

Introdução à Assistência Social na Saúde



Assistência Social na Saúde

É inegável que a saúde continua sendo um dos grandes desafios da sociedade brasileira. O crescimento da economia, que levou o país a ficar entre os dez maiores do mundo, não teve um acompanhamento no campo da saúde. As condições de vida sofreram pequenas alterações, a desigualdade social continuou entre as maiores do mundo, o quadro sanitário, apesar de não ter eliminado as doenças transmissíveis, incorporou as doenças não transmissíveis. É evidente que a expectativa de vida vem aumentando progressivamente, mas não ocorre o mesmo com a qualidade de vida.

Para o enfrentamento desse desafio, a sociedade brasileira criou o Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado em lei ordinária em 1990. Sua concepção teórica é das mais complexas, embora sua implementação, até hoje, não tenha ocorrido como era proposta. No momento, vive-se um novo capítulo desse desafio: a elaboração de Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS), norteadas pela Atenção Primária à Saúde (APS).

Ao mesmo tempo, a área da Saúde continua a requisitar o profissional do Serviço Social, reafirmando-a como importante espaço de intervenção profissional. São múltiplas as demandas e desafios no cotidiano de trabalho, a conjuntura atual exige do profissional uma sólida formação que articule conhecimento teórico, habilidade prática e compromisso ético.

O Serviço Social enquanto profissão surge vinculado ao agravamento das mazelas sociais, assumindo a função de executor das ações sociais destinadas à população pauperizada, que tinham por objetivo amenizar os conflitos entre a classe proletária e a burguesia. Sabe-se, portanto, que desde sua origem o Serviço Social encontra-se em meio ao antagonismo dos interesses entre as duas classes sociais fundamentais.

É evidente, portanto, a importância do trabalho do Assistente Social para consolidação do SUS. A preocupação central do Serviço Social na saúde deve ser a identificação dos impasses existentes para a efetivação do projeto de reforma sanitária e do projeto ético político. Para Costa (2009), “o assistente social se insere, no interior do processo de trabalho em saúde, como agente de interação ou como um elo orgânico entre os diversos níveis do SUS e entre este e as demais políticas sociais setoriais, o que nos leva a crer que o seu principal papel é assegurar a integralidade das ações”.

A saúde se constitui como espaço de resistência e conflitos entre os interesses do capital, que se revela no desempenho do projeto privatista, e os interesses da classe trabalhadora, representado pelo projeto de Reforma Sanitária. No

que concerne este conflito, diferentes requisições são dirigidas ao assistente social atuante na área da saúde.

Atendimento ao Público

O ponto central no relacionamento com o cliente é viabilizar uma experiência satisfatória. O Curso aborda a eficácia no atendimento nos serviços prestados à área da saúde para que o Aluno seja um profissional com excelência do atendimento ao cliente.

1. Tenha segurança ao falar. Confie em si mesmo, reforce sua auto-estima para ficar calmo e tranquilo em qualquer situação.

2. Fale bem, com boa voz, boa dicção. Administre a velocidade da fala, faça pausas, adéque o volume ao ambiente e ao(s) interlocutor.

3. Seja objetivo, desenvolva as ideias com clareza, com começo, meio e fim, use exemplos para fortalecer os seus argumentos.

4. Adéque o vocabulário e a linguagem ao tipo de pessoa com quem estiver falando para articular na mesma “língua” do interlocutor. Isso exige flexibilidade e preparo.

5. Chame o seu cliente pelo nome. Aprenda e use uma técnica de memorização para se lembrar do nome e informações importantes do seu cliente. Nada há de mais precioso, no campo das relações, do que chamar a pessoa pelo seu nome, mostrando com isso, interesse e consideração.

6. Em síntese, muitos outros tópicos poderiam aqui ser sugeridos ou explicitados. O que, de fato, importa, é o nível de interesse que uma empresa ou você mesmo deve ter em relação ao seu cliente. Havendo um interesse real,

os caminhos para um bom entendimento serão encontrados e o seu cliente, de fato, ficará encantado e comprará o seu produto.

“A essência de um bom atendimento ao cliente é conhecer seu público-alvo”, diz Bridges. A mensagem aqui é simples: você não quer dar atenção excessiva a clientes que não terão atitude recíproca, sendo bons compradores do seu produto ou serviço. “Invista em clientes que apreciem os benefícios oferecidos e que mostrem satisfação ao desejarem pagar por esses benefícios” (PHILIPP, 2010).

É notório que, independente do ramo de atuação, as organizações estão cada vez mais voltadas para a necessidade de prestar um atendimento de qualidade e diferenciado de forma a fidelizar clientes. As empresas prestadoras de serviço, sobretudo, têm convivido com uma necessidade cada vez mais intensa dos clientes: Atendimento eficaz e eficiente. O nível de exigência é cada vez maior.

1-Prestar atendimento com sentimento

Inserir o sentimento no processo de atendimento faz toda a diferença. O cliente está cansado de “scripts” decorados e repetidos a exaustão. Um sorriso sincero e uma dedicação na hora do atendimento fazem toda a diferença no momento da verdade.

2-Ter prazer em receber o cliente na empresa

Este deve ser um grande evento, pois demonstra uma preocupação na relação empresa X cliente. Independente do motivo da visita, é de grande valia criar um clima positivo para receber o cliente e buscar entender suas reivindicações e necessidades para cultivar a relação que, por algum motivo, pode ter sofrido desgaste durante o tempo.

3-Dominar o assunto que está abordando com o cliente

O cliente ao se relacionar com alguém da empresa que contratou espera sempre um atendimento técnico e profissional, ou seja, que exista um conhecimento dos produtos e serviços prestados pela companhia, bem como das soluções para possíveis problemas que venham ocorrer, seja na prestação de serviço ou no uso do produto.

4-Demonstrar boa vontade

Este item é de grande valia na busca pela excelência no atendimento. O cliente pode tolerar qualquer tipo de problema ou limitação em um atendimento, contudo, quando percebe que falta boa vontade no tratamento do problema ou

no andamento da solicitação, o nível de insatisfação aumenta consideravelmente.

5-Manter uma boa aparência

Os cuidados com a apresentação pessoal ajudam muito no atendimento presencial com o cliente. Os principais itens que devem ser observados são: Estar alinhado, cuidar dos cabelos, barba, roupas (combinação de cores também) e odores.

6-Cuidar do atendimento telefônico

A primeira impressão dos clientes com a empresa acontece pelo telefone, você já deve ter ligado para algum lugar e foi atendido com “só um minutinho”, esta é uma situação frequente, porém pode por perdê-la um negócio, e ainda deixar o cliente muito insatisfeito. Para um bom atendimento telefônico.

Para um bom atendimento telefônico, é importante:

Ø Não devemos ignorar o telefone, muitos clientes, quando nos telefonam, esperam tocar duas ou três vezes e depois desligam.

Ø Não passe a batata quente, ao receber um telefonema você é responsável pelo atendimento, esteja preparado (a).

Ø Se a ligação for para outra pessoa não grite para chamá-la.

Ø Ao atender uma ligação devemos tomar cuidado com as palavras, pois uma só frase inadequada pode por perdê-la todo um negócio e até mesmo o cliente desistir do atendimento;

Ø Cuidado com a espera ao telefone, se a espera for longa retorne a ligação;

Ø Sorria ao atender uma ligação, como regra, ao atender uma chamada utilize as expressões: “bom dia, boa tarde, boa noite” e deixe bem claro qual estabelecimento que você faz parte.

Ø Evite termos vulgares como: “alooôô, pois não, oi, fala, podi crê, saquei”. Você não está lidando com qualquer pessoa e sim com um cliente.

7-Cultivar a empatia

Pense como o cliente, aprenda com sua visão e experiência, pessoas diferentes de você trazem outros conhecimentos que podem ser

aproveitados. A partir desta análise do cliente, procure entender suas necessidades e dificuldades, só assim você poderá dar a ele o atendimento que ele espera e até surpreendê-lo.

Atendimento Home Care

A prática em atendimento domiciliar na área da saúde vem crescendo, nos setores público e privado, com argumentos que vão desde a relação custo-benefício até a busca da humanização do tratamento. O atendimento domiciliar (muitas vezes denominado home care) em Psicologia é uma modalidade de atuação ainda pouco conhecida pela maioria dos psicólogos e que tem trazido algumas questões referentes à sua natureza e aos problemas éticos que podem estar envolvidos.

Feito um psicodiagnóstico situacional, o psicólogo poderá propor uma psicoterapia ao paciente e/ou para o cuidador. A partir da indicação e após a concordância do paciente, é combinado o dia/hora e a periodicidade do atendimento. É interessante ter sempre uma hora marcada, para que o paciente possa se organizar. De um lado, o trabalho do psicólogo inclui compreender e traduzir as representações do paciente sobre seu processo. Por outro lado, cabe-lhe também traduzir o paciente para a equipe de saúde, informando sobre sua psicodinâmica e facilitando esse relacionamento.

Saúde mental

A saúde mental (ou sanidade mental) é um termo usado para descrever um nível de qualidade de vida cognitiva ou emocional ou a ausência de uma doença mental. Na perspectiva da psicologia positiva ou do holismo, a saúde mental pode incluir a capacidade de um indivíduo de apreciar a vida e procurar um equilíbrio entre as atividades e os esforços para atingir a resiliência psicológica.

A Organização Mundial de Saúde afirma que não existe definição "oficial" de saúde mental. Diferenças culturais, julgamentos subjectivos, e teorias relacionadas concorrentes afectam o modo como a "saúde mental" é definida.

A rede de atenção à saúde mental brasileira, foi instituída no Brasil na década de 90, como parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS).

Compartilhando dos mesmos princípios do SUS, é uma rede pública, com base municipal, comunitária e articulada, voltadas para os cuidados da saúde mental. Essas redes são compostas por Centros de atenção Psicossocial (CAPS); Centros de Convivência; Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); Ambulatórios de Saúde Mental e Hospitais Gerais. Os Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de saúde e as Conferências de Saúde Mental, garantem que haja a participação e o protagonismo dos usuários de saúde mental e de seus familiares na gestão do SUS, assim como na construção da rede de atenção à Saúde Mental (BRASIL, 2005b).

A Redes de Saúde Mental é uma rede ampla, não se restringindo apenas aos serviços de saúde mental do município. Para a construção dessa rede estão articuladas, de forma permanente, outras associações, instituições, cooperativas, e vários espaços da cidade, com o objetivo de promover a emancipação das pessoas em sofrimento mental. A rede de Saúde mental também busca incluir essas pessoas, que foram estigmatizadas ao longo do tempo, promovendo autonomia e a cidadania dessas pessoas (BRASIL, 2005b).

A articulação e os serviços promovidos pelas redes de atenção à saúde mental substituem o hospital psiquiátrico, a partir da construção de uma rede comunitária de cuidados, que visa acolher a pessoa em sofrimento mental ao invés de institucionalizá-la, consolidando assim, o que é proposto pela Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2005b).

No processo de implantação e organização dessa Rede nos municípios, deve-se levar em consideração o território. Porém, não se deve pensar território apenas como a área geográfica que se pretende organizar a Rede, mas olhar para as pessoas, as instituições, e o cenário daquela comunidade como um todo. É necessário conhecer esses componentes do território, trabalhando com os saberes ali presentes, com as questões e demandas trazidas pela comunidade, a fim construir objetivos que são comuns a esse território. Fundamentado no resgate dos recursos da comunidade, assim como dos seus saberes, potencialidades e riquezas emergentes nesse contexto, as propostas devem ser construídas de forma coletiva, priorizando as trocas entre as pessoas e os cuidados à saúde mental (BRASIL, 2005b)

Os pontos de apoio voltado para o atendimento infantil em saúde mental são: CAPS I; CAPS II; CAPS III; CAPS AD; CAPS AD III; CAPS i. O primeiro é voltado para todas as idades, ele é indicado para pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, é indicado para Municípios com população acima de 20 mil habitantes; os CAPS II atendem ao mesmo público e demandas, sendo indicado para Municípios com população acima de 70 mil habitantes; os CAPS III têm serviços de atenção contínua, com funcionamento

24 horas, todos os dias da semana, são indicados para Municípios ou regiões com população acima de 200 mil habitantes; os CAPS AD são voltados para adultos, crianças e adolescentes, com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, são indicados para municípios ou regiões com população acima de 70 mil habitantes; os CAPS AD III atendem adultos, crianças e adolescentes com necessidades de cuidados clínicos continuados, contendo no máximo 12 leitos para observação e monitoramento, com funcionamento de 24 horas, todos os dias da semana, sendo indicado para municípios ou regiões com população acima de 200 mil habitantes; os CAPS i são destinados para crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e uso de álcool e outras drogas, serviço voltado para municípios ou regiões com população acima de 150 mil habitantes (BRASIL, 2011).

Os últimos dados publicados pelo Ministério da Saúde em relação ao número de CAPS habilitados no Brasil foram em 2014. Havia 2209 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), nesse ano tinham implantado 201 CAPS i. É importante ressaltar que em locais que não existam recursos voltado para o público infantil, os demais centros de atendimento recebem orientação para cobrir toda a população quando necessário. Contudo, o atendimento infantil é prioritariamente os CAPS i (BRASIL, 2015)

CAPS

A lei 10.216, de 06 de abril de 2001, redireciona e regulamenta o atendimento em saúde mental. O artigo 1º estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) poderão se constituir nas modalidades: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidas nessa ordem pela abrangência populacional e complexidade, o atendimento pode ser não intensivo, semi-intensivo e intensivo respectivamente (BRASIL, 2011).

O artigo 3º dessa mesma lei responsabiliza o Estado no planejamento e desenvolvimento de políticas de saúde mental, assim como a assistência e promoção a pessoas com transtornos mentais. Sendo assim, no artigo 4º fica afirma que o internamento hospitalar não será priorizado, sendo indicado apenas em situações extremas, onde o atendimento prestado se mostre ineficaz (BRASIL, 2011).

