



BIPOLAR

REVISTA DA ASSOCIAÇÃO DE APOIO AOS DOENTES DEPRESSIVOS E BIPOLARES Nº 25

CONVOCATÓRIA

Assembleia Geral Ordinária

18 de Dezembro de 2004,
às 10:00 horas,
no Anfiteatro do Hospital
Júlio de Matos,
Parque de Saúde de Lisboa,
com base na seguinte Ordem de
Trabalhos:

1. Análise e aprovação do Programa de Acção e Orçamento para o ano 2005;
2. Seminário subordinado ao tema: "ESTIGMA E EXCLUSÃO SOCIAL";
3. Almoço Convívio de Natal;
4. Exposição de Artes Criativas.

www.adeb.pt

Estigma & Exclusão Social



Editorial

Foi palco da minha infância e minha juventude ter por vizinhos dois jovens, órfãos de pai, que sofriam e sofrem de deficiência mental. Filhos únicos de uma mãe estremosa, afectiva e protectora que prolongou a vida, em sofrimento, até aos 90 anos sempre na angústia e no medo de os abandonar à sua sorte.

Jorge e Luís, mais velhos do que eu cerca de 10 anos, são ainda hoje os meus melhores amigos, são eles os primeiros a procurar-me, quando estou em férias na minha aldeia transmontana incrustada na Serra do Alvão.

Sempre revelaram ser duas pessoas inteligentes e trabalhadores, um mais intelectual e outro mais braçal, sendo a sua mãe a deusa e o seu universo que lhes prestava todo o carinho e afecto.

Segundo reza a história, ela contava a pessoas da sua confiança que ao casar apaixonada com uma figura do meio intelectual do Porto, o marido não lhe revelou que sofria de sífilis, assim herdaram tão estranha deficiência mental que o povo até hoje não pôs rótulo e nunca foram alvo de qualquer *Estigma ou Exclusão Social*.

A mãe maravilhosa e culta que tão bem conheci, dela nunca ouvi queixume, amargura ou revolta, foi sempre uma lutadora e solidária com todos os que de algum modo sofriam de desvantagens. Que Deus a tenha em paz e descanso, porque os seus meninos perderam uma mãe, mas a aldeia adoptou-os, ao ficarem sozinhos no mundo, sem nada e sem ninguém, contudo nunca mais foram os mesmos sem a sua querida mãe.

Delfim Augusto Oliveira
Presidente da Direcção Nacional da ADEB
delfim@adeb.pt

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;
- Informação pedagógica de modo a contribuir para a Reabilitação, educação e Prevenção daqueles que sofrem da doença Unipolar e Bipolar;
- Entrevistas, artigos de opinião e documentários;
- Divulgação e testemunhos de pacientes e familiares;
- Relatório das actividades sociais desenvolvidas pela ADEB;
- 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 Estigma em Saúde Mental	3
Estigma no Local de Trabalho	7
Reinventar a Fábula	8
Um Olhar Fragmento de uma Emoção Inteira	10
A Doença Bipolar	11
Bem me quer ou mal me quer	14
Apoio a crianças e adolescentes com distúrbios de humor	16
A Relação Professor-Aluno e os Afectos	17
Primeiro Encontro de Professores com a doença Unipolar e Bipolar	18
A Jorna Emocional	19
Quem sou EU?	19
Convocatória	20
Mini-Fórum Sócio-Ocupacional	20
Hospitalização Psiquiátrica e Internamento Compulsivo	20
Actividades da Delegação Norte	23
Actividades da Delegação Centro	24
Documentação Psicopedagógica	24
Dados Estatísticos	25
Campanha - Doença Bipolar	26
A Arte de António Azevedo	27
Livros	27

O ESTIGMA EM SAÚDE MENTAL

Resumo

Este texto foi exposto num debate sobre estigma em Saúde Mental, presidido pelo Sr. Ministro da República para os Açores, Juiz Conselheiro Laborinho Lúcio, inaugurando um Fórum de Cinema e Saúde Mental que aconteceu de 4 a 8 de Fevereiro de 2004 no Teatro Angrense na cidade de Angra do Heroísmo. O combate ao estigma faz-se através de uma consciencialização da sociedade, sendo uma das bases a informação científica que derruba preconceitos.

Podem alguns de vós questionar-se sobre a razão de ser da iniciativa de realizar um debate como ponto de arranque para um Fórum de Cinema e Saúde Mental a ter lugar num teatro na comunidade, achando que as sociedades actuais já são desenvolvidas e esclarecidas, donde já não fará muito sentido falar de estigma em saúde mental.

Ainda há dias me confrontava com uma pessoa inteligente e sensível que tem uma perturbação do humor que se complica, a espaços, com alteração do comportamento, que me dizia da sua mágoa de ter sentido que amigos se afastaram e até a sua família encontra pouco tempo para lhe dedicar, recordando de forma sentida uma discussão com um irmão que lhe disse de forma agressiva "tu és uma maluca de S. Rafael"... Também recentemente internei por transferência do Centro de Saúde de Velas, S. Jorge, uma senhora com Depressão grave, mas que logo depois de verbalizar a tristeza, anedonia e falta de energia que sentia, referia também "eu vim porque quis, mas a gente fica sempre marcados porque veio a S. Rafael". Como faço sempre esclareci - é a Casa de Saúde do Espírito Santo, no sector de doentes agudos funciona como um prolongamento do Hospital de Santo Espírito de Angra do Heroísmo, nem é S. Rafael. "As pessoas não sabem disso, põem-me o complexo. E passado um pouco, de um jeito triste e conformado, dando à cabeça, acrescentava "eu pensava que era discreta e vim parar aqui..."

De facto, na clínica, é frequente os doentes

subli-nharem primeiro, "olhe que eu estou discreto, (no sentido Terceirense do termo, que se refere a inteligência), e só depois nos disserem os seus sofrimentos.

Ou procurarem-nos, depois de anos a sofrer (estudos Americanos falam em 8 anos), ou a correr médicos numa cegueira sobre a verdadeira doença, sempre a evitar ser doente da mente, quantas vezes a iatrogenizar o quadro clínico e a realizarem exa-mes médicos

diversos e desnecessários, sobrecarregando o sistema de saúde, até no aspecto financeiro.

Há estigma ainda, e nós bem sentimos isso na prática clínica.

A literatura também nos sublinha isso, e cito, por exemplo, um estudo epidemiológico feito na Austrália encontrou que, intervenções especificamente associadas à Psiquiatria, como ECT ou internamentos em enfermarias de psiquiatria, eram vistos de modo muito negativo pelo público, com uma maioria de pessoas achando que são deletérios em vez de benéficos (Jorro et al, 1997). Remédios "na-turais", como vitaminas e ervas são vistas muito mais positivamente pelo público, contrariamente aos psicotrópicos encardados com atributos negativos (Ficher et al, 1999, citado por Jorro).

Estigma enquadra-se em falta de respeito, em rótulos, mitos e falsas crenças, constitui-se uma barreira e desencoraja as pessoas e as suas famílias a procurarem ajuda. E há doenças mentais que, quanto mais cedo começarem a ser tratadas, melhor poderá ser a evolução. Sobretudo hoje em dia com os novos fármacos

"Há estigma ainda, e nós bem sentimos isso na prática clínica. "

ao nosso dispor.

E é assim que surge a necessidade de se realizarem campanhas para sensibilizar a população em geral e pugnar pela modificação das ideias preconcebidas dos doentes e sua famílias. Ou seus amigos. Que no fundo somos todos nós.

E estamos a falar de doenças muito comuns: a esquizofrenia afecta 1% da população, a doença afectiva bipolar 1%, a Depressão Major 10-20% e a Doença de Alzheimer 15% das pessoas com mais de 65 anos. E só para falar nas mais graves!

Jorm (2000) cita Kessler (1994) para justificar uma prevalência, "lifetime" até 50%, o que significa que qualquer pessoa pode ter uma doença mental ou ter um contacto estreito com quem a tenha.

É assim que, embora fosse mais fácil circunscrever-me ao trabalho clínico que, de facto, é a minha vocação, estou hoje aqui, porque penso que os psiquiatras têm o dever de transmitir a mensagem necessária à comunidade para ajudar a mudar atitudes e, em última análise e se necessário for, a travar também algumas lutas no campo social e político para melhorar as vidas das pessoas com doenças da mente.

Não estamos só a falar de doenças frequentes, mas também onerosas em termos de custos. Recentes estimativas da Organização Mundial de Saúde e do Banco Mundial referem que cerca de 10 de todos os anos perdidos devido a incapacidade, são perdidos devido a doença mental (e não se inclui aqui a deficiência mental, nem álcool e dependência de drogas).

O Banco Mundial atribui à depressão a principal fonte de deficiência e incapacidade em 2010. Por sua vez dados projectivos sugerem que os encargos financeiros com a depressão ocuparão o segundo lugar em 2020, apenas superados pelos da doença cardíaca isquémica.

Nas sociedades industrializadas a depressão e as perturbações ansiosas constituem um problema de saúde pública uma vez que têm uma prevalência elevada e estão em franco crescimento. Na América, de 50 milhões que sofrem de doença mental só 1/4 vão tratar-se. No que respeita às depressões, só 10 chegam ao psiquiatra. Quanto aos restantes 90 o médico de família vê em número significativo ansiedades e depressões e uma fracção nunca quantificada poderá recorrer às Medicinas Não Convencionais, onde o componente espiritual está sempre interligado com as maleitas do corpo e vice-versa, ou pior ainda, sofrer sem

qualquer ajuda, isolados e em segredo.

A OMS admite que o suicídio seja, a partir de 2005, uma das primeiras causas de morte nos Países desenvolvidos.

Isto remete-nos para os custos pessoais, o sofrimento psicológico, que Antero de Quental descreve como ninguém numa carta a um amigo "cada dia sinto mais o vazio da minha existência, a minha impotência, a minha inutilidade, de sorte que a vida se me tem tornado em extremo pesada. Olho para a morte como um abrigo seguro..."

Razões de sobra para o combate ao estigma que passa por três níveis, a saber, a imagem dos serviços de Saúde Mental e dos psiquiatras, a educação do doente e suas famílias e a informação correcta da comunidade.

A imagem dos serviços de Saúde mental e do Psiquiatra

Os significativos progressos científicos da psiquiatria, e a integração da especialidade nos Hospitais Gerais, são factos recentes que não conseguiram mudar totalmente a imagem dos serviços de Psiquiatria ainda algo asilar e paternalista, com alguns psiquiatras afastados da Medicina Geral.

Em 1953, em artigo publicado "na União", aos 70 anos de idade, o Dr. Joaquim Bartolomeu Flores, pioneiro da Assistência psiquiátrica nos Açores, reflectia assim - "Na Escola Médica onde fiz o meu curso saí sem que os meus mestres me tivessem iniciado nos mais rudimentares conhecimentos da parte das ciências médicas a que se chama psiquiatria... havia em mim uma tendência inata (para tal tema), talvez por ter havido na minha ascendência materna uma doença mental de carácter grave, que foi causa de eu não ter conhecido o tão precioso amparo de mãe..."

Cabe aqui uma reflexão sobre a formação médica que ainda hoje é modesta no que respeita às doenças da mente e no espontâneo combate ao estigma que tão insigne médico Terceirense fazia, por exemplo, ao integrar a Psiquiatria na Medicina e ao assumir as suas ligações familiares à doença mental. Mais adiante no referido artigo diz ainda "...sentir dó, mágoa, pela forma cruel e desumana como então se assistia a tais doentes, na nossa terra, onde comecei por vê-los, na minha infância, ali nos baixos do Hospital de Santo Espírito, encurrulados à maneira de cães enraivecidos, aonde se faziam excursões aos Domingos para gáudio de

"A OMS admite que o suicídio seja, a partir de 2005, uma das primeiras causas de morte nos Países desenvolvidos."

curiosos... ". Mais adiante escreve que, quando iniciou a carreira de clínico geral, por altura de 1920, já funcionava o pavilhão de alienados anexo ao Hospital de Santo Espírito, mas reconhece que a esses doentes faltava "a assistência que tinham os doentes da clínica médica e cirúrgica do seu vizinho Hospital".

