



Manual para a Imprensa

Boas Práticas de Comunicação
e Guia com recomendações para
um texto claro e esclarecedor sobre
doenças mentais e psiquiatria

2ª EDIÇÃO - Inclui capítulo sobre prevenção do suicídio

Edição:



M294

Manual para a imprensa : boas práticas de comunicação e guia com recomendações para um texto claro e esclarecedor sobre doenças mentais e psiquiatria / Associação Brasileira de Psiquiatria. – 2. ed. – Rio de Janeiro: ABP Ed., 2009. 105 p. : il. ; 21 cm.

“Inclui capítulo sobre prevenção do suicídio.”

ISBN 978-85-61943-04-2

1. *Deficientes mentais na comunicação de massa – Manuais, guias, etc. I. Associação Brasileira de Psiquiatria. II. Título.*

CDD- 362.30202

Manual para a Imprensa

Boas Práticas de Comunicação e Guia com
recomendações para um texto claro e esclarecedor
sobre doenças mentais e psiquiatria



Realização:



ABP
Associação
Brasileira de
Psiquiatria

Publicação:



Apoio e Colaboração:



© **2009 Associação Brasileira de Psiquiatria.**

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

O Manual para a Imprensa pode ser acessado na íntegra no site da ABP e/ ou no endereço do Programa ABP Comunidade: www.abpcomunidade.org.br

Tiragem: 2ª edição - 2009 - 1.000 exemplares

Edição, publicação, distribuição e informações:

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA - ABP

ABP EDITORA - Inscrição Estadual: 78598654

Diretoria - 2007-2010

Presidente: João Alberto Carvalho - PE

Vice-Presidente: Luiz Alberto Hetem - SP

1º Secretário: Paulo Roberto Zimmermann - RS

2º Secretário: Rosa Garcia - BA

1º Tesoureiro - João Carlos Dias - RJ

2º Tesoureiro - Hélio Lauar de Barros - MG

Assessoria de Comunicação e Imprensa ABP

www.abpbrasil.org.br/imprensa

imprensa@abpbrasil.org.br

Telefone: (11) 4123.1419 - São Paulo - SP

Sede ABP - Secretaria Geral e Tesouraria

Av. Presidente Wilson, 164 / 9º andar

CEP: 20030-020 - Rio de Janeiro - RJ

Telefax: (21) 2199.7500

E-mail: abp@abpbrasil.org.br

Sistematização, Redação e Pesquisa sobre Imprensa, Saúde Mental e Psiquiatria

Coordenação-Geral: Programa ABP Comunidade

Redação Técnica: Assessoria de Comunicação e Imprensa da ABP, S.O.eSq e Comissão de Prevenção de Suicídio da Associação Brasileira de Psiquiatria. Colaboração e Revisão: João Alberto Carvalho - PE, Luiz Alberto Hetem - SP, Hélio Lauar - MG, Marco Antonio Alves Brasil - RJ, Antonio Leandro Nascimento - RJ, Marcelo Papelbaum - RJ, Miguel Roberto Jorge - SP, Cecília Villares - SP, Jorge Cândido de Assis - SP, Carolina Fagnani - SP, Michella Guijt - SP, Danilo Maeda - SP, Natalia Cesana - SP, Fabiane Leite - SP, Neury José Botega - SP, Carlos Filinto da Silva Cais - SP, Humberto Correa - MG, Jair Segal - RS, José Manoel Bertolote - SP e Sabrina Stefanello - SP.

Projeto Gráfico

Angel Fragallo

Editoração e Ilustração

Renato Dalecio Junior

Jornalista Responsável

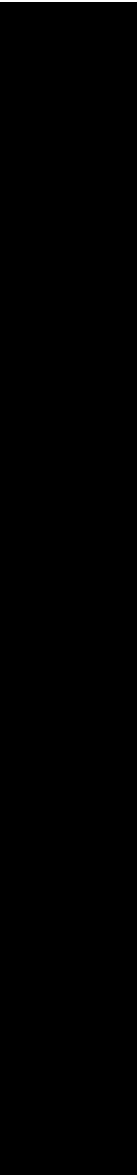
Carolina Fagnani - MTB - 42434/SP

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Manual para a imprensa:

recomendações para um texto claro e esclarecedor sobre as doenças mentais

1. Apresentação	07
2. Introdução	13
3. A saúde mental na imprensa	15
I. O papel da imprensa	
II. Relatos de uma jornalista na cobertura de saúde	
4. Quem são os profissionais que atuam nesta área?.....	23
5. Saúde mental em números.....	27
I. Pesquisas da ABP	
II. Outras pesquisas	
III. O cuidado com a veiculação de novas pesquisas e o lançamento de medicamentos	
6. Fontes seguras de informações	35
7. Termos relacionados à saúde mental	39
I. Concepções populares sobre doenças mentais	
II. Faça e não faça - referências e citações equivocadas e fáceis de evitar	
8. Principais transtornos mentais	45
I. Depressão e transtorno bipolar	
II. Transtornos de ansiedade (ansiedade, TOC e pânico)	
III. Transtornos alimentares	
IV. Álcool e outras drogas	
V. Outras doenças	
9. O que é a eletroconvulsoterapia	67
10. Entendendo a esquizofrenia	71
I. O projeto S.O.ESQ.	
II. O que é a esquizofrenia	
III. Estigma - esquizofrenia - imprensa	
11. Prevenção do suicídio	81
12. As políticas públicas em saúde mental	89
13. Informações úteis	97
14. Indicações bibliográficas	101
15. Agradecimentos	105





Apresentação^[1] A Entidade

AABP

A ABP - Associação Brasileira de Psiquiatria - entidade sem fins lucrativos, representativa dos psiquiatras no país, reúne cerca de 5.500 associados. A ABP é formada por 54 federadas e seis núcleos, com representações em todas as Unidades da Federação. Além disso, a entidade possui 14 departamentos científicos.

A Associação Brasileira de Psiquiatria realiza anualmente o CBP - Congresso Brasileiro de Psiquiatria. Esse é um evento itinerante de atividades científicas. O CBP é considerado um congresso de referência da especialidade no Brasil e na América Latina. É o terceiro maior encontro da psiquiatria no mundo.

Como entidade de referência no país, a ABP implementa vasta pauta de atividades que contemplam, entre outras ações, a defesa do exercício profissional e o compromisso com a atualização dos psiquiatras, por meio do Programa de Educação Continuada, oferecido online e capaz de certificar o médico participante do programa, de acordo com critérios desenvolvidos pela Associação Médica Brasileira - AMB.

Outra iniciativa da Associação é a edição da principal publicação científica em psiquiatria do país, a Revista Brasileira de Psiquiatria (RBP), indexada ao

Index Medicus®/MEDLINE® e ao Science Citation Index do Institute for Scientific Information (ISI), no qual foi classificada como a revista científica com maior índice de impacto entre as publicações de saúde na América Latina.

A Associação Brasileira de Psiquiatria volta-se também para a prestação de serviços à comunidade através do Programa ABP Comunidade. O objetivo é assegurar os direitos dos doentes mentais e seus familiares, bem como informar a população e a imprensa, combatendo o preconceito, ajudando as pessoas e promovendo o bem-estar.

ABP investe nessa trajetória que dignifica a todos: cidadãos, empresas privadas, órgãos públicos, associações e outras entidades.

João Alberto Carvalho
Presidente da ABP



O Programa ABP Comunidade

Uma das missões da Associação Brasileira de Psiquiatria é a defesa de um sistema que ampare a população no que diz respeito ao atendimento e às informações necessárias à compreensão dos transtornos e doenças mentais que concorrem para o sofrimento de seus portadores e de seus familiares.

Neste sentido, uma das prioridades da entidade é o Programa ABP Comunidade, um esforço da Associação em sua luta para esclarecer os vários aspectos que envolvem os transtornos mentais e minimizar o estigma que pesa sobre seus portadores. O Programa ABP Comunidade também se constitui como uma iniciativa para aproximar a população dos médicos psiquiatras, oferecendo a possibilidade de acesso à informação de qualidade fornecida por profissionais habilitados e credenciados para tal.

O Programa ABP Comunidade constitui-se em serviço que pretende ultrapassar as barreiras dos gabinetes e auditórios de congressos, falando diretamente à população, ouvindo-a e orientando-a, através de diversas atividades, como o site ABP Comunidade, voltado para o público geral, além de palestras, cursos, inserções na mídia e contato pessoal.

O site do Programa ABP Comunidade (www.abpcomunidade.org.br) reúne textos em linguagem clara e acessível sobre as doenças mentais, além de palestras e entrevistas exibidas em vídeo e áudio com psiquiatras conceituados sobre temas de maior interesse para o público por sua grande incidência na população, pela sua gravidade ou pelo desconhecimento associado a eles. Além disto, o site conta com um serviço de atendimento online. As dúvidas enviadas através de um formulário específico são esclarecidas por especialistas

em psiquiatria. Atualmente este atendimento chega a três mil esclarecimentos mensais.

O Projeto Psiquiatria Para Uma Vida Melhor é uma das ações de maior visibilidade do Programa ABP Comunidade. Desenvolvido inicialmente para uma programação anual de atividades paralelas ao Congresso Brasileiro de Psiquiatria (CBP), o projeto está sendo ampliado e já contempla uma programação nacional e regional em que são realizadas palestras em locais de grande afluência de pessoas, como teatros ou shopping centers, nas quais psiquiatras esclarecem as dúvidas da população sobre temas específicos. Durante todo o período de realização do projeto, jovens psiquiatras permanecem nos locais das palestras, fornecendo material informativo preparado pela ABP, além de orientações sobre os locais de atendimento público em saúde mental e psiquiatria.

A ABP acredita que pode e deve prestar à população um serviço inédito, de qualidade, com o selo da Associação Brasileira de Psiquiatria. O objetivo do projeto é, além de prestar um serviço de utilidade pública, contribuir para melhoria da assistência em saúde mental no Brasil e para o bem-estar dos portadores de transtornos mentais e de seus familiares.

Marco Antônio Brasil

Idealizador e Conselheiro do Programa ABP Comunidade



Programa “Schizophrenia: Open the Doors”

“Esquizofrenia: Abra as Portas”

Caros profissionais da imprensa,

A Associação Mundial de Psiquiatria lançou, em 1996, o programa “Schizophrenia: Open the Doors” (Esquizofrenia: Abra as Portas), em um esforço para combater o estigma relacionado a esta doença e a discriminação contra seus portadores. Este Programa é hoje desenvolvido em 20 países de todas as regiões do mundo, incluindo o Brasil.

Avanços recentes no desenvolvimento de novos medicamentos antipsicóticos e intervenções psicossociais têm contribuído para uma maior eficácia do tratamento e um perfil diferente de efeitos colaterais que, ao contrário dos antigos medicamentos, não mais “denunciam” as pessoas que os estão utilizando.

No entanto, o estigma e a discriminação permanecem como dois dos mais importantes obstáculos para a busca de assistência médica, para o sucesso do tratamento, para a reabilitação profissional e inclusão social do portador de esquizofrenia.

O Programa Open The Doors foi lançado no Brasil em 2001 sob a denominação S.O.eSq. e posteriormente deu origem à Associação de Familiares, Amigos e Portadores de Esquizofrenia (www.abrebrasil.org.br). O Programa contra o estigma e a discriminação relacionados à esquizofrenia no Brasil envolve atividades voltadas aos portadores e seus familiares, ao público adulto e adolescentes leigos, aos profissionais da saúde e agora aos profissionais da imprensa.

Os veículos de comunicação têm um importante papel a cumprir na luta contra o estigma, a discriminação e conseqüente exclusão social dos portadores de esquizofrenia. Este manual pretende trazer a vocês, profissionais da imprensa, informações úteis, esclarecimentos, dados numéricos, fontes confiá-

veis de informação sobre a frequência da esquizofrenia, seu diagnóstico e tratamento, bem como alertá-los para o uso inadequado de termos relacionados a esta doença. Esperamos que seja útil.

Atenciosamente,

Miguel R. Jorge

Secretário de Seções da Associação Mundial de Psiquiatria (WPA)

migueljorge@terra.com.br



Introdução^[2]

O Manual para a Imprensa, publicado pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), é parte de um trabalho complexo e abrangente que inclui estratégias para mudanças de atitude em relação à informação sobre a doença mental.

A falta de informações esclarecedoras e isentas de preconceitos não é um desafio apenas para os profissionais da comunicação e imprensa.

O projeto de conscientização e democratização do conhecimento em saúde mental da ABP é mais amplo e pretende substituir os mitos sobre as doenças por concepções precisas entre os próprios médicos psiquiatras, outros médicos, profissionais de saúde, cuidadores, familiares, gestores de saúde e formadores de opinião.

Espera-se realizar nesse ambicioso e longo caminho, diversas ações que contribuam para o aprimoramento da educação, desde a inserção do tema nas disciplinas de saúde do ensino médio até a maior sensibilização dos estudantes de medicina, além promover e facilitar a aproximação dos portadores da população em geral.

O planejamento inclui cartilhas e manuais direcionados que reunirão orientações e, sobretudo, que poderão despertar no seu público-alvo um olhar diferente às questões de saúde mental e seus portadores, demonstrando que eles mantêm muitas de suas capacidades e que seus direitos são frequentemente desrespeitados.

O jornalista é sem dúvida um dos principais e talvez o mais importante agente deste processo, já que suas publicações potencializam nosso campo de atuação e penetram em diversos setores da sociedade. Dessa forma, despertam debates públicos e atingem o maior número de pessoas ao mesmo tempo.

Contudo, promoção da inclusão social, a disseminação de informações corretas e o combate ao estigma é uma tarefa de todos.

A ideia do Manual surgiu a partir de um trabalho realizado pela ABRE (Associação Brasileira dos Familiares, Amigos e Portadores de Esquizofrenia) e pelo S.O.eSq. que é o nome que o Programa Open the Doors, da Associação Mundial de Psiquiatria, desenvolvido no Brasil sob os auspícios da Associação Brasileira de Psiquiatria, com o apoio do Programa de Esquizofrenia (Proesq) da Universidade Federal de São Paulo.

O material produzido por um grupo de portadores, rico em informações e dicas de quem vivencia, na prática, o preconceito e as limitações impostas pela falta de informação está totalmente transcrito nesta publicação, que foi ampliada para reunir outras informações e esclarecer outros transtornos mentais, além da esquizofrenia.

A crescente procura da imprensa pela assessoria de imprensa da ABP, bem como o grande volume de publicações recentes sobre a psiquiatria e as doenças mentais nos principais veículos de comunicação brasileira também estimularam a diretoria da Associação, os coordenadores do Programa ABP Comunidade e os colaboradores deste guia.

Esperamos despertar a atenção de jornalistas e comunicadores e oferecer estas e outras informações que podem, a longo prazo, mudar comportamentos e cultura.



[3] A saúde mental na imprensa

I. O papel da imprensa

Está no Código de Ética dos Jornalistas: o acesso à informação pública é um direito inerente à condição de vida em sociedade; a divulgação da informação, precisa e correta, é dever dos meios de divulgação; a apresentação de informações pelas instituições públicas, privadas e particulares, cujas atividades produzem efeito na vida em sociedade, é uma obrigação social.

Por cumprir seu papel, a imprensa brasileira ajudou a desenvolver diversas áreas da sociedade, como a saúde. Afinal, neste país de dimensão continental, são os veículos de comunicação que fazem a informação chegar a todas as regiões. Foi por meio da atuação informativa de jornais, rádios e TVs que epidemias puderam ser controladas e doenças erradicadas. Na saúde mental não foi diferente.

Foi por meio da atuação informativa de jornais, rádios e TVs que epidemias puderam ser controladas e doenças erradicadas. Na saúde mental não foi diferente.

O jornalismo brasileiro teve fundamental papel em um dos principais momentos da assistência psiquiátrica no país: o fechamento dos manicômios, onde

o tratamento oferecido aos portadores de transtornos mentais não condizia nem com os padrões básicos de sanitarismo e cidadania.

Quem não lembra das matérias que denunciaram as condições insalubres a que eram submetidos esses doentes? O acesso do público a essas informações ajudou a modificar um modelo assistencial público que era, no mínimo, inadequado.

O poder da imprensa

Os veículos de comunicação denunciam, divulgam novos tratamentos e o avanço da saúde mental no Brasil.

Entretanto, é preciso estar atento às tensões e aos limites entre a liberdade e a responsabilidade da imprensa, sobretudo quando o assunto é saúde pública.

Os canais de comunicação, por divulgarem conceitos diversos sobre os mais variados temas, são potencialmente formadores de representações sociais. A emoção, as opiniões e as atitudes expostas por esses veículos são aspectos que promovem o ato de refletir em quem recebe a informação. De individual, depois essa reflexão passa para o caráter coletivo, pois a notícia será discutida, analisada, comentada entre as pessoas.

É justamente esta característica que torna a imprensa o “quarto poder”. Mas até que ponto tamanha força é somente construtiva?

Herói ou vilão?

Os meios de comunicação de massa, por sua abrangência e penetração junto ao público, atuam positivamente como auxiliares da educação em saúde, são capazes de fortalecer ações preventivas neste campo. Porém, se a informação for equivocada ou estiver incompleta, o resultado é inverso.

Quando um leitor lê uma reportagem, cujo foco, por exemplo, é a evolução

de um paciente com transtorno mental após a saída deste de uma instituição hospitalar ou asilar, a primeira conclusão, certamente, deverá ser que a desinternação em saúde mental é a melhor via para esta e demais pessoas.

