. De Fátima n.º 108. 4050-425 (junto à rotunda da Boavista, na cidade do Porto), com base na ordem de trabalhos constante na contracapa desta revista na página 24.

Legenda: Fotografia de Renata Frazão



Editorial

Caros Associados,

A ADEB vem desenvolvendo um longo e profícuo trabalho em prol da saúde mental desde 1991, no apoio à doença Unipolar e Bipolar. A nossa Sede Nacional é em Lisboa, mas tem sido objetivo das várias Direções da ADEB, ao longo dos anos, abranger outras áreas geográficas e levar informação e apoio sobre estas patologias também às pessoas que aí residem e que tanto necessitam, apesar de vários constrangimentos financeiros com que instituições como a nossa se deparam em Portugal. Dando seguimento a esta estratégia, a ADEB, na altura ainda ADMD (Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Maníaco Depressivos), implementou a Delegação da Região Norte (no Porto) e da Região Centro (em Coimbra) em 1998. Outras áreas no país têm sido entretanto abrangidas pelo desenvolvimento de atividades como Colóquios, Sessões Psicopedagógicas e Grupos de Ajuda Mútua, num esforço concertado da ADEB com entidades da área social e da saúde nessas regiões para a promoção da saúde mental na área das perturbações do humor, esclarecimento das comunidades, das equipas no terreno, dos doentes e dos seus cuidadores e familiares. Os nossos núcleos regionais em Braga, Aveiro, Setúbal, Évora e Faro, têm dinamizado ações de psicoeducação em articulação com entidades locais e têm sido muito importantes para tentarmos chegar cada vez mais longe e a mais gente, contribuindo também para este esforço de descentralização tão importante e para uma melhor promoção da saúde mental, a nível nacional.

Nesta linha, há muitos anos que as Assembleias Gerais da ADEB têm lugar em Lisboa, mas esta Direção, indo ao encontro desta estratégia de dinamização geográfica, definiu que a ADEB irá realizar a sua próxima Assembleia Geral de 30 de Novembro de 2019 na bela cidade do Porto, na sua delegação da Cruz Vermelha Portuguesa, perto da rotunda da Boavista, sendo esta antecedida por um almoço convívio em que os associados estão convidados a participar. Esta sessão terá ainda a participação da Professora Dr.^a Lia Fernandes, reputada médica psiquiatra, sobre o Envelhecimento nas Perturbações do Humor. A ADEB é uma associação de cariz comunitário e vive de e para os seus associados. A participação em ações como estas é essencial para a prossecução dos nossos objetivos estatutários e para uma melhor e mais eficaz promoção da saúde mental. Envolve-se, participe, divulgue a nossa Associação! Através do pagamento das quotas e donativos ajuda-nos também a sustentar este projeto já com perto de 30 anos e a assegurar que conseguimos manter-nos como a maior e mais antiga associação de doentes e familiares na área da saúde mental, a nível nacional!

Renata Frazão
Psicóloga Clínica na Sede Nacional da ADEB
Sub-diretora da Revista BIPOLAR

Índice

3	Saúde Mental e Envelhecimento: Perturbação Bipolar no Idoso
5	Perturbação Bipolar, Estigma, Psicoeducação
7	Uma História Real
8	Papel das Famílias na Doença Bipolar
11	Os Conselhos de Kay Redfield Jamison
12	Rede Nacional para os Cuidados Integrados de Saúde Mental
15	Os Benefícios da Atividade Física, Cultural e Criativa na Saúde Mental
17	Literacia em Saúde
19	Lei de Bases da Saúde
20	Escuridão visível - Uma Memória de Loucura
21	Atribuição do Estatuto de Sócio Honorário e Benemérito
22	Testemunho
23	Notícia

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

SÍNTESE DO ESTATUTO EDITORIAL

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

DIVULGUE A REVISTA BIPOLAR

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

Saúde Mental e Envelhecimento: PERTURBAÇÃO BIPOLAR NO IDOSO

Mafalda Fernandes

Psicóloga Clínica da Delegação Norte da ADEB
Especialista em Psicoterapia e Neuropsicologia

Lia Fernandes

Médica Psiquiatra C.H.U.S.J.
Diretora Clínica da Delegação Norte da ADEB

Introdução

A perturbação bipolar acompanha o indivíduo ao longo da sua vida. Muitos destes doentes, com um tratamento adequado, conseguem viver com longos períodos de eutímia, ou seja, sem crises graves, mantendo a sua funcionalidade a nível laboral, social e familiar.

Apesar disso, a perturbação bipolar tem um curso crónico e, nesse contexto, futuros episódios podem acontecer ao longo do ciclo de vida, sendo essencial ter consciência das situações de risco, para permitir uma prevenção e tratamento adequados.

Quando falamos em perturbação bipolar no idoso, referimo-nos aos pacientes com mais de 60 anos, representando atualmente 25% do total, embora se espere que este número venha a aumentar para 50% até 2030. Isto deve-se não só ao envelhecimento geral da população, como também ao aumento da consciencialização desta doença, permitindo um melhor diagnóstico desta na terceira idade.

Desta forma, não podemos continuar a conceptualizar a perturbação bipolar no idoso como um subgrupo e a usar a mesma abordagem que se utiliza para adultos. Pacientes idosos têm necessidades específicas e são necessárias estratégias igualmente específicas para esta população.

Com este aumento do número de pacientes idosos surge assim a necessidade de compreender as características próprias desta população, quais as manifestações clínicas mais frequentes

nesta faixa etária, assim como desenvolver recomendações para tratamento que levem em consideração essas especificidades.

Manifestações Clínicas no Idoso

Apesar da literatura, em geral, descrever as características da perturbação bipolar tendo como referência o adulto, sabemos que no idoso a manifestação dessas características pode ser distinta. No idoso, apesar da perturbação bipolar se caracterizar igualmente pela oscilação de humor entre crises depressivas, crises de mania (ou hipomania) e fases de eutímia, o que acontece é que essas crises têm algumas especificidades relacionadas com uma fase diferente na vida do indivíduo, que têm por base determinantes quer biológicos, quer ambientais.

De acordo com estudos recentes, os episódios da perturbação bipolar nesta faixa etária podem ser mais longos e, os intervalos

entre estes, podem ser mais curtos.

Por outro lado, a recorrência de episódios maníacos é maior no idoso, embora estes episódios sejam menos intensos. Geralmente são caracterizados por maior hostilidade, irritabilidade e sintomas mistos, em contraponto com os sintomas psicóticos de mania, que são menos frequentes. Ao invés, os sintomas depressivos, tornam-se mais presentes nestas idades.

Relativamente aos períodos de eutímia, ou seja, aos períodos em que o humor está estabilizado, há evidências de que serão mais longos nos idosos. Apesar disso, os internamentos tornam-se mais prolongados, provavelmente devido às comorbilidades associadas e à polimedicação.

Comorbilidades e Alterações Cerebrais

A apresentação clínica, a gravidade e a prevalência dos sintomas maníacos e dos sintomas



Legenda: Casal de meia idade corre nas dunas da praia

depressivos, são diferentes no idoso, relativamente ao adulto. A explicação sobre esta diferença não está ainda suficientemente esclarecida, mas sabe-se que a saúde física dos indivíduos será um dos fatores determinantes dessa diferença.

Geralmente no adulto relaciona-se a perturbação bipolar com a história familiar de alterações do humor, enquanto que no idoso se relaciona com as alterações cerebrovasculares, bem como com a insuficiente resposta ao tratamento e com o risco aumentado de deterioração cognitiva ou demência.

A mania pode acontecer como parte de um delírio ou demência, sendo neste caso secundária. Por outro lado, pode ser desencadeada por factores físicos, ainda que numa situação de perturbação bipolar previamente diagnosticada sendo, neste caso, primária.

Se a mania acontecer na ausência de diagnóstico prévio de perturbação bipolar, mas num indivíduo com vulnerabilidade prévia para alterações do humor (com ou sem histórico de episódios depressivos) esta continua a ser primária.

A mania pode assim acontecer nesta faixa etária, de forma primária, num indivíduo com diagnóstico prévio de perturbação bipolar ou como diagnóstico tardio de perturbação bipolar. A literatura indica que apenas 10% dos pacientes bipolares são diagnosticados depois dos 50 anos. Pode ainda acontecer como manifestação clínica de uma perturbação esquizoafetiva prévia.

A mania secundária, por outro lado, poderá ser causada por alguma doença orgânica, por demência de Alzheimer, demência vascular ou demência frontotemporal, outras patologias neurológicas, ou ainda por medicação associada.

Desta forma, é aconselhável que na presença de um episódio de mania no idoso, seja feita a recolha de uma boa história clínica,

quer do ponto de vista psiquiátrico, quer do ponto de vista somático, conducente a um correcto diagnóstico.

Numa crise de mania tardia, poderá ser necessária, ainda, a realização de exames imagiológicos, para uma avaliação mais aprofundada do ponto de vista neuropsiquiátrico, permitindo a identificação de alterações estruturais ou vasculares associadas.

Tratamento

Sendo a perturbação bipolar um problema de saúde não menosprezável na terceira idade, que pode levar a grande procura dos serviços de saúde, torna-se fundamental desenvolver planos de tratamento adequados a esta faixa etária. Estas intervenções devem ser de natureza multidisciplinar, envolvendo psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, geriatras, médicos de família, entre outros, bem como a família e os amigos. Os cuidados a serem desenvolvidos devem basear-se numa avaliação individual de necessidades e devem incluir, adicionalmente à psicoeducação, o tratamento dos sintomas maníacos ou depressivos, bem como o tratamento das comorbilidades, e ainda a inclusão em programas de redução de riscos (para evitar abuso de álcool, de tabaco, promoção de atividade física e adesão ao tratamento). Além disso, nestes doentes idosos é ainda relevante a necessidade de apoio domiciliário nas tarefas de vida diária, bem como o suporte nas situações decorrentes dos défices cognitivos e funcionais. Nesta intervenção deve-se combinar o tratamento farmacológico com a psicoterapia e intervenções psicossociais.

As psicoterapias que têm demonstrado maior evidência de eficácia no tratamento do idoso com perturbação bipolar, são a terapia de grupo, terapia familiar sistémica e terapia cognitivo-comportamental.

Considerações finais

Dada a tendência crescente de envelhecimento em todo o mundo, mais indivíduos sobrevivem até à idade avançada. Neste contexto, os profissionais de saúde que tratam os doentes geriátricos, devem fazer um diagnóstico, o mais precocemente possível, da perturbação bipolar nestes idosos, pelas graves repercussões que podem advir das comorbilidades médicas e psiquiátricas associadas, que nesta faixa etária são a regra, e não a excepção. Deste modo, todas as decisões clínicas devem ter por base uma avaliação das necessidades destes pacientes, conducente à optimização da sua independência e funcionalidade, à medida que envelhecem.

- ✓ Episódios mais longos
- ✓ Intervalos mais curtos entre episódios
- ✓ Menor intensidade dos sintomas na crise
- ✓ Manias com menor sintomatologia psicótica
- ✓ Aumentam os sintomas depressivos
- ✓ Períodos mais longos de eutímia

Referências Bibliográficas

1. Butler, R., & Katona, C. (2019). *Seminars in old age psychiatry*: Cambridge University Press.
2. Caixeta, L., & Teixeira, A. L. (2014). *Neuropsicologia geriátrica*: Artmed Editora.
3. Depp, C. A., & Jeste, D. V. (2004). Bipolar disorder in older adults: a critical review. *Bipolar Disorders*, 6(5), 343-367.
4. Dols, A., & Beekman, A. (2018). Older age bipolar disorder. *Psychiatric Clinics*, 41(1), 95-110.
5. Malloy-Diniz, L. F., Fuentes, D., & Cosenza, R. M. (2013). *Neuropsicologia do envelhecimento: uma abordagem multidimensional*: Artmed Editora.
6. Miotto, E. C., de Lucia, M. C. S., & Scaff, M. (2000). *Neuropsicologia clínica*: Grupo Gen-Editora Roca Ltda.
7. Sajatovic, M. (2002). Treatment of bipolar disorder in older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(9), 865-873.