CAPS i

Os CAPS i foram propostos a partir de 2002, com a publicação da Portaria 336/ 2002 em fevereiro de 2002, dois meses depois da III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) realizada em Portaria 336/ 2002 contém um capítulo destinado especificamente à criação de Centros de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes, os CAPS i, sendo proposta uma política de saúde

mental voltada para crianças e adolescentes, por meio de ações estratégicas para o cuidado psicossocial (COUTO & DELGADO, 2015). Regido da mesma forma que os demais CAPS: serviço territorial, de natureza pública, financiados integralmente com recursos do SUS. Os atendimentos oferecidos aos pacientes, são: atendimento individual; e em grupos; visitas domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias com o intuito de promover a ressocialização e desinstitucionalização (BRASIL, 2004a).

Composta por equipe multiprofissional, tendo equipe mínima: um médico com formação em saúde mental; um enfermeiro; três profissionais de nível superior, podendo ser: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; quatro profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (BRASIL, 2004a).

A rede de atenção integral para esse público, deve garantir a acessibilidade e a priorização de casos mais graves, com a perspectiva multiprofissional (BRASIL, 2001). Esse ponto de atenção deve se responsabilizar pelo atendimento máximo de 30 usuários por dia, podendo ser em regime intensivo, semi-intensivo e não intensivo (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008).

Define-se como atendimento intensivo quando o usuário em decorrência do caso clínico, está necessitando de atendimento diário, ou seja, quando a pessoa se encontra em situação de crise ou com grande dificuldade no convívio social e/ou familiar, precisando de atenção contínua. No atendimento semi-intensivo, o usuário precisa de atendimento freqüente, para que a equipe auxilie na sua estruturação e no desenvolvimento da autonomia, podendo ser atendido até 12 dias no mês. Nesse caso, o sofrimento psíquico da pessoa está diminuído e suas relações sociais estão melhores. O atendimento não intensivo é voltado para pessoas que não estão precisando de suporte contínuo, decorrente do seu caso clínico atual, nesse caso, o usuário pode ser atendido até três dias no mês. Todos esses tipos de atendimento podem acontecer na casa do usuário (BRASIL, 2004a, p. 135) e (BRASIL, 2004b, p. 16)

Um ponto importante é que se deve manter referência e contra-referência efetivas nas redes de saúde, para que haja atenção integral e articulada entre os pontos da rede, o que favorecerá uma melhora no quadro clínico. (BRASIL, 2004b)

A Política Nacional de Saúde Mental é uma ação do Governo Federal, coordenada pelo Ministério da Saúde, que compreende as estratégias e diretrizes adotadas pelo país para organizar a assistência às pessoas com necessidades de tratamento e cuidados específicos em saúde mental. Abrange

a atenção a pessoas com necessidades relacionadas a transtornos mentais como depressão, ansiedade, esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar, transtorno obsessivo-compulsivo etc, e pessoas com quadro de uso nocivo e dependência de substâncias psicoativas, como álcool, cocaína, crack e outras drogas.

O acolhimento dessas pessoas e seus familiares é uma estratégia de atenção fundamental para a identificação das necessidades assistenciais, alívio do sofrimento e planejamento de intervenções medicamentosas e terapêuticas, se e quando necessárias, conforme cada caso. Os indivíduos em situações de crise podem ser atendidos em qualquer serviço da Rede de Atenção Psicossocial, formada por várias unidades com finalidades distintas, de forma integral e gratuita, pela rede pública de saúde.

Além das ações assistenciais, o Ministério da Saúde também atua ativamente na prevenção de problemas relacionados a saúde mental e dependência química, implementando, por exemplo, iniciativas para prevenção do suicídio

Atenção Psicossocial (RAPS)

As diretrizes e estratégias de atuação na área de assistência à saúde mental no Brasil envolvem o Governo Federal, Estados e Municípios. Os principais atendimentos em saúde mental são realizados nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que existem no país, onde o usuário recebe atendimento próximo da família com assistência multiprofissional e cuidado terapêutico conforme o quadro de saúde de cada paciente. Nesses locais também há possibilidade de acolhimento noturno e/ou cuidado contínuo em situações de maior complexidade.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é formada pelos seguintes pontos de atenção:

Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

São pontos de atenção estratégicos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Unidades que prestam serviços de saúde de caráter aberto e comunitário, constituído por equipe multiprofissional que atua sobre a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial. São substitutivos ao modelo asilar, ou seja, aqueles em que os pacientes deveriam morar (manicômios).

Modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

CAPS I: Atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 15 mil habitantes.

CAPS II: Atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.

CAPS i: Atendimento a crianças e adolescentes, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.

CAPS ad Álcool e Drogas: Atendimento a todas faixas etárias, especializado em transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.

CAPS III: Atendimento com até 5 vagas de acolhimento noturno e observação; todas faixas etárias; transtornos mentais graves e persistentes inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes.

CAPS ad III Álcool e Drogas: Atendimento e 8 a 12 vagas de acolhimento noturno e observação; funcionamento 24h; todas faixas etárias; transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, saúde mental é um estado de bem-estar no qual o indivíduo é capaz de usar suas próprias habilidades, recuperar-se do estresse rotineiro, ser produtivo e contribuir com a sua comunidade.

A atenção em saúde mental é oferecida no Sistema Único de Saúde (SUS), através de financiamento tripartite e de ações municipalizadas e organizadas por níveis de complexidade. A Rede de Cuidados em Saúde Mental, Crack, Álcool e outras Drogas foi pactuada em julho de 2011, como parte das discussões de implantação do Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011, e prevê, a partir da Política Nacional de Saúde Mental, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPs), os Serviços Residenciais Terapêuticos, os Centros de Convivência e Cultura, as Unidades de Acolhimento e os leitos de atenção integral em Hospitais Gerais.

O maior desafio para as políticas de saúde mental no Brasil hoje é o enfrentamento do uso do crack. Com a desospitalização promovida a partir dos princípios da Reforma psiquiátrica e o consumo crescente da droga em todas as esferas sociais, o SUS tem atuado de forma interdisciplinar, objetivando construir uma estratégia eficaz de enfrentamento do problema, já considerado uma epidemia por diversas instituições.

Saúde mental e a saúde física são duas vertentes fundamentais e indissociáveis da saúde.

Problemas de saúde mental mais frequentes

Ansiedade

Mal-estar psicológico ou stress continuado

Depressão

Dependência de álcool e outras drogas

Perturbações psicóticas, como a esquizofrenia

Atraso mental

Demências

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são instituições brasileiras que visam à substituição dos hospitais psiquiátricos - antigos hospícios ou manicômios - e de seus métodos para cuidar de afecções psiquiátricas. Os CAPS, instituídos juntamente com os Núcleos de Assistência Psicossocial (NAPS), através da Portaria/SNAS nº 224 - 29 de Janeiro de 1992, atualizada pela Portaria nº 336 - 19 de Fevereiro de 2002, são unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de 4 horas, por equipe multiprofissional, constituindo-se também em porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas à saúde mental.

Modelo proposto na Itália, em Trieste, e que está sendo construído e adaptado no Brasil desde 1986. Consiste em um local que oferece cuidados intensivos, semi-intensivos ou não intensivos a pacientes em sofrimento psíquico diagnosticados como neuróticos graves ou psicóticos que podem já ter ou não histórico de internação e/ou tratamento. Os Centros de Atenção Psicossocial, como referido, são serviços públicos de saúde mental, destinados a atender indivíduos com transtornos mentais relativamente graves. Esse serviço é uma

substituição as internações em hospitais psiquiátricos, e tem como maior objetivo tratar a saúde mental de forma adequada, oferecendo atendimento à população, realizando o acompanhamento clínico, e promovendo a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho e ao lazer, a fim de fortalecer os laços familiares e comunitários. Esse serviço oferece três modalidades de tratamento (intensivo, semi-intensivo, e não intensivo), que variam de acordo com a necessidade do indivíduo. O atendimento intensivo trata-se de atendimento diário oferecido quando a pessoa se encontra com grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua. No semi-intensivo, o usuário pode ser atendido até doze dias no mês, modalidade oferecida quando o sofrimento e a desestruturação psíquica da pessoa diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento. Deve-se ressaltar que o usuário ainda necessita de atenção direta da equipe do serviço para se estruturar e recuperar sua autonomia. O atendimento não intensivo é oferecido quando a pessoa não precisa de suporte da equipe para conviver na sociedade e realizar suas atividades na família e/ou no trabalho, podendo ser atendido até três dias no mês.

Logo, para ser atendido no CAPS, pode-se procurar diretamente esse serviço ou ser encaminhado pelo Programa de Saúde da Família ou por qualquer serviço de saúde. A pessoa também pode ir sozinha, mas na maioria dos casos é levada pela família, devendo ser acolhida em seu sofrimento a fim de construir um vínculo terapêutico e de confiança entre o profissional e o indivíduo que procura o serviço. Posteriormente é traçado um projeto terapêutico individual, construído de forma estratégica para atender as atividades de maior interesse para eles, respeitando o contexto em que estão inseridos, e atendendo também as suas necessidades. O usuário neste momento também se compromete a cooperar com o tratamento, seguindo as prescrições médicas, participando de oficinas culturais, grupos terapêuticos, atividades esportivas, oficinas expressivas (dança, técnicas teatrais, pintura, argila, atividades musicais), oficinas geradoras de renda (marcenaria, cerâmica, bijuterias, brechó, artesanato em geral), e oficinas de alfabetização o que possibilita exercitar a escrita e a leitura, como um recurso importante na (re)construção da cidadania, oferece atividade de suporte social, grupos de leitura e debate, que estimulam a criatividade, a autonomia, e a capacidade de estabelecer relações interpessoais impulsionando-os à inserção social. Essas oficinas podem contar com a participação da família e da comunidade, que são muito importantes para o processo de reabilitação e reinserção das pessoas portadoras de transtorno mental, pois produzem um grande e variado conjunto de relações de troca, reforçando os laços sociais e afetivos e proporcionando maior inclusão social desses membros. A proposta de cuidado ao portador de transtorno mental no interior dos CAPS é baseada em ações que visam a sua reabilitação psicossocial, pela busca de autonomia e de cidadania, ressaltando

a integridade e as influências biopsicossociais no tratamento a ser executado. Dessa forma o CAPS será um instrumento que viabiliza a relação entre a família e usuário e entre o usuário e a instituição, incentivando a participação dos familiares, profissionais, e da comunidade nos projetos propostos a fim de gerar uma parceria. Apesar deste sofrimento e desta sobrecarga, que o transtorno mental causa, percebe-se que a família é o elo mais próximo que os usuários têm com o mundo, por isso ela desenvolve um papel importante para seu o tratamento. O indivíduo encontra no serviço um apoio, no qual se estabelece uma relação de encontros com outros usuários e profissionais, mantendo-se diálogos relacionados às suas necessidades, desejos, histórias e conhecimentos específicos, trazendo uma troca de experiências, e principalmente um laço afetivo com os seus cuidadores.

Fontes:

Portaria do Ministério da Saúde nº 336/2002.

Portaria do Ministério da Saúde nº 130/2012.

CAPS I – Destinado a um território com população entre 20 000 e 70 000 habitantes (critério para implantação) e é referência para um território com população de até 50 000 habitantes.

Não há limite de idade para a utilização. O atendimento ao paciente inclui, além de medicamentoso e de psicoterapia, visita domiciliar e atendimento à família.

CAPS II - Destinado a um território com população entre 70 000 e 200 000 habitantes (critério para implantação) e é referência para um território com população de até 100 000 habitantes.

Não há limite de idade para a utilização. O atendimento ao paciente inclui, além de medicamentoso e de psicoterapia, visita domiciliar e atendimento à família.

CAPS III - Destinado a um território com população acima de 200 000 habitantes (critério para implantação) e é referência para um território com população de até 150 000 habitantes.

Não há limite de idade para a utilização. O atendimento ao paciente inclui, além de medicamentoso e de psicoterapia, visita/atendimento domiciliar e atendimento à família.

O CAPS III constitui-se no principal dispositivo CAPS e presta um serviço de atenção contínua, durante 24 horas, diariamente, incluindo feriados e finais de semana, com capacidade de acolhimento, observação e repouso noturno. No caso da necessidade do usuário utilizar o leito noturno, a utilização não pode exceder sete dias consecutivos ou dez dias não consecutivos. Desempenha o papel de principal regulador da porta de entrada da rede

assistencial em saúde no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial e é também o principal dispositivo substitutivo da internação em hospital psiquiátrico. É a mais complexa modalidade de CAPS para a prestação do atendimento em transtorno mental.

CAPSi II – Destina-se ao atendimento de crianças e adolescentes e é concebido para atender preferencialmente portadores de transtornos mentais graves. Pode também atender, eventualmente, usuários de álcool e outras drogas. Destinado a um território com população acima de 200 000 habitantes, é referência para um território com população de até cerca de 200 000 habitantes ou outro parâmetro populacional definido pelo gestor local. O atendimento ao paciente inclui, além de medicamentoso e de psicoterapia, visita/atendimento domiciliar e atendimento à família.

CAPS ad II - Destina-se ao atendimento de usuários com transtornos mentais decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas (incluindo o álcool). Recebe esses usuários para tratamento e recuperação, com ênfase na redução de danos, com o estímulo a novos hábitos, visando à diminuição de internações hospitalares para desintoxicação e outros tratamentos. Destinado a um território com população acima de 700 000 habitantes. O atendimento ao paciente inclui, além de medicamentoso e de psicoterapia, visita/atendimento domiciliar e atendimento à família.

CAPS ad III – É destinado a proporcionar atenção integral e contínua a usuários com transtornos mentais decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas (incluindo o álcool), com funcionamento durante as 24 horas do dia, inclusive nos feriados e finais de semana. Foi idealizado para atender a uma população de 200 000 a 300 000 habitantes por unidade. Nas capitais dos Estados, todos os CAPS ad II passam a ser CAPS ad III. Em cada região de abrangência, o município sede deverá, através de um plano de ação regional, indicar um hospital geral de referência para o CAPS ad III - Regional, que funcione como apoio qualificado a usuários que apresentem quadros de abstinência, intoxicação aguda ou agravos clínicos relacionados ao consumo de álcool e outras drogas. O atendimento ao paciente inclui, além de medicamentoso e de psicoterapia, visita/atendimento domiciliar e atendimento à família.