Contudo, o que muitas pessoas desconhecem, inclusive jornalistas e até médicos de outras especialidades, é que a internação é o modelo mais seguro e eficaz de tratamento para determinados tipos de transtornos mentais, principalmente os graves.

As características individuais de cada paciente também são fatores determinantes na sua recuperação, ou seja, a saúde mental é mesmo um tema complexo. Para abordá-lo, de forma ampla, é preciso conhecer todos seus aspectos, sem exceção. Só assim pode-se chegar a uma conclusão imparcial.

O que é notícia

A saúde, definitivamente, é assunto frequente no noticiário nacional. Cada vez mais, o tema ganha espaço na mídia. Jornais publicam cadernos e colunas semanais, sites têm páginas específicas sobre o tema, rádios convidam especialistas para falar aos ouvintes e TVs noticiam novos tratamentos em medicina, entre outros temas. Os veículos têm editorias de saúde. Mas o que é notícia em saúde?

O chamado *hard news* é a headline, a grande manchete, do jornalismo no Brasil e no mundo. É óbvio que surtos, epidemias, denúncias de erros médicos atraem o público, que tem total direito a esta informação. É dever do jornalista informá-lo.

O fato novo, o milagre da ciência, o tratamento inusitado também chamam atenção e devem chegar ao público. Entretanto, é neste campo que a mídia corre risco de induzir ao erro.

Até que ponto um recém-lançado antidepressivo, por exemplo, é mais eficaz do que os outros medicamentos já existentes no mercado? Todo medicamento tem contra-indicações.

É preciso estar atento à relação custo-benefício.

Outro aspecto que merece atenção é a divulgação de pesquisas e novos tratamentos em saúde. Todo estudo, ligado à indústria farmacêutica ou a organizações acadêmicas, possui dados complementares.

Uma pesquisa que aponta, por exemplo, que determinado medicamento ou tratamento é mais eficaz que outro apresenta informações comparativas, que, muitas vezes, podem até colocar em xeque o resultado final do estudo.

O profissional de imprensa deve estar preparado para não ser manipulado.

Superficialidade

A vida contemporânea é marcada pela velocidade dos acontecimentos. É compreensível que um veículo de comunicação não tenha espaço físico e político para todas as versões e opiniões sobre um tema. Porém é inaceitável e injusto com o próprio receptor da notícia, que uma informação esteja incompleta.

A banalização de uma informação pode ter resultados negativos, que demandarão muito tempo para serem revertidos. A eletroconvulsoterapia (ECT), conhecida vulgarmente como “eletrochoque”, pode exemplificar o impasse “superficialidade” x “totalidade”.

Na ECT, o paciente recebe uma corrente elétrica no cérebro, que desencadeia uma convulsão (daí o nome eletroconvulsoterapia). Se uma notícia sobre ECT limitar-se à frase anterior, certamente, o leitor vai associar a terapia a práticas de tortura (ideia disseminada, até hoje, por muitos veículos, entre eles a TV e o cinema).

Quando o receptor da notícia não é informado de todos os aspectos desse e de outros tratamentos, sua reflexão e entendimento sobre os mesmos logo se dão como parciais, ou seja, sem todos os subsídios necessários para a compreensão imparcial sobre a informação.

Estigma

A psiquiatria é complexa e, por isso, alvo de muitas indagações, até mesmo nas áreas médica e da saúde em geral. O estigma relacionado com as doenças da mente, seus portadores, familiares e os próprios psiquiatras, ainda é o principal “ruído” na informação e entendimento sobre saúde mental.

Afirmar que a ECT é menos invasiva do que a ação de muitos medicamentos pode parecer duvidoso. Porém, a controversa eletroconvulsoterapia é comprovada cientificamente como o tratamento menos agressivo para muitos transtornos mentais.

Costuma-se dizer no meio que se o temido “choque” na mente de um indivíduo tivesse o mesmo efeito do que em um coração, em pleno quadro de parada cardíaca, a vida do psiquiatra seria muito mais fácil. Afinal, este médico seria visto como um “ressuscitador” e não como um “torturador”.

Brincadeiras à parte, a reação perante uma pessoa que procura tratamento psiquiátrico no Brasil ainda é de que ela é louca ou chegou à beira da loucura.

Felizmente, a imprensa tem exercido importante papel para a desmistificação desta especialidade médica. Hoje, jornais, revistas, rádios, programas de TV e sites informam que um quadro de depressão, ou de outro transtorno mental, deve ser atendido, primeiramente, por um psiquiatra. Trata-se de uma doença como outra qualquer, passível de encaminhamento multiprofissional.

O jornalismo é um processo necessário e legítimo de escolhas, que devem ser feitas sem censura e preconceitos.



II. Relatos de uma jornalista na cobertura de saúde

Uma jornada que vale a pena

Depois de quase uma década de dedicação à cobertura jornalística de saúde pública foi com grande alegria que aceitei o convite da Associação Brasileira de Psiquiatria para apresentar este livro que pretende clarear o olhar jornalístico sobre a saúde e a doença mental.

Ao longo desses anos compus minhas reportagens, esclareci dúvidas, aprendi e derrubei meus preconceitos com a ajuda de muitos que agora auxiliam a escrever esta publicação e que, assim como eu, têm o sincero objetivo de desmistificar o tema. Com os pacientes depoimentos de profissionais de saúde, gestores de serviços e dos que vivem com as doenças compreendi - e espalhei por aí, por meio dos diferentes jornais em que trabalhei -, que elas são multifatoriais como tantas outras. Muitas vezes sim, demandam cuidados para o resto da vida, mas também não impedem uma vida plena.

Também nesses anos pude ouvir e compreender diferentes visões sobre a rede de assistência de saúde e os cuidados com as doenças, da preocupação com a redução de leitos hospitalares sem a criação do número necessário de serviços substitutivos, bandeira desta ABP, aos protestos por um novo olhar sobre a loucura, marcado, para mim, pelo Dia do Orgulho Louco, em maio de 2006, realização de dezenas de usuários do histórico Centro de Apoio Psicossocial Itapeva, em São Paulo.

Ainda neste caminho, tive o prazer de conhecer os cantores, poetas e namorados que começavam a reconstruir vida própria em residências terapêuticas, após anos de internação no Hospital do Juquery, na Grande São Paulo, e com quem pude partilhar um dos meus melhores dias de trabalho.

Espero que os usuários deste livro também tenham oportunidades para jornadas tão interessantes e, o melhor de nossa profissão, possam também dividi-las com uma porção de gente muito interessada em questões de interesse público.

Um manual é um primeiro passo antes de dezenas de buscas na Internet, leituras e conversas com “especialistas”, no jargão jornalístico aqueles que detêm o conhecimento técnico e científico, além da escuta sincera dos que vivem com as doenças.

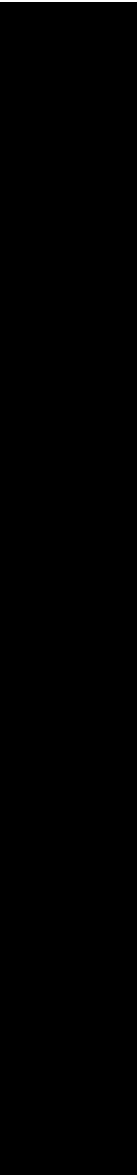
Um manual é também um último recurso para o retoque do texto, para dirimir um termo, torná-lo mais claro ao leitor, ouvinte ou telespectador. Encurta o caminho para textos livres de pré-julgamentos e mal-entendidos. Vamos simplificar: evita espalhar bobagens por aí.

Não é recente o fenômeno da redução de equipes de reportagem e concentrações de diferentes funções sobre os profissionais da mídia. Talvez a melhor imagem para explicar este processo seja a de um repórter esbaforido que corre para acompanhar diferentes assuntos ao longo do dia, que conduz a câmera, faz as perguntas, entrega e edita a própria reportagem para o rádio, a TV, o jornal e o site da empresa, como descreveu recentemente um executivo do “The Guardian”, que considerou a figura acima um disparate do passado.

Portanto as próprias empresas jornalísticas sabem que o tal repórter que dá conta de tudo é uma ameaça à qualidade e, boas novas, algumas começam a pensar maneiras de retirá-los desta confusão, protegendo as boas reportagens do hard news, das desgraças do dia a dia, e investindo em especialização e mais tempo para compreender o assunto do dia.

No entanto, independentemente do caminho a ser seguido pelas empresas, cada jornalista faz a sua trilha com seus livros, manuais, cursos e suas fontes de confiança. O nosso público merece. Boa consulta e boa sorte.

***Fabiane Leite** é repórter da área de saúde do jornal “O Estado de S. Paulo”. Também trabalhou na “Folha de S. Paulo” e no “Jornal da Tarde”.*





[4] Quem são os profissionais que atuam nesta área?

Psiquiatra

A formação deste profissional de saúde é um processo longo, que começa na faculdade de medicina, um curso com duração de seis anos.

Depois da graduação em medicina, o médico que deseja se tornar psiquiatra precisa estudar para se tornar um especialista nesta área.

Existem diversas maneiras de fazê-lo, uma delas é cursando uma pós-graduação conhecida como residência médica em psiquiatria, um curso com duração de três anos, com atividades teóricas e práticas.

Alguns médicos optam por continuar o curso por mais um ano para se aprofundarem em uma das áreas destas atuação: psiquiatria da infância e da adolescência, psiquiatria geriátrica, psiquiatria forense ou psicoterapia.

Para obtenção do título de especialista pela Associação Médica Brasileira, todos os médicos interessados têm que se submeter a uma prova elaborada pela Associação Brasileira de Psiquiatria.

Depois de aprovados nesta prova, precisam comprovar, a cada cinco anos, que continuam se mantendo atualizados para conservar o título.

Psicólogo

Com formação no curso de Psicologia, da área de humanas, o psicólogo pode se especializar na aplicação de terapias úteis para os portadores de transtornos mentais. Assim, é um agente importante para o tratamento multidisciplinar, recomendado no atendimento de saúde mental.

Entretanto, por não possuir formação e conhecimento médico, o psicólogo não pode prescrever remédios nem realizar outros procedimentos médicos que colaboram para a melhora do quadro clínico de pacientes que deles necessitam. Para esse tipo de atuação, é essencial a presença de um médico, de preferência um especialista.

Psicoterapeuta

Em geral, o psicoterapeuta é um profissional da psiquiatria ou da psicologia que se especializa na aplicação de terapias não-medicamentosas. Em geral, o uso da psicoterapia aumenta a eficiência do tratamento.

Existem modalidades de psicoterapia, que podem ser utilizadas de acordo com as características de cada paciente e transtorno. As mais comuns são a cognitivo-comportamental, analítica, a familiar, o psicodrama, e a psicanálise.

Psicanalista

A psicanálise é uma das modalidades possíveis de psicoterapia. Desenvolvida inicialmente pelo médico austríaco Sigmund Freud, a psicanálise busca compreender as causas dos distúrbios mentais através da investigação do inconsciente do ser humano.

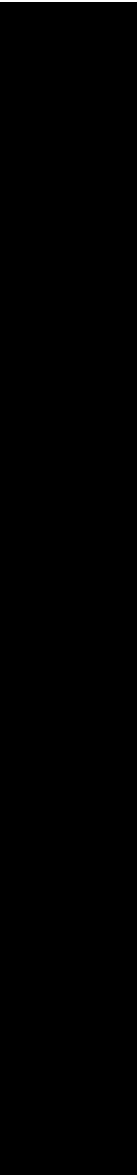
Para isso, o psicanalista se dispõe a ouvir o paciente e, dessa forma, busca ajudá-lo a entender os motivos das inquietações e dificuldades que enfrenta.

Terapeuta Ocupacional

Na concepção de tratamento multidisciplinar indicado para a maioria dos transtornos mentais, a terapia ocupacional é uma das disciplinas da saúde que auxiliam na recuperação destes pacientes. O terapeuta ocupacional trata de pessoas com diminuição, déficit ou incapacidade física ou mental, temporária ou permanente. Trata-se de um profissional de saúde qualificado, que envolve o paciente em atividades destinadas a promover o restabelecimento e o máximo uso de suas funções com o propósito de ajudá-lo a fazer frente às demandas de seu ambiente de trabalho, social, pessoal e doméstico e a participar da vida em seu mais pleno sentido.

Enfermeiro

No atendimento em saúde mental, o papel dos enfermeiros também é importante. Especialmente em locais destinados ao tratamento de transtornos mais graves e incapacitantes, é necessária a presença de profissionais habilitados e capacitados para lidar com as características específicas desses pacientes. Nessas instituições, é imprescindível a presença de uma equipe completa para garantir um tratamento minimamente eficaz.





[5]

Saúde mental em números

I. Pesquisas da ABP

Estudo revela falhas no acesso a tratamento psiquiátrico

Para estimar a incidência de transtornos mentais na população geral e conhecer a avaliação da opinião pública sobre a qualidade dos serviços de saúde mental no Brasil, a Associação Brasileira de Psiquiatria realizou três pesquisas de opinião em parceria com institutos de pesquisa, nos anos de 2006 (Datafolha), 2007 (Ibope) e 2008 (Ibope).

O primeiro levantamento foi voltado para detectar o número de casos de doenças mentais graves e a facilidade para acesso aos serviços de saúde mental. Das 2267 pessoas entrevistadas, 9% relataram a existência de casos em suas famílias nos últimos doze anos. Desses, 72% procuraram pelo atendimento no sistema público de saúde, sendo que 7% não conseguiram atendimento, 47% acharam o acesso difícil e 45% fácil.

A pesquisa de 2007 confirmou a prevalência de transtornos graves, assim como o número de pessoas que não conseguiram tratamento. A proporção dos que acharam difícil conseguir atendimento nos serviços públicos, porém, foi para 57%. Entre os que utilizam o sistema público, apenas 33% conseguiram agendar consulta no tempo considerado ideal (15 dias). A maioria dos portadores de transtornos mentais graves tem de esperar mais para um mês até ser atendido pelo SUS. A pesquisa também verificou a avaliação dos usuários de

planos particulares (15% do total). Entre eles, 74% consideraram que o acesso ao tratamento foi fácil.

No ano seguinte, o questionário foi específico para psiquiatria infantil. Segundo a pesquisa, 12,6% das mães relataram ter um filho com sintomas de transtorno mental importante ao ponto de necessitar tratamento ou auxílio especializado. O número equivale a cerca de 5 milhões de crianças. Dessas, 28,9% não conseguiram ou não tiveram acesso a atendimento público; 46,7% obtiveram tratamento no SUS e 24,2% através de convênio ou profissional particular.

- 17 milhões de pessoas, ou 9% da população brasileira, sofrem de transtorno mental grave.
- Os mais acometidos por essas doenças são os indivíduos de classe social baixa, pouca escolaridade e moradores das periferias das cidades.
- A maioria dos indivíduos com transtorno mental grave (64,5%) utiliza os serviços públicos de saúde. Apenas 33% conseguiram ser atendidos em até 1 mês.
- Menos da metade (41%) avaliaram que o acesso a tratamento pelo SUS foi fácil. Entretanto, 71% consideram-se satisfeitos.
- 7,7% das pessoas com transtorno mental grave não conseguiram atendimento (1,3 milhão de pessoas).
- 12,6% das crianças brasileiras apresentam sintomas de transtornos mentais importantes.

Os dados completos estão disponíveis no site da ABP (www.abpbrasil.org.br).



II. Outras pesquisas

Saúde mental em números

- 450 milhões de pessoas sofrem ou sofrerão de problemas mentais, neurológicos ou comportamentais ao longo da vida. (OMS, 2006)
- 873 mil pessoas suicidam-se todos os anos. Mais de 50% dessas pessoas têm entre 15 e 44 anos. (OMS, 2006)
- O número de suicídios no mundo cresceu 60% nos últimos 45 anos. Cerca de 3 mil pessoas tiram a própria vida todos os dias; 60 mil tentam, mas não conseguem. O problema está entre as três principais causas de morte entre pessoas de 25 a 44 anos. (OMS, 2008)
- Transtornos mentais são a segunda causa dos atendimentos de urgência. Pesquisa realizada no SAMU de Marília, em São Paulo, mostrou que 16% dos pacientes apresentaram transtornos mentais e do comportamento (TMC). (Unifesp, 2006)
- Cerca de 50% dos transtornos mentais começam antes dos 14 anos. No mundo, por volta de 20% das crianças e adolescentes terão problemas de saúde mental. (OMS, 2007)
- Em situações de emergência ou calamidade, a incidência de transtornos mentais sobre entre 6% e 11%. (OMS, 2007)
- Cerca de 154 milhões de pessoas no mundo desenvolveram depressão; 25 milhões têm esquizofrenia; 91 milhões têm problemas com álcool e 15 milhões

com uso de outras drogas. No mundo, 50 milhões de pessoas têm epilepsia e 24 milhões têm Alzheimer ou outras demências. (OMS, 2002)

- Um em cada quatro pacientes que utiliza serviços de saúde tem pelo menos um transtorno mental, neurológico ou de comportamento. A maioria desses transtornos não é tratada ou sequer identificada. (OMS, online)
- No período de 1 ano, 9,5% dos adultos norte-americanos, ou cerca de 18,8 milhões de pessoas, apresentam algum transtorno depressivo. (ABP Comunidade)
- A Associação Brasileira de Transtorno Bipolar estima que até 15 milhões de brasileiros são portadores da doença. (ABRATA, online)
- Segundo dados da Organização Mundial da Saúde, a esquizofrenia afeta cerca de 1% da população mundial. Embora afete homens e mulheres na mesma proporção, a doença frequentemente aparece mais cedo nos homens, usualmente no final da adolescência e em torno dos 20 anos. As mulheres adoecem mais tarde, em geral entre os 20 e 30 anos de idade. (OMS, online)
- Estima-se que cerca de 25% das pessoas com esquizofrenia se recuperam totalmente. (ABP Comunidade)
- A dependência do álcool é um problema frequente, que atinge cerca de 5 a 10% da população adulta brasileira (Cebrid, 2007).
- A anorexia nervosa afeta cerca de 0,51% das mulheres jovens. (ABP Comunidade)
- Cerca de 10% dos brasileiros têm depressão. Mais de 80% das pessoas com depressão podem melhorar se receberem o tratamento completo. (ABP Comunidade)



III. O cuidado com a veiculação de novas pesquisas e o lançamento de medicamentos

Passo-a-passo para pesquisar medicina baseada em evidência

Todo profissional que se forma jornalista aprende em uma das primeiras aulas da faculdade que a informação, antes de ser veiculada, deve estar checada e garantida por alguma fonte. Quando isso não acontece, podem entrar em jogo prejuízos sociais. No caso do jornalismo em saúde, esses danos podem ter impacto direto na saúde dos cidadãos e no sistema de saúde. Então, como divulgar informações ligadas à área da saúde de forma responsável e independente?