Perturbação Bipolar, Estigma, Psicoeducação

Sérgio Paixão

Psicólogo Clínico ADEB – Sede Nacional

Renata Frazão

Psicóloga Clínica ADEB – Sede Nacional

Este artigo da Revista Bipolar contém um resumo do artigo dos mesmos autores publicado na Revista de Intervenção Psicossocial¹ com o mesmo título.

O diagnóstico e respetivo tratamento da Doença Bipolar tem início, em média, cerca de 5 anos após o aparecimento dos primeiros sintomas. Um dos fatores para esta situação que compromete seriamente o prognóstico, é o estigma – o estigma social e o auto estigma – ao dificultar o reconhecimento do problema como uma questão de saúde e, desse modo, com necessidade de um tratamento adequado.

A Perturbação Bipolar pode afetar gravemente o bem-estar psicológico, familiar, profissional e social. Perante um tratamento adequado e certas condições e hábitos de vida que funcionam como fatores protetores, poderá haver uma estabilidade clínica e, consequentemente, um projeto de vida assente na saúde mental.

Estigma na Doença Bipolar

Muitas vezes as consequências do estigma são descritas como sendo piores que as da própria doença. O conceito de Estigma surge na Grécia Antiga através do termo *steizen*, uma marca realizada por cortes ou fogo no corpo de escravos, criminosos ou traidores, de modo a avisar a população que se tratava de uma pessoa a evitar (Goffman, 1988).

Atualmente, o estigma continua a ser amplamente usado, como uma “marca” já não necessariamente física, mas como o estereótipo que diferencia e identifica a pessoa, que assim passa a ser reconhecida socialmente por essa “marca”, perdendo desta forma a sua anterior identidade social. Ao longo da História muitas foram e são as pessoas que, por terem uma patologia, têm sido estigmatizadas.

Quem tem um diagnóstico de doença mental pertence, atualmente, a um dos grupos sociais mais afetados (Arboleda-Florez, 2005; citado por Melo, 2010).

António Damásio (1994, p.60) refere que “as doenças do cérebro são vistas como tragédias que assolam as pessoas, as quais não podem ser culpadas pelo seu estado, enquanto as doenças da mente, especialmente aquelas que afetam a conduta e as emoções, são vistas como inconveniências sociais nas quais os doentes têm muitas responsabilidades”.

O estigma desenvolve-se frequentemente quando certas características depreciativas são exibidas por alguns indivíduos de um grupo e, são aceites pela cultura dominante como representativas de todos os elementos desse grupo estigmatizado (Melo, 2010). Surge assim uma identidade social associada à pessoa com uma doença, “carregada” de estereótipos que prevalecem face a qualquer outra atitude ou papel social que possa desempenhar. Os estereótipos são diversos, desde perigosos, violentos, desadequados, imprevisíveis, responsáveis pela sua doença, preguiçosos ou vítimas dignas de pena (Xavier, Klut, Neto, Ponte, & Melo, 2013; Link, Phelan, Bresnahan, Stueve, & Pescosolido, 1999). A discriminação, resultante do preconceito, surge muitas vezes como um evitamento, constituindo uma forma punitiva ao impedir o direito a certas oportunidades (Corrigan & Lee, 2013).

A falta de esperança e a baixa autoestima, como resultado da perceção do estigma e de haver um diagnóstico de Doença Mental, pode influenciar três variáveis centrais no processo de *recovery*: (i) aumento da depressão e risco de suicídio – por exemplo, se uma pessoa considera que ter uma doença mental é ser incapaz e é o

fim dos seus sonhos, então pode seriamente considerar o suicídio como hipótese. (ii) as relações sociais – uma baixa auto estima tende a provocar isolamento. As estratégias de coping usadas em resposta a sintomas stressantes, podem ser essencialmente estratégias de evitamento ou, o uso do álcool ou drogas para atenuar os estados emocionais desagradáveis. Este tipo de estratégias de coping afeta diretamente as prestações a nível social, profissional ou académico, bem como a gravidade dos sintomas. Quem usa estratégias de evitamento tende a evitar novos desafios, tal como novos empregos. Mas, mesmo para quem está empregado, o uso deste tipo de estratégias pode levar à perda do emprego, se a pessoa constantemente evitar desafios ou tarefas com o receio de falhar. No que respeita às relações interpessoais, pode suceder um uso predominante de estratégias menos assertivas; (iii). Tudo isto tem um impacto significativo na gravidade dos sintomas psicóticos. Não sugerimos que seja a causa desses sintomas psicóticos, mas certos autores referem que a sua gravidade e incapacidade depende do grau de isolamento social, do ter ou não um emprego e, do uso de estratégias de evitamento. Resumindo, se o estigma diminui a esperança e leva ao isolamento social, privilegiando estratégias de evitamento, o stress e a angústia daí resultantes provocam um aumento dos sintomas psicóticos (Yanos, Jay, Paul, & Lyssaker, 2010).

Agir perante o estigma é importante pois trata-se provavelmente de um dos maiores obstáculos à recuperação e integração da pessoa com uma Perturbação Mental.

O aceitar do diagnóstico tende a ser um processo demorado, partilhado e apoiado por uma forte rede de suporte. Desde a família,

aos profissionais de saúde e seus pares. Após uma possível fase de negação, reconhecer que há algo de “errado” e associar esses sinais a sintomas a uma doença, permite não os associar a questões da personalidade. Por exemplo, reconhecer a apatia num estado depressivo, permite não os identificar como preguiça. Pretende-se, deste modo, que a pessoa se projete no futuro como base numa identidade, que deixou de ser “absorvida” pela doença. Importa ter em conta que, sem recuperar essa verdadeira identidade, a pessoa tende a projetar-se no futuro apenas como doente e isso pode agravar ainda mais a sua condição.

Psicoeducação

A necessidade de uma melhor instrução e educação, designada psicoeducação quando aplicada às doenças psiquiátricas, tornou-se evidente já que a adesão ao tratamento e o estigma são reconhecidos como problemas de maior importância na Doença Bipolar (Bauer, 2002, citado por Jara, 2008). Pretende-se encorajar as pessoas a manter o controlo das suas vidas, a estabelecer os seus próprios objetivos, a participar ativamente nas decisões com elas relacionadas, tornando-se, progressivamente, agentes ativos e responsáveis no processo de reabilitação (Ornelas, 2000).

Psicoeducação Para Familiares

O surgimento da doença causa inevitavelmente um desvio na evolução natural da estrutura familiar, alterando as relações de equilíbrio familiar de forma centrífuga. Sampaio (2008) acrescenta que, após o impacto inicial, a família consegue esclarecer-se em relação ao diagnóstico, passando por fases de grande insegurança em relação à capacidade de resistir a este desafio, de culpabilidade e mesmo de dramatismo, chegando eventualmente a uma fase de aceitação da doença, conseguindo até selecionar, dentro da família, o elemento mais capaz para lidar com a situação.

A imprevisibilidade e as mudanças dos estados de humor de alguém com Doença Bipolar prejudicam a vida doméstica, podendo gerar stress nas relações, levando-as

inclusivamente à rutura. Assim, os desafios da Doença bipolar não se limitam apenas aos que sofrem desta Doença, afetando familiares e amigos que também precisam de apoio para gerir as dificuldades com que se deparam (Fernandes, 2007).

Comparativamente à população em geral, os cuidadores de doentes com perturbação de humor apresentam elevados níveis de sintomas depressivos e fraco funcionamento familiar. Heru, Ryan, e Madrid (2005) realizaram um estudo com aquilo que designaram por cuidadores ou familiares de doentes com perturbação de humor. Neste estudo, definiram como o peso objetivo deste apoio a situação de saúde, finanças e atividades destes cuidadores e como o peso subjetivo, definiram a extensão em que estes se sentem sobrecarregados, incluindo os sentimentos de preocupação, tensão, insónia e ressentimento. Ao longo do tempo, estes cuidadores continuam a manter elevados valores relativos a estes fatores (Hru & Ryan, 2004, citados por Heru et al., 2005).

As mudanças de humor e a imprevisibilidade da doença Bipolar são provavelmente a maior fonte de stress na estrutura familiar. Tratando-se de uma perturbação crónica, importa que a família logo se inteire do diagnóstico, história natural da doença e prognóstico. O papel da família pode ser tão ou mais importante que a ajuda especializada, sendo certo que os casos de melhor evolução são os dos doentes que contam com um apoio familiar consistente. (Sampaio, 2008). O grau de stress ambiental no curso da doença Bipolar, o desgaste que os familiares que vivem com o doente experienciam e os

pedidos destes familiares de mais informação e estratégias para gestão da doença, são alguns dos motivos que justificam a criação de intervenções psicoeducativas centradas na família do doente Bipolar (Reinares et al., 2002^a, citados por Colom & Vieta, 2006).

PSICOEDUCAÇÃO para pessoas com diagnóstico de Doença Bipolar

Foi apenas no final dos anos 90 e início do Século XXI que os primeiros estudos de eficácia controlada surgiram, apesar de se falar muito nestas temáticas desde os anos 70 (Perry et al., 1999; Colom et al., 2003a, b, citados por Colom & Vieta, 2006). Estes estudos permitiram confirmar com segurança a relação próxima entre o conhecimento que um doente tem da sua doença e a melhoria no seu curso, um axioma aplicável em patologias psiquiátricas, bem como noutras áreas da medicina (diabetes, asma, problemas cardiovasculares, etc.). A importância da psicoeducação traduz-se também em termos de saúde pública, visto que o tempo que os médicos têm para as suas consultas nem sempre permite realizar este trabalho psicoeducativo. Estes grupos têm um efeito eficaz e redutor de custos como complemento ao apoio dos psicofármacos, proporcionando acesso ao conhecimento para uma melhor gestão da doença. A psicoeducação deve ser uma atitude do médico para o seu doente, que envolve informação sobre a doença e sobre a medicação, bem como através da monitorização dos sintomas. Outra vantagem no tratamento psicoeducativo dos doentes Bipolares dá-se ao nível do aumento da qualidade dos cuidados percebidos pelo doente, o que frequentemente melhora a relação terapêutica e a adesão à terapêutica farmacológica, bem como na melhoria da capacidade do doente de pedir ajuda em situações mais complexas. Esta intervenção acentua o sentimento,



Legenda:
Vulto de cabeça humana com uma peça de puzzle



Legenda:
Mão a segurar uma peça de puzzle

por parte do doente, de que tem um papel ativo no seu tratamento, integrado numa equipa. (Colom & Vieta, 2006).

