

organizadores

Carmen Lúcia Albuquerque de Santana
Anderson da Silva Rosa

SAÚDE MENTAL DAS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA

Conceitos e práticas para profissionais da assistência social



SAÚDE MENTAL DAS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA

Conceitos e práticas para profissionais da assistência social

Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura – UNESCO

Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social de São Paulo – SMADS

Coordenadoria de Proteção Social Especial – CPSE
Espaço Público do Aprender Social – ESPASO

Universidade Federal de São Paulo – Unifesp

Escola Paulista de Enfermagem – EPE/Unifesp

Departamento de Administração e Saúde Coletiva da EPE/UNIFESP
Núcleo de Estudo e Pesquisa sobre Saúde, Políticas Públicas e Sociais – EPE/Unifesp
Programa Com-Unidade: Saúde, Assistência Social, Educação e Direitos Humanos – EPE/Unifesp

Projeto A Cor da Rua

Organização do Auxílio Fraterno – OAF

Núcleo de Estudos, Capacitação e Documentação

organizadores

Carmen Lúcia Albuquerque de Santana
Anderson da Silva Rosa

SAÚDE MENTAL

DAS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA

Conceitos e práticas para profissionais da assistência social



Coordenação pedagógica

Ana Paula Abreu-Fialho

Revisão pedagógica

Ana Paula Abreu-Fialho

Cristina Ávila Mendes

Ilustrações

Carmen Lúcia Albuquerque de Santana

Eliana Cecília Ciasca

Luciana Carvalho

Poemas na abertura dos capítulos: "microrroteiros da cidade"

Laura Guimarães

Capa, projeto gráfico e diagramação

Rejane Megale Figueiredo

Revisão gramatical

Simone Teles

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Saúde mental das pessoas em situação de rua : conceitos e práticas para profissionais da assistência social / Carmen Lúcia Albuquerque de Santana, Anderson da Silva Rosa, organizadores. -- São Paulo : Epidaurus Medicina e Arte, 2016.

Vários autores.

Vários colaboradores.

Bibliografia.

ISBN 978-85-92926-00-7

1. Assistência social - Brasil 2. Assistentes sociais - Prática profissional 3. Moradores de rua - Assistência 4. Política de saúde 5. Políticas públicas 6. Saúde mental - Brasil 7. Transtornos mentais - Prevenção I. Santana, Carmen Lúcia Albuquerque de. II. Rosa, Anderson da Silva.

16-06273

CDD-361.25

Índices para catálogo sistemático:

1. Brasil : População em situação de rua : Assistência social e saúde mental : Problemas sociais 361.25

Esta publicação tem a cooperação da UNESCO no âmbito do Projeto 914BRZ3019 “Desafios do Sistema Único de Assistência Social na Metrópole de São Paulo”.

As indicações de nomes e a apresentação do material ao longo deste livro não implicam a manifestação de qualquer opinião por parte da UNESCO a respeito da condição jurídica de qualquer país, território, cidade, região ou de suas autoridades, tampouco da delimitação de suas fronteiras ou limites.

As ideias e opiniões expressas nesta publicação são as dos autores e não refletem obrigatoriamente as da UNESCO nem comprometem a Organização.

Organizadores

Anderson da Silva Rosa

Enfermeiro; mestre e doutor em ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola Paulista de Enfermagem (EPE) da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Atualmente é professor adjunto do Departamento de Administração e Saúde Coletiva da EPE da Unifesp; pesquisador do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Saúde, Políticas Públicas e Sociais (credenciado pelo CNPq); coordenador do Programa de Extensão Com-Unidade: Saúde, Assistência Social, Educação e Direitos Humanos da Unifesp.

Carmen Lúcia Albuquerque de Santana

Psiquiatra e arteterapeuta; doutora em ciências pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP); mestre em psiquiatria pela FMUSP; mestre em políticas e serviços de Saúde Mental pela Universidade Nova de Lisboa e Organização Mundial da Saúde. É professora afiliada do Departamento de Administração e Saúde Coletiva da Escola Paulista de Enfermagem (EPE) da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp); pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Saúde, Políticas Públicas e Sociais (credenciado pelo CNPq); coordenadora do Projeto de Extensão A Cor da Rua vinculado ao Programa Com-Unidade da Unifesp.

Autores

Ana Alice Freire de Sousa

Enfermeira; especialista em Saúde Mental pela Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia (Sobral, Ceará). Atualmente, é analista de práticas assistenciais em Saúde Mental da área de Programas Governamentais do Hospital Israelita Albert Einstein.

Carolina Chaccur Abou Jamra

Médica sanitarista; residência médica em medicina preventiva e social pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp); especialista em psiquiatria; mestre em ciências pelo Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Atua como médica generalista de uma equipe de Consultório na Rua em São Paulo.

Katia Muniz Amirati

Enfermeira pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp); especialista pela Faculdade Santa Marcelina na residência multiprofissional em saúde da família; especialista em saúde da família pela Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) (na modalidade de educação a distância); especialista em enfermagem em Saúde Mental e psiquiatria pela Unifesp. É coordenadora dos Consultórios na Rua do Município de São Paulo, onde é responsável pela coordenação da Atenção Básica, na Secretaria Municipal de Saúde; membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Saúde, Políticas Públicas e Sociais da Unifesp (credenciado pelo CNPq).

Luciana Carvalho

Psiquiatra; residência no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq-HC-FMUSP). Atuou como supervisora do Ambulatório Transcultural do Instituto de Psiquiatria do HC-FMUSP; trabalha com populações de alta vulnerabilidade, com destaque para imigrantes e refugiados, desenvolvendo trabalhos voltados ao cuidado em Saúde Mental. Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Saúde, Políticas Públicas e Sociais da Unifesp (credenciado pelo CNPq).

Lucilene Reno Ferreira

Enfermeira. Tem experiência profissional em saúde pública, já atuou na Atenção Primária, com destaque, para a gestão, docência e desenvolvimento de equipe multiprofissional; já trabalhou com assistência à comunidade, educação em saúde e participação popular; membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Saúde, Políticas Públicas e Sociais da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) (credenciado pelo CNPq).

Magali Aparecida Baptista

Psicóloga; mestre em ensino em ciências da saúde pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp); especialista em educação em saúde pela Unifesp; especialista em enfrentamento à violência contra crianças e adolescentes pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR); atua como tutora na Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) no curso Aperfeiçoamento em Atenção Integral à Saúde de Pessoas em Situação de Rua, com ênfase nas equipes de Consultórios na Rua; membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Saúde, Políticas Públicas e Sociais da Unifesp (credenciado pelo CNPq).

Gestores do projeto

Edy de Lucca

Atuou nas atividades da oficina-escola A Arte que Vem da Rua por mais de 12 anos e contribuiu na criação do projeto da Associação Minha Rua, Minha Casa; por ocasião de sua participação na diretoria voluntária da entidade, de 1997 a 2000, exerceu o cargo de coordenadora de voluntários, criou o manual, capacitou e supervisionou grupos de 40 pessoas para o trabalho com a população de rua. Membro da Diretoria Executiva e Coordenadora do Projeto na Organização de Auxílio Fraterno (OAF).

Maria Antonieta da Costa Vieira

Antropóloga; mestre em ciências sociais, pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo PUC-SP; doutora em ciências Sociais pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Tem experiência na área de antropologia e sociologia, com pesquisas sobre campesinato na Amazônia, movimentos sócio-religiosos e trabalho escravo rural. Realiza pesquisas na área urbana com estudos de grupos vulneráveis, especialmente população em situação de rua e políticas públicas voltadas a esses segmentos; é pesquisadora da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas (Fipe/SP), e diretora da Organização do Auxílio Fraterno (OAF).

Colaboradores do projeto

Adriana Targino de Araujo Esturaro

Terapeuta ocupacional e bacharel em direito; especialista em direito constitucional e administrativo pela Escola Paulista de Direito e mestre em ciências pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Monitora do curso de Formação em Arteterapia Comunitária, tem interesse em pesquisa nas áreas correlatas entre saúde e direito.

Bruna Kisselar

Graduanda em enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Participa e é bolsista do Projeto de Extensão Universitária “A Cor Da Rua” atuando com temáticas relativas à população em situação de rua.

Eliana Cecília Ciasca

Arte-educadora, artista plástica, arteterapeuta e terapeuta familiar; cursou aprimoramento em gerontologia no Instituto Sedes Sapientiae; é mestrandona Programa Fisiopatologia Experimental da Faculdade de Medicina da USP. É monitora do curso de Formação em Arteterapia Comunitária.

Erika Vovchenko

Assistente social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP); e é especialista em Saúde Mental pela Residência Multi-profissional da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Tem experiência nas áreas da assistência social e Saúde Mental, atuando principalmente com a população em situação de rua e grupos que estão em situação de vulnerabilidade e risco social e sofrimento psicossocial; é membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Saúde, Políticas Públicas e Sociais da Unifesp (credenciado pelo CNPq).

Erci Sales Dotta

Psicóloga. Consultora da Unesco. Atuou na interlocução do referido Projeto entre a Proteção Social Especial da Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social – Smads e a Unesco, OAF e Unifesp.

Isabel Cristina Bueno da Silva

Psicóloga. É coordenadora da Proteção Social Especial da Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social (SMADS/SP); iniciou suas atividades na área social em 1998 como educadora social, foi gestora de serviço de convívio para pessoas em situação de rua, e há 15 anos atua no serviço público na área de Proteção Social Especial;

trabalhou na gestão, monitoramento, avaliação e validações dos produtos resultantes deste projeto e na mobilização e articulação com os serviços da rede socioassistencial para pessoas em situação de rua conveniados com o município.

Michele Alexandra dos Santos

Pedagoga. É técnica da equipe da Coordenadoria de Proteção Social Especial (CPSE) da Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social (SMADS/SP) desde 2011. Atuou no monitoramento, avaliação e validações dos produtos resultantes deste projeto, na mobilização e articulação com os serviços da rede socioassistencial para pessoas em situação de rua conveniados com o município.

Patrícia de Moura Silva

Assistente social. É analista de assistência e desenvolvimento social da Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social (SMADS/SP) desde 2008. Em 2013, compôs a equipe técnica do Gabinete da SMADS na Coordenadoria de Proteção Social Especial (CPSE) com o segmento população em situação de rua. Atuou no monitoramento, avaliação e validações dos produtos resultantes deste projeto, e na mobilização e articulação com os serviços da rede socioassistencial para pessoas em situação de rua conveniados com o município.

Autores do projeto

Antonio Carlos Seabra

Engenheiro; mestre e doutor pela Escola Politécnica da Universidade de São Paulo (USP) na área de engenharia elétrica. Professor titular no Departamento de Engenharia de Sistemas Eletrônicos da USP; membro da Diretoria Executiva na Organização do Auxílio Fraterno (OAF)

Carmen Lúcia Albuquerque de Santana

Psiquiatra e arteterapeuta; doutora em ciências pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP); mestre em psiquiatria pela FMUSP; mestre em políticas e serviços de Saúde Mental pela Universidade Nova de Lisboa e Organização Mundial da Saúde. É professora afiliada do Departamento de Administração e Saúde Coletiva da Escola Paulista de Enfermagem (EPE) da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp); pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Saúde, Políticas Públicas e Sociais (credenciado pelo CNPq); coordenadora do Projeto de Extensão A Cor da Rua vinculado ao Programa Com-Unidade da Unifesp.

Sumário

Prefácio	15
Apresentação do projeto.....	17
Apresentação	23
Introdução à temática.	27
PARTE I	
1. Visão geral sobre Saúde Mental	39
2. Promoção da Saúde Mental e prevenção de transtornos mentais..	47
3. As causas dos transtornos mentais.	63
4. Cultura e transtornos mentais: a importância da competência cultural	69
PARTE II	
5. As Políticas de Saúde no Brasil	89
6. Políticas públicas em Saúde Mental	103
PARTE III	
7. O encontro entre o profissional da assistência social e o sujeito em situação de rua.	125
8. Entrevistando uma pessoa em situação de rua com transtorno mental.	139
PARTE IV	
9. Principais transtornos mentais	161
10. Crises convulsivas ou convulsões	187
11. Pensamentos ou tentativas de suicídio	197
12. Comportamentos que causam preocupação	219
13. Tratamento dos transtornos mentais.....	255
PARTE V	
14. Saúde Mental de quem trabalha com a situação de rua.....	291

Prefácio

Em 2010, a Organização do Auxílio Fraterno (OAF) iniciou um processo de discussão sobre a questão da Saúde da população de rua e das formas de atendimento dos serviços nesta área. A prática cotidiana junto às pessoas em situação de rua evidenciava a presença de graves problemas de Saúde e dificuldades de se lidar adequadamente com esta problemática. Para discutir essa situação, foram convidadas outras instituições que trabalhavam nesta área e profissionais da Escola Paulista de Enfermagem (EPE) da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), com experiência com a população de rua. Este grupo desenvolveu um trabalho conjunto que possibilitou uma visão mais abrangente da questão da Saúde da população em situação de rua, identificando de forma mais sistemática os problemas de atendimento, as dificuldades de articulação dos serviços e fazendo propostas sobre o que seria necessário construir para que houvesse um atendimento adequado na área da Saúde.

O projeto “Capacitação dos Profissionais da Rede de Assistência Social e da Saúde para realizarem intervenções psicossociais na área da saúde mental às pessoas em situação de rua” pode ser entendido como um grande avanço na superação dos problemas identificados naquele estudo, no qual a Saúde Mental aparecia de forma recorrente como um grande desafio para os profissionais da área da Assistência Social e da Saúde que se deparavam com essas questões no cotidiano de seu trabalho.

O livro, resultante da realização do projeto, é um instrumento valioso para fazer avançar o trabalho com Saúde Mental nas ruas em vários sentidos. Partindo de uma concepção abrangente de Saúde, de enfoque

multidisciplinar, propõe uma relação inovadora entre o trabalho da Assistência Social e da Saúde. Fornece informações qualificadas para que os profissionais de diferentes áreas possam identificar e compreender os processos relacionados a questões de Saúde Mental entre as pessoas em situação de rua. Discute ainda atitudes e procedimentos para lidar com pessoas com problemas de transtorno mental e formas de encaminhá-las aos serviços competentes de Saúde. Formulado de maneira simples e clara, tem como referência questões trazidas pela experiência de trabalho dos participantes do curso e é produzido por profissionais da área da Saúde, que possuem experiência de trabalho com população de rua. O texto procura informar e fazer pensar, problematizar e dialogar. Não fornece respostas prontas mas estimula a reflexão do leitor e sua participação ativa.

Certamente, esta publicação será uma importante ferramenta para a formação dos profissionais que atuam com a população de rua, processo fundamental para garantir um trabalho de qualidade.

M Antonieta C Vieira

Apresentação do projeto

Caro leitor,

Este livro tem como principal objetivo contribuir para a melhoria do atendimento às pessoas em situação de rua. Ele faz parte do projeto “Capacitação dos Profissionais da Rede de Assistência Social e da Saúde para realizarem intervenções psicossociais na área da saúde mental às pessoas em situação de rua”, cuja realização foi fomentada pelo Edital UNESCO 0036/2015. Iniciativa pioneira, constituída pela parceria entre Secretaria Municipal da Assistência e Desenvolvimento Social (SMADS) de São Paulo, a UNESCO, a Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) e a Organização de Auxílio Fraterno (OAF) que permitiu integração e fortalecimento da rede intersetorial por meio da promoção de espaços conjuntos de educação permanente na área de Saúde Mental para trabalhadores da SMADS.

O projeto teve como objetivos:

- ❖ Qualificar trabalhadores da rede pública para a atenção psicosocial às pessoas em situação de rua;
- ❖ Produzir material pedagógico sobre Saúde Mental para profissionais da SMADS;
- ❖ Formar multiplicadores do Curso de Introdução à Saúde Mental Comunitária;
- ❖ Capacitar trabalhadores da rede pública para intervenções não farmacológicas na área de saúde.

Foi estruturado em três eixos, a saber:

- Oferecer um curso de Introdução à Saúde Mental Comunitária
- Formação em Arteterapia Comunitária
- Elaboração deste livro, *Saúde Mental das pessoas em situação de rua: conceitos e práticas para profissionais da assistência social*.

No período de julho de 2015 a agosto de 2016, por meio de dois de seus eixos estruturantes – as capacitações em “Introdução à Saúde Mental Comunitária” e “Formação em Arteterapia Comunitária” – o projeto promoveu espaços para a troca de experiências e conhecimentos entre os profissionais da rede da assistência social e da saúde. A formação conjunta dos trabalhadores constituiu uma estratégia de integração dos serviços de saúde e assistência social.

Os cursos embasaram a elaboração deste livro, na medida em que as discussões realizadas possibilitaram o conhecimento e a seleção de um conjunto de temas que se mostraram mais recorrentes nas falas dos profissionais-alunos. Além da produção desse texto, no fim de 12 meses de projeto, foram formados mais de 200 profissionais na área de Saúde Mental Comunitária, oito multiplicadores do curso de Introdução à Saúde Mental Comunitária e 50 profissionais em Arteterapia Comunitária. O curso de arteterapia foi estruturado em atividades práticas nos centros de acolhida e núcleos de convivência, desta forma obteve-se uma coleção de mais de 1.000 imagens produzidas pela população em situação de rua.

Conheça a equipe que participou dos cursos: Introdução à Saúde Mental Comunitária e Formação em Arteterapia Comunitária

Coordenadora

Carmen Lúcia Albuquerque de Santana

Coordenador Técnico-Pedagógico

Anderson da Silva Rosa

Assistente de Coordenação

Magali Aparecida Baptista

Auxiliar Pedagógico

Thais Freitas dos Santos

Monitoras do curso de Introdução à Saúde Mental Comunitária

Erika Vovchenco

Katia Muniz Amirati

Magali Aparecida Baptista

Multiplicadores do curso de Introdução à Saúde Mental Comunitária

Aline Leite Concencio

Elizabete Navarro Hernandes

Fabio Paulino Santana

Jardel Batista Rodrigues

Maria Alice Silva Araujo

Marineide Moraes Bernardo dos Santos

Michele Alexandra dos Santos

Sheila de Souza Marques França

Monitoras do curso de Formação em Arteterapia Comunitária

Adriana Targino de Araujo Estudaro

Eliana Cecília Ciasca

Participaram dos cursos profissionais das áreas da assistência social e da saúde envolvidos na formulação, gestão, implementação, avaliação, controle e regulação das políticas públicas relacionadas à população em situação de rua. Tendo como base a metodologia da aprendizagem participativa e a realização de grupos focais, o conteúdo programático dos cursos foi definido em conjunto pelos coordenadores, monitores e participantes. Cada profissional contribuiu com sua expertise trazendo as diversas abordagens praticadas na área de Saúde Mental da população em situação de rua.

Mas intersetorialidade não é tarefa fácil. Não basta colocarmos um serviço ou um profissional ao lado do outro para que o trabalho intersetorial aconteça. No campo da Saúde Mental, não existem consensos sobre vários tópicos: o que é responsabilidade de quem? Os profissionais muitas vezes se inflam e as discussões chegam a ser explosivas!

Para o profissional da área da saúde, atender uma pessoa em situação de rua representa um grande desafio. Em se tratando desta população, a tendência é considerar que o problema seja social, e não de saúde. Afinal, médicos, enfermeiros, psicólogos etc. foram formados para trabalhar em contexto hospitalar e ambulatorial e mesmo a vivência

de alguns na atenção básica não ofereceu a oportunidade de realizar algum atendimento em situação de rua.

Por diversas questões que abordamos neste livro, a população em situação de rua é frequentemente acometida por transtornos mentais. Para o profissional da assistência social, atender alguém com transtorno mental é muitas vezes um grande mistério. Este trabalhador não teve um aprendizado prático em atender pessoas que podem estar com um estado de consciência alterado, que podem ter reações imprevisíveis. A situação em geral provoca sofrimento, medo e desconforto.

Por outro lado, considerando-se os laços indissolúveis entre condições sociais, situação econômica, o ambiente, o modo como a pessoa vive e a Saúde Mental, podemos nos sentir incrédulos sobre a efetividade de qualquer ação de Saúde Mental no contexto de extrema vulnerabilidade da vida nas ruas. Afinal, é possível se falar em Saúde Mental nas condições de vida na rua?

A prática nos diz que sim!

Atuamos na promoção da Saúde Mental das pessoas em situação de rua ao estabelecermos diálogos que permitam desenvolver capacidade de reflexão e autoconhecimento do atendido. É possível trabalhar para que a pessoa compreenda a natureza e as consequências de sua própria conduta; é possível também o resgate de princípios, valores e desejos, a reconstrução da autoestima e o desenvolvimento de projetos de vida.

Além de estratégias de promoção da Saúde Mental nos serviços da assistência social, procuramos através dos processos de formação e da produção deste conteúdo contribuir para a qualificação dos encaminhamentos à Saúde, desenvolver habilidades para a produção da aliança terapêutica e do cuidado em rede e, principalmente, contribuir para a efetivação da Saúde como direito humano fundamental.

Este livro busca apresentar, nesta perspectiva de promoção da Saúde Mental e crença nas potencialidades dos sujeitos, um conteúdo que dialogue com a realidade enfrentada pelo trabalhador da assistência social nos diversos espaços de atenção às pessoas em situação de rua. Foi escrito por profissionais da área da saúde (psiquiatria, psicologia, enfermagem, saúde coletiva) com experiência prática no cuidado à Saúde Mental das pessoas em situação de rua. Contou também com uma consultoria pedagógica, especialista em desenvolvimento de materiais didáticos, para que o texto permitisse um diálogo com o profissional mesmo que este não tenha participado diretamente dos cursos de formação desenvolvidos durante o projeto.

Os conceitos apresentados foram, a todo tempo, relacionados a situações vividas. Para tanto, não utilizamos as extensas classificações diagnósticas da psiquiatria apresentadas no CID 10, que são de difícil compreensão e de pouca utilidade para o trabalhador social.

Nesta obra, adotamos a metodologia da “abordagem orientada por problemas” aplicada a transtornos mentais, proposta pelo psiquiatra Vikram Patel (2003), em seu livro *Where there is no psychiatrist*. Desta forma nosso propósito não é de que o profissional da assistência social diagnostique ou trate os transtornos mentais das pessoas em situação de rua. A ideia é que, no fim desta leitura, você seja capaz de reconhecer sinais e sintomas apresentados por pessoas com transtornos mentais, de identificar possíveis ações a serem adotadas nos diferentes contextos da prática da Assistência Social na atenção à Saúde Mental das pessoas em situação de rua e compreender a importância da aliança terapêutica no processo de cuidado.

Na maior parte dos tópicos sobre Saúde Mental para a população em situação de rua, temos mais perguntas que respostas. Mas trabalhar juntos, trazendo diferentes perspectivas no processo de cuidado, nos permite caminhar com mais tranquilidade no dia a dia, certos de que estamos atuando de forma responsável, com grande respeito pelo ser humano.

Nossos mais sinceros agradecimentos a todos aqueles que acreditaram que este projeto seria possível.

*Carmen Santana
Anderson Rosa
Organizadores*

Apresentação

A proposição central desse livro é iniciar um processo de reflexão sobre as práticas profissionais no campo da Política de Assistência Social voltadas à população em situação de rua, particularmente aquela que apresenta o agravamento de sua condição de vida, em função do comprometimento de Saúde Mental.

O Sistema Único de Assistência Social (SUAS) concretiza a Política Nacional de Assistência Social (PNAS) nos cotidianos de trabalho, assim como inaugura um novo modelo de gestão, incorporando níveis de proteção social (Básica e Especial – média e alta complexidade) estruturados em uma matriz padronizada de serviços socioassistenciais, definidos na Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais.

Tais serviços, assim como os benefícios socioassistenciais, materializam asseguranças sociais de acolhida, renda, convívio, autonomia e sobrevivência, assegurando especificidade ao campo de atuação da Assistência Social na qualidade de Política Pública de Proteção Social no enfrentamento às vulnerabilidades e riscos sociais vivenciados por famílias e indivíduos.

Considerando este contexto, a presente publicação é, portanto, uma iniciativa no sentido de reconhecer a relevância do trabalho da Política de Assistência Social, diante da multidimensionalidade das manifestações da questão social particularmente na vivência de rua. Busca, ainda, fornecer subsídios para a construção de possíveis pactuações, articulações e complementaridades na ação intersetorial entre as políticas sociais voltadas à população em situação de rua que apresenta manifestações relacionadas à Saúde Mental.

Esta produção foi construída a partir das reflexões desencadeadas durante o processo formativo voltado aos profissionais dos serviços de abordagem, convivência e acolhimento à população de rua, executados de forma direta e conveniados com a SMADS. Desenvolvido por meio da parceria SMADS/UNESCO/UNIFESP/OAF o curso, sob a ótica dos profissionais da Saúde, forneceu aportes teóricos e conceituais, procurando assim, favorecer o processo de desmistificação de conceitos e a ressignificação das posturas profissionais no campo da Política de Assistência Social.

Para além de refletir sobre as possibilidades de abordagem e encaminhamentos entre as diversas políticas sociais, considerando as particularidades dos indivíduos e famílias, busca-se pautar a integralidade da atenção à população em situação de rua no acesso aos direitos sociais como eixo norteador das práticas profissionais.

Neste sentido, a direção ética, política e metodológica do livro é publicizar as atuais experiências de trabalho com esta população, considerando a presença do sofrimento psíquico, uma das expressões sociais que tecem a teia de desafios no desenvolvimento do trabalho social da Política de Assistência Social.

O debate está iniciado!

Esperamos continuar compartilhando ideias, conceitos e vivências.

Boa leitura!

Secretaria Municipal de Assistência e
Desenvolvimento Social – SMADS



**uns com
tanto , outros
com as poucas
moedas
que restaram
do troco de
quem tem**

Introdução à temática

Anderson da Silva Rosa e Lucilene Renó Ferreira

A presença de pessoas vivendo nas ruas é um drama social de muitas cidades no Brasil e no mundo. A cidade de São Paulo concentra a maior população de rua do Brasil. O último censo realizado, em 2015, estimou 15.905 pessoas vivendo em situação de rua, sendo 7.335 sem abrigo e 8.570 em centros de acolhida da capital (FIPE, 2015). Comparando a evolução histórica dos censos, é possível observar um aumento significativo da quantidade de pessoas em situação de rua, uma vez que os dados do censo de 2000 eram de 10.394 pessoas (FIPE, 2000). No entanto, a taxa de crescimento anual dessa população vem diminuindo, entre 2000 e 2009 era de 5,14 pessoas e entre 2009 e 2015 de 2,56 pessoas.

A maior pesquisa realizada no Brasil ocorreu entre 2007 e 2008 e foi promovida pelo Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome em colaboração com a UNESCO. A pesquisa abordou pessoas com mais de 18 anos de idade e abrangeu 71 municípios, destes 23 capitais, dentre as quais São Paulo não foi incluída. Foram identificadas 31.922 pessoas em situação de rua, sendo 82% do sexo masculino. Apenas 15,7% dessas pessoas pedem dinheiro para sobreviver, 70,9% declararam exercer alguma atividade remunerada. A maioria, 79,6%, tem acesso a somente uma refeição diária. Das causas relatadas como principal motivo pessoal por estarem em situação de rua, as mais recorrentes eram dependência química (35,5%), desemprego (29,8%) e desavenças familiares (29,8%) (BRASIL, 2008).

Um estudo longitudinal realizado em Nova York, com 225 homens e 220 mulheres usuários de albergues da cidade, apontou que os principais fatores de risco para o prolongamento do tempo em situação de rua foi idade superior a 44 anos, diagnóstico de doença mental e dependência de drogas (CATON et al., 2005). Outro estudo, conduzido na mesma cidade sobre o panorama da situação de rua e Saúde Mental no período 1994-2006, evidenciou que a maioria das hospitalizações de conviventes adultos dos abrigos, entre os anos de 2001-2003, ocorreu devido a problemas de Saúde Mental (14%), uso de drogas (31%) e uso de álcool (24%) (VALENCIA et al., 2011).

As condições de vida nas ruas (pouca longevidade, fragilidade dos vínculos sociais, violências, preconceitos, descriminações, falta de privacidade, carências de educação e de infraestrutura para os cuidados corporais) colaboram para o aparecimento e agravamento dos transtornos mentais que, por sua vez, podem ser um dos fatores que contribuem para que uma pessoa viva em situação de rua (SANTANA, 2014).

O estudo de Lovisi (2000), que avaliou os distúrbios mentais em moradores de albergues públicos das cidades do Rio de Janeiro e Niterói, revela que os distúrbios mentais de maior gravidade são associados ao ingresso à situação de rua. Ressalta que, quando esses indivíduos passam a morar nas ruas, há uma exacerbação de seus sintomas, assim como um acúmulo de vários outros distúrbios, resultando numa alta prevalência de comorbidade e um agravamento de seus quadros psicopatológicos. Os homens revelaram maior prevalência de abuso/dependência de álcool, enquanto as mulheres maior número de distúrbios mentais mais graves.

Heckert e Silva (2002) também abordando a Saúde Mental da população de rua de Juiz de Fora (MG) destacaram que as pessoas que tinham diagnósticos de psicoses esquizofrênicas constituíam um subgrupo específico entre os moradores de rua, com características demográficas, biográficas e comportamentais próprias. Destacaram que os mesmos permaneciam à margem dos recursos assistenciais e propuseram atenção e cuidados especiais a este segmento.

Em um estudo de revisão sistemática que buscou identificar psicopatologias entre jovens em situação de rua, foi encontrada uma prevalência de 48% a 98% de transtorno psiquiátrico entre os estudos que utilizaram avaliação psiquiátrica específica e mais de 48,8% em estudos que utilizaram entrevistas para essa identificação. Embora haja um reduzido número de estudos com esse enfoque, os achados sugeriram que o apoio a jovens em situação de risco para a situação de rua pode diminuir a incidência de transtornos, além de melhorar a Saúde Mental desses indivíduos. Experiências traumáticas e de abuso e violência

também podem ser fatores de risco para a saída de casa, bem como podem tornar-se risco para novos episódios de violência quando já se vive a experiência da situação de rua (HODGSON et al., 2013).

Em outro estudo de revisão sistemática, concluiu-se que o transtorno mental mais comum nessa população estava associado à dependência de álcool e outras drogas, variando entre 8% e 58% para a dependência de álcool e 5% a 54% para outras drogas (FAZEL, GEDDES, KUSHEL, 2014).

Segundo Booti et al. (2009, p. 175), “o álcool e as drogas fazem parte da realidade das ruas, seja como alternativa para minimizar a fome e o frio, seja como elemento de socialização entre os membros dos grupos de rua”. As drogas lícitas e ilícitas possibilitam ao morador de rua a fuga da realidade, além de ser uma das poucas opções de prazer que a sua condição de vida lhe permite (RAIZER; BRÊTAS, 2007; CARLINE, 2006).

No censo de 2009 em São Paulo, 74% das pessoas em situação de rua entrevistadas declararam fazer uso de álcool e/ou drogas (FIPE, 2009).

Entretanto, o prazer é volátil, evapora junto com a cessação do efeito da droga. Sem ela, o indivíduo adquire novamente a consciência da sua situação – sente-se culpado por tê-la utilizado – e, novamente a usa para esquecer. O círculo só poderá ser rompido se o direito ao atendimento social e de Saúde for assegurado. Sozinho, dificilmente o indivíduo conseguirá romper com a drogadição (ROSA, 2008).

Um breve resumo sobre a atenção às pessoas em situação de rua

Tendo como problemática a atenção à Saúde Mental das pessoas em situação e como foco a cidade de São Paulo, apresentaremos brevemente a evolução histórica do cuidado a essa população.

Entidades religiosas como a Organização de Auxílio Fraterno (OAF), Assistência Vicentina de São Paulo e a Associação das Irmãs de São Bento, além do albergue Lygia Jardim, criado em 1978, formavam, até meados da década de 1980, toda a estrutura de Assistência Social voltada às pessoas em situação de rua na cidade de São Paulo. Foi apenas em 1989, na gestão municipal da prefeita Luiza Erundina, que a situação de rua passou a ser enxergada e acompanhada pelo governo (FRANGELLA, 2009; DE LUCCA, 2007).

Na década de 1990, três tipos de instituições passam a fazer parte da rede de assistência social à população de rua: os albergues, as casas de convivência e os refeitórios. Na ocasião, a cidade contava com três principais albergues – Lygia Jardim, Cetren e Glicério – que não conseguiam absorver a quantidade crescente de pessoas que se aglomeravam nas ruas (FRANGELLA, 2007).

Ações da OAF e do Centro Gaspar Garcia de Direitos Humanos contribuíram para a organização do trabalho dos catadores de materiais recicláveis com a criação das primeiras cooperativas de reciclagem da cidade de São Paulo. Este grupo de trabalhadores, em grande parte era composto por pessoas em situação de rua que vivenciaram a formalização de suas atividades, melhores condições de trabalho, maior autonomia e melhor remuneração pelo mesmo a partir da constituição de cooperativas.

Para conhecer o jornal *O Trecheiro*, acesse: <<http://www.rederua.org.br/#o-trecheiro-r0lh7>>.

Neste processo de formação e ampliação da rede de assistência, ressaltamos a importância da organização e mobilização da população de rua no sentido de reivindicar seus direitos. Desde o primeiro Dia de Luta da População de Rua, em 1991, é crescente a interlocução que essas pessoas vêm conseguindo perante o poder público e a sociedade civil. Destacamos a ação do Movimento Nacional da População de Rua (MNPR) e o Movimento Nacional de Catadores de Materiais Reciclados. Também temos, desde 1991, o jornal *O Trecheiro*, uma das principais iniciativas da Rede Rua de São Paulo, associada ao MNPR. A entidade passa a documentar e assessorar a comunicação de movimentos, entidades e grupos sociais e populares, por meio de fotografias, vídeos e textos, tendo como objetivo discutir a situação de rua de diversas formas, além de veicular a arte realizada pelos moradores de rua.

Em razão da pressão social e política criada por esses movimentos, entre outros fatores, em 1997, foi publicada em São Paulo a Lei Municipal 12.316 que regulamenta: albergues emergenciais para acolhida, sobretudo no inverno; centro de serviços oferecidos durante o dia; restaurantes comunitários; casa de convivência; moradias provisórias para até 15 pessoas em situação de rua em processo de reinserção social; vagas de abrigos e recuperação em serviços próprios para pessoas portadoras de doenças e deficiências.

Mais de 10 anos se passaram para essa iniciativa municipal de São Paulo motivar regulamentações políticas nacionalmente. Em 2009, foi instituída a Política Nacional para a População em Situação de Rua que, em linhas gerais, regulamenta a assistência na interface das políticas sociais e de Saúde (BRASIL, 2009). Apesar de assegurar uma série de direitos de acesso à assistência intersetorial, a política nacional não apresenta um projeto factível na fomentação de estratégias de saída das ruas. Apesar das condições de vida na rua terem melhorado, os logradouros e os centros de acolhida continuam a serem as únicas opções de habitação para muitas pessoas nessa situação.

A despeito dos avanços implementados na assistência social a partir da década de 1990, somente no ano de 2004, o Município de São Paulo criou estratégias de Saúde consistentes direcionadas a este segmento. Até então as pessoas em situação de rua vivenciavam inúmeras dificuldades de acesso aos serviços de saúde, como a necessidade de comprovação de endereço, a falta de conhecimento dos profissionais sobre a situação de rua e a discriminação.

Neste município, a implantação das equipes de Saúde da família para atendimento às pessoas em situação de rua iniciou-se em novembro de 2004 com o projeto “A Gente na Rua”. A princípio foram contratadas

três equipes do Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS). Em maio de 2008, as equipes PACS foram ampliadas para equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) Especial com a contratação de médicos. Foram constituídas 24 equipes na cidade para atender moradores em situação de rua e alta vulnerabilidade social.

A implantação desse projeto pode ser considerada uma experiência transformadora à medida que adequa os processos de trabalho já desenvolvidos na ESF. Reproduz a opção de atuar com agentes comunitários de saúde, neste caso, pessoas que tiveram experiência com a situação de rua. Valoriza a articulação intersetorial e passa a reconstruir expressões como “visita domiciliar” que passa a ser “visita de rua”; domicílio, “o lugar em que se costuma ficar na rua”. A família passa a ser aquela “constituída por indivíduos declarados no momento do cadastro”, incorporando particularidades importantes no cadastro ainda como a existência de animal de estimação, locais para refeições e higiene, entre outros aspectos (CARNEIRO JUNIOR; JESUS; CREVELIM, 2010).

Nacionalmente, em 2011 as equipes de Consultórios na Rua foram instituídas pela Política Nacional de Atenção Básica visando ampliar o acesso da população de rua aos serviços de saúde. Neste contexto, as equipes de ESF Especial da cidade de São Paulo se adequaram ao formato dessa nova política considerando as diversas demandas em Saúde dessa população, que não limitadas às questões de Saúde Mental e/ou consumo de álcool e outras drogas, conforme instituído no modelo anterior.

O Consultório na Rua vem propiciando novas configurações de redes assistenciais e, consequentemente, novos desafios à efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS). Prevê o deslocamento dos profissionais e da própria estrutura de assistência para fora da zona de conforto das estratégias de cuidado domiciliar, ocasionando estranhamento por situações observadas e sentidas para as quais nem sempre as equipes têm respostas (ANTUNES, ROSA, BRÊTAS, 2016; LONDERO et al., 2014).

Não confunda Consultório de Rua e Consultório na Rua

O Consultório **de Rua** surgiu em 1999, em Salvador, na Bahia como um projeto-piloto criado em decorrência da problemática de crianças e adolescentes que se encontravam na rua e sob uso problemático de drogas, e estava vinculado à Política Nacional de Saúde Mental (LONDERO et al., 2014). Já o Consultório **na Rua** são equipes da atenção básica, que atuam na perspectiva do cuidado integral aos sujeitos.

Complementares ao trabalho desenvolvido pelas equipes de ESF especial, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) amplia o foco de atuação na região central da cidade, conhecida como “Cracolândia”, onde se concentrava uma população vulnerável à dependência às drogas, em especial ao crack. Foram contratados, desde 2009, 90 agentes comunitários de saúde de rua, 20 enfermeiros e dois auxiliares de enfermagem que, por meio de abordagens, orientações e encaminhamentos buscam vincular as pessoas em situação de rua aos serviços do SUS para possibilitar oportunidades de recuperação física, psíquica e social. O bom trabalho desenvolvido por esses profissionais na criação de vínculo e cuidado à saúde e redução de danos junto aos habitantes da cracolândia foi substancialmente comprometido pela violenta intervenção policial neste território. Desde o fim de 2011, muitos usuários de droga da região foram presos e encaminhados às delegacias de polícia. Também se intensificou a estratégia de internação compulsória em clínicas para dependentes químicos. O conjunto dessas ações repercutiu nos meios de comunicação, na sociedade civil e no poder público, e vem gerando inúmeros debates entre grupos favoráveis e contrários a elas.

Em 2014, a Prefeitura de São Paulo lançou nessa região o Programa de Braços Abertos, regulamentado pelo Decreto Municipal nº 55.067 em 28 de abril de 2014, trata-se de uma Política Municipal Intersecretarial e inovadora, voltada para a população em extrema vulnerabilidade, em situação de rua e uso problemático de substâncias psicoativas, propondo como alternativa o tratamento sob a lógica da redução de danos e preservando o convívio social desejado por cada pessoa. É um Programa inclusivo que visa a garantia dos direitos humanos. Está estruturado em frentes de trabalho com remuneração para os participantes, atividades de capacitação, três alimentações diárias e vagas em hotéis da região. Os beneficiários cadastrados são acompanhados pelas equipes de assistência social, saúde e trabalho, assim como, cultura, esporte, lazer e segurança urbana da prefeitura.

Como uma população de alta vulnerabilidade, as demandas de cuidado às pessoas em situação de rua transcendem o potencial de atuação do setor Saúde de forma isolada. Estudo com a temática de intersetorialidade identificou que os serviços socioassistenciais são a principal porta de entrada das pessoas em situação de rua à rede pública de assistência. As estratégias de abordagem na rua facilitam o acesso aos usuários com transtorno mental, ao mesmo tempo em que ressaltam as dificuldades da rede de serviços de Saúde Mental de absorver o acompanhamento desses usuários (BORYSOL; FURTADO, 2014).

Um estudo avaliou que, mesmo em outros países, a situação de serviços de Saúde, Saúde Mental e Assistência Social é muito similar à da

cidade de São Paulo: reduzido número de profissionais qualificados, poucas estratégias de busca ativa e identificação de casos novos, serviços com horário de funcionamento restrito e com critérios de exclusão evidentes no acesso, barreiras institucionais e a falta de coordenação do cuidado (CANAVAN et al., 2012).

Ainda há muito o que se fazer na articulação intersetorial para atender integralmente as necessidades da população em situação de rua. Assim como os conceitos que fundamentam as áreas da Saúde e Assistência Social se intercruzam na efetivação das políticas públicas, as ações desenvolvidas pelos profissionais, cada qual com seus saberes e campos disciplinares específicos, também devem se relacionar em torno de objetivos compartilhados. A prática deve ter como foco a identificação das reais necessidades e demandas das pessoas em situação de rua, as capacidades e possibilidades da rede, os recursos disponíveis, as necessidade e ofertas de serviços específicas, e melhorias na qualidade e humanização do cuidado oferecido. Apenas juntos e de forma harmoniosa teremos melhores condições de lidar com cenários tão complexos.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, C. M. C.; ROSA, A. S.; BRÊTAS, A. C. P. Da doença estigmatizante à ressignificação de viver em situação de rua. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 18, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.33141>>. Acesso em: 15 jul. 2016.

BOTTI, N. C. L. et al. Condições de saúde da população de rua da cidade de Belo Horizonte. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v.1, n. 2, p. 162-176, out./dez. 2009. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/1141/1383>>. Acesso em: jul. 2016.

BORYSOL, I. C.; FURTADO, J. P. Acesso, equidade e coesão social: avaliação de estratégias intersetoriais para a população em situação de rua. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 48, n. 6, p. 1069-76, 2014.

BRASIL. Decreto n. 7053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em situação de rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 23 dez. 2009.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. Meta Instituto de Pesquisa de Opinião. **Sumário Executivo. Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua**. Brasília, DF, 2008.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social NOB/SUAS**. Brasília, 2005.

CANAVAN, R. et al. Service provision and barriers to care for homeless people with mental health problems across 14 European capital cities. **BMC Health Services Research**, v. 12, n. 222, 2012.

CARLINI, E. A. Epidemiologia do uso do álcool no Brasil. **Arq. Méd. ABC**, supl. 2, p. 4-7, 2006.

CARNEIRO JUNIOR, N.; JESUS, C. H.; CREVELIM, M. A. A estratégia saúde da família para a equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos. **Saúde Soc.** São Paulo, v.19, n.3, p.709-716, 2010.

CATON, C. L. M. et al. Risk factors for long-term homelessness: findings from a longitudinal study of first time homeless single adults. **American Journal of Public Health**, v. 95, n. 10, p. 1753-1759, Oct. 2005.

COORDENAÇÃO DE POLÍTICAS PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/direitos_humanos/poprua/programas_e_projetos/index.php?p=171923>. Acesso em: 5 mar. 2016.

COSTA, D. L. R. **A rua em movimento: experiências urbanas e jogos sociais em torno da população de rua**. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Faculdade de Filosofia Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

FAZEL, S.; GEDDES, J. R.; KUSHEL, M. The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. **The Lancet**, v. 384, n. 9953, p. 1529-1540, Oct. 2014.

FRANGELLA, S. M. **Corpos urbanos errantes: uma etnografia da corporalidade de moradores de rua em São Paulo**. São Paulo: Annablume; Fapesp, 2009.

FUNDAÇÃO INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS (FIPE). **Censo da população em situação de rua na cidade de São Paulo**. São Paulo, 2009.

FUNDAÇÃO INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS (FIPE). **Censo dos moradores de rua**. São Paulo, 2015.

HODGSON, K. J. et al. Psychopathology in young people experiencing homelessness: a systematic review. **American Journal of Public Health**, v. 103, n. 6, p. 24-37, Jun. 2013.

JUNIOR, A. G. S.; ALVES, C. A. Modelos assistenciais em saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, M. G. V. C.; CORBO, A. D. A. (Orgs.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007, p. 27-41.

JUNIOR, N. C.; JESUS, C. H.; CREVELIM, M. A. A Estratégia Saúde da Família para a equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.19, n.3, p.709-716, 2010.

LONDERO, M. F. P.; CECCIM, R. B.; BILIBIO, L. F. S. Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde. **Interface: Comunicação, saúde e educação**, São Paulo, v. 18, n. 49, p. 251-260, 2014.

PATEL, V. **Where there is no psychiatrist:** a mental health care manual. Glasgow: Gaskell, 2003.

RAIZER, M. V.; BRÊTAS, A. C. P. **O álcool como uma estratégia de sobrevivência na rua.** Monografia (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2007.

ROSA, A. S. **O sentido de vida para pessoas em situação de rua.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2008.

SANTANA, C. Consultórios de rua ou na rua? Reflexões sobre políticas de abordagem à saúde da população de rua. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 8, p. 1798-1800, ago. 2014.

VALENCIA, E. et al. Homelessness and mental health in New York City: an overview 1994-2006. **Cad. Saúde Colet.**, v. 19, n. 1, p. 20-26, 2011.

PARTIE



**Escuta a
tristeza chegar .
canta mais alto
que ela**

1

Visão geral sobre Saúde Mental

Luciana Carvalho e Carmen Santana

A definição de Saúde orienta políticas públicas em diversas áreas, e tem importantes repercussões legais, sociais e econômicas. Neste capítulo introduziremos alguns conceitos importantes para que você compreenda o processo saúde-doença, com o recorte da área da Saúde Mental de pessoas em situação de rua. Esses conceitos são essenciais para podermos compreender qual o papel do profissional da assistência social na rede intersetorial de atenção à Saúde Mental, especialmente, à Saúde Mental das pessoas em situação de rua. Iniciaremos trazendo um pouco da história do conceito de Saúde e a visão da atualidade.

QUEM DIZ O QUE É SAÚDE E O QUE É DOENÇA?

Nossa sociedade, há muito tempo, tenta estabelecer organizações e regras para diminuir o sofrimento e a dor impingidos pelos seres humanos a eles mesmos. Essas organizações têm como objetivo impedir um mal “evitável” e, de alguma forma, “normatizar” procedimentos de atenção e cuidado em relação à Saúde, a fim de favorecer estados de bem-estar coletivo e individual.

A primeira dessas organizações internacionais foi criada em 1919, após a Primeira Guerra Mundial, e foi denominada Liga das Nações ou Sociedade das Nações. Nessa ocasião, os países vencedores da guerra se reuniram para criar uma organização internacional com o objetivo de assegurar a paz no mundo. O Comitê da Higiene foi o primeiro órgão internacionalmente aceito como norteador das políticas de Saúde; e pode ser considerado o embrião da atual Organização Mundial da Saúde (OMS).

Em 1946, a Sociedade das Nações foi dissolvida e passou suas responsabilidades à Organização das Nações Unidas (ONU), criada em 1945, como uma organização intergovernamental internacional com o objetivo de promover a cooperação entre países em diversas áreas. A OMS foi concebida logo a seguir, em 1948, como uma agência subordinada à ONU, de alcance mundial e com responsabilidade de melhorar a Saúde de todos os povos (WHO, 2014). Nessa mesma época, também foi criada a Classificação Internacional de Doenças (CID), lista que nomeia e descreve características de todas as doenças. Essa foi uma forma de regularizar a nomenclatura para uso em pesquisas, na assistência médica e na elaboração de políticas. Hoje, a CID está na sua 10^a versão, a chamada CID-10 (WHO, 2016).

Para ter acesso a publicações e bibliotecas virtuais e conhecer mais sobre esta organização, acesse o site www.who.int/en (caso tenha facilidade em língua inglesa) ou www.who.int/es (para a versão em espanhol).

Além da OMS, para literatura em português, você pode visitar a página do seu braço panamericano (OPAS, Organização Panamericana de Saúde), disponível em <http://www.paho.org/bra/>.

Na parte II deste livro, vocês verão mais sobre o SUS e sua história.

Atualmente a OMS é a agência responsável por desenvolver os principais conceitos e as parcerias para o desenvolvimento da Saúde. Essa organização tem o papel de estimular a pesquisa científica, de normatizar procedimentos importantes para a Saúde pública, de dar apoio técnico aos países de média e baixa renda e de monitorar a situação da Saúde no mundo. A OMS também apoia programas que têm como objetivo a prevenção e o tratamento de doenças, como a malária e a tuberculose, publica livros e revistas científicas para o desenvolvimento da área, entre outras ações (WHO, 2014). Por ser a OMS referência em Saúde reconhecida por 193 países do globo, e por ser o Brasil um dos membros com representação ativa na OMS, trabalharemos neste livro com base nos conceitos e recomendações propostos por esta organização.

A Saúde é considerada pela OMS direito humano fundamental, desta forma todas as pessoas devem ter acesso aos recursos básicos na área da Saúde. No Brasil, a Saúde foi reconhecida como “direito de todos” na Constituição Federal em 1988 (BRASIL, 1988). A partir de então, o acesso a ela passou a ser “universal e igualitário”, sendo garantido por meio da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2000).

O QUE É SAÚDE?

Quando a OMS foi criada, havia uma preocupação em ampliar o modelo que concebia Saúde como uma simples ausência de doença. Buscava-se uma definição capaz de incluir fatores como moradia, acesso a serviços, alimentação, atividade física e outros elementos que compõem uma visão ampliada da Saúde. Por meio deste paradigma, a Saúde foi definida como “o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas o estado de ausência de doença” (WHO, 2014).



Essa definição se mantém como a mais difundida embora possa ser questionada em diversos pontos. É claro que um bem-estar completo a todo momento de nossas vidas é um estado impossível de ser alcançado, pois nosso corpo, nosso entorno e nossa subjetividade estão em constante transformação. No entanto, um grande avanço dessa definição é introduzir a Saúde Mental no campo da Saúde: deve haver bem-estar e não apenas ausência de doença. Ela também fala que para ter uma boa Saúde é preciso estar com a mente boa, o corpo bom e ter boas relações com o ambiente. Assim, podemos falar que, de acordo com essa definição, a mente, o corpo e as dimensões sociais estão ligados, apesar de tradicionalmente pensarmos neles de forma separada.

Antes dessa definição da OMS, quando falávamos em Saúde, pensávamos apenas na Saúde do corpo e olhávamos para o ser humano como podendo ter apenas dois estados: só Saúde ou só doença. Este é o modelo biológico que, apesar de antigo, ainda é muito presente na maneira como as pessoas enxergam Saúde.

Mas, a partir de 1948, o conceito de Saúde foi evoluindo e hoje entendemos que existe um estado de continuidade entre Saúde e doença, que este é um processo dinâmico em que ora um lado se mostra mais, ora o outro. O importante é que ambos os lados fazem parte de um mesmo *continuum*, existem juntos.

A partir desta visão ampliada da Saúde, podemos falar do modelo biopsicossocial, que explica a causa de sintomas e doenças a partir de uma interação de fatores: biológicos e genéticos (“bio”), psicológicos (“psico”), sociais e culturais (“social”). Assim, enxergamos toda uma rede de ligações: no ser humano há constante comunicação e troca entre mente e corpo, e quando um não está bem, o outro será afetado. Além disso, esse ser humano está inserido num ambiente, então, as relações que se estabelecem entre eles, geram mudanças no corpo e mente do ser humano e, claro, o ambiente também se transforma. Assim, falamos em determinantes sociais da Saúde, como por exemplo, educação sobre doença e Saúde, qualidade do meio ambiente e acesso a serviços essenciais.

PARA PENSAR...

Diante dessas ideias, pense agora sobre o que você precisa fazer para ter Saúde. Pense nos ambientes que frequenta, nos relacionamentos que estabelece e na qualidade deles, no seu corpo e no cuidado que tem com ele, também pense no que gosta de fazer, no que lhe traz satisfação, no que faz você se sentir bem, o que faz bem à sua mente. Quando percebemos o que é importante a nós mesmos, muitas vezes, conseguimos perceber melhor o que é importante aos outros.

AFINAL, O QUE É SAÚDE MENTAL?

Embora a OMS tenha sido a primeira organização internacional a se responsabilizar pela Saúde Mental, não apresentou uma definição oficial para ela. Entendemos que não existe um único conjunto de regras que se todas as pessoas do mundo seguissem, teriam boa Saúde Mental. Cada ser humano é único e há muitas culturas diferentes que ditam o que é bom para cada grupo.

Podemos definir, porém, alguns aspectos importantes para se ter uma boa Saúde Mental:

- ✿ Boa qualidade de vida cognitiva ou emocional (mente)
- ✿ Conseguir apreciar a vida
- ✿ Estar de bem consigo mesmo e com os outros
- ✿ Reconhecer as exigências da vida e lidar com elas
- ✿ Saber lidar com as emoções, as boas e as desagradáveis
- ✿ Reconhecer seus limites
- ✿ Buscar ajuda quando necessário

O comprometimento desses aspectos pode desencadear um estado alterado de consciência, um desvio do que é “normal”. Muitas vezes rotulamos esses quadros como loucura, distúrbio, problema, quando na verdade estamos querendo nos referir a um estado de transtorno mental.

Um transtorno mental é qualquer quadro experimentado por uma pessoa que afeta suas emoções, pensamentos ou comportamentos, não estando de acordo com suas crenças culturais e sua personalidade; e que produz um efeito negativo na sua vida e na das pessoas próximas a ela.

Neste livro, assim como nas classificações internacionais usadas na atualidade, utilizaremos o termo “transtornos mentais” em substituição a “doenças mentais”. Como os transtornos mentais não são exatamente como as doenças clínicas, prefere-se usar uma denominação diferente. Além disso, na nossa sociedade, quando falamos que alguém está doente, isso tem um peso muito grande, é algo muito negativo. Por outro lado, muitos profissionais preferem evitar o termo “doença”, pois muitas pessoas podem sentir isso como uma situação imutável, além de poder ser considerada incapaz de fazer coisas ou tomar certas decisões por estar doente da mente.

Cabe ainda aqui fazermos a distinção entre transtornos mentais e problemas mentais. Podemos falar também em problemas mentais como condições intermediárias, que não chegam a ser caracterizadas como doença ou transtorno mental. Normalmente, estão associados a situações de vida muito difíceis para a pessoa, como por exemplo, um divórcio ou perda de um ente querido.

CONCLUINDO...

A definição ampliada da Saúde que discutimos, associada à visão da Saúde como direito humano fundamental, enfatiza determinados pré-requisitos para a Saúde que incluem ambientes de paz, recursos econômicos adequados, alimentação, moradia e um meio ambiente estável. Podemos perceber que esses elementos ambientais, então, têm um papel importante na garantia de uma boa Saúde. E também são essenciais para haver boa Saúde Mental. Assim, é importante reconhecê-los como parte da construção de uma boa Saúde Mental para a população em situação de rua, utilizando-os como alguns norteadores de nossas práticas no trabalho intersetorial.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Ediouro, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Basic documents**. 48. ed. Itália, 2014. Disponível em: <<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-en.pdf#page=7>>. Acesso em: jun. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **International Classifications of Diseases**. Disponível em: <<http://www.who.int/classifications/icd/en/>>. Acesso em: jun. 2016.

Sites consultados

<http://www.paho.org/bra/>

<http://www.who.int/en/>

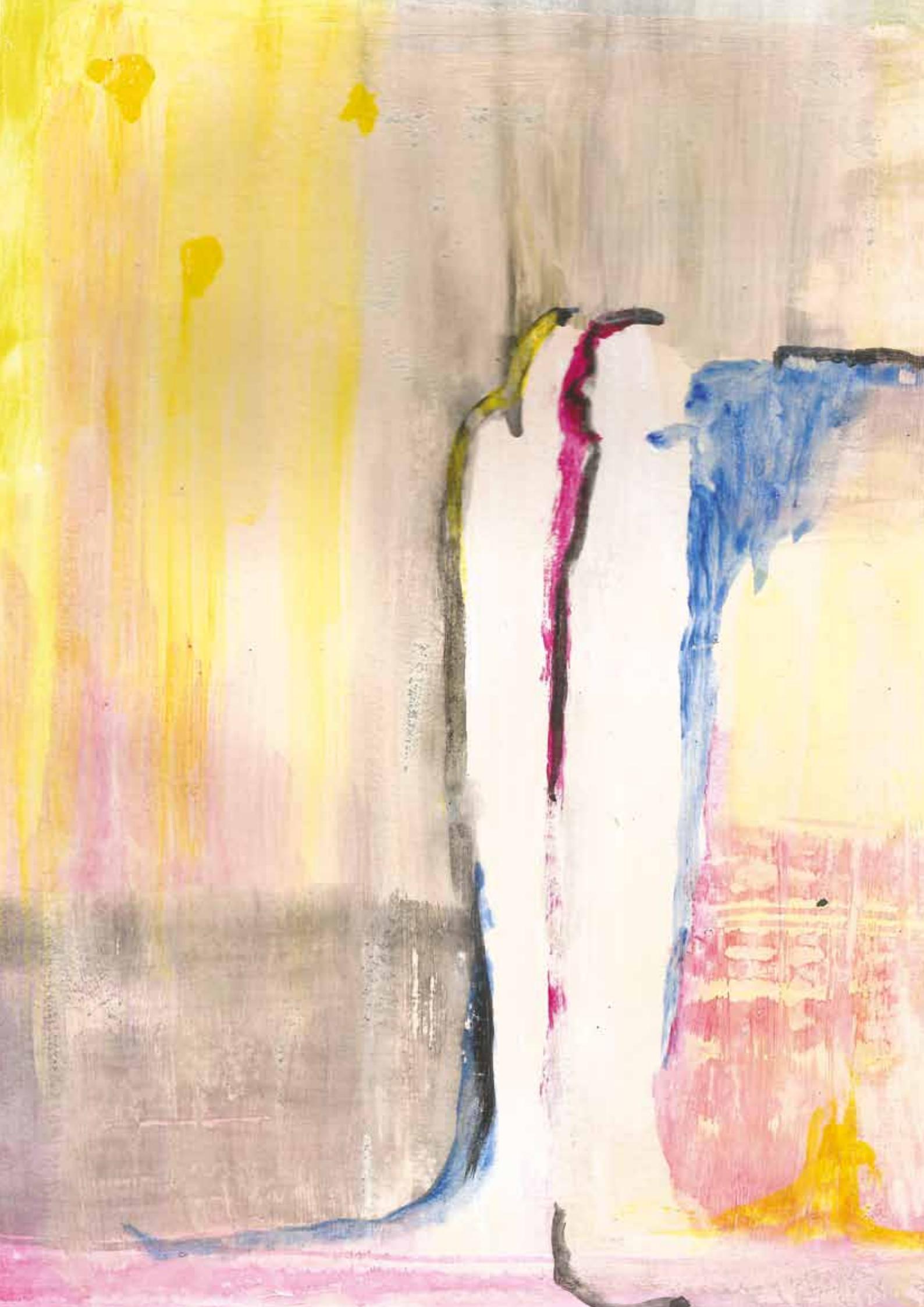
<http://conselho.saude.gov.br/14cns/docs/constituicaofederal.pdf>

<http://www.who.int/classifications/icd/en/>

BIBLIOGRAFIA

ESTANISLAU, G. M.; BRESSAN, R. A. (Eds.). **Saúde mental na escola: o que os educadores devem saber**. Porto Alegre: Editora Artmed, 2014.

PATEL, V. **Where there Is no psychiatrist**: a mental health care manual. Glasgow: Gaskell, 2003.



**não falta
coragem
falta teto
faltam os
filhos por
perto**

2

Promoção da Saúde Mental e prevenção de transtornos mentais

Luciana Carvalho e Carmen Santana

Para sua organização, as ações em Saúde Mental podem ser divididas em quatro categorias: promoção, prevenção, tratamento e manutenção da Saúde.

Pessoas em situação de rua apresentam um risco elevado para o desenvolvimento de transtornos mentais, para o uso abusivo de substâncias e para o aparecimento de vários outros problemas físicos e sociais (por exemplo, desnutrição, traumas ortopédicos, desemprego, violência, pobreza extrema).

As ações de prevenção voltadas para esse grupo têm como objetivo a **redução dos riscos** de desenvolver tais problemas, evitando que eles apareçam ou atuando logo no início dos sintomas. Sendo assim, é muito importante que você, profissional da assistência social, reconheça as oportunidades de desenvolver ações de prevenção e de promoção da Saúde em geral e da Saúde Mental. Com frequência, esses dois enfoques (promoção e prevenção) se diferenciam mais na teoria do que na prática.

Neste capítulo, abordaremos as ações de promoção da Saúde Mental e de prevenção dos transtornos mentais com enfoque na população em situação de rua.

PROMOÇÃO DA SAÚDE

A palavra **promoção** (do verbo promover) relaciona-se a **incentivar o aparecimento, gerar, provocar** (PROMOÇÃO, 2002). A promoção é uma ação em Saúde que visa também às pessoas que não tem nenhum problema clínico e se apoia no conceito de Saúde como não sendo apenas a ausência de doenças. Por meio das ações de promoção da Saúde, os indivíduos podem se fortalecer, desenvolver capacidades funcionais, melhorar as sensações de bem-estar, aprimorar seu desenvolvimento individual e suas ações na coletividade.

Essas também são as bases das ações de promoção da Saúde Mental, que buscam modificar as condições de vida e transformar os processos de tomada de decisão dos indivíduos, para que eles se orientem no sentido de terem melhor qualidade de vida e de Saúde.

Promoção da Saúde – definição da OMS (1998)

Promoção da Saúde é um processo que permite que as pessoas aumentem o controle sobre os determinantes da própria Saúde e, com isso, consigam melhorá-la.

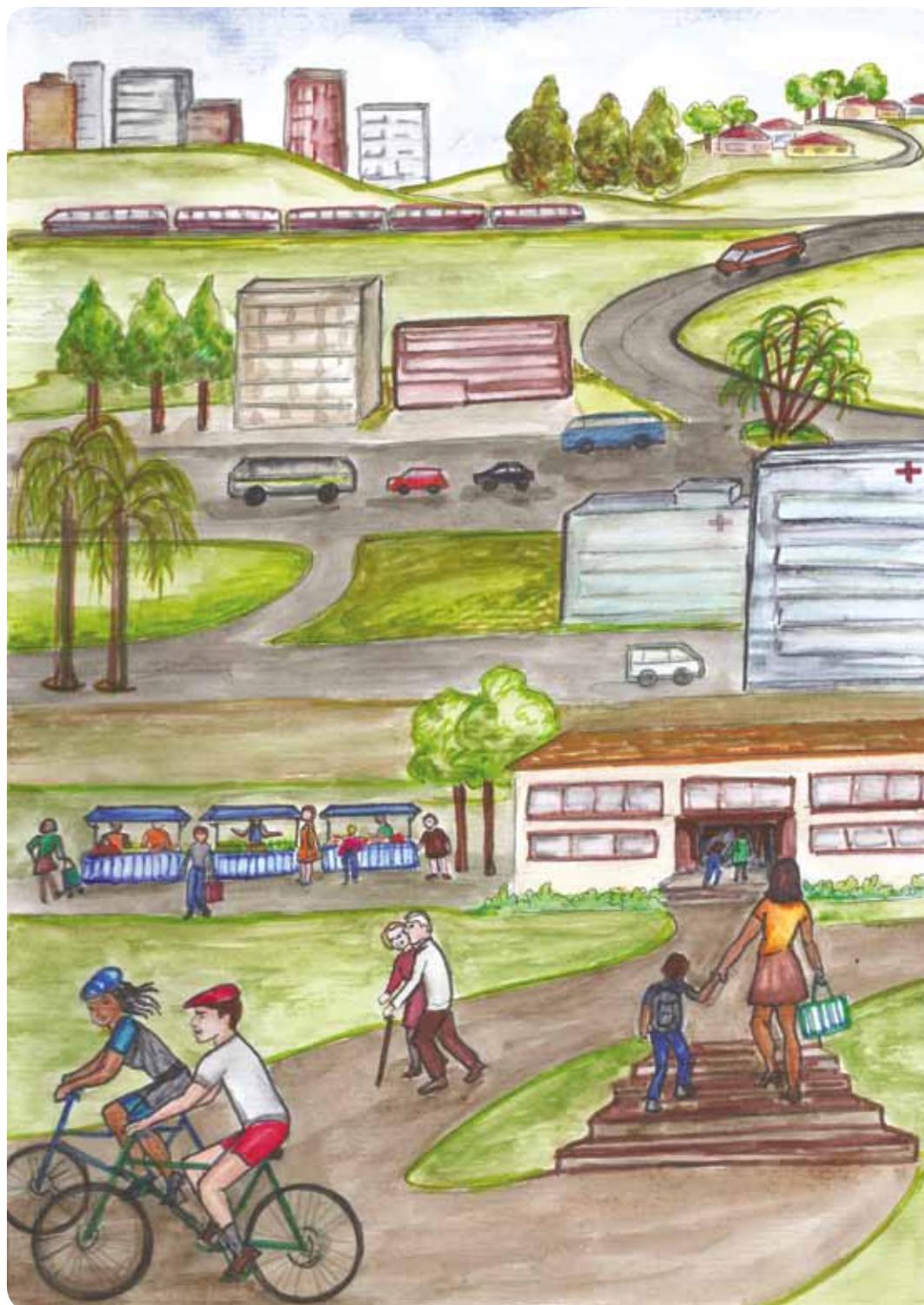
A promoção da Saúde envolve ações voltadas ao desenvolvimento de habilidades e capacidades dos **indivíduos** e também à **mudança de condições sociais, econômicas e ambientais**, o que tem um impacto nas saúdes individual e pública.

Nessa perspectiva, a promoção da Saúde se dá por meio de ações interdisciplinares e intersetoriais, que envolvem não só diferentes profissionais, mas também toda a comunidade de indivíduos com ou sem transtornos mentais. Fazem parte da promoção da Saúde, ações como (BRASIL, 1997).

- educação;
- adoção de estilos de vida saudáveis;
- desenvolvimento de aptidões e capacidades individuais;
- produção de um ambiente saudável;
- eficácia da sociedade na garantia de implantação de políticas públicas; voltadas para a qualidade de vida e dos serviços de Saúde.

Essas ações devem ser:

- coletivas;
- intersetoriais;
- fomentadoras de políticas públicas.



Quando falamos de ações de **promoção da Saúde Mental**, é importante termos em mente que elas podem e devem ser feitas por todas as pessoas, pois cada um deve ser capaz de cuidar da própria Saúde. Profissionais normalmente levam informação e realizam ações educativas para que as pessoas orientem suas ações. Porém, não basta informar, é preciso que as pessoas tomem uma decisão a partir disso, empoderem-se e ganhem autonomia para conseguirem cuidar de si e fazer suas escolhas.

Ações de promoção da Saúde Mental

- ✿ Informação e educação.
- ✿ Desenvolvimento de habilidades pessoais e sociais.
- ✿ Estímulo à atividade física.
- ✿ Campanhas informativas que possam mudar atitudes com relação a problemas de Saúde Mental, diminuindo o estigma associado a eles.

Promoção da Saúde Mental voltada para a população em situação de rua

Quando pensamos em desenvolver ações de promoção da Saúde Mental em pessoas em situação de rua, deparamo-nos com alguns desafios, em geral relacionados com situações sociais precárias. Afinal, na rua é muito difícil ter hábitos de vida considerados saudáveis e superar os empecilhos para:

- ✿ ter um **sono reparador**;
- ✿ **boa alimentação**;
- ✿ **boa higiene**;
- ✿ **praticar atividade física regularmente** (que é diferente de ter que caminhar muito por obrigação ou ter um trabalho que exija fisicamente);
- ✿ poder fazer **atividades que dão prazer**;
- ✿ ter momentos de **tranquilidade**;
- ✿ desenvolver **laços afetivos** aumentando sua **rede de suporte social**.