Quando o jornalista recebe material sugerindo a elaboração de reportagem sobre o lançamento de determinado medicamento ou divulgando a mais recente solução para alguma doença, é preciso refletir antes de simplesmente acatar a ideia. Qual a procedência da informação? Há algum conflito de interesse entre os atores? A pesquisa citada foi financiada por quem? Qual a relevância do assunto dentro das discussões científicas atuais? Quais os reais riscos e benefícios envolvidos? Quais impactos ela traz ao sistema de saúde?

O profissional da imprensa pode valer-se do passo-a-passo utilizado pela Medicina Baseada em Evidência para averiguar a consistência do que pretende publicar. Basta formular uma pergunta que envolva a população em questão, a intervenção discutida comparada a outro procedimento e o desfecho pretendido. Supondo que seja recebido material sobre medicamento para casos de neoplasia avançada no pulmão, a pergunta que o jornalista deve se fazer é:

esse medicamento realmente é eficiente? Quais os benefícios se associado à quimioterapia? Com quais riscos?

Saber o que a literatura científica tem estudado a respeito, ou seja, buscar as melhores evidências, é o primeiro passo para responder às perguntas. Para isso, é preciso consultar uma base de dados científicos.

Esta ferramenta foi desenvolvida para atender profissionais de saúde, por exemplo, que tenham algum questionamento sobre determinada situação clínica real e precisam de evidências científicas para tentar respondê-la. Existem dois tipos de bases: as secundárias, cuja informação está disposta de forma analítica, e as primárias, que contêm dados científicos puros, dispostos de maneira original e não criticada.

Exemplos de bases científicas secundárias:

ACP Journal Club - www.acpjc.org

Clinical Evidence - www.clinicalevidence.com

Evidence Matters - www.evidencematters.com

Evidence Based Medicine - <http://ebm.bmjournals.com>

Cochrane Review - www.cochrane.org

Exemplos de bases científicas primárias:

EMBASE - www.embase.com

LILACS - <http://lilacs.bvsalud.org>

SCIELO - <http://scielo.org>

PubMed - <http://pubmed.org>

Para iniciar a busca, o jornalista precisa selecionar os descritores específicos ao assunto. Descritores são palavras relacionadas à pergunta inicial que, combinadas, recuperam artigos com as características pretendidas. Uma boa base para achar descritores é o Medical Subject Headings (MeSH - www.nlm.nih.gov/mesh/).

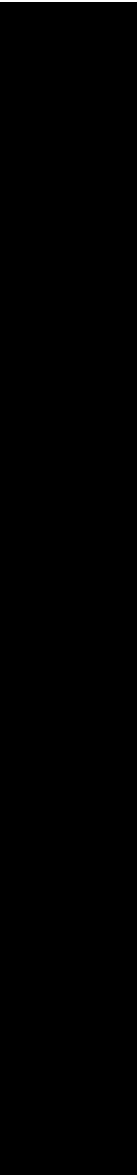
A partir daí, é preciso filtrar os estudos. Isso pode ser feito pela utilização de descritores precisos ou pela leitura dos resumos. Depois de separados os arti-

gos, o jornalista consegue montar um panorama clínico do que tem sido discutido na área científica sobre o assunto em questão. Ele consegue, por exemplo, tabelar prós e contras e ter em mãos importante levantamento para começar a abordar as fontes.

Ter conhecimento do cenário é importante para formular as perguntas que serão feitas às fontes, de modo a não deixá-las conduzir a entrevista e expor apenas um lado da questão.

Além disso, assim como o jornalista deve saber os riscos e benefícios de um medicamento ou de uma tecnologia para escrever um texto socialmente comprometido, o leitor também tem o direito de ser informado da forma mais ampla possível sobre o assunto. Só assim o jornalista cumpre seu papel.

Texto elaborado pelo Departamento de Comunicação da Associação Médica Brasileira - AMB





[6]

Fontes seguras de informações

Por conta dos diversos interesses envolvidos na publicação de reportagens sobre saúde mental, é importante conhecer um pouco sobre os interesses e motivações desses personagens, para evitar cair em eventuais armadilhas. Para quem procura informações isentas e de qualidade, é recomendável seguir a lista abaixo, elaborada de acordo com a representatividade e os possíveis conflitos de interesse desses agentes.

Associação Médica Brasileira (AMB), Conselho Federal de Medicina (CFM) e Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP)

São organizações de classe, de atuação nacional, sem interesse direto ou pessoal na publicação de matérias que façam menção a algum tipo de tratamento ou instrumento diagnóstico, exceto pelo objetivo estatutário de colaborar para a prevenção e tratamento precoce das doenças mentais através da divulgação de informações importantes sobre suas características e sintomas.

Contatos:

Associação Médica Brasileira

www.amb.org.br

imprensa@amb.org.br

(11) 3178.6802

Conselho Federal de Medicina
www.cfm.org.br
cfm@cfm.org.br
(61) 2101.5900

Associação Brasileira de Psiquiatria
www.abpbrasil.org.br
imprensa@abpbrasil.org.br
(11) 4123.1419

Universidades e centros de estudo

Apesar de uma atuação que em muitos casos é regionalizada, essas instituições congregam profissionais de qualidade e produzem pesquisas científicas reconhecidas em todo o mundo.

Contatos:

Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo
www.hcnet.usp.br/ipq
imprensa.ipq@hcnet.usp.br
(11) 3069.7801

Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro
www.ipub.ufrj.br
ipub@ipub.ufrj.br
(21) 2295.3449

Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo
www.unifesp.br/dpsiq
(11) 5579.2828

Federadas da Associação Médica Brasileira, do Conselho Federal de Medicina e da Associação Brasileira de Psiquiatria

Com atuação regional, essas instituições são os representantes da classe médica em todos os estados da Federação.

Para contatar as Federadas da ABP consulte:
www.abpbrasil.org.br/medicos/federadas/

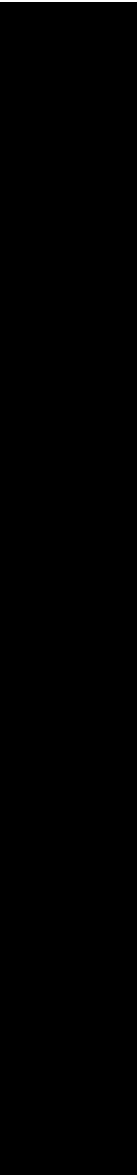
Para contatar o Conselho Federal de Medicina consulte:
www.portalmédico.org.br

Para contatar a Associação Médica Brasileira consulte:
www.amb.org.br/

Somente em último caso procure informação com profissionais não indicados por alguma instituição de referência na área. Quando o especialista concede entrevista no próprio nome, sem representar alguma entidade reconhecida, suas declarações podem ser comprometidas por eventuais conflitos de interesse. Confirme todas as informações divulgadas pela indústria farmacêutica sempre que receber releases e outros materiais de divulgação.

ABRE

Associação Brasileira de Familiares, Amigos de Portadores de Esquizofrenia
www.abrebrasil.org.br
abre@abrebrasil.org.br
(11) 5533.1789





[7] Termos relacionados à saúde mental

I. Concepções populares sobre saúde mental

Nos primórdios da História, acreditava-se que a loucura tinha como causas a possessão demoníaca e a punição pelo pecado. Essa percepção sobre a doença mental perdurou por séculos.

A abordagem secular da medicina, em busca de causas naturalísticas da insanidade, relacionava a loucura à teoria da degenerescência, ou seja, condição intratável.

Até o século 18, estes doentes eram conduzidos às chamadas “casas de loucos”, onde o “tratamento” aplicado era acorrentá-los, açoitá-los ou submetê-los a purgações.

O conceito asilo surgiu no século 19. Na França, o doente mental passou a ser tratado em ambiente adequado (asilo). Nos Estados Unidos, a urbanização rápida e imigração massiva eram as causas apontadas para doença mental e o tratamento asilar foi a saída para o afastamento destas pessoas da sociedade.

Com o advento da psiquiatria comunitária nos EUA dos anos 60 e a “reforma psiquiátrica” na Itália, nos anos 70, na Espanha, Brasil e demais países latino-americanos, nos anos 80-90, houve maior exposição da população às pessoas

gravemente doentes, reforçando estereótipos negativos e o estigma relacionados à doença mental.

O estigma é um dos maiores obstáculos para o tratamento das doenças mentais. Resultados de pesquisas realizadas nos cinco continentes produziram achados, no geral, consistentes que indicam que não há país, sociedade ou cultura, na qual pessoas com doença mental sejam consideradas com o mesmo valor que pessoas sem doença mental.

Um levantamento realizado em 1996, nos EUA, apontou maior aceitação das doenças mentais menos graves e 2,5 vezes mais de medo e estigma relacionados a doenças mentais graves. Outro dado é que a percepção pública de que os doentes mentais são violentos cresceu de 7% (1950) para 12% (1996).

Outros estudos demonstram a concepção dos norte-americanos sobre as causas dos transtornos mentais. As origens mais citadas foram as “circunstâncias estressantes na vida”. Para as doenças esquizofrenia e depressão, as causas seriam o “desequilíbrio químico no cérebro”. Já para a dependência do álcool a “forma como a pessoa foi criada” desencadearia o alcoolismo e “um problema de caráter” foi a origem mais citada para a dependência em cocaína. (Link et al., 1999).

Estudo semelhante foi realizado em 2004, no Brasil, pela psicóloga Érica Peluso, sob orientação do psiquiatra Sérgio Blay, professor da UNIFESP. Os dados demonstraram como causas mencionadas “problemas na infância”, “ser nervoso”, “hereditariedade/genética”, “fraqueza de caráter” e “vírus/infecção”.

Os resultados das pesquisas norte-americana e brasileira comprovam que o estigma corresponde à ignorância e ao estereótipo (conhecimento insuficiente ou inadequado), ao preconceito (pressuposto, emoções negativas) e à discriminação (rejeição). Um exemplo típico é o fato das pessoas considerarem um portador de esquizofrenia capaz de cometer ato violento.

No sentido de reverter este quadro negativo, ações antiestigma começaram a ser adotadas, como a campanha contra o preconceito, com o slogan “Pare, pense, compreenda”, e o Programa Global para Reduzir o Estigma e a Discrimi-

nação Relacionados à Esquizofrenia (“Open the Doors”), da Associação Mundial de Psiquiatria, que desde 1999 é preconizado em vários países, entre eles o Brasil.

Outra ação nacional é o Programa ABP Comunidade - Psiquiatria para uma Vida Melhor - desenvolvido pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) em diversas localidades e também na internet.

A complexa tarefa de promover a inclusão social dos portadores de doença mental não diz respeito somente aos psiquiatras e outros profissionais da saúde: ela começa no próprio portador e termina nos definidores de políticas públicas.

Somos todos responsáveis por respeitá-los, tratá-los com dignidade, promover seu bem-estar e restaurar suas esperanças em um futuro melhor.



II. Faça e não faça - referências e citações equivocadas e fáceis de evitar

*Algumas concepções erradas fáceis de evitar:

- *Chamando um portador de esquizofrenia de “louco” ou definindo esquizofrenia como “loucura”*

Ao contrário, usar termos como “transtorno mental” e “doença mental” ajuda a disseminar a ideia de que há tratamentos para a esquizofrenia e a erradicar o mito de que portadores de esquizofrenia são mentalmente incapazes.

- *O uso de expressões como “esquifofrênico”*

Pessoas com esquizofrenia são apenas pessoas com esquizofrenia. Seu transtorno não pode ser usado para descrevê-las. É como dizer “tuberculoso” ou “aidético”. Prefira “portador de esquizofrenia”.

- *Associando esquizofrenia com comportamento violento*

A maioria das pessoas com transtornos mentais nunca cometem atos de violência e, em geral, não são mais perigosas que outros indivíduos do mesmo grupo populacional. A maioria dos delitos cometidos por pessoas que sofrem de esquizofrenia são crimes menores contra a propriedade, muitas vezes relacionados a questões de sobrevivência. Na verdade, ao contrário do que muitas pessoas acreditam, os portadores são com mais frequência vítimas de atos de violência do que perpetradores dos mesmos.

- ***Usando o adjetivo “esquizofrênico” para descrever coisas ou situações***

Expressões como “as relações esquizofrênicas entre governo e oposição” banalizam o transtorno e conferem a ele conotações pejorativas, ao associá-lo com ideias como instabilidade, falta de nexos e um estado mental extremamente desequilibrado.

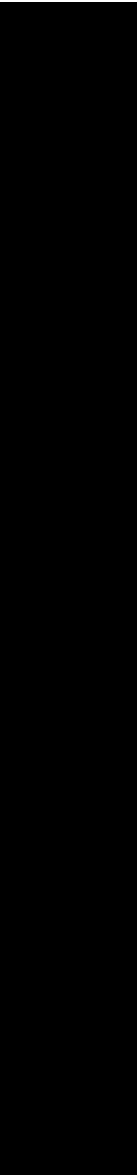
- ***Usando a doença mental para fazer rir***

O uso de termos ou situações associadas aos transtornos mentais em charges, cartoons ou mesmo em qualquer texto com fins humorísticos é muito desgastante para familiares e portadores de esquizofrenia e outras doenças mentais, pois reforça os estereótipos e o preconceito dos quais são alvo.

- ***Confundindo os termos “psicose”, “esquizofrenia” e “mania”***

A esquizofrenia é uma psicose, mas esse termo também se aplica a outras doenças nas quais pode ocorrer perda de contato com a realidade, tais como alguns quadros do transtorno bipolar, relacionados ao uso de drogas ou a doenças orgânicas. Já o termo “mania” refere-se ao quadro de euforia que se observa em algumas fases do transtorno bipolar do humor. A psicopatia é usualmente associada ao denominado transtorno de personalidade anti-social.

Portanto, quando algum crime é cometido por um portador de transtorno mental, não significa que ele é “maníaco”, “psicótico”, “psicopata” ou “esquizofrênico”. Ele pode ser portador de mania, esquizofrenia, ou de alguma doença considerada uma psicose, mas pode também ser portador de outro tipo de transtorno. Mais que isso, é apenas uma pessoa que infringiu as leis e que será julgada pela Justiça. O diagnóstico não deve ser usado para explicar o crime, pois isso leva o público a crer que a doença é perigosa, quando, na verdade, o crime foi originado por uma conjunção de fatores concernentes ao caso.





[8] Principais transtornos mentais

I. Depressão e transtorno bipolar

Depressão

A depressão é um dos transtornos mentais mais comuns e acomete cerca de 10% dos brasileiros. Os sintomas mais frequentes deste transtorno são uma sensação de tristeza constante e a perda do prazer na realização de atividades que antes eram prazerosas. Estes sintomas habitualmente são acompanhados por outras manifestações, como alterações no apetite (uma grande redução do apetite ou aumento do apetite, causando grandes variações no peso do paciente em pouco tempo), insônia ou sonolência exagerada, perda de energia e dificuldade para realizar tarefas cotidianas, dificuldades para pensar e tomar decisões, sentimentos de impotência ou culpa e, em casos mais graves, pensamentos sobre suicídio e tentativas de suicídio.

A depressão pode surgir em qualquer idade, da infância à velhice, porém é mais frequente que o primeiro episódio aconteça no decorrer da terceira década de vida (entre os 20 e os 30 anos de idade) ou por volta dos 60 anos de idade. A maior parte dos pacientes apresenta apenas um episódio de depressão e, uma vez instituído o tratamento adequado, apresenta remissão completa dos sintomas. Algumas pessoas podem apresentar um segundo episódio depressivo em um período de meses a anos após a melhora dos sintomas e um contingente ainda menor apresentará diversos episódios ao longo da vida.

Nem todos os episódios de depressão envolvem riscos iminentes à vida, porém sempre causam, de alguma maneira, prejuízos no funcionamento individual e nas relações familiares e profissionais dos indivíduos acometidos. A depressão é uma doença tão frequente na população e tão devastadora que uma pesquisa realizada pela Organização Mundial da Saúde mostrou que a depressão é a segunda maior causa de incapacidade no mundo, com as doenças cardiovasculares como as maiores causas de incapacidade.