A psicoeducação potencia a aliança terapêutica baseada na colaboração, informação e confiança. O objetivo de uma ação psicoeducativa visa a redução de episódios de oscilação de humor extremas em ambas as polaridades, bem como a redução das hospitalizações. Há que proporcionar informação adequada sobre a doença, melhorar a adesão terapêutica e facilitar a deteção precoce dos episódios. Pretende-se dar a quem tem o diagnóstico bipolar informação teórico-prática para compreender e lidar com as consequências da doença (no contexto de um modelo médico), para transformar a doença na doença deles (Colom & Vieta, 2004), o que basicamente significa tentar entender a relação complexa entre sintomas, personalidade, ambiente interpessoal, efeitos colaterais da medicação e a assunção de responsabilidade (não de culpa) em relação à doença, permitindo que colaborem ativamente no seu tratamento. Doentes que não compreendem a sua doença sentem-se incapazes para projetar planos para o seu futuro. A psicoeducação também acentua o sentimento de que são compreendidos. Algo que perturba o percurso de uma doença psiquiátrica é, por um lado, os sintomas da própria doença e, por outro lado, o sentimento de que não é compreendido pelos outros ou, pior ainda, não perceber o que se passa consigo mesmo, nem o

que esperar (Colom & Vieta, 2006). O doente tem direito a ser informado acerca da sua doença. Na doença Bipolar, a educação dos doentes é essencial para o tratamento da patologia porque o comportamento que têm, muitas vezes determina o curso que a doença pode ter (Colom & Vieta, 2006).

Atualmente, a estratégia de tratamento é cada vez mais profilática. Ou seja, com o auxílio da psicoeducação, uma boa adesão terapêutica e uma atitude pró-ativa da pessoa com o diagnóstico em colaboração com a sua rede de suporte, família e técnicos de saúde, é possível agir na área da prevenção das recidivas. Espera-se assim, uma menor necessidade de investir em internamentos com uma consequente diminuição das fases agudas da doença. O investimento na prevenção traz desta forma consequências diversas, quer para quem sofre da doença quer no que diz respeito a gastos associados aos custos do tratamento.

É igualmente importante a sensibilização para uma melhor compreensão e conhecimento destas patologias junto da população em geral, de modo a diminuir o estigma associado e, promover a saúde mental e prevenção das perturbações mentais.

Bibliografia:

Colom, F., & Vieta, E. (2004). Melhorando o desfecho do transtorno bipolar usando estratégias não farmacológicas: o papel da psicoeducação. (Versão electrónica). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26 (3). Acedido a 09 de Julho de 2007, em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462004000700011

Colom, F., & Vieta, E. (2006). *Psychoeducation*

Manual for Bipolar Disorder. New York: Cambridge University Press.

Corrigan, P. & Lee, E. (2013). Recovery and Stigma in People with Psychiatric Disabilities. In Rosenberg, J. & Rosenberg, S.J. (Ed.), *Community Mental Health. Challenges for the 21st Century* (2ªEd., Chap.1, pp.3-21). London: Routledge

Damásio, A.R. (1994). *O Erro de Descartes – emoção, razão e cérebro humano* (9ªed.). Lisboa: Publicações Europa-América

Fernandes, M. (2007). Perturbação Bipolar: Impacto nas relações familiares. *Bipolar*, 32: 11-13.

Goffman, E. (1988). *Estigma – notas sobre a manipulação da identidade deteriorada* (4ªed.). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A.

Heru, A., Ryan, C., & Madrid, H. (2005). Psychoeducation for caregivers of patients with chronic mood disorders. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 69 (4): 331-339.

Jara, J. (2008). *Doença Bipolar, Estigma e Psicoeducação*. Doença Bipolar. Da etiologia e clínica às questões sociais. (pp. 177-181). Lisboa: Heartbrain.

Melo, S. S. (2010). O estigma na doença mental. *Revista de Psiquiatria do Hospital Júlio de Matos*, 22(3), 144-150

Organização Mundial de Saúde – OMS (1993). Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento, 10ª Revisão – CID-10: Descrições Clínicas e Directrizes Diagnósticas. Porto Alegre: Artmed.

Ornelas, J. (2000). Centro Comunitário de Apoio a Doentes Mentais. In J. Ornelas (Eds.), *II Congresso Europeu de Psicologia Comunitária* (pp.143-150). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Revista de Intervenção Psicossocial, N.º 3 (2017). Perturbação Bipolar, estigma e psicoeducação. Paixão, S., Frazão, R. (pp.117-134)

Sampaio, A. (2008). Doença Bipolar. Da etiologia e clínica às questões sociais. *O papel das famílias na doença Bipolar* (pp.171-176). Lisboa: Heartbrain.

Xavier, S., Klut, C., Neto, A., Ponte, G. & Melo, J.C. (2013). O Estigma da Doença Mental: Que Caminho Percorremos?. *Revista Psilogos*, 11(2), 10-21, Consultado em 3 fev.2017. Disponível em: http://www.psilogos.com/Revista/Vol11N2/Indice15_ficheiros/Estigma%20doenca%20mental.pdf

Yanos, P.T., Jay, J., Paul, D.R., Lysaker, H. (2010). The Impact of Illness Identity on Recovery from Severe Mental Illness, *Am J Psychiatry Rehabil*, 13(2), 73-93

UMA HISTÓRIA REAL

A M. tem o diagnóstico de doença bipolar desde os seus 23 anos e procurou, desde o início do diagnóstico, há mais de 20 anos, encontrar alguma informação clara e objetiva para uma melhor gestão da sua doença. Numa fase inicial existiram muitas dúvidas, suas e da sua família, em relação às características da doença, motivos porque tinha aparecido e acerca de que estratégias implementar para controlar as oscilações do humor. A terapêutica farmacológica foi essencial para a estabilização, mas a M. sentia necessidade de um apoio mais abrangente, em especial nas fases mais depressivas e após as crises, para que conseguisse entender melhor o que contribuía para que a doença se agravasse em determinados contextos. Nas consultas de psicologia da ADEB conseguiu identificar estes contextos, definir estratégias preventivas e melhorar a sua comunicação com a sua família e profissionais de saúde. Nos grupos de ajuda mútua e psicoterapêuticos percebeu que não estava sozinha e aprendeu e partilhou diferentes experiências de gestão da doença. Recebeu apoio psicoeducativo para entender as suas características pessoais e as suas pessoas mais próximas também receberam esse tipo de apoio para saber como a ajudar, o que se traduziu numa melhor comunicação e mais eficaz prevenção das recaídas e controlo das fases mais difíceis. Hoje a M. percebe o que se passa consigo e aceita o seu diagnóstico. Fez alguns ajustes na sua vida que lhe trazem mais controlo do stress do dia a dia e qualidade de vida e é uma participante ativa e envolvida no seu próprio processo de recuperação.

O Papel das Famílias na Doença Bipolar

Artigo publicado em Abril de 2012

Prof. Dr. António Sampaio

Médico Psiquiatra

Membro do Conselho Científico e Pedagógico da ADEB

A família é uma instituição eminentemente humana. Para o seu completo desenvolvimento, foram necessários uma consciência e um auto-controlo que nenhuma outra espécie conseguiu alcançar. A constituição da família foi essencial para a civilização e proporcionou um modelo para a organização social, anterior ao aparecimento do “estado”. A família originou-se da vitória do primado do amor sobre o primado da satisfação do desejo sexual. Uma vez controlado tal desejo, a família facilita a criatividade e vivência comunitária.

A família implica uma união voluntária com durabilidade suficiente para estabelecer uma coerência cultural e afectiva entre os pais e os filhos. Dessa maneira, a família nuclear, cria laços afectivos e de compromisso que deverão ser hierarquicamente, e legalmente, superiores a quaisquer outros que qualquer elemento estabeleça com outro da comunidade, até à formação de nova família. Contudo, hoje, a nova família não surge apenas quando um dos filhos se casa. Nas últimas décadas, temos assistido a mudanças significativas na estrutura familiar. A família tradicional sofreu sérias transformações. Modificações nas estruturas familiares são hoje cada vez mais frequentes. Como acontece após ocorrer o divórcio que, termina com a relação conjugal. O agregado familiar constituído por pais e filhos com uma organização temporária-espacial estável é hoje rara. De facto, a conceptualização “clássica” do ciclo de vida da família (1 – Casal sem filhos; 2 – Casal com filhos: crianças, adolescentes, adultos jovens; 3 – Casal novamente sem filhos a residir no mesmo espaço) é hoje, muito mais um conceito que uma realidade. Por outro lado, a coesão familiar é hoje muito diferente. A partilha de tempo e de espaço entre os vários elementos é hoje muito reduzida.

Acresce, que na sociedade eu-

ropeia contemporânea, a mulher tem um papel social tão importante quanto o homem e a educação dos jovens está muito ligada à sua capacidade de interagir com outros elementos de dentro e de fora da comunidade. As fronteiras políticas, como as familiares, ficaram muito permeáveis. Delega-se nas escolas a responsabilidade da educação dos filhos e nas instituições de saúde a abordagem dos problemas de saúde. A ausência, impede a intimidade e desresponsabiliza.

A “sociedade de comunicação” que se tem vindo a desenvolver desde o pós-guerra, tem levado, nas últimas décadas, à criação de um “espaço hiperpúblico”. Criaram-se “salas de chat”, a Internet permitiu a ilusão do “parceiro ideal”, porque imaginário, ouvidor e confessor. A ligação social é hoje, muito mais ampla, mas também muito frágil. As famílias vêm os seus tempos de convívio monopolizados pelos meios de comunicação social e pela informática. De facto, os media apoderaram-se da comunicação e as antigas formas de comunicação social não são mais usadas. As famílias encontram-se mais isoladas e nucleares, só se encontrando em rituais, de forma pouco autêntica, num mimetismo da normalização mediática. Em grande medida, os media têm vindo a impor uma orientação externa da acção

humana. Grande parte dos comportamentos humanos são determinados pelos media. Existe uma certa confusão entre os fenómenos reais e a sua representação, passando estes a ter, em grande parte, o valor da realidade. Assim, a emergência de fenómenos privados, como as alterações do comportamento, tendem a ser vistos como marginais, aberrantes e mesmo anti-sociais. Muitas vezes a reacção imediata do cônjuge do doente mental ainda jovem, é a fuga ao problema e a vontade de o “devolver” à família originária, como se esta fosse a única com solidez suficiente para “aguentar” tal fenómeno.

Por outro lado, a “sociedade da comunicação” impõe uma racionalidade dos comportamentos e os limites da normalidade do comportamento humano estão agora mais estreitos. Instalou-se de certa maneira, uma “ditadura da normalidade” que gera muito mais vezes o sentimento de exclusão.

Cada vez mais, é em famílias, muito nucleares ou monoparentais e com fraca coesão emocional que, o doente bipolar tem de encontrar apoios.

As mudanças de humor e a imprevisibilidade com que estas acontecem no doente bipolar, são provavelmente a maior fonte de stress na estrutura familiar. Tratando-se de um perturbação cró-



Legenda: Vulto de uma família com 2 adultos e duas crianças

nica, importa que a família desde logo se inteire do diagnóstico, história natural da doença, do seu tratamento e prognóstico. De facto, o papel da família pode nesta situação, ser tão ou mais importante que a ajuda especializada, sendo certo que os casos de melhor evolução são os dos doentes que contam com um apoio familiar consistente.