Funções dos CAPS

Prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando as internações em hospitais psiquiátricos;

Acolher e atender as pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território;

Promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais por meio de ações inter-setoriais;

Regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação;

Dar suporte a atenção à saúde mental na rede básica;

Organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios;

Articular estrategicamente a rede e a política de saúde mental numa determinada área de abrangência;

Promover a reinserção social do indivíduo através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Estes serviços devem ser substitutivos e não complementares ao hospital psiquiátrico. De fato, o CAPS é o núcleo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento.

Ansiedade

Um busto de mármore do Imperador Romano Decius, do Museu Capitolino. Este retrato "transmite uma sensação de ansiedade e cansaço, como de um homem que carrega pesadas responsabilidades [de Estado]".

A ansiedade é uma emoção caracterizada por um estado desagradável de agitação interior, muitas vezes acompanhada de comportamento nervoso, como o de se embalar de trás para a frente. É o sentimento desagradável de terror por eventos antecipados, tal como a sensação de morte iminente. Ansiedade não é o mesmo que medo. O medo é uma resposta a uma ameaça real ou percebida, enquanto a ansiedade é a expectativa de uma futura ameaça. A ansiedade é um sentimento de inquietação e preocupação, geralmente generalizado e sem foco, como uma reação exagerada a uma situação que é apenas subjetivamente vista como ameaçadora. É muitas vezes acompanhada por tensão muscular, inquietação, fadiga e problemas de concentração. A ansiedade pode ser apropriada, mas quando experimentada regularmente, o indivíduo pode sofrer de transtorno de ansiedade.

Transtorno de ansiedade

As perturbações de ansiedade ou transtornos de ansiedade são um grupo de perturbações mentais caracterizadas por sentimentos de ansiedade e medo. A ansiedade corresponde à preocupação com acontecimentos futuros, enquanto o medo é uma reação aos acontecimentos do presente. Estes sentimentos podem causar sintomas físicos, como ritmo cardíaco acelerado ou tremores. Existem várias perturbações de ansiedade conforme as causas dos sintomas, incluindo perturbação de ansiedade generalizada, fobias específicas, agorafobia, perturbação de ansiedade social, perturbação de ansiedade de separação e perturbação de pânico. É frequente as pessoas apresentarem mais de uma perturbação de ansiedade.

As perturbações de ansiedade são causadas por uma combinação de fatores genéticos e ambientais. Entre os fatores de risco estão um historial de abuso infantil, antecedentes familiares de perturbações mentais e pobreza. As perturbações de ansiedade ocorrem muitas vezes a par de outras perturbações, sobretudo perturbação depressiva major, perturbações de personalidade e perturbações induzidas pelo consumo de drogas. Para o diagnóstico ser confirmado, é necessário que os sintomas estejam presentes durante pelo menos seis meses, que sejam mais intensos do que aquilo que seria expectável para a situação e que diminuam a função. Entre outras condições médicas e psiquiátricas que podem causar sintomas semelhantes estão o hipertireoidismo, doenças cardiovasculares, consumo de cafeína, tabaco ou canábis e a abstinência de determinadas drogas.

Sem tratamento, as perturbações de ansiedade tendem a permanecer. O tratamento pode consistir em alterações do estilo de vida, psicoterapia e medicamentos. A psicoterapia consiste geralmente em terapia cognitivo-comportamental. Os medicamentos, como os antidepressivos ou os betabloqueadores, podem melhorar os sintomas. As perturbações de ansiedade ocorrem com o dobro da frequência em mulheres do que em homens e têm geralmente início antes dos 25 anos de idade. Em dado ano, cerca de 12% das pessoas são afetadas por uma perturbação de ansiedade. As mais comuns são as fobias específicas, que afetam 12% das pessoas em algum momento da vida, e a perturbação de ansiedade social, que afeta 10%. As perturbações de ansiedade afetam de forma mais comum as pessoas entre os 15 e os 35 anos de idade e tornam-se menos comuns após os 55 anos. A prevalência aparenta ser maior nos Estados Unidos e na Europa.

Transtorno de ansiedade generalizada

O transtorno de ansiedade generalizada, perturbação de ansiedade generalizada ou desordem de ansiedade generalizada caracteriza-se por um estado de ansiedade excessiva persistente que não depende do contexto e é desproporcional aos fatos que ocorrem na maior parte dos dias por um período de pelo menos 6 meses. O transtorno é diagnosticado segundo os critérios do DSM-5.

É normal e útil ter ansiedade, mas nesse transtorno a preocupação é tão excessiva que prejudica as diversas áreas da vida (profissional, familiar, social e acadêmica). Os muito ansiosos constantemente imaginam desastres relacionados a saúde, dinheiro, morte, problemas de família e problemas sociais.

O que é Depressão?

A depressão é um distúrbio afetivo que acompanha a humanidade ao longo de sua história. Pessoas que sofrem com distúrbios de depressão apresentam uma tristeza profunda, perda de interesse generalizado, falta de ânimo, de apetite, ausência de prazer e oscilações de humor que podem culminar em pensamentos suicidas.

Por isso, o acompanhamento médico é imprescindível o tanto para o diagnóstico quanto para o tratamento adequado.

A depressão atinge mais de 300 milhões de pessoas de todas as idades no mundo, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS). No Brasil, a estimativa é que 5,8% da população seja afetada pela doença.

Tristeza x Depressão

Há uma grande diferença entre tristeza e depressão. A tristeza pode ocorrer desencadeada por algum fato do cotidiano, onde a pessoa realmente sofre com aquilo até assimilar o que está acontecendo e geralmente não dura mais do que quinze a vinte dias. Já a depressão se instala e se não for tratada pode piorar e passar por três estágios: leve, moderada e grave.

Geralmente a pessoa pode apresentar dois ou mais dos seguintes sintomas:

Apatia

Falta de motivação

Medos que antes não existiam

Dificuldade de concentração

Perda ou aumento de apetite

Alto grau de pessimismo

Indecisão

Insegurança

Insônia

Falta de vontade em fazer atividades antes prazerosas

Sensação de vazio

Irritabilidade

Raciocínio mais lento

Esquecimento

Ansiedade

Angústia.

Além disso, o indivíduo pode apresentar alguns sintomas físicos que os médicos não conseguem encontrar causas aparentes, como:

Dores de barriga

Má digestão

Azia

Constipação

Flatulência

Tensão na nuca e nos ombros

Dores de cabeça

Dores no corpo

Pressão no peito.

A tendência a tirar a própria vida está relacionada a alguns fatores, sendo os mais importantes os seguintes:

A gravidade do quadro depressivo: nos quadros depressivos graves, a porcentagem de tentativa de suicídio é muito mais elevada

O uso de álcool e drogas: que podem causar estados depressivos pós uso e são extremamente graves, pois potencializam estados depressivos já existentes

Situações existenciais pessoais com uma somatória de fatores: idade, presença de uma doença crônica ou terminal, desesperança

Presença de traumas psicológicos como os abusos sexuais infantis.

Qualquer pessoa que tenha um agravamento muito severo de um quadro depressivo, a ponto de não querer mais viver (mesmo que não mencione se matar), é um candidato em potencial ao suicídio.

Tipos de depressão

Existem diversos tipos de distúrbios de depressão. Os mais comuns são:

Episódio depressivo

Um episódio depressivo costuma ser classificado como um período de tempo em que a pessoa apresenta uma alteração em seu comportamento, passando por um episódio depressivo apresenta sintomas da síndrome depressiva, como:

Humor deprimido

Falta de energia

Falta de iniciativa e vontade

Falta de prazer

Alteração do sono

Alteração do apetite

Lentificação do pensamento

Lentificação motora.

Estes quadros tendem a ter uma duração mais curta, de até seis meses, sem uma intensificação dos sintomas.

Transtorno depressivo maior

Se uma pessoa começa a ter quadros depressivos recorrentes ou mantém os sintomas de depressão por mais de seis meses com uma intensificação do quadro, pode-se considerar que ela esteja passando por um transtorno depressivo maior.

Normalmente o transtorno depressivo maior é um quadro mais grave e também tem grande relação com a herança genética. Nele há uma mudança química no funcionamento do cérebro, que pode ser desencadeada por uma causa física ou emocional.

Depressão bipolar

As fases de depressão dentro do transtorno bipolar também são consideradas um subtipo de depressão. Os sintomas apresentados na fase de depressão são os mesmos de um episódio depressivo. Já nas fases de euforia, o paciente pode apresentar sintomas como:

Agitação

Ocupação com diversas atividades

Obsessão com determinados assuntos

Aumento de impulsividade

Aumento de energia

Desatenção

Hiperatividade.

Distímia

Distímia é uma forma crônica de depressão, porém menos grave do que a forma mais conhecida da doença. Com a distímia, os sintomas de depressão podem durar um longo período de tempo - muitas vezes, dois anos ou mais.

O paciente com distímia pode perder o interesse nas atividades diárias normais, se sentir sem esperança, ter baixa produtividade, baixa autoestima e um sentimento geral de inadequação. As pessoas com distímia são

consideradas excessivamente críticas, que estão constantemente reclamando e são incapazes de se divertir. Entenda melhor sobre a distímia.

Depressão atípica

Normalmente os quadros de depressão costumam ser melancólicos, em que o paciente apresenta principalmente tristeza e pensamentos de morte, desesperança e inutilidade. A depressão pode ser atípica quando há predomínio de falta de energia, cansaço, aumento excessivo de sono e o humor apático.

Depressão sazonal

O maior exemplo de depressão sazonal são os episódios de tristeza relacionados ao inverno, que ocorrem devido à baixa exposição à luz solar.

Existem outros tipos de depressões sazonais, ligadas às épocas do ano, por exemplo, durante as festas de final de ano onde os níveis de estresse acabam aumentando.

Fique atento com períodos de tristeza de desânimo que acontecem em períodos épocas específicas - sempre que está frio ou sempre próximo de uma data específica, por exemplo.

Depressão pós-parto

A depressão pós-parto ocorre logo após o parto. Os sintomas incluem tristeza e desesperança. Muitas novas mães experimentam alterações de humor e crises de choro após o parto, que se desvanecem rapidamente. Elas acontecem principalmente devido às alterações hormonais decorrentes do término da gravidez. No entanto, algumas mães experimentam esses sintomas com mais intensidade, dando origem à depressão pós-parto.

Depressão psicótica

A depressão psicótica alia os sintomas de tristeza a outros menos típicos, como delírios e alucinações. Este é considerado um tipo de depressão grave, mas costuma ser raro. No entanto, qualquer pessoa pode desenvolvê-lo, e não só quem tem histórico de psicoses na família.

Sintomas de Depressão

São sintomas de depressão:

Humor depressivo ou irritabilidade, ansiedade e angústia

Desânimo, cansaço fácil, necessidade de maior esforço para fazer as coisas

Diminuição ou incapacidade de sentir alegria e prazer em atividades anteriormente consideradas agradáveis

Desinteresse, falta de motivação e apatia

Falta de vontade e indecisão

Sentimentos de medo, insegurança, desesperança, desespero, desamparo e vazio

Pessimismo, ideias frequentes e desproporcionais de culpa, baixa autoestima, sensação de falta de sentido na vida, inutilidade, ruína, fracasso, doença ou morte.

Transtornos mentais e a deficiência psicossocial

Todos nós experimentamos, em determinadas situações da vida, sentimentos como ansiedade, tristeza, nervosismo, medo, vontade de ficar sozinho, desesperança, sensação de que alguém está querendo nos fazer algum mal, alterações constantes de humor e etc.. Todas essas alterações de humor e pensamentos podem estar compreensivelmente relacionadas a circunstâncias de vida sobre a qual temos pouco controle ou que não podemos prever as consequências com exatidão. A conquista de um novo emprego pode nos deixar ansiosos, a perda de um ente querido pode nos abater, experiências próximas de assalto e violência podem nos deixar amedrontados, o término de um relacionamento pode nos desestabilizar. Toda vez que somos acometidos por circunstâncias desse tipo nossas vidas ficam mais difíceis e isso ocorre, porque nesses momentos nossas prioridades mudam para aquilo que exige urgência. Assim, uma pessoa que está imerso em seu trabalho pode interrompê-lo imediatamente se receber uma ligação avisando que sua mãe está internada em estado grave, por exemplo. Nesse exemplo, a urgência do estado de saúde da mãe muda o foco da pessoa por meio de uma onda de sentimentos e pensamentos que tornam inviável a retomada das atividades laborais naquele momento. Isso pode se resolver se a pessoa descobre que não se trata de nada grave ou se intensificar se descobrir que o caso é grave.

Tudo isso é muito evidente, mas ilustra o fato essencial: toda circunstância que provoca um forte abalo emocional gera uma onda de reações internas com sentimentos e pensamentos que interferem na nossa capacidade de trabalhar, relacionar, funcionar e escolher. Tendo isso em mente, podemos nos aproximar das experiências de uma pessoa com transtorno mental.

Quando falamos de um transtorno mental de caráter crônico e persistente sabemos que o indivíduo se deparará com uma ou mais barreiras que limitam sua igualdade de participação plena na sociedade e, portanto, considera-se este indivíduo com deficiência psicossocial. Assim, desde então, a definição do conceito de pessoa com deficiência tem possibilitado amparar, à luz da legislação, as pessoas que sofrem com transtornos mentais crônicos como, por exemplo, a esquizofrenia, transtorno bipolar, autismo, epilepsia e depressão que, até então, ficavam à margem da sociedade devido às barreiras sociais impostas: estigmas, relações interpessoais, preconceito, acesso à saúde, fatores de proteção, etc.

Desde 1980, a primeira versão da Classificação Internacional de Funcionalidades publicada pela Organização Mundial de Saúde buscava unificar a compreensão da “consequência da doença” como uma forma de avaliar o impacto da doença na condição de saúde da pessoa. Essa nova família de classificações de saúde, complementar à CID, tem contribuído para coleta e registro de dados estatísticos, para medir resultados e qualidade de vida, planejar políticas sociais e educacionais e para compatibilizar o tratamento com as condições específicas do indivíduo, considerando suas aptidões profissionais, reabilitação e resultados (CIF, 2004, p.9, OMS).