A 8 de Março de 1928 consolida-se a transferência de todos os doentes para a Casa de Saúde de S. Rafael, pertença dos Irmãos de S. João de Deus, conhecida como Casa Amarela, que constituiu, na época, um progresso em termos de humanização de cuidados, mas que foi alvo de crenças e mitos que persistem até aos dias de hoje.

Só em 1952 surgem os primeiros fármacos para tratar a doença mental e é a partir daqui que a imagem dos hospitais psiquiátricos se humaniza e a psiquiatria se aproxima da comunidade.

É por esta data que começa a trabalhar na Terceira o outro nome grande da nossa História da Psiquiatria, o Sr. Dr. Hélio Flores Brasil, que vem demonstrar como um clínico bem aparelhado de conhecimentos de Medicina e Psiquiatria, consegue combater o estigma, tratando a PESSOA com a doença, quer esta fosse diabetes, hipertensão ou depressão.

Penso que combater o estigma em doença mental começa nos psiquiatras, pois se pretendemos enquadrar cada vez mais as perturbações da mente no cérebro, e cada vez surgem mais evidências científicas nesse sentido, então também quem trata é, antes de mais, um médico que vê a pessoa como um todo, diferenciado em doenças mentais, como outro se especializa em doenças do coração ou do rim.

Em conclusão, queremos psiquiatras de orientação biológica e bons conhecimentos em psicofarmacologia, porque foram eles que, de facto, ajudaram a mudar a ideia de que a psiquiatria "era só conversa" e pouco rigor científico (N. Sartorius, 2002).

A psiquiatria como uma disciplina da Medicina deve basear-se nos métodos científicos da evidência e experimentação adaptados às doenças mentais, preocupando-se também com a sua identificação precoce e o seu tratamento e prevenção.

Nos Países ditos desenvolvidos há o problema dos sem abrigo e de muitos doentes que não recebem a ajuda que deveriam ter. E há ainda a questão dos cuidados após à crise aguda, a

questão fundamental da reabilitação. Estes cuidados de reabilitação psico-social das pessoas que têm doença mental (da mente ou do cérebro, por exemplo por traumatismo craniano), são escassos em quase todo o mundo. E aqui o estigma da doença mental, e a consequente discriminação negativa das pessoas que a têm, representa um obstáculo forte para o sucesso de qualquer intervenção nesta área. E se antigamente com menos tratamentos disponíveis não fazia tanto mal que a saúde mental tivesse o orçamento mais baixo da saúde, agora já faz toda a diferença.

Educação dos doentes e suas famílias

Associações de doentes e psico-educação por parte dos técnicos ajudam muito, no sentido do doente aderir à medicação e ter uma noção o mais correcta possível da sua doença, assim contribuindo para diminuir o estigma (Goodwin e Jamison 1990). Mostraram-se particularmente eficazes grupos de auto-ajuda, isto é pessoas com patologias que se reúnem para conseguirem apoio e informação (E. Vieta e col, 1996).

Os grupos de auto-ajuda para familiares ou mistos (para familiares ou doentes) são também de grande utilidade, fornecendo informação, apoio emocional e desculpabilizando a família em relação à etiologia da doença. Eliminar o estigma através da troca de experiências é também um objectivo, através da percepção de que não se está só no mundo, há outras pessoas com a mesma patologia.

A psicoterapia é importante como factor que pode desenvolver o apoio social e implementar aptidões para melhor

lidar com o stress, para além da já referida perspectiva de psico-educação do doente e suas famílias que também pode contribuir para combater o estigma ao estabelecer o paralelismo com doenças desprovidas de conotações sociais negativas.

A atitude do público em geral

Informação adequada que retire as conotações sociais negativas da doença mental e combata os falsos mitos - como por exemplo o de que o psiquiatra vê muitos malucos e também fica maluco, que se fica dependente das drogas da psiquiatria, de que as doenças mentais não são doenças e é uma questão de força de vontade - e ainda os mitos da cronicidade e da perigosidade.

"Só em 1952 surgem os primeiros fármacos para tratar a doença mental e é a partir daqui que a imagem dos hospitais psiquiátricos se humaniza..."

A Associação Americana de Psiquiatria, consciente de que a discriminação é um obstáculo a melhores cuidados, iniciou um programa de combate ao estigma em 2002 que envolve diferentes sectores sociais, por exemplo ministérios, da saúde, do trabalho, serviços sociais, organizações não go-vernamentais e os media. A Associação de Psiquiatria Mundial, também já tinha desde 1996 o seu plano de combate à discriminação na esquizofrenia, conscientes de que o preconceito e ignorância muito prejudicam o tratamento e a reabilitação.

Quando 4 psiquiatras ingleses publicaram em 1998, no boletim do Royal College of Psychiatry, um estudo em que mostravam que 6 em 23 doentes esquizofrénicos eram portadores de armas durante episódios psicóticos, viram no dia seguinte o trabalho distorcido ao serem publicadas em grandes manchetes no jornal "Sunday Express" -

"Armados e perigosos - público em risco se doentes mentais escapam à rede de saúde". Distorções deste tipo não são surpresa para as pessoas a trabalhar em psiquiatria.

Uma Associação Inglesa que se assume como lobby para a Saúde Mental, "Focus on Mental Health" diz que os doentes mentais são mal tratados pela imprensa, com palavras como maníaco, esquizo, psico, usadas em sentido que contribui para o estigma. Outra organização também inglesa, "The Mental Health Charity Mind", também luta contra notícias distorcidas na imprensa e realizou um estudo, em que inquiriu 500 pessoas que vêem regularmente programas sobre assuntos de saúde mental na Televisão, para descobrir qual o impacto que a cobertura dos media sobre aqueles temas tinha nas suas vidas. Quase 3/4 dos que responderam acharam que a cobertura dos media era injusta, parcial e negativa. Mais, metade disse que a cobertura dos media tinha tido um impacto negativo na sua saúde mental, 1/3 sentindo-se mais ansioso ou depressivo e 22% sentindo-se mais isolados como resultado das notícias (A. Ferriman, BMJ, 2000).



É um mito muito enraizado o da perigosidade do doente mental, sendo de salientar que 95% dos homicídios são cometidos por pessoas sem doença mental, e os doentes, de facto, são muito mais propícios a magoar-se a eles próprios do que a outros. Jim Crowe, presidente da Associação Mundial para Doenças Esquizofrénicas e Doenças do Espectro, sublinha que as pessoas com doença mental a receber os cuidados devidos, não estão sujeitas a maior probabilidade de comportamentos de violência do que qualquer outra pessoa na comunidade. Outro mito, o da cronicidade, é um fenómeno da Medicina, não é específico da psiquiatria. As infecções tratam-se, mas elevado número de doenças, reumatismais, neurológicas, imunológicas, são doenças crónicas em que se busca um controlo, não a cura. O mesmo se passa em Psiquiatria - muitas vezes cura-se, outras vezes melhoramos e ajudamos o doente a viver com a doença, mas há sempre alguma coisa a fazer.

Na modificação das crenças das pessoas e na aceitação da patologia em geral, ajuda o conhecimento de pessoas famosas que, em vida, ou postumamente foram consideradas doentes.

Já no séc. IV A.C. Aristóteles afirmava "todos os que se tomaram eminentes na filosofia, na política, na poesia e nas artes tiveram tendência para a melancolia".

Leão Tolstói, V. Wolf, J. Keats, E. Hemingway, E. Munch, Vincent Van Gogh, Eric Clapton, E os Portugueses Antero de Quental, Florbela Espanca... Pessoas que fizeram História e que são conhecidas pela sua arte.

Também o cidadão comum deve ser encarado como a pessoa que é e não pela doença que tem.

Bibliografia

- Crisp. A. Et al: Stigmatisation of people with Mental Illnesses. British Journal of Psychiatry 2000; 177, 4-7.
- Crowe J.; Estigma e discriminação das pessoas com doença mental e suas famílias. Revista do Hospital Júlio de Matos, 15:158-161 (2002).
- Jara J. M.; A consciência de doença em Antero de Quental. Revista do Hospital Júlio de Matos, 4:39-46 (1998).
- Jorro A. F.; Mental Health Literacy. British Journal of Psychiatry 2000; 177, 396-401.
- Lehmann C.; Psychiatrists not immune to effects of stigma. Psychiatric News July 20, 2001, volume 36, número14,11-13.
- Sartorius N.; Stigma: what can psychiatrists do about it? The Lancet 1998; 352:1058-9.
- Sartorius N.; Fighting for mental Health, a personal view, Calnbridge University Press 2002.
- Sartorius N.; Iatrogenic stigma of mental illness. BMJ 2002:324-1470-1.
- Vieta E. et al Interesse da psico-educação na abordagem das perturbações bipolares. Revista do Hospital Júlio de Matos, 4:71-83 (1998).
- Hospital Júlio de Matos

Margarida Moniz*

ESTIGMA NO LOCAL DE TRABALHO

Sabe-se que a prática discriminatória encontra no local de trabalho um campo propício ao seu desenvolvimento. A entidade empregadora discrimina o empregado nos mais variados aspectos: ou em razão da cor ou em razão do sexo ou porque tem a saúde mais debilitada que o outro. No que diz respeito à saúde mental, nomeadamente as depressões ou ao distúrbio bipolar, existe a agravante do desconhecimento e ignorância dos sintomas que estas patologias provocam, assim como o preconceito que leva os doentes a optar em não comunicarem a sua doença. Parece-me este ser um factor de stress no trabalho que poderá ser um factor desencadeante de crise depressiva ou de euforia.

É comum ouvir o testemunho de associados que referem o facto de na sua empresa os superiores não se interessarem verdadeiramente por eles mas apenas pelo seu estatuto de colaboradores, assim como o ambiente instável no qual trabalham.

Quando a entidade toma conhecimento da saúde do indivíduo poucos são os casos de compreensão e solidariedade. Em regra surgem comportamentos discriminatórios, chegando em alguns casos a violência psicológica, sob a forma de comportamentos e práticas abusivas, que visam atentar contra a dignidade e integridade física e psíquica dos trabalhadores. Esta violência degrada as condições do ambiente de trabalho e força-os a pôr termo à relação de trabalho. A violência psicológica é cada vez mais utilizada pelos empregadores como uma verdadeira estratégia empresarial, visando a reorganização, a redução de pessoal ou a eliminação dos trabalhadores incómodos ou indesejados.

A palavra discriminar, do ponto de vista etimológico, significa o carácter infundado de uma distinção. Ou seja, discriminar pressupõe um tratamento infundado de uma distinção, pressupõe igualmente um tratamento diferenciado comparativamente desfavorável. Num conceito geral discriminar é estabelecer a diferença, dis-

tinguir, separar.

A situação de maior heterogeneidade no mercado de trabalho, aliado à precarização dos vínculos laborais e à intensificação da competição económica, potencia os riscos de agravamento das desigualdades e das discriminações existentes.

Como resposta a esta situação desenvolveu-se o conceito de marketing social, que se pretende constituir num veículo promotor de empregabilidade, êxito da inserção profissional de pessoas

com a patologia Bipolar e Unipolar, e esclarecimento das reais capacidades laborais destas pessoas - "o indivíduo deve ser encarado como pessoa que é e não pela doença que têm" (Moniz, M. 2004). Neste contexto, a ADEB está a finalizar uma campanha a nível nacional que decorreu ao longo de 2004 intitulada "É preciso informar, aprender e empregar...", com

vista à sensibilização e informação da comunidade em geral, nomeadamente das entidades empregadoras das capacidades profissionais do doente com patologia Bipolar e Unipolar.