O surgimento da doença causa inevitavelmente um desvio na evolução natural da estrutura familiar. Não raras vezes, o aparecimento da sintomatologia altera as relações de equilíbrio familiar de forma centrífuga, “apanhando” membros, fora do contexto familiar, e amigos. Como uma pedra que cai em águas serenas, a bipolaridade gera “ondas” que se estendem muito para além das “fronteiras” familiares. Frequentemente surgem conflitos com os colegas de trabalho e o desemprego surge demasiadas vezes. Os amigos, reequacionam a sua relação com a pessoa que se revelou bipolar. Por outro lado, os mitos existentes em relação à doença mental são, ainda hoje, suficientemente fortes para influenciarem de forma negativa todos os que são atingidos pela “onda centrífuga”. Geralmente, contudo, a família consegue esclarecer-se em relação ao diagnóstico e a partir daí, pode passar por fases de grande insegurança em relação à capacidade de resistir a este desafio, de culpabilidade e mesmo de dramatismo excessivos, chegando even-

tualmente a uma fase de aceitação da situação, conseguindo “eleger” o elemento que, com maior lucidez, consegue lidar com a pessoa doente. Assim, em cada família, irá surgir um elemento que se sentirá mais capaz de lidar com o doente bipolar. Tal papel não tem de caber necessariamente ao familiar legalmente mais próximo. De facto a “erupção” da doença pode acontecer numa família já muito fragilizada, levando à sua ruptura. Neste caso pode acontecer, ser um cunhado, ou outro familiar, a tomar conta da situação e ser ele a ponte entre o doente e os técnicos de saúde mental.

Qualquer doença crónica que se instala num dos elementos de uma família, leva a que esta interrompa o seu desenvolvimento para se focar no elemento doente. Este fenómeno pode levar à cristalização de processos que estavam em fase evolutiva, e assim, à perpetuação de um estado de latência

no desenvolvimento da estrutura familiar que, pode realmente ter consequências graves para todos os elementos, nomeadamente para o doente. Importa desde logo, que o médico que diagnostica a situação informe o doente e a família das possibilidades de prevenção e tratamento das fases de agudização. De facto, o doente bipolar não deve ser considerado nem pela família, nem por ele próprio, alguém marcado pelo infortúnio para quem são insuficientes todos os movimentos centrípetos dos que lhe são próximos. Antes, deve o doente ser responsabilizado pelo seu tratamento e pelo reforço dos movimentos de cumplicidade que lhe são oferecidos. Por isso mesmo, o doente e a família devem ser informados plenamente sobre a doença e devem estar conscientes que a doença bipolar é potencialmente uma perturbação muito grave e que representa risco de vida para o doente. Tal como uma diabetes não controlada por negligência do próprio doente, a facilitação em que muitas vezes o doente bipolar cai, deve ser denunciada pela sua família como desrespeito à sua própria pessoa e assim à família como um todo emocional. Por isso mesmo, o elemento “eleito” da família deve acompanhar o doente às consultas e intervir de forma sensata na informação a prestar ao clínico que acompanha o doente. A doença bipolar “instala-se” numa pessoa, mas afecta todos os elementos familiares. Estes elementos da família, podem muitas vezes precisar de ser ajudados a



Legenda: Uma mulher conversa com um jovem

resolver sentimentos de impotência e de desespero que pertinemmente são levados a sentir. Só com informação e apoio é que a família do doente bipolar poderá ser útil no acompanhamento do doente e prevenir a própria “distorção” na sua dinâmica natural. A procura de informação e a partilha de experiências, por parte de elementos ligados afectivamente ao doente, familiares ou não, é não só inteiramente legítima, como pertinente.

Tratando-se a doença bipolar de uma perturbação que leva a alterações graves no domínio dos afectos, é muito frequente que a família sinta, por um lado uma certa culpabilidade na tentativa da compreensão da situação e por outro uma certa frustração na sua tentativa de impor o bom-senso e na sua participação activa no tratamento. Assim, o principal papel da família do doente bipolar é o de criar um clima de confiança e de abertura. Tal empenhamento deve ser reforçado nos períodos inter-críticos. Na grande maioria das situações, não faz sentido considerar o doente como pessoa a desrespeitar ou ser entendida como “menor” no papel que lhe cabe na estrutura familiar. Pelo contrário, muitas vezes a doença mental, leva à denúncia de que

existiam falhas graves na comunicação entre os membros da família. O aparecimento da doença pode e deve levar à correcção de tais falhas e não ao agravamento destas. É tão importante procurar ajuda especializada, quanto restaurar um clima de intimidade, de confiança básica, com a pessoa com doença bipolar. As famílias não devem considerar que a doença é uma “faceta” da pessoa, que só o psiquiatra pode abordar, compreender e tratar. Pelo contrário, a vivência quotidiana com o doente pode levar a família a reconhecer com maior perspicácia, os factores potencialmente desencadeantes e, com maior precocidade, os sinais de descompensação.

Contudo, é sensato considerar que a irritabilidade, a altivez, a turbulência e mesmo agressividade do doente em estado de mania, devem ser entendidas como fruto de um juízo patológico, devendo suscitar uma preocupação e não uma crítica à pessoa doente. Por outro lado, certas afirmações do doente quando está deprimido, devem ser alvo da maior atenção devendo o elemento familiar mais “próximo” manifestar interesse em aprofundar quão triste e desesperado o doente está. Tal manifestação de interesse, além de permitir ao doente sentir que

se pode “abrir” e partilhar os seus receios mais “íntimos”, enfatiza a relação afectiva e alivia a solidão do doente. Só com tal investimento afectivo, é possível à família um papel activo no cumprimento da medicação. Só o restabelecimento de um diálogo aberto e empenhado permite à família aperceber-se da chegada das crises de modo útil.

Sendo um doente bipolar alguém com dificuldades na gestão dos afectos e emoções, este deve contar com uma família que tenha um papel estruturante e coerente muito mais alicerçado na intimidade e na cumplicidade, que na disciplina ou no autoritarismo.

Bibliografia:

L.-Strauss; K. Gough; M. Spirou. – A Família como Instituição – Res Editora, Lda. 1977.

Sampaio, D. – A Perspectiva sistémica em Clínica geral – Revista portuguesa de Clínica Geral, 1988 – nº 32; 18-21

Trigueiros, A.; Santos, N. – Doença e Família – Família: Saúde e Doença. Instituto de Clínica geral da Zona Sul, 1994

Breton, P. – L’ utopie de la communication – Éditions La Découverte, 1992

Mondimore, F. – Bipolar Disorder. A guide for patients and families – The Johns Hopkins University Press, 2002.



Legenda: dois pares de mãos interligadas

Os 6 conselhos imprescindíveis de Kay Redfield Jamison para controlar a Doença Bipolar

Especialista de renome em perturbações do humor, Kay Redfield Jamison, PhD, é professora de psiquiatria na Faculdade de Medicina da Universidade Johns Hopkins, é autora best-seller e realiza inúmeras palestras sobre o tema da perturbação bipolar.

Aqui estão as seis principais estratégias como explica à BP Magazine:

1. Mantenha a sua medicação.

Jamison diz que a terapêutica medicamentosa é um dos maiores desafios no controlo da doença bipolar. “Cerca de 50% dos pacientes não tomam os medicamentos tal como são prescritos”, disse ela à BP Magazine. “Não é que não tenhamos os medicamentos e tratamentos, é que as pessoas deixam de os tomar”. Ela refere que, estando os seus sintomas bem controlados, a sua criatividade e produtividade melhoraram significativamente.

2. Tenha um padrão do sono regular.

“[Dormir é] de longe a coisa mais importante a seguir aos medicamentos”, diz Jamison. “Manter uma boa higiene do sono é uma parte vital do controlo da perturbação bipolar.” Algumas coisas a por em prática: consistência - vá para a cama e acorde à mesma hora diariamente; limitar o tempo em frente aos ecrãs antes de dormir; e tente usar cortinas corta luz ou uma máscara para manter os ritmos circadianos em ordem.

3. Envolver-se com um grupo de suporte.

É extremamente importante e útil encontrar incentivo e compreensão de outras pessoas que lidam com problemas semelhantes. Participar num grupo de apoio



Legenda: Kay Redfield Jamison

com metas definidas pode fazer a diferença no bem-estar. Tente encontrar um grupo que proporcione psicoeducação, e não apenas apoio. Jamison sugere entrar em contacto com a Depression and Bipolar Support Alliance (DBSA) para encontrar um grupo perto de si. (nos EUA). Em Portugal procure a ADEB.

4. Leia e aprenda sobre a sua doença.

Entender a perturbação bipolar e como os seus sintomas se manifestam e desencadeiam é o principal ingrediente no controlo do seu bem-estar. Ter um conhecimento abrangente sobre a sua perturbação de humor também lhe dará uma vantagem para entender o seu guia de tratamento - os seus medicamentos, efeitos colaterais, psicoterapia e mudanças no estilo de vida - para que faça parte integrante do tratamento.

5. Leve uma lista de perguntas ao seu médico.

“Nunca assuma competência até que seja comprovada”, sugere Jamison. “Pergunte, pergunte,

pergunte. Importune, Importune, Importune. “Este conselho é especialmente relevante no início do diagnóstico. Precisarás ter respostas esclarecedoras sobre o seu diagnóstico; melhores opções de tratamento e porquê; principais factores de riscos na qualidade de vida; e lidar com comorbilidades, quer sejam físicas, como diabetes ou outra perturbação como a hiperactividade.

6. Invista em psicoterapia se puder.

A investigação revela que a psicoterapia regular pode alcançar resultados duradouros para aqueles que sofrem de depressão e doença bipolar. Embora não exista uma fórmula universal no que diz respeito à terapia, lembre-se de que existem diferentes tipos de psicoterapia além da prática amplamente utilizada - a terapia cognitivo-comportamental - para melhorar a saúde mental. Procure as hipóteses disponíveis.

Rede Nacional para os Cuidados Integrados da Saúde Mental

Importância da Avaliação da Capacidade Funcional na Doença Unipolar e Bipolar

Anabela Santos

Psicóloga Clínica na Delegação Região
Centro ADEB - Coimbra

A Saúde Mental é uma componente indispensável e fundamental à saúde em geral, bem como à promoção da autonomia e da Qualidade de Vida (QdV). Esta tem assumido, ao longo do tempo, um papel de relevo, dado o aumento da prevalência das perturbações mentais e o seu impacto na capacidade funcional (Organização Mundial de Saúde/OMS, 2013). Estudos epidemiológicos recentes revelam que a doença mental é uma das principais causas de incapacidade, morbilidade e morte prematura (Direção Geral de Saúde/DGS, 2016; OMS, 2013).

Na União Europeia verifica-se que cerca de 38% da população sofre de alguma perturbação mental ao longo da vida, sendo estas condições clínicas responsáveis por 19% dos anos vividos com incapacidade, menos 4% do que a causa principal de incapacidade (as doenças cardiovasculares) (Petrea & McCulloch, 2013). O envelhecimento populacional e o aumento da esperança média de vida contribuem para este cenário (Instituto de Métrica e Avaliação em Saúde, 2013).

Em Portugal, a prevalência das perturbações mentais é superior a outros países europeus, como é possível constatar nos

dados do Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental (2013). De acordo com este estudo, a prevalência deste tipo de perturbação é de 22.9%, sendo 16.5% correspondentes a perturbações de ansiedade. Segundo a Entidade Reguladora de Saúde/ERS (2015), em 2012, as doenças mentais representavam uma “perda potencial de 21.2 anos de vida por 100.000 habitantes com menos de 69 anos, 10.5 anos para as mulheres e 32.6 anos para os homens” (p.25). Por sua vez, a carga de morbilidade, definida como os anos vividos com incapacidade, posicionava as doenças abrangidas pelo Plano Nacional Saúde Mental na primeira posição, sendo responsáveis por 22.55% da morbilidade, peso superior à soma da morbilidade atribuída aos restantes Programas Nacionais Prioritários.