Outro ponto importante é que uma pessoa em situação de rua vive constantemente sob **tensão, insegurança e incerteza**, pois ela vive exposta a um número maior de fatores estressantes do que alguém que não está nessa mesma situação. Viver sob estresse constante tem um grande impacto na Saúde Mental.

Além disso, alguns estudos mostram que muitas pessoas em situação de rua apresentam um **jeito específico de lidar com problemas** que é **se afastando deles, evitando-os**. Os indivíduos apresentam dificuldades em desenvolver estratégias para solucionar os problemas. Essa dificuldade de lidar com as adversidades contribui para o **aumento do consumo de drogas**, pois assim a pessoa pode se esquecer momentaneamente do que está causando preocupação. No entanto, é importante ressaltar que **diferentes jeitos de lidar com problemas podem ser aprendidos**, e por isso, esse é um ponto que pode ser trabalhado.

A **baixa autoestima** é outra questão presente em muitas pessoas em situação de rua. A autoestima tem a ver com sentir-se bem consigo mesmo e pessoas com melhor autoestima têm menos transtornos mentais. Em pessoas em situação de rua, a baixa autoestima está bastante **relacionada a sentimentos de desesperança**, ligados a uma taxa aumentada de **pensamentos e comportamentos suicidas**. Esses pontos problemáticos são exatamente onde ações de promoção da Saúde Mental devem atuar.

A literatura existente sobre promoção da Saúde é bastante focada em educação e informação à pessoa, e preconiza que os profissionais devem ajudar a promover uma mudança no indivíduo. Porém, normalmente essa ideia parte do princípio que essa pessoa tem acesso ao que precisa (água encanada, boa cama, dinheiro para se alimentar etc.) e é apenas uma questão de fazer escolhas diferentes. Com a população em situação de rua, na maioria das vezes, não há escolha: deve-se dormir onde há local disponível, comer o que é oferecido e tomar banho quando der. Sabe-se, hoje em dia, que pessoas com melhor suporte social têm melhor Saúde mental e menos transtornos mentais.

Considerando esse contexto, as ações de promoção da Saúde (geral e mental) à população em situação de rua envolvem uma **melhora dos próprios serviços de assistência social e de Saúde**, e deve haver uma facilitação do **acesso a eles**. Um exemplo é a criação dos Consultórios na Rua. Graças a essa política de Saúde, muitas pessoas em situação de rua passaram a ter acesso a cuidados em Saúde, pensados inclusivo, para solucionar problemas muitos frequentes dessa população. **Os Consultórios na Rua promovem Saúde física e mental**. Afinal, sentir-se assistido, saber que alguém se importa com você e com a melhora de sua doença muda a forma de olhar para si, e pode trazer um alívio.

Os Consultórios na Rua serão novamente abordados no Capítulo 5, na Parte II deste livro, quando explicitaremos sua relação com a atenção básica e com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

PARA PENSAR...

Você conhece a equipe de Consultórios na Rua que vem ao seu serviço? Você sabe que tipo de ações de promoção da Saúde eles realizam? E de promoção da Saúde Mental?

Uma estratégia bastante importante feita pelas equipes de Consultórios na Rua são as **visitas na rua** às pessoas em situação de rua, uma vez que elas muitas vezes não vão aos serviços de Saúde para realizar acompanhamentos regulares. O objetivo dessa estratégia é fazer a ponte entre o indivíduo e os serviços de Saúde, com a expectativa de que

uma ligação se estabeleça; com isso, a rede de suporte da pessoa aumenta. O mesmo acontece com o **Serviço Especializado de Abordagem Social às Pessoas em Situação de Rua (SEAS)** que, entre outros objetivos, busca promover o acesso à rede de serviços socioassistenciais e às demais políticas públicas.

A partir do momento que entendemos que pessoas sem moradia adequada têm pior Saúde Mental, podemos dizer que assegurar moradia (não vagas em centros de acolhida, que seriam moradias temporárias) a esses indivíduos também pode funcionar como uma forma de promoção da Saúde física e mental. Tanto por questões concretas (ter proteção real) quanto simbólicas (ter o próprio espaço, poder transformá-lo em um lar). Tornar isso possível não é tarefa simples, porém, é importante termos consciência do impacto positivo para alguém quando essa pessoa tem uma moradia adequada, visto que há uma enorme diminuição dos fatores estressantes e, caso ela tenha algum transtorno mental, a recuperação se torna mais fácil, por haver alguma estabilidade ambiental.

Outras ações bastante importantes são as educativas. É preciso que as pessoas tenham acesso a informações para que possam ter outro ponto de vista sobre o que se passa com elas e com outros indivíduos. Os efeitos e objetivos das ações educativas são focados na mudança de cada um. Entende-se que o acesso a informações e a leitura crítica delas faz com que a pessoa tome decisões mais pensadas e, com isso, tenha maior empoderamento de si, sentindo-se mais em controle de sua vida, o que aumenta sua autonomia. Esquematicamente, esse processo pode ser colocado assim:

Informação > Reflexão > Tomada de decisão > Empoderamento > Autonomia

Os resultados de um estudo que analisou várias atividades educativas de promoção da Saúde realizadas com pessoas em situação de rua demonstraram que a principal dificuldade para os profissionais era fazer com essa população se envolvesse e estabelecesse laços com as atividades e com as instituições ou serviços. As atividades que foram bem-sucedidas – tanto no aspecto educacional (as pessoas compareceram aos encontros e aprenderam novas informações) quanto no desenvolvimento de uma maior ligação com os serviços –, foram aquelas que puderam **incorporar questões específicas da situação de rua** em suas atividades, como aspectos do ambiente, formas específicas de lidar com problemas (ex.: evitar os conflitos) e experiências frequentes.

Uma forma de incorporar essas questões é poder ouvir as opiniões das pessoas em situação de rua, realmente pensando sobre elas e valorizando-as e, eventualmente, incorporando-as na atividade educativa.

 O conceito de **competência cultural** é uma ferramenta alinhada a esta perspectiva de escuta e aproximação à realidade do outro durante uma interação. Este conceito será abordado no Capítulo 4 deste livro.

Essa atitude mostrou-se bastante importante, pois promovia o envolvimento das pessoas na atividade e auxiliava na construção de laços de confiança. E em atividades sobre questões de Saúde e de hábitos de vida, algo que se mostrou bastante efetivo foi não tratar apenas sobre aspectos biológicos, explicar uma doença ou como funciona o corpo, mas também fazer relações com a vida real das pessoas em situação de rua, seus problemas e, principalmente, seus sentimentos.

Quando pensamos em atividades educativas em Saúde Mental, é importante passar conhecimentos básicos sobre alguns transtornos psiquiátricos para que as pessoas possam reconhecer sinais precoces em si mesmas e também para combater o estigma. Disponibilizar folhetos informativos para quem souber ler pode ser útil, pois é uma maneira de poder aprender sem se expor. Além disso, realizar encontros educativos, em formato de rodas de conversa, por exemplo, pode ter um impacto positivo.

O Centro de Convivência É de Lei, na cidade de São Paulo, realiza ações que podem ser consideradas de promoção da Saúde Mental. Eles têm um foco em problemas relacionados ao uso de drogas, tendo a perspectiva da redução de danos como orientadora das suas ações. Semanalmente, eles realizam uma roda de conversa chamada “Chá de Lírio”, com debate de temas relacionados ao trabalho do É de Lei: drogas, políticas públicas, Saúde, cidadania etc. Além disso, eles iniciaram o Projeto ResPire que tem como uma de suas ações levar informações sobre drogas a festas.

O endereço eletrônico do Centro de Convivência É de Lei é
<http://edelei.org/home/>

Trataremos sobre redução de danos, no Capítulo 9 da Parte IV deste livro.

PARA PENSAR...

Você conhece lugares que pessoas em situação de rua podem frequentar e ter acesso a informações sobre Saúde e Saúde Mental?

Outro exemplo de uma ação de promoção da Saúde para um grupo de alta vulnerabilidade social são atividades de ginástica laboral promovidas pela equipe da Unidade Básica de Saúde (UBS) Bom Retiro. Elas são realizadas durante as oficinas de costura com trabalhadores bolivianos, que ficam sentados costurando por muitas horas seguidas e, normalmente, trabalham na informalidade. Dessa forma, as pessoas que trabalham neste contexto podem melhorar seu bem-estar físico, além de a ação atuar também na prevenção de outros problemas de Saúde (MIRANDA, 2011).

PARA PENSAR...

Você consegue pensar em alguma ação que promova a Saúde (física e/ou mental) para desenvolver em seu serviço? Como seria possível levar informação às pessoas da forma mais efetiva? Rodas de conversa funcionariam? Fazer ginástica em grupo daria certo? Ter folhetos informativos seria melhor? Como colocar algo em prática?

Qual o papel da assistência social na promoção da Saúde Mental na população em situação de rua? Você conhece alguma iniciativa de promoção da Saúde Mental em serviços da assistência social?

PREVENÇÃO DE TRANSTORNOS MENTAIS

A palavra **prevenção** (do verbo prevenir) relaciona-se a **tomar medidas que evitem algo; impedir com antecedência** (PREVENÇÃO, 2002). Os programas de prevenção e educação em Saúde têm como base a divulgação de informações científicas e recomendações de mudanças de hábito (CZERESNIA; FREITAS, 2009).

As ações de **prevenção em Saúde Mental** têm como objetivo **evitar o surgimento dos transtornos mentais**. Podemos ajudar a prevenir que pessoas desenvolvam determinados transtornos mentais por meio do controle de alguns fatores de risco. Vamos discutir isso separando a prevenção em seus níveis:

- ✿ **Prevenção primária:** evitar a ocorrência antes de acontecer, isto é, reduzir os fatores de risco. Ex.: evitar o uso de drogas, evitar o *bullying*.
- ✿ **Prevenção secundária:** no caso em que a pessoa já se expôs ao fator de risco, é preciso interromper esta exposição. Assim, é importante a identificação da exposição ou de sintomas e iniciar o tratamento precocemente. Ex.: uma pessoa está em situação de rua há poucos meses. No início, tinha disposição e estava procurando se virar. Mas após muitas tentativas frustradas de busca de emprego e contato com sua família, começa a se isolar e a desistir de ir atrás de trabalho e de serviços da assistência social. Essa pessoa pode estar manifestando sinais iniciais de uma depressão. Assim, uma intervenção neste momento em que há ainda poucos sintomas seria uma estratégia de prevenção secundária.
- ✿ **Prevenção terciária:** deve ser feita quando a pessoa já está sofrendo consequências negativas por conta de determinado problema ou transtorno. A ideia é agir para reduzir o prejuízo, evitar que mais problemas surjam e, também, realizar reabilitação,

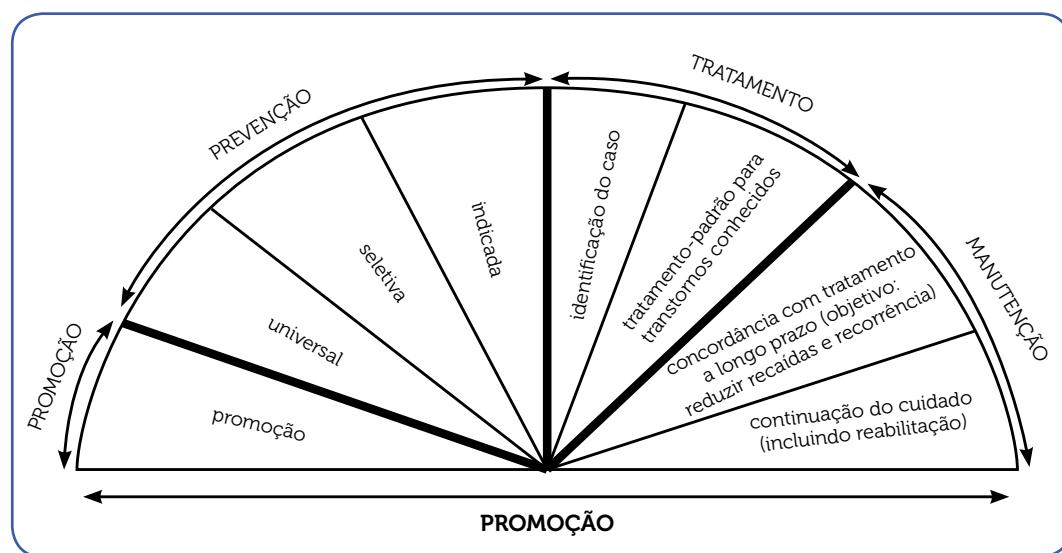
se possível. É importante buscar apoio e tratamento especializado. Ex.: a estratégia de redução de danos para dependentes de drogas é baseada na ideia de prevenção terciária. O objetivo da intervenção é pensado caso a caso com o princípio de diminuir os problemas que a pessoa tem por conta da sua dependência. A abstinência não é o principal objetivo para todas as pessoas.

Também podemos pensar no público a quem se destinam as ações de prevenção:

- ✿ **Prevenção universal:** para um grupo qualquer de pessoas, independentemente do risco de desenvolver transtornos mentais. Ex.: em escolas, ações educativas que abranjam todos os alunos.
- ✿ **Prevenção seletiva:** para pessoas com um risco relativo de desenvolver transtornos mentais. Esses riscos podem ser biológicos, psicológicos ou sociais Ex.: se uma família teve alguns casos de suicídio, é importante atentar aos mais jovens, pois há riscos biológico e psicológico aumentados. Um exemplo de risco social seria uma comunidade em que o acesso a drogas é bastante fácil, assim, as ações devem ter como objetivo evitar o uso abusivo e a dependência.
- ✿ **Prevenção indicada:** para pessoas com alto risco de desenvolver transtornos mentais. No caso da população em situação de rua, que já é considerado grupo de alto risco, as estratégias de prevenção estão sempre nessa categoria.

A seguir, apresentamos um diagrama que reúne os conceitos apresentados. É interessante observar a linha inferior, “Promoção”, demonstrando que estratégias de promoção da Saúde Mental ocorrem a todo momento.

Figura 1 – Visão geral de intervenções em Saúde



Fonte: Adaptado de SAMHSA, 2013.

Prevenção de transtornos mentais na população em situação de rua

Como dissemos, as pessoas em situação de rua são consideradas de alto risco para transtornos mentais e os programas voltados a elas são de **prevenção indicada**. A prevenção primária (quando a pessoa ainda não tem um transtorno mental) pode ser praticada nos mais diversos segmentos. Na prevenção secundária e terciária, a participação de serviços e profissionais especializados se faz necessária e, outros serviços e profissionais têm papel complementar de grande importância, muitas vezes essencial.

Para conhecer o projeto ResPire, acesse o site <http://edelei.org/post/28-Projeto-ResPire>.

Atividades educativas com conteúdos específicos sobre questões de Saúde Mental são bem interessantes e podem ter um impacto positivo quando feitas num formato que incorpora questões da situação de rua, conforme discutido no item “**Promoção da Saúde Mental na população em situação de rua**”. Um exemplo de atividade educativa com foco na prevenção é o **projeto ResPire do Centro de Convivência É de Lei** já mencionado anteriormente. Ele tem como objetivo levar informação em relação às drogas e a formas de uso seguras em festas públicas na cidade de São Paulo. O grupo monta uma tenda em festas e lá há um espaço de descanso, conversas, folhetos informativos e “kit sniff” (para uso seguro de cocaína). Esta intervenção pode atingir todos os níveis de prevenção: primário, secundário e terciário, a depender da pessoa que chega ao espaço. Outras atividades educativas também são comumente feitas em serviços de Saúde, como os Centros de Atenção Psicossocial (Caps) e UBS.

A **cor da rua** é um projeto de extensão universitária que envolve a parceria da UNIFESP com diversas ONGs para pensar sobre formas de integrar na prática as atividades desenvolvidas pelas áreas da Assistência Social e da Saúde no cotidiano do trabalho com pessoas em situação de rua. Para conhecer **A cor da rua** e seus projetos, acesse www.acordarua.eco.br

A **arteterapia comunitária** é outro exemplo de atividade de prevenção de transtornos mentais para a população em situação de rua. É desenvolvida em espaços da assistência social, já foram realizadas, por exemplo, na antiga Associação Minha Rua Minha Casa. Além disso, atividades culturais em geral podem auxiliar na prevenção. Se acompanhadas por trabalhadores da Saúde, podem ser momentos para detecção precoce de transtornos mentais e realização de acompanhamentos em longo prazo de pessoas em fase de manutenção terapêutica.

Sabe-se hoje que atividades criativas ajudam pessoas de alta vulnerabilidade social a controlarem o estresse e a raiva, a desenvolverem habilidades sociais, além de serem recreativas num ambiente onde o tédio se faz presente. Poder ampliar seus interesses ajuda na redução de sentimentos de ansiedade, solidão e pessimismo, principalmente quando a pessoa se muda para uma acomodação mais independente, como é o caso das repúblicas em São Paulo.

Um projeto amplo e interessante vem sendo desenvolvido na Inglaterra, chamado **Get Creative: Arts for All** (Torne-se Criativo: Arte para Todos); ele tem como foco o desenvolvimento de espaços de atividades criativas e artísticas para pessoas em situação de rua. A ideia é, também, oferecer informações para profissionais que queiram criar e desenvolver atividades com esse foco, a partir das experiências deles. Eles entendem que, com as atividades, houve possibilidade de inclusão social pela frequência em espaços públicos (museus), antes não frequentados por essa população e aumento do bem-estar, o que auxilia no desenvolvimento de habilidades para o trabalho. Algumas atividades feitas por eles:

- ✿ Parceria com museus de arte que desenvolveram atividades criativas e visitas para pessoas em situação de rua (The Holburne Museum e The TATE).
- ✿ The Booth Centre: centro na cidade de Manchester com uma agenda semanal de atividades de arte disponíveis. Além disso, esse centro foi capaz de fazer parceiras com museus e teatros.
- ✿ Open Cinema (Cinema Aberto): exibições gratuitas semanais de filmes com discussões no fim com a presença de convidados especiais. As pessoas que iam às sessões passaram a se sentir mais confiantes e a tentar coisas novas.
- ✿ Streetwise Opera (Ópera Urbana, mas a palavra “*Streetwise*” tem o sentido literal de “sábio da rua”): grupo de ópera constituído por pessoas em situação de rua.
- ✿ Café Art: café que passou a expor obras de pessoas em situação de rua. Com isso, a arte pode ser comprada, sem que os clientes soubessem necessariamente que o artista é uma pessoa em situação de rua.

No Brasil, um exemplo de atividade semelhante é realizada no Centro de Referência para a População em Situação de Rua (Centro Pop) que no município de São Carlos faz parte do Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS). A iniciativa **Talentos CREAS POP** se “propõe a fomentar, aprimorar e divulgar oficinas, experimentações, obras e/ou produtos artístico-culturais com usuários do Centro de Referência da Assistência Social da População em situação de Rua – CREAS POP – do município de São Carlos (SP)” (SAO PAULO, 2012)

No fim de 2015, a Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Cidadania (SMDHC) de São Paulo realizou um concurso de fotografia com pessoas em situação de rua. O resultado foram fotos muito belas que mostram o olhar dessa população e, além de impactar os artistas, ajudam a quebrar um estigma em relação a esse grupo, uma vez que podem ser vistas pelo público geral (SÃO PAULO, 2015).

Se você tem facilidade de leitura na língua inglesa, visite o site do projeto Get Creative: Arts for all, disponível em <<http://www.homeless.org.uk/our-work/resources/arts-for-all>>.

Para ter mais informações sobre esses projetos, inclusive com recomendações sobre estruturação de atividades semelhantes, acesse o manual do projeto (em inglês, apenas): <<http://goo.gl/Gcf2KT>>.

Você pode conhecer mais sobre **Talentos CREA POP** no endereço eletrônico <<https://talentoscreaspop.wordpress.com>>.

Você pode saber mais sobre essa iniciativa em <<http://goo.gl/rDpDZc>>, onde encontra também um link para as 13 fotos vencedoras do concurso.



Para saber mais sobre o Programa Cultura Viva, acesse <<http://culturaviva.org.br/programa-cultura-viva/>>.

Outro projeto interessante foi desenvolvido pelo Ministério da Cultura (MinC): o **Programa Cultura Viva**. Ele mapeia locais onde diversas atividades culturais comunitárias e de grupos são praticadas e pode auxiliar os profissionais da assistência social em atividades culturais, seja no seu desenvolvimento ou indicando locais (BRASIL, 2009).

PARA PENSAR...

Você conhece locais próximos ao seu serviço onde pessoas em situação de rua podem participar de atividades artísticas e culturais?

Você poderia fazer uma parceria com algum serviço que promove arte e cultura? Seja trazer profissionais ao serviço para desenvolver uma atividade, seja levar as pessoas em situação de rua ao local de arte e cultura?

Você já pensou ou desenvolveu uma atividade artística mais estruturada em seu serviço? Se sim, o que deu certo ou errado? Se não, por quê? Quais são suas concepções e empecilhos?

Qual o papel da assistência social na prevenção de transtornos mentais na população em situação de rua? Você conhece alguma iniciativa de prevenção de transtornos mentais em serviços da assistência social?

CONCLUINDO... INTERSETORIALIDADE COMO ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM SAÚDE MENTAL

A situação de rua em si é um fator de risco para transtornos mentais e para o uso problemático de substâncias psicoativas.

As políticas públicas que asseguram o acesso a moradias para as pessoas em situação de rua podem ser consideradas estratégias de prevenção em Saúde Mental. Quando incentivamos alguém a buscar a saída das ruas também estamos ajudando a prevenir um aumento no consumo de substâncias psicoativas e atuamos, assim, na prevenção da piora dos transtornos mentais.

A vida nas ruas é carregada de muitos desafios e rompimentos: estresse, perda de vínculos sociais, ameaças à vida, violência e exposição a ambientes insalubres. Esses fatores de risco são ainda mais significativos para crianças e jovens, para eles a falta de moradia pode significar perda de vínculos familiares, interrupção na frequência escolar e dificuldade em ser aceito em outros grupos sociais (SAMHSA, 2013).

Diante disso, passamos a entender a importância do trabalho inter-setorial e da necessidade de comunicação entre os diversos serviços que atendem a população em situação de rua. A atuação de todos tem impactos importantes e pode mudar os desfechos de certas situações. Com isso, a atenção às pessoas em situação de rua ganha em qualidade. Quando o uso abusivo de substâncias psicoativas e os problemas de Saúde Mental são evitados ou identificados precocemente, a qualidade de vida se torna melhor para todos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Fundamental.

Parâmetros Curriculares Nacionais: saúde (1^a a 4^a séries). Brasília, 1997.

Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/livro092.pdf>>. Acesso em: 1º jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Cultura. **Programa Cultura Viva.** 2003-2010. Disponível em: <<http://culturaviva.org.br/programa-cultura-viva/>>. Acesso em: jun. 2016.

CENTRO DE CONVIVÊNCIA É DE LEI. 2014. Disponível em: <<http://edelei.org>>. Acesso em: jun. 2016.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção da saúde:** conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

GET Creative: Arts For All. **Homeless Link**, Londres, [2011?]. Disponível em: <<http://www.homeless.org.uk/our-work/resources/arts-for-all>>. Acesso em: jun. 2016.

MIRANDA, A. UBS Bom Retiro e comunidade boliviana trabalhando pela saúde. **Bolívia Cultural**, São Paulo, 1º ago. 2011. Disponível em: <http://www.boliviacultural.com.br/ver_noticias.php?id=586>. Acesso em: jun. 2016.

PREVENÇÃO. In: DICIONÁRIO eletrônico Houaiss da língua portuguesa. São Paulo: Objetiva, 2002.

PROMOÇÃO. In: DICIONÁRIO eletrônico Houaiss da língua portuguesa. São Paulo: Objetiva, 2002.

SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES

ADMINISTRATION (SAMHSA). **Behavioral health services for people who are homeless.** Rockville, MD, 2013. (Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 55, HHS Publication n. (SMA) 13-4734). Disponível em: <<http://store.samhsa.gov/shin/content//SMA13-4734/SMA13-4734.pdf>>. Acesso em: jun. 2016.

SAO CARLOS (Município). Prefeitura do Município de São Carlos. Disponível em: <http://www.saocarlos.sp.gov.br/index.php/noticias-2015/169467-forum-da-populacao-em-situacao-de-rua-de-sao-carlos-sera-realizado-dias-26-e-27-no-paco-municipal.html> Acesso em: 09 set. 2016.

SÃO PAULO. Centro de Referência Especializado da Assistência Social de São Carlos (SP) (CREAS-SP). **Talentos CREAS POP:** desvendando o potencial artístico-cultural da população em situação de rua. São Carlos (SP), 2012. Disponível em: <<https://talentoscreaspop.wordpress.com/about/>>. Acesso em: jun. 2016.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Cidadania (SMDHC). **Projeto de fotografia seleciona imagens produzidas por pessoas em situação de rua.** São Paulo, 13 nov. 2015. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/direitos_humanos/poprua/noticias/?p=206722>. Acesso em: jun. 2016.

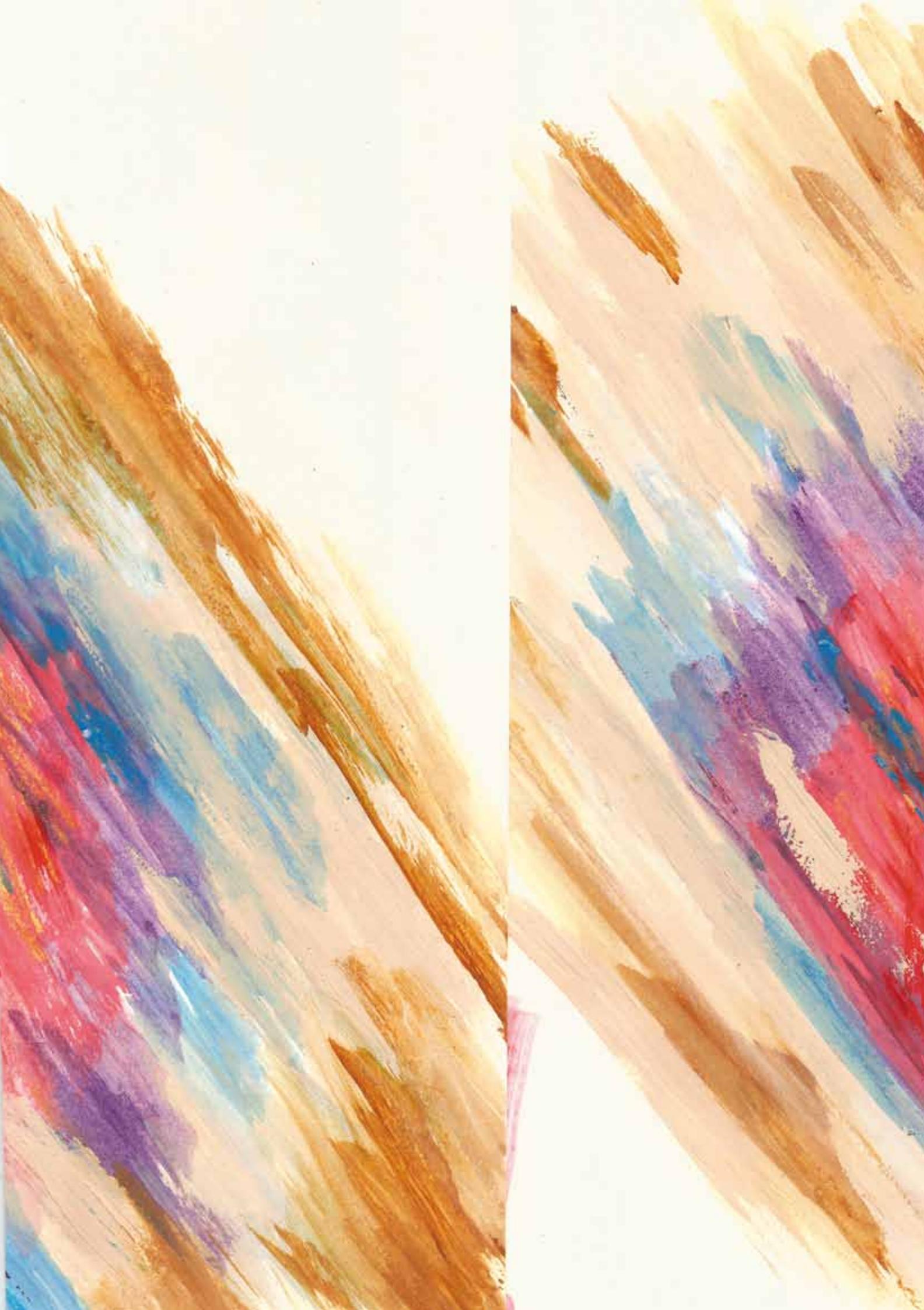
WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Health promotion:** concepts and principles, a selection of papers presented at Working Group on Concepts and Principles. Copenhagen: Regional Office for Europe, 1984.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Health Promotion Glossary.** Genebra, 1998. Disponível em: <<http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>>. Acesso em: jun. 2016.

BIBLIOGRAFIA

COLES, E.; THEMESSL-HUBER, M.; FREEMAN, R. Investigating community-based health and health promotion for homeless people: a mixed methods review. **Health Education Research**, v. 27, n. 4, p. 624-644, 2012.

Mental Health, Mental Illness, and Homelessness in Canada. In: HULCHANSKI, J. D. et al. (eds.). **Finding home:** policy options for addressing homelessness in Canada. Chapter 2.3. Toronto: Cities Centre, University of Toronto, 2009. Disponível em: <www.homelesshub.ca/FindingHome>. Acesso em: jun. 2016.



fugiu
do pai,
perdeu
a mãe
vive nas ruas
é só
uma criança

3

As causas dos transtornos mentais

Luciana Carvalho

É bastante frequente na população em situação de rua a presença de algum tipo de transtorno mental. Como profissionais da Assistência Social atuando em atenção a esse grupo, é importante termos uma compreensão um pouco mais ampliada sobre as possíveis causas desses transtornos. Neste capítulo, faremos uma breve introdução a esse assunto tão complexo.

FATORES INDIVIDUAIS

A Medicina explica o desenvolvimento dos transtornos mentais a partir da interação de uma multiplicidade de fatores individuais e ambientais. Entre os fatores individuais, destaca aqueles relacionados ao corpo (aspecto biológico) e à subjetividade (aspectos psicológicos).

Corpo (biológico)

- ✿ **Condições clínicas:** Há transtornos mentais que são resultantes diretamente de doenças clínicas, como por exemplo: AIDS, epilepsia, meningite, insuficiência hepática. Quando essas doenças estão sob controle, a tendência é que o transtorno mental melhore e até suma. Também há medicações ou substâncias externas (ex.: drogas ilícitas) que podem causar alterações emocionais e comportamentais.
- ✿ Ao se deparar com uma pessoa com provável transtorno mental, é sempre importante levá-la ao serviço de Saúde, para que descartem a presença de doenças clínicas ou doenças crônicas mal controladas, lembrando-se de sempre levar as medicações em uso. Isso é o que o médico chama de “causa orgânica” do transtorno mental.

- **Alterações cerebrais:** uma pessoa pode nascer com um problema cerebral (como retardo mental, por exemplo) ou desenvolver um problema com alterações claras e bem descritas no cérebro (como a demência).
- Há casos em que a pessoa desenvolve um transtorno mental, mas não encontramos alterações na forma e na estrutura do cérebro, como é o caso da depressão e da ansiedade. Assim, entendemos que deve haver alguma alteração diferente, que esteja na forma de funcionar do cérebro, isto é, nos neurotransmissores, que são as substâncias químicas que realizam a transmissão de informações. Porém, ainda não temos exames para detectar esses tipos de alteração.
- **Hereditariedade (genética):** os transtornos psiquiátricos podem ser hereditários; cada um deles tem diferentes taxas (probabilidades) de transmissão de pais para filhos. Por isso, não podemos dar como certo que os filhos de uma pessoa com transtorno mental terão este transtorno, pois há outros fatores envolvidos, principalmente ambientais. Até hoje não conseguiram encontrar genes específicos alterados que seriam a única causa de um determinado transtorno mental, mas sabemos que existe uma base genética para o seu desenvolvimento.

Subjetividade (psicológico)

Na "Parte III: O encontro entre o profissional da assistência social e a pessoa em situação de rua", nos aprofundaremos em algumas questões relativas à subjetividade do próprio profissional e da pessoa em situação de rua. Além disso, no Capítulo 13, discutiremos diferentes formas de tratamento, uma delas é a psicoterapia, que trabalha diretamente com a subjetividade.

A subjetividade é o mundo interno da pessoa. É composta por sentimentos, pensamentos, formas de se relacionar e de se comportar. Tratamos de manifestações da subjetividade quando falamos do "jeito" da pessoa ou de sua personalidade ou temperamento. Não há uma explicação definitiva para uma pessoa ser de um jeito ou de outro, há diversas linhas teóricas que trazem explicações diferentes. A forma como a pessoa interage, porém, com o mundo externo e interno, sua forma de pensar, entrar em contato com seus sentimentos e lidar com questões influenciam a Saúde Mental.

FATORES AMBIENTAIS – DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE MENTAL

Os fatores ambientais se relacionam com o lugar onde a pessoa vive e experiências que teve.

A área da Saúde trabalha com o conceito de determinantes sociais da Saúde e também da Saúde Mental. Os determinantes sociais da Saúde são as condições que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, junto com o conjunto maior de sistemas que moldam essas condições no cotidiano (políticas públicas, condições ambientais etc.).



Os diferentes contextos e formas de viver têm impactos diferentes na Saúde de uma pessoa. Um exemplo claro disso são as doenças e problemas mais prevalentes na população em situação de rua. Há muitas doenças infectocontagiosas (tuberculose, DST), problemas com os pés (machucados, infecções etc.), dentes malcuidados, entre outros. Ao nos depararmos com essa lista de diagnósticos, podemos nos perguntar: se esta pessoa não estivesse em situação de rua, ela teria essas doenças? A resposta para a maioria dos casos seria: não, ela não teria essas doenças.

Com base nessa relação entre ambiente e condição de Saúde, vamos discutir alguns determinantes sociais e seus impactos na Saúde Mental, já bem definidos por pesquisas. Baixo nível socioeconômico, baixo nível educacional, desemprego, falta de suporte social e de moradia adequada estão associados a uma maior frequência de transtornos mentais. Portanto, pessoas em situação de rua apresentam alto risco de desenvolverem transtornos mentais.



O conceito de determinantes sociais da Saúde se relaciona com o que foi discutido no Capítulo 2 sobre prevenção de transtornos e promoção de Saúde Mental.

Intervir nesses fatores é uma forma de diminuir esse risco. Há muitos estudos que demonstram os efeitos negativos do desemprego ou da insegurança financeira na Saúde Mental; assim, facilitar o acesso a empregos ou a oportunidades de geração de renda, contribui para a melhoria da Saúde Mental da pessoa. Há outros estudos que mostram que melhorias nas condições de um bairro, tornando-o mais seguro, trazendo água encanada, esgoto e eletricidade, leva a melhora nas condições de Saúde física das pessoas, mas também mental, pois há uma diminuição dos estressores aos quais as pessoas se expõem. Ainda, viver próximo à natureza e poder realizar atividades físicas em áreas externas se relacionam a diminuição de taxas de estresse, ansiedade e depressão, além dos benefícios observados com a atividade física por si só.

É importante também discutirmos sobre o papel de situações de estresse e trauma ao **longo da vida** de uma pessoa, pois há uma relação dessas com o desenvolvimento de transtornos mentais. Há situações difíceis que persistem por muito tempo, expondo a pessoa a um estresse contínuo. Há outras situações que podem não durar muito tempo, mas são muito intensas e violentas (ex.: situações de guerra e desastres naturais). Há ainda problemas cotidianos como desemprego, perda de entes queridos e problemas de relacionamentos que também causam sofrimento. Dependendo do momento de vida, do tempo de duração e da intensidade em que essas situações ocorrem, os efeitos são diferentes. Muitos efeitos podem ser cumulativos, persistindo até o fim da vida.

Gostaríamos de destacar o papel de abusos (físicos, sexuais, psicológicos) sofridos durante a infância. Pessoas que passaram por essas experiências são mais propensas a desenvolverem um transtorno mental.

Devemos ressaltar, no entanto, que o evento traumático em si não determina que uma pessoa desenvolva um transtorno mental. As pessoas vão lidar com suas experiências de maneiras diferentes e podem receber formas distintas de suporte emocional, material e social. Esses elementos podem ter um impacto positivo na vida da pessoa, diminuindo o risco de aparecer um transtorno.

CONCLUINDO...

É importante entender a vivência do indivíduo, pois podemos ver pessoas que sofrem de alguma condição clínica ou viveram grandes violências sem transtorno mental e pessoas que passaram por problemas cotidianos que desenvolvem um transtorno mental. Assim, não podemos medir o sofrimento da pessoa apenas pela situação vivida, é importante entender os sentimentos e marcas que deixaram no indivíduo.

BIBLIOGRAFIA

ALVES, A. A. M.; RODRIGUES, N. F. R. Determinantes sociais e econômicos da Saúde Mental. **Rev. Port. Saúde Pública**, Lisboa, v. 28, n. 2, p. 127-131, dez. 2010.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, abr. 2007.

PATEL, V. **Where there is no psychiatrist**: a mental health care manual. Glasgow: Gaskell, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Social determinants of health**. 2008. Disponível em: <http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/en/>. Acesso em: jun. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO); CALOUSTE GULBENKIAN FOUNDATION. **Social determinants of mental health**. Genebra: World Health Organization, 2014. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112828/1/9789241506809_eng.pdf>. Acesso em: jun. 2016.

**o estômago
roncava , mas
dividiu a comida
exatamente ao
meio. Arroz,feijão
e ovo , pra ele e
praquele cão
miserável que só
fazia dar desgosto**

4

Cultura e transtornos mentais: a importância da competência cultural

Luciana Carvalho e Carmen Santana

Neste capítulo, vamos introduzir a discussão sobre a importância de conhecer elementos da cultura para a realização de um atendimento contextualizado e humanizado, que considere o sujeito em suas particularidades. Esse olhar atento, sem preconceitos e sem estigmatizar o outro, pode ser construído por meio de algumas estratégias, entre elas o conceito da competência cultural. Vamos lá!

SAÚDE MENTAL, CULTURA E COMPORTAMENTOS

A cultura pode ser definida como um conjunto de conhecimentos, valores e crenças compartilhados por determinado grupo social. É composta por significados que são transmitidos de geração a geração de um determinado grupo. Esses significados vão influenciar os hábitos e os valores das pessoas, que passam a compartilhar e a se comunicar por meio desses comportamentos e sentidos.

Tendemos a separar a cultura por países ou conjuntos territoriais: a cultura brasileira, a cultura europeia, a cultura japonesa etc. No entanto, é importante frisar que a cultura é bem mais complexa do que isso; por exemplo, no Brasil vemos diferença de cultura entre pessoas que moram em São Paulo e pessoas que moram em Salvador. Mesmo em cada uma dessas cidades, encontramos uma variedade de pessoas que frequentam lugares e vivem experiências diferentes, fazendo com que se identifiquem mais com determinados grupos em detrimento de outros. Com isso podemos encontrar culturas diferentes dentro de um mesmo país e até de uma mesma cidade.

PARA PENSAR...

Será que a condição de vida nas ruas constrói sua própria cultura estruturada em ambientes com regras e significados específicos?

Nossos comportamentos também sofrem grande influência da cultura, uma vez que se criam alguns parâmetros de comportamento, e eles passam a ser classificados em adequados ou inadequados. Por exemplo, uma determinada roupa (ex.: um biquíni) pode ser adequada em um lugar (ex.: na praia), mas não em outro (ex: no escritório de trabalho); não seguir esses “combinados tácitos” faz com que um comportamento seja considerado inadequado (ex.: usar biquíni no escritório).

Nas avaliações em Saúde Mental é importante ter como parâmetro a relação entre a cultura e os comportamentos de determinada pessoa. Apenas dessa forma teremos subsídios para considerar o quanto certo comportamente é considerado adequado ou não naquele contexto específico. Usamos o exemplo da vestimenta, mas há comportamentos um pouco mais sutis, principalmente em relação à situação de rua. Ficar sem tomar banho por muitos dias pode ser considerado inadequado para a maioria das pessoas, porém, isto pode ser cotidiano para pessoas em situação de rua, por isso pode não apresentar a mesma relevância para esse grupo.

Um outro bom exemplo da rua é a acumulação de objetos. Existem pessoas em situação de rua que adquirem o hábito de guardar objetos que muitas vezes não usarão ou que não têm (e muito provavelmente nunca terão) uma função clara. Em alguns casos está relacionado a muitas perdas que a pessoa já viveu e a ter sentido falta de muitas coisas que precisou (portanto, situações de privação importante). Em outros casos, esse tipo de comportamento é observado em pessoas que sobreviveram a períodos de guerra, em que todos os produtos eram escassos.


Uma discussão em relação a possíveis diagnósticos psiquiátricos associados ao acúmulo de objetos (o colecionismo) será feita no Capítulo 9.

Porém, existem casos em que este comportamento está associado a quadros psiquiátricos. Assim, é preciso ter cuidado tanto para não patologizar uma situação como esta, mas também não normalizar e deixar um transtorno passar em branco. Esse “ponto ótimo” entre o “patologizar” e o “normalizar” é algo que se vai construindo com a prática, experiência, reflexão e sensibilidade.

PARA PENSAR...

Que comportamentos você já observou em uma pessoa em situação de rua que são inadequados fora da rua, mas que lá funcionam bem?

Esse comportamento que funcionam bem na rua auxiliam as pessoas que lá estão a se adaptarem melhor à situação?

Se você estivesse em situação de rua, que comportamentos você teria?

Os serviços de Saúde também têm sua cultura. Por exemplo, a prescrição de remédios por um médico é um tratamento considerado adequado na cidade de São Paulo. Já há indicação de ervas e infusões feita por um pagé é considerada adequada em uma aldeia indígena.

As doenças, principalmente os transtornos mentais, também são definidas a partir do local e do momento em que se vive, portanto, a partir da cultura vigente. Por exemplo, a homossexualidade foi considerada doença para a Medicina até os anos 1990, e era chamada de “homossexualismo”. Embora essa visão já tenha sido superada pela ciência e por muitos grupos, há religiosos, por exemplo, que ainda consideram a homossexualidade uma doença.

Além disso, a forma como explicamos porque uma pessoa tem ou desenvolveu um transtorno mental varia com a cultura. Há muitas explicações religiosas para as causas de transtornos desse tipo, como possessões demoníacas, por exemplo. É importante poder ouvir e investigar essas formas próprias pelas quais algumas pessoas explicam seus problemas, pois têm relação com a cultura e com as crenças da pessoa e pode auxiliar o tratamento.

Para a Saúde Mental, além dos comportamentos, devemos atentar à forma como uma pessoa expressa o que sente ou o que lhe incomoda. Ainda, os motivos pelos quais as pessoas procuram ajuda também muda. Quando uma pessoa tem um transtorno mental, muitas vezes dizer que é preciso “ir ao médico” não faz sentido. Assim, é importante explorar com a pessoa o que ela entende que está acontecendo com ela, e que tipo de ajuda acha que precisa. Isto é, quais os conceitos que ela tem em relação a seus problemas e até a seu transtorno.

Explorar esses conceitos com as pessoas em situação de rua pode nos auxiliar a entender um pouco o seu ponto de vista e como ele se relaciona com o tratamento prescrito.

FORMAS DE COMUNICAR SOFRIMENTO

Quando alguém está sofrendo ou doente, precisa passar essa informação aos outros para receber ajuda. Muitas pessoas podem manifestar um sofrimento por meio de dores no corpo, já outras falarão que estão tristes ou angustiadas. Se as pessoas vêm de outros países, é importante ter cuidado com a forma como interpretamos as palavras que ela usa, pois há línguas em que os sentimentos são ditos de forma diferente ou há sentimentos únicos. Um bom exemplo é a saudade, sentimento único de alguns países de língua portuguesa. É difícil explicar “saudade”! Podemos descrever como “sentir falta”, mas não é a mesma coisa. Assim, um canadense, por exemplo, pode nunca entender de verdade o que um brasileiro quer dizer com “saudade”.

Outra situação bastante cotidiana em serviços públicos, voltados para pessoas em situação de rua ou não, é quando temos ambientes muito cheios, com muita demanda pelos profissionais, que se mostram “anestesiados” em relação a reclamações. Nesses locais, muitas pessoas em busca de ajuda ou de um serviço veem na demonstração de raiva e agressividade uma forma de chamarem atenção e serem ouvidas. Nesse cenário, vemos a “anestesia” dos profissionais e a agressividade das pessoas como formas de expressar e de lidar com sofrimento e estresse.

Essas diferentes formas de expressar sofrimento dependem da cultura em que a pessoa se desenvolveu e em que continua vivendo, não podemos dizer que uma determinada maneira de comunicação é melhor ou mais evoluída que outra. O importante é estarmos atentos à mensagem por trás da dor ou da palavra para pensarmos nas melhores formas de cuidado a essa pessoa.

Pensando em como melhorar a comunicação de um sofrimento mental, elencamos a seguir algumas questões que podem ajudá-lo(a) na abordagem a uma pessoa nessa condição:

1. Que nome você dá ao seu problema?
2. Qual a causa do seu problema/transtorno?
3. Por que você acha que o problema/transtorno se iniciou?
4. Seu problema/ transtorno é grave?
5. O que você acha que precisa fazer para melhorar ou resolver o seu problema/ transtorno?
6. O que você mais teme em relação ao seu problema/ transtorno? E ao tratamento?

FORMAS DE CUIDADO

O tratamento e as formas de cuidar de pessoas com transtorno mental também são influenciados pela cultura e pelo momento histórico.



Atualmente, consideramos medicações muito importantes para determinados quadros. Em outros momentos, banhos em águas termais eram considerados muito importantes.

Há outras formas de tratamento que variam conforme culturas. Há tratamentos espirituais que podem ser complementares e de grande ajuda a tratamentos médicos, desde que façam sentido ao paciente. Por exemplo, se pensarmos nas modalidades presentes nos serviços de Saúde, é importante considerar que uma psicoterapia verbal, semanal, individual pode ser um formato que muitas pessoas não se adaptem. Assim como participar de grupos pode não fazer sentido a outras pessoas.

Além da esfera de cuidados específicos, é importante pensarmos como a sociedade recebe uma pessoa com transtorno mental, o que se espera dela e que lugar ela pode ocupar na sociedade. Hoje em dia é muito importante que as pessoas trabalhem, há muita competitividade e cobrança, principalmente em ambientes urbanos. Algumas pessoas podem não ser capazes de cumprir essas metas e, então, perdem sua inserção no mercado de trabalho e, muitas vezes, na sociedade. Agora, uma pessoa com as mesmas dificuldades que more num lugar pequeno e rural, que tenha uma família receptiva e que respeite as limitações da pessoa, pode ser mais feliz e ter seu transtorno mental bem melhor controlado por conta desse contexto.



Os principais transtornos mentais na população em situação de rua serão abordados na Parte IV deste livro.

Um bom exemplo de como a sociedade lida com pessoas com transtornos mentais é a história dos manicômios. Em dado momento da história do mundo, considerava-se que as pessoas com transtornos mentais tinham que ser isoladas da sociedade, a convivência era impossível. Hoje, apesar de ainda existirem lugares que funcionam praticamente como manicômios, a filosofia do cuidado em Saúde Mental mudou. Prega-se a maior participação das pessoas com transtorno na sociedade, e o grande desafio é como realizar isso, contornado estígmas e preconceitos que elas podem sofrer.

O CONCEITO DE COMPETÊNCIA CULTURAL, UMA FERRAMENTA PARA TRABALHARMOS O ESTIGMA E O PRECONCEITO

Estigma e preconceito são termos frequentemente relacionados às pessoas em situação de rua e a pessoas com transtorno mental. O estigma é definido como um aspecto negativo (desprezível) que torna o indivíduo diferente, em desvantagem, diminuído (GOFFMAN, 1988).

Em 1954, Allport definiu o preconceito como uma atitude aversiva direcionada a alguém ou a um grupo social que tenha atributos condenados socialmente. Ele se origina na generalização errônea e na hostilidade (ALLPORT, 1954).

A competência cultural, por outro lado, é um conceito utilizado como uma forma de resumir e juntar questões que se referem a boas práticas quando pensamos em trabalhar com culturas diversas.

Embora partindo de referenciais teóricos distintos, o conceito de competência cultural é uma ferramenta útil para abordarmos o estigma e a discriminação na relação do profissional com a população em situação de rua a que atende. Este conceito foi criado em 1989, nos EUA, por Cross e seus colegas, e pode ser definido como: “um conjunto congruente de comportamentos, atitudes e políticas que se encontram em um sistema, agência ou entre profissionais, possibilitando um trabalho efetivo em situações interculturais” (CROSS et al., 1989). Assim, a competência cultural pode ser desenvolvida e aprimorada em profissionais e instituições.

É possível observarmos uma linha crescente da competência cultural que se inicia com destrutibilidade, seguida por incapacidade, cegueira cultural, pré-competência cultural, competência cultural e, por fim, proficiência cultural.

De maneira resumida, cada ponto da linha significa:

- ✿ **Destrutibilidade:** é o estágio no qual se causa um mal de maneira intencional. Exemplo: Um profissional teve muitas dificuldades no atendimento a uma pessoa que tinha antecedentes de problemas com álcool. A partir desse caso, desenvolveu uma série de preconceitos e ideias de que é muito difícil lidar com pessoas que apresentem uso problemático de álcool. Passou a acreditar que essas pessoas eram “sem caráter”, que “não cumpriam os combinados” e que eram violentas. E sempre que atende de uma pessoa com problemas relacionados ao álcool, agora, ele deixa de oferecer serviços e orientações que a pessoa teria direito ou oferece apenas o “pior” que existe.
- ✿ **Incapacidade:** neste ponto, causa-se um mal/um problema à pessoa de forma não intencional, por desconhecimento de algum dado referente à sua situação ou elemento importante de sua história de vida. Exemplo: Um profissional da assistência social, que tenha pouco conhecimento da rede de Saúde, pode não saber que imigrantes e refugiados em situação de rua têm direito a usar o SUS, mesmo sem ter documento. Assim, quando um

imigrante em situação de rua pergunta sobre o acesso ao SUS, esse profissional pode responder que a pessoa não tem direito e que deve procurar serviços particulares. A informação está incorreta, mas não foi dada com o objetivo de prejudicar a pessoa.

- ✿ **Cegueira cultural:** não se causa mal, mas se trata o indivíduo de outra cultura como qualquer outro (na Saúde, observamos uma “padronização do cuidado”), ignorando as nuances próprias de um encontro com alguém que venha de uma cultura diferente. Exemplo: Conversar sobre métodos contraceptivos com adolescentes em situação de rua. Se tivermos apenas uma forma de fazer isso (padronização), estamos sendo “cegos” a particularidades importantes do universo dos adolescentes em situação de rua. É preciso conhecer os valores e como as relações sexuais se inserem no cotidiano do público a que a atividade é direcionada e, com base nisso, preparar uma discussão que de fato seja capaz de mudar um comportamento de risco.
- ✿ **Pré-competência cultural:** é um estado intermediário, no qual há uma consciência de que é preciso e possível fazer algo diferente, então se começa a buscar conhecimentos. No exemplo da educação sexual dado há pouco, seria o profissional reconhecer que a mesma apresentação e discussão não servem a todas as pessoas. Nessa fase, ele entende que será preciso obter novas informações e mudar o formato de seu trabalho para realmente atender às necessidades da população com a qual trabalha.
- ✿ **Competência cultural:** é o estágio em que o profissional busca conhecimento e formas efetivas de melhorar seu trabalho com pessoas de culturas diversas. No caso da educação sexual, seria quando ele começa a buscar informações específicas de seu público para poder adaptar sua discussão. Outro exemplo é quando um serviço passa a ter placas e cartazes em outros idiomas (para estrangeiros) ou privilegia a utilização de figuras em seus cartazes (para analfabetos).
- ✿ **Proficiência cultural:** um estado em que o profissional já tem um corpo de conhecimento, mas reconhece a necessidade de atualização constante. Como é impossível conhecer tudo sobre todas as culturas e modos de vida na rua, a necessidade de aprendizado estará sempre presente. Exemplo: Um profissional num centro de acolhida já entendeu que a pessoa em situação de rua pode ter um comportamento diferente do seu, por seus diferentes contextos sociais. Como já teve contato com muitos usuários já pôde aprender e pesquisar sobre as condições de vida na rua, percebendo quais costumes são mais problemáticos e quais são os principais pontos de tensão.

Quadro 1: Desenvolvimento da competência cultural

**Destruibilidade > incapacidade > cegueira cultural >
pré-competência cultural > competência cultural > proficiência cultural**

Fonte: Elaborado com base em informações de SANTANA et al., 2014.

Podemos observar que a competência cultural é um processo dinâmico, é feita de aprendizado e transformação constantes. Além disso, é importante ressaltar que a competência cultural não é absoluta, um profissional pode se tornar competente culturalmente para lidar com um grupo, mas não com outro, uma vez que existe uma grande variedade e complexidade de indivíduos. Assim, ele pode estar em diferentes estágios dependendo do contexto em que se encontra. Porém, o conceito fornece uma base para o profissional passar a se perceber, localizando-se nessa linha da competência cultural, em diferentes situações. E, com isso, poder buscar o caminho da proficiência.

Quando pensamos em programas de capacitação em competência cultural, encontramos algumas dificuldades, pois os grupos culturais são diferentes entre si e estão em constante evolução, dificultando definições precisas. É muito difícil falar de culturas ou de pessoas que se comportam de maneira diferente daquelas que consideramos corretas sem construir estereótipos. Muitas pessoas generalizam impressões: “o povo da rua é assim mesmo! Todos fazem isso!”. Mas essa visão constitui a base do preconceito e leva a atitudes aversivas em relação à pessoa diferente. Precisamos, portanto, fugir disso.

PARA PENSAR...

Que estereótipos você tem em relação a pessoas em situação de rua?

Alguma vez você teve problemas por conta desses estereótipos?

Como desenvolver sua competência cultural

Para não cair em estereótipos e preconceitos, podemos seguir algumas dicas e desenvolver a competência cultural:

- Buscar dados e informações sobre a história, costumes e valores do grupo cultural (nacionalidade, religião, etnia) do qual a pessoa faz parte.

- Explorar junto com a pessoa que elementos de sua cultura fazem sentido para ela.
- Entender um pouco como a pessoa enxerga as diferenças entre a “cultura da rua” e a “cultura de quem não é da rua”, que elementos são vistos como bons e quais são problemáticos.
- Na área da Saúde, utilizar as seis perguntas acima (no subtítulo: “Formas de comunicar sofrimento”) para se aproximar do que está acontecendo com a pessoa. Utilizar elementos que surgiram e que foram apontados como importantes, para se alinhar e se aproximar da pessoa.

CONCLUINDO...

As pessoas que vivem em situação de rua têm origens variadas. É importante que os profissionais que atendam essas pessoas tenham consciência de que diferenças culturais, a história de vida, as crenças e os valores vão afetar a forma como ela acessa e se relaciona com os serviços prestados. É igualmente importante saber que a cultura, experiências, valores e crenças dos profissionais vão interferir na sua forma de atendimento.

Ser um profissional culturalmente competente significa ser sensível e consciente de que os valores culturais estruturam a forma como o serviço é oferecido e a relação que a pessoa atendida constrói com esse serviço. Um equipamento social culturalmente competente garante as mesmas facilidades aos seus usuários independentemente de seu modo de falar, de sua origem étnica, de seu estado ou país de origem.

REFERÊNCIAS

ALLPORT, G. **The Nature of prejudice**. Boston: Beacon Press, 1954.

CROSS, T.L. et al. **Towards a culturally competent system of care**. Washington (DC): Georgetown University Child Development Center, CASSP Technical Assistance Center, 1989.

GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Editora LTC, 1988.

SANTANA, C. L. A. et al. Redes de serviço de saúde e apoio social aos refugiados e imigrantes. In: MOTA, A.; MARINHO, M. G. S. M. C.; SILVEIRA, C. **Saúde e história de migrantes e imigrantes**. Direitos, Instituições e Circularidades. 1. ed. São Paulo: CD.G Casa de Soluções e Editora, 2014, p. 175-198. Disponível em: <http://www2.fm.usp.br/gdc/docs/museu_132_colecao_med_saud_hist_vol_5.pdf>. Acesso em: jun. 2016.

BIBLIOGRAFIA

BETANCOURT, J. R. et al. Defining Cultural Competence: A Practical Framework for Addressing Racial/Ethnic Disparities in Health and Health Care. **Public Health Rep.**, v. 118, n. 4, p. 293-302, 2003.

OFFICE OF MINORITY HEALTH (OMH). **Assuring Cultural Competence in Health Care**: Recommendations for National Standards and an Outcomes-Focused Research Agenda. Rockville, MD, 2000.

PATEL, V. **Where there is no psychiatrist**: a mental health care manual. Glasgow: Gaskell, 2003.

SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION (SAMHSA). **Improving Cultural Competence**. Rockville, 2014. (Treatment Improvement Protocol (TIP), Series 59, HHS Publication n. (SMA) 14-4849).

PARA REVISAR A PARTE 1...

Na **Parte 1**, estudamos os principais conceitos sobre Saúde Mental, promoção da saúde e prevenção de doenças. Também conhecemos as causas dos transtornos mentais e como os fatores sociais e culturais podem influenciar na Saúde Mental do indivíduo.

Agora convidamos você a fazer uma pausa para reflexão. Vamos lá?



Mitos e verdades

Você sabia que existem muitos mitos relacionados à Saúde Mental e às pessoas em situação de rua e que essas crenças comprometem o cuidado e dificultam o acesso à rede de serviço?

Veja alguns exemplos e analise se são mitos ou verdades:

1. “Transtornos mentais não são doenças reais, como doenças cardíacas ou diabetes. As pessoas que têm transtornos mentais são apenas ‘loucas’.”

Esta afirmação é () verdade () mito.

2. “Quem tem um transtorno mental não pode viver junto com outras pessoas.”

Esta afirmação é () verdade () mito.

3. “Morador de rua é preguiçoso e não quer saber de trabalhar.”

Esta afirmação é () verdade () mito.

4. “Morador de rua escolheu esta vida! Fica na rua porque quer.”

Esta afirmação é () verdade () mito.



Conceitos importantes

Tendo como base os conceitos apresentados na Parte 1, escolha a alternativa correta para cada questão. Lembre-se de que você pode consultar o texto sempre que desejar.

1. A Organização Mundial da Saúde (WHO, 1946) definiu o conceito de “Saúde” como:

- a. () Ausência de doenças e cidadania.
- b. () Completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas o estado de ausência de doença.
- c. () Ter acesso à moradia e alimentação adequada.

2. Conforme vimos no Capítulo 1, o modelo biopsicossocial traz a visão de Saúde considerando de forma ampliada, aspectos biológicos (BIO), psicológicos (PSICO) e sociais (SOCIAL). Dessa forma, a Saúde é concebida como direito humano fundamental, e resultante do estado emocional do homem, das suas relações sociais e também de aspectos biológicos e genéticos. Com base nessa concepção, assinale a alternativa correta:

- a. () O ambiente em que vivemos não interfere na nossa saúde.
- b. () Existe uma clara separação entre a saúde do corpo e saúde da mente. Não existe relação entre elas.
- c. () Há constante interação entre o nosso corpo, mente e ambiente em que vivemos. As alterações ocorridas no ambiente geram mudanças no corpo e na mente, e mudanças no corpo e na Saúde Mental resultam em alterações no ambiente.
- d. () Todas as alternativas estão corretas

3. Apesar de a OMS não ter estabelecido uma definição oficial de “Saúde Mental”, e compreendendo que não há um conjunto de regras aplicável a todos que assegurem uma boa Saúde Mental, existem alguns aspectos que são importantes para a boa Saúde Mental.

- a. () Boa qualidade de vida cognitiva e emocional; conseguir apreciar a vida; estar de bem consigo mesmo e com os outros; reconhecer as exigências da vida e lidar com elas; saber lidar com as emoções, as boas e as desagradáveis; reconhecer seus limites; buscar ajuda quando necessário.
- b. () A Saúde Mental está relacionada somente aos aspectos da mente. Ser feliz e ter bons pensamentos.

c. () Ter uma boa alimentação; conseguir uma vida social intensa; saber lidar com as tristezas; estar bem consigo mesmo; buscar sempre a superação dos seus limites.

d. () Todas as alternativas estão corretas.

4. Em relação aos conceitos de “prevenção” e “promoção”, é correto afirmar que:

a. () As ações de prevenção em Saúde Mental têm como objetivo evitar o surgimento dos transtornos mentais.

b. () A promoção da Saúde Mental busca estimular e fortalecer potencialidades e aspectos saudáveis de um grupo ou indivíduo.

c. () A promoção da Saúde Mental pode e deve ser feita por todas as pessoas, pois cada um deve ser capaz de cuidar da própria saúde.

d. () Todas as alternativas estão corretas.

5. A medicina explica os transtornos mentais como o resultado da interação de múltiplos fatores individuais e ambientais. Dessa forma, é correto afirmar que:

a. () Pessoas que sofrem abusos físicos, sexuais ou psicológicos na infância ou passam por situações de estresse e traumas ao longo da vida têm mais propensão a desenvolver um transtorno mental.

b. () Transtornos mentais podem ser hereditários. Não podemos dar como certo, porém, que os filhos de uma pessoa com transtorno mental terão a mesma doença, pois existem outros fatores envolvidos, principalmente fatores ambientais.

c. () Alguns determinantes sociais da Saúde Mental, como por exemplo, baixo nível socioeconômico, baixo nível educacional, não ter acesso a suporte social, desemprego e não ter moradia adequada estão associados a maior frequência de transtornos mentais.

d. () Todas as alternativas estão corretas.

6. O conceito de competência cultural, definido como “um conjunto congruente de comportamentos, atitudes e políticas que se encontram em um sistema, agência ou entre profissionais, possibilitando um trabalho efetivo em situações interculturais” (CROSS et al., 1989) é uma ferramenta útil para abordarmos o estigma e a discriminação na relação do profissional que atende a população em situação de rua. Fazem parte de uma linha crescente do conceito de competência cultural:

- a. () Destruibilidade: causar um mal de maneira intencional.
- b. () Incapacidade: causar um mal de forma não intencional.
- c. () Cegueira cultural: não se causa mal, mas se trata o indivíduo de outra cultura de forma “padronizada”, ignorando aspectos culturais importantes.
- d. () Todas as alternativas estão corretas.



Sessão pipoca!

Agora que você conhece um pouco mais sobre a Saúde Mental e as falsas crenças, que tal relaxar um pouco e assistir um bom filme?

Indicamos o filme “O Solista”.

Ficha técnica: O Solista (2009) Duração: 1h57min Direção: Joe Wright Gênero: Drama, Biografia	
--	--

Este filme conta a história do personagem Nathaniel Ayers, um músico genial que está em situação de rua e que tem transtorno mental. Ao assistir, perceba se há alguma relação entre as situações apresentadas na cidade de Los Angeles, onde é gravado o filme, e as grandes cidades brasileiras.



Minhas anotações

RESPOSTA DAS ATIVIDADES

Mitos e verdades

- 1.** Mito! Transtornos mentais são tão reais e legítimos como doenças cardíacas e diabetes. Pesquisas mostram que os transtornos mentais podem ter causas genéticas e biológicas e podem ser tratados de forma eficaz.
- 2.** Mito! Uma pessoa com transtorno mental pode receber tratamento adequado, ter uma vida produtiva e conviver com a sociedade.
- 3.** Mito! Pessoas que estão em situação de rua podem ser extremamente ativas na busca por recursos financeiros, por vezes, enfrentando condições adversas de tempo e temperatura. A maioria deseja trabalhar, mesmo quando não estão em condições físicas ou mentais.
- 4.** Mito! A pessoa em situação de rua não chega a esta condição da noite para o dia. Normalmente, neste processo, não há uma escolha livre e independente de condições limitantes. Há, sim, muitas perdas, problemas econômicos, conflitos familiares, condições de saúde, alcoolismo, entre outros.

Conceitos importantes

- 1.** b
- 2.** c
- 3.** a
- 4.** d
- 5.** d
- 6.** d

REFERÊNCIAS

CROSS, T. L. et al. **Towards a culturally competent system of care**. Washington (DC): Georgetown University Child Development Center, CASSP Technical Assistance Center, 1989.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Constitution of the World Health Organization. Basic Documents**. Genebra, 1946.

PARTE



**é contra
ele hoje
que lutava ele
ontem**

5

As Políticas de Saúde no Brasil

Ana Alice Freire e Carmen Santana

Neste capítulo, vamos conversar sobre a história das políticas de Saúde no Brasil. Vamos conhecer de que forma a Reforma Sanitária e Psiquiátrica foram construídas e como as pessoas com transtornos mentais foram tratadas no decorrer desse percurso.

Os profissionais da assistência social têm um papel importante na construção das políticas públicas de Saúde, desde a atuação profissional até a participação nos movimentos sociais que conquistaram o Sistema Único de Saúde (SUS). Com a proposta de mudança de um modelo biomédico para um de base comunitária, centrado no sujeito e não na doença e que incentiva a participação popular, surgiu uma nova demanda para o serviço social. Logo, conhecer a história das políticas públicas de Saúde é também conhecer um pouco da própria história da profissão e preparar-se para ser protagonista de um novo momento.

MAS AFINAL, O QUE SÃO POLÍTICAS PÚBLICAS?

As políticas públicas são ações, programas e atividades desenvolvidas pelo Estado para garantir determinado direito de cidadania. É importante destacar que a Saúde é um direito social. Isto significa que é de responsabilidade do Estado identificar quais as necessidades da população e criar mecanismos para que isso seja amenizado ou resolvido. Por exemplo: na Política Nacional para a População em Situação de Rua um dos princípios é a intersectorialidade das ações que garantam igualdade de condições para o acesso à educação, à Saúde, ao trabalho, à moradia, ao lazer, à segurança, à previdência social e à assistência



Os Consultórios na Rua foram mencionados no Capítulo 2 e serão retomados mais adiante neste capítulo.

social. Como forma de facilitar o acesso à Saúde foram criados os Consultórios na Rua; enquanto para a assistência social há os Centros de Acolhida, Centros de Convivência, Centros pop, as Repúblicas, as frentes de trabalho, encaminhamento para retirada de documentos, entre outros, voltados para essa população.

As políticas são constituídas por instrumentos de planejamento, execução, monitoramento e avaliação. São estabelecidas as diretrizes, prioridades e objetivos gerais a serem alcançados a longo prazo. A partir de determinado tema são traçados os objetivos gerais e específicos e as ações para alcançar esses objetivos. Periodicamente, é necessário avaliar se os objetivos foram alcançados ou se é necessária uma mudança de ação. Por isso é importante conhecermos as políticas que norteiam as nossas práticas profissionais.

POLÍTICAS DE SAÚDE: A REFORMA SANITÁRIA E A CRIAÇÃO DO SUS

Quando pensamos nas políticas públicas de Saúde, a primeira coisa que nos vem à mente é o SUS. Atualmente ele é a política que orienta a atenção à Saúde no Brasil, mas poucos conhecem a sua história. Antes de sua criação, nem todas as pessoas tinham acesso aos serviços de Saúde. Apenas quem tinha dinheiro e carteira assinada tinha direito a esses serviços.

Entre as primeiras intervenções do Estado brasileiro na Saúde podemos citar a Lei Elói Chaves de 1923. Nessa época, a Saúde foi pensada como um seguro, vinculada ao mundo do trabalho, à assistência médica e à previdência social; era totalmente desligada das ações coletivas. O acesso gratuito aos serviços de Saúde era feito em alguns hospitais dos estados e hospitais universitários, em instituições filantrópicas religiosas ou nos hospitais de institutos de previdência apenas para trabalhadores associados. A atenção às pessoas com transtornos mentais era sinônima de internação em grandes “hospitais-colônia” psiquiátricos especializados. A atenção primária era praticamente inexistente.