A mensagem que se pretende passar é a de que esta população possui as competências e capacidades que devem e podem ser aproveitadas

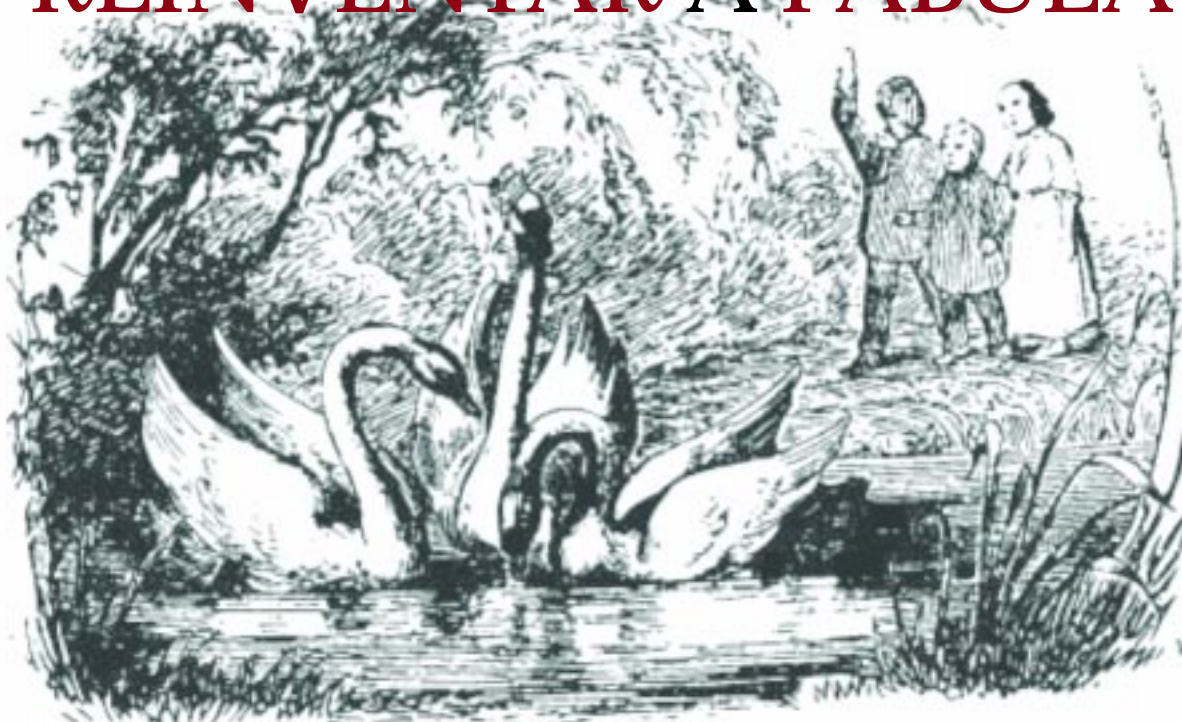
"É comum ouvir o testemunho de associados que referem o facto de na sua empresa os superiores não se interessarem verdadeiramente por eles..."

Ana Isabel Bastos

Psicóloga Clínica da ADEB



REINVENTAR A FÁBULA



Recentemente tive ocasião de reler a história de Hans Christian Andersen - "O patinho feio" - e assaltou-me a mesma sensação de desconforto que já tinha sentido na infância ao primeiro contacto com o conto.

Desta vez consegui identificar a raiz dessa angústia, dessa insatisfação após a leitura, tão estranha, já que tudo parece terminar em bem.

É, porém, uma harmonia enganadora. O patinho feio, acinzentado, de penugem escassa, tão diferente de todas as crias douradas atravessa uma infância penosa.

Por ser diferente, apenas por ser diferente da maioria, é excluído, menosprezado, subestimado. O seu futuro parece, irreversivelmente, marcado por esse estigma. Não só pela marca da fealdade mas, sobretudo, pelo ferrete da diversidade, já que o pequeno universo do lago onde nasceu, não admitia desvios à normalidade.

O volte face da história reflecte-se na reabilitação do marginalizado que ocorre ao despontarem as suas longas penas encobertas.

Quando ultrapassada a camuflagem infantil desabrocha um belo exemplar de cisne branco. Assim, o mais infeliz, o mais disforme, reflecte na água o longo pescoço e abre as asas, ofuscando todos os pequenos patos vulgares até então convencidos de uma ilusória superioridade.

Mas não devia ser este o desfecho.

O lago não é mais do que a metáfora do mundo onde, apesar da proliferação de documentos,

legislação, convenções e encontros internacionais, a diferença continua a ser olhada com desconfiança e com medo.

O patinho feio representa, deste modo, todos os indivíduos que, em razão de doença ou deficiência, apresentam dificuldades em aderir aos preceitos que regem a vida da maioria, em ajustarem o seu comportamento às regras sociais, em cumprirem, sem desvios, um programa massificador que nos é imposto do berço ao túmulo.

A atitude dos outros animais é a nossa, restringindo a participação das pessoas com dificuldades, afastando-as dos centros de decisão, recusando-lhes a voz e dificultando-lhes a partilha de responsabilidades.

No entanto, a sua dificuldade ou incapacidade de enquadramento na norma genérica não pode pôr em causa a sua cidadania, o seu direito de pertença ao grupo social, a sua possibilidade, ainda que, por vezes residual de decidir em matérias que lhe dizem respeito.

Por isso, a reconciliação dos outros patos com a personagem central do conto de Andersen não de-veria depender da sua afirmação como o mais forte e como o mais dotado, mas pela descoberta do seu valor como ser vivo, independentemente do que for capaz de fazer, da imagem pública que tem e do lugar influente que ocupa.

De acordo com a Recomendação nº R (99) 4 sobre os princípios relativos à Protecção Jurídica dos Maiores Incapazes, são as seguintes as novas tendências que importa incorporar na legislação de cada país:

- Máxima preservação da capacidade;
- Reforço dos direitos do incapaz;
- Maior proporcionalidade entre as medidas aplicadas e o grau de incapacidade;
- Flexibilidade dos mecanismos processuais;
- Acompanhamento e avaliação das medidas;
- Formação e qualificação dos representantes legais;
- Formação dos prestadores de cuidados formais e informais

O desafio que temos é o de promover a pessoa com limitações ao nível da capacidade de exercício, disponibilizando-lhe o auxílio que necessita para a tomada de decisões conscientes. Apoiar o mais incapaz e a sua família, fornecendo-lhe não só o apoio na área da saúde mas também o apoio técnico e jurídico, é indispensável.

Direitos das pessoas em situação de dependência e ou incapacidade

1. Direito à nomeação célere de um representante legal;
2. Direito à imagem;
3. Direito ao respeito pela sua pessoa e pelos seus bens;
4. Direito ao respeito pela sua vontade real e presumível;
5. Direito à salvaguarda da sua integridade física;
6. Direito ao acesso aos cuidados de saúde em situação de igualdade;
7. Direito ao apoio da família e do Estado;
8. Direito a não ser submetido a meios de restrição da liberdade de movimentos;
9. Direito a uma avaliação regular da sua situação de incapacidade;
10. Direito à protecção jurídica em todas as matérias relacionadas com bioética.
11. Direito à fiscalização da actividade do seu representante legal.

Contribuir para a salvaguarda dos seus direitos e garantir um lugar inalienável na estrutura comunitária é mais um dos objectivos a cumprir. Trata-se de uma tarefa do Estado

Mas, igualmente, uma acção a desenvolver pelas famílias e pelas organizações da sociedade civil.

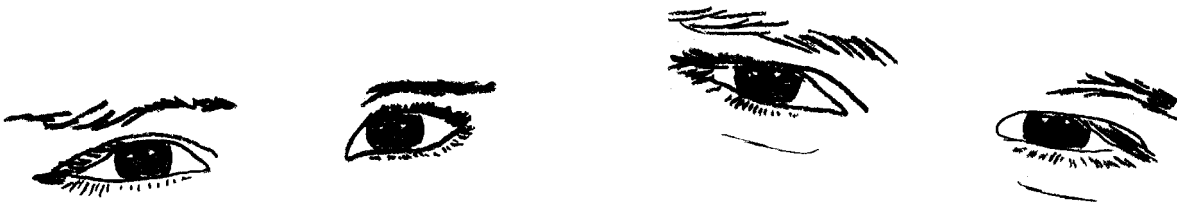
É fundamental fornecer informação e aconselhamento gratuito e exercer uma contínua fiscalização sobre o funcionamento dos serviços responsáveis pela intervenção com estes indivíduos.

Dessa cruzada sem tréguas, depende a afirmação individual de cada pessoa com problemas e a sua aceitação e dignificação, como é, com os limites e com as potencialidades que tem.

É por isso preciso reinventar a fábula de Andersen.

Paula Guimarães





António Sampaio

UM OLHAR FRAGMENTO DE UMA EMOÇÃO INTEIRA

É para os olhos que olhamos primeiro e mais tempo. Desde logo porque assim observamos o outro e certificamo-nos da sua posição em relação a nós. Eternamente inseguros, tentamos prender o olhar do outro no nosso para sentirmos que o nosso conteúdo, e não tanto a forma, é valorizada prioritariamente. Queremos continuar a acreditar que somos, acima de tudo, intelecto. De facto, as crianças ainda pouco contaminadas com conceitos e crenças que o homem impõe a si mesmo olham-nos de forma mais igual e detêm-se tanto a observar a nossa mão como o nosso nariz. Também não têm medo de serem olhadas e mostram-nos as palmas das mãos como que surpreendidas por insistirmos tanto em olharmos para os olhos uns dos outros.

Quando estamos perante alguém realmente deprimido podemos admirar-nos porque não choram os olhos. Realmente no doente deprimido é todo o corpo que se entristece de igual modo. Neste estado o indivíduo já desistiu de comunicar pelo olhar. Mais do que procurar os olhos do outro, olha o seu corpo e estranha-o. A diferença que nota agora em si não é tanto nos olhos mas em toda a sua corporalidade e energia. Outra estética se anuncia onde a beleza e a fealdade deixam de ser as referências. Toda a expressão artística está agora inibida. O deprimido apenas encontra fragmentos dos seres amados. Sente o caos, a destruição e muitas vezes a morte. O seu desespero parece ser irremediável.

Provavelmente é nas situações limite de tristeza e de euforia que o homem se aproxima mais da sua raiz antropológica e é, como as crianças, menos sociável e mais desconcertante. O doente bipolar revive as suas emoções mais precoces

mas já não encontra o seio reconfortante. Em desespero sente o vazio apoderar-se de si e o tempo a tornar-se imenso. Como a criança, não se sente nem jovem nem velho, mas eterno na sua debilidade ou na sua força. Apercebe-se, como não conseguem os outros, quão pequena, quão simples é a forma que o homem dá às emoções. Admira-se o doente com o que faz transformar um olhar noutro, com o que faz rir ou chorar. Mas ao mesmo tempo o doente tem saudades dessa simplicidade de sentimentos que norteiam as pessoas ditas normais.

Ao sair do estado mórbido o indivíduo vai recriar o seu mundo interno, reunir as peças e incutir vida aos fragmentos mortos. Irá contudo, ver o mundo como alguém que regressa de uma outra dimensão que não esquecerá. Por vezes sente necessidade de exorcizar o mundo fantasmagórico onde esteve. A mensagem captada pelo público é a de que apesar de tal mundo estar muito, demasiado, perto o "lado de cá" sobrevive.

Mais do que tudo, a pessoa que esteve doente sente a necessidade de fixar o mundo reencontrado e das mais diversas maneiras, tenta registá-lo. A arte surge também como uma tentativa de prevenir novos estados em que o mundo perde o sentido e a harmonia. Mais do que as outras, as pessoas que para lá do mundo estiveram conseguem representá-lo de forma total, completa e unificada.

Por vezes voltam a fixar o olhar do outro mas apreciam-no e recordam-no, para além de o procurarem entender.

Dr. António Sampaio

Médico Psiquiatra

Vice-Presidente da Assembleia Geral da ADEB

A DOENÇA BIPOLAR

A doença Bipolar é também conhecida por doença Maníaco-depressiva devido à alternância de humor eufórico com humor deprimido. Afecta hoje cerca de 1,6% da população adulta.

A doença Unipolar define-se como o nome indica, por apresentar apenas um dos pólos, o depressivo. Tem os seus valores de prevalência mais elevados, variando entre 3 a 5 %.