A Doença Unipolar e a Doença Bipolar, assumem aqui principal destaque, constituindo-se como as doenças mentais com maiores taxas de incapacidade, de morbilidade e mortalidade (Bonnín et al., 2019; Chisholm et al., 2016; DGS, 2016; Miller, Dell’Osso & Ketter, 2014; Hammer-Helmich et al., 2018; OMS, 2013). Estas, consoante a gravidade, estão associa-

das a um nível elevado de incapacidade psicossocial, por consequência, da diminuição/perda de autonomia e/ou independência, quer pelo comprometimento no funcionamento cognitivo (p. ex., na atenção, memória de trabalho, memória episódica, velocidade de processamento, funções executivas), social (p. ex., incapacidade para cumprir papéis sociais, manutenção de relações sociais) e quotidiano (p. ex., dificuldades na capacidade de organização e execução das Atividades de Vida Diária/AVDs (American Psychiatric Association/ APA, 2013; Bonnín et al., 2019; Hammer-Helmich et al., 2018; ; Miller et al., 2014) o que, por consequência, tem um impacto negativo na funcionalidade do sujeito assim como na QdV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Edition/ DSM-5, APA, 2013).

A Funcionalidade (ou capacidade funcional) é um conceito complexo e diz respeito às aptidões (físicas e mentais) necessárias para desempenhar as AVDs de modo independente e autónomo e ainda participar de forma ativa na sociedade (Millán-Calenti et al., 2010). As AVDs são agrupadas em dois grupos distintos, as Atividades Básicas de Vida Diária



Legenda: Perfil humano com roldanas no cérebro

(ABVD) e as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD). No primeiro grupo estão compreendidas atividades rotineiras, relativas ao autocuidado (por exemplo, alimentação, vestir, higiene pessoal) e à mobilidade/transferências. O segundo grupo envolve tarefas mais complexas, que exigem funções cognitivas de ordem superior, necessárias para um funcionamento independente em casa e na comunidade (por exemplo, na gestão das finanças ou nas questões da saúde). As AIVD podem ainda ser divididas em AIVD-F (Atividades Instrumentais de Vida Diária Familiares, que englobam tarefas relativas à manutenção do ambiente familiar, como cuidar da casa e preparar as refeições) e AIVD-A (Atividades Instrumentais de Vida Diária Avançadas, que englobam tarefas relacionadas, por exemplo, com as finanças ou a saúde) (Marson & Hebert, 2006).

Neste sentido, o declínio da capacidade funcional é identificado através da perda progressiva de capacidade para o desempenho das AVDs com autonomia (capa-

cidade de controlar, lidar com as situações e tomar decisões sobre a sua vida de acordo com os seus próprios valores e preferências) (OMS, 2002) e/ou independência (capacidade de realizar AVD sem ajuda ou com pequena ajuda de outrem) (OMS, 2002). Importa salientar que, apesar do conceito de autonomia e de independência serem considerados conceitos indissociáveis, a perda de autonomia não implica, obrigatoriamente, a perda de independência, assim como a causalidade inversa. Por exemplo, uma pessoa pode necessitar de ajuda de terceiros para satisfazer as suas necessidades de autocuidado (ser dependente) e continuar a tomar decisões sobre a sua própria vida (ser autónoma) e vice-versa.

A avaliação funcional tem como objetivo avaliar o grau de autonomia/independência na execução das AVD. Além da sua importância diagnóstica, a avaliação funcional assume um papel preponderante na caracterização dos défices funcionais, na monitorização da evolução e na planificação e avaliação da eficácia das

intervenções farmacológicas e psicossociais (Patterson & Mausbach, 2010; Santos, 2017; Sousa, 2014).

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde/ CIF (OMS, 2001b) constitui o quadro de referência adotado pela OMS para descrever, avaliar e medir a saúde e a incapacidade, permitindo assim, complementar a informação proveniente da Classificação Internacional de Doenças, Décima Revisão (CID-10). Neste sentido, “a CID-10 proporciona um “diagnóstico” de doenças, perturbações ou outras condições de saúde, que é complementado pelas informações adicionais fornecidas pela CIF sobre funcionalidade.” (OMS, 2001b, p.6). O modelo de funcionalidade e incapacidade, adotado pela CIF, baseia-se na junção dos modelos médico e social, numa abordagem biopsicossocial, refletindo a interação entre as várias dimensões da saúde (biológica, individual e social) (OMS, 2001b; Reis et al, 2015). Assim, a incapacidade representa o aspeto negativo da interação entre o indivíduo com uma condição de saúde (doença, trauma, lesão) e fatores contextuais (fatores pessoais e ambientais) e o seu impacto na atividade e participação social. A incapacidade pode ter diferentes causas, natureza, forma de aparecimento e implicações que contribuem negativamente no bem-estar e QdV (OMS, 2002; Ouden et al., 2013; Reis et al, 2015).

Em 2006, foi criada pelo Decreto-lei nº101/2006 de 6 de junho, a Rede Nacional para os Cuidados Continuados e Integrados (RNC-CI), no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social (RNCCI, 2006) que tem em vista a oferta de serviços de que necessitam pessoas com baixo nível de capacidade funcional, física ou cognitiva, e que estão consequentemente dependentes, por um período longo de tempo, de ajuda para as AVDs. Incluem-se neste âmbito cuidados de saúde tais como gestão da dor, monitorização da saúde, ad-

ministração de medicação, prevenção, reabilitação ou cuidados paliativos, e cuidados pessoais. O desenvolvimento da Rede visa garantir que as necessidades de cuidados continuados integrados são satisfeitas pela “oferta criada neste âmbito através de parcerias públicas, sociais e privadas, quer ao nível das tipologias, quer ao nível geográfico, contribuindo, assim, para a redução do número de altas hospitalares tardias, a redução do reinternamento hospitalar e a identificação e planeamento das necessidades de cuidados do cidadão” (ERS, 2015).

Segundo o Diário da República (1.ª série, N.º 34; 2 de fevereiro de 2017) na Portaria n.º 68/2017, tendo em conta o grau de incapacidade psicossocial e de dependência dos sujeitos, as estruturas multidisciplinares que prestam cuidados continuados integrados de saúde mental são de três tipos: equipas de apoio domiciliário, unidades residenciais (residências de treino de autonomia; residências autónomas de saúde mental; residências de apoio moderado; residências de apoio máximo) e unidades sócio ocupacionais (compreendem serviços como: apoio e reabilitação psicossocial e nas atividades de

vida diária; apoio sócio ocupacional, incluído convívio e lazer; supervisão na gestão da medicação; apoio aos familiares e outros cuidadores com vista à reintegração familiar; apoio de grupos de auto-ajuda, incluindo familiares e cuidadores informais; apoio e encaminhamento para serviços de formação e de integração profissional; promoção de atividades socioculturais e desportivas em articulação com as autarquias, associações culturais, desportivas e recreativas ou outras estruturas da comunidade). Estas têm em vista a prestação de apoio psicossocial e de cuidados médicos, ao reforço das competências, à reabilitação, à recuperação e integração social das pessoas com incapacidade psicossocial, bem como à promoção e reforço das capacidades das famílias que lidam com estas situações.

Neste sentido, é de extrema importância a uma caracterização funcional geral e específica longitudinal dos utentes nas estruturas acima referidas. Efetivamente, no Diário da República (1.ª série, N.º 34; 2 de fevereiro de 2017) na Portaria n.º 68/2017 é estabelecido, entre outros, como critério de admissão a avaliação do grau de incapacidade psicossocial asso-

ciada através de “um instrumento único de avaliação constituído por um conjunto de escalas e procedimentos de avaliação, complementado por parecer técnico da equipa multidisciplinar” (p.852). Neste âmbito, importa salientar a importância, aquando do momento da avaliação, na escolha dos métodos e instrumentos de avaliação adequados, para que seja possível obter o máximo de informações significativas sobre as necessidades e competências de cada sujeito importantes no delineamento de intervenções ajustadas às suas características, assim como na obtenção de dados objetivos sobre relevância, eficácia e impacto das intervenções na promoção de autonomia e independência ao longo do tempo (Santos, 2017).

Atualmente, a Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Bipolares, encontra-se a aguardar uma resposta positiva relativamente ao pedido de reconversão do Fórum Sócio Ocupacional “Rumo Bipolar” a Unidade Sócio Ocupacional, enquanto resposta específica na promoção da autonomia funcional e diminuição dos níveis de dependência na Doença Unipolar e Bipolar.



Legenda: Tronco de árvore

Os Benefícios da Atividade Física, Cultural e Criativa na Saúde Mental

Adriana Melo,

Psicóloga Clínica na Delegação Região
Norte ADEB

Saúde não é apenas sinónimo de ausência de doença, mas sim um estado de bem-estar físico, mental e social. A prática de comportamentos saudáveis tais como o exercício físico, hábitos alimentares saudáveis e o envolvimento pessoal e social numa atitude ativa, são indispensáveis na manutenção da higiene mental e na prevenção e tratamento de várias doenças.

A atividade física desempenha um papel fundamental na melhoria do funcionamento cognitivo e suas capacidades, da qualidade do sono, na regulação das emoções negativas, na resposta fisiológica a agentes stressores e no alívio de alguns sintomas (Fox, 1999; Taylor, 1985).

São inúmeras as evidências de que a atividade física, regular e moderada, tem benefícios ao nível físico, psicológico e social (Huber et al, 2011; Jesus, 2014) e pode contribuir de forma significativa para o bem-estar geral em todas as idades, em particular na melhoria da saúde mental, quando avaliada pelos estados depressivos (Jesus et al., 2014). No estudo de Jesus et al. (2014), em que se pretendeu estudar quais os benefícios da atividade física para a saúde, concluiu-se que à medida que determinada distância era percorrida, a auto-estima e a satisfação com a vida aumentava e os estados de humor depressivos diminuíam.

De acordo com o Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física da Direção Geral da Saúde deste ano, o exercício físico tem um efeito comprovadamente positivo em várias doenças, como por exemplo a depressão. As evidências da sua eficácia na funcio-



Legenda: 2 adultos a correr

nalidade e autonomia físicas e na função cognitiva, são claras e fundamentalmente consistentes.

Nos dias de hoje, em que a sustentabilidade é a palavra de ordem, andar a pé ou de bicicleta são estratégias práticas de mobilidade ativa e exemplos de como ser pró-ativo no investimento pessoal para a saúde. Mas existem barreiras e desafios ao exercício da atividade física. Os factores internos mais comuns são a falta de motivação ou de interesse, a “falta de tempo” e a falta de gosto pela competição; de ordem externa, o custo, o acesso, a falta de companhia e a falta de tempo “real”; e os factores relacionados com a saúde tais como doença e lesão (DGS, 2019).

Alimentação

Não é só a atividade física que desempenha um papel fundamental na regulação saudável das esferas física, mental e social.

A alimentação associada à saúde mental tem ganho uma importância preponderante na literatura científica, tal como a saúde

cardiovascular, o risco de cancro e a longevidade. E diversos estudos epidemiológicos sugerem a existência de uma relação entre alimentação e doença mental. É inegável que as capacidades de memória e de aprendizagem podem ser influenciadas pela alimentação, não só durante a fase desenvolvimental como também na idade adulta. Por exemplo, o hipocampo, região cerebral que faz parte do sistema límbico responsável pela regulação da motivação, da memória e das emoções, é, segundo Zainuddin e Thuret (2012), a única estrutura onde a neurogénese (processo de formação de novos neurónios no cérebro) é possível ao longo de toda a vida. Este processo é, no entanto, sensível à dieta alimentar. Alimentos ricos em ómega 3 (com maior concentração na pele dos peixes, na sardinha, no atum, nas nozes e nas sementes de linhaça), flavonóides (cacau, mirtilos, curcuma, vinho tinto, noz e bagas), vitaminas e minerais (como por exemplo alimentos ricos em vitamina A como o fígado, a gema de

ovo, o óleo de peixe, a cenoura, o espinafre, a manga e o mamão; sendo que não devem ser ingeridos nem por excesso nem por defeito) contribuem para o seu equilíbrio (Zainuddin & Thuret, 2012).