Apesar de a tristeza ser um dos sintomas mais comuns de depressão e de pessoas tristes se descreverem como deprimidas, é importante diferenciar estes dois termos. A tristeza é um sentimento comum e que pode acometer qualquer pessoa que perca um ente querido, que termine um relacionamento ou que tenha um projeto pessoal frustrado. Este sentimento, entretanto, é passageiro e costuma se abrandar com o tempo. A depressão pode acontecer com ou sem um evento estressante anterior e perdura por longos períodos, sendo necessárias, no mínimo, duas semanas de ocorrência contínua dos sintomas para que seja considerado este diagnóstico.

Diversos fatores são responsáveis pelo surgimento de um episódio de depressão, como alterações em neurotransmissores (substâncias químicas responsáveis pela comunicação entre os neurônios - as células do cérebro), fatores genéticos, traços de personalidade e fatores ambientais.

O tratamento da depressão é feito de múltiplas formas. Em primeiro lugar, é necessário estabelecer o diagnóstico correto através de um exame médico, pois muitas doenças, como o hipotireoidismo, podem causar sintomas semelhantes ao da depressão, embora tenham tratamento completamente diverso. Uma vez feito o diagnóstico, o tratamento será feito com o uso de medicamentos e/ou psicoterapia. Episódios de depressão leve podem ser tratados apenas com psicoterapia, ou com o uso de medicamentos, ou uma combinação das duas abordagens (estudos atuais mostram que a combinação das duas formas de tratamento promove mais benefícios que cada forma isoladamente). Episódios moderados ou graves são tratados obrigatoriamente com o uso de medicamentos, podendo ser complementados com psicoterapia. Habitualmente são utilizados medicamentos conhecidos como antidepressivos, que existem

em diversas formas, combinados com medicamentos para reduzir a ansiedade e auxiliar o paciente a conciliar o sono quando necessário. Normalmente, o tratamento começa a surtir efeito em um período entre uma e três semanas após o início do uso da medicação. O tratamento deve ser mantido por alguns meses após a remissão completa dos sintomas para assegurar que o paciente não tenha uma recaída. A maior parte dos pacientes obtém uma melhora duradoura com a manutenção do tratamento por cerca de seis meses após a remissão dos sintomas em um primeiro episódio. A depressão recorrente necessita de tratamento mais prolongado, que pode atingir dois, cinco ou vários anos.

Algumas vezes, os sintomas são tão graves que levam o paciente a não querer comer, beber qualquer tipo de líquido, pensar em matar-se ou mesmo a tentar cometer o suicídio. Nestes casos, o tratamento habitualmente é iniciado com o paciente internado, para que sua vida possa ser protegida em um ambiente adequado.

Quando os sintomas são muito graves, como, por exemplo, com tentativas de suicídio, quando uma resposta rápida ao tratamento é necessária ou quando os efeitos colaterais dos medicamentos podem ser danosos, a eletroconvulsoterapia é uma forma de tratamento segura e eficaz, que pode proporcionar a melhora dos sintomas em pouco tempo.

Transtorno Bipolar do Humor

O Transtorno Bipolar do Humor, anteriormente conhecido como Psicose Maníaco-Depressiva, é um transtorno mental que acomete de 1 a 3% da população. Este transtorno é caracterizado pela ocorrência de episódios de depressão, tais como os descritos no capítulo referente a esta doença, alternados com episódios maníacos, que são episódios em que o paciente apresenta uma sensação de grande energia, podendo permanecer acordado, agitado ou realizando tarefas durante muito tempo seguido, sem se cansar; uma aceleração do pensamento, que pode ser observada por uma fala muito rápida e um por um fluxo de ideias que por vezes pode ser confuso, passando de um pensa-

mento a outro por ligações ténues, como o som semelhante de duas palavras, ou uma mesma palavra repetida em duas ideias díspares; uma sensação de grandeza (como achar ser um grande artista, político ou atleta) e de múltiplas capacidades; descontrole de impulsos que podem se manifestar por gastos descontrolados, direção perigosa ou por uma conduta sexual exacerbada ou inadequada; uma sensação contínua de alegria, que não pode ser abalada nem por pensamentos tristes e, por vezes, episódios de irritabilidade ou agressividade. Por vezes, os episódios de depressão ou mania podem ser acompanhados por sensações que não correspondem à realidade (como ouvir vozes que outras pessoas não podem ouvir ou julgar estar envolvido em algum tipo de conspiração ou plano).

As primeiras manifestações do transtorno bipolar do humor ocorrem mais frequentemente durante a terceira ou a quarta décadas de vida. Habitualmente, os pacientes portadores de transtorno bipolar do humor apresentam episódios depressivos ou maníacos e períodos sem sintomas entre eles. Se não for instituído tratamento, os períodos sem sintomas habitualmente se tornam mais raros e há grande prejuízo à vida pessoal.

Assim como na depressão, as causas do transtorno bipolar do humor são múltiplas: fatores bioquímicos (alterações em neurotransmissores), genéticos e ambientais.

Felizmente, o transtorno bipolar do humor é uma doença tratável. Em seu tratamento são empregados medicamentos conhecidos como estabilizadores do humor, que servem para tratar tanto os episódios depressivos quanto os episódios maníacos e também previnem a ocorrência de novos episódios. O tratamento desta doença é feito obrigatoriamente com o uso de medicamentos e pode ser complementado com o emprego de psicoterapia.



II. Transtornos de ansiedade (ansiedade, TOC e pânico)

Transtornos de Ansiedade

Os transtornos de ansiedade são extremamente frequentes e seus sintomas podem ser tanto sensações físicas quanto pensamentos incômodos. Estes sintomas frequentemente estão presentes na população saudável quando vivenciamos uma situação incomum ou muito significativa (por exemplo, antes de fazer uma prova, de se apresentar em público ou de um encontro amoroso importante), porém é necessário que estejam presentes em um grau exagerado, afetando a vida diária da pessoa, para representar um problema que necessita de tratamento médico.

Tipos de ansiedade

Os transtornos de ansiedade dividem-se em diversos tipos de acordo com os sintomas predominantes e estão listados a seguir:

Transtorno do Pânico: a característica principal do transtorno do pânico é o ataque de pânico, uma combinação de sintomas físicos muito intensos e pensamentos desagradáveis, que ocorrem sem que haja uma doença física grave o suficiente para causá-los. Estas sensações são tão desconfortáveis que frequentemente as pessoas acham que estão tendo um infarto e procuram a emergência de um hospital geral. Seus sintomas são: taquicardia (“coração acelerado”), palpitações (sentir o coração batendo descompassado no peito),

dor na região do coração, sensação de falta de ar, tremores, suor excessivo, enjoo ou dor abdominal e sensação de morte iminente

Transtorno de Ansiedade Generalizada: as pessoas com um transtorno de ansiedade generalizada estão constantemente tensas, preocupadas com situações corriqueiras, antecipando problemas que poderiam acontecer. Estas preocupações devem ser exageradas para serem caracterizadas como um transtorno e podem causar diversas complicações, tais como problemas para dormir, dores musculares, problemas de concentração e irritabilidade.

Fobias: uma fobia é um medo persistente de um objeto, animal, situação ou atividade. Este medo é tão intenso que a pessoa pode evitar qualquer situação em que possa estar exposta à causa do medo. Alguns tipos comuns de fobias são:

- **Fobia específica:** uma fobia específica é o medo exagerado de uma situação que normalmente não é perigosa. Dentre os medos mais comuns, incluem-se os medos de voar ou de aranhas ou baratas.
- **Fobia social:** a fobia social é caracterizada pelo medo exagerado de parecer envergonhado ou desprezado em situações sociais, tais como falar em público, aproximar-se de outras pessoas, ou de fazer atividades corriqueiras (como comer ou preencher um cheque) na frente de outras pessoas.
- **Agorafobia:** é o medo de estar em um local ou envolvido em uma situação em que não seja possível obter auxílio caso aconteça um ataque de pânico.

As causas dos transtornos de ansiedade são múltiplas, envolvendo influências genéticas, familiares e ambientais.

O tratamento dos transtornos de ansiedade envolve o uso de medicamentos. Normalmente são utilizados ansiolíticos, medicamentos que causam redução rápida da ansiedade, e os antidepressivos, para obter resultados a médio e longo prazo. Pode parecer curioso que os antidepressivos sejam utilizados no tratamento de múltiplas doenças. Muitos medicamentos que foram inicialmente desenvolvidos para o tratamento da depressão são úteis no tratamento de outras doenças, como os transtornos de ansiedade, pois há diversos neurotransmissores que estão envolvidos na gênese dos dois grupos de doenças e alguns medicamentos utilizados no tratamento da depressão também são utilizados no tratamento dos transtornos de ansiedade.

Transtorno Obsessivo-Compulsivo: o transtorno obsessivo-compulsivo (também conhecido como TOC) é um transtorno de ansiedade caracterizado por pensamentos obsessivos, que são pensamentos desagradáveis, que surgem na mente espontaneamente, contra a vontade do paciente, geralmente envolvendo alguma ameaça (por exemplo, pensamentos relacionados ao adoecimento ou morte do paciente ou de algum familiar) e por atos compulsivos, que são realizados pelo paciente como uma maneira de aliviar a ansiedade causada pelos pensamentos obsessivos.

Alguns pensamentos obsessivos e os atos compulsivos podem apresentar uma ligação aparentemente lógica, como, por exemplo, ter medo de contrair alguma doença e lavar as mãos exageradamente ou achar que uma porta foi deixada aberta e verificar repetidas vezes se está trancada; entretanto, isto não ocorre com todos os pacientes, nem todo o tempo. Por vezes, pensamentos aterradores, como achar que um desastre pode acontecer a um parente, podem levar os pacientes a contar objetos (como o número de carros que uma determinada cor que passam em seu trajeto) para neutralizá-los.

Outros comportamentos repetitivos, como arrumar sempre os objetos da mesma maneira e apresentar ansiedade quando estão desarrumados, contar diversos eventos ou acumular objetos são também sintomas do Transtorno Obsessivo-Compulsivo.

Muitos destes comportamentos estão presentes na população geral, como lavar as mãos depois de tocar em algo sujo, ou pensar que uma porta foi deixada aberta e voltar para verificá-la. Torna-se necessário, portanto, estabelecer alguns limites para diferenciar um comportamento normal de algo que poderia ser considerado uma doença. Para que um indivíduo seja diagnosticado como portador de TOC, é necessário que os pensamentos obsessivos e as compulsões consumam boa parte de seu dia. Além disto, os rituais compulsivos não devem causar prazer, nem levar à realização de tarefas úteis por si mesmas.

Assim como em outros transtornos mentais, as causas do Transtorno Obsessivo-Compulsivo são múltiplas e envolvem alterações bioquímicas (neurotransmissores), genéticas e ambientais.

O tratamento do TOC é feito com uma combinação de medicamentos antidepressivos e ansiolíticos, podendo ser utilizados medicamentos de outras classes para potencializar o efeito dos primeiros. Além do tratamento com remédios, um tipo de psicoterapia, a Terapia Cognitivo Comportamental, vem sendo utilizada com bastante sucesso no tratamento deste transtorno.

Transtorno do Estresse Pós-Traumático: o transtorno do estresse pós-traumático é um tipo de transtorno de ansiedade que acomete pessoas que passaram por experiências desagradáveis intensas, de natureza ameaçadora ou catastrófica (como ser assaltado, espancado, ver alguém sofrendo algum tipo de violência, envolver-se em atos de guerra, estar presente durante uma catástrofe natural ou experiências mais corriqueiras, como adoecer gravemente e ser internado ou ver algum familiar adoecer).

As manifestações deste transtorno geralmente ocorrem passado algum tempo (no mínimo um mês) após a ocorrência do evento e incluem uma constelação de sintomas como sentir-se revivendo o evento traumático por lembranças que invadem o pensamento repentinamente, ter sonhos ou pesadelos relacionados ao evento, sentir-se retraído ou insensível emocionalmente e procurar evitar lugares e situações que poderiam lembrar o evento.

Estes sintomas são, muitas vezes, acompanhados por sintomas depressivos ou de ansiedade e ideação suicida.

O transtorno do estresse pós-traumático tem múltiplas causas, como alterações bioquímicas (neurotransmissores), genéticas, características de personalidade e ambientais.

O tratamento deste transtorno é feito com uma combinação de medicamentos antidepressivos e ansiolíticos e pode envolver também o uso de psicoterapia.



III. Transtornos alimentares

Transtornos Alimentares são doenças que causam graves alterações na maneira como as pessoas se alimentam e nos pensamentos e sentimentos relacionados à alimentação. As pessoas que têm transtornos alimentares geralmente preocupam-se de maneira exagerada com a alimentação, com seu peso e a forma corporal e tomam medidas extremas em resposta a estas preocupações. Os transtornos alimentares, quando não tratados, representam grande risco para as pessoas acometidas, podendo causar a morte de até 20% das pacientes com anorexia nervosa.

Os transtornos alimentares afetam principalmente mulheres de 12 a 35 anos de idade, porém também podem ocorrer em mulheres de outras faixas etárias e em homens. Os dois tipos principais de transtorno alimentar são a anorexia nervosa e a bulimia nervosa.

Pessoas com anorexia nervosa e bulimia nervosa tendem a ser extremamente críticas sobre seus corpos. Elas geralmente sentem-se gordas, mesmo que estejam muito emagrecidas ou desnutridas. Elas também podem apresentar medo intenso de engordar e isto pode afetar todas as suas atividades. Frequentemente, os portadores de transtornos alimentares não reconhecem que têm um problema de saúde.

Anorexia Nervosa

A anorexia nervosa afeta cerca de 0,5% das mulheres jovens. Este transtorno é diagnosticado quando as pacientes apresentam um medo constante de en-

gordar, mesmo estando com um peso abaixo do normal. As alterações de comportamento apresentadas pelos portadores deste transtorno podem envolver a restrição alimentar extrema ou o uso de medidas para compensar as poucas calorias ingeridas, seja através de exercícios exagerados, de vômitos forçados ou uso de laxantes.

A restrição alimentar pode causar alguns efeitos danosos ao corpo, tais como: interrupção da menstruação, osteopenia ou osteoporose (“enfraquecimento dos ossos”), alterações no aspecto das unhas, do cabelo e da pele, anemia, constipação (dificuldade para evacuar), redução da pressão arterial, queda da temperatura do corpo, desnutrição, depressão e letargia.

Bulimia Nervosa

A bulimia nervosa é caracterizada por episódios em que a pessoa come, em um curto período de tempo, uma quantidade muito grande de comida, superior a que uma pessoa de mesma idade, constituição e peso comeria, por vezes engolindo sem mastigar, sem saborear, misturando diversos tipos de alimentos ou ainda comendo comida gelada. Estes episódios normalmente são interrompidos pela chegada de outra pessoa, ou quando o paciente fica tão exausto que dorme cansado de tanto comer, ou ainda quando o estômago, de tão distendido, começa a doer. Depois destes episódios de exagero alimentar, os portadores de Bulimia Nervosa costumam realizar episódios de compensação para tentar evitar o ganho de peso, como provocar vômitos, usar um laxante, tomar outros remédios ou praticar exercícios físicos. Estes comportamentos normalmente ocorrem fora das vistas de outras pessoas, pois costumam causar vergonha e desconforto e não costumam ser notados até que se tornem tão frequentes que causem um prejuízo significativo à vida da pessoa.

A bulimia nervosa também pode causar alterações físicas como: garganta constantemente inflamada, aumento do volume das glândulas parótidas (localizadas no pescoço), alterações no esmalte dos dentes causadas pelo ácido contido nas secreções do estômago, tornando os dentes amarelados, halitose (“mau hálito”), problemas intestinais pelo uso exagerado de laxantes, proble-

mas renais causados pelo uso de diuréticos e problemas cardíacos causados pela alterações em substâncias essenciais ao corpo que são perdidas pelos vômitos repetidos.

As pesquisas realizadas até o momento sugerem que há traços hereditários nos transtornos alimentares, porém estas doenças também podem aparecer em famílias que não apresentam nenhum outro caso de transtorno alimentar.

O tratamento dos transtornos alimentares envolve a participação de diversos profissionais, com diversas técnicas. Habitualmente, o tratamento envolve o atendimento médico realizado por psiquiatras, com prescrição de medicamentos e psicoterapia e também por outros especialistas, como endocrinologistas, nutricionistas e psicólogos, que auxiliarão o paciente a recuperar os hábitos alimentares saudáveis. Através do tratamento adequado, os indivíduos portadores de um transtorno alimentar podem recuperar seu bem-estar e sua auto-estima sem que o peso e a forma corporal sejam os valores mais importantes da sua vida, retomar hábitos alimentares saudáveis e a atingir um estado de saúde física e emocional.



IV. Álcool e outras drogas

Álcool

Apesar do desconhecimento por parte da maioria das pessoas, o álcool também é considerado uma droga psicotrópica, pois ele atua no sistema nervoso central, provoca uma mudança no comportamento de quem o consome e tem potencial para causar dependência.

O álcool é uma das poucas drogas psicotrópicas que tem seu consumo admitido e até incentivado pela sociedade. Apesar de sua ampla aceitação social, o consumo de bebidas alcoólicas, quando excessivo, passa a ser um problema.