Devido ao avanço dos conhecimentos na área da Psiquiatria, cada vez se diagnostica e trata mais precocemente estas doenças, permitindo uma actuação mais eficaz que ajuda os doentes a reacquirir uma vida produtiva e satisfatória.

Quando começa a doença Bipolar?

Ocorre em média, no início da idade adulta por volta dos 30 anos, podendo no entanto variar entre um limite inferior na adolescência, dos 12 aos 13 anos e um limite superior em idade mais avançada nos 60 anos.

Porque é que é importante diagnosticar e tratar a perturbação Bipolar, tão cedo quanto possível?

Estima-se que em média, as pessoas com esta doença consultam entre três a quatro médicos e passam mais de oito anos à procura de tratamento, antes de receber um correcto diagnóstico.

O diagnóstico precoce, o tratamento apropriado com a medicação adequada pode ajudar estes doentes a evitar o seguinte:

- Suicídio - o risco é maior nos anos iniciais da doença.
- Álcool ou abuso de substâncias - mais de 50% destes doentes abusam de álcool ou drogas durante as suas vidas.
- Problemas conjugais e/ou laborais - um tratamento atempado, melhora as perspectivas de um casamento estável e de um trabalho produtivo.
- Dificuldade de tratamento - há evidencia de que quanto mais períodos de alteração do humor uma pessoa tiver, mais difícil se torna o tratamento dos episódios subsequentes, e mais frequentes estes se tornam.
- Tratamento incorrecto, inapropriado ou parcial - um doente sub-diagnosticado como tendo apenas depressão isolada, em vez da doença Bipolar, pode incorrectamente receber apenas anti-depressivos, sem o adequado estabilizador do humor. Isto pode despertar episódios maníacos e fazer com que o curso total da doença piore.

Porque se chama doença Bipolar?

Toda a gente tem altos e baixos do humor, momentos de alegria, tristeza, raiva, etc. São manifestações emocionais normais da vida do nosso quotidiano.

Em contraste, nesta perturbação existe uma doença médica (com alteração dos neuromoduladores cerebrais) na qual as pessoas experimentam mudanças do humor fora das proporções normais, que interfere no curso regular das suas vidas.

Estas mudanças afectam pensamentos, sentimentos, saúde física, comportamentos e o funcionamento geral destes indivíduos.

A doença Bipolar não deve ser assim, considerada como algo de que se culpabilize o doente, nem tão pouco o resultado de uma fraqueza ou de uma personalidade desequilibrada.

É uma perturbação médica tratável, para a qual existe medicação específica que ajuda a maior parte das pessoas.

Quais são os sintomas da doença Bipolar?

Durante o decurso da doença Bipolar, quatro diferentes tipos de humor podem ocorrer.

1. Mania (episódio maníaco).

Este frequentemente se inicia como um sentimento de satisfação, de energia elevada, criatividade, sociabilidade, desinibição, que facilmente pode subir em escalada com perda total do controlo. Tipicamente estas pessoas perdem a capacidade crítica, negam que tenham qualquer problema e acusam facilmente os outros de serem os causadores das situações.



Nestes episódios, os seguintes sintomas estão presentes, durante pelo menos uma semana, dificultando o normal funcionamento do indivíduo:

➤ Sentimentos de grandeza, euforia, ou irritabilidade.

Estão ainda presentes, pelo menos quatro dos seguintes sintomas:

- redução da necessidade de sono, com grande sensação de energia
- Discurso muito rápido, o que torna difícil seguir a velocidade do pensamento
- Distractibilidade e dispersão da atenção, mudando com rapidez de assunto
- Grande impulsividade sem preocupação com as consequências (tal como gastar muito dinheiro, ter desinibição e actividade sexual inadequadas, investimentos em negócios despropositados...)
- Hiperactividade, excitabilidade, discussões fáceis e agressão física.

Em casos mais graves, podem mesmo surgir sintomas psicóticos, como alucinações (em que podem ouvir vozes ou terem visões) ou delírios (em que acreditam convictamente em coisas não reais).

2. Hipomania (episódio hipomaniaco).

Esta é uma forma mais leve de mania, com sintomas semelhantes, mas menos graves e com menos consequências. Nesta situação o doente tem o humor mais elevado do que o habitual, sentindo-se por isso melhor e tornando-se mais produtivo.

É justamente porque se sente bem durante este episódio, que frequentemente abandona as medicações em curso. Claro que isso vai ter um preço elevado, que paga com a subida em escada para a mania ou com a descida para a depressão.

3. Depressão (episódio depressivo major).

Nesta situação estão presentes os seguintes sintomas, durante pelo menos duas semanas, tornando muito difícil o normal funcionamento do paciente:

➤ Sentimento de tristeza, pessimismo, choro fácil, cansaço, perda de interesse.

Existem ainda, pelo menos quatro dos seguintes sintomas:

- dificuldade em dormir ou dormir em excesso
- perda do apetite ou comer em demasia
- dificuldade de concentração ou de tomada de decisões
- lentificação ou fadiga
- perda da auto-estima e sentimentos de culpabilidade
- pensamentos de morte ou de suicídio

As depressões muito graves, também podem dar delírio ou alucinações.

4. Misto (episódio misto).

Provavelmente este será o episódio mais desorganizador, uma vez que envolve sintomas quer da mania quer da depressão, a ocorrerem em simultâneo, ou alternando com frequência no mesmo dia. Estão assim, em agitação ou excitação (como na mania) e também se sentem irritáveis ou deprimidos (como na depressão).

Quais os diferentes tipos de doença bipolar?

As pessoas que padecem desta doença, variam nos diferentes tipos de episódios e na frequência com a qual adoecem dos mesmos. Alguns têm igual número de episódios maníacos e depressivos. Outros têm mais um tipo do que o outro.

Em média os doentes bipolares, têm quatro episódios durante os primeiros dez anos de doença.

Os homens são mais propensos a iniciarem a doença com um episódio maníaco, enquanto as mulheres com um episódio depressivo.

Enquanto pode decorrer um intervalo livre de anos, entre os primeiros dois a três episódios de mania ou de depressão, sem tratamento, as crises tornam-se muito mais frequentes.

Esta doença por vezes segue um padrão sazonal, com tendência para crises hipomaníacas/maníacas na Primavera e crises depressivas no Outono.

Há ainda um pequeno grupo, com ciclos mais frequentes ou até mesmo contínuos ao longo de um ano.

Os episódios podem durar dias, meses, ou por vezes mesmo anos. Em média, se um episódio hipomaníaco ou maníaco não for tratado, pode durar alguns meses. No caso de uma depressão sem tratamento, a sua duração é superior a seis meses.

Alguns destes doentes recuperam completamente entre os episódios, e podem manter-se muitos anos sem sintomas. Outros continuam a ter, embora com menor intensidade, uma depressão de fundo ou mudanças leves de humor para cima e para baixo.

São usados para os diferentes tipos de doença Bipolar, expressões especiais:

➤ Perturbação Bipolar do tipo I

O indivíduo tem episódios maníacos ou mistos e na maior parte das vezes, também depressão.

➤ Perturbação Bipolar do tipo II

O indivíduo tem apenas episódios hipomaníacos e episódios depressivos.

Por vezes, os episódios hipomaníacos são considerados "normais" pelo indivíduo, que se sente satisfeito e alegre. Deste modo só se trata quando em fase depressiva (com os fármacos inerentes), o que pode disparar a elevação do humor ou pior, a ciclagem rápida.

➤ Perturbação Bipolar de ciclos rápidos

O indivíduo tem pelo menos quatro episódios por ano, em qualquer combinação de hipomania, mania, episódios mistos ou depressivos. Este curso acontece em pelo menos 5 a 15% dos doentes.

➤ Perturbação Esquizoaffectiva

Este termo é utilizado para descrever situações que de alguma maneira ultrapassam as definições mais simples de doença Bipolar. Em adição à mania ou depressão, há persistentes sintomas psicóticos (alucinações e delírio), mesmo quando os sintomas do humor estão sob controlo. Isto contrasta com a perturbação Bipolar, em que qualquer sintoma psicótico que ocorra durante o episódio depressivo ou maníaco, cessa com a interrupção deste.

Como é tratada a doença Bipolar?

Tal como qualquer outra doença médica, o tratamento desta deve decorrer da correcta administração de fármacos e da elaboração de mudanças no estilo de vida, que reduzam o risco de episódios de alteração do humor.

Fases do tratamento:

- Tratamento de fase aguda - tem como objectivo, terminar o actual episódio maníaco, hipomaníaco, depressivo ou misto (medicação neuroléptica e/ou anti-depressiva).
- Tratamento preventivo - tem como objectivo, a continuidade da medicação a longo termo para prevenir futuros episódios (medicação estabilizadora do humor).

Componentes do tratamento:

- Medicação - trata-se dos fármacos prescritos nas fases agudas e de prevenção.
- Educação - trata-se de uma componente crucial para ajudar os doentes e as famílias a aprender qual a melhor maneira de lidar com a doença, e a prevenir as suas complicações.
- Psicoterapia - torna-se útil para muitos doentes e familiares, para treino de competências que permitam lidar com os problemas e o stress gerados por esta doença. Deve ser feito sempre, em estreita coordenação com a medicação instituída.

Porto, 6 de Setembro de 2004

Dra. Lia Fernandes

*Médica Psiquiatra do HSJ do Porto

Assistente da FMP

Secretária da Direcção da ADEB

BEM ME QUER O

Mergulhados na mais profunda depressão ou elevados nas mais o equi

Uns dias bem, outros dias mal, às vezes em cima, outras em baixo, assim vivem os doentes bipolares. Com fases alternadas de humor que levam ao extremo as variâncias de comportamento.

Até há pouco tempo conhecido por psicose maníaco-depressiva, o transtorno afectivo bipolar, como é actualmente designado, não apresenta obrigatoriamente sintomas de psicose, daí o nome desadequado que possuía.

"Existem três tipos de doentes bipolares. O tipo I, em que a pessoa sofre crises de mania ou crises mistas (sintomas de depressão e mania misturados) e, quase sempre, também tem fases depressivas. As crises repetem-se excepto se

fizer o tratamento preventivo, o tipo II em que a pessoa tem crises depressivas graves e fases leves de elevação do humor (hipomania). As crises de elevação do humor podem não ser identificadas ou referidas porque o deente se sente "acima do normal" com muita energia e alegria, sem perturbações óbvias. Se o tratamento for só para a depressão, com uma medicação exclusivamente com antidepressivos não se verifica uma estabilização, podendo surgir crises frequentes e uma viragem do humor", explica ao "Saúde" Delfim Oliveira, presidente da Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Bipolares.

Ora eufóricos, ora deprimidos, os doentes não se cansam de procurar o equilíbrio entre estas duas fases tão distintas. "Na fase maníaca o doente sente-se com muita energia, comete alguns excessos e julga-se a pessoa mais capaz e brilhante do mundo. A auto-estima está em alta", descreve António Sampaio, psiquiatra do Hospital Júlio de Matos. No período depressivo o comportamento é exactamente o oposto. O especialista explica que "há uma perda de humor, de peso e de sono. Tendência para pensamentos suicidas e desvalorização física e psíquica do indivíduo".

O diagnóstico nem sempre é fácil até porque dificilmente o doente assume que algo de errado se está a passar. Delfim Oliveira sentiu os primeiros sintomas de hipomania entre os 20 e os 22 anos, mas estava longe de imaginar que na ternura dos 40 lhe fosse diagnosticada a patologia Bipolar.

"Na altura estava em África do Sul, na Marinha de Guerra e fiquei de quarentena porque pensavam que tinha paludismo", conta. "Em 1986 passei uma fase em que andava nas nuvens, estive cerca de dois meses e meio sem dormir.



U MAL ME QUER

As altas manias, os doentes bipolares procuram algo muito simples: **o livro.**

Em 1989 fui acometido pelos mesmos sintomas, tendo sido internado em estado eufórico e "maníaco" no Hospital Júlio de Matos onde me foi diagnosticada a doença Bipolar", acrescenta o presidente da Associação da Apoio aos Doentes Depressivos e Bipolares.