De facto, o que comemos afeta diretamente a estrutura e o funcionamento do nosso cérebro (dependente de aminoácidos, gorduras, vitaminas e minerais) e, consequentemente, o nosso humor (Selhub, 2015). E a diminuição da qualidade da alimentação está associada ao aumento das patologias mentais, depressão e ansiedade, e ao envelhecimento da população (Zainuddin & Thuret, 2012). Uma alimentação rica em vitaminas, minerais e antioxidantes nutre o cérebro e protege-o do stress oxidativo, ou seja, do desperdício – radicais livres – produzido quando o corpo usa oxigénio e que pode danificar as células. A comida processada ou refinada é prejudicial para o cérebro e para a regulação de insulina provocando inflamação e stress oxidativo (Selhub, 2015). Num estudo onde se pretendeu avaliar a correlação entre uma alimentação rica em açúcar refinado e o funcionamento cerebral, concluiu-se que este foi amplamente prejudicado e que sintomas de patologias de humor, tais como a depressão, foram observados. Outros estudos concluíram o seguinte (Viana, 2002):

- Hábitos alimentares saudáveis estão associados a uma diminuição do risco de sintomas de depressão, de ansiedade e de dificuldades intelectuais;

- A alimentação tradicional ou mediterrânica ocidental tem uma influência benéfica no humor, no funcionamento intelectual e na fadiga;
- A alimentação moderna ocidental, rica em alimentos processados, representa um desequilíbrio dos nutrientes mais importantes para o funcionamento saudável do organismo sendo pobre em alimentos frescos, rico em alimentos com elevado teor calórico e pobre em nutrientes;
- A dieta moderna ocidental, comparativamente à dieta tradicional ocidental, é responsável pelo aumento dos sintomas de depressão e de ansiedade.

Pode concluir-se que, e segundo as evidências, as alterações mais subtis dos nutrientes obtidos através da alimentação, devem ser considerados na apreciação da saúde neurológica e emocional, em particular na depressão. E que os nutrientes têm uma influência muito importante no funcionamento intelectual e na saúde mental. Os hábitos alimentares influenciam indubitavelmente o sistema imunitário, ao limitarem ou contribuírem para os diferentes graus de inflamação, de defesas com antioxidantes e nos fatores que influenciam a plasticidade do cérebro.

Ainda, e muito importante, é referir o papel dos intestinos neste contexto de saúde global. Segundo diversos estudos, é neste órgão que se pensa acontecer a grande

maioria dos processos fisiológicos que influenciam todo o nosso organismo e que condicionam o nosso estado geral (físico, mental e emocional). Relativamente à absorção dos medicamentos, nomeadamente antidepressivos, os intestinos são fundamentais, tendo como consequência a eficácia dos mesmos na terapêutica farmacológica.

Criatividade

A criatividade é um conceito complexo, multifacetado e plurideterminado. Resulta de uma rede de interações entre fatores individuais e variáveis de contexto social, cultural e histórico, e que interferem na produção criativa. Ser criativo implica superar o que já existe e criar algo de novo. Traduz-se na capacidade de produzir ideias, de relacionar conceitos, de pormenorizar, de expressar sentimentos e de surpreender os outros; na aptidão para encontrar soluções diferentes, pouco comuns ou até mesmo novas e inovadoras (Sternberg, 2008).

É importante, mesmo assim, fazer a distinção entre a atividade criativa e a criatividade do dia-a-dia. A primeira tem cariz estético, profissional e excecional, onde o pensamento convergente está envolvido numa única solução (Henriques, 2015). A segunda resume-se à realização ou resolução de atividades diárias de forma divergente (Cropley, 2009) e à ampla procura de informações que possam gerar inúmeras respostas aos problemas (Henriques, 2015).

Pensar de forma divergente é o resultado de fatores cognitivos, afetivos, pessoais, motivacionais e sociais complexos e é caracterizada pela abertura, flexibilidade, autonomia, brincadeira, disposição de humor para assumir riscos e perseverança (Cropley, 2009).

Assim, a criatividade na promoção da saúde mental não é só uma mais-valia como um conceito quase indispensável para a vida: fundamental na resolução de problemas sustentada por uma atitude pró-ativa – ação e produção.



Legenda: Várias frutas e Legumes



Legenda: Vários adultos sorriem e sobrepoem as mãos

Atividades Culturais

As atividades culturais ou sociais surgem de forma livre ou planificada; a pessoa gere o seu tempo de forma satisfatória e saudável. Resume-se à ocupação do tempo livre, a ter tempo de lazer, à valorização pessoal e social e, consequentemente, à melhoria da auto-estima através da promoção da autonomia e das suas poten-

cialidades e à procura eficaz de fontes de prazer saudáveis para a higiene da saúde mental (Lopes, Oliveira, David & Rebelo, 2014). A pouca participação em atividades sociais conduzem à exclusão social, isolamento (Morgan, Fitzpatrick & Prifold, 2007), sintomas depressivos e aumento do risco de solidão. O uso excessivo das redes sociais são uma das cau-

sas para estes comportamentos quando substituídos por experiências sociais autênticas. Também, a competição entre os perfis nestas plataformas podem ter como consequências uma diminuição da auto-estima e auto-confiança.

Ganhos em saúde traduzem-se na sociedade por ganhos de anos de vida, pela redução de episódios de doença ou encurtamento da sua duração, pela diminuição das situações de incapacidade temporária ou aumento permanente da funcionalidade física e psicossocial, pela redução do sofrimento evitável e pela melhoria da qualidade de vida relacionada ou condicionada pela saúde (Lopes, Oliveira, David & Rebelo, 2014).

A saúde mental influencia o modo como pensamos, sentimos e nos comportamos no dia-a-dia. Afeta, também, a nossa capacidade de lidar com o stress, com os sintomas depressivos e ultrapassar desafios, de construir relações interpessoais saudáveis e a capacidade de resiliência.

Literacia em Saúde: uma estratégia para a promoção de ganhos de saúde e bem-estar da população portuguesa

Cármem Gonçalves,

Assistente Social na Sede Nacional ADEB

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define Literacia em Saúde como o conjunto de “*competências cognitivas e sociais e a capacidade da pessoa para aceder, compreender e utilizar informação por forma a promover e a manter uma boa saúde*”.

A Literacia em Saúde implica o conhecimento, a motivação e as competências das pessoas para aceder, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde de

forma a formar juízos e tomar decisões no quotidiano sobre cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde, mantendo ou melhorando a sua qualidade de vida durante todo o ciclo de vida.

A promoção da Literacia em Saúde, junto das pessoas, das comunidades, e das organizações, constitui-se como uma importante oportunidade e desafio da Saúde Pública.

De acordo com os resultados do Inquérito sobre Literacia em Saúde em Portugal 2016, (ILS-PT), comparando com os países participantes no *Health Literacy Survey EU 2014* (HLS-EU), é o país que apresenta menor percentagem de pessoas com um nível excelente de Literacia em Saúde (8,6%) e com a média europeia (16,5%). Encontra-se em 2º lugar no que se refere à percentagem de pessoas com nível

suficiente de Literacia em Saúde (42,4%), sendo que a média europeia é de 36%.

No que se refere à percentagem de pessoas com um nível problemático de Literacia em Saúde, Portugal apresenta um valor mais elevado (38,1%) do que a média europeia (35,2%). Com nível inadequado, apresenta um valor inferior (10,9%) ao da média europeia (12,4%).

O estudo ILS-PT identificou grupos muito vulneráveis no campo da Literacia em Saúde na população portuguesa: grupos em que 60% das pessoas registam níveis de literacia “problemático” ou “inadequado” com representação maior ou igual a 5% na amostra. Os resultados do ILS-PT mostram de forma clara o potencial para aumentar o investimento na área da Literacia em Saúde.

Por forma a uniformizar e organizar todas as medidas e ações relacionadas com a Literacia em Saúde foi criado o **Plano de Ação de Literacia em Saúde 2019-2021**. Este plano de ação pretende, mantendo a pessoa no centro da intervenção, melhorar continuamente, conscientemente e com sustentabilidade o nível de Literacia em Saúde da população residente em Portugal.

Este Plano de Ação, considera a sua abordagem por ciclo de



PLANO DE AÇÃO
PARA A LITERACIA
EM SAÚDE
HEALTH LITERACY
ACTION PLAN
PORTUGAL

2019-2021

Legenda:

Capa do Plano de Ação para a Literacia em Saúde



Legenda: Capa de livro “Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde” da DGS

vida e enquadra a sua realização por setting, contexto e objetivos estratégicos. Este plano está enquadrado com os princípios da “Cidadania em Saúde”, “Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde”, “Qualidade em Saúde”, “Políticas Saudáveis”, objetivos e metas do Plano Nacional de Saúde: Revisão e Extensão a 2020 (PNS).

Este Plano é ambicioso, sendo que a sua concretização será realizada em estreita articulação com os parceiros e com os cidadãos, através do cumprimento de um conjunto alargado de medidas e metas que visam o aumento sustentado dos níveis de Literacia em Saúde, promovendo, de forma direta, a autogestão informada dos processos de saúde e a melhoria dos níveis de saúde da po-

pulação portuguesa.

A definição da implementação do Plano de Ação apresenta-se como a medida central na execução e concretização das ações propostas. Estrategicamente foram definidos três pilares de intervenção: os Profissionais de Saúde, a População e todos os Parceiros que podem contribuir para a promoção da Literacia em Saúde.

No âmbito deste Plano, e porque os Profissionais de Saúde são um fator-chave para a promoção da Literacia em Saúde junto da população, a Direção-Geral da Saúde desenvolveu o “Manual de Boas Práticas de Literacia em Saúde - Capacitação dos Profissionais de Saúde”, que se pretende constituir como uma ferra-

menta que tem como fim contribuir para o aumento dos níveis de Literacia em Saúde da população Portuguesa. Este manual constitui-se como um guia para Profissionais de Saúde que permitirá uma melhor compreensão acerca dos temas que envolvem a Literacia em Saúde, assim como um maior conhecimento sobre modelos de mudança comportamental, oportunidades de promoção de Literacia em Saúde nos diferentes contextos e estádios do ciclo de vida, obstáculos à Literacia em Saúde, métodos e meios para a promoção da Literacia em Saúde, ferramentas de orientação para a pessoa e sugestões para conteúdos e modelos gráficos.

A Literacia em Saúde permite otimizar a procura de soluções para os problemas de saúde promove os estilos de vida saudável em geral, bem como comportamentos preventivos e protetores da saúde em particular, pelo que a sua promoção deve ser fomentada. É neste contexto que surge o Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Auto-cuidados, criado ao abrigo de Despacho n.º 3618-A/2016, com a coordenação da Direção-Geral da Saúde (DGS). Já em 2017, me-

dante o Despacho n.º 142/2017, este Programa foi integrado, conjuntamente, com o Programa de Prevenção e Gestão da Doença Crónica, num novo Programa designado Literacia em Saúde e Integração de Cuidados, dada a existência de um conjunto considerável de conteúdos sobreponíveis a ambos.