A CIF define deficiência como problemas nas funções (mentais, sensoriais, voz, aparelho cardiovascular, hematológico, respiratório, urinário, digestivo, reprodutivo, etc) ou nas estruturas do corpo, tais como um desvio importante ou perda. Assim, o termo deficiência psicossocial caracteriza-se pela classificação de um problema nas funções mentais de um indivíduo, que podem ser uma ou mais limitações das capacidades de consciência, aprendizado, interação social, temperamento, energia e impulso, estabelecimento de vínculos, personalidade, atenção, memória, concentração, linguagem, percepção, conforme a classificação das funções mentais pela CIF (Cap. 1, 2004).

Os impactos de um transtorno mental na vida de uma pessoa são muitas vezes devastadores e somente com o apoio de equipe multiprofissional e bom suporte familiar e psicossocial é possível o controle e superação. No entanto, as marcas que a ruptura de um estado de saúde tido como normal para a

transição em um quadro diagnosticado de transtorno mental trazem em si um contexto histórico de perdas, frustrações e fragilidades que são por vezes estigmatizantes e excludentes. Indivíduos com transtornos mentais crônicos e persistentes, como a esquizofrenia, transtorno bipolar e depressão grave, apresentam prejuízos funcionais e intelectuais que comprometem sua capacidade para atividades e desempenho.

O que é Psicossocial?

Psicossocial se refere a relação entre o convívio social do ponto de vista da psicologia. Consiste num ramo de estudo que abrange os aspectos da vida social em conjunto com a psicologia clínica.

De acordo com a gramática da língua portuguesa, a correta grafia desta palavra é psicossocial, enquanto que "psico-social" está incorreta.

A formação psicossocial do indivíduo, como o próprio nome sugere, está baseada nas relações que este mantém com a sociedade para o desenvolvimento da sua psique. A psicologia social se limita a estudar a psique do indivíduo quando este se apresenta como parte de um grupo.

Modelo Biopsicossocial

Consiste num método de diagnóstico de algumas doenças a partir da análise de fatores biológicos, psicológicos e sociais. Para isso, o médico deve atuar em conjunto com profissionais ligados a psicologia e a sociologia, com o objetivo de estudar a causa e o desenvolvimento de certas patologias.

Estágios do Desenvolvimento Psicossocial

1º Estágio: confiança e desconfiança

Ao longo do primeiro ano de vida do ser humano, este começa a desenvolver a confiança sobre o seu próprio corpo e o mundo a sua volta. É nesta fase que o sentimento de esperança é desenvolvido.

2º Estágio: autonomia, dúvida e vergonha

Entre 1 e 3 anos de idade, começa a surgir a contradição entre os desejos da criança e as normas impostas pela sociedade (na figura dos pais ou educadores). O resultado desta fase é o desenvolvimento do desejo.

3º Estágio: iniciativa e culpa

Entre os 3 e 6 anos, quando a criança percebe o que é certo e errado fazer, o que é bom e o que é mau.

4º Estágio: produtividade e inferioridade

Entre os 6 e 12 anos de idade, período em que a criança percebe a sua capacidade de produzir e criar. A competência é a principal característica social desenvolvida.

5º Estágio: identidade e confusão de identidade

Início da adolescência, quando a pessoa procura entender o seu "papel no mundo". Nesta etapa se desenvolvem as ideias de fidelidade e lealdade, assim como a socialização.

6º Estágio: intimidade e isolamento

Entre os 21 e 40 anos, quando surgem as relações amorosas estáveis e duráveis do indivíduo. O amor é a característica desenvolvida como uma virtude social.

7º Estágio: generatividade e estagnação

Entre os 35 e 60 anos, fazendo com que surja a necessidade social de cuidar do próximo.

8º Estágio: produtividade e desespero

Ocorre a partir dos 60 anos, quando a sabedoria é desenvolvida.

Tratamentos psicossociais

Entre alguns tratamentos utilizados pelos profissionais para lidar com as doenças psicossociais está a terapia ocupacional, os grupos de convivência, o suporte vocacional, entre outros.

Vale lembrar que o acompanhamento médico-psiquiátrico é essencial, pois o tratamento deverá ser direcionado consoante o nível e tipo de doença que o indivíduo apresentar, assim como outros fatores, como a sua condição familiar, de moradia e etc.

Problemas psicológicos e sociais, particularmente envolvendo questões escolares e de comportamento, ocorrem com mais frequência durante a adolescência do que em qualquer outra época da infância. Os adolescentes são muito mais independentes e móveis e com frequência estão fora do controle direto de adultos. Quando um mau comportamento se torna grave e frequente, os adolescentes devem ser examinados por um profissional de saúde mental para detectar a existência de um transtorno psicossocial. A depressão, a ansiedade e distúrbios alimentares são particularmente comuns durante a adolescência. Os adolescentes com ansiedade ou transtornos do humor podem apresentar sintomas físicos, como fadiga ou fadiga crônica, tontura, dor de cabeça e dores abdominais ou no peito.

A depressão é comum entre adolescentes, e os médicos avaliam os adolescentes ativamente para tentar detectá-la durante os exames.

O suicídio é raro, mas pensamentos sobre suicídio (chamados de ideação suicida) são mais frequentes. A ideação suicida exige a realização imediata de uma avaliação da saúde mental; não se deve esperar que os pais determinem sozinhos qual o grau de “seriedade” do problema.

A ansiedade com frequência se manifesta durante a adolescência, assim como os transtornos do humor e os transtornos comportamentais disruptivos, como o transtorno desafiador opositivo e o transtorno de conduta.

Os transtornos de pensamento, nos quais a pessoa tem dificuldade em diferenciar entre a fantasia e a realidade (também conhecidos como transtornos psicóticos), costumam começar na adolescência ou no início da idade adulta. O primeiro episódio de psicose é chamado de surto psicótico. A esquizofrenia e o transtorno esquizoafetivo são exemplos de transtornos de pensamento. Períodos de psicose podem estar relacionados ao uso de drogas. Nesses casos, a psicose pode se resolver após algum tempo. Os episódios psicóticos podem ocorrer com maconha, sobretudo com produtos comestíveis.

Os distúrbios alimentares, especialmente em meninas, são comuns e podem ser fatais. Alguns adolescentes agem de forma extraordinária para esconder os sintomas de um distúrbio alimentar, que pode incluir uma redução significativa no consumo de alimentos, induzir o vômito depois de comer, usar laxantes ou praticar exercícios vigorosos por longos períodos de tempo.

Com frequência os médicos conseguem identificar esses problemas. Eles podem oferecer aos adolescentes conselhos práticos e, quando adequado, incentivar os adolescentes a aceitar o tratamento oferecido por especialistas.

A organização mundial de saúde diz que o estado de completo bem-estar físico, mental e social define o que é saúde. Portanto, neste contexto, uma doença Psicossocial estará associada com a ideia de falta de bem-estar.

Existem diversos tipos de doenças e transtornos psicossociais: depressão, reação aguda ao stress, ansiedade generalizada, transtorno do pânico, transtorno misto ansioso e depressivo, transtorno obsessivo-compulsivo, fobias sociais, fobias específicas, transtorno bipolar do humor e agorafobia.

Atualmente, com o agravamento de muitos destes fatores, motivado pela atual crise económica, esta a assistir-se ao aumento da prevalência das doenças e transtornos psicossociais, em particular motivados pelo Stress.

O stress ocorre quando enfrentamos uma situação. É um fenómeno natural corporal e psicológico resultante dessa reação à situação, e é um mecanismo importante, pois visa reunir força e energia para o confronto. Porém, um alto nível de stress provoca sintomas físicos e psicológicos desfavoráveis que, ao invés de ajudar no enfrentamento, vai bloquear e prejudicar todo o funcionamento do organismo.

Desta forma, os sintomas físicos do stress são a fadiga, insónia, falta de apetite, cansaço constante, neurastenia, etc. Os sintomas psicológicos são a depressão, falta de concentração, agressividade, irritação excessiva, ansiedade, pensamentos obsessivos, ciúme excessivo, tiques ou manias, etc.

Um das causas do stress é o desemprego que se encontra atualmente muito alto. Os requisitos para se conseguir um novo emprego são cada vez mais exigentes. Atualmente o mercado estipula condições que fogem da área de conhecimento do sujeito e os estudos não garantem ao empregado um bom salário ou um bom emprego.

As incertezas que advém do estado da sociedade giram em torno, não só, do desemprego, como também na manutenção do emprego por parte de quem ainda o tem.

No contexto de trabalho poderá surgir, então, o Stress Ocupacional como uma resposta do trabalhador frente à sua inabilidade ou incapacidade para enfrentar as exigências do seu trabalho, gerando assim, desconforto, mal-estar e sofrimento, desenvolvendo alterações emocionais e físicas, que prejudicam o equilíbrio vital, devido a acontecimentos relacionados como o tipo de vida que se leva em sociedade, ou seja, os stressores psicossociais.

As reações mais comuns no stress ocupacional são a agressividade, irritação excessiva, desânimo, depressão, cansaço constante, neurastenia, fadiga excessiva, dores musculares, alterações cardíacas, aumento da pressão arterial, dores de cabeça, etc.

A exaustão emocional resultante é determinada por uma falta de energia, entusiasmo e sentimento de esgotamento de recursos. A diminuição da realização pessoal e profissional culmina com a disposição do trabalhador em exercer uma autoavaliação negativa relativamente ao seu trabalho, sentindo-se infeliz consigo mesmo e insatisfeito quanto ao desenvolvimento profissional. São os workaholics (pessoas viciadas, dependentes de trabalho), cujo tipo de personalidade é favorável ao desenvolvimento de Stress Ocupacional.

No entanto, a par de tudo aquilo que de mais nocivo se disse a respeito dos efeitos nefastos do stress, é necessário acrescentar que este pode também provocar mudanças positivas no indivíduo como, crescimento pessoal, domínio e controle de si mesmo e capacidade de superação. Trata-se aqui do uso do termo eustress, que é um stress positivo, pois é quando o esforço de adaptação despendido pelo organismo gera realização pessoal e bem-estar.

Matriciamento em saúde mental

A ação é desenvolvida a partir de diálogo com as equipes, visitas domiciliares, realização de busca ativa de faltosos, mini-oficinas. O matriciamento mostra resultados positivos em relação à adesão dos usuários e familiares, diminuição de preconceito e estigma por parte dos profissionais, redução de surtos e envolvimento dos atores nas atividades lúdicas realizadas pela equipe.

Entende-se por matriciamento, o suporte realizado por profissionais e diversas áreas especializadas dado a uma equipe interdisciplinar com o intuito de ampliar o campo de atuação e qualificar suas ações. (FIGUEIREDO apud SILVA; LIMA; ROBERTO; BARFKNECHT; VARGAS; KRANEN e NOVELLI, 2010). Ou seja, “matriciamento ou apoio matricial é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica” (Ministério da Saúde, 2011, p. 13). O apoio matricial, formulado por Gastão Wagner em 1999, tem possibilitado, no Brasil, um cuidado colaborativo entre a saúde mental e a atenção primária (Ministério da Saúde, 2011 p. 13), e essa relação amplia a possibilidade de realizar a clínica ampliada e a integração e diálogo entre diferentes especialidades e profissões (CAMPOS e DOMITTI apud Ministério da Saúde, 2011).

O matriciamento tem se firmado como uma prática voltada à estruturação da rede de saúde por meio do fortalecimento das relações entre os profissionais e, conseqüentemente, destes com os outros atores sociais, incluindo usuários e gestores. Diante da potencialidade dessa estratégia, objetivou-se neste estudo

analisar as concepções dos gestores sobre matriciamento em saúde mental, suas avaliações dos efeitos dessa estratégia e suas propostas de fortalecimento da referida prática. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 11 gestores, entre eles gerentes dos Centros de Atenção Psicossocial, das Unidades de Saúde e da coordenação municipal de saúde mental. A pesquisa utilizou a abordagem qualitativa e a técnica de análise de conteúdo de Bardin. Os resultados apontaram três grupos de entendimento para matriciamento: como apropriação da temática e do cuidado em saúde mental pela Atenção Básica, como estratégia de fiscalização do trabalho da atenção básica e como dispositivo de formação e orientação para ação em saúde mental. Destacaram-se, ainda, a ampliação do cuidado em saúde mental pelo matriciamento e a dificuldade de efetivação de encontros produtivos pautados na construção de parcerias para promoção à saúde. Assim, verificou-se a importância de o matriciamento ser colocado constantemente em análise, acreditando que esse fazer interativo possibilita o cuidado integral em saúde.

O matriciamento foi descrito em 2003, pelo Ministério da Saúde, como "um arranjo organizacional que visa dar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população" (BRASIL, 2003, p. 80). Na perspectiva deste estudo, defendemos que o matriciamento vai além de um suporte técnico. Essa estratégia de trabalho tem a potencialidade de ser um encontro produtivo entre equipes com saberes, vivências e práticas diversas, que ao compartilharem tais conhecimentos devem atuar conjuntamente para o cuidado integral em saúde.

Em outras palavras, o matriciamento consiste em uma prática voltada à estruturação da rede de saúde por meio do fortalecimento das relações entre os profissionais e, conseqüentemente, destes com os outros atores sociais, incluindo usuários e gestores. O matriciamento, tema deste estudo, é tratado aqui em sua capacidade de fortalecimento dos sujeitos e coletivos, pela sua proposta de compartilhamento de saberes e práticas entre atores diversos, pela democratização das relações e pela transformação e superação de modelos hierarquizados (BERTUSSI, 2010; BRASIL, 2004).

Para tanto, torna-se imprescindível a abertura de novos canais de diálogo, o que implica, necessariamente, civilizar fronteiras, dissolver as barreiras existentes entre especialistas e generalistas, entre clínica e gestão, entre quem formula e quem executa. Nesse sentido, a estratégia de matriciamento busca promover encontros entre equipes que devem estar juntas em um processo contínuo de comunicação para a integração de saberes e práticas. Vale ressaltar que não se trata apenas de um compartilhamento de saber como transmissão de informação, mas da construção de saberes, que se dá por intermédio desses encontros produtivos e, sobretudo, de corresponsabilização pela prática de cuidado.