Viver bem é possível

Após um ano de tratamentos intensivos com anti-psicóticos e estabilizadores de humor, Delfim Oliveira conseguiu finalmente acalmar os sintomas da doença. "Há 13 anos que não tenho crises", diz. A terapia foi lenta e dolorosa, mas o pior já lá vai.

"Se houver um diagnóstico e medicação adequada e a pessoa reconhecer a doença é possível estabilizar e levar uma vida normal. Manter o emprego e as relações afectivas é perfeitamente possível para as pessoas com o diagnóstico de Doença Bipolar. A medicação à base de anticonvulsionantes, anti-psicóticos, caso haja sinais de psicose, estabilizadores de humor e antidepressivos, com muita cautela, permite a não recaída e o regresso a uma vida equilibrada.

"São pessoas muito criativas e produtivas, qualidades que devem ser aproveitadas profissionalmente, se o empregador estiver educado e informado sobre o problema do seu funcionário", avança António Sampaio.

Não há causas conhecidas para a origem da doença, mas os especialistas acreditam na tendência genética e hereditária do transtorno. Os primeiros sintomas surgem, geralmente, entre os 20 e os 30 anos, embora haja casos em que se revelam mais cedo ou até muito mais tarde, por volta dos 60.

Uma mão amiga

Viver em silêncio com a doença é o pior erro que o doente pode cometer. Tapar o sol com a peneira e ignorar os sintomas são meio caminho para a frustração pessoal, profissional e para a solidão. Arrastar o diagnóstico é retardar os efeitos da terapêutica, por isso a Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Bipolares foi fundada em 5 de Junho de 1991, com o objectivo de informar a comunidade, promover a psicoeducação e reabilitação psicossocial junto das pessoas com a doença Unipolar e Bipolar das pessoas e familiares.

Acabar com os preconceitos e o estigma "devolver a auto-estima, estabilidade emocional, ganhos de saúde e qualidade de vida" foi desde sempre o objectivo da ADEB".

"A Associação nasceu em Portugal pela iniciativa de grupo de doentes, familiares e técnicos de saúde mental, tal como já existia nos Estados Unidos - Depression and Bipolar support Alliance, www.dbsalliance.org.

Até essa altura a doença quase não era conhecida. Os próprios especialistas tinham dificuldade em esclarecer os seus pacientes. Hoje já temos 2500 associados a nível nacional.

O SOS telefónico, o apoio em Reabilitação Psicossocial, os grupos de ajuda-mútua, as sessões psicoeducativas, a informação psicopedagógica dirigida aos associados, técnicos de saúde e comunicação social" são algumas das iniciativas organizadas pela Associação apontadas pelo presidente Delfim Oliveira.

Cátia Jorge

cjorge@oindependente.pt

APOIO A CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DISTÚRPIO DE HUMOR

A Perturbação Bipolar e Unipolar podem afectar o desenvolvimento infantil normal, uma vez que as relações das crianças e adolescentes que sofrem destes distúrbios com os membros da família são muitas vezes complicadas, à semelhança das suas relações com os pais. É inevitável que o seu desenvolvimento educacional também sofra.

É vital atender às necessidades psicológicas e exigências educacionais especiais destas crianças se quisermos minimizar os efeitos da doença no seu desenvolvimento psicológico. Assim, (e até talvez mais do que nos adultos) o aconselhamento e a terapia devem ser altamente prioritários na elaboração de planos para as crianças com Perturbação Bipolar e Unipolar.

Posto isto, surge a necessidade da criação de um gabinete de apoio a crianças e adolescentes, com as seguintes áreas de intervenção:

1. Apoio Psicológico - este apoio pode ser uma importante parte do tratamento da depressão ou perturbação bipolar. Um bom terapeuta pode ajudar na percepção dos sintomas e mudar padrões de comportamento que agravam a doença.

O apoio psicológico não é apenas um espaço para falar acerca dos problemas; é também para encontrar soluções. A terapia poderá envolver trabalhos de casa, como o registo do humor, anotar os pensamentos, ou participar em actividades sociais que causaram ansiedade no passado. A criança ou adolescente pode ser encorajado a reflectir sobre as coisas de diferente forma e/ou aprender novas formas de reagir a determinadas situações ou pessoas.

Em suma o apoio psicológico pode ajudar:

- Na compreensão da doença;
- Definir e atingir objectivos;
- Ultrapassar determinados medos e inseguranças;
- Fazer a distinção entre a personalidade e os sintomas da doença;

- Melhorar a relação com a família e amigos;
- Planear o futuro;
- Compreender a importância do tratamento farmacológico;

2. Apoio às famílias - estas têm um papel crucial para que o tratamento ocorra da melhor forma devido à sua proximidade com o doente e ao seu envolvimento emocional. Quando falamos de crianças e adolescentes este papel toma ainda uma proporção maior devido à dependência dos doentes e porque estes ainda estão a crescer e a constituir a sua personalidade.

Relativamente à família pensamos ser importante intervir no sentido de:

- Dar o máximo de informação sobre como lidar com alguém que possui estas patologias;
- Explicar a importância dos grupos de auto-ajuda e de que forma os podem ajudar;
- Estabelecer sessões de terapia familiar com vista à resolução de conflitos interpessoais entre os membros da família.

Alguns dados relativos à doença Bipolar nas crianças e adolescentes

- A perturbação Bipolar pode ocorrer durante a infância e adolescência.
- A perturbação Bipolar é parecida, mas difere da hiperactividade ou de outras perturbações neuro-psicológicas.
- Os sintomas da perturbação Bipolar na infância e adolescência podem ser reduzidos com o tratamento apropriado.
- Um diagnóstico precoce pode prevenir o agravamento da doença, faltas escolares, abuso de substâncias e actos impulsivos e agressivos contra os que lhe são mais próximos.

Ana Isabel Bastos
Psicóloga Clínica da ADEB

A RELAÇÃO PROFESSOR-ALUNO E OS AFECTOS

" A educação é o lugar em que se decide se se amam suficientemente as nossas crianças para não as expulsar do nosso mundo deixando-as entregues a si próprias."

Hannah Arendt

É com a sensibilidade de Hannah Arendt, que tão bem compreendeu o lugar do professor no processo educativo, que início esta breve reflexão sobre um tema tão vasto e complexo.

O ser humano estabelece no seu desenvolvimento inúmeras relações de afecto. A afectividade é o estado da consciência que dá à vida psíquica uma tonalidade de agrado ou desagradado, de alegria ou tristeza, de prazer ou angústia. Os afectos podem manifestar-se sob a forma de emoções, sentimentos ou estados de ânimo.

Para abordar este tema decidi aplicar um pequeno inquérito a uma amostra de 30 adolescentes entre os 16 e os 19 anos e os resultados foram os seguintes:

Eu (em relação aos professores)	Nunca	Às vezes	Bastante	Sempre
Acho que me compreendem	0%	72%	28%	0%
Acho que me tratam como pessoa	0%	12%	44%	44%
Acho que confiam em mim	0%	44%	48%	8%

As respostas dos alunos mostram que na relação professor - aluno há uma dinâmica relacional na qual o professor ocupa um lugar que não é, o daquele que ensina. Estes alunos reconhecem a escola como um espaço em que as relações pessoais são humanizantes e em que o respeito pela sua dignidade enquanto pessoas é bastante elevado. É um indicador de que a escola tem uma dinâmica que promove, não apenas um bom local de trabalho, mas um local onde se estabelecem relações de afecto significativas onde se prepara o desenvolvimento integral dos

alunos.

É de salientar a receptividade e a aceitação dos alunos perante o inquérito, pois como eles próprios disseram "nunca tinham pensado muito naquelas coisas".

O ar circunspecto e sério dos alunos foi alegremente interrompido por uma aluna que afirmou: "Ó professora, se me tivesse perguntado isto no básico havia de ver o que eu lhe respondia, mas agora já temos outra idade, já não somos os mesmos ... "

Os outros concordaram e eu sorri pensando: "que lucidez e conhecimento de si próprios..."

Aproveitei para lançar-lhes uma questão que sabia não ser de resposta fácil: "caracterizem o professor em quem confiam" .

Coçaram a cabeça, pestanejaram, alguns olharam-me desconfiados, mas lembrei-os que o inquérito era anónimo e ficaram novamente introspectivos, mais silenciosos e entregaram-se à escrita.

As respostas que obtive foram muito variadas e citam-se as mais frequentes:

- "alguém disposto a ouvir e contar histórias de vida";
- "alguém que gosta daquilo que faz e que consegue motivar o aluno";
- "alguém que com o tempo vamos conhecendo e com quem podemos contar se precisarmos de ajuda";
- "alguém que nos trata sem superioridade e se interessa por aquilo que pensamos e sentimos";
- "alguém que sabe brincar, desempenhando o seu papel de professor e dando-se ao respeito";
- "alguém bem disposto que saiba manter um clima aberto na aula" ,
- "alguém que, pela sua maneira de estar, consegue cativar os alunos e por quem estes sentem confiança e até carinho..."

Destas afirmações predominam as características pessoais e relacionais, sendo os aspectos sócio - afectivos aqueles que sobressaem. Para a nossa amostra, um professor é, fundamentalmente, uma pessoa que sabe relacionar-se com os outros.

A questão dos afectos tende a ser entendida como algo que decorre da partilha, do apoio e da capacidade de escuta que na escola se deve estimular. Não penso que decorra desta atitude nenhum tipo de demissão educativa. Pelo contrário, as aprendizagens devem ser geridas em condições que propiciem aos alunos atribuir um valor, um sentido às suas aprendizagens para que não se sintam estranhos nem incapazes face aos desafios que o contexto educativo lhes coloca.

E, porque as questões fundamentais da educação permanecem intemporais, acabo esta breve reflexão com as palavras de Bertrand Russell em 1950 num texto As funções de um professor:

"Ninguém pode ser bom professor sem o sentimento de uma calorosa afeição pelos seus alunos e sem o desejo genuíno de partilhar com eles aquilo, que para si próprio, é um valor."

Helena Marques

Professora de Filosofia da Escola Secundária Padre António Macedo

Referências Bibliográficas: Hannah Arendt, Bertrand Russell, Quatro Textos Excêntricos, Relógio de Água.

Primeiro encontro de professores com a doença Unipolar e Bipolar

A Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Bipolares (ADEB) realizou, no dia 3 de Julho às 10 horas, na sua sede, o seu primeiro Encontro de Professores.

De acordo com Delfim Oliveira, presidente da ADEB, a realização desta iniciativa deve-se ao facto de a docência ser "o maior núcleo profissional com o diagnóstico da doença unipolar e bipolar dentro da associação" - cerca de 10 por cento dos sócios -, e tem por objectivo "alertar e ajudar a superar um problema que constitui um dos grandes focos de mal-estar na profissão de docente".

Os temas abordados neste primeiro encontro passaram pelo debate da "Ansiedade na profissão de docente", "Estabilização da doença unipolar e bipolar", e "A escola de hoje...", e tiveram como prelectores Leonor Queiroz, psiquiatra no Hospital Júlio de Matos e António Avelãs, professor e membro do secretariado da FENPROF.

Em 1981 a Organização Internacional de Trabalho (OIT) considerou a docência como "uma profissão de risco" físico e mental, apresentando mesmo uma maior percentagem de casos psiquiátricos do que outros profissionais.

Neste sentido, investigações realizadas num centro de saúde mental em Paris apontaram para uma maior percentagem de estados depressivos, ansiosos, neuróticos e psicóticos nos professores do que em outros sujeitos de condição sócio-cultural equivalente.



A JORNA EMOCIONAL

Sabem aqueles silêncios, trespassados por olhares suspeitos, que todos já sentimos? Imaginem passar a vida a senti-los! Quem toma a iniciativa de assumir que sofre de uma doença crónica é muitas vezes encarado pelos que o cercam no seu dia-a-dia como "coitadinho", porque sofre. Com maior ou menor sensibilidade, em geral, facilita-se-lhe um pouco a vida e tenta-se minimizar o impacto que o trabalho tem em quem vê as suas capacidades diminuídas.

Porém "outro galo canta na herdade" de quem padece de doenças do foro psiquiátrico!