Com o fim da Ditadura Militar, vários movimentos sociais tomaram conta do cenário nacional reivindicando melhores condições de vida para a população. Como o Movimento Popular de Saúde, que foi marcado pelo protagonismo dos trabalhadores e usuários que reivindicavam a mudança no modelo de atenção à Saúde e a equidade de ofertas de serviços.

Quando tratamos de equidade, estamos expondo que as políticas públicas precisam alcançar prioritariamente as pessoas que mais precisam das ações do Estado. A ideia é ampliar o acesso aos direitos sociais básicos levando em consideração as desigualdades existentes.

Uma das grandes vitórias do Movimento Popular em Saúde foi a Constituição de 1988 passar a garantir que Saúde é direito de todos e dever do Estado e, para atender essa demanda, ainda criar o SUS que universalizou o acesso gratuito (BRASIL, 1988).

A implantação do SUS pode ser considerada uma das reformas sociais mais significativas realizadas no Brasil. É importante destacar que não era apenas uma mudança no modelo, mas a incorporação de um conceito de Saúde ampliado, mais do que apenas ser considerado ausência de doença: a política de Saúde no Brasil passa a adotar o modelo biopsicossocial da Saúde.

Para regulamentar o SUS, foi criada a Lei n. 8.080/90, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, que apresenta o objetivo dos SUS, a forma como os serviços devem se organizar e, principalmente, quais os princípios fundamentais e diretrizes que vão guiar os serviços de Saúde (BRASIL, 1990a).

Princípios? Diretrizes? O que isso significa na vida real?

Os princípios são os fundamentos do trabalho. A criação do SUS, como sistema de Saúde oficial, seguiu os pressupostos da integralidade, universalidade, equidade e gratuidade dos serviços (BRASIL, 1990a). Esses princípios fundamentais servem de guia para todos os serviços e ações de Saúde. É importante conhecê-los e refletir de que forma a população em situação de rua é assistida (ou não) por eles.

- ◆ **Universalidade:** Todas as pessoas têm direito a acessar as ações e os serviços de Saúde, de forma igualitária, sem preconceitos. *Então quer dizer que eu não preciso ter plano de Saúde para ser atendido?* Exatamente. Todos, incluindo as pessoas em situação de rua, têm direito à Saúde e atendimento na rede de serviços de Saúde de forma acolhedora e humanizada, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em função de idade, raça, cor, etnia, orientação sexual, identidade de gênero, características genéticas, condições econômicas, sociais e estado de Saúde. Quando o profissional de Saúde se recusa a atender a pessoa em situação de rua, porque ela não faz parte do seu território, ou por

Como mencionamos no Capítulo 1, esse modelo assume que existem vários fatores que influenciam em uma boa Saúde, entre eles: alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, educação, transporte, lazer, acesso a bens e serviços essenciais.

É importante conversarmos com os profissionais reforçando que os princípios do SUS são soberanos em relação a diretrizes. Muitos acabam esquecendo-se disso.

Pessoas em situação de rua vivem em precárias condições, expostas a riscos e doenças que outras pessoas não estão.

não estar em condições de higiene adequada, ele está rompendo com esse princípio e negando um direito a esse indivíduo.

• **Equidade:** Corresponde a oferecer mais a quem precisa de mais. O tipo de atendimento prestado será estabelecido a partir da complexidade de cada caso. *Então quer dizer que é correto uma vítima de acidente grave passar na frente de quem necessita de atendimento menos urgente, mesmo que esta pessoa tenha chegado mais cedo?* Exatamente. É dessa forma que conseguimos executar a equidade, priorizando os atendimentos de acordo com a necessidade.

O mesmo acontece quando pensamos em políticas para populações específicas como para a população indígena ou a população em situação de rua. No entanto, às vezes é muito difícil explicar às pessoas em uma sala de espera que outros podem passar em sua frente, ou que determinadas populações necessitam de uma atenção mais intensa.

Em 2008, o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) realizou uma pesquisa nacional sobre a população em situação de rua.

Quando questionados sobre suas condições de Saúde, 29,7% dos entrevistados afirmaram ter algum problema de Saúde, cujos problemas mais prevalentes foram: hipertensão (10,1%), problema psiquiátrico/mental (6,1%), HIV/aids (5,1%) e problemas de visão/cegueira (4,6%). O uso abusivo de substâncias não foi abordado.

O quadro se agrava quando pensamos que essa população é marginalizada, não tem acesso a outros direitos sociais, como educação, habitação, alimentação e sofrem diretamente pelo descaso de muitos governantes com o saneamento básico, limpeza urbana, entre outros.

• **Integralidade:** Deve ser garantido o acesso a todos os níveis de complexidade do SUS para que a pessoa tenha uma atenção que possibilite ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, ações coletivas e individuais, respeitando, as especificidades de diferentes grupos. A integralidade é um lembrete de que a queixa que o indivíduo traz é apenas um ponto de partida a ser observado quando queremos prestar uma assistência. Pense em uma pessoa em situação de rua. O sujeito mora debaixo de

um viaduto, onde o esgoto corre a céu aberto, baratas e ratos são companheiros do dia a dia e, muitas vezes, precisa dividir a mesma comida com esses animais. Mal consegue dormir com medo da violência e, para aguentar o frio, são longos anos bebendo o “corote”. Esse sujeito chega à Unidade Básica de Saúde (UBS) reclamando de dor de dente, mas essa é só a ponta do iceberg e os profissionais precisam perceber isso e pensar em um plano de cuidado para essa pessoa. Isso é um compromisso com a Integralidade, não agir dessa forma é negar o acesso a direitos garantidos a esse indivíduo.

- **Participação popular:** Uma das grandes vitórias que o Movimento Popular em Saúde teve ao construir o SUS foi a garantia do espaço da participação popular, por meio da Lei n. 8.142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS. De que forma isso acontece? Por meio dos conselhos de Saúde formados por representantes da comunidade que usam o serviço, trabalhadores e gestores. Os conselheiros podem se reunir quando quiserem. A cada quatro anos acontecem as Conferências de Saúde. Nesses dois espaços, os conselheiros têm a função, entre outras, de formular as diretrizes da política de Saúde e acompanhar sua execução. Precisamos estimular as pessoas em situação de rua a participar desses espaços, os quais muitos estão sendo criados e já contam com a participação dessa população (BRASIL, 1990b).

Na maioria das vezes, a complexidade do caso necessita que os serviços dos outros setores componham com a Saúde esse cuidado.

A partir dos princípios, podemos traçar as diretrizes. Elas são a linha de ação, ou seja, são as diretrizes que irão determinar e direcionar as ações. São elas:

- **Descentralização:** Transferência de recursos e de poder de decisão sobre a política de Saúde do nível federal (Ministério da Saúde) para os estados (Secretarias Estaduais de Saúde) e municípios (Secretarias Municipais de Saúde). É uma estratégia importante para diminuir as desigualdades regionais. Com a redefinição das funções e responsabilidades de cada nível de governo com relação à condução político/administrativa do sistema de Saúde em seu respectivo território, o objetivo é fazer com que os gestores possam, a partir da sua realidade e levando em consideração as características de seu território, definir as ações prioritárias para cada realidade local. É importante “sensibilizar” cada gestor para implementação de ações e serviços para a população em situação de rua. A prioridade que cada um der à demanda dessa população vai dizer muito sobre o quanto conseguiremos garantir o acesso dessas pessoas à Saúde (e a outros serviços).

Entre as obrigações dos profissionais do SUS, está fortalecer a participação popular.

O sistema de referência e contrarreferência é um modo de organização e articulação entre serviços de diferentes complexidades. Quando uma pessoa precisa de um serviço de maior complexidade, acontece a referência. Depois de ter a demanda atendida, ele retorna para o serviço de origem e assim acontece a contrarreferência.

• **Hierarquização:** Organização das unidades segundo grau de complexidade tecnológica dos serviços. Estabelece-se uma rede que articula as unidades mais simples às mais complexas, através de um sistema de referência e contra referência de usuários e de informações. Atualmente nós temos três níveis de atenção: primária, secundária e terciária. E todos esses níveis de atenção, articulados, formam a rede de atenção à Saúde.

• **Regionalização:** Delimitação de uma base regional para o sistema de Saúde. A regionalização é para ajudar a organizar os serviços através da delimitação da área de atuação, mas de forma alguma ela deve ser uma forma de barrar o atendimento. Os profissionais geralmente orientam a população a procurar os serviços de sua região por que é importante para a construção de cuidado que pretende envolver a comunidade e o ambiente, mas dependendo da situação o atendimento não pode ser negado. No caso das pessoas em situação de rua, embora não tenham uma residência formal e, por isso, não sejam cadastradas em uma Unidade de Saúde, ainda assim elas devem ser atendidas.

PARA PENSAR...

A população em situação de rua necessita uma política pública de Saúde voltada especificamente às suas particularidades?

O SUS “FORA DO PAPEL”

Agora que tratamos sobre a história, as leis e os princípios e diretrizes do SUS, vamos conhecer como ele saiu do papel e se organiza hoje em dia. A Lei 8.080 que instituiu o SUS também atribui à administração dos municípios a responsabilidade de organizar e desenvolver as ações e os serviços de atenção à Saúde, reconhecendo que a proximidade da administração municipal com os problemas da população lhe permite identificar as reais necessidades de Saúde (BRASIL, 1990a).

As Secretarias Municipais da Saúde (SMS) são as gestoras do SUS de todos os municípios brasileiros. A SMS de cada município é responsável pela formulação e implantação de políticas, programas e projetos que visem promover, proteger e recuperar a Saúde da população. Também tem como atribuição a regulação do subsistema de Saúde suplementar (seguros e planos de saúde privados). Atualmente o SUS atende 75% da população, e os seguros e planos de saúde suplementar individuais ou coletivos atendem os 25% restantes (MENDES, 2012).

Como vimos, o SUS se organiza em três níveis de atenção. O nível de atenção primária ou atenção básica é a porta de entrada preferencial do usuário no SUS. Espera-se que ela resolva grande parte dos problemas da população e evite que os serviços de emergência, como os prontos-socorros, fiquem lotados.

Na atenção primária, encontramos a UBS, responsável pelo cadastramento e acompanhamento das famílias do seu território. Quando necessário, o indivíduo é encaminhado aos outros níveis de atenção dependendo da complexidade do caso. Nessas unidades, encontramos as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF).

A Estratégia Saúde da Família

Desde 1994, o Ministério da Saúde do Brasil vem reorganizando os serviços de atenção básica ou atenção primária à saúde (APS) em todo o território nacional. A ESF é a forma adotada pelo SUS para reorientar o modelo assistencial a partir da atenção primária. No modelo da ESF, cada equipe de saúde da família (EqSF) responsabiliza-se pela saúde integral de todos os moradores de um determinado território. As equipes – compostas por um médico generalista, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde – fazem atendimentos nas UBS onde estão locadas e também na comunidade.

O agente comunitário de saúde (ACS), que deve ser um morador do bairro onde trabalha, é um profissional-chave na ESF. Ele faz a conexão entre a equipe de saúde e a comunidade, destacando-se pela comunicação e entrosamento com as pessoas da região. É um elo cultural do SUS com a população. Seu contato permanente com as famílias (pelo menos uma visita domiciliar por mês a cada família cadastrada) permite o trabalho de vigilância e promoção de Saúde, além de contribuir para a continuidade dos tratamentos (COSTA; CARBONE, 2004). Os médicos e enfermeiros, com o apoio de diretrizes clínicas, oferecem consultas e atendimentos domiciliares às necessidades mais comuns de Saúde, incluindo Saúde da criança, da mulher, doenças crônico-degenerativas e também transtornos mentais.

Núcleo de Apoio à Saúde da Família

Em 2008, foi criado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf). Com o objetivo de apoiar a ESF na efetivação da rede de serviços, ampliar a abrangência, os objetivos das ações e a resolubilidade da APS, o Nasf está sendo construído em todo o território nacional. O Nasf também vem desempenhando um papel importante na integração da Saúde Mental na atenção primária/ESF.

Em São Paulo, existem serviços exclusivos que foram criados para fortalecer a atenção básica: a Assistência Médica Ambulatorial (AMA) e a Assistência Médica Ambulatorial Especializada (AMA-e). A AMA absorve a demanda de baixa e média complexidade, atendendo os agravos menores, desafogando os serviços de urgência e emergências. Já a AMA-e atende os casos que precisam de especialidades e de preferência para o atendimento de doenças crônico-degenerativas.

Em algumas equipes de Consultório na Rua os ACS são pessoas que já estiveram em situação de rua.

O Nasf não funciona como porta de entrada dos atendimentos da rede pública de Saúde, nem tampouco como ambulatório para encaminhamento. A proposta de trabalho dos Nasf é estruturada em um modelo novo de integração da Saúde Mental na APS e organiza-se por meio do chamado apoio matricial (BRASIL, 2014).

O apoio matricial é definido como um arranjo organizacional que viabiliza o suporte técnico em áreas específicas para equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de Saúde. Nesse arranjo, a equipe de Saúde Mental compartilha alguns casos com as equipes de APS. Esse compartilhamento se produz em forma de corresponsabilização pelos casos, que podem se efetivar por meio de discussões conjuntas de casos, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos, e também na forma de supervisão e capacitação. Espera-se que, tanto as discussões de caso como os atendimentos conjuntos sejam espaços de formação permanente para as EqSF. Seminários e outras estratégias também podem ser utilizados. Além disso, os Nasf devem auxiliar na coordenação da atenção básica com os serviços especializados e com outros recursos, governamentais ou não, disponíveis nos territórios onde atua (BRASIL, 2014).

Muitos municípios e regiões de São Paulo ainda não implantaram equipes Nasf, ou o fizeram de forma insuficiente. Esses serviços da AP (ESF e Nasf) são os responsáveis por organizar o cuidado no território e fazer o acompanhamento da pessoa em todas as etapas do cuidado, em consonância com o princípio da integralidade.

Vale lembrar que devemos pensar não somente na recuperação de determinadas doenças, mas na prevenção e também na promoção de Saúde. Quando pensamos na população em situação de rua, todas essas palavras parecem esquecidas. As dificuldades de acesso aos serviços de Saúde são de conhecimento de todos (ou quase todos). Na pesquisa realizada pelo MDS (BRASIL, 2008), quando perguntados sobre quais serviços as pessoas em situação de rua procuravam quando doentes, essa população relatou que 43,8% procuravam em primeiro lugar o hospital/emergência. Em segundo lugar, 27,4% procuravam o posto de saúde. Quando olhamos os dados dessa pesquisa e pensamos no nosso cotidiano percebemos que essa porta de entrada no SUS talvez não esteja tão aberta assim para a população em situação de rua.

As equipes de Consultório na Rua

Na tentativa de minimizar as desigualdades, a fim de fortalecer o cuidado e a criação de vínculo na rede de atenção à Saúde, em 2011, o Ministério da Saúde criou os Consultórios na Rua. Trata-se de equipes da APS compostas por profissionais com responsabilidade exclusiva de articular e prestar atenção integral à Saúde das pessoas em situação de rua. Eles foram criados para ampliar o acesso dessa população aos serviços de Saúde. O Consultório na Rua seria a porta de entrada da pessoa em situação de rua no SUS, da mesma forma que as ESF são a porta de entrada para a população que tem residência fixa (BRASIL, 2011).

As equipes de Consultório na Rua devem desenvolver suas ações em parceria com as demais equipes de APS do território (ESF e Nasf), dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps), da Rede de Urgência e dos serviços e instituições componentes do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), entre outras instituições públicas e da sociedade civil. O Consultório na Rua é um ótimo exemplo de estratégias criadas para atender o princípio da equidade. Lembra dele? Oferecer mais a quem precisa de mais.

Mas atenção! A responsabilidade do cuidado da população em situação de rua não é exclusivamente da equipe do Consultório na Rua. Ele foi criado como estratégia de fortalecimento e não para substituir. A responsabilidade precisa ser compartilhada. Nos lugares onde não há equipes de Consultório na Rua, o cuidado tem que ser prestado pela UBS/ESF, incluindo os profissionais de Saúde Bucal e o Nasf do território onde a pessoa esteja concentrada.

Atenção secundária e terciária

Como foi dito, o nosso sistema de Saúde é organizado por níveis de complexidade. Descrevemos de que forma a AP se organiza, agora vamos tratar dos serviços que compõem esses outros dois níveis de atenção.

💡 **Pronto-socorro:** O pronto-socorro (PS) é destinado a assistir os usuários que necessitam de atendimento imediato. São casos que não podem esperar pelo atendimento na UBS pelo risco imediato a vida do indivíduo. Alguém atendido em um PS pode ou não ser internado.

• **Hospitais:** Os hospitais são instituições complexas, com densidade tecnológica específica. São responsáveis pela assistência às pessoas com condições agudas ou crônicas. É necessário que o usuário seja internado, pois a sua situação de Saúde exige um acompanhamento de forma contínua, seu caso pode se agravar e ter várias complicações. A demanda para os hospitais deve ser através de encaminhamentos de outros serviços.

Mesmo que os usuários estejam nos serviços da atenção secundária ou terciária, eles devem continuar sendo acompanhados na AP. Os serviços dos três níveis de atenção precisam se comunicar para que usuário seja atendido integralmente. As equipes da ESF devem pensar na promoção, prevenção, cura e reabilitação do usuário. Então, se o usuário melhorou de seu problema de Saúde, a ESF precisa acompanhar essa pessoa, para que se evite uma nova doença, bem como pensar em formas de promover Saúde.

Como vimos na pesquisa do MDS (BRASIL, 2008), a atenção secundária e a atenção terciária são as mais procuradas pela população em situação de rua. Isso mostra que temos apenas prestado um cuidado segmentado para essa população e o acompanhamento longitudinal não está ocorrendo. Ainda focamos na doença e não pensamos na promoção de qualidade de vida dessa população. Isso quando a população consegue acessar esse serviço. Várias são as denúncias em que profissionais de Saúde se recusam a atender essa população baseados apenas no seu preconceito. Vocês já devem ter escutado falar de profissionais que se recusam a atender a pessoa enquanto essa não tomar banho, ou por que ela não tem identidade, endereço ou apenas por que não está “a fim”.

CONCLUINDO...

A Política Nacional para a População em Situação de Rua prevê um atendimento humanizado e universalizado onde se respeite a dignidade da pessoa humana. Isso corrobora com os princípios do SUS, mas ainda é preciso mudar várias coisas. Não adianta apenas alterarmos os serviços se não modificarmos a forma como queremos cuidar. Os Consultórios na Rua devem atuar frente aos diferentes problemas e necessidades de Saúde da população em situação de rua, mas todos os profissionais que trabalham com essa população têm que estar vigilantes para que seja garantida a atenção à Saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 20 set. 1990a.

BRASIL. Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 31 dez. 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: Ferramentas para gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 39)

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Pesquisa nacional sobre a população em situação de rua**. Brasília, abr. 2008.

BRASIL. Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Brasília, 2011.

COSTA, E.; CARBONE, M. **Saúde da família**: uma abordagem interdisciplinar. São Paulo: Rubio, 2004.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

BIBLIOGRAFIA

BRASIL. Decreto Presidencial nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Seção 1, 24 dez. 2009.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de média e alta complexidade no SUS**. Brasília, 2011. 223 p. (Coleção para entender a gestão do SUS 2011, v.4).

BRASIL. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf>. Acesso em: 3 jun. 2016

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo- se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html>. Acesso em 03 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

ELIAS, P. E. et al. Atenção básica em saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11,n. 3,p. 633-641, set. 2006.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 15-36, jan.-mar. 2014.

SANTOS, L. O modelo de atenção à saúde se fundamenta em três pilares: rede, regionalização e hierarquização. **Blog Direito Sanitário: Saúde e Cidadania**. 15 set. 2011. Disponível em: <<http://blogs.bvsalud.org/ds/2011/09/15/o-modelo-de-atencao-a-saude-se-fundamenta-em-tres-pilares-rede-regionalizacao-e-hierarquizacao/>>. Acesso em: 9 dez. 2015.

SÃO PAULO (Município). Secretaria Municipal da Saúde. **AMA especialidades**: diretrizes técnicas. São Paulo, 2009. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/ama/AMA_especialidades.pdf>. Acesso em: 3 jun. 2016.

SÃO PAULO (Município). Secretaria Municipal da Saúde. Manual – Diretrizes técnicas da assistência médica ambulatorial na atenção básica. São Paulo, 2009. Disponível em: <https://issuu.com/bvssmssaopaulo/docs/ama_manualdiretrizestecnicas>. Acesso em: 3 jun. 2016.

SODRE, Francis. Serviço Social e o campo da saúde: para além de plantões e encaminhamentos. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 103, p. 453-475, set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282010000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 1 abr. 2016.

TEIXEIRA, C. Os princípios do sistema único de saúde. Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, Bahia, jun. 2011. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf>. Acesso em: 3 jun. 2016



**varre as
folhas secas ,
joga no
lixo , novas
folhas secas
já cobrem
o chão**

6

Políticas públicas em Saúde Mental

Ana Alice Freire e Carmen Santana

Como profissional que atua com pessoas em situação de rua, você deve constantemente se deparar com situações de transtornos mentais, muito frequentes nessa população. Como cuidar dos sujeitos acometidos pelo transtorno foi algo construído e reconstruído ao longo de uma história; a visão que se tem hoje de Saúde Mental e a sua expressão por meio de políticas públicas têm relação com um processo chamado Reforma Psiquiátrica. Este capítulo aborda um pouco dessa história e as políticas de Saúde Mental que temos no Brasil atualmente.

BREVE HISTÓRICO

No decorrer dos anos, várias foram as formas com que a Saúde Mental foi tratada e isso estava atrelado a como era interpretada a “loucura”.

A loucura foi encarada e tratada de diversas formas. Desde manifestação divina, na Grécia Antiga, quando os loucos podiam andar livremente pela cidade; passando pela era Medieval, quando a Igreja exorcizava a loucura, visto que era considerada uma heresia; até a higienização da época Renascentista, quando os loucos junto com mendigos, velhos, prostitutas que “sujavam” as cidades eram levados na “Nau dos loucos”.

O nascimento da psiquiatria acontece quando Philippe Pinel, em 1801, considerado seu fundador, estabelece os fundamentos da clínica psiquiátrica baseada no método clínico. Para ele, as alienações mentais eram causadas por distúrbio funcional do sistema nervoso central e por isso o louco perdia a noção do que era o bem e o mal. Pela primeira vez, o transtorno mental foi tratado no âmbito da Saúde.

O sujeito era considerado curado depois passar pelo chamado “tratamento moral” quando não cometia novamente os seus erros. E, caso isso voltasse a acontecer, deveria ser punido até se livrar desse comportamento.

Período manicomial

Quando abordamos a Saúde Mental, pensamos muito sobre o fim dos manicomios. O próprio Movimento da Luta Antimanicomial adotou o lema: “Por uma sociedade sem manicomios”.

Mas o que era o manicomio, a instituição a ser negada?

A instituição em questão era o conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência cultural e de relações de poder estruturados em torno de um objeto bem preciso: “a doença”, a qual se sobrepõe no manicomio o objeto “periculosidade” (ROTELLI, F., 1990, p. 89).

Para além do fim da estrutura física dos manicomios se queria também o fim de toda uma prática que negava ao indivíduo com transtorno mental os direitos humanos básicos.

O manicomio é a tradução mais completa dessa exclusão, controle e violência. Seus muros escondem a violência (física e simbólica) através de uma roupagem protetora que desculpabiliza a sociedade e descontextualiza os processos sócio-históricos da produção e reprodução da loucura. (LUCHMANN; RODRIGUES, 2007, p. 402)

Várias são os relatos de maus-tratos e de mortes dentro dos manicomios. No Brasil, temos histórias terríveis que vão assombrar para sempre trabalhadores, familiares e, principalmente, aqueles que sobreviveram ao que muitos chamam de “Holocausto Brasileiro”. O Hospital Colônia de Barbacena talvez seja um dos melhores exemplos das atrocidades desse período. Foram mais de 60 mil mortos.

Caso tenha interesse em conhecer mais sobre essa história, a jornalista Daniela Arbex publicou o livro *Holocausto Brasileiro – vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil* (ARBEX, 2013). Você também pode assistir ao vídeo *Em nome da razão*, de Helvécio Ratton (EM NOME..., 2009).

A Reforma Psiquiátrica

A Reforma Psiquiátrica no Brasil foi um movimento de contestação e enfrentamento da lógica manicomial. Sofreu grande influência do movimento italiano de combate aos asilos. A Reforma foi mais do que a mudança na organização dos serviços de Saúde, foi uma forma de tirar pessoas de porões dos grandes hospícios, junto com toda violência deles, trazendo-as para a comunidade.

A Reforma Psiquiátrica é um processo social complexo com quatro dimensões essenciais: técnico-conceitual (epistemológica), técnico-assistencial, jurídico-política e sociocultural (AMARANTE, 2000). Para

garantir uma reforma real, teríamos que construir permanentemente essas quatro dimensões.

Um pouco sobre as quatro dimensões essenciais da Reforma Psiquiátrica segundo Amarante (2009):

A dimensão epistemológica se refere ao campo da produção de saberes. Novas noções e conceitos precisariam ser construídos para o campo da Saúde Mental, onde os diferentes saberes das profissões se articulassem.

A dimensão técnico-assistencial é uma revisão da práxis. Propõe-se uma nova organização dos serviços em que teoria e prática se aproximem e uma nova forma de trabalho aconteça. Espaços de sociabilidade, geração de renda, rede de apoio social, moradia, entre outros pontos se articulam nessa nova perspectiva.

A dimensão jurídico-política propõe uma mudança nas leis aliada à luta política para a transformação social, na qual se ressalta o protagonismo de diferentes segmentos sociais.

E, por último, uma das dimensões mais importantes, a dimensão sociocultural, em que se trata de refletir, desconstruir e reconstruir o imaginário social sobre os transtornos mentais. É importante pensar em que lugar “o louco”, tratado muitas vezes como o agressivo, o coitado, será visto agora.

Um dos grandes desafios do processo de desinstitucionalização está em tirar o foco de atenção da doença e da imagem de perigoso da pessoa com transtorno mental e passar a considerar o sofrimento e a existência desse sujeito.

Esse processo foi materializado no Movimento da Luta Antimanicomial, que teve início em 1978, quando, a partir de várias denúncias de maus tratos dentro das instituições psiquiátricas no país, foi organizado o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Em 1987, no II Congresso Nacional do MTSM, realizado em Bauru, foi adotado o lema “Por uma sociedade sem manicômios”. Esta articulação dos trabalhadores de Saúde Mental, teve um papel fundamental na reorganização do modelo de assistência à Saúde Mental e ainda luta pelo fim das práticas antimanicomiais.

Como resultado das várias lutas, em 1989 foi dado entrada no Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG), buscando a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e o fim dos manicômios no Brasil. Depois de anos tramitando no Congresso e sofrendo diversas alterações, em 2001, essa lei foi aprovada, garantindo um novo ritmo para a reforma e abrindo espaço para a construção de políticas públicas mais humanizadas para a Saúde Mental.

A Lei n. 10.216/2001, também conhecida como Lei Paulo Delgado ou Lei da Reforma Psiquiátrica, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental.

POLÍTICAS PÚBLICAS PARA SAÚDE MENTAL

Nos parágrafos acima, conhecemos um pouco sobre a história da Saúde Mental e da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Agora podemos pensar como se cuida da Saúde Mental no Brasil nos dias atuais. A melhor maneira de começar a tratar sobre isso é refletir sobre que é, afinal, a Saúde Mental.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) não existe uma definição oficial sobre esse campo, mas o que podemos afirmar, com certeza, é que ter Saúde Mental é muito mais que a simples ausência de transtorno mental. Retomando a definição trabalhada na Parte 1 deste livro:

Estudiosos de diferentes culturas dão diferentes definições à saúde mental. Os conceitos de saúde mental abrangem, entre outras coisas, o bem-estar subjetivo, a auto-eficácia percebida, a autonomia, a competência, a dependência intergeracional e a auto-realização do potencial intelectual e emocional da pessoa. Por uma perspectiva transcultural, é quase impossível definir saúde mental de uma forma completa. De modo geral, porém, concorda-se quanto ao fato de que saúde mental é algo mais do que a ausência de transtornos mentais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2001, p. 31-32).

A construção de políticas públicas para Saúde Mental define a visão para o futuro e determina qual ordem de prioridade foi estabelecida pelo governo para a assistência. A partir disso é traçado o plano para a assistência às pessoas com transtorno mental e as formas de promovermos Saúde Mental. Uma política para isso também auxilia no desenvolvimento dos serviços de maneira sistemática e coordenada, fornecendo um esquema geral de organização.



Com a Reforma Psiquiátrica, o modelo assistencial à Saúde Mental mudou e uma nova política foi pensada. O tratamento deixou de ser prioritariamente realizado em hospitais e passou a ser efetuado no território em que a pessoa vive. É o que chamamos cuidado em rede de atenção de base comunitária. As internações ficam reservadas para situações extremas e os períodos devem ser breves.

A atenção em rede busca superar a fragmentação das ações e a falta de integração entre os serviços que oferecem cuidado em Saúde Mental (BRASIL, 2010).

A Política de Saúde Mental brasileira preconiza que as ações de cuidado sejam implementadas por meio da Rede de Atenção Psicossocial (Raps), componente da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Como organizador desse modelo, surge o Centro de Atenção Psicossocial (Caps), estratégico para a organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no Brasil.

Os Caps são gerenciados pelos municípios, abertos e de base comunitária. Prestam atendimentos diáridos às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes por meio de atendimento clínico e reinserção social. A proposta desses centros é que, com o acesso aos direitos de todo cidadão – como o trabalho, o lazer, o fortalecimento dos laços familiares e comunitários –, a pessoa com transtorno mental ocupará um novo espaço na sociedade.

De acordo com a política, as particularidades de cada município orientam a necessidade de um Caps diferente. Alguns têm apenas um tipo de Caps; outros contam com várias modalidades.

Os tipos de Caps são:

- **CAPS I:** de menor porte, atende uma população entre 20 mil e 50 mil habitantes e contam com uma equipe de no mínimo nove profissionais.
- **CAPS II:** serviço de médio porte, atende a municípios com mais de 50 mil habitantes. Sua equipe mínima é de 12 profissionais.
- **CAPS III:** serviço de maior porte, para municípios com mais de 200 mil habitantes. Diferentemente dos dois primeiros, esse funciona 24h oferecendo hospitalidade noturna para usuários que precisem de um acompanhamento mais próximo. Funciona todos os dias da semana e conta com uma equipe mínima de 16 profissionais, além da equipe noturna e de fim de semana.
- **CAPS i:** serviço especializado no atendimento a crianças e adolescentes com transtornos mentais. Sua equipe mínima é de 11 profissionais.
- **CAPS AD:** especializados no atendimento de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas; funciona com equipe mínima de 13 profissionais.

Descrevemos os tipos de Caps que existem atualmente, mas não são apenas esses serviços que assistem à pessoa com transtorno mental. O Caps sozinho não consegue superar os longos anos de estigmatização e institucionalização dos usuários e nem deve ser o único responsável por isso. Temos usuários com longos anos de internação psiquiátrica e que precisam de um cuidado muito mais abrangente do que o Caps pode oferecer. Temos pessoas com transtorno mental grave que nunca sequer acessaram o Caps.

Apesar de estratégico, o CAPS não é o único tipo de serviço de atenção em saúde mental. Aliás, a atenção em saúde mental deve ser feita dentro de uma **rede** de cuidados. Estão incluídos nesta rede: a atenção básica, as residências terapêuticas, os ambulatórios, os centros de convivência, os clubes de lazer, entre outros (BRASIL, 2003, p. 2).

A integração da Saúde Mental na atenção primária (AP) é uma das 10 ações recomendadas para organização de serviços relacionados a esse campo de atuação pela OMS (OMS, 2005). É a principal garantia de acesso da população às boas práticas em Saúde Mental. A AP é o nível de serviço prioritário para o cuidado à Saúde Mental, principalmente em territórios com poucos recursos econômicos ou com escassez de especialistas, como é o caso de várias regiões no Brasil.



Os Nasf foram apresentados no Capítulo 5 deste livro.

No modelo brasileiro de integração da Saúde Mental na APS, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) vêm desempenhando papel fundamental. Trata-se de um modelo inovador, vinculado à coordenação da APS (e não à coordenação de Saúde Mental), em que profissionais especialistas de diferentes áreas do conhecimento atuam em conjunto com os profissionais da APS, compartilhando as práticas de trabalho nos territórios, na perspectiva de uma atenção integral à Saúde, na qual não se separa corpo e mente. Na prática, os Nasf diferem de localidade para localidade na composição de suas equipes, mas contam com pelo menos um profissional especialista em Saúde Mental: o médico psiquiatra e/ou o psicólogo.

A rede de atenção psicossocial

Em 2011, com o objetivo de garantir que as pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas pudessem circular pelos diversos serviços oferecidos na rede de saúde, é criada a Raps.



Com a Raps, pretende-se mostrar a todos quais as atribuições de cada serviço no cuidado dessas pessoas. Isso porque, além de garantir o acesso aos serviços (que agora são chamados de pontos de atenção), ela também deve articular e integrar os que existem na rede de saúde para promover um cuidado qualificado através do acolhimento, acompanhamento e da atenção às urgências.

A Raps é instituída pela Portaria GM/MS n. 3.088/2011, em que se encontram as informações completas que orientam a Raps. Vale a pena a leitura.

A Raps deve ser formada por sete componentes e cada um desses componentes especificam quais os pontos de atenção disponíveis. Em todos os pontos de atenção da rede, a população em situação de rua tem o direito de ser atendida conforme sua necessidade, inclusive a de Saúde Mental.

Quadro 1: Componentes da Raps e seus pontos de atenção

COMPONENTES	PONTOS DE ATENÇÃO
Atenção Básica em Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Unidade Básica de Saúde • Núcleo de Apoio a Saúde da Família • Consultório na Rua • Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório • Centros de Convivência e Cultura
Atenção Psicossocial Estratégica	<ul style="list-style-type: none"> • Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), nas suas diferentes modalidades
Atenção de Urgência e Emergência	<ul style="list-style-type: none"> • SAMU 192 • Sala de Estabilização • UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto-socorro, Unidades Básicas de Saúde
Atenção Residencial de Caráter Transitório	<ul style="list-style-type: none"> • Unidade de Acolhimento • Serviço de Atenção em Regime Residencial
Atenção Hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermaria especializada em Hospital Geral • Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas
Estratégias de Desinstitucionalização	<ul style="list-style-type: none"> • Serviços Residenciais Terapêuticos • Programa De Volta para Casa
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda • Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais

Fonte: Brasil, 20??.

Todos os componentes, por meio de seus pontos de atenção, devem atuar de forma articulada, com serviços de base territorial e comunitária; com ações intersetoriais, devem atender as necessidades da pessoa que procura o serviço.

Um dos objetivos específicos da Raps é promover cuidados para grupos vulneráveis como criança, adolescente, jovens, populações indígenas e pessoas em situação de rua (BRASIL, 2011).

Neste trabalho, vamos nos concentrar nos pontos de atenção que atende a pessoa em situação de rua. Atualmente há uma enorme defasagem entre a demanda por serviços de Saúde Mental e a quantidade dos diversos equipamentos disponíveis no território. Atualmente podemos dizer que a parte mais crítica do sistema de atenção em Saúde Mental no Brasil está no acesso aos primeiros cuidados, com qualidade (RIBEIRO; INGLEZ-DIAS, 2011).

A sustentabilidade das inovações da Reforma Psiquiátrica depende da integração dos serviços comunitários à rede.

A SAÚDE MENTAL E A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

Todos os dias, os profissionais que trabalham com a população em situação de rua se deparam com a realidade dos transtornos mentais. Os transtornos mentais e a população em situação de rua se relacionam de várias formas. Por exemplo, muitas vezes, as pessoas vão para a rua por causa de transtornos mentais. Há também os casos daqueles que em virtude do tempo de rua têm transtornos mentais. Alguns fazem tratamento, outros não.

Os transtornos causam grande impacto e estão entre os principais problemas de Saúde nessa população, como também são uma das barreiras para a continuação dos tratamentos. Na Saúde, uma das principais estratégias para o cuidado em Saúde Mental é o Consultório na Rua.

A Raps absorve esse ponto de atenção e comprehende que essa é uma estratégia importante frente à complexidade dessa população. Os Consultórios na Rua integram a atenção básica da Rede de Atenção Psicossocial e devem atuar frente aos diferentes problemas e necessidades de Saúde da população em situação de rua, inclusive na busca ativa e cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas e pessoas com transtornos mentais. Essas equipes devem desenvolver ações compar-

tilhadas e integradas também com as equipes da Unidade Básica de Saúde responsável pelo território onde for realizada a abordagem à população em situação de rua, com as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps), dos serviços de Urgência e Emergência e de outros pontos de atenção, de acordo com a necessidade do usuário.

Mas não é apenas o setor Saúde e seus pontos de atenção que devem cuidar da pessoa com transtorno mental. Quando pensamos em uma assistência de base comunitária e intersetorial, devemos compreender que todos os setores (Saúde, Assistência Social, Educação, Cultura, Habitação, entre outros) têm papel fundamental e precisam dialogar para garantir o acesso aos direitos e o sucesso do cuidado.

Para ilustrar um pouco de como a Raps e a rede intersetorial precisam e podem se organizar para atender a população em situação de rua, vamos pensar no caso de M.

M. era o típico “homem do saco”. Tinha 45 anos e só andava com uma camiseta, uma calça, uma chinela e o saquinho de pão na cabeça. Ele era magrinho e praticava cuidado com a higiene de maneira bem precária. Às 6h da manhã, podíamos encontrá-lo em frente a uma mesma casa em posição fetal e já bem tarde da noite os vizinhos reclamavam do barulho na rua que ele fazia raspando uma pedra no chão. M. não estabelecia contato, nem com os transeuntes, e sempre se recusava a conversar com os serviços: “Está tudo bem. Não preciso de ajuda”.

Depois de um tempo indo sistematicamente visitar M., J. que faz parte da Abordagem de Rua, conseguiu estabelecer um vínculo com M. Depois de alguns encontros J. acha que M. tem uma história meio “estranha”. A equipe de Abordagem na Rua resolve compartilhar o caso com o Consultório na Rua para pensar uma estratégia de cuidado. Como J. tinha um bom vínculo com M., foi ele quem facilitou a chegada do Consultório.

Depois de uma avaliação, o Caps foi acionado; M. apresentava um quadro psicótico que impedia que ele tivesse uma boa qualidade de vida. M. precisava de um acompanhamento mais intenso. Ao mesmo tempo se foi tentando que M. aceitasse ir para um Centro de Acolhida. As equipes acharam que assim seria mais fácil fazer o tratamento. Depois de alguns anos de idas e vindas nessa relação com os serviços, M. vai aos Centros de Convivência e o próximo passo é pensar com M. a sua inserção em cooperativas de reciclagem. Depois da aproximação dos serviços em virtude do caso de M., a equipe do Serviço Especializado de Abordagem Social (Seas) e a equipe do Consultório na Rua começaram a se reunir sistematicamente para compartilhar o cuidado dentro do território.

O caso de M. nos faz pensar muito sobre os recursos que nós temos para atender a população em situação de rua com transtorno e de como é importante uma rede articulada. Será que os serviços de Saúde conheceriam M. se não fosse a equipe de abordagem? Será que a equipe de abordagem ou a equipe do Consultório conseguiram cuidar de M. sozinhos? Será que somente as duas equipes conseguem?

Com certeza, podemos dizer que a articulação da rede e todos os setores envolvidos poderão oferecer a M. muito do que ele precisa. O caso de M. não é o único, talvez vocês conheçam situações bem mais complexas, logo, as equipes que trabalham com essa população e a rede intersetorial precisam estar preparadas para atender essa demanda.

CONCLUINDO...

A Reforma Psiquiátrica não foi apenas um momento exato na história que garantiu o fechamento de hospitais psiquiátricos. Aquele período foi o início de um processo que se propôs a romper com a lógica psiquiátrica dominante para que se pudesse construir uma nova forma de ser. Não se tratou apenas de construir um novo lugar para a atenção à Saúde Mental, mas também de achar um novo lugar para o profissional e a sociedade.

Você já achou o seu novo lugar?

A reforma nos convida diariamente, em um movimento permanente de construção de práticas e saberes, a pensá-la, realizá-la e consolidá-la. A reforma acontece todo dia no encontro com o outro.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Loucos pela vida:** a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

AMARENTE, P. Reforma psiquiátrica e epistemologia. **Cad. Bras. Saúde Mental**, v. 1, n. 1, jan-abr. 2009.

ARBEX, D. **Holocausto brasileiro:** vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Saúde Legis.** Brasília, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 4 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 4.270, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Mental e Atenção Básica**: o vínculo e o diálogo necessários. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1734.pdf>>. Acesso em: 4 jun. 2016

BRASIL. Secretaria da Saúde do Governo do Estado do Paraná. Ministério da Saúde. **Rede de Atenção Psicossocial**. Paraná. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/RAPS.pdf>>. Acesso em: jun. 2016.

EM nome da razão. Direção: Helvécio Ratton. Belo Horizonte, Quimera filmes, 2009.

LUCHMANN, L. H. H.; RODRIGUES, J. O movimento antimanicomial no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 399-407, abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 fev. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias. **Livro de recursos da OMS sobre saúde mental, direitos humanos e legislação**. Brasília: Organização Mundial de Saúde, 2005. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/policy/Livroderecursose revisao_FINAL.pdf>. Acesso em: 4 jun. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório Sobre A Saúde No Mundo 2001** – Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Genebra, p.3-4, 2001. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf>. Acesso em: 4 jun. 2016.

RIBEIRO, J.; INGLEZ-DIAS, A. Políticas e inovação em saúde mental: limites ao descolamento do desempenho do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4623-4633, 2011.

ROTELLI, F. A instituição inventada. Trad. Maria Fernanda de Silvio Nicácio. In: NICÁ- CIO, M. F. S. (Org.). Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 89-100

BIBLIOGRAFIA

BRASIL. Decreto Presidencial n. 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Seção 1, 24 dez. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Saúde Mental. **Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Mental**. Rio de Janeiro, 1987.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 336, de 19 de fevereiro de 2002. Normatiza o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial.

Legislação em Saúde Mental 1990-2004. Ministério da Saúde, Brasília, 5. ed., 2004b. (Série E. Legislação de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação de Saúde Mental. **Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental.** Brasília (DF), 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília (DF): MS; 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio15_anos_caracas.pdf>. Acesso em: 4 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 jun. 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 4 ago 2016.

FOUCAULT, M. **A história da loucura na Idade Clássica.** 5. ed. São Paulo: Perspectiva, 1997.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Declaração de Caracas.** In: Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS). Caracas, Venezuela, 1990. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf>. Acesso em 04 ago 2016.

TENÓRIO, F. A Reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, jan.-abr. 2002. p. 25-59.

PARA REVISAR A PARTE 2

Na Parte 2, estudamos as Políticas Públicas de Saúde no Brasil e a construção da Reforma Sanitária e Psiquiátrica, as políticas para a Saúde Mental e o enfrentamento da lógica manicomial. Além disso, apresentamos como está organizada a Rede de Atenção Psicossocial (Raps).

Agora convidamos você a fazer uma revisão dos principais pontos.

Vamos lá?



Conceitos importantes

Tendo como base os conceitos apresentados na Parte 2, leia as questões a seguir identificando as alternativas corretas. Você pode consultar os textos dos capítulos sempre que precisar.

1. A Constituição de 1988 garantiu a saúde como um direito de todos e dever do Estado e criou o Sistema Único de Saúde (SUS) que estabeleceu o acesso gratuito e universal ao sistema de saúde. A Lei n. 8.080/90, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, regulamentou os princípios fundamentais e diretrizes que vão guiar todos os serviços e ações de saúde. Identifique a alternativa que apresenta esses princípios:

- a. () Universalidade, equidade, integralidade e participação popular.
- b. () Participação popular, cidadania, equidade e integralidade.
- c. () Parcialidade, equidade, movimentos populares, integralidade
- d. () Universalidade, equidade, integralidade e cidadania.

2. O SUS está organizado em três níveis de atenção – atenção primária, secundária e terciária. O nível de atenção primária ou atenção básica é a porta de entrada do SUS e espera-se que grande parte dos problemas da população seja resolvido por este nível de atenção. Identifique a alternativa que apresenta exemplos de serviços que compõem a **atenção primária**.

- a. () Hospital, pronto-socorro, ambulatório de especialidades.
- b. () Unidade Básica de Saúde, Consultório na Rua e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).
- c. () Consultório na Rua, pronto-socorro, hospital.
- d. () Consultório na Rua, ambulatório de especialidades e hospital.

3. As equipes de Consultório na Rua foram criadas, em 2011, pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de articular e prestar atenção integral à saúde das pessoas em situação de rua. Sobre as equipes de Consultório na Rua é correto dizer:

- a. () São equipes da atenção primária.
- b. () O Consultório na Rua é uma porta de entrada da pessoa em situação de rua no SUS.
- c. () Nos lugares onde não há equipes de Consultório na Rua, o cuidado tem que ser prestado pela Unidade Básica de Saúde/ Estratégia Saúde da Família, incluindo os profissionais de saúde bucal e o NASF do território onde a pessoa esteja concentrada.
- d. () Todas as alternativas estão corretas.

4. A Lei n. 10.216/2001, também conhecida como Lei Paulo Delgado ou Lei da Reforma Psiquiátrica, foi resultado de lutas na busca por:

- a. () Regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e o fim dos manicômios no Brasil.
- b. () Aumento no número de leitos psiquiátricos.
- c. () Regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e criação de instituições psiquiátricas de longa permanência.
- d. () Nenhuma das alternativas.

5. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) fazem parte da Rede de Atenção à Assistência à Saúde Mental. De acordo com política de Saúde Mental, a necessidade de cada município orienta a necessidade de um CAPS diferente. Desta forma, classifique os tipos de CAPS, associando a coluna com a classificação dos CAPS com a coluna que apresenta a descrição do serviço prestado.

a) CAPS I

() Serviço de maior porte, para municípios com mais de 200.000 habitantes. Funciona 24h, todos os dias da semana, oferecendo hospitalidade noturna para usuários que precisem de um acompanhamento mais próximo. Equipe mínima de 16 profissionais, além da equipe noturna e de fim de semana.

b) CAPS II	() Este serviço é especializado no atendimento a crianças e adolescentes com transtornos mentais. Equipe mínima de 11 profissionais.
c) CAPS III	() Especializados no atendimento de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas. Equipe mínima de 13 profissionais.
d) CAPS i	() São de menor porte, atende uma população entre 20.000 e 50.000 habitantes e contam com uma equipe de no mínimo nove profissionais.
e) CAPS AD	() Um serviço de médio porte e que atende a municípios com mais de 50.000 habitantes. Equipe mínima de 12 profissionais.

6. Com o objetivo de garantir às pessoas com transtorno mental e com necessidades em função do uso de álcool e outras drogas o acesso pelos diversos serviços na rede de saúde, foi criada em 2011 a Raps, formada por sete componentes e pontos específicos de atenção. Correlacione os componentes da Raps e seus pontos de atenção disponíveis.

a) Atenção Básica em Saúde	() SAMU 192, sala de estabilização, UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto-socorro, unidades básicas de Saúde
b) Atenção Psicossocial Estratégica	() Serviços residenciais terapêuticos, Programa de Volta para Casa
c) Atenção de Urgência e Emergência	() Unidade Básica de Saúde, Núcleo de Apoio a Saúde da Família, Consultório na Rua, Apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório, Centros de Convivência e Cultura
d) Atenção Residencial de Caráter Transitório	() Unidade de acolhimento, serviço de atenção em regime residencial
e) Atenção hospitalar	() Enfermaria especializada em Hospital Geral, Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas
f) Estratégias de desinstitucionalização	() Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), nas suas diferentes modalidades
g) Estratégias de reabilitação psicossocial	() Iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais



Sessão pipoca!

Para complementar a visão sobre Reforma Psiquiátrica indicamos o filme “Um estranho no Ninho”, adaptação do romance de Ken Kesey, que conta a história de um homem que, para fugir de trabalhos forçados na prisão, finge ter transtorno mental e é internado em um Hospital Psiquiátrico.

Ficha técnica:

Um estranho no ninho (1976)

Duração: 2h9min

Direção: Milos Forman

Gênero: Drama





Indicação de leitura

Uma boa indicação de leitura é o conto “O Alienista”, de Machado de Assis, que conta a história do médico Simão Bacamarte que decide construir um hospício para tratar “doentes mentais”. O conto traz instigantes questões sobre o conceito de normalidade e de “loucura”.

A obra pode ser acessada gratuitamente no site <www.dominiopublico.gov.br>.

Link para acesso direto: <<http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/bn000012.pdf>>.



Minhas anotações

RESPOSTA DAS ATIVIDADES:

Conceitos importantes

- 1.** a
- 2.** b
- 3.** d
- 4.** a
- 5.** c, d, e, a, b
- 6.** c, f, a, d, e, b, g



PARTE



**ela trouxe
o novo
olhar e eu
na estrada
não vi uma
só árvore só**

7

O encontro entre o profissional da assistência social e o sujeito em situação de rua

Carolina Chaccur Abou Jamra, Luciana Carvalho e Carmen Santana

*Não somos nós quem afirma ou nega jamais nada de uma coisa,
mas é ela mesma que em nós afirma ou nega algo de si mesma*

Spinoza

Neste capítulo, você, será apresentado a alguns conceitos que, na prática da assistência social, podem ampliar o olhar para uma melhor compreensão do que acontece quando um ser humano encontra o outro. Este conhecimento torna-se ferramenta para o trabalho na medida em que pode colaborar para que os encontros entre o profissional e a pessoa em situação de rua sejam produtores de maior potência e autonomia. Discutiremos aqui o potencial terapêutico e transformador deste encontro quando, por meio dele, se constrói uma aliança terapêutica e os vínculos relacionais se fortalecem. Também vamos abordar o mal que um profissional pode causar na intenção de “ajudar” o outro.

ENCONTROS

Você já parou para pensar que tudo aquilo que nos cerca nos afeta de alguma forma? Somos rodeados por muitos elementos: o sol, a chuva, a poluição, cheiros, barulhos, música, animais, pessoas, a arte... enfim, somos seres inseridos na natureza e estamos ligados a ela (DELEUZE, 2002). Tudo aquilo que compõe o mundo que nos cerca, seja material ou imaterial, vivo ou não, nos afeta e se inscreve em nós. Porém, nem tudo o que está acontecendo ao nosso redor pode ser captado pela nossa consciência. O que efetivamente percebemos corresponde apenas a alguns efeitos e criamos significados para eles a partir de nossa história de vida. Aquilo que não é registrado pela nossa consciência, se inscreve em nosso inconsciente.

O conceito de inconsciente é muito útil para nos ajudar a compreender o que acontece quando uma pessoa encontra a outra. Segundo o

dicionário Houaiss (2016) a palavra “inconsciente” refere-se ao “que não é dotado de consciência [...] que perdeu o conhecimento [...] que acontece sem que se preste atenção [...] [ao que é] involuntário [...]. De uma maneira geral, consideramos inconsciente tudo o que não está em nossa consciência.



Psicanálise é uma corrente da psicologia que foi criada por Freud entre fim do século XIX e início do século XX.

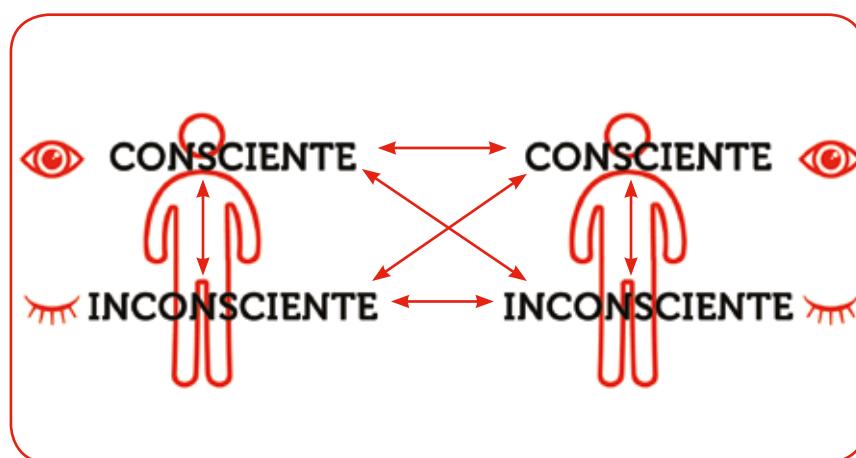
Segundo a psicanálise, o inconsciente compõe um sistema psíquico independente da consciência e possui uma atividade própria, atuando em toda a forma de comportamento humano. Isto quer dizer que, quando nos relacionamos, temos um lado que sabe o que se passa (a consciência) e outro lado que nos é desconhecido (o inconsciente). Para Freud, a consciência é apenas uma pequena parte da noção de si que tem o indivíduo. A maior parte do aparelho psíquico de uma pessoa é composta pelo chamado inconsciente.

Vamos pensar então no encontro entre duas pessoas. A consciência que alguém tem de si mesmo é composta de tudo aquilo que esta pessoa sabe sobre ela mesma. Uma profissional da assistência social pode falar de si a partir dos elementos conscientes que ela tem de sua profissão. Por exemplo: “sou assistente social, solteira, tenho 32 anos, trabalho em um centro de acolhida, escolhi a profissão porque queria lutar contra as desigualdades sociais”.

Mas, sabemos que em um encontro com uma pessoa atendida muitos elementos que fazem parte do funcionamento psicológico do profissional não fazem parte da sua consciência. Experiências vividas em sua história pessoal desde a infância, representações de situações variadas, desejos, preconceitos, valores, entre outros são elementos que compõem este inconsciente.

Antes mesmo que seja estabelecido qualquer tipo de diálogo e durante todo o encontro, querendo ou não, afetamos e somos afetados pelo outro, em nossos aspectos conscientes e inconscientes. O esquema a seguir tenta representar de forma resumida esta relação.

Figura 1: Representação da relação entre consciente e inconsciente durante o encontro entre duas pessoas



Estas afecções acontecem primeiramente nos corpos e seus efeitos se manifestam, em um segundo momento, através de intensidades corporais que então buscarão jeitos, trejeitos, expressões de rosto, postura corporal etc. para poderem se manifestar (ROLNIK, 2007).

Para ficar mais claro, retomemos o exemplo da assistente social. Vamos pensar agora que ela se encontra com um homem, de 50 anos, em situação de rua, alcoolista crônico, que está intoxicado em uma calçada. Neste encontro, em um primeiro momento ocorrem afecções no corpo da assistente social que são captadas através dos sentidos e agem no inconsciente da assistente social. Suponhamos que esta profissional

teve experiência traumática com um homem mais velho, alcoolista, em algum momento de sua vida, mesmo que ainda na infância e que alguma manifestação desse homem atual, no encontro com seu inconsciente, despertou essas memórias. Mesmo que elas não se tornem conscientes, os efeitos deste encontro podem causar uma agitação corporal e um desconforto que podem chegar a se manifestar como um sentimento de raiva e atitudes de ríspidez e impaciência. O mesmo, por exemplo, pode ocorrer com o homem atendido que pode possuir inúmeras experiências prévias desagradáveis com serviços públicos.

Apesar de simplificados, esses exemplos nos ajudam a compreender que, no encontro entre duas pessoas, existem mais elementos em jogo do que aqueles que temos consciência, e as emoções que sentimos são desencadeadas por particularidades e características do encontro e não por características pessoais preestabelecidas.

Segundo Spinoza (DELEUZE, 2002), os encontros podem ser percebidos como bons ou maus encontros, aqueles que “me compõe” ou “me decompõe”. Os bons encontros são aqueles que aumentam a potência do sujeito tornando-o mais ativo e mais capaz de agir, sendo percebidos como um sentimento de alegria. Já os maus encontros diminuem sua potência e o tornam menos capaz de agir, produzindo tristeza. Neste sentido, para além de diferentes emoções, podemos pensar que, a depender da emoção que o encontro despertar na pessoa, ele pode aumentar a capacidade de ação para mudanças do sujeito ou gerar subordinação, desqualificação, redução de vida e desumanização (DELEUZE, 2002; BRASIL, 2013).

Reconhecer os efeitos dos encontros em nós e no outro, transforma nossa forma de pensar e agir no mundo, inclusive a maneira como realizamos qualquer trabalho. Quando não paramos para refletir sobre a complexidade dos afetos envolvidos no trabalho com as pessoas em situação de rua, estamos sujeitos a cair em automatismos, e somos capturados por aquilo que acreditamos ser o certo ou errado.

 Jaqueline é um nome fictício que estamos utilizando para apresentação de um caso real sem expor a identidade da pessoa.

Para refletir um pouco mais sobre os encontros, vamos analisar o Caso Jaqueline, ocorrido em um atendimento de equipe de Consultório na Rua.

Jaqueline tem 32 anos, tem 4 filhos, uma menina de 11 anos, outra menina de 8 anos, um menino de 2 anos e um recém-nascido; todos vivem na rua embaixo de um viaduto em São Paulo. O companheiro de Jaqueline está preso por tráfico de drogas e Jaqueline também possui a mesma atividade.

Todos os encontros de Jaqueline com a equipe de saúde sempre foram muito tumultuados, Jaqueline reagia com agressividade às abordagens, sempre gritando e fazendo escândalos, seja na unidade de saúde ou no próprio viaduto. Em reunião, a equipe resolveu discutir o caso e, à medida que falavam de Jaqueline, era revelada também grande raiva e agressividade da equipe, por julgá-la má mãe, negligente com os filhos, irresponsável e ingrata com a equipe por todos os esforços e cuidados que prestava. Por vezes, aparecia um grande desejo de interditá-la, interná-la por causa do uso de cocaína e chamar o conselho tutelar para abrigar as crianças.

A maior parte da equipe era composta por mulheres, mães que enfrentavam grandes dificuldades sociais para criarem seus filhos. À medida que a discussão foi evoluindo, a equipe pôde se dar conta de seus sentimentos e de que não podia compreender as atitudes de Jaqueline. Percebeu que conhecia pouco da vida dela e que todas as abordagens estavam centradas nas gestações e nas crianças. Era necessário um olhar de cuidado com ela.

No dia seguinte, Jaqueline foi à unidade de saúde e, de forma inédita, foi receptiva com a equipe antes de ser atendida e durante todo o atendimento. Pôde falar um pouco de si e das situações de violência que viveu desde a infância. Desde então, novas possibilidades de cuidado foram abertas.

Quando analisamos esse encontro, podemos atribuir a uma mera coincidência o fato de, exatamente no dia seguinte ao qual a equipe fez a discussão e pôde ter um olhar mais acolhedor para Jaqueline, ela aparecer na unidade mais disponível para uma conversa. Mas será que se trata apenas de uma coincidência?

Se considerarmos que as afecções ocorrem muito antes que qualquer palavra seja emitida, podemos compreender que a agressividade de Jaqueline também era um efeito da própria agressividade e automatismo da equipe trabalhados na reunião. Além disso, ao longo do encontro, à medida que os preconceitos da equipe estavam em suspenso, uma relação mais horizontalizada pôde ser produzida com a valorização daquilo que Jaqueline tinha para falar e, com isso, novas possibilidades de acolhimento, escuta e corresponsabilização puderam ser criadas. Assim, a partir do momento que algumas características do encontro se transformaram, seus efeitos também foram diferentes e um encontro que antes produzia apenas um sentimento de tristeza e despotencialização, tanto para a equipe quanto para Jaqueline, tornou possível produzir alegria e capacidade de ação.

PARA PENSAR...

Pensar sobre o que sentimos permite-nos outros tipos de reações. Por que percebo um encontro como agressivo? Como esse encontro me afeta? O que produzi no outro? Será que esta agressividade foi produzida por mim?

Quando nos dispomos a atuar de forma profissional em trabalhos que envolvem pessoas, principalmente nas profissões em geral chamadas profissões de “ajuda” (como médicos, professores, enfermeiros, assistentes sociais etc.), torna-se necessário nos interrogarmos sobre nossas ações, seja em momentos individuais ou coletivos como em reuniões de equipe. Isso é importante para aumentarmos nosso conhecimento sobre nós e ficarmos atentos às repercussões de nossos atos, sejam eles conscientes ou inconscientes. Quando não estamos abertos ao encontro, à possibilidade de afetarmos e de sermos afetados, podemos agir de forma destrutiva em relação às singularidades do outro, inclusive, quando pensamos que estamos fazendo o bem.

PARA PENSAR...

Com objetivo de criar pessoas saudáveis, socialmente ajustadas e felizes em seus relacionamentos pessoais, muitas vezes, os profissionais da rede intersetorial que trabalha com a população em situação de rua, movimentam-se e mobilizam recursos sociais. Mas o que significa ser saudável nas condições de vida que a rua oferece? O que são pessoas socialmente ajustadas?

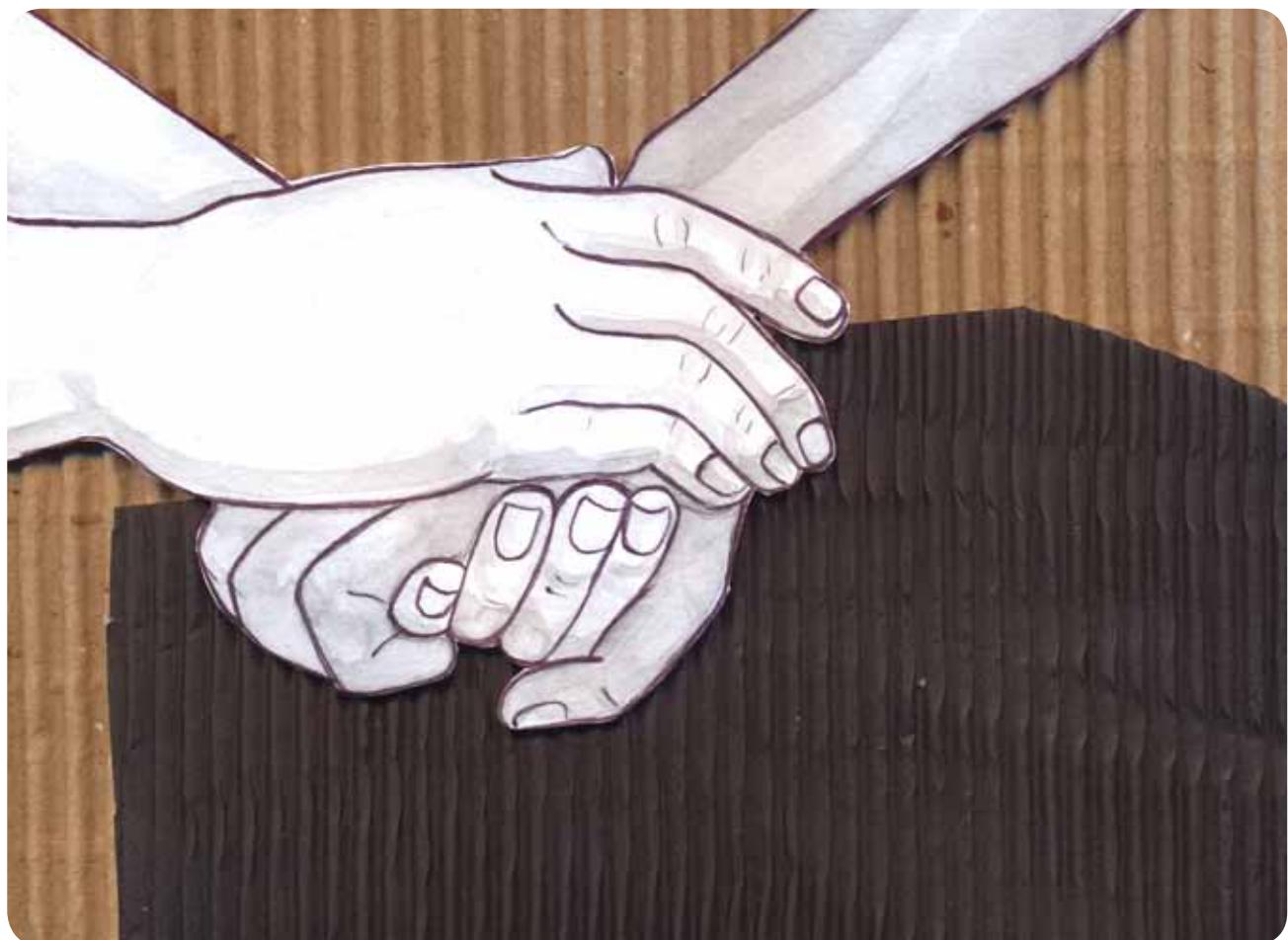
ALIANÇA TERAPÊUTICA E VÍNCULO

Quando utilizamos o termo “terapêutico”, referenciado por sua origem etimológica, associamos a ideia de tratamento e de cura e, em virtude disso, podemos delegar as ações terapêuticas exclusivamente aos profissionais da Saúde. Mas o termo “terapêutico” pode também ser compreendido como uma intervenção que transforma os atores em jogo (KINKER, 2012). Como vimos no item anterior, em todos os encontros que estabelecemos, com algo ou alguém, sempre haverá um potencial terapêutico. Podemos usar como exemplo situações em que nos deparamos com a arte, a música, uma paisagem ou qualquer outra coisa que, ao nos afetar, aumente nossa excitação e nos produza alegria. Na medida em que este encontro aumenta nosso potencial de ação, ele é terapêutico para nós, porque nos ajuda a perseverar na vida.

Podemos então entender que um encontro de um trabalhador da assistência com uma pessoa em situação de rua pode ter um efeito terapêutico, à medida que aumenta a potência de agir do outro, ou seja, que seja capaz de empoderá-lo. Mas também pode ser destrutivo, geralmente, quando um dos sujeitos não respeita a subjetividade e as características do outro.

A partir dessa compreensão do aspecto terapêutico do encontro, podemos pensar então naquilo que pode se estabelecer ao longo dos encontros. Estamos falando da aliança terapêutica e do fortalecimento dos vínculos.

A expressão aliança terapêutica é muito utilizada na Saúde Mental e pode ser descrita como a capacidade de se estabelecer uma relação positiva de trabalho entre profissional e a pessoa atendida mesmo diante dos mecanismos de defesa do atendido. Quando presente, constitui-se relação de cooperação recíproca resultando em uma “união de forças” entre a pessoa atendida e o profissional (MACHADO, 2015).



Apesar de a sua origem estar na psicanálise, a aliança terapêutica está potencialmente presente em outras situações de trabalho com pessoas, não apenas em psicoterapias (MACHADO, 2015), o que nos permite utilizar deste referencial também para pensar na aliança que se estabelece entre o profissional da assistência e a pessoa em situação de rua. Dessa forma, podemos pensar que essa aliança sempre será terapêutica quando estiver estabelecida uma relação de cooperação recíproca entre as partes, com resultados positivos para a maior produção de alegria e potência de ação dos sujeitos.

Podemos então levantar alguns aspectos da aliança terapêutica que devem ser levados em consideração para o trabalho (ARDITO; RABELINO, 2011):

- ❖ As características pessoais e as atitudes do profissional interferem na possibilidade de criação de um clima positivo para o trabalho.
- ❖ Empatia, interesses comuns, confiança e consideração incondicional pelo outro são componentes ativos desta relação.
- ❖ As características desta relação podem variar ao longo do tempo. Inicialmente o profissional pode ser percebido pela pessoa como um suporte para, depois, assumir um papel de colaborador, quando o indivíduo já possui maior autonomia para partilhar responsabilidades e superar seus problemas.
- ❖ O desenvolvimento do trabalho é dinâmico e podem ocorrer rupturas da relação por diversas causas, mas buscar construir os reparos é sempre necessário.
- ❖ A ruptura pode ocorrer quando as expectativas do profissional para com a pessoa assistida são irreais e idealizadas.