Segundo a Carta de Ottawa, “a Promoção da Saúde é o processo que visa aumentar a capacidade das pessoas e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, a pessoa ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. Assim, a saúde é entendida como “um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida.” (OMS, 1986).

Nesse sentido, a Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Bipolares- ADEB, desde 1991, tem como um dos seus grandes pilares: a promoção, educação e formação na área da saúde mental junto das pessoas com diagnóstico de perturbações de humor depressiva e bipolar,

e diversas comorbilidades associadas, bem como junto dos seus familiares, amigos e comunidade em geral. Nesse sentido, temos implementado e desenvolvido os seguintes Grupos Psicoterapêuticos: Grupos Psicoeducativos, Grupos Terapêuticos de Stress e Ansiedade e Grupos de Prevenção de Ideação e Comportamento Suicida. Além disso, realizam-se, anualmente, a nível nacional, cerca de 12 Sessões Psicopedagógicas, 3 Colóquios e diversas ações informativas e de esclarecimento em escolas secundárias e universidades para alunos e professores sobre saúde mental, bem como, em autarquias e outras instituições públicas. São também editadas em suporte informático 2 Revistas BIPOLAR por ano e distribuídos milhares de materiais psicopedagógicos, alusivos a várias temáticas sobre saúde mental, aos associados e comunidade em geral.

De acordo com a Dra. Graça Freitas, Diretora-Geral da Saúde, a promoção da Literacia em Saúde da população Portuguesa é uma prioridade de saúde pública, mas há ainda um caminho a percorrer.

Lei de Bases da Saúde

... mas não fecha a porta em definitivo à mercantilização da saúde privada.

Foi uma vitória contra a anterior que estava completamente aberta às PPP...

Quem aprovou a Lei de Bases da Saúde, PS, BE e PCP/PEV, nunca disse que a saúde privada não podia existir. Não pode é continuar a abocanhar do Orçamento do Estado, 4 em cada 10 euros! Esta diferença tem de ser, obrigatoriamente, canalizada para o Serviço Nacional de Saúde. Ponto! A medicina privada não pode continuar a enviar para o SNS, doentes, porque não tem re-

ursos e capacidades, não sabe ou não interessa porque é caro(!).

Achamos extraordinário que o bastonário da Ordem dos Médicos esteja sempre, até à exaustão, a criticar o SNS e não tenha uma módica palavra (nunca ouvimos) sobre clínicas e hospitais privados. Está tudo bem? Não há reparos a fazer? Nada há a observar? O bastonário só representa os médicos a mercantilizar nos privados? Dá que pensar... No fundo, parece que o que se pretende é esvaziar ainda mais o já débil SNS, para que consultórios, clínicas e hospitais privados fiquem com o grosso do negó-

cio, e atirar o SNS para um modelo igual ao da Inglaterra ou dos EUA. Para paupérrimos...! Esta visão é compartilhada por Assistentes Operacionais, Enfermeiros e Médicos. E não são poucos...

Neste enquadramento, realizou-se uma marcha para assinalar o Dia Mundial da Saúde Mental, desde Belém até Alcântara, à beira Tejo, com 300 lutadoras(es) que vincaram o esquecimento a que esta vertente da medicina tem sido exposta. As(os) oradoras(es) foram assertivas(os) e relataram as suas experiências pessoais com esperança, que nunca morre. Mais

uma vez o estigma é tão evidente, que não compareceu ninguém dos órgãos de informação, não havendo, assim, impacto para a gravidade da doença nem para o crónico subfinanciamento! Foi-me dito pela Presidente da Federação Nacional de Entidades de Reabilitação de Doentes Mentais, que foram convidados todos os meios de comunicação social(!). A falta de meios, recursos e financiamento sabemos que se deve ao Presidente do Euro-

grupo, Mário, que dá ordens ao ministro das Finanças, Centeno, para não abrir os cordões à bolsa! Estudos credíveis indicam que o tratamento ou a falta dele é mais caro do que a prevenção.

Os números jamais podem estar à frente das pessoas. Jamais!

Esta Lei de Bases, anula a anterior que era pró privados - descaradamente.

Os queridos e saudosos, António Arnaut e João Semedo, aonde es-

tejam, estão expectantes e (quase) satisfeitos pela nova Lei. Vamos ver o que dita o Decreto-Lei e porventura os seus Decretos Regulamentares...

Com este governo as lutas pela Saúde Mental têm de ser um desafio para um futuro melhor! Assim haja vontade!

Vítor Colaço Santos

Escuridão Visível Uma Memória de Loucura

Na Sessão Psicopedagógica do passado dia 21 de Setembro de 2019, foi apresentado o livro "*Escuridão Visível- Uma Memória de Loucura*" de William Styron, pelo Prof. Dr. António Sampaio, autor do Prefácio da obra, no Auditório da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa, Lisboa.

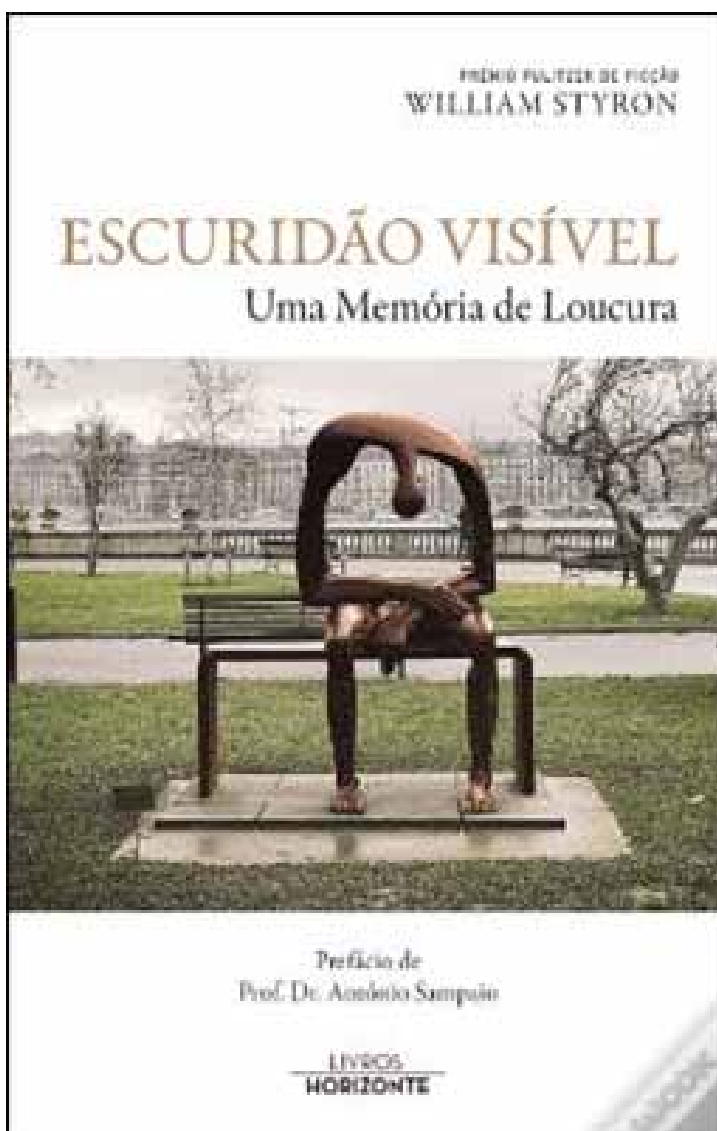
Para quem está de fora, não é fácil entender o abismo da depressão, a crueldade das suas garras, o desespero e a desesperança que arrasta consigo e que, demasiadas vezes, conduz a vítima a acabar com a própria vida. E, no entanto, só reconhecendo os sinais e compreendendo melhor a teia deste inferno podemos acolher este sofrimento indizível.

O escritor William Styron, autor de livros como A Escolha de Sofia, quase se juntou à longa lista de escritores que se suicidaram. Salvou-se, num último momento, foi hospitalizado e, por fim, recuperou. Com a mestria de um grande escritor, e o conhecimento que só quem passa por esta terrível doença pode possuir, passou a escrito o relato desta viagem pela mais assustadora das escuridões, e o seu regresso à luz.

Prefácio de Prof. Dr. António Sampaio

O vídeo da apresentação do livro da Sessão Psicopedagógica do dia 21-09-2019 pode ser visto em: <https://www.youtube.com/watch?v=vl7p8fuTrA0>

O livro encontra-se disponível na Sede e Delegações da ADEB para venda, no valor de 10,50€.



ATRIBUIÇÃO DO ESTATUTO DE SÓCIO HONORÁRIO E BENEMÉRITO

No passado dia 6 de Abril de 2019, foi aprovado na Assembleia Geral Ordinária da ADEB o Regulamento de Atribuição do Estatuto de Sócio Honorário e Benemérito da ADEB, pelos serviços prestados na área associativa da saúde mental e social. Nesse sentido, no mesmo dia, foram atribuídos os seguintes Estatutos aos Associados:

- **Dr. José Manuel Jara, Sócio nº2:** Atribuição do *Estatuto de Sócio Honorário*, pelos serviços prestados na área associativa comunitária da saúde mental e social, como fundador e dirigente da ADEB e também no campo científico e técnico, tendo como objetivo promover a reabilitação psicossocial das pessoas com patologias Unipolar e Bipolar.

Atribui-se ao Dr. José Manuel Jara o Estatuto de Sócio Honorário, pela sua elevada visão e consciência política e empenho e dedicação na congregação de boas vontades e espírito solidário de colegas psiquiatras, doentes estabilizados com o diagnóstico de depressão e bipolaridade e seus familiares na fundação e constituição da Associação ADEB no ano de 1991.

Acresce, ainda, o seu grande contributo participativo e ativo nos cargos para que foi eleito nos Corpos Gerentes da ADEB, desde 1991, tendo tido um papel relevante, ao longo de 28 anos, na inovação, constituição e implementação dos objetivos e valências da ADEB.

Salienta-se o seu espírito solidário, atitudes filantrópi-

cas e cooperativas na inovação e edição de documentação psicopedagógica e Revista Bipolar, site da ADEB, com o objetivo da promoção e educação das pessoas com as patologias Unipolar e Bipolar.

- **Sr. Carlos Alberto Dias Malheiro, Sócio nº3:** Atribuição de *Estatuto de Sócio Honorário*. Foi-lhe diagnosticada a perturbação Bipolar, aos 17 anos, pelo Doutor Pedro Polónio, encontrando-se desde 1990 a ser acompanhado em psiquiatria no H. Júlio de Matos, pelo Dr. José Manuel Jara, Médico Psiquiatra, convidando-o a fazer parte da Comissão de Fundadores e da Fundação da Associação em 05 de Junho de 1991, tendo integrado todos os elencos diretivos, alguns mandatos, algumas vezes com o cargo de Presidente e Tesoureiro da Direção da ADEB até ao ano de 2014, demonstrando uma assinalável consciência, dedicação e consequente ativismo na implantação e dinamização dos objetivos e valências, nomeadamente na gestão dos grupos de Ajuda Mútua.

- **Prof. Doutora Maria Luísa Figueira, Sócia nº32:** Atribuição de *Estatuto de Sócia Benemérita*, Psiquiatra e Ex-Presidente da Sociedade Portuguesa de Psiquiatria. Integrou a Comissão de Fundadores da Associação no ano de 1990, organizou e promoveu vários simpósios, anuais, durante uma década, sobre a perturbação Bipolar, tendo tido uma proeminente divulgação junto da comunidade da importância na elevação dos conhecimentos dos médicos e técnicos de saúde mental sobre o quanto é importante para as pessoas, a reabilitação psicossocial, com diagnóstico da perturbação Afetiva Bipolar.