Além dos inúmeros acidentes de trânsito e da violência associada a episódios de embriaguez, o consumo de álcool a longo prazo, dependendo da dose, frequência e circunstâncias, pode provocar um quadro de dependência conhecido como alcoolismo. Desta forma, o consumo inadequado do álcool é um importante problema de saúde pública, acarreta altos custos para sociedade e envolve questões médicas, psicológicas, profissionais e familiares.

Nos primeiros momentos após a ingestão de álcool, podem aparecer os efeitos estimulantes como euforia, desinibição e maior facilidade para falar. Com o passar do tempo, aparecem os efeitos depressores como falta de coordenação motora, descontez e sono. Quando o consumo é muito exagerado, o efeito depressor fica exacerbado, podendo até mesmo provocar o estado de coma.

Os efeitos do álcool variam de intensidade de acordo com as características pessoais. Por exemplo, uma pessoa acostumada a consumir bebidas alcoólicas

sentirá os efeitos do álcool com menor intensidade, quando comparada com uma outra pessoa que não está acostumada a beber, assim como uma pessoa com uma estrutura física de grande porte terá uma maior resistência aos efeitos do álcool.

A pessoa que consome bebidas alcoólicas de forma excessiva, ao longo do tempo, pode desenvolver dependência do álcool, condição esta conhecida como “alcooolismo”. Os fatores que podem levar ao alcooolismo são variados, podendo envolver fatores de origem biológica, psicológica, sociocultural. A dependência do álcool é um problema frequente, que atinge cerca de 5 a 10% da população adulta brasileira.

A transição do beber moderado ao beber problemático ocorre de forma lenta, em geral, leva vários anos. Alguns dos sinais do beber problemático são: desenvolvimento da tolerância, ou seja, a necessidade de beber cada vez maiores quantidades de álcool para obter os mesmos efeitos; o aumento da importância do álcool na vida da pessoa; a percepção do “grande desejo” de beber e da falta de controle em relação a quando parar; síndrome de abstinência (aparecimento de sintomas desagradáveis após ter ficado algumas horas sem beber) e o aumento da ingestão de álcool para aliviar a síndrome de abstinência.

A síndrome de abstinência do álcool é um quadro que aparece pela redução ou parada brusca da ingestão de bebidas alcoólicas após um período de consumo contínuo. A síndrome tem início 6-8 horas após a parada da ingestão de álcool, sendo caracterizada pelo tremor das mãos, acompanhado de distúrbios gastrointestinais, distúrbios de sono e um estado de inquietação geral (abstinência leve). Cerca de 5% dos que entram em abstinência leve evoluem para a síndrome de abstinência grave ou “delirium tremens” que, além da acentuação dos sinais e sintomas acima referidos, caracteriza-se por tremores generalizados, agitação intensa e desorientação no tempo e espaço.

Os indivíduos dependentes do álcool podem desenvolver várias doenças. As mais frequentes são as doenças do fígado (esteatose hepática, hepatite alcoólica e cirrose). Também são frequentes problemas do aparelho digestivo (gastrite, síndrome de má absorção e pancreatite) e no sistema cardiovascular

(hipertensão e problemas no coração). Também são frequentes os casos de polineurite alcoólica, caracterizada por dor, formigamento e cainbras nos membros inferiores. O consumo de bebidas alcoólicas durante a gestação pode trazer consequências para o recém nascido, sendo que, quanto maior o consumo, maior a chance de prejudicar o feto. Desta forma, é recomendável que toda gestante evite o consumo de bebidas alcoólicas, não só ao longo da gestação como também durante todo o período de amamentação, pois o álcool pode passar para o bebê através do leite materno.

Tabaco

O tabaco é uma planta, cujo nome científico é *Nicotiana Tabacum*. Seu uso surgiu aproximadamente no ano 1.000 A.C., nas sociedades indígenas da América Central. A partir do século XVI, o seu uso foi introduzido na Europa. O tabaco difundiu-se rapidamente, atingindo Ásia e África, no século XVII. Após a Primeira Guerra Mundial (1914 a 1918), seu consumo apresentou uma grande expansão. Seu uso espalhou-se por todo mundo a partir de meados do século XX, com ajuda de técnicas avançadas de publicidade e marketing.

A partir da década de 60, surgiram os primeiros relatórios científicos que relacionaram o cigarro ao adoecimento do fumante. Hoje existem inúmeros trabalhos comprovando os malefícios do tabagismo à saúde do fumante e do não fumante exposto à fumaça do cigarro.

Apesar dos males que o hábito de fumar provoca, a nicotina é uma das drogas mais consumidas no mundo.

Os principais efeitos da nicotina no Sistema Nervoso Central são: elevação leve no humor e diminuição do apetite. A nicotina é considerada um estimulante leve, apesar de um grande número de fumantes relatarem que se sentem relaxados quando fumam. Essa substância, quando usada ao longo do tempo, pode provocar o desenvolvimento de tolerância, ou seja, a pessoa tende a consumir um número cada vez maior de cigarros para sentir os mesmos efeitos que originalmente eram produzidos por doses menores.

Alguns fumantes, quando suspendem repentinamente o consumo de cigarros, podem sentir fissura (desejo incontrolável por cigarro), irritabilidade, agitação, prisão de ventre, dificuldade de concentração, sudorese, tontura, insônia e dor de cabeça. Esses sintomas caracterizam a síndrome de abstinência, que desaparece dentro de uma ou duas semanas. A tolerância e a síndrome de abstinência são alguns dos sinais que caracterizam o quadro de dependência provocado pelo uso de tabaco.

A nicotina produz um pequeno aumento nos batimentos cardíacos, na pressão arterial, na frequência respiratória e na atividade motora. Quando uma pessoa fuma um cigarro, a nicotina é imediatamente distribuída pelos tecidos. No sistema digestivo provoca queda da contração do estômago, dificultando a digestão. Também há um aumento da vasoconstrição e na força das contrações cardíacas.

A fumaça do cigarro contém várias substâncias tóxicas ao organismo, como a nicotina, o monóxido de carbono e o alcatrão. O uso intenso e constante de cigarros aumenta a probabilidade de ocorrência de algumas doenças, como pneumonia, câncer de pulmão, problemas coronarianos, bronquite crônica, além de câncer em regiões do corpo que entram em contato direto com a fumaça, como garganta, língua, laringe e esôfago.

O risco de ocorrência de infarto do miocárdio, angina e acidente vascular cerebral é maior nos fumantes quando comparado aos não fumantes. A nicotina também pode provocar úlceras gastro-intestinais, náuseas, dores abdominais, diarreia, vômitos, cefaléia, tontura, bradicardia e fraqueza.

Quando na gravidez a mãe fuma o feto também recebe as substâncias tóxicas do cigarro através da placenta. A nicotina provoca aumento dos batimentos cardíacos no feto, redução do peso do recém-nascido, menor estatura, além de alterações neurológicas importantes. O risco de abortamento espontâneo, entre outras complicações durante a gravidez, é maior nas gestantes que fumam. Durante a amamentação, as substâncias tóxicas do cigarro são transmitidas para o bebê através do leite materno.

Os poluentes do cigarro dispersam-se pelo ambiente, fazendo com que os

não-fumantes, próximos ou distantes dos fumantes, inalem também as substâncias tóxicas tornando-se fumantes passivos. Filhos de pais fumantes apresentam uma incidência 3 vezes maior de infecções respiratórias (bronquite, pneumonia, sinusite) do que filhos de pais não-fumantes.

Maconha

Maconha é o nome dado no Brasil à planta *Cannabis sativa*. O THC (tetrahidrocannabinol) é uma substância química presente na maconha, que é o principal responsável pelos efeitos da planta.

Para bom entendimento é melhor dividir os efeitos que a maconha produz sobre o homem em físicos (ação sobre o próprio corpo ou partes dele) e psíquicos (ação sobre a mente). Esses efeitos físicos e psíquicos sofrerão mudanças de acordo com o tempo de uso que se considera, ou seja, os efeitos são agudos (isto é, quando decorre apenas algumas horas após fumar) e crônicos (consequências que aparecem após o uso continuado por semanas, ou meses ou anos).

Os efeitos físicos agudos são muito poucos: os olhos ficam meio avermelhados, a boca fica seca e o coração dispara. Os efeitos psíquicos agudos dependem da qualidade da maconha fumada e da sensibilidade de quem fuma. Para uma parte das pessoas os efeitos são uma sensação de bem-estar acompanhada de calma e relaxamento, sentir-se menos fatigado, vontade de rir. Para outras pessoas os efeitos são mais desagradáveis: angústia, aturdimento, temor de perder o controle da cabeça, tremores, suor.

Há ainda evidente perturbação na capacidade da pessoa em calcular tempo e espaço e um prejuízo na memória e na atenção. Sob a ação da maconha, a pessoa erra grosseiramente na discriminação do tempo tendo a sensação que se passaram horas quando na realidade foram alguns minutos; um túnel com 10 metros de comprimento pode parecer ter 50 ou 100 metros.

Quanto aos efeitos na memória eles se manifestam principalmente na chama-

da memória a curto prazo, ou seja, aquela que nos é importante por alguns instantes, como lembrar um número de telefone logo após lê-lo em um catálogo.

Pessoas sob esses efeitos não conseguem, ou melhor, não deveriam executar tarefas que dependem da atenção, bom senso e discernimento, pois correm o risco de prejudicar outros e/ou a si próprio. Como, por exemplo: dirigir ou operar máquinas potencialmente perigosas.

Aumentando-se a dose e/ou dependendo da sensibilidade, os efeitos psíquicos podem chegar até a alterações mais evidentes, com predominância de delírios e alucinações.

Delírio é uma manifestação mental pela qual a pessoa faz um juízo errado do que vê ou ouve; por exemplo, uma pessoa ouve a sirene de uma ambulância e julga que é a polícia que vem prendê-la; ou vê duas pessoas conversando e pensa que ambas estão tramando um atentado contra ela. Isto pode levar a atitudes perigosas (como agredir as pessoas em “defesa” antecipada contra a agressão que julga estar sendo tramada).

Já a alucinação é uma percepção sem objeto, isto é, a pessoa pode ouvir a sirene da polícia ou vê duas pessoas conversando quando não existe quer a sirene quer as pessoas.

Os efeitos físicos crônicos da maconha já são de maior monta. Com o uso continuado, vários órgãos são afetados. Os pulmões recebem continuamente uma fumaça que é muito irritante, pois é proveniente de um vegetal que nem chega a ser tratado como é o tabaco comum.

Esta irritação constante leva a problemas respiratórios (bronquites), aliás como ocorre também com o cigarro comum. Além disto, a fumaça de maconha contém alto teor de alcatrão (maior que na do cigarro comum), conhecido agente cancerígeno.

Há ainda a considerar os efeitos psíquicos crônicos produzidos pela maconha. Sabe-se que o uso continuado da maconha interfere com a capacidade de aprendizagem e memorização e pode induzir um estado de amotivação,

isto é, não sentir vontade de fazer mais nada, pois tudo fica sem graça e importância. Além disso a maconha pode levar algumas pessoas a organizar sua vida de maneira a facilitar o uso de maconha, sendo que tudo o mais perde o seu real valor.

Finalmente, há provas científicas de que se a pessoa tem uma doença psíquica qualquer, mas que ainda não está evidente ou a doença já apareceu, mas está controlada com medicamentos adequados, a maconha piora o quadro. Ou faz surgir a doença, isto é, a pessoa passa a apresentar sintomas ou neutraliza o efeito do medicamento e a pessoa passa a apresentar de novo os sintomas da doença. Este fato tem sido descrito com frequência na doença mental chamada esquizofrenia.



V. Outras Doenças

Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade

O Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é um transtorno mental e do comportamento que surge na infância e, em alguns casos, perdura durante a adolescência e até mesmo durante a idade adulta. O TDAH é caracterizado pela combinação de sintomas de desatenção aos de hiperatividade e impulsividade. Durante a infância, os portadores de TDAH são tidos como desatentos ou muito agitados (geralmente os meninos apresentam mais sintomas de hiperatividade que as meninas).

Um portador de TDAH frequentemente pode ter dificuldade a prestar atenção a detalhes, cometer erros por descuidos em seus deveres e tarefas, ter dificuldade em manter a atenção em atividades educacionais, laborativas ou de lazer; parecer não estar ouvindo quando alguém está falando diretamente com ele, não seguir instruções até o fim e não concluir tarefas escolares ou obrigações, ter dificuldades de organização, não se envolver em tarefas que exijam esforço mental prolongado, perder objetos necessários às suas atividades, distrair-se com estímulos externos, não conseguir ficar parado em uma cadeira ou escrivaninha, sair do lugar em situações em que se espera que fique sentado, ter dificuldade para brincar de maneira calma, falar em demasia, responder a perguntas precipitadamente, antes que tenham completamente enunciadas, ter dificuldade para esperar sua vez e interromper os outros com frequência.

Para que um indivíduo seja considerado portador de TDAH, é necessário que

estes sintomas estejam presentes desde cedo em sua vida e causem prejuízos em diversos aspectos de sua vida (familiar, escolar, social).

Boa parte dos pacientes atinge a remissão dos sintomas ao longo da vida. Alguns podem apresentar sintomas durante a adolescência e a idade adulta, porém geralmente há uma mudança no perfil, predominando os sintomas de desatenção.

O tratamento do TDAH é realizado com uma combinação de medicamentos, orientações aos pais e professores e técnicas específicas de psicoterapia, como a terapia cognitivo-comportamental.

Demências

Demência é uma palavra que caracteriza um grupo de sintomas causados por uma doença que afeta o cérebro. Diversas doenças diferentes, entre elas o Mal de Alzheimer, podem causar sintomas de demência, como alterações na memória e na capacidade de realizar tarefas que os portadores realizavam com facilidade antes, por vezes atividades simples como comer sem ajuda ou se vestir. Além disto, pessoas com demência podem apresentar alterações de comportamento, como irritabilidade ou inadequação.

Os sintomas mais comuns de demência são:

- Alterações de memória: pessoas com demência apresentam dificuldade para lembrar-se de eventos. Geralmente a dificuldade começa com os eventos mais recentes e progride para os eventos mais remotos. Desta maneira, um paciente idoso com demência talvez se lembre mais facilmente do dia de seu casamento do que de sua última refeição. As alterações de memória levam os pacientes a realizar perguntas repetitivas e até mesmo a esquecer que já perguntaram alguma coisa.
- Dificuldades para realizar tarefas simples, como alimentar-se, vestir-se ou cuidar da higiene pessoal.

- **Desorientação:** pessoas com demência frequentemente não conseguem recordar-se da data atual ou do local onde estão e podem se perder mesmo em lugares familiares.
- **Mudanças de comportamento e personalidade:** pessoas com demência podem apresentar mudanças bruscas de comportamento, tornam-se mais facilmente irritáveis ou suspicazes.
- **Perda da iniciativa.**

Para diagnosticar corretamente uma demência é necessária a realização de um exame médico, que será feito por um psiquiatra ou outro médico habilitado, que avaliará o comprometimento de diversas funções como a memória, a linguagem e a capacidade de realizar tarefas e poderá fazer exames para determinar a causa precisa da demência, de modo a instituir um tratamento adequado.

Diversas doenças podem causar sintomas como os descritos. Afecções cerebrais como um acidente vascular cerebral (conhecido popularmente como “derrame”) podem causar demência, assim como deficiência de algumas vitaminas ou doenças degenerativas como a doença de Alzheimer. A causa da demência pode determinar mudanças em sua evolução (mais rápida ou mais lenta, estacionária ou progressiva) e demandar tratamentos específicos.

O tratamento será realizado de acordo com a causa da demência e o estágio de evolução da doença. Alguns medicamentos podem alentecer a evolução da doença e as consequentes perdas de habilidades.

Demências com causas específicas (como uma deficiência de vitamina ou alterações estruturais no cérebro como hidrocefalia) têm tratamentos específicos. Além disto, medidas de psicoeducação são fundamentais para auxiliar os pacientes e seus cuidadores.



[09]

O que é a eletroconvulsoterapia

A eletroconvulsoterapia (ou ECT) é uma forma de tratamento psiquiátrico desenvolvido em 1937 pelos médicos italianos Ugo Cerletti e Lucio Bini e aprimorada continuamente desde então. Nas décadas de 1960 e 1970 esta forma de tratamento foi retratada de maneira preconceituosa em filmes, livros e peças de teatro. Isto contribuiu para afastar muitos pacientes de um tratamento altamente eficaz, que permite o rápido alívio de sintomas muito desagradáveis e salva vidas.

Atualmente, a ECT é indicada nos casos em que há necessidade de resposta terapêutica mais rápida que a oferecida pelos tratamentos convencionais (por exemplo, para pacientes deprimidos com elevado risco de suicídio ou tentativas de suicídio ou para pacientes catatônicos); nos casos em que os psicofármacos não são tolerados pelo paciente por seus efeitos colaterais; no tratamento de alguns transtornos mentais durante a gravidez, pois muitos psicofármacos podem causar graves efeitos colaterais aos fetos em gestação; quando o tratamento com psicofármacos não surtiu o efeito esperado.