PARA PENSAR...

A partir do conceito e dos aspectos aqui apresentados, você consegue pensar em exemplos de alianças terapêuticas estabelecidas em sua prática profissional? Que habilidades e atitudes desempenhadas por você foram relevantes para que essas alianças se estabelecessem?

Acolhimento, empatia, escuta, suporte e esclarecimento/responsabilização podem ser consideradas habilidades e atitudes estruturantes para o estabelecimento de qualquer relação terapêutica (GONÇALVES; FIORI, 2010-2011).

Quando falamos em acolhimento, podemos pensar, por exemplo, em dar abrigo ou ofertar e levar a pessoa para um centro de acolhida; no entanto, para além desse sentido, acolher significa ser receptivo no encontro com o outro, trata-se mais de uma atitude que um processo de trabalho. Um ato de acolhimento sempre abre novas possibilidades para a escuta. O acolhimento está potencialmente presente mesmo em situações onde seja possível acontecer apenas um único encontro (como muitas vezes pode ocorrer nas abordagens realizadas na rua).

A empatia é um importante instrumento de trabalho para os profissionais que trabalham com pessoas. Ela pode ser definida como a habilidade de se colocar no lugar do outro, no sentido de tentar experimentar o que aquele outro esteja vivendo emocional, intelectual e fisicamente. A empatia depende, portanto, de uma esfera afetiva, uma outra mais racional, mas também há questões morais envolvidas. Ela faz parte do trabalho da assistência social pois é por meio dela, da possibilidade que ela nos traz de conseguirmos nos aproximar da vivência das pessoas, que nos mobilizamos e conseguimos nos comunicar com o outro, agindo conforme o que ele estiver nos transmitindo (LAGO, 2008).

Ouvir e escutar são funções diferentes. Podemos ouvir música, por exemplo, sem prestar atenção em sua letra, na mensagem que ela pode passar e nos sentimentos que ela desperta em nós. Quando nos propomos a escutá-la, estamos com nossa atenção direcionada para ela e nos deixamos por ela afetar. O mesmo podemos pensar quando escutamos alguém: algumas habilidades são necessárias para que nossa escuta seja qualificada e possamos atuar terapeuticamente, despertando potencialidades. São elas (FUENTE; VALCÁRCEL, 2014):

- **Producir uma relação com hierarquia plana:** nas profissões que envolvem o relacionamento humano em sua prática existe uma relação de poder possível de se estabelecer entre aquele que necesita do serviço oferecido, que estaria em um lugar subjetivo mais baixo, e aquele que oferece o serviço, o grandioso. Quebrar esta relação e atuar em uma posição mais simétrica é papel do profissional. Para isso, é necessário colocar em suspenso valores, julgamentos, verdades etc. Enfim, tudo aquilo que você possa achar que o outro deveria ser ou fazer e, assim, abrir-se para o encontro.
- **Ver a pessoa como alguém novo e único:** Sempre que utilizamos rótulos para definir alguém como, por exemplo, drogado, louco etc., corremos o risco de estreitar o nosso olhar e, por consequência, as possibilidades de trabalho. Deixar de lado toda a informação que nos chega acerca da pessoa e escutar sua história sem pré-julgamentos, permite-nos identificar vulnerabilidades e potencialidades que possam ser trabalhadas.

- **Conciliar demandas e desejos:** a pessoa em situação de rua pode chegar ao serviço com diversas demandas, como tirar documentos, arrumar emprego, resolver conflitos familiares, problemas com o judiciário etc. Muitas vezes, a pessoa descarrega no profissional um “caminhão” de demandas que, não necessariamente, correspondem aos seus desejos. O profissional tem como desafio ajudar a pessoa a encontrar sentidos para todas essas demandas dentro de sua própria vida e ajustá-las a seus desejos. Isso leva tempo, necessita de vários encontros e pode ser feito através de diversas estratégias, não apenas em atendimento individual.
- **Respeitar o espaço físico e manter distância emocional:** é fundamental respeitar a comunicação verbal e não verbal da pessoa, seus gestos, se faz ou não contato visual, a natureza do seu olhar, a forma de falar, a linguagem que utiliza etc., principalmente quando se tratam de pessoas com transtornos mentais.
- **Respeitar o “timing”, ou seja, o tempo da pessoa, seu ritmo:** isso influencia a escolha da hora de planejar objetivos e de executar as intervenções. Essa atitude possibilita que a pessoa se aproprie das ações e ganhe autonomia.

Caso você identifique algum sinal de transtorno mental durante a escuta (vide Capítulo 12), você deve buscar apoio de um profissional da Saúde para compartilhar o caso.

Enquanto acolhe e escuta, pode ser necessário ao profissional oferecer suporte aos sentimentos envolvidos e aflorados naquele instante. Nem sempre estamos preparados para essa situação, mas, se for possível, o melhor é conter a ansiedade e evitar dar conselhos pessoais ou fazer conclusões precipitadas. Muitas vezes, não é necessário falar nada. A atitude genuína de estar junto pode ser o suficiente para reforçar a segurança da pessoa para seguir na vida e encontrar suas próprias respostas.

Atuar esclarecendo a pessoa em situação de rua com informações relevantes para suas questões também pode ser terapêutico, assim como corresponsabilizar-se na busca de soluções para os problemas sempre que avaliar essa necessidade. Neste último, vale destacar que se corresponsabilizar implica “fazer com” a pessoa, por exemplo, dividindo tarefas ou acompanhando-a em alguma atividade. Isso é diferente de “fazer por”, sem a implicação da pessoa interessada na ação, não ampliando seu potencial de ação.

O fortalecimento de vínculos é abordado no documento *Concepção de Convivência e Fortalecimento de Vínculos* do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (BRASIL, 2013).

À medida que nos aproximamos do potencial terapêutico dos encontros e da aliança terapêutica que pode ser produzida ao longo desta relação, podemos avançar na compreensão do fortalecimento dos vínculos, como um dos resultados do trabalho da assistência social.

De forma geral, podemos pensar o vínculo como o resultado das relações. Segundo o dicionário Houaiss (2016), vínculo pode ser considerado aquilo que liga afetiva ou moralmente duas ou mais pessoas, como um laço. Mas todos os vínculos são iguais?

Na psicanálise, alguns autores consideram o comportamento de vinculação como qualquer ação de um indivíduo para procurar ou manter a proximidade com o outro, percebido como mais capaz de lidar com as situações em geral (BRASIL, 2013). Esta definição é relevante porque nos aponta para um aspecto do vínculo muito importante que é a diferença de poder existente na relação. A depender de como trabalhamos com essa diferença de poder, podemos ter um efeito enfraquecedor, despotencializador ou, até mesmo, destruidor do outro. Isso ocorre, geralmente, quando utilizamos o vínculo para ganhar obediência e subordinação da pessoa àquilo que consideramos o melhor para ela, às regras institucionais e à vida em geral, mesmo que tenhamos a melhor das intenções. Nessa situação, geralmente a relação de vinculação se quebra, mas, nas pessoas mais fragilizadas, o vínculo se mantém e pode produzir relações de dependência e adoecimento.

Podemos dizer que toda aliança terapêutica se constitui através do vínculo, mas nem todo vínculo é terapêutico. Estar atento a isso é fundamental para que o profissional consiga constituir aliança e vínculo terapêuticos a partir dos encontros que realiza em sua prática profissional!

CONCLUINDO...

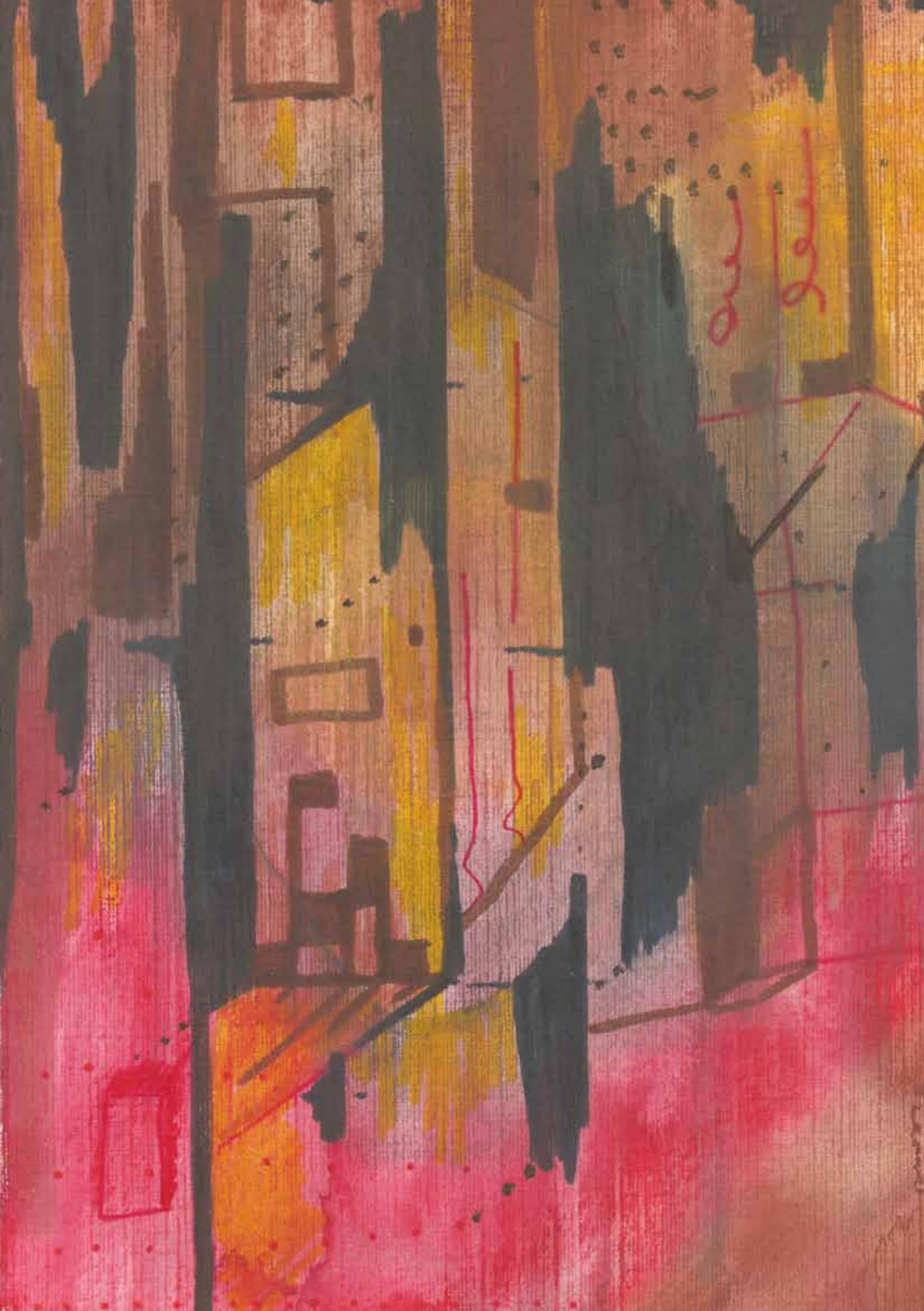
A cada novo relacionamento temos a oportunidade de desempenhar novos papéis; esses papéis não são apenas constituídos por características individuais, mas emergem também das expectativas do outro e da sociedade. Considerando isso, podemos pensar que, em cada novo encontro e através do vínculo, temos a oportunidade de inaugurar novas experiências de relacionamento com o sujeito, a depender do olhar que temos para ele e da apostila que fazemos com ele e isso pode ser transformador.

Além disso, a partir de um encontro acolhedor no qual se escuta atentamente o outro de forma horizontalizada, é possível construir aliança e vínculo terapêuticos com a pessoa. Por meio desse vínculo, podemos também ampliar o olhar para trabalhar as relações de convivência deste sujeito nos grupos a que pertence e, se atuarmos em espaços de convivência, trabalhar ainda novas possibilidades de convivência do grupo entre si.

Mapear e significar a rede de relações do sujeito ajuda-nos a identificar suas potencialidades e fragilidades. O fomento à ampliação e diversificação dos vínculos é, ao mesmo tempo, um fator de proteção social para o sujeito e um importante componente para sua Saúde Mental.

REFERÊNCIAS

- ARDITO, R. B.; RABELINO, D. Therapeutic alliance and outcome of psychotherapy: historical excursus, measurements, and prospects for research. *Frontiers in Psychology*, v. 2, n. 270, out. 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3198542/>>. Acesso em: 5 jul. 2016.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Concepção de Convivência e Fortalecimento de Vínculos**. Brasília, 2013.
- DELEUZE, G. **Espinosa**: filosofia prática. São Paulo: Escuta, 2002.
- FUENTE, A. F.; VALCÁRCEL, M. A. Dar sentido al proceso de rehabilitación psicosocial: uma escucha intersubjetiva. **Informaciones Psiquiátricas**, Barcelona, n. 218, p.29-36., 2014. Disponível em: <<http://informacionespsiquiatricas.com/informe218/files/assets/basic-html/page29.html>>. Acesso em: 5 jul.2016.
- GONÇALVES, D. A.; FIORI, M. L. M. Vínculo, acolhimento e abordagem psicossocial: a prática da integralidade. **Módulo Psicossocial UNA-SUS**. São Paulo, 2010-2011.
- KINKER, S. F. Encontro terapêutico ou processo-metamorfose: desafio dos serviços territoriais e comunitários. **Rev. Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 695-701, out.-dez. 2012.
- LAGO, K. C. **Fadiga por compaixão**: quando ajudar dói. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações) – Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, Brasília, 2008. Disponível em: <<http://repositorio.unb.br/handle/10482/1291>>. Acesso em: 5 jul. 2016.
- MACHADO, D. B. et al. Countertransference and therapeutic alliance in the early stage of adult psychodynamic psychotherapy. **Trends Psychiatry Psychotherapy**, Porto Alegre, v. 37, n. 3, p. 133-142, 2015.
- ROLNIK, S. **Cartografia sentimental**: transformações contemporâneas do desejo. Porto Alegre: Sulina; Editora da UFRGS, 2007.



**primeiro
olhar .
reconhece
o que não
explica**

8

Entrevistando uma pessoa em situação de rua com transtorno mental

Luciana Carvalho e Carmen Santana

A abordagem a uma pessoa em situação de rua precisa levar em consideração uma série de contextos possíveis, bem como as particularidades dessa população. A maneira de se aproximar e obter as informações necessárias para construção de um plano de intervenção pode ser determinante para se estabelecer uma relação ou não com uma pessoa. Neste capítulo, daremos algumas sugestões de como abordar e entrevistar uma pessoa em situação de rua com transtorno mental.

CADA PESSOA TEM UMA HISTÓRIA ÚNICA

Você sabia que não existe um típico morador de rua? Ele pode viver sozinho, com a família ou com grupo de amigos. Pode estar desempregado, ter trabalho, viver de pequenos bicos, ou completamente desocupado, passando o dia todo buscando a próxima refeição. Pode ser alguém que saiu recentemente do sistema prisional, ou mesmo um fugitivo da polícia.

A pessoa pode ter problemas com álcool, com drogas ou não. Pode ter sofrido ou praticado violência doméstica e, por esse motivo, não consegue mais conviver com a família de origem. Pode ser “trecheiro”, viajante que resolveu sair pelo mundo, conhecendo as ruas.

A pessoa pode ser um(a) trabalhador(a) do sexo, que tira daí o sustento de sua vida e seu vício.

Alguém que perdeu tudo em um incêndio ou enchente em uma favela e está sem ter para onde ir, sem dinheiro para pagar aluguel. Uma pessoa

com transtorno mental grave, que precisa de tratamento, apoio e uma estrutura que a ajude a cuidar de si.

A pessoa pode estar na rua há muitos anos (situação de rua crônica), pode passar na rua algum período que consome mais drogas ou que realiza trabalhos sazonais no centro da cidade (situação de rua episódica). Ou ainda, pode estar apenas há alguns dias na rua porque não tem como pagar um lugar para morar.

A vida nas ruas exige inteligência e habilidades. Portanto, quando nos defrontamos com alguém nessa situação, é importante nos livrarmos dos preconceitos para que a pessoa se apresente, e diga sobre si o que considerar importante. Você não precisa concordar com ela e com o seu modo de vida, mas não deve julgar, discriminá-la ou tratar mal aquele que não vive, não pode ou não gostaria de viver de acordo com os seus valores pessoais.

Por causa dessa diversidade das pessoas em situação de rua, o profissional da assistência social deve estar preparado para se deparar com os mais diversos perfis e se atentar à forma que lida com eles, desenvolvendo estratégias para realizar seus atendimentos em diferentes situações.

UMA AJUDA PARA ATUAR JUNTO A ESSA COMPLEXIDADE: ENTREVISTAS

Nos capítulos anteriores, discutimos o encontro, as relações interpessoais e como suspeitar que alguém apresenta um transtorno mental. O profissional da assistência social que trabalha com a situação de rua vai se deparar com várias histórias diferentes e, vez ou outra, com pessoas com transtornos mentais. Para auxiliar a atuação desse profissional, vamos apresentar alguns pontos importantes na condução de entrevistas com pessoas em situação de rua com transtorno mental.

Inicialmente, vamos esclarecer a diferença entre entrevista e conversa. A entrevista é um diálogo estruturado, em que há um entrevistador e um entrevistado. É papel do entrevistador realizar perguntas a fim de obter informações. Assim, há uma diferença de papéis, é uma relação desigual. Já numa conversa ocorre troca de informações, não precisa haver uma estrutura para orientar as falas e a relação é mais igual. Normalmente, o profissional da assistência social, quando em contato com a pessoa em situação de rua, realiza entrevistas, porém, devemos ter cuidado para que elas se aproximem mais de conversas ou diálogos do que de interrogatórios.



Entrevista	Conversa
<ul style="list-style-type: none"> • Papéis definidos: entrevistador e entrevistado • Possui estrutura • Motivada pela necessidade de obter informações 	<ul style="list-style-type: none"> • Não há papéis definidos • Não há estrutura para as falas • Motivada pelo desejo ou contexto

Para caracterizar melhor as entrevistas no contexto da situação de rua e na presença de transtornos mentais, devemos considerar que há uma variedade de ambientes onde o profissional da assistência social poderá se encontrar com uma pessoa em situação de rua. Além disso, o papel do profissional varia a partir do serviço em que está trabalhando e do tipo de trabalho para o qual foi contratado.

Assim, antes de se iniciar uma entrevista, é importante que o profissional tenha o contexto claro para si:

- ✿ Em nome de que **instituição** o profissional está falando e qual o seu papel no seu trabalho específico.
- ✿ Com que **objetivo** será feita a entrevista (acolhimento, estabelecer vínculo, oferecer tratamento etc.) e quais as possíveis **expectativas do entrevistado**.
- ✿ **Onde** se dará a entrevista (na rua, na sala do profissional, em local de convivência etc.).
- ✿ Qual o **possível transtorno** que o paciente tem (ex.: depressão, psicose, dependência química); com isso, pode-se saber em que pontos insistir ou não.

Com base nesses pontos, é possível realizar o planejamento do contato e estabelecer os caminhos da entrevista. Apesar de haver especificidades, há alguns pontos que auxiliam a condução de entrevistas e conversas. Além disso, a entrevista em si é uma ferramenta importíssima, não é apenas uma forma de obter informações, ela está inserida num encontro e, conforme discutimos anteriormente, há bons e maus encontros.

Estabelecido o objetivo da entrevista e tendo o contexto claro para o profissional, vamos falar de alguns pontos a serem levados em conta na entrevista.

É importante lembrar que mais de uma entrevista é necessária para se obter todas as informações que precisamos. Pessoas em situação de rua podem ser bastante desconfiadas e não revelarão todas as informações facilmente em um único encontro. A construção de vínculo e de confiança deve vir antes e leva mais tempo na situação de rua. Assim, é preciso ter paciência para obter respostas às perguntas necessárias, conforme for possível.

A seguir, colocamos algumas perguntas que servem para auxiliar o profissional a levantar elementos que lhe serão úteis quando em contato com a pessoa, entender que assuntos poderão ser conversados e quais assuntos deverão ser evitados (principalmente numa primeira conversa). Essas podem ser respondidas antes do contato, caso haja acesso a essas informações, durante o contato ou até numa discussão do caso.

O que observar em uma entrevista?

Durante a observação, devemos atentar a aspectos objetivos e subjetivos. Em forma de perguntas, apresentamos a seguir alguns desses aspectos.

- ❖ Como a pessoa costuma aceitar a aproximação de outras pessoas?
 - Há um perfil específico de pessoas que ela aceita (ex.: crianças, pessoas com aeventais) e outro que não aceita (ex.: policiais)? Diante disso, há algo que eu possa representar ou fazer que essa pessoa não aceitará bem?
 - Há uma ou algumas pessoas específicas que ela aceita aproximação? Por que ela aceita aproximação dessas pessoas específicas (o que elas representam, como elas agem)?
- ❖ Que comportamentos podem ser observados?
 - Ela se mostra esquiva, foge do contato, parece assustada? Está atenta ao ambiente ao redor, faz pouco contato visual?
 - Há algum lugar em que se sente segura? Há algum objeto que ela sempre carregue?
 - Como as pessoas da vizinhança reagem a ela? É uma pessoa que gera compaixão e os vizinhos levam coisas a ela ou é alguém visto como agressivo e de quem as pessoas se afastam? Ou ela passa desapercebida?
 - A pessoa tem um humor constante ou muda bastante? Que humor constante é esse? Como são essas mudanças que ocorrem? Há relação com uso de drogas?

Faça o exercício de descrever (e escrever!) os comportamentos observados, sentimentos expressos, forma de interação com o ambiente. Não se preocupe em usar termos técnicos. Não tente explicar ou procurar motivos para que as pessoas estejam agindo desse jeito, apenas observe e descreva!

- ❖ O que parece ser importante à pessoa?
 - Há algum pedido feito constantemente?
 - Há algo que todos veem como um problema, mas a pessoa parece não perceber?
 - O que a pessoa enxerga como um problema?
 - O que ela gostaria de mudar em sua situação?
 - Que dados eu tenho que me fazem achar que isso ou aquilo é importante para aquela pessoa específica?
- ❖ Que sentimentos essa pessoa provoca nos profissionais?
 - O que o entrevistador sentiu? (sem explicar os sentimentos, apenas nomeá-los)

Foque nos dados, não caia em uma generalização sobre pessoas em situação de rua ou algo que ache importante para você.



- Se havia outras pessoas na entrevista, o que elas sentiram?
- Foi uma entrevista fácil ou difícil? Por quê?

Ao final desse levantamento de observações, olhe-o uma segunda vez. Identifique nas suas observações as informações que te auxiliarão e, a partir delas, pense sobre seu objetivo na entrevista e na adequação do planejamento inicial do serviço para a pessoa. Faça mudanças, se necessário, e elabore as estratégias de abordagem.

Como conduzir entrevistas

Uma vez feito um contato com a pessoa e iniciada uma tentativa de estabelecer uma relação, pode se iniciar a entrevista. Devemos lembrar que ela não é inócuia: ao conversarmos com uma pessoa afetamos e somos afetados, processo que se inicia mesmo antes de dizermos qualquer coisa. Assim, podemos entender que uma entrevista pode produzir efeitos e buscamos que eles sejam positivos e transformadores nas pessoas envolvidas.

 O conceito ampliado de Saúde foi apresentado no Capítulo 1 deste livro.

Para nos auxiliar a explorar esse potencial da entrevista, apresentaremos o conceito de **comunicação terapêutica**, que é bastante usado na área da Saúde. Ela considera o conceito ampliado de saúde e pode ser definida como: “Habilidade do profissional em usar seu conhecimento sobre comunicação para ajudar a pessoa com tensão temporária a conviver com outras pessoas, ajustar-se ao que não pode ser mudado e a superar os bloqueios à autorrealização” (SILVA, 2002).

A comunicação faz parte do trabalho do profissional de Saúde e da assistência social. É importante saber ler as mensagens: tanto as que passamos quanto as que recebemos. Assim, algumas técnicas de comunicação terapêutica podem auxiliar profissionais a utilizar a potência dos encontros e a conduzir entrevistas. A seguir, vamos enumerar algumas orientações de como conduzir uma entrevista com base nos princípios da comunicação terapêutica.

1) Formar vínculo

 Questões relacionadas ao vínculo e seu fortalecimento foram discutidas no Capítulo 7 desse livro.

Vínculo é algo que liga as pessoas e, nas relações humanas, aparece como resultado da convivência. Durante uma entrevista, há elementos importantes do contato que nos auxiliam a formar vínculo:

- Olhar a pessoa
- Demonstrar interesse e respeito
- Não julgar
- Iniciar a conversa fazendo perguntas fáceis de responder e trazendo assuntos gerais (“quebra-gelo”)

2) Fazer perguntas abertas

O jeito como perguntamos determina a forma com as pessoas respondem, pois é uma maneira de dizer ao outro o que nos interessa, o que estamos procurando. Assim, principalmente no início, é importante fazermos perguntas abertas para que a pessoa possa trazer espontaneamente o que de fato está acontecendo ou que é importante a ela. Com isso, o canal de comunicação fica aberto e a pessoa pode sentir-se à vontade para trazer qualquer assunto.

Perguntas como: "Como você está?" ou "O que você está pensando?", são exemplos de perguntas abertas para iniciar um contato.

Ao longo da entrevista, podemos fazer perguntas fechadas, elas serão necessárias (ex.: "Qual a sua data de nascimento?" ou "Quando foi a última vez que você foi ao médico?"). Porém, devemos ter cuidado com a maneira como perguntamos, pois podemos expressar reprovação (ex.: "Você não sabe sua data de nascimento, não é?" ou "Você não tem ido ao médico, não é?"). Além disso, elas podem ser indutoras, pois deixamos a nossa opinião transparecer, de alguma forma (ex.: "Você quer ir para um centro de acolhida, não quer?" o que é diferente de "Você já pensou em ir para um centro de acolhida?").

3) Escutar

Escutar não é uma tarefa fácil, pois as palavras que estão sendo ditas mobilizam pensamentos, afetos e comportamentos no interlocutor. Este pode estar quieto, mas internamente estar bastante ativo.

Quando estamos no lugar daquele que escuta, temos que aprender a escolher ao que vamos dar atenção. No trabalho da assistência social é importante escutar tendo o objetivo do contato em mente, assim, os elementos da fala da pessoa adquirirão relevância a partir dos pontos que considerarmos importantes para fazermos nosso trabalho. Devemos identificar quais os pontos importantes da história da pessoa para nós como profissionais e para ela. E podemos nos valer deles em momentos diferentes e de formas distintas.

Outro ponto importante ao se escutar, é perceber se há uma queixa ou demanda que se repete. Neste quesito, é importante se questionar sobre o que esta queixa ou demanda pode significar. Por exemplo, algumas queixas físicas podem ser uma forma de expressar um sofrimento psicológico. No caso de transtornos mentais, elementos que se repetem podem ter outros significados, mas o fato é que eles merecem atenção e reflexão, senão a pessoa não insistiria em falar deles.

Por fim, devemos aprender a respeitar pausas e silêncios, às vezes, eles são necessários. Muitas vezes, sentimos obrigação de falar e resolver, para mostrar controle da situação e provar nossa competência.

4) Atentar para a comunicação não verbal

No capítulo anterior, discutimos algumas questões relacionadas aos efeitos de encontros em nossos corpos e como, através deles, podemos nos expressar inconscientemente.

Alguns estudiosos falam que nossa comunicação é composta (SILVA, 2002):

- 7 % por palavras
- 38% por sinais paralingüísticos (entonação de voz, velocidade da pronúncia etc.)
- 55% por sinais do corpo

Ou seja, estima-se que mais da metade do que expressamos é pela via do corpo, portanto, não verbal. Com isso, quando estamos em situações que nos causam desconforto, devemos prestar atenção em como estamos nos manifestando com nosso corpo, pois essas mensagens serão lidas pelo nosso interlocutor e isso influenciará no caminhar da entrevista.

5) Intervenções verbais

Quando estamos dialogando com uma pessoa, nossas perguntas e respostas levam a conversa para caminhos diferentes. Isso acontece mesmo quando somos entrevistadores e temos perguntas prontas: podemos ter que mudá-las por conta das respostas que recebemos.

Existem algumas técnicas que nos permitem usar nossas palavras e frases a favor de um objetivo e propiciar transformações. Essas intervenções verbais, escolhidas a partir do que a fala do outro nos traz, são simples, não se propõem a iniciar uma terapia, mas têm efeitos observáveis. A seguir, enumeramos algumas dessas intervenções:

• Repetir

Repetir o que uma pessoa disse com as mesmas palavras ou de uma maneira diferente é uma forma de fazer a pessoa perceber algo novo em suas colocações. Também é uma alternativa de deixar claro ao interlocutor que aquele ponto tem uma importância e mereceu ser colocado em evidência.

• Resumir

Muitas vezes, a pessoa pode nos contar uma história longa com diversos fatos, sentimentos e pensamentos envolvidos. Mesmo a pessoa não estando propriamente confusa, a história pode nos parecer bagunçada. Retomar os fatos e elementos da história, colocá-los

em ordem cronológica, localizar os sentimentos e pensamentos nela, conseguindo, assim, fazer um resumo, pode ter um grande impacto na pessoa, ao perceber ligações que antes não enxergava.

Relacionar ideias

Uma pessoa pode trazer relações de causa e efeito em seu discurso de forma fragmentada, ou falar algo em um momento e depois trazer algo parecido quando fala de outra situação. Nessas situações, podemos fazer as ligações entre esses elementos e falar à pessoa, auxiliando-a a se perceber melhor.

Apontar sentimentos

Uma pessoa pode estar nos contando uma história em que está claro o sentimento que ela expressa, porém ela não o verbaliza, não coloca em palavras. Podemos auxiliá-la a aceitar e a se apropriar dessas emoções ou sentimentos falando deles.

Por exemplo: “Pelo que você está me dizendo, o fato de você ter perdido o seu trabalho o deixou muito envergonhado, decepcionado, triste e isso fez com que você aumentasse o seu consumo de álcool”.

Clarificar

É uma forma de auxiliar a pessoa a entrar em contato com a realidade a partir da validação do que foi dito. Ajudar a clarificar sentimentos, ideias e percepções, possibilitar uma ligação explícita entre sentimentos e ações.

Por exemplo: “Não entendi muito bem, você quer dizer que quando você tem que esperar na fila para ser atendido, você sente raiva e, então, começa a falar alto e provocar as pessoas. É isso?”

Ajudar a encontrar soluções

A pessoa pode nos contar uma situação em que exemplifica como tenta resolver seus problemas. Muitas vezes, as pessoas persistem em estratégias ruins de solução por não conhecerem outras. Quando já se construiu uma relação de maior confiança e a pessoa já consegue identificar melhor seus problemas e conflitos, podemos apresentar condutas alternativas à solução de problemas. Aqui, devemos ter o cuidado de não falar em primeira pessoa, falando como “eu faria” ou como “eu acho que deveria acontecer”, pois não se trata de opiniões pessoais.

Por exemplo: “Você já pensou em agir de outra maneira, diferente da que vem fazendo com sua família? O que acha de tentar dialogar no lugar de usar drogas para atingi-la, como você vem dizendo que faz?”

O que não se pode fazer

- ✿ Mentir, prometer e seduzir
- ✿ Chamar por nomes jocosos
- ✿ Ser agressivo ou ríspido
- ✿ Desafiar a pessoa entrevistada
- ✿ Ameaçar a pessoa entrevistada
- ✿ Manipular ou testar a pessoa entrevistada
- ✿ Julgar e dar opinião pessoal
- ✿ Tentar fazer a pessoa entrevistada acreditar na crença pessoal do entrevistador

6) Expor limites

Qualquer trabalho está subordinado a diversos limites impostos pela instituição em que se trabalha, número de horas de trabalho, recursos disponíveis para encaminhamentos, oferta de serviços, presença de outros profissionais para nos auxiliarem etc. Assim, é importante conhecer os limites reais do seu trabalho, seja na forma de regras ou pela ausência de suporte. Muitas vezes, teremos que passar esses limites às pessoas que atendemos, de forma a buscar um atendimento mais equânime às pessoas que nos procuram, dado que todos têm direitos iguais. Isso pode não ser fácil.

Uma situação comum de casos em que os limites precisam ficar claros seria a de um atendimento com hora marcada e, de repente, aparece outra pessoa, que não apresenta critérios para ter um atendimento emergencial, exigindo atendimento. Nesse momento, deve-se colocar o limite, explicitando as regras e as razões para não haver atendimento imediato (“Não posso te atender neste momento, pois o João já estava me esperando, você terá que aguardar um pouco.”)

O que perguntar a uma pessoa que provavelmente tenha um transtorno mental?

Nos itens anteriores discutimos questões a que devemos nos atentar numa entrevista com pessoas em situação de rua e com provável transtorno mental associado. É difícil estabelecer um questionário fechado com um grupo de perguntas a serem feitas, pois a entrevista é dinâmica e para ser boa e envolvente deve parecer uma conversa.

Assim, neste item, apresentaremos um formato de entrevista-padrão e algumas perguntas, porém, elas não devem ser feitas de forma mecânica como um questionário. O objetivo deste quadro é auxiliar na organização de ideias e de informações.

● **Informações a se obter de uma pessoa com provável transtorno mental**

Informações gerais:

- Nome
- Gênero
- Estado civil
- Nível de escolaridade
- Trabalho atual e/ou prévio
- Religião

Identificar o problema de Saúde Mental:

- Há algo que está incomodando ou preocupando você?
- Qual o problema mais importante que você está enfrentando?
- Como você tem se sentido a maior parte do tempo?

Detalhar o problema de Saúde Mental:

- Há quanto tempo você sente/se preocupa/tem isso?
- Você já sentia/se preocupava/tinha isso antes de viver na rua/ em centro de acolhida?
- Está piorando?
- Você já buscou ajuda para esse problema?
- Você está fazendo tratamento para esse problema? Se sim, onde você está fazendo tratamento?

Se a pessoa falar abertamente sobre uso de álcool e drogas, questionar:

- Que drogas você usa atualmente?
- Você usa todo dia? Toda semana? Todo mês?
- Mais ou menos quanto você usa (por dia, por semana)?

Dicas:

- Tentar estabelecer quantidade mais precisa, não apenas “muito” ou “pouco”. Se a pessoa disser “muito”, pergunte: O que é “muito?”
- Sugerir quantidades precisas pode ajudar. Além disso, exagerar a quantidade exemplificada ajuda a pessoa a se sentir menos julgada e responder honestamente. Exemplo: Você disse que bebe muito e todo dia, mas quanto é “muito”? São cinco garrafas de pinga por dia, por exemplo?
- Qual o maior problema que você acha que tem por causa do uso?

Busca por ajuda:

- Você já buscou ajuda para o seu problema?
- Se sim, teve algo que funcionou? Teve algo que deu errado?

- Se não, por que nunca buscou ajuda?
- Quando você precisa de ajuda para qualquer problema (pode separar problemas de saúde de outros), que lugares ou pessoas você procura?

Identificar problemas clínicos de saúde:

- Você tem alguma doença como diabetes ou pressão alta?
- Você toma algum remédio todo dia?
- Se sim, qual? Você sabe para quê você toma esse remédio?
- Quem prescreve esse remédio?
- Há algum serviço de saúde onde você faz acompanhamento?
- Tem alguma equipe de saúde que você encontra de vez em quando?

Como abordar uma pessoa que está vivendo na rua

A seguir, damos algumas dicas de como você pode se aproximar de uma pessoa que está vivendo na rua, considerando tudo o que dissemos neste capítulo e no anterior sobre encontros.

- Inicialmente, observar de longe para ter uma ideia de como a pessoa está e do que ela possa estar precisando.
- Aproxime-se respeitosamente. Peça licença para se sentar próximo a ela.
- Ofereça objetos relacionados à segurança que ela pareça precisar: comida, abrigo, cobertor, água.
- Resista à tentação de oferecer objetos que sirvam apenas para conforto em vez de segurança, pois isso pode ser mal visto pela pessoa. O objetivo é estabelecer uma relação de empatia, com respeito aos desejos da pessoa, e criar oportunidades para que a pessoa seja abrigada ou inicie tratamento.
- A não ser que a pessoa indique que queira conversar mais, mantenha sua interação breve (aproximadamente 2 minutos) para evitar desgastar o contato.

CONCLUINDO...

De maneira geral, os itens apresentados podem ser utilizados em qualquer conversa ou entrevista. Existem algumas características específicas de determinados transtornos mentais que farão com que algumas das orientações não se adequem sempre, porém, não há como descrever cada situação detalhadamente.

O importante é reconhecer o potencial de um encontro e de uma conversa, assim como aprender a escutar e se questionar sobre os

significados das manifestações e pedidos das pessoas. Além disso, não é o papel do profissional da assistência social realizar sozinho a atenção de alguém com transtornos mentais. Por isso, aproximar-se da equipe de saúde responsável e trocar informações é de extrema importância, pois seus profissionais podem auxiliar de forma que as entrevistas se tornem mais direcionadas aos objetivos decididos em conjunto.

REFERÊNCIAS

JORGE, M. S. B. et al. Promoção da Saúde Mental – Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3051-3060, 2011.

PATEL, V. **Where there is no psychiatrist**: a mental health care manual. Glasgow: Gaskell, 2003.

RIBEIRO, M. S. **Ferramentas para descomplicar a atenção em saúde mental**. Juiz de Fora: UFJF, 2007.

SILVA, M. J. P. **Comunicação tem remédio**: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. 3. ed. São Paulo: Loyola, 2002.

SOUZA, C. T. A prática do assistente social: conhecimento, instrumentalidade e intervenção profissional. **Emancipação**, Ponta Grossa, v. 8, n. 1, p. 119-132, 2008.

SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION (SAMHSA). **Behavioral health services for people who are homeless**. TRockville, MD, 2013. (Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 55, HHS Publication n. (SMA) 13-4734). Disponível em: <<http://store.samhsa.gov/product/TIP-55-Behavioral-Health-Services-for-People-Who-Are-Homeless/SMA15-4734>>. Acesso em: jul. 2016.

VASCONCELOS, A. M. Serviço social e práticas democráticas na saúde. In: MOTA, A. E. S. Et al (Org.). **Serviço social e saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez Editora, 2006, p. 1-32. Disponível em: <http://www.sbfa.org.br/fnepas/pdf/servico_social_saude/texto2-5.pdf>. Acesso em: jul. 2016.

PARA REVISAR A PARTE 3....

Na Parte 3, você foi apresentado a conceitos que nos ajudam a compreender a dimensão e o potencial transformador que os relacionamentos com as pessoas que atendemos representam para o trabalho com a situação de rua: conceito de vínculos, aliança terapêutica e comunicação terapêutica. Também vimos a importância da entrevista como estratégia para abordagem.

Agora convidamos você a refletir sobre os temas apresentados e responder algumas questões que vão auxiliar no processo de aprendizagem desses conceitos.

Vamos lá?



Conceitos importantes

Tendo como base os conceitos apresentados na Parte 3, assinale a alternativa correta. Lembre-se que você pode consultar o texto sempre que desejar.

1. O conceito de inconsciente pode nos auxiliar na compreensão do que acontece quando duas ou mais pessoas se encontram. Considerando os conceitos apresentados, podemos dizer sobre o inconsciente:

a. () Para Freud, a maior parte do aparelho psíquico de uma pessoa é composta pelo chamado inconsciente e a consciência é apenas uma pequena parte da noção de si que o indivíduo tem.

b. () O conteúdo consciente é composto por experiências vividas em sua história pessoal desde a infância, representações de situações variadas, desejos, preconceitos, valores, entre outros.

c. () No encontro entre duas pessoas, os elementos que temos consciência são os mais importantes a serem considerados.

d. () Todas as afirmativas estão corretas.

2. Sobre o conceito de “encontro terapêutico”, é correto afirmar que:

a. () Transforma os atores em jogo.

b. () Promove o empoderamento.

c. () Aumenta o potencial de ação.

d. () Todas as afirmativas estão corretas.

3. Sobre a expressão “aliança terapêutica” podemos dizer que:

- a. () É a capacidade de se estabelecer uma relação de autoridade entre profissional e a pessoa atendida.
- b. () É terapêutica quando estiver estabelecida uma relação de dependência entre as partes.
- c. () Empatia, interesses comuns, confiança e consideração incondicional pelo outro são componentes ativos desta relação.
- d. () As características pessoais e as atitudes do profissional não interferem na possibilidade de criação de um clima positivo para o trabalho.

4. A escuta qualificada é uma importante ferramenta para a construção de alianças terapêuticas e fortalecimento de vínculos. Identifique as habilidades necessárias para uma escuta qualificada.

- a. () Produzir uma relação hierarquizada, conciliar demandas e desejos, respeitar e manter distância física.
- b. () Produzir uma relação com hierarquia plana, ver a pessoa como alguém novo e único, conciliar demandas e desejos, respeitar o espaço físico e manter distância emocional, respeitar o “timing”, ou seja, o tempo da pessoa, seu ritmo.
- c. () Respeitar o espaço físico e manter distância emocional, produzir uma relação de autoridade, ver a pessoa como alguém que não consegue expressar suas ideias e necessidades
- d. () Respeitar o espaço físico e manter distância emocional, produzir uma relação de autoridade, ver a pessoa como alguém que não consegue expressar suas ideias e necessidades, falar rapidamente para não ultrapassar o tempo planejado

5. A abordagem a uma pessoa em situação de rua tem particularidades e diversos contextos possíveis. Conhecer esses contextos e ter uma estratégia de aproximação é extremamente importante para o estabelecimento desta relação. Pensando na entrevista como uma importante ferramenta para conhecer essas variáveis, é correto afirmar que:

- a. () Não há diferença entre uma entrevista e uma conversa. Por meio de ambas podemos obter informações sobre a pessoa.

- b. () Em uma entrevista, os papéis são definidos (entrevistado e entrevistador), há uma estrutura e a motivação é a necessidade de obter informações. Enquanto que na conversa, não há papéis definidos, as falas não são estruturadas e a motivação é o desejo ou o contexto.
- c. () Em uma conversa e em uma entrevista, os papéis são definidos e estruturados. A motivação em ambos é a estruturação das falas e contexto.
- d. () Tanto na entrevista como na conversa, deve haver um interro-gatório para que sejam obtidas as informações necessárias.

6. As técnicas de comunicação terapêutica podem auxiliar a condução de entrevistas, ajudando profissionais a estabelecerem um processo de comunicação eficaz. Pensando nelas, enumere a coluna à direita de acordo com as técnicas apresentadas na coluna à esquerda.

a) Formar vínculo	() Através do nosso corpo podemos nos expressar inconscientemente. Estima-se que mais da metade do que expressamos é por meio da linguagem corporal, portanto, não verbal.
b) Fazer perguntas abertas	() É importante fazermos perguntas abertas para que a pessoa possa trazer espontaneamente o que de fato está acontecendo ou que é importante a ela. Perguntas como: “Como você está?” ou “O que você está pensando?”
c) Escutar	() Quando estamos dialogando com uma pessoa, nossas perguntas e respostas levam a conversa para caminhos diferentes. Clarificar sentimentos, ideias e percepções, possibilita uma ligação explícita entre sentimentos e ações. Por exemplo: “Não entendi muito bem, você quer dizer que quando você tem que esperar na fila para ser atendido, você sente raiva e, então, começa a falar alto e provocar as pessoas. É isso? ”
d) Atentar para a comunicação não verbal	() É algo que liga as pessoas e, nas relações humanas, aparece como resultado da convivência.
e) Intervenções verbais	() É importante conhecer os limites reais do seu trabalho, seja na forma de regras ou pela ausência de suporte. Muitas vezes, teremos que passar esses limites às pessoas que atendemos, de forma a buscar um atendimento mais equânime às pessoas que nos procuram, dado que todos têm direitos iguais.
f) Expor limites	() Não é uma tarefa fácil, pois as palavras que estão sendo ditas mobilizam pensamentos, afetos e comportamentos no interlocutor. Importante escutar tendo o objetivo do contato em mente, assim, os elementos da fala da pessoa adquirirão relevância a partir dos pontos que considerarmos importantes para fazermos nosso trabalho.



Sessão pipoca!

Agora que você conhece um pouco mais sobre vínculos, alianças terapêuticas vamos propor que você relaxe um pouco e assista um bom filme. Pode ser?

Indicamos o filme “O contador de histórias”.

O filme é biográfico, conta a história de Roberto Carlos, um menino que aos 6 anos foi internado em uma instituição e lá permanece até os 13 anos quando encontra uma pesquisadora francesa que faz toda a diferença na vida dele. De forma muito especial, ela consegue estabelecer uma relação de confiança com o menino e ele conta sua história...

Ao assistir o filme, perceba quais estratégias foram utilizadas para estabelecer o vínculo entre eles. Quais as estratégias para lidar com as dificuldades e frustrações?

E, na sua prática profissional, quais estratégias você está utilizando?

Ficha técnica:

O contador de histórias (2009)
Duração: 1h10min
Direção: Luiz Villaça
Gênero: Drama





Minhas anotações

RESPOSTA DAS ATIVIDADES:

Conceitos importantes

- 1.** a
- 2.** d
- 3.** c
- 4.** b
- 5.** b
- 6.** d, b, e, a, f, c

PARTIE

IV

deitada na
calçada
entorpecida de
uma droga
qualquer sonha
que sonha deitada
em uma cama
ganhando
cafuné

9

Principais transtornos mentais

Luciana Carvalho, Carolina Chaccur Abou Jamra e Carmen Santana

Uma das formas de conseguir lidar melhor com uma pessoa com transtorno mental é saber identificar cada um deles. Os principais transtornos mentais são divididos: em comuns (depressão e ansiedade); severos ou graves (quadros psicóticos breves, transtorno afetivo bipolar e esquizofrenia); e os transtornos mentais decorrentes do uso problemático de drogas. Neste capítulo, abordaremos os tipos mais frequentemente encontrados na assistência às pessoas em situação de rua com vistas a ajudá-lo na sua prática profissional.

TRANSTORNOS COMUNS: DEPRESSÃO E ANSIEDADE

Tristeza e ansiedade são sentimentos que todos nós sentimos e não devem ser considerados doença. É esperado, por exemplo, que nos sintamos ansiosos com as questões que a vida nos apresenta e que fogem ao nosso controle. O mesmo ocorre quando sentimos tristeza diante de uma perda ou luto. Isso não é diferente com as pessoas em situação de rua. A ruptura de vínculos familiares, dificuldade para conseguir trabalho e renda, exposição à violência dos mais diversos tipos, entre outros, são fatos que podem causar tristeza e/ou ansiedade e não devem ser encarados como patológicos.

Muitas vezes, a possibilidade de conversar com alguém sobre essas questões já serve como alívio para esses sentimentos. Quando falamos, temos possibilidade de dar sentido para sentimentos que nos causam pressão e criar novas possibilidades de significá-los.

Para algumas pessoas, porém, esses sentimentos podem se tornar exagerados, apresentando-se muito intensos e até presentes em todas as

esferas da vida, levando a prejuízos de vários tipos. Por exemplo, um senhor que há cinco anos ficou viúvo e desde a morte de sua esposa não conseguiu retornar ao trabalho e tão pouco cuidar da casa, recorreu ao álcool para aliviar seu sofrimento e hoje vive em situação de rua.

Observar prejuízos, perdas e dificuldades nos ajuda a dimensionar a magnitude do sofrimento.

Outro ponto que observamos é uma mudança no funcionamento da pessoa, ou seja, se alguém possuía um determinado modo de levar a vida e, a partir de um determinado período de tempo, as coisas mudaram e a pessoa passou a ter dificuldades em várias áreas de sua vida, isso pode ser um indicativo importante de transtorno mental. Assim, para além da observação de sintomas, é importante perceber em que esfera da vida a pessoa encontra dificuldades e perdas para, com ela, poder pensar seu cuidado e novos projetos de vida.

Depressão

Quando falamos em depressão, já estamos tratando de um diagnóstico de transtorno mental. Na nossa cultura, muitas vezes, as pessoas falam que estão “deprimidas” mesmo sem terem um diagnóstico formal. Depressão virou um sinônimo de tristeza! Assim, é importante tomar cuidado em como interpretamos o que nos é dito e como conversamos com outros profissionais sobre uma pessoa. Usar a palavra “depressão” ou “deprimido” no contexto de uma discussão de equipe tem um significado maior do que “tristeza” ou “triste”, pois significa a presença de um diagnóstico de transtorno mental.

Muitas pessoas acham que depressão não é um problema de saúde. Não é incomum ouvirmos pessoas falando que é “frescura” ou “fraqueza” ou “falta do que fazer”. Essas opiniões contêm julgamentos de valor. Deveremos tomar cuidado com elas, pois podem impedir que profissionais deem a atenção adequada e proponham intervenções a quadros depressivos, além de fazerem a pessoa deprimida se achar culpada por se sentir dessa maneira e uma fracassada por não ser forte o suficiente para mudar.

O importante é não negligenciar o sofrimento das pessoas, independentemente do caráter delas, do que pensamos, sabemos ou sentimos por ela, e da causa do sofrimento.

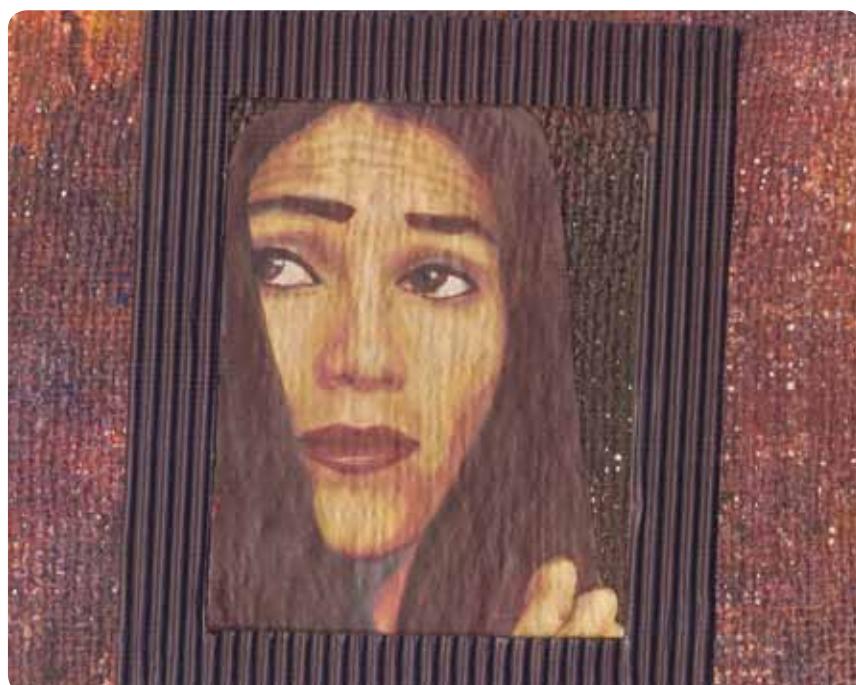
A depressão pode se apresentar de várias formas, mas aqui vamos apresentar os principais sintomas (Quadro 1).

Quadro 1: Principais sintomas da depressão

Depressão	
Sintomas físicos	<ul style="list-style-type: none"> • Cansaço, sensação de fraqueza e de falta de energia • Dores pelo corpo
Comportamentos	<ul style="list-style-type: none"> • Alteração do sono (falta ou excesso de sono) • Alteração do apetite (diminuição ou aumento do apetite) • Diminuição do desejo sexual
Sentimentos	<ul style="list-style-type: none"> • Tristeza • Fracasso ou frustração • Culpa • Perda de interesse na vida • Perda de vontade de fazer coisas de que gostava, pois elas não têm mais graça
Pensamentos	<ul style="list-style-type: none"> • Desesperança no futuro • Dificuldade em tomar decisões • Dificuldade em se concentrar • Acha que não é tão bom quanto os outros (baixa autoestima) • Acha que seria melhor se não estivesse vivo • Ideias e planos de suicídio

Fonte: Elaboração própria, com base em dados de Patel (2003) e Sadock e Sadock (2007).

É importante perguntar a quanto tempo a pessoa se sente assim, se esse sentimento é quase diário, se está presente em várias situações da vida da pessoa e se houve algum acontecimento que desencadeou o quadro.



Ansiedade

Ao contrário de depressão, a palavra “ansiedade” não designa um diagnóstico, mas sim um sentimento. A ansiedade tem muita relação com medo, com a expectativa de algo ou de alguém. Por exemplo, é esperado que alguém que vai participar do processo seletivo para um trabalho fique ansioso e não consiga dormir bem.

Muitas pessoas experimentam a ansiedade apenas como um sentimento ou sensação, já outras pessoas chegam a senti-la no corpo, com, por exemplo: tremor de mãos, suor, respiração rápida e sentir o coração batendo no peito.

U Transtorno do pânico é um tipo de transtorno mental que envolve ansiedade. São ataques recorrentes de ansiedade grave, que se manifestam com a expectativa de que algo muito ruim vá acontecer subitamente, às vezes sensação de morte iminente.

A ansiedade se caracteriza como um transtorno mental quando se apresenta com algumas características específicas. O importante sempre é perceber se os sintomas estão impedindo a pessoa de levar a vida. No **transtorno de pânico** por exemplo, as **crises** acontecem de repente e duram alguns minutos. A pessoa sente um medo muito grande, como se algo ruim fosse acontecer; normalmente, o corpo fica agitado, a pessoa sente o coração bater rápido e respira mais rápido. Por mais que tentemos falar que nada de mal vai acontecer e que este medo não tem razão de ser, a argumentação racional não impede que as crises aconteçam. Perceba que essa situação é bem diferente daquela enfrentada pelo profissional no momento de uma entrevista de emprego. Assim, nem toda crise de ansiedade é uma crise de pânico!

Quadro 2: Principais sintomas presentes em quadros ansiosos

Ansiedade	
Sintomas físicos	<ul style="list-style-type: none"> • Sentir o coração batendo rápido (palpitação) • Sentir-se sufocado • Tontura • Tremor de mãos e até do corpo todo • Dores de cabeça • Formigamento em braços, pernas e/ou no rosto
Comportamentos	<ul style="list-style-type: none"> • Dormir pouco e/ou mal • Evitar situações e lugares que causam medo (ex.: locais públicos, pois a pessoa tem medo de ter uma crise de pânico, ou um local em que a pessoa sofreu um assalto)
Sentimentos	<ul style="list-style-type: none"> • Medo • Sentir que algo ruim pode acontecer

Pensamentos	<ul style="list-style-type: none"> • Preocupar-se demais com seus problemas ou com sua saúde • Pensar que vai morrer, perder o controle ou ficar “louco” (durante situação de grande medo e com sintomas físicos) • Pensar algo incômodo repetidas vezes e, mesmo se esforçando, não conseguir parar de pensar nisso
--------------------	---

Fonte: Elaboração própria, com base em dados de Patel (2003) e Sadock e Sadock (2007).

USO PROBLEMÁTICO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

O uso de drogas lícitas ou ilícitas (ou substâncias psicoativas) é muito prevalente em nossa sociedade. Embora esteja presente em todas as civilizações desde os tempos mais antigos, ainda hoje é um tema cercado de preconceitos e hipocrisia.

Quando se fala em drogas, a imagem associada em geral está relacionada às drogas ilícitas e o sujeito que as consome comumente recebe o nome de drogado. Mas por que o sujeito que consome drogas lícitas como benzodiazepínicos (tranquilizantes como diazepam, clonazepam etc.), álcool ou tabaco, por exemplo, não recebem o mesmo nome?

Perceba que existe um juízo moral relacionado ao consumo de drogas que minimiza a dimensão do problema quando se trata de drogas lícitas e maximiza-a em relação às ilícitas. O mesmo acontece quando falamos em classes sociais. Se um rico faz uso abusivo de alguma substância pode ser percebido como alguém extravagante, mas o pobre geralmente recebe o atributo de vagabundo.

Assim, para falar em uso problemático de substâncias psicoativas temos que tomar como ponto de partida que:

- toda sociedade se relaciona com algum tipo de droga, mas nem todas as pessoas fazem uso problemático dela.
- existem preconceitos relacionados a este uso que influenciam no dimensionamento do problema e que devem ser colocados em suspenso durante a abordagem profissional.

A partir desses pressupostos podemos avançar na compreensão de que a droga em si não é um problema. Por exemplo, não podemos atribuir a responsabilidade da obesidade de alguém ao alimento, ele em si não é o problema, mas seu consumo pode se tornar nocivo pela articulação

de diferentes fatores. O mesmo acontece com as drogas. Seu uso se tornará problemático a depender:

- ✿ da droga em questão, grau de pureza, dose utilizada, frequência de uso;
- ✿ contexto cultural;
- ✿ condições de acesso;
- ✿ objetivo do uso e função da droga na vida do sujeito;
- ✿ características orgânicas de quem consome;
- ✿ relações sociais de quem consome – família/rede de apoio, trabalho, habitação, lazer, esporte, etc.

Todos esses fatores devem ser levados em consideração durante o tratamento. Por isso, a abordagem deve ser sempre multiprofissional e intersetorial, e a mudança da relação de uso depende de investimentos



e leva tempo. Muitas vezes, a abstinência é um objetivo muito distante da realidade do sujeito e a conquista de metas menores pode funcionar como catalizadora do processo. Esta é a lógica da abordagem da **redução de danos**. Suas prioridades são:

- ✿ Reduzir as consequências negativas do uso de drogas.
- ✿ Lidar com hierarquia de metas – iniciar sempre com metas imediatas e realistas, de baixa exigência.
- ✿ Investir no consumo livre de riscos.
- ✿ Alcançar e manter a abstinência.

Com a abordagem da redução de danos, o Centro de Convivência “É de Lei” desenvolveu folhetos informativos sobre as principais drogas, seus efeitos, interações e outras informações importantes aos usuários. Com base nesses materiais, consolidamos parcialmente as informações das principais substâncias utilizadas pela população em situação de rua, no quadro a seguir.

Quadro 3: Informações sobre as principais substâncias utilizadas pela população em situação de rua

Substância	Classificação
Álcool	Substância depressora do sistema nervoso central
Cola, Tiner, Inalantes, B25	Substância ou composto de substâncias utilizadas para dissolver outras. São de uso doméstico ou industrial, à base de cloreto de etila, clorofórmio e éter, entre outros produtos químicos. Seu uso é feito de forma inalada.
Cannabis, Maconha, Haxixe, Skank	Planta psicodélica usada nas formas de erva prensada ou solta, e extratos mais concentrados, como haxixe e óleo. Divide-se em muitos subtipos de <i>Cannabis sativa</i> e <i>Cannabis indica</i> , cada uma com características particulares, conforme a incidência dos diferentes canabinoides psicoativos presentes, como THC, CBD, CBN e outros. No prensado, geralmente flores são misturadas à folhas, galhos, sementes e impurezas.
Cocaína / Crack	Estimulantes do sistema nervoso central

Substância	Situações de risco
Álcool	<p>O uso frequente do álcool pode causar dependência, além de danos físicos, principalmente ao fígado, rins e neurológicos. Em grandes quantidades ou misturado com outras drogas, você pode ficar inconveniente, além de se expor a situações de grande vulnerabilidade.</p>
Cola, Tiner, Inalantes, B25	<p>Muitas mortes vêm sendo associadas ao uso de “lança”, sendo a principal causa de parada cardíaca, mas também sufocamentos, quedas, atropelamentos e falência dos órgãos vitais. As mortes ocorrem em virtude da falta de controle da composição do lança-perfume, da dosagem dos componentes e do modo de uso intenso. Em geral, são fabricados de forma caseira utilizando éter, lisoform, acetona, entre outras substâncias. A composição desconhecida também dificulta os atendimentos de crise e urgência.</p>
Cannabis, Maconha, Haxixe, Skank	<p>O uso regular e intenso pode provocar desmotivação generalizada, dificuldades de aprendizado, memorização e problemas de socialização. Doses altas podem causar a diminuição da concentração e reflexos.</p> <p>Para indivíduos com histórico pessoal e/ou familiar de psicose o uso deve ser tratado com cautela.</p> <p>A interação com medicamentos psiquiátricos pode causar efeitos indesejáveis.</p> <p>O uso na adolescência pode afetar o desenvolvimento cerebral e psíquico.</p> <p>Durante a gestação e amamentação pode expor o bebê à intoxicação.</p>
Cocaína / Crack	<p>A combinação de estimulantes do sistema nervoso central com substâncias depressoras (álcool, tranquilizantes, ketamina ou lança-perfume) dá falsa sensação de sobriedade, aumenta a sensação de poder e pode aumentar as chances de acidentes, envolvimento em brigas e comportamento sexual de risco. Também aumenta o risco de morte por parada cardiorrespiratória. A mistura de estimulantes com álcool pioram os efeitos da ressaca.</p> <p>Hidratar-se é fundamental.</p>

Substância	Principais efeitos
Álcool	<p>Causa euforia inicial, maior sociabilidade, estímulo físico e mental; depois, age como um depressor, levando a prejuízos da consciência, coordenação motora, desatenção e sonolência.</p>
Cola, Tiner, Inalantes, B25	<p>Tem efeito rápido e bifásico, promovendo inicialmente sensação de bem-estar e euforia, seguida de uma depressão do sistema nervoso central. Os efeitos iniciam de cinco a 10 segundos após a inalação da droga e duram de 30 segundos a 10 minutos.</p> <p>Efeitos do uso agudo: euforia, excitação, tontura, perturbações auditivas e visuais, confusão mental, desorientação, náusea, tosse, cefaleia, palidez, fala pastosa, perda dos reflexos, alucinações visuais e auditivas, perda da consciência, convulsões, morte súbita por problemas cardíacos ou parada respiratória.</p> <p>Efeitos do uso recorrente: rinite crônica, bronquite, mau hálito, feridas na boca e nariz, sangramento nasal recorrente, anorexia, irritabilidade, depressão, agressividade, paranoia, neuropatia periférica.</p>
Cannabis, Maconha, Haxixe, Skank	<p>Os efeitos da maconha fumada duram de uma a quatro horas. Quando ingerida de quatro a 10 horas.</p> <p>São eles: aumento da frequência cardíaca, boca seca, fome (chamada de larica), ação analgésica em dores, principalmente de origem nervosa; alívio de náuseas e vômito. O uso terapêutico alivia espasmos musculares provocados por doenças como esclerose múltipla, redução da pressão intraocular (uso terapêutico no glaucoma), além de ter ação anti-inflamatória e anticonvulsivante.</p>
Cocaína / Crack	<p>Em geral os efeitos dessas substâncias são: aumento de frequência cardíaca e respiratória, excitação, estado de alerta e aumento da atividade locomotora, sensação de euforia, sinceridade e poder, alteração do sono, irritabilidade, paranoia. Pode levar à dependência química.</p> <p>A cocaína, quando inalada (pó), tem início do efeito em até cinco minutos e duração de cerca de 40 minutos. Quando fumada (crack), os efeitos são mais rápidos e intensos, começam em 10 segundos e duram cerca de cinco minutos. Isso provoca intensa fissura e leva mais facilmente ao consumo abusivo.</p> <p>Quando injetada faz efeitos em poucos segundos e dura cerca de 40 minutos. Aumenta risco de contaminação por HIV, hepatites, problemas vasculares e overdose.</p>

Substância	Dicas de redução de danos
Álcool	<ul style="list-style-type: none"> • Beba devagar, intercale com água e alimente-se antes; • O álcool pode deixar a pessoa desinibida nas práticas sexuais e pode afetar o julgamento de riscos. Sempre tenha camisinha em mãos e guarde-as de forma adequada; • Cuidado com as misturas de álcool e outras substâncias • Quando beber, evite sair caminhando pelas ruas. O álcool prejudica o equilíbrio, a atenção, a coordenação, entre outros, o que pode causar acidentes.
Cola, Tiner, Inalantes, B25	<ul style="list-style-type: none"> • Evite usar sozinho; • Muitos dos casos de morte e internações registradas ocorrem com o modo de uso intenso, com o usuário buscando o “quase desmaio”. Fique esperto e, se for usar, curta sem que o vacilo corte seu barato!
Cannabis, Maconha, Haxixe, Skank	<ul style="list-style-type: none"> • Não segure a bola! Poucos segundos são suficientes para absorção de maior parte do THC. O resto do tempo representa maior exposição dos pulmões a componentes cancerígenos, como o alcatrão; • Não inale fumaça muito quente! Use cachimbos de água e vaporizadores; • Para os cigarros de maconha use papel fino, sem corantes, aromas ou químicos; • Não fume o resíduo que se forma nas pontas, <i>bongs</i> e cachimbos, pois têm alta concentração de cancerígenos; • Se optar pela ingestão (comer), deve-se ficar atento à dose para evitar efeitos intensos • Fique atento à tosse ou dificuldade de respirar, que podem indicar danos causados pelo fumo.
Cocaína / Crack	<ul style="list-style-type: none"> • Atenção no canudo – notas de dinheiro estão cheias de bactérias, não utilize como canudo e não compartilhe o material de uso. Isso aumenta o risco de contaminação por tuberculose e hepatites. • Saco vazio – alimente-se antes de usar, pois os estimulantes diminuem ou extinguem o apetite e ingerir substância com estômago vazio te deixa mais vulnerável a mal-estar e desmaios. • O que é isso? – Se você opta por alterar a consciência, é importante conhecer a droga a ser utilizada e perceber os efeitos causados por ela. Por isso, evite utilizar diferentes drogas ao mesmo tempo ou em quantidades abusivas.

Substância	Relações perigosas
Álcool	<p>O uso combinado de álcool e cocaína faz com que o fígado produza uma terceira substância chamada cocaetíleno, com ação mais tóxica, associada a convulsões e danos hepáticos;</p> <p>Álcool + substâncias estimulantes (cocaína, extasy, energéticos e outros) podem causar falsa sensação de sobriedade, assim, o usuário pode utilizá-las de forma acentuada, trazendo riscos de coma e de parada cardíaca.</p> <p>Álcool + psicodélicos (maconha, LSD, MDMA, etc.) pode levar a reações inesperadas afetando seriamente o julgamento de riscos e situações indesejadas pelo usuário.</p>
Cola, Tiner, Inalantes, B25	<p>Misturar com álcool pode ser muito perigoso, pois pode acentuar o efeito depressor do sistema nervoso central levando até o coma e a uma parada cardiorrespiratória seguida de morte.</p>
Cannabis, Maconha, Haxixe, Skank	<p>Misturada com outras drogas pode levar a reações inesperadas afetando seriamente o julgamento de riscos e situações indesejadas pelo usuário.</p>
Cocaína / Crack	<p>O uso combinado de álcool e cocaína faz com que o fígado produza uma terceira substância chamada cocaetíleno, com ação mais tóxica, associada a convulsões e danos hepáticos.</p> <p>Cocaína, utilizada juntamente com álcool, pode causar falsa sensação de sobriedade, assim, o usuário pode fazer utilizar ambas de forma acentuada, trazendo riscos de coma e de parada cardíaca.</p>

Fonte: Elaboração própria, com base em dados de Centro de Convivência É de Lei (2015).

Quando a pessoa está em uso abusivo de substâncias psicoativas seus efeitos se acumulam e causam maior impacto na saúde física e mental. A seguir sistematizamos os principais sintomas do uso problemático de álcool e outras drogas.

Quadro 4: Principais sintomas da dependência de álcool

Dependência de álcool	
Sintomas físicos	<ul style="list-style-type: none"> • Perda de apetite • Problemas de estômago, como gastrite e úlcera • Problemas no fígado • Vômitos e enjoos matinais • Recorrência de acidentes e machucados • Sintomas de abstinência: tremor, suor, confusão e até convulsões
Comportamentos	<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade para dormir • Necessidade de beber durante o dia • Necessidade de beber de manhã para aliviar desconforto físico
Sentimentos	<ul style="list-style-type: none"> • Sentir-se vulnerável e sem controle sobre si mesmo • Sentir-se culpado por beber
Pensamentos	<ul style="list-style-type: none"> • Grande desejo de beber • Pensamentos contínuos sobre a próxima vez que for beber • Pensa em se matar

Fonte: Elaboração própria, com base em dados de Patel (2003) e Sadock e Sadock (2007).