Trata-se de um estudo exploratório, de abordagem qualitativa, realizado em um município do Sudeste do Brasil, que concretiza o matriciamento em saúde mental à Atenção Básica por meio de seus três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): adulto, álcool e drogas, e infantil. Vale enfatizar que a cidade possui algumas particularidades no que diz respeito aos profissionais que compõem as Unidades de Saúde (US). Desde 2007 o município conta com equipes ampliadas em suas 30 Unidades de Saúde, compostas por assistente social, profissional de educação física, farmacêutico, fonoaudiólogo, ginecologista, pediatra e psicólogo, além dos profissionais previstos pelo Ministério da Saúde para composição mínima da equipe de Saúde da Família, incluindo equipe de saúde bucal. O município está dividido em seis regiões de saúde, e cada qual abrange um território específico, com realidades diversificadas.

Os gestores entrevistados trouxeram entendimentos que se assemelham, se diferenciam e se complementam a respeito do matriciamento em saúde mental.

O primeiro entendimento trazido pelos gestores destaca o matriciamento como uma possibilidade de apropriação da temática e do cuidado em saúde mental por parte também das equipes da Atenção Básica.

Nessa linha de raciocínio, segundo análise do coordenador municipal 2, o matriciamento em saúde mental conseguiu cumprir dois de seus objetivos: fazer com que a pessoa em sofrimento psíquico circule nos espaços da US, e ampliar a apropriação do cuidado em saúde mental por parte também das equipes da Atenção Básica.

Bioética

Bioética (grego: bios, vida + ethos, relativo à ética) é o estudo transdisciplinar entre Ciências Biológicas, Ciências da Saúde, Filosofia (Ética), e Direito (Biodireito) que investiga as condições necessárias para uma administração responsável da Vida Humana, animal e ambiental. Considera, portanto, questões onde não existe consenso moral como a fertilização in vitro, o aborto, a clonagem, a eutanásia, os transgênicos e as pesquisas com células tronco, bem como a responsabilidade moral de cientistas em suas pesquisas e aplicações na área da saúde.

O termo "Bioética" foi criado pelo pastor alemão Fritz Jahr em 1927. Na década de 70 o termo foi relacionado ao objetivo de deslocar a discussão entre os avanços e desenvolvimentos tecnológicos.

Os estudos em Bioética tratam tanto de questões relacionadas ao Meio Ambiente quanto aos animais humanos e não-humanos. Mais especificamente, abordam certas complicações morais relacionadas à intervenção humana, tecnológica ou não, que possa afetar a vida em seu sentido amplo e estrito, resultando em aprimoramento, em sua interrupção ou alterando positivamente ou não sua qualidade. É um campo de atuação e investigação que recebe contribuições de pesquisadores, cientistas e médicos, incluindo perspectivas religiosas, sobre temas como pesquisas com seres humanos, longevidade humana, eutanásia e outros.

Psicossocial

A psicologia social é um ramo da psicologia que trata especificamente e, preferencialmente, do funcionamento dos indivíduos em seus ambientes sociais, ou seja, como parte integrante de uma sociedade ou comunidade, como ser humano, como ambiente em que se desenvolve, contribui para determinar o outro. Assim como em diferentes sociedades existem instituições que normalmente possuem características humanas, muitas vezes e quase paralelo a isso, a vida social de qualquer pessoa tornou-se crucial na direção do funcionamento psicológico de alguém, então, é justamente aí que concentra a sua atenção na psicologia social.

No caso em que alguma pessoa apresente alguma disfunção em alguns dos aspectos anteriormente mencionados, que lhe reporte um impedimento para integrar ou desenvolver-se como qualquer outro dentro de um ambiente social, será necessário que um profissional nesta matéria intervenha com suportes adequados e aconselhados em cada caso particular para garantir que o paciente se recupere ou alcance as habilidades exigidas para seu correto funcionamento dentro de uma sociedade, como trabalhar, viver, relacionar-se com seus colegas, entre outras questões.

Normalmente, a melhor terapia é aquela que busca incluir a pessoa em apuros, sempre dentro de um ambiente social, isto é, que seja propriamente em um ambiente compartilhado que conheça, aceite e compartilhe com os demais seus principais conflitos para poder ser resolvidos.

A teoria do desenvolvimento psicossocial de Erik Erikson prediz que o crescimento psicológico ocorre através de estágios e fases, não ocorre ao acaso e depende da interação da pessoa com o meio que a rodeia. Cada estágio é atravessado por uma crise psicossocial entre uma vertente positiva e uma vertente negativa. As duas vertentes são necessárias, mas é essencial que se sobreponha a positiva. A forma como cada crise é ultrapassada ao longo de todos os estágios influenciará a capacidade para se resolverem conflitos inerentes à vida. Esta teoria concebe o desenvolvimento em 8 estágios, um dos quais se situa no período da adolescência:

Estágios de desenvolvimento

O primeiro estágio – confiança/desconfiança

Ocorre aproximadamente durante o primeiro ano de vida (0 - 18 meses). (Oral-Sensorial)

A criança adquire ou não uma segurança e confiança em relação a si próprio e em relação ao mundo que a rodeia, através da relação que tem com a mãe. Se a mãe não lhe der amor e não responde às suas necessidades, a criança pode desenvolver medos, receios, sentimentos de desconfiança que poderão vir a reflectir-se nas relações futuras. Se a relação é de segurança, a criança recebe amor e as suas necessidades são satisfeitas, a criança vai ter melhor capacidade de adaptação às situações futuras, às pessoas e aos papéis socialmente requeridos, ganhando assim confiança.

Virtude social desenvolvida: esperança.

O segundo estágio – autonomia/dúvida e vergonha

Aproximadamente entre os 18 meses e os 3 anos. (Muscular-Anal)

É caracterizado por uma contradição entre a vontade própria (os impulsos) e as normas e regras sociais que a criança tem que começar a integrar. É altura de explorar o mundo e o seu corpo e o meio deve estimular a criança a fazer as coisas de forma autónoma, não sendo alvo de extrema rigidez, que deixará a criança com sentimentos de vergonha. A atitude dos pais aqui é importante, eles devem dosear de forma equilibrada a assistência às crianças, o que vai contribuir para elas terem força de vontade de fazer melhor. De facto, afirmar uma vontade é um passo importante na construção de uma identidade. - Manifesta-se nas "birras"; nos porquês; querer fazer as coisas sozinho.

Virtude social desenvolvida: desejo.

O terceiro estágio – iniciativa/culpa

Aproximadamente entre os 3 e 6 anos (Locomotor-Fálico)

É o prolongamento da fase anterior mas de forma mais amadurecida: a criança já deve ter capacidade de distinguir entre o que pode fazer e o que não pode fazer. Este estágio marca a possibilidade de tomar iniciativas sem que se adquira o sentimento de culpa: a criança experimenta diferentes papéis nas brincadeiras em grupo, imita os adultos, têm consciência de ser “outro” que não “os outros”, de individualidade. Deve-se estimular a criança no sentido de que pode ser aquilo que imagina ser, sem sentir culpa. Neste estágio a criança tem uma preocupação com a aceitabilidade dos seus comportamentos, desenvolve capacidades motoras, de linguagem, pensamento, imaginação e curiosidade. Questão chave: serei bom ou mau?

Virtude social desenvolvida: propósito.

O quarto estágio – indústria (produtividade)/inferioridade

Decorre na idade escolar antes da adolescência (6 - 12 anos) (Latência)

A criança percebe-se como pessoa trabalhadora, capaz de produzir, sente-se competente. Neste estágio, a resolução positiva dos anteriores tem especial relevância: sem confiança, autonomia e iniciativa, a criança não poderá afirmar-se nem sentir-se capaz. O sentimento de inferioridade pode levar a bloqueios cognitivos, descrença quanto às suas capacidades e a atitudes regressivas: a criança deverá conseguir sentir-se integrada na escola, uma vez que este é um momento de novos relacionamentos interpessoais importantes. Questão chave: Serei competente ou incompetente?

Virtude social desenvolvida: competência.

Vertente negativa nesse desenvolvimento: formalismo, a repetição obsessiva de formalidades sem sentido algum em determinadas ocasiões.

O quinto estágio – identidade/confusão de identidade

Marca o período da Puberdade e adolescência

É neste estágio que se adquire uma identidade psicossocial: o adolescente precisa de entender o seu papel no mundo e tem consciência da sua singularidade. Há uma recapitulação e redefinição dos elementos de identidade já adquiridos – esta é a chamada crise da adolescência. Fatores que contribuem para a confusão da identidade são: perda de laços familiares e falta de apoio no crescimento; expectativas parentais e sociais divergentes do grupo de pares; dificuldades em lidar com a mudança; falta de laços sociais exteriores

à família (que permitem o reconhecimento de outras perspectivas) e o insucesso no processo de separação emocional entre a criança e as figuras de ligação. Neste estágio a questão chave é: Quem sou eu?

Virtude social desenvolvida: fidelidade/Lealdade

Vertente Positiva: Socialização

Vertente negativa: O fanatismo

O sexto estágio – intimidade/isolamento

Ocorre entre os 21 e os 40 anos, aproximadamente (Adulto Jovem)

A tarefa essencial deste estágio é o estabelecimento de relações íntimas (amorosas, e de amizade) duráveis com outras pessoas. A vertente negativa é o isolamento, pela parte dos que não conseguem estabelecer compromissos nem troca de afectos com intimidade. Questão chave deste estágio: Deverei partilhar a minha vida ou viverei sozinho?

Virtude social desenvolvida: amor

O sétimo estágio – generatividade/estagnação

(35 - 60 anos) (Adulto)

É caracterizado pela necessidade em orientar a geração seguinte, em investir na sociedade em que se está inserido. É uma fase de afirmação pessoal no mundo do trabalho e da família. Há a possibilidade do sujeito ser criativo e produtivo em várias áreas. Existe a preocupação com as gerações vindouras; produção de ideais; obras de arte; participação política e cultural; educação e criação dos filhos. A vertente negativa leva o indivíduo à estagnação nos compromissos sociais, à falta de relações exteriores, à preocupação exclusiva com o seu bem estar, posse de bens materiais e egoísmo.

Virtude social desenvolvida: cuidado do outro.

O oitavo estágio – Produtividade/desespero

Ocorre a partir dos 60 anos (Maturidade)

É favorável uma integração e compreensão do passado vivido. É a hora do balanço, da avaliação do que se fez na vida e sobretudo do que se fez da vida. Quando se renega a vida, se sente fracassado pela falta de poderes físicos, sociais e cognitivos, este estágio é mal ultrapassado. Integridade - Balanço positivo do seu percurso vital, mesmo que nem todos os sonhos e desejos se

tenham realizado e esta satisfação prepara para aceitar a idade e as suas consequências. Desespero - Sentimento nutrido por aqueles que considerem a sua vida mal sucedida, pouco produtiva e realizadora, que lamentem as oportunidades perdidas e sentem ser já demasiado tarde para se reconciliarem consigo mesmo e corrigir os erros anteriores. Neste estágio a questão chave é: Valeu apenas ter vivido?

Virtude social desenvolvida: sabedoria.

Erik Erikson considera as 4 primeiras fases freudianas psicosssexuais (Oral, anal, fálica e latência) e acrescenta mais 4, completando o ciclo do desenvolvimento humano.

O atendimento psico-social é desenvolvido através de ações ou serviços oferecidos individualmente e em grupos (crianças e adolescentes), incluindo a família, a escola e os bolsistas.

Busca-se a trabalhar preventivamente a promoção da saúde mental e do bem-estar e melhorar o processo de ensino-aprendizagem em seu aspecto global: cognitivo, emocional e social, com uma atuação mais próxima, acolhedora e compreensiva, promovendo a escuta e o acolhimento aos grupos. Nessa atividade atuam as áreas de Pedagogia, Serviço Social e Psicologia.

Comorbidades psiquiátricas

Comorbidade é a existência de duas ou mais doenças em simultâneo na mesma pessoa.

Uma das características da comorbidade é que existe a possibilidade de as patologias se potencializarem mutuamente, ou seja, uma provoca o agravamento da outra e vice-versa. Além disso, a comorbidade pode dificultar o diagnóstico e influenciar o prognóstico.

Quanto a exemplos de comorbidade, existem doenças e condições que são consideradas comorbidades da obesidade, como por exemplo: diabetes, hipertensão arterial, insuficiência cardíaca, entre outras. Da mesma forma, estamos perante uma comorbidade no caso de uma pessoa que sofra de hipertensão arterial e glaucoma.

Outro caso em que geralmente há comorbidades é o TDAH (Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade). Pessoas com esse transtorno, além de apresentarem sintomas como distração, hiperatividade, impulsividade, também

podem ser diagnosticadas com: depressão, Transtorno de Personalidade Anti-Social, Transtorno Alimentar, Transtorno Bipolar, entre outros.

Relativamente aos fatores que levam à comorbidade, existem fatores de risco que podem agravar uma doença ou causar outra que será denominada comorbidade. Apesar disso, dependendo da doença, nem sempre é possível identificar os elementos causadores da comorbidade.

A palavra comorbidade é formada pelo prefixo co-, que significa "junto" e morbidade, palavra que indica a incidência de doenças.

Na psicologia, a comorbidade consiste em transtornos que ocorrem no indivíduo no âmbito mental e não no físico. Esta é uma área abordada pela Psicologia e Psiquiatria.

A comorbidade psiquiátrica consiste na existência de mais de um transtorno psiquiátrico em simultâneo no mesmo indivíduo. Por exemplo, uma pessoa pode ser portadora de Transtorno Bipolar e Transtorno Obsessivo Compulsivo.

Este tipo de comorbidade pode surgir quando a pessoa é dependente de álcool, drogas ou outras substâncias psicoativas. Nos casos em que se verificam comorbidades em pessoas com transtornos psiquiátricos graves, estudos mostram que há maior probabilidade de suicídio, recaída e detenções pela prática de atos ilegais.

O cuidado biopsicossocial em saúde mental engloba diversos conhecimentos e tem como objetivo intervir nos três eixos da reabilitação psicossocial: habitar/morar, trabalho e rede social. Nesta perspectiva, é salutar perceber a ocorrência de comorbidades. A comorbidade psiquiátrica é a ocorrência simultânea de dois ou mais transtornos mentais na mesma pessoa. Já a comorbidade física em doentes mentais, ocorre quando há coexistência de patologias físicas e mentais.