É um pouco como a diferença entre as crianças e os "velhos" - ambos os grupos necessitam de atenção e dão o seu trabalho - mas os primeiros são muito mais facilmente acarinhados e protegidos por alguém, enquanto que os idosos tomam lugar no pódio dos "fardos", na maioria das vezes.

No entanto, quanto conhecimento da vida e da nossa historia nos podem proporcionar, se lhes permitirmos fazer parte da nossa vida!

Os doentes do foro emocional (já nem vamos falar de patologias mais graves) são, no seu ambiente laboral, diariamente, salvo raras mas louváveis excepções, alvo de ignorância ou maldade de co-legas e chefes, sentindo-se muitas vezes num beco sem saída - se ficam em casa põem em risco o seu emprego, se vão trabalhar, por exemplo, em crise de depressão, são "os fracos, os que prejudicam: o ritmo da equipa (que às vezes perde horas a cortar na casaca de alguém ou a navegar na NET por diversão), os que são lentos ou que não se interessam por nada. etc."

Depois, também há os casos de uma simples reacção normal de um ser humano a uma incompatibilidade de opiniões, que todos podemos ter, mas como é conhecida a sua doença "ele/ela só arranja problemas".

Afinal, quando interessa, toda a gente se esquece de pormenores importantes como: que não há ninguém que não tenha um dia melhor e outro pior pelas razões naturais da vida. não há ninguém que não "se passe" uma vez ou outra. Como todos os restantes colegas, os doentes depressivos ou bipolares têm altos e baixos (independentemente da frequência), qualidades e defeitos e "sortes e azares". Têm coisas que os aborrecem e outras que os desmotivam, simplesmente estão emocionalmente mais expostos do que os "normais".

É tão simples de entender se quisermos - para além das nossas doenças, somos todos humanos e falíveis, uns mais do que outros, quer no primeiro caso, quer no segundo...

QUEM SOU ? EU ?

Um mundo umas vezes vazio por dentro, outras vezes preenchido por uma falsa felicidade ou por uma agonia que me vai matando devagar.

Procuo de todas as maneiras preencher esse vazio, encontrar o meu "eu" porque eu acho que tenho lugar no mundo, mas qual? Onde?

Já me perdi neste misto de vida e tentativa de sobreviver.

Há dez anos que vivo no fundo do poço, vim ao cimo algumas vezes, achei eu, e voltei sempre a ver-lhe o fundo vezes sem conta, até atingir o limite.

Procurava na vida uma luz que me guiasse, procurei sempre na morte a paz e a tranquilidade. Se o céu existe eu estive lá e trouxeram-me de lá para ter que continuar a viver, para viver, crescer e aprender que eu tenho cá o meu lugar e qual é ele.

Agora a luz da morte ensinou-me que há luz na vida e que eu quero vivê-la, só preciso que me ensinem como uma criança.

Rute Bastos
Sócia n.º 1729

CONVOCATÓRIA ASSEMBLEIA GERAL ORDINÁRIA

18 de DEZEMBRO de 2004

Convocam-se todos os associados da Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Bipolares, ADEB, a comparecer no dia 18 de Dezembro de 2004, às 10:00 horas, na Assembleia Geral Ordinária a realizar no Hospital Júlio de Matos, Parque de Saúde de Lisboa, Avenida do Brasil, nº 53, telefone nº 217 917 000, com a seguinte ordem de trabalhos:

1. Análise e aprovação do Programa de Acção para o Ano 2005;
2. Seminário subordinado ao tema: "ESTIGMA E EXCLUSÃO SOCIAL";
3. Almoço Convívio de Natal;
4. Exposição de Artes Criativas.

Nos termos do nº 1 do artigo 29º dos Estatutos, a Assembleia Geral Ordinária reunirá à hora marcada na Convocatória se estiverem mais de metade dos associados com direito a voto, ou uma hora depois com qualquer número de presentes.

COMPAREÇA e PARTICIPE!

Presidente da Assembleia Geral da ADEB
Eduardo Moura Valente

*É euforia
Momentos eternos e efémeros
É liberdade e pura alegria
Embriaguez de gritos sinceros
Na noite de todas as estrelas
Sem a menor nostalgia*

*É euforia
Imaginar alegria e brilhar
Brilhar como uma verdadeira estrela*

*É euforia
Alegria desmedida
Na espera ansiosa d'outra dia
Sem saudade de nada mais
Com vontade de tudo mais*

*É euforia
Paixão e louca correria
É amar intensamente apaixonado
Desenhando sorrisos como mania
Onde o universo é o limite.*

*Tenho alma ferida e dorida
O corpo atrapalha-me
Sinto-me como uma árvore
apanhada pela fúria das chamas
numa floresta sangrando de sofrimento
repleta de cinzas entranhadas de dor
Quem me dera ser uma árvore
sem alma nem cor
Possivelmente uma árvore no Outono
sem verde de esperança
sem frutos nem flores
no intuito de não amargar ninguém.*

Sérgio
Sócio nº 939

ALMOÇO / CONVÍVIO

18 de DEZEMBRO de 2004

FICHA DE INSCRIÇÃO

Caro Associado e Amigo,

Na sequência da Assembleia Geral Ordinária e Seminário, realiza-se um Almoço/Convívio de NATAL no "BAR OPÇÃO".

1. Inscrições até ao dia 16 de Dezembro;
2. Esta ficha deve ser preenchida, destacada e devolvida, conjuntamente com um Cheque ou Vale Postal, para a Sede da ADEB.

Prato: Carne 5 Euros
 Peixe

Aos Sócios com as Quotas em dia o almoço é oferecido.

Nº de Sócio(a): _____

Nome: _____

Tel: _____

Nº de acompanhantes: _____

MINI-FÓRUM SÓCIO-OCUPACIONAL "RUMO SOLIDÁRIO"

A Direcção da ADEB, indo de encontro às necessidades dos associados com diagnóstico Unipolar e Bipolar e, tendo em conta os espaços disponíveis e adequados na Sede Nacional, deliberou em reunião de direcção do passado dia 9 de Outubro a implantação e desenvolvimento do Mini Fórum "Rumo Solidário".

A ADEB pretende através deste projecto, dar continuidade ao trabalho eficaz e de qualidade na área de Reabilitação Psicossocial da pessoa adulta com doença mental, sendo esta área seriamente carente em Portugal a nível de equipamentos e serviços.

O Fórum parece-nos ser essencial como resposta às necessidades de pessoas com diagnóstico de doença Unipolar e Bipolar. Pretende-se que todas as acções tenham um efeito terapêutico, quer na promoção da reinserção sócio-profissional, quer num aumento de equilíbrio psicológico e de auto-estima.

Este projecto destina-se a indivíduos jovens e adultos com o diagnóstico de doença Unipolar e Bipolar, que estejam em situação de pós-internamento ou pós-crise. O fórum funcionará de 2ª a 6ª feira das 14h30m às 18h. Os utentes do fórum poderão participar nas seguintes actividades:

- a) Treino de Competências Sociais;
- b) Teatro Bipolar;
- c) Sessões de Movimento e de Dança;
- d) Grupo Musical;
- e) Actividade Cultural no Exterior;
- f) Oficina de Artes e Letras.

Estas actividades procuram promover na pessoa com doença mental duas áreas do "self" profundamente afectadas pela doença: auto-estima e auto-confiança. O objectivo é o de facilitar ao utente a realização de um projecto de vida em que a futura integração profissional seja um objectivo realista de alcançar.

A ajuda no período pós-internamento parece-nos ser crucial para o processo de reabilitação que em algumas situações pode ser longo e penoso.

HOSPITALIZAÇÃO PSQUIÁTRICA E INTERNAMENTO COMPULSIVO

Guia sobre o uso da Lei 36/98, de Saúde Mental

As doenças psiquiátricas colocam, como se sabe, problemas assistenciais distintos das outras doenças. Tal fica a dever-se não a uma natureza qualitativamente diferente das doenças mentais em relação às outras doenças, mas ao facto de nas doenças psiquiátricas ficar afectado o modo de pensar e agir da pessoa, de modo muito acentuado nos doentes mais graves. Acresce a esse facto que, em certos casos, o/a doente apesar de estar gravemente perturbado não se apercebe da sua situação, não toma consciência de que está doente e recusa o tratamento psiquiátrico. Uma perturbação mental grave, que pode ocorrer numa agudização da esquizofrenia ou de outra psicose, sem o conveniente tratamento psiquiátrico, pode ter consequências dramáticas para o próprio e para os outros.

O que poderá acontecer se o/a doente, gravemente afectado, em ruptura com a realidade no pensar e no agir, não for tratado? Poderá ocorrer uma conduta de perigo para o próprio e para os outros. Poderá agravar-se mais e mais uma doença que o tratamento a tempo e horas poderia sustentar, evitando uma deterioração da personalidade.

A hospitalização psiquiátrica é um meio para instituir um tratamento adequado quando é inviável a assistência habitual em regime de consultas, no ambulatório e na comunidade. Pode ser indispensável, para repor o equilíbrio psíquico através do tratamento em regime de internamento por um período de

dias ou semanas (raras vezes meses) na Clínica Hospitalar, permitindo um apoio reforçado de equipas de médicos psiquiatras, enfermeiros e outros técnicos de saúde mental.

1 - Hospitalização Voluntária

Para a psiquiatria como para as outras especialidades médicas e cirúrgicas o ideal será sempre proceder a um tratamento com a anuência e concordância do paciente e da família. O doente apercebe-se que está numa crise grave que não é possível tratar sem ser hospitalizado. Procura ajuda, solicita a hospitalização; ou concorda com o internamento hospitalar proposto pelo médico,



na consulta ou na urgência. Será esta a solução melhor, a que se deve proceder sempre que possível. Uma hesitação em aceitar a proposta de internamento, um não inicial, uma recusa até, poderão ser ultrapassadas, em muitos casos, com uma explicação paciente e um contacto positivo da equipe de urgência, de modo a vencer a barreira e a teimosia. O doente pode acabar por compreender que o internamento será benéfico, como em vezes anteriores, permitindo o repouso, o sono, a acalmia, a protecção, a vigilância

médica e de enfermagem, enfim, a avaliação e o controle da doença num prazo relativamente curto.

Mas numa percentagem significativa, a necessária hospitalização psiquiátrica não é possível com o consentimento do/a doente. A recusa

ao tratamento é absoluta e sem solução, numa situação de gravidade e riscos. Terá de se proceder, então, ao internamento compulsivo, para assegurar o tratamento de que o doente tanto carece, sob pena de se criarem situações de perigo.

2 - Internamento Compulsivo (ou Hospitalização Involuntária)

Diz a lei 36/98, de 24 de Junho, que se o doente mental grave, por força da doença criar uma "situação de perigo para bens jurídicos, de relevante valor, próprios ou alheios, de natureza pessoal ou patrimonial e recuse submeter-se ao necessário tratamento médico pode ser internado em estabelecimento adequado"; e, ainda, caso "não possua o discernimento para avaliar o sentido e alcance do consentimento, quando a ausência do tratamento deteriore de forma acentuada o seu estado" (artº 12).

Dado haver uma limitação à liberdade do próprio de decidir sobre os actos médicos e havendo uma limitação da sua liberdade de deslocação, por força da hospitalização compulsiva ou involuntária, no nosso sistema jurídico só com a autorização do Tribunal esse procedimento pode ser legitimado. Mas, é bom que se diga, não deixa de ser um acto médico, precedido de uma avaliação clínica, para tratamento de um doente, não uma medida de segurança, menos ainda algo que se pareça com uma acto de repressão ou de polícia.

A intervenção judicial não torna a hospitalização compulsiva uma medida com finalidades diferentes da hospitalização voluntária. A intervenção judicial tem uma função de garantia e legitimação das restrições acima referidas, visando o seu enquadramento legal, o seu controle e adequação. Sublinhe-se: o doente não passa a ser arguido num processo, antes, porque privado temporariamente do seu querer e poder, para ser tratado da doença que não reconhece, tem de ficar tutelado e protegido pela lei.