Mentora e (co)autora na edição dos livros de grande valor científico, técnico e pedagógico no campo da psiquiatria e psicologia clínica, na área da formação académica dos estudantes de medicina, psiquiatria e psicologia e, de todos os técnicos com intervenção comunitária na área da Reabilitação Psicossocial em saúde mental.



Legenda: Caneta escreve a palavra "Obrigado"

TESTEMUNHO

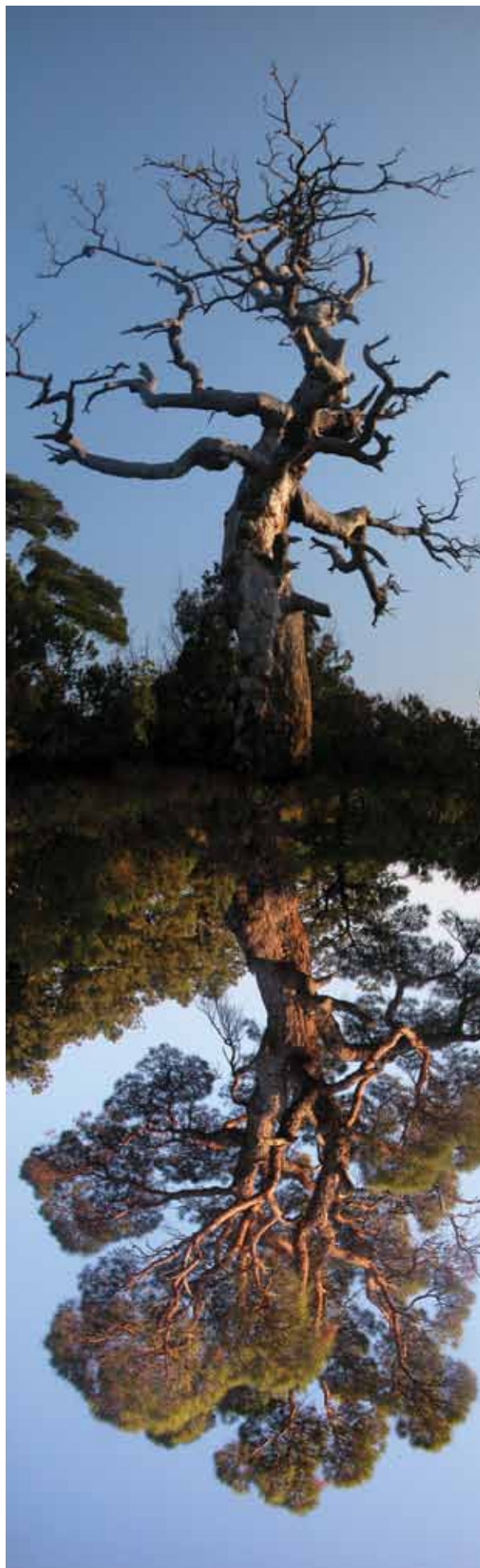
Vivo com sintomas de doença bipolar provavelmente desde criança. Viver com esta doença é achar-se diferente dos outros e não saber porquê. É quase sempre achar que a culpa é nossa. Sempre tentei ser normal mas nunca consegui. Durante décadas vivi com a ideia de que só estava doente quando estava deprimido. Achando que quando estava bem-disposto estava saudável. Na realidade, quando estava bem-disposto, não só continuava doente como muitas vezes até estava mais doente ainda. A fase bem-disposta é a fase mais perigosa da minha doença. Só há coisa de 3 - 4 anos percebi isso. Chamo fase bem-disposta à fase hipomaníaca. Faço ciclos rápidos e viver com um humor normal, diria, é o mais raro para mim.

Comecei a trabalhar aos 19 anos como professor do ensino básico oficial ainda durante os meus estudos na faculdade. Fui um aluno brilhante. Aos 23 anos fui convidado para dar aulas na faculdade onde estudava. Recusei. Sentia-me já muito doente mas não sabia porquê. Mudei de cidade porque achava que se o fizesse ficaria saudável. Tentei novamente o ensino básico donde saí com baixa psiquiátrica ao fim de 3 meses. Numa junta médica deram-me a entender que eu não teria robustez psíquica para a função. Fiz biscates vários. Nunca consegui ser autónomo financeiramente. Estive sempre dependente da ajuda dos meus pais.

Desde a escolha do curso até às primeiras experiências profissionais nunca tive qualquer tipo de aconselhamento. Sempre estive entregue a mim próprio e aos altos e baixos do meu humor. Pedi ajuda psiquiátrica aos 19 anos mas o diagnóstico correcto só o obtive aos 35 anos. Mesmo depois do diagnóstico não consegui ter uma boa auto-consciência das minhas vulnerabilidades. Necessitei talvez de 20 anos para o conseguir. Meti-me em vários projectos profissionais que acabaram todos num beco sem saída. Todos deram em nada. Artes plásticas, teatro e explicações, principalmente. Só agora, aos 57 anos, vejo a possibilidade de traçar realisticamente uma espécie de prolongamento saudável de algumas destas actividades profissionais que tive no passado.

Só o consigo fazer agora porque encontrei, na ADEB, as pessoas e as valências certas para me ajudarem. Pessoas especializadas, com conhecimentos e experiência em aconselhar e encaminhar pessoas como eu. É fundamental pedir ajuda e procurar - até encontrar - as pessoas certas. Viver com os altos e baixos da minha doença tornou quase impossível tomar decisões acertadas durante toda a minha vida. Uma das características desta doença é a falta de capacidade de auto-crítica. E fazer com que as decisões que se tomam sejam de muito pobre qualidade. Qualquer decisão. Seja sobre nós, seja sobre o nosso tratamento, seja sobre o nosso projecto profissional. Temos de pedir ajuda. Não o conseguimos fazer sozinhos. Nem pensar.

Sócio da ADEB nº 940



Legenda: árvore refletida na água

NOTÍCIA

CONVENÇÃO NACIONAL DE SAÚDE EM 2019- Conclusões



Legenda: Fotografia da Convenção Nacional de Saúde 2019

Ana Paula Martins, Bastonária da Ordem dos Farmacêuticos

Na terceira reunião da que é a maior plataforma de debate da saúde em Portugal, foi a voz dos cidadãos que quisemos destacar. Porque é para os portugueses que somos, que o sistema nacional de saúde tem que ser capaz de cumprir a sua missão: criar valor para os cidadãos e cumprir a sua função de acelerador da coesão social e territorial respondendo aos desafios de hoje mas, sobretudo, de amanhã.

Importa nunca esquecer... “que o princípio e o fim, o alfa e o ómega, do Serviço Nacional de Saúde (SNS), têm nomes e tem rostos. E tem biografias e tem dramas. São as pessoas. São os Portugueses.” [Marcelo Rebelo de Sousa, Presidente da República na primeira Reunião da Convenção Nacional da Saúde].

E é isto que nos une e que jamais poderemos esquecer.

E foi pelos portugueses que esta Convenção, feita por portugueses, se concretizou. Para fazer parte de um debate que acrescente sucesso a uma história de sucesso. Sem agendas corporativas, participada, plural, não partidária. Uma convenção que dialoga com o futuro, não se consumindo na espuma dos dias em que os problemas persistem, mas cuja solução cabe a quem governa e só quem governa pode essa responsabilidade assumir. E quem Governa hoje e amanhã, terá sempre nesta Convenção o suporte da sociedade para justificar o óbvio: não investir na saúde é socialmente inaceitável.

Esta Convenção veio para ficar e está para durar.

Porque tem uma Agenda para a Década. Transversal, suprapartidária, com um desígnio nacional: Saúde para Todos.

Consulte aqui **A Agenda da Saúde para a Década:**

<https://cnsaude.pt/wp-content/uploads/agenda-decada-saude.pdf>



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

ADEB

CONVOCATÓRIA

Assembleia Geral Ordinária

30 de Novembro de 2019

Convocam-se todos os associados da Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Bipolares- ADEB, ao abrigo da alínea c) do n.º 1) do artigo 28.º dos Estatutos da ADEB, a comparecer na Assembleia Geral Ordinária, no dia **30 de novembro de 2019**, às 14:30 horas, a realizar na Cruz Vermelha Portuguesa- Delegação do Porto: Rua Nossa Sra. de Fátima n.º 108. 4050-425 (junto à rotunda da Boavista na cidade do Porto), com a seguinte ordem de trabalhos:

I - 14:30 às 15:30H

Análise e Aprovação do programa de Ação e Orçamento para o ano 2020.

II - 15:30 às 16:00H

Atribuição do Estatuto de Sócia Honorária à Prof. Doutora Lia Fernandes e ao Doutor Paulo Horta, e o Estatuto de Sócia Benemérita à Doutora Leonida Miranda, pelo apoio e solidariedade prestados, em regime de voluntariado, na promoção da saúde mental.

III - 16:00 às 17:30H

Colóquio subordinado ao tema: “*Saúde Mental e Envelhecimento: Perturbação Bipolar no Idoso*” - Prof. Doutora Lia Fernandes, Médica Psiquiatra e Membro do Conselho Científico e Pedagógico da ADEB.

IV - 17:30H e 18:00H

Debate

12:30H ALMOÇO CONVÍVIO

Caro associado e amigo, na sequência da Assembleia Geral Ordinária e Colóquio, terá lugar um almoço convívio na Cervejaria “DIU PALACE”, sito na Rua da Boavista, n.º 665, Porto

• Almoço:

Ementa:

- **Entradas:** pão, manteigas, patê e azeitonas
- **Pratos à escolha:** Peixe - Filetes de Linguado ou Carne - Francesinha
- **Bebidas:** Águas ou refrigerantes e café
- **Sobremesa:** Doce ou Salada de Fruta

Inscrições para o almoço até ao dia 25 de Novembro de 2019 na Sede Nacional da ADEB ou pelos telefones 218 540 740/8, TM: 968 982 150 ou email: adeb@adeb.pt
O preço por pessoa €15,00.

COMPAREÇA e PARTICIPE

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



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

ESCREVA E DIVULQUE A REVISTA BIPOLAR

Ficha Técnica

Revista Bipolar n.º 60

Periodicidade: Semestral

Ano XV, 2.º Semestre de 2019

Proprietário: ADEB

NIPC ADEB: 502610760

Editor: ADEB

Sede do Editor: Av. de Ceuta, n.º53. Lojas F-J.
1300-125 Lisboa

Diretor: Delfim Augusto d'Oliveira

Sub-Diretora: Renata Frazão

Coordenador de Redação: Delfim Augusto d'Oliveira

Colaboradores: Lia Fernandes; Mafalda Fernandes;

Sérgio Paixão; Renata Frazão; António Sampaio;

Lídia Águeda; Anabela Santos; Adriana

Melo; Cármen Gonçalves e Vítor Colaço Santos.

Redação: ADEB

Impressor: ADEB

Tiragem: 30

N.º Depósito Legal: 143533/99

Registo na ERC: 121888

Preço: 2,50€

Distribuição gratuita aos sócios

Contactos

Sede Nacional da ADEB

Quinta do Cabrinha, Av. de Ceuta, n.º 53, Loja
F/G, H/I e J
1300-125 LISBOA

Tel: 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, regiao_norte@adeb.pt

Delegação da Região Centro da ADEB

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

Tel / Fax: 23 981 25 74 Tlm: 96 898 21 17

regiao_centro@adeb.pt

www.adeb.pt