Para que o paciente chegue a ser tratado com ECT ele primeiro será avaliado para determinar o seu diagnóstico e a indicação deste procedimento. Em seguida, o paciente será avaliado clinicamente. A eletroconvulsoterapia só pode ser realizada em ambiente hospitalar, com autorização do paciente ou de seu familiar (ou com a autorização de dois médicos caso o paciente não tenha condições de julgar o que está vivendo e não seja possível localizar um familiar), após uma extensa avaliação clínica do paciente, sob anestesia.

No dia do tratamento o paciente é levado, seja de sua casa (para os pacientes que realizam ECT ambulatorial), seja da unidade de internação, para o local onde será administrado o ECT. Ao chegar, o paciente é entrevistado para saber se está em jejum (é necessário um jejum de 6 a 8 horas para alimentos sólidos e duas horas para líquidos), se urinou recentemente ou se fez uso de alguma medicação; suas jóias e outros adereços metálicos são removidos, assim como as próteses dentárias na maioria dos casos. Durante esta entrevista o estado mental do paciente é avaliado.

Depois disto o paciente é encaminhado para a maca, onde se deita. Um manguito para medir a pressão arterial é posicionado em seu braço e inflado para que a medida seja realizada. Após a medição da pressão arterial o manguito é novamente inflado para que a medicação não atinja aquele braço e seja possível acompanhar a movimentação gerada pela convulsão.

Depois disto, eletrodos para registrar o eletrocardiograma e o eletroencefalograma são aplicados no seu tórax e na cabeça e conectados à máquina para o registro. Um medidor de oxigenação sanguínea (oxímetro de pulso, semelhante a um pregador) é posicionado em um de seus dedos. Os locais onde os eletrodos de ECT serão posicionados são limpos para remover restos de sabão e/ou gordura.

Uma agulha é inserida em uma veia do braço que não está com o manguito. Esta agulha será conectada a um frasco de soro por um tubo. Substâncias para diminuir a secreção das vias aéreas são administradas por este tubo, assim como o anestésico.

Um protetor dentário é posicionado e uma máscara para ventilação é colocada sobre o nariz e a boca do paciente.

Uma substância para bloquear o movimento dos músculos é injetada através do tubo ligado à veia do paciente.

Os eletrodos são posicionados em sua cabeça e mantidos em posição durante o procedimento. O estímulo elétrico é gerado, por um período de poucos segundos, de um eletrodo a outro. Os eletrodos de EEG registram a convulsão

ocorrendo no cérebro. Também é possível ver o braço com o manguito (apenas o braço com o manguito) se mexendo em movimentos rítmicos. Em alguns segundos (menos de um minuto) cessam as contrações e acaba a convulsão.

Conforme o anestésico e o relaxante muscular são metabolizados e removidos da circulação o paciente acorda e pode se mexer novamente. A máscara de oxigênio é removida, assim como os eletrodos, e o paciente é transferido para uma sala de recuperação pós-anestésica até que recupere sua consciência e possa caminhar sem auxílio, sendo transferido para a sua enfermaria de origem ou voltando para casa.

Os principais efeitos colaterais da eletroconvulsoterapia são alterações breves na memória. Nas últimas décadas, equipamentos de ECT têm sido aperfeiçoados continuamente, para gerar estímulos elétricos mais eficazes e que causem cada vez menos efeitos colaterais aos pacientes. Estes equipamentos, conhecidos como equipamentos de ECT de pulso breve e onda quadrada, já estão disponíveis em diversos hospitais psiquiátricos brasileiros.

A ECT já se mostrou eficaz no tratamento de depressão, episódios maníacos, esquizofrenia e em alguns outros transtornos mentais. A rápida resposta ao tratamento e a resposta mesmo em pacientes que já utilizaram medicamentos sem sucesso tornam este tratamento uma valiosa alternativa no tratamento dos transtornos mentais, capaz de aliviar rapidamente o sofrimento dos pacientes, abreviar internações e salvar vidas.



[10] Entendendo a esquizofrenia

I. O projeto S.O.ESQ.

Caros jornalistas,

Projeto S.O.eSq. é o nome que o Programa Open the Doors, da Associação Mundial de Psiquiatria recebeu no Brasil, onde é desenvolvido sob os auspícios da ABP, com o apoio do Programa de Esquizofrenia da Universidade Federal de São Paulo.

Desde 2005, para potencializar suas ações, o S.O.eSq. tornou-se um braço operacional da ABRE - Associação Brasileira de Familiares, Amigos de Portadores de Esquizofrenia, uma organização não-governamental, cuja missão, além do combate ao estigma, é informar, educar e atuar na defesa de direitos dos portadores de esquizofrenia. A ABRE nasceu das atividades do S.O.ESQ em 2002.

Nosso objetivo maior é promover a inclusão social dos portadores, a recuperação de sua cidadania e o direito a uma vida digna. Para tanto, organizamos estratégia baseada em ações colaborativas. Portadores de esquizofrenia, familiares e profissionais das mais diversas áreas geram informações para a sociedade, desfazendo equívocos e inverdades acerca da doença mental.

Oficina de criação de textos, livro de poesias e produção literária, seminários informativos e grupos direcionados ao fornecimento de informações para setores como a mídia e os profissionais de saúde são alguns exemplos efetivos de ações em desenvolvimento.

O S.O.eSq trabalha para:

- aumentar o conhecimento público sobre a esquizofrenia e as possibilidades de tratamento;
- melhorar a aceitação social, a integração na comunidade e a qualidade de vida dos portadores de esquizofrenia, de seus familiares e cuidadores;
- gerar ações para eliminar ou diminuir o estigma, a discriminação e o preconceito que acompanham a esquizofrenia.

Esperamos que as informações constantes deste folheto possam ser úteis quando da formulação de matérias específicas sobre a esquizofrenia, e também para evitar o uso inadequado do termo “esquizofrenia” ou do adjetivo “esquizofrênico”.

Desde já, agradecemos sua atenção.

Cecilia Villares

Coordenadora do Projeto S.O.eSq



II. O que é a esquizofrenia

Esquizofrenia

A esquizofrenia é uma doença mental complexa e intrigante, cujas causas não são ainda totalmente conhecidas. As manifestações da doença são muito variáveis, mas, no geral, os portadores apresentam períodos em que têm dificuldade para distinguir o real do imaginado e podem vivenciar mudanças na sua forma de pensar e sentir, com prejuízo das relações afetivas e do desempenho profissional e social.

A esquizofrenia é uma doença grave, que acarreta muito sofrimento para seu portador, sua família e amigos. Quanto antes for detectada e for iniciado seu tratamento, melhor será sua evolução, ainda que frequentemente seja necessário que o tratamento se estenda por toda a vida do paciente.

Sintomas da esquizofrenia

A esquizofrenia se manifesta por meio de uma série de sintomas. Nenhum deles, no entanto, aparece unicamente nos portadores desse transtorno: os mesmos sintomas podem ser encontrados em outros transtornos mentais. É por isso que o diagnóstico da doença não é tarefa simples.

Os sintomas da esquizofrenia usualmente são divididos em categorias (positivos, negativos, cognitivos e afetivos). Os termos “positivos” e “negativos” não indicam “bons” e “maus” sintomas.

Sintomas positivos: delírios, alucinações, desorganização do pensamento, comportamentos excêntricos.

Sintomas negativos: diminuição da vontade e da afetividade, empobrecimento do pensamento, isolamento social.

Sintomas cognitivos: dificuldades de atenção, concentração, compreensão e abstração.

Sintomas afetivos: depressão, desesperança, perda de prazer, sentimentos ambivalentes.

Você sabia que...

...uma em cada 100 pessoas apresentará os sintomas de esquizofrenia em algum momento de sua vida?

A esquizofrenia é 20 vezes mais frequente que a esclerose múltipla e é tão comum quanto a artrite reumatóide.

Causas e evolução da doença

Apesar de as causas intrínsecas da esquizofrenia serem ainda desconhecidas, a interação de fatores genéticos e complicações durante a gravidez e o parto podem afetar o desenvolvimento do cérebro, e a exposição a fatores ambientais, como situações de estresse, aparentemente estão relacionadas ao desencadeamento do transtorno. Entretanto, algumas concepções equivocadas acerca das possíveis causas da esquizofrenia são comuns e contribuem para o estigma associado à doença, devendo, portanto, serem esclarecidas:

- ***O uso de drogas não causa esquizofrenia***

No entanto, o consumo dessas substâncias piora a evolução da doença, e é possível que desencadeie a esquizofrenia em pessoas que desenvolveriam o transtorno de qualquer maneira.

- *A esquizofrenia não é causada por maus tratos por parte dos pais*

Não há evidências de que o ambiente familiar ou a falta de cuidados por parte dos pais sejam causas de esquizofrenia em seus filhos.

A esquizofrenia usualmente aparece na adolescência e se desenvolve, de maneiras variadas, por um período de uma a duas décadas.

Em três de cada quatro casos, a primeira crise ocorre entre a idade de 17 a 30 anos (nos homens), e 20 a 40 anos (nas mulheres). A doença afeta homens e mulheres com a mesma frequência, independentemente de fatores culturais, socioeconômicos ou de nacionalidade.

Cerca de 25% das pessoas acometidas pela doença recuperam-se totalmente; outras 25% não apresentam melhora - destas, cerca de 10% cometem o suicídio; e 50% apresentam melhora que possibilita uma vida independente em maior ou menor grau.

Em geral, pode-se afirmar que, quanto mais tardia e repentinamente a doença se manifestar, e quanto mais comum for o comportamento da pessoa antes do aparecimento da esquizofrenia, melhor o prognóstico.

Por outro lado, quanto mais cedo e lentamente a doença da pessoa aparecer, e quanto mais retraído e excêntrico for o comportamento, pior será o prognóstico. Além disso, quanto mais tempo o portador ficar em surto, e quanto mais surtos tiver, mais comprometida ficará sua mente.

Você sabia que...

...a esquizofrenia não é um problema de divisão da personalidade?

A fragmentação dos pensamentos e sentimentos é comumente confundida com noções como “mente dividida” “dupla personalidade” ou “personalidade múltipla”. Nenhuma delas define o que a esquizofrenia realmente é.

Tratamento da esquizofrenia

As perspectivas para as pessoas que sofrem de esquizofrenia melhoraram muito com os avanços no desenvolvimento de novos tipos de medicamentos, chamados de antipsicóticos de segunda geração. O tratamento aumenta as expectativas de melhora no longo prazo, e muitas pessoas se recuperam da esquizofrenia, se tratadas eficientemente e apropriadamente quando a doença se manifesta.

Você sabia que...

pelo menos 50% dos portadores de esquizofrenia podem ter uma vida independente?

Essa porcentagem é ainda mais alta quando o tratamento combina intervenções medicamentosas, psicossociais e de reabilitação. O diagnóstico correto, o tratamento imediato e continuado são fundamentais para aumentar as chances de recuperação. Os antipsicóticos de segunda geração agem rapidamente, atuam em mais sintomas que os antipsicóticos tradicionais, e apresentam menos efeitos colaterais.

Quase 80% dos portadores de esquizofrenia têm recaídas nos primeiros cinco anos de tratamento, a maioria porque pára de tomar os medicamentos. Essas pessoas não possuem consciência da doença, e o fato de abandonarem o tratamento é um problema adicional em sua recuperação.

Os novos antipsicóticos são mais tolerados pelos portadores, o que diminui o risco de abandono, previne recaídas e ajuda a reduzir os custos de saúde pública. As intervenções psicossociais oferecem informação, apoio e terapia, por meio de vários tipos de serviços e técnicas, tais como psicoterapia, terapia ocupacional, suporte vocacional e intervenções familiares.

A internação do paciente é às vezes necessária, quando em surto, principalmente se há riscos para o paciente (suicídio) ou para outras pessoas (agitação, agressividade).

Trecho subtraído do Manual para a Imprensa do S.O.eSQ.



III. Estigma - esquizofrenia - imprensa

*Estigma e discriminação que envolvem a esquizofrenia

A população em geral, assim como os próprios profissionais da saúde, tem uma visão estereotipada das pessoas que sofrem de esquizofrenia, baseada em ideias equivocadas como “ninguém se recupera da esquizofrenia” e “esquizofrênicos passam sua loucura para outras pessoas”.

Os termos “estigma” e “estigmatização” associados à esquizofrenia implicam que as pessoas que sofrem desse transtorno são identificadas com características ou comportamentos que geram preconceito e atitudes negativas em relação a elas, mesmo sem que se conheça o portador ou haja qualquer evidência que ateste que essas características ou comportamentos são reais.

O estigma é a principal causa do isolamento social, da dificuldade em conseguir emprego, do alcoolismo e da dependência de drogas, da perda da moradia e da internação prolongada em hospitais, e tudo isso reduz as chances de os portadores de esquizofrenia se recuperarem da doença.

O desfecho final do estigma que envolve a esquizofrenia é a discriminação social, não apenas contra as pessoas que sofrem do transtorno, mas também contra sua família e amigos, assim como em relação aos profissionais da saúde envolvidos no tratamento.

A vergonha que o estigma provoca também dificulta a busca de atenção médica e a continuidade do tratamento.

Você sabia que...

...mais de 50% dos portadores de esquizofrenia se sentem rejeitados por causa de sua doença?

...mais de 90% das pessoas não sabem o que é esquizofrenia?

...há um grande número de portadores de esquizofrenia não-diagnosticados por causa do estigma relacionado à doença?

Alguns fatos sobre a esquizofrenia

- ***Pessoas com esquizofrenia podem trabalhar***

Muitas pessoas, particularmente os próprios portadores e seus familiares e amigos, acreditam que a esquizofrenia impossibilita as pessoas de trabalharem. Ao contrário, pessoas com a doença podem trabalhar dentro e fora de casa, mesmo quando apresentam os sintomas. O trabalho colabora na recuperação porque eleva a auto-estima, ajuda a estabelecer novos relacionamentos, interagir socialmente e integrar-se à sociedade. O trabalho ideal para os portadores é aquele que não cause estresse.

- ***Pessoas com esquizofrenia podem se casar***

A maioria das pessoas ligadas aos que sofrem de esquizofrenia acham que os portadores não podem namorar ou se casar. No entanto, não há nada que impeça os portadores do transtorno de manterem relacionamentos amorosos.

- ***Esquizofrenia não é fraqueza de espírito ou de caráter***

Alguns sintomas da esquizofrenia, como a falta de força de vontade e de iniciativa, levam muitas pessoas a pensarem que os portadores da doença são preguiçosos e sofrem de fraqueza de espírito ou de caráter, o que não é verdade.

A imprensa e o estigma que envolve a esquizofrenia

Uma cobertura objetiva e cuidadosa é uma das melhores ferramentas para eliminar o estigma que acompanha a esquizofrenia, pois muitas pessoas têm na imprensa a principal fonte de informações acerca de assuntos relacionados à saúde.

Quanto mais conhecimento sobre a esquizofrenia, seus sintomas e tratamentos for disponibilizado, mais se combate o estigma. Mais que isso, notícias que contêm essas informações contribuem para a identificação precoce da doença, pois pessoas que acreditam estar apresentando os primeiros sintomas - ou os observam em alguém próximo - descobrem, por meio da mídia, que há tratamentos e que profissionais de saúde mental podem ajudá-las.

Por outro lado, a imprensa pode perpetuar o estigma. Da mesma forma como os estereótipos podem ser combatidos através da imprensa, eles também podem ser reforçados por meio do uso inapropriado da linguagem ou pela veiculação de concepções equivocadas.



Prevenção do Suicídio

As matérias veiculadas na imprensa podem tanto incentivar quanto ajudar a prevenir o suicídio. Dependendo do enfoque, uma reportagem pode contribuir com um aumento no número de casos, ou, por outro lado, pode ajudar pessoas que se encontram sob risco de suicídio ou enlutadas pela perda de um ente querido que pôs fim à própria vida.

A inserção do tema neste manual visa fomentar a parceria entre psiquiatras e profissionais da imprensa, com o objetivo de informar e, sempre que possível, auxiliar a população exposta ou sob risco de suicídio. Aqui se encontram sugestões calcadas em experiência clínica e estudos científicos.

Notícias sobre suicídio trazem à tona um conhecido dilema: como conciliar o dever de informar, sem ferir a susceptibilidade das pessoas e sem provocar danos?

Dicas

Ao montar a matéria, ponha-se no lugar do outro. Pense:

- Nos que enfrentam o luto por alguém que se matou
- Nos que estão vulneráveis, pensando em tirar a própria vida.
- Considere a inclusão de algumas sugestões deste manual.

O impacto dos números

Coefficientes são estimados em número de suicídios para cada 100.000 habitantes, ao longo de um ano. O do Brasil gira em torno de 4,5. É considerado baixo, quando comparado aos de outros países. Mas essa média nacional esconde importantes variações regionais. Em certas cidades, bem como em alguns grupos populacionais (como por exemplo, o de jovens em grandes cidades, o de indígenas do Centro-Oeste e do Norte e entre lavradores do interior do Rio Grande do Sul), os coeficientes aproximam-se ou superam os de países do leste europeu e da Escandinávia. Os índices de mortalidade por suicídio têm aumentado em nosso país, notadamente entre jovens e adultos jovens do sexo masculino. Nesse grupo, o suicídio responde por 3% do total de mortes.

Se, em vez de coeficiente de mortalidade, considerarmos o número total de mortes por suicídio, o Brasil atingirá o nono lugar, numa escala mundial. Isso se dá por sermos um país populoso. Foram 8639 suicídios oficialmente registrados em 2006, o que representa, em média, 24 mortes por dia. É uma triste realidade, muitas vezes encoberta pelos índices elevados de homicídio e de acidentes de trânsito, campeões entre as chamadas causas externas de mortalidade.