A dependência química é a consequência de uma relação patológica entre um indivíduo e uma substância psicoativa (SPA). O início do consumo de substância pode se dar por diversos motivos, que provavelmente persistirão após a instalação da dependência. Entretanto, este quadro diagnóstico, por seus sintomas físicos e psicológicos de privação, também reforça o comportamento de consumo, o qual se transforma no principal mantenedor do uso nocivo.

O consumo dessas substâncias ocasiona problemas à saúde pública, está associado a significativos problemas econômicos e sociais, trazendo uma série

de complicações médicas e psiquiátricas e aumentando os índices de morbidade e mortalidade.

O uso de álcool é milenar e comum em diversas culturas ao longo da história, servindo de alimento, remédio ou ainda, empregado em ritos sociais, culturais e religiosos. Entretanto, foi somente após a Revolução Industrial, com o fenômeno da crescente produção e industrialização do álcool destilado, que o beber excessivo tornou-se um grave problema social e de saúde, passando a ser foco de atenção clínica.

A cocaína pode ser consumida por diversas vias: orais, intravenosas e respiratórias, sendo essa última a mais devastadora para o organismo. Por ser um psicoestimulante (com características de reforçador positivo) apresenta um grande potencial de abuso, levando à dependência.

O uso crônico de cocaína acarreta inúmeras complicações para o organismo do usuário. Entre as complicações médicas destacam-se problemas cardíacos (angina, arritmias), pulmonares, deficiências vitamínicas, entre outras. Adicionalmente, podem ocorrer distúrbios neurológicos: acidentes vasculares cerebrais e medulares, isquemias, cefaléias, convulsões e desordens motoras como tiques.

Psiquiatria

Psiquiatria é uma especialidade da Medicina que lida com a prevenção, atendimento, diagnóstico, tratamento e reabilitação das diferentes formas de sofrimentos mentais, sejam elas de cunho orgânico ou funcional, com manifestações psicológicas severas. São exemplos: a depressão, o transtorno bipolar, a esquizofrenia, a demência e os transtornos de ansiedade. Os médicos especializados em psiquiatria são em geral designados por psiquiatras (até meados do século XX foi também comum a designação alienistas).

A meta principal é o alívio do sofrimento e o bem-estar psíquico. Para isso, é necessária uma avaliação completa do paciente, com perspectivas biológica, psicológica e de ordem cultural, entre outras afins. Uma doença ou problema psíquico pode ser tratado com medicamentos ou terapêuticas diversas, como a psicoterapia, prática de maior tradição no tratamento.

A avaliação psiquiátrica envolve o exame do estado mental e a história clínica. Testes psicológicos, neurológicos, neuropsicológicos e exames de imagem podem ser utilizados como auxiliares na avaliação, assim como exames físicos e laboratoriais. Os procedimentos diagnósticos são norteados a partir do

campo das psicopatologias; critérios bastante usados hoje em dia, principalmente na saúde pública, são a CID-10 da Organização Mundial de Saúde, adotada no Brasil, e o DSM-IV da American Psychiatric Association.

Os medicamentos psiquiátricos são parte importante do arsenal terapêutico, o que é único na Psiquiatria, assim como procedimentos mais raramente utilizados, muito já criticados na história do movimento psiquiátrico, como a eletroconvulsoterapia. A psicoterapia também faz parte do arsenal terapêutico do psiquiatra, embora também possa ser utilizada por outros profissionais de saúde mental: Psicólogos e Psicanalistas. No entanto, a ferramenta da psicoterapia é sempre útil para as entrevistas diagnósticas e orientações; para praticá-la o psiquiatra deve fazer a formação complementar. Os serviços psiquiátricos podem fornecer atendimento de forma ambulatorial ou em internamento. Em casos de sofrimento grave do paciente e risco para si e para os outros que o cercam, a indicação de internação pode até ocorrer de forma involuntária. Tanto a clínica quanto a pesquisa em psiquiatria são realizadas de forma interdisciplinar.

A palavra Psiquiatria deriva do Grego e quer dizer "arte de curar a alma".

Aparentemente, a Psiquiatria originou-se no século V A.C., enquanto que os primeiros hospitais para doentes mentais foram criados na Idade Média. Durante o século XVIII a Psiquiatria evoluiu como campo médico e as instituições para doentes mentais passaram a utilizar tratamentos mais elaborados e humanos. No século XIX houve um aumento importante no número de pacientes. No século XX houve o renascimento do entendimento biológico das doenças mentais, introdução de classificações para os transtornos e medicamentos psiquiátricos. A antipsiquiatria ou movimento anti-psiquiátrico surgiu na década de 1960 e levou à desinstitucionalização em favor aos tratamentos na comunidade. Estudos científicos continuam a buscar explicações para as origens, classificação e tratamento dos transtornos mentais.

Os transtornos mentais são descritos por suas características patológicas, ou psicopatologia, que é um ramo descritivo destes fenômenos. Muitas doenças psiquiátricas ainda não têm cura. Enquanto algumas têm curso breve e poucos sintomas, outras são condições crônicas que apresentam importante impacto na qualidade de vida do paciente, necessitando de tratamento a longo prazo ou por toda a vida. A efetividade do tratamento também varia em cada paciente.

Saúde Mental

Um ambiente que respeite e proteja os direitos básicos civis, políticos, socioeconômicos e culturais é fundamental para a promoção da saúde mental, disse a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS).

Sem a segurança e a liberdade asseguradas por esses direitos, torna-se muito difícil manter um elevado nível de saúde mental, disse a organização no dia mundial para o tema.

No Dia Mundial da Saúde Mental, a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) lembrou que o conceito de saúde vai além da mera ausência de doenças — só é possível ter saúde quando há completo bem-estar físico, mental e social.

Segundo a organização, diversos fatores podem colocar em risco a saúde mental dos indivíduos; entre eles, rápidas mudanças sociais, condições de trabalho estressantes, discriminação de gênero, exclusão social, estilo de vida não saudável, violência e violação dos direitos humanos.

A promoção da saúde mental envolve ações que permitam às pessoas adotar e manter estilos de vida saudáveis. Neste Dia Mundial da Saúde Mental

Principais fatos

- A saúde mental é mais do que a ausência de transtornos mentais;
- A saúde mental é uma parte integrante da saúde; na verdade, não há saúde sem saúde mental;
- A saúde mental é determinada por uma série de fatores socioeconômicos, biológicos e ambientais;
- Estratégias e intervenções custo-efetivas de saúde pública e intersetoriais existem para promover, proteger e restaurar a saúde mental.

A saúde mental é uma parte integrante e essencial da saúde. A constituição da OMS afirma: “saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a mera ausência de doença ou enfermidade”. Uma implicação importante dessa definição é que a saúde mental é mais do que a ausência de transtornos mentais ou deficiências.

Trata-se de um estado de bem-estar no qual um indivíduo realiza suas próprias habilidades, pode lidar com as tensões normais da vida, pode trabalhar de forma produtiva e é capaz de fazer contribuições à sua comunidade.

Saúde mental e bem-estar são fundamentais para nossa capacidade coletiva e individual, como seres humanos, para pensar, nos emocionar, interagir uns com os outros e ganhar e aproveitar a vida, lembra a organização.

Nesta base, a promoção, proteção e restauração da saúde mental podem ser consideradas como uma preocupação vital dos indivíduos, comunidades e sociedades em todo o mundo.

A promoção da saúde mental envolve ações para criar condições de vida e ambientes que apoiem a saúde mental e permitam às pessoas adotar e manter estilos de vida saudáveis.

Um ambiente que respeite e proteja os direitos básicos civis, políticos, socioeconômicos e culturais é fundamental para a promoção da saúde mental. Sem a segurança e a liberdade asseguradas por esses direitos, torna-se muito difícil manter um elevado nível de saúde mental, de acordo com a organização.

Políticas nacionais de saúde mental não devem se ater apenas aos transtornos mentais, mas também reconhecer e abordar as questões mais amplas que promovem a saúde mental. Elas incluem a integração da promoção da saúde mental às políticas e programas em setores governamentais e não governamentais. Além da saúde, é essencial envolver os setores de educação, trabalho, justiça, transporte, meio ambiente, habitação e bem-estar.

Promover a saúde mental depende em grande parte de estratégias intersectoriais. Entre elas, estão maneiras específicas para promover a saúde mental:

- Intervenções na primeira infância (por exemplo: visitas domiciliares a mulheres grávidas e atividades psicossociais no período pré-escolar, combinados ao auxílio psicossocial e nutricional para populações desfavorecidas);
- Apoio às crianças (por exemplo, programas para desenvolvimento de habilidades e programas de desenvolvimento infantil e juvenil);
- Empoderamento socioeconômico das mulheres (por exemplo: aprimorar o acesso à educação e aos programas de microcrédito);
- Apoio social para populações idosas (por exemplo: iniciativas amigáveis, centros comunitários e datas para os idosos);
- Programas direcionados a grupos vulneráveis, incluindo minorias, pessoas indígenas, migrantes e indivíduos afetados por conflitos e desastres (por exemplo: intervenções psicossociais após desastres);
- Atividades de promoção da saúde mental em escolas (por exemplo: programas de apoio a mudanças ecológicas em escolas);

- Intervenções de saúde mental no trabalho (por exemplo: programas de prevenção do estresse);
- Políticas de habitação;
- Programas para prevenção da violência (por exemplo: reduzir a disponibilidade de álcool e acesso a armas);
- Programas de desenvolvimento comunitário (por exemplo: desenvolvimento rural integrado);
- Redução da pobreza e proteção social para os pobres;
- Leis e campanhas contra a discriminação;
- Promoção de direitos, oportunidades e cuidados dos indivíduos com transtornos mentais.

Transtorno mental

Os termos transtorno, distúrbio e doença combinam-se aos termos mental, psíquico e psiquiátrico para descrever qualquer anormalidade, sofrimento ou comprometimento de ordem psicológica e/ou mental. Os transtornos mentais são um campo de investigação interdisciplinar que envolvem áreas como a psicologia, a psiquiatria e a neurologia. As classificações diagnósticas mais utilizadas como referências no serviço de saúde e na pesquisa hoje em dia são o Manual Diagnóstico e Estatístico de Desordens Mentais - DSM IV, DSM V e a Classificação Internacional de Doenças - CID-10.

Em psiquiatria e em psicologia prefere-se falar em transtornos, perturbações, disfunções ou distúrbios (ing. disturbs, alem. Störungen) psíquicos e não em doença; isso porque apenas poucos quadros clínicos mentais apresentam todas as características de uma doença no sentido tradicional do termo - isto é, o conhecimento exato dos mecanismos envolvidos e suas causas explícitas. O conceito de transtorno, ao contrário, implica um comportamento diferente, desviante, "anormal". No Brasil, a Câmara Federal aprovou em 17 de março de 2009, em caráter conclusivo, o Projeto de Lei 6013/01, do deputado Jutahy Junior (PSDB-BA), que conceitua transtorno mental, padroniza a denominação de enfermidade psíquica em geral e assegura aos portadores desta patologia o direito a um diagnóstico conclusivo, conforme classificação internacional. O projeto determina que transtorno mental é o termo adequado para designar o gênero

enfermidade mental, e substitui termos como "alienação mental" e outros equivalentes.

O conceito de anormalidade só é compreensível em relação a uma norma; mas nem toda variação em relação a uma norma adquire caráter patológico. Assim uma pessoa superdotada ou um criminoso estão ambos "fora da norma", sem que no entanto seu estado tenha um caráter patológico. Assim, para se compreender o termo transtorno é necessário ter-se presente quais normas são relevantes para essa definição:

1. Norma subjetiva: a própria pessoa sente-se doente. No entanto, esta norma não é suficiente para uma definição, porque ela envolve uma percepção subjetiva do problema, que pode diferir de uma percepção externa, objetiva: além dos casos em que as duas perspectivas estão de acordo, há casos em que a pessoa está subjetivamente doente, mas esse estado é externamente não observável, ou vice-versa;

2. Norma estatística: a norma é dada pela frequência do fenômeno na população. Assim, todas as pessoas que estão acima ou abaixo de um determinado valor de corte estão fora da norma. No entanto essa norma não leva em conta o valor dado às características levadas em conta. Assim uma pessoa que nunca teve cáries está tão fora da norma como uma pessoa que têm muitíssimas - aqui se vê também seu limite;

3. Norma funcionalista: aqui a norma é ditada pelo prejuízo das funções relevantes. Assim, se alguém não consegue mover a mão está fora da norma, porque a mão não pode cumprir sua função de pegar. Enquanto a norma funcional é muito importante para os transtornos e doenças somáticas (ou corporais), não o é sempre no caso dos transtornos mentais, porque a função nem sempre é objetivável. Assim a sexualidade possui inúmeras funções - reprodução, prazer, comunicação, interpessoal... - de forma que se torna difícil definir os transtornos nessa área;

4. Norma social: aqui o transtorno é definido a partir de normas e valores definidos socialmente. A perspectiva da etiquetação (labeling) de Scheff postula o seguinte desenvolvimento para tais normas: (a) Desvio primário - a pessoa desrespeita um determinada norma social e isso pode levar a duas reações: ou o comportamento é "normalizado" (através de tolerância, racionalização, discussão)e assim o conflito é solucionado, ou o conflito não se soluciona de maneira positiva e a pessoa recebe uma "etiqueta" (ex. um diagnóstico, uma condenação jurídica...) e recebe assim uma atenção especial. Esse estigma leva a um (b)desvio secundário - a pessoa, em reação à etiquetação, começa a comportar-se de maneira diferente em conformidade com o novo papel social recebido: a pessoa começa a comportar-se de acordo com a etiqueta recebida. Esse é um dos grandes problemas ligados a todos os tipos de classificação e diagnóstico.

5. Norma dos especialistas: esta é uma forma especial de norma social, definida por uma categoria especial de pessoas - os especialistas (médicos, psicólogos, etc.). Como as normas sociais, também estas estão sujeitas a uma certa dose de arbitrariedade. Os atuais sistemas de classificação (DSM-V e CID-10) são formas especiais de normas de especialistas que têm por fim reduzir os perigos dessa arbitrariedade.