Quadro 5: Principais sintomas do uso problemático de drogas

Uso problemático de drogas	
Sintomas físicos	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado com o corpo prejudicado • Problemas respiratórios, se o uso for por fumo. • Sintomas de abstinência de drogas (sintomas gerais): enjoos, ansiedade, tremor, diarreia, cólicas intestinais, suor
Comportamentos	<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade para dormir • Irritabilidade (pessoa se torna “pavio curto”) • Fazer o que for necessário para obter a droga, como roubar, por exemplo
Sentimentos	<ul style="list-style-type: none"> • Sentir-se vulnerável e sem controle sobre si mesmo • Sentir-se culpado por usar drogas • Sentir-se triste e deprimido
Pensamentos	<ul style="list-style-type: none"> • Grande desejo de usar a droga • Pensamentos contínuos sobre a próxima vez que for usar drogas • Pensamentos sobre se matar

Fonte: Elaboração própria, com base em dados de Patel (2003) e Sadock e Sadock (2007).

TRANSTORNOS MENTAIS GRAVES

Trata-se dos transtornos mentais comumente associados a doenças mentais e à “loucura” pela maioria das pessoas leigas. O quadro psicótico, grosso modo, é aquele em que uma pessoa tem pensamentos muito estranhos que não condizem com a realidade compartilhada pelo grupo social; em outras palavras, é quando a pessoa está “fora da realidade”. Em função desses pensamentos, ela pode também apresentar alguns comportamentos considerados estranhos e interpretar acontecimentos aparentemente banais de uma forma pouco compreensível a outros.

Esses quadros não são comuns, mas na população em situação de rua sua prevalência é maior e traz grandes desafios aos profissionais das áreas da assistência social, da saúde, do trabalho, enfim, a toda rede intersetorial responsável pela atenção à população nessa condição.

A abordagem na rua (pelas equipes da saúde ou da assistência) requer grande investimento, criatividade e tempo para que uma relação de confiança se estabeleça. Grande parte dessas pessoas já passou por inúmeras internações psiquiátricas involuntárias e reconhece nos profissionais pessoas que podem atuar de maneira violenta e autoritária na sua abordagem.

Além disso, algumas vezes, os pensamentos delirantes possuem conteúdo persecutório, o que dificulta a produção de uma relação de confiança e pode, a depender da situação, fazer com que a pessoa reaja de forma agressiva com o intuito de se proteger.



Abordar uma pessoa psicótica na rua requer, antes de tudo, tempo. Não cabe contestar seu pensamento ou tentar convencê-lo de algo. Por vezes, a simples presença e o silêncio são o melhor caminho para a aproximação.

Nos centros de acolhida, essa situação se complexifica quando pessoas com transtornos psicóticos entram em crise. O próprio estresse das inúmeras regras da instituição pode ser um fator disparador de crises e cabe ao profissional da assistência buscar ajuda, evitando agir de maneira punitiva com a pessoa.

Existem três principais tipos de transtornos mentais graves: **esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar e psicose breve**.

Principais características dos transtornos mentais graves

A esquizofrenia é uma doença crônica que normalmente se inicia entre 20 e 30 anos de idade e desencadeia sintomas diversos, apresentados no Quadro 6. Os sintomas psicóticos aparecem, em geral, após uma fase em que a pessoa apresenta alterações discretas de comportamento, conhecida como “fase prodrómica”.

O transtorno afetivo bipolar também é uma doença crônica, que se manifesta normalmente no início da idade adulta. Caracteriza-se pela oscilação entre dois estados alterados: depressão e mania. Sintomas psicóticos se manifestam, em geral, durante o episódio de mania (Quadro 7). A pessoa se mostra normal quando não está em episódio depressivo ou maníaco.

A psicose breve apresenta sintomas (Quadro 8) que se iniciam de forma súbita e duram menos de um mês. Eles normalmente aparecem após eventos muito estressantes (ex: morte de um ente querido) ou por conta de alguma doença clínica aguda. À primeira vista, o quadro de psicose breve é muito semelhante à esquizofrenia, mas a diferença se dá pela forma de início (não há “fase prodrómica”) e duração.

A seguir, veja quadros com as principais características de cada um desses transtornos.

Quadro 6: Principais sintomas da esquizofrenia

Esquizofrenia	
Sintomas físicos	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Queixas incomuns e sensações estranhas no corpo, como falar que há algo andando em sua pele
Comportamentos	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Não mais faz suas atividades normais, isola-se ✿ Mostra-se inquieto, anda bastante ✿ É agressivo ✿ Apresenta comportamento bizarro, como guardar coisas incomuns e se esconder ✿ Realiza baixo autocuidado e higiene prejudicada ✿ Responde perguntas com falas irrelevantes ou incoerentes
Sentimentos	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Sente-se triste ✿ Perde interesse nas atividades diárias ✿ Sente-se com medo de ser machucado ou prejudicado
Pensamentos	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Tem dificuldade em pensar claramente ✿ Manifesta pensamentos estranhos e que não podem ser mudados por argumentação e mostra de dados objetivos (ex.: achar que alguém o quer machucar, achar que sua mente está sendo controlada) ✿ “Imagina coisas”: ouve vozes dentro ou fora de sua cabeça, vê coisas que outros não veem (alucinações).

Fonte: Elaboração própria, com base em dados de Patel (2003) e Sadock e Sadock (2007).

Quadro 7: Principais características da fase de mania do transtorno afetivo bipolar

Episódio de mania no transtorno afetivo bipolar	
Sintomas físicos	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Intensa agitação psicomotora ✿ Insônia ✿ Diminuição do apetite ✿ Aumento da libido
Comportamentos	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Falar rápido ✿ Ser socialmente inapropriado, por exemplo, demonstrando sexualidade exacerbada ✿ Não conseguir relaxar ou ficar parado ✿ Dormir muito pouco, mas se sentir descansado ✿ Fazer muitas coisas, mas não completar nenhuma
Sentimentos	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Sentir-se no “topo do mundo” e capaz de fazer qualquer coisa ✿ Sentir-se muito feliz sem motivo ✿ Irritabilidade
Pensamentos	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Acreditar que é uma pessoa especial ou que tem poderes especiais ✿ Acreditar que outros o querem machucar ✿ Negar que há uma doença ✿ Ouvir vozes (alucinações)

Fonte: Elaboração própria, com base em dados de Patel (2003) e Sadock e Sadock (2007).

Quadro 8: Principais sintomas da psicose breve

Psicose breve	
Sintomas físicos	<ul style="list-style-type: none"> • Inquietude
Comportamentos	<ul style="list-style-type: none"> • Agressividade • Falar coisas sem sentido
Sentimentos	<ul style="list-style-type: none"> • Medo ou emoções muito oscilantes
Pensamentos	<ul style="list-style-type: none"> • Crenças bizarras • Ouvir vozes e ver coisas que ninguém vê (alucinações)

Fonte: Elaboração própria, com base em dados de Patel (2003) e Sadock e Sadock (2007).

“Surtos”

Esquizofrenia e transtorno afetivo bipolar são problemas crônicos, o objetivo do cuidado é que a pessoa se mantenha estável para que não tenha **episódios, crises ou surtos**.

Na linguagem comum, costumamos nos referir a surto quando acontece alguma mudança brusca no comportamento de uma pessoa. Normalmente, usamos essa palavra quando a pessoa fica agressiva e/ou demonstra muita raiva e se exalta. Assim, muitas vezes quando falamos em “surto” não estamos necessariamente tratando de um surto psicótico, pois o que explica uma alteração de comportamento brusca não é, de forma obrigatória, psicose.

É importante lembrar que pessoas com transtornos psicóticos, como esquizofrenia, por exemplo, também podem ficar bravas e chateadas como qualquer ser humano, e não é por isso que elas vão “surtar” ou sempre que manifestem desagrado significa que estejam psicóticas.

O cuidado para esses quadros inclui uma série de abordagens. É necessário investimento na sua condição de se reorganizar e reinserir socialmente. A medicação pode auxiliar na estabilização de surtos e na prevenção de crises, e sua administração pode ser uma dificuldade quando o paciente está em situação de rua.

Dificuldades para realizar o diagnóstico: colecionismo

Conforme discutimos no Capítulo 4, a situação de rua coloca a pessoa em situações de grande privação. Isso faz com que a pessoa desenvolva estratégias e hábitos para sobreviver e se adaptar a uma nova realidade. Assim, alguns comportamentos comuns entre as pessoas que não têm moradia fixa podem ser confundidos com transtornos mentais. São hábitos que podemos considerar sem utilidade, estranhos ou até mesmo bizarros se tentarmos compreender a partir das nossas condições de vida.

O hábito de acumular coisas aparentemente desnecessárias é um exemplo deste tipo de situação. Dada a constante privação, dificuldade de acesso a alguns bens, constantes perdas materiais e a falta de um lugar para guardar seus pertences, algumas pessoas em situação de rua costumam acumular objetos ao que parece desnecessários. Este hábito não pode ser confundido com o colecionismo patológico, que é um transtorno mental que pode aparecer de forma isolada ou em associação ao transtorno obsessivo compulsivo. Uma pessoa com esquizofrenia também pode desenvolver comportamentos de acumulação excessiva, mas não podemos chamá-lo de colecionismo patológico, pois é, neste caso, um comportamento ligado ao quadro psicótico. Nessas três situações, a pessoa apresenta um comportamento de acúmulo excessivo de objetos sem utilidade e tem grande dificuldade em se desfazer deles.

Portanto, uma pessoa em situação de rua que acumula objetos pode estar fazendo isso por uma reação adaptativa à situação de rua ou por conta de um transtorno. No caso de um transtorno, o profissional de saúde é quem deve realizar o diagnóstico, que deverá ser um dos três citados acima.

A seguir, o Quadro 9 apresenta as diferenças entre o colecionismo patológico associado ao transtorno obsessivo compulsivo e o comportamento bizarro de acumular objetos associado a um quadro psicótico. Essas informações servem para auxiliar o profissional da assistência social a caracterizar melhor o comportamento de acúmulo, pois se tais características estiverem ausentes, é muito provável que não haja um transtorno mental. Porém, lembre-se: é o profissional de saúde quem deve realizar o diagnóstico!

Quadro 9: Comportamento de acúmulo de objetos: diferenças quando em associação à psicose ou à transtorno obsessivo compulsivo

	Psicose com comportamento bizarro	Transtorno obsessivo compulsivo com colecionismo patológico
Pensamentos	Pensamentos delirantes: ideias que não podem ser alteradas pela argumentação. Seu conteúdo não pode ser reconhecido como verdadeiro pela maior parte das pessoas de seu grupo cultural.	Pensamentos obsessivos: ideias indesejáveis que vêm à mente sem controle, causam desconforto e ansiedade. Seus conteúdos envolvem: agressividade, doenças, acidentes, mortes, sexualidade etc.
Comportamento	Decorrente do delírio, é necessário acumular por conta de algum significado específico e delirante.	Compulsivo, pois visa aliviar temporariamente o mal-estar causado pelos pensamentos obsessivos. O colecionismo serve como uma forma de amenizar os pensamentos indesejáveis. Assim, também surge o medo de se desfazer de jornais, embalagens, objetos quebrados, objetos encontrados na rua etc.
Crítica sobre seu comportamento	Baixa crítica, geralmente apresenta maior comprometimento mental (dificuldade de entender as coisas, principalmente abstrações, desorganização do pensamento)	Possui crítica, geralmente demonstra grande sofrimento diante do comportamento, mas não consegue se controlar.

Fonte: Elaboração própria, com base em dados de Patel (2003) e Sadock e Sadock (2007).

 Se sentir necessidade, volte ao Capítulo 1 para saber mais sobre a CID-10.

RETARDO MENTAL

“Retardo mental” é o termo médico presente no CID-10 usado para designar pessoas que tenham um QI (Quociente de Inteligência) abaixo da média populacional. O termo não é muito bem visto, pois passou a ser usado em alguns contextos de forma pejorativa e discriminatória. Assim, há vários grupos que preferem usar o termo “deficiência intelectual”. Neste livro, optaremos por manter o uso do termo “retardo mental” por ser a forma mais usada no campo da saúde.

Retardo mental não é uma doença mental propriamente dita, pois é uma condição que se faz presente desde a infância e permanece ao longo da vida da pessoa. No retardo mental, observamos que uma criança se desenvolve de maneira mais lenta que as outras, o que está associado ao desenvolvimento mais lento do seu cérebro. As causas de retardo mental são diversas.

Normalmente, pessoas com retardo mental são levadas a serviços de saúde em busca de ajuda por conta de dificuldades de aprendizado ou problemas comportamentais, como agressão, por exemplo, sendo encaminhadas para os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi), referências para esse tipo de atendimento. No Brasil, as Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAEs) também são serviços de grande importância, pois se dedicam a trabalhar com pessoas com deficiências diversas. Nesses serviços, são feitas atividades de reabilitação a fim de ajudar a pessoa a se desenvolver o máximo possível.

APAE

A APAE existe desde 1954. É uma organização social e tem como principal objetivo a promoção da atenção integral a pessoas com deficiência, principalmente àquelas com deficiência intelectual (a APAE não usa o termo “retardo mental”).

Existem mais de 2.000 unidades da APAE no Brasil. Essa rede de atenção é chamada de Movimento Apaeno. Nas unidades, profissionais especializados prestam serviços de educação, saúde e assistência social para pessoas com deficiência intelectual e múltipla.

Para mais informações e endereços das APAEs, acesse: <www.apaebrasil.org.br>.

Entre a população em situação de rua adulta este diagnóstico se complexifica porque, na maioria dos casos, não temos a história clínica da pessoa. Por exemplo, diante de alguém com déficit cognitivo podemos nos interrogar: este fato ocorre desde a infância e corresponde a um quadro de retardo mental ou foi adquirido na idade adulta e se trata de um quadro demencial? Além disso, o uso crônico de álcool, as deficiências de vitaminas, as infecções do Sistema Nervoso Central como neurosífilis e HIV e os traumatismos cranioencefálicos são situações frequentemente encontradas entre pessoas em situação de rua e podem causar demência em adultos jovens, o que dificulta ainda mais o diagnóstico diferencial.

Existem ainda pessoas que já nasceram em situação de rua, ou mesmo viveram em sua infância situação de extrema pobreza de estímulos cognitivos que repercutiram em um prejuízo de desempenho intelectual na idade adulta.

Quadro 10: Principais características do retardo mental

Retardo mental	
Características	<ul style="list-style-type: none">• Atraso em atingir alguns marcos do desenvolvimento infantil (como sentar, falar, andar)• Dificuldades em acompanhar os estudos na escola• Dificuldades de relacionamento com outras pessoas, principalmente crianças da mesma idade (relaciona-se melhor com crianças mais novas)• Na adolescência, há comportamentos sexuais inapropriados• Na idade adulta, tem dificuldades em atividades diárias como cozinhar, administrar dinheiro e se manter em empregos.

Fonte: Elaboração própria, com base em dados de Patel (2003) e Sadock e Sadock (2007).

PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL EM IDOSOS

Os transtornos mentais mais comuns em idosos são depressão e demência. Aqui estamos considerando quadros que se manifestem na terceira idade, não os quadros crônicos que têm início na juventude. Os quadros depressivos em idosos apresentam sintomas semelhantes aos descritos anteriormente, porém, quando o primeiro episódio de depressão acontece nesta fase da vida, é necessário realizar um diagnóstico diferencial em relação a doenças clínicas, pois pode haver relação entre elas e o transtorno.





A demência é um transtorno mental frequente nos idosos, acometendo em torno de 7% das pessoas acima de 65 anos de idade. Sua principal característica é a diminuição progressiva da memória. Há idosos que passam a esquecer coisas e ter o raciocínio menos ágil, o que não quer dizer que eles tenham demência. Veja as principais características da demência no Quadro 11.

A doença de Alzheimer é um tipo de demência.

Quadro 11: Principais características da demência

Demência	
Características	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Sintomas aparecem após os 60 anos, na grande maioria das vezes ✿ Esquecer coisas importantes, como nomes de parentes e amigos ✿ Perder-se na rua em lugares familiares, como seu próprio bairro ✿ Ficar irritado e impaciente ✿ Ficar mais isolado e parecer deprimido ✿ Rir e chorar sem motivo ✿ Ter dificuldade em seguir uma conversa ✿ Não saber que dia é e onde está (desorientação) ✿ Falar de forma inapropriada ou sem sentido

Fonte: Elaboração própria, com base em dados de Patel (2003) e Sadock e Sadock (2007).

Um quadro de demência, embora frequente, não é normal. É um transtorno mental que não tem cura, mas tem tratamento.

É importante identificar pessoas que possam ter demência, pois o tratamento medicamentoso é capaz de retardar a evolução da doença. Infelizmente, não é possível reverter o quadro, mas é possível desacelerá-lo, realizar atividades e receber orientações que auxiliam os cuidadores e o paciente a terem uma melhor qualidade de vida.

PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL EM CRIANÇAS

Existem alguns problemas de Saúde Mental que podem ser observados pela presença de algumas características na infância (veja o Quadro 12).

Quadro 12: Alterações que podem indicar um problema de Saúde Mental em crianças e adolescentes



- ✿ Atraso do desenvolvimento, o que é observado principalmente antes dos dois anos de idade (ex.: começou a andar ou a falar depois de outras crianças da mesma idade)
- ✿ Dificuldades com estudos (ex.: não tira notas semelhantes aos colegas, tem alguma dificuldade em estudar ou prestar atenção na aula)
- ✿ Tristeza e isolamento social
- ✿ Queixas constantes de dores pelo corpo
- ✿ Comportamentos muito agressivos e violentos

É importante lembrar que, ao contrário do retardo mental, muitas crianças com outros transtornos conseguem melhorar e até ter uma boa recuperação.



A influência de fatores diversos no desenvolvimento de quadros de sofrimento e, eventualmente, de transtornos mentais foi discutida na Parte I deste livro.

Crianças em situação de rua, com ou sem família, são expostas a várias situações difíceis, como perdas e necessidades diversas, exigindo-lhes readaptação a novas realidades. Além disso, há uma maior exposição a situações de abuso. Essas situações provocam sofrimento e podem desencadear o desenvolvimento de um transtorno mental, porém, não são determinantes. É importante diferenciar sofrimento de transtorno.

Quando comparadas com crianças que não estão em situação de rua (SAMHSA, 2013):

- ✿ Elas ficam doentes com uma frequência maior: têm duas vezes mais infecções de ouvido, quatro vezes mais asma, cinco vezes mais problemas intestinais, entre outros quadros.
- ✿ Mais de um quinto de crianças pré-escolares em situação de rua têm problemas emocionais sérios.
- ✿ Elas repetem de ano duas vezes mais.
- ✿ Elas têm duas vezes mais dificuldades de aprendizado.
- ✿ Elas têm três vezes mais problemas de comportamento e emocionais.
- ✿ 50% delas têm sintomas de ansiedade, depressão e isolamento (18% de crianças que não estão em situação de rua apresentam esses sintomas).
- ✿ 1/3 das crianças acima de 8 anos têm transtornos mentais.
- ✿ 60% delas fazem uso de drogas (principalmente inalantes).

O segmento populacional das crianças em situação de rua é um dos principais desafios ao cuidado em Saúde Mental. Não existe uma política específica de cuidado a esta população, que exige uma atenção intensiva da rede intersetorial de Saúde Mental.

EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS

Uma emergência é uma alteração aguda que está causando problema, à qual se precisa dar uma resposta imediata. Quando pensamos em quadros psiquiátricos é importante diferenciar quadros que podem receber atendimento ambulatorial e quadros que necessitam de atendimento emergencial. Por exemplo, uma pessoa que mora na rua há algum tempo e que tem um delírio, porém não recebe tratamento medicamentoso, e não teve nenhuma alteração aguda de comportamento, não caracteriza uma emergência, apesar de haver um transtorno mental. Agora, se essa pessoa se tornar agressiva ou mais arredia, mudando seu padrão de comportamento, a situação se torna emergencial.

Em psiquiatria, normalmente nos deparamos com quadros emergenciais nos quais percebemos que há um risco envolvido, seja ao paciente

ou a outros. As causas para tais quadros são diversas. Como principais exemplos de emergência psiquiátrica, podemos citar:

- ✿ agitação psicomotora e agressividade
- ✿ confusão mental
- ✿ tentativa de suicídio

Afirmamos que uma pessoa está agitada quando ela se mostra inquieta ou muito ativa. Há várias razões para isso estar acontecendo, como ela achar que outros querem fazer mal a ela (estar com ideias persecutorias), ou pode estar em mania, por exemplo. Às vezes, a pessoa pode se tornar agressiva durante um quadro como esse.

Consideramos confusão mental no contexto de emergência quando a pessoa apresenta uma mudança abrupta de comportamento em relação ao seu funcionamento normal. Essa mudança pode ser caracterizada por não saber exatamente a data ou lugar onde está, falar coisas que não fazem sentido, não conseguir se manter atenta, ter variações de humor.

Em relação ao suicídio, se uma pessoa fez uma tentativa (ex.: ingestão de remédios, agressão ao próprio corpo), normalmente ela terá que ser tratada por uma equipe clínica ou uma equipe cirúrgica antes de receber uma avaliação psiquiátrica. Assim, é importante que essa pessoa seja levada a um hospital que tenha uma equipe clínica e/ou cirúrgica.

Ao perceber que uma pessoa precisa de atendimento de emergência, tenha sempre à mão os seguintes dados, pois eles podem auxiliar o profissional do pronto-socorro (PS):

Discutimos **mania**, uma fase do transtorno afetivo bipolar, neste capítulo, junto aos transtornos mentais graves. Já sobre o manejo de pessoas agitadas e/ou agressivas, visite o Capítulo 12 deste livro.

Dados necessários para atendimento de emergência

- ✿ Nome completo
- ✿ Data de nascimento
- ✿ Número do cartão SUS (Cartão Nacional de Saúde – CNS)
- ✿ Diagnóstico psiquiátrico
- ✿ Nome do serviço onde faz acompanhamento psiquiátrico
- ✿ Nome do profissional que é referência no serviço
- ✿ Medicamentos psiquiátricos em uso
- ✿ Diagnósticos clínicos
- ✿ Nome do serviço onde faz acompanhamento
- ✿ Medicamentos clínicos em uso

Atenção!

Caso seja necessária uma ambulância e uma equipe capacitada para levar a pessoa ao PS, ligue para o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu): 192.

CONCLUINDO...

Pessoas com transtornos mentais normalmente são casos desafiadores e complexos, assim, é preciso haver diversos profissionais neste cuidado, acompanhando o atendido, comunicando-se, conseguindo cuidar em conjunto. A seguir, damos algumas dicas de como você pode se organizar para quando se deparar com situações de transtornos mentais.

1. Tenha uma lista acessível a todos os profissionais e conviventes do seu serviço que contenha:

- ✿ Endereço e telefone da unidade básica de saúde (**UBS**) mais próxima + nome e contato do agente comunitário de saúde (ACS) responsável ou equipe responsável pela sua área
- ✿ Endereço e telefone dos **CAPS adulto e AD (ou infantil)** mais próximos + nome e contato da pessoa ou equipe responsável pela sua área
- ✿ Endereço e telefone dos **pronto-socorros** e AMA mais próximos (lembre-se, nem todo AMA funciona 24h)!

2. Acesse o “Busca Saúde”

A Prefeitura de São Paulo disponibiliza na internet um **sistema de localização de estabelecimentos de saúde da rede SUS do município**. Basta entrar no site, digitar o endereço, escolher os serviços de saúde que quer acessar, e buscar! Você pode encontrar a UBS referência próxima a sua residência ou trabalho e prontos-socorros clínicos, por exemplo. O site é: <<http://buscasaudade.prefeitura.sp.gov.br>>.

3. Fortaleça o trabalho intersetorial

- ✿ Conheça os serviços de Saúde Mental da sua área.
- ✿ Entenda como cada serviço trabalha: que serviços e atividades são oferecidos, como encaminhar, quem pode ser encaminhado.
- ✿ Caso seu serviço mantenha um acompanhamento conjunto, lembre-se de se disponibilizar à equipe de saúde para estabelecer um canal de comunicação, para que vocês possam trocar informações e fazer um verdadeiro trabalho em equipe.
- ✿ Pensando em promoção de Saúde Mental, descubra quais os lugares de lazer e cultura mais próximos do seu local de trabalho ou descubra com os conviventes que locais eles gostam de frequentar.

Com isso, saiba quais os serviços de Saúde Mental e profissionais do território para onde você pode encaminhar e com quem você pode contar. Conheça as equipes de consultório na rua e de rua, os CAPS, a UBS e hospitais próximos. Faça desses profissionais seus aliados, para que vocês caminhem juntos. Lembre-se, a pessoa em situação de rua não é responsabilidade de apenas um profissional ou de um serviço, é de responsabilidade de todos!

REFERÊNCIAS

PATEL, V. **Where there is no psychiatrist:** a mental health care manual. Glasgow: Gaskell, 2003.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. **Compêndio de psiquiatria:** ciências do comportamento e psiquiatria clínica. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES
ADMINISTRATION (SAMHSA). **Behavioral Health Services for People Who Are Homeless.** Rockville, MD, 2013. (Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 55, HHS Publication n. (SMA) 13-4734). Disponível em: <<http://store.samhsa.gov/shin/>>

content//SMA13-4734/SMA13-4734.pdf>. Acesso em: jun. 2016.

Sites consultados

Disponível em: <www.apaebrasil.org.br>. Acesso em jun. 2016.

Disponível em: <<http://edelei.org/pag/publicacoes>>. Acesso em jun. 2016.

BIBLIOGRAFIA

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais.** Porto Alegre: Artmed, 2008.

NIEL, M.; DA SILVEIRA, D. X (Orgs). **Drogas e redução de danos:** uma cartilha para profissionais da saúde. São Paulo: Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes (PROAD); Universidade Federal de São Paulo (Unifesp); Ministério da Saúde, 2008.

**era
uma
vez
agora**

10

Crises convulsivas ou convulsões

Katia Amirati e Carmen Santana

Mesmo que as crises convulsivas pareçam assustadoras para quem a observa, raras vezes uma crise isolada provoca sequelas ou indica epilepsia. Elas são manifestações de um funcionamento anormal no cérebro caracterizadas por um aumento excessivo da atividade elétrica em determinada região cerebral. Com vistas a auxiliá-lo a identificar a ocorrência de uma convulsão durante o atendimento a uma pessoa em situação de rua, e orientá-lo quanto à assistência inicial, vamos apresentar neste capítulo algumas informações importantes sobre esse quadro.

SINAIS E SINTOMAS

Os sinais e sintomas de uma crise convulsiva dependem do tipo da crise e da região do cérebro afetada. Em geral, ocorre perda súbita da consciência acompanhada por movimentos de contração muscular em todo o corpo ou parte dele. Em alguns casos, chamados convulsões tônico-clônicas, há movimentos que agitam todo o corpo, com perda de consciência.

Há também crises parciais, em que a pessoa pode estar total ou parcialmente acordada. Nesse tipo, podem ocorrer sintomas psicológicos e alterações dos sentidos (paladar, olfato, fala, visão), bem como movimentos involuntários em partes do corpo.

Em crianças pequenas, uma causa comum de convulsão é febre alta. Na população em situação de rua, é comum que a crise convulsiva aconteça em decorrência da abstinência do álcool, infecções agudas, epilepsia, entre outras.

Podemos dizer, assim, que a crise convulsiva é um sinal de que algo não está bem, não sendo a convulsão, em si, uma doença nem um transtorno mental.

TIPOS DE CONVULSÕES

Em adultos, três tipos de convulsões são reconhecidas:

- ✿ **Crises generalizadas.** Convulsões em que a pessoa perde a consciência por alguns minutos (também chamado de grande mal ou grande epilepsia). Seu corpo torna-se rígido e com tremores. Essa convulsão pode ser associada com a mordedura da língua, liberação de esfíncter urinário (urinar sem controle) e lesões por causa da queda súbita ou dos movimentos repetidos.

Os observadores podem descrever as pessoas chorando ou gritando pouco antes da queda, os olhos podem se voltar para cima, a boca espumar, e a pessoa pode “mudar de cor”, aproximando-se do azul, do roxo (cianose), ou ainda, muito esbranquiçada (pálida).

Durante esse tipo de crise, a pessoa fica completamente inconsciente e não responderá a qualquer comando verbal. A convulsão geralmente termina com a pessoa sonolenta ou adormecida. Algumas pessoas podem desenvolver uma fraqueza temporária dos seus membros logo após a crise.

- ✿ **Crises parciais.** Podem ocorrer em uma pessoa acordada ou em uma pessoa que está confusa ou perdeu o contato com seus arredores. As crises parciais são muito variadas na sua natureza. Algumas podem ser inteiramente localizadas a uma área do corpo, por exemplo, espasmos repetidos do braço ou da perna. Outras convulsões podem envolver comportamentos complexos, tais como bater os lábios e abotoar e desabotoar uma camisa. Muitas pessoas experimentam uma advertência/aviso ou “aura” que sinaliza que a convulsão está prestes a começar. Exemplos de auras são sensações estranhas na área do estômago e ouvir, ver ou cheirar coisas que são incomuns. Algumas pessoas podem ter uma convulsão parcial que em seguida, torna-se generalizada.

- A duração da convulsão é geralmente apenas de segundos, mas pode chegar a alguns minutos em uma convulsão tônico-clônica.
- Morder a língua, “espumar” pela boca, urinar e mudar de coloração (cianose) são vistas apenas em convulsões tônico-clônicas.
- Pessoas geralmente se recuperam rapidamente depois de uma crise parcial, enquanto após crises generalizadas podem se sentir sonolentos ou com dores de cabeça.

• **Convulsões tipo “conversão” ou crise dissociativa histérica.**

Essas não são “verdadeiras crises”, ou seja, não são decorrentes de uma anormalidade no funcionamento cerebral, mas sim de um problema psicológico. São também chamadas de pseudocrises. Sua característica é que elas não seguem nenhum padrão típico das convulsões já descritas. São mais comuns em mulheres; predominam manifestações motoras, que tendem a ser mais bizarras (por exemplo, movimentos pélvicos alternados, semelhantes aos da relação sexual); os olhos quase sempre ficam fechados na crise; as extremidades do corpo (braços e pernas) quase sempre estão relaxadas. Em geral, tendem a surgir na presença de outras pessoas, durante o dia, após discussões e brigas familiares. A instalação é lenta, geralmente não há confusão mental nem liberação de urina (DALGALARRONDO, 2008).

As pseudocrises ou crises pseudoepilépticas, muitas vezes, apresentam movimentos constantes da cabeça, de um lado para o outro. Diferentemente da “verdadeira crise” na qual a cabeça fica “grudada” no chão, de um lado só.

Diferenciando uma crise convulsiva de uma pseudocrise (crise conversiva)

- A crise convulsiva segue os padrões descritos anteriormente; a pseudocrise é bizarra ou variável em seu padrão.
- A cianose, língua mordida, formação de espuma, autolesão e urinar são características típicas de crises convulsivas, mas não de pseudocrises.
- Pessoas com pseudocrises nunca perdem a consciência. Até quando elas parecem estar inconscientes, resistem às tentativas de consolá-las ou movimentá-las, mostrando que elas ainda estão acordadas.
- Às vezes, a mesma pessoa pode ter os dois tipos de convulsão. Nessas situações, o cuidado extra é necessário antes de determinar qual tipo de convulsão a pessoa teve.

QUAIS SÃO AS CAUSAS DE CONVULSÕES?

Em algumas pessoas uma situação clínica específica pode ser a causa de sua convulsão. Esses são:

- ❖ Lesões na cabeça que levam à hemorragia no cérebro;
- ❖ Abstinência do álcool;
- ❖ Infecções no cérebro, tais como meningite, teníase, malária, tuberculose,
- ❖ Aids, por meio de infecção direta pelo vírus, ou infecções secundárias tais como infecções fúngicas;
- ❖ Tumores cerebrais;
- ❖ Hipoglicemias – níveis baixos de açúcar no sangue;
- ❖ Doença hepática grave ou doença renal.

Em especial nas pessoas em situação de rua, devemos nos preocupar com a hipoglicemia, porque ficam longos períodos sem se alimentar ou fazem isso de forma irregular, além da possibilidade de abstinência do álcool (também frequente nessa população).

Crise convulsiva no alcoolista – uma situação comum na rua

A maior parte das crises convulsivas no uso de álcool acontece na abstinência ou supressão. Em 90% dos pacientes, as crises ocorrem sete a 48 horas após a cessação da ingestão de álcool, principalmente 13 a 24 horas após.

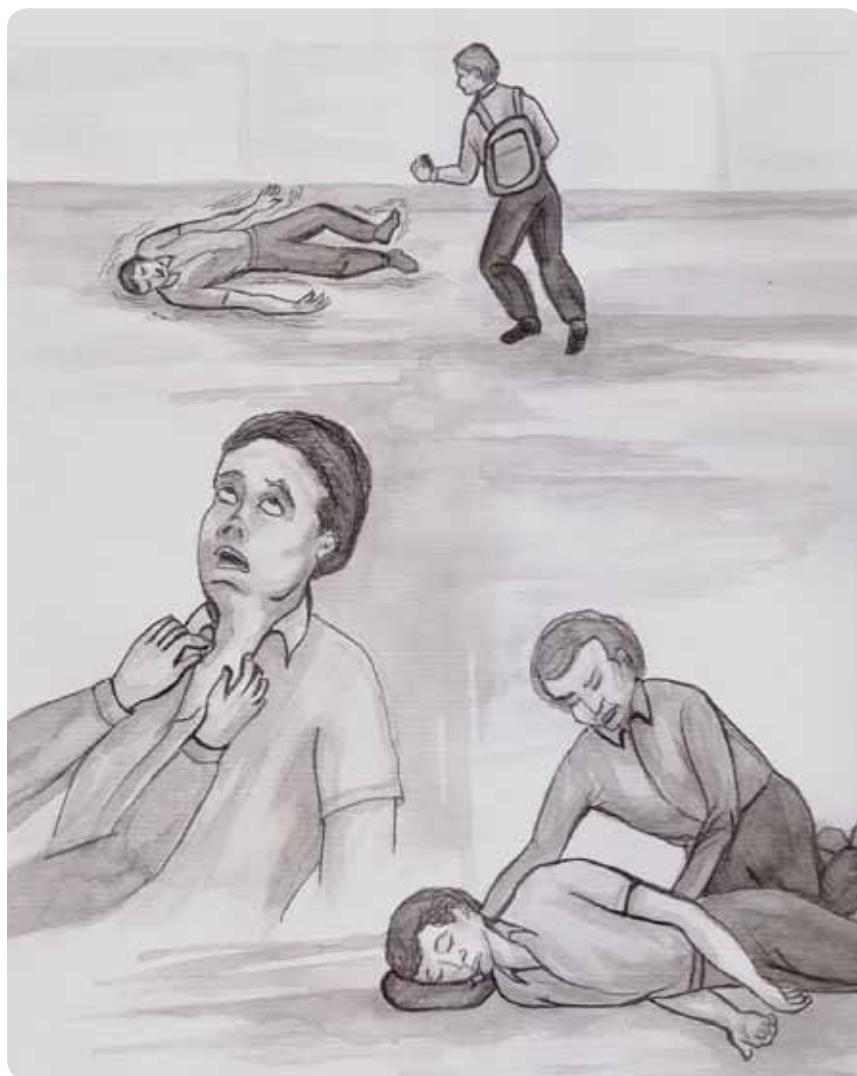
As crises resultantes da abstinência são, na maioria das vezes, tônico-clônicas. A suspensão abrupta do álcool, mesmo após um período de apenas dois dias de intoxicação pesada, pode induzir crises convulsivas. O tratamento medicamentoso prolongado com anticonvulsivante não é necessário para pacientes com crises convulsivas induzidas por abstinência do álcool.

O QUE FAZER AO SE DEPARAR COM UM QUADRO DE CONVULSÃO?

Durante a convulsão, o seu principal objetivo é assegurar que a pessoa não se machuque. Fique calmo, a maioria das convulsões são autolimitadas, ou seja, independentemente de ser feito algo ou não a crise termina por si só, e dura de um a quatro minutos. Isso explica o porquê de, na maioria das vezes que acionamos o serviço de emergência, eles chearem após a crise já ter terminado. Mesmo que você não faça nada, a pessoa quase sempre se recupera completamente após a convulsão.

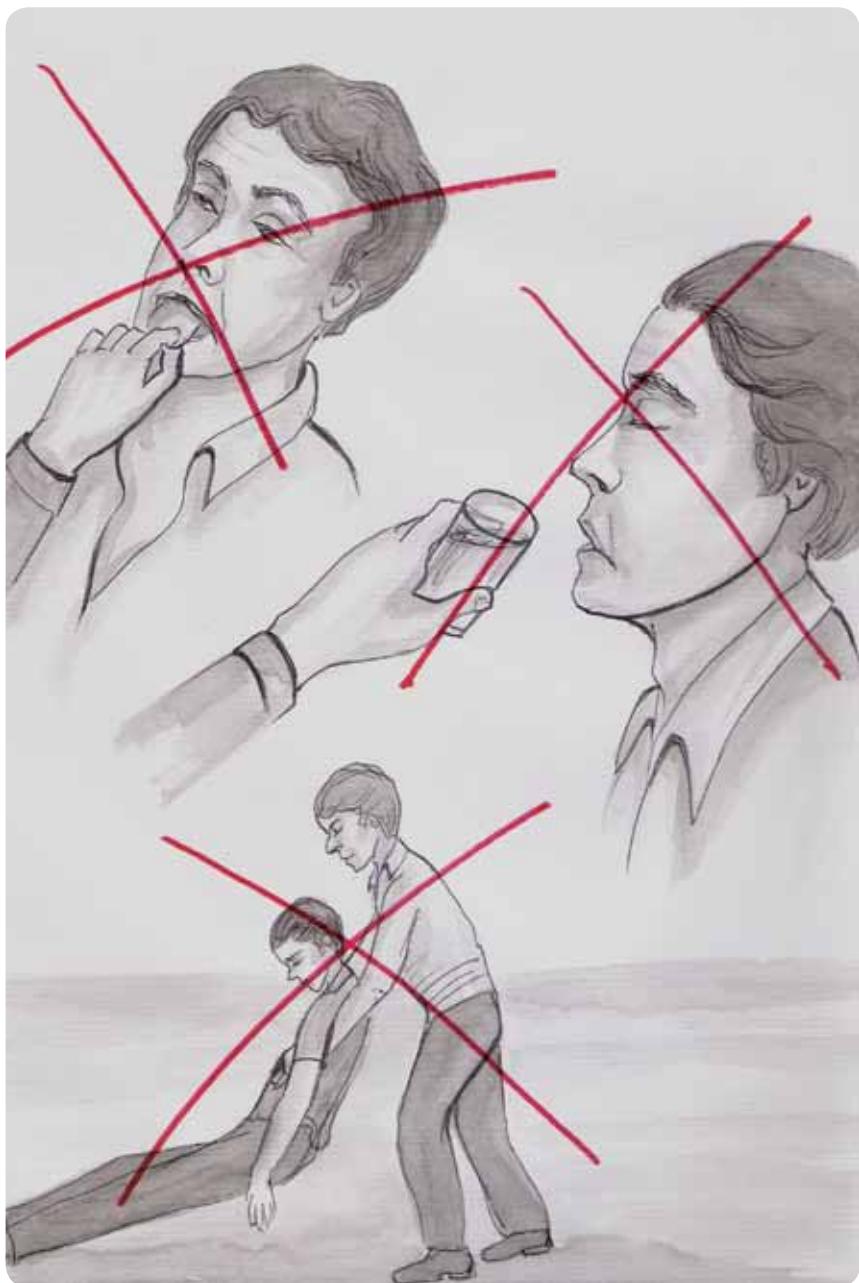
O que fazer?

- ✿ Sempre que possível, virar a pessoa de lado para que ela não engasgue com a própria saliva ou vômito.
- ✿ Afrouxar a roupa.
- ✿ Se possível, colocar uma estrutura macia (coberta, toalha, blusa) embaixo da cabeça, deixando a cabeça mais elevada para facilitar a passagem de ar.



O que não fazer?

- ✿ Não tentar nem permitir que alguém coloque qualquer objeto na boca de uma pessoa durante uma crise.
- ✿ Não tentar puxar a língua para fora para não correr o risco de ter um dedo mordido pela pessoa durante a crise.
- ✿ Não tentar segurar ou contê-la.
- ✿ Não tentar forçá-la a tomar medicamentos ou beber água.
- ✿ Manter a pessoa próxima após uma convulsão.
- ✿ Conversar com a pessoa depois de ela acordar e explicar o que aconteceu.
- ✿ Levar a pessoa a um serviço de Saúde assim que a convulsão tiver passado.



Quando chamar o serviço de urgência e emergência?

Idealmente, todas as pessoas com convulsões devem ser avaliadas pelo menos uma vez por um médico qualificado, se possível por um especialista em neurologia ou psiquiatria.

Isso é ainda mais importante para as pessoas cuja primeira crise convulsiva ocorre depois dos 30 anos de idade. A principal razão é garantir que a pessoa não sofre de uma doença grave que esteja causando a convulsão. O médico solicitará exames como eletroencefalograma, tomografia computadorizada de crânio ou ressonância magnética para descartar ou fechar o diagnóstico de epilepsia e investigar outras causas para a convulsão.

Depois desse diagnóstico, a pessoa deverá ser orientada sobre mudanças no estilo de vida e a importância regular do uso de medicações prescritas.

Quando não presenciamos a crise, a primeira coisa a fazer é certificar-se da veracidade do ocorrido. Em seguida, é preciso checar se o episódio não se tratou de uma pseudocrise. Depois disso, concluindo que houve uma convulsão, procurar saber se foi a primeira crise. Apresentar uma única crise não é um evento raro. Por exemplo, durante infecções graves, uma pessoa pode ter uma convulsão, mas nunca mais ter outra crise. Se estiver em dúvida se a convulsão é verdadeira, considere-a como tal até a verificação do ocorrido pelo profissional da Saúde.

Conseguir um relato claro sobre o que aconteceu é essencial. A principal informação que o profissional da Saúde necessita para fazer um diagnóstico correto é o que diz o observador a respeito do ocorrido, e o que a pessoa fala sobre a experiência da convulsão. Você pode ajudar o médico a determinar o tipo de convulsão entrevistando a pessoa após a crise e alguém que presenciou a convulsão. Sempre que possível registre essas informações no encaminhamento que fará ao serviço de saúde.

QUANDO ATAQUES NÃO PARAM: ESTADO DE MAL EPILÉPTICO

Esta é uma emergência clínica grave que necessita de intervenção médica treinada, sendo necessário, assim, acionar o serviço médico de urgência e emergência (SAMU). Nesta condição, a pessoa tem convulsões contínuas quase sem interrupção e sem recuperar a consciência. Você deve chamar o SAMU se a duração da crise for maior

que 10 minutos. Neste contato, não se esqueça de mencionar a duração da crise. Você também deve solicitar ajuda se a pessoa se machucar durante a crise ou se ocorrer uma segunda crise

Mas o que é a epilepsia?

A epilepsia é um distúrbio cerebral crônico que acomete 2% da população. É caracterizada por crises recorrentes, não provocadas e com múltiplas apresentações clínicas. Pode ter várias causas (congênita, traumática, pós-infecciosa), mas na maioria das vezes a causa é desconhecida (KLIEMANN; MONTE, 2004).

A epilepsia é um transtorno mental?

A epilepsia não é um transtorno mental. Ela é resultante de alterações elétricas no cérebro. No entanto, a epilepsia é muitas vezes considerada um problema de Saúde Mental, pois os pacientes epilépticos podem apresentar alterações de comportamento. Podem ser observados, por exemplo, comportamentos estranhos nas crises parciais.

A epilepsia pode causar grande estresse, e muitas pessoas com essa doença desenvolvem problemas emocionais.

A maioria das pessoas com epilepsia tem a sua primeira crise antes dos 30 anos de idade. Nestes casos muitas vezes, é impossível encontrar uma causa para a epilepsia, são as chamadas epilepsias idiopáticas. Se as convulsões começarem pela primeira vez depois de 30 anos (e, especialmente, após os 40), a possibilidade de que a pessoa tenha um outro problema clínico é elevada.

U Muitas culturas consideram que a epilepsia é causada por forças sobrenaturais, tais como a feitiçaria, semelhante à percepção que têm sobre alguns tipos de transtornos mentais.

U Algumas doenças clínicas podem se apresentar com outros sintomas, como febre e dor de cabeça, outras vezes, a convulsão pode ser o único sintoma da doença.

Informações para e sobre pessoas com epilepsia

- A epilepsia é uma doença de longa duração e as pessoas acometidas podem precisar de medicação por muitos anos.
- A epilepsia não é causada por bruxaria ou espíritos.
- A chave para o tratamento da epilepsia é regularmente tomar os medicamentos prescritos.
- As pessoas com epilepsia podem levar uma vida normal, quando tratadas adequadamente. Eles podem casar, ter filhos e trabalhar, com pequenas restrições em alguns trabalhos.
- As pessoas com epilepsia não devem dirigir (pelo menos até que elas estejam há um ano sem crise convulsiva, e fazendo uso regular dos medicamentos), devem evitar nadar sozinhos ou trabalhar perto ou com máquinas pesadas.

- ✿ As pessoas com epilepsia devem tentar modificar seu estilo de vida, tendo sono e refeições regulares; uso controlado de álcool, evitar exercícios físicos extremos, evitar situações que podem levar a tensão/estresse ou excitação súbita.
- ✿ As pessoas com epilepsia podem desenvolver outros problemas, como depressão e mesmo psicoses.
- ✿ Geralmente, não se considera a interrupção do medicamento a não ser que a pessoa tenha estado livre de crises por pelo menos dois anos.

A epilepsia não tem cura, mas o tratamento farmacológico prescrito ajuda a controlar e prevenir as crises convulsivas. Os medicamentos utilizados são os **anticonvulsivantes**, e muitos deles estão disponíveis na rede pública. São exemplos de anticonvulsivantes: Fenobarbital (Gardenal), Fenitoína, Ácido Valpróico, Carbamazepina entre outros. Eles previnem e/ou diminuem a duração das crises epiléticas.

CONCLUINDO...

Muitas vezes, as pessoas que estão ao lado de quem sofre uma crise convulsiva ficam assustadas e temerosas, com ímpetos de sair de perto para buscar ajuda de um “especialista”. No entanto, a ajuda imediata é de fundamental importância para que a pessoa não fique com sequelas, como fraturas em decorrência de quedas bruscas e desprotegidas ao chão. A crise convulsiva não é contagiosa, então lembre-se: é muito simples auxiliar alguém durante a crise sabendo o que você deve e o que não deve fazer.

REFERÊNCIAS

DALGALARRONDO, P. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

KLIEMANN, F. A. D; MONTE, T. L. Epilepsia. In: DUNCAN, B. B. et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2013, 1976 p., p. 814-825.

BIBLIOGRAFIA

PATEL, V. **Where there is no psychiatrist:** a mental health care manual. Glasgow: Gaskell, 2003.

**dois pássaros
gritam .
discutem .o
tempo virou**

11

Pensamentos ou tentativas de suicídio

Katia Amirati, Magali Baptista e Carmen Santana

O suicídio e os comportamentos suicidas têm graves consequências pessoais, sociais e econômicas para a nossa sociedade. Conforme definição da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), o suicídio é uma ação executada por uma pessoa com a intenção de colocar fim a sua própria vida. Esta ação é realizada de forma consciente e intencional, mesmo que ambivalente, usando métodos que julga ser fatal (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2014, p. 9). A tentativa de suicídio é um comportamento autolesivo com consequências não fatais acompanhado de evidências de que a pessoa tinha a intenção de morrer. Apenas uma pequena parcela das pessoas que tentam acabar com a sua vida é bem-sucedida. Muitas vezes, a pessoa tem pensamentos sobre acabar com a própria vida, é o que chamamos de ideação suicida.

A discussão que desenvolveremos, neste capítulo, é sobre como ajudar as pessoas que estão pensando ou tentaram acabar com a própria vida.

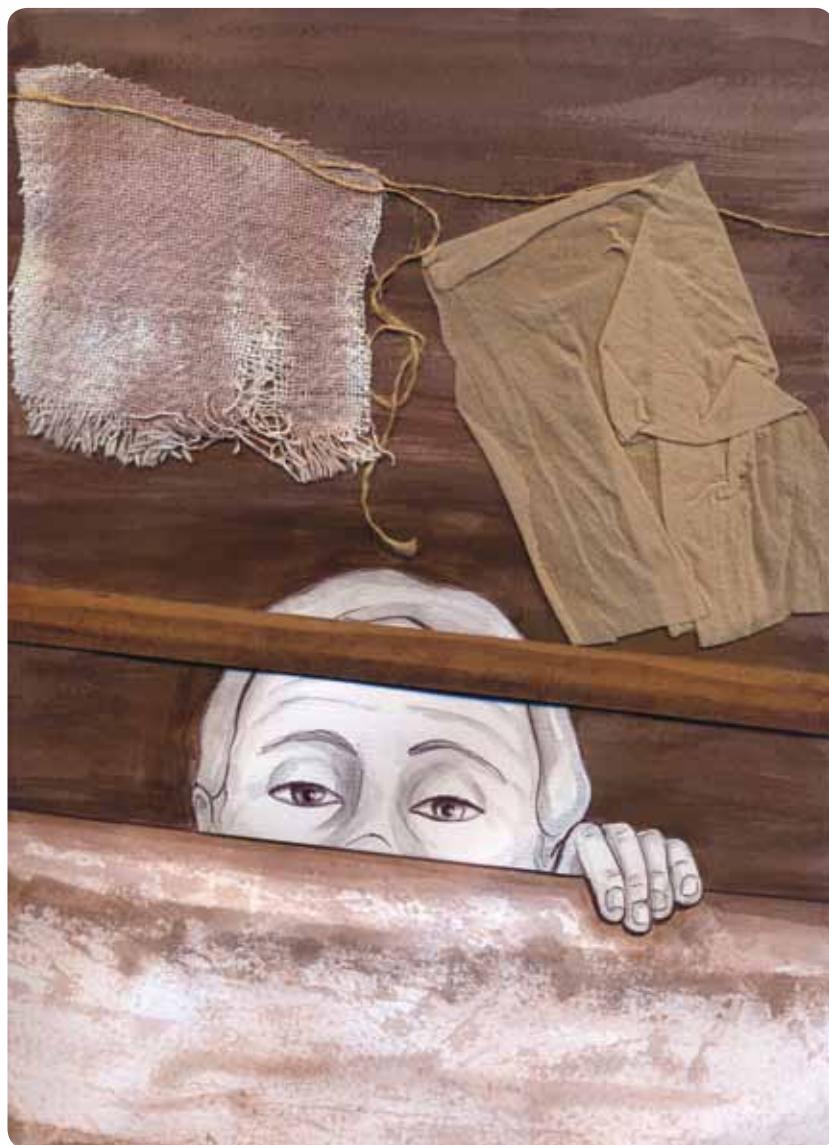
PANORAMA GERAL

Muitos de nós já nos encontramos em situações de extrema dificuldade e sofrimento e, neste momento, acreditamos que a vida já tenha sido “suficiente”.

Se você considerar somente as situações difíceis que podem fazer com que você pense em não querer continuar a sua vida, e achar que essas devam ser as mesmas razões para outras pessoas, você estará correndo o risco de não perceber o intenso sofrimento do outro que te procura

para conversar sobre isso. Estará correndo o risco de emitir seus julgamentos de valores quando essa pessoa falar com você sobre suicídio.

Para a maioria das pessoas, pensamentos de suicídio passam rapidamente e, muitas vezes, são uma reação a um evento infeliz recente. A maioria conversa sobre isso com amigos ou familiares, ou encontra soluções para os problemas de maneira que os pensamentos vão embora. Para alguns, no entanto, pensamentos ou planos suicidas podem se tornar persistentes, podendo estar associados às doenças mentais ou às dificuldades da vida.



Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (2014), o comportamento suicida é um sério problema de saúde pública que afeta um grande número de pessoas. Estima-se que 804.000 pessoas cometem suicídio no ano de 2012. Isso representa uma pessoa a cada 40 segundos e os jovens – entre 15-29 anos – são os mais afetados. O suicídio é a segunda principal causa de morte no mundo. Também foi identificado

um alto índice de suicídio entre os idosos com idade acima dos 70 anos. Há indicações que, para cada suicídio, podem ter ocorrido mais de vinte outras tentativas.

Entre os métodos utilizados, os mais comuns são a ingestão de pesticidas e alguns medicamentos, e o uso de armas de fogo. Restringir ou dificultar o acesso a esses meios é uma estratégia efetiva de prevenção, tanto para o suicídio como para as tentativas de suicídio (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014).

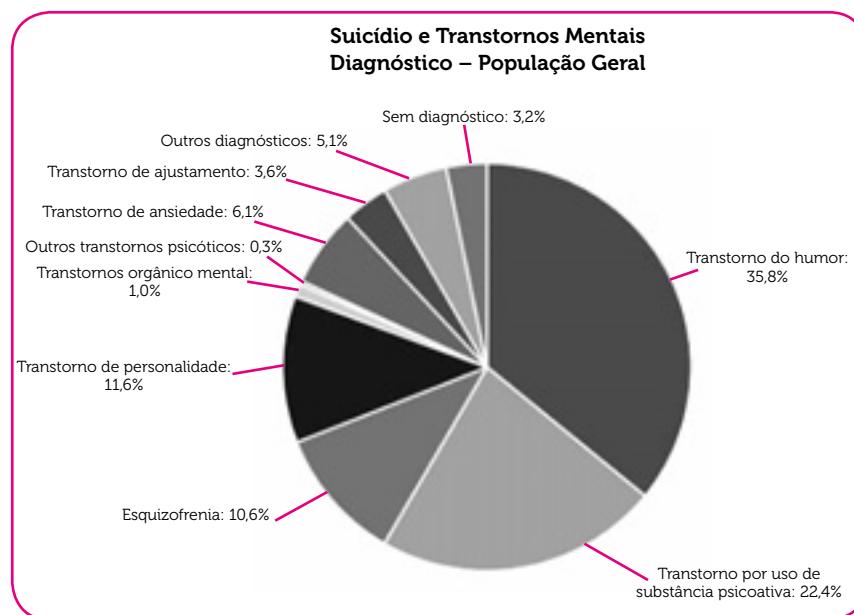
Outros fatores de risco para o suicídio são: transtornos mentais, tentativas anteriores de suicídio, problemas financeiros ou perda de emprego, uso problemático de álcool, traumas ou abusos, discriminação, dificuldade no acesso ao sistema de saúde, doenças crônicas ou dolorosas, incapacitantes (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014).

Atenção!

Os transtornos mentais e tentativas anteriores são os mais importantes fatores de risco de suicídio!

Para entendermos o impacto dos fatores de risco e a relação com os transtornos mentais, vamos conhecer alguns números. Entre os transtornos mentais mais presentes nos casos de suicídio estão o transtorno de humor, os transtornos por uso de substâncias psicoativas, transtornos de personalidade e a esquizofrenia, conforme demonstrado no Gráfico 1.

Gráfico 1 – Suicídio e transtornos mentais



Fonte: Adaptado de Bertolote e Fleischmann (2002).

Conforme Bertolote e Fleischmann (2002), os transtornos de humor foram os diagnósticos mais frequentes associados ao suicídio, representando 35,8%. Os transtornos por uso de substâncias psicoativas alcançaram 22,4%, os diagnósticos de transtornos de personalidade foram de 11,6% e esquizofrenia 10,6% da população geral. Os autores ressaltam dois pontos importantes:

- ✿ Entre os transtornos de humor, a depressão foi a mais prevalente.
- ✿ Comorbidade entre os transtornos de humor (depressão) e transtornos por uso de substância (álcool) foi frequentemente encontrada.

Em relação aos aspectos sociodemográficos, o Ministério da Saúde (MS), no manual dirigido a profissionais das equipes de Saúde Mental, identificou as seguintes características nos indivíduos que apresentam maior risco de cometer suicídio (BRASIL, 2006):

- ✿ sexo masculino;
- ✿ faixas etárias entre 15 e 35 anos e acima de 70 anos;
- ✿ estratos econômicos extremos;
- ✿ residentes em áreas urbanas;
- ✿ desempregados (principalmente perda recente do emprego);
- ✿ aposentados;
- ✿ isolamento social;
- ✿ solteiros ou separados;
- ✿ migrantes.

Já quanto a aspectos psicológicos, merecem destaque aqueles que:

- ✿ sofreram perdas recentes;
- ✿ sofreram perdas de figuras parentais na infância;
- ✿ vivenciam dinâmica familiar conturbada;
- ✿ têm dificuldades com datas importantes;
- ✿ têm reações de aniversário;
- ✿ apresentam personalidade com traços significativos de impulsividade, agressividade, humor lábil.

Sobre condições clínicas potencialmente incapacitantes, vale destacar os indivíduos que apresentam:

- ✿ doenças orgânicas incapacitantes;
- ✿ dor crônica;
- ✿ lesões desfigurantes perenes;
- ✿ epilepsia;
- ✿ trauma medular;

- ✿ neoplasias malignas;
- ✿ Aids.

No caso da população em situação de rua, quantos dos fatores de risco já citados não se sobrepõem, aumentando ainda mais o risco de suicídio? Quantas vezes essas pessoas tiveram seus planos e projetos de vida adiados ou interrompidos por situações de violência, desempregos, conflitos familiares? Quantos vínculos rompidos estão presentes? Quanto isolamento, estigma, desesperança não carregam nas suas histórias? Muitas vezes podem não ter o amigo ou o familiar para conversar sobre isso. Nesses casos, os trabalhadores da saúde ou da assistência social constituem a única possibilidade de falarem sobre o assunto. Por isso, é de extrema importância sabermos um pouco mais sobre a temática.

TRANSTORNOS MENTAIS ASSOCIADOS AO SUICÍDIO

Transtornos mentais graves, como os psicóticos, aumentam o risco de suicídio. Além deles, merecem destaque:

✿ Depressão

Maior causa de suicídio, a depressão pode fazer uma pessoa se sentir miserável, imprestável, sem valor, perder o interesse na vida e perder a esperança para o futuro. Segundo dados da Associação Brasileira de Psiquiatria (2014), no decorrer da vida pelo menos 25% das mulheres e entre 10% e 12% dos homens terão ao menos um episódio depressivo. Em função dessa alta prevalência, a depressão é o transtorno mental que está mais associado ao suicídio e, em números absolutos, é o diagnóstico mais recorrente entre suicidas (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2014).

✿ Uso indevido de álcool e outras drogas

Embora muitas pessoas bebam álcool e usem drogas por diversão ou para se sentirem melhores, de fato algumas dessas substâncias atuam como depressoras do sistema nervoso central (cérebro). Poderíamos então pensar que como “depressoras” deixariam o indivíduo “mais devagar”, portanto menos propenso a tomar iniciativas como uma tentativa de suicídio. No entanto, a primeira dimensão do comportamento inibido é a própria inibição. Sendo assim, muitas vezes uma pessoa que não tentaria se matar se

O suicídio entre os idosos também é elevado e a solidão, perda do cônjuge ou doenças degenerativas podem ser fatores de risco para esta população (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2014).

estivesse em sua plena consciência, sob efeito do álcool pode vir a fazê-lo. Além disso, a associação de altas doses de substâncias depressoras do sistema nervoso central pode levar à morte.

Por outro lado, o desespero de não ser capaz de interromper ou controlar o uso, doenças físicas decorrentes deste uso e problemas financeiros relacionados ao consumo descontrolado, podem fazer com que a pessoa pense ou cometa suicídio. Segundo a Associação Brasileira de Psiquiatria (2014), de 5% a 10% dos dependentes de álcool cometem suicídio. O uso de álcool ou alguma outra droga também são detectados antes do ato suicida ou de tentativa, mesmo sem essas pessoas serem dependentes.

Problemas crônicos de saúde

Vale ressaltar que, a despeito de não serem caracterizados como transtornos mentais, problemas crônicos de saúde, doenças que causam dor ou que não possuem possibilidades terapêuticas são elementos que influenciam bastante na propensão de uma pessoa cometer suicídio.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS DO SUICÍDIO

Existem estágios na elaboração da ideia de suicídio. O planejamento suicida inicia

geralmente com a imaginação ou a contemplação da ideia suicida. Posteriormente, o sujeito constrói um plano de como se matar, que pode ser implementado por meio de ensaios realísticos ou imaginários até, finalmente, culminar em uma ação destrutiva concreta. Contudo, não podemos esquecer que o resultado de um ato suicida depende de uma multiplicidade de variáveis que nem sempre envolve planejamento (BRASIL, 2006, p. 51).

As principais características apresentadas pela maioria das pessoas em estado de ideação suicida são apresentadas no documento “Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental” (BRASIL, 2006):

1. **Ambivalência:** ser ambivalente é ter dois desejos opostos ao mesmo tempo, é querer e não querer simultaneamente. A ambivalência é atitude interna característica das pessoas que pensam em ou que tentam o suicídio. Quase sempre querem alcançar

a morte, mas também querem viver. O predomínio do desejo de vida sobre o desejo de morte é o fator que possibilita a prevenção do suicídio. Muitas pessoas em risco de suicídio estão com problemas em suas vidas e ficam nesta luta interna entre os desejos de viver e de acabar com a dor psíquica. Se for dado apoio emocional e o desejo de viver aumentar, o risco de suicídio diminuirá.

2. **Impulsividade:** o suicídio pode ser também um ato impulsivo. Como qualquer outro impulso, o de cometer suicídio pode ser transitório e durar alguns minutos ou horas. Normalmente, é desencadeado por eventos negativos do dia a dia. Acalmando tal crise e ganhando tempo, o profissional da Saúde pode ajudar a diminuir o risco suicida.
3. **Rigidez/constrição:** o estado cognitivo de quem apresenta comportamento suicida é, geralmente, de constrição. A consciência da pessoa passa a funcionar de forma dicotômica: tudo ou nada. Os pensamentos, os sentimentos e as ações estão consitritos, quer dizer, constantemente pensam sobre suicídio como única solução e não são capazes de perceber outras maneiras de sair do problema.

Pessoas com esse perfil pensam de forma rígida e drástica: “O único caminho é a morte”; “Não há mais nada o que fazer”; “A única coisa que dá pra fazer é me matar”. Análoga a essa condição é a “visão em túnel”, que representa o estreitamento das opções disponíveis de muitos indivíduos em vias de se matar.

Fique atento aos sinais!

Pessoas com ideação suicida, na maioria das vezes, expressam esses pensamentos e intenções por meio de comentários que transmitem ideias de que a vida não vale a pena ou que ele(a) não vale para nada. Esses comentários não devem ser ignorados. Alguns sentimentos estão mais frequentemente presentes em pessoas que pensam em suicídio: depressão, desesperança, desamparo e desespero. Esses sentimentos, juntamente com comentários de alerta, indicam forte necessidade de investigar o risco de suicídio (BRASIL, 2006).

ASPECTOS SOCIAIS E DEMOGRÁFICOS NO SUICÍDIO

As interações sociais podem ser fonte de grande potência para uma pessoa, mas em alguns casos pode gerar grande infelicidade e sofrimento. Alguns exemplos desses casos, são:

- ✿ Relacionamentos infelizes, especialmente um casamento infeliz;
- ✿ A perda de um ente querido;
- ✿ Não ter amigos com quem compartilhar os problemas e sentimentos;
- ✿ Os adolescentes podem tornar-se suicidas quando eles “falham” na escola ou nos recorrentes conflitos com os pais.

Além desses fatores ligados às interações entre as pessoas, há aqueles relacionados à conjuntura social mais ampla. Por exemplo, pobreza e dificuldades econômicas, especialmente quando essas acontecem de repente, como quando uma pessoa perde o emprego, podem gerar desespero e, em consequência disso, pensamentos suicidas.



Isso faz com que esta temática deva ser necessariamente discutida dentro dos serviços da assistência social.

Quando fazemos uma avaliação desses aspectos em pessoas em situação de rua, podemos observar que elas são extremamente vulneráveis a cometer o suicídio.

Gênero e suicídio

Como já mencionado, em 2012, foram registradas 804.000 mortes por suicídio no mundo; isso representa uma taxa anual ajustada de acordo com a idade de 11,4 mortes por 100.000 habitantes. Ao relacionarmos as mortes por suicídio e gênero, temos uma taxa de 15 mortes por 100.000 habitantes para homens, e oito mortes por 100.000 habitantes para mulheres. Por outro lado, os suicídios representam 50% de todas as mortes violentas registradas entre homens e 71% entre as mulheres (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014). Homens mais velhos, com uso problemático de bebida alcoólica, que estejam vivendo sozinhos ou em casamentos infelizes são os mais propensos a tentarem o suicídio.

No Brasil, dados do período de 1994 a 2004 demonstraram tendência de aumento nas taxas de mortalidade por suicídio. Ainda que a taxa de mortalidade no sexo masculino seja mais alta, houve aumento proporcional das taxas de 16,4% para os homens e 24,7% para as mulheres (BRASIL, 2006).

Embora as mulheres estejam em maior número nos registros de tentativa de suicídio, muitas vezes elas não são bem-sucedidas. Entre os homens, o risco de morte por suicídio é geralmente mais elevado.

Existem muitas razões potenciais para explicar as diferentes taxas entre homens e mulheres: questões de igualdade de gênero, diferenças nas estratégias aceitáveis para lidar com estresse e conflitos, disponibilidade ou preferência por diferentes meios para tentar o suicídio, diferentes padrões de busca de tratamento para transtornos mentais entre homens e mulheres (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

COMO LIDAR COM ESSE PROBLEMA?

É importante que o profissional pergunte ativamente sobre pensamentos suicidas e tentativas prévias de suicídio. Perguntar não leva a pessoa a pensar no assunto. Não pense: “se eu falar vou dar ideia”. Poder conversar sobre o assunto, ao contrário traz um grande alívio, é terapêutico poder compartilhar esta experiência com outra pessoa.

A melhor maneira de descobrir se uma pessoa tem pensamentos de suicídio é perguntar para ela.

Conversando, você pode saber como a pessoa tentou o suicídio. O que aconteceu? Foi uma tentativa perigosa? Se alguém tentou se enforcar ou tomar veneno de inseto/chumbinho, podemos considerar uma tentativa bastante grave; por outro lado, se ele causou escoriações no seu pulso com uma caneta, seria menos grave.

Busque também conhecer sobre tentativas pregressas. Já aconteceu antes? Pessoas com histórico de tentativas de suicídio são mais propensas a tentar fazê-lo novamente, e repetidas tentativas pode ser um sinal de uma dificuldade de longa data ou doença mental.

Outros pontos relevantes são a existência de uma história de uma doença mental ou uma doença física grave ou, ainda, de uma perda recente, por exemplo, separação de sua esposa, ida recente para a situação de rua, morte de um filho entre outras situações.

Os fatores que devem fazer você ficar atento ao risco de repetidas tentativas são:

- ✿ Uma grave e planejada tentativa, na qual havia um esforço para ocultar o planejamento dos outros e um método perigoso utilizado;
- ✿ Permanência dos pensamentos suicidas;
- ✿ Desesperança em relação ao futuro;
- ✿ Evidência de depressão grave;
- ✿ Evidência de graves dificuldades da vida e perdas;

- Falta de apoio social;
- Abuso de álcool ou doença física grave;
- Tentativas de suicídio anteriores;
- Idade avançada da pessoa que tentou suicídio.

Todos esses elementos podem ser desvelados numa boa entrevista com a pessoa que tentou o suicídio.