Os números acima derivam dos dados mais recentes, disponíveis pela Internet, no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde. Certamente estão subestimados. O IBGE, ao comparar suas projeções demográficas com o total de óbitos registrados nos cartórios brasileiros, estima que 15,6% dos óbitos não foram registrados (sub-registro). Em relação às estatísticas do Ministério da Saúde, o IBGE calcula que 13,7% dos óbitos ocorridos em hospitais, no mesmo ano, podem não ter sido notificados (subnotificação).

Além disso, no caso de mortes por causas externas, é frequente o atestado de óbito trazer a natureza da lesão que levou à morte, sem se referir à circunstância que a ocasionou. É esse o motivo pelo qual se registram, em nosso país, nessa categoria, em torno de 10% de “óbitos por causas externas de tipo ignorados”. Fica-se sem saber se as mortes foram por homicídio, suicídio ou acidente. A fim de elucidar esse ponto, um estudo avaliou amostra de 320 óbitos ocorridos por causas externas. Em busca de informações, visitaram-se Institu-

tos de Medicina Legal, Delegacias de Polícia e domicílios dos falecidos. Como resultado, verificou-se que o número real era de quatro suicídios, e não dois, como previamente registrado. Dito de outra forma, a realidade era o dobro do registro oficial. No caso, as informações estavam disponíveis, mas não haviam sido transcritas nas declarações de óbito. Esse tipo de problema compromete a correção dos dados do Sistema de Informação de Mortalidade.

Estima-se que as tentativas de suicídio superem o número de suicídios em pelo menos dez vezes. Não há, entretanto, em nenhum país, um registro de abrangência nacional de casos de tentativa de suicídio. O que temos no Brasil deriva de um estudo realizado sob o auspício da Organização Mundial da Saúde, na área urbana do município de Campinas: ao longo da vida, 17,1% das pessoas “pensaram seriamente em por fim à vida”, 4,8% chegaram a elaborar um plano para tanto, e 2,8% efetivamente tentaram o suicídio.

Dicas

- Cuidado ao comparar coeficientes de países. Há diferenças nas fórmulas com que são calculados, o que pode levar a interpretações errôneas.
- Em localidades com menos de 200 mil habitantes, poucos casos de morte alteram substancialmente o coeficiente de mortalidade. Cautela ao interpretar!
- Não fale em “epidemia” de suicídio. Muito provavelmente, o termo não estará corretamente empregado e o intuito de dar ênfase pode levar ao alarmismo.

Suicídio e transtornos mentais

Apesar de o suicídio envolver questões socioculturais, genéticas, psicodinâmicas, filosófico-existenciais e ambientais, uma revisão sistemática de 31 artigos científicos publicados entre 1959 e 2001, englobando 15.629 suicídios

na população geral, demonstrou que em mais de 90% dos casos caberia um diagnóstico de transtorno mental à época do ato fatal (6). Esse foi mais um estudo científico a estabelecer, inequivocamente, um elo entre dois grupos de fenômenos: comportamento suicida e doença mental.

Os transtornos mentais mais comumente associados ao suicídio são: depressão, transtorno do humor bipolar, dependência de álcool e de outras drogas psicoativas. Esquizofrenia e certas características de personalidade também são importantes fatores de risco. A situação de risco é agravada quando mais do que uma dessas condições combinam-se, como, por exemplo, depressão e alcoolismo; ou ainda a coexistência de depressão, ansiedade e agitação.

Não se trata de afirmar que todo suicídio relaciona-se a uma doença mental, mas não se pode fugir da constatação de que a existência de uma doença mental é um importante fator de risco para o suicídio. A causa de um suicídio em particular é invariavelmente mais complexa do que um acontecimento recente, como a perda do emprego ou um rompimento amoroso. Condições sociais, por si só, também não explicam um suicídio. Pessoas que puseram fim à vida e que se encontravam numa dessas condições frequentemente tinham um transtorno mental subjacente, o que aumentou a vulnerabilidade ao suicídio. É útil dar uma visão abrangente da pessoa falecida, de seus problemas, ao lado de sua luta para superá-los.

Infelizmente, muitas vezes os transtornos mentais não são detectados ou não são adequadamente tratados. A população seria muito beneficiada se fosse informada a esse respeito: como reconhecer uma doença mental, quais os tratamentos disponíveis, sua efetividade, e onde obtê-los. Provavelmente, muitos seriam encorajados a procurar ajuda.

Dicas

- É incorreto “simplificar” um suicídio, ligando-o a uma causa única. Cautela com depoimentos e explicações de primeira hora!
- Perguntas a serem feitas: a pessoa falecida já havia feito tratamento

na área de saúde mental? Passava por problemas devidos depressão, abuso de álcool ou drogas?

- É muito útil a inclusão de um quadro contendo as principais características de determinado transtorno mental, seu impacto sobre o indivíduo e locais onde obter ajuda.

Lembrar que o comportamento suicida é um ato saturado de ambivalência, entre o querer morrer e o querer viver diferente. É importante considerar uma tentativa de suicídio com seriedade. Estudos populacionais mostram que tentativa de suicídio prévia é o mais forte fator preditivo de uma nova tentativa, como também de suicídio.

Como Noticiar

A percepção de que a mídia ficcional e não-ficcional pode influenciar o suicídio é antiga. Goethe veio a público se defender, pois, aparentemente, uma centena de jovens cometera suicídio após a publicação de seu livro “Os sofrimentos do jovem Werther”, em 1774. Alguns estavam vestidos ao estilo da personagem principal do livro, ou adotaram o mesmo método de suicídio, ou o livro foi encontrado no local da morte. Nesse romance o protagonista se apaixona por uma mulher que não está ao seu alcance, e decide tirar a própria vida. Este fenômeno originou o termo “Efeito Werther”, usado na literatura médica para designar a imitação de suicídios.

Outro fato ilustrativo: no metrô de Viena ocorreram 22 casos de suicídio em um período de 18 meses (o dobro do que fora registrado nos três anos anteriores) após uma cobertura sensacionalista de um incidente em 1986. Após a percepção de tal fato, a imprensa e a Associação Austríaca para a Prevenção do Suicídio iniciaram uma série de discussões sobre o assunto que culminaram com o desenvolvimento de um manual para os profissionais da mídia sobre como divulgar casos de suicídio. Nos cinco anos subsequentes a esse manual, a taxa de suicídios no metrô austríaco caiu 75%.

Quando o suicídio for notícia (esse critério varia entre os órgãos de imprensa) sugere-se reportagem discreta, cuidadosa com parentes e amigos enlutados, sem detalhes exagerados do método suicida, notadamente quando o falecido era celebridade, ou pessoa muito estimada localmente. Acredita-se que ao carregar a reportagem de tensão, por meio de descrições e imagens de amigos e de familiares impactados, o texto acaba por encorajar algumas pessoas mais vulneráveis a tomarem o suicídio como forma de chamar a atenção ou de retaliação contra outros.

O suicídio não deveria ser enaltecido ou tomado como ato de coragem, num processo de “heroicização” ou “romantização” do ato, ou da pessoa falecida. Também não seria correto abordá-lo unilateralmente como algo “normal”, “compreensível”, um ato de “livre arbítrio”. Antes, quando pertinente, seria melhor relatar uma história de sofrimento e a possível contribuição de transtornos mentais. Lembrar, nesse ponto, que pessoas que lêem a reportagem poderão ser ajudadas, caso obtenham uma descrição dos sintomas de uma doença mental ligada ao suicídio e uma relação de lugares onde poderá encontrar tratamento.

É bom esclarecer que, embora um transtorno mental seja um fator de risco relevante para o suicídio, isso não significa que o inverso seja verdadeiro, ou seja, que a maioria dos doentes (em especial os que têm depressão) se matem. Isso visa a evitar pânico desnecessário em pessoas acometidas por transtornos mentais.

Dicas

- Evitar a palavra suicídio na manchete. Melhor incluí-la no corpo do texto.
- Evitar chamadas dramáticas, ou ênfase no impacto da morte sobre as pessoas próximas.
- Não repetir insistentemente a reportagem ou novas matérias sobre o caso.

- Não fornecer detalhes do método letal ou fotos.
- Evitar termos valorativos, como por exemplo: “cometeu” suicídio; tentou o suicídio “sem sucesso”; ou generalizantes, como, por exemplo “os suicidas”, ao referir-se a pessoas falecidas por suicídio.
- Aproveite a oportunidade para conscientizar a população sobre prevenção do suicídio.

Outras sugestões que o profissional da Imprensa pode julgar válidas:

- Esclarecer as consequências do ato em si, seja na forma de danos físicos e mentais permanentes (no caso de tentativa não consumada), seja no impacto que provoca na família e amigos.
- Em alguns casos, é prudente omitir o local onde o ato foi realizado. Estudos apontam para uma possível popularização desses espaços.
- É aconselhável não dar destaque à notícia. No caso de jornais, páginas pares e na parte inferior. Em TV, no terceiro bloco em diante, o mesmo se aplica ao programa de rádio. Evitar coberturas de página(s) inteira(s) ou de longa duração. Caso seja indispensável, tentar dar uma abordagem mais abrangente do tema.
- Existe um consenso quanto ao uso de imagens em matérias sobre suicídio: é preferível não ilustrar esse tipo de cobertura, principalmente quando se trata da pessoa que morreu. A família sempre deve ser consultada e sua vontade levada em conta. Caso o veículo decida publicá-la, deve evitar a primeira página.

A seguir sugerimos alguns temas que poderiam ser abordados em reportagens sobre comportamento suicida, que também poderiam acompanhar notícias sobre um suicídio em particular:

- Mostrar como suicídio é frequente, e como uma parcela de óbitos poderia ser evitada
- Recentes avanços no tratamento de transtornos mentais
- Histórias de pessoas para as quais a ajuda certa na hora certa evitou um suicídio
- Pessoas que, por estarem padecendo de um transtorno mental, tentaram o suicídio e que hoje vivem com qualidade de vida
- Entrevistar profissionais de saúde mental para que a questão seja retratada de forma menos individualista.
- Mitos e verdades sobre o suicídio
- Sinais de alerta de que uma pessoa está sob risco de suicídio
- Estratégias de prevenção, descrevendo experiências capazes de diminuir o número de óbitos por suicídio

A Associação Brasileira de Psiquiatria disponibiliza um manual específico sobre prevenção do suicídio. Informações mais detalhadas no site [**www.abpbrasil.org.br/sala_imprensa/manual**](http://www.abpbrasil.org.br/sala_imprensa/manual)



[12] As políticas públicas em saúde mental

Análise da Associação Brasileira de Psiquiatria

A criação do Sistema Único de Saúde, com seus princípios e diretrizes de universalidade, eqüidade, integralidade, descentralização, hierarquização e controle social constituiu-se em extraordinário avanço para toda a população brasileira, significando muito para os doentes psiquiátricos.

As políticas públicas de saúde mental são regulamentadas pela Lei 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. O texto é abrangente e moderno em todos os aspectos: acolhe as necessidades dos doentes mentais em seus mais diversos graus de complexidade e cria condições para que a burocracia governamental aperfeiçoe a assistência oferecida.

Segundo o texto legal, o atendimento para os portadores de transtorno mental deve contemplar todas as suas necessidades, o que só pode acontecer em uma rede completa de serviços que funcione de forma integrada e hierarquizada, contemplando todos os níveis de atenção, com estabelecimentos e equipes capazes de atuar na promoção, prevenção, atenção e reabilitação dos pacientes.

Um Modelo de Assistência Integral em Saúde Mental deve contar com o prin-

cípio de integração entre os diversos serviços, constituindo um sistema de referência e contra-referência no qual as unidades devem funcionar de forma harmônica, complementando-se, não se opondo nem se sobrepondo um ao outro. Para isto é fundamental a definição clara das funções de cada serviço e os meios a serem adotados nos procedimentos de referência e contra-referência.

Os diversos serviços devem contar com equipes multiprofissionais e seus componentes atuar interativa e integradamente, cada um exercendo o papel que é próprio de sua profissão, fazendo aparecer as relações de colaboração existentes entre todos, sempre em benefício dos pacientes e do compromisso com a atenção sanitária integral que lhes é devida.

Situação atual

Anos após a aprovação do dispositivo legal, o modelo assistencial que vem sendo implantado e executado pelo Ministério da Saúde não respeita a Lei 10.216/2001 no seu todo, o que não pode nem deve prosseguir. A proposta de fechamento dos antigos hospitais de característica asilar não foi acompanhada da criação de serviços substitutivos em número adequado nem da criação de uma rede de atendimento completa.

Infelizmente, não foram criados serviços de nível primário (atenção básica) e secundário (ambulatórios especializados) em saúde mental de acordo com as necessidades. Os serviços de nível terciário (hospitalares) criados são insuficientes em formato e número e os existentes se deterioram progressivamente, com grave comprometimento da qualidade da assistência.

A “desassistência” aos pacientes psiquiátricos pode ser observada nas longas filas para marcação de consultas psiquiátricas, na superlotação das emergências psiquiátricas, na ocupação de leitos acima de 100% e no grande número de enfermos nos cárceres e nas ruas.

A exclusão do hospital psiquiátrico especializado da rede de assistência não

se sustenta cientificamente e gera falta de atendimento aos doentes mentais. Urge instituir elenco de estímulos para a criação de unidades psiquiátricas em hospitais gerais, uma vez que não houve crescimento destas para substituir os serviços hospitalares desativados.

A atual política de medicamentos do Ministério da Saúde precisa ser aperfeiçoada para garantir a qualidade e a periodicidade da distribuição da cesta básica de medicamentos. Também é preciso garantir a oferta de medicamentos de alto custo, deixando de privilegiar determinados diagnósticos e promover reserva de mercado. Para isso, o MS precisa revisar periodicamente seus critérios e dispensar os medicamentos para os pacientes em todos os serviços.

Desde que foi implementada a atual política de saúde mental, a cerca de 15 anos, os recursos destinados à área foram reduzido em 60%, caindo de 5,8% do orçamento anual da Saúde para 2,3%. Os valores atuais são insuficientes e os economizados com a desativação de leitos hospitalares não foram aplicados na saúde mental. É necessário utilizar os créditos orçamentários em sua plenitude.

Diretrizes da ABP

A Associação Brasileira de Psiquiatria, no âmbito de sua competência e com o objetivo de contribuir efetivamente para a implantação com êxito do modelo ora proposto, assume o compromisso de auxiliar a estabelecer parâmetros das necessidades para a adequada assistência em saúde mental no Brasil, definir e atualizar critérios técnicos de indicação dos medicamentos de alto custo, assim como participar de maneira efetiva na capacitação em saúde mental dos médicos generalistas e na educação continuada dos psiquiatras.

A Associação Brasileira de Psiquiatria continuará acompanhando, avaliando e exigindo a implantação e implementação de uma Política de Saúde Mental para o Brasil com bases em evidências científicas, em compromissos éticos e sociais, com a efetiva participação dos médicos e baseada na Lei 10.216/2001 e em Resoluções do Conselho Federal de Medicina.

Ciente das dimensões continentais do Brasil e de suas diferenças socioeconômicas e culturais, a ABP produziu diretrizes técnicas para um Modelo de Assistência Integral em Saúde Mental. Levamos em conta a realidade do País, as necessidades da população e observamos fielmente o que diz a Lei 10.216/2001, que contempla a integralidade na assistência em saúde mental. A ABP não propõe um modelo rígido, mas diretrizes para um modelo de assistência integral que possa ser aperfeiçoado continuamente na busca do ideal.

Em 2009, foi produzida uma versão atualizada e resumida do documento “Diretrizes para um Modelo de Assistência Integral em Saúde Mental no Brasil”. Esta edição apresenta especificamente o capítulo VII - “Proposta de Diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental”. Nele, aborda-se de forma objetiva como deve ser a estrutura do atendimento e, sobretudo, ressalta-se o indispensável papel do psiquiatra dentro desse sistema. A revisão e a atualização foram feitas por departamentos científicos da ABP, a saber: Psiquiatria Geriátrica, Dependência Química e Psiquiatria da Infância e Adolescência.

O processo de elaboração dessas “Diretrizes” sempre considerou a natureza dinâmica das proposições, que devem ser aperfeiçoadas de acordo com avanços científicos e estruturais. A ABP, portanto, não espera que esse documento contenha a palavra final sobre o assunto. Por outro lado, os conceitos que orientam essas recomendações práticas (passíveis de avanços) devem ser permanentes.

Com a nova edição, foi produzido um infográfico que está reproduzido nas próximas páginas. A ideia é facilitar a compreensão sobre o que a ABP considera ser o modelo de uma rede de atendimento ideal para a realidade brasileira.

Todos esses materiais são atualizados periodicamente e estão disponíveis no site www.abpcomunidade.org.br/diretrizes.



Assistência em saúde mental

Casos exemplo:



[A]

Em geral, o paciente com **dependência química** chega ao sistema de saúde encaminhado por familiares. Suas características principais são a fissura e os quadros de agitação motivados pelas crises de abstinência, que dificultam o tratamento. Necessitam de atendimento especializado, que deve acontecer em ambientes específicos, separados de outros pacientes.



[B]

Episódios psicóticos agudos: quadros de agitação psicomotora e risco de agressão. Motivados por doenças como esquizofrenia e transtorno bipolar. O encaminhamento é feito pela sintomatologia. Após o controle do quadro agudo, o acompanhamento deve acontecer no CAMPS ou em serviços ambulatoriais.