Classificação dos transtornos mentais

O sistema de Jaspers (1913)

Dentre os sistemas de classificação dos transtornos mentais o de Jaspers (1913) recebe, pela sua importância histórica, um lugar preponderante. Esse sistema é triádico, por diferenciar três formas de transtornos mentais:

1. Doenças somáticas conhecidas que trazem consigo um transtorno psíquico, em seus subtipos:

Doenças cerebrais;

Doenças corporais com psicoses sintomáticas (ex. infecções, doenças endócrinas, etc.);

Envenenamentos/Intoxicações (Álcool, morfina, cocaína etc.).

2. Os três grandes tipos de psicoses endógenas (ou seja, transtornos psíquicos cuja causa corporal ainda é desconhecida):

Epilepsia genuína;

Esquizofrenia, em seus diferentes tipos;

Distúrbios maníaco-depressivos.

3. Psicopatias:

Reações autônomas anormais não explicáveis por meio de doenças dos grupos 1 e 2 acima;

Neuroses e síndromes neuróticas;

Personalidades anormais e seu desenvolvimento.

Dois termos desempenham assim um papel preponderante: neurose designa os "transtornos mentais que não afetam o ser humano em si", ou seja aqueles supostamente sem base orgânica nos quais o paciente possui consciência e uma percepção clara da realidade e em geral não confunde sua experiência patológica e subjetiva com a realidade exterior; psicose, por sua vez, são

"aqueles transtornos mentais que afetam o ser humano como um todo", ou seja um transtorno no qual o prejuízo das funções psíquicas atingiu um nível tão acentuado que a consciência, o contato com a realidade ou a capacidade de corresponder às exigências da vida se tornam extremamente diferenciadas, e por vezes perturbadas, e para a qual se conhece ou se supõe uma causa corporal.

Entre as neuroses costumam-se classificar: a perturbação obsessiva-compulsiva, o transtorno do pânico, as diferentes fobias, os transtornos de ansiedade, a depressão nervosa, a distímia, a síndrome de Burnout, entre outras.

O tratamento das neuroses e psicoses pode ser feito com um psicoterapeuta, um psiquiatra ou equipes de profissionais de saúde mental. As equipes incluem sempre psicólogos e psiquiatras, e podem incluir também enfermeiros, terapeutas ocupacionais, musicoterapeutas e assistentes sociais, entre outros.

Essa forma de classificação, apesar de muito utilizada ainda hoje, tem alguns problemas sérios: (a) a classificação limita o transtorno mental à pessoa (não correspondendo às exigências de uma análise bio-psico-social), (b) a diferenciação entre neurose e psicose endógena não é sempre tão clara como parece à primeira vista e (c) ambos os conceitos (neurose e psicose) estão ligados a uma etiologia psicanalítica dos transtornos mentais, tornando-os de utilidade limitada para profissionais de outras.

Os sistemas atuais de classificação

O uso de sistemas de classificação para os transtornos mentais possibilita diagnósticos psiquiátricos precisos, fornecendo uma base comum para o diálogo entre os psiquiatras e psicoterapeutas de diversas linhas. Os dois sistemas atualmente em uso - a Classificação Internacional de Doenças (CID), da Organização Mundial de Saúde e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM, sigla em inglês), da Associação Americana de Psiquiatria (American Psychiatric Association - APA) - prescindiram dos termos "neurose" e "psicose", salvo em raros casos, para os quais não havia termo mais apropriado. A CID é um sistema internacional, enquanto o DSM, tem sua importância ligada sobretudo à pesquisa. Apesar das diferenças, ambos os sistemas têm uma série de características em comum:

O princípio da comorbidade, ou seja, uma pessoa pode ter ao mesmo tempo diferentes transtornos;

A multiaxialidade, ou seja, a descrição do transtorno se dá em diferentes eixos, cada um dos quais se referindo a um aspecto diferente (a CID não é originalmente multiaxial, mas um tal sistema foi proposto);

O sistema de diagnóstico operacional, ou seja, um diagnóstico é descrito com base em uma série de elementos semiológicos, sintomas e ou sinais, que devem estar presentes ou não por um período de tempo determinado. Discussões teóricas sem base empírica sobre a etiologia são deixadas de lado.

Para uma descrição detalhada desses sistemas, ver: diagnóstico psiquiátrico, CID-10 Capítulo V: Transtornos mentais e comportamentais e Manual Diagnóstico e Estatístico de Desordens Mentais. A CID possui ainda um sistema multiaxial especial para o diagnóstico infanto-juvenil.

Digno de menção é o trabalho do Grupo OPD (Arbeitskreis OPD) que publicou o "Diagnóstico Psicodinâmico Operacionalizado" (OPD, sigla em alemão) que oferece uma classificação de diferentes aspectos psicodinâmicos em complementação aos outros dois sistemas

O modelo bio-psico-social

O modelo bio-psico-social procura fazer jus a essa complexidade buscando analisar a gênese e o desenvolvimento dos transtornos mentais sob diferentes pontos de vista, de acordo com os diferentes fatores que os influenciam:

Fatores biológicos - como a predisposição genética e os processos de mutação que determinam o desenvolvimento corporal em geral, o funcionamento do organismo e o metabolismo, etc.;

Fatores psicológicos - como preferências, expectativas e medos, reações emocionais, processos cognitivos e interpretação das percepções, etc.;

Fatores socioculturais - como a presença de outras pessoas, expectativas da sociedade e do meio cultural, influência do círculo familiar, de amigos, modelos de papéis sociais, etc.

Os transtornos mentais podem dar-se assim em diferentes níveis:

Nível intrapessoal: são os transtornos de

(a) determinadas funções mentais (memória, percepção, aprendizagem, etc.)

(b) grupos de funções. Como a psicologia geral ainda não produziu modelos empíricos para tais grupos de funções e sua relação com os transtornos mentais, deve ficar sua descrição por hora no nível dos sintomas,

das síndromes e dos diagnósticos, como descritos nos sistemas de classificação (CID-10 e DSM-IV)

Nível interpessoal: são os transtornos de sistemas, ou seja, de conjuntos de duas ou mais pessoas - casal, família, empresa, escola, etc. Tais transtornos são em parte menos objeto de estudo da psicologia clínica e da psiquiatria do que da psicologia das organizações ou da psicologia pedagógica e não são normalmente tratados como distúrbios mentais. Seu significado para a compreensão dos transtornos mentais em sentido mais restrito é no entanto enorme, o que se mostra na estrutura multiaxial dos atuais sistemas de classificação (ver acima).

O modelo estresse-vulnerabilidade

De acordo com o modelo estresse-vulnerabilidade o irromper de um transtorno mental está ligado, de um lado, à presença de uma predisposição genética ou adquirida no decorrer da vida (vulnerabilidade) e, de outro, à exposição a situações estressantes. Quanto maior a predisposição, menor tem de ser o nível de estresse para que um distúrbio mental irrompa. A relação entre vulnerabilidade e estresse, no entanto, é mediada pela resiliência, ou seja, a capacidade do indivíduo de resistir ao estresse.

Fatores Socio-culturais

Segundo Tseng (2001) a cultura pode ter seis tipos de efeito sobre os transtornos mentais:

1. Efeito patogênico: Fatores culturais podem ser a origem explícita ou imediata de um transtorno mental. Exemplos são distúrbios frutos da quebra de um tabu ou o não cumprimento de uma expectativa social, como o suicídio de alunos que não são aprovados em exames de admissão típico de algumas culturas do extremo oriente.
2. Efeito pato-seletivo: cada cultura vê alguns comportamentos patológicos como mais ou menos aceitáveis, de acordo com suas próprias normas. Assim em algumas culturas certos comportamentos patológicos, como a agressividade ou o suicídio, são mais aceitos do que em outras.
3. Efeito pato-plástico: a cultura determina a forma de expressão de determinados transtornos, por exemplo o conteúdo das alucinações, determinados tipos de obsessões e fobias. Além disso alguns transtornos têm sintomas diferentes em diferentes culturas, como no caso da depressão: na Ásia faltam os sentimentos de culpa típicos da depressão na Europa.
4. Efeito pato-facilitante: determinados fatores culturais, como a permissividade o até mesmo a exigência de determinados tipos de comportamento que podem tornar-se patológicos, podem aumentar a frequência de determinados

transtornos e na população. Assim culturas em que o álcool é mais aceito e em que bebedeiras fazem parte de determinadas circunstâncias sociais tendem a ter um maior número de casos de abuso e dependência desse tipo de substância.

5. Efeito pato-reativo: a cultura determina além disso a reação das pessoas a determinados tipos de doença. Essa é uma possível explicação para o fato de a esquizofrenia ter uma prognose mais positiva nos países em desenvolvimento do que nos países industrializados.

6. Idioma de estresse (Idioms of distress): cada cultura possui um "idioma" próprio para expressar seus estresses, tensões e problemas psíquicos. A esse fato estão relacionados as "síndromes ligadas à cultura" (culture bound syndromes), ou seja, determinados quadros clínicos que há apenas em determinados círculos culturais - como por exemplo as reações psicóticas ao Chi Kung, que há apenas na China, e a bulimia, típica da cultura ocidental.

Um grande espectro de fatores – nosso mapa genético, química cerebral, aspectos do nosso estilo de vida podem causar algum tipo de transtorno mental. Acontecimentos que nos acometeram no passado e nossas relações com as outras pessoas – participam de alguma forma. Seja qual for a causa, a pessoa que desenvolve a “doença mental” ou o transtorno mental, muitas vezes se sente em sofrimento, desesperançada e incapaz de levar sua vida na sua plenitude.

Existem muitos tratamentos efetivos para a doença mental. Eles podem incluir medicamentos e outros tratamentos físicos, ou tratamentos pela fala (Psicoterapias) de várias espécies, aconselhamento e/ou apoio no dia a dia da vida em diferentes formas. Diferentes profissionais da saúde podem estar envolvidos na assistência da pessoa que está mentalmente enferma: clínicos gerais, psiquiatras, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e grupos de apoio voluntários, dentre outros.

As causas do sofrimento mental são complexas e os psicólogos, assim como outros profissionais da saúde mental não têm todas as respostas. Sabe-se que alguns aspectos da doença mental, tais como ansiedade, desespero e sentimentos suicidas, nem sempre são fáceis de serem tratados, pois envolvem âmbitos os mais diversos da existência humana. Na antiga Grécia, sinais corporais ou “stigmata” feitos por cortes ou queimaduras no corpo, marcavam as pessoas como diferentes. Pessoas com doença mental que há muito não são marcadas no corpo, mas atitudes críticas e prejudiciais podem ser tão danosas quanto às marcas corporais. Basta abrir um jornal, ligar a TV ou ir ao cinema para perceber tais atitudes.

Esquizofrenia

A esquizofrenia é um transtorno psiquiátrico complexo caracterizado por uma alteração cerebral que dificulta o correto julgamento sobre a realidade, a produção de pensamentos simbólicos e abstratos e a elaboração de respostas emocionais complexas.

É uma doença crônica, complexa e que exige tratamento por toda a vida.

A esquizofrenia é uma doença mental que acomete aproximadamente 1% da população mundial. Normalmente, o transtorno aparece entre o final da adolescência e começo da vida adulta.

O transtorno foi um termo cunhado pelo psiquiatra suíço E. Bleuler, no início do século XX e tem origem nas raízes gregas schizo (cindir, dividir) e phren (mente), no sentido de que as funções mentais se encontrariam divididas nesses pacientes.

Esquizofrenia paranoide: com predomínio de alucinações e delírios

Esquizofrenia hebefrênica ou desorganizada: com predominante pensamento e discurso desconexo

Esquizofrenia catatônica: em que o paciente apresente mais alterações posturais, com posições bizarras mantidas por longos períodos e resistência passiva e ativa a tentativas de mudar a posição do indivíduo

Esquizofrenia simples: em que a pessoa, sem ter delírios, alucinações ou outras alterações mais floridas, progressivamente ia perdendo sua afetividade, capacidade de interagir com pessoas, ocorrendo um progressivo prejuízo de seu desempenho social e ocupacional, por vezes levando os indivíduos afetados a uma vida de sem-teto e vagando pelas ruas.

Esquizofrenia é uma perturbação mental caracterizada por comportamento social fora do normal e incapacidade de distinguir o que é ou não real. Entre os sintomas mais comuns estão delírios, pensamento confuso ou pouco claro, alucinações auditivas, diminuição da interação social e da expressão de emoções e falta de motivação. As pessoas com esquizofrenia apresentam muitas vezes outros problemas de saúde mental, como distúrbios de ansiedade, depressão ou distúrbios relacionados com o consumo de substâncias nocivas. Os sintomas geralmente manifestam-se de forma gradual,

desde o início da idade adulta, e permanecem durante um longo período de tempo.

As causas da esquizofrenia incluem fatores ambientais e genéticos. Entre os possíveis fatores ambientais estão o crescimento em ambientes urbanos, o consumo de cannabis, determinadas infecções, a idade dos pais e má nutrição durante a gravidez. Entre os fatores genéticos estão uma série de variantes genéticas comuns e raras. O diagnóstico tem por base a observação do comportamento da pessoa, a descrição que faz das experiências pessoais e o seu contexto cultural. À data de 2013 ainda não existia um teste específico. A esquizofrenia não implica ter "personalidade dupla" ou várias personalidades, condições com as quais é confundida na percepção do público em geral.

O tratamento comum consiste em medicamentos antipsicóticos a par de aconselhamento, formação profissional e reabilitação social. Não é ainda claro se são mais eficazes antipsicóticos típicos ou atípicos. Em pessoas que não mostram sinais de melhora com outros antipsicóticos pode ser usada clozapina. Nos casos mais graves, em que existe risco para a própria pessoa ou para os outros, pode ser necessário recorrer a internamento hospitalar involuntário, embora atualmente os internamentos sejam mais curtos e menos frequentes em relação ao passado.