2.1 Procedimento de Urgência

Quando há fortes razões para um internamento compulsivo, coloca-se a necessidade de uma assistência médico-hospitalar rápida, para que sejam sustidos riscos iminentes, para os bens referidos na primeira parte do artº 12. A lei permite o procedimento de urgência (Secção IV) que, na prática, é utilizado para a grande maioria dos internamentos compulsivos.

Quem determina a condução do doente? Se se verificarem os pressupostos acima referidos, as autoridades de polícia ou de saúde pública, oficiosamente ou a requerimento, podem determi-

nar, através de mandado, que o doente seja conduzido ao serviço de urgência psiquiátrica mais próximo do local onde se encontra a pessoa (artº 23).

Segundo os termos da lei o mandado é cumprido pelas forças policiais, com o acompanhamento sempre que possível dos serviços do estabelecimento referido no artigo seguinte. Infelizmente os serviços de psiquiatria e saúde mental, por carência de meios humanos e por prática inexistente, têm estado ausentes deste procedimento, deixando às autoridades de polícia, em exclusivo, esta tarefa, que fica assim mais facilmente conotada como medida de segurança.

O doente é avaliado no serviço de urgência psiquiátrica, podendo ser confirmada pelo médico especialista a necessidade ou não do internamento compulsivo (artº 25). Caso o doente seja internado, sem o seu consentimento, por decisão do médico de urgência, o tribunal judicial será imediatamente informado, devendo pronunciar-se no prazo máximo de 48 horas para decidir da manutenção ou não do internamento (artº 26). Depois seguir-se-ão os procedimentos legais para a manutenção e controle do internamento, com avaliações clínico-psiquiátricas de dois médicos ao 5º dia, para decisão final, aos 2 meses, e na alta, dada pelo director clínico do hospital, sendo sempre informado o tribunal.

Em qualquer momento o doente poderá aceitar a hospitalização voluntária, dispondo-se a um consentimento do internamento e tratamento que lhe é proposto, o que faz cessar o "internamento compulsivo" (artº 8- 1).

2.2 Procedimento gerais do internamento compulsivo

É da maior conveniência que as pessoas interessadas em requerer o internamento compulsivo, em particular os familiares do doente, se debruçam sobre a lei, nomeadamente sobre os artigos 12º (já acima referido), 13º e 14º.

No artigo 13º estabelece-se que tem legitimidade para requerer o internamento compulsivo o representante legal do doente, qualquer pessoa com legitimidade para requerer a sua interdição, as autoridades de saúde pública (delegado de saúde) e o Ministério Público.

Caberá também a um médico que constate uma situação clínica que se enquadre dentro da necessidade de um eventual procedimento de internamento compulsivo, que o comunique à autoridade de saúde pública.

No artigo 14º estabelece-se que o requerimento escrito deve ser dirigido ao tribunal competente, devendo conter a descrição dos factos e a

pretensão do requerente, levando em anexo, sempre que possível, relatórios clínico-psiquiátricos e psicossociais de interesse para o juiz.

A decisão final para o internamento compulsivo, sem o procedimento de urgência explanado acima, leva algumas semanas, sendo precedido por uma avaliação por dois psiquiatras (artº15º), seguindo-se uma "sessão conjunta" (artº 19º) que prepara a decisão final de internamento compulsivo ordinário, não urgente (artº 20).

Não sendo uma situação da máxima urgência compreende-se que a tónica seja posta na cuidadosa avaliação com partilha de informação do doente, dos familiares, dos médicos e dos magistrados, antes da hospitalização compulsiva. O ideal seria que o doente fosse persuadido a aceitar o tratamento e internamento voluntários ou, então, o tratamento compulsivo ambulatorio (artº33), ficando a hospitalização para caso haja incumprimento do tratamento ambulatorio.

3 - Conclusão

A hospitalização ou internamento psiquiátrico é um meio para tratamento de doentes em estado de maior gravidade e que dificilmente se poderiam compensar sem o internamento. Mas se houver um bom acompanhamento pela equipa de saúde mental, se o diagnóstico for precoce e a intervenção terapêutica atempada, se se fizer um bom seguimento após a alta, se a família apoiar e o doente compreender a necessidade do tratamento psiquiátrico, poderá o recurso à hospitalização ser diminuído ou evitado.

Se houver lugar para uma hospitalização não de-verá ser retardada. Será preferível que a mesma seja proposta numa consulta normal e não numa urgência, indiciadora de uma maior gravidade, com sofrimentos, perdas e riscos. Na situação extrema fica o internamento compulsivo, sinal de um maior descontrole, de uma ruptura com o tratamento, de sérios riscos para o próprio e os outros.

A melhoria na assistência médica, apoio, tratamento e reabilitação psicossocial dos doentes com psicoses graves, são factores para que o internamento compulsivo seja uma medida excepcional, a recorrer com menor frequência, dado o melindre e complexidade a todos os níveis que envolve.

Dr. José Manuel Jara
Médico Psiquiatra

Presidente do Conselho Científico e Pedagógico da ADEB

Actividades efectuadas na Delegação da Região Norte da ADEB

A Delegação da Região Norte da Associação de Doentes Depressivos e Bipolares procura promover vários eventos para a promoção dessas mesmas doenças.

No dia 3 de Julho, foi-nos possível visitar o Parque Biológico de Vila Nova de Gaia onde foi organizada uma reunião que incidiu no tema "Causas e consequências das perturbações de Humor", em seguida foi realizado um almoço convívio nas instalações do restaurante do Parque Biológico.

Posteriormente, no dia 13 de Novembro, nas instalações da Glaxo SmithKlein foi realizado um Colóquio, tendo por tema a "Importância do tratamento psicoeducacional nas doenças Unipolares e Bipolares", que se iniciou com o espectáculo "Fique são - Histórias para ficar bem" apresentado pelo grupo de teatro "Palavraicto".

Em média participaram nestes eventos 75 pessoas. Desde Janeiro de 2004 que a associação tem tido grande afluxo de doentes, aos quais tem sido prestado um grande apoio tendo em vista em vista informar, educar e consciencializar as pessoas com essas patologias

*Ninguém vê o que vês em mim
Só tu sentes o sentido do que sinto
Da minh' alma deserta fizeste jardim
Se disser que foste passagem, minto
Foste o rio onde renasci ao naufragar
Foste o meu horizonte renovado
Foste o tîmbre do fado
Que, ainda hoje, canto a chorar
E se imaginar que sou feliz
Se ousar pensar em sorrir
Dou contigo, baixinho, a repetir
- Diz que me amas! Diz! Diz!*

*Espalhas por mim, beijos
Como quem sopra flores d' algodão
Mimas-me, transformas em desejos
Esta fome de carinho, esta solidão
E se meus sonhos beijas
(Lábios escaldantes!)
Depois, ficar só é como se estejas
E, num abraço cheio de luar,
Vibro contigo, mais do que antes,
Sinto ainda o teu beijar...*

Cristina Dinis

Actividades efectuadas na Delegação da Região Centro da ADEB

No passado dia 13 de Fevereiro realizou-se a apresentação subordinada ao tema "O Papel do psicólogo na Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Bipolares no workshop "Informação e Percepção de Resultados".

Este workshop esteve integrado no 7º Simposium do Serviço de Enfermagem dos Hospitais da Universidade de Coimbra.

No passado dia 19 de Maio realizou-se uma Sessão de Esclarecimento na Escola Básica Integrada da Torreira, subordinada ao tema "Escala de Humor - Como detectar os sintomas nas crianças e adolescentes".

Desde Outubro de 2003 que a Delegação Centro lançou o desafio para a criação de um núcleo em Castelo Branco.

Dia 26 de Junho foi-nos cedida uma sala de reuniões pela Santa Casa da Misericórdia de Castelo Branco. O núcleo será orientado pelas associadas n.º 1956 D. Maria Margarida Caetano Soares e a n.º 334 Sra. Dª. Maria Manuela Carriço. O acompanhamento será dado pela Dra. Teresa Barbosa.

CIC 2004

Realizou-se, mais uma vez, de 3 a 11 de Julho, a Feira Comercial e Industrial de Coimbra - CIC 2004. Fomos convidados a estar presentes por termos sido considerados uma Associação de prestígio.

No passado dia 19 de Junho teve lugar na Delegação Centro mais uma Sessão Psicopedagógica subordinada ao tema "A Depressão" que contou com a intervenção da Dra. Maria do Carmo Cruz - Directora do Hospital de Dia.



LIVROS PARA VENDA

Existe na Sede e Delegações ADEB, para venda, uma selecção de livros, sobre Saúde Mental, direccionados para as doenças Unipolar e Bipolar.

"Depressões", de Peter Treppner;
 "Uma Mente Inquieta", de Kay Redfield Jamison;
 "A Psicologia da Depressão", de Lewis Wolpert;
 "As Lógicas da Depressão", de Daniel Widlöcher;
 "101 Respostas sobre a Depressão", de Drª Claude Novikoff e Dr. Jean Pierre Olié;
 "Razão Reencontrada", De Dr. José Manuel Jara;
 "Ajuda-te pela Psiquiatria", de Frank S. Caprio;
 "A Manta", de António Sampaio e Nazaré Tojal;
 "Pétalas Caídas", vários autores;
 "Era uma vez o Stress e a Depressão", de vários autores;
 "Perturbação Bipolar", de Francis Mark Mondimore;
 "Esquizofrenia", de Pedro Afonso;
 "Mais Amor Menos Doença", de António Coimbra de Matos;
 "A Depressão: Como Lidar Com Uma Doença Do Nosso Tempo", de Juan Antonio Vallejo-Nágera.

INFORMAÇÃO PSICOPEDAGÓGICA

A ADEB divulga e distribui guias e desdobráveis científicos e pedagógicos. Esta valência tem como objectivo informar a comunidade sobre os vários aspectos que envolvem a doença Unipolar e Bipolar.

DOCUMENTAÇÃO PSICOPEDAGÓGICA

GUIAS

- G1 ESTATUTOS
- G2 O que é a ADEB?
- G3 Lítio
- G4 Valproato
- G5 Carbamazepina
- G6 Família
- G7 Estigma
- G8 Doença Obsessivo-Compulsiva
- G9 Manual da Depressão
- G10 A depressão é uma doença que se trata
- G11 Depressão Mascarada
- G12 Psicooncologia
- G13 Manual de Auto-Ajuda
- G14 Electroconvulsivoterapia
- G15 Doença Bipolar- O quê? Quando? Como?

DESDOBRÁVEIS

- D1 Depressão
- D2 Medicamentos Antidepressivos
- D3 Doença Bipolar
- D4 Tratamento pelo Lítio
- D5 Lidar com uma crise de elevação do humor
- D6 Estabilização da doença Bipolar
- D7 Gravidez e doença afectiva
- D8 SÓS Esquizofrenia
- D9 Perturbação Obsessivo-Compulsiva
- D10 Pânico e Comportamentos fóbicos
- D11 Prevenir o Suicídio
- D12 Electroconvulsivoterapia

Mini prospecto Lítio
 VÍDEOS SOBRE A DEPRESSÃO
 CASSETES DE RELAXAMENTO
 REVISTA BIPOLAR

DADOS ESTATÍSTICOS

Dados Associativos

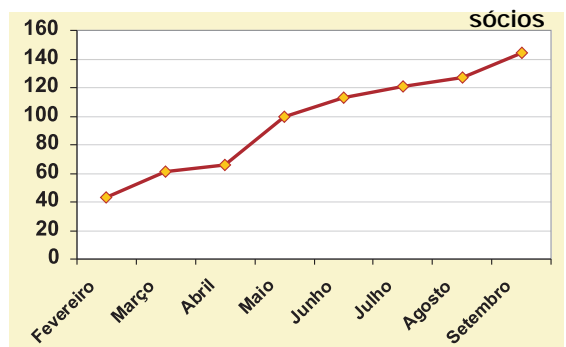
De Janeiro de 2004 a Setembro de 2004

A ADEB dá a conhecer, aos associados, os dados associativos de Janeiro a Setembro de 2004, registando-se 224 novas filiações. Reunimos assim 2102 sócios, em 30 de Setembro de 2004.