O suicídio é uma questão sensível, pessoal e muito estigmatizada em nossa sociedade. Por isso, precisamos nos cercar de uma série de cuidados ao entrar em contato com uma pessoa que passou por uma tentativa suicida:

- converse com a pessoa em particular. Dê-lhe tempo suficiente para se sentir confortável para compartilhar suas razões francamente;
- Não faça julgamentos sobre a pessoa;
- Não faça declarações tranquilizadoras sem entender a situação dela, pois isso pode fazê-la sentir-se ainda mais desesperada;
- converse com a família ou amigos para ouvir outra versão da situação de vida recente e saúde da pessoa que tentou o suicídio.

A seguir, oferecemos algumas perguntas que podem norteá-lo nesta conversa.

Perguntas a serem feitas à pessoa que tentou o suicídio

O quadro a seguir apresenta algumas questões que você pode fazer à pessoa que tentou o suicídio, com vistas a entender melhor suas razões, riscos que ainda corre e pensar o cuidado a ser oferecido a ela.

Pergunta	Observações
O que aconteceu? Por que você quer acabar com sua vida?	É importante investigar aqui se a pessoa se sente culpada pelo acontecimento, e se imagina que a morte vai tornar melhor a vida dos que a cercam. Esses são indicadores de maior risco de tentativa.
Você tem um plano? Há quanto tempo você está/estava planejando isso? Contou a alguém sobre o seu plano?	As tentativas que foram cuidadosamente planejadas e mantidas em segredo dos outros são mais graves.

Pergunta	Observações
Como você se sente agora?	Muitas pessoas estão aliviadas porque a tentativa não as levou à morte. As que não se mostram aliviadas são mais propensas a tentar novamente.
Você foi se sentindo deprimido recentemente? Você perdeu o interesse na vida?	Faça essas perguntas para detectar depressão.
Você tem usado muito álcool ou muita droga?	Faça perguntas sobre problemas com a bebida ou outras drogas.
Que razões existem para que você possa continuar a viver?	Esta é uma forma importante de tentar levar a pessoa a pensar nas coisas boas da vida. Algumas pessoas estão deprimidas a ponto de não conseguir ver nada de positivo. Este é um sinal de quão grave é a doença. Isto não significa que não há nada de positivo para que eles possam olhar!

Comunicação com a pessoa que tentou suicídio

A maneira como acolhemos e interagimos com a pessoa que tentou cometer suicídio pode ser decisiva na possibilidade de construção de uma aliança terapêutica e de um vínculo potente para ajudá-la a superar o problema. A seguir, algumas dicas de comunicação para auxiliar no contato.

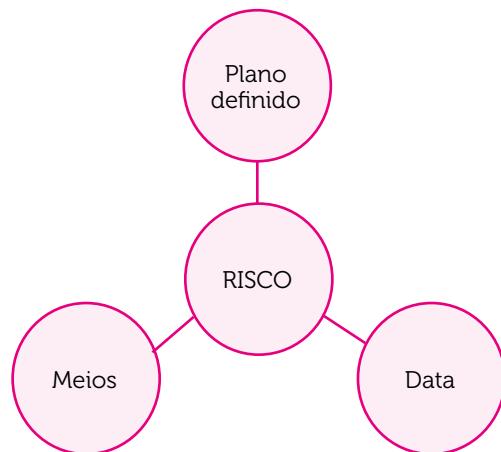
Como se comunicar	Como não se comunicar
<ul style="list-style-type: none"> • Ouvir atentamente, com calma. • Entender os sentimentos da pessoa (ter empatia). • Dar mensagens não verbais de aceitação e respeito. • Expressar respeito pelas opiniões e pelos valores da pessoa. • Conversar honestamente e com autenticidade. • Mostrar sua preocupação, seu cuidado e sua afeição. • Focalizar nos sentimentos da pessoa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Interromper a fala da pessoa muito frequentemente. • Ficar chocado ou muito emocionado. • Dizer que você está ocupado. • Fazer o problema parecer trivial. • Tratar a pessoa de uma maneira que possa colocá-la em uma posição de inferioridade. • Dizer simplesmente que tudo vai ficar bem. • Fazer perguntas indiscretas. • Emitir julgamentos do tipo certo ou errado. • Tentar doutrinar.

Fonte: Brasil (2006).

Classificação de risco do suicídio

Ao identificar uma situação de ideação suicida, é fundamental classificar o risco, pois isso orientará as medidas necessárias para cada caso. Essa classificação é feita levando em consideração a disponibilidade de meios para cometer suicídio, a presença de um plano claramente definido e uma data marcada.

Figura 1 – Elementos que influenciam na classificação de risco do suicídio



Fonte: Elaboração própria.

Você pode realizar a classificação a partir das respostas que a pessoa lhe fornecer para algumas perguntas-chave, que avaliam os elementos apresentados na Figura 1: definição de um plano, seleção de meios e escolha de uma data.

O que perguntar para realizar a classificação de risco para o suicídio:

1. Plano definido para cometer suicídio:

- ❖ Você fez algum plano para acabar com sua vida?
- ❖ Você tem uma ideia de como você vai fazê-lo?

2. Os meios para se matar:

- ❖ Você tem pílulas, uma arma, inseticida, ou outros meios?
- ❖ Os meios são facilmente disponíveis para você?

3. Data fixa:

- ❖ Você decidiu quando você planeja acabar com sua vida?
- ❖ Quando você está planejando fazê-lo?

Fonte: Brasil (2006).

Com base nas respostas que obtiver, será possível classificar o risco de suicídio em baixo, médio ou alto de acordo com as orientações do MS (BRASIL, 2006).

Baixo risco

Aplica-se aos casos em que a pessoa teve alguns pensamentos suicidas, como “eu não consigo continuar”, “eu gostaria de estar morto”, mas não fez nenhum plano. Nesses casos, as ações que o profissional deve tomar são:

- Oferecer apoio emocional. O ideal seria ter alguém na equipe treinado para orientar o indivíduo a falar sobre as circunstâncias pessoais e sociais emergentes que o colocam sob risco.
- Trabalhar os sentimentos suicidas. Quanto mais abertamente a pessoa fala sobre perda, isolamento e desvalorização, menos confusas suas emoções se tornam.
- Focalizar nos aspectos positivos da pessoa, fazendo-a falar sobre como problemas anteriores foram resolvidos sem recorrer ao suicídio. É uma forma de motivá-la e ao mesmo tempo recuperar a confiança em si mesma.
- Se não conseguir identificar uma condição tratável e/ou a pessoa não demonstrar melhora, não conseguir refletir sobre sua condição, encaminhá-la para um profissional de Saúde Mental.
- Pelo menos até que ela receba tratamento adequado, encontrar com ela em intervalos regulares e manter contato externo.

Médio risco

Classificamos em médio risco, pessoa que tenha pensamentos e planeja matar-se, mas não tem planos de cometer o suicídio imediatamente. Nesses casos, as ações do profissional podem ser:

- Oferecer apoio emocional, trabalhar com os sentimentos suicidas da pessoa e focalizar nos aspectos positivos. Em adição, continue com os passos seguintes.
- Focalizar os sentimentos de ambivalência. O profissional deve focalizar na ambivalência sentida pelo indivíduo em risco de suicídio entre viver e morrer, até que, gradualmente, o desejo de viver se fortaleça.
- Explorar alternativas ao suicídio. O profissional deve tentar explorar as várias alternativas ao suicídio, até aquelas que podem não ser soluções ideais, na esperança de que a pessoa vá considerar ao menos uma delas.
- Fazer um contrato, negociar. Momento para usar a força do vínculo existente entre você e a pessoa com comportamento suicida. Neste caso, vale destacar a importância, os fortes vínculos com os profissionais da assistência existentes dentro dos serviços de acolhida e/ou de convivência, bem como com os serviços de abordagens sociais. Extraia uma promessa sincera do indivíduo de que ele ou ela não vai cometer suicídio sem que se comunique com a equipe; por um período específico. O objetivo é ganhar tempo até conseguir ajuda especializada, ou até que as medidas tomadas começem a dar resultado.
- Encaminhar a pessoa ao psiquiatra da equipe/rede ou agendar uma consulta na atenção primária o mais breve possível dentro

Quando essa confusão emocional cede, a pessoa pode se tornar reflexiva. Esse processo de reflexão é crucial, ninguém senão o próprio indivíduo pode revogar a decisão de morrer e tomar a decisão de viver.

Nem todos as pessoas com pensamentos suicidas serão encaminhadas aos serviços especializados, portanto essas pessoas com baixo risco não deverão ser a maioria nesses serviços.



Negociar com sinceridade, explicar.

do período em que foi feito o contrato.

- ✿ Entrar em contato com a família, os amigos e/ou colegas e reforçar seu apoio. Antes de fazer esse contato, peça autorização à pessoa com comportamento suicida para deixá-la ciente sobre quais informações serão dadas, preservando seu direito ao sigilo.
- ✿ Orientar sobre medidas de prevenção ao suicídio que poderão ser realizadas pelos familiares/amigos/colegas, como impedir o acesso aos meios para cometer suicídio. São exemplos de medidas preventivas: esconder armas, facas, cordas, deixar medicamentos em local que a pessoa não tenha acesso (de preferência trancados), e com alguém responsável em administrá-los. Tudo isso também deve ser esclarecido à pessoa com comportamento suicida, solicitando sua autorização. Explicar que essas medidas são temporárias, até que ele/ela melhore o suficiente para reassumir o controle.

Alto risco

É classificada como alto risco a pessoa que tem um plano definido, tem os meios para fazê-lo e planeja fazê-lo prontamente. Muitas vezes, já tomou algumas providências prévias e parece estar se despedindo. As ações do profissional da assistência, nesse caso, devem ser:

- ✿ Estar junto da pessoa. Nunca deixá-la sozinha.
- ✿ Gentilmente falar com a pessoa e remover pílulas, faca, arma, venenos etc. (distanciando-a dos meios para cometer suicídio). Explicar que você está ali para ajudá-la, protegê-la e que, naquele momento, ela parece estar com muita dificuldade para comandar a própria vida.
- ✿ Fazer um contrato, como descrito anteriormente, e tentar ganhar tempo.
- ✿ Informar a família e reafirmar seu apoio, já descritos.
- ✿ Se onde você trabalha o psiquiatra não está acessível (como nos centros de acolhida, centros de convivência, ou mesmo na rua), ou não você não tem acesso aos serviços de hospitalidade diurna e noturna (presentes no Centros de Atenção Psicossocial 24 horas – CAPS III), esta é uma situação de emergência. Entre em contato com um profissional da Saúde Mental ou do serviço de emergência mais próximo (via de regra, o SAMU). Providencie uma ambulância e encaminhe a pessoa ao pronto-socorro psiquiátrico de referência.
- ✿ Explique ao profissional que irá recebê-la o resultado da sua avaliação, pois é indispensável que ele entenda o motivo do encaminhamento. Além do mais, você já conseguiu obter informações importantes. Os profissionais da assistência social podem

fazer encaminhamentos e relatos de comportamento suicida aos serviços de emergência psiquiátrica, informando a situação que presenciou/vivenciou.

Quando chamar o serviço de atendimento pré-hospitalar (SAMU)?

A pessoa que tentou o suicídio deve sempre ser encaminhada para serviços que tenham profissionais da Saúde Mental se:

- A tentativa de suicídio foi grave e com risco de vida;
- Persistirem ideias suicidas apesar de aconselhamento;
- Existe doença mental grave, como uma psicose;
- Existem tentativas prévias de suicídio;
- Houve overdose de inseticida ou outras substâncias;
- No caso de ingestão de inseticida ou outras substâncias, enquanto se aguarda o serviço de emergência.

No Apêndice 1 deste capítulo, apresentamos o Ceatox, que pode ser contatado nesses casos.



O que fazer depois de uma internação ou avaliação na emergência psiquiátrica?

Ao atender uma pessoa que saiu de uma internação ou passou por avaliação na emergência psiquiátrica, você precisa estar atento ao fato de que essa é uma pessoa classificada como alto risco e que precisa de atenção especial. Veja algumas formas de cuidá-la:

- Envolver a pessoa que tentou o suicídio em acompanhamento regular de Saúde, até que ela se sinta melhor e mais no controle de seus problemas;
- Tentar identificar as questões sociais que podem estar lhe causando muito sofrimento. Verificar se uma aproximação com algum familiar neste momento a ajudaria.
- Muitas pessoas suicidas possuem dificuldades em sua vida que precisam ser enfrentadas. Ajudá-la a refletir para lidar com essas questões pode ser muito útil;
- Se ela recebeu diagnóstico de depressão ou, ainda, dependência de álcool, oferecer a ela possibilidades de cuidado, que podem ser psicoterapia breve na atenção primária (UBS), acompanhamento em serviços especializados como os centros de atenção psicossocial (CAPS), atividades de reinserção social e oficinas em centros de convivência, grupos de mútua ajuda (AA e/ou NA), entre outros;

Atenção!

O tratamento farmacológico da depressão leva de três a quatro semanas para mostrar efeitos; enquanto as ideias de morte não regredirem por completo a pessoa com essa doença deve estar sob vigilância dos profissionais da Saúde e assistência social.



- ✿ As pessoas deprimidas tendem a ver a sua vida de uma forma negativa. Sugerir maneiras positivas olhando para a mesma situação é outra iniciativa que pode ser tomada.

O que fazer quando a família não está interessada?

Você vai precisar contar com a família para apoiar a pessoa, particularmente durante o período logo após uma tentativa de suicídio. Aqui, já encontramos uma grande dificuldade, já que no trabalho com a população em situação de rua, mesmo que se tenha o contato com a família, a aproximação pode não ser um desejo da pessoa com comportamento suicida. Muitas vezes, a família pode ser a representação do maior sofrimento e do abandono para a pessoa em situação de rua.

Se há conflito ou violência na família ou a família não está interessada, é preciso pensar em alternativas. Lembrando-se que devemos, primeiro, discutir essas alternativas com a pessoa que fez a tentativa. Em seguida, deve-se seguir uma ou mais das seguintes ações:

- ✿ Consultar o grupo de profissionais que vivenciou a situação “de perto”.
- ✿ Verificar se a pessoa aceitaria ir para um centro de acolhida.
- ✿ Tentar localizar familiares que possam auxiliar no manejo do caso.
- ✿ Identificar amigos ou pessoas nas quais ela confie, como membros de um grupo religioso, equipes de **Serviço Especializado de Abordagem Social as Pessoas em Situação de Rua (SEAS)** (abordagem de rua) e encorajar a pessoa a procurá-los.
- ✿ Discutir a situação com a equipe de Saúde de referência, para que possam pensar juntos em um projeto de cuidado para ela. Articular a rede sempre!

Tentativas repetidas de suicídio

A pessoa que ameaça ou tenta o suicídio, pode tentar de novo e de novo... e de novo! Esse é o tipo de pessoa que é levada para uma unidade de emergência repetidamente. Muitas vezes, os trabalhadores que realizam o primeiro atendimento não gostam dessas pessoas, porque as tentativas de suicídio não são consideradas realmente graves. Profissionais de serviços de emergência podem olhar para essas pessoas como se elas os fizessem “perder tempo”.

No entanto, é importante lembrar que elas não estão “agindo”; suas vidas são infelizes e o que elas precisam é de socorro. Essa ajuda pode assumir a forma de aconselhamento, com o objetivo de ajudar a pessoa a reagir a eventos infelizes. Identificação de áreas de força, como uma

relação de apoio ou uma habilidade profissional, podem ajudar a pessoa a olhar o “lado mais brilhante” da vida.

Lembre-se de que essas pessoas estão em maior risco de suicídio. A melhor maneira de ajudá-las é manter o contato regularmente e construir uma relação de confiança, de modo que, quando chateadas ou infelizes, elas possam falar com você **em vez de tentar se matar**.

MITOS SOBRE SUICÍDIO QUE LEVAM AO ERRO

É muito comum que os profissionais deixem de conduzir alguns atos de cuidado por medo de “piorar a situação” ou por preconceitos. No quadro a seguir, discutimos algumas frases sobre suicídio bastante recorrentes nos serviços, que levam ao erro no atendimento e podem até acarretar em uma fatalidade.

Mitos	Observações
Se eu perguntar sobre suicídio, poderei induzir a pessoa a isso.	Questionar sobre ideias de suicídio de modo sensato e franco aumenta o vínculo com a pessoa. Ele se sente acolhido por um profissional cuidadoso, que se interessa pela extensão de seu sofrimento.
Ele está ameaçando suicídio apenas para manipular.	A ameaça de suicídio sempre deve ser levada a sério. Chegar a esse tipo de recurso indica que a pessoa está sofrendo e necessita de ajuda.
Quem quer se matar, se mata mesmo.	Essa ideia pode conduzir ao imobilismo terapêutico, ou ao descuido no manejo das pessoas sob risco. Não se trata de evitar todos os suicídios, mas sim os que podem ser evitados.
Quem quer se matar não avisa.	Pelo menos dois terços das pessoas que tentam ou que se matam comunicaram de alguma maneira sua intenção para amigos, familiares ou conhecidos.
O suicídio é um ato de covardia (ou de coragem).	O que dirige a ação autoinfligida é uma dor psíquica insuportável e não uma atitude de covardia ou coragem.
No lugar dele, eu também me mataria.	Há sempre o risco de o profissional identificar-se profundamente com aspectos de desamparo, depressão e desesperança dessas pessoas, sentindo-se impotente para a tarefa assistencial. Há também o perigo de se valer de um julgamento pessoal subjetivo para decidir as ações que fará ou deixará de fazer.

Fonte: Adaptado de Werlang e Botega (2004).

Para lembrar...

- ✿ O suicídio está muitas vezes relacionado a doenças mentais como a depressão ou abuso de álcool.
- ✿ Muitas pessoas que tentam o suicídio têm um problema grave de vida tais como dificuldades conjugais ou financeiras.
- ✿ O suicídio também pode estar associado com doenças físicas graves.

- ❖ Nunca menospreze uma fala de pensamento de morte.
- ❖ Dar a oportunidade para que a pessoa que tenha pensamentos suicidas possa falar sobre eles, trazendo-lhe um grande alívio.
- ❖ O tratamento de emergência da tentativa de suicídio é uma prioridade. Uma vez que a pessoa está clinicamente instável.
- ❖ A doença mental deve ser tratada.
- ❖ Identifique pessoas que possam dar apoio nesta situação.

CONCLUINDO...

Não há uma receita universalmente aceita para proceder em casos de comportamento suicida. O papel de todo profissional envolvido no apoio às pessoas em situação de rua é entender por que alguém nesse caso quis acabar com sua vida e apoiá-la no período difícil logo após uma tentativa de suicídio.

REFERÊNCIAS

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Suicídio:** informando para prevenir. Brasília, 2014. Disponível em: <<http://www.flip3d.com.br/web/pub/cfm/index9/?numero=14>>. Acesso em: 10 jun. 2016.
- BERTOLOTE, J. M.; FLEISCHMANN, A. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. **World Psychiatry**, v. 1, n. 3, p. 181-185, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde Mental. **Prevenção do suicídio:** manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Brasília, 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_prevencao_suicidio_saude_mental.pdf>. Acesso em: 4 jun. 2010.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária.** Genebra, 2000. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_phc_port.pdf>. Acesso em: jul. 2016.
- WERLANG, B. G.; BOTEGA, N. J. **Comportamento suicida.** Porto Alegre: Artmed Editora, 2004.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Preventing suicide: a global imperative (full report)**, 2014. Disponível em:<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf?ua=1&ua=1>. Acesso em: jul. 2016.

BIBLIOGRAFIA

BEAUTRAIS, A. et al. Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: a case-control study. **The American Journal of Psychiatry**, v. 153, n. 8, Aug. 1996; p. 1009-14.

HAW, C. et al. Psychiatric and personality disorders in deliberate self-harm patients. **Br J Psychiatry**, v. 178, n. 1, p. 48-54, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Prevenção do suicídio:** um recurso para conselheiros. Genebra, 2006. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/media/counsellors_portuguese.pdf>. Acesso em: jul. 2016.

PATEL, V. **Where there is no psychiatrist:** a mental health care manual. Glasgow: Gaskell, 2003.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. **Compêndio de psiquiatria:** ciências do comportamento e psiquiatria clínica. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

APÊNDICE 1 – UTILIDADE PÚBLICA – CENTRO DE ASSISTÊNCIA TOXICOLÓGICA SP – CEATOX

A seguir, algumas informações retiradas do site do Ceatox (<http://www.ceatox.org.br/>), que explicam o que é e o que faz este centro. Este serviço pode auxiliar profissionais da assistência social ao se depararem com uma tentativa de suicídio.

O CEATOX-SP é o Centro de Assistência Toxicológica do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. [...] seu objetivo principal é fornecer informações específicas em caráter de urgência, a profissionais de saúde e população em geral, nas eventualidades de envenenamento, exposição a substâncias tóxicas, contaminação com defensivos agrícolas, acidentes com animais venenosos e reações adversas a medicamentos, via telefone, auxiliando no diagnóstico e tratamento.

É importante enfatizar que o atendimento telefônico realizado pelo plantonista do CEATOX-SP não substituirá a consulta de um serviço médico. Isto porque o plantonista passará informações sem examinar a vítima. O plantonista informará se há necessidade da pessoa ir ao hospital, ou se o mesmo pode ficar em casa. Além disso, ele poderá orientar alguma conduta que possa ser realizada em casa.

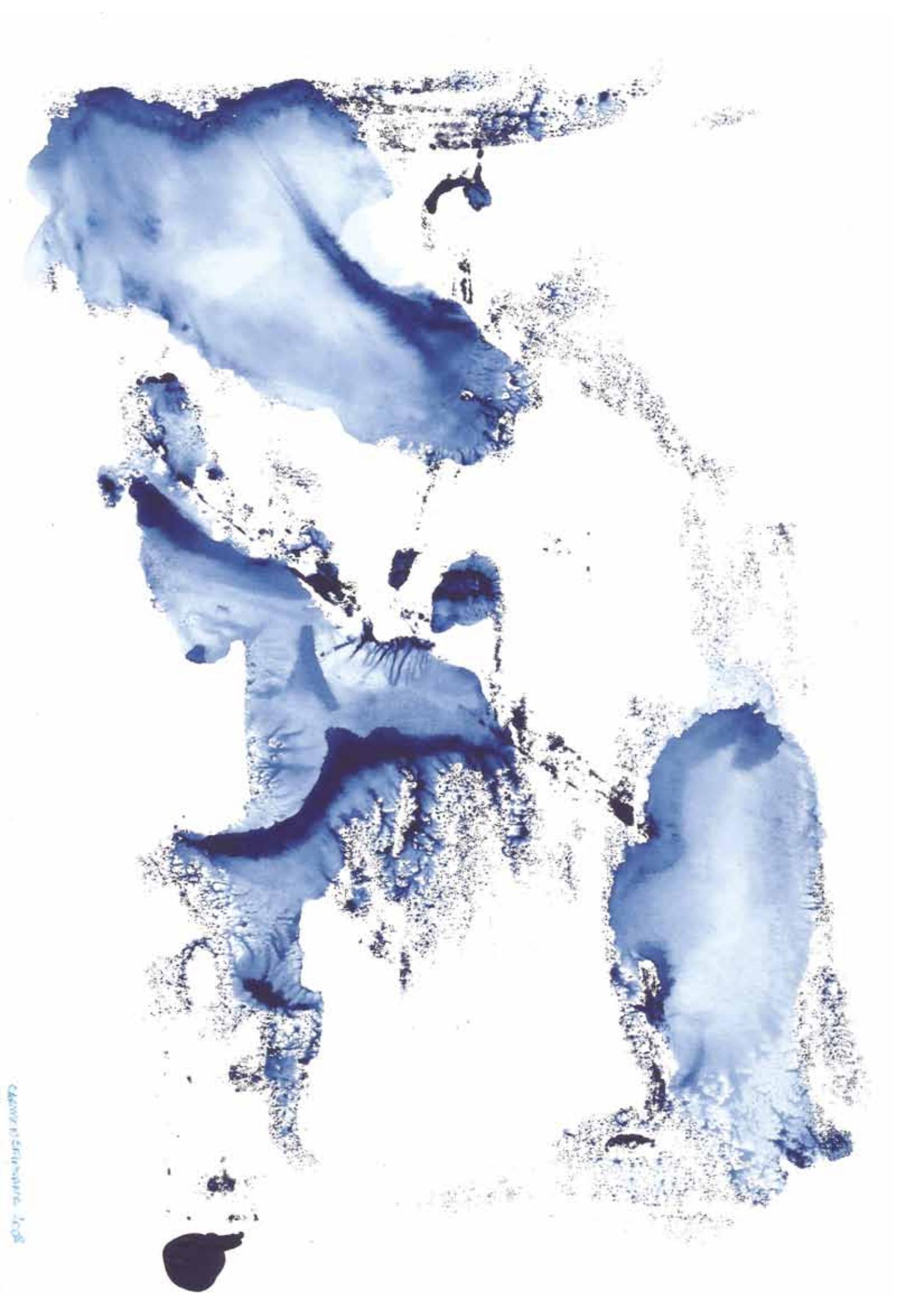
Em nenhum momento o plantonista indicará ao leigo um tratamento específico, como o uso de antídoto ou algum outro medicamento. Estas informações específicas e especializadas somente serão fornecidas pelo médico.

No entanto, é bom ter em mãos algumas informações ao buscar o atendimento:

- Idade da pessoa
- Peso da pessoa
- Como foi o contato com o produto
- Há quanto tempo foi a exposição
- Os sintomas que a pessoa está apresentando
- Informações sobre o produto – Tenha a embalagem em mãos
- Um número de telefone para contato

O Ceatox pode ser acionado pelo telefone 0800-0148110.

Fonte: <<http://www.ceatox.org.br/>>. Acesso em: jul. 2016.



multidão no
mesmo passo
.lento. para .
tempo
.passo.
tempo.
tempo. passo.
.catraca do
metrô

12

Comportamentos que causam preocupação

Katia Amirati, Magali Baptista e Carmen Santana

Neste capítulo, vamos conversar sobre comportamentos que causam preocupação e ocorrem dentro do espaço de trabalho, mais especificamente do profissional da assistência social. Para tratar sobre isso, não usaremos diagnósticos médicos, nem vamos enfocar transtornos mentais específicos. Isso porque muitos desses comportamentos podem estar relacionados a transtornos mentais, mas podem também partir de pessoas que não possuem nenhum diagnóstico referente a isso.

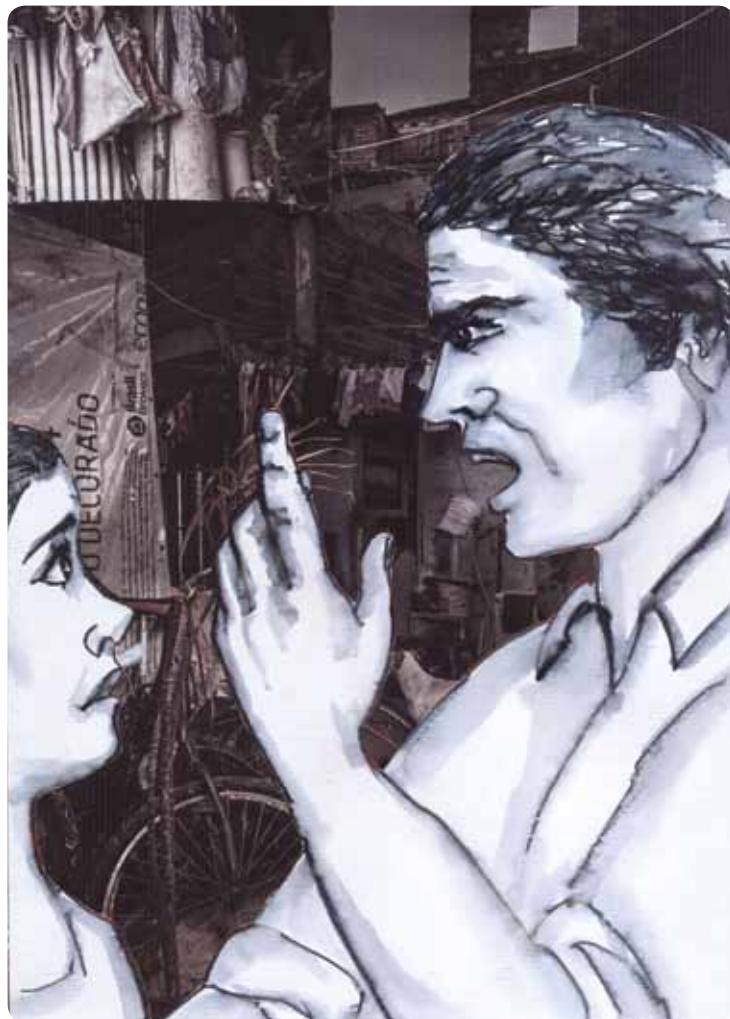
São exemplos de comportamentos que causam preocupação quando observados nos espaços de trabalho do profissional da assistência social:

1. Comportamentos violentos
2. Pessoas que parecem estar fora da realidade
3. Pessoas confusas ou agitadas
4. Comportamentos alterados na mulher após o parto
5. Idosos com comportamentos estranhos

O objetivo deste capítulo não é fornecer uma “fórmula” para resolver esses casos. Mas sim dar dicas de atitudes e ações, bem como orientar perguntas e manejos que possam minimizar riscos ao profissional que atende a pessoas que apresentam comportamento agressivo e agravamento das situações que envolvam agressividade no trabalho.

COMPORTAMENTOS VIOLENTOS

Quantas vezes no seu dia a dia de trabalho, você é interrompido por gritos, ou até mesmo por cenas de pessoas se agredindo fisicamente? O comportamento violento abrange ações ou reações de diferentes tipos que podem ferir outras pessoas. Caracterizam-se por hostilidade e ameaças aos demais sujeitos; podem empregar a força física ou palavras e atos para provocar o medo no outro. A violência verbal pode se dar por meio de gritos e uso de “palavrões”. A violência física inclui beliscar, bater, dar socos ou pontapés, uso de paus, facas ou armas de fogo. O mais comum é a situação se desenvolver em um crescente, ou seja, inicialmente a pessoa mostra-se irritada, não acata as solicitações feitas pelas figuras de autoridade, a irritação aumenta (muitas vezes de ambos os lados) culminando em violência.



Por que as pessoas tornam-se violentas? Como lidar com elas?

Existe uma crença comum de que as pessoas com transtorno mental são perigosas porque podem, a qualquer momento, ficar violentas. Isso é um mito! A maioria das pessoas com transtornos mentais não é mais perigosa do que qualquer outra pessoa.



Estudos que investigaram a associação entre transtorno mental e comportamento violento descrevem uma associação moderada entre esses dois elementos. O que não significa que as pessoas com transtorno mental sejam mais propensas a cometer atos violentos do que os membros da população em geral. Não há nenhuma evidência científica que indique aumento de atos violentos cometidos por pessoas com transtornos mentais severos durante os últimos anos. Ao contrário, as evidências disponíveis até o momento sugerem que a proporção de crimes violentos cometidos por pessoas que sofrem transtorno mental grave é pequena (SWANSON et al., 1990; VALENÇA; MORAES, 2006).

Indivíduos “normais” podem ficar agressivos tanto quanto as pessoas com transtornos mentais.



Somente alguns diagnósticos psiquiátricos específicos apresentam risco elevado de comportamento violento, como os transtornos por uso de substâncias psicoativas e o transtorno de personalidade antissocial. Já os transtornos afetivos, transtornos de ansiedade e retardo mental não elevam o risco (CITROME, 2015).

Uma ampla revisão bibliográfica que investigou as relações entre transtorno mental e comportamento violento revelou que:

- ✿ A prevalência da esquizofrenia nos infratores homicidas é de cerca de 6%, a prevalência de transtorno de personalidade é de 10%, e de abuso de álcool é 38%.
- ✿ A maioria dos homicidas com história de transtorno mental não estavam gravemente doentes ou sob cuidados de Saúde Mental no momento do delito.
- ✿ Pessoas estranhas parecem estar em risco ainda menor de serem violentamente atacadas por alguém que sofre de transtorno mental grave do que por alguém que é mentalmente saudável; ou seja, o risco de você ser atacado por alguém mentalmente saudável que não conhece é maior do que o de ser atacado por um desconhecido com transtorno mental (ERONEN et al., 1998).

Ao entrevistarmos alguém potencialmente homicida, o indicador mais confiável de comportamento violento no futuro é a história de comportamento violento no passado (SWINSON et al., 2011).

No Brasil, não há estudos que indiquem a associação entre homicídio e transtorno mental. Não está claro por que algumas pessoas com transtorno mental se comportam violentamente e outros não. No entanto, como qualquer outro, aqueles que têm um transtorno mental costumam ter uma razão para se tornarem agressivos. Para melhor lidar com pessoas que apresentarem comportamentos agressivos relacionados a um transtorno mental, devemos considerar alguns elementos importantes que podem nos ajudar a compreender como o transtorno mental pode levar à agressividade e violência.

✿ **Situações de humilhação**

Pensando no nosso dia a dia de trabalho com pessoas em situação de rua, percebemos que estão expostas a situações de humilhação cotidianamente. Por exemplo, quando procuram trabalho, mas a maioria das empresas não aceita como comprovante de residência o endereço do centro de acolhida. Tentam acessar serviços de saúde, que apesar de a lei dizer o contrário, muitas vezes se recusam a atendê-los por não terem documento. Pessoas em situação de rua costumam ser julgadas por sua aparência, e acabam se sentindo inferiores. Esses sentimentos podem ser expressados por meio de comportamentos agressivos, você não acha?

✿ **Ouvir vozes pode tornar uma pessoa irritada**

Imagine que você ouve vozes dizendo coisas desagradáveis sobre você ou quem você ama. Como se sentiria? Além disso, essas vozes dizem que alguns colegas estão planejando matá-lo. É possível que você fique com medo, e até pense ou tente agredir aquele(s) que você acredite estar (em) tentando prejudicá-lo. Algumas vozes (alucinações auditivas) podem ter um conteúdo de “comando”, ou seja, dizem para o indivíduo cumprir determinadas tarefas, como “agrida esta pessoa que está seguindo você, ela é muito perigosa e quer te fazer mal”.

Isso pode acontecer, por vezes, em pessoas que têm um transtorno mental grave (veja o Capítulo 9, no qual descrevemos os quadros psicóticos).

✿ **Ser impedido de realizar seus planos e sonhos**

Imagine que você se percebe como alguém poderoso, capaz de realizar todos os seus planos e sonhos. Então, encontra um profissional (ou colega de trabalho) dizendo que você está doente, que não é tão poderoso como pensa, e que será incapaz de fazer o que está dizendo ser possível. Numa situação assim, você poderia considerar essa pessoa alguém que o impede ou tente impedi-lo de realizar seus planos e sonhos. Possivelmente, ficaria bem irritado com este profissional, não? Isso pode acontecer, por vezes, com pessoas com transtorno mental.

✿ **Não conseguir obter bebida ou droga para aliviar sintomas de mal-estar**

Imagine que você é dependente de álcool (ou qualquer outra droga) e tem sintomas físicos quando não usa (por exemplo, tremores, sudorese intensa). Se você se sente gravemente doente, poderia tornar-se agressivo se alguém tentasse impedi-lo de obter uma bebida, não? Podemos imaginar como o dependente químico se sente ao estar em um centro de aco-

lhido sem poder fazer uso de álcool e/ou outras drogas; e com eventuais dificuldades de convivência com as normas de funcionamento do serviço. Isso pode ser uma razão para que ele se sinta irritado?

• **Estado de confusão**

Imagine que você tem dificuldade em lembrar coisas importantes em sua vida. Você não sabe onde está, que horas são, que dia é hoje, ou quem está falando com você. Algumas pessoas quando se sentem assim ficam muito assustadas, acham que precisam se defender porque enxergam a todos como estranhos. Tal estado de confusão pode ter diversas causas, como por exemplo: uso excessivo álcool ou outras drogas, hipoglicemia (açúcar baixo no sangue, decorrente, por exemplo, de longos períodos sem se alimentar), infecções gerais ou ainda lesões cerebrais.

Em resumo, a violência pode estar associada aos transtornos mentais em três situações:

- Estados de intoxicação ou abstinência de álcool ou outras drogas
- Quadros psicóticos agudos sem tratamento
- Quadros confusionais de causa orgânica (lesões cerebrais, demências, pós-crises epiléticas)

Se você puder descobrir/saber por que uma pessoa está com raiva e manifesta o comportamento agressivo, é provável que encontre maneiras de ajudá-la!

Sugestões para entender o quadro da pessoa que se comporta de maneira violenta

É fundamental, para entender o quadro de comportamento violento, saber como o episódio começou, o histórico de violência da pessoa. Essas informações podem ser obtidas por meio de entrevistas com os funcionários dos serviços da rede de atendimento, com a equipe de saúde que acompanha essa pessoa, com familiares ou ainda com colegas de trabalho.

O profissional deve certificar-se de que o espaço físico onde está com a pessoa esteja desprovido de qualquer objeto que possa ser quebrado e/ou ser utilizado como instrumento para agressão. Tanto o profissional como o entrevistado devem ter acesso à porta de saída do ambiente em

caso de novo episódio de agressividade. Algumas pessoas com quadro de comportamento que causa preocupação podem sentir-se acuadas se não tiverem acesso à saída, o que poderia aumentar o risco de uma agressão física. O profissional deve sempre pôr sua cadeira mais próxima à porta de saída se estiver em uma sala fechada.

Como estratégia, sugerimos perguntar às pessoas que convivem com quem está violento:

Violência súbita é frequentemente causada por um “gatilho”, ou seja, por um desencadeador específico. O comportamento violento sem qualquer aviso é raro, mas pode acontecer em pessoas com um grave transtorno mental.

Vessa pergunta pode fornecer pistas importantes para o tratamento a ser realizado pela equipe de saúde.

Visso pode ajudar no manejo do caso após a situação estar mais controlada e nas indicações de tratamentos e acompanhamentos.

- ❖ O que aconteceu? Os episódios de violência podem ser muito diferentes uns dos outros.
- ❖ Tente saber como o comportamento violento começou: a pessoa estava irritada há alguns dias ou foi uma súbita alteração de comportamento?
- ❖ O comportamento violento já aconteceu antes? Se assim for, são maiores as probabilidades de que ocorra um episódio ainda mais violento.
- ❖ A pessoa tinha problemas mentais no passado? Estava ou está tomando algum medicamento?
- ❖ Existe alguém em quem essa pessoa confie? É mais fácil conseguir que a pessoa se acalme, se ela puder estar com alguém em quem confie, que tenha maior vínculo, e que não necessariamente seja um profissional de saúde. Vamos pensar juntos na situação: se você estivesse muito irritado e agitado, preferiria conversar com um profissional de saúde do SAMU, que nunca te viu ou com alguém que você minimamente conheça, alguém com quem tenha algum vínculo? Essa reflexão pode nos ajudar a pensar sobre os acontecimentos do dia a dia de trabalho.

- ❖ A pessoa tem problemas com drogas ou álcool? Pode-se perguntar à própria pessoa agressiva o que aconteceu e obter um ponto de vista diferente dos outros informantes. Em particular, pergunte se havia razões para ela se comportar daquela maneira (tornar-se violenta) e ainda:

Se ainda está com raiva? Sente que está difícil se controlar? Se sim, questione se ela preferiria passar algum tempo sozinho antes de continuar a conversar.

Neste momento, seria importante que a pessoa fosse convidada a estar em algum lugar mais tranquilo, como menos pessoas que estivessem comentando sobre ela. Em um centro de acolhida, por exemplo, seria importante que ela saísse do quarto onde todos estão olhando para ela, ou do refeitório cheio de gente. Alguns locais de trabalho não têm espaços assim. Neste caso, considere qualquer lugar, com menos barulho, menos pessoas e que garanta uma maior privacidade e menos exposição para aquele que está apresentando o comportamento agressivo.

- O que acha do comportamento das pessoas que estavam ao seu lado? Percebeu alguma coisa diferente ou estranha que deixou você desconfiado(a)? Sentiu, ouviu ou percebeu de alguma forma que estavam falando sobre você? Acha que alguém poderia estar fazendo coisas que poderiam prejudicá-lo?

Essas perguntas ajudam a avaliar se a pessoa agressiva está se sentindo perseguida ou se ela tem um possível transtorno psicótico.



- Você já ouviu vozes que outras pessoas não conseguiam ouvir? O que acha que são essas vozes?
- Você usou álcool ou outras drogas recentemente? Quanto? Quando foi a última vez?

Com essas perguntas, investigamos as alucinações, que são um importante sinal de transtorno psicótico.

Sugestões de como lidar com a pessoa agressiva

- Esteja atento aos sinais de violência iminente, que incluem:
 - Comportamento provocador
 - Irritabilidade
 - Falar mais alto ou de forma ameaçadora
 - Abrir e fechar os punhos
 - Respiração rápida e ofegante
 - Inquietação e agitação motora (muda frequentemente a posição do corpo)
 - Postura tensa
 - Tocar e bater nas mesas, paredes ou no chão

- ✿ Preste atenção ao conteúdo e à forma como a pessoa fala. Se as palavras não fizerem nenhum sentido ou a pessoa estiver falando muito rápido, pode ser um sinal de intoxicação por álcool, alguma outra droga ou transtorno psicótico.
- ✿ Preste atenção ao cheiro de álcool (hálito ou pele) no momento da conversa.
- ✿ Perceba se há sinais de que a pessoa esteja “tonta”, sem equilíbrio ou se sua fala é muito lenta, “arrastada”, o que pode significar intoxicação por drogas ou álcool.
- ✿ Respeite seus próprios sentimentos: caso sinta-se com medo ou assustado, deve parar a entrevista.
- ✿ Fale sempre em um tom claro e calmo. Não grite, nem mesmo em uma tentativa de acalmar a pessoa.
- ✿ Nunca ameace a pessoa que está agressiva. Isso pode piorar muito a situação.
- ✿ É importante que, nessas situações, o atendimento não seja feito por um único membro da equipe. A presença de outros profissionais no local ajuda a prevenir comportamentos violentos (MANTOVANI et al., 2010). Certifique-se de que outro trabalhador do equipamento esteja disponível para apoiá-lo durante a entrevista. Se isso não for possível, você pode pedir à pessoa de confiança daquele que está apresentando o comportamento agressivo para estar junto durante a entrevista.
- ✿ Tente acalmar a pessoa falando, tranquilizando e ouvindo-a. Você não deve ter pressa para colocar a situação totalmente sob controle, pois isso deixará você ainda mais ansioso. Neste momento, é necessário que possa ser feita uma avaliação para saber se um serviço de emergência precisa ser acionado.
- ✿ Ao perceber que a pessoa tem uma arma, procure tranquilizá-la dizendo que você é um profissional da assistência social e que não há necessidade de portar uma arma no espaço. Se ele se recusa a entregar a arma, saia da sala e chame o pessoal de segurança para desarmá-lo.
- ✿ Se a pessoa se tornar violenta, tente primeiro dizer-lhe para se acalmar, seja firme e tranquilo. Quando isso não for possível, é indicado fazer uma contenção. Uma contenção física inadequada pode machucar muito a pessoa e até mesmo levar a óbito; sendo assim, a contenção nunca deve ser feita por pessoas não treinadas. Uma contenção adequada necessita de cinco pessoas treinadas para tal finalidade (CHANG et al., 2012). A equipe de saúde que é referência para o seu serviço pode e deve ajudar nesses casos.

A contenção é uma técnica (um instrumento) utilizada para preservar a integridade física dos envolvidos na situação, não se trata de “rasteiras”, chave de braço, castigo ou punição para o indivíduo. As estratégias de contenção devem ser pensadas e preparadas pelos profissionais treinados antes que ocorram as situações críticas de comportamento violento.

Apesar de a situação de violência gerar muito estresse entre a equipe, nem sempre ela representa um risco de morte e, assim, é provável que não seja atendida imediatamente pelo SAMU. Em algumas situações,

se faz necessário acionar os serviços de segurança pública da região, como a Polícia Militar ou a Guarda Civil Metropolitana, principalmente nos casos de violência física e/ou porte de armas brancas ou de fogo. Esses casos exigem técnicas específicas de contenção para que seja garantida a integridade do agressor e do agredido.

É muito importante que você não se coloque em situação de risco. Se achar que a situação envolve risco de comportamento violento, não fique sozinho com a pessoa!

O que fazer após o comportamento violento?

Quando a situação estiver sob controle, a equipe precisa conversar sobre o ocorrido, identificar sentimentos como insegurança, medo, raiva, que podem estar presentes entre os envolvidos. A avaliação das ações realizadas, bem como o diálogo sobre os sentimentos gerados, vai fortalecer e qualificar o trabalho da equipe para situações semelhantes no futuro.

Faz-se necessário unir esforços para integrar a rede de cuidados que deve ser conhecida por todos os profissionais da assistência social. Reuniões eventuais com os serviços de segurança pública local, bem como equipe e serviços de saúde locais, da atenção primária, secundária e terciária ajudarão a construir caminhos para lidar com essas situações.

Recapitulando!

- Pessoas com problemas mentais não são “naturalmente” violentas.
- Razões diferentes podem levar uma pessoa com um transtorno mental e uma pessoal “normal” a se tornarem violentas.
- Psicoses, álcool e abuso de drogas são problemas que podem estar associados à violência.
- A violência quase sempre afeta os trabalhadores e demais conviventes do espaço. Lembre-se de aconselhar as pessoas afetadas, explicar o que aconteceu e os encaminhamentos que estão sendo desenvolvidos.
- No contato com alguém agressivo, você deve considerar a segurança do outro e tentar ajudá-lo, mas sua preocupação principal deve ser proteger-se.
- Uso de medicamentos e técnicas de contenção podem ser necessários para acalmar alguém com um transtorno mental e que se torna agressivo.

Caso a equipe da assistência esteja suspeitando de um transtorno mental, é necessário discutir com a equipe de saúde, nos espaços para isso. Esses espaços precisam ser fortalecidos, pois só na perspectiva intersetorial é que será possível cuidar das pessoas. Também é importante a capacitação da equipe para lidar e prevenir situações de violência. Isso envolvendo ações de educação permanente e um local com estrutura física bem planejada (MOORE; PFAFF, 2011).

PESSOAS QUE PARECEM ESTAR FORA DA REALIDADE

Algumas pessoas com transtornos mentais, muitas vezes, parecem estar fora da realidade e falam sobre experiências sensoriais que chamamos de alucinações. Segundo Sadock e Sadock (2007), alucinação é uma percepção sensorial falsa, sem associação a estímulos externos reais e podem ser:

- ✿ **visuais:** falsa percepção que envolve visão de imagens formadas, como por exemplo pessoas; ou não formadas, como clarões de luz;
- ✿ **olfativas:** falsa percepção do cheiro; menos comum em transtornos mentais;
- ✿ **gustativas:** falsa percepção do paladar, como um gosto desagradável, menos comuns em transtornos mentais;
- ✿ **táteis:** falsa percepção de toque ou sensação de superfície, como a de um membro amputado, sensação de formigamento sobre ou abaixo da pele;
- ✿ **auditivas:** falsas percepções do som, em sua maioria, vozes, mas também de outros sons, como músicas. São as mais comuns em pessoas com transtornos mentais.

Com relação às alucinações auditivas, ao perguntar para essas pessoas o que está acontecendo, elas dirão que estão “ouvindo vozes”. Essas vozes podem ser de uma ou mais pessoas falando mesmo quando não há ninguém por perto, de pessoas conhecidas ou desconhecidas, podem falar com a pessoa ou, entre si. Por exemplo, as vozes podem dizer coisas desagradáveis sobre a pessoa. Ocasionalmente, as vozes podem falar diretamente com a pessoa e dizer-lhe para fazer coisas, como se machucar ou agredir os outros. São as chamadas vozes de comando.

Além das alucinações, os **delírios** também fazem a pessoa parecer estar fora da realidade. Delírios são alterações do conteúdo do pensamento, são crenças falsas, baseadas em conclusões/interpretações erradas sobre a realidade externa, incongruentes com a inteligência e a base cultural da pessoa. Os delírios não podem ser corrigidos com argumentação ou raciocínio lógico. Eles podem ter diferentes tipos de conteúdo:

- ✿ **Bizarros:** estranhos, absurdos e totalmente implausíveis, como a crença que invasores do espaço tenham implantado eletrodos no cérebro de alguém.
- ✿ **Somáticos:** falsas crenças envolvendo o funcionamento do corpo, como por exemplo, a de que o cérebro está apodrecendo ou derretendo, entre outros.
- ✿ **Perseguição:** falsas crenças de estar sendo atormentado, assediado, enganado ou seguido por alguém.

- **Grandezza:** concepção exageradamente positiva acerca da própria importância, poder ou identidade.
- **Autorreferência:** falsa crença de que eventos externos são direcionados à pessoa delirante, ou seja, o comportamento dos outros se refere a ela.

É muito importante conversar com as pessoas sobre o conteúdo de seus delírios, em especial, os delírios de perseguição podem representar um grande risco para elas ou para terceiros, a depender de seu conteúdo.

Quando uma pessoa apresenta ao mesmo tempo delírios e alucinações, dizemos que ela possui sintomas psicóticos.

É importante saber que uma mesma pessoa pode apresentar, ao mesmo tempo delírios e alucinações.

Veja a seguir um quadro com exemplo de pessoa que apresenta alucinações e delírios:

JR era um jovem de aproximadamente 30 anos, com diagnóstico de esquizofrenia, retardo mental e dependência de álcool. Estava em situação de rua há muitos anos, sem contato familiar. Muito comunicativo, JR facilmente “fazia” amizades na rua, e era percebido no território por ser obeso mórbido e chamar muita atenção pelo seu comportamento sempre “solicitante”.

Quando JR interrompia o uso de medicações, vinha até a UBS contar para os profissionais que estava vendo cobras penduradas nas árvores. Dizia que elas ficavam olhando para ele e às vezes conversavam com ele. Contava que a Interpol também o perseguia e sabia de todos os seus passos. Em um desses episódios JR saiu do lugar onde morava e circulava há muitos anos e foi morar na região da Vila Mariana. Nesta ocasião dizia que “os carros estavam passando por lá”. Mencionava que as pessoas os avisavam que a delegacia de polícia de São Caetano estava atrás dele. JR tinha os tios idosos que moravam na região da Bela Vista. Certo dia, disse que ficou com medo de ir visitar a tia, pois ouviu falarem dela. Dizia que percebeu em seu próprio corpo o falecimento da tia. Queixava-se de um mal-estar e medo de descobrir esta morte...

Por que algumas pessoas podem apresentar delírios e/ou alucinações?

Essas experiências não são comuns. Elas são tipicamente associadas com transtornos mentais graves principalmente esquizofrenia. As alucinações, e mais raramente os delírios, também podem ser causados pelo efeito de drogas como cocaína e crack.



Importante dizer que a audição de vozes é considerada alucinação auditiva quando ocorre fora de um contexto cultural que aceita e dialoga com esses sintomas.

Pessoas “normais” também podem ter essas experiências. Em algumas comunidades, há pessoas que afirmam ter a capacidade de se comunicar com as forças e espíritos sobrenaturais. Essas pessoas podem experimentar audição de vozes, particularmente de espíritos ou Deus. Eles também podem ter crenças que parecem incomuns, como por exemplo, de que os espíritos estão com raiva de alguém, e por essa razão, algo de ruim esteja acontecendo na vida daquela pessoa. Essas crenças podem ser apropriadas e culturalmente aceitas para determinados grupos sociais. Exemplos disso são os curandeiros tradicionais em algumas sociedades e os sacerdotes carismáticos em algumas igrejas evangélicas.

Sugestão de entrevista para pessoas com delírios e/ou alucinações

É importante tentar responder as perguntas a seguir, após conversar com acompanhante ou pessoas de confiança do indivíduo que apresenta comportamento agressivo:



Isso vai ajudar os profissionais de saúde a pensarem no desenvolvimento de algumas patologias e a iniciar terapêutica adequada.

- ❖ Quando começaram as alucinações e/ou delírios.
- ❖ Se a pessoa notou outros comportamentos estranhos, por exemplo, como se o indivíduo estivesse falando com ele mesmo ou acusando outros de tentar prejudicá-lo.
- ❖ Se ele está/estava usando drogas ou álcool.
- ❖ Já presenciou ou soube de episódios de violência.
- ❖ Se alguém da família do indivíduo sofre com algum transtorno mental?

À própria pessoa com delírio e/ou alucinação, sugerimos perguntar:

- ❖ Comece com uma questão geral em vez de fazer uma pergunta direta sobre delírios ou alucinações, por exemplo: *Você está preocupado ou incomodado com alguma coisa ultimamente?*
- ❖ Você fez uso de bebida alcoólica ou outras drogas recentemente?
- ❖ Você já sentiu que algo estranho estivesse acontecendo ao seu redor? Você já sentiu como se os outros estivessem falando sobre você? Que algumas pessoas estivessem tentando prejudicar você?
- ❖ Você já ouviu as pessoas falarem sobre você pelas “costas”? Já ouviu pessoas falarem sobre você quando não havia ninguém por perto?



Essas perguntas ajudarão a identificar delírios.



Essas perguntas ajudarão a identificar alucinações.

- Você tem pensamentos sobre morte? Já pensou ou tentou acabar com sua própria vida?

Lembre-se que o risco de suicídio é maior em uma pessoa com um transtorno mental grave (transtorno psicótico). É importante atentarmos que os profissionais da assistência social têm medo de fazer essa pergunta “abertamente” a alguém, como se falar sobre esse assunto pudesse desencadear esse pensamento de morte.

O que observar em uma pessoa com delírios e/ou alucinações?

- Ela pode fazer movimentos estranhos com os braços ou o corpo.
- Ela pode fazer coisas que sugerem que ela está ouvindo vozes, por exemplo, olhar para uma direção diferente, como se alguém estivesse falando com ela de lá.
- Suas respostas podem não fazer sentido para você.
- Ela pode falar demais ou pode não falar nada.
- Ela pode rir ou chorar ou falar, mudando de comportamento facilmente.
- A pessoa pode estar com o autocuidado muito prejudicado, como ausência de banho, uso de roupas sujas por muito tempo; ou mesmo mudanças de comportamentos no autocuidado, antes não observadas pela equipe.

Como lidar uma pessoa com delírios e/ou alucinações?

Pessoas que se sentem perseguidas devem ser abordadas de forma tranquila, calma, e o objetivo deve ser ganhar a confiança, fazendo perguntas gerais primeiro.

Além disso, nunca se deve confrontá-la, desafiando-a a falar das crenças. Por exemplo, não diga “Isto que está falando não existe”. As experiências, que podem parecer ridículas para o profissional, são muito reais para ela. Deve-se adotar uma postura de nunca concordar com o conteúdo das crenças, mas também não se deve desafiá-lo a provar que aquilo que está dizendo é verdade. Outras atitudes importantes são:

- Nunca “zombar” ou rir das crenças. Isto significa desrespeito à pessoa com transtorno mental, ela vai perder a confiança em você, e pode ter um momento de raiva e violência diante de sua atitude.
- Explicar para os trabalhadores do serviço e para os conviventes, se achar necessário, que os sintomas são o resultado de uma “doença no cérebro”.
- Encorajar a pessoa a tomar a medicação prescrita. Você não precisa dizer que as medicações são para as “falsas crenças”

Falar sobre o pensamento de morte, neste caso, pode ajudar – e muito – a identificar uma situação de emergência psiquiátrica, que é a ideação suicida. Muitos estudos mostram que falar sobre essas ideias causa grande sensação de alívio à pessoa, que geralmente está sofrendo muito sozinha com esses pensamentos.

Devemos nos preocupar em diferenciar estados de autocuidado prejudicado pela ausência ou dificuldade de acesso aos serviços de banho e acolhida (muito comum para as pessoas em situação de rua).

Geralmente as medicações antipsicóticas têm uma boa resposta nos sintomas de alucinações. É muito importante que todos os trabalhadores da assistência social possam ficar atentos aos efeitos colaterais dessas medicações, como os tremores no corpo, que são uma importante causa de abandono dos tratamentos.

desaparecerem, já que elas são reais para ele. Em vez disso, você pode assegurar-lhe que, por causa de suas crenças, deve estar sofrendo muito e os medicamentos vão ajudá-lo a se fortalecer para enfrentar a situação.

Quando é necessário acionar o serviço de emergência?

- ✿ Se você suspeitar que a pessoa está em um estado de confusão, e não consegue se acalmar apesar das intervenções.
- ✿ Se a pessoa já tem histórico de tentativa de suicídio prévio; pessoas que acham que estão sendo perseguidas e têm pensamentos suicidas estão em um alto risco de ferir a si e aos outros.
- ✿ Se a pessoa é ou está violenta, talvez seja necessário chamar a equipe de saúde e/ou a segurança pública para auxiliar no manejo.

Após a alta hospitalar:

- ✿ Caso a pessoa precise ser removida para o Hospital, é muito importante que a equipe de saúde da atenção básica (UBS/posto de saúde) seja avisada, para que possa dar o seguimento ao tratamento e fazer o contato com o serviço hospitalar.
- ✿ Geralmente pacientes indivíduos psicóticos precisarão de acompanhamento de saúde por um longo prazo, e precisarão de uma equipe de Saúde Mental que acompanhe, ou ajude/matricie a equipe da atenção básica no manejo do caso.

Muitas pessoas com quadro psicótico crônico se tornam limitadas e dependentes para o seu autocuidado. Nesses casos, elas precisam de orientação quanto ao autocuidado, e possuem muita dificuldade de seguir algumas exigências como horários (de entrada no centro de acomodada, almoço ou jantar, banho), devendo ser lembradas sobre regras do serviço e tarefas.

Algumas dificuldades na infraestrutura, recursos humanos, déficit no conhecimento da equipe sobre Saúde Mental, entre outras, podem comprometer a capacidade dos profissionais auxiliarem as pessoas que apresentam determinadas limitações ou dependências. Neste cenário, não raras vezes as pessoas psicóticas acabam indo morar nas ruas, tornando sua situação ainda mais vulnerável.

Algumas dicas para o acompanhamento de pessoa fora da realidade:

- ✿ É muito importante que ela tenha um técnico ou um profissional em quem confie dentro do espaço, que será alguém que ela poderá buscar e procurar em situações de medo e desorganização.

- É importante que os profissionais da assistência social discutam o caso dela com a equipe de saúde de referência, que possam saber de suas datas de retorno no serviço de saúde, da sua prescrição medicamentosa, que participem efetivamente da construção do projeto terapêutico singular (projeto de cuidado) junto à equipe de saúde, bem como, a equipe de saúde participe da construção do Plano Individual de Atendimento – PIA ferramenta de intervenção da assistência social.
- O tratamento medicamentoso é uma parte essencial de cuidados de longa duração com base na comunidade, devendo assim, ser alvo de atenção especial entre os profissionais de assistência social. Pela gravidade do quadro mental e pela desorientação de tempo e espaço, a pessoa com um quadro psicótico pode ter muita dificuldade em tomar corretamente a medicação prescrita. E, se o tratamento medicamentoso não for feito de maneira adequada, ela não vai conseguir a estabilidade necessária para alcançar um maior grau de autonomia em sua vida. Essa é uma questão complexa que tem demandando diálogos entre a rede intersetorial no intuito de criar estratégias e pactuações para solucioná-la.
- Apesar da gravidade dos transtornos psicóticos, a rede intersetorial de cuidados deve preocupar-se em garantir a reabilitação psicosocial, como por exemplo, a reinserção no mercado de trabalho, que pode ser um elemento-chave para ajudar a pessoa a ficar bem. O tipo de trabalho adequado para a pessoa depende da educação, experiência anterior de trabalho e da gravidade da doença. Se o trabalho formal, não for possível ou não for o desejo do indivíduo, ele deverá ser incentivado a se manter ocupado de outra maneira, como participar de atividades socioeducativas, atividades terapêuticas nos serviços de saúde, grupos de geração de renda e economia solidária, ações sociais nas igrejas, associações de bairro, entre outras.
- Essas pessoas, muitas vezes, sofrem a discriminação e o estigma por outras pessoas da comunidade. Se estão em situação de rua, podemos pensar que são os “excluídos dos excluídos”, que possivelmente não farão parte de um “grupo de rua” que o acolha, que o entenda em suas diferenças e que minimamente o proteja.
- Se a pessoa, família e/ou alguém de confiança quiser procurar ajuda de um curandeiro e de instituições religiosas, é importante associar esta prática aos cuidados nos serviços de saúde.

É importante ficar atento aos estados de confusão e sinalizar à equipe de saúde de referência para que a mesma possa iniciar uma investigação clínica.

Sugestão de documentário

Estamira – Marcos Prado, 2006,

121 min

SINOPSE. Estamira conta a história de uma mulher de 63 anos que sofre de transtornos mentais e trabalha no aterro sanitário do Jardim Gramacho. A personagem central do documentário levanta questões de interesse global, como o destino do lixo produzido pelos habitantes do Rio de Janeiro e os subterfúgios que a mente humana encontra para superar uma realidade insuportável de ser vivida.

COMPORTAMENTO CONFUSO OU AGITADO

A agitação, a confusão, a agressividade e a violência são comportamentos inespecíficos que podem ser observados em pessoas com diversos transtornos psiquiátricos, mas também ocorrem em pessoas sem nenhum problema mental. Dizemos que uma pessoa está agitada quando ela não consegue ficar parada, geralmente reage desproporcionalmente aos estímulos do meio e aos próprios estímulos (pensamentos e sensações), demonstra aumento de irritabilidade e pode apresentar fala inadequada e repetitiva.

As pessoas que estão confusas ou agitadas, geralmente não têm plena consciência do que acontece ao seu redor. Elas falam coisas que não têm sentido, e o que escuta de outras pessoas também não faz sentido para ela. A agitação, muitas vezes, está relacionada a uma crença falsa ou delírio.



As principais características de uma pessoa em estado de confusão mental são:

- ✿ tem consciência alterada do seu entorno, percebe as coisas de forma diferente de nós.
- ✿ não é capaz de se lembrar de coisas que aconteceram recentemente.
- ✿ não sabe que dia é hoje, ou onde está.
- ✿ não dorme bem durante a noite e pode estar sonolenta ao longo do dia.
- ✿ pode ser não cooperativa ou estar com medo.
- ✿ pode sofrer alucinações e ter delírios.
- ✿ pode estar agitada e agressiva.

Quais são as causas da confusão e agitação?

A confusão mental e agitação são sintomas comuns, especialmente em situações de emergência ou acidentes, e nos serviços de saúde. Não há dados confiáveis sobre a frequência dessas situações nos equipamentos da assistência social, mas mesmo assim, é importante que o profissional conheça as causas mais comuns, considerando a alta vulnerabilidade a diversos problemas de saúde do público atendido. A confusão é especialmente comum em pessoas que são fisicamente doentes.

As causas mais comuns para o comportamento de confusão mental e agitação psicomotora são:

- ❖ Efeitos colaterais de alguns medicamentos, especialmente em pessoas mais velhas.
- ❖ Retirar o álcool de uma pessoa dependente.
- ❖ Doenças do cérebro, particularmente acidentes vasculares cerebrais (AVC), traumatismos na cabeça, epilepsia.
- ❖ Situações como infecções urinárias e respiratórias.
- ❖ Hipotermia (temperatura baixa).
- ❖ Problemas na tireoide.
- ❖ Outras situações clínicas, que causem febre alta, ou ainda desidratação, quadros de HIV/AIDS, tuberculose, pancreatites e hepatites, tão comuns na população em situação de rua.
- ❖ Estar alcoolizado ou sob efeito de outras drogas.
- ❖ Ansiedade ou estresse severo.

Neste caso, vamos pensar um pouco sobre o nosso dia a dia de trabalho? Quais são as possibilidades de nos deparamos com pessoas que resolveram interromper o uso de bebidas alcoólicas por conta própria, ou iniciaram um tratamento para reduzir o seu uso e passam a desenvolver estados confusionais ao entrarem nos nossos serviços?

Sugestões de entrevista para entender o quadro de pessoa com confusão mental

Tente obter as próximas informações com outros profissionais ou conviventes que tenham tido algum contato anterior com a pessoa que está confusa. É importante saber se episódios deste tipo já haviam ocorrido anteriormente.

- ❖ Como isso começou?
- ❖ A pessoa está fazendo uso de quaisquer novos medicamentos? Quais são eles?
- ❖ A pessoa está sofrendo de alguma doença física?
- ❖ Ela teve um problema de acidente vascular cerebral ou coração?
- ❖ Esteve internada recentemente?
- ❖ Sofreu ferimento na cabeça ou convulsão recentemente? Envolveu-se em uma grave briga recentemente?
- ❖ Foi vítima de atropelamento?

Esta informação pode direcionar a equipe da saúde que irá fazer a avaliação clínica para a causa da confusão.



Confusão é quase sempre associada a distúrbios do sono.

- ✿ Faz uso de álcool ou outras drogas? Em caso afirmativo, quando foi a última vez que consumiu?
- ✿ Tem dormido bem ultimamente?

À própria pessoa confusa ou agitada, sugerimos:

- ✿ Apresentar-se de maneira calma e objetiva
 - Por exemplo, “Meu nome é Y, sou assistente social, estamos no centro de acolhida X, você atualmente mora aqui... Você poderia repetir o meu nome? Em breve eu perguntarei novamente para ver se você consegue se lembrar, combinado?”.
 - Depois tente orientá-la no tempo (que dia é hoje) e no espaço (onde estamos).
 - A seguir pergunte como a pessoa se sente, se percebe algo de diferente, se ela sente-se confusa.
- ✿ Verifique se já teve problemas de sentir-se confusa antes. A resposta pode dar-lhe uma pista para saber se a pessoa está consciente do que tem acontecido recentemente.

Para verificar a gravidade da confusão mental, explique que fará algumas perguntas que podem parecer fáceis, mas que é importante fazer, para que você possa entender melhor como a pessoa está. Você deve:



Essas perguntas ajudam a sabermos se a pessoa está desorientada.



A dor pode ser um sinal de uma doença física.



Pensamentos de conteúdo persecutório e alucinações são muito frequentes nos quadros de confusão mental.

- ✿ Repetir as perguntas iniciais sobre tempo, espaço e se lembra de como você se chama.
- ✿ Você fez uso de bebida alcoólica recentemente? Quando foi seu último uso?
- ✿ Você tem dor em qualquer lugar em seu corpo? Onde?
- ✿ Como você se sente? Está tranquilo aqui? Você se sente preocupado com a sua segurança? Você ouve ou vê coisas que ou outros não ouvem ou veem?

Sinais e sintomas

- ✿ A pessoa não consegue se concentrar, por exemplo, ela não parece prestar atenção às suas perguntas e não pode respondê-las de forma coerente.
- ✿ Pode cometer erros sobre o tempo (dia, mês, ano) que é onde ela está (espaço) ou qual é seu próprio nome, isto significa que ela está desorientada em relação ao tempo, ao espaço ou em relação a si mesma.
- ✿ A fala pode ser difícil de acompanhar e pode não fazer sentido.
- ✿ Pode ter crenças incomuns ou suspeitas (delírios).
- ✿ Falar para si mesma ou parece estar falando com uma pessoa imaginária.

- ✿ Pode fazer movimentos que sugerem que está vendo coisas imaginárias.
- ✿ Pode estar agitada e inquieta.
- ✿ Suas emoções podem mudar de repente do riso ao choro sem motivo.

É muito importante que a equipe de saúde possa avaliar esta pessoa e receber as informações que você conseguiu obter na conversa, o que ajudará na investigação diagnóstica do problema de Saúde Mental.

Como lidar com uma pessoa confusa e agitada?

Imediatamente, é preciso:

- ✿ Atentar para sinais como falta de ar, perda de consciência e desmaios que podem significar a necessidade de acionar serviço de emergência e avaliação médica imediata. Isto incluiria graves infecções, acidentes vasculares cerebrais, ferimentos na cabeça ou síndrome de abstinência alcoólica grave.

Essas condições podem precisar de transferência urgente para um serviço de urgência e emergência, principalmente se estivermos falando de idosos ou crianças.