Uma Saudável Saúde Mental

Dizem que a doença do século XXI é a depressão – você já deve ter ouvido isso em algum lugar. O fato é que a modernidade trouxe consigo uma pressão maior em diversos sentidos: se na época da sua avó, estudar até o Ensino Fundamental já estava ótimo, hoje ter Mestrado pode não ser suficiente para qualificar um professor universitário, por exemplo. Isso é ruim? Aí depende do ponto de vista, mas vale sempre pensar na educação como uma aliada e não como um problema.

Quando está feliz, você anda de uma maneira diferente, com a cabeça erguida, de bom humor, certo? Isso nos faz crer que estar alegre pode mudar a forma como andamos.

Aquelas pessoas que andam pelas ruas fotografando árvores, trânsito, pássaros, nuvem bonitinha, céu azulado, chuva a caminho etc acabam tendo dificuldade em se lembrar de algumas coisas. A verdade é que fotografar tudo compulsivamente pode prejudicar a sua memória.

O bullying é uma dificuldade pela qual a maioria das pessoas passa – geralmente durante a infância e a adolescência. O problema é que nem sempre a fase adulta é livre desse pesadelo ou das consequências dele.

Faça o que é necessário e depois se permita algum tipo de recompensa, como ouvir uma música que você gosta, fazer alguma caminhada ou qualquer coisa que faça com que você fique menos estressado.

Seja no campo das amizades ou dos relacionamentos amorosos, aprenda a manter relações que não sejam tóxicas. É preciso manter-se longe de quem nos agride psicológica ou fisicamente. Se a pessoa com quem você namora é do tipo que faz críticas a todo o momento, que reforça o quão “incompetente” você é, talvez esteja na hora de rever seu namoro.

Esse tipo de relação acaba com a autoestima da pessoa que é diminuída pelo próprio parceiro ou, talvez, por um amigo ou familiar. Na tentativa de não perder a pessoa amada, muita gente se sujeita aos maus tratos, o que, obviamente, vai prejudicar a saúde mental dessas pessoas.

Se você dorme mal porque tem insônia ou alguma outra dificuldade que faz com que você não durma, procure ajuda médica. Evite também ficar com o celular ou o computador na cama – isso piora a qualidade de seu sono.

Ter um tempo só para você é fundamental à sua saúde mental – principalmente se sua casa é cheia de gente o tempo todo. Durante alguns minutos do seu dia, faça um esforço para ficar sozinho, relaxando. Vale tudo: de caminhadas a ficar em algum cômodo da sua casa, ouvindo música ou lendo aquele livro novo.

Essa mania de almoçar com o computador ao lado ou twittar enquanto assiste a algum filme é, certamente, prejudicial, principalmente quando levamos esse costume para outras áreas da nossa vida. Pesquisas recentes já revelaram que, por mais que uma pessoa tenha a sensação de ser mais produtivo dessa forma, a verdade é que isso só deixa você irritado, estressado e sem a capacidade de se comunicar com clareza.

Para melhorar a situação, deixe o telefone de lado enquanto almoça; não fique twittando enquanto está em algum evento e tente, sempre que possível, fazer cada coisa de uma vez. Isso vai fazer com que seu cérebro processe melhor cada atividade sem que você chegue ao final do dia com a cabeça explodindo e se sentindo um robô.

Um bom estado de saúde mental se caracteriza pela canalização das emoções através de pensamentos positivos. Supõe ter uma maior confiança diante dos

desafios que a vida impõe e boa disposição para construir relações duradouras e de afeto mútuo com os outros.

Há indicadores de uma boa saúde mental. Entre outros, podemos citar o bom humor e a exaltação pela vida; uma disposição clara e variada ao aprendizado permanente; desejos de experimentar novidades; uma constante renovação de propósitos para a vida.

Desfrutar do tempo livre desenvolvendo atividades prazerosas e estimulantes não só amplia a nossa visão de mundo, como também nos conecta com nós mesmos e o nosso desejo de viver.

O isolamento e a solidão não são bons conselheiros, exceto quando o objetivo é ler um bom livro, fazer exercícios de meditação ou tirar um tempo para refletir sobre algo que nos preocupa profundamente.

Os estados de isolamento prolongados afetam o equilíbrio das emoções e inclusive a saúde física, a menos que você seja um mestre de meditação, ou que existam circunstâncias concretas que exijam solidão para poder realizar uma tarefa. Nos outros casos, não há razão para que esses estados se prolonguem.

Tire um tempo todos os dias só para respirar

Muitas pessoas ainda não acreditam no poder dos exercícios de respiração. Tirar uns minutinhos por dia para fechar os olhos, desligar-se do mundo, esvaziar a sua mente e se concentrar apenas na sua respiração pode fazer maravilhas pela sua saúde mental. Já ouviu falar que todo aparelho precisa ser desligado de vez em quando se não ele estraga? Nossa mente é a mesma coisa, precisa desligar-se para que funcione melhor. Desligue-se pelo menos uma vez por dia e deixe a sua respiração fluir.

A sua mente também precisa relaxar. Existem diversas formas de fazer isso, pode ser lendo um livro, colorindo livros de pintar, jogando pequenos joguinhos relaxantes, meditando, fazendo uma corrida no fim do dia, nadando. Algo que te acalme o turbilhão da mente.

Na nossa sociedade, o choro é mal visto, é visto como um sinal de fraqueza. Mas a tristeza é tão necessária quanto a felicidade. Quando algo nos entristece, nós precisamos nos permitir chorar, desaguar, viver aquele sentimento, pois sentimentos reprimidos nos fazem muito mal. Causam mágoas, amarguras, rancores. Quando choramos ou simplesmente nos

deixamos sofrer um pouco, conseguimos entender o que está acontecendo conosco, clarear as ideias, perceber como iremos lidar com aquele sentimento. Somente quem se permite viver a tristeza de vez em quando consegue valorizar de verdade os momentos de felicidade.

Aceite que não dá para agradar todo mundo. Não se cobre tanto nem se compare com outros

Nem todo mundo vai ficar satisfeito com as suas atitudes e pensamentos, não dá para agradar a todos. Isso é algo natural, e se você tentar agradar a todos vai deixar de agradar a si mesmo. Dizem até que tentar agradar a todos é a fórmula perfeita para o fracasso. Não se cobre tanto, você não tem que ser igual ou melhor aos outros, você só precisa ser você, com a sua integridade, com sua personalidade. As redes sociais costumam gerar esse efeito: comparar a sua vida com a dos outros, e ainda achar que a dos outros é melhor do que a nossa. Pare com isso, a sua vida vai ser tão boa quanto você conseguir, lute para viver a sua felicidade e não para mostrar aos outros que é feliz.

As pessoas pensam de forma diversa, cada tem sua forma de pensar, sua opinião, e está tudo bem que seja assim! Que chato seria o mundo se todo mundo pensasse igual. É a partir do momento que as pessoas têm pensamentos diferentes que surgem as dúvidas, os questionamentos, as argumentações que nos fazem pensar, avaliar, repensar, e isso é muito saudável. Você pode não concordar com o pensamento da pessoa, até achar que ela está errada, mas tem que aceitar que as pessoas pensam diferentes e ninguém é melhor ou pior do que o outro por isso. É o famoso “vamos concordar em discordar”. O ícone do pensamento filosófico Voltaire proferiu a célebre frase: “Posso não concordar com uma só palavra sua, mas defenderei até a morte o seu direito de dizê-lá.”. Não precisamos concordar, mas também não precisamos discutir com raiva, com rancor, com ódio. As pessoas pensam de forma diferente de você? Que ótimo, cada um tem o seu pensamento, cada um tem sua personalidade, e assim vamos vivendo.

Saúde mental é um termo interessante. Se falarmos sobre saúde física, você seguramente terá em mente uma instrução ou outra sobre como se manter bem fisicamente: beber muita água, exercícios físicos, dormir 8h por dia, evitar estresse, alimentação balanceada, não fumar e não beber. Quando falamos em saúde mental, entretanto, parece haver um grande vácuo sobre o seu significado e sua prática.

Sabemos que a mente adoece. Mente doente implica em perda de desempenho para as atividades cotidianas e sofrimento para o sujeito acometido.

Psicoterapia

Tem uma frase que diz “fazer terapia doente é bom, mas saudável é melhor”. De fato. Se você está na etapa de adquirir saúde mental, perceberá que psicoterapia é uma forma de sobrevivência. E é uma sobrevivência necessária.

É a ferramenta mais difundida sobre saúde mental sem sombra de dúvidas. Você terá alguém para te instruir sobre o que fazer e sobre como acompanhar os processos de sua mente.

Relaxar

Eu gosto de dizer que vivemos atualmente numa cultura da “empresariação do ser humano”. Assim como as empresas, agora nós também batemos metas. Não mais sobre salários, mas metas pessoais. Vivemos em constante “competição” conosco. Acordar mais cedo, ter mais hábitos matinais, ler mais livros ao longo do ano, escrever mais palavras por dia, enfim. Você pode ter seus motivos para estabelecer metas pessoais e desejar alcançá-las. Eu estou aqui para dizer que afrouxar a corda que você está colocando no seu pescoço é necessário.

Psicoterapia é o tratamento mais tradicional que existe, mas não é o único meio de tratar as aflições da mente. Existe a meditação, yoga, artes marciais, pilates e grupos de apoio. O ser humano é muito complexo e uma abordagem apenas não é suficiente para atender toda essa complexidade. A combinação dessas atividades pode contribuir nas diversas áreas do indivíduo. Neste aspecto, até as atividades físicas entram como tratamento ou manutenção da saúde da mente. Descubra quais são suas atividades favoritas, ou quais são as que você tem curiosidade em fazer e combine-as. Diversifique.

Uma empatia mal direcionada—para o negativo—é o caminho certo para adoecer e deprimir. Uma empatia bem direcionada pode ser a solução ou mesmo a prevenção de muitos males. Eu nunca gostei muito de ouvir outras pessoas falando suas histórias e experiências, até que por algum motivo eu aprendi a gostar. Ouvir pessoas—boas histórias, relatos e experiências—é revigorante. Empatia nos conecta e nos coloca no centro. Aproxime-se de pessoas e situações que podem te fazer sentir empatia. Quanto mais empático

você for, mais cuidadoso se tornará. A empatia também fortalece o amor próprio e este é fundamental para não adoecer.

Atendimento Psicológico Domiciliar

O atendimento psicológico domiciliar é uma nova área de atuação que se abre para os psicólogos e que oportuniza aos pacientes e familiares serem assistidos também no emocional, uma vez que o adoecimento pode provocar alterações no humor, quadros de ansiedade, baixa autoestima, estresse, sentimentos de frustração, inadequação, quadros depressivos, exigindo, assim, uma adaptação do paciente e de toda sua família no enfrentamento da nova situação. É importante lembrar que o paciente não adoecer sozinho, a família adoecer junto. Esse novo espaço de trabalho traz consigo algumas alterações no modelo de consultório, pois o profissional se desloca até o domicílio do paciente. O que impõe aos profissionais que lidem também com os familiares e cuidadores, ampliando assim o modelo de consulta até então existente.

Home care é uma expressão da língua inglesa que vem sendo muito aplicada no Brasil. Sua tradução literal é 'cuidados de saúde em casa'. No caso da psicologia, o atendimento home care é indicado para qualquer pessoa que necessite de cuidados domiciliares, tanto por razões de força maior que impeçam ou impossibilitam os atendimentos em consultório, quanto para AT – Acompanhamento Terapêutico.

Os principais motivadores de atendimento psicológico domiciliar ocorrem em função de:

Limitações Logísticas: Compreende basicamente o atendimento ao grupo familiar. Muitas vezes é difícil organizar e locomover vários membros da família ao consultório, principalmente em casos de famílias maiores. Às vezes a única forma de se conseguir promover Terapia Familiar é efetuar os atendimentos na residência da própria família.

Vantagens Clínicas: Compreendem alguns dos atendimentos a crianças e adolescentes, no que tange à psicoeducação, e também ao AT (Acompanhamento Terapêutico). No caso da psicoeducação, efetuar esse tipo de terapia no ambiente domiciliar torna possível analisar as contingências sociais da criança, pais, avós, babá, irmãos etc. De igual forma, o AT – Acompanhamento Terapêutico permite ao psicólogo analisar e pontuar quase que imediatamente nas relações do paciente com o meio social.

Limitações Físicas: É o grupo de pacientes que têm dificuldade de locomoção. Nesse grupo se enquadram os idosos, os portadores de deficiência física, pessoas que sofreram acidentes e temporariamente têm dificuldade em se locomover, pessoas acamadas, pessoas mais fracas por conta de tratamento oncológico, que sofreram de AVC entre outros.

Limitações Clínicas: Compreendem os casos clínicos, quando críticos, de fobia social, ansiedade, depressão e outros que desmotivam as pessoas a saírem de casa, tornando possível a Terapia apenas se realizada no ambiente domiciliar.

O atendimento psicológico domiciliar, ou atendimento psicológico home care, é indicado para terapia familiar, crianças e adolescentes, psicoeducação de pais, casais, idosos, portadores de deficiência, pessoas acamadas ou ainda para todas as idades quando envolve limitações logísticas, limitações físicas ou limitações clínicas.

Abaixo estão elencados os casos mais comuns para a busca de uma terapia domiciliar:

Queixas relacionadas ao âmbito familiar: desestruturação familiar, problemas de relacionamento, parceiro, famílias que não conseguem se organizar para todos seus membros irem até o consultório.

Adolescentes e Juventude: distância da família, isolamento e relações sociais, os conflitos com autoridade, performance escolar, a convivência.

Crianças e psicoeducação de pais: relacionamento na escola, bullying, relacionamento com adultos, hábitos alimentares, sono e problemas de comportamento (geralmente as crianças se comportam de forma diferente em seu próprio lar, possibilitando ao psicólogo identificar mais rapidamente, facilitando as intervenções).

Queixas relativas ao profundo estado de depressão, ansiedade, fobia social, angústia, insegurança, entre outras, que as limitem de sair de casa.

Depressão pós parto.

Pessoas de qualquer idade e familiares que lidam com espera de exames importantes, medo de doença grave ou antes de realização de procedimentos cirúrgicos delicados.

Pessoas que desejam fazer terapia, mas não podem ou têm dificuldade de locomoção, como idosos e portadores de deficiência física.

Necessidade de repensar o sentido da vida, frente ao luto pela perda de uma pessoa amada.