[C]

90% das **tentativas de suicídio** são motivadas por doenças mentais não diagnosticadas ou mal tratadas. Esses pacientes vão para os serviços de emergência clínica (cortes, queimaduras e traumas) e devem seguir para uma Unidade de Emergência Psiquiátrica em Hospital Geral. Com o controle da crise, são encaminhados para CAMPS ou serviços ambulatoriais.



[D]

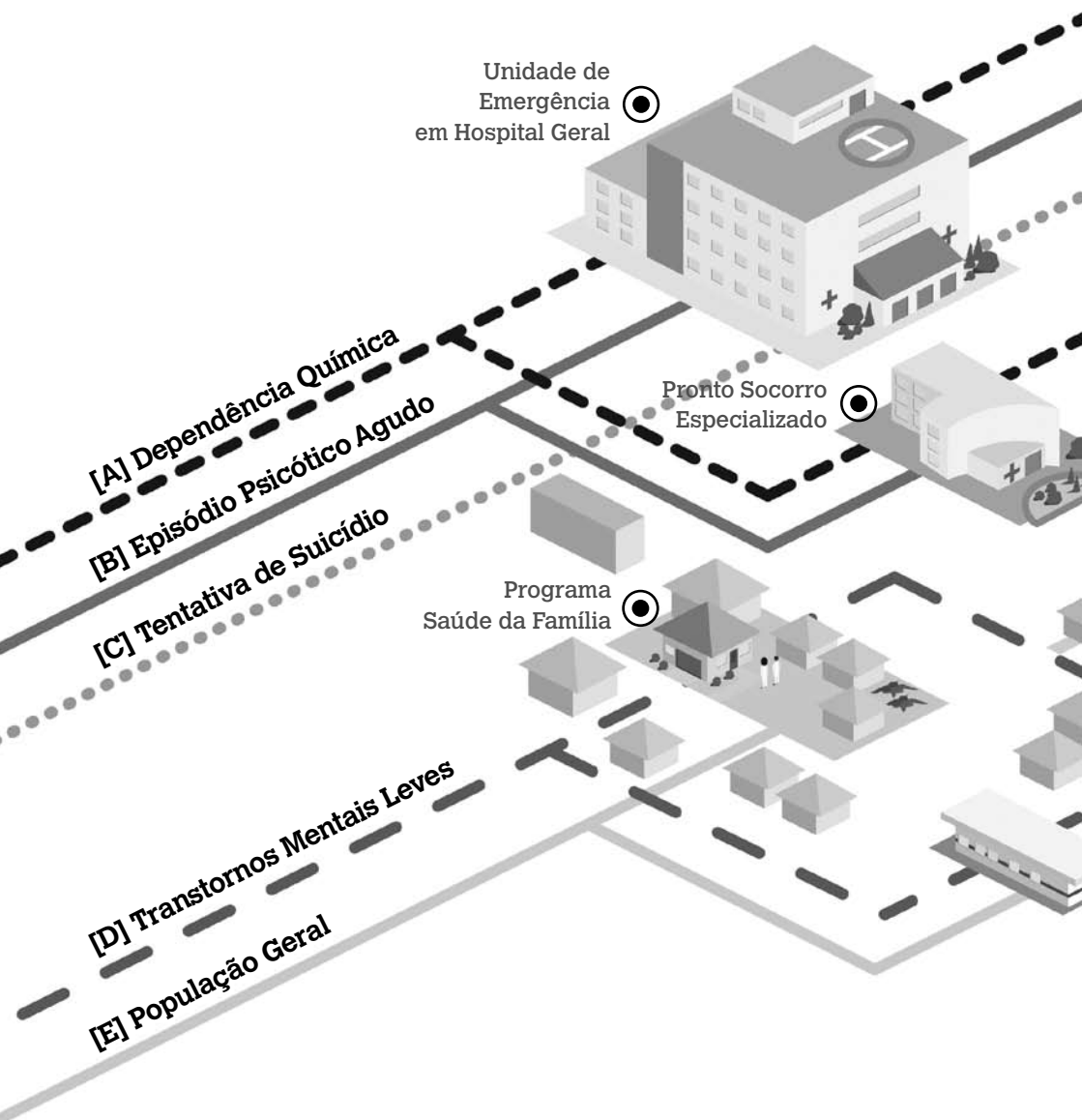
Transtornos mentais leves são casos que devem ser diagnosticados e tratados o mais rápido possível, para evitar seu agravamento. Com capacitação na área, as equipes do Programa Saúde da Família e das Unidades Básicas de Saúde podem reconhecer e encaminhar os pacientes que precisam de atendimento.

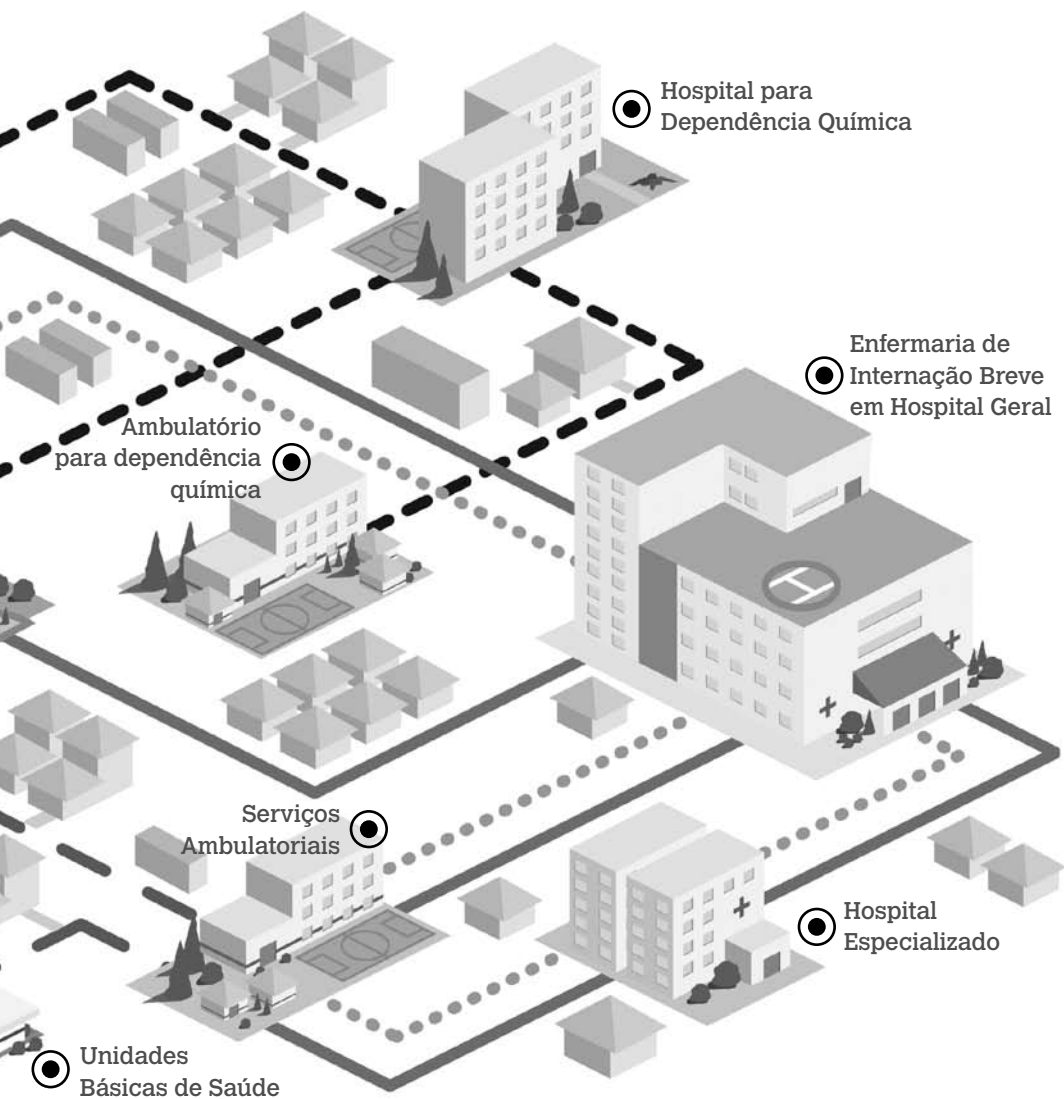


[E]

A **população geral** também deve ser contemplada com ações de prevenção e promoção de saúde. Esse tipo de iniciativa ajuda a antecipar a procura por tratamento.

Caminhos da Assistência em Saúde Mental *





* Os casos representados neste infográfico não representam toda a complexidade de quadros existentes na psiquiatria. Registre-se também a importância de programas e serviços específicos para crianças, idosos e outros grupos sociais.

Os problemas na rede atual

Atenção básica

Promoção e prevenção | PSF | UBS

Os serviços que deveriam trabalhar na prevenção e diagnóstico precoce não estão capacitados para isso. Na área de campanhas de prevenção, o investimento público é nulo. Além disso, as equipes que atuam no Programa Saúde da Família e nas Unidades Básicas de Saúde não têm formação na área.

Emergências

PS Especializado | Emergência em hospital geral

Foram implantados em número insuficiente. Como são a porta de entrada para casos mais graves, ocupam uma posição estratégica no sistema e deveriam ser melhor estruturados. Nos locais que não dispõem desses serviços, os pacientes são obrigados a buscar ajuda em serviços ambulatoriais, que ficam sobrecarregados, além de não serem estruturados nem terem capacidade técnica de realizar esse tipo de atendimento.

Serviços ambulatoriais

Ambulatório Médico | CAMPS | CAISM

Apenas a rede dos chamados Centro de Atenção Psico Social (CAPS) tem recebido investimento do poder público para sua estruturação. Os ambulatórios especializados e centros médicos existem principalmente em serviços universitários, o que dificulta o atendimento em locais distantes dos grandes centros. Além disso, como outros níveis de atenção sofrem com sub-financiamento, os serviços ambulatoriais existentes ficam sobrecarregados.

Internação

Enfermaria de internação breve | Hospital psiquiátrico | Hospital dia/noite

Com a reforma implantada pelo Ministério da Saúde, os antigos manicômios foram fechados em um ritmo superior à criação de leitos substitutivos. Assim, os familiares de pacientes com doenças graves e persistentes têm dificuldade em encontrar leitos para internação, em suas diversas modalidades.



[13] Informações Úteis

Fontes de informação

- *Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP):*

Av. Presidente Wilson, 164 / 9º andar - CEP: 20030-020

(21) 2199.7500 - Rio de Janeiro - RJ

abp@abpbrasil.org.br

www.abpbrasil.org.br

- *ABRE - Projeto S.O.eSq.:*

Rua Pedro de Toledo 967 Casa 1

CEP 04739-032 São Paulo - SP

Telefax.: (11) 5081-3502

soesq@abpbrasil.org.br

www.soesq.org.br

Sites de interesse

- *Programa ABP Comunidade*

www.abpcomunidadel.org.br

- *Associação Médica Brasileira (AMB)*

www.amb.org.br

- *Conselho Federal de Medicina (CFM)*
www.portalmedico.org.br

- *Proesq - Programa de Esquizofrenia (Unifesp)*
www.proesq.org.br

- *Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (Cebrid)*
www.cebrid.epm.br

- *Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas - OBID*
http://obid.senad.gov.br/OBID/Portal/index.jsp?ild

- *Associação Brasileira do Estudo do Álcool e Outras Drogas (Abead)*
www.abead.com.br

- *World Psychiatric Association (WPA)*
www.wpanet.org

- *Programa “Esquizofrenia: Open the Doors” internacional*
www.openthedoors.com

- *The Royal College of Psychiatrist - Mental Health Information*
www.rcpsych.ac.uk/mentalhealthinformation.aspx

- *Psychiatry online*
www.polbr.med.br

- *Esquizofrenia*

www.schizophrenia.com/research/research.htm

- *Pubmed*

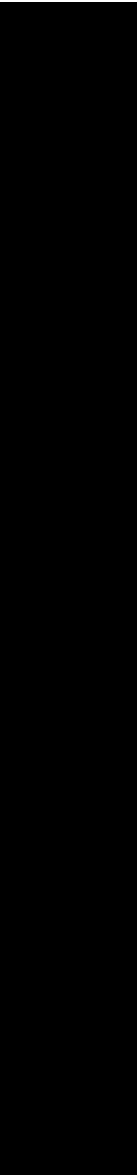
www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed

- *Lilacs*

<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscisScript=iah.xis&base=LILACS&lang=p>

- *Scielo*

www.scielo.br





[14] Indicações bibliográficas

Associação Brasileira de Psiquiatria. *Diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil*. 2006.

Associação Brasileira de Psiquiatria e Ibope. *Pesquisas de serviços*. 2006, 2007.

Barata, Rita de Cassia Barradas. *Saúde e direito à informação*. Cadernos de Saúde Pública, RJ, 6 (4): 385-399, out/dez, 1990.

Brizendine L. *The Devon asylum: a brief history of the changing concept of mental illness and asylum treatment*. Em: Fink PJ, Tasman A, editors. Stigma and mental illness. 1st. ed. Washington: American Psychiatric Press; 1992. p. 59-71.

Bueno, Wilson da Costa. *A cobertura de saúde na mídia brasileira: sintomas de uma doença anunciada*. Portal do Jornalismo Científico (www.jornalismo-cientifico.com.br) consultado em 02/10/2008.

Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), 2007.

Jorge, Miguel Roberto. *Estigma e Transtornos Mentais*. Aula apresentada na prova didática do concurso público para provimento do cargo de Professor Titular do Departamento de Psiquiatria da UNIFESP em 20/06/2008.

Leal Filho, Laurindo. *Desafios da Comunicação para a Cidadania*. Texto apresentado no Encontro Estadual de Jornalistas em Assessoria de Comunicação de Minas Gerais - Sindicato dos Jornalistas de Minas Gerais - Diamantina - 6/10/2007.

Link BG, Phelan JC, Bresnahan M, Stueve A, Pescolido BA. *Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance*. American Journal of Public Health 1999; 89: 1328-1333.

Machado, Ana Lúcia. *Reforma psiquiátrica e mídia: representações sociais na Folha de S. Paulo*. Ciência & Saúde Coletiva, 9(2):483-491, 2004.

Nakane Y, Jorm AF, Yoshioka K, Christensen H, Nakane H, Griffiths KM. *Public beliefs about causes and risk factors for mental disorders: a comparison of Japan and Australia*. BMC Psychiatry 2005; 5: 33.

Organização Mundial da Saúde (OMS), 2002, 2006, 2007, <http://www.who.int/en/>

Paulino, Fernando Oliveira. *Responsabilidade Social da Mídia. Análise conceitual e perspectivas de aplicação no Brasil, Portugal e Espanha*. [tese de doutorado]. Brasília: Universidade de Brasília; 2008.

Peluso ETP. *A percepção pública de transtornos mentais na cidade de São Paulo* [tese de doutorado]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2004.

Phelan JC, Link BG. *The growing belief that people with mental illnesses are violent: the role of the dangerousness criterion for civil commitment*. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 1998; 33: S7-S12.

Phelan JC, Link BG, Stueve A, Pescolido BA. *Public conceptions of mental illness in 1950 and 1996: what is mental illness and is it to be feared?* Journal of Health and Social Behavior 2000; 41: 188-207.

Programa ABP Comunidade, Psiquiatria para uma vida melhor.

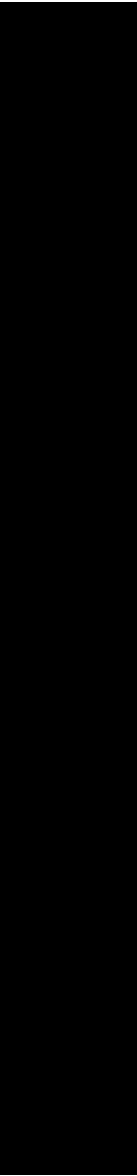
Serviço de Orientação à Esquizofrenia (S.O.eSq.). *Esquizofrenia: um manual para a imprensa*.

Thornicroft G, Rose D, Kassam A, Sartorius N. *Stigma: ignorance, prejudice or discrimination?* (Editorial). British Journal of Psychiatry 2007; 190: 192-193.

Thornicroft G, Brohan E, Rose D, Sartorius N and the Indigo Study Group. *Global pattern of anticipated and experienced discrimination against people with schizophrenia*. Lancet 2008; no prelo.

Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), 2006.

US/DHHS, 1999; WHO, 2001.





[15] Agradecimentos

ABRE

Associação Brasileira dos Familiares, Amigos e Portadores de Esquizofrenia

AMB

Associação Médica Brasileira

FENAJ

Federação Nacional dos Jornalistas

CEBRID

Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas

S.O.eSq.

Programa Open the Doors

WPA

Associação Mundial de Psiquiatria

Jornal O Estado de São Paulo

Assessora Comunicação



Manual para a Imprensa

Boas Práticas de Comunicação
e Guia com recomendações para
um texto claro e esclarecedor sobre
doenças mentais e psiquiatria



Av. Presidente Wilson, 164 / 9º andar
CEP: 20030-020

(21) 2199.7500

Rio de Janeiro - RJ
abp@abpbrasil.org.br
imprensa@abpbrasil.org.br
www.abpbrasil.org.br

ISBN 978-85-61943-04-2