- ✿ Colocar a pessoa em uma sala com o mínimo possível de interferências externas, como circulação de outras pessoas, excesso de barulhos ou luzes.
- ✿ Lembrar à pessoa onde ela está, o dia e a hora. Tranquilize-a, diga que ela está segura, que você vai permanecer com ela neste momento.

É importante dizer que os serviços da assistência social, por estarem por mais tempo (geralmente) com os indivíduos/conviventes, tem mais oportunidades de conhecer melhor seus comportamentos habituais, e podem perceber com maior rapidez que os profissionais da saúde, as mudanças e alterações nesses sujeitos. Essas observações, por meio de uma atenção e escuta atenta, podem ser decisivas para qualificar os encaminhamentos e discussões de caso com a equipe de saúde, favorecendo assim o diagnóstico e tratamento.

COMPORTAMENTOS ALTERADOS NA MULHER APÓS O PARTO

O parto é, para a maioria das mulheres, uma experiência positiva. A chegada de um bebê recém-nascido é vista com prazer e alegria. Observamos que a gestação e o parto podem representar uma oportunidade de mudança positiva na vida da mulher em situação de rua, pois carregam consigo o símbolo do renascimento da própria mãe, repleto de esperança em uma nova vida.

No entanto, algumas mães se tornam psiquicamente/emocionalmente perturbadas. O período após o parto está associado a ter que acordar em diferentes momentos da noite pelo choro do bebê, para aleitamento materno e isso pode interferir com o sono e deixar a mulher muito cansada. Muitos sintomas físicos da depressão, como problemas de cansaço e sono, são comuns em mães que não apresentam nenhum transtorno mental. Portanto, é muito importante estarmos atentas aos sintomas e comportamento da mulher. Esta situação é particularmente preocupante nas mulheres em situação de rua, ou moradoras de centros de acolhida.



As dificuldades com mulheres em situação de rua que têm bebês em maternidades se iniciam logo após o parto, que via de regra se dá na maternidade. Neste momento, ela está lidando com a incerteza se poderá ou não sair do serviço de saúde com seu bebê, por não ter residência.

Não temos estudos que tratem especificamente do transtorno mental das puérperas em situação de rua. Os quadros descritos a seguir são os principais tipos de problemas mentais que aparecem nas mulheres em geral, após o parto:

✿ **“Baby Blue” (disforia puerperal)**

Este é um estado psicológico comum após o parto, presente entre a metade e dois terços das mulheres. O sintoma característico é a instabilidade ou labilidade afetiva que se manifesta por uma alternância rápida entre a tristeza extrema e a euforia. Também pode ocorrer crises de choro, humor irritável, alterações do sono, diminuição do apetite e dificuldade de concentração. Não há necessidade de tratamento, pois os sintomas melhoram espontaneamente em até duas semanas.

✿ **Depressão puerperal ou depressão pós-parto**

A depressão puerperal afeta aproximadamente 10% das mulheres nas primeiras semanas que se seguem ao parto. Apresenta os mesmos sintomas da depressão em outros ciclos da vida: sinais de ansiedade, queixas de cansaço e irritabilidade. Se não tratado, o quadro pode durar de dois meses a um ano, levando a um prejuízo na relação mãe-filho e afetando negativamente o desenvolvimento cognitivo e emocional do bebê. A maioria das mães que apresenta quadro depressivo após o parto pode ser ajudada por aconselhamento e medicamentos antidepressivos.

✿ **Psicose puerperal**

A psicose puerperal é bem menos frequente que a depressão pós-parto, porém muito mais grave. Os sintomas são parecidos aos descritos nos quadros psicóticos não puerperais: insônia, agitação psicomotora, alterações no humor, sentimento de perseguição, alucinações e delírios. Iniciam-se nas primeiras quatro semanas após o parto e evoluem rapidamente. Os cuidados com o bebê devem ser diretamente supervisionados. A psicose pós-parto idealmente deve ser tratada em uma unidade especializada.

Quais são as causas da mudança de comportamento das mães após o parto?

Geralmente durante o pré-natal e após o parto, o principal foco de atenção da mãe, das famílias e dos profissionais que assistem à mulher está nas necessidades e na saúde do bebê. Por outro lado, após o parto, a mãe pode sentir-se culpada ou envergonhada em admitir que está infeliz. Assim, precisamos estar especialmente sensíveis às emoções da mãe. Transtornos mentais relacionados ao parto podem durar até um

ano, afetando tanto a mãe quanto o bebê. Os bebês podem apresentar problemas de crescimento e desenvolvimento se a mãe com transtorno mental não for adequadamente tratada.

Há muitas razões para algumas mães tornarem-se “perturbadas” após o parto:

- ❖ O trabalho que se junta às demais funções da mulher, como cuidar do bebê.
- ❖ O parto é um evento de grande significado emocional e tais eventos podem desencadear sintomas depressivos.
- ❖ A perda da independência para a mãe.
- ❖ A alteração da relação entre a mãe e o companheiro/pai da criança.
- ❖ Durante o parto, o corpo da mulher passa por muitas mudanças físicas e alterações hormonais que podem resultar em alterações no comportamento.
- ❖ Mulheres que têm relacionamentos infelizes ou que tenham partos difíceis são mais propensas a desenvolver problemas de Saúde Mental.

Sugestões de entrevista para entender o quadro de comportamento alterado na mulher após o parto

As perguntas a seguir podem ser feitas para o companheiro, familiares ou amigos da mulher:

- ❖ Quando você percebeu o problema?
- ❖ Ela está conseguindo cuidar do bebê?
- ❖ Está chorando muito?
- ❖ Parece estar fora de contato com a realidade? Fala para si mesma ou para vozes imaginárias?
- ❖ Isso já aconteceu antes?
- ❖ Fala sobre se machucar ou se matar? Fala sobre machucar o bebê?

Outra situação a ser considerada é quando as mulheres com transtorno mental engravidam. Quando isso acontece, algumas pessoas ficam preocupadas com a transmissão do transtorno para o feto. No entanto, os transtornos mentais não são como doenças “infecciosas” transmissíveis ao bebê. Para as mães com transtornos mentais graves, você pode dizer que o bebê é muito mais propenso a ser completamente saudável do que doente. As mães que sofrem de retardo mental podem precisar de mais tempo para entender o que está acontecendo com o corpo durante a gestação e o parto.

Outra questão importante são os perigos da medicação para o bebê. Como regra geral, devemos evitar quaisquer medicações psiquiátricas

 Os diferentes tipos de problemas de Saúde Mental pós-natal começam em momentos diferentes depois que o bebê nasce.

 Em casos graves, a mãe pode perder interesse em seu bebê.

 Esta é uma característica típica da depressão pós-parto.

 Depressão pós-parto severa é mais provável em mulheres que já tenham outras doenças mentais prévias.

 Esses são sinais que indicam a gravidade do problema.

nos primeiros três meses de gravidez. Em particular, as drogas como o lítio, medicamentos antipsicóticos e para ansiedade devem ser evitados. Os antidepressivos são mais seguros.

Quanto ao período da amamentação, há apenas um pequeno risco de medicamentos passarem pelo leite materno. Se a mãe está muito deprimida, lembre-se que os medicamentos podem ajudar a melhorar seu humor. Este, por sua vez, irá ajudá-la no vínculo com seu bebê.

Perguntas a fazer para a mãe que você suspeita ter algum problema ou transtorno mental:

- ✿ Você se sente triste ou infeliz?
- ✿ Você se sente com esperança para o futuro?
- ✿ Você tem vontade de se machucar?
- ✿ Você consegue cuidar do seu bebê?
- ✿ Você já teve dificuldade em controlar seus pensamentos?
- ✿ Você sente como se as pessoas estivessem falando sobre você ou tentando prejudicá-la?
- ✿ Você já teve pensamentos incomuns, tais como se você tivesse poderes especiais?
- ✿ Você já teve pensamentos de prejudicar seu bebê?
- ✿ Você ouve vozes, mesmo quando não há ninguém por perto?

O que fazer para os casos de baby blue?

- ✿ Tranquilizar a mãe, companheiro e amigos de que o sofrimento emocional é muito comum e temporário.
- ✿ Se possível, busque ou ofereça ajuda para a mãe cuidar do bebê durante alguns dias.
- ✿ Tente garantir o descanso adequado para a mãe.
- ✿ Converse com a mãe e deixe a compartilhar suas preocupações e inquietações.
- ✿ Se a mãe não se sentir melhor em uma semana, manter uma vigilância mais estreita, porque isso pode ser um sinal de uma doença mais grave.
- ✿ Não há necessidade de suporte medicamentoso (intervenção farmacológica).

O que fazer para depressão pós-parto?

- ✿ Tranquilizar a mãe, companheiro/pai, família e amigos que os sintomas são o resultado de uma doença emocional comum. A doença é tratável e não vai trazer nenhum dano a longo prazo para a mãe ou o bebê.

- ❖ Tranquilizar a mãe que ela não está “ficando louca”.
- ❖ Estimule amigos e companheiro para que possam ajudar a mãe nos cuidados com o bebê.
- ❖ converse com a mãe regularmente sobre seus sintomas e preocupações.
- ❖ Garanta a ela descanso e alimentação adequada.
- ❖ Incentive-a segurar, tocar e amamentar o seu bebê.

O que fazer para a psicose pós-parto?

- ❖ A mãe pode precisar ser hospitalizada por alguns dias, para medicação antipsicótica e medicações para o sono.
- ❖ A mãe não deve amamentar o bebê se ela estiver recebendo medicamentos antipsicóticos. O bebê precisará ser cuidado por alguém até que a mãe tenha o seu quadro estabilizado.
- ❖ Permita que a mãe tenha tempo e contato com seu bebê como ela desejar. Conforme for melhorando, incentive-a a assumir o papel de mãe.
- ❖ Verifique regularmente se a mãe está comparecendo às consultas e usando a medicação prescrita.

O desafio do cuidado destas situações na RUA

Muitos serviços de saúde entendem que a mãe com problema ou transtorno mental não é capaz de cuidar de seu filho e, por estar em situação de rua, não deve ficar com a “guarda”. Esses serviços podem acionar o Conselho Tutelar e a Vara da Infância imediatamente, com o objetivo de abrigar a criança, sem antes tentar outras possibilidades como:

- ❖ Busca da família estendida da puérpera.
- ❖ Busca de vaga em centro de acolhida para que a mãe possa ficar com o seu bebê.
- ❖ Contato com as equipes que acompanharam o pré-natal, para discutir possibilidades e cuidados que foram combinados com a gestante antes do bebê nascer.

Não raro ouvimos mães contando de situações de “doação” para profissionais de saúde naquele momento na maternidade.

Quando as mulheres possuem o contato familiar e o bebê vai para a casa de um parente, a puérpera, via de regra, é “privada” de manter-se responsável pelo cuidado de seu bebê, em razão das várias rupturas com a família que, por vezes, não acredita na responsabilidade e capacidade dessa mãe. É comum que essa mãe retorne para a rua e perca o contato com o bebê. Nas poucas situações em que este vínculo é mantido, acontece por pouco tempo seguido de nova ruptura.



Algumas mulheres em situação de rua apresentam relacionamentos instáveis, e o companheiro pode ou não ser o pai do bebê. Essa instabilidade pode interferir nas condições de cuidado do bebê, mas, muitas vezes, o casal possui planos e desejo de permanecer com o filho depois do parto. No entanto, nem sempre encontram-se vagas em espaços que possam acolher toda a família, evitando assim a separação do casal e o retorno para as ruas.

Se a mãe retorna para a rua com seu bebê, encontra um ambiente hostil para aquele recém-nascido, como barulhos, variações climáticas, contato com álcool e outras drogas, privação de sono e repouso, alimentação inadequada (no caso da mãe não estar amamentando). Por outro lado, essa situação costuma sensibilizar as pessoas, moradoras ou não das ruas, que acabam ajudando o binômio mãe-bebê. É muito frequente aparecerem propostas de pessoas que se oferecem para “levar” a criança para casa, para o cuidado, e/ou até mesmo para adotá-la. Isto se dá muitas vezes por acordos entre as pessoas, não passando pelas etapas legais previstas para adoção.

Tampouco é garantido que o problema se resolva quando a mãe consegue um espaço de acolhida para ficar com o bebê. Essas situações, em geral, resultam de grande investimento e esforço da mãe, da equipe hospitalar e da rede de assistência social para preservar o vínculo. No entanto, muitos desses espaços abrigam um número grande de mulheres e seus filhos, com histórias de vida variadas em ambiente de pouca privacidade.

Hoje, na cidade de São Paulo, existem os espaços de acolhida para famílias, conhecidos como “Família em Foco”. Esses locais garantem a permanência da família unida (quarto para a família), em local privilegiado quanto à sua privacidade, na guarda de pertences, de horários e cotidiano de vida. Uma equipe técnica acompanha essa família, estimulando a busca de autonomia para moradia independente. Essa modalidade de acolhida é promissora e permite que o nascimento do bebê represente uma oportunidade de reconstrução de uma identidade positiva para a mãe que concebe em situação de rua.

IDOSOS COM COMPORTAMENTOS ESTRANHOS

Pessoas idosas podem vir a apresentar comportamentos agressivos ou confusão mental durante esse período da vida. Nesses casos, os parentes costumam se queixar que o idoso tem-se tornado sexualmente inapropriado, ou está pedindo de forma recorrente para sair de casa, ou ainda que ele se encontra confuso. Outro tipo de comportamento estranho é quando um idoso simplesmente muda seus hábitos cotidianos, seu modo de viver e parece perder o interesse nas coisas. Isso pode ser considerado menos “preocupante”, mas deve ser tratado com a mesma importância e pode ser sinal de um transtorno mental.

Quais são as causas de comportamentos estranhos em idosos?

Há quatro razões principais pelas quais as pessoas idosas podem se comportar de maneira “estranha”:

- ✿ **Depressão:** As características comuns da depressão em idosos são a mudança dos hábitos da vida cotidiana, cansaço, pessimismo e preocupações exageradas, dores no corpo, perda de apetite, problemas de memória, apatia e alterações de sono (para mais ou para menos). Alguns podem tornar-se irritados, agitados, com pensamentos e comportamento suicida.
- ✿ **Delirium ou confusão:** A característica típica do delirium é que ele começa de repente (início agudo); se perguntarmos ao acompanhante, descobriremos que o comportamento perturbado terá começado nos últimos dias. A pessoa pode estar alucinando e agitada.
- ✿ **Psicose:** Transtornos mentais graves podem dar origem a pensamentos e alucinações. Psicose também pode ocorrer em pessoas idosas que sofrem de demência ou depressão grave.
- ✿ **Demência:** afeta principalmente os idosos com mais de 65 anos de idade. A demência é uma doença de causa desconhecida. É caracterizada pela morte rápida de muitas células do cérebro. A pessoa com demência vai perdendo a capacidade e as habilidades

de fazer coisas simples, provoca perda de memória, confusão, bem como comportamentos estranhos. Ainda não existe cura para a demência, mas há tratamentos que aliviam os sinais e os sintomas da doença. Os tipos mais comuns de demência são os decorrentes do mal de Alzheimer e acidentes vasculares cerebrais (AVC ou derrames).

Para identificar qual o problema de um idoso, é preciso antes entender a diferença entre essas quatro condições que podem causar alterações de comportamento no idoso. Às vezes, duas dessas condições podem ocorrer em conjunto. É muito importante que os profissionais da assistência social que convivem com idosos possam sinalizar para a equipe de saúde as mudanças de comportamento, a fim de auxiliar no diagnóstico e, consequentemente, no tratamento e no cuidado ao idoso. Pode ser necessário uma avaliação de profissionais da Saúde Mental e exames de imagem (tomografia e ressonância) para auxiliar nesse diagnóstico.

Além disso, muitas doenças físicas cursam com alterações comportamentais nos idosos (delirium) ou pioram o estado confusional daqueles que já apresentam um quadro de demência. São exemplos:

- ❖ doenças da tireoide;
- ❖ infecções urinárias;
- ❖ lesões que causam sangramento lento dentro da cabeça;
- ❖ Aids;
- ❖ deficiência de vitamina B12;
- ❖ doença no rim ou no fígado;
- ❖ tumores cerebrais.

Quais são os sintomas da demência?

Muitas pessoas relacionam envelhecimento com tornar-se distraído, ou ter problemas de memória. Nossas habilidades mentais de fato diminuem ao nos tornarmos idosos. No entanto, isso não significa que nós nos esqueceremos dos nossos parentes, ou onde vivemos, ou outros fatos importantes.

A perda de memória na demência é muito mais grave do que em condições normais do envelhecimento. Assim, a pessoa com demência não vai se lembrar do que ela fez no dia anterior, se comeu ou não, dos nomes de parentes próximos, ou do endereço de sua própria casa. À medida que a doença piora, pode esquecer-se o dia, a hora, o que acabou de dizer (de modo que ele diz a mesma coisa repetidas vezes) ou mesmo esquecer a esposa e os filhos.

A pessoa com demência pode apresentar os seguintes sinais e sintomas:

- ✿ Dificuldade na memória recente: a pessoa se lembra perfeitamente de fatos ocorridos há muitos anos, mas esquece o que acabou de acontecer, como por exemplo, se já “registrou” entrada no centro de acolhida (assinar carteirinha).
- ✿ Desorientação: dificuldade de saber qual a hora, dia e local, pode se perder em lugares conhecidos; como o centro de acolhida onde mora, ou a UBS onde faz seu tratamento de saúde.
- ✿ Dificuldade em falar ou esquecer o nome das coisas: para superar essa falha, descreve o objeto pela sua função, por exemplo, ao não conseguir dizer “caderno”, diz: “aquele negócio de escrever”.
- ✿ Dificuldade em registrar, na memória, fatos novos: por isso, repete as mesmas coisas várias vezes.
- ✿ Alterações de humor e de comportamento: choro, ansiedade, depressão, irritar-se facilmente, ficar chateada ou agressiva, desinibição sexual (podendo apresentar comportamentos inadequados no ambiente de moradia, chegando até o técnico ou educador do serviço as várias reclamações do mesmo por parte de outros moradores), repetição de movimentos (como abrir e fechar gavetas várias vezes).
- ✿ Dificuldade de compreender o que lhe dizem e de executar tarefas: como arrumar sua própria cama, respeitar os horários das refeições ou ainda horários de entrada e saída dos serviços de acolhida/convivência. Pode apresentar dificuldade em fazer sua higiene pessoal.
- ✿ Desrespeito a regras sociais: como sair vestido de pijama, andar despido etc.
- ✿ Comportamento agressivo não usual: com colegas, profissionais da saúde ou da assistência social, por período maior que um mês.
- ✿ Esconder ou perder coisas e depois acusar as pessoas de tê-las roubado, como seus documentos, cartões do banco, entre outros.
- ✿ Ter alucinações, ver imagens, ouvir vozes e ruídos que não existem.

Essas informações podem ser obtidas com os educadores e operacionais dos centros de acolhida, que diariamente possuem contato com o idoso, bem como com demais colegas que podem trazer para a equipe técnica um estranhamento em relação ao comportamento daquela pessoa.

Os idosos são tratados com respeito e amor na maioria das famílias. Quando uma pessoa idosa começa a se comportar de maneira incomum, traz à família grande angústia. Comportamento agressivo, agitação e confusão e comportamento sexual inadequado podem causar dificuldades para os cuidadores. À medida que a doença piora, o doente perde gradualmente a capacidade de cuidar de si. Logo, todas as

atividades diárias, como alimentação, banho, vestir-se e ir ao banheiro, precisam ser realizadas com a ajuda dos prestadores de cuidados. Nos estágios finais da doença, a pessoa idosa fica acamada e precisa de cuidados constantes. Você pode imaginar bem o quanto como profundo o impacto da doença pode ser, uma vez que a demência pode durar de cinco a dez anos.

Em resumo, a demência é uma doença progressiva e sua evolução pode ser didaticamente descrita em fases:

- ✿ **Fase inicial:** A pessoa pode parecer confusa e esquecida sobre as coisas que têm acontecido. Pode ter dificuldade para tomar decisões e se concentrar. Ela pode perder o interesse em suas atividades habituais. Muitos familiares, colegas, e profissionais da saúde podem considerar essa fase parte do envelhecimento “normal”.
- ✿ **Estágio intermediário:** Confusão, esquecimento e alterações de humor se tornam mais graves. Problemas comportamentais podem ocorrer, tais como a agressividade. O idoso pode vaguear fora de casa, o seu sono torna-se muito perturbado e sua capacidade de cuidar de si mesmo torna-se afetada. Ele pode ter dificuldade em falar e entender uma conversa.
- ✿ **Fase tardia:** A pessoa deixa de reconhecer parentes ou amigos. Pode perder peso, ter convulsões e incontinência urinária e fecal. É quase impossível ter qualquer conversa sensata com ela, além disso, ela pode parecer confusa o tempo todo.

Essas condições aumentam ainda mais a fragilidade de pessoas em situação de rua. Os profissionais da Assistência Social devem lembrar-se dessas possíveis alterações de comportamento no idoso, para não correr o risco de considerar determinado comportamento hostilidade ao serviço. Ou, não raro, pensar que o comportamento alterado é resultado do uso de álcool dentro do centro de acolhida, onde isso não é permitido.

Sugestão de entrevista para entender o quadro do idoso com comportamentos estranhos

A seguir apresentamos uma lista de perguntas a serem feitas aos acompanhantes dos idosos que apresentam comportamentos estranhos para que possamos informar ou realizar um encaminhamento qualificado ao profissional da saúde que irá atendê-lo. Lembrando que na situação de rua, podemos encontrar idosos sem acompanhante, ou seja, nenhum informante para responder às questões que profissionais da assistência social podem fazer, como:



Problemas de memória são os sintomas clássicos de demência, mas também podem ocorrer na depressão.



Se assim for, isso sugere demência.



Esses são sintomas típicos da depressão, mas também pode ocorrer na demência.



Se ela esteve deprimida no passado, então há uma maior probabilidade de que ela possa estar com essa doença novamente.



Essas perguntas vão checar a capacidade de a pessoa idosa lembrar-se de novas informações.



Isso ajudará a verificar se há orientação para tempo.



Questões para verificar se há orientação para lugar.



Teste para a capacidade de lembrar eventos recentes.



Este teste serve para saber se a pessoa é capaz de lembrar seu nome que você lhe tinha dito mais cedo.

- ❖ Quando você começou a notar um problema?
- ❖ Como é que a doença começou? Será que a pessoa idosa tem problemas para se lembrar de coisas, tais como nomes, ou que dia é hoje?
- ❖ A pessoa tem dificuldade com as atividades cotidianas, como comer e tomar banho?
- ❖ Ela parece triste ou que tenha perdido o interesse na vida diária?
- ❖ Ela sofreu de um problema de Saúde Mental no passado?
- ❖ Existe uma rede familiar ou de suporte para esta pessoa?

Ao próprio idoso confuso ou agitado, sugerimos:

- ❖ Comece por se apresentar de maneira calma e objetiva: Meu nome é ... (É muito importante que você se apresente, mesmo que o idoso esteja confuso, isto o deixará mais seguro!). *Agora, por favor, tente se lembrar de meu nome.*
- ❖ Você pode dizer que dia da semana é hoje? Que ano?
- ❖ Você pode dizer que lugar é este? Por exemplo, que isto é um centro de acolhida, uma instituição de longa permanência ("asilo"). Onde fica esse lugar?
- ❖ Você pode dizer o que você comeu em sua última refeição?
- ❖ Agora, você pode dizer qual é o meu nome?

Se a pessoa parece compreender as perguntas razoavelmente bem, você deve perguntar sobre sentimentos, emoções e pensamentos:

- ❖ Como está se sentindo agora?
- ❖ Você tem estado triste ou infeliz nos últimos dias?
- ❖ E os pensamentos? Sobre o que tem pensado ultimamente?
- ❖ Algo o preocupa?
- ❖ Algumas vezes pensa em morte? Como? (prosseguir com a investigação de risco para suicídio)

É muito importante que este idoso seja avaliado por um profissional de saúde, para o diagnóstico diferencial entre demência e depressão, outro problema de Saúde Mental comum na velhice, que pode ser tratada de forma bastante eficaz.

Como lidar com um idoso com comportamentos estranhos?

Após o levantamento de informações, é necessário encaminhar o idoso ao serviço de saúde com o registro de todos os dados relevantes que você conseguiu levantar. Um idoso com o estado mental comprometido, raramente será um bom informante e, sempre que possível, é recomendável que um profissional que o conheça melhor acompanhe

a consulta. Caberá ao profissional do serviço de saúde, fazer o diagnóstico e orientar conduta a ser tomada.

É muito importante que as alterações comportamentais possam ser identificadas o mais rápido possível, para uma tentativa de intervenções medicamentosas e comportamentais, que possam retardar o quadro progressivo de demência.

A seguir apresentamos algumas sugestões importantes que poderão auxiliar no atendimento a um idoso com alteração do comportamento:

- ✿ Se a pessoa idosa estiver deprimida, psicótica ou confusa, deverá ser tratada como um adulto.
- ✿ É importante saber que a demência não tem cura, mas o cuidado adequado do idoso pode tornar sua vida mais confortável, e tornar o ambiente de convívio menos estressante para todos.
- ✿ Solicite ao profissional de saúde aconselhamento sobre questões práticas de cuidado específico àquela pessoa que você esteja atendendo.

Ao lidar com um idoso com diagnóstico de demência, você deve:

- ✿ Estabelecer uma rotina diária, isso vai ajudá-lo a se organizar.
- ✿ Tentar inserir no seu dia a dia atividades manuais e exercícios mentais como ler, jogar e pintar.
- ✿ Sempre que possível, deixá-lo ser independente. Por exemplo, muitos podem alimentar-se, mesmo que de forma lenta e “atra-palhada”. É importante que ele seja estimulado a desenvolver suas ações de autocuidado.
- ✿ Respeitar. Não fale negativamente sobre ele em sua presença.
- ✿ Preservar a privacidade dele durante atividades íntimas como tomar banho.
- ✿ Evitar o confronto e argumentos.
- ✿ Estimulá-lo a manter tarefas simples de sua rotina, como arrumar a cama por exemplo.
- ✿ Rir com a pessoa idosa, nunca a respeito dela.
- ✿ Certificar-se de que o idoso passou em avaliação oftalmológica e tentar providenciar óculos, se estiverem indicados.
- ✿ Falar devagar e claramente. Se o idoso não entendeu, tente dizer coisas usando palavras simples e frases curtas.
- ✿ Mostrar amor e carinho sempre que possível. Um abraço conforta mais que cem comprimidos.
- ✿ Usar auxiliares de memória, tais como identificação para os banheiros.

- Manter um calendário grande e em local de passagem, que sinale a data todos os dias.
- Estimulá-lo a registrar sua lista de tarefas semanais ou diárias.
- Procurar garantir a tomada da medicação prescrita, ajudando-o a lembrar.
- Tentar garantir uma cadeira no momento do banho e um tapete para que ele não escorregue, por uma medida de segurança.
- Fornecer roupas que possam ser facilmente removidas (e colocadas de volta posteriormente).
- Limitar a quantidade de líquidos na hora de dormir, evitando assim que o mesmo levante muitas vezes a noite para ir ao banheiro.
- Tentar garantir alimentos cortados em pequenos pedaços, facilitando a mastigação e deglutição.
- Não discutir com o idoso, pois isto o deixará ainda mais confuso e possivelmente agressivo, tente manter a calma.
- Falar suavemente. Mesmo sem conseguir compreender o significado de algumas palavras, o idoso consegue acessar a emoção transmitida pelo tom da voz.
- Tentar entender o que o deixa irritado, evitando sempre que possível que essas situações se repitam.
- Manter com o idoso um documento que o identifique ou cópia dele, bem como endereço de seu local de moradia ou referência, no caso dele se perder em algum lugar.

Você deve estar se perguntando como colocar em prática essas dicas dentro dos centros de acolhida? Acreditamos que vale a pena tentar! É possível pensar em projetos com universidade e escolas da região, que possam ter como campo de estágio os serviços da assistência social que cuidam de idosos. Uma outra possibilidade seria tentar desenvolver um grupo de ajuda dentro dos serviços, inclusive com idosos menos frágeis, mais novos, que possam auxiliar neste cuidado. Novamente, reforçamos que é muito importante uma boa integração com a equipe de saúde local, para que juntos possam pensar em estratégias e cuidados que se adequem à realidade específica do seu território.

No caso, desses idosos estarem em situação de rua, deve existir um esforço grande das equipes de abordagem social e saúde para uma vaga em centro de acolhida, se assim, for o desejo do idoso.

Desafios no atendimento à pessoa com demência em situação de rua

Embora com alterações de comportamento, não se justifica que essas pessoas permaneçam internadas em hospitais. Por outro lado, trata-se de quadros crônicos, que exigirão tratamento e cuidado para o resto

da vida. Na ausência da família ou rede de “amigos” para garantir este cuidado, a rua e os centros de acolhida muitas vezes se tornam os únicos espaços que os acolhem.

Com o envelhecimento populacional (na rua inclusive), foram construídos, na rede de assistencial social, centros de acolhida específicos para idosos, porém, para aqueles que possuem autonomia, já que não existe um quadro de cuidadores/apoiadores que possam auxiliar esses indivíduos nas suas atividades básicas e instrumentais de vida diária.

Na prática, o que vemos nesses espaços são muitos idosos sem autonomia, com quadros demenciais moderados, associados a doenças físicas ou outras, incapazes ou dependentes para o autocuidado, sem perspectiva de melhora, tornando-se imperativo o apoio da equipe de saúde (Consultório na Rua, Estratégia Saúde da Família, Unidade Básica Tradicional, Programa de Acompanhamento do Idoso – PAI, entre outros), na orientação e suporte para aquela equipe de assistência social.

Além desses locais, existem (em pequeno número) as instituições de longa permanência, também sob responsabilidade da Secretaria da Assistência Social, para o cuidado aos idosos em situação de rua ou alta vulnerabilidade social, como abandono e violência. Esses lugares, porém, também não possuem recursos como equipe de saúde que possa garantir o cuidado aos idosos dependentes.

Alguns idosos, aposentados ou que possuam algum benefício social podem se valer de instituições de longa permanência filantrópicas, que geralmente possuem equipes de saúde em sua composição. Essas, porém, possuem longas filas de espera para acolher novos moradores.

No município de São Paulo existe hoje, recém-criada, uma Instituição de Longa Permanência Híbrida (ILPI Canindé), com equipe de assistência social e de saúde, para suporte a idosos dependentes de cuidados, das atividades básicas/instrumentais da vida diária, e com comprometimento cognitivo severo. Iniciativa promissora para responder a complexidade que o atendimento ao idoso com demência requer.

CONCLUINDO...

Como mencionamos no início deste capítulo, não existe uma “receita” de como lidar com as situações que comportamentos alterados causam no ambiente social. Nem todo comportamento estranho ou diferente daqueles que esperamos para uma determinada situação é um sinal de transtorno mental. Por outro lado, muitas vezes, a inadequação perante o coletivo, o não colaborar com orientações institucionais, o

uso de substâncias, ou a preguiça podem significar muito mais que indisciplina. Pode indicar, por exemplo, que aquele que “não colabora” tem problemas de saúde e necessita de ajuda especializada.

Uma pessoa com diagnóstico de transtorno mental e tratada de forma adequada, provavelmente, não vai se comportar de maneira a causar transtornos em espaços coletivos como centros de acolhida, por exemplo. Portanto, você não deve temer pessoas que tenham algum diagnóstico psiquiátrico, nem excluí-las do serviço. Essas pessoas não necessitam morar em hospitais, mas conhecer suas dificuldades e colaborar no cuidado é a melhor forma de incentivar sua autonomia.

Ao nos depararmos com comportamentos alterados, é muito importante manter a calma e procurar entender quais foram os fatores desencadeantes da situação. O trabalho em rede, especialmente com profissionais da área da saúde, é o caminho mais eficiente para evitarmos situações desagradáveis em consequência de alterações de comportamento.

REFERÊNCIAS

CHANG, T.; RIBEIRO, D.; TENG, C. Abordagem na emergência psiquiátrica. In: FORLENZA, O; MIGUEL, E. (Eds). **Compendio de Clínica Psiquiátrica**. Barueri (SP): Manole Editora, 2012, p. 1471-1481.

CITROME, L. Aggression. Medscape, 2015 Disponível em: <<http://emedicine.medscape.com/article/288689-overview>>. Acesso em: 7 fev. 2016.

ERONEN, M.; ANGERMEYER, M. C.; SCHULZE, B. The psychiatric epidemiology of violent behaviour. **Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.**, v. 33, supl. 1, p. S13-S23, dez. 1998.

GONÇALVES, M. Transtornos mentais em pacientes em período puerperal. **Psiquiatria na Prática Médica**, São Paulo, v. 15, n. 7, jul. 2010. Disponível em: <<http://www.polbr.med.br/ano10/prat0710.php>>. Acesso em: 29 fev. 2016.

MANTOVANI, C. et al. Management of the violent or agitated patient. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, v. 32, supl. 2, p. S96-S103, out. 2010.

MOORE, G.; PFAFF, J. **Assessment and management of the acutely agitated or violent adult**, UpToDate, 2016. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/assessment-and-emergency-management-of-the-acutely-agitated-or-violent-adult>>. Acesso em: 9 fev. 2016.

PATEL, V. **Where there is no psychiatrist**: a mental health care manual. Glasgow: Gaskell, 2003.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. **Compêndio de psiquiatria**: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

SWANSON, J. W.; Holzer CE 3rd, Ganju V, Jono RT. Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area Surveys. **Hosp Community Psychiatry**, v. 41, n. 7, p. 761-770, 1990.

SWINSON, N. et al. Trends in rates of mental illness in homicide perpetrators. **The British Journal of Psychiatry**, v. 198, n. 6, p. 485-489, May 2011. Disponível em: <10.1192/bjp.bp.110.085357>. Acesso em: jul. 2016.

VALENÇA, A.; MORAES, T. M. Relação entre homicídio e transtornos mentais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, n. 28, supl. 2, p. s62-s68, 2006. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462006000600003>>. Acesso em: jul. 2016.

BIBLIOGRAFIA

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia prático do cuidador**. Brasília, 2008. 64 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

CANTILINO, A. et al. Transtornos psiquiátricos no pós-parto. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, São Paulo, v. 37, n. 6, p. 288-294, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v37n6/a06v37n6.pdf>>. Acesso em: 25 jul. 2016.

CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. Grupo Pró-Idoso. Distrito de Saúde Leste. **Manual para cuidadores informais de idosos**: guia prático. Campinas, 2005. Disponível em: <<http://www.campinas.sp.gov.br/sa/impressos/adm/FO087.pdf>>. Acesso em: 29 fev. 2016.

**debaixo do
sol plantam
as árvores
pra um dia
debaixo da
sombra**

13

Tratamento dos transtornos mentais

Katia Amirati, Luciana Carvalho e Carmen Santana

Como vimos na Parte 2 deste livro, houve uma época em que muitas pessoas com transtornos mentais foram trancadas em asilos e tratadas de uma forma degradante. E ainda hoje isso acontece em muitos lugares do mundo. Até o século passado, a sociedade, de maneira geral, culpava os doentes mentais pela forma como eles se comportavam e os tratava com violência. Ainda hoje, muitos desses doentes são tratados de forma desumana, sofrem violação dos direitos humanos em suas casas e em alguns hospitais psiquiátricos.

Muitas pessoas pensam que os transtornos mentais são incuráveis, mas a maioria pode ser tratada de maneira eficaz. O problema é que pessoas com transtornos mentais raramente têm acesso ao tratamento adequado. Mesmo que acessem um serviço de Saúde, podem receber atendimentos que não são eficazes e até prejudiciais.

Didaticamente podemos dividir os tratamentos em:

- medicamentosos ou farmacológicos e-
- não medicamentosos ou não farmacológicos.

OS TRATAMENTOS MEDICAMENTOSOS

Considerando o modelo biopsicossocial para a compreensão do processo saúde-doença, os medicamentos atuam na dimensão biológica do transtorno mental. Como regra geral, os portadores dos seguintes transtornos mentais vão se beneficiar de tratamento medicamentoso:

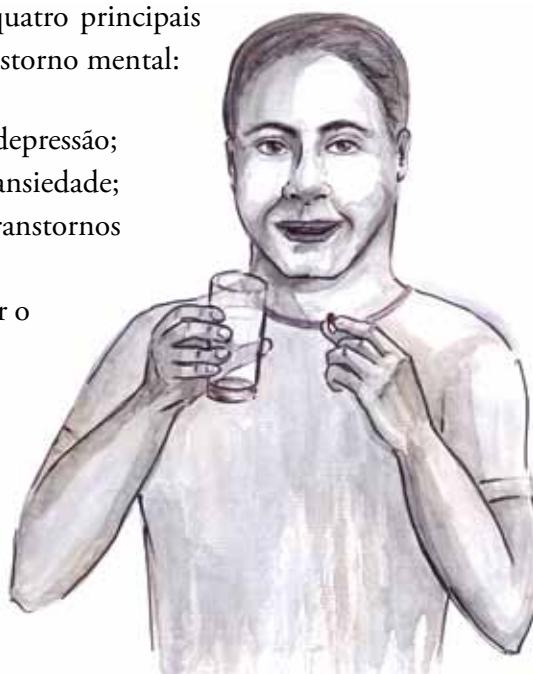
- ✿ Transtornos mentais graves, incluindo a esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar e psicoses breves.
- ✿ Transtornos mentais comuns, em particular, quando têm duração maior que um mês e estão afetando seriamente o dia a dia da pessoa.
- ✿ Situações de estresse agudo, como excitação e inquietação na sequência de uma morte de um parente próximo.

Como o profissional da Saúde faz a introdução de medicamentos para tratamento da doença mental?

- 1º) Identifica o transtorno mental, ou seja, faz o diagnóstico, para a partir dele escolher o tratamento mais indicado para o caso.
- 2º) Dependendo do tipo de transtorno mental, irá decidir se deverá ou não optar pelo tratamento medicamentoso.
- 3º) Em caso de necessidade de medicamentos, o profissional deve explicar ao atendido o porquê é necessário, como tomar o medicamento e por quanto tempo.
- 4º) Geralmente o profissional de Saúde Mental, para limitar os efeitos colaterais, prescreve pequenas doses dos medicamentos para o início do tratamento, e vai aumentando até atingir a dose adequada (que pode variar em função da gravidade do quadro e outros aspectos individuais de cada pessoa).
- 5º) Depois da introdução de medicamentos, serão feitos retornos ao serviço para o profissional de Saúde: (i) avaliar a resposta ao tratamento; (ii) realizar a vigilância e monitoramento de sintomas e efeitos colaterais da medicação prescrita. Isso geralmente se dá em retornos agendados (consultas), mas no caso das pessoas em situação de rua, muitas vezes, isso acontece em visitas de rua realizadas pelas equipes de atenção primária (consultórios na rua) ou nos equipamentos sociais.
- 6º) Algumas medicações são prescritas por um período relativamente longo (maior que seis meses). Um exemplo deste tipo de medicamento é o antidepressivo, que demora pelo menos três semanas para iniciar seus efeitos positivos e deve ser mantido pelo período orientado pelo médico, mesmo após a melhora dos sintomas. Se a medicação for suspensa antes de completar o tratamento, o risco de recaída, com piora dos sintomas, aumenta muito. Por outro lado, alguns medicamentos não costumam ser prescritos por um período demasiado longo (por exemplo, comprimidos para dormir, que possuem potencial de dependência, com síndrome de abstinência no momento de sua retirada).

É importante saber que existem quatro principais grupos de medicamentos para transtorno mental:

- ✿ medicamentos para tratar a depressão;
- ✿ medicamentos para tratar a ansiedade;
- ✿ medicamentos para tratar transtornos mentais graves;
- ✿ medicamentos para controlar o transtorno afetivo bipolar.



a) Antidepressivos

Utilizados para a depressão e ansiedade, são úteis também para o transtorno do pânico, transtorno obsessivo-compulsivo e fobias. Os antidepressivos também podem ser usados para tratar a depressão quando ela ocorre com outros transtornos mentais, tais como dependência do álcool ou esquizofrenia.

São exemplos de antidepressivos disponíveis na rede pública em São Paulo: amitriptilina, imipramina, clormipramina, fluoxetina, sertralina.

Saiba mais!

Algumas informações importantes para você saber sobre esta classe de medicamentos:

- ✿ Antidepressivos levam de três a quatro semanas para agir. Sendo assim, mesmo que não sinta nenhuma diferença nos sintomas a pessoa deverá ser estimulada a manter o uso continuado da medicação para que possa sentir a melhora do quadro depressivo.
- ✿ O tratamento deve ser continuado por pelo menos seis meses para evitar recaídas.
- ✿ Os efeitos colaterais são muitas vezes de curta duração. É importante encorajar as pessoas a continuar o uso, mesmo que esteja nos primeiros dias vivenciando os efeitos colaterais.
- ✿ Os antidepressivos NÃO causam dependência.

b) Medicamentos antiansiedade (ansiolíticos)

Também chamados de “pílulas para dormir”, esses medicamentos da classe dos benzodiazepínicos incluem diazepam, clonazepam, alprazolam entre outros. São usados para tratar distúrbios do sono, ansiedade e síndrome de abstinência do álcool. Diferentemente dos medicamentos antidepressivos, os ansiolíticos fazem efeito logo após a ingestão e têm duração variável. Com isso, eles normalmente são usados para tratamentos de quadros agudos.

As pessoas que fazem uso dessas medicações devem ser orientadas a cerca de alguns cuidados, como evitar o uso de álcool. Além disso, como regra geral, essas medicações não devem ser prescritas por mais de quatro semanas, porque têm grande potencial de abuso e produzem dependência.

c) Medicamentos antipsicóticos

Os medicamentos antipsicóticos são utilizados para tratar os transtornos mentais graves (quadros psicóticos) e para controlar comportamentos agressivos e/ou agitação em caso de confusão mental. Também podem ser prescritos a pessoas com retardamento mental ou demência que estejam com alteração de comportamento. São divididos em antipsicóticos típicos e atípicos.

Alguns pontos devem ser de conhecimento do profissional que acompanha alguém que faça uso dessas medicações:

- ✿ Eles podem levar algumas semanas para alcançar o efeito esperado.
- ✿ Se o diagnóstico for de esquizofrenia, o tratamento deve ser de pelo menos dois anos de medicação mantida após a melhora do quadro (muitas pessoas vão precisar de tratamento por muito mais tempo).
- ✿ Os efeitos colaterais são comuns, mas são suaves para a maioria das pessoas. Esses efeitos geralmente dependem da dose. Pequenas reduções nas doses podem ajudar a reduzir os efeitos colaterais.

Você, no seu dia a dia de trabalho, deve ter visto pessoas que apresentam efeitos colaterais dos antipsicóticos, no mundo da rua, geralmente do Haldol (haloperidol). São efeitos colaterais dos antipsicóticos típicos:

- ✿ Tremores, especialmente das mãos.
- ✿ Alterações no modo de andar.
- ✿ Movimentos bruscos de partes do corpo, tais como a cabeça (distorções).
- ✿ Acatisia, que é quando uma pessoa se sente muito inquieta e não consegue ficar parada (ela parece ficar andando no mesmo lugar).

U
É importante que esses sintomas não sejam confundidos com os tremores de extremidades causados pela síndrome de abstinência ao álcool. Essa diferenciação será possível quando conhecermos a história da pessoa e tivermos um bom vínculo.

Esses efeitos colaterais são muito desagradáveis e podem fazer com que a pessoa interrompa o tratamento. É muito importante estar atento a eles, e conversar com os profissionais de rede de saúde, para que, se possível, seja trocada a medicação, ou introduzida outra que possa diminuir este desconforto.

Na situação de rua, é muito comum que se faça a opção de utilizar antipsicótico injetável (haldol decanoato), pela facilidade de seguimento do caso e por garantir que o uso da medicação seja feito com regularidade. É uma boa opção para pessoas que estejam mais desorganizadas, ou ainda muito resistentes em tomar medicação todos os dias.

É importante ressaltar que os mesmos efeitos colaterais que podem aparecer no uso oral da medicação, podem também aparecer no uso injetável. Para que a medicação comece a fazer efeito, a pessoa deverá fazer uso continuado das injeções, geralmente aplicadas a cada 21 dias.



Os antipsicóticos chamados atípicos têm efeitos colaterais diferentes, mais brandos em relação aos antipsicóticos típicos. Estão disponíveis gratuitamente na rede pública, nas chamadas farmácias de alto custo. São exemplos a olanzapina, a quetiapina e a risperidona. Na cidade de São Paulo, a risperidona também está disponível nos CAPS e em algumas UBS. É muito difícil encontrar uma pessoa em situação de rua em uso de antipsicótico atípico, provavelmente em razão da necessidade de uma série de procedimentos burocráticos para acessar a farmácia de alto custo.

d) Medicamentos para transtorno afetivo bipolar

O transtorno afetivo bipolar é um transtorno mental para o qual existem medicamentos específicos que podem ser usados para prevenir novos episódios da doença. Esses medicamentos são chamados estabilizadores de humor. São exemplos: carbonato de lítio, valproato de sódio e carbamazepina.

Cada um deles deve ser tomado durante um longo período (normalmente um mínimo de dois anos) e as pessoas que fazem uso deles devem realizar um acompanhamento regular dos níveis de medicamento no sangue (por meio do exame de sangue periódico). Assim, é muito importante que essas pessoas estejam em acompanhamento regular com o serviço de Saúde e possam realizar exames rotineiros de sangue.

E se a pessoa não melhorar com o uso de medicamentos?

Se a condição da pessoa não melhorar, considere as seguintes razões possíveis para isso:


É importante lembrar que a dependência só ocorre no uso prolongado a uma única classe de medicamentos – os antiansiedade.

- ✿ Dose insuficiente prescrita. Isto é especialmente importante com antidepressivos, que são muitas vezes prescritos em doses pequenas inicialmente e exigem retornos para posterior ajuste de dose.
- ✿ Medicamentos tomados por tempo insuficiente. Mais uma vez, este problema se aplica principalmente para antidepressivos. Esses medicamentos devem ser tomados por pelo menos quatro semanas, na dose recomendada, para que se obtenha uma resposta positiva.
- ✿ Diagnóstico errado. Realizar o diagnóstico de transtorno mental para alguém que vive em situação de rua não é tarefa fácil. As pessoas podem se sentir cansadas e tristes e não estarem deprimidas. Um antidepressivo não pode ajudar neste caso.

Como fazer com que as pessoas tomem medicamentos?

A coisa mais importante que você pode fazer é educar as pessoas sobre o seu transtorno e sobre a importância do uso do medicamento:

- ✿ Explique que os sintomas são causados por um transtorno mental e, assim como acontece com doenças físicas, medicamentos podem ajudar neste caso.
- ✿ Envolva pessoas importantes na vida da pessoa, no sentido de incentivá-la a tomar os medicamentos.
- ✿ Explique que muitos medicamentos para transtornos mentais podem demorar um pouco para agir.

TRATAMENTOS NÃO MEDICAMENTOSOS

Conforme discutido no Capítulo 3, os transtornos mentais têm sua origem composta por um conjunto de fatores biológicos, psicológicos e ambientais. Cada um desses elementos terá um peso diferente a depender da pessoa. Muitas vezes, apenas a medicação não dá conta de tratar o transtorno, então, tratamentos medicamentosos e não medicamentosos podem ser complementares. Esses tratamentos incluem abordagens psicológicas e abordagens sociais.

A seguir, vamos apresentar algumas formas de tratamentos não medicamentosos: aconselhamento, reabilitação psicossocial, psicoterapia e “terapias espirituais”.

Aconselhamento: conversando e aconselhando

Muitos duvidam que “falar” possa ser considerado um tratamento. É por isso que muitos profissionais de Saúde, quando são procurados por pessoas com transtornos mentais, prescrevem apenas medicamentos. As pessoas, por sua vez, também esperam muitas vezes apenas a prescrição medicamentosa quando procuram um serviço de saúde.

Alguns tratamentos por meio da fala são chamados de aconselhamento. O termo “aconselhamento” é usado de maneiras diferentes e pode variar de significado de pessoa para pessoa. Assim, uma pessoa carinhosa, sem um treinamento formal pode “aconselhar” amigos que estejam angustiados. Neste tipo de aconselhamento, conselheiros seguem simplesmente os seus próprios instintos e conhecimentos. Mesmo que essa abordagem tenha a sua importância e seja muito valorizada por alguns indivíduos, ela não pode ser considerada um tratamento.

Aconselhamento como tratamento é, na verdade, mais do que “apenas” uma conversa entre amigos. Isto por duas razões principais:

- ✿ Existe um método para o aconselhamento. Todos os métodos de orientação são baseados em uma teoria que explica porque uma pessoa tem transtorno mental e propõe uma forma de auxiliá-la na busca de soluções para os problemas.
- ✿ O aconselhamento é feito por profissionais e é uma habilidade que pode ser aprendida por um profissional da assistência social e/ou da educação, desde que tenha interesse e uma mente aberta.

Há evidências de que o aconselhamento pode ajudar as pessoas com transtorno mental, não sendo concorrente à medicação. Essa abordagem pode auxiliar qualquer tipo de tratamento e pode auxiliar as pessoas a entenderem melhor seus problemas, de saúde ou não.



Assim, os elementos básicos do aconselhamento podem ser usados para todas as pessoas que você atende/cuida, independentemente do seu problema de saúde.

O profissional da assistência social tem um papel fundamental no tratamento de transtornos mentais, pois tem muitas possibilidades de encontros e desenvolve relações com os conviventes e moradores de seus serviços. Assim, poder utilizar o aconselhamento como complementar ao seu trabalho e, consequentemente ao tratamento da pessoa, é fundamental.

Os passos específicos de um aconselhamento para pessoas com transtornos mentais comuns são:

- ✿ dar garantias de que entende que a pessoa está em sofrimento e de que ela terá o apoio necessário para superar isso;
- ✿ fornecer explicações solicitadas;
- ✿ oferecer exercícios de relaxamento e de respiração;
- ✿ orientar sobre sintomas específicos;
- ✿ ensinar habilidades de resolução de problemas.

Vamos falar um pouquinho mais sobre cada uma dessas etapas?

Muitas vezes, as pessoas que sofrem de depressão e ansiedade são classificadas pelos profissionais como “neuróticas”. Essas observações sugerem que elas não possuem um problema médico “real”. Deve-se evitar o erro de dizer “Não há nada de errado com você”, já que a maioria das pessoas vai ficar chateada com esse tipo de observação; afinal, se elas se queixam, há algo de errado.

Muitas estão preocupadas, pois pensam que podem estar sofrendo de uma grave doença física, o que as deixa ainda mais tensas e infelizes.

Assim, você deve assegurar-lhes que entende que elas estejam com muitos sintomas angustiantes, mas que eles (a maioria deles físicos) não vão resultar em uma doença com risco de vida ou perigoso. Você deve assegurar-lhes que a doença é muito comum e que você vai explicar a causa e tratamento do problema.

✿ Fornecer uma explicação para as queixas físicas

Explicar a natureza do problema ajuda a pessoa a entender as razões para os sintomas e esclarecer dúvidas. Um profissional de saúde que esteja acompanhando o caso ou que tenha feito uma avaliação pode ser de grande ajuda para te auxiliar a entender o problema e a elaborar esta explicação.

Em primeiro lugar, explicar em termos gerais, que todo mundo experimenta sintomas de desconforto corporal em algum momento.

Você pode então passar a centrar-se sobre os sintomas específicos que a pessoa tenha lhe falado. Você também pode dar um pouco mais de sentido à natureza dos sintomas, se você sabe como eles se iniciaram.

Vejamos os exemplos a seguir:

Exemplo 1

Quando uma pessoa está se sentindo estressada, chateada ou infeliz com alguma coisa, ela muitas vezes vai ter problemas de sono, dores e muitas preocupações. O profissional pode dizer:

- Você tem se sentido cansada e infeliz durante o último mês. Isso é porque você esteve sob estresse desde que o seu marido morreu e seus filhos foram abrigados. Isso fez com que você se tornasse triste. Esse é um problema comum que afeta muitas pessoas em nossa comunidade. Não ocorre porque você é preguiçosa, fraca ou está com um transtorno mental.

Exemplo 2

- Sua dificuldade respiratória, tontura, batimento cardíaco rápido e medo são por causa de ataques de ansiedade. Como já fomos ao hospital algumas vezes quando isso acontece e os profissionais não detectam uma alteração, sabemos que isso está ligado a suas emoções. Esses são problemas bastante comuns e não são sinais de uma doença perigosa.

Na verdade, eles ocorrem porque você está tenso ou preocupado com alguma coisa. Quando você está tenso, você respira mais rápido do que normal. Quando você respira mais rápido, isso produz mudanças em seu corpo que fazem seu coração bater rápido e fazem você se sentir com medo de que algo terrível possa acontecer. Quando você controla sua respiração, você consegue interromper a crise mais facilmente. Você provavelmente está sofrendo esses ataques de ansiedade por causa da perda de sua casa e família, e vinda para este centro de acolhida, algo muito difícil para você. Isto pode acontecer a qualquer um de nós e não é um sinal de que você está ficando louco.

Exemplo 3

– Seus problemas de sono, tremores e queimação no estômago estão relacionados com seu modo de beber. O álcool é altamente viciante e esses são os sintomas que ocorrem quando alguém bebe durante muito tempo. Eles fazem com que você se sinta doente, é por isso que você se sente melhor quando você tem uma bebida logo cedo. Mas isso faz parte da retirada ou diminuição do álcool de sua vida. Você poderá se sentir deprimido e infeliz porque você sente que perdeu o controle de seu consumo de álcool e porque você está se sentindo doente e indisposto. Se você conseguisse diminuir ou ainda interromper o uso do álcool, esses problemas desapareceriam em alguns dias e você se sentiria melhor.

Como dissemos no Capítulo 4, é importante que o profissional da assistência também pergunte à pessoa o que ela acha que causou a doença e qual tratamento ela pensa que poderia ajudar. Entender seus pontos de vista pode ajudá-lo a planejar melhor o tratamento.

Por exemplo, ao tratar de alguém que acha que uma doença foi causada por maus espíritos, pode-se sugerir que a pessoa procure um local de cuidados de sua religiosidade (igreja, cultos e reuniões espirituais). Além disso, pode-se dizer que os sintomas também estão relacionados com o estresse e, por isso, indicaria acompanhamento de saúde, além dos cuidados espirituais.

É importante não descartar o que a pessoa atribui a sua doença e sintomas, mesmo que pareçam não científicos. Ao ouvir e compreender os modos como a pessoa entende sua doença, você vai conseguir um melhor resultado.

Depois da explicação, é importante que o profissional de Saúde dê à pessoa uma oportunidade de esclarecer dúvidas e preocupações.

★ Relaxamento e exercícios de respiração

Relaxamento é uma forma muito útil de reduzir os efeitos do estresse sobre a mente humana. É utilizado nos exercícios tradicionais de meditação, bem como na psicologia moderna. A maioria dos relaxamentos é acompanhada por alguma forma de exercício de respiração.

Esses exercícios são de muito valor para pessoas com problemas emocionais. É importante que você vivencie um momento de relaxamento, antes de aplicar em alguém. Você vai se sentir relaxado e calmo. É uma técnica que você poderá utilizar mesmo na ausência de alteração emocional ou transtorno mental.

O exercício pode ser feito a qualquer hora do dia e a pessoa deve dedicar-se a ele pelo menos 10 minutos por dia. Ele deverá ser realizado em ambiente calmo e com pouca ou nenhuma interrupção.

As etapas são as seguintes:

1. Começar o exercício deitado ou sentado em uma posição confortável. Não existe posição ideal, a pessoa deve escolher ficar da maneira que se sentir melhor.
2. A pessoa deve fechar os olhos.
3. E depois de 10 segundos, a pessoa deve começar a concentrar sua mente em seu ritmo respiratório.
4. Em seguida, deve-se fazer uma respiração lenta e regular.
5. A sugestão para o ritmo é inspirar (puxar o ar) até que possa contar até cinco lentamente, depois expirar (soltar o ar) contando até cinco mais uma vez. Em seguida, fazer uma pausa contando até três, até que inspirar novamente.
6. Pode-se sugerir que, cada vez que a pessoa expirar, pode dizer em sua mente a palavra “relaxar”. As pessoas que são religiosas podem usar uma palavra que tem alguma importância para a sua fé.
7. Demonstre à pessoa como respirar, usando de respirações profundas e estáveis.
8. É bom explicar que, se ela praticar diariamente, vai começar a sentir os benefícios do relaxamento em duas semanas. Com uma experiência adequada, ela poderá ser capaz de relaxar em uma variedade de situações, por exemplo, enquanto estiver sentada em um ônibus.

✿ Conselhos para sintomas específicos

O aconselhamento será mais eficaz se ele for direcionado aos sintomas da pessoa.

- ✿ Ataques de pânico: os ataques de pânico resultam em respiração rápida que, por sua vez, piora a ansiedade. Os exercícios de respiração são uma maneira útil de ajudar a controlar esses ataques.
- ✿ Fobias: fobia é quando uma pessoa experimenta o medo em situações específicas e começa a evitá-las. A melhor maneira de lidar com fobias é enfrentar o medo da situação e não fugir dela.
- ✿ Cansaço e fadiga: pessoas deprimidas frequentemente se sentem cansadas e fracas. Isso leva à interrupção de suas atividades, piora da sensação de cansaço e mau humor. Para quebrar esse ciclo vicioso, uma pessoa deprimida deve ser encorajada, gradualmente, a aumentar a quantidade de atividades físicas.
- ✿ Problemas do sono (muito comuns): conselhos simples sobre as rotinas adequadas de sono podem ajudar as pessoas a recuperar seus padrões de sono normais. Esta queixa é muito comum para as pessoas que dormem nas ruas, pelos barulhos dos carros, pelo medo de serem agredidas por outros moradores de rua, ou ainda pela polícia. Também é comum para aqueles que dormem nos centros de acolhida, em virtude do grande número de pessoas no mesmo quarto e as tão frequentes brigas e discussões nos espaços. Em ambas situações, torna-se bastante difícil quaisquer tipos de intervenção.
- ✿ Preocupação sobre a saúde física: isso é comum, especialmente quando uma pessoa tem muitos sintomas físicos, como dores. É muito importante que a pessoa seja esclarecida sobre os seus sintomas físicos, e o quanto esses sintomas influenciam nos sintomas psíquicos. No caso de dor, deve ser oferecido a ela medidas que possam lhe trazer conforto, como analgesia com medicações, técnicas de relaxamento e massagem, orientações sobre atividade física ou outras terapias para alívio da dor, como acupuntura, fisioterapia, entre outros.
- ✿ Irritabilidade: algumas pessoas reclamam de ter dificuldade em controlar seu temperamento. Dicas sobre como controlar sua raiva podem ajudar, por exemplo.

✿ Resolução de problemas

Resolução de problemas é um método que ensina como os problemas na vida de uma pessoa podem fazê-la sentir-se ansiosa ou deprimida e como essas emoções podem, em seguida, tornar mais difícil a resolução desses mesmos problemas.

O objetivo não é que você tente resolver um problema específico. Em vez disso, você deve ensinar à pessoa habilidades para que ela possa efetivamente superar os próprios problemas.

Em resumo, os passos da técnica de resolução de problemas são os seguintes:

1. Explicar a técnica.
2. Definir os problemas (quais são os diferentes problemas enfrentados pela pessoa?).
3. Resumir os problemas (como estão esses problemas relacionados com os sintomas da pessoa?).
4. Selecionar um problema e escolher os objetivos de sua resolução (por que a pessoa deve superar o problema?).
5. Definir soluções (a ação a ser tomada para superar o problema).
6. Avaliar o resultado das medidas tomadas (isso fez a pessoa ter menos problemas? Ou a fez melhorar de humor?).

Vejamos um exemplo típico para a situação de rua:

- Um problema comum é não ter dinheiro suficiente para atender às necessidades de vida diárias.
- Isso pode fazer alguém voltar a fazer uso de álcool.
- A pessoa se torna ainda pior porque ele gasta seu pouco dinheiro em álcool.
- Isso faz dela triste e desesperada, o que faz com que aumente o seu consumo de álcool e seus problemas financeiros.

Primeiro passo: explicar a técnica, salientando as relações entre problemas que uma pessoa enfrenta na vida e os sintomas emocionais que, por sua vez, afetam a capacidade da pessoa para resolver problemas. Uma possibilidade é explicar como a técnica funciona afirmando que “as pessoas com queixas como a sua podem ser ajudadas em relação à maneira de olhar e lidar com seus problemas. Eu gostaria de discutir com você alguns dos seus problemas e poderíamos pensar juntos em maneiras de você tentar lidar com eles”.

Segundo passo: perguntar à pessoa sobre os problemas que ela vem experimentando, perguntar sobre seu histórico de vida como uma forma de entender seus problemas, mesmo que muitas vezes essa história seja perturbadora.

Um método útil de realizar perguntas pessoais é dizer algo como: “É bastante comum para pessoas que estão preocupadas fazer uso de álcool

de maneira excessiva ou mais que o habitual. Isto vem acontecendo com você? Quanto você está bebendo?”.

Introduzir um assunto pessoal dessa maneira demonstra que o profissional não vai ficar chocado se a pessoa disser “sim”.

Terceiro passo: Depois de ter recolhido informações sobre os problemas, resumir os principais problemas para a pessoa, dizendo algo do tipo: “Você me disse que a chegada de seu bebê mudou um monte de coisas em sua vida. Você não está trabalhando agora, você está dormindo pouco à noite, e está vendo menos seus amigos. Tudo isso também afetou seu relacionamento com seu marido”.

Ao fazer isso, o profissional mostra para a pessoa que está escutando atentamente o que ela diz e que existe uma relação/interligação entre os problemas de sua vida e os seus sintomas atuais.

Quarto passo: selecionar um problema com a pessoa e escolher uma meta. Aqui estão algumas dicas sobre como selecionar um problema apropriado:

- ✿ Pedir para que a pessoa faça uma lista de todos os problemas. Identificar aqueles que são mais preocupantes para ela.
- ✿ Tentar escolher um problema que tenha um potencial de resolução a curto prazo.
- ✿ Lembrar que o objetivo da técnica é ensinar um jeito de pensar que ajude a resolver problemas e não resolver todos os problemas da pessoa.
- ✿ Uma vez que uma área de problema tenha sido selecionada, confirmar com a pessoa se este é a questão que ela realmente pretende abordar.

Nessa etapa, é importante definir soluções com a pessoa:

- a) Gerar soluções (pensar em várias soluções com a pessoa).
- b) Concentrar nas soluções que são mais possíveis, dada a situação social da pessoa.
- c) Identificar consequências: considerar o que pode acontecer como resultado da realização das soluções.
- d) Escolher a melhor solução.
- e) Realizar um plano para atingir a solução escolhida.
- f) Definir metas específicas que sejam realizáveis antes da próxima conversa com você.
- g) Considerar o que poderia acontecer no pior cenário, por exemplo, se a solução falhar completamente.

Quinto passo: incentivar a pessoa a buscar as soluções e desenvolver estratégias para resolver os seus problemas. Dessa forma, o profissional vai ajudar a melhorar a autoconfiança de quem está sendo atendido. Por exemplo, se ele disser que estar sozinho é um grande problema, não diga “Eu acho que você deve resolver o caso, visitando alguns amigos”. Mesmo que essa seja uma solução lógica e sensata para o problema. Em vez disso, você pode dizer: “Agora que identificamos uma área que você deseja enfrentar, como você quer lidar com isso?”.

Muitas vezes, é difícil identificar soluções e pode ser necessário fazer mais perguntas ou aconselhar de forma mais direta para ajudar a pessoa, como segue:

- Identificar apoios sociais-chaves para que ela possa ser sensibilizada pelas pessoas que se importam com ela.
- Identificar pontos fortes individuais, como exemplos de seu passado, que ilustram suas habilidades de enfrentamento.
- Manter-se informado sobre a rede de cuidados intersetoriais do território em que a pessoa vive, para que sugerir e encaminhá-la aos serviços que possam ajudá-la nos problemas identificados e escolhidos para serem resolvidos.
- Quando for preciso, assumir um papel mais direto com algumas pessoas, por exemplo, fazer contato com o cartório na cidade onde nasceu, para obtenção de sua documentação.
- Quando for necessário, fornecer ideias de soluções para os problemas da pessoa, especialmente no início do acompanhamento. No entanto, devem ser feitos esforços para fazê-la assumir um papel de liderança na resolução dos problemas.
- Rever resumidamente tudo o que foi coberto durante o encontro com a pessoa. Em especial, rever o alvo e o plano para resolução de problemas. Nos encontros seguintes:
 - Avaliar o quanto a pessoa conseguiu concluir tarefas.
 - Caso tenha havido progresso, verificar a possibilidade de aplicar novas soluções para o mesmo problema ou examinar possíveis soluções para um novo problema.
 - Caso não tenha havido progresso, tente identificar o que deu errado e defina novas metas com a pessoa.
 - Ao avaliar o progresso, seja específico. Você deve pedir detalhes de como a pessoa fez exatamente, como se segue:
 - O que você fez no sentido de alcançar o alvo?
 - Foi fácil ou difícil?
 - Como isso afetou seus sentimentos e emoções?
 - Você e a pessoa concordam que a tarefa foi feita de forma satisfatória e querem seguir em frente para mais um problema?

Aconselhamento numa crise

A crise é uma situação em que uma pessoa sente-se completamente oprimida ou derrotada pelos problemas que está enfrentando. O que alguém entende como uma crise não é, necessariamente, considerada uma crise por todas as pessoas. Assim, a definição de crise se baseia no ponto de vista da pessoa que a vivencia, e em como a situação vem afetando sua capacidade de lidar com os problemas.

O aconselhamento na crise deve ajudar as pessoas a lidar melhor com esse período de sofrimento extremo.

Os principais passos em aconselhamento de crise são:

- ✿ Obter informações. O que aconteceu? Por que a pessoa procurou ajuda? Quem são as pessoas que podem apoiá-la neste momento?
- ✿ Permitir que ela conte sua história em seu próprio ritmo. Evitar parecer estar com pressa. Conversar com ela em um lugar o mais calmo possível e com privacidade.
- ✿ Considerar o comportamento da pessoa. Ao falar com ela e observá-la, verificar se ela está se comportando de uma maneira estranha ou incomum. Será que ela está dizendo coisas que são irrelevantes? Há algum sinal de que ela esteja alcoolizada?
- ✿ Avaliar qual é o principal problema que causou a crise. Normalmente, existe um único problema importante que faz com que a crise seja desencadeada.
- ✿ Sugerir soluções que poderiam incluir que a pessoa compartilhe o problema com os outros, assegurando-lhe que ela não está ficando louca. Considerar a necessidade de acionar a polícia militar ou GCM, ou ainda o SAMU para referenciá-la a um serviço de emergência.
- ✿ Verificar a possibilidade e necessidade de encaminhá-la a uma unidade básica de saúde ou um AMA, para que possa ser avaliada e medicada.
- ✿ Uma avaliação da Saúde Mental mais completa deve ser realizada, no contato seguinte com equipe de Saúde local.

Reabilitação psicossocial em quadros de transtorno mental

Os transtornos mentais podem interferir no desempenho de uma pessoa em casa, no trabalho e nas situações sociais. Transtornos mentais graves podem incapacitar a pessoa por uma série de razões:

- ✿ Ter e vivenciar os sintomas pode fazer com que a pessoa sinta que não deva mais trabalhar, conversar com amigos e familiares, estudar, entre outros.

- ❖ Alguns sintomas podem dificultar a concentração da pessoa, alterar a capacidade de tomar decisões corretamente ou manter conversações/relacionamentos com os outros.
- ❖ Um comportamento “anormal/não usual” pode fazer a pessoa se isolar dos outros.
- ❖ O estigma e a discriminação tornam a vida de pessoas com transtornos mentais ainda mais difícil, com menos possibilidades e oportunidades de desenvolver relacionamentos pessoais e profissionais de uma maneira geral.