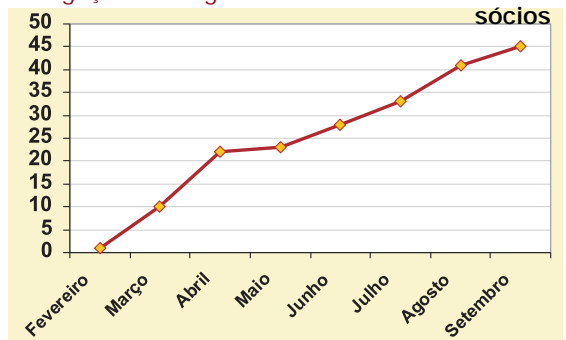
Chamamos a atenção que, tanto na Sede como nas Delegações, entre Abril e Maio de 2004, ocorreu um acréscimo de novas inscrições. É curioso observar que este aumento coincide com a mudança de estação, período em que as pessoas que sofrem de distúrbios do humor apresentam maiores oscilações no seu estado de ânimo.

Evolução da adesão de novos sócios na ADEB

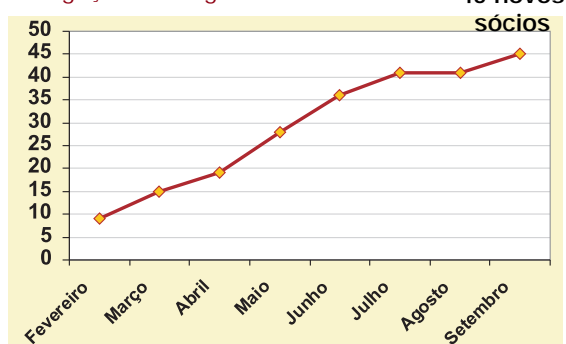
Sede Nacional



Delegação da Região Norte



Delegação da Região Centro



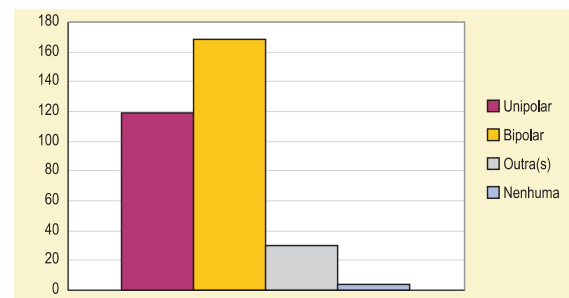
Apoio Psicossocial

De Janeiro de 2004 a Setembro de 2004

Sede Nacional

321 Atendimentos em Apoio Psicossocial

Foram acolhidas e acompanhadas na Sede da ADEB 119 pessoas com a doença Unipolar. Com a doença Bipolar procuraram-nos 168 utentes. Com outras patologias cerca de 30 e 4 pessoas sem diagnóstico. Salientamos que, no ano em curso, registou-se um maior afluxo de pessoas com a doença Bipolar comparativamente com a doença Unipolar. Este crescimento pode ser explicado pela campanha feita pela ADEB com o apoio do Laboratório Lilly Farma.

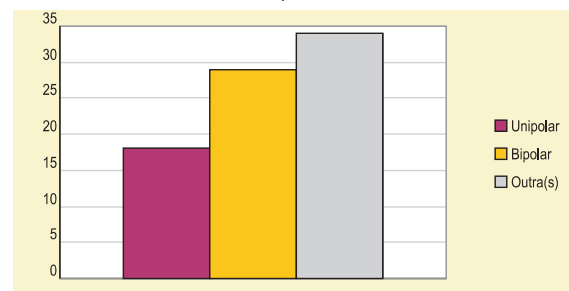


Delegação da Região Norte da ADEB

81 Atendimentos em Apoio Psicossocial

Foram acolhidas e acompanhadas na Delegação da Região Norte da ADEB 18 pessoas com a doença Unipolar. Com a doença Bipolar procuraram-nos 29 utentes e com outra doença cerca de 34.

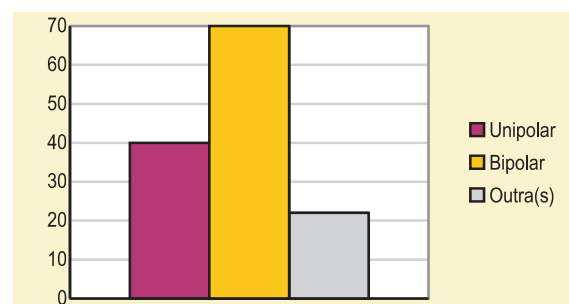
Confirma-se a tendência na Delegação da Região Norte para a existência de mais pessoas com a doença Bipolar a procurar-nos ultrapassando o número de utentes com a doença Unipolar.



Delegação da Região Centro da ADEB

132 Atendimentos em Apoio Psicossocial

Foram acolhidas e acompanhadas na Delegação da Região Centro da ADEB 40 pessoas com a doença Unipolar. Com a doença Bipolar procuraram-nos 70 utentes e com outra doença cerca de 22.



CAMPANHA DOENÇA BIPOLAR



... a doença bipolar é muitas vezes confundida com outra perturbação do humor, a depressão. Informe-se sobre as diferenças.

RITA FERRO RODRIGUES
Jornalista

... CONHECER A DOENÇA BIPOLAR É O PRIMEIRO PASSO PARA DOENTES E FAMILIARES ACEITAREM A DOENÇA. HOJE, COM A AJUDA DOS MÉDICOS, UM TRATAMENTO CORRECTO, MAIS INFORMAÇÃO E APOIO DE FAMILIARES E AMIGOS, É POSSÍVEL MELHORAR E MUITO A QUALIDADE DE VIDA DO DOENTE BIPOLAR. SAIBA MAIS SOBRE ESTA DOENÇA. NÃO SEJA INDIFERENTE.

MARCELO REBELO DE SOUSA
Professor Universitário

...ALGUMAS DAS PESSOAS MAIS INTELIGENTES E TALENTOSAS QUE CONHEÇO SOFREM DE DOENÇA BIPOLAR. SEM ELAS O MUNDO TERIA MENOS COR.

DAVID FERREIRA
Editor Discográfico

... indivíduos com doença bipolar. Grandes nomes da cultura, da ciência e da política sofreram e sofrem de doença bipolar. não volte as costas a estes indivíduos. ajude-os a realizar todo o seu potencial.

FILIFE LA FÉRIA
Encenador e Empresário

... A DOENÇA BIPOLAR É UMA REALIDADE QUE DEVEMOS CONHECER PARA MELHOR ASSEGURAR UM ACOMPANHAMENTO EFICAZ DOS QUE DELA PADECEM. INFORME-SE. saiba mais sobre a doença bipolar.

JÚLIO MAGALHÃES
Jornalista

...POR ATINGIR HOMENS E MULHERES DE TODAS AS IDADES - CERCA DE 1% DA POPULAÇÃO - É PRECISO APRENDER MAIS SOBRE A DOENÇA BIPOLAR. SÓ ASSIM SE PODERÁ EVITAR A DESCRIMINAÇÃO E AJUDAR OS DOENTES. A DOENÇA BIPOLAR CARACTERIZA-SE POR ALTERAÇÕES NO HUMOR, COM IMPACTOS VARIADOS NO PENSAMENTO, COMPORTAMENTO E EMOÇÕES DAS PESSOAS QUE DELA SOFREM. MAS, UMA VEZ DIAGNOSTICADA, PODEM PREVENIR-SE AS CRISES, ATRAVÉS DE ACOMPANHAMENTO ESPECIALIZADO E TRATAMENTO ADEQUADO. NÃO PODEMOS IGNORAR A DOENÇA BIPOLAR. AJUDAR ESTAS PESSOAS É UM DEVER DE CIDADÃO.

FRANCISCO LOUÇÃ
Economista

A ARTE DE ANTÓNIO AZEVEDO



BIOGRAFIA BREVE

A arte de fotografar despertou em António Azevedo aos vinte e sete anos. Começou por frequentar cursos da especialidade, a consultar livros de fotógrafos consagrados, assim como conceituadas revistas fotográficas de diversas procedências. Levou todo este conhecimento adquirido à prática, no santuário obscuro do seu improvisado laboratório.

António Azevedo vem expondo com regularidade sendo esta a sua 12a mostra em locais prestigiados. É a segunda vez que expõe neste espaço, a primeira decorreu em 1991 quando da inauguração do Fórum. Em "no cais do olhar" subordina todos os trabalhos a um único tema, os olhos vistos na perspectiva de janelas da vida. Numa empatia policromática e sem usar qualquer sistema computadorizado para tratamento de imagem, criou e manipulou setenta e duas maquetes, utilizando recortes, colagens e montagens, como de um puzzle se tratasse. Depois reproduziu-as em negativos de grande formato, que deram vida a um "no cais do olhar" ao qual nos sentimos impelidos a "atracar".

Paulo Furtado

Livro CONHECER O TEATRO EM MOÇAMBIQUE

BIOGRAFIA BREVE

Cristina Maia Caetano nasceu em Luanda (Angola) em 1968 e viveu até finais de 1975 em Moçambique na actual Maputo. Já em Portugal, em 1994 licenciou-se em Planeamento Regional e Urbano pela Universidade de Aveiro - Departamento de Ambiente e Ordenamento do Território.

Elenco Directivo

A.D.E.B.

Triénio 2004 / 2006

Assembleia-Geral

Presidente
Eduardo Moura Valente

Vice - Presidente
António Sampaio Correia

Secretários:
Ana Cristina Neves Dinis
Paula Cristina Costa
Margarida Maria Feliciano

Direcção
Presidente
Delfim Augusto de Oliveira

Vice-Presidentes:
Elizabeth Teresa Saldanha
Maria Leonor Queiroz

Tesoureiro
Pedro Manuel Ortiz de Montelhana

Secretários:
Maria Luisa Pregueiro
Maria da Conceição Pina Teixeira
Lia Paula Fernandes
António José Vieira
Rui Jorge R. Gomes

Conselho Fiscal

Presidente
Carlos Alberto Malheiro

Vice - Presidente
Maria Amália Pinto

Vogais
Ana Maria Conceição Martins
Sérgio Branco Paixão
Manuela Ermelinda Cipriano



"O nosso desafio global é melhorar a qualidade da vida humana, permitindo aos indivíduos uma vida com melhores perspectivas, maior longevidade e com maior qualidade"

Our global quest is to improve the quality of human life by enabling people to do more, feel better and live longer.



GlaxoSmithKline
Produtos Farmacêuticos, Lda
R. Dr. António Lourenço Borges nº 3
Avenida de Moscova, 1400-121 Rego
Tel: 214 22960
www.gsk.com



REVISTA BIPOLAR

Proprietário: A.D.E.B.
Ano VII - Nº 25

Editor: A.D.E.B.

Director: Delfim Augusto de Oliveira

Directora-Adjunta: Ana Isabel Burnay Bastos

Coordenador da Redacção: Delfim A. Oliveira e Manuela Cipriano.

Colaboradores: José Manuel Jara, António Sampaio, Lia Fernandes, Cristina Dinis, Paula Guimarães, Ricardo Pina Cabral, Leonor Queiroz e Carlos Corona.

Design Gráfico: Helder Carvalho

Impressão Gráfica: X21

Tiragem: 3.500 exemplares

Nº depósito Legal: 143533 / 99

Registo no I.C.S.: 121 888

Preço: €1,50

Distribuição Gratuita aos Sócios

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

Sede Nacional:

Av. Dr. Alfredo Bensaúde,
Lt. C-C2 e C3, loja A
1800-174 LISBOA
Tel: 21 854 07 40 Fax: 21 854 07 49
Tlm: 91 927 17 57 adeb@adeb.pt

Delegação da Região Norte:

R. Júlio Dinis, 748 – 5º sala 507 e 508,
4050-321 PORTO
Tel/Fax: 22 606 64 14 Tlm: 91 820 03 51
regiao_norte@adeb.pt

Delegação da Região Centro:

R. Central, nº 82, Mesura – Santa Clara,
3040-197 COIMBRA
Tel/Fax: 23 981 25 74 Tlm: 91 490 75 98
regiao_centro@adeb.pt

www.adeb.pt