Reabilitação é o processo de ajudar as pessoas a encontrarem maneiras de retomarem sua vida “normal”, como antes do adoecimento. O objetivo da reabilitação psicossocial é promover a autonomia. Há uma série de coisas que o profissional da assistência social pode fazer para ajudar uma pessoa a alcançar este objetivo:

- ❖ Garantir que a pessoa esteja seguindo o tratamento prescrito.
- ❖ Planejar a reabilitação com a pessoa, seus amigos, a rede intersectorial e sua família (se possível).
- ❖ Sugerir atividades que ela seria capaz de fazer e encontrar prazer.
- ❖ Ter sempre em mente as suas capacidades reais antes do aparecimento do transtorno mental.
- ❖ Tratar a pessoa como um sujeito responsável e capaz (o que lhe permite tomar decisões por si mesma).
- ❖ Incentivar o contato social com outras pessoas, como amigos, vizinhos, parentes.
- ❖ Se a pessoa for religiosa, incentivar o contato com atividades espirituais, atentando, porém, para que elas não interfiram no tratamento médico.
- ❖ Encaminhá-la para programas que possibilitem a inserção de pessoas com transtornos mentais como as atividades oferecidas pelos Centros de Convivência e Cooperativa (CECCO) administrados pela Secretaria Municipal de Saúde.
- ❖ Encaminhá-la para a formação profissional, como os cursos do Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (Pronatec) ou projetos como o “Vira a Vida” no Serviço Social da Indústria (SESI).
- ❖ Monitorar seu progresso regularmente, chamando-a para conversar sobre situações que a incomodam.

Psicoterapia

A psicoterapia é a “terapia da fala” propriamente dita. Entende-se que transformações podem ocorrer a partir do momento que nos expressamos. Na psicoterapia, ocorre uma conversa com um profissional que

pretende auxiliar a pessoa com algum problema ou questão a compreender mais sobre si e a se desenvolver de uma maneira que possa lidar melhor com seus problemas. Ela seria um aconselhamento bem mais complexo, pois se propõe a abordar mais questões e se aprofundar no funcionamento da pessoa, não é necessariamente focada na resolução de problemas.

Existem vários tipos de psicoterapia, por exemplo: psicanálise (criada por Sigmund Freud), psicologia analítica (criada por Carl Jung), terapia comportamental (criada por Burrhus Skinner) e psicodrama (criada por Jacob Moreno).

A psicoterapia pode ser indicada para pessoas com ou sem transtornos mentais. Para muitos transtornos, a psicoterapia é recomendada e há estudos que mostram ótimos resultados quando associada ao uso de medicação. No município de São Paulo, é possível acessar a psicoterapia nos serviços públicos de saúde. Embora em pequena quantidade, eles estão disponíveis para as pessoas em situação de rua, dentro das unidades básicas de saúde, na estratégia saúde da família (ESF) com o núcleo de apoio a Saúde da família (NASF), nas equipes de Consultório na Rua, entre outros.

OUTROS TRATAMENTOS

Existem outros tratamentos que são usados para ajudar pessoas com uma doença mental que valem a pena serem citados, pois são bastante conhecidos e, muitas vezes, polêmicos.

a) Eletroconvulsoterapia (ECT)

Trata-se do tão temido e popularmente chamado de eletrochoque.

Não há dúvida de que a ECT foi utilizada muitas vezes sem a indicação correta. Infelizmente, em alguns lugares ainda é feita de maneira incorreta, sem anestesia, prática considerada antiética. A prática da ECT sem anestesia é inaceitável!

Apesar desses maus usos da terapia, a verdade é que a ECT é um dos tratamentos mais eficazes na medicina, quando utilizado para casos em que é indicada. Além disto, é notavelmente segura se devidamente realizada com anestesia, tendo efeitos colaterais muito raros.

Esta técnica, nos dias de hoje, sofre muito preconceito pelo histórico de seu uso dentro dos antigos manicômios, com objetivos de punir,

sem o uso de anestesia, sem indicação médica adequada, em “série” dentro das enfermarias, o que causou a morte e deixou sequelas para muitas pessoas com transtornos mentais.

b) “Terapia espiritual”

Muitas culturas não diferenciam mente e espírito, e o tratamento para os problemas emocionais, muitas vezes, envolvem sacerdotes e curandeiros. Em nossa realidade, mesmo quando os tratamentos biomédicos são disponíveis, muitas vezes, as pessoas escolhem ajuda espiritual para a depressão, ansiedade, problemas familiares e assim por diante.

A IMPORTÂNCIA DO SEGUIMENTO NO TRATAMENTO DOS TRANSTORNOS MENTAIS

O tratamento breve e adequado é capaz de curar muitos problemas de saúde. Exemplos de tais problemas curáveis são infecções bacterianas, como pneumonias e amigdalites. No entanto, esse não é o caso para muitos transtornos mentais. Realizar o seguimento e acompanhamento de uma pessoa com transtorno mental é a chave para o cuidado. Quando você realiza este seguimento continuado, você pode:

- Estabelecer uma boa relação com ela;
- Fazer contato com membros da família ou outros conhecidos que podem ajudar a apoiá-la;
- Dar uma sensação de que o problema dela está sendo cuidado e que você está preocupado com seu bem-estar;
- Monitorar se o medicamento está sendo tomado adequadamente, se a pessoa vem apresentando efeitos colaterais, se os sintomas estão controlados, se a pessoa está pensando em abandonar o tratamento, entre outras informações que são muito úteis ao profissional da Saúde que a acompanha.

ESPECIALISTAS EM SAÚDE MENTAL – QUEM SÃO ELES?

- Os psiquiatras são médicos que, depois de completar a faculdade de medicina (seis anos), se especializam no tratamento de transtornos mentais (residência médica – três anos). As principais habilidades dos psiquiatras estão no diagnóstico e tratamento de transtornos mentais. Eles utilizam principalmente medicamentos, psicoterapias, aconselhamentos, abordagens de grupos e ECT.

- ✿ Os psicólogos fazem a faculdade de psicologia (cinco anos) e são treinados para o tratamento de problemas mentais. Utilizando teorias baseadas em como os seres humanos aprendem sobre a vida, sentem suas emoções e se comportam em relação aos outros, promovem tratamentos que se utilizam da fala e do relacionamento.
- ✿ Enfermeiros especialistas em Saúde Mental fizeram a faculdade de enfermagem (quatro anos), e se especializaram nessa área (dois anos). Podem trabalhar tanto na atenção primária, quanto na secundária e terciária. Suas principais funções são nos tratamentos por meio da fala e na reabilitação de pessoas com transtornos mentais graves.
- ✿ Assistentes sociais especialistas em Saúde Mental fizeram a faculdade de Serviço Social (quatro anos) e se especializaram nessa área (dois anos). Também podem trabalhar em diversos níveis de atenção à saúde, lidando com problemas sociais e dificuldades enfrentadas por pessoas com transtornos mentais.
- ✿ Na maioria dos países em desenvolvimento, há poucos profissionais especialistas em Saúde Mental. Assim, a maior parte das pessoas com um transtorno mental deve ser tratada por profissionais da atenção primária.

OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSOCIAIS

Apesar de alguns casos precisarem ser referenciados para profissionais especialistas, não significa que a pessoa deverá realizar seu tratamento internada. Ela pode ser tratada em serviços abertos e comunitários como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Os projetos desses serviços, muitas vezes, ultrapassam a própria estrutura física, em busca da rede de suporte social, potencializadora de suas ações, preocupando-se com o sujeito e a singularidade, sua história, sua cultura e sua vida quotidiana.

É muito importante saber da existência, conhecer os CAPS existentes em seu território, e pensar na articulação e aproximação com eles e com a rede socioassistencial.

OS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS

O serviço residencial terapêutico (SRT) – ou residência terapêutica – foi regulamentado em 2001 pela Portaria n. 106/2000, do Ministério da Saúde tendo como principal finalidade a moradia.

O Serviço Residencial Terapêutico (SRT) – ou residência terapêutica ou simplesmente “moradia” – são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas

portadoras de transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não. O número de usuários pode variar desde 1 indivíduo até um pequeno grupo de no máximo 8 pessoas, que deverão contar sempre com suporte profissional sensível às demandas e necessidades de cada um (BRASIL, 2004).

O objetivo central do SRT como modelo de atenção psicossocial, além da moradia é possibilitar o viver em sociedade. Não são precisamente serviços de Saúde, mas espaços de habitação, que devem possibilitar à pessoa em sofrimento mental o retorno ou – até mesmo – o início de uma vida social.

Em que possa usufruir de um espaço que seja seu por direito, sem transformá-lo em um local de tratamento, clínica, ou até mesmo de exclusão, contenção ou enclausuramento. É um espaço de reconstrução de laços sociais e afetivos para aqueles cujas vidas encontravam-se confinadas ao universo hospitalar.

Atualmente as pessoas em situação de rua não acessam com frequência esses espaços, a não ser que tenham permanecido os dois últimos anos de sua vida internadas em hospitais psiquiátricos, condição para acessar os SRT. Geralmente, o acesso a esses serviços se dá a partir das discussões entre os serviços hospitalares de internações psiquiátricas e os CAPS que possuem uma referência de SRT em seu território, com apoio da Secretaria Municipal de Saúde, Coordenadorias e Supervisões Regionais de Saúde.

QUANDO A INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA É NECESSÁRIA?

A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes, quando existir risco de vida iminente para si e para terceiros. O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social da pessoa em seu meio.

O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa com transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer; e outros. É vedada a internação de pessoas com transtornos mentais em instituições com características asilares, exceto mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Sendo motivo de grande dúvida e confusão entre os profissionais de modo geral, se faz necessário o seguinte esclarecimento:

São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica, conforme Lei n. 10.216 de 6 de abril de 2001, art. 6º:

I – internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II – internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III – internação compulsória: aquela determinada pela Justiça (BRASIL, 2001).

No caso da internação voluntária, a pessoa que a solicita deve assinar uma declaração comprovando que fez a opção por este tipo de tratamento. O documento deve ser assinado no momento da admissão da internação (BRASIL, 2001).

Para o término do processo de internação, o paciente pode pedir a alta ou o médico responsável pelo acompanhamento pode autorizá-la, conforme descrito no parágrafo único (BRASIL, 2001): “O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente”.

A internação involuntária, deve ser comunicada ao Ministério Público Estadual no prazo de 72 horas, tanto no início da internação quanto no seu término, conforme demonstra o artigo 8 da Lei n. 10.216 de 6 de abril de 2001:

Art. 8º – A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina – CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º – A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º – O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Em relação à internação compulsória, o art. 9º estabelece que “A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda da pessoa, dos demais internados e funcionários” (BRASIL, 2001).

Assim, devemos ressaltar que a equipe de saúde, a partir de uma indicação médica, e depois de diversas avaliações da pessoa, discussão do caso com equipe multiprofissional da rede de saúde e assistência social, e esgotadas as ações de cuidado abertas e de caráter comunitário, pode solicitar e indicar uma avaliação involuntária de uma pessoa, mesmo na ausência de familiares ou outros conhecidos para autorizar tal ação.

Na situação de rua podem ser necessárias internações involuntárias ou compulsórias de pessoas com transtornos mentais, que se colocam em situações de violência e ameaça na rua, por se envolver em brigas, ou atravessar avenidas movimentadas, ou andar sem roupas na rua em dias de muito frio.

Essas internações geralmente são realizadas por equipes da atenção primária, como as UBS e as equipes de Consultório na Rua/ESF, acompanhadas por equipes dos CAPS do território e equipes da segurança pública local, como a Polícia Militar e a Guarda Civil Metropolitana (algumas vezes, com ajuda da equipe de assistência social do serviço que a pessoa frequenta). Neste momento da internação, é feita a contenção mecânica (por meio de faixas de contenção que restringem e/ou impedem a movimentação) e química (com uso de medicamentos para diminuir a agitação psicomotora) da pessoa a fim de garantir sua segurança, proteção e integridade física no caso de violência ou agressividade.

É importante reforçar que essa estratégia deve ser muito bem discutida entre todos da equipe, muito bem indicada para que tenha os efeitos terapêuticos e de cuidado esperados. Em hipótese alguma, deverá ser realizada como castigo e punição.

Durante toda a internação psiquiátrica, a pessoa internada deverá continuar sendo acompanhada pela equipe que realizou a internação, por meio de visitas locais frequentes, discussão de caso com equipe do hospital e da assistência social, no caso de retorno para a rede socioassistencial, pós-alta. Durante esse período, é importante que a atendida possa ter contato com pessoas que tenham vínculo e tenham estabelecido uma relação de cuidado com ela previamente. Durante esse acompanhamento, deverá ser explicado que a decisão da internação, fora para protegê-la e em nenhum momento para puni-la, que após sua saída hospitalar (que via de regra dura poucos dias ou semanas) continuará sendo acompanhada pela equipe de saúde local.

Durante a internação, a equipe de saúde e a assistência precisarão estar bem próximas para a discussão se for o caso de encaminhamento para um centro de acolhida para o retorno da pessoa, já que pode desejar não voltar para as ruas, e pode não possuir contatos familiares que desejem ou aceitem sua ida para casa.

CONCLUINDO...

É importante, depois da leitura deste capítulo, refletir quais são as possibilidades de atuação, como profissional da assistência social, no suporte ao tratamento dos transtornos mentais. Os serviços de acolhida e convivência da assistência social são espaços de encontro e de convivência, espaços de oportunidade de comunicação e de diálogo, espaços terapêuticos, espaços de construção de vínculos de confiança, que fortalecem relações humanas.

É muito importante que os profissionais da assistência social (equipe de abordagem social, equipe de educadores, operacional e técnica dentro dos serviços) possam perceber o seu papel fundamental nesses encontros, já que muitas vezes ele é o profissional que possui mais oportunidades de encontro com aquele indivíduo ao longo do dia e do tempo.

Importante lembrar:

- ✿ Toda a proposta de tratamento oferecida deve ser discutida e compartilhada com o indivíduo e pessoas importantes para ele. Assim, ele deixa de estar na posição daquele que apenas aceita as recomendações e deve obedecer, e passa a fazer parte ativamente no processo de cuidado com a própria saúde.
- ✿ O tratamento da maioria dos transtornos mentais pode ser feito com segurança pelo profissional da atenção básica à saúde. Assim, o diagnóstico de um transtorno mental, não significa que a pessoa precisa de cuidados especializados. Significa apenas que é necessário realizar o tratamento e o acompanhamento adequados.
- ✿ Há muitas maneiras eficazes de tratar os transtornos mentais. A abordagem usual de tratar apenas os sintomas físicos diferentes – por exemplo, remédio para dormir, vitaminas para o cansaço, e analgésicos para dores – é muitas vezes a menos útil a longo prazo.

Essas “dicas” são importantes para refletirmos que a internação hospitalar e o tratamento medicamentoso não podem ser vistos como figuras míticas no tratamento de uma pessoa com transtorno mental que faça parte da população em situação de rua. Isso porque grande parte deles é (ou deve ser) realizada hoje no nível primário de atenção à saúde, com discussões de casos em equipe multiprofissional e interdisciplinar.

Devemos entender que as medicações psicotrópicas não são e nem podem ser a única maneira de cuidar das pessoas com transtornos mentais. É importante que nos momentos de encontro com esta pessoa, possamos orientá-la em relação ao uso de medicações não prescritas,

a importância de mudanças no seu modo de vida, fortalecimento do suporte emocional, discutir possibilidades e rede de apoio, discutir desejos e acontecimentos que o fazem sentir prazer, entre outros.

Por outro lado, é importante reforçar a necessidade de tomar a medicação prescrita. Existem pessoas muito relutantes em usar qualquer tipo de medicamento que oferecem muitas razões e desculpas para não usá-los. A razão mais comum para a recusa medicamentos, porém, é a ignorância. Alguns profissionais receitam os medicamentos para transtornos mentais por considerá-los fortes ou muito perigosos. Este receio não é necessário! Quando esses medicamentos são usados da maneira correta podemos considerá-los tão seguros quanto quaisquer outros medicamentos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Casa Civil – Subchefia para Assuntos Jurídicos, 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em: 9 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Residências terapêuticas: o que são, para que servem. Brasília, 2004.

BIBLIOGRAFIA

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: CONFERÊNCIA REGIONAL DE REFORMA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL: 15 ANOS DEPOIS DE CARACAS, nov. 2005, Brasília. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em: jul. 2016.

FORGHIERI, Y. C. O aconselhamento terapêutico na atualidade. **Rev. abordagem gestalt.** Goiânia, v. 13, n. 1, p. 125-133, jun. 2007. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672007000100009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 04 ago. 2016

PATEL, V. **Where there is no psychiatrist:** a mental health care manual. Glasgow: Gaskell, 2003.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Addiction counseling competencies: the knowledge, skills, and attitudes of professional practice. Rockville: SAMHSA; 2011. Disponível em: <<http://store.samhsa.gov/shin/content//SMA12-4171/SMA12-4171.pdf>>. Acesso em 04 ago 2016

PARA REVISAR A PARTE 4...

Na Parte 4, apresentamos os principais transtornos mentais, crises convulsivas, suicídio e pensamentos suicidas, comportamentos que causam preocupação e possíveis tratamentos. São temas importantes e fazer uma revisão dos principais conceitos é fundamental para que você possa se apropriar desses conteúdos.

Se necessário, volte ao início da Parte 4 e releia os textos.

Vamos lá?



Mitos e verdades

Vamos começar a nossa revisão desconstruindo alguns mitos que comprometem o cuidado à Saúde Mental.

Veja alguns exemplos e analise se são mitos ou verdades:

- 1.** Pessoas com transtornos mentais severos, como a esquizofrenia, são mais violentos e agressivos.

Esta afirmação é () verdade () mito.

- 2.** Pessoa diagnosticada com esquizofrenia precisa ser mantida isolada. Não há forma de conviver com familiares e sociedade.

Esta afirmação é () verdade () mito.

- 3.** Depressão é para os fracos e preguiçosos. Se tivessem força de vontade, sairiam facilmente desta situação.

Esta afirmação é () verdade () mito.

- 4.** As pessoas que falam em suicídio não querem realmente se matar. Se quisessem mesmo, não avisariam.

Esta afirmação é () verdade () mito.

- 5.** Se eu perguntar sobre suicídio, posso induzir a pessoa a cometer isso.

Esta afirmação é () verdade () mito.



Conceitos importantes

Com base nos textos da Parte 4, vamos fazer agora alguns exercícios. Sempre que for necessário, consulte os textos para esclarecer dúvidas.

Assinale a alternativa correta:

1. A depressão é um diagnóstico de transtorno mental que pode se apresentar de diversas formas, com sintomas físicos, comportamentais, emocionais e pensamentos específicos. Correlacione as colunas da direita e da esquerda, enumerando-as de acordo com os sintomas descritos.

a) Físico	() Desesperança no futuro, dificuldade em tomar decisões, dificuldade em se concentrar, acha que não é tão bom quanto os outros (baixa autoestima), acha que seria melhor se não estivesse vivo, ideias e planos de suicídio.
b) Comportamental	() Tristeza, fracasso ou frustração, culpa, perda de interesse na vida, perda de vontade de fazer coisas de que gostava, pois elas não têm mais graça.
c) Sentimentos	() Alteração do sono (falta ou excesso de sono), alteração do apetite (diminuição ou aumento do apetite), diminuição do desejo sexual.
d) Pensamentos	() Cansaço, sensação de fraqueza e de falta de energia, dores pelo corpo.

2. Em relação à ansiedade, este sentimento tem muita relação com medo, com a expectativa de que aconteça algo ou em relação a alguém. É caracterizada como um transtorno mental quando se apresenta com algumas características específicas que estão relacionadas logo abaixo. Correlacione as colunas da direita e da esquerda, enumerando-as de acordo com os sintomas descritos.

a) Físico	() Preocupar-se demais com seus problemas ou com sua saúde, pensar que vai morrer, perder o controle ou ficar “louco” (durante situação de grande medo e com sintomas físicos), pensar algo incômodo repetidas vezes e, mesmo se esforçando, não conseguir parar de pensar nisso.
b) Comportamental	() Medo, sentir que algo ruim pode acontecer.
c) Sentimentos	() Sentir o coração batendo rápido (palpitação), sentir-se sufocado, tontura, Tremor de mãos e até dor no corpo todo, dores de cabeça, formigamento em braços, pernas e/ou no rosto.
d) Pensamentos	() Dormir pouco e/ou mal, evitar situações e lugares que causam medo (ex.: locais públicos, pois a pessoa tem medo de ter uma crise de pânico, ou um local em que a pessoa sofreu um assalto).

3. Toda sociedade se relaciona com algum tipo de substância com efeitos psicológicos, mas nem todas as pessoas fazem uso problemático dela. Para que o uso de substância psicoativas se torne um problema, há influência de muitos fatores, como: o contexto cultural, a substância utilizada, a dose utilizada, a frequência de uso, as características fisiológicas de quem consome, o objetivo de uso e a função da substância na vida da pessoa que a consome, entre outros. Esses fatores são importantes e devem ser considerados em todo atendimento realizado a pessoas que usam algum tipo de “droga”.

Considerando a abordagem da redução de danos, assinale a alternativa correta:

- a. () Tem por objetivo reduzir as consequências negativas do uso de drogas.
- b. () Utiliza a hierarquia de metas – inicia com metas imediatas e realistas, de baixa exigência.
- c. () Busca reduzir os riscos associados ao consumo da substância.
- d. () Todas as alternativas estão corretas.

4. Os transtornos mentais graves não são comuns na população em geral; têm maior prevalência na população em situação de rua e é um dos grandes desafios para os profissionais da rede intersetorial, responsável pela atenção a esta população. A esquizofrenia, o transtorno afetivo bipolar e a psicose breve são os principais transtornos mentais graves. Em relação a esses transtornos é correto dizer:

- a. () Para esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar e psicose breve, o tratamento com medicação é fundamental.
- b. () Para esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar e psicose breve, não há necessidade de tratamento com medicação.
- c. () O único tratamento disponível para esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar e psicose breve é a comunicação terapêutica.
- d. () Não existe tratamento disponível para esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar e psicose breve.

5. Em relação às crises convulsivas, é correto afirmar que:

- a. () Durante uma crise convulsiva, existem algumas atitudes que não devem ser tomadas. Algumas são: não colocar objetos na boca da pessoa; não tentar puxar a língua da pessoa para fora; não tentar forçá-la a beber água ou tomar medicamentos.
- b. () As crises convulsivas podem ser causadas por hipoglicemia (pouco açúcar no sangue), devemos considerar este fator desencadeante entre outros nas pessoas em situação de rua, que ficam longos períodos sem se alimentar ou se alimentam de forma irregular. Também são frequentes as convulsões por abstinência do álcool.
- c. () A crise convulsiva não é contagiosa. A ajuda imediata é muito importante para que a pessoa não fique com sequelas, como, por exemplo, fraturas em decorrência de quedas bruscas e desprotegidas ao chão. Para auxiliar alguém durante uma crise convulsiva, você pode colocar algo macio embaixo da cabeça, como por exemplo uma blusa ou toalha.
- d. () Todas as alternativas estão corretas

6. O comportamento suicida é um sério problema de saúde pública que afeta um grande número de pessoas. Entre os fatores de risco, transtornos mentais e tentativas anteriores são os mais importantes. Para lidar com este problema, é importante perguntar sobre pensamentos suicidas e tentativas prévias de suicídio. Perguntar não leva a pessoa a pensar no assunto. Pensando nos cuidados necessários ao entrar em contato com uma pessoa que passou por uma tentativa suicida, assinale a alternativa correta:

- a. () Converse com a pessoa em lugares públicos com muita movimentação. A presença de outras pessoas e a movimentação do local ajudará a distraí-la. Diga a todo momento que tudo vai ficar bem.
- b. () Procure um local calmo e sem interrupções. Faça todos os tipos de perguntas. Neste momento, não existem perguntas indiscretas que não possam ser feitas. A cada resposta dada diga se considera as ações relatadas certas ou erradas. É importante que a pessoa saiba sua opinião.
- c. () Converse com a pessoa em particular. Dê-lhe tempo suficiente para que se sinta confortável para compartilhar suas razões francamente. Não faça julgamentos sobre a pessoa. Não faça declarações tranquilizadoras sem entender a situação dela, pois isso pode fazê-la sentir-se ainda mais desesperada
- d. () Todas as alternativas estão corretas.

7. Na prática profissional, muitas vezes nos deparamos com situações de agressividade, comportamentos estranhos ou alterados. Não existe uma “fórmula” para lidar com essas situações. É muito importante manter a calma e procurar entender quais foram os fatores que desencadearam a situação. Em relação ao comportamento agressivo, alguns cuidados são essenciais para lidar com esta situação. Considerando esses cuidados, classifique as afirmativas abaixo em V (verdadeiro) ou F (falso):

- a. () Respeite seus próprios sentimentos: se você se sentir com medo ou assustado, deve parar a entrevista.
- b. () Nunca ameace a pessoa que está agressiva. Isso pode piorar muito a situação.
- c. () Fale no mesmo tom de voz que a outra pessoa. Se necessário, fale mais alto ou grite.
- d. () Fale sempre em um tom claro e calmo. Não grite, nem mesmo em uma tentativa de acalmar a pessoa.
- e. () A presença de outros profissionais no local ajuda a prevenir comportamentos violentos.
- f. () Fale com a pessoa sempre sozinha. Pedir ajuda a outro colega pode demonstrar insegurança e falta de conhecimento.
- g. () Tente acalmar a pessoa falando, tranquilizando e ouvindo-a. Você não deve ter pressa para colocar a situação totalmente sob controle, pois isso deixará você ainda mais ansioso.

8. A maioria dos transtornos mentais pode ser tratado de maneira eficaz com tratamentos farmacológicos (medicamentosos) e não farmacológicos. Em relação ao tratamento farmacológico, existem quatro principais grupos de medicamentos para tratamento mental. Correlacione as colunas da direita e da esquerda, enumerando-as de acordo com o grupo de medicamentos e descrição.

a) Medicamentos antidePRESSIVOS

() Classe dos benzodiazepínicos, também são chamados de “pílulas para dormir”. São usados para tratar distúrbios do sono, ansiedade e síndrome de abstinência do álcool. Fazem efeito logo após a ingestão e tem duração variável. Exemplos: diazepam, clonazepam e alprazolam.

b) Medicamentos antiansiedade ou ansiolíticos	() Utilizados para tratar os transtornos mentais graves (quadros psicóticos) e para controlar comportamentos agressivos ou a agitação em caso de confusão mental. Também podem ser prescritos a pessoas com retardo mental ou demência que estejam com alteração de comportamento. Podem levar várias semanas para alcançar o efeito esperado. Exemplos: haloperidol, olanzapina, quetiapina e a risperidona.
c) Medicamentos antipsicóticos	() São chamados estabilizadores de humor. Devem ser tomados durante um longo período (normalmente um mínimo de dois anos) e os pacientes que fazem uso deles devem realizar um acompanhamento regular dos níveis de medicamento no sangue (através do exame de sangue periódico). Exemplos: carbonato de lítio; valproato de sódio e a carbamazepina.
d) Medicamentos para transtorno afetivo bipolar	() Utilizados para a depressão e ansiedade. São úteis para o transtorno do pânico, transtorno obsessivo-compulsivo e fobias. Também podem ser usados para tratar a depressão quando esta ocorre com outras doenças mentais, tais como abuso de álcool ou esquizofrenia. Exemplos: amitriptilina, imipramina, clormipramina, fluoxetina, sertralina.



Sessão pipoca!

Agora que você conhece um pouco mais sobre a Saúde Mental e as falsas crenças, que tal relaxar um pouco e assistir um bom filme?

Indicamos o filme “Uma mente brilhante”.

Ficha técnica:

Uma mente brilhante (2001)

Duração: 1h15min

Direção: Ron Howard

Gênero: Drama



O filme, dirigido por Ron Howard, conta a história do matemático John Forbes Nash, diagnosticado com esquizofrenia aos 30 anos de idade. Mesmo que você já tenha assistido ao filme, veja novamente. Desta vez, com um olhar mais atento aos sinais e sintomas apresentados no decorrer da história.

Se você ainda não assistiu, não perca!

Depois de assistir ao filme, perceba também a importância do apoio da família e dos amigos. E em situação de rua? Quais são os possíveis apoios?



Minhas anotações

RESPOSTA DAS ATIVIDADES

Mitos e verdades

- 1.** Mito! – O índice de violência praticado por pessoas com transtorno mental severo não é maior do que o da população em geral. Pessoas que sofrem com algum tipo de transtorno mental severo podem se tornar mais confusas e assustadas do que violentas. Muitas vezes, essas pessoas se tornam vítimas de violência e não agressores.
- 2.** Mito! – Uma pessoa diagnosticada com esquizofrenia pode receber tratamento adequado e ter uma vida produtiva e conviver com a sociedade.
- 3.** Mito! – A depressão não está relacionada a preguiça ou fraqueza. É um transtorno mental que requer a ajuda médica juntamente com psicoterapia.
- 4.** Mito! – Pessoas com ideação suicida, na maioria das vezes, expressam esses pensamentos por meio de comentários. Esses comentários não devem ser ignorados. Pode ser um pedido de ajuda, uma forma de expressar o sofrimento. É importante estar atento ao que a pessoa diz, reconhecer seus sentimentos e oferecer ajuda.
- 5.** Mito! – Conversar sobre ideias de suicídio e perguntar se a pessoa já teve algum pensamento a respeito não fará com que ela fique mais propensa a cometer o ato. Esta conversa, realizada de forma tranquila e franca, pode estabelecer e /ou aumentar o vínculo entre você e a pessoa, fazendo com que ela se sinta acolhida.

Conceitos importantes

- 1.** d, c, b, a
- 2.** d, c, a, b
- 3.** d
- 4.** a
- 5.** d
- 6.** c
- 7.** v, v, f, v, v, f, v
- 8.** b, c, d, a

PARTE

V

**rotina, bom
dia. rotina, bom
dia . rotina, boa
tarde . rotina
boa tarde.
rotina , boa
tarde , desculpe
... boa noite**

14

Saúde Mental de quem trabalha com a situação de rua

Luciana Carvalho e Carmen Santana

"De tudo, ficaram três coisas: a certeza de que estava sempre começando, a certeza de que era preciso continuar e a certeza de que seria interrompido antes de terminar. Fazer da interrupção um caminho novo. Fazer da queda um passo de dança, do medo uma escada, do sono uma ponte, da procura um encontro."

Fernando Sabino (1956)

Trabalhar com a rua não é fácil. Pode ser muito gratificante, mas também muito desgastante. Muitas pessoas que escolhem esse trabalho o fazem por um ideal ético. Depois de certo tempo de trabalho, porém, os profissionais podem manifestar sofrimento, pois é um trabalho muito desafiador, tanto no contato direto com as pessoas em situação de rua quanto nas relações com o sistema e instituições.

É impossível não ser afetado pelo trabalho com a rua!

Cuidar da Saúde Mental de quem trabalha com a rua é fundamental para que essas pessoas realizem um bom atendimento. Neste capítulo, vamos conversar sobre problemas comuns e algumas possíveis respostas ao sofrimento do trabalhador que atende essas pessoas. Assim, é de grande importância poder valorizar e conversar sobre o cuidado desse trabalhador.

O DESAFIO DO TRABALHO COM A SITUAÇÃO DE RUA

A situação de rua é uma situação extrema, em que nos deparamos com faltas grandes e importantes, ligadas à sobrevivência. Podemos enxergar essa situação de várias formas, todas as coisas a serem feitas podem ser vistas com empolgação e esperança ou com frustração e impotência. Este é o paradoxo do trabalho com a rua e com casos de alta vulnerabilidade social. No trabalho com a situação de rua, observamos os opostos caminhando de mãos dadas: é um trabalho que inspira, mas drena energia; pode curar (o outro e o profissional que atua nessa área), mas também ferir bastante; as relações apresentam um contato

difícil e demorado, mas podem ser muito transformadoras (para todos os envolvidos); aprendemos a valorizar pequenas conquistas, pois elas podem representar grandes mudanças.

Conforme já discutimos na Parte III, é impossível não ser afetado pelo trabalho com a situação de rua. Algumas pessoas acham que, para trabalhar com a situação de rua, não podem ser afetadas, não podem ter dúvidas ou sentimentos negativos. Pensam ainda que é preciso ser uma espécie de super-herói capaz de aguentar tudo, como se dessa forma pudéssemos de fato salvar alguém. Essa idealização do trabalho pode ser muito perigosa, tanto para o profissional como para a pessoa atendida.

Ao atuar com a situação de rua, melhoramos nosso autoconhecimento, passamos a conhecer nosso melhor e nosso pior lado. Além disso, entramos em contato com nossas fragilidades e sofrimentos mais íntimos, o que contribui para que o próprio trabalho se torne difícil.

Além da parte subjetiva, os profissionais que atuam nessa área se deparam com casos muito complicados, problemas sobrepostos, situações de emergência em que as pessoas podem se recusar a ir aos serviços e aceitar as possibilidades ofertadas. O trabalho pode ser vagaroso e se tornar arrastado, o que pode ser muito estressante.

RESPOSTAS COMUNS AO TRABALHO COM A RUA

Muitos profissionais iniciam o trabalho com a situação de rua com bastante empolgação e vontade de realizar mudanças na vida das pessoas. No entanto, empecilhos vão aparecendo e as soluções não são tão simples. Assim, com o tempo, a atividade vai se tornando mais pesada e podemos observar que profissionais passam a apresentar algumas formas comuns de responder ao trabalho:

- ♦ **Ansiedade** relacionada a situações de risco da pessoa atendida.
- ♦ Desejo intenso de **tentar repetidamente persuadir** a pessoa a aceitar um encaminhamento.
- ♦ **Frustração** e necessidade de utilizar **medidas involuntárias** quando alguém com comprometimento grave não consegue se vincular a um serviço.
- ♦ **Conflitos com familiares** da pessoa em situação de rua.
- ♦ Sensação de estar **sobre carregado**.
- ♦ **Medo das reações** da pessoa que está atendendo.
- ♦ **Violar limites éticos** para responder às necessidades da pessoa (ex.: dar dinheiro).

- ◆ **Culpa** ao voltar para casa pensando naquele que está dormindo nas ruas.
- ◆ **Raiva ou frustração** quando a pessoa não vai a um compromisso marcado.
- ◆ **Relutar** em continuar atendendo **quem não compartilha dos mesmos objetivos e valores**.
- ◆ **Frustação e impotência** quando seus esforços não parecem ser valorizados.
- ◆ **Distanciamento afetivo** de pessoas exigentes, que pedem muito, miseráveis ou sobre carregadas.
- ◆ As próprias experiências de vida também influenciam nas respostas ao trabalho com a situação de rua. Esses aspectos são individuais e eles interferem principalmente se:
 - ◆ Alguém da família de quem trabalha com pessoas em situação de rua tem problema com álcool e drogas, ou tem um transtorno mental ou já esteve em situação de rua.
 - ◆ O profissional está passando ou passou por problemas semelhantes ao da pessoa que está atendendo, apresentando, assim, **dificuldade em diferenciar** o processo da pessoa do próprio processo de recuperação.
 - ◆ O profissional nunca esteve em situação de rua ou nunca se desparou com a possibilidade de ficar em situação de rua.
 - ◆ O profissional se enxerga como uma pessoa que venceu todas as dificuldades e conseguiu erguer-se sem precisar de ajuda e contando apenas com o esforço pessoal.
 - ◆ For difícil para o profissional trabalhar com pessoas “esquentadas”, que são excessivamente passivas ou que são muito insistentes e querem fazer as coisas do jeito delas.
 - ◆ Trabalhar com população em situação de rua é algo novo para o profissional.

PROBLEMAS COMUNS DOS PROFISSIONAIS: SÍDROME DE BURNOUT, TRAUMA SECUNDÁRIO E FADIGA DA COMPRAIXÃO

Existem alguns problemas de saúde recorrentes em profissionais com trabalhos com demandas excessivas relacionadas, por exemplo, a metas, a expectativas das pessoas atendidas, a expectativas de chefes e colegas ou a expectativas pessoais. É comum profissionais que trabalham com públicos de alta vulnerabilidade social e histórias de violência muito frequentes apresentarem algum grau de sofrimento psicológico.

É interessante ver a descrição desses quadros, pois muitas pessoas podem se identificar com eles, o que nos faz pensar que algumas características que desenvolvemos por conta do trabalho possa fazer

parte de um processo de sofrimento e não de amadurecimento ou de fortalecimento.

Vamos tratar de três problemas comuns a profissionais que trabalham com populações de alta vulnerabilidade social:

- ◆ síndrome *de burnout*;
- ◆ trauma secundário;
- ◆ fadiga da compaixão.

Síndrome de *burnout*

Recorrente em situações de trabalho que acarretam alta demanda emocional, essa doença faz parte da Classificação Internacional das Doenças (CID), sob o código Z73.0. Ela é considerada um risco ocupacional para profissões que envolvem cuidados com saúde, educação e serviços humanos. É, portanto, um risco para os profissionais da assistência social que trabalham com a situação de rua.

O termo, de origem inglesa, têm o sentido literal de “apagar”, depois que uma queima terminou. O conceito médico, no entanto, tem o sentido de “esgotar-se”, ou seja, uma pessoa com síndrome de Burnout apresenta um quadro de **esgotamento** relacionado ao trabalho. Ver a seguir os principais sinais e sintomas:

- ◆ esgotamento físico ou emocional pelo trabalho;
- ◆ atitudes negativas e cínicas;
- ◆ agressividade e irritabilidade;
- ◆ sensação de incompetência e falta de sucesso no trabalho;
- ◆ baixo desempenho;
- ◆ baixa autoestima, culpabilização do atendido ou da equipe;
- ◆ isolamento;
- ◆ mudanças bruscas de humor;
- ◆ dificuldade de concentração, lapsos de memória, ansiedade, depressão, pessimismo.

A **causa** desse esgotamento vem de algumas características específicas do trabalho da pessoa:

- ◆ Alta demanda combinada com pouca influência no processo de trabalho.
- ◆ Muito engajamento sem reconhecimento ou gratificação.
- ◆ Pouco suporte social.

Trauma secundário

Também chamado de **traumatização secundária** ou de **traumatização vicariante**, acontece em pessoas que não vivenciaram uma situação traumática “na pele”, não são as vítimas propriamente ditas, porém entram em contato com histórias (ou imagens) de trauma e violência diversas. Ouvir e ver tantas situações de violência e entrar em contato com o sofrimento das vítimas faz com que o profissional também se traumatize e, com isso, passe a manifestar sintomas que podem ser muito semelhantes aos da vítima inicial.

Um profissional da assistência social que trabalha com a situação de rua ouve muitas histórias tristes e violentas, e também pode ver e vivenciar muitas situações ruins. Em razão desses fatores, eles podem vir a desenvolver um trauma secundário.

É importante perceber a diferença em relação à síndrome de *burnout*, que pode acontecer com qualquer profissional submetido a trabalhos com exigências emocionais, mas não necessariamente histórias traumáticas. Assim, o trauma secundário ocorre apenas em pessoas que são expostas ao convívio com usuários que vivenciaram e compartilharam histórias de traumas ou imagens violentas. Alguns autores falam de um efeito cumulativo das histórias traumáticas, pois há profissionais que manifestam sintomas após ouvirem diversas histórias, não apenas uma.

Um exemplo de uma situação de trauma secundário é o de uma profissional que atendeu uma mulher vítima de violência sexual. Depois de ouvir essa história e empatizar com o sofrimento da moça, passa a “ver” imagens da situação vivida pela vítima, começa a temer o contato com homens e a evitar lugares onde acha que possa ser vítima de violência sexual.

A partir desse exemplo, conseguimos descrever alguns sintomas do **trauma secundário**:

- ❖ Revivenciar os eventos traumáticos do outro (pode vir na forma de imagens nítidas).
- ❖ Evitar situações e locais relacionados ao evento traumático do outro.
- ❖ Preocupação exagerada com a própria segurança, com receio de que também se torne uma vítima.
- ❖ Estado de tensão, alerta, ansiedade e irritabilidade constantes.
- ❖ Perda da confiança no mundo e aparecimento de ceticismo.
- ❖ Perda da estima por si, não reconhecendo mais seu valor.
- ❖ Distanciamento afetivo das pessoas próximas, não reconhecendo mais o valor de seus próximos.

Fadiga da compaixão

Outro conceito bastante adequado para descrever os efeitos do trabalho observados em profissionais da assistência social é a **fadiga da compaixão**. Essa doença foi inicialmente descrita como um tipo específico de síndrome de *burnout*, pois estaria associada a profissões que requerem o estabelecimento de um vínculo empático, como o trabalho de enfermeiros e psicólogos. Assim como a síndrome de *burnout*, há um estado de exaustão e disfunção, com a diferença de que se entende que isso seria resultante da exposição prolongada a situações que despertam compaixão, mas também causam, ou passam a causar, estresse.

Apenas para esclarecer, compaixão pode ser definida como “dor que nos causa o mal alheio; participação da dor alheia com o intuito de dividi-la com o sofredor” (COMPAIXÃO, 2015).

A compaixão surge a partir de um encontro em que há sofrimento. E para trabalhar com pessoas em sofrimento, o profissional deve empatizar e se vincular. Empatia e compaixão são necessárias ao trabalho dos profissionais que tratam com pessoas em situação de rua, mas trazem risco. Como descrevem alguns autores, o “custo do cuidar”.

Algumas vezes, os familiares, companheiros e amigos dos profissionais com fadiga da compaixão também são afetados por esse mesmo problema, uma vez que veem seu ente querido em sofrimento frequente.

Como exemplos de manifestações de pessoas com fadiga da compaixão, podemos citar um profissional que não dá mais ouvidos às histórias pessoais ou reclamações de amigos com quem sempre manteve uma relação próxima. Ou um profissional que sempre gostou de ficar com os filhos no tempo livre e passa a não querer mais estar junto ou não vê a hora de eles sairem de perto quando está próximo.

PERCEBENDO SUAS ATITUDES DIANTE DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA COM TRANSTORNO MENTAL

O trabalho com a situação de rua é bastante desafiador e, quando há um transtorno mental envolvido, o problema se torna ainda maior. Para lidar melhor com essas situações, o profissional precisa aprender a perceber como responde a determinadas situações.

As atitudes vêm da história de vida, das crenças e valores, e das experiências vivenciadas desde a infância. Assim, é importante ter consciência de quais são os valores e atitudes em relação a transtornos mentais e, especificamente, dependência química. Temos muitos preconceitos

II Seminário A Cor da Rua: A Saúde Mental de quem Trabalha com a Situação de Rua

Os seminários do projeto “A Cor da Rua”, parceria entre a Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Cidadania (SMDHC) de São Paulo e o Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Saúde, Políticas Públicas e Sociais (NEPSPPS) da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), se propõem a discutir temas relevantes à atenção à população em situação de rua, trazendo sempre convidados diferentes.

Em 2015 e 2016, ocorreu um ciclo de dez seminários.

O segundo seminário tratou da Saúde Mental dos trabalhadores. É interessante poder ver outros pontos de vista em relação à situação na cidade de São Paulo. É possível assistir ao vídeo do seminário pelo site <<https://acordarua.wistia.com/medias/oluvx126g1>>.

e valores morais relacionados à questão da dependência. Muitas delas chegam até nós e se instalam de formas que podemos controlar: pelos meios de comunicação, pela escola, pela nossa família, pelas nossas experiências de vida. Por isso, é importante sempre estar atento às atitudes diante de alguém com transtornos mentais, pois isso vai influenciar diretamente como se dará a sua interação no atendimento. Algumas reações comuns são:

- ◆ Empatia (*Eu entendo emocionalmente o que significa estar no lugar dessa pessoa*).
- ◆ Simpatia (*Eu sinto pena dessa pessoa*).
- ◆ Culpabilizar (*Por que essa pessoa não faz isso ou aquilo como todo mundo?*).
- ◆ Curiosidade (*Qual será a história dessa pessoa?*).
- ◆ Medo (*Essa pessoa pode me agredir*).

Para poder se perceber melhor, pergunte-se:

- ◆ Qual é a minha experiência pessoal e familiar com trauma, transtorno mental, dependência química e situação de rua?
- ◆ Como essas experiências afetam – para melhor ou pior – o meu trabalho?
- ◆ Qual é a minha reação emocional a pessoas que têm um transtorno mental e estão em situação de rua?
- ◆ Quão confortável eu me sinto em prover assistência a pessoas com esses problemas? Que pontos específicos me causam desconforto?
- ◆ O que eu aprendi sobre situação de rua, dependência química e transtornos mentais quando criança/adolescente?
- ◆ Quais as crenças e atitudes eu tenho hoje que podem atrapalhar o meu trabalho com pessoas em situação de rua com transtorno mental?

COMO LIDAR?

O trabalho com a situação de rua é difícil, porém, não precisa ser sempre sofrido. O modo como o trabalho nos afeta (podendo levar até mesmo ao adoecimento) depende de um equilíbrio entre o que é exigido de nós e a nossa capacidade de lidar com essas exigências. O adoecimento causado pelo trabalho pode ser prevenido.

Existem algumas formas de conseguir cuidar-se e manter uma relação melhor com o trabalho. A seguir, reunimos algumas estratégias baseadas

em experiências internacionais, que podem ser adotadas tanto em um nível pessoal, quanto em um nível institucional.

Nível institucional:

Buscar algumas mudanças no trabalho

- ❖ Promover **capacitações** sobre temas relevantes.
- ❖ Construir uma melhor **organização** do processo de trabalho.
- ❖ **Ter autonomia** sobre o desenvolvimento de suas tarefas.
- ❖ **Ter reconhecimento** sobre o trabalho realizado.
- ❖ Manter **trabalhadores informados** sobre como as decisões são tomadas.

Haver encontros entre profissionais:

- ❖ **Apoio dos pares** – a existência de um espaço onde os profissionais do serviço se encontram para falar sobre o trabalho, sentimentos e dificuldades, ajuda a diminuir o estresse e a trazer mais objetividade aos atendimentos. Quando falamos sobre como nos sentimos em relação a determinada situação e discutimos sobre os diversos aspectos do trabalho com os colegas, conseguimos perceber mais claramente nossos preconceitos e/ou fatores inconscientes que interferem em nossa conduta profissional.
- ❖ **Apoio dos pares com supervisão** – a existência de espaços de trocas com a presença de uma terceira pessoa que não trabalha no serviço. Essa pessoa fará uma espécie de supervisão, que envolve organizar a conversa, favorecer a discussão de questões e problemas que afligem o grupo. A supervisão aqui pode ser pensada como um espaço contínuo de reflexão compartilhada, onde uma terceira pessoa apoia o grupo por meio de uma escuta reflexiva.

Trabalho em equipe é quando um grupo de pessoas se une para resolver uma questão coletivamente. A ideia é que haja diálogo e que cada um cumpra um papel para que a tarefa seja realizada. Por exemplo, nos esportes temos equipes, cada jogador desempenha um papel específico e apenas porque trabalham juntos e de forma coesa é que atingem seus objetivos.

Fortalecer o trabalho em equipe:

- ❖ Ter um trabalho em equipe efetivo no local de trabalho.
- ❖ Fortalecer o trabalho em rede intersetorial.

Nível individual:

Estar atento ao relacionamento com as pessoas que você atende:

- ❖ Tentar identificar se momentos em que se sente irritado, muito crítico ou arrogante em relação aos sentimentos e necessidades de uma pessoa em situação de rua estão relacionados a um conflito com a pessoa, à síndrome de *burnout* ou ao funcionamento do seu trabalho.

- ❖ Buscar estabelecer relacionamentos não autoritários e mais humanos e, portanto, menos violentos.
- ❖ Construir relações de confiança.
- ❖ Respeitar a autonomia.
- ❖ Estar aberto a, eventualmente, flexibilizar as formas de atendimento e as atividades do seu serviço, mas fazer isso a partir de alguns critérios.

Promover o autocuidado:

Embora não seja possível evitar as causas de sofrimento relacionadas ao trabalho com grupos em situação de vulnerabilidade extrema, como as pessoas em situação de rua, podemos aprender a enfrentar os desafios, não adoecer e conviver bem com o trabalho.

Mudanças no seu estilo de vida podem ajudá-lo a manter-se saudável em situações de estresse, pois você fortalece os fatores de proteção ao adoecimento. A seguir, algumas sugestões para a promoção de um estilo de vida saudável:

- ❖ Reduza o consumo de cigarros, bebidas alcoólicas e cafeína.
- ❖ Faça atividade física regularmente.
- ❖ Alimente-se de forma equilibrada.
- ❖ Durma o suficiente.
- ❖ Consiga tempo para acalmar-se, descansar e relaxar.
- ❖ Busque atividades que dão prazer, desenvolva seus *hobbies*, tenha outros interesses além do trabalho.
- ❖ Permita-se momentos de diversão quando fora do trabalho.
- ❖ Reconheça o seu valor fora do trabalho e nos seus outros relacionamentos.
- ❖ Mantenha barreiras entre o seu trabalho e sua vida pessoal:
 - Não passe seu tempo livre no trabalho com as pessoas que você atende.
 - Resista à vontade de se tornar um amigo ou se sentir responsável por resgatar as pessoas da situação de rua.
 - Reconheça que seu papel é ajudar as pessoas a se ajudarem e possibilitar que elas entrem em contato com seus problemas.
Não se responsabilize pelos problemas das pessoas!
- ❖ Planeje uma agenda semanal com suas atividades e inclua uma coisa nova ou diferente todos os dias.
- ❖ Inclua em seus horários: fazer o que tem que ser feito, fazer o que lhe dá mais prazer, fazer o que sabe fazer bem.
- ❖ Faça planos para o futuro sem ficar remoendo os erros do passado.
- ❖ Envolva a família e os amigos na sua mudança de estilo de vida.

**III Seminário A Cor da Rua:
Autocuidado para quem
Trabalha com a Situação de Rua**

O terceiro seminário A Cor da Rua apresentou estratégias e experiências em São Paulo para melhorar o autocuidado de profissionais que trabalhem com pessoas em situação de rua. O vídeo do seminário está disponível no site: <<http://acordarua.eco.br/index.php/pt/eventos/seminarios-a-cor-da-rua/iii-autocuidado-para-quem-trabalha-com-a-situacao-de-rua>>.

A forma como você pensa e se relaciona com os afazeres e responsabilidades também interfere na sua Saúde Mental, aumentando o seu sofrimento. Pensar sobre o seu jeito de pensar não é um hábito comum, mas é essencial para manter-se saudável em situação de estresse constante. Aprenda a reconhecer modos inúteis de pensar e tente substituí-los por pensamentos mais construtivos. São exemplos de pensamentos inúteis “Eu não consigo lidar com isto”, “eu tenho que sair disto”, “a reunião não foi boa porque não tenho capacidade de fazer o meu trabalho”. Até que ponto esses pensamentos são construtivos e verdadeiros? Há outras maneiras de olhar para a situação?

CONCLUINDO...

Cuidar de si é a melhor maneira de melhorar o cuidado com o outro. Ao lidarmos com pessoas em situação de rua, nosso corpo e nossa psique são as nossas principais ferramentas de trabalho. Aprenda a reconhecer quando você precisa de ajuda (no trabalho em si e na vida pessoal) Muitas vezes seus familiares ou colegas de trabalho são os primeiros a notar que você precisa, então procure não se isolar da família e dos amigos. Quando as pessoas que estão próximas a você manifestam preocupação com o seu estado emocional, não se ofenda, peça ajuda.

Como já discutimos anteriormente, o trabalho com a situação de rua é bastante desafiador e pode ser muito desgastante! Porém quando conseguimos perceber que nossa intervenção teve um efeito positivo, compreendemos a importância do trabalho e seu potencial de transformação.

O trabalho com a rua tem muita potência! Lembre-se de que:-

- ✿ Com sua ajuda, os riscos imediatos a uma pessoa podem ser substancialmente reduzidos (garantir moradia, ter acesso à saúde etc.).
- ✿ Você pode auxiliar pessoas a retomarem planos para o futuro, a recobrarem a esperança.
- ✿ Você pode ajudar as pessoas a transformarem suas vidas.
- ✿ Você vai compreender em profundidade um grande problema de nosso país e, com isso, poder enxergar criticamente nossa sociedade e os caminhos que ela vem tomado.

Além disso, temos o privilégio de entrar em contato com mundos e pessoas que poucos poderiam imaginar possíveis e, com isso, passamos a ver nossas vidas de forma diferente e repensamos nossos valores. Como viver na rua requer habilidade, esperteza e força, podemos aprender muito com as pessoas em situação de rua, que conseguem sobreviver em ambientes tão hostis.

Sob um aspecto mais prático também aprendemos muito com os próprios indivíduos em situação de rua. Eles têm informações privilegiadas sobre o funcionamento real dos serviços e onde procurar auxílio. Você pode obter informações muito úteis conversando sobre isso com essas pessoas!

Ficam algumas reflexões ao final dessa jornada:

- ✿ Para você, qual o lado bom de trabalhar com a situação de rua?
- ✿ Por que você escolheu trabalhar com o tema? O que o motivava no início?
- ✿ O que motiva seus colegas?

REFERÊNCIAS

COMPÁIXÃO. In: DICIONÁRIO MICHAELIS [on-line]. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/busca?id=pWlw>>. Acesso em: jul. 2016.

BIBLIOGRAFIA

LAGO, K. C. **Fadiga por compaixão**: quando ajudar dói. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações) – Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, Brasília, 2008.

SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION (SAMHSA). **Behavioral Health Services for People Who Are Homeless**. Rockville, MD, 2013. (Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 55, HHS Publication n. (SMA) 13-4734). Disponível em: <<http://store.samhsa.gov/shin/content//SMA13-4734/SMA13-4734.pdf>>. Acesso em: jun. 2016.

PARA REVISAR A PARTE 5

Na Parte 5, apresentamos os desafios do trabalho com a situação de rua. Este trabalho traz muitas gratificações, mas também, problemas que geram sofrimento aos profissionais que atendem essa população. Entre os possíveis problemas, apresentamos as principais questões relacionadas à síndrome de *burnout*, trauma secundário e fadiga da compaixão.

Vamos rever alguns dos principais pontos?



Conceitos importantes

Com base nos textos da Parte 5, vamos fazer agora alguns exercícios. Lembre-se: Releia o texto sempre que precisar!

1. O trabalho com a situação de rua coloca o profissional em contato com situações extremas e por muitas vezes, ele se depara com importantes questões relacionadas à sobrevivência. Quando iniciam neste trabalho, muitos profissionais estão empolgados e motivados. No entanto, ao longo do tempo, é possível observar uma mudança em seu comportamento. Em relação a essas mudanças, assinale a alternativa correta:

- a. () Ansiedade relacionada a situações de risco da pessoa atendida.
- b. () Sensação de estar sobrecarregado.
- c. () Medo das reações da pessoa que está atendendo.
- d. () Culpa ao voltar para casa pensando naquele que está dormindo nas ruas.
- e. () Frustração e impotência quando seus esforços não parecem ser valorizados.
- f. () Raiva ou frustração quando a pessoa não vai a um compromisso marcado.
- g. () Todas as alternativas estão corretas.

2. A síndrome de *burnout* é considerada um risco ocupacional para profissões que envolvem cuidados com Saúde, educação e serviços humanos e faz parte da Classificação Internacional das Doenças (CID). A causa está relacionada a características específicas do trabalho da pessoa. Em relação a elas, assinale a alternativa correta:

- a. () Alta demanda combinada com pouca influência no processo de trabalho.
- b. () Muito engajamento sem reconhecimento ou gratificação.
- c. () Pouco suporte social.
- d. () Todas as alternativas estão corretas.

3. O trauma secundário acontece em pessoas que não vivenciaram uma situação traumática, porém, ao ouvir e ver tantas situações de violência e entrar em contato com o sofrimento das vítimas acabam se traumatizando e, passando a manifestar sintomas que podem ser muito semelhantes aos da vítima inicial.

Sobre trauma secundário é correto dizer:

- a. () O trauma secundário ocorre apenas em pessoas que são expostas ao convívio com usuários que vivenciaram e compartilharam histórias de traumas ou imagens violentas. O profissional revivencia os eventos traumáticos do outro e pode haver uma preocupação exagerada com a própria segurança, com receio de que também se torne uma vítima.
- b. () O trauma secundário pode acontecer com qualquer profissional submetido a trabalhos com exigências emocionais, mas não necessariamente histórias traumáticas.
- c. () Esgotamento físico ou emocional pelo trabalho, sensação de incompetência e falta de sucesso no trabalho, atitudes negativas e cínicas são alguns sintomas do trauma secundário.
- d. () A síndrome de burnout, o trauma secundário e a fadiga da compaixão tem suas causas no tempo de trabalho com a rua. Profissionais recém-contratados e profissionais com maior tempo de atuação são os mais afetados.

4. Em relação à fadiga da compaixão, é correto afirmar que:

- a. () É um estado de exaustão resultante da exposição prolongada a situações que despertam compaixão, mas também causam, ou passam a causar, estresse. Os sintomas podem se manifestar como a falta de interesse às histórias pessoais ou reclamações de amigos próximos.
- b. () É um estado de confusão mental resultante da exposição a situações estressantes. Podem se manifestar sintomas como cansaço físico, excesso de interesse em atividades que favoreçam as relações de proximidade afetiva.
- c. () Assim como a síndrome de *burnout*, a causa está relacionada a fatores orgânicos e hereditários.
- d. () Os sintomas podem se manifestar com a facilidade em estabelecer relações de proximidade afetiva, como por exemplo, um profissional que sempre gostou de ficar com os filhos no tempo livre e passa não ver a hora de sair do trabalho para estar próximo à família.

5. Algumas estratégias baseadas em experiências internacionais podem ser adotadas como forma de cuidar-se e manter uma boa relação com o trabalho. Tais estratégias alcançam tanto o nível pessoal, quanto o nível institucional. Correlacione as colunas da direita e da esquerda, enumerando-as de acordo com as estratégias apresentadas.

a) Nível institucional	() Construir a melhor organização do processo de trabalho, haver capacitações sobre temas relevantes, ter autonomia sobre o desenvolvimento de suas tarefas, ter reconhecimento sobre o trabalho realizado, manter trabalhadores informados sobre como as decisões são tomadas.
b) Nível individual	() Reduzir o consumo de cigarros, bebidas alcoólicas e cafeína, fazer atividade física regularmente, dormir o suficiente, conseguir tempo para acalmar-se, descansar e relaxar. () Apoio dos pares, apoio dos pares com supervisão, fortalecimento do trabalho em equipe. () Construir relações de confiança, estar aberto a, eventualmente, flexibilizar as formas de atendimento e as atividades do seu serviço, mas fazer isso a partir de alguns critérios; buscar estabelecer relacionamentos não autoritários e mais humanos e, portanto, menos violentos; respeitar a autonomia.



Sessão pipoca!

E agora? Qual a indicação de filme?

Nós indicamos.... que VOCÊ escolha um filme leve, para que “desligue” das tensões de um dia difícil no trabalho. Assistir a um filme que você goste ou um vídeo engraçado no YouTube são estratégias importantes para prevenir o sofrimento psicológico. Então, o que prefere? Comédia? Musical? Romance?

Você decide!

Convide alguém para assistir com você, ou se preferir, assista sozinho....

O importante é que seja um momento agradável !



Minhas anotações

RESPOSTA DAS ATIVIDADES

Conceitos importantes

1. g
2. d
3. a
4. a
5. a, b, a, b



Car
m
2010

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR RECOMENDADA PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA E DESENVOLVIMENTO SOCIAL – SMADS

Política de Assistência Social e População em Situação de Rua

BRASIL. Constituição (1988). Constituição Federal do Brasil, de 5 de outubro de 1988. **Portal da Legislação**. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: nov. 2016.

BRASIL. Lei no 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. **Portal da Legislação**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8742.htm>. Acesso em: nov. 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Assistência Social. Resolução CNAS no 145, de 15 de outubro de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Social. Disponível em: <<http://mds.gov.br/acesso-a-informacao/legislacao/legislacao-1/resolucao/resolucao-no-145-de-15-de-outubro-de-2004>>. Acesso em: nov. 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Assistência Social. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Resolução no 130, de 15 de julho de 2005. Aprova a Norma Operacional Básica da Assistência Social – NOB/SUAS. Brasília, 2005. Disponível em: <<http://mds.gov.br/acesso-a-informacao/legislacao/resolucao/resolucao-no-130-de-15-de-julho-de-2005>>. Acesso em: nov. 2016.

BRASIL. Lei no 11.258, de 30 de dezembro de 2005. Altera a Lei no 8.742/2005, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social, para acrescentar o serviço de atendimento a pessoas que vivem em situação de rua. **Portal da Legislação**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/lei/L11258.htm>. Acesso em: nov. 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Assistência Social. Resolução no 269, de 13 de dezembro de 2006. Aprova a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Assistência Social – NOB-RH/SUAS. Disponível em: <<http://mds.gov.br/acesso-a-informacao/legislacao/legislacao-1/resolucao/resolucao-no-269-de-13-de-dezembro-de-2006>>. Acesso em: nov. 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Assistência Social. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Resolução CNAS no 109, de 11 de novembro de 2009. Aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 25 nov. 2009. Seção 1. Disponível em: <<http://mds.gov.br/acesso-a-informacao/legislacao/resolucao/resolucao-no-109-de-11-de-novembro-de-2009>>. Acesso em: nov. 2016.

BRASIL. Decreto Federal no 7.053 de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. **Portal da Legislação**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7053.htm>. Acesso em: nov. 2016.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação e Secretaria Nacional de Assistência Social. **Rua: aprendendo a contar: Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua.** Brasília, 2009. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Livros/Rua_aprendendo_a_contar.pdf>. Acesso em: nov. 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Assistência Social. Resolução no 17, de 20 de junho de 2011. Ratifica a equipe de referência definida pela Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Assistência Social – NOB-RH/SUAS e reconhece as categorias profissionais de nível superior para atender as especificidades dos serviços socioassistenciais e das funções essenciais de gestão do Sistema Único de Assistência Social – SUAS. Disponível em: <<http://mds.gov.br/acesso-a-informacao/legislacao/resolucao/resolucao-cnas-no-17-de-20-de-junho-de-2011>>. Acesso em: nov. 2016.

BRASIL. Secretaria Nacional de Renda e Cidadania e Secretaria Nacional de Assistência Social. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Orientações Técnicas: Centro de Referência Especializado Para População em Situação de Rua – Centro Pop. **SUAS e População em Situação de Rua**, v. 3. Brasília: Gráfica e Editora Brasil LTDA., 2011. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/orientacoes_centro_pop.pdf>. Acesso em: nov. 2016.

BRASIL. Resolução no 33, de 12 de dezembro de 2012. Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social – NOB/SUAS. Disponível em: <<http://mds.gov.br/acesso-a-informacao/legislacao/legislacao-1/resolucao/resolucao-cnas-no-33-de-12-de-dezembro-de-2012>>. Acesso em: nov. 2016.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Perguntas e respostas: Serviço Especializado em Abordagem Social. **Suas e População em Situação de Rua**, v. 4. Brasília, 2013. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/Perguntas_Servico_AbordagemSocial.pdf>. Acesso em: nov. 2016.

BRASIL. Resolução CNAS nº 9, de 15 de abril de 2014. Ratifica e reconhece as ocupações e as áreas de ocupações profissionais de ensino médio e fundamental do Sistema Único de Assistência Social – SUAS, em consonância com a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS – NOB-RH/SUAS. Disponível em: <<https://conferencianacional.files.wordpress.com/2014/02/cnas-2014-009-15-04-2014.pdf>>. Acesso em: nov. 2016.

FUNDAÇÃO INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS; PREFEITURA MUNICIPAL DA CIDADE DE SÃO PAULO. **Pesquisa Censitária da População em Situação de Rua, Caracterização Socioeconômica da População Adulta em Situação de Rua e Relatório Temático de Identificação das Necessidades desta População na Cidade de São Paulo**. São Paulo, 2015.

SÃO PAULO. Lei no 12.316, de 16 de abril de 1997. Dispõe sobre a obrigatoriedade do poder público municipal a prestar atendimento à população de rua na Cidade de São Paulo. Disponível em: <http://www3.prefeitura.sp.gov.br/cadlem/secretarias/negocios_juridicos/cadlem/integra.asp?alt=26041997L%20123160000>. Acesso em: nov. 2016.

SÃO PAULO. Decreto no 40.232, de 2 de janeiro de 2001. Regulamenta a Lei no 12.316, de 16 de abril de 1997, que dispõe sobre a obrigatoriedade do Poder Público Municipal a prestar atendimento à população de rua da Cidade de São Paulo e dá outras providências. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/chamadas/Decreto_40232_1265210068.pdf>. Acesso em: nov. 2016.

SÃO PAULO. PORTARIA no 46/2010/SMADS, de 23 de dezembro de 2010. Dispõe sobre a Tipificação da Rede Socioassistencial do Município de São Paulo e a Regulação de Parceria Operada por Meio de Convênios. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/chamadas/046_portaria_1298488134.pdf>. Acesso em: nov. 2016.

SÃO PAULO. **PORTARIA no 47/2010/SMADS.** Dispõe sobre referência de custos dos serviços da rede socioassistencial operada por meio de convênios. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/chamadas/047_portaria_1298488147.pdf>. Acesso em: nov. 2011.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Assistência Social e Desenvolvimento Social. PORTARIA no 21/SMADS/2012, de 22 de dezembro de 2012. Dispõe sobre a aprovação a Norma Técnica dos Serviços Socioassistenciais da Proteção Social Básica e Especial. **Diário Oficial [da] Cidade de São Paulo.** São Paulo, 22 dez. 2012, n. 57 (239).

SÃO PAULO. Norma técnica dos serviços socioassistenciais proteção social especial. Serviços voltados ao atendimento de Pessoa em Situação de Rua. Núcleo de Apoio à Inclusão Social para Pessoas com Deficiência, de 22 de dezembro de 2012. **Diário Oficial [da] Cidade de São Paulo,** 27 de dezembro de 2012, n. 57 (240).

SÃO PAULO. Decreto no 53.795, de 25 de março de 2013. Institui o Comitê Intersetorial da Política Municipal para a População em Situação de Rua – Comitê PopRua. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/direitos_humanos/DECRETO%20N%2053_795_25_03_201.pdf>. Acesso em: nov. 2016.

SÃO PAULO. Decreto no 56.102, de 8 de maio de 2015. Institui o Comitê Permanente para a Gestão de Situações de Baixas Temperaturas, São Paulo, 2015. Disponível em: <<http://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/decreto-56102-de-08-de-maio-de-2015/>>. Acesso em: nov. 2016.

SÃO PAULO. PORTARIA no 45, de 14 de dezembro de 2015. Normas e recomendações técnicas para alimentação nos serviços socioassistenciais operados por meio de convenio com a SMADS. Retificada pela Portaria nº 4, de 19 de fevereiro de 2016.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social. **Manual Prático para uma Alimentação Saudável.** 3. ed. São Paulo, dez. 2015.

SÃO PAULO. Plano Municipal de Assistência Social. Prefeitura de São Paulo, 2014-2017. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/assistencia_social/comas/arquivos/PLANO_MUNICIPAL_DE_ASSISTENCIA_SOCIAL_FINAL_COMPLETO_2014-2017_20_02_2015.pdf>. Acesso em: nov. 2016.

SÃO PAULO. Decreto nº 57.069, de 17 de junho de 2016. Procedimentos e atendimentos à população em situação de rua durante as ações de zeladoria urbana. São Paulo, 2016. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/direitos_humanos/DECRETO%20N%2057069.pdf>. Acesso em: nov. 2016.

Papel de miolo: Offset 90g/m²
Papel de capa: Supremo 250g/m²
Gráfica: WalPrintDezembro
Dezembro 2016

vive
os pés na
calçada
colorida
de outono



Organização
das Nações Unidas
para a Educação,
a Ciência e a Cultura

Cooperação
Representação
no Brasil